

Síndrome de atrapamiento del nervio supraescapular como causa infrecuente de hombro doloroso

M. Dorval Alcón^a, R. Vélez Silva^b, J. Galán Ramos^c y A. Vázquez Feito^d

^aResidente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital el Bierzo. Ponferrada. León. España.

^bMédico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital el Bierzo. Ponferrada. León. España.

^cMédico especialista en Radiodiagnóstico. Hospital el Bierzo. Ponferrada. León. España.

^dMédico Especialista en Neurofisiología. Hospital el Bierzo. Ponferrada. León. España.

Una de las patologías más frecuentes en nuestras consultas es el síndrome de hombro doloroso. Tiene diversos factores que pueden originarlo; la patología más diagnosticada en este ámbito es la tendinitis del manguito de los rotadores. Normalmente uno hace el diagnóstico diferencial entre las tendinitis del biceps braquial, desgarro del supraespinoso, inestabilidad del hombro, síndrome de fricción acromioclavicular, hernia de disco cervical y otras lesiones traumáticas y/o degenerativas. Sin embargo, es importante conocer que existen otras causas mucho menos frecuentes y que no deben pasar desapercibidas a la hora de iniciar la valoración de estos pacientes. Presentamos por su rareza el caso de un varón de 37 años, con limitación funcional progresiva a la abducción de miembro superior derecho, tratado con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y rehabilitación sin mejoría clínica, que posteriormente comienza con un intenso dolor de tipo neuropático al inicio de la deambulaci3n. Al realizar la resonancia magnética nuclear (RMN) se descubre un gangl3n en el desfiladero espinoglenoideo, por lo que se solicita electromiografía que describe una atrofia del músculo infraespinoso secundario a atrapamiento del nervio supraescapular.

Palabras clave: síndrome de atrapamiento del nervio supraescapular, hombro doloroso.

One of the most frequent diseases in our consultations is Shoulder Pain Syndrome. Different factors may cause it. The disease diagnosed most in this setting is rotator cuff tendinitis. Normally, differential diagnosis is made between brachial biceps tendonitis, supraspinatus tears, unstable shoulder, acromioclavicular friction syndrome, cervical slipped disc and other traumatic and/or degenerative injuries. Nevertheless, it is important to know that other very much less frequent causes exist and that they should not be overlooked when initiating the evaluation of these patients. We report the rare case of a 37 year old man, with progressive functional limitation to abduction of upper right limb, treated with NSAIDs and physical therapy without clinical improvement who subsequently began with neuropathic type intense pain at the beginning of walking. When the magnetic resonance imaging (MRI) was performed, a ganglion cyst around the spinoglenoid notch was discovered. Thus, an electromyography was requested. This showed infraspinatus muscle denervation secondary to suprascapular nerve entrapment.

Key words: suprascapular nerve entrapment syndrome, shoulder pain.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de hombro doloroso es una patología muy frecuente y que demanda numerosas consultas médicas. Por lo tanto, consideramos que es importante conocer la diversidad de causas que pueden originarlo (tabla 1), para

llegar a un diagnóstico preciso, realizar un tratamiento adecuado y evitar complicaciones. Probablemente muchos diagn3sticos infrecuentes, como el síndrome de atrapamiento del nervio supraescapular (SANS), no son realizados por falta de conocimiento de los mismos. Una anamnesis y examen físico minuciosos (región anterior y posterior del hombro), donde se valore la morfología, movilidad y estudio comparativo con el hombro sano, son esenciales para su enfoque inicial.

Una de las causas poco descritas en la literatura es el SANS. Los mecanismos por los que se desarrolla son varios¹⁻¹⁴(tabla 2).

Correspondencia: M. Dorval Alc3n.

C/ Fueros de León, 11, 1º B.

24411 Ponferrada. León. España.

Correo electr3nico: mda_maggy@yahoo.es

Recibido el 30-03-06; aceptado para su publicaci3n el 12-07-06.

Tabla 1. Etiología del síndrome de hombro doloroso

Causas osteomúsculo-articulares	
Periarticulares	Tendinitis calcificante, bicipital Rotura del tendón del manguito de los rotadores, largo del bíceps Artritis acromioclavicular Bursitis subacromiodeltoidea
Articulares	Hombro congelado (capsulitis retráctil o adhesiva) Artritis inflamatoria (artritis reumatoide, espondiloartropatías, etc.), séptica, microcristalina (gota, condrocalcinosis) Hemartros Artrosis Luxación, subluxación Artropatía amiloidea
Patología ósea	Enfermedad de Paget Neoplasias (mieloma, metástasis) Osteomielitis Traumatismos Necrosis ósea avascular
Otras	Fibromialgia Algiodistrofia
Causas dependientes de otras estructuras	
Origen visceral o somático	Pulmón: por ejemplo, tumor Pancoast, neumotórax, pericarditis, etc. Corazón: disección aorta, cardiopatía isquémica Diafragma: mesotelioma, absceso subfrénico Gastrointestinal: pancreatitis, colecistitis Rotura visceral abdominal
Origen vascular	Aterosclerosis Vasculitis Aneurismas
Origen neurológico	Lesiones médula espinal (tumores, abscesos) Lesiones de raíces nerviosas (origen cervical, infección por herpes, tumores) Atrapamiento de nervios periféricos: SANS

Tabla 2. Etiopatogenia del síndrome de atrapamiento del nervio supraescapular (SANS)

Mecanismos etiopatogénicos	
Compresión extrínseca	Ganglión Lipoma Schwannoma
Variaciones anatómicas	Disminución del diámetro del orificio del nervio supraescapular Orientación anómala de las fibras del músculo subescapular Variaciones del ligamento coracoescapular y/o escapular
Traumatismos directos	Deportistas Voleybol Pelota de mano Baloncesto Tenis Otros similares Camarógrafos (operador de cámaras)

Los síntomas principales son: omalgia, debilidad para los movimientos de rotación externa y abducción^{15,16}. Su principal complicación es la atrofia de los músculos supra y/o infraespinoso^{14,15,17}. Las pruebas complementarias esencialmente son: la resonancia magnética nuclear (RMN) y la electromiografía (EMG)^{1,5}. La radiografía simple nos ayuda a descartar otras patologías. El tratamiento inicialmente será conservador y si éste fracasa se optará por el quirúrgico^{5,8,13,15,16,18,19}.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 37 años, sin antecedente traumático conocido, con dolor de intensidad moderada a la abducción de miembro superior derecho diagnosticado de tendinitis del manguito de los rotadores, con mala respuesta al tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y rehabilitación, que a las pocas semanas comienza con un dolor de tipo neuropático al inicio de la deambulación y de impotencia funcional severa en la rotación externa del hombro derecho. En la exploración física se observa una asimetría de la musculatura paraescapular con adelgazamiento del lado derecho. Por esta razón, se solicitó una RMN (fig. 1), apreciándose la presencia de una lesión quística en el desfiladero espinoglenoideo, y una EMG, que describía signos de un proceso de degeneración axonal importante, con signos de denervación activa de las fibras nerviosas destinadas al músculo infraespinoso rama del nervio supraescapular, con indemnidad de fibras destinadas al músculo supraespinoso.

Se complementa el estudio morfológico con una ecografía del hombro (fig. 2), que sirvió a la vez como guía de imagen para una punción evacuadora del quiste.

Se obtuvieron 5 ml de contenido mucinoso, que fue analizado por anatomía patológica con el resultando de líquido sinovial. Posteriormente se pautó la inmovilización y reposo absoluto de la articulación durante 4 semanas, con control ecográfico a las 6 semanas tras la punción, y al valorar su resolución se comenzó con potenciación del hombro y cintura escapular con bandas elásticas con resistencia progresiva. En posteriores controles ecográficos (6 y 10 meses) no se observó recidiva de la lesión. También se realizó una EMG de control, que reveló la existencia de un patrón normal de reclutamiento al esfuerzo voluntario, ganancia de fibras y reinervación.

DISCUSIÓN

El SANS es una causa muy infrecuente de hombro doloroso y poco conocida en nuestro medio, pero una adecuada anamnesis y examen clínico nos puede orientar al diagnóstico más preciso y descartar otras etiologías. Habrá que tenerlo en cuenta siempre en aquellos pacientes, sobre todo activos, que después de un diagnóstico presuntivo, no evolucionan favorablemente en el tiempo. El que no lo tiene en cuenta no lo diagnostica. La creciente demanda asistencial y el poco tiempo de que disponemos para una anamnesis y examen físico minuciosos generan que patologías específicas como el SANS pasen a englobar el “cajón de sastre” del hombro doloroso.

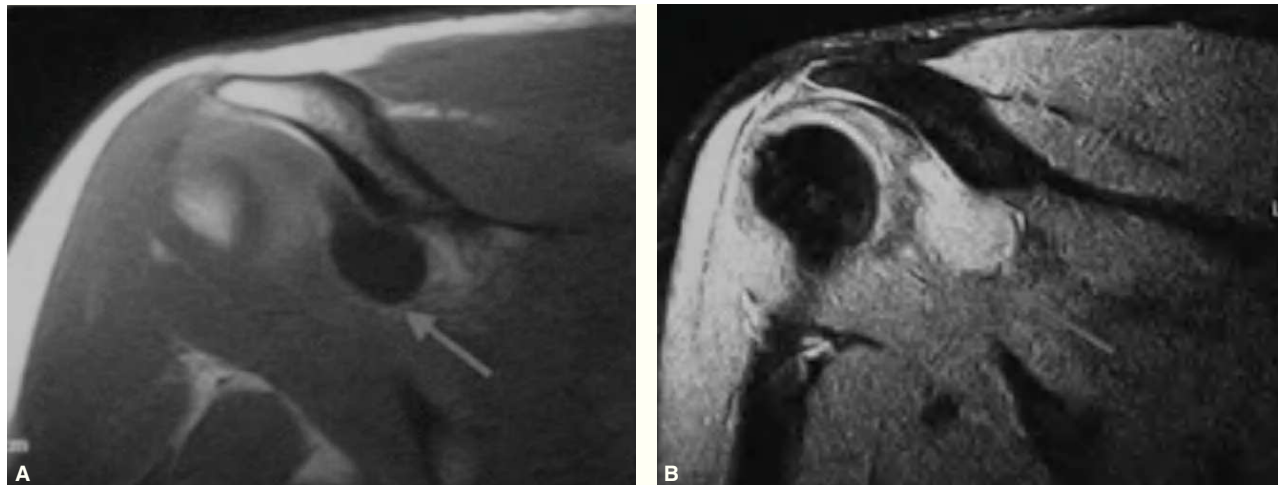


Figura 1. Imagen en T1 (A), corte coronal oblicuo, formación redondeada bien circunscrita hipointensa de señal difusa y en doble eco con técnica de saturación de grasa en T2 (B), señal hiperintensa, ambas corresponden a un ganglión.

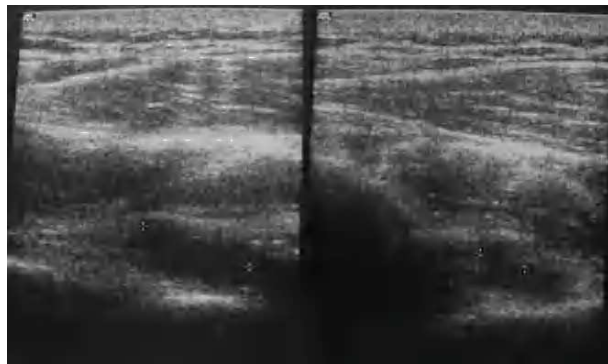


Figura 2. Ecografía de hombro derecho, en la que valoramos imagen hipoeoica (entre calipers), con relación al ganglión.

En este caso, la sintomatología que nos describe el paciente es primordial: dolor de tipo neuropático sólo con la deambulación y debilidad para la abducción y rotación externa; no debemos olvidar un examen activo del hombro (anterior y posterior) y el estudio comparativo con el contralateral. En nuestro paciente el mecanismo fisiopatológico se originó por la presencia de un ganglión formado a nivel del desfiladero espinoglenoideo, justamente por debajo de la división del nervio supraescapular en su rama infraespinosa. Este ganglión puede haberse desarrollado por una lesión incompleta tipo SLAP, la cual determina la formación de un sistema valvular unidireccional que permite la entrada y no la salida de líquido sinovial desde la articulación glenohumeral, formando gangliones de una forma similar al quiste de Baker en la rodilla^{5,20,21}.

En vista de todo lo expuesto, nuestro caso nos parece particular por su infrecuencia, y porque se presentó afectando únicamente la rama que inerva al músculo infraespinoso. Un adecuado examen clínico nos hubiera evitado llegar a la atrofia importante de este músculo. La EMG realizada a los 6 meses tras el tratamiento conservador y la rehabilitación, nos mostró un patrón normal de recluta-

miento al esfuerzo voluntario, ganancia de fibras y reinnervación. Por tanto, nuestra recomendación es insistir en primer lugar en el tratamiento conservador, antes de realizar un procedimiento invasivo, como la artroscopia o la cirugía abierta, con el objetivo de liberar el nervio supraescapular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dramis A, Pimpalnerkar A. Suprascapular neuropathy in volleyball players. *Acta Orthop Belg.* 2005;71:269-72.
2. Fansa H, Schneider W. Suprascapular nerve entrapment. *Handchir Mikrochir Plast Chir.* 2003;35:122-6.
3. Karatas GK, Gogus F. Suprascapular nerve entrapment in newsreel cameramen. *Am J Phys Med Rehabil.* 2003;82:192-6.
4. Ravindran M. Two cases of suprascapular neuropathy in a family. *Br J Sports Med.* 2003;37:539-41.
5. Baums MH, Seil R, Kettler M, Steckel H, Schultz W, Klinger HM. Treatment option in a SLAP-related ganglion cyst resulting in suprascapular nerve entrapment. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2006;126:621-3.
6. Bayramoglu A, Demiryurek D, Tuccar E, Erbil M, Aldur MM, Tetik O, 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.
7. Hazrati Y, Miller S, Moore S, Hausman M, Flatow E. Suprascapular nerve entrapment secondary to a lipoma. *Clin Orthop Relat Res.* 2003;411:124-8.
8. Erginer R, Ogut T, Seyahi A, Dervisoglu S. Suprascapular nerve entrapment by a ganglion cyst: a case report. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2003;37:73-8.
9. Zvijac JE, Sheldon DA, Schurhoff MR. Extensive lipoma causing suprascapular nerve entrapment. *Am J Orthop.* 2003;32:141-3.
10. Carroll KW, Helms CA, Otte MT, Moellken SM, Fritz R. Enlarged spinoglenoid notch veins causing suprascapular nerve compression. *Skeletal Radiol.* 2003;32:72-7.
11. Avery BW, Pilon FM, Barclay JK. Anterior coracoscapular ligament and suprascapular nerve entrapment. *Clin Anat.* 2002;15: 383-6.
12. Mittal S, Turcinovic M, Gould ES, Vishnubhakat SM. Acute isolated suprascapular nerve palsy limited to the infraspinatus muscle: a case report. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002;83:565-7.
13. Sharma RR, Pawar SJ, Netalkar AS. Schwannoma of the suprascapular nerve presenting with atypical neuralgia: case report and review of the literature. *J Clin Neurosci.* 2001;8:60-3.
14. Aydin T, Ozaras N, Tetik S, Emel E, Seyithanoglu H. Bilateral suprascapular nerve entrapment. *Yonsei Med J.* 2004;45:153-6.

15. Ozalay M, Akpinar S, Hersekli M, Ozkoc G, Tandogan R. Suprascapular nerve entrapment at the spinoglenoid notch secondary to a ganglion cyst. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2002;36:84-7.
16. Albero A, et al. Atrapamiento del supraescapular. *Revista Rehabilitación.* 2005;39:103-12.
17. Waldman SD. Atrapamiento del nervio supraescapular. *Atlas de síndromes dolorosos poco frecuentes.* Madrid: Elsevier; 2004. p. 63-6.
18. Coro L, Azuelos A, Alexandre A. Suprascapular nerve entrapment. *Acta Neurochir Suppl.* 2005;92:33-4.
19. Lichtenberg S, Magosch P, Habermeyer P. Compression of the suprascapular nerve by a ganglion cyst of the spinoglenoid notch: the arthroscopic solution. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2004;12:72-9.
20. Moore TP, Fritts HM, Quick DC, Buss DD. Suprascapular nerve entrapment caused by supraglenoid cyst compression. *J Shoulder Elbow Surg.* 1997;6:455-62.
21. Bouzaïdi K, Ravard-Marsot C, Debroucker F, Zguem S, Caudron C, Tiah D, et al. Ganglion cyst at the spinoglenoid notch. A case report and literature review. *Rev Med Interne.* 2005;26:335-8.