



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## P-368 - BURSITIS BILATERAL DE OLECRANON

V.R. Oscullo Yépez, E. Pejenaute Labari, S. Alcalde Muñoz, T. Martín de Rosales Cabrera, R. Rodríguez Rodríguez y J.N. Neira Rodríguez

CS Mar Báltico.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 40 años sin antecedentes médico-quirúrgicos, acude a la consulta de AP por presentar desde hace 24 horas inflamación a nivel de codos, no dolorosa, refiere sobreesfuerzo hace 15 días, niega traumatismo previo. Además refiere astenia vespertina y pérdida ponderal de 8 kg en el último año. No fiebre, ni otras articulaciones afectas, no mialgias, ni cálculos renales, aunque refiere parestesias ocasionales autolimitadas en extremidades y palpitaciones esporádicas. Niega otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** El examen físico es anodino, salvo derrame fluctuante y edema a nivel bilateral de bursas olecraneanas, sin signos de infección activa, indoloras, con limitación de los movimientos de flexo-extensión a 15 grados, sin inestabilidad articular, signo de Trouseau dudoso. En la analítica se objetiva calcio de 6,2, PCR-VSG elevadas, y radiografías de codos con hallazgos anodinos, por lo que se deriva a su hospital de referencia, donde se le realiza estudio de líquido articular observándose cristales romboidales birrefringentes débilmente positivos sugerentes de depósitos de pirofosfato de calcio (CPPD), calciuria y fosfaturia disminuida, ecografía abdominal normal, radiografía de tórax y ecografía tiroidea normal. SPECT-TC body sin hallazgos patológicos, se realiza estudio genético siendo diagnosticado de juicio clínico: bursitis bilateral de olecranon secundaria a hipocalcemia AD. La incidencia real de la bursitis de olecranon es desconocida y difícil de cuantificar, se estima entre 0,01-0,1%, y la prevalencia es del 15,27%. La etiología puede ser traumática al ser una zona susceptible por presión prolongada, uso excesivo o extenuante relacionado con actividades profesionales, sin embargo las causas no traumáticas se asocia a artropatía por microcristales (gota, CPPD), así como artritis inflamatorias (AR, uremia), y en presencia de comorbilidades (DM, alcoholismo, inmunosupresión crónica, VIH, hemodiálisis, EPOC) o cuerpos extraños. La CPPD presenta habitualmente depósitos a nivel de tejidos periarticulares, sin embargo puede tener presentaciones inusuales y manifestaciones extra-articulares siendo una de ellas la bursitis del olecranon bilateral. Estos depósitos pueden ser asintomáticos o asociados con manifestaciones articulares agudas, episódicas o crónicas.

**Diagnóstico diferencial:** Es clave distinguir entre artritis séptica y aséptica, lo que a veces no es sencillo (la causa más probable es el *S. aureus*), además se debe descartar la coexistencia de una poliartritis sistémica subyacente, o secundarias a alteraciones de tendones o articulaciones adyacentes. El diagnóstico se basa en la historia clínica, aunque puede estar indicada la punción-aspiración de la bursa para el análisis del líquido sinovial. La radiografía inicial excluye fractura, cuerpo extraño, o calcificaciones, pero la ecografía y RMN son igualmente útiles en el diagnóstico y la aspiración de la bursa. Al ser la bursitis una patología autolimitada y reversible el objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas inmediatos, evitar las complicaciones (atrofia muscular y contractura conjunta), mantener el rango de movimiento, ya que no hay

ningún fármaco conocido para prevenir la progresión y destrucción articular. Los AINEs o glucocorticoides sistémicos son los tratamientos más útiles, no se recomienda su uso intralesional debido al riesgo de complicaciones. La colchicina puede ser eficaz en casos recurrentes, y el magnesio puede ser utilizado profilácticamente. Algunos pacientes requieren desbridamiento articular(bursitis crónica-persistente) aunque las indicaciones quirúrgicas no están claras. En ausencia de infección, tienen buen pronóstico, aunque la recurrencia es frecuente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Reilly D, Kamineni S. Olecranon bursitis. Journal of Shoulder and Elbow Surgery. 2016;25:158-67.
2. Todd D, Isaac Z, Ramirez M. Bursitis: An overview of Clinical manifestations, diagnosis, and management. UpToDate, 2015.
3. Wieting J, Madden J, Cailliet R. Olecranon Bursitis.
4. Karnataka I, Patel J, Kumar G, Mruthyunjaya C. Bilateral Olecranon Bursitis—A Rare Clinical presentation of Calcium Pyrophosphate Crystal Deposition Disease. Journal of Orthopaedic Case Reports. 2014;4:3-6.
5. Herrera FA, Meals RA. Chronic olecranon bursitis. J Hand Surg Am 2011;36:708-10.