

# Compresión del nervio supraescapular por un ganglión. Caso clínico.

## Suprascapular nerve entrapment by a ganglion cyst. Clinical case.

A. BARRA PLA, D. SALA CUARTERO, F. GOMAR SANCHO.

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA. UNIVERSIDAD DE VALENCIA

**Resumen.** Se describe el caso de un paciente joven con síndrome de compresión de nervio supraescapular por un ganglión que fue tratado quirúrgicamente. Asimismo se hace una revisión de los casos similares encontrados en la literatura y las diferentes maneras de tratamiento.

**Summary.** We describe a case of a young adult male with a supraescapular nerve compression syndrome by a ganglion cyst surgically treated. We make a literature review of similar cases and their surgical treatment.

**Correspondencia:**

Amariel Barra Pla  
C/ Ayora 30-12<sup>a</sup>  
46018 Valencia  
Teléfono: 963230753  
e-mail: amarielbarra@ono.com

**Introducción.** El nervio supraescapular tiene ramas sensitivas y motoras provenientes del tronco superior (C5 - C6) del plexo braquial, y con una contribución variable de la cuarta raíz cervical; esta contribución de C4 está recogida por Lee (1) et al, en 22 de 152 plexos braquiales. El nervio supraescapular dota de motricidad a los músculos supra e infraespinoso, y envía ramas sensitivas a los ligamentos coracohumeral y coracobraquial, bolsa subacromial y articulaciones acromio clavicular y glenohumeral. Desde su origen en el plexo braquial, el nervio discurre a través del triángulo posterior del cuello y luego se lateraliza hacia el músculo trapecio, hacia la escotadura supraescapular (2,3). Esta es la localización anatómica que se asocia a patología de este nervio en la mayoría de los casos.

**Caso clínico.** Paciente varón de 24 años de edad, camarero de profesión, que desde

aproximadamente 2 años presentaba dolor en el hombro derecho relacionado con los esfuerzos. El dolor era de tipo sordo, continuo, que aumentaba con los esfuerzos en rotación externa y abducción de hombro. No existía otra sintomatología asociada al dolor. A la exploración no se apreciaba atrofia muscular y lo único destacable era un dolor sordo en los últimos grados de abducción y rotación externa pasivos del hombro.

El dolor mejoraba parcialmente con antiinflamatorios y cese de su labor profesional. Se realizaron infiltraciones subacromiales sin mejoría del dolor.

El estudio radiológico era normal. Fue diagnosticado como tendinitis crónica del supraespinoso realizándose tratamiento rehabilitador sin mejoría alguna. Posteriormente se realizó una resonancia nuclear magnética observándose una lesión quística de 1 x 1.2 cm en la escotadura espino-glenoidea bajo el músculo supraespinoso, hi-

pointensa en secuencia T1 e hiperintensa en secuencias potenciadas en DP y T2 con saturación grasa y GE potenciado en T2 (Fig. 1 y 2). Se completó el estudio con una electromiografía que fue normal.

Una vez descubierta la tumoración se indicó la exéresis quirúrgica. Con el paciente en posición semisentada, se realizó un abordaje comenzando con una incisión siguiendo el borde superior de la espina de la escápula seguida de osteotomía del acromion y disección del músculo supraespinoso para identificar el ganglión y, posteriormente, extirparlo. No se evidenció continuidad con la articulación glenohumeral. Se realizó una osteosíntesis del acromion con tornillo de esponjosa y arandela.

A las seis semanas de postoperatorio se inició el tratamiento rehabilitador realizando ejercicios pendulares y de elevación del hombro. Las molestias fueron remitiendo a lo largo del tiempo de rehabilitación quedando molestias residuales que aparecían con los movimientos de abducción forzada.

Se realizó una segunda intervención quirúrgica a los 5 meses para retirar el material de osteosíntesis acromial. Tras esta segunda intervención las molestias residuales desaparecieron permitiéndole llevar una vida completamente normal y sin dolor.

**Discusión.** Los nervios periféricos son susceptibles de lesionarse por diferentes motivos, desde el estiramiento hasta la compresión. Ambos mecanismos acaban en isquemia, edema así como alteraciones en la conducción. Estos cambios son directamente proporcionales a la magnitud y duración de la agresión conduciendo irreversiblemente a la lesión (4,5).

La lesión del nervio supraescapular puede darse como consecuencia de traumatismos, sobreesfuerzo reiterado, lesión por una masa ocupante de espacio, o de forma iatrogénica. (6,7,8)

La causa exacta del ganglione no ha sido esclarecida todavía. Existen hallazgos artroscópicos que demuestran desgarros de

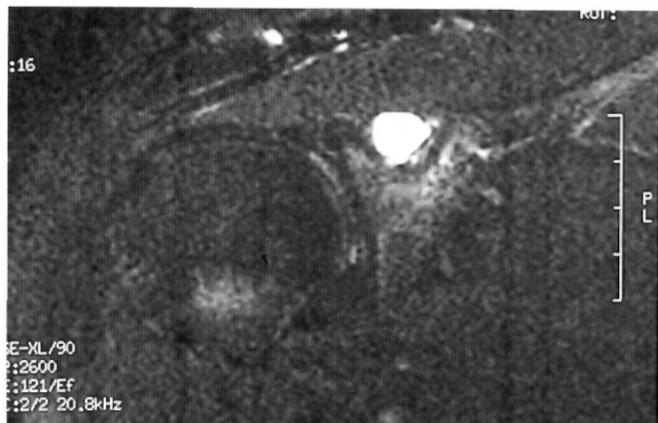


Figura 1. Resonancia Magnética en la que se aprecia hiperintensidad correspondiente al ganglione en fosa supraescapular.

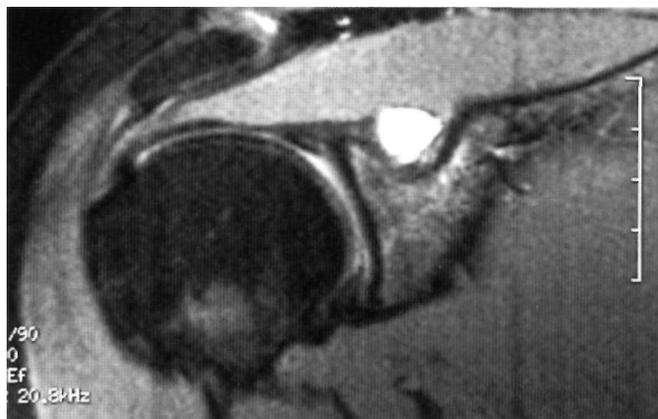


Figura 2. Resonancia Magnética en la que apreciamos la relación del ganglione con las estructuras vecinas.

la cápsula posterior y comunicación con los gangliones (9,10,11)

Los estudios de imagen iniciales suelen ser la radiografía simple de hombro y columna cervical que no suelen demostrar patología alguna. La ecografía suele ser un método excelente para demostrar un ganglione u otro tipo de masa que lo comprima. Además es útil para apreciar cambios por denervación de los músculos escapulares (12). En la TAC los gangliones aparecen media o baja atenuación con respecto a los músculos escapulares adyacentes.

No obstante, la prueba por excelencia es la Resonancia Nuclear Magnética. Esta prueba es de gran utilidad para detectar gangliones que se aprecian como lesiones bien definidas, masa suavemente marginada, de baja densidad en T1 y alta densidad en T2. Se evidenciará un aumento de la se-

ñal con la administración de contraste. También es una prueba útil para ver alteraciones en los propios músculos secundarios a la denervación. La RM, comparada con otras técnicas, tiene la ventaja de permitir la detección de lesiones intrarticulares (12,13).

Cuando la lesión nerviosa es secundaria a un ganglión, los resultados del tratamiento conservador no son tan buenos como en el caso de lesiones de otra naturaleza. En nuestra revisión de la literatura sólo se han visto 21 pacientes con lesión del nervio supraescapular por ganglión de los que sólo el 20% de ellos tuvieron un buen resultado con el tratamiento conservador.

En la literatura se recogen 8 casos de aspiración guiada por ultrasonografía o TAC de gangliones en el hombro. Este tipo de tratamiento alivió por completo el dolor en todos los pacientes, excepto en uno en el que el ganglión recidivó apreciándose en la RMN posteriormente. Sin embargo la tasa de recurrencias es mayor que con la extirpación abierta (14).

En nuestra revisión bibliográfica encontramos unos 28 citas con la suficiente información de su seguimiento tras la extirpación a cielo abierto. La extirpación a cielo abierto eliminó todo tipo de molestias a todos los pacientes excepto a uno. La fuerza muscular se recuperó en la mayoría de los pacientes, siendo la atrofia de los músculos escapulares la última en recuperarse. Se evidenciaron tres recidivas tras un periodo libre de síntomas, y en otros tres casos el ganglión no se apreció en la cirugía. De estos tres casos, se pensó que el diagnóstico fue incorrecto en la RMN en dos de ellos, mientras que en el tercero se pensó en una resolución espontánea del proceso. Es, por ello, muy importante tener en cuenta todas las pruebas diagnósticas para un buen diagnóstico y localización de la lesión como ocurre en los casos de escisión dirigida radiográficamente. La cirugía abierta tampoco permite evidenciar intraoperatoriamente la existencia de lesiones intrarticulares que podrían producir el ganglión (14).

Moore y cols. (15) Recogen 22 gangliones en 21 pacientes, 16 de los hombros fueron tratados quirúrgicamente por tres cirujanos. Cinco de estos hombros se trataron mediante escisión abierta exclusivamente, seis, combinando la artroscopia y cirugía a cielo abierto, y cinco, sólo con descompresión artroscópica. La técnica operatoria dependía del cirujano que la hacía. Quince de los 16 tuvieron resultados excelentes; sin embargo, no había diferencias entre los diversos tipos de tratamiento. Un paciente tratado mediante técnica combinada padeció una recurrencia de la clínica y se demostró mediante RMN la recurrencia de la lesión. Una artroscopia nueva demostró un defecto en el labrum que se supuso que pasó por alto la primera artroscopia. Tras la reparación del labrum y la escisión del nuevo ganglión, el paciente se recuperó por completo desapareciendo toda la clínica.

Las lesiones del nervio supraescapular deben ser tenidas en cuenta a la hora de evaluar un hombro doloroso. Los estudios electromiográficos son útiles para configurar el diagnóstico e identificar la localización de la lesión. La Resonancia Magnética es un método excelente para evaluar un hombro patológico; sirve para excluir otro tipo de patologías tales como masas y lesiones del labrum en asociación con gangliones.

El tratamiento conservador es una opción terapéutica en los gangliones del hombro, pero con una tasa muy alta de fracasos. La aspiración guiada por US o TAC son igualmente efectivas estando asociadas con un índice más pequeño de morbilidad. La desventaja de estas técnicas es que no se evalúa directamente la articulación glenohumeral. La resección a cielo abierto tiene una alta tasa de éxitos, pero no permite una evaluación concreta de lesiones del labrum como causa del ganglión que, aunque no está del todo claro en la literatura, podría estar asociado a recurrencias del quiste. La artroscopia es un método complementario excelente para evaluar y tratar lesiones intrarticulares que pudieran asociarse a los gangliones (16).