

MECANISMO ATÍPICO DE LESIÓN DE PECTORAL MAYOR

Fernández Ortega, C. Torre Pérez, O. García García, MA. Calvera Allué, J. Garcés García R.

Introducción

La incidencia de rotura del músculo pectoral mayor hoy en día es desconocida, si bien se encuentra en aumento en los últimos años. Es característica de varones de entre 20-40 años sometidos a alta demanda física (culturistas, luchadores, militares).

El pectoral mayor es un músculo formado por 2 vientres musculares: una porción esternocostal (80% del volumen del músculo) y una porción clavicular. El pectoral presenta una compleja inserción humeral bilaminar, lateral a la corredera bicipital.

El momento de máxima tensión para este músculo se produce con una contracción excéntrica, y la secuencia de afectación y fracaso muscular es predecible: primero fracasan las fibras inferiores de la porción esternocostal, a continuación las fibras superiores de esta misma porción, y por último las fibras de la porción clavicular.

La patología más frecuente, por tanto, es una avulsión de la porción esternocostal del músculo pectoral mayor.

Objetivo

Presentamos un caso de mecanismo atípico de rotura traumática de pectoral mayor en varón joven.

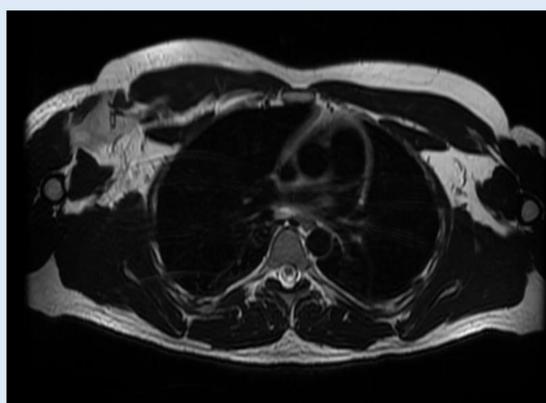
Material y métodos

Varón de 26 años sin antecedentes de interés acude a Urgencias por dolor local y debilidad en el hombro derecho tras caída desde 5 metros al agua con el brazo en 90º de abducción realizando barranquismo.

En la exploración física se aprecia un hematoma Hennequin-like y asimetría en ambas areolas. El balance articular del hombro refleja debilidad y dolor con la aducción y rotación interna del mismo. El punto de mayor dolor a la palpación se encontraba en la pared anterior del hueco axilar, sin dolor a la palpación en eminencias óseas del hombro.

Inicialmente se realiza radiografía de hombro, sin apreciarse lesiones óseas agudas y, posteriormente, ecografía de partes blandas, en la que no se logra hallar el tendón de inserción del pectoral mayor.

Ante la alta sospecha clínico-ecográfica se decide realizar RMN para valorar posible avulsión tendinosa y/o afectación de la unión miotendinosa pectoral, confirmándose así el diagnóstico de sospecha.



Resultados

Bajo anestesia general y plexo interescalénico se realiza reparación quirúrgica programada del tendón del pectoral mayor.

En posición de silla de playa y con abordaje interdeltopectoral medializado, hasta hueco axilar, se realiza drenaje del hematoma local e identificación del tendón proximal de la porción esternocostal, con buen aspecto macroscópico. Se realiza sutura del tendón tipo Krakow y se tuneliza inferior a las fibras de la porción clavicular. A continuación se reancla el tendón con sistema Pec-Button empleando 3 implantes unicorticales en húmero proximal.



Tras la cirugía se inmoviliza el hombro derecho con cabestrillo en rotación interna durante 3 semanas, con seguimiento en curas y buena evolución de la herida.

A continuación se inicia un trabajo fisioterapéutico y rehabilitador con ejercicios pasivo-asistidos.

A las 10-12 semanas de la cirugía se comienzan a realizar ejercicios activos, observándose una adecuada respuesta tendinosa y muscular.

Finalmente a los 3 meses el paciente realiza vida normal y a partir de los 6 meses actividad física intensa.

Conclusiones

La reparación quirúrgica precoz del tendón de pectoral mayor ofrece buenos resultados funcionales y estéticos, permitiendo recuperar niveles de trabajo y demanda muscular previos a la lesión en 6-8 meses.

Bibliografía

- Butt U, Mehta S, Funk L, Monga P. Pectoralis major ruptures: a review of current management. J Shoulder Elbow Surg. 2015 Apr;24(4):655-62. doi: 10.1016/j.jse.2014.10.024. Epub 2015 Jan 1.
- Bodendorfer BM, Wang DX, McCormick BP, Looney AM, Conroy CM, Fryar CM, Kotler JA, Ferris WJ, Postma WF, Chang ES. Treatment of Pectoralis Major Tendon Tears: A Systematic Review and Meta-analysis of Repair Timing and Fixation Methods. Am J Sports Med. 2020 Nov;48(13):3376-3385. doi: 10.1177/0363546520904402. Epub 2020 Feb 28.
- Bak, K., Cameron, E. & Henderson, I. Rupture of the pectoralis major: a meta-analysis of 112 cases. Knee Surgery 8, 113-119 (2000).