

ROTURA PECTORAL MAYOR: REINSERCIÓN CON ANCLAJES VIUDOS

PABLO PEÑALVER ANDRADA
JUAN FRANCISCO JIMENEZ SANCHEZ
JENS JARED CÁRDENAS SALAS
RUTH BARBERO ORTEGA
ENRIQUE GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

Objetivos

La rotura traumática del músculo pectoral mayor suele ser frecuente en varones tras sobreesfuerzos levantando peso.

Las roturas agudas del tendón son fáciles de diagnosticar pero si pasan desapercibidas pueden requerir un tratamiento crónico más complejo con peores resultados

Material y metodología

Presentamos un varón de 38 años con dolor en miembro superior derecho tras sobreesfuerzo haciendo *press* de banca. No presenta antecedentes médicos de interés.

Paciente diestro que trabaja como electromecánico (realiza esfuerzos) y es deportista habitual (gimnasio)

El paciente presenta asimetría a nivel de pectoral y areolas (Fig. 1). Presenta dolor a la palpación profunda y pérdida de la pared anterior de la axila y hematoma en región axilar y torácica.

Presenta movilidad limitada con dolor a la abducción activa y debilidad a la adducción.

Tras la exploración y sospecha de rotura de tendón de músculo pectoral mayor se realiza ecografía y RM (rotura del pectoral mayor con gap de 34 mm. con leve hematoma subfascial, pectoral y peribicipital)

Se realiza sutura-reanclaje de pectoral mayor con anclajes viudos con abordaje deltopectoral modificado.

Se realiza disección roma medial al deltoides donde identificaremos el tendón de pectoral mayor.

Se realiza decorticación parcial con fresa del footprint humeral del tendón pectoral mayor y brocado de diáfisis humeral y brocado del lecho de los anclajes (Fig. 2).

Se realiza una sutura tipo *Krakow* del remanente de tendón distal con sutura no reabsorbible 2 mm (Fig. 3) y reinserción tendón de diáfisis humeral con 3 anclajes 5.5-4.5-4.5 viudos *knotless* (Fig. 4)



Fig. 1

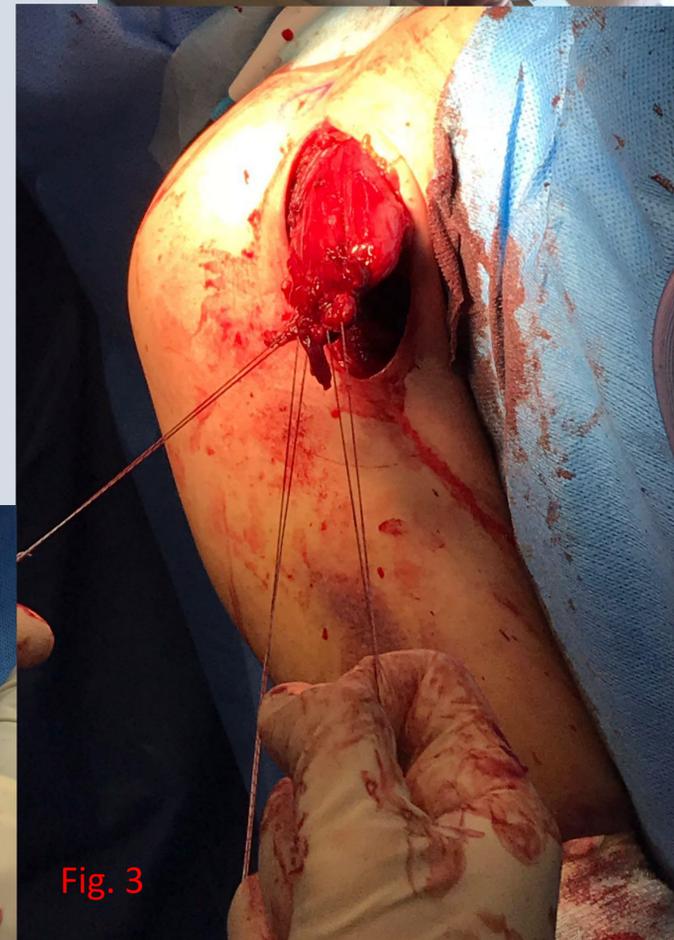


Fig. 3

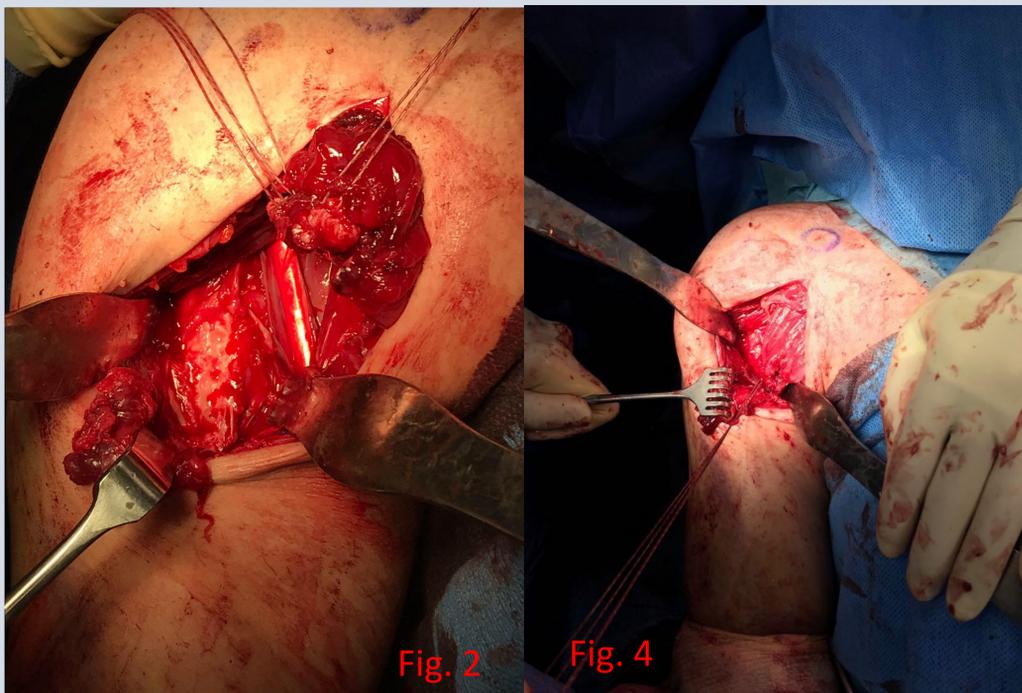


Fig. 2

Fig. 4



Fig. 5

Resultados

Tras la cirugía, se mantiene cabestrillo 15 días. Posteriormente se empieza protocolo habitual de rehabilitación con progresión de rango articular y fuerza. El paciente se reincorpora con rango completo al trabajo activo y deporte *fitness* a los 5 meses de la cirugía. La única complicación que presenta es una cicatrización hipertrófica. (Fig. 5)

Conclusiones

La rotura aguda del pectoral mayor es una lesión típica de pacientes jóvenes activos y en la mayoría de los casos requiere tratamiento quirúrgico. Los nuevos dispositivos de anclaje, permiten una fijación segura y fuerte para una rehabilitación precoz con buenos resultados clínicos y funcionales.