

# OMALGIA Y PARÁLISIS COMPLETA DEL N. ESPINAL ACCESORIO COMO SECUELA DE TUMOR PAROTÍDEO

Alfonso Utrillas Compaired\*, Fernando Trell Lesmes\*\*, Ramon Viana Lopez\*, Manuel Chaparro Recio \*, Libardo Enrique Rojas Díaz\*

\*Hospital Universitario de Guadalajara. SESCAM.

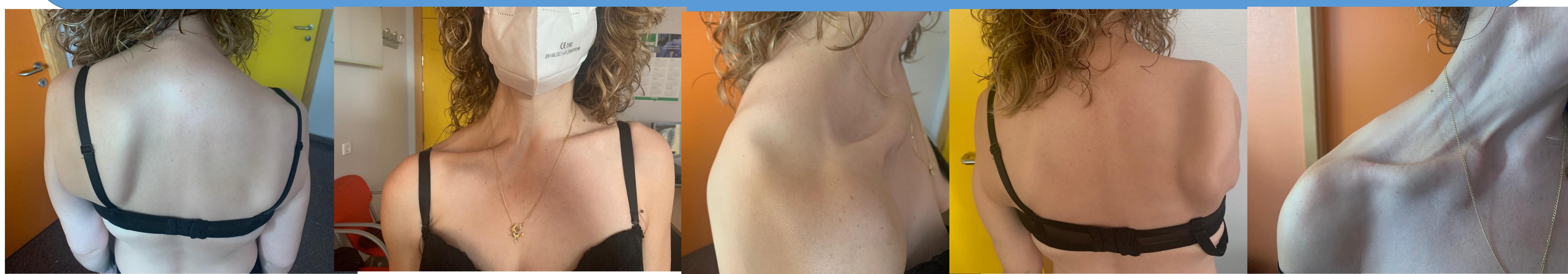
\*\* Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. SERMAS.

## OBJETIVOS:

Diagnosticar esta patología mediante la anamnesis y una exploración clínica cuidadosa, y exponer su tratamiento en el caso que nos atañe, ya que conocer esta patología es importante por ser infrecuente, y su diagnóstico y tratamientos pueden retrasarse en caso de no sospecharse.

## MATERIAL Y MÉTODOS:

La paciente presentaba omalgia de 17 años de evolución, con atrofia completa de los mm. trapecio y esternocleidomastoideos derechos, la cintura escapular se encontraba descendida, y presentaba atrofia de las tres porciones del músculo trapecio, que condicionaban alteración severa en la cinemática de la cintura escapular, y en los movimientos del brazo derecho en el espacio. Incapacidad para la abducción del hombro más allá de 90º, y alteración sensitiva asociada.



## RESULTADOS:

La paciente presentaba una rx simple con elevación escapular, artrosis de la articulación acromioclavicular y descenso de la cabeza humeral. Fue derivada al Servicio de Rehabilitación, tras lo que mejoró parcialmente la discinesia escapular, pero no los movimientos del brazo derecho. En la anamnesis se objetivó que la paciente fue intervenida por presentar tumor maligno de la glándula parótida ipsilateral, con sección del n. espinal accesorio para su uso como injerto del n. facial derecho.



## DISCUSIÓN:

El n. espinal accesorio es susceptible de lesión por heridas penetrantes en el triángulo cervical posterior, biopsias de ganglios linfáticos o la disección radical del cuello en otros tumores. En algunos casos se debe intentar la reparación quirúrgica inmediata, y en otros la observación durante 3-4 semm tras lo que, si se objetiva la denervación del trapecio, está indicada la exploración del nervio. La pérdida de función de las tres porciones del m. deltoides, con la depresión de la cintura escapular, la atrofia y debilidad del m. trapecio, la discinesia escapular, la pérdida de abducción activa del hombro y la debilidad y dolor del hombro derecho y de la región escapular, la pérdida de fuerza por la falta de la estabilización escapular y la sollicitación de los rotadores externos del hombro contra resistencia, mostraba un despegue del borde medial de la escápula con respecto al tórax, sin escápula alada asociada. Todas ellas son secuelas directas de la parálisis del n. espinal accesorio, consecuencia de su sección para aportar injerto nervioso al n. facial derecho, que creemos que no estaría justificada en el momento actual por existir otras alternativas, como por ejemplo el injerto del n. sural.