

LESIÓN AISLADA DEL NERVIOS SUPRAESCAPULAR: UNA NEUROPATÍA CRÓNICA INFRECUENTE

Mariano Socolovsky, Alvaro Campero, Santiago González Abbati, Ricardo Reisin, Rafael Torino

Servicio de Neurocirugía, Hospital Británico de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

ABSTRACT

Objective: To describe a new case of suprascapular nerve compression.

Description: A 29 years-old male complained of acute shoulder pain with supraspinosum and infraspinosum muscles atrophy. Presumptive diagnosis was suprascapular nerve compression at the scapular notch.

Intervention: We performed the operative release through a supraspinous approach. Postoperative outcome was followed by pain disappearance and muscle volume recuperation.

Conclusion: Suprascapular nerve compression at the scapular notch is an infrequent chronic syndrome. In this case supraspinous release had a favorable outcome.

Key words: suprascapular nerve, chronic nerve compression, supraespinosus muscle. **Palabras clave:** compresión neural crónica, músculo supraespinoso, nervio supraescapular

INTRODUCCIÓN

Las neuropatías compresivas de los nervios periféricos son un grupo de entidades que se caracterizan por presentar un trauma leve y repetitivo sobre un nervio en un sitio determinado de su recorrido. Por tanto, no cualquier nervio es comprimido en cualquier sitio, existiendo un número determinado de síndromes compresivos descriptos en la literatura.

El síndrome del supraescapular es una neuropatía compresiva del miembro inferior de presentación infrecuente, que se caracteriza por la compresión del nervio homónimo a nivel de la escotadura supraescapular^{1, 2,3}. El motivo de esta presentación es analizar la entidad desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico, ilustrando la exposición con un caso quirúrgico de reciente abordaje. Dicho caso presenta una característica también infrecuente, que es la de presentarse en forma abrupta durante un determinado esfuerzo físico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta un caso de un hombre de 29 años de edad, sin antecedentes patológicos que merezcan ser destacados, que comenzó siete meses antes de la consulta con un dolor sordo referido al hombro y escápula, de comienzo súbito, durante un esfuerzo físico laboral que consistió en levantar un peso importante con ambos brazos. El dolor persistió en forma permanente, y se asoció al cabo de dos a tres semanas de establecido a una atrofia de la musculatura escapular posterior, especialmente de los músculos supraespinoso e infraespinoso. Esto le provocaba una paresia de la abducción del brazo (de grado leve) y una paresia severa de la rotación externa. Se indicó la realización de una resonancia magnética (IRM) de hombro y región escapular, que confirmó la atrofia muscular presente clínicamente y descartó la presencia de una lesión tumoral. El electromiograma (EMG) mostró afectación del nervio supraescapular en forma aislada, y una consulta con neurología descartó la presencia de un síndrome neurológico mononeuropático agudo o subagudo, como una plexitis braquial, confirmándose el diagnóstico de síndrome del supraescapular.

Se indicó tratamiento de rehabilitación kinesiológica intensiva, pero al cabo de seis meses no se evidenciaron mejorías del dolor, el trofismo y ni la fuerza muscular. Se indicó entonces una cirugía de exploración y descompresión, con un abordaje escapular posterior.

Durante el procedimiento quirúrgico se observó una compresión severa del nervio supraescapular a nivel de la escotadura, aunque se obtuvo positividad a la estimulación intraoperatoria. La sección del ligamento y la apertura de la arcada permitió la liberación completa del elemento comprimido.

El paciente no presentó complicaciones en el postoperatorio, siendo dado de alta en 36 horas. A los 14 días de la cirugía recomenzó la rehabilitación kinesiológica. El dolor escapular desapareció, no recomenzando más. Al cabo de un mes se observó una recuperación gradual del trofismo y la fuerza del músculo supraespinoso, y dos meses después el músculo infraescapular había mejorado su masa también. La fuerza se recuperó también gradualmente, en especial la abducción del brazo.

DISCUSIÓN

El nervio supraescapular inerva a los músculos supraescapular e infraescapular. La función de cada uno de estos músculos se halla bien establecida. El primero de ellos es un abductor poderoso y fijador del hombro sobre la escápula. A pesar de su tamaño y espesor, el deltoides sólo abduce el brazo en forma predominante a partir de los 90° y en la flexión posterior del brazo. El supraescapular es el principal abductor en la posición de descanso. Tanto él como el infraespinoso son rotadores externos del húmero, junto al redondo menor.

Como se ha dicho, la compresión del nervio supraescapular durante su pasaje a través de la escotadura escapular es una entidad poco frecuente. Suele verse en deportistas como jugadores de tenis o golfistas. Si bien casos de aparición brusca no son la regla, han sido descriptos en

ocasiones asociados a un esfuerzo importante^{4,5}. Una de las hipótesis planteadas durante el estudio del caso y antes de la cirugía, es que durante el esfuerzo físico que precedió al déficit, el músculo supraescapular haya sufrido un desgarro pequeño en las cercanías de la escotadura, lo que fue sucedido de edema en la zona y contribuyó a una compresión completa de un nervio previamente estenosado. En todo caso, los hallazgos quirúrgicos fueron suficientes como para atribuir a la escotadura escapular como el sitio de conflicto, hecho que se vio probado con la mejoría del paciente luego de su sección.

CONCLUSIÓN

La neuropatía aislada del supraescapular es una entidad que debe ser conocida por los neurocirujanos, ya que puede ser aliviada mediante un procedimiento quirúrgico. La falta de recuperación al cabo de unos meses de fisioterapia facilitan la decisión de indicar cirugía, hecho que no debe ser diferido más allá del tiempo indicado, para facilitar la recuperación ulterior de la función afectada.

Bibliografía

1. Coro L, Azuelos A, Alexande A. Suprascapular nerve entrapment. **Acta Neurochir (Wien) Suppl** 2005; 92: 33-4.
2. Romeo AA, Rotenberg DD, Bach BR Jr. Suprascapular neuropathy. **J Am Acad Orthop Surg** 1999;7: 358-67.
3. Bayramoglu A, Demiryurek D, Tuccar E, Erbil M, Aldur MM, Tetik D et al. Variations in anatomy at the suprascapular notch possibly causing suprascapular nerve entrapment: an anatomical study. **Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc** 2003; 11: 393-8.
4. Zehetgruber H, Noske H, Lang T, Wurnig C. Suprascapular nerve entrapment. A meta-analysis. **Int Orthop** 2002; 26: 339-43.
5. Narakas O. Compression and traction neuropathies about the shoulder and arm. En Gelberman R, editor. Operative nerve repair and reconstruction. Philadelphia: J B Lipincott Co. 1991.