CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

Neuropatía supraescapular

El nervio supraescapular, que puede sufrir compresión en la escotadura del omóplato.

Kieran Hirpara 4.0

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

La neuropatía supraescapular significa que el nervio que inerva dos de los músculos del hombro está siendo estirado o comprimido. Suele manifestarse como dolor, debilidad o ambos. El dolor tiende a localizarse en la parte posterior del hombro, cerca de la esquina superior del omóplato, y a menudo es un dolor sordo más que una punzada aguda.

Las actividades por encima de la cabeza pueden empeorarlo, de modo que cosas como alcanzar una repisa alta, tender la ropa o lanzarle una pelota al perro pueden agravar sus síntomas. Algunas personas notan sensación de traba, bloqueo o chasquidos en el hombro al moverse. El dolor nocturno que altera el sueño es frecuente en los problemas de hombro en general, y si el dolor le despierta por la noche o no se calma a lo largo de las semanas, consulte a su médico de cabecera o solicite una evaluación especializada.

Cuando el nervio lleva mucho tiempo irritado, los músculos que inerva pueden atrofiarse. Es posible que note una zona hundida por debajo de la espina del omóplato, en la parte posterior, o que el brazo se le canse enseguida cuando lo mantiene extendido hacia un lado. Es típica la debilidad al levantar el brazo y al girar el antebrazo hacia fuera. Algunas personas tienen esta atrofia con muy poco dolor, por lo que a menudo pasa desapercibida durante un tiempo.

Las tareas diarias que requieren fuerza o alcance se vuelven más difíciles: levantar un hervidor, quitarse un jersey por encima de la cabeza o sostener el teléfono junto a la oreja durante mucho rato. Si sus síntomas empeoran a lo largo de las semanas o le impiden usar el brazo, conviene que le evalúen en lugar de esperar a que se pasen.

Hay una señal urgente que debe conocer. Si el brazo, la mano o los dedos se ponen calientes, rojos, hinchados y dolorosos, sobre todo si tiene fiebre, acuda al servicio de urgencias ese mismo día.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

¿Qué está ocurriendo realmente?

El nervio supraescapular es un nervio pequeño que cruza la parte posterior del omóplato e inerva dos de los músculos del hombro. Sigue un recorrido sinuoso y pasa por dos huecos estrechos donde el tejido que lo cubre está tenso, como un cable que pasa por debajo de una correa. En el primer hueco, cerca de la parte superior del omóplato, un ligamento cruza por encima del nervio. Más adelante, en el segundo hueco, cerca del punto donde el hombro se une al omóplato, otra banda de tejido se sitúa sobre él.

Como el nervio pasa comprimido por estos puntos estrechos, cualquier cosa que ocupe espacio en la zona puede presionarlo. Un saco lleno de líquido, llamado quiste ganglionar, puede crecer a partir de un desgarro del anillo de cartílago que rodea la cavidad del hombro y aplastar el nervio a lo largo de su recorrido. El ligamento que cubre el primer hueco también puede endurecerse y convertirse en hueso, o el propio hueco puede ser inusualmente estrecho, lo que deja menos espacio para el nervio. Una gran acumulación de sangre cerca del omóplato puede tener el mismo efecto.

El nervio también puede estirarse en lugar de comprimirse. Repetir movimientos por encima de la cabeza, como sacar en tenis o rematar en voleibol, tira del nervio cuando el brazo sube y va hacia atrás. Un desgarro del manguito rotador de larga evolución puede tener el mismo efecto, porque cuando el tendón se separa, el músculo se desplaza y tira del nervio en el punto donde queda sujeto bajo esa correa. Lo mismo puede ocurrir con una lesión repentina que lleva el hombro bruscamente hacia atrás mientras la cabeza gira hacia el otro lado.

Sea cual sea la causa, el resultado es el mismo. El nervio deja de transmitir sus señales correctamente, de modo que los dos músculos que inerva, que levantan el brazo y giran el antebrazo hacia fuera, se debilitan y pueden atrofiarse. Por eso se producen el dolor en la parte posterior del hombro y la debilidad que usted ha notado, descritos en la sección anterior.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En la consulta en la clínica, recogemos su historia clínica, exploramos su hombro y solicitamos estudios de imagen cuando son necesarios para confirmar el diagnóstico.

La mayoría de las personas empiezan sin cirugía. Usted deja reposar el hombro y cambia las actividades que agravan sus síntomas, como el trabajo repetido por encima de la cabeza. Los comprimidos antiinflamatorios pueden calmar el dolor a corto plazo. La fisioterapia tiene como objetivo mantener el hombro moviéndose libremente y fortalecer los músculos que rodean el omóplato, incluidos los que lo mantienen estable contra las costillas. Normalmente damos a este enfoque una oportunidad razonable de al menos 6 meses antes de plantearnos la cirugía, salvo que exista una causa clara que presione el nervio o que el músculo de la parte posterior del hombro ya haya empezado a atrofiarse; en ese caso mantenemos esta fase breve, no más de 3 meses, para que el nervio no sufra un daño permanente.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

Si estas medidas no le han proporcionado suficiente alivio, puede considerarse la cirugía. La operación libera la banda de tejido tensa que presiona el nervio y le deja más espacio. Se realiza a través de pequeñas incisiones con ayuda de una cámara, u ocasionalmente mediante una pequeña incisión abierta. Hablaremos con usted sobre si es adecuada para su hombro y decidiremos juntos.

Después de la cirugía, el brazo descansa en un cabestrillo simple para mayor comodidad, y los ejercicios pendulares suaves empiezan de inmediato. Volverá a vernos al cabo de 1 semana para comprobar su fuerza y comenzar la fisioterapia con su fisioterapeuta, empezando por movimientos asistidos y ejercicios de contracción muscular. Los ejercicios contra resistencia y las actividades por encima de la cabeza comienzan en algún momento entre las 4 y las 8 semanas después de la operación.

Qué esperar

Para la mayoría de las personas, el tratamiento de esta afección empieza sin cirugía. Dejar reposar el hombro, cambiar las actividades que agravan sus síntomas, los comprimidos antiinflamatorios y la fisioterapia son los primeros pasos habituales. Con este enfoque, el dolor a menudo se calma y el hombro puede volver a funcionar con normalidad.

Si el nervio sigue comprimido, la cirugía para liberar la banda de tejido tensa que lo presiona puede aliviar el dolor y permitir que el hombro recupere su función normal. La recuperación lleva meses, no días. La fuerza de los dos músculos afectados se recupera lentamente, y los ejercicios guiados con su fisioterapeuta protegen el hombro mientras se recupera. Cuando los músculos se han atrofiado, la zona hundida en la parte posterior del omóplato suele mejorar a medida que el nervio se recupera, aunque puede persistir algo de atrofia incluso cuando el dolor ya ha desaparecido.

Si un desgarro grande del manguito rotador forma parte del problema, reparar el tendón desgarrado, aunque sea parcialmente, puede eliminar el estiramiento del nervio y permitir que este se recupere junto con la función del hombro.

Si no se trata, un nervio irritado no siempre se calma por sí solo. La presión prolongada sobre un nervio puede provocar cambios permanentes en los músculos que inerva, por lo que conviene que le evalúen si los síntomas no se calman a lo largo de las semanas, en lugar de esperar a que se pasen. Si sus síntomas empeoran, le despiertan por la noche o le impiden usar el brazo, consulte a su médico de cabecera o solicite una evaluación especializada.

Cuándo consultar a un especialista

Consulte a su médico de cabecera o solicite una evaluación especializada si tiene dolor en la parte posterior del hombro que no se calma a lo largo de las semanas, o debilidad al levantar el brazo o al girar el antebrazo hacia fuera. Pida consulta antes si la zona hundida por debajo del omóplato se está atrofiando de forma visible, o si tiene un dolor sordo con sensación de traba, bloqueo o chasquidos en el hombro, lo que puede indicar un desgarro del anillo de cartílago que rodea la cavidad. Conviene comprobar un problema nervioso como este con una prueba del nervio en lugar de esperar a que se pase, porque la presión prolongada puede dejar cambios

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

permanentes en los músculos. Si el brazo, la mano o los dedos se ponen calientes, rojos, hinchados y dolorosos, sobre todo si tiene fiebre, acuda al servicio de urgencias ese mismo día.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. La neuropatía suprascapular merece una lectura adicional, pues este mismo nervio desempeña dos funciones muy distintas: una como causa de dolor y debilidad en el hombro, y otra como objetivo para el alivio del dolor. La calidad de la evidencia científica en cada uno de estos dos casos es muy diferente.

LA DESCOMPRESIÓN ES EFICAZ, CON UNA SALVEDAD RESPECTO A SU ATRIBUCIÓN

En los puntos donde el nervio está comprimido, liberarlo resulta efectivo. En **730** pacientes, la descompresión del nervio supraescapular **mejora significativamente los resultados reportados por los pacientes**, es **no inferior a procedimientos similares realizados sin descompresión**, y se asocia con **altas tasas de retorno a la práctica deportiva y tasas relativamente bajas de eventos adversos** [1].

La frase clave aquí es "no inferior a procedimientos similares sin descompresión". Con frecuencia, el nervio se libera durante una operación realizada por otro motivo, como una reparación del manguito rotador o la extirpación de un ganglio en el omóplato; por ello, resulta difícil atribuir la mejora exclusivamente a la descompresión en sí. Lo cierto es que esta ayuda, y no empeora el procedimiento que se realiza simultáneamente.

¿POR QUÉ EL NIVEL DE COMPRESIÓN MODIFICA EL CUADRO CLÍNICO?

El nervio atraviesa dos puntos estrechos al rodear el omóplato; el hecho de cuál de ellos se ve afectado determina el cuadro clínico.

La compresión en la **escotadura supraescapular**, situada más arriba, afecta tanto al músculo supraespinoso como al infraspinoso, provocando debilidad para levantar el brazo y para la rotación externa, además de dolor. La compresión en el **surco espinoglenooideo**, más abajo, afecta únicamente al músculo infraspinoso, generando debilidad en la rotación externa y atrofia visible en la zona hundida bajo la espina del omóplato; con frecuencia, este cuadro va acompañado de poco o ningún dolor.

El cuadro caracterizado por atrofia aislada es el que más se pasa por alto, ya que no produce mucho dolor. La causa más frecuente en ese nivel es un quiste ganglionar originado a partir de un desgarro del labrum; por ello, al observar este patrón clínico se debe buscar el quiste y el desgarro subyacente, pues tratar la causa resolverá el problema del nervio.

EN CUANTO A SU USO COMO BLOQUEO ANALGÉSICO, LA EVIDENCIA DISPONIBLE ES MÁS ESCASA DE LO QUE SU USO SUGIERE

Este mismo nervio se bloquea frecuentemente con anestésicos locales para tratar el dolor en el hombro, tanto después de cirugías como en casos crónicos. Tras analizar los efectos adversos en **4,142** pacientes, se concluyó que este bloqueo **presenta un bajo riesgo de causar daños físicos**. No obstante, los autores señalan

heterogeneidad en la técnica de aplicación y evidencia de baja calidad, por lo que abogan por una evaluación y notificación más rigurosas de los posibles daños [2].

La afirmación de que "existe bajo riesgo de daños, aunque con evidencia de baja calidad" es específica y limitada. Confirma que este procedimiento es razonablemente seguro; sin embargo, no indica cuán eficaz es, y no debe interpretarse como tal.

LA DISTINCIÓN QUE MERECE SER RECORDADA

Existen dos entidades que comparten el mismo nombre y no deben confundirse. La neuropatía es un problema estructural en el que el nervio queda comprimido; a menudo se puede realizar una descompresión, y sus signos característicos son la atrofia muscular y la debilidad. El bloqueo nervioso, por su parte, es un tratamiento sintomático que interrumpe la transmisión del dolor desde la articulación, sin modificar en absoluto la estructura nerviosa.

La debilidad y la atrofia visible apuntan a la primera condición. El dolor por sí solo, sin estos signos, suele indicar otra patología; en ese caso, el bloqueo nervioso proporciona alivio del dolor, pero no confirma un diagnóstico.

REFERENCIAS

[1] Sandler AB, Wells ME, Tran C, Arakawa R, Klahs KJ, Scanaliato JP, et al. Altas tasas de retorno al deporte tras la descompresión del nervio supraescapular: una revisión sistemática. JSES Rev Rep Tech. 2024;4(4):654-61. https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2024.05.007

[2] Annison DR, Smith N, Salt E, Noblet T, Rangan A, McDaid C. Daños físicos asociados a las intervenciones de bloqueo del nervio supraescapular: una revisión sistemática. Shoulder Elbow. 2024;17(3):236-53. https://doi.org/10.1177/17585732241255679

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au