

ORTOPEDIA

ABORDAJE DE LA BURSITIS SÉPTICA Y ASÉPTICA

Esteban Loria Avila*
Alejandro Hernández Sandí**

SUMMARY

The aim objective is to establish the management of olecranon bursitis because it is a relatively common problem encountered in emergency services. One third of cases are linked to septic processes. The remaining two thirds are linked to non-septic olecranon bursitis, including traumatic and idiopathic cases. Other cases are occasionally associated with rheumatoid arthritis or gout. As the clinical diagnosis can be difficult, and often are not diagnosed; the treatment of choice are anti-inflammatory but often these lead to a delay in diagnosis. When cases are septic etiology

can be treated with incision, drainage and antibiotics. This assignment seeks to evaluate the diagnostic and treatment options, which allow a better approach to emergency services.

Keywords: elbow olecranon bursitis, treatment, diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El codo es una articulación compleja diseñada para soportar una amplia gama de fuerzas dinámicas como esfuerzo. La ubicación y la calidad de dolor

en el codo generalmente pueden localizar la lesión debido a que la misma es una unión articulada, además de que posee la capacidad única de girar el brazo distal en pronación y supinación. Estos movimientos únicos, junto con una amplia gama de fuerzas dinámicas por esfuerzo, predisponen el codo y sus estructuras a las lesiones significativas, particularmente con movimientos repetitivos o traumáticas.⁶

ANATOMÍA

La articulación del codo está

* Médico departamento de emergencias médicas, Coopesiba R.L., Heredia, Costa Rica.

** Médico de primer nivel de atención de salud y departamento de emergencias médicas, Coopesain R.L., San José, Costa Rica.

formado por tres articulaciones: el húmero con el radio, el húmero con el cúbito y el radio con el cúbito. El codo es una articulación que permite mover la extremidad distal y contribuye a posicionar la mano para las actividades de motricidad fina. Los tejidos blandos, tendones y ligamentos estabilizan las articulaciones óseas. El nervio cubital pasa medial el olécranon y detrás del epicóndilo medial en el túnel cubital lo cual podría predisponer al dolor cuando se valora la tumefacción de la bursa.^{4,6}

EPIDEMIOLOGÍA

Realmente no se conoce la incidencia de esta patología, pero esta es más frecuente en el sexo masculino, mayormente se presentan en pacientes que se encuentran entre los 30-60 años de edad.^{6,11}

ETIOLOGÍA

La bursitis olécraniana no séptica, mayormente está vinculada con la vía hematogena presenta inflamación, y puede estar vinculada a un trauma. La bursitis del olécranon séptico, está vinculada a trauma, heridas en la piel, o focos de infección que proporcionan una puerta de entrada a partir del cual las bacterias parecen migrar a través de los tejidos blandos para

colonizar la bursa. En ambas se da la liberación de mediadores de la inflamación que producen el proceso inflamatorio de la bursa.^{1,11} Sin embargo, no siempre hay una historia de trauma, por lo que muchas veces el microorganismo penetra a través de la piel por fisuras mínimas. Aunque la diseminación hematogena no parece ser la ruta habitual de la infección debido a que la bursa del olécranon tiene un aporte sanguíneo relativamente pobre. Hay datos que revelan que en el noventa por ciento de las aspiraciones han dado positivos por *Staphylococcus aureus*, y *streptococcus β hemolítico*.^{1,10} El otro diez por ciento se encuentran otros organismos Gram-negativos y Gram positivos, micobacterias, que se han diagnosticados en bursitis sobreinfectadas; en muchos de estas infecciones se han vinculado a diseminación por inoculación traumática.^{1,2} Otras causas que se vinculan a la sobreinfección de las bursas es compromiso inmunológico que se vincula hasta la mitad de todos los casos sépticos. La razón más común del compromiso inmunológico es el abuso del alcohol, los esteroides, diabetes, insuficiencia renal, y los tumores malignos.^{1,3}

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La diferencia entre una bursitis séptica de una no séptica se basa en la presentación clínica. El inicio de los síntomas puede ser durante varias horas o varios días. El grado de inflamación puede extenderse con una tumoración incomoda o indolora más común en las no sépticas, o podría iniciar como una tumoración dolorosa caliente con amplia celulitis, acompañado de fiebre mayor de 37.8 C.^{1,5}

DIAGNÓSTICO

Las manifestaciones clínicas pueden sugerir un cuadro de gota o una artritis reumatoide como la causa, y pueden ayudar a diferenciar de un proceso séptico y no séptico. Los pacientes con bursitis olécraniana de etiología séptica alrededor de la mitad presentan fiebre, a diferencia de las no sépticas que solamente presentan tumoración sin dolor.⁶ Dolor, hiperemia y hipersensibilidad son más notorios en los casos sépticos, pero la discriminación de un proceso séptico no se debe basar solo en la clínica. Cuando se realiza la aspiración, y el líquido se encuentra purulento indica bursitis séptica del olécranon, pero un aspecto serosanguinolento o turbio se ve a menudo en ambas condiciones.^{1,3} Las pruebas de laboratorio son esenciales para diferenciar una bursitis séptica de

una aséptica, cuando la duda se mantiene después de un examen clínico, cuando el contenido de la bursa es aspirado se debe enviar a análisis y se debe cultivar la muestra. Lo anterior es debido a que el estudio microbiológico se puede identificar cristales de urato, o la tinción de Gram muestra la presencia de bacterias en el 53-100% de casos, permitiendo identificar un microorganismo causal en los casos de bursitis séptica que no lo hayan recibido antibióticos y readecuar la dosis.^{2,10} Si hay alguna duda sobre el diagnóstico entonces se debe tratar como un proceso séptico hasta que los resultados del cultivo están disponibles.^{7,8}

IMÁGENES

Se debe inicialmente contar con una radiografía de la porción proximal del olecranon dispuesta en 2 planos anteroposterior y lateral con el fin de descartar patología ósea y posterior a la misma se solicita la ecografía (ultrasonido) la cual nos puede permitir valorar los cambios patológicos del espacio sinovial, articulaciones, tendones, así como de los tejidos blandos alrededor de las articulaciones y la valoración periférica del nervio cubital.^{6,8}

TRATAMIENTO

En casos de bursitis olécraniana séptica es probable que el manejo inicial se dé mediante la adición de los fármacos anti-inflamatorios no esteroideos (AINE) se puede asociar el uso de compresas frías, la cual permite una resolución más rápida de los síntomas, también se puede recurrir al uso de esteroides intrabursal la cual se ha observado una marcada resolución de la tumefacción y también se observó una reducción de los casos posterior a 6 meses de seguimiento a diferencia de si es tratado mediante aspiración solamente, entonces la mitad de los casos se resuelven en aproximadamente dos semanas, pero si el paciente cursa con derrame de la bursitis es esperable que la resolución se observe a las ocho semanas, y 10% a los seis meses.⁷ Si se ha demostrado que el uso de esteroides intralesionales se ha relacionado a problemas a largo plazo, incluyendo la atrofia de la piel, dolor local crónico, y la infección local.^{5,8} No hay consenso en cuanto a la eficacia y la seguridad del abordaje no quirúrgico versus tratamiento quirúrgico, y los papeles de inyección de corticosteroides y en la aspiración de la bursitis aséptica no están claros. Pero en ciertas ocasiones los casos refractarios, especialmente aquellos que persisten con drenaje de material purulento o casos recurrentes, se

recomienda la bursectomía, que puede incluir bursectomía abierta o artroscópica, en los que se incluye la resección, aspiración percutánea o drenaje óseo.^{3,10} El tratamiento con antibióticos por sí sola no va a prevenir la progresión de muchos casos de bursitis olécraniana séptica, pero el uso de los mismos ha demostrado que previenen el tratamiento quirúrgico.³ Se ha observado una buena respuesta al uso de amoxicilina y ácido clavulánico, clindamicina y fluoroquinolonas por vía oral, parecen penetrar de manera adecuada la bursa olécraniana, las cuales contribuyen al manejo ambulatorio.¹⁰ Si el paciente se va a tratar de manera hospitalaria se observó que las concentraciones de oxacilina por vía parenteral contribuyen a mejorar clínicamente los procesos sépticos más cuando estos se tratan de manera temprana y el paciente es inmunocompetente, pero tienden a tardar mucho más en aquellos casos que comienzan tratamiento tardío.⁸

CONCLUSIÓN

Bursitis del olécranon es una patología relativamente común. Un tercio de los episodios son sépticos y los otros dos tercios son asépticos, es mejor el manejo no quirúrgico y en última instancia se recurrirá al tratamiento

quirúrgico y están vinculados ocasionalmente con procesos reumatológicos. Se ha visto que los procesos traumáticos a nivel del olecranon desarrollan bursitis, en ciertos casos estas se pueden sobreinfectar posterior al trauma. Las manifestaciones clínicas son útiles en la división de la bursitis séptica de la no séptica, pero puede haber eritema local en ambos. La aspiración debe llevarse a cabo en todos los casos, y si la presencia de infección todavía está en duda, la microscopía, la tinción de Gram y cultivo del aspirado nos permiten orientar el diagnóstico y el tratamiento. Por lo cual la clínica y los laboratorios son elementales en la resolución de esta patología.

RESUMEN

El objetivo principal es establecer el manejo de la bursitis olécraniana debido a que el mismo es un problema relativamente frecuente que se presenta en los servicios de emergencia. Un tercio de los casos están vinculados a procesos sépticos. Los otros dos tercios están vinculados a bursitis del

olecranon no séptica, que incluye los casos traumáticos e idiopáticos. Otros casos ocasionalmente están relacionados con la artritis reumatoide o gota. A medida que el diagnóstico clínico puede ser difícil, y frecuentemente no son diagnosticados; el tratamiento de primera elección son los antiinflamatorios pero muchas veces estos conducen a un retraso en el diagnóstico. Cuando los casos son de etiología séptica se pueden tratar con incisión, drenaje y uso de antibióticos. Este trabajo busca valorar las opciones diagnósticas y de tratamiento, que permitan un mejor abordaje en los servicios de emergencia. Palabras clave: codo, olecrano, bursitis, tratamiento, diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aaron D, Patel A, (2011). Four Common Types of Bursitis: Diagnosis and Management. *J Am Acad Orthop Surg* June 2011, Vol 19, No 6
2. Abzug J, Chen N, (2012). Septic Olecranon Bursitis *JHS* Vol 37A, June 2012
3. Baumbach S, Lobo C, (2014). Prepatellar and olecranon bursitis:

- literature review and development of a treatment algorithm. *Arch Orthop Trauma Surg* (2014) 134:359–370
4. Cardone D, Tallia A. (2002) Diagnostic and Therapeutic Injection of the Elbow Region. *Am Fam Physician* 2002 Volume 66, Number 11 2097-2100
 5. Kane S, Lynch J, (2014). Evaluation of Elbow Pain in Adults. *Am Fam Physician*. 2014;89(8):649-657.
 6. Del Buono A, Franceschi F, (2010). Diagnosis and management of olecranon bursitis. *J surge* 10 (2012) 297-300
 7. Lockman L, (). Treating nonseptic olecranon bursitis. *Can Fam Physician* Vol 56: november • novembre 2010
 8. Perez C, Huttner A, (2010). Infectious olecranon and patellar bursitis: short-course adjuvant antibiotic therapy is not a risk factor for recurrence in adult hospitalized patients. *J Antimicrob Chemother* 2010; 65: 1008–1014
 9. Radunovic G, Vlad V, (2012). Ultrasound assessment of the elbow. *Med Ultrason* 2012, Vol. 14, no. 2, 141-146
 10. Sayegh E, Strauch R, (2014). Treatment of olecranon bursitis: a systematic review. *Arch Orthop Trauma Surg* (2014) 134:1517–1536
 11. Villaseñor-Ovies P, Vargas A (2012). Clinical Anatomy of the Elbow and Shoulder *Reumatol Clin*. 2012;8(S2):13–24