

Caso clínico: Síndrome escapulocostal o escapulotorácico

Jaime Arellano Vázquez,* Daniel Becerra Gutiérrez,**
Fernando Hiramuro Shoji***

INTRODUCCIÓN

La articulación escapulotorácica es cóncava y debe deslizarse suavemente sobre la parte convexa de la caja torácica para proporcionar funcionalidad y movimiento a la articulación glenohumeral (*Figura 1*). Esto es facilitado por capas intermedias de varios músculos y bursas que se describen en tres niveles o capas: superficial, intermedia y profunda. La capa superficial incluye el trapecio y el músculo dorsal ancho. La capa intermedia está formada por los romboides mayor y menor y el elevador de los músculos de la escápula. Un número importante de estructuras neurovasculares también se encuentran dentro de la capa intermedia: el nervio accesorio espinal (que inerva al músculo trapecio; se encuentra lateral al músculo elevador de la escápula adyacente al ángulo superomedial), el nervio dorsal de la escápula (que inerva al elevador de la escápula y romboide; se puede hallar bajo el viaje del músculo elevador de la escápula paralelo a la frontera medial escapular), el nervio supraescapular, entre otras estructuras.

Los síntomas en esta articulación varían de bursitis ligeramente sintomáticas, debilitantes, hasta crepita-

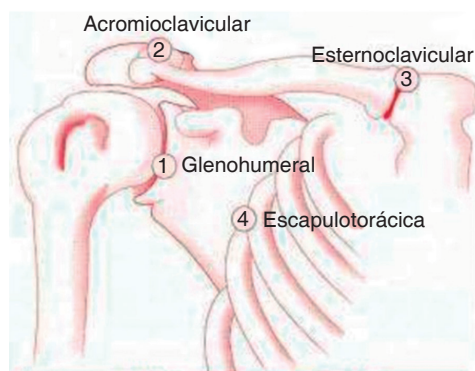


Figura 1. Articulaciones del hombro: 1) glenohumeral, 2) acromioclavicular, 3) esternoclavicular y 4) escapulotorácica.

* Ortopedista, Traumatólogo; Artroscopia y Medicina del Deporte.

** Ortopedista, Traumatólogo y *Fellow* de Artroscopia y Medicina del Deporte.

*** Ortopedista, Traumatólogo y Médico del Deporte, Jefe de Enseñanza del Servicio de Artroscopia y Medicina del Deporte.

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara «Fray Antonio Alcalde».

Dirección para correspondencia:

Dr. Fernando Hiramuro Shoji

Av. López Mateos Norte 343, Guadalajara, Jalisco. México, 44680.

Correo electrónico: hiramuro@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/orthotips>

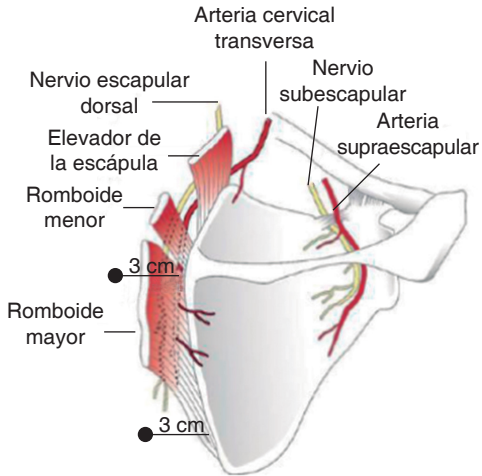


Figura 2. Anatomía escapulotorácica.

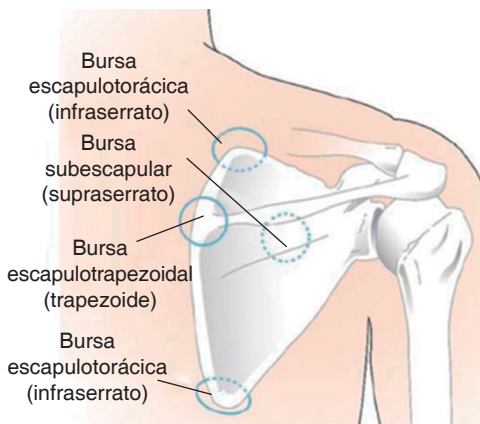


Figura 3. Bursas sinoviales que participan en la articulación escapulotorácica.

ción recalcitrante (*Figura 2*). Se ha informado la ubicación de las seis bursas sinoviales (dos mayores y cuatro menores) que participan en la articulación escapulotorácica. Dos de estas bolsas serosas, incluyendo la escapulotorácica (infraserratus) y bursa subescapular (supraserratus), son las bursas primarias fisiológicas y se encuentran en la capa profunda. La bursa subescapular se encuentra entre el subescapular y serrato anterior; la bursa infraserratus se halla en el serrato anterior que recubre el posterolateral de la pared torácica. Las cuatro bursas menores no se ubican constantemente y son a menudo el resultado de una articulación escapulotorácica anormal (*Figura 3*).

Fisiopatología

El uso excesivo del hombro puede provocar síntomas incluso en la presencia de una anatomía normal y puede resultar en un espectro de gravedad que va desde dolor leve hasta crepitación debilitante. Si la irritación que está presente es suficiente para crear una inflamación crónica, puede ocurrir la fibrosis de la bursa. La fibrosis en su última instancia puede llevar a una bursitis o romper la misma, manifestándose como masas escapulares o anomalías musculares.

Exploración física

Evaluar los rangos de movimiento activos y pasivos escapulotorácico y glenohumeral. Los movimientos se valoran para buscar crepitación resultante. El examen dinámico de la escápula puede demostrar «escápula alada» producto de disfunción motora o masas escapulotorácicas. La fuerza muscular debe ser evaluada, ya que un desequilibrio muscular puede contribuir a este estado.



Figura 4. Dolor a la palpación en la esquina superior de la escápula.



Figura 5. Radiografía AP del hombro izquierdo.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 24 años, quien inició su padecimiento hace dos años tras realizar ejercicio de gimnasio que le provocó dolor intenso en la parte posterior del hombro izquierdo; fue tratado con diclofenaco y paracetamol, y mejoró levemente. El individuo refirió que el dolor fue incrementando, con predominio nocturno, en la cara posterior del hombro y después de realizar ejercicio, hasta alcanzar un EVA de 10/10.

A la exploración física, el sujeto presentaba dolor a la palpación y manipulación de la cara posterior del hombro izquierdo (*Figura 4*), con arcos de movimiento completos, fuerza 5/5.

El hombre inició rehabilitación por seis semanas, realizando fortalecimiento de estabilizadores de la escápula y estiramiento de trapecio y elevador de la escápula, sin notar mejoría. Se infiltró la base de la inserción del trapecio en cinco ocasiones (dos en otra institución, una en médico particular y dos en nues-

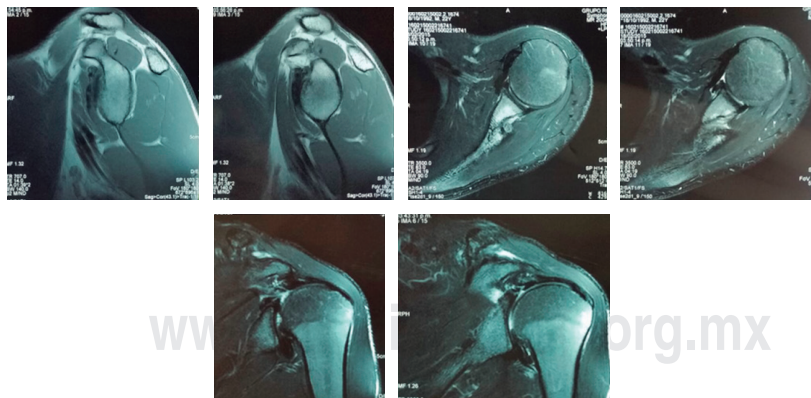


Figura 6. Resonancia magnética del hombro izquierdo, donde se observa tendinitis del subescapular con afectación del ligamento glenohumeral medial.



Figura 7. Ala de pollo.

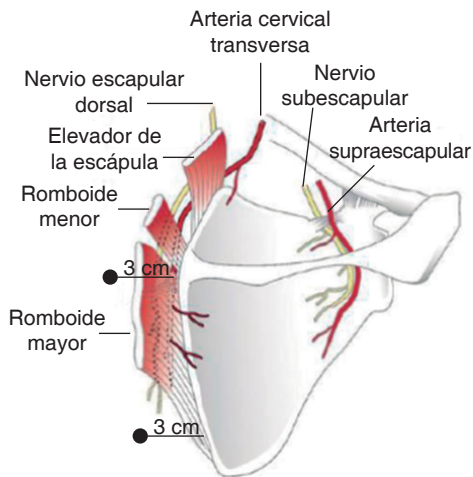


Figura 8. Técnica quirúrgica de la artroscopia de escápula.



Figura 9. Estado actual del paciente.



Figura 10. Radiografía postquirúrgica.

tra institución), con lo que refirió mejoría inmediata. Se le indicó que continuara con los ejercicios de fortalecimiento, pero el paciente llegó de nuevo al cabo de dos semanas tras la última infiltración. Decidimos tomar radiografía de hombro (*Figura 5*), resonancia magnética de columna cervical y hombro (*Figura 6*), así como solicitar una interconsulta al Servicio de Neurocirugía (que lo reportó sin datos patológicos ni alteraciones radicales). Se interconsultó al Servicio de Rehabilitación de nuestra institución, donde se le realizaron 30 sesiones; no notó mejoría y el dolor se volvió más frecuente, por lo que regresó a nuestro servicio. Lo diagnosticamos como un síndrome escapulocostal o síndrome escapulotorácico izquierdo.

Al observar que no mejoraba con analgésicos y fortalecimiento muscular, decidimos realizar un tratamiento quirúrgico. Se llevó a cabo artroscopia en la región posterior de la escápula izquierda (*Figura 7*), en la cual realizamos un fresado de la esquina superior de la escápula (*Figura 8*) y bursectomía parcial del infraserrato. El individuo se observó en el postquirúrgico inmediato con buena evolución, sin presencia de dolor; al cabo de 15 días, en que acudió para el retiro de puntos, el sujeto continuaba sin dolor. Actualmente, el paciente presenta una recuperación funcional a 100% y sin la presencia de dolor (*Figuras 9 y 10*).

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Gaskill T, Millett PJ. Snapping scapula syndrome: diagnosis and management. *J Am Acad Orthop Surg.* 2013; 21 (4): 214-224
2. Frank RM, Ramírez J, Chalmers PN, McCormick FM, Romeo AA. Scapulothoracic anatomy and snapping scapula syndrome. *Anat Res Int.* 2013; 2013: 635628.
3. Millett PJ, Gaskill TR, Horan MP, van der Meijden OA. Technique and outcomes of arthroscopic scapulothoracic bursectomy and partial scapulectomy. *Arthroscopy.* 2012; 28 (12): 1776-1783.
4. Kuhne M, Boniquit N, Ghodadra N, Romeo AA, Provencher MT. The snapping scapula: diagnosis and treatment. *Arthroscopy.* 2009; 25 (11): 1298-1311.
5. Lien SB, Shen PH, Lee CH, Lin LC. The effect of endoscopic bursectomy with mini-open partial scapulectomy on snapping scapula syndrome. *J Surg Res.* 2008; 150 (2): 236-242.
6. Pearse EO, Bruguera J, Massoud SN, Sforza G, Copeland SA, Levy O. Arthroscopic management of the painful snapping scapula. *Arthroscopy.* 2006; 22 (7): 755-761.
7. Oizumi N, Suenaga N, Minami A. Snapping scapula caused by abnormal angulation of the superior angle of the scapula. *J Shoulder Elbow Surg.* 2004; 13 (1): 115-118.
8. Greis PE, Scuderi MG, Mohr A, Bachus KN, Burks RT. Glenohumeral articular contact areas and pressures following labral and osseous injury to the anteroinferior quadrant of the glenoid. *J Shoulder Elbow Surg.* 2002; 11 (5): 442-451.
9. Harper GD, McIlroy S, Bayley JL, Calvert PT. Arthroscopic partial resection of the scapula for snapping scapula: a new technique. *J Shoulder Elbow Surg.* 1999; 8 (1): 53-57.
10. Ruland LJ 3rd, Ruland CM, Matthews LS. Scapulothoracic anatomy for the arthroscopist. *Arthroscopy.* 1995; 11 (1): 52-56.