

Compressió del nervi supra-escapular per ganglió en fossa espinoglenoide

DRES. S. PALAZZI COLL¹
 J.P. CÁCERES LUCERO¹
 J.L. PALAZZI COLL.¹
 J.A. GUTIERREZ RINCÓN²
 J. PERRAMÓN LLAVINA²
 J. VIVES TURCÓ²

¹Centre Mèdic Teknon. Barcelona
²Serveis Mèdics C.N. Sabadell

RESUM. La compressió del nervi supra-escapular a nivell de la fossa espinoglenoide és una patologia poc freqüent. Vam presentar el cas clínic d'un pacient de 23 anys, nedador professional afecte d'atròfia de la fossa infraespinosa per compressió de la branca infraespinosa del nervi supraescapular deguda a la presència d'un quist sinovial o ganglió provinent de l'articulació glenohumeral.

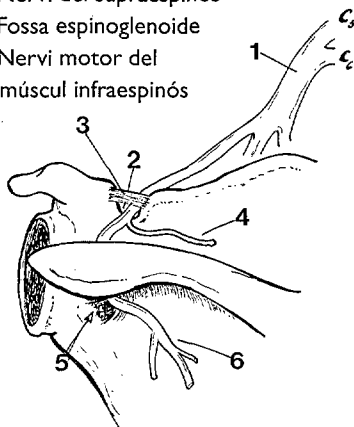
Paraules clau: nervi supraescapular, neuropatia compressiva.

ANATOMIA

El nervi supraescapular és un nervi mixt sensitiu i motor que neix del tronc primari superior (TPS) del plexe braquial (arrels C5 i C6). A nivell retroclavicular, paral·lel al múscul omohioide i per sota del múscul trapezi, es dirigeix a la regió del muscle i, després d'un recorregut d'uns 7 cm, travessa l'escotadura escapular i es divideix en dues branques motores principals, una per al múscul supraespinós, l'altra, passant per la fossa espinoglenoide, innerva el múscul infraespinós (vegeu figura 1).

Figura 1 (Anatomia)

1. Tronc principal superior (TPS)
2. Escotadura coracoide
3. Lligament coracoide
4. Nerví del supraespinós
5. Fossa espinoglenoide
6. Nerví motor del múscul infraespinós



CAS CLÍNIC

Pacient varó de 23 anys d'edat, nedador professional, fondista de crawl, que 5 mesos abans de la consulta refereix dolor a la cara posterior del muscle i pèrdua de força progressiva a la rotació externa del muscle. A l'exploració física destaca l'atròfia de la fossa infraespinosa (fig. 2) juntament amb una disminució de la força moderada a l'abducció del muscle i més severa a la

Figura 2 Visible atròfia de la fossa infraespinosa dreta.

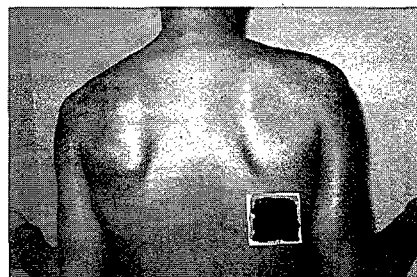
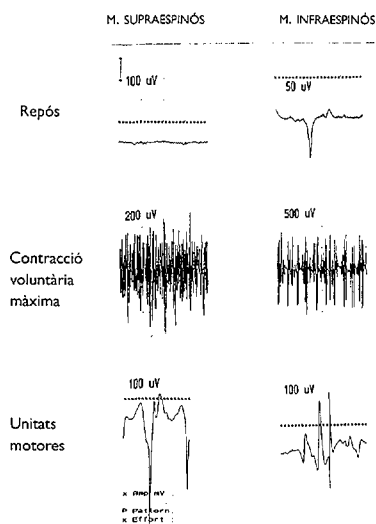
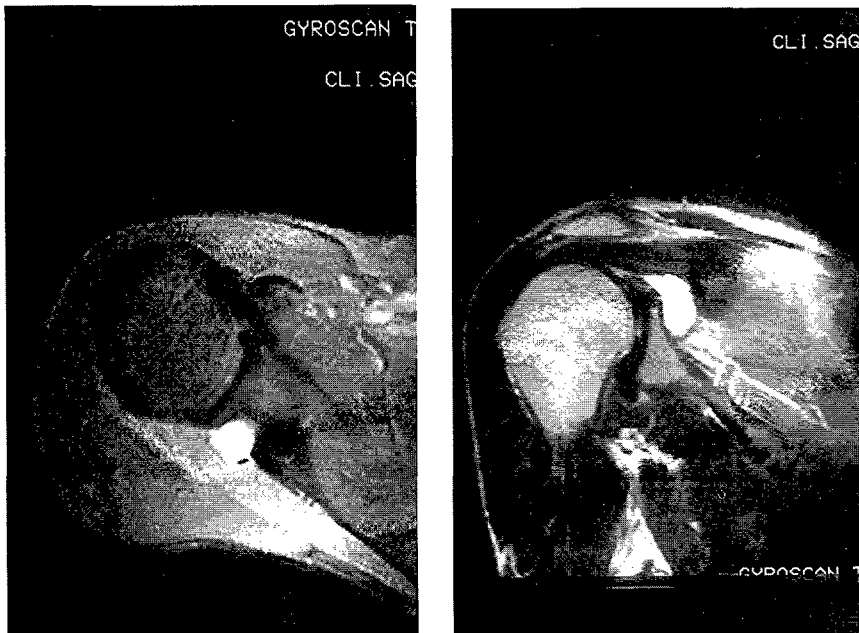


Figura 3 Electromiograma: Fibril·lació en repòs del múscul infraespinós. Greu pèrdua de unitats motores.

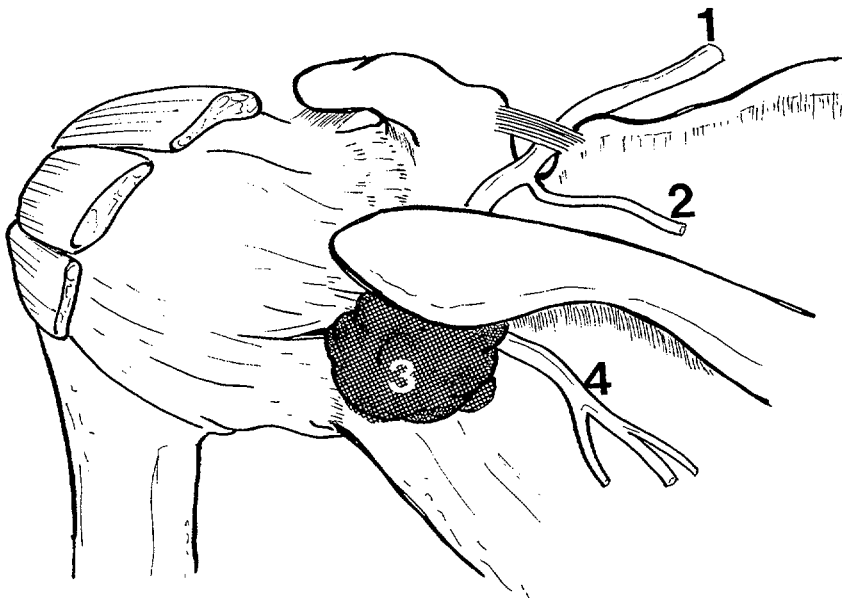


rotació externa. La neurografia del nervi supraescapular mostra respostes evocades normals al múscul supraespinós i signes de denervació en repòs i greu pèrdua de unitats motores al múscul infraespinós (fig. 3).

L'estudi clínic i electromiogràfic de trapezi i deltoide és normal. No hi ha alteracions radiològiques en l'estudi comparatiu dels dos muscles. L'estudi d'imatge per ressonància magnètica

Figura 4 Imatge per Resonància nuclear magnètica (RNM).**Figura 6A** Incisió operatòria.**Figura 5** Localització del ganglió.

1. Nervi supraescapular.
2. Branca del múscul supraespinós.
3. Ganglió a fossa espinoglenoide.
4. Branca del múscul infraespinós.



nuclear (RMN) mostra lesió quística bilobulada d'uns 2 cm de diàmetre, situada a la fossa espinoglenoide d'aspecte compatible amb quist sinovial o ganglió (fig. 4).

Sota el diagnòstic de compressió

del nervi motor del múscul infraespinós per un ganglió situat a la fossa espinoglenoide es decideix intervenció quirúrgica. Tècnica quirúrgica:

Pacient en decúbit lateral. Incisió seguint la vora de l'escapula

Figura 6B

1. Múscul supraespinós
2. Múscul infraespinós
3. Espina de la escàpula
4. Ganglió
5. Branca motora del múscul infraespinós.



la. Abordatge al nervi supraescapular per damunt (fossa supraespinosa) i per sota (fossa infraespinosa) de la base de l'espina escapular. Presència de quist sinovial bilobulat provinent de l'articulació glenohumeral (fig. 5), que s'ex-

tirpa. Observem amb el microscopi i amb material d'endoscòpia la greu alteració per compressió de la branca motora infraespinosa, amb neuròlisi externa (fig. 6 A, B i C). Resultat clínic als tres mesos de la intervenció (fig. 7).

Figura 6C

1. Rama motora del múscul infraespinós alliberat de la compressió externa
2. Cànula d'escopi (2.5 mm angle de 90°) que facilita la visió de tot el medi.

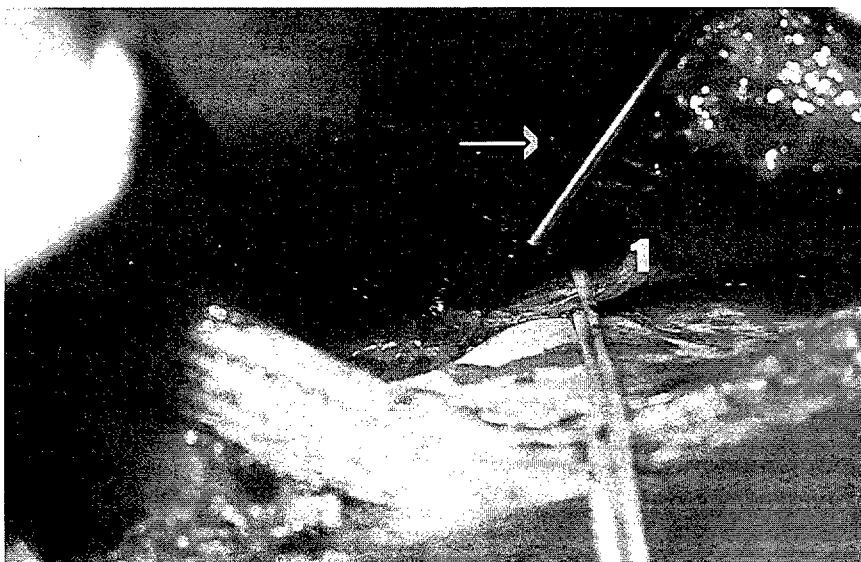
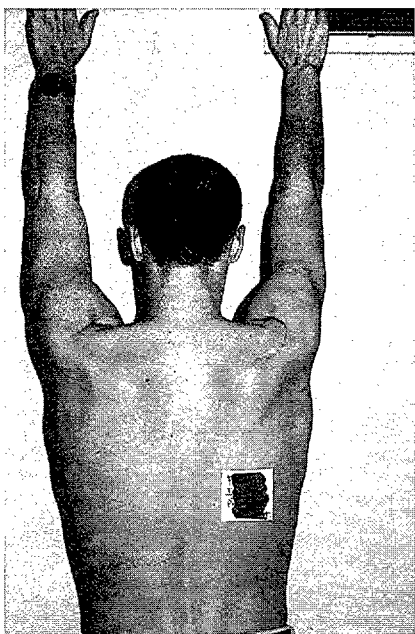


Figura 7

Postoperatorio a los tres meses.



Bibliografia

1. ANTONIADIS G, RICHTER HP, RAHT S, BRAUN V MOESE G. Suprascapular nerve entrapment: experience with 28 Cases. *J Neurosurg*, 1996, 85:6, 1020-5.
2. AIELLO et al. Entrapment of the suprascapular nerve at the spinoglenoid notch. *Annals of Neurology* Vol 12 N° 3 september 1982.
3. BLACK KP. Suprascapular nerve injuries with isolated paralysis of the infraspinatus. *A.M. J Sports Med.* 18: 225-228, 1990.
4. FHERMAN DA, ORWIN J.F, JENNINGS RM. Suprascapular nerve entrapment by ganglion cysts: A report of six cases with arthroscopic findings and review of the literature, *Arthroscopie*. 1995. 11: 727:734.
5. FRITZ RC, HELMS CA, STEINBACH LS, GENANT HK. Suprascapular nerve entrapment. Evaluation with MR imaging. *Radiology* 1992; 182:437-444.
6. GANZHOORN RW, HOCKER JT, HOROWITZ M, SWITZER HE. Suprascapular nerve entrapment: A case report. *J Bone Joint Surg Am*, 1981; 63:492-494.
7. JOSEPH P, IANOTI, MATTHEW L. RAMSEY. Arthroscopy decompression of ganglion cyst causing suprascapular nerve compression. *Surgery*, vol 12 N° 6 (december) 1996:739-745.
8. KISS G. Suprascapular nerve compression at the spinoglenoid notch. *Muscle-Nerve* 13: 556-557, 1990.
9. STEIMAN IPAINLES Infraspinatus atrophy due to suprascapular nerve entrapment. *Arch Phys Med Rehabil* 69: 641-643, 1988
10. SKIRVING AP, KOZAC TKW, DAVIS, SL. Infraspinatus paralysis due to spinoglenoid notch ganglion. *J Bone Joint Sur Br.* 1994; 76:588-591.
11. THOMPSON W, KOPELL H: Peripheral entrapment neuropathies of the upper extremity. *New Engl. J Med.* 260:1261-5, 1959.

DISCUSSIÓ

El nervi supraescapular es troba en una situació vulnerable ja que presenta un trajecte molt fix en un os (l'escapula) molt mòbil. Es descriuen dues zones de possible compressió: a) A l'escotadura coracoide, per sota del lligament coracoide (fig. 1), amb la consegüent alteració clínica i electromiogràfica dels músculs supraespinós i infraespinós¹ b) Molt menys freqüent és la lesió de la branca motora del múscul infraespinós a nivell de la fossa espino-glenoide.^{2, 8} Aquest nervi pot lesionar-se per fricció en passar per sota del lligament espino-glenoide^{3,9} (fig. 1) o per compressió externa deguda a quist sinovial o ganglió.^{6, 10, 4} En tots dos casos la lesió neurològica afectarà exclusivament al múscul infraespinós.

El diagnòstic clínic es complementa amb estudi electromiogràfic i amb resonància magnètica nuclear.⁵ Joseph P. i cols.⁷ recomanen el buidatge artroscòpic del ganglió. L'extirpació quirúrgica del quist sinovial i alliberament de la branca motora del múscul infraespinós és, per nosaltres, el tractament d'elecció.