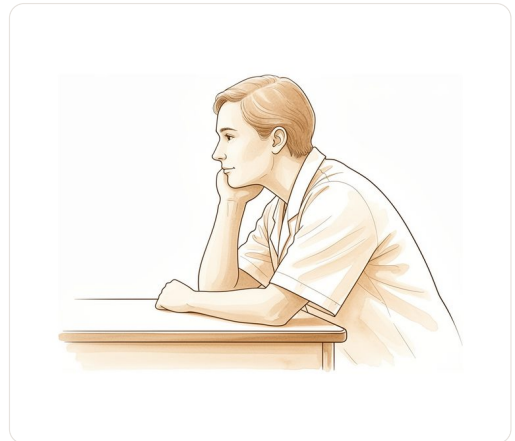


Bursitis del olécrano

Bursitis olecraniana: la bolsa llena de líquido que se encuentra sobre la punta ósea del codo se inflama, generando la característica protuberancia en forma de “huevo de ganso” que se observa aquí.

Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 4.0



Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

La bursitis olecraniana significa que la pequeña bolsa amortiguadora situada en la punta del codo se ha inflamado. Esa bolsa, llamada bursa, normalmente permite que la piel se deslice suavemente sobre el hueso. Cuando se inflama, se nota un bulto blando, a veces sensible, justo en la punta del codo.

Por lo general, la hinchazón es lo primero que se observa. Puede aparecer rápidamente en uno o dos días, o de forma gradual a lo largo de varias semanas. Apoyar el codo empeora la situación; por eso, trabajar frente a un escritorio, apoyar el brazo en el brazo de una silla o dormir con el codo doblado pueden agravarla. Muchas personas sienten dolor nocturno, especialmente si duermen sobre ese lado. Estirar el brazo y quitar presión de la punta del codo suele aliviarlo.

Las tareas cotidianas que requieren doblar el codo contra resistencia o ejercer presión sobre su punta resultan incómodas. Levantarse de una silla baja, cargar el lavavajillas, llevar bolsas de la compra apoyándolas en el antebrazo o apoyar el codo en una mesa mientras se lee pueden resultar molestos. Estirar el brazo por encima de la cabeza también puede tirar de la zona inflamada.

La hinchazón no siempre se debe simplemente al desgaste normal. A veces es consecuencia de una infección en la bolsa, que suele hacer que la piel del codo se enrojezca, se caliente y duela más. En otras ocasiones se debe a la presencia de cristales en la articulación, una afección llamada gota; esto ocurre especialmente si ya ha tenido ataques similares o si el otro codo también está afectado. La hinchazón en este lugar también puede estar relacionada con enfermedades articulares inflamatorias como la artritis reumatoide, que suele afectar varias articulaciones en ambos lados del cuerpo al mismo tiempo.

Dado que estas causas pueden presentarse de forma similar, no siempre es fácil distinguirlas a simple vista. Si el codo está caliente, enrojecido o muy doloroso, o si la hinchazón persiste durante semanas sin mejorar, conviene someterse a una evaluación adecuada para iniciar el tratamiento correcto.

¿Qué está ocurriendo realmente?

En la punta del codo hay una pequeña bolsa de líquido llamada bursa. Puedes imaginarla como un cojín delgado, una especie de bolsillo acolchado entre la piel y el hueso. Su función es permitir que la piel se deslice suavemente sobre el hueso cada vez que doblas o estiras el brazo.

En el caso de la bursitis olecraniana, ese “cojín” se inflama y se llena de líquido adicional. Esto suele ocurrir tras pequeños golpes o presión repetida en la punta del codo, como cuando se apoya el brazo sobre superficies duras día tras día. Con el tiempo, la bolsa también puede agrandarse debido a la fricción. El bulto que puedes ver y palpar es precisamente la bolsa inflamada; la sensibilidad al tacto se debe al tejido inflamado que la rodea.

En ocasiones, la hinchazón no es solo resultado de una irritación. La bolsa puede infectarse; por eso una bursa infectada suele estar caliente, enrojecida y más dolorosa que una simplemente inflamada. Los cristales de la gota pueden acumularse en la bolsa, y enfermedades inflamatorias como la artritis reumatoide también provocan hinchazón y pequeños bultos duros en esa zona. Dado que estas causas presentan síntomas muy similares a simple vista, distinguirlas requiere un examen médico adecuado.

El hueso situado en la punta del codo, llamado olécranon, se encuentra justo debajo de la piel con muy poco tejido protector alrededor. Esta posición expuesta explica por qué recibe tantos golpes y por qué la bursa que lo cubre soporta gran parte del desgaste. Ese mismo hueso sirve de anclaje para el tendón del músculo situado en la parte posterior del brazo, el encargado de estirar el codo; por eso los problemas en esta zona pueden afectar tanto la sensibilidad como el movimiento del codo en su conjunto.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de miembro superior en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En su primera visita, tomamos su historia clínica, examinamos su codo y, si es necesario, solicitamos estudios por imagen como ecografías o resonancias magnéticas. La resonancia magnética utiliza imanes para generar imágenes detalladas de los tejidos blandos; es muy útil para determinar cuán inflamado está el saco y cuánto líquido contiene. Los estudios por imagen también pueden detectar otros problemas ocultos detrás de la hinchazón, lo cual es importante, pues distintas causas requieren tratamientos distintos.

En la mayoría de los casos crónicos, iniciamos con un tratamiento de soporte sencillo: aplicación de hielo, compresión mediante vendaje o manga elástica, colocación de almohadillas protectoras sobre la zona del codo y modificación de las actividades que lo irritan. Reducir la presión sobre la punta del codo suele ser el cambio más beneficioso que puede hacerse. La fisioterapia busca calmar la irritación y recuperar un movimiento cómodo sin provocar más hinchazón. Le damos una oportunidad razonable a este enfoque antes de considerar cualquier otra medida, ya que el tratamiento no quirúrgico funciona bien para la mayoría de los pacientes y evita los riesgos asociados a inyecciones o cirugía.

Si el saco está infectado, tratamos directamente dicha infección. En la mayoría de los casos, la infección no complicada de este saco se resuelve únicamente con medicación, sin necesidad de extirparlo. También vigilamos de cerca a los pacientes con artritis reumatoide, pues en ocasiones la articulación del codo se ve afectada al mismo tiempo que el saco bursal, lo cual modifica el tratamiento a seguir.

La cirugía no es nuestra primera opción para esta afección. La mayoría de los cirujanos evitan operar en etapas tempranas, ya que una herida en esa zona ósea tan prominente suele cicatrizar lentamente y, en algunos casos, deja un seno, es decir, un pequeño conducto que sigue drenando líquido. Cuando el tratamiento no quirúrgico no produce mejoría suficiente y la hinchazón persiste, consideramos extirpar el saco inflamado; esta intervención se denomina bursectomía. Cuando resulta adecuado, podemos realizarla mediante unas pocas incisiones pequeñas y el uso de una cámara diminuta, técnica conocida como cirugía endoscópica. Así se evita una cicatriz larga justo sobre la zona sensible del codo. Decidir si la cirugía es la opción adecuada para usted es una decisión que tomamos en conjunto, sopesando lo que usted desea recuperar frente a las implicaciones de cada alternativa.

Qué esperar

En la mayoría de las personas, esta hinchazón disminuye con cuidados sencillos. Al reducir la presión sobre el codo, protegerlo con almohadillas y disminuir las actividades que lo irritan, se le da al saco sinovial la oportunidad de calmarse. En general, el tratamiento no quirúrgico es más eficaz y seguro que la cirugía para esta afección; la mayoría de las personas nunca necesitan operarse. Si el saco está infectado pero la infección es leve, el tratamiento con medicamentos suele ser suficiente, y la hinchazón a menudo se controla sin necesidad de drenarla ni extirpar el saco.

Sin esos cuidados, o si persisten las mismas presiones, la hinchazón tiende a mantenerse o reaparecer. En algunas personas, esta condición se prolonga durante semanas sin mejorar. Si el codo permanece hinchado durante mucho tiempo, merece ser reevaluado, pues una hinchazón persistente puede indicar una causa menos común que requiera tratamiento específico.

Cuando los cuidados no quirúrgicos se han aplicado adecuadamente pero la hinchazón sigue reapareciendo, la cirugía para extirpar el saco inflamado se convierte en una opción. Esta decisión no se toma a la ligera; normalmente se posterga hasta que los métodos más sencillos hayan fracasado. En los casos en que se realiza la cirugía para este tipo de hinchazón persistente, la mayoría de los pacientes experimentan una mejora notable en la sensación y funcionalidad del codo. La extirpación del saco mediante unas pocas incisiones pequeñas y el uso de una cámara diminuta se ha asociado con poco dolor postoperatorio y una recuperación rápida; en los casos reportados no hubo recurrencias ni complicaciones en la cicatrización que exigieran una nueva intervención. No obstante, la cirugía no es infalible: alrededor del 11,5% de los pacientes a quienes se extirpa el saco necesitan una operación adicional posteriormente. También existe una pequeña probabilidad de que la hinchazón reaparezca incluso tras la cirugía.

La recuperación tras la intervención suele ser sencilla; sin embargo, la cicatrización de una herida en esa zona ósea puede ser lenta, motivo por el cual los cirujanos prefieren evitar operar en etapas tempranas. La mayoría de las personas vuelven a usar el codo con normalidad en cuestión de semanas, no meses. Su cirujano le explicará cómo sería su recuperación en caso de que la cirugía llegara a ser necesaria.

¿Cuándo consultar a un médico?

La mayoría de las hinchazones en la zona del codo mejoran con reposo y cuidados básicos. Consulte a su médico de cabecera si el bulto sigue creciendo, o si no disminuye tras varias semanas de evitar presión sobre el codo.

Algunas causas requieren atención inmediata. Acuda a urgencias si la piel sobre el codo está caliente, roja y muy dolorosa, ya que eso podría indicar una infección del quiste; en tal caso, se requiere evaluación el mismo día. Solicite una valoración especializada si ha tenido ataques de gota previamente, si el otro codo también está hinchado, o si varias articulaciones de ambos lados del cuerpo se ven afectadas; estos síntomas apuntan a gota o a una enfermedad inflamatoria como la artritis reumatoide, en lugar de una simple irritación. Resulta difícil distinguir una infección de un ataque de gota solo por la apariencia externa, por lo que no intente diagnosticarlo usted mismo.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. La bursitis olecraniana merece una lectura adicional, ya que existen evidencias que desaconsejan dos de las medidas que, por instinto, se suelen tomar: drenar la hinchazón con una aguja e inyectar esteroides en la zona.

EL DRENAJE PUEDE SER PRECISAMENTE LO QUE GENERA EL PROBLEMA

La intuición nos dice: hay líquido, así que hay que extraerlo. Sin embargo, los datos de los estudios indican lo contrario.

En una comparación de estrategias de tratamiento para la **bursitis séptica no complicada del olécrano**, el tratamiento empírico **sin aspiración** resultó eficaz; **ningún paciente necesitó bursectomía**. En cambio, en el grupo que recibió aspiración tradicional, **8 de cada 11 pacientes** terminaron precisando la extirpación quirúrgica de la bursa [1].

Se trata de una diferencia notable, aunque se basa en un número reducido de casos; por ello debe interpretarse con cautela. No obstante, el mecanismo no es complicado de entender: la bursa se encuentra justo debajo de una piel delgada, sobre un punto óseo que recibe todo tipo de golpes y presiones al apoyarse en un escritorio. Al introducir una aguja a través de esa piel se crea un canal; y un canal situado en un punto de presión tarda en cerrarse y puede seguir filtrando líquido.

Las revisiones generales coinciden en esta dirección: basándose principalmente en evidencia de nivel IV, **el tratamiento no quirúrgico es significativamente más eficaz y seguro que el tratamiento quirúrgico** [2].

LA INYECCIÓN DE ESTEROIDES CONLLEVA RIESGOS SIN MEJORAR EL RESULTADO

Esto se plantea de forma bastante clara en la literatura médica. En el caso de la bursitis aséptica, **la inyección de corticoides está asociada a riesgos significativos sin mejorar el resultado** [2].

Estos riesgos son específicos del lugar de aplicación: atrofia cutánea y despigmentación sobre una protuberancia ósea subcutánea, así como infecciones que pueden aparecer en una zona difícil de desinfectar. En otras zonas del miembro superior, la inyección de esteroides resulta una medida razonable cuando otros tratamientos más

sencillos no surten efecto. No obstante, en este caso la evidencia no respalda su uso; es importante conocer esta diferencia si se plantea como opción terapéutica.

LA CIRUGÍA ES REALMENTE UN ÚLTIMO RECURSO, CON UNA TASA DE FRACASO MEDIBLE

En los casos en que se realiza una bursectomía, esta no siempre resuelve el problema. La **tasa de revisión tras la bursectomía fue del 11,5%**, siendo esta más frecuente en pacientes con **artritis reumatoide, diabetes**, antecedentes de bursitis en cualquiera de los codos y en mujeres [3].

Estos factores de riesgo describen las situaciones en las que es probable que la bursa se vuelva a formar: un factor inflamatorio o metabólico que la cirugía no elimina, o una tendencia demostrada del tejido de ese individuo a generar el problema. En casos recurrentes, la escleroterapia con doxiciclina intrabursal –que consiste en provocar cicatrización del espacio bursal en lugar de extirparlo– se ha descrito como una alternativa en una serie de **45** codos [4].

¿QUÉ ES LO QUE REALMENTE RESUELVE EL PROBLEMA?

La respuesta poco glamurosa es la protección y el tiempo. Dado que la bursa se irrita mecánicamente por la presión ejercida sobre la punta del codo, el tratamiento que aborda la causa consiste en eliminar dicha presión: usar almohadillas y modificar el hábito de apoyarse en el codo, durante un período más largo de lo que parece necesario. La mayoría de los casos se resuelven [5]; las intervenciones mencionadas anteriormente son, en gran medida, intentos de acortar un proceso que de todas formas termina por resolverse. Precisamente por eso, cualquier intervención que conlleve sus propios riesgos debe cumplir con requisitos muy estrictos en este contexto.

REFERENCIAS

- [1] Deal JB, Vaslow AS, Bickley RJ, Verwiebe EG, Ryan PM. Tratamiento empírico de la bursitis séptica no complicada del olécrano sin aspiración. J Hand Surg Am. 2020;45(1):20-5. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2019.06.012>
- [2] Sayegh ET, Strauch RJ. Tratamiento de la bursitis del olécrano: una revisión sistemática. Arch Orthop Trauma Surg. 2014;134(11):1517-36. <https://doi.org/10.1007/s00402-014-2088-3>
- [3] Germawi L, Westenberg RF, Wang F, Schep NW, Chen NC, Eberlin KR. Factores asociados con la cirugía de revisión por bursitis del olécrano tras bursectomía. J Shoulder Elbow Surg. 2021;30(5):1135-41. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2020.09.033>
- [4] McDermott D, Wakefield D, Kowalsky M, Sethi P, Vitale MA, Morrey BF. Escleroterapia con doxiciclina intrabursal para la bursitis recurrente del olécrano. J Hand Surg Glob Online. 2024;6(4):504-9. <https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2024.03.006>
- [5] Nchinda NN, Wolf JM. Manejo clínico de la bursitis del olécrano: una revisión. J Hand Surg Am. 2021;46(6):501-6. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2021.02.006>