

## Síndrome del elevador de la escápula por avulsión de su inserción distal

### *Levator Scapulae Syndrome due to Avulsion of its Distal Insertion*

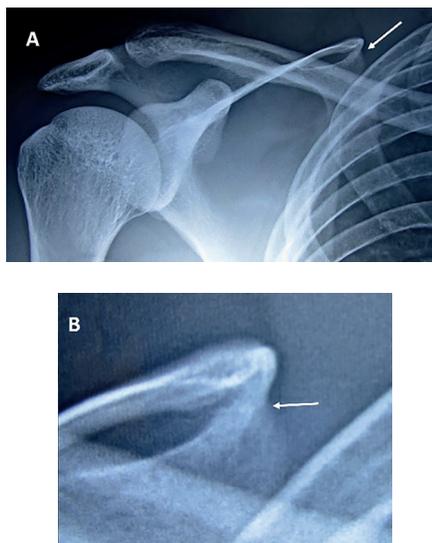
Dominguez Carrillo Luis Gerardo\*

Dominguez Gasca Luis Gerardo\*\*

**Respuesta:** Sánchez Anguiano C, Rodríguez Navarro JF. Seno Ectodérmico. *Aten Fam.* 2021;28(1):69-71. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.1.77664>

Masculino de 26 años, profesionista, fisiculturista, que acude a rehabilitación por presentar dolor de diez días de evolución, con intensidad 9/10, localizado en ángulo superointerno de escápula derecha, originado al efectuar ejercicios de elevación con barra de carga por atrás de la cabeza; el paciente relata haber escuchado un “clic” e inicio inmediato de dolor, por lo que requirió ayuda para retirar la barra. A la exploración: arcos de movimiento de columna cervical disminuidos a la rotación izquierda al igual que a la flexión lateral y a la flexión anterior por dolor sobre ángulo superointerno de escápula derecha. A la palpación: dolor exquisito con intensidad 10/10 y sensación de crepitación en dicho punto, el dolor se irradia sobre cara posterior en trayecto del músculo elevador de la escápula derecha hasta C1, borde espinal y cara posterior de escápula.

Los hallazgos radiográficos reportaron diagnóstico de síndrome del elevador de la escápula derecha (ver figura 1). Se observó alteración difusa de las líneas de inserción del tendón del elevador de la escápula, por lo que se consideró una avulsión de su inserción distal. Se prescribió suspender ejercicios de cintura escapular por cuatro semanas, uso de collarín cervical por ocho días, y se realizó infiltración con dexametasona y xilocaina al 2% sin epinefrina.



Radiografía anteroposterior simple de hombro derecho y acercamiento, se observa: alteración difusa de las líneas de inserción del tendón del elevador de la escápula (flecha), por lo que se consideró una avulsión de su inserción distal en fisiculturista con síndrome agudo del elevador de la escápula.

\*Catedrático de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. México.

\*\*División de Cirugía. Hospital Ángeles León. León, Guanajuato. México

Correspondencia:  
Luis Gerardo Domínguez Carrillo  
[lgdominguez@hotmail.com](mailto:lgdominguez@hotmail.com)

Sugerencia de citación: Domínguez-Carrillo LG, Domínguez-Gasca LG. Síndrome del elevador de la escápula por avulsión de su inserción distal. *Aten Fam.* 2021;28(2):153-154. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.2.78807>

A la revisión después de cuatro semanas, se reportó dolor con intensidad de 2/10, sin crepitación a la palpación de arcos de movilidad de cuello y hombro completos.

El síndrome de elevador de la escápula (SEE) ocurre con frecuencia y está bien documentado, pero a menudo no se reconoce; se presenta en la extremidad dominante en 82% de los casos; el dolor se irradia al cuello y al hombro y rara vez al brazo. Los movimientos que estiran el músculo afectado incrementan el dolor<sup>1</sup>. Las radiografías y escaneos óseos de los hombros y la columna cervical generalmente son negativos. El aumento de la emisión de calor desde el ángulo medial superior del hombro afectado es presente en los estudios de termografía en más de 60% de pacientes. Las disecciones anatómicas de hombros cadavéricos muestran una gran variabilidad en la inserción del elevador de la escápula<sup>2</sup> (desde tres a seis fascículos musculares en sus inserciones proximales).

Se encuentra una bursa entre la escápula, el serrato y el elevador en más de 50% de los hombros<sup>3</sup>. Este estudio sugiere que este síndrome, que conduce a bursitis y dolor, puede ser causado por variaciones anatómicas de la inserción del elevador de la escápula y el origen del serrato anterior. Lo que puede explicar el punto de activación constante y la crepitación, así como la mayor emisión de calor que se encuentra en la termografía. Las inyecciones de esteroides locales alivian los síntomas en 75% de los pacientes<sup>4</sup>, sin embargo, como otras formas de tendinitis, la recurrencia es probable.

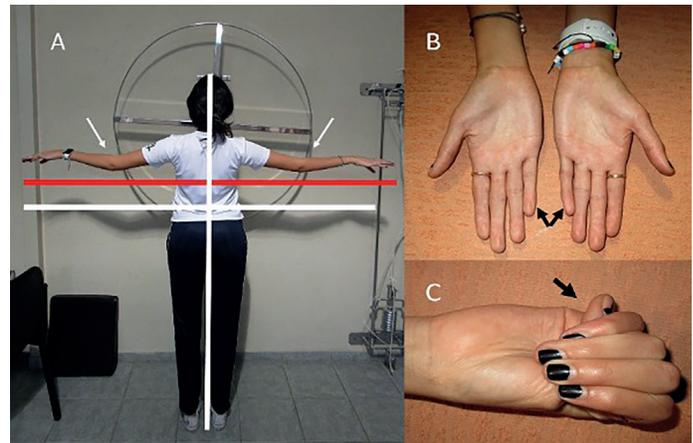
### Referencias

1. Estwanik JJ, Levator Scapulae Syndrome The Physician and Sportmedicine 1989;17:57-68.
2. Menachem A, Kaplan O, Dekel S. Levator scapulae syndrome: an anatomic-clinical study. Bull Hosp Jt Dis.1993;53:21-24.
3. Smit HJ, Todd RM. A cadaveric study: the morphometric differences in the levator scapulae muscle. Anatomy Journal of Africa. 2019;8:1504-15-14
4. Zomalheto Z (2017) Effect of Corticosteroid Injection among West African People Suffered from Levator Scapulae Syndrome. Rheumatology (Sunnyvale) 2017;7:226. doi:10.4172/2161-1149.1000226

## Nuevo caso

Domínguez Carrillo Luis Gerardo\*

Domínguez Gasca Luis Gerardo\*\*



**Paciente femenina de 21 años de edad, que acude a rehabilitación por disminución de la extensión en ambos codos desde la infancia. A la exploración se encuentra: brazada mayor que talla, con relación de 1.14; reducción de extensión de codo a 165° bilateral; presencia de aracnodactilia, clinodactilia del quinto dedo bilateral, presencia del signo de Gowers e hiperelasticidad de articulaciones de manos, hombros caderas rodillas, tobillos y pies.**

**Respuesta en: Aten Fam 28-3 mayo-junio, 2021**