

## [Bursitis](#)

Christopher H. Williams ; Britni T. Sternard .

Treasure Island (FL): [StatPearls Publishing](#) ; 2019 ene-.

Última actualización: 14 de febrero de 2019 .

### Introducción

---

La bursitis es una hinchazón o inflamación de una bursa, que es una estructura con forma de saco y forrada de sinovio que se encuentra en todo el cuerpo cerca de las prominencias óseas y entre los huesos, músculos, tendones y ligamentos.

Hay más de 150 bolsas conocidas en el cuerpo humano, y su función es facilitar el movimiento en el sistema musculoesquelético, creando un cojín entre los tejidos que se mueven entre sí.

Cuando se produce la bursitis, la bursa se agranda con líquido y cualquier movimiento o presión directa sobre la bursa precipitará el dolor para el paciente. Hay muchas causas de la bursitis, incluyendo lesiones por uso excesivo, enfermedades infecciosas, traumas y trastornos inflamatorios.

El nombre de bursitis en sí mismo suele ser un nombre inapropiado, ya que no todas las formas de bursitis se deben a un proceso inflamatorio primario, sino que son una inflamación de la bolsa debido a un estímulo nocivo. [\[1\]](#) [\[2\]](#) [\[3\]](#) [\[4\]](#)

### Etiología

---

Hay innumerables causas de bursitis de las cuales el médico debe estar bien informado.

La etiología más común es la presión prolongada, por lo que la bolsa se destaca entre una superficie dura y una prominencia ósea. Los ejemplos de bursitis prolongada que causa presión incluyen a los estudiantes que apoyan con frecuencia los codos en su escritorio y las personas que trabajan de rodillas sin el acolchado adecuado.

Del mismo modo, los movimientos repetitivos también pueden irritar la bolsa y provocar bursitis. La segunda causa más común de bursitis es un traumatismo cuando se aplica presión directa a la bursa. A menudo, el paciente no podrá recordar el incidente incitante, ya que puede haber parecido benigno en ese momento.

La bursitis traumática pone al paciente en riesgo de bursitis séptica, que generalmente es causada por la penetración directa de la bolsa a través de la piel. La bursitis séptica también puede ser provocada a través de la diseminación hematógena; Sin embargo, debido al suministro de sangre relativamente escaso a la bolsa, esto es raro. *Staphylococcus aureus* causa la mayoría de las bursitis sépticas.

Otra causa importante de la bursitis son las afecciones autoinmunes y las afecciones inflamatorias sistémicas, así como las artropatías, que incluyen la artritis reumatoide, la osteoartritis, el lupus eritematoso sistémico, la esclerodermia, la espondiloartropatía y la gota. Por último, la bursitis puede ser de origen idiopático, y la bursitis séptica, en particular, puede ser inducida por procedimientos invasivos. [\[5\]](#) [\[6\]](#) [\[7\]](#)

### Epidemiología

---

En general, la bursitis se encuentra igualmente en la población masculina y femenina. Sin embargo, algunos tipos de bursitis tienen una predilección femenina documentada, específicamente la bursitis trisánter y anserina.

Además, estas formas de bursitis son individuos más comunes que son obesos. Los hombres se ven más afectados por la bursitis del olécranon debido a la mayor tasa de hombres que realizan trabajos manuales para ganarse la vida (fontaneros, jardineros, mecánicos, trabajadores de la construcción, entre otros). Dado que ciertos factores estresantes ocupacionales aumentan el riesgo de desarrollar bursitis, se han acuñado muchos términos coloquiales para tipos específicos de bursitis para reflejar estas conexiones epidemiológicas. Por ejemplo, la bursitis prepatellar también se conoce como "rodilla de criada", mientras que la bursitis del olécranon a veces se denomina "codo de estudiante". Igualmente, la bursitis infrapatelar a menudo se denomina "rodilla de clérigo", mientras que la bursitis isquiática se denomina "parte inferior de un tejedor".

La bursitis de la bolsa subcutánea de calcáneo puede ser provocada por un calzado demasiado ajustado o mal ajustado, y esto ocurre con frecuencia en bailarines y patinadores.

En cada uno de estos casos, la causa de la bursitis suele ser una presión prolongada sobre la bursa afectada. Si bien la bursitis afecta a personas de todas las edades, las personas de edad avanzada pueden correr un mayor riesgo dado que muchas personas de edad avanzada padecen osteoartritis y otras enfermedades crónicas que pueden aumentar el riesgo de

bursitis. Para la bursitis séptica, los pacientes inmunocomprometidos, como las personas con diabetes, aquellos con ciertos trastornos reumatológicos, las personas que sufren de alcoholismo o las personas con VIH tienen un mayor riesgo.

## Fisiopatología

---

La bursa en sí misma es un revestimiento sinovial que representa un espacio potencial, en la medida en que se colapsa sobre sí misma hasta que un desencadenante resultante hace que la bursa se irrite y se llene con líquido sinovial. El paciente experimenta dolor cuando la bursa inflamada se comprime contra el hueso, músculo, tendón, ligamentos o piel. A pesar del apodo, no todas las bursitis están asociadas con un proceso inflamatorio manifiesto. Dicho esto, el examen de la bolsa subacromial en pacientes con bursitis subacromial ha revelado un aumento de mediadores inflamatorios, como el factor de necrosis tumoral alfa, las ciclooxigenasas y las interleucinas específicas.

## Historia y física

---

Existen dos formas de bursitis, crónica y aguda, y las presentaciones de cada una se manifestarán de manera diferente entre sí. Una historia médica detallada, así como una comprensión de la rutina diaria del paciente, ayudará al médico a diferenciar los 2 tipos de bursitis entre sí y de otros diagnósticos.

La bursitis aguda generalmente surge de un traumatismo, una infección o una enfermedad articular cristalina, mientras que la bursitis crónica es más probable que sea el resultado de artropatías inflamatorias y presión / uso excesivo o "microtraumas".

En la bursitis aguda, los pacientes generalmente presentan dolor en la palpación de la bolsa. El rango de movimiento de la articulación afectada puede disminuirse de manera secundaria al dolor.

El movimiento activo que involucra la bursa afectada también provoca dolor; sin embargo, esto depende de la ubicación de la bolsa y de la biomecánica involucrada en el movimiento de los huesos, músculos y tejidos alrededor de la bolsa. Por ejemplo, muchos pacientes experimentarán dolor con movimiento activo pero con movimiento pasivo.

Cuando los músculos circundantes no se activan y, por lo tanto, no se comprime la bolsa, hay poco o ningún dolor. Algunas bursitis agudas producirán dolor con la flexión de la articulación afectada, pero no habrá dolor en la extensión (estos hallazgos suelen observarse con bursitis prepatellar y de olécranon).

Contrariamente a los hallazgos del examen físico en la bursitis aguda, la bursitis crónica a menudo es indolora. La bursa en sí ha tenido tiempo de expandirse para adaptarse al aumento del líquido, y el resultado es una hinchazón y un engrosamiento significativos de la bursa. Un examen de la piel es muy importante en la evaluación de la bursitis aguda o crónica. La piel se debe evaluar para detectar traumatismo, eritema y calor.

Un estudio encontró que un aumento de la temperatura de solo 2.2 grados centígrados entre la piel que recubre la bursa afectada en comparación con la bursa contralateral no afectada, es altamente sensible y específico para la bursitis séptica. Sin embargo, la bursitis profunda, incluso cuando es aguda, puede no producir sensibilidad con la palpación de las estructuras suprayacentes, ni ningún cambio evidente en la piel. Por último, Los desequilibrios musculoesqueléticos o ciertas variantes anatómicas a veces se asocian con el desarrollo de bursitis. La disminución de la fuerza del núcleo y el dolor crónico de espalda pueden exacerbar la bursitis trocantérica, que a menudo se precipita por el glúteo mínimo o la tendinopatía media, mientras que los factores mecánicos como el pesazo y el valgo genuino son factores de riesgo para el desarrollo de la bursitis de anserina.

## Evaluación

---

El diagnóstico de ciertos tipos de bursitis se puede hacer clínicamente y sin estudios adicionales; sin embargo, las imágenes desempeñan un papel en el diagnóstico y tratamiento de la bursitis. Las imágenes pueden ser útiles para reducir el diagnóstico diferencial o incluso proporcionar una respuesta precisa en casos de incertidumbre diagnóstica.

Las imágenes de película simple de la articulación o bursa afectada deben considerarse en los casos en que haya antecedentes de traumatismo o preocupación por cuerpos extraños o fracturas que causen hinchazón o dolor.

La MRI se puede usar para evaluar la bolsa más profunda, al igual que el ultrasonido, que tiene el beneficio adicional de mostrar imágenes en tiempo real dentro de una articulación o área que rodea la bolsa y se puede usar para observar cambios con movimientos activos y pasivos.

El ultrasonido es particularmente útil para visualizar el empedrado de la grasa que recubre una bolsa, Lo que puede ayudar a diferenciar la celulitis de la bursitis infecciosa. El Doppler color también puede usarse para mostrar signos de infección, como la hiperemia de la bolsa y los tejidos circundantes. La aspiración de la bursa inflamada puede ser útil cuando se trata de una bursitis séptica o bursitis secundaria a una enfermedad cristalina. [\[8\]](#) [\[9\]](#) [\[10\]](#)

## Tratamiento / Manejo

---

La gran mayoría de la bursitis se curará por sí sola. Sin embargo, existen varias modalidades para mejorar el dolor del paciente y garantizar el retorno a la funcionalidad completa del área afectada.

El tratamiento conservador implica el uso de reposo, hielo, compresión y elevación para la mejoría sintomática. Se debe educar a los pacientes sobre la ergonomía adecuada para evitar movimientos exacerbados, y cierta bursa superficial puede protegerse con acolchado para aquellos en quienes la presión prolongada en los codos o las rodillas es una ocurrencia laboral cotidiana. Una dona de espuma se puede usar para pacientes con bursitis isquial, y los ejercicios de estiramiento y de fortalecimiento del núcleo desempeñan un papel en la mejora y el alivio de los síntomas.

Para la bursitis que ocurre cerca del tendón de Aquiles, se debe alentar el calzado que se ajuste adecuadamente y que reduzca la presión en el área.

Para la analgesia, los AINE y / o el paracetamol son agentes de primera línea. Para la bursa más profunda, las inyecciones de corticosteroides, a veces con anestesia local, pueden proporcionar alivio sintomático.

Sin embargo, las inyecciones locales de corticosteroides no se recomiendan para la bolsa superficial, ya que esto conlleva un mayor riesgo de bursitis séptica iatrogénica, lesión local del tendón, atrofia de la piel o drenaje de las vías del seno.

Otro peligro de las inyecciones de corticosteroides es que puede mejorar el dolor y, por lo tanto, retrasar el diagnóstico de otra afección, como un desgarro del manguito rotador, en el que existe un marco de tiempo óptimo para la reparación quirúrgica. En general, faltan pruebas que apoyen el uso de inyecciones de corticosteroides para la bursitis crónica, y un estudio reciente sugirió que no hubo beneficios.

La fisioterapia y los ejercicios de rango de movimiento desempeñan un papel en el aumento de la fuerza de los músculos que sostienen el área alrededor de la bolsa. Esto es particularmente importante en la bursitis subacromial, donde la inmovilización puede dar lugar a atrofia, retracción y un hombro congelado. En la bursitis causada por afecciones inflamatorias sistémicas, es importante que el médico trate la afección subyacente.

Para la bursitis séptica, los antibióticos sistémicos con actividad contra los organismos grampositivos son la terapia de primera línea. La mayoría de los pacientes con bursitis séptica pueden tratarse como pacientes ambulatorios con antibióticos orales, y el ingreso solo es necesario si se sospecha una afectación sistémica o de toda la articulación, o si el paciente parece inestable. Para ciertos casos recalcitrantes, la bursa se puede extirpar quirúrgicamente, generalmente mediante procedimientos endoscópicos o artroscópicos.

## Diagnóstico diferencial

---

Hay muchos otros procesos patológicos que pueden confundirse con la bursitis, o incluso ocurrir concomitantemente en el mismo lugar. El diagnóstico diferencial para el dolor articular es amplio y abarca muchos trastornos diferentes, y muchas formas de bursitis pueden simular osteoartritis, artritis reumatoide u otras afecciones inflamatorias.

Además, el D. diferencial está muy influenciado por la ubicación de la presunta bursitis. En un paciente con dolor en el hombro, el diferencial incluye manguito rotador o desgarros del labrum y pinzamiento del hombro.

A menudo, estas patologías ocurren juntas, y uno puede, de hecho, tener bursitis precipitada. La gota también puede imitar la bursitis, especialmente en la bursa del olécranon, prepatellar e infrapatellar, ya que estas articulaciones son lugares comunes para la formación de tofos gotosos o dolor por pseudogota.

La bursitis isquial puede confundirse con la ciática, ya que la bursa está cerca del nervio ciático, y los pacientes incluso pueden quejarse de dolor lancinante. Sin embargo, el dolor será más pronunciado al sentarse, lo que ayuda a distinguir la bursitis isquial de la ciática.

La bursitis isquial también se puede confundir con espondilitis anquilosante, una entesopatía inflamatoria u otras afecciones que causan sacroileítis.

La bursitis trocantérica debe diferenciarse del síndrome de la banda iliotibial; sin embargo, la sensibilidad en el síndrome de la banda IT será más distal en comparación con la ubicación más proximal de la bolsa trocantérea. La bursitis iliopsoas puede presentarse de manera similar a la artritis, lesiones por uso excesivo de la carrera, sinovitis, desgarros del labrum o necrosis avascular de la cabeza femoral. La bursitis del ligamento colateral medial y la bursitis anserina de pes pueden parecer similares a las cepas o desgarros de MCL (ligamento colateral medial), lesiones meniscales, o incluso fracturas de la meseta tibial.

La bursitis de la rodilla no suele producir un derrame, por lo que esto puede ayudar al médico a diferenciar la bursitis de las patologías anteriores. La bursitis retrocalcánea en la evaluación inicial puede aparecer como tendinitis de Aquiles, entesopatía, dolor por espolones óseos o incluso fascitis plantar.

Al igual que muchas otras formas de bursitis, estas enfermedades pueden coexistir o podrían haberse precipitado entre sí en primer lugar. Por último, una bursa séptica se puede confundir con una articulación séptica o incluso con celulitis simple de la piel que recubre la bursa.

Es importante que el médico distinga entre estos procesos infecciosos, ya que su manejo puede diferir drásticamente, y el hecho de no reconocer una articulación infectada puede resultar en una morbilidad y mortalidad significativas para el paciente.

La bursitis de la rodilla no suele producir un derrame, por lo que esto puede ayudar al médico a diferenciar la bursitis de las patologías anteriores.

La bursitis retrocalcánea en la evaluación inicial puede aparecer como tendinitis de Aquiles, entesopatía, dolor por espolones óseos o incluso fascitis plantar. Al igual que muchas otras formas de bursitis, estas enfermedades pueden coexistir o podrían haberse precipitado entre sí en primer lugar.

Por último, una bursa séptica se puede confundir con una articulación séptica o incluso con celulitis simple de la piel que recubre la bursa.

Es importante que el médico distinga entre estos procesos infecciosos, ya que su manejo puede diferir drásticamente, y el hecho de no reconocer una articulación infectada puede resultar en una morbilidad y mortalidad significativas para el paciente. O incluso fascitis plantar. Al igual que muchas otras formas de bursitis, estas enfermedades pueden coexistir o podrían haberse precipitado entre sí en primer lugar. .

### Mejora de los resultados del equipo de salud

---

La bursitis generalmente es administrada por un equipo multidisciplinario que incluye una enfermera practicante, un médico deportivo, un proveedor de atención primaria, un médico del departamento de emergencias, un reumatólogo y un cirujano ortopédico.

Una vez que se hace el diagnóstico, el tratamiento en la mayoría de los casos es de apoyo. La mayoría de los casos de bursitis se resuelven por sí solos en unas pocas semanas. Sin embargo, para restaurar la funcionalidad, algunos pacientes pueden beneficiarse de la terapia física. Otros pueden requerir inyecciones de esteroides para aliviar el dolor. Sin embargo, la fisioterapia y los ejercicios de rango de movimiento desempeñan un papel en el aumento de la fuerza de los músculos que apoyan el área alrededor de la bolsa. La cirugía es el último recurso y solo se recomienda para los casos que no logran un tratamiento conservador. Los resultados en la mayoría de los pacientes con bursitis son buenos. [\[11\]](#) [\[12\]](#) (Nivel V)

### Referencias

---

1. Hulshof CTJ, Colosio C, Daams JG, Ivanov ID, Prakash KC, Kuijer PPFM, Leppink N, Mandic-Rajcevic S, Masci F, van der Molen HF, Neupane S, Nygård CH, Oakman J, Pega F, Proper K, Prüss-Üstün AM, Ujita Y, Frings-Dresen MHW. Carga de enfermedad y lesión relacionada con el trabajo OMS / OIT: Protocolo para revisiones sistemáticas de la exposición a factores de riesgo ergonómicos ocupacionales y del efecto de la exposición a factores de riesgo ergonómicos ocupacionales en la osteoartritis de cadera o rodilla y otras enfermedades musculoesqueléticas seleccionadas. *Environ Int.* 2019 abril; 125 : 554-566. [[PubMed](#)]
2. Marcaccio SE, Babu JM, Shah K, Budacki R, Tabaddor RR. Diagnóstico y manejo de la insuficiencia del abductor de cadera. *RI Med J* (2013). 2018 dic 03; 101 (10): 46-50. [[PubMed](#)]
3. Panel de expertos en imágenes musculoesqueléticas: KM pequeño, Adler RS, SHah SH, Roberts CC, Bencardino JT, Appel M, Gyftopoulos S, Metter DF, Mintz DN, Morrison WB, Subhas N, Thiele R, Torres JD, Tynus KM, Weissman BN, Yu JS, Kransdorf MJ. Criterios de adecuación ACR <sup>®</sup> Dolor en el hombro-atraumático. *J Am Coll Radiol.* 2018 nov; 15 (11S): S388-S402. [[PubMed](#)]
4. Walter WR, Burke CJ, Adler RS. Inyecciones de intervalos escapulotorácicos terapéuticos guiados por ultrasonido. *J ultrasonido med.* 2018 25 de noviembre; [[PubMed](#)]
5. Allen GM. El diagnóstico y manejo del dolor de hombro. *J ultrasonido.* 2018; 18 (74): 234-239. [[PubMed](#)]
6. Varacallo M, Mair SD. StatPearls [Internet]. Publicación de StatPearls; Treasure Island (FL): 27 de octubre de 2018. Síndrome del manguito rotador. [[PubMed](#)]
7. Situ-LaCasse E, Grieger RW, Crabbe S, Waterbrook AL, Friedman L, Adhikari S. Utilidad del ultrasonido musculoesquelético en el punto de atención en la evaluación de la patología musculoesquelética en urgencias. *Mundo J Emerg Med.* 2018; 9 (4): 262-266. [[Artículo libre de PMC](#)] [[PubMed](#)]
8. Chen Y, Yang J, Wang L, Wu Y, Qu J. [Explicación sobre *las guías de práctica clínica basadas en evidencia con acupuntura y moxibustión: periartritis del hombro*]. *Zhongguo Zhen Jiu.* 2017 12 de septiembre; 37 (9): 991-4. [[PubMed](#)]
- 9.

Cadogan A, Mohammed KD. Dolor en el hombro en atención primaria: hombro congelado. J Prim Health Care. 2016 Mar; 8 (1): 44-51. [ [PubMed](#) ]

10.

Foster ZJ, Voss TT, Hatch J, Fridmodig A. Inyecciones de corticosteroides para afecciones musculoesqueléticas comunes. Soy Fam Médico. 2015 15 de octubre; 92 (8): 694-9. [ [PubMed](#) ]

11.

Yildiz F, Sari A, Pulatkan A, Ucan V, Kochai A, Bilsel K. Efecto de patologías intraarticulares concomitantes no quirúrgicas sobre el resultado de la liberación capsular artroscópica para la capsulitis adhesiva del hombro. Acta Orthop Traumatol Turc. Julio de 2018; 52 (4): 245-248. [ [Artículo libre de PMC](#) ] [ [PubMed](#) ]

12.

Oderuth E, Ali M, Atchia I, Malviya A. Un ensayo de control aleatorizado, doble ciego, que investiga la eficacia del plasma rico en plaquetas versus placebo para el tratamiento del síndrome de dolor trocantérico mayor (el ensayo HIPPO): un protocolo para un ensayo clínico aleatorizado. Ensayos 2018 21 de septiembre; 19 (1): 517. [ [Artículo libre de PMC](#) ] [ [PubMed](#) ]