

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ROTURA DEL PECTORAL MAYOR.



EXPERIENCIA EN NUESTRA UNIDAD (Hospital La Fe, Valencia)

Jose Enrique Aroca Navarro, Sara Burguet Girona, Agustín Pina Medina, Enrique Puchol Castillo

INTRODUCCIÓN

- La rotura del pectoral mayor es una lesión rara que se produce generalmente en varones jóvenes deportistas, y más del 50% de los casos durante el ejercicio de levantamiento de pesas (press banca). Se asocia al estrés repetitivo y al uso de anabolizantes.
- El diagnóstico se basa en el mecanismo de lesión y la exploración física del paciente. La resonancia magnética confirma, con buena correlación anatómica, el lugar y extensión de la rotura (vientre muscular, unión miotendinosa o inserción humeral).
- Existen varias opciones de tratamiento: inmovilización con cabestrillo, sutura directa o reconstrucción con injerto tendinoso en roturas de larga evolución. El método de tratamiento depende del tipo de lesión (parcial o completa) y de las necesidades individuales del paciente.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ROTURA DEL PECTORAL MAYOR.



EXPERIENCIA EN NUESTRA UNIDAD (Hospital La Fe, Valencia)

Jose Enrique Aroca Navarro, Sara Burguet Girona, Agustín Pina Medina, Enrique Puchol Castillo

CASO CLÍNICO

- Varón de 32 años remitido desde otro hospital con rotura del pectoral mayor de 1 año de evolución, tratado de forma ortopédica. Es actor y no se encuentra conforme con el defecto estético.
- A la exploración:
 - asimetría contorno pectoral derecho
 - abultamiento en zona esternal con la contracción isométrica
 - pérdida del contorno axilar anterior
 - debilidad en adducción



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ROTURA DEL PECTORAL MAYOR.

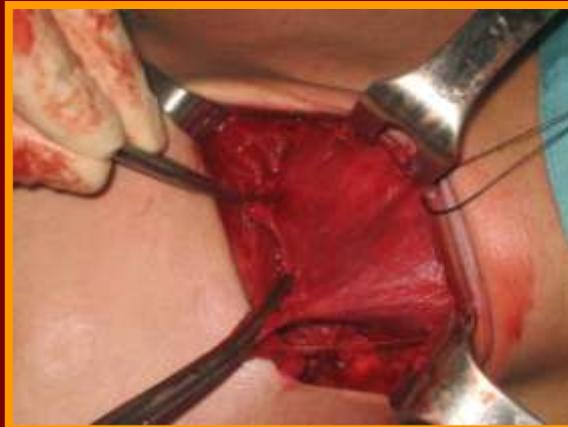


EXPERIENCIA EN NUESTRA UNIDAD (Hospital La Fe, Valencia)

Jose Enrique Aroca Navarro, Sara Burguet Girona, Agustín Pina Medina, Enrique Puchol Castillo

INTERVENCIÓN

1. A través del abordaje deltopectoral, se observa la porción clavicular del músculo pectoral íntegra, y la porción esternal rota en la unión miotendinosa y rodeada de abundante fibrosis.
2. Dado la retracción medial del vientre muscular se utilizará aloinjerto de tendón de Aquiles para el reanclaje en el húmero.



- Rupture of the pectoralis major muscle: surgical treatment in athletes. Kakwani RG. *Int Orthop* 2007; 31: 159-163
- Pectoralis major muscle injuries: Evaluation and management. Petilon J. *JAAOS* 2005;13:59-68

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ROTURA DEL PECTORAL MAYOR.



EXPERIENCIA EN NUESTRA UNIDAD (Hospital La Fe, Valencia)

Jose Enrique Aroca Navarro, Sara Burguet Girona, Agustín Pina Medina, Enrique Puchol Castillo

3. Se fija el extremo óseo del aloinjerto en una trinchera labrada en diáfisis humeral mediante un tornillo de cortical de 3 5.
4. Se coloca el aloinjerto en posición anatómica y se sutura la zona tendinosa del aloinjerto al remanente muscular mediante sutura tipo Brunelli, con el brazo en abd 45° y rotación interna.



- Delayed repair of a pectoralis major tendon rupture with allograft. Joseph TA. *J Shoulder Elbow Surg* 2003; 12:101-104

- Rupture of the pectoralis major: a meta-analysis. Bak K. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2000; 8: 119

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ROTURA DEL PECTORAL MAYOR.



EXPERIENCIA EN NUESTRA UNIDAD (Hospital La Fe, Valencia)

Jose Enrique Aroca Navarro, Sara Burguet Girona, Agustín Pina Medina, Enrique Puchol Castillo

RESULTADOS

- El resultado estético fue satisfactorio y a los dos meses el paciente reanudó la actividad deportiva (levantar pesas) sin debilidad.



DISCUSIÓN

- El tratamiento conservador permite la reincorporación a las actividades de la vida diaria con un resultado aceptable en roturas parciales y en pacientes con baja demanda funcional, pero en pacientes con alta demanda funcional produce pérdida de adducción, flexión y rotación interna del hombro, así como un defecto estético en la parte anterior del tórax.
- El tratamiento quirúrgico restaura el contorno pectoral normal y permite el retorno al nivel deportivo previo, tanto en casos de rotura aguda como de larga evolución. Aunque en ambas se obtienen buenos resultados, la reparación precoz obtiene en general mejores resultados que la reparación tardía.
- En los casos de rotura aguda se puede llevar a cabo una sutura directa. La reparación en estadio crónico es más difícil técnicamente por la fibrosis, retracción y atrofia muscular, y generalmente requiere el uso de aloinjertos para aumentar la superficie de reparación y disminuir la tensión de la sutura.