



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

482/160 - ¡DOCTOR, MI CODO! BURSITIS RETROLECRANEANA

G. Maqueda Zamora¹, J. Martínez Ballester², J. Martínez Ballester² y L. Sierra Santos³

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local El Boalo. El Boalo. Madrid. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuencarral. Madrid. ³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manzanares El Real. Manzanares El Real. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 76 años, jubilado, independiente actividades vida diaria (IABVD), fumador, cardiópata, anticoagulado y antiagregado, hipertenso, que acude a consultas de atención primaria por bultoma en codo izquierdo de 3 meses de evolución, sin traumatismo previo, no doloroso, que ha ido creciendo de forma progresiva. No ha presentado fiebre. No heridas, ni laceraciones, picaduras o lesiones dérmicas.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración presenta un bultoma de 12x3 cm. Balance articular completo, sin datos de flogosis desde olecranon hasta tercio medio proximal de antebrazo. Fuerza y sensibilidad conservada. Se realiza una ecografía clínica ambulatoria que objetiva bursitis retroolecraneana. Asimismo, se solicita radiografía de codo que muestra un aumento de partes blandas, sin lesiones óseas agudas.

Orientación diagnóstica: Bursitis retroolecraneana.

Diagnóstico diferencial: Debemos realizar el diagnóstico diferencial con la artritis séptica que suele presentar fiebre, eritema y la evolución es más rápida y dolorosa, por lo que el paciente suele consultar antes. Además el mecanismo lesional establece una puerta de entrada para la infección. El diagnóstico diferencial definitivo es por análisis y tinción de Gram del líquido articular. Es importante realizar radiografía para descartar afectación ósea. Otro tipo de artritis son por ácido úrico, que al igual que la séptica suele ser un proceso doloroso y en el análisis del líquido es posible identificar cristales de urato y la artritis reumatoide, con marcadores analíticos inflamatorios, dolorosa, y sin signos aparentes de infección.

Comentario final: Las patologías traumatológicas, y las bursitis en particular ocupan una parte importante de nuestras consultas. Como médicos de familia debemos realizar un correcto diagnóstico diferencial ya que las patologías relacionadas revisten una potencial importancia y el correcto y adecuado manejo de esta patología hace que se resuelva de forma temprana y sin complicaciones. La mayoría de las bursitis no sépticas se resuelven en un plazo de 2 semanas con tratamiento antiinflamatorio y solo un 10% de ellas alcanzan los 6 meses. En nuestro caso se resolvió en 3 meses tras optimizar el tratamiento.

Bibliografía

1. Loría E, Hernández A. Diagnóstico y tratamiento de la bursitis olecraniana. Rev Cubana Ortop Traumatol. 2017;31(1):110-7.

Palabras clave: Codo. Olecranon. Bursitis.