

## Bursitis: una visión actualizada

### Bursitis: an updated view

María Elena Corrales Vázquez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5347-8409>

Silvia María Pozo Abreu<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7125-3572>

Maura Estrada Martínez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-9047-5549>

José Pedro Martínez Larrarte<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1380-2646>

<sup>1</sup> Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. La Habana. Cuba.

<sup>2</sup> Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad de Ciencias Médicas Miguel Enríquez. La Habana, Cuba.

Contacto para la correspondencia: [mariaecvazquez@infomed.sld.cu](mailto:mariaecvazquez@infomed.sld.cu)

## RESUMEN

La bursitis es la inflamación de la bursa, estructura en forma de bolsa, que se sitúa entre huesos, tendones y músculos, con una función facilitadora del movimiento de dichas estructuras entre sí. La etiología de las bursitis puede ser mecánica (traumatismo o sobreuso), microcristalina (gotosa), séptica y, en algunos casos, asociadas a ciertas enfermedades inflamatorias, como la artritis reumatoide o las espondiloartropatías. Las bursitis más frecuentes son la olecraniana, la prepatelar, la anserina y la trocantérea. El presente trabajo tiene como objetivo presentar una revisión actualizada de las bursitis que con más frecuencia se presentan en la práctica médica diaria y una visión general de su diagnóstico y tratamiento. La bursitis es una enfermedad frecuente en la consulta de reumatología, que guarda relación con determinados tipos de actividades laborales. El interrogatorio exhaustivo y el examen físico minucioso permiten acercarse al diagnóstico con bastante exactitud. La ecografía es la técnica de elección en la confirmación del diagnóstico

clínico. El análisis del líquido bursal será fundamental para el diagnóstico etiológico, sobre todo en las bursitis sépticas. La evolución es favorable en todos los casos tras instaurar tratamiento específico en función de las diferentes etiologías.

**Palabras clave:** bursitis,; bursa sinovial

**ABSTRACT:**

Bursitis is the inflammation of the bursa, a bag-shaped structure, which is located between bones, tendons and muscles, with a function of facilitating the movement of said structures with respect to each other. The etiology of bursitis can be mechanical (trauma or overuse), microcrystalline (gouty), septic and, in some cases, associated with certain inflammatory diseases, such as rheumatoid arthritis or spondyloarthropathies. The most common bursitis are olecranon, prepatellar, anserine, and trochanteric. The objective of this paper is to present an updated review of the bursitis that most frequently occurs in daily medical practice and an overview of its diagnosis and treatment. Bursitis is a frequent disease in the rheumatology clinic, which is related to certain types of work activities. The exhaustive interrogation and the meticulous physical examination allow to approach the diagnosis with enough accuracy. Ultrasound is the technique of choice in confirming the clinical diagnosis. Bursal fluid analysis will be essential for the etiological diagnosis, especially in septic bursitis. The evolution is favorable in all cases after establishing specific treatment based on the different etiologies.

**Keywords:** bursitis, synovial bursa

Recibido: 16/10/2023

Aprobado: 15/02/2024

## Introducción

La bursitis es la inflamación de la bursa, estructura en forma de bolsa, que se sitúa entre huesos, tendones y músculos, con una función facilitadora del movimiento de dichas estructuras entre sí.<sup>(1)</sup>

Es una enfermedad muy frecuente entre los reumatismos de partes blandas que, sin embargo, suele ser infradiagnosticada tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la especializada.<sup>(2)</sup> La misión fundamental del médico ante esta afección es descartar que su presencia no sea la primera manifestación de una enfermedad general.<sup>(3)</sup>

Su incidencia varía mucho en la población general en función del sexo (predominio de mujeres en bursitis anserina y trocantérea, y de varones, de forma global, en las bursitis superficiales sépticas), la edad (son más frecuentes entre la cuarta y la sexta décadas de la vida), la actividad ocupacional que predisponga al sobreuso o al traumatismo local, la existencia de enfermedad previa predisponente o la situación de inmunocompromiso del paciente.<sup>(2)</sup>

Las bursitis más frecuentes son la olecraniana, la prepatelar, la anserina y la trocantérea.<sup>(3)</sup>

El presente trabajo tiene como objetivo presentar una revisión actualizada de las bursitis que con más frecuencia se presentan en la práctica médica diaria y una visión general de su diagnóstico y tratamiento.

## Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica sobre las bursitis, empleando la bibliografía nacional e internacional relevante y actualizada. Se empleó el Google Académico y se consultaron artículos de libre acceso en la base de datos PubMed y SciELO, de la Biblioteca Virtual de Salud.

Se utilizaron los términos de búsqueda según los descriptores del DeCS y MeSH. A partir de la lectura, interpretación, análisis e integración de la información de cada fuente se reflejan los resultados en el texto.

La búsqueda quedó limitada a textos completos libres, resúmenes y trabajos publicados en los últimos años. Aquellos artículos que por su trascendencia fueran considerados como referentes en el tema fueron incluidos independientemente de su fecha de su publicación.

Los datos fueron analizados de forma independiente por el autor. La información fue resumida utilizando el paquete de programas Microsoft Office, versión 2010.

## Desarrollo

Las bolsas serosas son cavidades virtuales revestidas por una capa sinovial similar a la de las articulaciones y vainas tendinosas. Hay unas 150 bursas distribuidas por todo el cuerpo.<sup>(4)</sup> Proveen un sistema de amortiguación entre huesos y tendones o músculos alrededor de una articulación, lo que permite reducir la fricción entre estructuras.<sup>(5)</sup>

La etiología de las bursitis puede ser mecánica (traumatismo o sobreuso), microcristalina (gotosa), séptica y, en algunos casos, asociadas a ciertas enfermedades inflamatorias, como la artritis reumatoide o las espondiloartropatías.<sup>(4),(5)</sup>

En Cuba la bursitis de hombro constituye el 90 % de las incapacidades dolorosas no traumáticas, que solo es superada en frecuencia clínica por la lumbalgia o el padecimiento doloroso del cuello.<sup>(1)</sup>

En el contexto de la enfermedad gotosa es posible observar manifestaciones articulares así como extraarticulares, con afectación bursal. Las bursitis que con más frecuencia se producen son las olecraneanas y las prepatelares.<sup>(5)</sup>

Las manifestaciones clínicas básicas de las bursitis son el dolor local y la impotencia funcional. En las bursitis superficiales como la olecraniana, la prerrotuliana, retroaquílea e incluso poplítea, la tumefacción es el signo fundamental. En las bursas profundas la tumefacción no suele ser visible y el diagnóstico se sospecha por existencia de dolor en esa zona.<sup>(4)</sup>

El diagnóstico correcto de las bursitis es muy importante ya que se trata de una entidad muy incapacitante que llega a afectar a la población tanto económicamente como laboralmente. Para esto es necesario un interrogatorio enfocado en antecedentes y en una exploración física minuciosa.<sup>(6)</sup>

La bursitis prepatelar (prerrotuliana) es la inflamación de la bursa prepatelar que se localiza en la cara anterior de la rodilla, entre la superficie cutánea, la cara ventral de la patela y el

ligamento patelar. Se produce por el roce excesivo, la descarga de peso directa sobre la patela o traumatismo en esta zona.

Cualquiera que sea la causa, se origina una inflamación con edema fluctuante y bien circunscrito en la zona de la rodilla, con aumento de temperatura en la parte más distal de la patela. En algunos casos, el líquido se puede infectar y complicar la evolución de la patología pasando a una bursitis séptica.<sup>(7)</sup>

La bursitis retrocalcánea (retroaquílea) corresponde a la inflamación de la bolsa serosa del tendón de Aquiles, la cual se ubica en la parte más inferior del ligamento, justo por encima de su inserción.

Clínicamente, esta bursitis se manifiesta por un dolor, de inicio insidioso, situado en la parte posterior del talón. Este hecho, hasta hace poco, provocaba que en numerosas ocasiones fuera imposible conocer si el dolor era debido a una entesitis o a la bursitis. En la actualidad, la prueba que permite realizar el diagnóstico diferencial es la ecografía músculotendinosa.<sup>(8)</sup>

La bursitis anserina es una condición inflamatoria de la parte medial de la rodilla, especialmente común en ciertos grupos de pacientes (atletas, mujeres de mediana edad, obesas, diabetes mellitus y ancianos).<sup>(6)</sup>

Esta bursa se encuentra habitualmente entre los tendones de la pata de ganso y la superficie ósea anteromedial de la tibia proximal, en 66 % de los casos, entre el ligamento colateral medial y los tendones de la pata de ganso, en 20 % de los casos, y entre los tendones de la pata de ganso en 14 % de los casos, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres.<sup>(9)</sup>

La pata de ganso es una estructura anatómica que resulta de la coalescencia de los tendones de los músculos semitendinoso, recto interno (gracilis) y sartorio, en su inserción en la región anteromedial proximal de la tibia, aproximadamente a 5-7 cm distal a la interlínea media articular de la rodilla, cubriendo la inserción tibial del ligamento colateral medial.<sup>(9),(10)</sup>

El signo característico a la exploración física es el dolor en la parte medial de la rodilla a 5 cm de la línea articular, el cual se agrava al subir y bajar escaleras. La bursitis se encuentra con mayor frecuencia en el lado derecho que en el lado izquierdo, y aproximadamente un tercio de pacientes tiene implicación bilateral.<sup>(10)</sup>

La bolsa serosa del psoas-ilíaco es una estructura anatómica bien definida, habitualmente presente en el adulto. La comunicación entre dicha bolsa y la articulación de la cadera se asocia frecuentemente a la coxartrosis.

El diagnóstico de sospecha de esta bursitis, a pesar de no ser muy frecuente, se establece por la presencia de una masa inguinal y dolor de cadera. La ecografía y la tomografía axial computarizada ayudan a confirmar el diagnóstico.<sup>(11)</sup>

La bursitis del olecranon es una afección relativamente común. Un tercio de los episodios son sépticos y los otros dos tercios son asépticos. Se ha visto que los procesos traumáticos a nivel del olecranon desarrollan bursitis, en ciertos casos estas se pueden sobreinfectar posterior al trauma. 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 permiten orientar el diagnóstico y el tratamiento.<sup>(12)</sup>

Por lo general, el tratamiento de las bursitis se enfoca en tres grandes grupos:

1. Corregir los factores de riesgo: Ya que esta patología se asocia estrechamente con el esfuerzo físico, se necesita prohibir cualquier actividad de esfuerzo. La indicación de reposo es algo esencial sobre todo los primeros dos días, sobre todo durante el período agudo de la enfermedad. Se debe tener manejo de la glucosa en sangre y en el caso de descontrol, tratar de normalizarla.<sup>(11)</sup>

2. Terapia farmacológica: Se debe tener en cuenta dentro del tratamiento con fármacos los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y los analgésicos por vía oral o por vía tópica.<sup>(11),(12)</sup>

Los medicamentos esteroideos se dejan para los pacientes en los que la terapia física y el tratamiento con AINES fracasaron. Dentro de este grupo, para su uso en infiltraciones, se prefiere el uso de medicamentos hidrosolubles como la betametasona, considerando el menor riesgo de efectos adversos. Se dice que la mejoría inmediata de la patología con la infiltración sucede entre un 33 y 100 por ciento de los casos, según algunos estudios; siendo una mejoría continua hasta de un mes y que se puede extender hasta el año sin sintomatología.<sup>(11),(12)</sup>

Una inflamación de la bursa responde mucho mejor a este tipo de tratamiento en comparación a si existiera una tendinitis.<sup>(12)</sup>

3. Terapia física y rehabilitación.<sup>(11)</sup>

## Conclusiones

La bursitis es una enfermedad frecuente en la consulta de reumatología, que guarda relación con determinados tipos de actividades laborales. El interrogatorio exhaustivo y el examen físico minucioso permiten acercarse al diagnóstico con bastante exactitud. La ecografía es la técnica de elección en la confirmación del diagnóstico clínico. El análisis del líquido bursal será fundamental para el diagnóstico etiológico, sobre todo en las bursitis sépticas. La evolución es favorable en todos los casos tras instaurar tratamiento específico en función de las diferentes etiologías.

## Referencias bibliográficas

1. Letourneaux J, Carballosa AM, Pardo I, Jiménez MI, Chibás L. Tratamiento con imanes permanentes en pacientes con bursitis de hombro. VII Jornada Provincial de Medicina Tradicional y Natural. Natuguaso. Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo. [Internet]. 2021 [Citado 22 Marzo 2023]; [9p]. Disponible en: <https://natuguaso2021.sld.cu/index.php/natuguaso/2021/paper/view/99/41>.
2. Román JA, Fernández C, Alegre JJ, García F, Chalmeta I, Alcañiz C, et al. Bursitis: análisis clínico de 52 casos. Rev Esp Reumatol [Internet]. 2003 [Citado 22 Marzo 2023];30(6): 326-31. Disponible en: <https://www.researchgate.net/profile/Cristina-Carballido/publication/271645731>.
3. Duró JC. Afecciones reumatológicas de partes blandas. En Reumatología Clínica [Internet]. 2010 [Citado 23 Marzo 2023];Elsevier España. 416-18. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/book/9788480866453/reumatologia-clinica>.
4. Mendieta EM. Semilogía de las bolsas serosas. En Carbonell J. Semiología de las Enfermedades Reumáticas. 1ra ed. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2005.p. 67-72.
5. Castillo JA, Bazaldúa HM, Machorro R, Gómez MG. Bursitis gotosa: hallazgos por resonancia magnética. Acta Med Grupo Angeles [Internet]. 2021 [Citado 23 Marzo 2023];19

(2): 289-291. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=100458>.

6. Sandoval DA, Duran AE, Lora EH, Duran J. Resultados de la desinserción de la pata de ganso como tratamiento para la bursitis anserina. Rev Med UAS[Internet]. 2021 [Citado 25 Marzo 2023];11(2): [5p]. Disponible en: <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v11/n2/bursitisanserina.html>

7. Joven MA. Revisión documental: Trastornos Músculos Esqueléticos de Rodilla: Osteoartritis, Tendinitis y Bursitis de origen laboral [Proyecto de Investigación para optar al Título de: Especialista en Salud y Seguridad en el Trabajo]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería [Internet]. 2017 [Citado 25 Marzo 2023]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/39972/Tesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

8. Balias R. Bursitis Retrocalcánea. Imágen Clínica. APUNTS. 1991;XVIII:151- 4.

9. Carrillo R, Zepeda AD, Pérez A, Díaz A, Peña C, Rivero JA. Bursitis Anserina. Rev Invest Med Sur Mex [Internet]. 2014 [Citado 25 Marzo 2023];21 (2): 77-80. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2014/ms142f.pdf>.

10. Gutiérrez J, Fernández M, Sandoval S. Tendinitis y bursitis de la pata de ganso. Orthotips[Internet]. 2014 [Citado 25 Marzo 2023];10 (3): 163- 78. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2014/ot143d.pdf>.

11. Guiral J, Curto JM, Jiménez E. Bursitis del psoas-ilíaco. Rev Esp de cirugía osteoarticular[Internet]. 1995 [Citado 26 Marzo 2023];30 (179): 272-274. Disponible en: <https://roderic.uv.es/handle/10550/55457>.

12. Loría E, Hernández A. Diagnóstico y tratamiento de la bursitis olecraniana. Rev Cub de Ortopedia y Traumatología [Internet]. 2017 [Citado 29 Marzo 2023];31(1): 110-117. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcuborttra/cot-2017/cot171j.pdf>.

### Conflicto de interés

Los autores refieren no tener conflicto de interés.

### **Contribuciones de los autores**

María Elena Corrales Vázquez: participó en la concepción de la investigación, búsqueda de información, procesamiento de la información, elaboración de los resultados y revisión final del manuscrito.

Silvia María Pozo Abreu: participó en la concepción de la investigación, búsqueda de información, elaboración de los resultados y redacción del manuscrito.

Maura Estrada Martínez: participó en la búsqueda de información, elaboración de los resultados y redacción del manuscrito.

José Pedro Martínez Larrarte: participó en la concepción de la investigación, búsqueda de información y redacción del manuscrito.