Semergen. 2019;45(Espec Congr 17):45

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

# 469/55 - HALLAZGO CASUAL DE ESCAPULADA ALADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

*C. Gran Tijada[1], P. Sáez Marco[1], I. Campo Beitia[1], J. Monsalve de Torre[2], J. Gómez Sáenz[3], P. Guerrero Alonso[3], J. García Díaz[3], N. Vidal Lozano[4]*

*[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. La Rioja.[2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud 7 Infantes. La Rioja.[3]Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nájera. La Rioja.[4] Enfermería. Centro de Salud de Nájera. La Rioja.*

## Resumen

Descripción del caso: Varón de 77 años, con antecedentes de deterioro cognitivo. Atendido en PAC para valoración de malestar torácico de segundos de duración no asociado a dolor torácico, disnea, ni cortejo vegetativo.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, normohidratado, normocoloreado. Eupneico en reposo. PPCC conservados y Glasgow 15. AC: ritmo sinusal, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado. Abdomen sin hallazgos. La exploración física mostraba una deformidad en la escapula derecha. ECG: descenso del ST de 1mm en II, III y avF. Bloqueo de rama derecha. Bioquímica: glucosa 99 mg/dL, urea 34 mg/dL, creatinina 1,19 mg/dL, sodio 139 mg/dL, potasio 3,9 mmol/L, cloro 96 mmol/L, troponina T ultrasensible 12,9 ng/L, creatin-kinasa 580 U/L, mioglobina 144 ng/ml, GOT/AST 31 U/L, GPT/ALT 14U/L, bilirrubina total 0,8 mg/dL. Hemograma: hematíes 4,05 millón/L, Hb 13,5 g/dL, hematocrito 39,5%, VCM 97,5 fL, plaquetas 140.000. Coagulación: tiempo de protrombina 1,05, TPPA 30 segundos, RX tórax: sin hallazgos significativos.

Juicio clínico: Dolor torácico atípico, escápula alada.

Diagnóstico diferencial: Dolor anginoso, osteomuscular, psicógeno,

Comentario final: La escapula alada es una deformación producida por lesión del nervio torácico largo. Este nervio tiene sus raíces en C5, C6 y C7 e inerva exclusivamente el músculo serrato anterior cuyas funciones principales son fijar, estabilizar la escápula y permitir un movimiento completo de la cintura escapular. Etiopatogénicamente la lesión del nervio puede ser: traumática, no traumática o idiopática. En la clínica suele existir dolor intenso en el hombro y dificultad para la abducción del brazo por la debilidad en la musculatura proximal del miembro superior. El diagnóstico consiste en realizar anamnesis, exploración física (indicarle al paciente que lleve los brazos hacia el frente y que empuje la pared, así observamos la “escapula alada”) y pruebas complementarias como radiografía de tórax y electromiograma. Finalmente el tratamiento suele ser conservador con analgésicos, reposo de la extremidad y fisioterapia consiguiendo una recuperación completa espontanea en la mayoría de casos a los 6-12 meses. La dificultad en la recuperación depende de la gravedad, duración del dolor y la pérdida de fuerza.

## Bibliografía

Sanz Rodrigo C, León Vázquez F. Dolor de miembro superior y escápula alada. FMC. 2008;15(4):259-69.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.