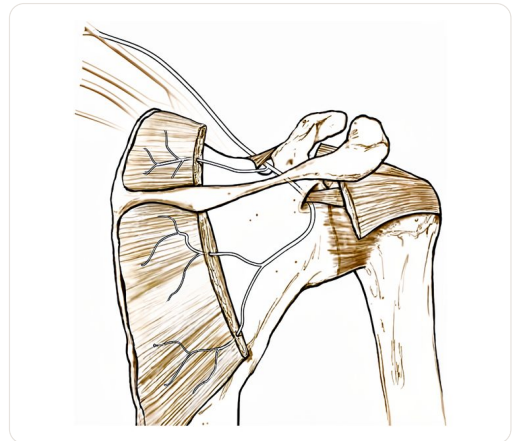


Neuropatía suprascapular

El nervio supraescapular, que puede sufrir compresión en el muesque 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 suprascapular significa que el nervio encargado de innervar dos de los músculos del hombro se ha irritado o comprimido. El dolor suele localizarse en la parte posterior del hombro, cerca del borde externo del omóplato. Muchas personas lo describen como un dolor sordo que se extiende por todo el hombro, en lugar de un dolor agudo en un punto concreto.

Este dolor suele aparecer de forma gradual y se concentra en una zona: aproximadamente a un ancho de mano por encima y detrás de la articulación del hombro. Las actividades que implican movimientos por encima de la cabeza son un desencadenante frecuente; lanzar, servir o estirar el brazo para alcanzar algo en una repisa alta pueden provocar o empeorar los síntomas. Algunas personas también notan chasquidos, sensación de “traba” o bloqueo en el hombro junto con el dolor.

Si el nervio permanece irritado durante mucho tiempo, los músculos que inerva pueden atrofiarse. Es posible que note una zona hundida o aplanada en la parte posterior del hombro, por encima o por debajo de la espina del omóplato. Esto no ocurre en todas las personas y depende de cómo el nervio se ramifique hacia esos músculos en su cuerpo.

En la vida cotidiana, la debilidad y el dolor suelen manifestarse en tareas que requieren levantar o extender el brazo. Alcanzar un recipiente pesado en una repisa alta, colgar la ropa para secar o ponerse un suéter por la cabeza pueden resultar más difíciles que antes. Los deportes que implican movimientos por encima de la cabeza suelen ser lo primero que genera molestias.

El nervio puede comprimirse en uno de dos pasajes estrechos cercanos al omóplato; esta compresión es frecuente en personas que practican deportes con movimientos por encima de la cabeza. También puede estirarse debido a actividades repetitivas en esa posición, o irritarse tras una lesión. En ocasiones no existe ninguna causa evidente y el nervio simplemente deja de funcionar adecuadamente por sí solo.

Si algo de lo anterior le resulta familiar, merece la pena que le evalúen el hombro para determinar la causa exacta.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El nervio supraescapular es una rama de una red nerviosa más grande que va desde el cuello hasta el hombro. Inerva dos músculos situados en la parte posterior del omóplato, encargados de elevar y rotar el brazo. En su trayecto, el nervio debe pasar por dos espacios estrechos cercanos al omóplato, como si fuera un cable que atraviesa ranuras muy ajustadas en el hueso.

En cada uno de esos espacios, una pequeña banda de tejido se extiende sobre el nervio; este discurre por debajo, mientras que un vaso sanguíneo lo hace por encima. Si el nervio se comprime en el primer espacio, se ven afectados ambos músculos del hombro; si la compresión ocurre en el segundo espacio, más adelante, solo se afecta uno de ellos. Además, un quiste lleno de líquido producido por una rotura en la membrana del hombro también puede ejercer presión sobre el nervio en cualquier punto de su trayecto.

La presión no es el único problema: el nervio también puede estirarse, lo cual sucede tras años de practicar deportes que requieren levantar los brazos por encima de la cabeza o cuando una gran rotura tendinosa en el hombro desplaza los tejidos. En algunas personas no hay compresión ni estiramiento alguno; simplemente el nervio se encuentra inflamado. Esto es importante porque muchas personas a quienes se creía que tenían un problema en uno de esos espacios estrechos, en realidad presentan signos de una irritación nerviosa más generalizada, lo cual modifica la forma de evaluar y tratar la afección.

Los síntomas descritos anteriormente son consecuencia directa de todo lo anterior. Cuando el nervio no puede transmitir adecuadamente sus señales, ambos músculos se debilitan y, con el tiempo, pueden atrofiarse. El dolor en la parte posterior del hombro se debe a la irritación del propio nervio.

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 su primera visita, tomamos su historia clínica, examinamos su hombro y solicitamos estudios de imagen si son necesarios para confirmar la causa del problema.

El primer paso suele ser el reposo y un cambio en la forma en que utiliza el hombro. Reducir las actividades por encima de la cabeza disminuye la presión sobre el nervio. Los medicamentos antiinflamatorios pueden aliviar el dolor mientras el hombro se recupera. La fisioterapia tiene como objetivo mantener el movimiento normal del hombro y fortalecer los músculos que rodean la escápula. Su fisioterapeuta le guiará en ejercicios para estabilizar la escápula y fortalecer los músculos que la controlan. Por lo general, damos a este enfoque una oportunidad razonable antes de considerar otras opciones. Si el nervio está siendo comprimido por algo como un quiste, o si

los músculos posteriores del hombro ya han comenzado a atrofiarse, mantenemos esta fase breve, no más de 3 meses, para evitar daños permanentes en los músculos.

Si estos pasos no logran aliviar el dolor o la debilidad, podría considerarse la cirugía. La operación se denomina descompresión nerviosa; consiste en liberar el nervio que está comprimido en uno de los espacios estrechos cercanos a la escápula. En la mayoría de los casos se realiza mediante cirugía laparoscópica, y cualquier otro problema interno del hombro puede ser evaluado y tratado al mismo tiempo.

Qué esperar

En la mayoría de las personas, esta afección no desaparece por sí sola si el nervio sigue comprimido. Si no hay nada que ejerza presión sobre el nervio, el primer paso es un tratamiento sin cirugía: fisioterapia, medicamentos antiinflamatorios y cambios en la forma de usar el hombro. Muchas personas se conforman con este enfoque. No obstante, si algún cuerpo extraño como un quiste está comprimiendo el nervio, o si el dolor y la debilidad siguen empeorando, generalmente se considera una cirugía para liberar el nervio.

La recuperación depende de cuánto tiempo haya estado irritado el nervio. Si los músculos no han sufrido atrofia, liberar el nervio suele aliviar el dolor y permitir que la función del hombro vuelva a la normalidad. Si los músculos ya se han atrofiado, es posible que esos cambios no se reviertan por completo, aunque la fuerza y la comodidad pueden mejorar. La cirugía mínimamente invasiva para liberar el nervio ha permitido aliviar el dolor, mejorar las respuestas musculares en las pruebas y restablecer la función del hombro en quienes se la realizaron. El pronóstico a largo plazo tras este tipo de cirugía parece favorable; además, la fisioterapia posterior ayuda a mantener el buen funcionamiento del hombro y a prevenir su debilidad.

Si también presenta un desgarro tendinoso importante en el hombro, la situación es distinta. Reparar el tendón a veces permite que el nervio se recupere por sí solo. No obstante, añadir una liberación nerviosa a dicha reparación no ha demostrado mejorar los resultados, y conlleva un pequeño riesgo de empeorar la función nerviosa en lugar de mejorarla. Su cirujano evaluará cuidadosamente este aspecto junto con usted.

Algunas advertencias importantes: el nervio discurre cerca de los vasos sanguíneos en las zonas estrechas donde se libera, y la hemorragia en esas áreas es un riesgo conocido que su cirujano procura evitar. En un número reducido de personas a quienes se liberó el nervio mediante una incisión abierta, fue necesaria una cirugía adicional años después. Por último, si el nervio parece normal en las pruebas previas a una cirugía de reparación tendinosa, liberarlo no aporta ningún beneficio.

Nada de lo anterior constituye una garantía respecto a sus resultados personales. Se trata de una descripción realista de lo que suele ocurrir, para que pueda planificar su trabajo, sus actividades deportivas y su vida cotidiana con expectativas claras.

Cuándo consultar a un especialista

Acuda a su médico de cabecera si experimenta dolor en la parte posterior del hombro que persiste durante más de unas pocas semanas, especialmente si practica deportes o realiza trabajos que requieren levantar los brazos

por encima de la cabeza con frecuencia. Solicite una evaluación especializada si el dolor viene acompañado de debilidad al levantar o extender el brazo, o si nota que los músculos de la parte posterior del hombro parecen hundidos o aplanados. También pregunte si su hombro hace clics, se traba o se bloquea junto con el dolor, o si la zona situada a un ancho de mano por encima y detrás de la articulación resulta sensible al tacto. Estos signos indican que el nervio podría estar comprimido o irritado; cuanto antes se realice la evaluación, mayores serán las posibilidades de proteger esos músculos antes de que se atrofien.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. La neuropatía supracapular 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 el **surco supracoracoideo**, situado más arriba, afecta tanto al músculo supraespinoso como al infrapino, provocando debilidad para levantar el brazo y para la rotación externa, además de dolor. La compresión en el **surco espinoglenoideo**, más abajo, afecta únicamente al músculo infrapino, 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>