

# ROTURA CRÓNICA DE PECTORAL MAYOR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

F.J. Serván Alcántara, M. Sánchez Ruiz De Gordo, R. Carrera Abad, G. Pastoriza Azpilicueta, J. Apellániz Antón.

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España

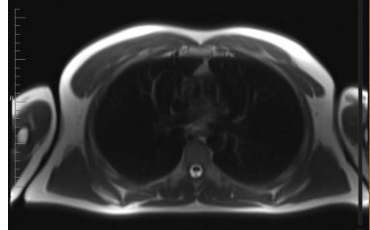
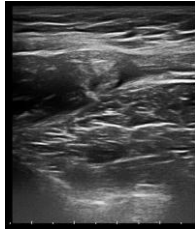
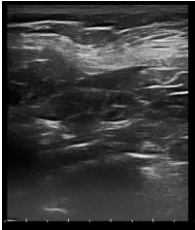


## OBJETIVO:

Presentar el caso de un paciente de 28 años con rotura de pectoral mayor izquierdo tratada quirúrgicamente.

## MATERIAL Y METODOLOGÍA:

Paciente de 28 años, sin antecedentes de interés, que mientras hacía press banca, notó chasquido y dolor súbito en cara anterior de hombro izquierdo. A los 10 días acudió a su médico de cabecera para valoración, que describe en exploración: “dolor con flexión codo, dolor en corredera bicipital y movilidad hombro correcta”, por lo que solicitó ecografía de hombro: “tendón de porción larga del bíceps íntegro, **lesión mioaponeurótica extensa de músculo pectoral izquierdo**”. Fue derivado a consulta de Sección de Extremidad Superior (Traumatología, destacando en la exploración adducción contrarresistencia dolorosa y con abombamiento de masa muscular de pectoral mayor, rotación interna contrarresistencia dolorosa y movilidad glenohumeral completa. Se realizó resonancia magnética de hombro y tórax: “retracción y atrofia del músculo pectoral mayor izquierdo con signos de lesión crónica”.



Fue valorado de nuevo en consulta de Extremidad Superior, el paciente refería dolor y debilidad que interferían con su actividad laboral (albañil), por lo que se decide intervención quirúrgica: abordaje deltopectoral, tracción de muñón y **sutura de plastia de Aquiles de cadáver**. Implantación en borde lateral de corredera bicipital de **tres botones corticales y sutura a plastia mediante doble Krakow**.



## RESULTADOS:

Alta hospitalaria el día posterior de la cirugía con inmovilización tipo Gilchrist. Tres semanas después comenzó con movilizaciones pasivas de hombro. A las cinco semanas, movilizaciones activas sin carga. A los tres meses, movilizaciones activas con carga. A los seis meses reincorporación a su actividad laboral. A los nueve meses el paciente refiere gran satisfacción y reanudación de actividad deportiva.

## CONCLUSIONES:

- La rotura de pectoral mayor es una patología cuyo diagnóstico es clínico y precisa alto índice de sospecha.
- Puede ser conveniente realizar pruebas de imagen (ecografía y resonancia) para apoyar el diagnóstico y planificar la cirugía.
- **El tratamiento quirúrgico está indicado en pacientes con elevada demanda funcional que presenten importante limitación.**
- **Es preferible la reinserción directa**, si el muñón no se puede movilizar hasta zona de inserción se puede interponer injerto (autólogo o aloinjerto).