




Lesión del nervio supraescapular

Diego Gómez Gallego
R4 Rehabilitación y MF.
HGUA
Benicasim 01/02/13

Caso Clínico


- Varón de 47 años de edad remitido a nuestro servicio por **omalgia izquierda de unas semanas de evolución que no responde a AINES y reposo**




- AP: No AMC. DLP. Hepatitis C crónica

- Anamnesis:
 - Omalgia derecha **sin traumatismo** directo previo conocido.
 - El único hallazgo causal que comenta el paciente es que la tarde anterior al cuadro, en el gimnasio estuvo realizando ejercicio, y que al **realizar un movimiento de aducción** del hombro, notó un crujido, pero sin causarle dolor, apareciendo este al día siguiente

- Exploración
 - BA hombro activo **restringido en los últimos grados**, BA pasivo completo.
 - Jobé y Hawkins-Kennedy positivos
 - Sensación de bloqueo escapular



- Pruebas complementarias:
 - ECO:
 - No patología tendinosa
 - Se aprecian varias imágenes ovaladas situadas en tejido celular subcutáneo del hombro izquierdo → compatibles con LIPOMAS
 - RMN:
 - Pinzamiento subacromial.** No tendinopatía ni rotura.



- Tras la exploración y las pruebas complementarias se diagnosticó de **Sd. Subacromial.**
- Se le prescribió un protocolo consistente en **cinesiterapia activa y activa/asistida** de hombro y **electroterapia** analgésica.

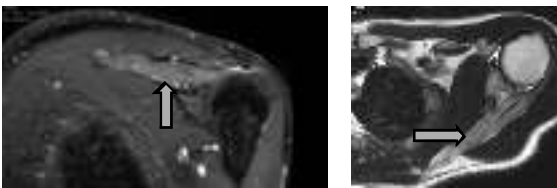
Tras realizar el tratamiento...

- Refiere remisión completa del dolor, pero ahora presenta **imposibilidad para la rotación externa** del hombro.
- A la exploración se observa:
 - Una **GRAN ATROFIA** del músculo infraespinoso.
 - BM 1/5 a la rotación externa del hombro.
 - **BA pasivo del hombro completo.**
 - Discreta escápula alada inferior.



- Ante una sospecha de lesión del nervio supraescapular, pedimos al paciente una nueva **RMN y un EMG**
- Se le pauta nuevo tratamiento con **electroestimulación** de los músculos afectados y ejercicios activo-asistidos de rotadores externos.

- RMN →
- Signos de edema e infiltración grasa por **atrofia de los músculos supra e infraespinosos**, sin encontrar alteraciones o lesiones ocupantes de espacio en la escotadura supraescapular.



- EMG →
- Patrón neurógeno compatible con **neuropatía subaguda del nervio supraescapular** MSI de grado leve, por probable **tracción o compromiso** a nivel de la **escotadura supraescapular**.

A los 6 meses de la lesión...

- A la exploración se sigue apreciando la atrofia del músculo supraespinoso, en menor medida, siendo más evidente la del infraespinoso.
- El balance muscular de ambos músculos no aumenta.

- Se solicita nueva EMG para comprobar el estado evolutivo de la lesión
- " **Axonotmesis total**, sin signos de reinervación de la rama motora del nervio supraescaular izquierdo para el **músculo infraespinoso**, con normalidad de la rama motora del músculo supraespinoso. Este hallazgo **sitúa la lesión a nivel de la escotadura glenoidoespinosa**"

- Dado que no hay signos de reinervación, pasados 6 meses de la lesión, y que el tratamiento conservador no ha sido efectivo → se decide consultar a COT para valorar la posibilidad de revisión quirúrgica.
- COT realiza **neurolysis del nervio supraescaular**



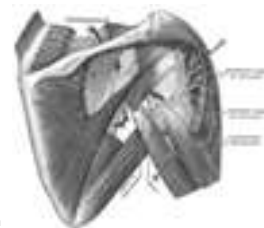
- Cuando vuelve tras IQx presenta:
 - Gran atrofia
 - Infraespinoso 0/5
- Se inicia programa de RHB con electroestimulación y cinesiterapia activo-asistida progresiva
- Actualmente BM de SPE es de 4/5 y del IFE 2/5.



NERVIO SUPRAESCAPULAR

Anatomía

- Procede de la cara posterior del tronco superior (C4-C5-C6) del plexo braquial.
- Penetra en la fosa supraespinosa pasando por la escotadura supraescapular.
- Atraviesa la fosa supraespinosa en sentido profundo al m supraespinoso.
- Contornea el borde lateral de la escápula, pasando por la fosa glenoidea espino para inervar al músculo infraespinoso.



Etiopatogenia

- Traumática**
 - Causa **más frecuente**
 - Traumatismo directo, fracturas, luxación hombro...
- Tracción**
 - Adducción → Efecto "sling"
 - Típico en deportistas:** Voleibol, tenis, lanzadores de peso, pitchers de beisbol...
- Compresión**
 - La más frecuente son los **quistes ganglionares**



Diagnóstico

- Anamnesis**
 - Dolor agudo y profundo localizado en la parte postero-superior del hombro y la escápula.
 - Exacerbación del dolor con la **adducción del brazo**.
- Exploración**
 - Atrofia y debilidad** de los músculos supra e infraespinoso.
 - Supraespinoso → Imposibilidad para iniciar la abducción activamente y contra resistencia.
 - Infraespinoso → Imposibilidad para la rotación externa con el brazo pegado al cuerpo y el codo a 90° de flexión.

Pruebas complementarias

- Rx**
 - En caso de etiología traumática
- RMN**
 - Valorar y localizar masas, signos de atrofia
 - Dx diferencial con rotura manguito rotadores
- EMG**
 - También tiene valor pronóstico (valorar signos de reinervación)



Diagnostico diferencial

- Tendinopatía manguito rotadores
- Rotura manguito de los rotadores
- Neuritis del plexo braquial
- Radiculopatía C5/C6



Tratamiento conservador

- o Programa de **cinesiterapia suave**, inicialmente asistida para la abd y rot ext, e insistir en la potenciación de los músculos **estabilizadores de la escápula**.
- o **Electroterapia** con efecto analgésico (TENS) y dinamogénico (exponedales).
- o **Bloqueos nerviosos**
- o El paciente debe ser instruido para que evite:
 - o Levantar objetos pesados.
 - o Realizar actividades que le obliguen a mantener la extremidad por encima de la cabeza.
 - o Evitar actividades que exacerben el dolor.

Tratamiento quirúrgico

- o En pacientes con:
 - o Fractura de escápula
 - o Neuropatías por compresión
 - o Pacientes con debilidad de larga evolución en los que el tratamiento conservador no ha dado buenos resultados.
- o El tipo de tratamiento dependerá de la lesión que cause el cuadro
 - o Liberación del nervio
 - o Exeresis de ganglión...

Conclusiones

- o El hombro doloroso es una de las patologías con más frecuencias en las consultas de RHB
- o Aunque infrecuente, la lesión del nervio supraescapular debe incluirse en un diagnóstico inicial ante un caso de omalgia.
- o La localización del dolor, la asociación con otros síntomas y la posible coexistencia con otra patología, pueden **dificultar el diagnóstico diferencial con otras entidades.**
- o Una **sospecha clínica acertada y una EMG** son las claves para diagnosticar la neuropatía del supraescapular.
- o En los casos en los que el tratamiento conservador fracasa, es necesario una revisión quirúrgica de la lesión.

Bibliografía

- o Freehill MT, Shi LL, Tompson JD, Warner JJ. Suprascapular neuropathy: diagnosis and management. Phys. Sportsmed 2012; Feb; 40: 72-83.
- o Caro I, Azuelo A., Alexandre A. Suprascapular nerve entrapment. Acta Neurochir Suppl. 2005; 92: 33-37
- o Frasecki DP, Romeo AA, Bach BR, Nicholson GP. Suprascapular neuropathy. J Am Acad Orthop Surg. 2009; Nov; 17: 665-76
- o Zaldibar B; Ruiz B; Fernandez D.; Ubano S. Neuropatía del nervio supraescapular. Rehabilitación. 2000; 34: 307-312

Muchas gracias!!!

