

Consideraciones al caso clínico de síndrome escapulocostal o escapulotorácico

Publicado en Ortho-tips AMOT; 2016 12(3): 177-181

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

DISCUSIÓN

En general el síndrome escapulotorácico se produce por los cambios en la estructura ósea, los músculos o la bursa de la escápula y puede diagnosticarse mediante exámenes físicos y radiológicos. La literatura apoya el tratamiento quirúrgico como el tratamiento inicial para pacientes con síndrome escapulocostal. Aproximadamente 50% de los pacientes, con una tasa cercana a 80% en algunos estudios, aliviaba los síntomas con tratamiento no quirúrgico. Cuando el tratamiento no quirúrgico no funciona, las intervenciones quirúrgicas (abierto o artroscópico) tienen un alto grado de éxito. En un estudio 50% de los pacientes que se sometieron a la resección quirúrgica abierta aliviaba los síntomas en un año. Otras investigaciones mostraron una mayor tasa de éxito. Un estudio reveló que de 12 a 14 pacientes aliviaban el dolor con una media de 42 meses después de la cirugía y otros presentaban un rango de éxito de 88%.

CONCLUSIÓN

En ausencia de una lesión radiológicamente definible el tratamiento quirúrgico para el síndrome escapulocostal o escapulotorácico está indicado cuando los síntomas persisten a pesar de las medidas conservadoras adecuadas. La cirugía artroscópica ha demostrado que mejora los síntomas hasta en 100% de estos pacientes.

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, Ramirez J, Chalmers PN, McCormick FM, Romeo AA. Scapulothoracic anatomy and snapping scapula syndrome. *Anat Res Int.* 2013; 2013: 635628.

* 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, Jal. México, 44680.

Correo electrónico: hiramuro@gmail.com

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

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): 236-342.
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 JI, 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.