

## PRESENTACIÓN DE ENFERMOS, RADIOGRAFÍAS E INSTRUMENTOS

# Neuropraxia del nervio supraescapular

Dr. EDGARDO D. DOS SANTOS\*

G.M., de 18 años de edad, ingresó el 7 de febrero de 1991 a la Guardia del Hospital Municipal de Coronel Suárez, a raíz del politraumatismo que sufrió como consecuencia de haber caído desde el techo de un tren, después de haber golpeado en un puente ferroviario transversal, por debajo del cual pasaba en ese momento.

Presentaba un estado de confusión y excitación psicomotriz, compensado hemodinámicamente, herida en cuero cabelludo de 8 cm de longitud parietooccipital derecha, escoriación dorsolumbar derecha (20 x 40 cm de superficie) y diastasis pubiana de 5 cm con ascenso de la hemipelvis derecha. Debido a la magnitud del traumatismo y al estado de coma superficial que presentaba, se trató su estado general y se suturó la herida de cuero cabelludo. Se realizó reducción y osteosíntesis con placa y tornillos de la diastasis pubiana 11 días más tarde.

A las diez semanas de evolución se presentó en consultorios externos para control, manifestando que solamente persistía la molestia en el hombro derecho y la "debilidad" en abducción-elevación del mismo, en los máximos grados.

Realizando la inspección correspondiente se apreció atrofia de los músculos supraespinoso e infraespinoso e incapacidad para los últimos grados de abducción y elevación-rotación externa, como el paciente lo había mencionado (Figura 1).

Se realizó un electromiograma en el que se informó la denervación de los músculos supraespinoso e infraespinoso. Posteriormente, a los 6 meses, en otro electromiograma aparecieron signos de reinervación.

Continuando el tratamiento con sesiones de



Fig. 1. Evidencia de la depresión supra e infraespinosa.

electroestimulación, gangliósidos y complejo vitamínico B, se comprobó tres meses más tarde funcionalidad normal del hombro con una leve depresión de la fosa infraespinosa.

En un último control, realizado al año y medio de evolución, el paciente se encuentra sin secuelas, no apreciándose diferencias entre el lado de la lesión y el sano, pudiendo realizar todo tipo de actividades.

Consultando la bibliografía respectiva, no se hallaron casos postraumáticos de mecanismo indirecto como el mencionado; sí la mención del mecanismo que provoca la tracción del nervio en la escotadura<sup>1</sup>, midiéndose la distancia entre la apófisis transversa de C7 y la escotadura coracoidea. El hallazgo fue la diferencia de 1,9 cm más de distancia sobre 12 cm medidos inicialmente, lo que la hace significativa (15%) para el mecanismo de aducción del brazo con proyección anterior del hombro.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lima R: Síndromes de Entrampamiento Nervioso en Miembro Superior. Salvat Editores, 1990; p 137.

\* Hospital Municipal de Coronel Suárez, Palenzona 891, (7540) Coronel Suárez, Provincia de Buenos Aires.