GOBIERNO FEDERAL

SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de la Bursitis de la Extremidad Superior

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-390-10

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

IMSS

ISSTE

PEMEX

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Vivir Mejor

Guía de Referencia Rápida

M70 Trastornos de los tejidos blandos relacionados con el uso, el uso excesivo y la presión
M70.2 Bursitis del olécranon
M70.3 Otras bursitis del codo
GPC

Diagnóstico y Tratamiento de la Bursitis de la Extremidad Superior

ISBN en trámite

DEFINICIONES

La bursitis es una condición clínica en la cual la bursa está inflamada. Puede estar afectado el hombro y el codo. Las bursas son sacos cerrados que contienen líquido sinovial que actúan amortiguando y reduciendo la fricción entre los huesos y los tejidos musculares adyacentes (bursas profundas) o entre los huesos y la piel suprayacente (bursas superficiales).

La bursitis se origina con mayor frecuencia por traumatismo, en especial movimientos prolongados o repetitivos. Otras causas de bursitis comprenden infección (que por lo general se encuentra en bolsas cerca a la superficie de la piel) y depósitos de cristales (debidos a gota, artritis reumatoide o esclerosis sistémica progresiva).

FACTORES DE RIESGO

Aunque la bursitis tiene buena respuesta al tratamiento puede progresar a la cronicidad y preceder a otras patologías degenerativas del hombro por lo que es recomendable:

- Modificar las actividades deportivas, laborales o cotidianas que requieran la elevación del brazo por arriba del hombro y la carga de objetos pesados
- Llevar un buen control de enfermedades reumáticas y gota
- Durante el procedimiento de hemodiálisis evitar la presión prolongada del codo, en superficies duras
- Sospechar la presencia de bursitis de origen infeccioso en pacientes con diabetes mellitus, insuficiencia renal o inmunosupresión, así como en aquellas personas con abuso en el consumo de alcohol, que sufran de una lesión traumática

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

1. Realizar una anamnesis dirigida para identificar los casos de bursitis de la extremidad superior.
2. Interrogar antecedente del inicio de la sintomatología para establecer el tiempo de evolución y comorbilidad
3. Identificar en los pacientes con actividades de repetición los síntomas que caracterizan la bursitis de la extremidad superior como son: dolor localizado (bursa subacromial, bursa escapulotorácica, bursa bicipitoradial bursa y bursa olecraneana) de predominio durante el sueño, aumento de la temperatura local y aumento de volumen.
4. Buscar alteraciones en la integridad de la piel, así como posibles sitios de entrada de cuerpos extraños
5. Identificar intencionadamente la acumulación de líquido en las bursas
6. Identificar antecedentes de importancia para bursitis infecciosa :

- Diabetes mellitus
- inmunosuprimidos
- Lesiones traumáticas

7. En el paciente que refiera dolor a nivel de la articulación escapulotorácica en reposo o sensación de "roce" óseo deberá sospecharse bursitis escapulotorácica.
8. Los pacientes que presentan dolor en la región de la fosa antecubital se deberá sospechar bursitis bicipitoradial.
9. Si al interrogatorio el paciente refiere traumatismo de codo y a la inspección presenta aumento de volumen, aumento de la temperatura local sospechar bursitis olecraneana
10. Se deberá sospechar bursitis séptica del olécranon en aquellos pacientes con antecedente de diabetes mellitus que cursen con bursitis olecraneana.
11. En los pacientes con lesiones cutáneas en sitios anatómicos donde exista una bursa, identificar los datos de bursitis infecciosa (eritema que rebasa los márgenes de la bursa 3 cm en su perímetro, dolor importante a la palpación, aumento de la temperatura local y limitación funcional grave), investigar el antecedente de infiltración de la bursa.
12. El resultado negativo a las maniobras para lesión del mango rotador orientan a una bursitis del hombro

Pruebas diagnósticas

1. Solicitar estudios radiográficos inicialmente para descartar fracturas asociadas.
2. Realizar ultrasonografía de hombro para establecer el diagnóstico específico de bursitis de la extremidad superior.
3. No se recomienda la realización de resonancia magnética nuclear (RMN) como estudio de primera elección para las bursitis de la extremidad superior.
4. En los casos en donde se sospeche bursitis séptica realizar aspiración por punción del líquido al interior de la bursa y solicitar tinción de gramm y cultivo.

TRATAMIENTO CONSERVADOR

1. Se recomienda manejo conservador en los pacientes con bursitis del olecranon
2. En el tratamiento inicial indicar PRICEMM:

P= inmovilización
R= reposo
I = hielo
C= movimientos isométricos
E=movimiento de elevación
M= medicamentos
M= fisiatría

3. Para el control de la sintomatología de la bursitis, se recomienda usar la combinación de paracetamol (500 mg cada 6 u 8 horas por vía oral) y diclofenaco (100 mg cada 12 horas por vía oral) durante los tres días posteriores al inicio del dolor.
4. Como terapia de mantenimiento administar metamizol 500 mg cada 8 horas y diclofenaco 100 mg cada 12 horas, ambos por vía oral, durante los siguientes 4 días.
5. Cuando no se observa una respuesta favorable al uso de antiinflamatorios no esteroideos en pacientes con bursitis no infecciosa se recomienda infiltrar metilprednisolona (40 mg) y lidocaína al 1% (1ml) en la región de la bursa.
6. En los casos de bursitis infecciosa iniciar tratamiento con dicloxacilina 500 mg por vía oral cada 6 horas, o bien, trimetoprima-sulfametoxazol (160/800 mg) vía oral cada 12 horas, por diez días para ambas alternativas.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

1. En pacientes con fracaso del tratamiento conservador con síndrome de pinzamiento subacromial acompañado de bursitis efectuar acromioplastia y bursectomía
2. En los casos de bursitis escapulotorácica crónica el procedimiento quirúrgico de elección es la liberación artroscópica de adherencias fibrosas o bursectomía
3. No considerar como tratamiento de primera elección la artroscopia en los pacientes con bursitis del olécranon; la resección de la bursa se utilizará en aquellos pacientes con fracaso al tratamiento conservador.

CRITERIOS DE REFERENCIA

1. Los pacientes que no mejoran con el manejo farmacológico y los medios físicos en un periodo de 3-4 semanas deberán ser canalizados al servicio de ortopedia de segundo o tercer nivel de atención.
2. Sospecha de bursitis séptica.
3. El médico Ortopedista del segundo o tercer nivel de atención definirá que bursopatías de la extremidad superior requieren aspiración o infiltración de esteroide.
4. Posterior a la infiltración o aspiración de líquido de la bursa el médico ortopedista definirá el manejo médico y el envío a fisiatría.

5. Se recomienda contrarreferencia al primer nivel de atención o alta definitiva cuando exista:
    - Mejoría de la sintomatología dolorosa y disminución del proceso inflamatorio
    - Después de la infiltración con esteroide o de la aspiración del líquido de la bursa

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

1. Durante la vigilancia de los pacientes con bursitis, se recomienda:
    - Examinar la intensidad del dolor por medio de la escala visual análoga EVA [ver escalas, cuadro 1]
    - Evaluar la temperatura local

2. Para los pacientes con bursitis se sugiere valoración a los 7, 14, 28, y 45 días de evolución.
3. Valorar al paciente con bursitis séptica de olecranon al tercer día para establecer la conducta terapéutica a seguir (quirúrgica vs médica).
4. Para los pacientes con bursitis séptica de olecranon se sugiere valoración a los 7, 14, 28 y 45 días.
5. El paciente postoperado de bursitis séptica de codo deberá ser canalizado a fisiatría a los 14 a 21 días de postoperado

DIAS DE INCAPACIDAD EN DONDE PROCEDA

1. Considerar el tipo de trabajo y el sitio de la bursitis para expedir la incapacidad laboral, cuyo tiempo se considera que no debe exceder mas de 14 días.

ESCALAS

Cuadro 1. Clasificación del dolor según su intensidad para elección de grupos de medicamentos Escala visual análoga EVA

Dolor leve (EVA 1 a 4)

Puede ser tratado satisfactoriamente con analgésicos no opioides del tipo de antiinflamatorios no esteroides.

Dolor moderado (EVA 5 a 7)

Puede ser tratado con analgésicos opioides con efecto de techo (tramadol, nalbufina, buprenorfina), pueden utilizarse la combinación con AINEs y de ser necesario medicamentos concomitantes de fármacos adyuvantes.

Dolor Severo (EVA 8 a 10)

El dolor intenso puede ser tratado con opioides potentes (morfina, citrato de fentanilo), ya sea en infusión continua con técnicas de analgesia controlada por el paciente o técnicas de anestesia regional. De misma manera pueden combinarse con AINEs y fármacos adyuvantes.

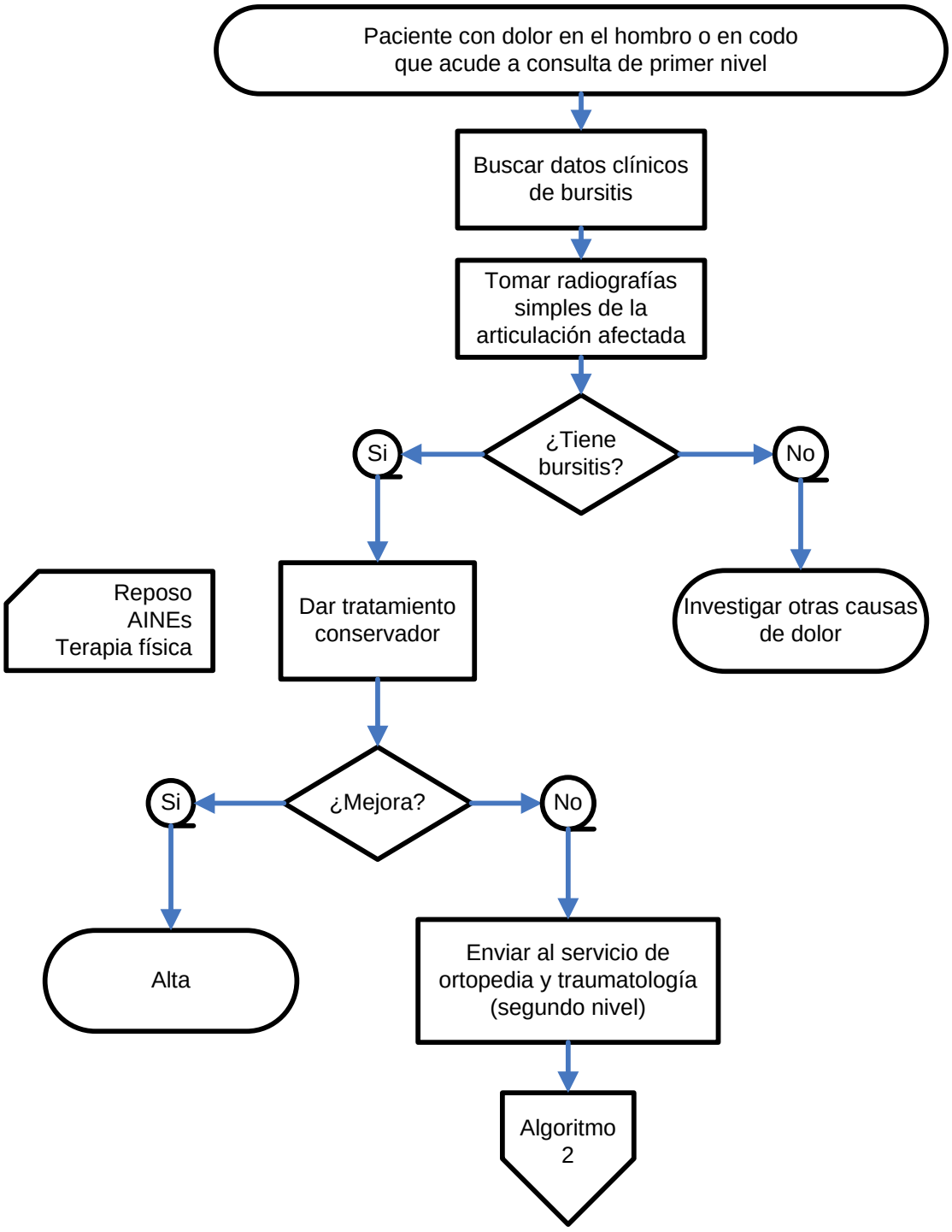
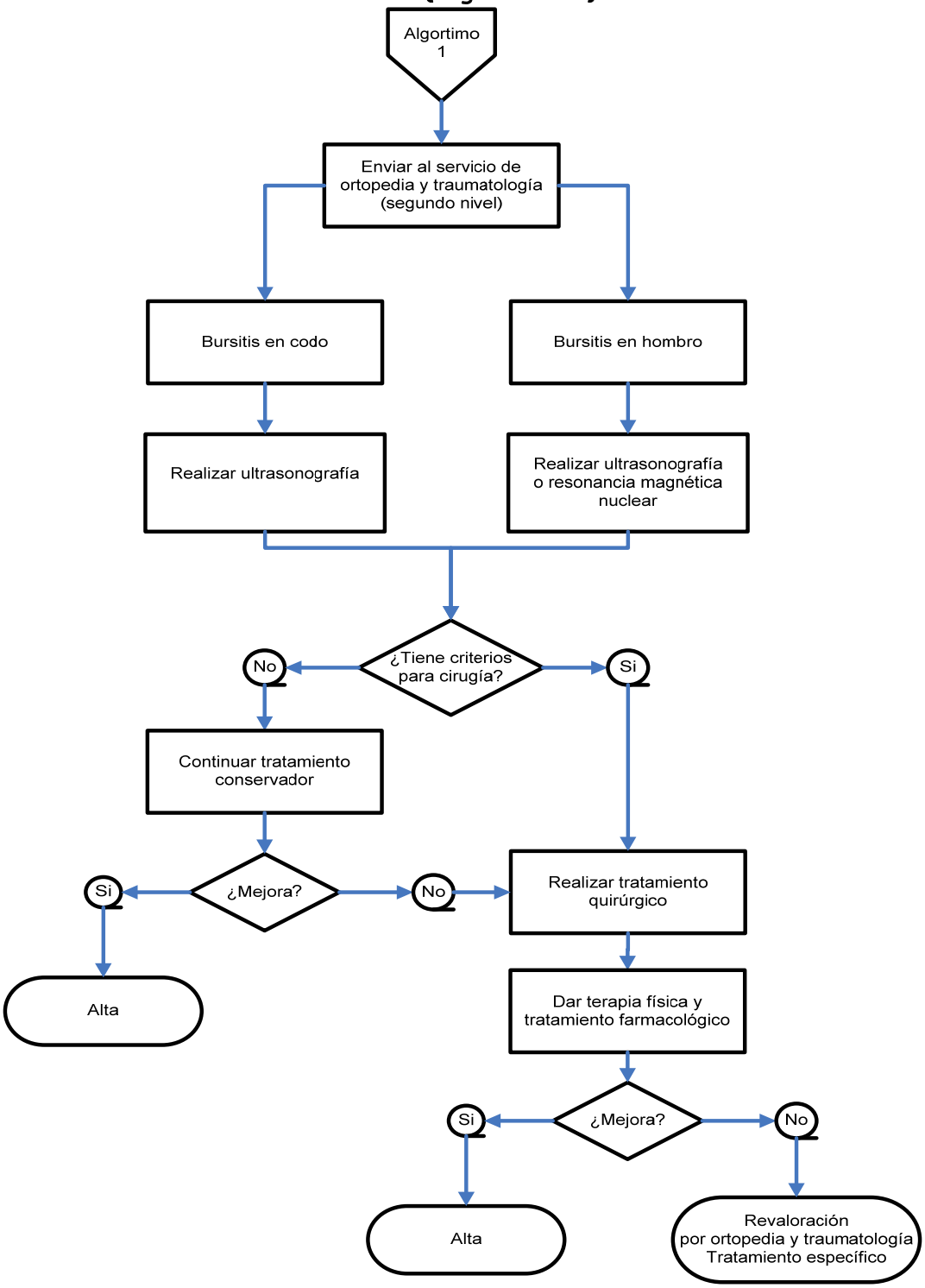
La **Escala Visual Análoga (EVA)** permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor ⟶ Máximo dolor

Gradación de 0 a 10

ALGORITMOS

Algoritmo 1.Diagnóstico y Tratamiento de la Bursitis en Extremidad Superior (Primer nivel)



Algoritmo 2. Diagnóstico y Tratamiento de la Bursitis en Extremidad Superior (Segundo nivel)