

**CASO CLÍNICO****NEUROPATIA COMPRESSIVA DO NERVO
SUPRAESCAPULAR POR QUISTO ESPINOGLENOIDEU.
DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO**

*Elena Martín Flores, Ana Sofia Teixeira, Carolina Oliveira, Miguel Angel Hernán
Prado, Rafael Llopis Miró*

*Hospital Universitario Santa Cristina, Madrid, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Hospital Espírito
Santo Évora, Hospital General de Segovia*

Elena Martín Flores

Facultativo Especialista de Área

Ana Sofia Teixeira

Interna de Ortopedia

Carolina Oliveira

Interna de Ortopedia

Miguel Angel Hernán Prado

Jefe de Sección

Rafael Llopis Miró

Jefe de Servicio

Submetido em 26 maio 2016

Revisto em 25 janeiro 2017

Aceite em 28 fevereiro 2017

Tipo de Estudo: Caso Clínico

Nível de Evidência: V

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar.

Correspondência

Elena Martín Flores

Avenida de España 17, Majadahonda

28220, Madrid, Spain

0034 659377790

hels_11@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO:

A compressão do nervo supraescapular por um quisto da chanfradura espinoglenoideia é uma causa rara de dor no ombro. Acredita-se que a formação destes quistos sinoviais provenha de um mecanismo de válvula unidirecional que permite o extravazamento do líquido através de uma lesão capsulolabral.

O tratamento varia entre o tratamento conservador a cirúrgico, incluindo técnicas artroscópicas e abertas.

DESCRIÇÃO:

Os autores descrevem um caso clínico de um doente com compressão do nervo supra escapular por um quisto sinovial associado a uma lesão SLAP tipo II. Descrevemos a clínica, os achados imagiológicos, o tratamento artroscópico e o follow up com resolução da neuropatia e recuperação da força muscular.

CONCLUSÃO:

No tratamento desta patologia a ressecção artroscópica não garante a remoção completa do quisto, e a reparação da lesão SLAP por si, sem a excisão do quisto, tem demonstrado excelentes resultados, com reabsorção do quisto sem o risco de uma lesão do nervo supraescapular.

Palavras chave: *Nervo Suprascapular. Chanfradura espinoglenoideia. Quisto. Lesão SLAP. Artroscopia.*

ABSTRACT

AIM:

Suprascapular nerve compression due to spinoglenoid notch cysts is a rare cause of shoulder pain. The mechanism is believed to be a one way valve that induces the formation of these ganglion cysts, by joint fluid draining through a capsulolabral tear.

The management of this pathology ranges from nonoperative to surgical treatment, including open and arthroscopic techniques.

DESCRIPTION:

We report the case of a patient with suprascapular nerve compression caused by labral ganglion cyst associated with type II SLAP lesion, its clinical and radiological findings, arthroscopic management and outcome, with complete resolution of the neuropathy and recovery of muscle strength.

COMMENTS:

In the treatment of this pathology arthroscopic resection does not guarantee complete removal of the cyst, and repair of SLAP lesions alone, without any cyst excision, has demonstrated excellent results, improving complete cyst resolution without increasing the risk of suprascapular nerve injury.

Key words: *Suprascapular nerve. Spinoglenoid notch. Cyst. SLAP lesion. Arthroscopy.*

INTRODUÇÃO

A compressão do nervo suprascapular representa apenas 1-2% das causas de dor no ombro¹. Quando a compressão ocorre ao nível da chanfradura supraescapular resulta em diminuição da força e atrofia dos músculos supra e infraespinhoso. Por outro lado, quando a compressão do nervo ocorre na chanfradura espinoglenoideia resulta apenas em fraqueza muscular do infraespinhoso².

A compressão do nervo supraescapular por um quisto da chanfradura espinoglenoideia é uma causa rara de dor no ombro, e está, habitualmente, associada a lesão do labrum³.

A Ressonância Magnética (RMN) é um meio de diagnóstico que fornece informação sobre a localização e dimensões do quisto, avaliação e identificação de alterações dos músculos supra e infraespinhoso e de lesões do labrum. O diagnóstico de neuropatia do nervo supraescapular é confirmado por electromiografia (EMG)⁴.

As opções de tratamento são variáveis, desde o tratamento conservador ao tratamento cirúrgico (cirurgia aberta ou artroscópica).

Os autores descrevem um caso clínico de um doente com neuropatia compressiva do nervo suprascapular por um quisto e com uma lesão SLAP tipo II, que foi submetido a tratamento artroscópico, apresentando resolução completa dos sintomas e recuperação da força muscular.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Descreve-se um caso clínico de um doente do sexo



Figura 1. Fotografia demonstrando a atrofia infraespinhoso do ombro direito

masculino, de 23 anos, observado em consulta em Dezembro de 2012 por omalgia direita com dois anos de evolução e diminuição da força muscular em rotação externa. Medicado com anti-inflamatórios não esteroides sem alívio sintomático. Sem história traumática prévia ou exercício intenso.

O exame físico revelou dor e ao nível da omoplata direita, atrofia do músculo infraespinhoso (Figura 1) e diminuição da força muscular em rotação externa. Não se identificaram alterações sensibilidade ou diminuição do arco de mobilidade.

A suspeita clínica de parésia do músculo infraespinhoso foi confirmada por electromiografia (Abril 2012).

Realizou RMN em Maio de 2012, onde se identificou quisto sinovial da chanfradura espinoglenoideia. Após o diagnóstico, realizou-se aspiração ecoguiada

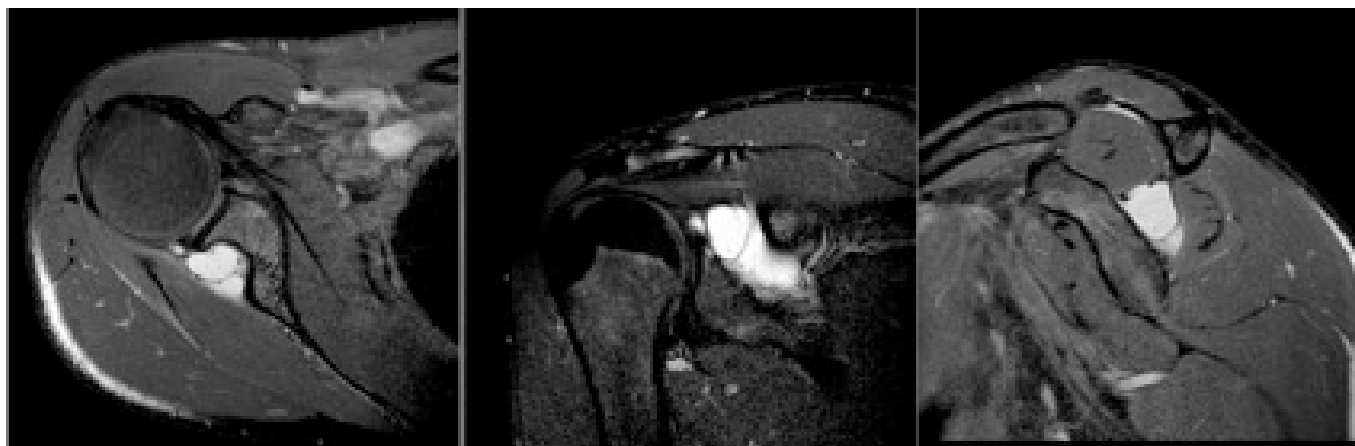


Figura 2. RMN identificando quisto labrum posterior (48x21mm) e uma lesão labrum posterossuperior

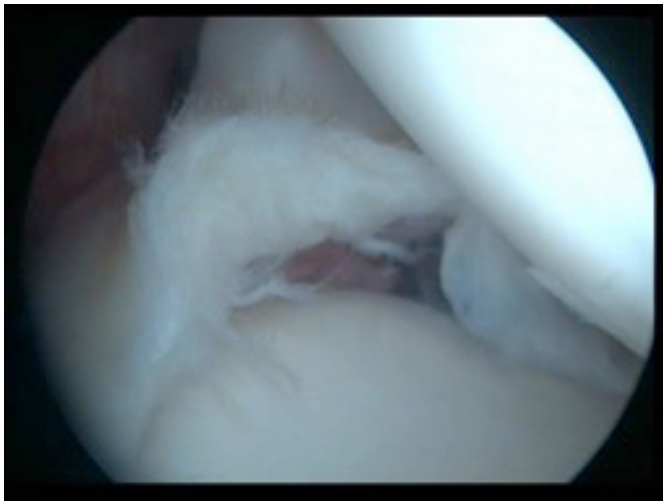


Figura 3. Fotografia de artroscopia, demonstrando lesão SLAP tipo II

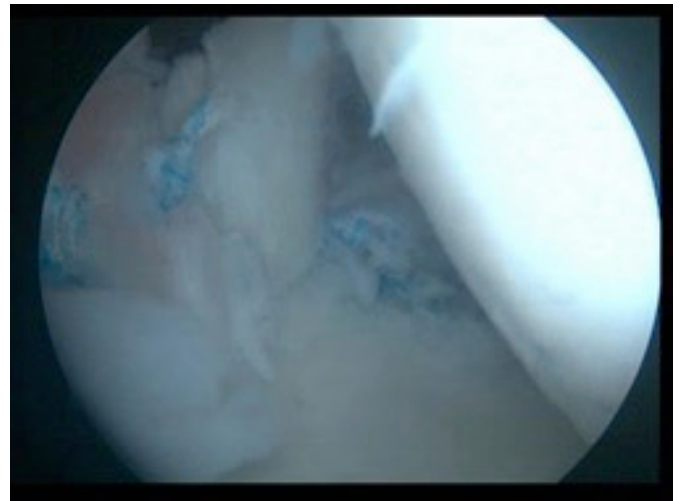


Figura 5. Fotografia de artroscopia, reparação de lesão SLAP com sutura por âncoras.



Figura 4. Fotografia de artroscopia, demonstrando a disseção romba na chanfradura espinoglenoideia

e injeção com corticoides, sem qualquer melhoria clínica. 3 semanas após o procedimento verificou-se que o quisto mantinha as dimensões prévias (13,4 x 9,5mm).

Em Agosto de 2012, a RMN demonstrou quisto labrum posterior (48x 21mm) e lesão labrum posterosuperior (Figura 2).

O doente foi submetido a artroscopia do ombro direito, identificando-se lesão SLAP tipo II (Figura 3).

Foi realizada disseção romba da chanfradura espinoglenoideia (Figura 4). Pressão digital sob a fossa infraespinhosa permitiu a drenagem do quisto para articulação pelo defeito do labrum. Procedeu-

se a reparação da lesão SLAP com âncoras (Figura 5).

No pós-operatório o doente foi imobilizado com suspensão branquial durante 4 semanas. Mobilização passiva foi permitida após a segunda semana e mobilização activa após a terceira semana. Após 6 semanas iniciou mobilização completa seguido de exercícios contra resistência progressiva para fortalecimento dos rotadores externos.

Quatro meses após descompressão artroscópica, realizou RMN sem evidência de recorrência local (Figura 6). Clinicamente observou-se recuperação progressiva da força muscular.

Aos 6 meses, a electromiografia demonstrou sinais de reinervação infraescapular. Um ano após cirurgia, observou-se recuperação completa do défice.

DISCUSSÃO

Um quisto localizado na chanfradura espinoglenoideia é uma causa rara de compressão do nervo supraescapular. Esta neuropatia isolada, inicialmente descrita por Ganzhorn et al em 1981, pode causar deservação do músculo infraespinhoso⁵.

A prevalência de um quisto na chanfradura espinoglenoideia concomitante com uma lesão SLAP é estimada entre 85,7 % a 89%^{6,7}.

Nos últimos anos, diferentes autores tentaram explicar a etiologia destes quistos. Alguns autores⁸ colocaram a hipótese de um mecanismo de válvula



Figura 6. RMN não evidenciando recorrência local do quisto

unidireccional ser responsável pela indução e formação destes quistos nesta localização, por líquido articular drenado através de uma lesão capsula e labrum.

O tratamento desta neuropatia inclui diferentes opções. Inicialmente, o tratamento conservador é recomendado: anti inflamatórios não esteroides e tratamento de reabilitação, melhorando a flexibilidade e fortalecendo os estabilizadores escapulares e os músculos da coifa dos rotadores.

Vários autores descreveram o tratamento espontâneo^{7,9}, sem qualquer atitude terapêutica.

A segunda opção pode ser a aspiração guiada por imagem: ecografia, tomografia computadorizada ou RMN. Pode ser combinada com injeção de corticoides. Os resultados deste procedimento apresentam uma elevada incidência de recorrência^{7,10}, devido ao facto que a patologia intra-articular não poder ser reparada⁴.

A opção final é o tratamento cirúrgico, incluindo a cirurgia aberta ou técnicas artroscópicas.

A técnica aberta permite directa visualização do nervo supraescapular e do quisto, mas requer grande dissecação, desinserção do deltoide e limita o acesso e a possibilidade de reparar lesões do labrum^{3,4}.

Estão descritas diferentes técnicas artroscópicas. Embora vários autores tenham proposto técnicas de aspiração, desbridamento ou excisão de quistos associadas a reparações de lesões da capsula e labrum^{4,6,7}, a ressecção artroscópica não garante a exérese completa do quisto e, consiste numa técnica de dificuldade acrescida dado o elevado risco de lesão do nervo supraescapular, devido a proximidade deste nervo ao rebordo glenoideu (1,8cm de acordo com Bigliani)¹¹.

Recentemente alguns autores demonstraram excelentes resultados na reparação isolada de lesões SLAP, sem exérese do quisto, numa tentativa para melhorar a resolução completa do quisto, sem aumentar o risco de lesão do nervo supra-escapular. Este tratamento pressupõe que ao fechar a válvula unidireccional com suturas no labrum (lesão SLAP) poder-se-á resolver a etiologia e eliminar o quadro álgico^{2,3,6,8}.

Neste caso, o tratamento artroscópico consistiu na reparação da lesão SLAP, sem aspiração ou exérese do quisto, prevenindo a lesão do nervo supraescapular. O período pós-operatório decorreu sem intercorrências, observando-se resolução completa do quisto com RMN e recuperação da força muscular do infraespinhoso, evidenciada pelo estudo de EMG.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zehetgruber H, Noske H, Lang T, Wurnig C. Suprascapular nerve entrapment. A meta-analysis. *Int Orthop*. 2002;26(6):339-43.
2. Youm T, Matthews PV, El Attrache NS. Treatment of patients with spinoglenoid cysts associated with superior labral tears without cyst aspiration, debridement, or excision. *Arthroscopy*. 2006 May;22(5):548-52.
3. Tashjian RZ, Burks RT. Arthroscopic aspiration and labral repair for treatment of spinoglenoid notch cysts. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)*. 2009 Feb;38(2):94-6.
4. Westerheide KJ, Dopirak RM, Karzel RP, Snyder SJ. Suprascapular nerve palsy secondary to spinoglenoid cysts: results of arthroscopic treatment. *Arthroscopy*. 2006 Jul;22(7):721-7.
5. Ganzhorn RW, Hocker JT, Horowitz M, et al. Suprascapular nerve entrapment: A case report. *J Bone Joint Surg Am* 1981; 63:492-494.
6. Kim DS, Park HK, Park JH, Yoon WS. Ganglion cyst of the spinoglenoid notch: comparison between SLAP repair alone and SLAP repair with cyst decompression. *J Shoulder Elbow Surg*. 2012 Nov;21(11):1456-63.
7. Piatt BE, Hawkins RC, Fritz RJ, et al. Clinical evaluation and treatment of spinoglenoid notch ganglion cysts. *J Shoulder Elbow Surg* 2002;11:600-604.
8. Schroder CP, Skare O, Stiris M, Gjengedal E, Uppheim G, Brox JI. Treatment of labral tears with associated spinoglenoid cysts without cyst decompression. *J Bone Joint Surg Am*. 2008 Mar;90(3):523-30.
9. Davidge CM, Walker R, Brett K, Boorman RS. Spontaneous resolution of a spinoglenoid notch cyst and associated suprascapular nerve palsy: a case report. *J Shoulder Elbow Surg*. 2007 May-Jun;16(3):e4-7.
10. Tung GA, Entzian D, Stern JB, et al. MR Imaging and MR arthrography of paraglenoid labral cysts. *AJR Am J Roentgenol* 2000;174:1707-1715.
11. Bigliani LU, Dalsey RM, McCann PD, April EW. An anatomical study of the suprascapular nerve. *Arthroscopy*. 1990;6(4):301-5.