

Rotura traumática del pectoral mayor: una lesión cada vez más frecuente

**Juan Sánchez Hernández, Isidro Jiménez, Dimosthenis Kiimetoglou, Gustavo Muratore,
Alberto Marcos García, Jose Medina.**

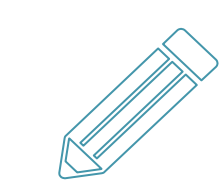
Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Canarias.
Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica.



Introducción

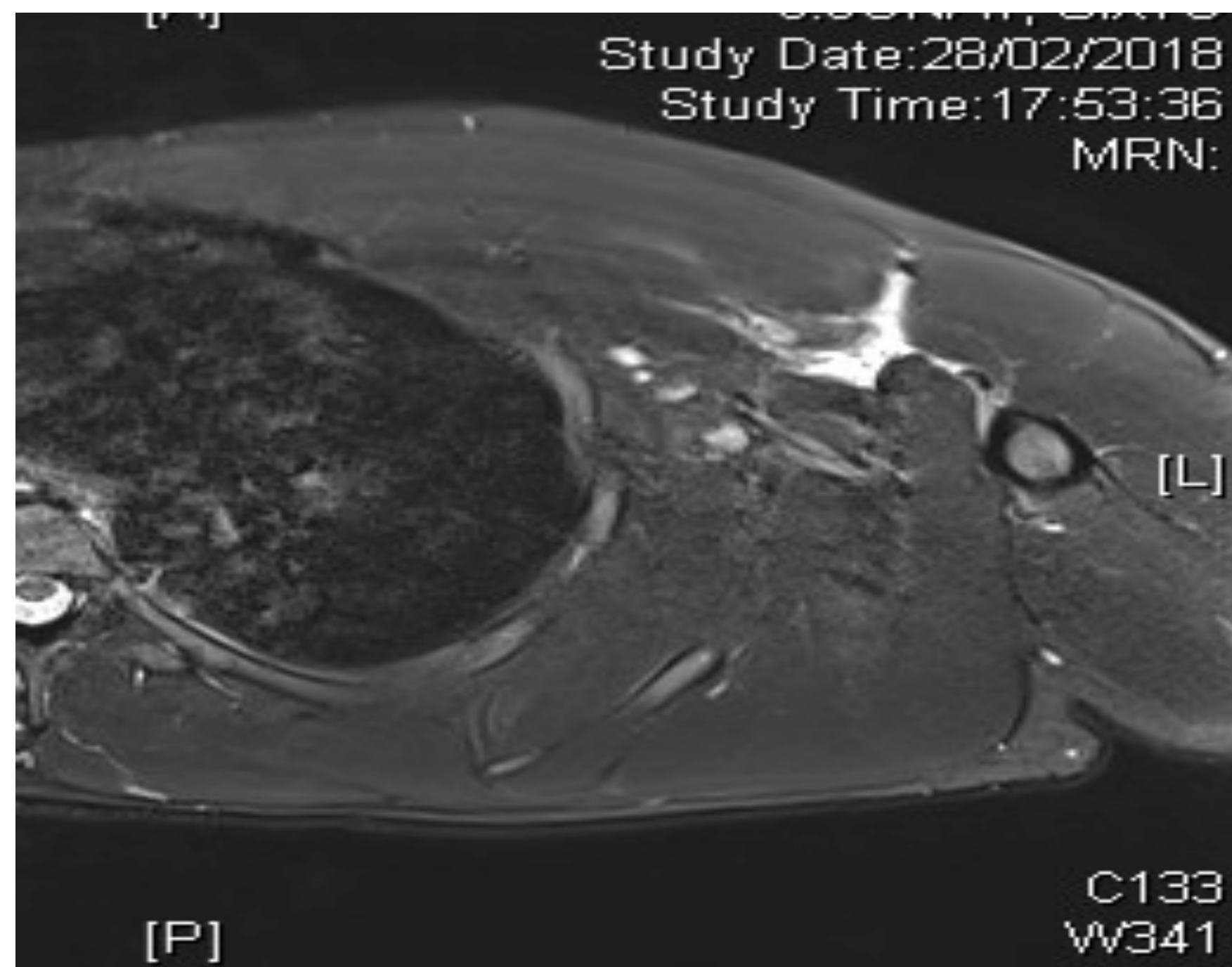
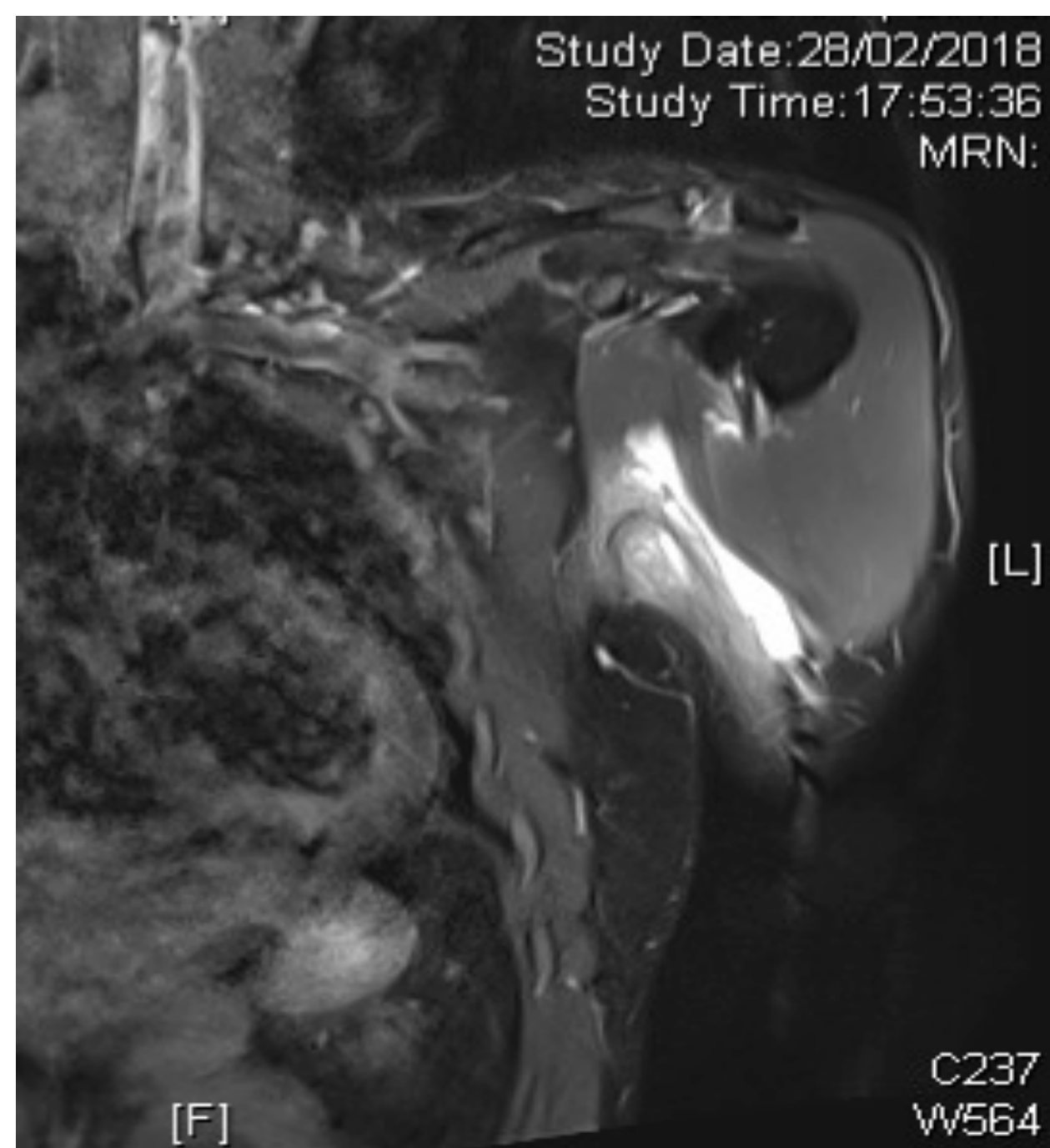
Las lesiones del músculo pectoral mayor han sido consideradas clásicamente lesiones poco frecuentes, casi exclusiva del ámbito laboral. Sin embargo, está aumentando su incidencia en jóvenes deportistas.

Debido a la baja frecuencia y a la complejidad anatómica del músculo, no se tiene un buen conocimiento de esta lesión. Esto podría infradiagnosticar y tratar de forma inadecuada a estos pacientes.

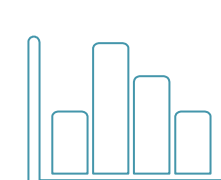


Caso clínico

Varón de 31 años, diestro, que mientras realizaba press de banca sufre sensación de latigazo y dolor intenso en el hombro izquierdo. A la exploración física, se observó equimosis en la axila, con dolor a la palpación y hachazo en la región deltopectoral. Asimismo se apreciaba asimetría de mamilas y deformidad del pectoral, siendo más evidente a la aducción contrarresistencia del brazo. Movilidad limitada por dolor, con pérdida del contorno de la pared anterior axilar.



Ante estos hallazgos, se sospecha rotura del tendón del pectoral mayor izquierdo. Se realiza ecografía y RM que confirman el diagnóstico, tratándose de un tipo III-D según la clasificación de Tietjen.



Resultados

El paciente es intervenido mediante reanclaje del tendón con 2 arpones en el surco bicipital externo. El postoperatorio cursa sin incidencias. Inmovilización 6 semanas con cabestrillo, posteriormente movilización pasiva asistida y, a los 3 meses, fase de refuerzo muscular.

El paciente ha presentado unos resultados satisfactorios, con una movilidad completa y sin pérdida de fuerza, dolor o alteraciones estéticas.



Conclusiones

La frecuencia de esta lesión está aumentando en varones jóvenes por el incremento de la práctica deportiva. El mecanismo lesional y la exploración física nos hace sospechar este cuadro. El tratamiento quirúrgico (sutura transósea, anclaje con arpón y anclaje endocortical) obtiene excelentes resultados funcionales, estando indicado en casos de rotura completa en la unión miotendinosa o en la inserción humeral.



Ver PDF



55 CONGRESO
secot