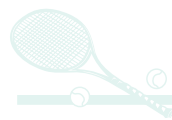


LESIÓN DEL NERVO SUPRAESCAPULAR

Aun siendo una lesión poco frecuente en el ámbito deportivo, podemos afirmar sin riesgo a equivocarnos que es una de las patologías más frecuentes en el mundo del tenis actual y probablemente será la más frecuente en el futuro. Son los microtraumatismos repetitivos del servicio junto con la derecha y revés alto los responsables de la misma. Se trata de una neuropatía que cursa con un estudio clínico poco florido y que cuando se le presta atención se evidencia ya una hipotrofia muscular con la consiguiente traducción patológica.



ANATOMÍA

El nervio supraescapular C5-C6 nace de las raíces posteriores del tronco primario superior del plexo braquial. Después de pasar la musculatura cervical, entra en la cavidad supraespinosa y pasa por la escotadura coracoides por debajo del ligamento escapulo torácico (figura 14).

Por encima y lateral discurre la arteria y la vena supraescapular. A la salida da dos ramas: una motora al músculo supraespinoso y otra sensitiva para la acromio-clavicular y otra para la gleno-humeral. Más adelante da otra rama motora para el músculo infraespinoso (figura 15).



Figura 14.-

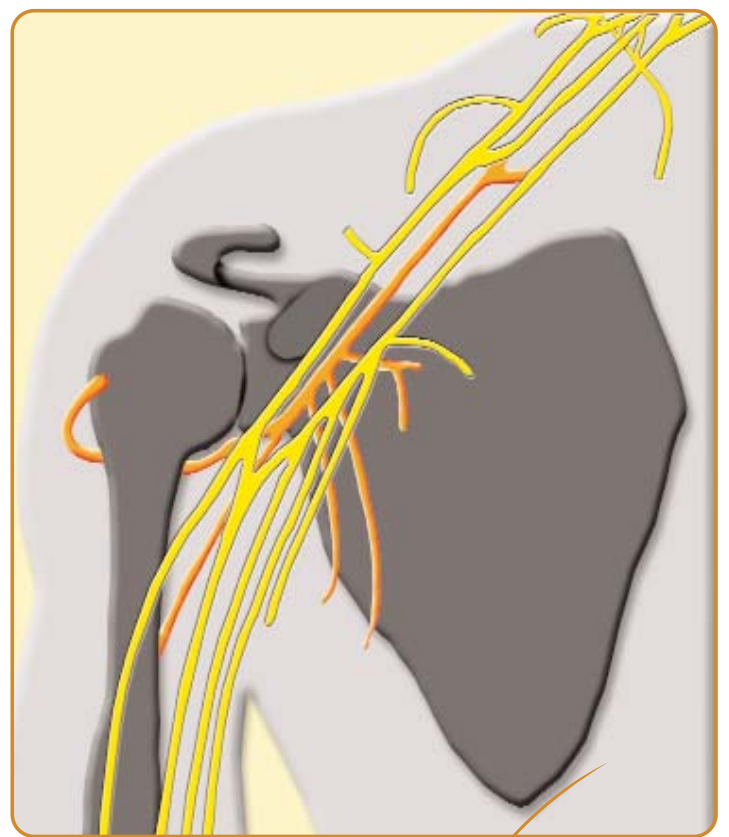


Figura 15.-

Lesiones del hombro

FISIOPATOLOGÍA

Existen tres diferentes factores a tener en cuenta.

Factores anatómicos

Existen dos zonas de conflicto: una a nivel de la escotadura coracoides y otra a nivel de la espina del omoplato.

Factores dinámicos

El Servicio. A nuestro entender el verdadero causante de la patología. Dos posiciones son las responsables:

➡ Posición de la Arme - Retropulsión horizontal del hombro mas rotación externa de la articulación escápulo-humeral. Es la que consideramos más responsable (figura 16).



➡ Final del mismo-antepulsión del hombro más rotación interna de la escápulo-humeral (figura 17).



Figura 17.- Antepulsión

Revés: el revés alto-retropulsión horizontal del hombro más rotación externa de la articulación escápulo-humeral (figura 18).

Drive: final del mismo - adducción antepulsión. Maniobra descrita por Koppel y Thomson. Se le considera el más nocivo, pero en nuestra opinión en el tenis actual le damos más importancia al servicio (figura 19).

Factores Asociados

La lesión del Nervio de Charles Bell parece ser



Figura 18.- Revés alto

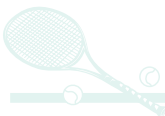


Figura 19.- Derecha alta

Figura 16.- Posición de l'armée

una causa asociada. Estudios realizados por el Dr Daubinet y por nosotros demuestran una asocia-

ción de ambas patologías en casi un 40% de los casos.



CLÍNICA

Dependerá del sitio lesional. Si la neuropatía está a nivel de la escotadura se producirá un déficit del supra e infraespinoso. Si es a nivel de la escotadura espino-glenoidea se produce un déficit aislado del infraespinoso. Pero en más del 95% de los casos la lesión es a nivel de la escotadura.



Figura 20.-
Atrofia del
músculo
infraespinoso.

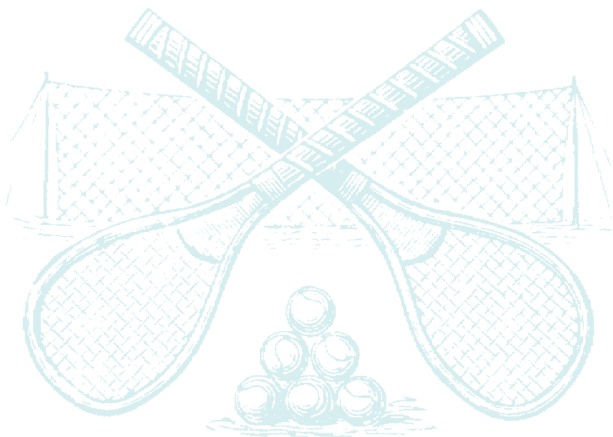
Dolor

Es el dolor el motivo de la consulta. Insidioso, de intensidad variable, con recrudesencia nocturna y de localización variable, unas veces en la región anterior del hombro (region acromio-clavi-

cular) y la mayoría en la región posterior a nivel de la fosa infraespinosa.

El examen clínico muestra:

- Atrofia más o menos marcada del supraespinoso (difícil de valorar por la presencia del trapecio) e infraespinoso, dependiendo de la fase evolutiva (figura 20).
- La palpación de la fosa infraespinosa y de la fosa supraespinosa suelen ser dolorosas.
- Movilidad activa y pasiva conservadas.
- Déficit marcado de rotadores externos a la isometría contrarresistencia.
- Maniobra de Koppel y Thompson ++



Lesiones del hombro

DIAGNÓSTICO

Radiología

Valora la existencia del tipo de escotadura según la clasificación de Renganchari. En nuestro caso la mayoría son de tipo IV.

Resonancia Nuclear Magnética

Nos da una idea de todas las estructuras del hombro. Nos sirve para valorar también el tipo de escotaduras y descartar un quiste sinovial o ganglión en la escotadura coracoidea.

Electromiograma

➡ **Reposo:** Es positivo en casos de intensidad leve y moderada. En

los casos iniciales suele ser negativo.

➡ **Esfuerzo:** Lo realizamos en los casos iniciales y en los que el de reposo es negativo. A veces se positiviza al realizarlo en esfuerzo.

Test Anestésicos

Se realizan siempre para confirmar el diagnóstico. Es una prueba muy útil sobretodo en los estadios iniciales donde la clínica y el electromiograma son negativos.

Figura 21.-
Ligamento transverso de la escapula.
Visión artroscópica.



TRATAMIENTO

Médico. Se impone el reposo en los casos iniciales. Tratamiento con antiinflamatorios y fisioterapia. Rehabilitación funcional con ejercicios de potenciación de rotadores externos y fijadores de la escapula. Infiltraciones en algunos casos con corticoides.

Quirúrgico. Es la solución en los casos de intensidad leve y moderada que provocan dolor e incapacidad funcional. El E.M.G. debe ser positivo al menos en esfuerzo y el Test Anestésico positivo.

➡ Cirugía abierta. Mediante vía posterior de Grimblat. Hemos realizado 19 casos mediante dicha cirugía.

➡ Cirugía artroscópica. Es el método de elección actual. Hemos realizado hasta la fecha de hoy 14 casos (figura 21 y 22).



Figura 22.- Resección del ligamento transverso por artroscopia.



CONCLUSIONES

- Patología difícil de diagnosticar.
- Hay que conocerla y pensar en ella.
- La exploración clínica seguida de la realización del electromiograma de reposo, y si fuera necesario de esfuerzo, junto con los test anestésicos son la base para su diagnóstico.
- El tratamiento médico es difícil pues el periodo de reposo, aunque sea largo, no asegura que al iniciar la actividad no vuelvan a aparecer los dolores.
- Si falla el tratamiento médico la cirugía se impone, y dentro de ella pensamos que la cirugía artroscópica es el método de elección, pues

disminuye la morbilidad (3 casos de intolerancia de sutura y cicatrices inestéticas y mayor periodo de inmovilización) y facilita la rehabilitación.

- Pensamos que la prevención es la pauta a seguir desde edades muy tempranas, tratando de potenciar los rotadores externos y los fijadores de la escápula.

- El deportista regresa a su actividad deportiva entre las 6-12 semanas, dependiendo de la afectación prequirúrgica del nervio y al mismo nivel en todos los casos realizados.

