

COMPRESIÓN METASTÁSICA DE NERVIOS SUPRAESPACULAR



Villamor García, Idoia; Cearra Guezuraga, Iñigo; Moso Bilbao, Ander; Cuevas Martínez, Borja; Martino Quintela, Julia Isabel.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Unidad de Hombro.
Hospital Universitario de Basurto en Bilbao, Vizcaya, España.



BASURTUKO OSPITALEA
HOSPITAL DE BASURTO

INTRODUCCIÓN

La **neuropatía por compresión del nervio supraescapular** es una importante causa de dolor y debilidad en hombro que puede pasar desapercibida o ser confundida con lesiones del manguito rotador, así como coexistir con las mismas, lo que conlleva una dificultad añadida en el diagnóstico y tratamiento de una patología especialmente incapacitante.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se expone el **caso clínico** de un varón de 80 años, fumador, con **adenocarcinoma de colon y gástrico diseminados**, asociando lesiones metastásicas óseas en niveles vertebrales C5, C6 y C7, estables, sin compromiso radicular.

Tras observarse **lesión del tendón supraespinoso** en ecografía, es derivado a consultas de traumatología para valoración, donde refiere **dolor** en región **escapular** izquierda **irradiado a brazo** de 5 meses de evolución.

A la exploración, se objetivan **atrofia** de fosas supra e infraespinosas con tono disminuido y balance articular limitado para flexión y abducción con maniobras **drop arm, internal rotación lag sign y Horn Blower positivas**.

Ante la sospecha de lesión neurológica, sin hallazgos reseñables en TC toraco-abdomino-pélvico, se solicitan EMNG y RMN, que confirman la presencia de **lesión metastásica compresiva del nervio supraescapular**, con déficit neurógeno en musculatura dependiente (Fig.2).

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

El nervio supraescapular tiene su origen en el tronco superior del plexo braquial y transcurre cerca del vientre posterior del músculo omohioideo para llegar a la escotadura escapular, atravesándola por debajo del ligamento escapular transverso y penetrando en la fosa supraespinosa (Fig. 1). Inerva los músculos supraespinoso e infraespinoso, además de dar ramas sensitivas para la región posterolateral del hombro.

Un déficit de función de este nervio, por tanto, implica una **atrofia** de los vientres de supra e infraespinoso, con **debilidad** para la **abducción y rotación externa** del hombro.

Dado el pronóstico del paciente y la progresión sistémica de la enfermedad, se decide mantener actitud expectante con **tratamiento sintomático y manejo conservador** de la lesión.

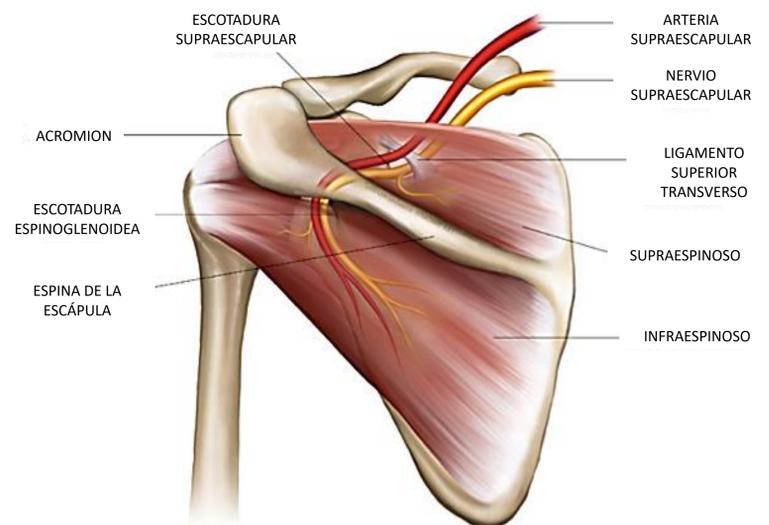


Fig. 1: Anatomía del nervio supraescapular.

Músculo	Nervio	SPONTANEUS					MUAP			RECRUITMENT
		Raíces	IA	FiB	PSW	Fasc	H.F.	Dur.	PPP	Pattern
Supraespinoso	C5-C6	N	None	None	None	None	N	N	N	Neurógeno leve
Infraespinoso	C5-C6	N	None	None	None	None	N	N	N	Neurógeno leve

Fig. 2: Resumen de EMNG que describe datos de denervación neurógena en los músculos supra e infraespinoso.

CONCLUSIÓN

Las metástasis tumorales constituyen una etiología atípica de neuropatía compresiva del nervio supraescapular, provocando **dolor de difícil control, atrofia y debilidad en hombro**, con importante **limitación funcional**.

Las características clínicas pueden coexistir con lesiones no neurógenas, dificultando el diagnóstico y manejo. Por ello, la presencia de las características clínicas citadas en **contextos específicos** debe alertar sobre la posible presencia de esta entidad, para realizar, así, un **manejo adecuado e individualizado adaptado a la situación sistémica** del paciente.

59 CONGRESO
SECOT

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA