



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

424/1090 - SÍNDROME DE ESCÁPULA ALADA, ABORDAJE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Muñiz Abecia¹, R. Navas Pariente², N. Huarachi Berne³ y L. Sáinz de la Maza Herrero¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 44 años, trabaja en hostelería, diestro, no antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Acudió por deformidad en escápula izquierda, asociada a limitación para la elevación del hombro desde hace 72 horas. Negaba antecedente traumático ni sobrecarga laboral reciente.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, eupneico en reposo, hemodinámicamente estable, auscultación pulmonar normal. Dificultad para la elevación activa del hombro derecho, mejora la movilidad pasiva. Abducción < 90°, antepulsión 100°, rotaciones conservadas. Fuerza en bíceps y tríceps conservadas. Deformidad escapular más evidente a la elevación de extremidad superior derecha. No doloroso a la palpación ni movilización. Vasculonervioso distal conservado, refiere hormigueo distal ocasional. En radiología de tórax y escápula no se objetiva patología a nivel intratorácico ni líneas de fractura, apreciándose asimetría de escápulas. Se decide solicitar un electromiograma y se deriva a la unidad de hombro de Traumatología del hospital de referencia; objetivándose una pérdida inespecífica de unidades motoras del músculo serrato anterior derecho, sin datos de denervación activa ni anomalías electroneurográficas.

Orientación diagnóstica: Síndrome de escápula alada a expensas de denervación del músculo serrato anterior idiopática.

Diagnóstico diferencial: Ante los hallazgos iniciales en la exploración podríamos plantearnos varias entidades, entre ellas destacan: Neuritis Parsonage-Turner: se manifiesta con dolor intenso inicial; Rotura del manguito rotador: puede simular la sintomatología pero la exploración y la radiología no concuerdan, osteocondroma escapular: podríamos apreciarlo en la radiología, Enfermedades Neurológicas: asociaría síntomas de 1ª o 2ª motoneurona o se manifestaría en edades más tempranas.

Comentario final: Ante deformidad escapular de novo, interesa filiar el origen, descartar fracturas y patología intratorácica, completar estudio con EMG, sobre todo de cara a descartar patología neurológica y derivar a rehabilitación y traumatología para posible tratamiento. La recuperación es generalmente total en el caso de las neuritis, similar a una parálisis facial, no obstante en este caso

al tratarse de una denervación la evolución se asume más tórpida y es la rehabilitación el tratamiento de primera elección.

Bibliografía

1. Rutkove S. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2019 [citado 1 Junio 2019]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-upper-extremity-peripheral-nerve-syndromes>
2. Simons S, Dixon J. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2019 [citado 2 Julio 2019]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/physical-examination-of-the-shoulder>

Palabras clave: Escápula alada.