

REPARACIÓN TRAS RUPTURA DEL PECTORAL MAYOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

PABLO FERNÁNDEZ-VILLACAÑAS MÍNGUEZ, ALBERTO DEL OLMO GALEANO, RUTH BARBERO ORTEGA, PAULA VELASCO ALCALDE, JULIAN FERNÁNDEZ GONZÁLEZ
SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID. ESPAÑA.

INTRODUCCION

La rotura del tendón del pectoral mayor (PM) es una lesión rara, cuya incidencia ha aumentado debido a la práctica de deportes competitivos (rugby), levantamiento de pesas y estética. Ocurre fundamentalmente en varones, entre 20-40 años. Se produce por mecanismo indirecto de tensión excesiva en el momento de máxima contracción muscular. Los pacientes presentan equimosis en cara medial del brazo y antero-lateral del pecho, hinchazón, asimetría en el pliegue axilar anterior, en la altura mamaria y en el volumen del pectoral afectado, dolor súbito y limitación funcional principalmente a la aducción y rotación interna del brazo. Sin tratamiento, la ruptura puede generar dolor y discapacidad en individuos deportistas. La reparación del tendón PM es actualmente el tratamiento recomendado, obteniéndose mejores resultados con respecto a dolor y funcionalidad en comparación con el tratamiento no quirúrgico.

OBJETIVO

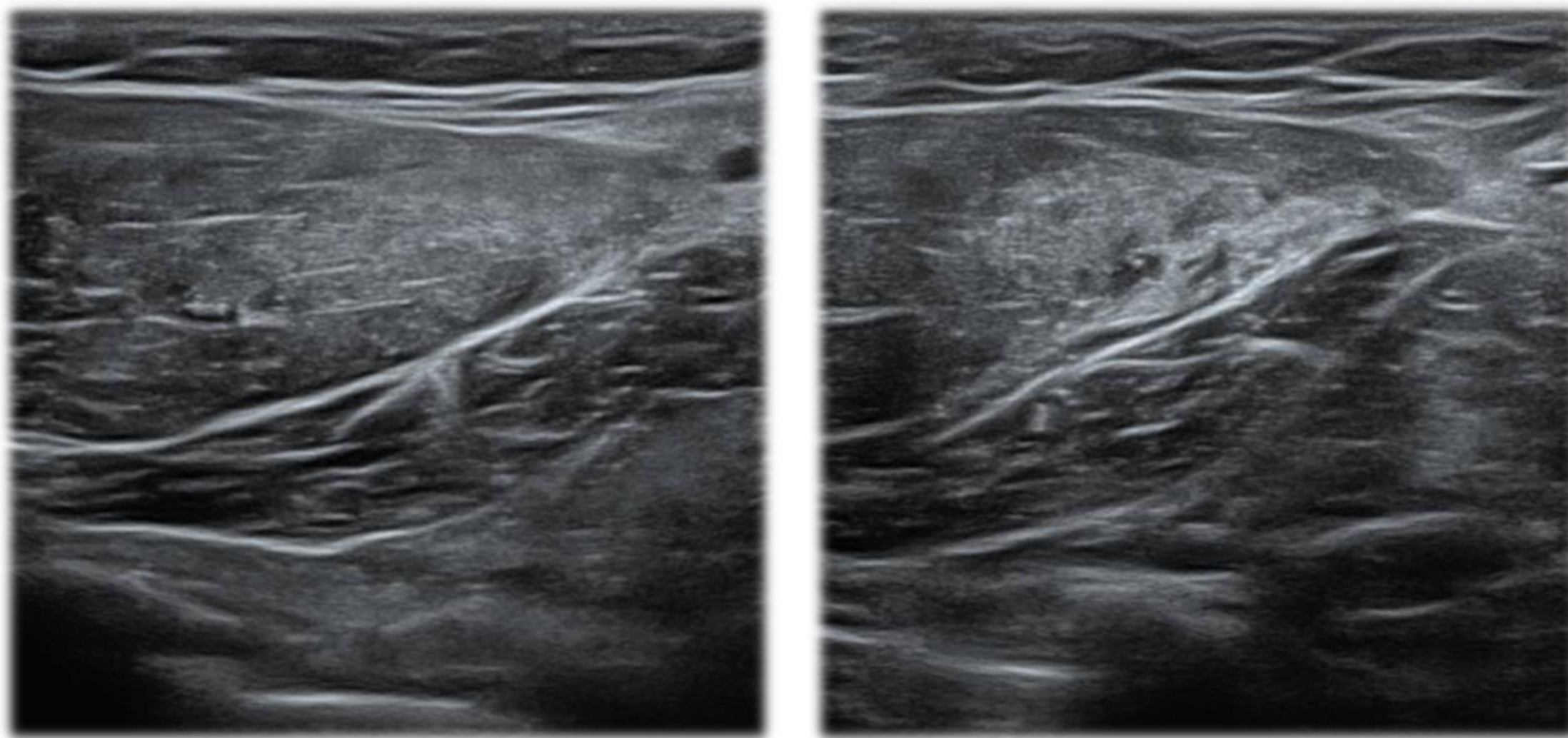
Presentar un caso clínico de ruptura del PM a nivel de su inserción humeral

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 55 años, acude por dolor y deformidad en pectoral izquierdo tras sobreesfuerzo en el gimnasio. No consume anabolizantes. Se aprecia deformidad en cuadrante supero-externo de pectoral izquierdo, con dolor localizado y limitacion en la aducción y rotación interna del hombro. En la ecografía, se aprecia avulsión de la inserción humeral del pectoral mayor con retracción de su borde libre.



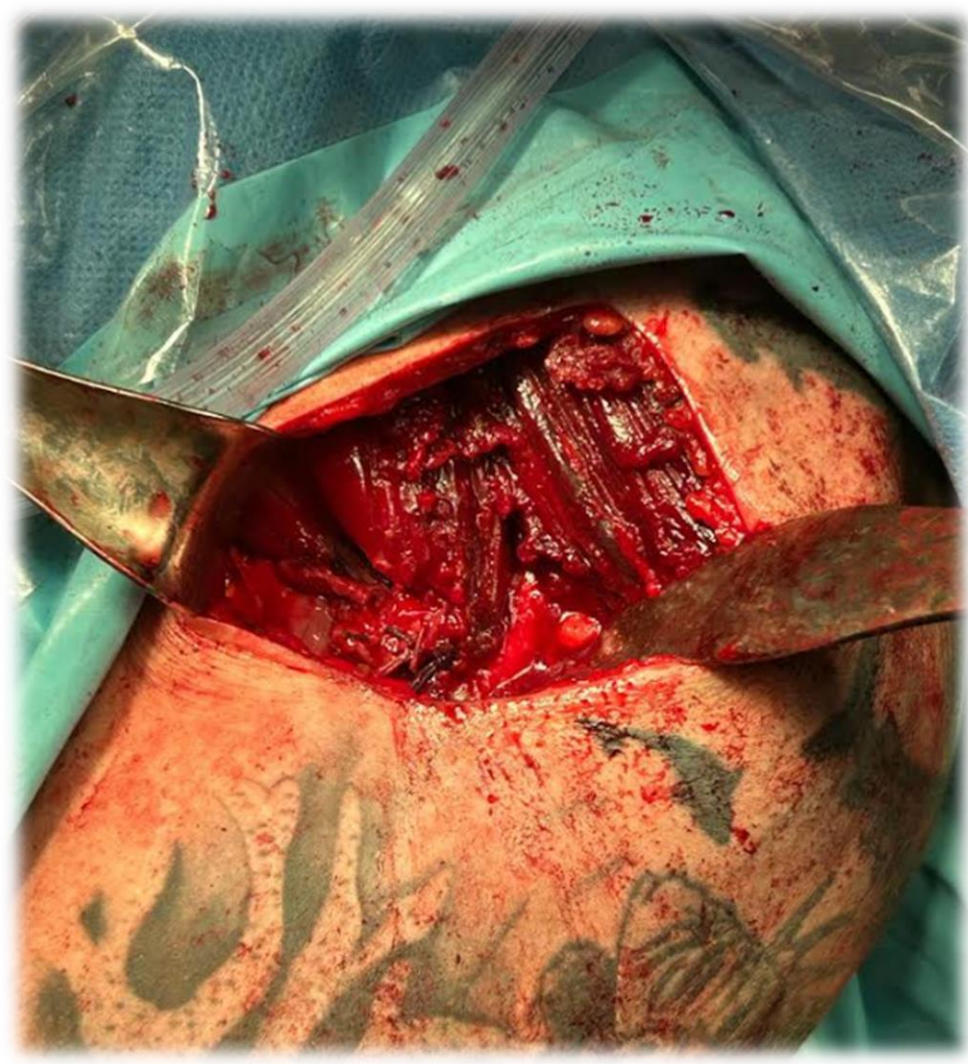
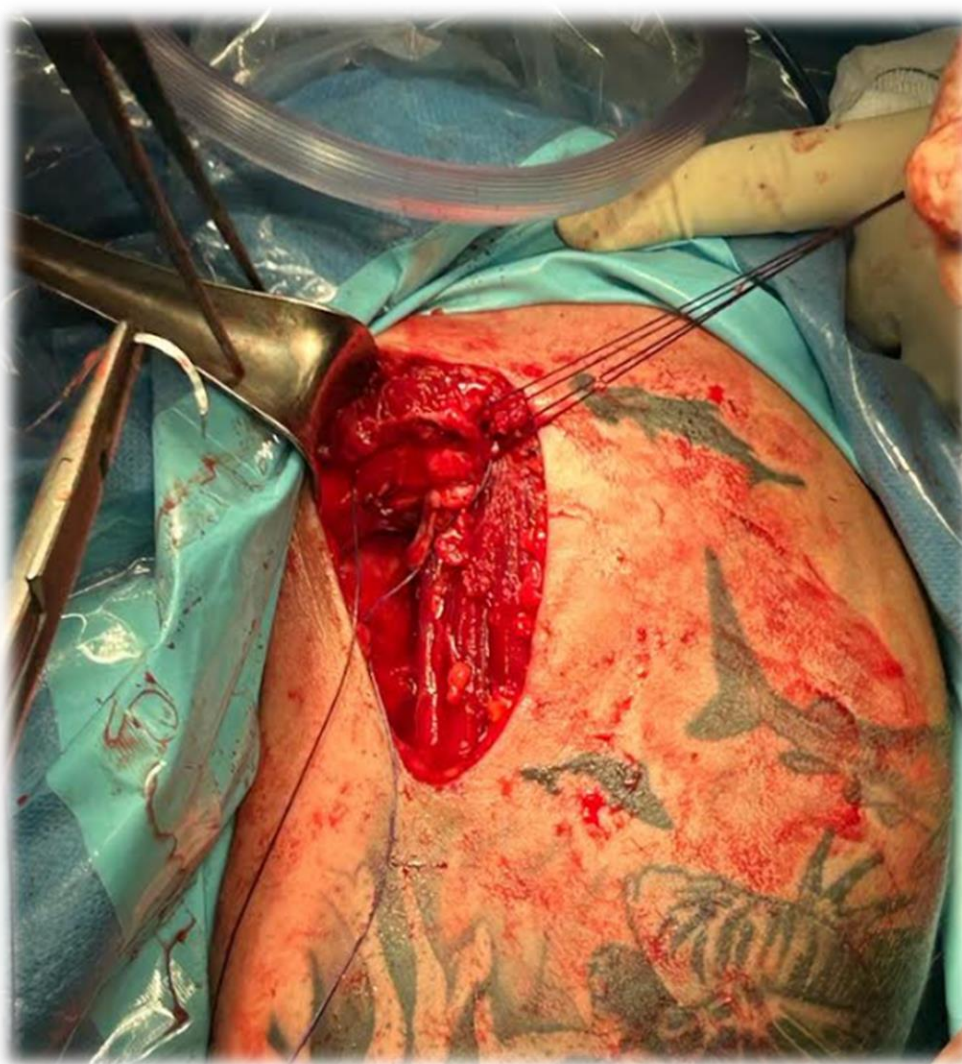
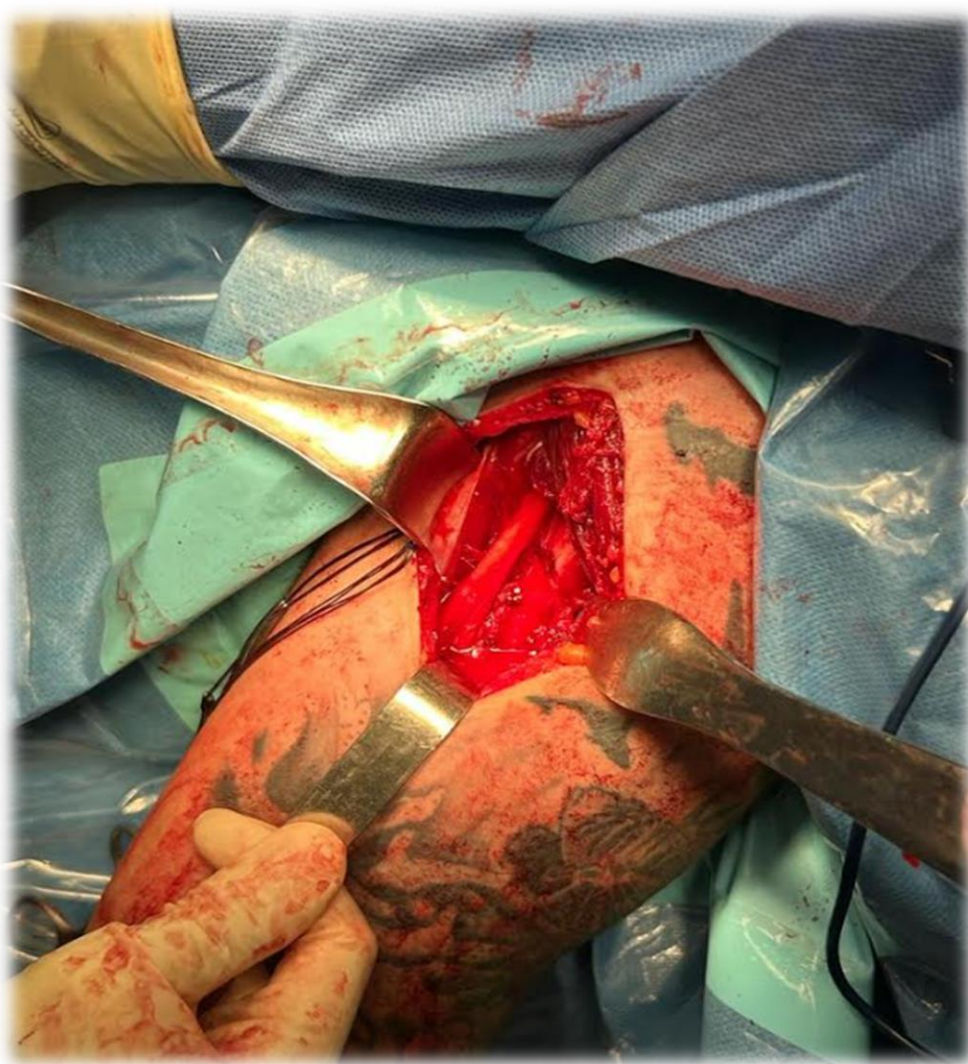
Foto de la exploración física



Imágenes de la ecografía

RESULTADOS

Se propone cirugía para reparación tendinosa. A través de abordaje deltopectoral, se localiza el muñón del tendón desinsertado y se realiza sutura doble tipo krakow. Se localiza la cresta insercional en el húmero, se labra con fresa para cruentar la zona y se colocan 2 implantes de sutura (Healix), los cuales se utilizan para el reanclaje óseo del tendón. Posteriormente, se inmoviliza con cabestrillo 3 semanas y comienza con movilidad pasiva y rehabilitación.



CONCLUSIONES

- El diagnóstico es fundamentalmente clínico.
- Esta patología está relacionada con una alta demanda muscular (ejercicio físico)
- El tratamiento quirúrgico temprano se asocia a mejores resultados clínicos y funcionales, un menor tiempo de incapacidad laboral y precoz recuperación de su actividad habitual.
- Según experiencia y bibliografía, hasta las 6 semanas se puede realizar reparación primaria directa sin necesidad de aloinjerto.

- Long MK, Ward T, DiVella M, Enders T, Ruotolo C. Injuries of the pectoralis major: Diagnosis and management. Orthop Rev (Pavia) [Internet]. 2022;14(4):36984. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.52965/001c.36984>
- Brown SM, Cole WW 3rd, Provencher MT, Mulcahey MK. Pectoralis major injuries: Presentation, diagnosis, and management: Presentation, diagnosis, and management. JBJS Rev [Internet]. 2021;9(5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.RVW.20.00097>
- Kowalczuk M, Elmaraghy A. Pectoralis major rupture: Evaluation and management. J Am AcadOrthop Surg [Internet]. 2022;30(7):e617–27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5435/JAAOS-D-21-00541>