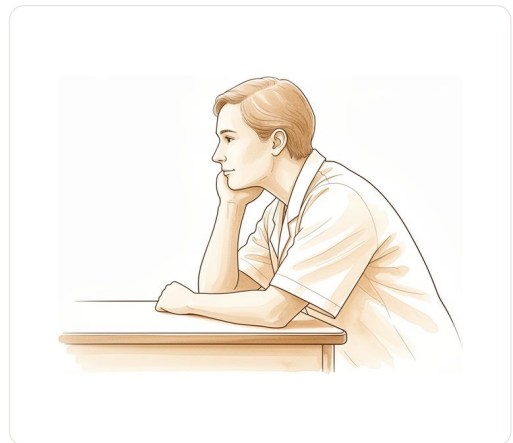


Bursite do olécrano

Bursite do olécrano: a bolsa sinovial cheia de líquido localizada na ponta óssea do cotovelo incha, formando o característico nódulo semelhante a um “ovo de ganso” que se observa aqui.

Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 4.0



Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

O que você está sentindo

A bursite do olécrano significa que o pequeno saco de amortecimento localizado na ponta do cotovelo ficou inchado. Esse saco, chamado de bolsa sinovial, normalmente permite que a pele deslize suavemente sobre o osso. Quando inflama, surge um nódulo macio, às vezes doloroso, exatamente na ponta do cotovelo.

O inchaço costuma ser o primeiro sinal percebido. Ele pode surgir rapidamente em um ou dois dias, ou de forma lenta ao longo de semanas. Apoiar o peso no cotovelo piora a situação; por isso, trabalhar em frente a uma mesa, apoiar o braço no braço da cadeira ou dormir com o cotovelo dobrado podem agravar o problema. Muitas pessoas sentem dor à noite, especialmente se dormem do lado afetado. Esticar o braço e aliviar a pressão sobre a ponta do cotovelo costuma ajudar a melhorar os sintomas.

Atividades cotidianas que exigem dobrar o cotovelo contra resistência ou pressionar a ponta do cotovelo tornam-se desconfortáveis. Levantar-se de uma cadeira baixa, carregar sacolas de compras apoiando o antebraço, colocar a louça na máquina de lavar ou apoiar o cotovelo na mesa enquanto lê podem causar desconforto. Esticar o braço acima da cabeça também pode puxar a área inchada.

O inchaço nem sempre se deve apenas ao desgaste normal. Às vezes, ele resulta de uma infecção na bolsa sinovial, o que geralmente deixa a pele do cotovelo vermelha, quente e mais dolorida. Outras vezes, é causado por cristais na articulação, condição conhecida como gota; isso é mais provável se você já teve crises semelhantes ou se o outro cotovelo também está afetado. O inchaço também pode estar ligado a doenças articulares inflamatórias, como a artrite reumatoide, que geralmente afeta várias articulações em ambos os lados do corpo.

Como essas causas podem apresentar sintomas parecidos, nem sempre é fácil distingui-las apenas pelo aspecto externo. Se o cotovelo estiver quente, vermelho ou muito dolorido, ou se o inchaço persistir por semanas sem melhorar, vale a pena procurar um médico para avaliação adequada e iniciar o tratamento correto.

O que está realmente acontecendo

Na ponta do cotovelo, existe um pequeno saco de líquido chamado bursa. Imagine-o como uma almofadinha fina, um tipo de bolsa acolchoada entre a pele e o osso. Sua função é permitir que a pele deslize suavemente sobre o osso toda vez que você dobra ou estica o braço.

Na bursite olecraniana, essa “almofadinha” fica inflamada e incha devido ao acúmulo de líquido extra. Isso geralmente ocorre após pequenos impactos ou pressão repetida na região do cotovelo, como acontece ao se apoiar em superfícies duras dia após dia. Com o tempo, o saco também pode simplesmente aumentar de tamanho devido ao atrito constante. O nódulo que se pode ver e sentir é, na verdade, o próprio saco inchado; a sensibilidade ao toque se deve ao tecido inflamado ao redor dele.

Às vezes, o inchaço não é apenas resultado de irritação. O saco pode ficar infectado; por isso, uma bursa infectada costuma estar quente, vermelha e mais dolorida do que uma simplesmente inflamada. Cristais provenientes da gota também podem se acumular no saco, e doenças inflamatórias como a artrite reumatoide podem provocar inchaço e pequenos nódulos duros na mesma região. Como essas causas apresentam aspectos externos muito semelhantes, é necessário um exame adequado para diferenciá-las.

O osso na ponta do cotovelo, chamado olecrano, fica logo abaixo da pele, com muito pouca proteção ao redor. É justamente por essa posição exposta que ele sofre tantos impactos e a bursa acima dele acaba absorvendo grande parte desse desgaste. Esse mesmo osso serve de ponto de fixação para o tendão do músculo localizado na parte posterior do braço, responsável por esticar o cotovelo; portanto, problemas nessa região podem afetar tanto a sensação quanto o movimento do cotovelo como um todo.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membro superior no Mater Private Hospital Rockhampton, começa com as opções menos invasivas adequadas ao seu caso. Em geral, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo seu médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que você nos procure, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para ter direito ao reembolso do Medicare. Na sua primeira consulta, colhemos o histórico clínico, examinamos o cotovelo e solicitamos exames de imagem, como ultrassonografia ou ressonância magnética, se isso for útil. A ressonância magnética utiliza ímãs para gerar imagens detalhadas dos tecidos moles; ela é eficaz para mostrar o grau de inchaço do saco bursal e a quantidade de líquido nele contida. Os exames de imagem também podem revelar outros problemas ocultos por trás do inchaço, o que é importante, pois diferentes causas exigem tratamentos distintos.

Na maioria dos casos crônicos, iniciamos com cuidados de suporte simples: aplicação de gelo, compressão com bandagem ou manga elástica, uso de proteção acolchoada sobre a região do cotovelo e modificação das atividades que contribuem para o agravamento do quadro. Aliviar a pressão sobre a ponta do cotovelo costuma ser a mudança mais eficaz que o paciente pode fazer. A fisioterapia visa reduzir a irritação e restaurar movimentos confortáveis, sem provocar novo inchaço. Testamos essa abordagem por um tempo razoável antes de considerar outras opções, pois o tratamento não cirúrgico funciona bem para a maioria das pessoas e evita os riscos associados a injeções ou cirurgias.

Se o saco bursal estiver infectado, tratamos diretamente essa infecção. Em casos sem complicações, a infecção costuma ser controlada apenas com medicamentos, sem necessidade de remoção do saco. Também acompanhamos de perto pacientes com artrite reumatoide, pois a própria articulação do cotovelo pode ser afetada simultaneamente à bursa, o que altera o tratamento a ser adotado.

A cirurgia não é nossa primeira opção para esse problema. A maioria dos cirurgiões evita operar precocemente, pois uma incisão sobre esse osso proeminente pode demorar a cicatrizar e, às vezes, deixar um “sinus”, um pequeno canal que continua drenando líquido. Quando o tratamento não cirúrgico não traz melhoria suficiente e o inchaço persiste, consideramos a remoção do saco inflamado, procedimento conhecido como bursectomia. Quando adequado, podemos realizá-lo por meio de pequenas incisões e de uma câmera miniatura, técnica chamada cirurgia endoscópica; isso evita uma cicatriz longa exatamente sobre a região sensível do cotovelo. Decidir se a cirurgia é a melhor opção para você é uma decisão conjunta, na qual ponderamos o que você deseja recuperar em comparação com os riscos e benefícios de cada alternativa.

O que esperar

Na maioria das pessoas, esse inchaço diminui com cuidados simples. Aliviar a pressão sobre o cotovelo, protegê-lo com almofadas e reduzir atividades que o agravam dão à bolsa sinovial a oportunidade de se acalmar. O tratamento não cirúrgico costuma ser mais eficaz e seguro do que a cirurgia para essa condição; a maioria das pessoas nunca precisa de operação. Se a bolsa estiver infectada, mas a infecção for leve, o tratamento com medicamentos geralmente basta, e o inchaço pode ser controlado sem necessidade de drenagem ou remoção da bolsa.

Na ausência desses cuidados, ou se as mesmas pressões continuarem, o inchaço tende a persistir ou reaparecer. Algumas pessoas percebem que ele permanece por semanas sem melhorar. Se o cotovelo ficar inchado por muito tempo, vale a pena reavaliá-lo, pois um inchaço persistente pode indicar uma causa menos comum que requer tratamento específico.

Quando os cuidados não cirúrgicos são aplicados e o inchaço continua a reaparecer, a cirurgia para remover a bolsa inflamada torna-se uma opção. Essa decisão não é tomada de forma leviana; geralmente só é considerada após a falha de medidas mais simples. Quando a cirurgia é realizada para esse tipo de inchaço persistente, os pacientes costumam notar melhora real na sensação e na função do cotovelo. A remoção da bolsa por meio de pequenos cortes e uso de uma câmera minúscula está associada a pouca dor pós-operatória e recuperação rápida; nos casos relatados, não houve recorrência nem complicações na cicatrização que exigissem nova intervenção cirúrgica. Mesmo assim, a cirurgia não é infalível: cerca de 11,5% das pessoas que têm a bolsa removida precisam de outra operação posterior. Há também uma pequena chance de o inchaço reaparecer mesmo após a cirurgia.

A recuperação após a cirurgia costuma ser tranquila; porém, a cicatrização de uma ferida nessa região óssea pode ser lenta, motivo pelo qual os cirurgiões preferem evitar a operação precocemente. A maioria das pessoas volta a usar o cotovelo normalmente em poucas semanas, não meses. Se a cirurgia vier a ser necessária, seu cirurgião explicará como será a recuperação para você.

Quando procurar ajuda médica

A maior parte do inchaço na região do cotovelo melhora com repouso e cuidados simples. Consulte seu médico de família se o nódulo continuar crescendo ou se não diminuir após algumas semanas de repouso do cotovelo.

Algumas causas exigem tratamento imediato. Dirija-se ao pronto-socorro se a pele sobre o cotovelo estiver quente, vermelha e muito dolorida, pois isso pode indicar infecção no saco sinovial, que requer avaliação no mesmo dia. Solicite avaliação por um especialista se já teve ataques de gota, se o outro cotovelo também estiver inchado ou se várias articulações em ambos os lados do corpo estiverem afetadas; isso sugere gota ou uma condição inflamatória como artrite reumatoide, e não apenas irritação simples. É difícil distinguir uma infecção da gota apenas pelo aspecto externo; portanto, não tente fazer esse diagnóstico por conta própria.

Em maior profundidade

Esta seção aborda temas além do necessário para a tomada de decisões terapêuticas por parte do paciente. A bursite do olécrano merece uma leitura mais aprofundada, pois existem evidências contrárias a duas das medidas mais comumente adotadas: a drenagem do acúmulo de líquido por meio de agulha e a injeção de esteroides no local.

A DRENAGEM PODE SER JUSTAMENTE O QUE CAUSA O PROBLEMA

A intuição sugere o seguinte: há fluido, então devemos retirá-lo. Contudo, os dados de estudos indicam o oposto.

Numa comparação entre estratégias de tratamento para bursite séptica do olécrano **sem complicações**, o tratamento empírico **sem aspiração** se mostrou eficaz; **nenhum paciente precisou de bursectomia**. Já no grupo que recebeu aspiração tradicional, **8 de 11 pacientes** acabaram necessitando da remoção cirúrgica da bursa [1].

Trata-se de uma diferença marcante, observada num estudo de pequena escala; portanto, deve ser interpretada com cautela. Mas o mecanismo por trás disso não é misterioso: a bursa fica logo abaixo de uma pele fina, sobre um ponto ósseo que sofre todo tipo de impacto e pressão, como ao se apoiar numa mesa. A inserção de uma agulha através dessa pele cria um canal; e um canal situado num ponto de pressão demora a fechar, podendo continuar a drenar fluido.

As revisões gerais sobre o tema concordam nesse ponto. Baseando-se principalmente em evidências de nível IV, **o tratamento não cirúrgico é significativamente mais eficaz e seguro do que o tratamento cirúrgico** [2].

A INJEÇÃO DE ESTEROIDES APRESENTA RISCOS SEM MELHORAR O RESULTADO

Isso é afirmado de maneira bastante clara na literatura médica. No caso da bursite asséptica, **a injeção de corticosteroides está associada a riscos significativos, sem melhorar o resultado** [2].

Esses riscos são específicos para o local: atrofia cutânea e despigmentação sobre proeminências ósseas subcutâneas, além do risco de infecção em um espaço difícil de limpar. Em outras regiões do membro superior, a

injeção de esteroides é uma medida razoável quando métodos mais simples não surtem efeito. Porém, neste caso, as evidências não a sustentam; essa diferença merece ser conhecida caso essa opção seja oferecida.

A CIRURGIA É REALMENTE UM ÚLTIMO RECURSO, APRESENTANDO UMA TAXA DE FALHA MENSURÁVEL

Mesmo quando a bursectomia é realizada, ela não garante necessariamente um desfecho favorável. A **taxa de revisão após a bursectomia foi de 11,5%**, sendo essa revisão mais frequente em pacientes com **artrite reumatoide, diabetes**, histórico de bursite em qualquer um dos cotovelos e em mulheres [3].

Esses fatores de risco indicam as situações em que a bursa tem maior probabilidade de se reformar: um fator inflamatório ou metabólico que a cirurgia não elimina, ou uma tendência comprovada do tecido daquele indivíduo a gerar esse problema. Nos casos recorrentes, a escleroterapia com doxiciclina intrabursal – que visa cicatrizar o espaço em vez de excisá-lo – tem sido descrita como alternativa em uma série de **45** cotovelos [4].

O QUE REALMENTE FAZ COM QUE A CONDIÇÃO MELHORE

A resposta pouco glamourosa é proteção e tempo. Como a bursa é irritada mecanicamente pela pressão no ponto do cotovelo, o tratamento que ataca a causa consiste em eliminar essa pressão: usar almofadas e mudar o hábito de apoiar o peso no cotovelo, mantendo essas medidas por mais tempo do que parece necessário. A maioria dos casos melhora [5]; as intervenções mencionadas acima são, em grande parte, tentativas de encurtar um processo que, de qualquer forma, acaba se resolvendo sozinho. É exatamente por isso que qualquer intervenção que traga riscos próprios precisa atender a critérios bastante rigorosos neste contexto.

REFERÊNCIAS

- [1] Deal JB, Vaslow AS, Bickley RJ, Verwiebe EG, Ryan PM. Tratamento empírico da bursite séptica do olécrano não complicada, sem aspiração. J Hand Surg Am. 2020;45(1):20-5. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2019.06.012>
- [2] Sayegh ET, Strauch RJ. Tratamento da bursite do olécrano: uma revisão 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. Fatores associados à cirurgia de revisão para bursite do olécrano após bursectomia. 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 com doxiciclina intrabursal para bursite recorrente do 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 da bursite do olécrano: uma revisão. J Hand Surg Am. 2021;46(6):501-6. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2021.02.006>