

Tratamiento quirúrgico de la ruptura del pectoral mayor en deportistas

Francisco Alvarez; João Almeida; Marta Gonçalves; José Faria; José Franco
Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo; Barreiro; Portugal

Objetivos

Presentar la experiencia de nuestro servicio y revisión de la literatura sobre el tratamiento quirúrgico de la rotura del pectoral mayor.

Introducción

La ruptura del tendón del pectoral mayor es una lesión rara que resulta de una contracción violenta y excéntrica del músculo. Más del 50% de estas lesiones ocurren en atletas, típicamente por contracción excéntrica con el hombro en abducción y rotación externa.

Describimos dos casos clínicos de rotura de la unión miotendinosa del pectoral mayor y su tratamiento.

Material y Metodologia

Caso clínico 1: Paciente masculino de 36 años de edad, consultado por dolor súbito en hombro izquierdo posterior a ejercicio de press de banca en gimnasio. Presentaba equimosis en 1/3 proximal del brazo, con hiato palpable en la inserción humeral del pectoral mayor y asimetría respecto al lado contralateral. Se le realizó una ecografía que reveló “heterogeneidad estructural y presencia de algún líquido con desorganización fibrosa, compatible con rotura en esta región”.

Caso clínico 2: Paciente varón de 25 años de edad que consulta por dolor en el hombro izquierdo después de hacer press de banca en el gimnasio. Presentaba equimosis en la región externa del pectoral mayor y un hiato palpable en la inserción humeral. La ecografía reveló “una región tendinosa con presencia de líquido heterogéneo y desorganización estructural, aspectos relacionados con alteraciones por desinserción”.

En ambos casos, dado que eran pacientes jóvenes y deportistas, se optó por el tratamiento quirúrgico.



Fig 1 – Equimosis pre bicipital



Fig 2 – Ruptura del pectoral mayor

Resultados

Los pacientes fueron sometidos, bajo anestesia general y en posición semisentada, a la reparación del pectoral mayor mediante cinta de alta resistencia y sistema de botones intramedulares. Intraoperatoriamente se comprobó que las roturas eran completas. En ambos casos se decidió utilizar dos cintas con sutura tipo Krackow. No hubo complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias inmediatas. Mantuvieron un inmovilizador de brazo durante las primeras 6 semanas. Al final de este período inician inmovilización activa controlada y rehabilitación motora con evolución favorable.

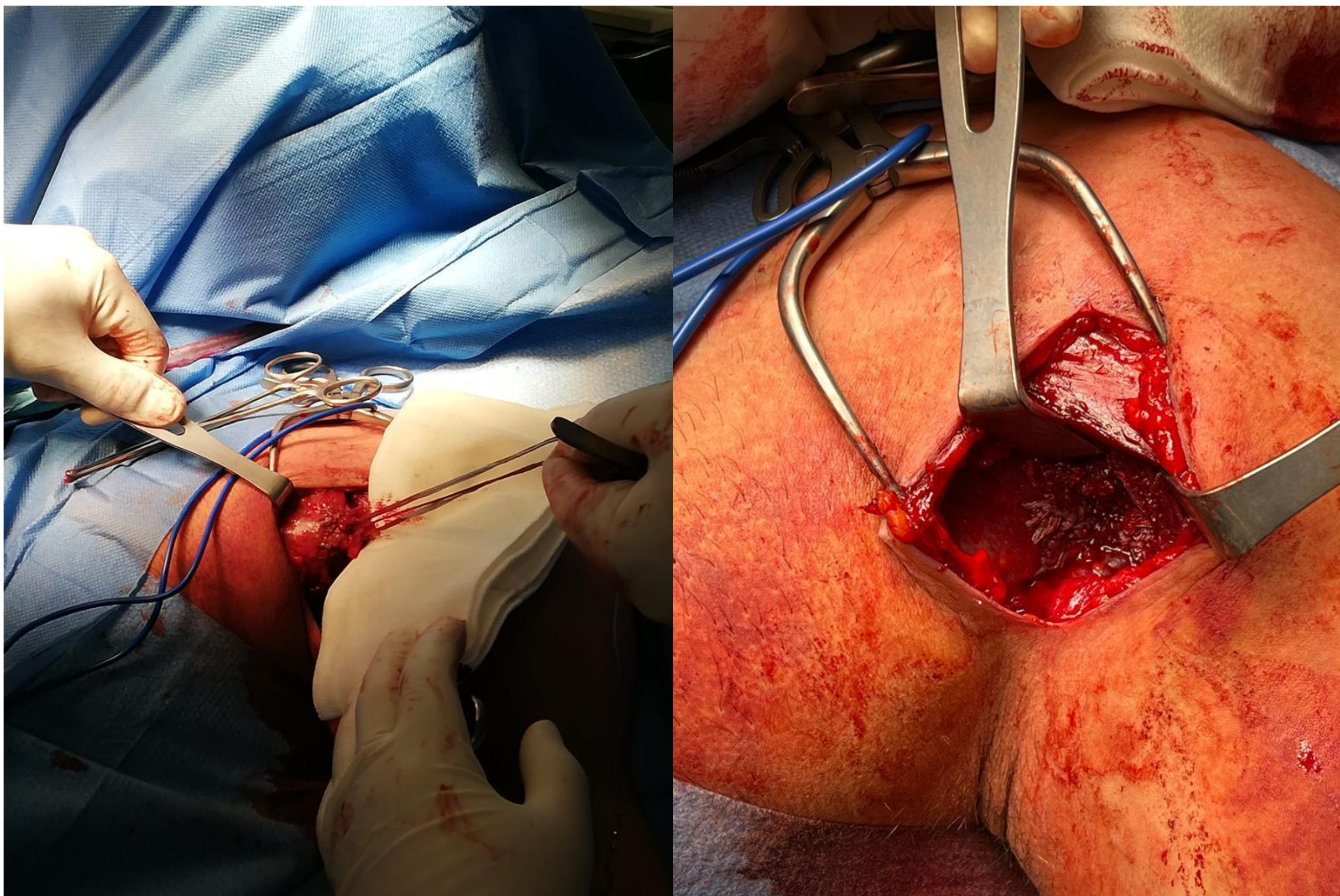


Fig 3– La reparación de la unión miotendinosa

Conclusiones

Los principales objetivos del tratamiento quirúrgico son la recuperación funcional temprana. Aun así, la tasa de recurrencia en estas lesiones no es despreciable, por lo que no es un procedimiento exento de complicaciones. La literatura es consensuada en defender la ventaja del tratamiento quirúrgico frente al tratamiento conservador.

Con el interés generalizado de la población por los deportes y la mayor sensibilidad de los médicos a esta lesión, es predecible que la incidencia de rotura del pectoral mayor seguirá aumentando.