

BURSITIS ILIOPECTINEA O BURSITIS ILIOPSOAS

ILIOPECTINEAL BURSITIS

Luis, Lasca. Orozco, Maira.

La bursa iliopectínea o bursa iliopsoas, el receso articular más grande del cuerpo, presente, bilateralmente, en el 98% de los adultos ⁽¹⁾, corresponde a una bolsa serosa de la articulación coxo-femoral; comunicada con su sinovial en algunos casos (entre un 9% y un 15%) ⁽²⁾⁽³⁾; localizada en la cara anterior de dicha articulación, por detrás de los músculos iliopsoas y pectíneo, y por delante del ligamento de Bertín o iliofemoral ⁽³⁾.

La bursitis corresponde a la acumulación de líquido sinovial en la bursa iliopectínea. Puede desarrollarse debido a un desgaste excesivo de la articulación, como ocurre en deportistas; o a procesos patológicos de la cadera como osteoartritis, artritis reumatoide, sinovitis pigmentada velonodular, osteocondromatosis, gota; estados post quirúrgicos de reemplazo de articulación; bursitis piógena; necrosis avascular de la cabeza del fémur ⁽¹⁾⁽²⁾.

Se manifiesta clínicamente por dolor incapacitante en la región anterior de la cadera y masa inguinal palpable ⁽⁴⁾.

Debido a su localización y presentación clínica, posee variados diagnósticos diferenciales, entre ellos, hernia inguinal o crural, linfoma u otras neoplasias, linfadenopatías, criptorquidia, absceso del psoas, anomalías vasculares (aneurismas, fístulas arteriovenosas) ⁽²⁾.

Para su diagnóstico es necesario la asociación de la clínica y los resultados de estudios por imágenes, entre ellos la ecografía y la resonancia magnética ⁽³⁾.

Figura 1

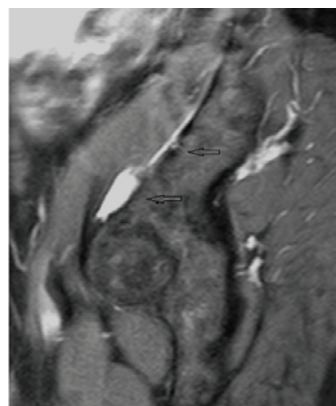
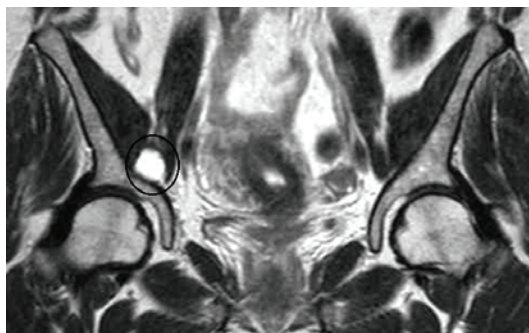


Figura 2

.Figura 1. Resonancia Magnética. Corte coronal, secuencia T2. Figura 2. Resonancia Magnética. Corte sagital, secuencia T2. Colección líquida homogénea, bien delimitada, en la bursa iliopectínea sin compromiso de tejidos adyacentes.

El tratamiento, suele ser suficiente la indicación de antiinflamatorios no esteroideos y reposo. En los casos de refractariedad, descompresión por medio de la punción y aspiración de la bursa y la inyección de corticoides o la utilización de agentes esclerosantes e incluso radioterapia ⁽¹⁾.

Bibliografía.

- (1) Eduardo Amaral Gomes, Leonardo Mourão Cerqueira. Reporte de caso: Bursitis iliopectínea. *Bras J Rheumatol* 2010;50(5):590-95.
- (2) R. Lax Perez, J.E Salinas Gilabert, et al. Reporte de caso: Trombosis de la vena femoral superficial por gran bursitis en psoas secundaria a enfermedad de las partículas en artroplastía total de cadera. *Rev esp cir ortop traumatol.* 2012; 56 (1):54-58.
- (3) Chen-Yu Hung, MD, Ke-Vin Chang, MD, PhD, and Levent Ozcakar, MD: Avascular Necrosis of the Femoral Head Masquerading as Iliopsoas Bursitis: Imaging With Ultrasound and Magnetic Resonance. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. Am. J. Phys. Med. Rehabil.* Vol. 95, No. 2, February 2016.
- (4) Marco Di Carlo, Antonella Draghessi, et al. Case Report: An unusual association: Iliopsoas bursitis related to calcium pyrophosphate crystal arthritis. *Hindawi Publishing Corporation, Case Reports in Rheumatology, Volume 2015, Article ID 935835, 5 pages.*