

ROTURA CRÓNICA PECTORAL MAYOR REPARACIÓN CON ALOINJERTO TIBIAL ANTERIOR

Dorado Capote, Ángel; García Martín, Miguel Ramón; Obando Martínez, Javier; García Avellaneda, Lucía; Lobón Martín, Miguel

Cirugía ortopédica y traumatología. Hospital de Mérida

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Las roturas del pectoral mayor son lesiones raras, aunque en los últimos años están aumentando los casos debido a las actividades deportivas. Ocurren principalmente en varones jóvenes, con alta demanda funcional.

Esta lesión resulta de una contractura excéntrica del músculo. El uso de esteroides anabólicos y el tabaco predispone la rotura.

La bibliografía recomienda tratamiento quirúrgico ya que presenta mejores resultados funcionales y de satisfacción tanto en lesiones agudas como crónicas. En lesiones agudas podríamos plantear reparación directa de la lesión.

Hay publicadas varias series de casos que refieren que aproximadamente al año de la reparación presentan fuerza similar a contralateral. Las roturas crónicas brindan desafíos quirúrgicos en forma de atrofia y retracción muscular en los que se requiere la reconstrucción del tendón con autoinjertos o aloinjertos..

El objetivo de la reconstrucción es restaurar la anatomía con la longitud original para permitir realizar una potencia completa. La función libre, la fuerza completa y la restauración estética del pliegue axilar se pueden lograr con éxito tras la intervención.

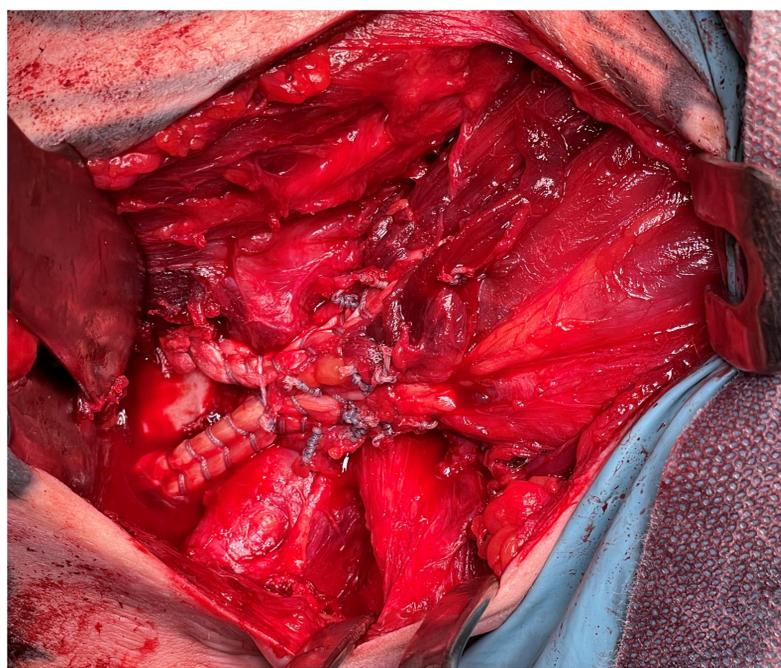
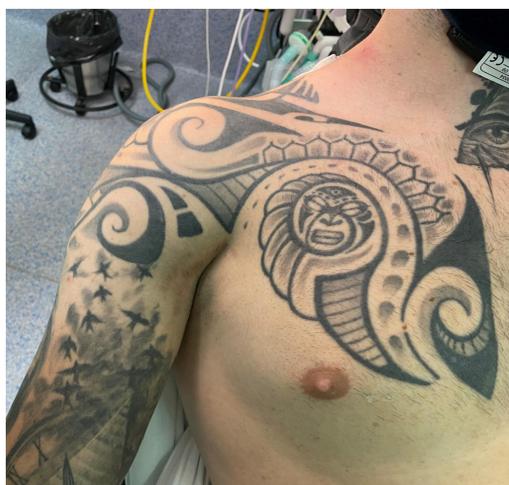
MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos el caso de un paciente varón 33 años vigilante de seguridad y fisicoculturista, que presenta impotencia funcional del hombro derecho tras realizar ejercicio press de banca (fase excéntrica).

A la exploración presenta un hematoma en resolución, una pérdida del pliegue axilar anterior derecho y una atrofia del pectoral derecho.

La RNM objetiva una rotura del pectoral mayor derecho a nivel de la unión miotendinosa.

Se realiza una reparación con aloinjerto de tibial anterior debido a la importante retracción muscular.



RESULTADOS

A los 6 meses de la cirugía, el paciente se encuentra sin dolor y sin limitación para la actividad laboral.

El trofismo del pectoral es prácticamente similar al lado contralateral. El contorno del pliegue axilar anterior se encuentra recuperado y la abducción es completa. La rotación externa es de 45° (simétrica) y la interna T7 (simétrica). En cuanto a la fuerza de aducción es similar a la contralateral.



CONCLUSIONES

Las roturas del pectoral mayor, sobre todo cuando son crónicas, suponen un problema desafiante para los cirujanos en la actualidad. La utilización de aloinjertos para su reparación ha mostrado resultados óptimos. En el caso de nuestro paciente, se ha conseguido una recuperación clínica y funcional completa.