

REPARACIÓN DE ROTURA CRÓNICA DE PECTORAL MAYOR MEDIANTE ALOINJERTO DE TENDÓN DE AQUILES

Villar Blanco, Alfredo; Pérez Correa, Jose Ignacio; Martínez López, Diego ; Carratalá Perez, Carla ; Esteban Peña, Marina ; Rodrigo Pérez, Jose Luis

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Las roturas del pectoral mayor si se identifican en fase aguda, se pueden solucionar realizando una sutura directa del músculo pectoral al húmero, sin embargo en las roturas crónicas, el anclaje directo del pectoral al húmero no suele ser posible, siendo necesarias técnicas como la descrita en nuestro caso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 61 años en seguimiento por COT por síndrome subacromial derecho.

A la exploración presenta EVA 7, claudicación del supraespinoso y del manguito posterior, y claudicación moderada del subescapular y signo de Horn Blow positivo. En una Rx de hombro presenta una artrosis Hamada 3. La RM nos informa de rotura completa del manguito rotador.

Ante esto, intervenimos a la paciente realizando una artroplastia inversa de hombro y una transferencia de dorsal ancho mediante la técnica de L'episcopo modificada. La evolución tras la cirugía es satisfactoria en cuanto a movilidad pero lo que llama la atención son las fasciculaciones y las contracciones involuntarias dolorosas que presenta en el pectoral mayor y la dificultad de manejo del brazo en altura. Solicitamos una resonancia magnética que nos informa de una atrofia del pectoral mayor y una desinserción del mismo en la diáfisis humeral.

Dada la ausencia de mejoría con el tratamiento rehabilitador, proponemos tratamiento quirúrgico realizando una liberación de adherencias y una plastia de alotendón de Aquiles mediante la cual reinsertamos el pectoral mayor a la diáfisis humeral.

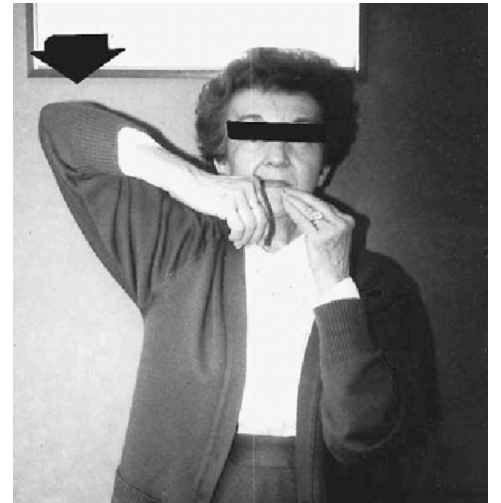


Fig 1. Signo de Horn Blow positivo

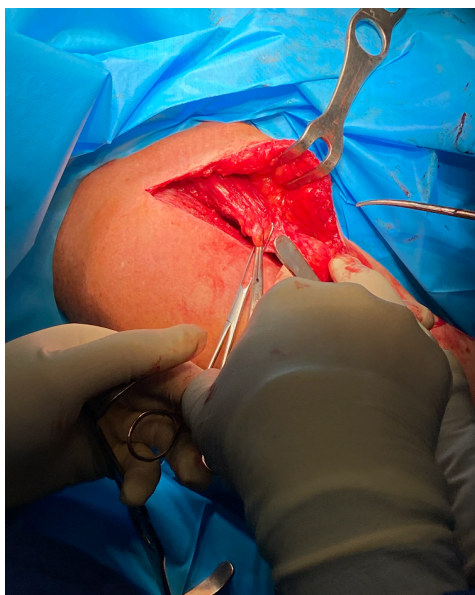


Fig 2 y 3. Liberación de adherencias del pectoral mayor y preparación de la huella de inserción de la plastia en el húmero

Fig 4. Plastia de Aquiles con sutura tipo Krakow en extremo distal

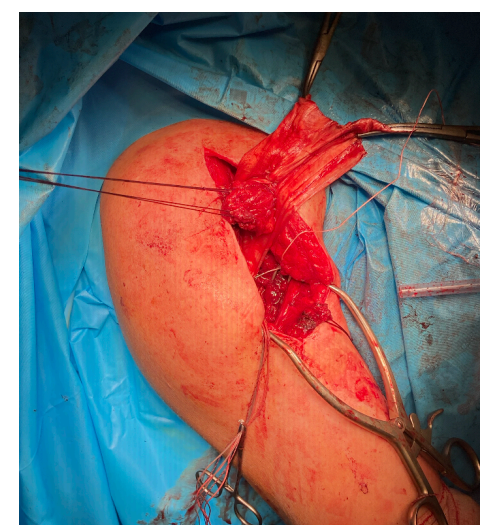
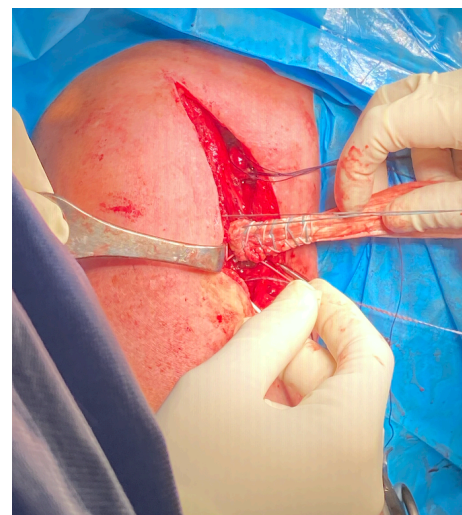


Fig 5 y 6. Inserción de la plastia en el húmero a través de túneles óseos y sutura tipo Pulvertaft de la plastia al remanente del pectoral mayor.

RESULTADOS

Tras la nueva cirugía la paciente a las 4 semanas ya no tiene fasciculaciones, la continuidad del pectoral es correcta y a los 6 meses presenta una rotación interna hasta T9 y una rotación externa hasta nuca.

CONCLUSIONES

Las roturas del pectoral mayor son una patología cada vez más frecuente; estas suelen ocurrir en culturistas y los esteroides anabólicos son su principal factor de riesgo.

Presentamos este trabajo como una alternativa a realizar una reparación directa con excesiva tensión o técnicas de liberación de la fascia (fascial release) que puedan debilitar más la musculatura.

BIBLIOGRAFÍA

1. "A" rimaa, V., Rantanen, J., Heikkilä, J., et al. Rupture of the pectoralis major muscle. Am. J. Sports Med. 32(5):1256-1262, 2004. doi:10.1177/0363546503261137
2. Bak, K., Cameron, E. A., Henderson, I. J. P. Rupture of the pectoralis major: a meta-analysis of 112 cases. Knee Surg. Sports Traumatol. Arthrosc. 8:113-119, 2000. doi:10.1007/s001670050197
3. Hanna, C. M., Glenn, A. B., Stanley, S. N., et al. Pectoralis major tears: comparison of surgical and conservative treatment. Br. J. Sports Med. 35(3):202, 2001. doi:10.1136/bjism.35.3.202
4. Anbari A, Kelly JD, Moyer RA. Delayed repair of a ruptured pectoralis major muscle. A case report. Am J