

Informe Final: Burssectomía por Vía Artroscópica Descripción de las Técnicas y Revisión de la Literatura

Diego Mana, Jorge Chahla, Damián Arroquy, Gustavo Gomez Rodriguez, Tomas Vilaseca,
Jorge Guñazu, Martín Carboni

Equipo de Cirugía Artroscópica. Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital Británico de Buenos Aires

RESUMEN

Introducción: La bursitis es una causa común en la consulta ortopédica. Su diagnóstico muchas veces se ve dificultado por la inespecificidad de los síntomas. En general, su resolución es de naturaleza incruenta, pero en casos de fallo de esta, el tratamiento quirúrgico es el indicado.

El objetivo del presente trabajo es la evaluación retrospectiva de una serie de casos tratados con burssectomía vía artroscópica.

Materiales y métodos: Análisis retrospectivo de una serie de casos tratados entre 2001 y 2013, de burssectomía vía endoscópica. Se realizaron 44 procedimientos en nuestro centro. Cuatro casos de bursitis séptica. El seguimiento fue de 6 meses a 13 años. Todos los pacientes recibieron tratamiento incruento (FKT y AINES) previo a la cirugía.

Resultados: Todos los pacientes de esta serie volvieron a su actividad habitual dentro de las tres semanas posteriores al acto quirúrgico. No se observaron complicaciones de herida, ni infección de sitio quirúrgico. Con un seguimiento de 6 meses a 13 años no hemos visto aún ningún caso de recidiva.

Discusión: La burssectomía por vía endoscópica logra la resección, en forma similar a la cirugía abierta. Además permite ver todo el territorio de la bursa, con las ventajas de una cirugía de mínima invasión, que se puede realizar con anestesia local, no requiere rehabilitación y permite retomar la actividad laboral en pocos días.

Nivel de evidencia: IV.

Tipo de estudio: Serie de casos.

Palabras clave: Artroscopia; Bursitis; Resección Complicaciones

ABSTRACT

Introduction: Bursitis is a common cause of musculoskeletal pain and often prompts orthopaedic consultation.

Sometimes, the diagnose is difficult to asses due to the inespecific clinical manifestations. Most patients respond to nonsurgical management, but when it fails surgical treatment is the next step.

The aim of this study was a review of all patients treated of chronic bursitis by resection of the bursa using endoscopic technique.

Material and methods: All patients treated at our institution between 2001 and 2013 of endoscopic resection of the bursa were included and analyzed. From the group of 44 patients, only four had septic bursitis. Follow up was between 6 months and 13 years.

Results: All patients were able to return to their activity three weeks after surgery. There were no wound complications or infections. At least follow up there were neither recurrence nor persistent pain.

Discussion: A complete resection of the bursa can be achieved performing an endoscopic technique, as well as an open technique. Local anesthesia can be used. There is no need for fisiotherapy. Patients can return to normal activities in a few days.

Level of evidence: IV.

Type of study: Case Series.

Key words: Arthroscopy; Bursitis; Resection

INTRODUCCIÓN

La bursitis es el resultado de la inflamación o irritación de la bursa y constituye una de las causas más comunes de dolor, por lo que el examen físico deberá diferenciarlo de otras patologías como las artritis sépticas, que pueden cursar con sintomatología similar en los estadíos iniciales.¹

Pueden clasificarse según su etiología en infecciosas y no infecciosas (traumática, stress mecánico, artritis reumatoide y metabólicas).² El diagnóstico es clínico y se manifiesta por una tumoración en la zona de la bursa correspondiente, con o sin presencia de eritema y aumento de la temperatura local¹ (figs. 1 y 2).

El tratamiento habitual de esta patología se realiza asociando

do reposo, vendaje compresivo, tratamiento kinésico y analgésicos, con buenos resultados en general. Para los pacientes que no responden al tratamiento médico, las opciones quirúrgicas disponibles son: la burssectomía abierta, artroscópica y la escisión parcial asociada a procedimientos óseos.^{3,4}

El objetivo del presente trabajo es describir una serie de casos tratados con burssectomía por vía artroscópica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre marzo 2001 y marzo 2013 se realizaron en nuestro centro 47 procedimientos artroscópicos como tratamiento de las bursitis de distintas articulaciones.

Los criterios de inclusión del presente estudio fueron: pacientes con diagnóstico de bursitis prepatelar, olecraneana o trocánterea, mayores de 18 años, que no hayan respondido al tratamiento médico previo (analgésicos, fisioquinesio-

Dr. Diego Mana

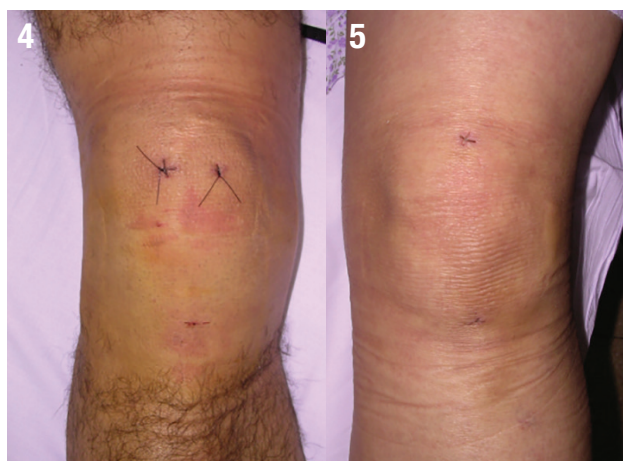
mana.diego@gmail.com



Figura 1 y 2: Frente y perfil de bursitis prepatelar.



Figura 3: Técnica de resección prepatelar.



Figuras 4 y 5: Rodillas POP de 2 diferentes técnicas de resección endoscópica. Portales hora 10 y 2. Portales hora 12 y 6.

terapia, vendaje y reposo) y un seguimiento mínimo de 1 año. Se excluyeron a pacientes a los cuales se les había realizado alguna infiltración por ser un potencial factor confundidor y aquellos pacientes con esqueleto inmaduro. Por lo que la muestra quedó conformada por 44 casos, siendo 34 bursitis prepatelares, 8 olecraneanas y 2 trocántericas.

En nuestra serie solo cuatro pacientes presentaban una bursitis séptica prepatelar, en los cuales a la bursectomía endoscópica se añadió la terapia antibiótica postoperatoria.

Del total de la serie 30 fueron hombres y 14 mujeres, con

una edad promedio de 42 años (28-59).

El seguimiento promedio fue de 3,2 años (rango 1 a 9 años) y el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento endoscópico fue de 4 semanas (rango 2 a 96 sem).

Técnica quirúrgica según cada localización

Para resecar la bursa se utilizó el instrumental artroscópico habitual, óptica de 5mm, 30° y shaver de 4,5mm de diámetro.

Técnica Prepatelar

Con el paciente en posición decúbito supino, previa antisepsia y colocación de campos, dejando libre el miembro inferior con la rodilla de extensión. Se inyectó 20 cc o más de xylocaina al 1% dentro de la bursa para anestesiarse y distender, procurando no romper las paredes, pero ejerciendo tensión dentro de la misma. Luego llevamos a cabo la anestesia de los portales a 6 y 12 o 2 y 10 horas, aproximadamente a 1 cm del límite de la bursa, para no colapsarla en el momento de introducir el instrumental. Insuflamos la cavidad de la bursa con solución salina y se inició la resección por la pared anterior, teniendo especial cuidado de no perforar la piel, ya que ésta se encuentra cercana al límite de la bursa, luego se continuó con la pared profunda, resecano la misma hasta visualizar las fibras del tendón rotuliano tratando de no abrir el peritendón. Luego se cambió la cámara de portal para visualizar la superficie de la bursa, que no se pudo observar desde el primer portal. De esta manera se puede examinar toda la superficie de la bursa. En muchas de las bursitis hemos encontrado adherencias o bien hematomas organizados, así como una única vellosidad que creemos, es la causante de la formación de líquido dentro de la bursa (figs. 3, 4 y 5).

Posteriormente, se suturaron los portales con nylon 4-0 y se colocó un vendaje compresivo durante 5 días, las suturas se retiraron a los 7 días. Se dejó un vendaje compresivo por 1 semana (plancha de silicona) y sin ningún tipo inmovilización.

Técnica Olecraneana

Con el paciente en decúbito supino, bajo antisepsia y campos, dejando el miembro superior libre, se flexiona el codo, se colocó una compresa debajo del antebrazo, dejando el codo a 90°. Se anestesió la zona, utilizando la técnica anteriormente descrita. Se colocaron los portales proximal y distal a 1 cm del límite de la bursa. El resto del procedimiento es similar al de la bursectomía prepatelar. En este caso, se procedió con sumo cuidado, en la gotera interna, por la presencia del nervio cubital. Se dejó vendaje compresivo por 1 semana (plancha de silicona) (figs. 6, 7, 8 y 9).

Técnica Trocánterica

Colocando al paciente en decúbito lateral, bajo anestesia general (puede realizarse con anestesia local), con previa



Figura 6 y 7: Bursitis olecraneana y técnica de resección.

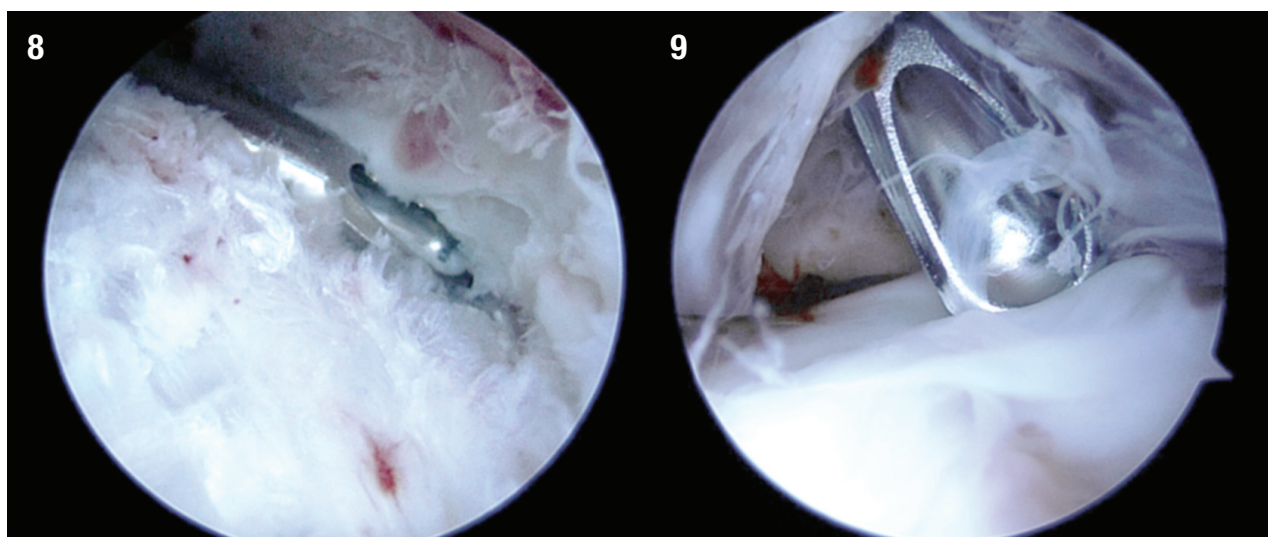


Figura 8 y 9: Visión artroscópica bursitis olecraneana.

antisepsia y campos, se deja el miembro inferior libre, a 30° de flexión de la cadera y rodilla. Se colocó 80 cc de solución fisiológica dentro de la bursa, mediante una aguja hasta tocar el borde lateral del trocánter mayor, retirando de 2 a 3 mm. Los portales se colocan a las 3 y 9 horas, a 4 cm. de distancia, se infiltró la piel con xylocaina al 2% con epinefrina (figs. 10 y 11).

También se usó una bomba de infusión a aproximadamente 80 mm de Hg. Se inició la resección, en el sentido de las agujas del reloj, desde la hora 12, hasta visualizar las fibras del glúteo medio y del vasto externo. Se examinaron las inserciones del glúteo para identificar posibles lesiones en su inserción, de ser necesario, se cruentó el lecho del glúteo en el trocánter, con el Shaver con punta para acromioplastia.

Posteriormente se retira el instrumental, se cerró la piel con nylon 3-0, se infiltró con 5cc de ropivacaína y 3 cc de dexametasona.

Se colocó hielo en la zona durante 48 horas, permitiendo

la deambulación de inmediato según la tolerancia del paciente, de ser necesario se asistió la marcha con muletas o bastones canadienses durante la primera semana.

Evaluación y seguimiento

Todos los pacientes fueron controlados a los 7 días, 15 días, 1 mes, 3 meses, 6 meses y al año luego de la cirugía.

Se evaluó el tiempo quirúrgico, la necesidad de conversión a cirugía abierta, complicaciones, recidiva y retorno a su actividad habitual.

RESULTADOS

En nuestra serie se observó que el tiempo promedio de cirugía fue de 30 minutos (22-51 m). No se registraron complicaciones intraoperatorias, ni hubo necesidad de convertir el método de resección en cirugía abierta. Todos los pacientes fueron operados en forma ambulatoria, salvo la



Figura 10: Identificación de portales bursa trocantérica cadera izquierda.

resección de bursa trocantérica, en los cuales permanecieron internados durante 24 horas.

En la serie ningún paciente fue perdido en el seguimiento y no se registró ningún caso de recidiva.

Dos pacientes presentaron un hematoma en la zona de resección de bursa prepatelar, que resolvió con tratamiento médico. No hubo casos de dehiscencia de la herida y/o infección de sitio quirúrgico, ni casos de dolor o hipersensibilidad en los portales.

Todos los pacientes pudieron retornar a su actividad habitual dentro de las tres semanas siguientes al acto quirúrgico.

DISCUSIÓN

La resección de la bursa con cirugía a cielo abierto, ha sido un tratamiento convencional de las bursitis de olécranon y prepatelar, durante mucho tiempo,⁴ con resultados satisfactorios. Sin embargo, dicho tratamiento tiene una morbilidad asociada debido a incisiones mal realizadas, cicatrices dolorosas, dehiscencia de la herida e infección.³ Por todo lo anteriormente expuesto, se ha sugerido resecar solo la pared posterior de la bursa para evitar lesionar la piel y complicaciones de herida.²

Algunos autores como Ogilvie-Harris³ y Kerr⁴ ya han publicado técnicas de resección de bursa por vía endoscópica, obteniendo 86% de buenos resultados en la bursitis de olécranon y 66% en bursitis prepatelar. En nuestra serie hemos obtenido resultados similares con un 94,1% de buenos resultados en bursitis prepatelares. La bursectomía por vía endoscópica logra la resección de la misma en forma similar a la cirugía abierta. Pero además permite ver todo el territorio de la bursa, con las ventajas de una cirugía mini invasiva, que se puede realizar con anestesia local, no requiere rehabilitación y permite retomar la actividad laboral en pocos días.

Las consideraciones técnicas de nuestra técnica descripta previamente implican: distender adecuadamente la bursa, previo a la inserción del instrumental endoscópico, colocar los portales a 1 cm del límite de la bursa, mantener presión constante para evitar el colapso del espacio duran-

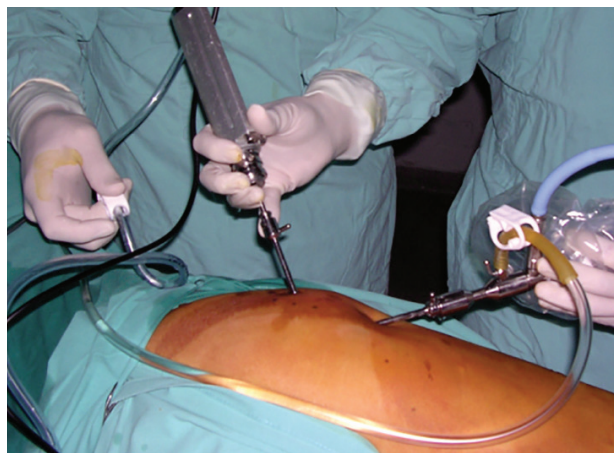


Figura 11: Técnica de bursectomía trocantérica endoscópica.

te el procedimiento y por último tener precaución durante la resección de la pared superficial para no perforar la piel.

La bursitis trocantérica, muchas veces es sub-diagnosticada, tratándola como lumbalgia, necrosis avascular de cadera, fracturas ocultas, atrapamiento nervioso o coxartrosis, por lo que ha sido denominada la “gran imitadora”, lo cual hace que muchas veces se demore el tratamiento.¹ Fox y col.⁵ postulan que el tratamiento conservador es exitoso en el 90% de los casos, y que en caso de no lograr la remisión de los síntomas entre los 3 y 6 meses de tratamiento indican la resección de la bursa. De existir una cadera en resorte externa o “coxa saltans”, debería realizarse algún procedimiento sobre la fascia, que puede ser: la tractopexia, zetaplastia, incisión en T de la fascia, resección de un ojal de la fascia que descansa sobre el trocánter mayor o suturar la bursa al trocánter mayor.⁶

Wiese y col.,⁶ no recomiendan la bursectomía trocantérica endoscópica en caso de bursitis séptica o por artritis reumatoide, dado que puede existir una conexión entre la bursa y la articulación coxofemoral, y por lo tanto se puede requerir una sinovectomía de cadera asociada.

En nuestra serie se operaron a cuatro pacientes con bursitis séptica prepatelar, en los cuales se logró la curación del proceso infeccioso con la bursectomía vía endoscópica y antibiótico terapia postoperatoria, sin complicación alguna.

Las limitaciones del presente estudio son: en primer lugar las propias de un análisis retrospectivo, segundo presentar un número limitado de pacientes y tercero la serie se conformó con pacientes con bursitis de localizaciones diferentes, siendo principalmente prepatelar.

La escasa utilización de esta técnica hace que este número de casos sea valioso, sin contar con el hecho de que no se dispone de bibliografía nacional sobre el tema, y la bibliografía internacional no es demasiado abundante.

CONCLUSIÓN

La bursitis es una patología común en la práctica ortopé-

dica, que generalmente responde al tratamiento no quirúrgico, pero si a los 6 meses de evolución no hay respuesta al tratamiento conservador, se debe considerar el tratamiento quirúrgico, abierto o endoscópico.

Creemos que la bursectomía endoscópica es un método

de tratamiento adecuado para las bursitis, ya que presenta una baja morbilidad por el menor trauma de partes blandas y permite una movilidad articular precoz. Además exhibe un alto índice de buenos resultados y los pacientes recuperan rápidamente su funcionalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aaron, D.L., A. Patel, S. Kayiaros, and R. Calfee, Four common types of bursitis: diagnosis and management. *J Am Acad Orthop Surg* 2011; 19(6): 359-367.
2. Del Buono, A., F. Franceschi, A. Palumbo, V. Denaro, and N. Maffulli, Diagnosis and management of olecranon bursitis. *Surgeon* 2012; 10(5): 297-300.
3. Ogilvie-Harris, D.J. and M. Gilbert, Endoscopic bursal resection: the olecranon bursa and prepatellar bursa. *Arthroscopy* 2000; 16(3): 249-253.
4. Kerr, D.R. and C.W. Carpenter, Arthroscopic resection of olecranon and prepatellar bursae. *Arthroscopy* 1990; 6(2): 86-88.
5. Fox, J.L., The role of arthroscopic bursectomy in the treatment of trochanteric bursitis. *Arthroscopy* 2002; 18(7): E34.
6. Wiese, M., F. Rubenthaler, R.E. Willburger, S. Fennes, and R. Haaker, Early results of endoscopic trochanter bursectomy. *Int Orthop* 2004; 28(4): 218-221.