

Escápula en resorte

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

La escápula en resorte significa que oye o nota un roce, un clic o un chasquido en el omóplato cuando este se desplaza sobre la pared del tórax. A veces los médicos la llaman “síndrome de la tabla de lavar”, porque el sonido puede parecerse al de una rueda que pasa sobre una tabla de lavar. El ruido en sí es frecuente. Alrededor de un tercio de las personas sin ningún síntoma presentan cierto roce en el omóplato. Por sí solo, sin dolor, no necesita tratamiento.

Lo que suele llevar a las personas a consultar es el dolor. Se localiza alrededor o debajo del omóplato, a menudo cerca del borde interno, el más próximo a la columna. Tiende a empeorar con las actividades por encima de la cabeza, al estirar el brazo hacia arriba o al cruzarlo por delante del cuerpo, y puede notarse como un menor rendimiento en el deporte. El dolor procede de una bursa inflamada, el fino cojín lleno de líquido que permite que el omóplato se deslice suavemente sobre las costillas, o de la forma del propio hueso. La pared del tórax actúa como una caja de resonancia, por lo que el ruido que oye es más fuerte que el movimiento que lo provoca.

El dolor puede dificultar las tareas cotidianas. Subir una sartén pesada a un estante alto, tender la ropa en el tendedero o alcanzar el cinturón de seguridad pueden desencadenarlo. Algunas personas lo notan sobre todo después de la actividad, más que durante ella. Puede ser lo bastante intenso como para alterar el sueño o impedirle usar el brazo con normalidad.

Si sus síntomas no se calman, empeoran a lo largo de las semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar el brazo, consulte a su médico de cabecera o solicite una valoración por un especialista.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El omóplato está diseñado para deslizarse. Descansa sobre la pared del tórax, separado de ella por una fina capa de tejido graso y resbaladizo que funciona como una junta entre dos superficies en movimiento. Cuatro articulaciones trabajan juntas para mover el hombro: unos dos tercios del movimiento provienen de la propia articulación esférica (de tipo rótula), y el tercio restante proviene del deslizamiento del omóplato sobre las costillas. Cuando ese deslizamiento es suave, nunca se nota.

El problema en la escápula en resorte es que algo altera este deslizamiento. A veces se debe a la forma del hueso: el borde interno del omóplato puede estar más inclinado o curvado hacia las costillas de lo habitual, de modo que queda más cerca de la pared del tórax de lo que debería. A veces se trata de un pequeño bulto de hueso adicional en el omóplato. A menudo son los músculos que rodean el omóplato, que trabajan de forma desigual, de manera que el omóplato no se desplaza con suavidad al moverse. Cualquiera de estas causas puede hacer que el omóplato roce o se enganche en lugar de deslizarse.

El roce irrita el cojín situado entre el omóplato y las costillas. Ese cojín, llamado bursa, es un fino saco lleno de líquido que funciona como un amortiguador entre el hueso y los tejidos blandos. Cuando se inflama, se engrosa y se vuelve doloroso al tacto, y ese es el dolor que nota debajo o alrededor del omóplato. La fricción también puede provocar un engrosamiento reactivo del propio tejido, que es la respuesta del cuerpo al roce repetido.

Esto explica los síntomas descritos anteriormente. El ruido procede de las superficies irregulares que se mueven una sobre otra, y la pared del tórax lo amplifica como una caja de resonancia. El dolor procede del cojín inflamado, no del ruido en sí. Por eso ambos problemas se tratan de forma diferente, y por eso el tratamiento se centra en calmar la inflamación y en reentrenar los músculos que controlan el omóplato.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de miembro superior en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En la clínica, tomamos su historia clínica, examinamos su hombro y solicitamos estudios de imagen cuando son necesarios para averiguar qué está causando el ruido y el dolor.

La mayoría de las personas mejoran sin una operación, por lo que el tratamiento comienza sin cirugía. El primer paso es un programa de fisioterapia para fortalecer los músculos que controlan el omóplato, junto con estiramientos de los músculos que se han acortado. Modificar las actividades que desencadenan los síntomas también ayuda. Dé a este tratamiento una oportunidad real de 3 a 6 meses antes de plantearse cualquier otra cosa.

Si el dolor persiste, los medicamentos pueden ayudar a calmar la inflamación. Los comprimidos antiinflamatorios, del mismo tipo que muchas personas toman para los dolores musculares, forman parte de esta etapa. También podemos ofrecerle una inyección guiada por imagen de corticoide y anestésico local en la bursa situada debajo del omóplato. Esto cumple dos funciones: calma el cojín inflamado y confirma que el dolor procede de ese lugar.

La cirugía solo se considera cuando el dolor continúa tras varios meses de estos tratamientos y no le han proporcionado suficiente mejoría. La operación es una cirugía artroscópica (mínimamente invasiva), que se realiza a través de pequeñas incisiones con una cámara. Consiste en extirpar la bursa inflamada situada entre el omóplato y las costillas. La esquina superior interna del omóplato solo se recorta si durante la operación se comprueba que es prominente. En la mayoría de las personas el dolor mejora considerablemente después de la

cirugía, pero a menudo persiste algún clic. Hablaremos con usted sobre lo que la cirugía podría suponer en su caso y decidiremos juntos si es el paso adecuado.

Qué esperar

La mayoría de las personas mejoran sin una operación. El tratamiento comienza con fisioterapia para fortalecer los músculos que controlan el omóplato, medicamentos antiinflamatorios y la modificación de las actividades que desencadenan los síntomas. Dé a este tratamiento una oportunidad real de 3 a 6 meses. Muchas personas notan que el dolor disminuye durante este tiempo y nunca necesitan cirugía.

Si el dolor continúa tras varios meses de estos tratamientos, puede considerarse la cirugía. La cirugía artroscópica extirpa la bursa inflamada situada entre el omóplato y las costillas, y recorta la esquina superior interna del omóplato solo si se comprueba que es prominente. En la mayoría de las personas el dolor mejora considerablemente después de la cirugía. A menudo persiste algún clic, porque los tratamientos que alivian el dolor solucionan sobre todo el dolor, no el ruido. El alivio completo de todos los síntomas no es el resultado habitual.

Sin tratamiento, los síntomas pueden persistir y llegar a ser lo bastante intensos como para alterar el sueño o impedirle usar el brazo con normalidad. Esta afección puede ser difícil de reconocer y de tratar, por lo que merece la pena obtener pronto un diagnóstico claro en lugar de esperar a que se resuelva por sí sola.

Si sus síntomas no se calman, empeoran a lo largo de las semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar el brazo, consulte a su médico de cabecera o solicite una valoración por un especialista.

¿Cuándo consultar a un especialista?

El ruido por sí solo no es motivo de preocupación. Alrededor de un tercio de las personas sin ningún síntoma presentan cierto roce en el omóplato y, por sí solo, no necesita tratamiento. Lo que importa es el dolor. Consulte a su médico de cabecera o solicite una valoración por un especialista si tiene dolor alrededor o debajo del omóplato que no se calma, empeora a lo largo de las semanas, le despierta por la noche o le impide trabajar o usar el brazo. Solicite también una valoración si el dolor es lo bastante intenso como para alterar el sueño, si su rendimiento en el deporte ha disminuido, o si las actividades por encima de la cabeza, como estirar el brazo hacia arriba o cruzarlo por delante del cuerpo, le provocan dolor. La escápula en resorte puede ser difícil de reconocer, por lo que conviene obtener pronto un diagnóstico claro.

En mayor profundidad

Esta sección va más allá de lo que necesita para tomar sus propias decisiones sobre el tratamiento. Merece la pena leer más sobre la escápula en resorte porque el ruido y el dolor son dos problemas distintos, y los tratamientos que ayudan solucionan sobre todo el segundo, no el primero.

EL RUIDO ES FRECUENTE; EL PROBLEMA ES EL DOLOR

El roce del omóplato no es, por sí solo, un signo de enfermedad. Una revisión clásica sobre esta afección cita un estudio temprano que encontró crepitación escapular en **el 31 % de 100 personas sin ningún síntoma** [1]. Lo que convierte el ruido en una afección es el dolor, generalmente por una bursa inflamada: la fina capa de tejido revestida de líquido que permite que el omóplato se deslice sobre las costillas.

La forma influye. En un estudio de imagen, las personas con un omóplato que se curva hacia delante a lo largo de su borde interno (una forma cóncava con un “ángulo del cuerpo escapular medial” positivo) tenían un **riesgo 12 veces mayor** de escápula en resorte [2]. Esa medición resultó ser menos útil de lo que parecía al principio: un estudio posterior encontró que el mismo ángulo varía considerablemente según la dirección desde la que se observa, por lo que no es lo bastante fiable como para diagnosticar la afección por sí solo [3]. En un modelo con cadáveres, la característica ósea más importante fue cuánto se adelantaba la parte interna del omóplato hacia las costillas [4].

LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS MEJORAN SIN UNA OPERACIÓN

En una serie de **30 omóplatos de 28 pacientes** tratados con un programa específico de fortalecimiento muscular, **14 (50 %)** evolucionaron bien solo con los ejercicios y **6 (21 %)** necesitaron además únicamente medicamentos antiinflamatorios, de modo que **el 71 %** alcanzó un resultado bueno o mejor, según la propia escala del estudio, sin cirugía [5].

El seguimiento más largo procede de Finlandia. **Doce** personas operadas mediante cirugía abierta y **9** tratadas sin ella fueron reevaluadas una media de **22 años** después. El dolor con el esfuerzo era bajo en ambos grupos: **0,8 sobre 10** tras la cirugía y **1,5 sobre 10** sin ella, una diferencia demasiado pequeña para tener la seguridad de que fuera real ($p = 0,357$) [6]. El dolor mejoró rápidamente tras la cirugía en **7 de 12**, pero a largo plazo ambas vías terminaron prácticamente en el mismo punto.

Una inyección de anestésico local y corticoide en la bursa cumple dos funciones: trata la inflamación y comprueba si la bursa es realmente el origen del dolor. En un circuito asistencial del Reino Unido, **74** de **94** pacientes seguían con molestias tras la fisioterapia y recibieron una inyección guiada por ecografía; **55** tuvieron una buena respuesta inicial, que se mantuvo en **17** [7]. Entre los **42** pacientes operados de los que se hizo seguimiento, quienes habían respondido bien a la inyección mejoraron más tras la operación que quienes no habían respondido [7]. Una serie estadounidense más amplia, con un seguimiento de al menos cinco años, no encontró la misma relación [8], por lo que una mala respuesta a la inyección no descarta la cirugía.

LO QUE CONSIGUE LA CIRUGÍA Y LO QUE NO

La serie a largo plazo más amplia siguió a **66** personas durante **5 a 15 años** después de la extirpación artroscópica de la bursa y el recorte de la esquina del omóplato. La puntuación media del hombro aumentó de **56,7 a 87,2** sobre 100, el dolor disminuyó de **5,2 a 1,4** sobre 10, y **el 77,6 %** alcanzó una mejoría lo bastante grande como para notarla. De las **42** personas que practicaban deporte, **38 (90,5 %)** volvieron a practicarlo y **31 (73,8 %)** volvieron a su nivel anterior o a uno cercano. **Ocho (12,1 %)** necesitaron otra operación [8]. Otra serie de **74** omóplatos tuvo una tasa similar de nuevas cirugías (**8 de 74**) y encontró que los pacientes de más edad, las personas que llevaban más tiempo con síntomas y las personas con puntuaciones más bajas de bienestar mental antes de la cirugía tendían a evolucionar peor [9].

La resolución completa es la excepción. Una revisión sistemática de **203** hombros operados encontró que **42 (20,7 %)** estaban completamente recuperados, **139 (68,5 %)** habían mejorado pero seguían teniendo algunos síntomas, y **22 (10,8 %)** tuvieron un mal resultado [10]. Una revisión de 2026 con **464** pacientes llegó a la misma conclusión general: tanto el tratamiento no quirúrgico como el quirúrgico alivian el dolor, pero los síntomas mecánicos, el clic y el roce, a menudo no desaparecen por completo [11].

¿MERECE LA PENA EXTIRPAR EL HUESO?

Recortar la esquina superior interna del omóplato es la parte tradicional de la operación, por lo que sorprende que pueda aportar poco. Un centro comparó a **24** personas a las que solo se les extirpó la bursa con **32** a las que además se les recortó la esquina. Las puntuaciones finales de dolor (**3,4** y **2,8** sobre 10, $p = 0,351$) y las puntuaciones del hombro (**75,8** y **76,5**, $p = 0,895$) fueron iguales, y el clic seguía presente en **el 58 %** y **el 59 %** [12]. La operación fue más corta sin el trabajo sobre el hueso: **37,5** frente a **61,2** minutos [12]. Los grupos se siguieron durante periodos de tiempo distintos y no fueron aleatorizados, por lo que esta no es la última palabra, pero es la razón por la que la decisión de recortar el hueso se toma durante la operación y no de antemano.

REFERENCIAS

- [1] Kuhn JE, Plancher KD, Hawkins RJ. Symptomatic Scapulothoracic Crepitus and Bursitis. *J Am Acad Orthop Surg*. 1998;6(5):267-73. <https://doi.org/10.5435/00124635-199809000-00001> [2] Spiegl UJ, Petri M, Smith SW, Ho CP, Millett PJ. Association between scapula bony morphology and snapping scapula syndrome. *J Shoulder Elbow Surg*. 2015;24(8):1289-95. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2014.12.034> [3] Percin B, Featherall J, Tashjian RZ, Chalmers PN, Joyce CD, Mortensen AJ, et al. The influence of scapular orientation on the medial scapula corpus angle in snapping scapula syndrome. *JSES Int*. 2025;9(1):70-8. <https://doi.org/10.1016/j.jseint.2024.08.179> [4] Tahal DS, Katthagen JC, Marchetti DC, Mikula JD, Montgomery SR, Brady A, et al. A Cadaveric Model Evaluating the Influence of Bony Anatomy and the Effectiveness of Partial Scapulectomy on Decompression of the Scapulothoracic Space in Snapping Scapula Syndrome. *Am J Sports Med*. 2017;45(6):1276-82. <https://doi.org/10.1177/0363546516687755> [5] Groh G, Simoni M, Allen T, Dwyer T, Heckman M, Rockwood C. Treatment of snapping scapula with a periscapular muscle strengthening program. *J Shoulder Elbow Surg*. 1996;5(2):S6. [https://doi.org/10.1016/s1058-2746\(96\)80089-9](https://doi.org/10.1016/s1058-2746(96)80089-9) [6] Vastamäki M, Vastamäki H. Open Surgical Treatment for Snapping Scapula Provides Durable Pain Relief, but so Does Nonsurgical Treatment. *Clin Orthop Relat Res*. 2016;474(3):799-805. <https://doi.org/10.1007/s11999-015-4614-1> [7] Tytherleigh-Strong G, Gill J, Griffiths E, Al-Hadithy N. Prognosis After Arthroscopic Superior Medial Scapulothoracic Bursectomy for Snapping Scapula Syndrome Improves After a Transient Beneficial Response With an Ultrasound-Guided Subscapular Cortisone Injection. *Arthroscopy*. 2020;36(12):2965-72. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2020.07.024> [8] Rupp M, Geissbuhler AR, Rutledge JC, Amendola R, Hanson JA, Doan KC, et al. Minimum 5-Year Clinical and Return-to-Sport Outcomes After Primary Arthroscopic Scapulothoracic Bursectomy and Partial Scapulectomy for Snapping Scapula Syndrome. *Am J Sports Med*. 2024;52(6):1449-56. <https://doi.org/10.1177/03635465241243072> [9] Menge TJ, Horan MP, Tahal DS, Mitchell JJ, Katthagen JC, Millett PJ. Arthroscopic Treatment of Snapping Scapula Syndrome: Outcomes at Minimum of 2 Years. *Arthroscopy*. 2016;33(4):726-32. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2016.08.029> [10] Memon M, Kay J, Simunovic N, Ayeni OR. Arthroscopic management of snapping scapula syndrome improves pain and functional outcomes, although a high rate of residual symptoms has been reported. *Knee Surg Sports*

Traumatol Arthrosc. 2017;26(1):221-39. <https://doi.org/10.1007/s00167-017-4693-5> [11] Wallace K, Mitchell JK, Lauck BJ, Reed J, Conlon S, Kamath GV. Snapping Scapula Syndrome: A Systematic Review of Treatment Options and Outcomes. J Shoulder Elbow Surg. 2026. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2026.05.023> [12] Featherall J, Christensen GV, Mortensen AJ, Wheelwright JC, Chalmers PN, Tashjian RZ. Arthroscopic scapulothoracic bursectomy with and without superomedial angle scapuloplasty: a comparison of patient-reported outcomes. J Shoulder Elbow Surg. 2023;32(9):1945-52. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2023.03.020>