

Compressão de nervo supra-escapular por cisto sinovial: relato de caso

ALEXANDRE HENRIQUE¹

ABSTRACT

Compression of the suprascapular nerve by a ganglion cyst: case report

The suprascapular nerve can suffer a compression at the suprascapular notch as well as at the spinoglenoid notch. The author reports an entrapment of the suprascapular nerve at the spinoglenoid notch by a ganglion that was decompressed surgically through a posterior approach.

Unitermos – Nervo supra-escapular; incisura espinoglenoidal; cisto sinovial; compressão

Key words – *Suprascapular nerve; spinoglenoid notch; ganglion cyst; entrapment*

INTRODUÇÃO

O nervo supra-escapular é ramo motor que tem origem no tronco superior, formado pelos ramos C5 e C6 do plexo braquial; inerva os músculos supra-espinhal e infra-espinhal e, durante seu trajeto pela escápula, passa por duas incisuras, que são locais onde o nervo pode sofrer compressão. No nível da incisura escapular superior a compressão pode ocorrer pelo ligamento escapular transverso ou por alteração da conformação óssea desta incisura. Já na incisura espinoglenoidal, a compressão também pode ser por um ligamento cuja incidência é variável, o ligamento espinoglenoidal ou escapular transverso inferior, ou por cisto sinovial, proveniente da região posterior da arti-

culação glenoumeral⁽¹⁻⁵⁾. A história natural do cisto nesse local é desconhecida, mas geralmente é formado quando uma lesão labral ou capsular permite que o líquido sinovial saia posteriormente e, por um mecanismo de válvula, não retorna à cavidade articular, fazendo com que aumente de volume com o passar do tempo⁽¹⁾.

Geralmente, a queixa que leva o paciente a procurar o ortopedista é dor sem características especiais localizada na região látero-posterior do ombro, com déficit de força à rotação externa, semelhante à lesão do manguito rotador posterior (músculo infra-espinhal) ou uma radiculopatia cervical. Na prática de esportes de arremesso é muito frequente a incidência desse tipo de cisto sinovial^(1,6,7), não havendo na maioria dos casos antecedente traumático de outra natureza. Ao exame físico há atrofia do músculo infra-espinhal. A palpação do local do cisto pode algumas vezes ser dolorosa. O teste da adução cruzada anterior ao corpo (*cross-body adduction test*) pode causar dor pelo aumento da pressão sobre o nervo pelo cisto; contudo, esse sinal não pode ser considerado patognomônico, visto também ser positivo em patologias da articulação acromioclavicular⁽¹⁾. Leve grau de instabilidade posterior pode estar presente nas manobras de estresse.

Radiografias simples não mostram alterações quando a compressão ocorre por cisto sinovial; o diagnóstico deve ser feito através de outros exames, como a ressonância magnética e a eletroneuromiografia^(1,2,5). Exame de ultrassonografia também pode mostrar o cisto, porém, com menor nitidez. Bloqueios anestésicos do nervo supra-escapular não são indicados quando a suspeita é de compressão por cisto⁽¹⁾.

O tratamento indicado nos casos da neuropatia compressiva do supra-escapular por cisto é o cirúrgico. Raramente, há regressão espontânea do mesmo. A aspiração guiada por imagem já foi descrita; contudo, tem elevado índice de recidiva. A ressecção cística pode ser efetuada por via aberta posterior^(1,2,4,5), porém, como a presença do cisto pode ser

1. Ortopedista; Membro Titular da SBOT; Membro Titular da SBCOC; Membro Associado da SBCM; Responsável pela Cirurgia do Membro Superior (Ombro/Cotovelo/Mão/Microcirurgia) do Centro Ortopédico Paraná.

Endereço para correspondência: Av. Dr. Luiz Teixeira Mendes, 1.833 – 87015-000 – Maringá, PR, Brasil. Tel.: (44) 224-0303, Fax: (44) 262-3035, E-mail: alexandre@maringa.com.br

Recebido em 26/10/00. Aprovado para publicação em 10/4/01.
Copyright RBO2001



Fig. 1 – Ao exame físico nota-se a presença de atrofia do músculo infra-espinhal

Fig 1 – There is a visible infraspinatus muscle atrophy at the physical examination

decorrente de lesão labral, a articulação deve ser avaliada por via artroscópica para confirmar ou não essa possibilidade e, caso exista, a mesma deve ser reparada antes da excisão do cisto⁽¹⁾. O cisto também pode ser ressecado artroscopicamente por capsulotomia súpero-posterior da articulação glenoumeral⁽⁷⁾. O ligamento espinoglenoidal, se presente, deve ser sempre ressecado no ato operatório.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, apresentava, como queixa, dor difusa e de difícil caracterização na região posterior do ombro direito, associada com fraqueza da musculatura do ombro aos esforços prolongados. Não referia qualquer trauma prévio. Não sabia referir com precisão o início do quadro, mas já evoluía havia meses antes da primeira consulta. Não sofria de doenças sistêmicas associadas. Não praticava esportes de arremesso.

Ao exame físico, visualizava-se claramente atrofia do músculo infra-espinhal direito (fig. 1), indolor à palpação e com a sensibilidade totalmente preservada na região e no

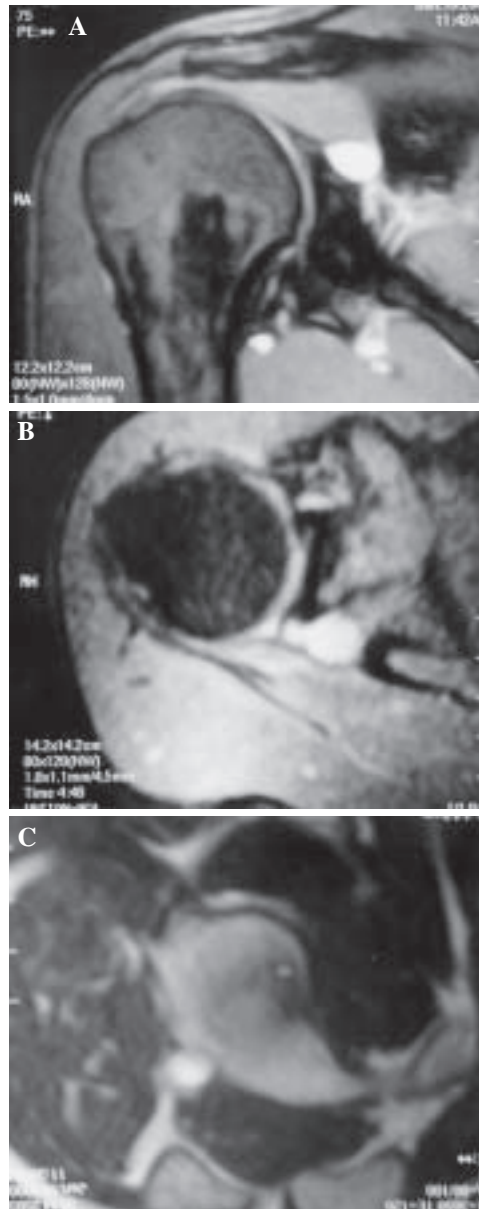


Fig. 2
Imagens do cisto na incisura espinoglenoidal na ressonância magnética (A) coronal; (B) axial; (C) sagital)

Fig. 2
MRI showing the ganglion cyst at the spinoglenoid notch (A) coronal; (B) axial; (C) sagittal.

membro superior. A função motora do ombro estava preservada, porém com leve déficit de força (grau 4) na rotação externa forçada do ombro, contudo, sem o sinal da “queda” (*fall off sign*) em rotação interna do membro superior, pois o músculo redondo menor apresentava atividade normal. Havia aumento da excursão posterior da cabeça umeal nos testes das gavetas, quase ocorrendo luxação posterior. Iniciou-se a avaliação com a seqüência de radiografias simples para avaliação do ombro doloroso e não foi visualizada qualquer alteração óssea. Foi solicitada, então,

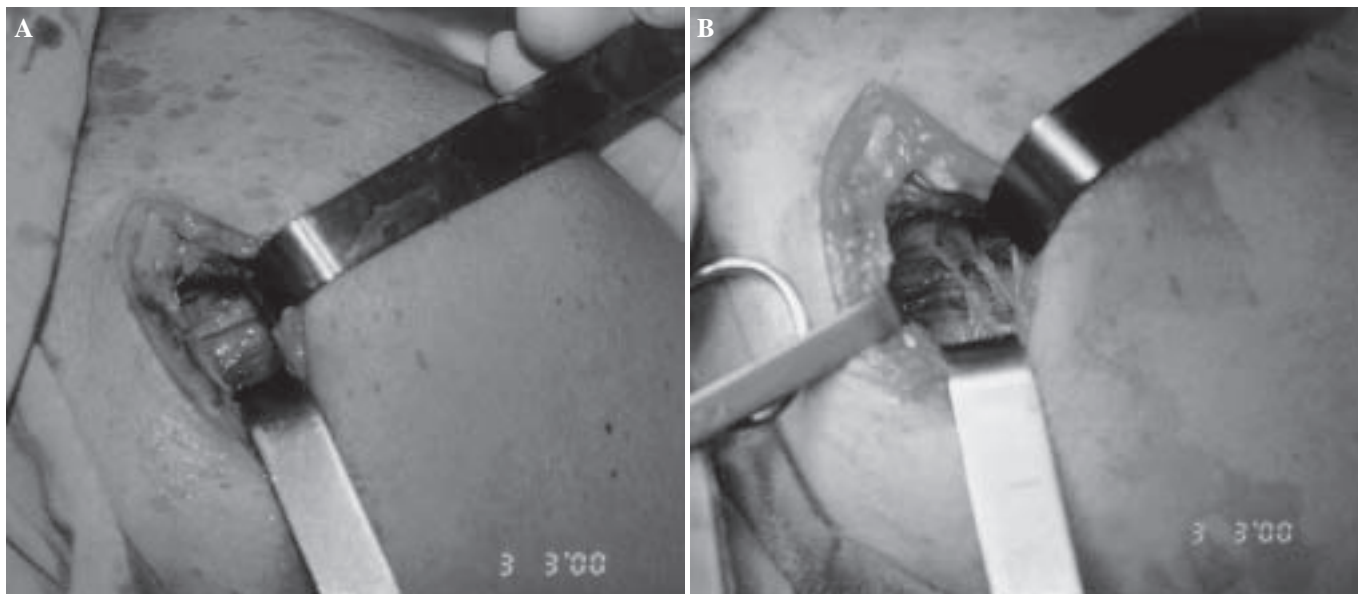


Fig. 3 – Campo operatório antes (A) e depois (B) da descompressão do nervo

Fig. 3 – Surgical view before (A) and after (B) nerve decompression

ressonância magnética do ombro, que mostrou estrutura cística na incisura espinoglenoidal, deslocando o nervo supra-escapular na sua passagem pela região (fig. 2). Nesse exame o músculo infra-espinhal mostrava-se atrofiado, porém, sem sinais de infiltração gordurosa. Complementou-se a avaliação com eletroneuromiografia da cintura escapular, confirmando a compressão daquele nervo e desnervação do músculo infra-espinhal. Após isso, foi indicada a descompressão cirúrgica do nervo.

A cirurgia foi realizada com o paciente sob anestesia geral com tubo endotraqueal na posição “cadeira de praia” com coxim medialmente à escápula direita. A via de acesso usada foi a posterior, seguindo as linhas de Langer, 3cm medial ao ângulo pósterio-lateral do acrômio, divulsionando as fibras do músculo deltóide no sentido súpero-inferior, iniciando na espinha da escápula. Após identificada a borda superior do músculo infra-espinhal, ele foi afastado inferiormente, expondo o cisto sinovial (fig. 3A). O mesmo foi ressecado realizando-se a descompressão do nervo (fig. 3B). A ferida pós-operatória foi suturada por planos. No pós-operatório foi usado apenas Velpeau para a imobilização do ombro operado. Iniciou-se o programa de fisioterapia após duas semanas, visando inicialmente o alongamento e, depois da quarta semana, o fortalecimento.

O paciente recuperou rapidamente a massa muscular do infra-espinhal e, clinicamente, não apresentou qualquer alteração nervosa. Não foi realizada nova eletroneuromio-

grafia após a descompressão nervosa. Atualmente, com 12 meses de seguimento pós-operatório, apresenta-se com total amplitude de movimentação ativa e passiva do ombro operado, com grau 5 de força muscular na rotação externa forçada e a articulação totalmente estável.

DISCUSSÃO

A compressão do nervo supra-escapular por cisto sinovial no nível da incisura espinoglenoidal deve sempre ser suspeitada nos casos em que o paciente, em especial atletas de esportes de arremesso, se apresenta com queixa dolorosa vaga e sem característica especial na região posterior do ombro, com pouco ou nenhum déficit de força; ao exame físico encontra-se o músculo infra-espinhal atrofiado. A ressonância magnética mostra o cisto e sua relação com o nervo no nível da incisura espinoglenoidal, assim como o grau de atrofia muscular do infra-espinhal. A eletroneuromiografia é importante para confirmar a lesão nervosa e sua localização. A neuropatia compressiva do supra-escapular por cisto sinovial deve ser tratada cirurgicamente por via aberta ou artroscópica; quando há associação de lesão labral, essa deve ser reparada. Quando presente, o ligamento espinoglenoidal deve sempre ser ressecado. Os índices de resultados pós-operatórios são geralmente bons e excelentes, raramente ocorrendo déficit motor ou nervoso.

REFERÊNCIAS

1. Romeo A.A., Rotenberg D.D., Bach B.R.: Suprascapular neuropathy. *J Am Acad Orthop Surg* 7: 358-367, 1999.
2. Rockwood C.A., Matsen F.A.: *The Shoulder*. 2nd ed., Philadelphia, W.B. Saunders, p.p. 979-980, 1998.
3. Iannotti J.P., Williams G.R.: *Disorders of the Shoulder: Diagnosis and Management*. Singapore, Lippincott Williams & Wilkins, p.p. 1056-1057, 1999.
4. Neer C.S.: *Shoulder Reconstruction*. Philadelphia, W.B. Saunders, p.p. 448-449, 1990.
5. Craig E.V.: "Operative repair of suprascapular nerve entrapment" in *Master techniques in orthopaedic surgery: The shoulder*. Singapore, Raven Press, p.p. 373-384, 1997.
6. Pappas A.M.: *Upper Extremity Injuries in the Athlete*. New York, Churchill Livingstone, p.p. 67-68, 1995.
7. Iannotti J.P., Ramsey M.L.: Arthroscopic decompression of a ganglion cyst causing suprascapular nerve compression. *Arthroscopy* 12: 739-745, 1996.