



Lesión del nervio supraescapular

Suprascapular nerve injury

Luis Gerardo Domínguez Carrillo,* Luis Gerardo Domínguez Gasca†

Masculino de 40 años de edad, profesionista, practicante de artes marciales desde la infancia; inicia padecimiento actual ocho meses atrás al recibir golpe de talón en patada descendente (*chiko chagui*) sobre área supraclavicular derecha durante torneo de taekwondo. Presenta dolor intenso e incapacidad para movimientos activos de hombro en todos sus arcos; valorado por facultativo y con tratamiento con base en antiinflamatorios y fisioterapia, se recuperó en 15 días, los movimientos activos de hombro, excepto el inicio de la abducción y la rotación externa, logra incrementar con ejercicio la fuerza del músculo deltoides. A los dos meses de la lesión notó hipotrofia en áreas supraespinosa e infraespinosa de la escápula derecha. Acude a rehabilitación en búsqueda de mejoría funcional. A la exploración dirigida: En plano posterior (*Figura 1*) se observa descenso de escápula derecha y

zonas de hipotrofia muscular en fosas supraespinosa e infraespinosa de escápula derecha e hipertrofia del músculo deltoides derecho. Al solicitar flexión de hombros se observa asimetría de las líneas correspondientes a espina de escápulas; los arcos de movilidad pasivos completos, no dolorosos; los arcos de movilidad activos normales para flexión, extensión, aducción y rotación interna, efectúa inicio de la abducción con inclinación del tronco de manera ipsilateral a 25° y realiza el movimiento completo de abducción gracias a la hipertrofia deltoidea. Se aprecia ausencia de rotación externa de manera activa, el examen clínico muscular mostró: trapecio, pectoral mayor y menor, deltoides, subescapular, redondo mayor y subescapular en 5/5 de calificación; supraespinoso, redondo menor e infraespinoso en 0/5; no se encontraron áreas de hipoestesia. Con diagnóstico clínico de parálisis del

Figura 1:

Fotografías de dorso de paciente masculino de 40 años que muestran: asimetría de las líneas correspondientes a la espina de las escápulas y zona de hundimiento en área supraespinosa derecha (flecha); zonas de hundimiento por atrofia de músculo supraespinoso (flecha delgada) y del infraespinoso (flecha gruesa); nótese la hipertrofia compensatoria del deltoides derecho.



* Medicina de Rehabilitación. División de Medicina.

† Traumatología y Ortopedia. División de Cirugía.

Correspondencia:

Dr. Luis Gerardo Domínguez Carrillo
Correo electrónico: lgdominguez@hotmail.com

Hospital Ángeles León. León, Guanajuato. México.

Aceptado: 08-03-2019.

www.medigraphic.com/actamedica

nervio supraescapular¹ derecho de origen postraumático, se efectúan velocidad de conducción y electromiografía² y se detecta: ausencia del potencial en puntos motores de los músculos supraespinosos e infraespinosos en la primera y presencia de fibrilaciones abundantes y ondas positivas en la segunda: confirmando datos de denervación en ambos músculos. Por el tiempo de evolución,³ se explica al paciente que deberá continuar fortaleciendo el músculo deltoides y se le deriva a valoración por cirugía de la extremidad torácica para estudio y posible cirugía descompresiva del nervio supraescapular a nivel de la escotadura escapular o en su caso, la transferencia nerviosa⁴ del nervio espinal accesorio.

REFERENCIAS

1. Labetowicz P, Synder M, Wojciechowski M, Orczyk K, Jezierski H, Topol M et al. Protective and predisposing morphological factors in suprascapular nerve entrapment syndrome: a fundamental review based on recent observations. *BioMed Res Int.* 2017; Article ID 4659761. doi.org/10.1155/2017/4659761.
2. Lajtai G, Wieser K, Ofner M, Raimann G, Aitzetmüller G, Jost B. Electromyography and nerve conduction velocity for the evaluation of the infraspinatus muscle and the suprascapular nerve in professional beach volleyball players. *Am J Sports Med.* 2012; 40 (10): 2303-2308.
3. Martínez F. Suprascapular nerve entrapment neuropathy: report of two cases. *Rev Urug Med Int.* 2018; 3: 38-43.
4. Martínez F, Jaume A, Sienna C, Ruso A. Anatomía quirúrgica de la transferencia nerviosa de espinal accesorio a nervio supraescapular por vía posterior. *Rev Latinoam Neurocir.* 2017; 26: 6-10.