

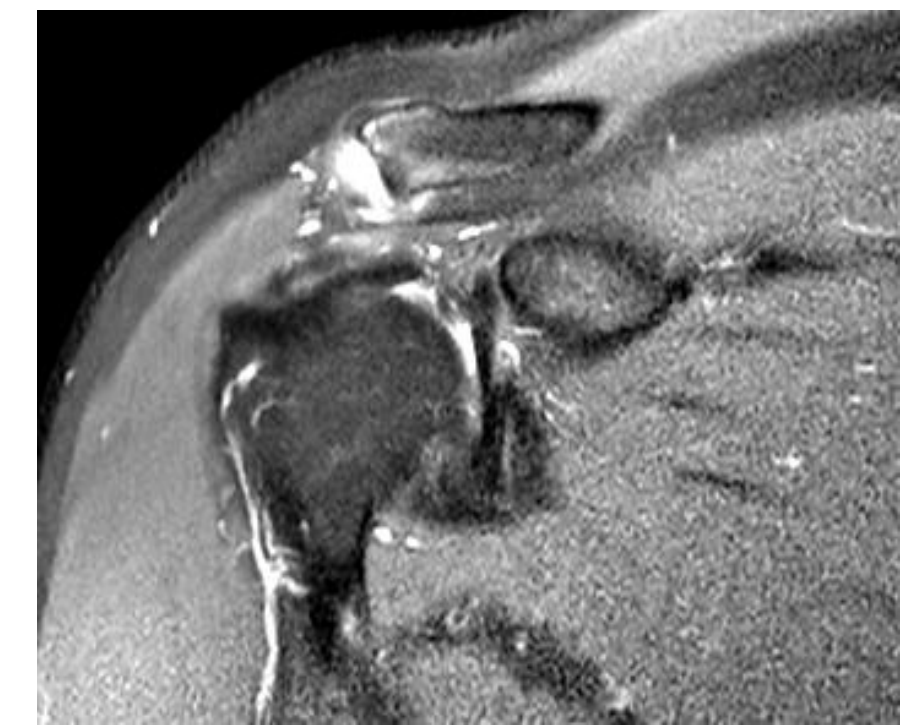
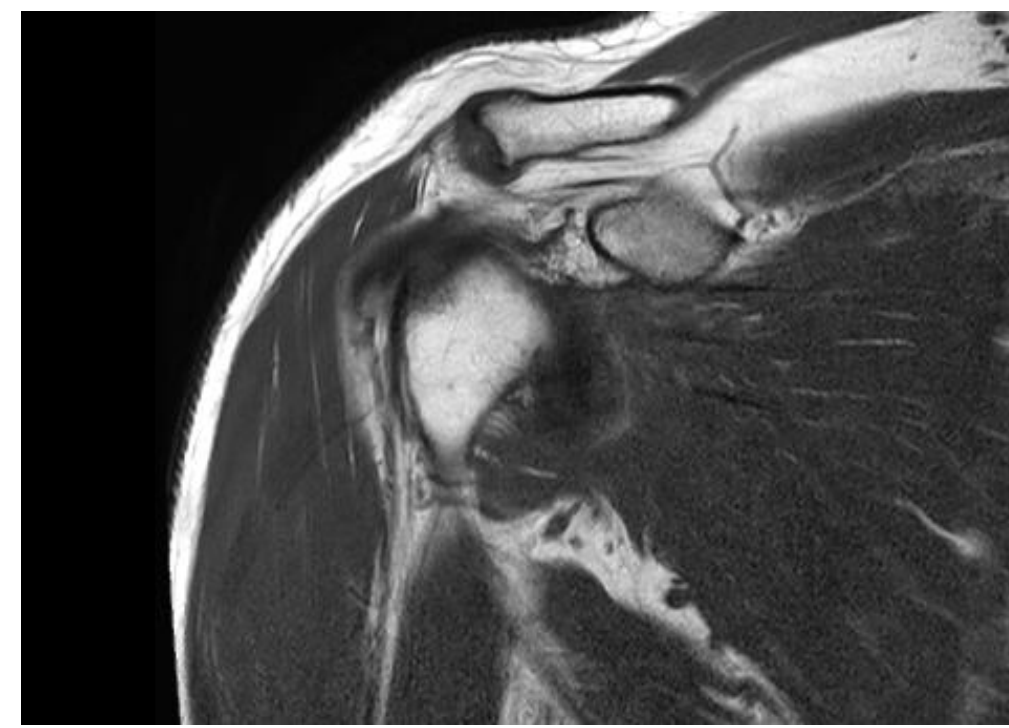
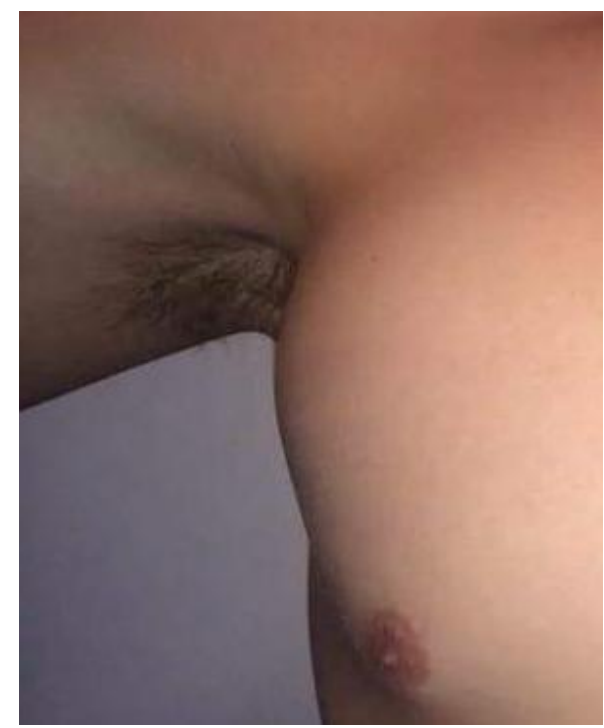
Tratamiento con aloinjerto de Aquiles de rotura crónica de pectoral Bak IIIC.

Jiménez Martín A, Najarro Cid FJ. Navarro Martínez S. Hospital FREMAP Sevilla.

INTRODUCCIÓN: Las roturas de pectoral mayor aumentan su prevalencia por los deportes de contacto o de levantamiento de peso. Generan una deformidad estética y funcional que requiere su reparación. Cuando superan 6 semanas, la retracción y atrofia requieren injertos, siendo ésto menos habitual.

OBJETIVOS: Presentamos un caso de 5 meses de evolución, y realizamos una revisión bibliográfica al respecto.

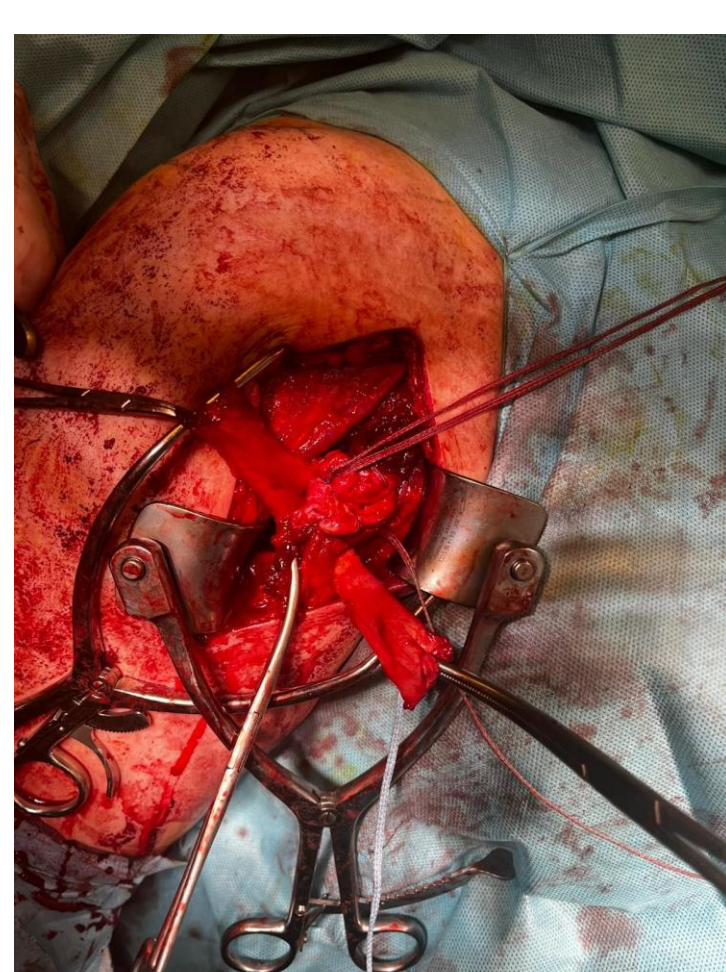
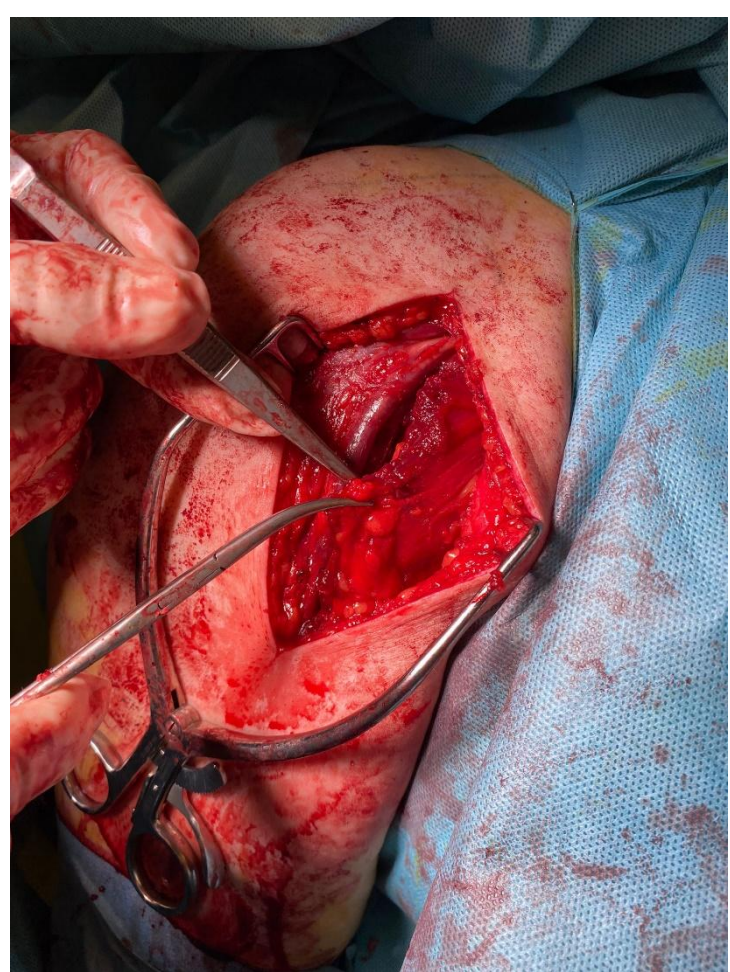
MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 47 años, que sufre dolor brusco tras rotación externa forzada contrarresistencia en brazo derecho. Inicialmente no es diagnosticado por RNM glenohumeral. Dada la alteración del índice pectoral mayor y dolor constante, se solicita RNM específica que demuestra rotura Bak tipo IIIC, grado II de Kowalczyk, con retracción de 7 cm, así como atrofia incipiente.



RESULTADOS: Realizamos plastia, apoyada en Aquiles de banco de tejidos, mediante sutura Pulverstaf, y preparación de reinserción con doble Krackow. apoyada en anclajes. Pec Button, consiguiendo la tensión correcta y corrigiendo el índice pectoral mayor. Tras rehabilitación de 3 meses, alcanza flexión anterior activa y abducción de 170º, con rotación externa de 40º. Constant de 85 puntos.

DISCUSIÓN: La medición del índice de Pectoral Mayor (Kowalczyk), aporta sensibilidad del 79% y especificidad del 98%. ElMaragy-Deveraux describieron una clasificación con lesiones tendinosas (45%) o musculotendinosas (22%), según Bat.

Con más de 6 semanas requiere aporte de injertos (Aquiles, tendón rotuliano, fascia lata o isquiotibiales) y/o mallas y reproducir un footprint, de 3,5 x 1 cm (Javed), previamente labrado (Bak). Para Hart no hubo diferencias entre la reinserción transósea o con arpones (611 Vs 620 N). El tratamiento quirúrgico mejora los resultados funcionales respecto del ortopédico ($p < 0,027$), con mejoría de la fuerza ($p > 0,001$) e incluso, satisfacción, ($p = 0,037$). Para Yu, la reparación permite volver a la actividad previa lesional en el 87% de los casos en 6,1 +/- 1,7 meses. La tasa de rerrotura es del 2,9-5,4%, con omalgia del 2,6-7,8%, riesgo de infección por Cutibacterium Acnes o capsulitis adhesiva.



BIBLIOGRAFÍA.

Everything pectoralis major: from repair to transfer. Thompson K, Kwon Y, Flatow E, Jazrawi L, Strauss E, Alaia M. Phys Sportsmed. 2020 Feb;48(1):33-45.
Pectoralis Major Rupture in Military Academy Athletes. Chan AG, Balazs GC, Haley CA, Posner MA, Rue JH, Owens BD. Orthop J Sports Med. 2019 Jul 18;7(7):2325967119860157.
Pectoralis Major Rupture: Evaluation and Management. Kowalczyk M, Elmaraghy A. J Am Acad Orthop Surg. 2022 Apr 1;30(7):e617-e627.
Chronic Pectoralis Major Rupture Reconstruction With Interpositional Acellular Dermal Allograft. Gouk CJC, Shulman RM, Lowe C, Buchan C, Thomas MJE, Taylor FJ, Ochsner J. 2021 Summer;21(2):217-223.
Chronic pectoralis major rupture in a 32-year-old man. Parnes N, Tomaino MM. CMAJ. 2021 Feb 1;193(5):E172.
Surgical reconstruction of unreparable pectoralis major rupture using tendo-achilles allograft. Javed S, Monga P, Hallam L, Torrance E, Funk L. Shoulder Elbow. 2019 Apr;11(2):94-97.
Pectoralis Major Injuries: Presentation, Diagnosis, and Management. Brown SM, Cole WW 3rd, Provencher MT, Mulcahey MK. JBJS Rev. 2021 May 6;9(5).