



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 Trousseau 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.