

Bursitis aguda

Fecha de la última revisión: 10/10/2017

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

Denominamos bursitis a la inflamación de las bursas sinoviales que son estructuras saculares cerradas con un revestimiento sinovial, en cuyo interior existe una cavidad virtual con una mínima cantidad de líquido seroso que contribuye a la función de almohadillado entre estructuras conectivas. Estas estructuras se sitúan en lugares donde se requiere facilitar el desplazamiento de una estructura ostearticular sobre otra, piel sobre hueso, músculo o tendón sobre hueso (Sánchez-González CO, 2005).

Se han descrito más de 150 bursas en nuestro organismo (tabla 1) (Zimmerman B, 1995).

Tabla 1. Localizaciones más frecuentes de bursitis.	
Bursas superficiales	• Olécranon. • Prepatelar. • Infrapatelar superficial.
Bursas profundas	• Subacromial o subdeltoidea. • Ileopectíneas. • Trocantérica. • Isquiopubiana. • Infrapatelar profunda. • Poplíteas. • Anserianas. • Retrocalcáneas. • Metatarsofalángicas.

En la práctica clínica la bursitis aguda se puede clasificar en séptica y no séptica (tabla 2) (Gómez-Rodríguez N, 1997; García-Porrúa C, 1999; Cea-Pereiro, 2001; Sánchez-González CO, 2005; Reilly D, 2016).

Tabla 2. Clasificación de la bursitis aguda.		
	Etiología	Observaciones
Bursitis séptica	<i>Staphylococcus aureus</i> en aproximadamente el 80-90% de los casos	Las más frecuentes (80%): • Bursitis olecraneana. • Bursitis prepatelar.
Bursitis no séptica	Traumatismos Microcristalinas Cuerpos extraños Enfermedad sistémica	

En el momento de instauración de los síntomas no es fácil distinguir entre estas dos entidades, si bien en la primera valoración es preciso tratar de identificar la bursitis séptica para iniciar el tratamiento de la forma más precoz posible.

La bursitis séptica ocurre con mayor frecuencia en varones entre la cuarta y la quinta década de la vida, en profesiones en las que se ejerce presión sobre las bursas y en los que existen factores predisponentes añadidos.

Se estima una incidencia de bursitis séptica de entre 0,8 y 12 casos por cada 10.000 ingresos hospitalarios.

Los mecanismos patogénicos más habituales son (Sánchez-González CO, 2005; Reilly D, 2016):

- Inoculación directa.
- Contigüidad.
- Diseminación hematógena.

A la hora de valorar a un paciente con bursitis, debemos tener presente para estratificar el riesgo y la potencial gravedad, los diferentes factores de riesgo así como la coexistencia de factores predisponentes (locales y/o sistémicos) (tabla 3) (Zimmerman B, 1995; Gómez-Rodríguez N, 1997; García-Porrúa C, 1999; Ibáñez Barceló M, 2007).

Tabla 3. Factores predisponentes y de riesgo asociados a bursitis.	
• Antecedente de traumatismo. • Lesiones locales favorecidas por actividades profesionales o recreativas. • Antecedente de bursitis previas. • Inmunodeprimidos. • Cirugía local. • Infiltraciones locales con esteroides. • Tratamiento con corticoides.	• Diabetes mellitus. • EPOC. • Alcoholismo. • Insuficiencia renal crónica (hemodiálisis). • Artritis reumatoide, LES, psoriasis. • Gota/pseudogota. • Trastornos neurológicos (esclerosis múltiple, siringomielia).

¿Cómo se diagnostica?

Las principales manifestaciones clínicas son el dolor en la región afecta, eritema (63-100% en bursitis sépticas frente a 25% de no séptica), calor, hinchazón y tumefacción. Estos signos pueden ser fácilmente reconocibles en las bursitis superficiales, pero en el caso de las profundas no son tan evidentes, lo que dificulta el diagnóstico como es el caso de la bursitis subacromial (Todd DJ, 2017).

A diferencia de las no sépticas, las bursitis de origen séptico presentan mayor sensibilidad local, mayor edema peribursal (11%) y suelen asociarse con celulitis en la región perilesional (Zimmerman B, 1995; García-Porrúa C, 1999; Sánchez-González CO, 2005; Blackwell JR, 2014; Reilly D, 2016).

La presencia de fiebre se describe en las bursitis sépticas, dependiendo de las series, entre un 40 y un 77,2% de los casos. No obstante, debemos de tener en cuenta que su ausencia no excluye la posibilidad de una bursitis infecciosa (Sánchez-González CO, 2005; Tierney LM Jr, 2006; Blackwell JR, 2014).

En un estudio con pacientes con bursitis olecraneana, donde se midió la diferencia de temperatura superficial como método para discriminar entre los casos sépticos y no sépticos, se evidenció una mayor diferencia de temperatura en las bursitis de origen séptico (determinándose una diferencia superior a 2,2 °C en todos los casos de bursitis séptica descritos). Este estudio demostró una sensibilidad del 100% y una especificidad del 94%, si bien este método necesita de estudios de mayor amplitud para determinar su utilidad diagnóstica (Smith DL, 1989).

En el diagnóstico diferencial es clave distinguirlo de la artritis séptica. En este caso se aprecia una mayor limitación del intervalo de movimientos tanto activos como pasivos, ya que en las bursitis, en general, los movimientos articulares están conservados y sólo están limitados por el dolor y el edema (Sánchez-González CO, 2005; Tierney LM Jr, 2006; Blackwell JR, 2014).

Está indicada la aspiración del líquido de la bursa para intentar establecer el diagnóstico y siempre que sea posible antes de la administración de antibioterapia (tabla 4) (Gómez-Rodríguez N, 1997; Stell IM, 1998; García-Porrúa C, 1999; Sánchez-González CO, 2005; Tierney LM Jr, 2006; Blackwell JR, 2014; Reilly D, 2016).

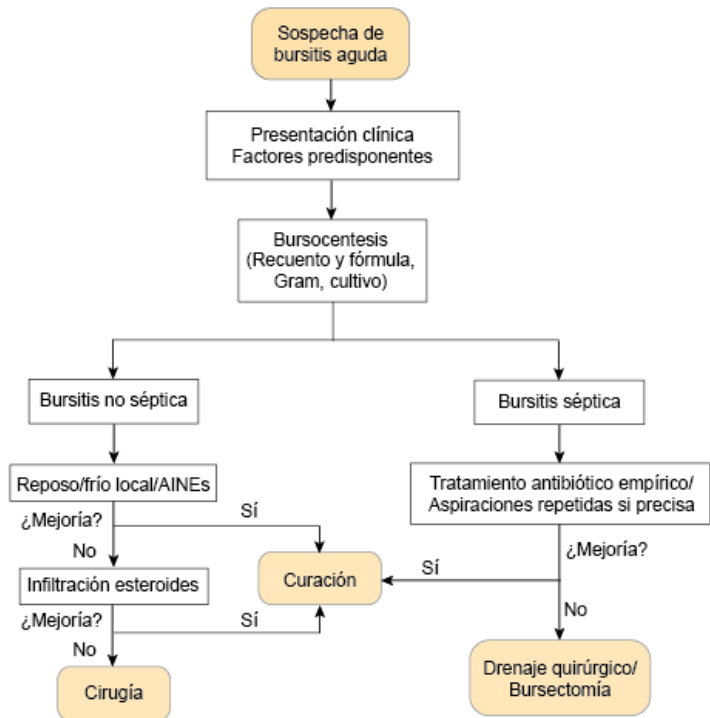
Tabla 4. Análisis del líquido bursal.		
	Valor clínico	Comentarios
Recuento y fórmula (leucocitos)	• La cifra de leucocitos superior a 1.000/mm³ en el líquido de la bolsa indica una inflamación a consecuencia de: infección, artritis reumatoide o gota. • En la bursitis séptica la cifra de leucocitos muestra un promedio superior a 50.000/mm³. • Hasta en un 30% de los casos el recuento se encuentra por debajo de 5.000/mm³. • En algunas series se objetiva predominio de polimorfonucleares (séptica) y mononucleares (no séptica).	• Amplio margen de variación. • Dificil interpretación. • Umbral >2.000/mm³ (sensibilidad 94%/especificidad 79%).
Tinción Gram	Útil en la orientación terapéutica	Sensibilidad 65-100%
Microscopio luz polarizada	Permite identificar la presencia de cristales de: • Ácido úrico. • Pirofosfato de calcio dihidratado. • Colesterol.	Su presencia no excluye infección
Bioquímica: glucosa, LDH y proteínas	Escaso valor en el diagnóstico diferencial	• En estudios se ha objetivado glucosa baja en bursitis séptica (glucosa sinovial <50% a la del plasma): 90,6%. • Requiere estudios de mayor amplitud.
Cultivos	Diagnóstico definitivo	Sensibilidad 100%, especificidad 89%

En los pacientes que han recibido un tratamiento antibiótico previo, la tinción de Gram puede mostrar microorganismos que posteriormente no se recuperan en los cultivos. Cuando no resulta posible obtener una muestra, pero exista la sospecha de una etiología infecciosa, se recomienda el lavado de la bolsa con 3-5 ml de suero glucosado y su posterior cultivo (Gómez-Rodríguez N, 1997).

En sangre periférica podemos encontrar de manera frecuente leucocitosis con neutrofilia así como elevación de reactantes de fase aguda (PCR y VSG) siendo estos inespecíficos para el diagnóstico diferencial de bursitis séptica o no séptica.

Los hemocultivos son positivos entre el 9% y el 25% de los pacientes (Gómez-Rodríguez N, 1997; García-Porrúa C, 1999).

Estudios de imagen	Características
Radiografía simple	• Escasa utilidad. • Se aprecia aumento de volumen y de densidad de partes blandas. • Evidencia patología ósea o articulares subyacentes.
Ecografía de partes blandas	• De elección como prueba de imagen para la detección de bursitis. • Permite visualizar colecciones. • Sirve de guía para la obtención de muestras.
Tomografía computarizada (TC)	• Detecta de forma precoz erosiones, colecciones de partes blandas y calcificaciones. • Se puede utilizar como guía para la obtención de muestras.
Resonancia magnética (RM)	• De elección en bursitis profundas para valorar localización y extensión de infección.



Algoritmo de diagnóstico

¿Cómo se trata?

Tratamiento bursitis no séptica

Ante una bursitis aguda sin datos infecciosos el tratamiento será conservador y sintomático y englobará las siguientes medidas:

Tabla 6. Medidas físicas y/o rehabilitadoras en el tratamiento de la bursitis.	
Medidas físicas y/o rehabilitadoras	Características
Frío local	• 15-20 min. • Eficaz primeras 24-48 horas.
Reposo relativo de la articulación afecta	• El reposo no se aconseja que sea prolongado.
Evitar las actividades que precipiten la bursitis	• Actividades profesionales, recreativas.
Medidas ortopédicas	
Aspiración repetida de líquido bursal	• La aspiración de la bursa está indicada para el diagnóstico, pero también como parte del tratamiento, siempre que sea necesario.

Vendaje elástico	Después del aspirado de líquido bursal, retrasa la reaparición del mismo.

Medidas farmacológicas. En el primer escalón terapéutico podremos utilizar fármacos que nos proporcionen tanto alivio del dolor como disminución de la inflamación, para ello emplearemos antiinflamatorios no esteroideos como **diclofenaco**, **ibuprofeno**, **naproxeno** en monoterapia o en combinación con **paracetamol**.

Infiltraciones locales con esteroides. Las infiltraciones locales disminuyen la hinchazón y alivian el dolor, lo que permite aumentar la autonomía de movimientos (Stephens MB, 2008); estas implican típicamente una combinación de anestésico local (analgesia inmediata) y corticoesteroides (analgesia prolongada). El tratamiento con infiltraciones con esteroide se recomienda una vez se establezca la falta de respuesta al tratamiento analgésico habitual (7-14 días). Si bien existen controversias sobre su uso dado la falta de claros beneficios clínicos en diferentes tipos de bursitis y su asociación con complicaciones secundarias (Wittich CM, 2009; Herrera FA, 2011; Sayegh ET, 2014).

Se han descrito como efectos secundarios más frecuentes: atrofia cutánea (8,3%), despigmentación cutánea (5%), calcificación pericapsular (4-50%), infecciones (1:1000 a 1:25000), dolor post-inyección (2-10%), reacción vasovagal (10-20%), rotura tendinosa (<1%), enrojecimiento facial (<1%) (Stephens MB, 2008; Habib GS, 2010).

Tratamiento bursitis séptica

Antibioterapia. La antibioterapia en la bursitis séptica ha de instaurarse de forma precoz y empírica, tras aspirado y cultivo. De hecho, existe una correlación directa entre el tiempo de clínica pre-tratamiento y el tiempo necesario para negativizar los cultivos.

El tratamiento se elegirá tomando como referencia el patógeno más frecuentemente implicado (*Staphylococcus aureus* 80%) y la tinción de Gram (75% de positividad a Gram positivos en las bursitis olecraneanas y prepatelares) (Gómez-Rodríguez N, 1997). Para el tratamiento empírico se utilizarán, como primera línea, penicilinas resistentes a betalactamasas: **cloxacilina** (0,5-1 g/4-6 horas) o cefalosporinas de 1ª generación: **cefazolina** (500 mg/8 horas). Otras opciones terapéuticas pueden ser: quinolonas (**moxifloxacino**, **levofloxacino**), **amoxicilina-clavulánico**, **clindamicina**, **trimetoprim-sulfametoxazol**.

En los casos de bursitis sépticas con extensa celulitis (abscesos, artritis séptica u osteomielitis), fiebre, así como en los enfermos inmunocomprometidos, parece aconsejable iniciar la antibioterapia por vía intravenosa hasta obtener la esterilización de líquido sinovial. Para ello el periodo óptimo de tratamiento endovenoso sería de 5-7 días, completándose posteriormente con una semana de antibioterapia oral.

Varios estudios recomiendan un régimen de tratamiento total de 10-14 días; no obstante, la duración debe ser determinada conjuntamente con la respuesta clínica, los resultados microbiológicos y la situación clínica del paciente.

La administración de antibiótico vía intravenosa aumenta notablemente las concentraciones del mismo intrabursal en comparación con la terapia oral, haciendo generalmente innecesario la utilización del drenaje quirúrgico (Gómez-Rodríguez N, 1997; Del Buono A, 2012).

Tratamiento quirúrgico. La cirugía (bursectomía, abierta o por artroscopia o escisión parcial de fragmentos óseos) debe limitarse para aquellos casos en los que los síntomas son severos o refractarios al tratamiento médico conservador. Actualmente no hay datos de su utilización como terapia inicial, pero la realización de una cirugía temprana no parece otorgar mayores ventajas a largo plazo.

Estudios han demostrado que la bursectomía endoscópica tiene una mejor recuperación, menor comorbilidad y mejores resultados que la bursectomía abierta (Aaron DL, 2011; Abzug JM, 2012; Baumbach SF, 2014; Reilly D, 2016).

Tabla 7. Indicaciones de drenaje quirúrgico en la bursitis. (Sánchez-González CO, 2005; Baumbach SF, 2014; Reilly D, 2016)
- Fracaso drenaje con aguja. - Bursa en localización inaccesible por otro medio. - Extracción de cuerpos extraños. - Desbridar tejido necrótico. - Afectación bursal refractaria o recurrente. - Necesaria evaluación de la extensión de la infección.

Bibliografía

- Aaron DL, Patel A, Kayiaros S, Calfee R. Four common types of bursitis: diagnosis and management. J Am Acad Orthop Surg. 2011;19(6):359-67. PubMed **PMID: 21628647**
- Abzug JM, Chen NC, Jacoby SM. Septic olecranon bursitis. J Hand Surg Am. 2012;37(6):1252-3. PubMed **PMID: 22014445**
- Baumbach SF, Lobo CM, Badyine I, Mutschler W, Kanz KG. Prepatellar and olecranon bursitis: literature review and development of a treatment algorithm. Arch Orthop Trauma Surg. 2014;134(3):359-70. PubMed **PMID: 24305696**
- Blackwell JR, Hay BA, Bolt AM, Hay SM. Olecranon Bursitis: A systematic overview. Shoulder Elbow. 2014;6(3):182-90. PubMed **PMID: 27582935**. **Texto completo**
- Cea-Pereiro JC, García-Meijide J, Mera-Varela A, Gomez-Reino JJ. A comparasion between septic bursitis caused by *Staphylococcus aureus* and those caused by other organisms. Clin Rheumatol. 2001;20(1):10-4. PubMed **PMID: 11254233**
- Del Buono A, Franceschi F, Palumbo A, Denaro V, Mafulli N. Diagnosis and management of olecranon bursitis. Surgeon. 2012;10(5):297-300. PubMed **PMID: 22503398**
- García-Porrúa C, González-Gay MA, Ibáñez D, García-País MJ. The clinical spectrum of severe septic bursitis in northwestern Spain: A 10 year study. J Rheumatol. 1999;26(3):663-7. PubMed **PMID: 10090179**
- Gómez-Rodríguez N, Méndez-García MJ, Ferreiro-Seoane JL, Ibáñez-Ruán J, Penelas-Cortés Bellas Y. Bursitis infecciosas: estudio de 40 casos de localización prepatelar y olecraneana. Enferm Infecc Microbiol Clin. 1997;15(5):237-42. PubMed **PMID: 9376379**
- Habib GS, Saliba W, Nashashibi M. Local effects of intra-articular corticosteroids. Clin Rheumatol. 2010;29(4):347-56. PubMed **PMID: 20101428**
- Hellmann DB, Stone JH. Artritis y trastornos musculoesqueléticos. En: Tierney LM Jr, McPhee SJ, Papadakis MA, editors. Diagnóstico clínico y tratamiento. 41.ª ed. México D.F.: McGraw Hill; 2006. p. 713-4.
- Herrera FA, Meals RA. Chronic olecranon bursitis. J Hand Surg Am. 2011;36(4):708-9. PubMed **PMID: 21411239**
- Ibáñez Barceló M, Castañeda Sanz S. Bursitis trocantérea de origen infeccioso. Sem Fund Esp Reumatol. 2007;8:106-12.
- Reilly D, Kamineni S. Olecranon bursitis. J Shoulder Elbow Surg. 2016;25(1):158-67. PubMed **PMID: 26577126**
- Sánchez-González CO, Martín Doménech R. Bursitis Infecciosa. Semin Fund Esp Reumatol. 2005;6(2):72-8. **Texto completo**

- Sayegh ET, Strauch RJ. Treatment of olecranon bursitis: a systematic review. Arch Orthop Trauma Surg. 2014;134(11):1517-36. PubMed [PMID: 25234151](#)
- Smith DL, McAfee JH, Lucas LM, Kumar KL, Romney DM. Septic and non-septic olecranon bursitis. Utility of the surface temperature probe in the early differentiation of septic and nonseptic causes. Arch Intern Med. 1989;149(7):1581-5. PubMed [PMID: 2742432](#)
- Stell IM, Gransden WR. Simple test for septic bursitis comparative study. BMJ. 1998;316(7148):1877. PubMed [PMID: 9632407](#). [Texto completo](#)
- Stephens MB, Beutler AL, O'Connor FG. Musculoskeletal Injections: A Review of Evidence. Am Fam Physician. 2008;78(8):971-6. PubMed [PMID: 18953975](#). [Texto completo](#)
- Todd DJ. Bursitis: An overview of clinical manifestations, diagnosis, and management. En: Isaac Z, Ramirez Curtis M, editors. UpToDate; 2017 [consultado 30-6-2017]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/bursitis-an-overview-of-clinical-manifestations-diagnosis-and-management>
- Wittich CM, Ficalora RD, Mason TG, Beckman TJ. Musculoskeletal Injection. Mayo Clin Proc. 2009;84(9):831-7. PubMed [PMID: 19720781](#). [Texto completo](#)
- Zimmerman B 3rd, Mikolich DJ, Ho G Jr. Septic bursitis. Semin Arthritis Rheum. 1995;24(6):391-410. PubMed [PMID: 7667644](#)

Más en la red

- Khodae M. Common Superficial Bursitis. Am Fam Physician. 2017 Feb 15;95(4):224-231. PubMed [PMID: 28290630](#)
- Reilly D, Kamineni S. Olecranon bursitis. J Shoulder Elbow Surg. 2016;25(1):158-67. PubMed [PMID: 26577126](#)
- Sayegh ET, Strauch RJ. Treatment of olecranon bursitis: a systematic review. Arch Orthop Trauma Surg. 2014;134(11):1517-36. PubMed [PMID: 25234151](#)
- Weinfeld SB. Achilles tendon disorders. Med Clin North Am. 2014 Mar;98(2):331-8. PubMed [PMID: 24559878](#)

Autores

▪ David Rubal Bran	Médico Especialista en Medicina Interna
▪ Juan Carlos Piñeiro Fernández	Médico Especialista en Medicina Interna
▪ María Matesanz Fernández	Médico Especialista en Medicina Interna
▪ Iria Iñiguez Vázquez	Médico Especialista en Medicina Interna
▪ Emilio Casariego Vales	Médico Especialista en Medicina Interna

Servicio de Medicina Interna. Hospital Lucus Augusti. Servicio Galego de Saúde. Lugo. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

