

Caso Clínico

Niega antecedente traumático, no síntomas asociados

Se inicio tratamiento con AINES

A las 2- 3 semanas los familiares notan hipotrofia muscular en el hombro derecho por lo cual es remitido al servicio de Neurología y RHB

Caso Clínico

CONSULTA RHB

Anamnesis

Refiere haberse quedado dormido unas 4 horas en el sofá en decúbito prono con el MSD en extensión y la cabeza apoyada sobre el hombro.



Consulta RHB

AP: No Rams, No tóxicos

1 mes de evolución de cuadro de gastroenteritis, (perdió 7 Kg)

Exploración:

Se observa paciente con dorso plano, hipotrofia de musculo supraescapular e infraescapular derecho

ROTs presentes y simétricos en MMSS

Consulta RHB

BA: hombro completo

BM: Supraespinoso e infraespinoso 3/5

Deltoides 4+/5

RI 4+/5

Bíceps 5/5

Sensibilidad : conservada



Diagnósticos diferenciales

- TENDINITIS MANGUITO DE ROTADORES
- RUPTURA MASIVA MANGUITO DE ROTADORES
- RADICULOPATIA C5,C6
- NEURALGIA AMIOTROFICA(Sind Personage Turner)
- NEUROPATIA POR COMPRESIÓN



Exámenes complementarios

RMN de hombro Septiembre 2014:

Aumento difuso de la intensidad que afecta el vientre muscular del Infraespinoso con disminución de tamaño, venas prominentes por escotadura espinoglenoidea



DESCARTA PATOLOGIA OSTEO -TENDINOSA

Diagnósticos Diferenciales

- ~~TENDINITIS MANGUITO DE ROTADORES~~
- ~~RUPTURA MASIVA MANGUITO DE ROTADORES~~
- RADICULOPATIA C5,C6
- NEURALGIA AMIOTROFICA(Sind Personage Turner)
- NEUROPATIA POR COMPRESIÓN

Exámenes complementarios

Electromiografía Septiembre 2014

Motor NCS

Nervio / Lugares	Registro	Lat	Amp. P-P	Segmentos	Dist. cm	d Lat.	Vel.	Valores de conducción Valores de referencia
		ms	mV			ms	m/s	
D MEDIANO - APB								
Muñeca	APB	3,5	24,0	Muñeca - APB		3,5		N
Codo	APB	7,2	23,6	Codo - Muñeca	24,2	3,8	65	N
D CUBITAL - ADM								
Muñeca	ADM	2,7	20,2	Muñeca - ADM		2,7		N
Codo Sup II	ADM	7,8	18,3	Codo Sup II - Muñeca	31	4,8	64	N
D RADIAL - TRICEPS								
Erb	EIP	2,6	31,5	Erb - EIP		2,6		N
D AXILAR - Deltoides								
Erb	Deltoides	2,5	34,0	Erb - Deltoides		2,5		N
D SUPRAESCAPULAR - Supraespinoso								
Erb	Supraespinoso	2,0	7,8	Erb - Supraespinoso		2,0		N
I SUPRAESCAPULAR - Supraespinoso								
Erb	Supraespinoso	2,4	9,3	Erb - Supraespinoso		2,4		N
D SUPRAESCAPULAR - Infraespinoso								
Erb	Infraespinoso	2,6	11,6	Erb - Infraespinoso		2,6		N (descenso moderado con respecto a su homólogo contralateral)
I SUPRAESCAPULAR - Infraespinoso								
Erb	Infraespinoso	2,6	24,3	Erb - Infraespinoso		2,6		N
D MUSCULOCUTÁNEO - Biceps								
Erb	Biceps	4,1	15,5	Erb - Biceps		4,1		N

Electromiografía

Duración media normal según electro

Supraespinoso D. 11,9ms	Patrón máx. esfuerzo	Amplitud	2mV (N)
	Reposo		—
	Duración media PUM		N
	Incidencia polifasia		18% (A)
Infraespinoso D. 11,9ms	Patrón máx. esfuerzo	Amplitud	CI 1-2mV (N)
	Reposo		OA+ y Bif. en 5 puntos de inserción
	Duración media PUM		+/-N. con algún PUM de hasta 15ms
	Incidencia polifasia		80% (A)
Deltoides D. 10.4 ms	Patrón máx. esfuerzo	Amplitud	I 2-3mV (N)
	Reposo		—
	Duración media PUM		N
	Incidencia polifasia		N
Biceps D. 10.6 ms	Patrón máx. esfuerzo	Amplitud	I 2-3mV (N)
	Reposo		—
	Duración media PUM		N
	Incidencia polifasia		N



Exámenes complementarios

Lesión parcial(axonotmesis) de tipo axonal del N Supraescapular derecho, con afectación casi exclusiva de la rama del M infraespinoso , en M Supraespinosa únicamente se detecta cierta desestructuración de las unidades motoras. Se aprecia reinervación colateral

Diagnostico

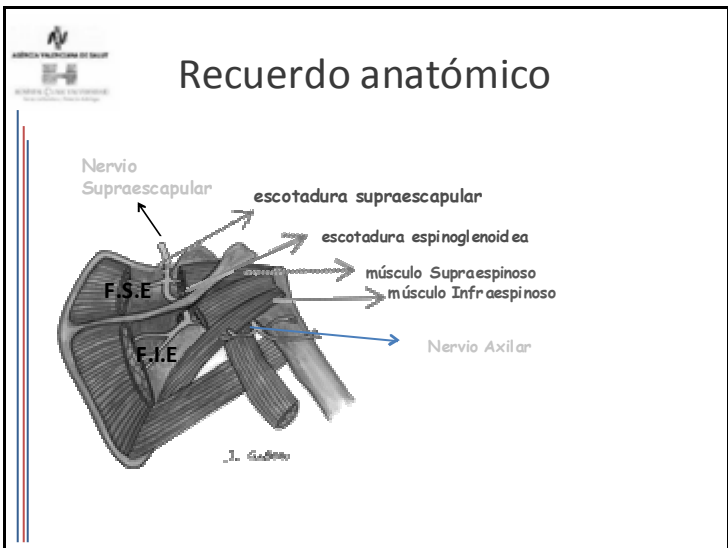
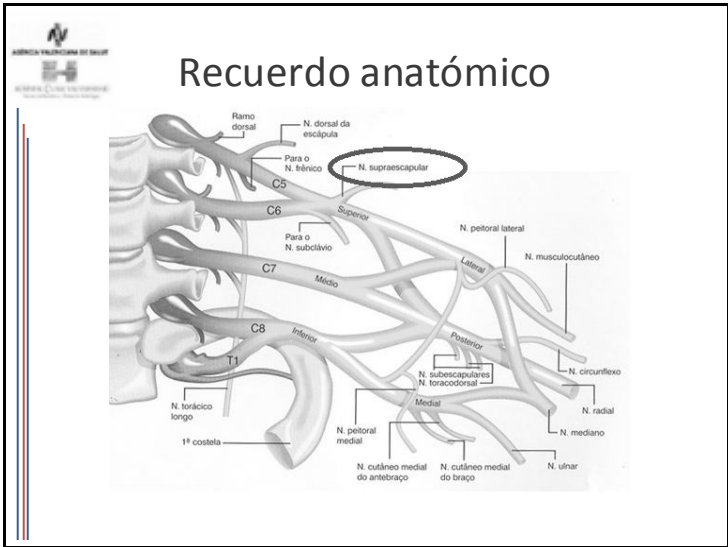
Con la EMG no es descartable del todo el S de Personage Turner con afectacion exclusiva de dicha rama.

Dado el antecedente los mas probable es una ***neuropatía por compresión/ elongación de la rama del N Supraescapular en la escotadura supraescapular***

Tratamiento rehabilitador

- E 200 en M Supraespinoso , M infraespinoso
- Movilizaciones activas asistida de hombro
- Potenciación de cintura escapular

Después de 3 meses de tratamiento el paciente se reincorporara al trabajo, el BM 4/5 en cintura escapular y en recuperación de la hipotrofia muscular



Sitio de compresión



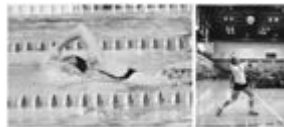
Si la compresión se produce por encima de la escotadura espinoglenoidea afectará tanto al supra como al infraespinoso.

Si la compresión se produce por debajo de la escotadura espinoglenoidea sólo afectará al infraespinoso.



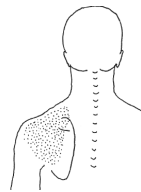
Causas de lesión

- Traumática
 - Fx Escapula ,fx Humeral ,
luxación escapulo-humeral
 - Lesión tej blandos
- Tracción y fricción
- Movimiento forzados o repetitivos de aducción del brazo
- Masa benigna o maligna
- Herida penetrante
- Lesión quirúrgica



Exploración física

- Dolor agudo y profundo , posterosuperior de hombro y escapula.
- Amiotrofia de los M Supraespinoso e Infraespinoso
- No hay alteraciones sensitivas
- Rots son normales

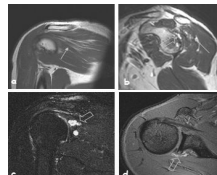


Pruebas complementarias

Rx simples de hombro AP :
patología traumática



RMN en caso de ser a
traumática, valorar masas
y diagnósticos
diferenciales



Pruebas complementarias

ELECTRODIAGNOSTICO

- Electroneurografía del N supraescapular
 - CNM: Alargamiento de la latencia de los PEM
 - Electromiografía M supraescapular e infra escapular
 - Ondas lentas
 - Fibrilaciones
 - Polifásicos
- } En reposo
 → actividad voluntaria
- Perdida de PUM
 - Patrón de actividad :
 - Sumación temporal
 - Simple acelerado

Diagnósticos diferenciales

TENDINITIS MANGUITO DE LOS ROTADORES

- Es la causa más frecuente
- Tendón del músculo supraespinoso mas fxe
- Dolor entre los 60º y los 120º de abducción
- Puede simular debilidad muscular



Diagnósticos diferenciales

ROTURA DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES

- Se presenta con dolor de hombro de intensidad variable
- Debilidad en la abducción
- Pérdida de la movilidad activa
- Atrofia de los músculos supra e infraespinoso por desuso según el tiempo de evolución.
- El diagnóstico se confirma con ecografía o RNM
- Los estudios neurofisiológicos son normales



Diagnósticos diferenciales

NEURITIS DEL PLEXO BRAQUIAL (Síndrome de Parsonage-Turner)

- Neuritis del plexo braquial
- Inicio rápido e intenso del dolor, seguido de debilidad muscular o parálisis.
- Los intentos de movilizar el hombro agravan el dolor que puede irradiarse por el antebrazo hasta la mano.



NEURITIS DEL PLEXO BRAQUIAL (Síndrome de Parsonage-Turner)

- Incidencia 1.5/ 100.000
- Predominio masculino
- 25% bilateral
- 50% comorbilidad con infecciones víricas o bacterianas
- Suele ser reversible



NEURITIS DEL PLEXO BRAQUIAL (Síndrome de Parsonage-Turner)

- Se diferencia de la lesión del nervio supraescapular por la distribución plexular de los músculos afectados y por la pérdida de sensibilidad asociada
- Puede aparecer afectación distal acompañando a la debilidad de los músculos de la cintura escapular

Tratamiento RHB

OBJETIVO

Aliviar el dolor, mantener el arco de recorrido articular del hombro, y recuperar la fuerza muscular en los músculos debilitados así como a potenciar los músculos del manguito rotador, el deltoides y los músculos periescapulares.

Electroterapia

- Electroterapia con efecto analgésico
 - Onda corta
 - Microondas
 - TENS
- Dinamogénico
 - Diadinámicas
 - Exponenciales



Cinesiterapia

- Contracciones isométricas de cintura escapular y hombro
- Maniobras suaves de tracción axial para la decoaptación
- El programa debe ser inicialmente asistida
 - Abducción
 - Rotación externa del hombro
- Resistida para mantener el trofismo muscular
- Potenciación de los músculos estabilizadores de la escápula
 - Trapecio,
 - Romboides,
 - Elevador de la escápula
 - Serrato anterior.
- Ejercicios para reforzar la protracción, retracción y depresión escapular.

Tratamiento RHB

- El paciente debe ser instruido para que evite
 - levantar objetos pesados
 - Realizar actividades que le obliguen a mantener la extremidad por encima de la cabeza
 - evitar las actividades que exacerben el dolor



Tratamiento RHB

BLOQUEO DEL NERVIO SUPRAESCAPULAR

conseguir el alivio duradero del dolor asociado a la lesión y como terapia asociada la cinesiterapia.



Tratamiento Qx

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

Conclusiones

- La patología de hombro es una de las patologías con más frecuencias en las consultas de RHB
- Aunque infrecuente, la lesión del nervio supraescapular se debe pensar inicialmente ante un caso de omalgia e hipotrofia de la musculatura de hombro
- Una sospecha clínica acertada y una EMG son las claves para diagnosticar la neuropatía del N Supraescapular.

Bibliografía

- Neuropatía del nervio supraescapular
B. ZALDÍBAR BARINAGA, B. RUIZ TORRES, D. FERRÁNDEZ
- Freehill MT, Shi LL, TompsonJD, Warner JJ.
Suprascapular neuropathy: diagnosis and management.
Phys . Sportsmed 2012 Feb; 40: 72-83.
- Coro I., Azuelos A., Alexandre A. Suprascapular nerve entrapment. Acta
- Neurochir Suppl. 2005; 92: 33-37
- Piasecki DP, Romeo AA, Bach BR, Nicholson GP.
Suprascapular neuropathy. J
- Am Acad Orthop Surg. 2009 Nov; 17 665-76

GRACIAS

