

Absceso subescapular espontáneo. Caso clínico

Spontaneous subscapular abscess. A clinical case

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0857>

**M. Fernández Pérez, I. Orradre Burusco, J. Mondragón Rubio,
L. Azcona Martínez de Baroja, I. Romero Redondo, D. Cornejo Jiménez**

RESUMEN

Las infecciones del espacio subescapular son entidades muy poco frecuentes y, por ello, su diagnóstico (para el que resulta clave la realización de una resonancia magnética o, en su defecto, una tomografía computarizada) puede resultar complicado. Esta dificultad en el diagnóstico condiciona la rapidez en el tratamiento (drenaje quirúrgico acompañado o no de antibioterapia), que resulta clave para el pronóstico a medio y largo plazo.

Presentamos el caso de un paciente que desarrolló un absceso subescapular espontáneo que se drenó mediante un abordaje delto-pectoral, accediendo al espacio subescapular por vía medial a la coracoides. La relevancia del caso presentado radica en su singularidad y en la descripción de una vía de abordaje que solo ha sido empleada en dos casos previos en la literatura.

Palabras clave. Absceso subescapular. Espontáneo. Abordaje delto-pectoral. Artritis séptica. Infección.

ABSTRACT

Infections of the subscapular space are very infrequent entities, which is why their diagnosis (for which it is crucial to carry out magnetic resonance imaging or, failing that, computerized tomography) can prove complicated. This difficulty in making the diagnosis conditions the speed of treatment (surgical draining that can be accompanied by antibiotherapy), which is crucial for the medium and long-term prognosis.

We present the case of a patient who developed a spontaneous subscapular abscess that was drained using a delto-pectoral approach, with the subscapular space accessed via a medial route to the coracoids. The relevance of this case lies in its singular character and in the description of an approach that has only been used in two prior cases in the literature.

Keywords. Subscapular abscess. Spontaneous. Delto-pectoral approach. Septic arthritis. Infection.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología,
Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Recepción: 26/11/2019
Aceptación provisional: 30/12/2019
Aceptación definitiva: 03/03/2020

Correspondencia:

M. Fernández Pérez
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología
Complejo Hospitalario de Navarra
C/ Irunlarrea, 3
31008 Pamplona
E-mail: fernandezmaitane91@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las infecciones del espacio subescapular son entidades muy poco frecuentes; en la revisión de la literatura realizada solo se han identificado once casos hasta el año 2018¹⁻¹⁰, seis de ellos en pacientes pediátricos¹⁻⁵ y cinco en adultos⁶⁻¹⁰. *Staphylococcus aureus* fue el microorganismo causante en la mayoría de los casos en los que se realizó el aislamiento, y *Haemophilus influenzae* en dos de ellos^{1,6}. El abordaje para el drenaje del absceso se indica solo en siete casos: abordaje medial a la escápula en cuatro casos^{4,7}, lateral a la escápula en uno⁹ y abordaje delto-pectoral en dos^{3,8}.

Se presenta el caso de un paciente de 44 años que desarrolló un absceso subescapular espontáneo, en el que se realizó drenaje accediendo al espacio subescapular mediante abordaje delto-pectoral por vía medial a la coracoides.

CASO CLÍNICO

Paciente de 44 años que acudió a Urgencias por omalgia izquierda de diez días de evolución, sin presencia de traumatismo previo o infiltraciones, y sin mejora con tratamiento antiinflamatorio (dexketoprofeno 25 mg/8 h y metamizol 575 mg/8 h). Desde hacía seis días presentaba fiebre vespertina de hasta 39 °C sin otro foco aparente.

En la exploración, el hombro izquierdo se encontraba ligeramente más caliente que el contralateral, sin eritema, empastamiento ni colecciones fluctuantes. El dolor se acentuaba a la palpación del pectoral, a la palpación infra y supraclavicular y a la palpación de la corredera bicipital y de la región subescapular, con limitación de la movilidad activa del hombro.

En la analítica se observó un aumento de parámetros inflamatorios (proteína C reactiva, PCR: 170 mg/L, rango normal: 0-3; velocidad de sedimentación globular, VSG: 60 mm/h, rango normal: 0-15), por lo que se ingresó al paciente para estudio. Durante el ingreso se realizó una ecografía de hombro, en la que no se apreciaron derrames ni colecciones. A pesar de ello, ante el aumento de la PCR a 236 mg/L se inició antibioterapia empírica con amoxicilina-clavulánico 1 g/8 h. Se solicitó una resonancia magnética (RM) para estudiar la lesión, que no fue posible realizar debido al peso del paciente, por lo que se optó por realizar una tomografía axial computarizada (TAC) con contraste intravenoso. Fue en esta prueba donde se observó una lesión multiloculada con captación heterogénea de contraste (11 x 5 x 12 cm) ocupando prácticamente todo el espacio de la región subescapular (Fig. 1).



Figura 1. Tomografía axial computarizada con contraste intravenoso. Lesión multiloculada con captación heterogénea de contraste ocupando prácticamente todo el espacio de la región subescapular.

Se realizó cirugía bajo anestesia general con abordaje delto-pectoral (Fig. 2A). Se expuso la fascia clavipectoral (a tensión y abombada) que, tras abrirla, drenó escaso contenido purulento; se observaron tejidos esfacelados en localización proximal al tendón de la porción larga del bíceps. Se realizó tenotomía en la dirección de las fibras del subescapular y capsulotomía. Se limpiaron los tejidos esfacelados a nivel intraarticular en el receso subescapular y en el intervalo rotador.

Se realizó exposición medial al tendón conjunto y se seccionó el pectoral menor, identificando el nervio musculocutáneo, que se separó medialmente junto al plexo braquial. Se expuso así el plano muscular subescapular, continuando la apertura en dirección de sus fibras desde lateral hacia medial,

llegando a disecar el plano entre subescapular y pared anterior de cuerpo escapular, así como los planos intramusculares en el vientre muscular del subescapular, extrayéndose abundante material purulento (Fig. 2B). Se realizaron lavados exhaustivos desde la región medial y anterior de la fosa subescapular hasta la articulación. Se cerró dejando un drenaje y se comenzó con antibioterapia profiláctica: cefazolina 1 g/8 h y gentamicina 240 mg/24 h.

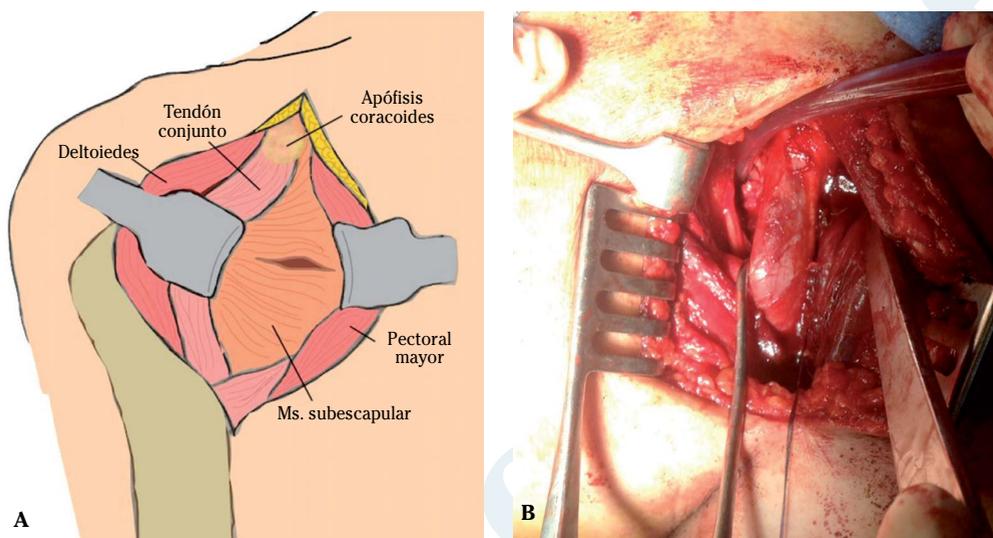


Figura 2. A. Esquema de la vía de abordaje delto-pectoral utilizada. Ms: músculo. B. Exposición de la cavidad subescapular a través del abordaje delto-pectoral; el tendón conjunto es señalado con un gancho.

En los cultivos del material drenado durante la cirugía creció *S. aureus* resistente a penicilina, por lo que se modificó la antibioterapia y se comenzó tratamiento con cloxacilina 6.000 mg/12 h intravenosa, con una duración de tres semanas, y posteriormente levofloxacino 750 mg/24 h durante quince días más.

El paciente presentó buena evolución, con descenso progresivo de los parámetros inflamatorios (PCR 10 mg/L y VSG 5 mm/h al mes de la intervención). Durante el postoperatorio tardío, a los tres meses de la intervención, precisó rehabilitación asistida por rigidez de la articulación gleno-humeral. Realizó cinesiterapia activa-asistida, ejercicios de flexibilización de la cápsula gleno-humeral y ejercicios pendulares de Codman. Finalmente, a los siete meses de la cirugía, consiguió un balance articular completo salvo los últimos grados de rotación interna, llegando hasta la región dorsal.

DISCUSIÓN

El absceso subescapular es un diagnóstico quirúrgico inhabitual. La etiología en los casos descritos no está clara, aunque algunos autores sugieren la presencia de factores de riesgo tales como inmunosupresión, diabetes mellitus, la presencia de infección reciente en otra localización o la presencia de traumatismo previo. En nuestro caso, el paciente carecía de cualquiera de los factores de riesgo anteriormente descritos.

La excepcionalidad de esta patología puede retrasar el diagnóstico. Además, en la mayoría de los casos, como en este, los pacientes presentan omalgia y disminución de la movilidad gleno-humeral junto con la clínica infecciosa sistémica, por lo que puede ser fácilmente confundida con la artritis séptica de hombro.

Los abscesos subescapulares pueden suponer un reto diagnóstico y, en caso de retrasarse, conllevar un deterioro progresivo y rápido del estado general del paciente¹⁰.

La RM es una herramienta esencial para el diagnóstico, la planificación preoperatoria (tras valoración de la extensión de la lesión) y el tratamiento. Sin embargo, en casos como el nuestro en que no sea posible su realización, la TAC puede resolver el diagnóstico aunque la planificación preoperatoria se vea afectada por la dificultad para valorar la extensión de la lesión con esta prueba.

Tras el diagnóstico, el tratamiento debe ser inmediato para conseguir unos resultados favorables. Debido a la escasez de casos publicados, no hay un tratamiento claramente definido para esta patología; no obstante, como en todos los abscesos, se debe optar por drenaje asociando o no tratamiento antibiótico. El uso rutinario de la antibioterapia postdrenaje es controvertido; si bien algunos estudios en pacientes adultos y pediátricos no lo recomiendan^{11,12}, la mayoría de estos estudios se refieren a abscesos superficiales, y el absceso subescapular no puede ser considerado superficial.

La vía de abordaje delto-pectoral para el drenaje ha sido empleada solo en dos de los casos publicados hasta ahora, aunque sin detallar el procedimiento. Ante la escasez de bibliografía al respecto, se optó por la vía de abordaje que más usamos habitualmente, ya que mediante ella se puede realizar un correcto drenaje del espacio subescapular, a través de planos intermusculares y sin dañar estructuras nobles, lo que, junto a la rehabilitación precoz, podría ser de ayuda para la obtención de buenos resultados funcionales. Se necesitan más casos para establecer cuál es el mejor abordaje para el tratamiento quirúrgico.

En conclusión, la relevancia de este caso radica en su rareza, que puede causar retrasos en el diagnóstico con consecuencias negativas en la funcionalidad de la articulación escápulo-humeral. Además, la vía de abordaje delto-pectoral utilizada para la cirugía, solo empleada en dos ocasiones para esta patología, es descrita en detalle para poder ser reproducida.

BIBLIOGRAFÍA

1. SAN JOAQUIN VH, KIMBALL JB. Subscapular abscess due to Haemophilus influenza type B. *Pediatrics* 1980; 65: 331-332. <https://doi.org/10.1542/peds.65.2.331>
2. BABAYIĞIT A, MAKAY B, DEMIRÇIOĞLU F, ÇAKMAKÇI H, UNSAL E. Subscapular abscess after blunt trauma. *Pediatr Emerg Care* 2009; 25: 399-400. <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e3181a7927d>
3. YILMAZ G, STANDARD SC. Periscapular abscess: unusual cause of shoulder pain in children. *J Pediatr Orthop B* 2012; 21: 310-312. <https://doi.org/10.1097/bpb.0b013e328349139a>
4. GIUGALE JM, BOSCH PP, GRUDZIAK JS. Subscapular abscess in a nine-year-old female patient. *JBJS Case Connect* 2015; 5: e13. <https://doi.org/10.2106/jbjs.cc.n.00102>
5. HANY MOURKUS, RAMANAN VADIVELU, JAMES PHILLIPS. Literature review and a case report of spontaneous subscapular abscess in a child. *Eur J Orthop Surg Traumatol* 2018; 28: 1235-1240. <http://dx.doi.org/10.1007/s00590-018-2156-4>
6. NOWINSKI RJ, DUCHENE C. Spontaneous septic subscapular abscess. A case report. *J Bone Joint Surg* 2004; 86: 1302-1304. <https://doi.org/10.2106/00004623-200406000-00028>
7. SAXENA P., KONSTANTINOV I., ZELEI D., NEWMAN MA. Spontaneous subscapular abscess: a rare surgical condition. *Heart Lung Circ* 2008; 17: 517-518. <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2007.02.095>
8. PATEL K, SPOWART E, SOCHOROVA E, DIEGO N, MAMARELIS G, SOHAIL MZ. Subscapular abscess caused by Pantón-Valentine leukocidin-Positive *Staphylococcus aureus*: an atypical presentation. *Case Rep Orthop* 2018; 2018: 8256428. <http://dx.doi.org/10.1155/2018/8256428>
9. CHRISTMAN-SKIELLER C, MCINTYRE LK, PLEVIN R, FRIEDRICH JB, SMITH DG. A Posterolateral Approach to the Scapula for Evacuation of a Subscapular Abscess. *JBJS Case Connect* 2017; 7: e57d. <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.CC.16.00241>
10. HANDORF CR. Fatal subscapular abscess. *SouthMed J* 1983; 76: 271. <http://dx.doi.org/10.1097/00007611-198302000-00039>
11. SCHMITZ GR. How do you treat an abscess in the era of increased community associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA)? *J Emerg Med* 2011; 41: 276-281. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2011.01.027>
12. DUONG M, MARKWELL S, PETER J, BARENKAMP S. Randomized, controlled trial of antibiotics in the management of community-acquired skin abscesses in the pediatric patient. *Ann Emerg Med* 2010; 55: 401-407. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2009.03.014>