

Un Caso de Ruptura del Tendón Pectoral Mayor por Contracción Voluntaria

Julio Barrocal G.*

Vladimir Gordlenko O.**

Es aceptada por todas las escuelas ortopédicas de renombre la frecuencia relativa de las lesiones tendinosas de algunos músculos (bíceps, tríceps sural, etc.), especialmente de origen traumático sobre base patológica, que provocan la ruptura total del tendón (rara la forma pura por arrancamiento bajo tensión).

Son numerosas las publicaciones sobre lesiones músculos tendinosas de origen traumático puro o sobre terreno patológico. Ahora, en la mayoría de estos artículos los autores se refieren a los músculos más frecuentemente interesados como son el tríceps sural, cuádriceps y bíceps braquial (ciertamente los más expuestos a diferentes lesiones por sus características anatómicas y sollicitaciones mecánicas). Sobre otros músculos interesados, libros y revistas son avaros de artículos, de ahí que hayamos decidido publicar nuestro caso de ruptura traumática de la inserción humeral del pectoral mayor derecho, considerando la lesión más única que rara. Varios son los mecanismos que pueden producir contusiones simples, hemorragias, laceraciones músculo-tendinosas hasta la forma más grave representada por la ruptura completa del tendón. Estas lesiones de tipo traumático puro son el resultado de heridas penetrantes, desgarres por contracciones musculares bruscas o de carácter tetánico, agotamiento muscular en individuos no entrenados y finalmente presentarse como complicación de las fracturas o luxaciones. En otros casos, si bien la causa es siempre el traumatismo, éste es siempre leve, pero siempre realizado sobre un terreno patológico como sucede en una degeneración fibro-tóxica (fiebre tifoidea, etc.), una triquinosis, en miositis, en una degeneración mixoide-quística o en condiciones particulares en las cuales la circulación muscular se encuentra comprometida. Es importante recordar que las lesiones pueden ser múltiples en un mismo individuo y que la sede preferida son las conexiones músculo-tendinosas

HISTOLOGIA

Se encuentra interrupción de las fibras musculares, del sarcolema y del endomisio. Presencia de hemorragias de grado variable con infiltración leucocitaria. En los bordes de la lesión las fibras sufren degeneración hialina o vacuolar. En un segundo tiempo sustitución de este tejido por otro de tipo conjuntivo de cicatrización. Naturalmente si la lesión se produce sobre terreno patológico, se agregarán las alteraciones anatómo-patológicas correspondientes a cada caso.

* Trabajo presentado para la Jefatura de Clínica de Servicio de Ortopedia. Hospital San Juan de Dios.

** Asistente del Servicio de Ortopedia. Hospital San Juan de Dios.

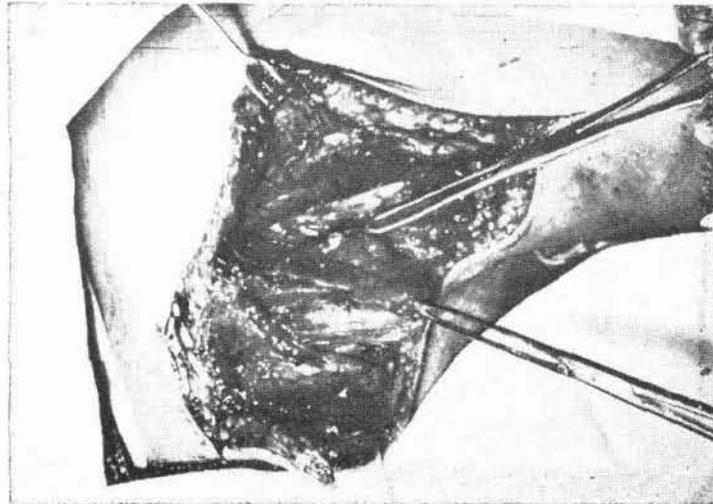


FOTO No. 1

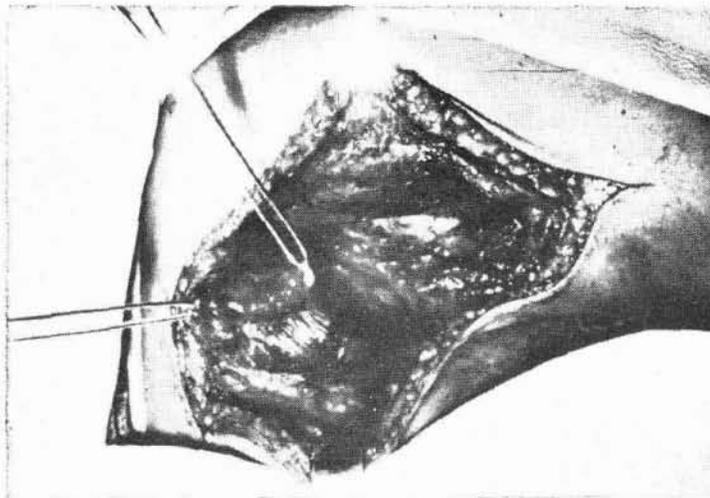


FOTO No. 2

Nuestro caso se refiere a un paciente de sexo masculino con 35 años, de edad, atleta aficionado (levantador de pesas), que se presenta a nuestra consulta tres días después de haber sufrido la lesión. Refiere que después de tres años de no practicar realizó, en posición supino y sobre el pecho el levantamiento de 300 libras. En la tercera realización del ejercicio, sintió un dolor súbito e intenso en su hombro derecho, acompañado de crujido, debiendo de inmediato soltar el peso mantenido en alto bajo esfuerzo máximo. De pie, intentó el alzamiento de un peso menor, siéndole totalmente imposible por el dolor (siempre intenso) y por la impotencia funcional. De inmediato notó que la mínima movilización del brazo e intento de contracción muscular, le producía la formación de una tumoración en sede pectoral, dura, cuya consistencia disminuía apenas suspendía las contracciones. Tenía el aspecto de una bola de goma compacta. Posteriormente se presentaron edema y equimosis severa en cara anterior del hombro que se agravó en los días siguientes. El examen físico realizado por nosotros comprobó las lesiones descritas a la simple inspección. Se invitó al paciente a abducir el brazo, esta maniobra provocaba la formación de la tumoración en la región pectoral pero ya de consistencia suave, con una contractura acompañada de características fasciculaciones. Los otros movimientos (circonducción, abducción, rotación interna, anteposición y retroposición), eran normales. La inspección dio otros datos de importancia: durante la abducción era evidente la desaparición del borde anterior de la axila (formado por el músculo al dirigirse al húmero donde realiza su inserción distal). En base a los datos clínicos descritos, fácilmente diagnosticamos la lesión: *arrancamiento traumático de la inserción humeral del músculo pectoral mayor por contracción brusca y sostenida.*

Realizado el diagnóstico, se decide intervenir quirúrgicamente para reparar la lesión. Se practica incisión sobre el surco delto-pectoral. Se encuentra, Foto 1, ruptura de la aponeurosis clavículo-pectoral, disección de la vena cefálica y de los músculos deltoides y pectoral mayor (situación que facilitó la operación). Se procedió a separar hacia el extremo el músculo deltoides, descubriéndose ampliamente la lesión que presentaba las siguientes características: sección completa del tendón a tres milímetros de su inserción humeral, con bordes irregulares de ambos cabos tendinosos por la ruptura violenta, Foto 2, grueso hematoma y alejamiento hacia arriba del músculo, de varios centímetros. Se procedió a reinsertar el músculo suturando con "surgaloy" directamente al hueso, Fotos 3-4, agregando un refuerzo con puntos periosteos y sobre el borde del músculo deltoides. Sutura por planos e inmovilización con "Velpeau" que se mantuvo por un mes.

Nuestro paciente tuvo un postoperatorio excelente. Fue sometido a una rehabilitación racional y minuciosa. Actualmente el paciente, totalmente recuperado, reinició su actividad de levantador de pesas aficionado. Fotos 5-6.

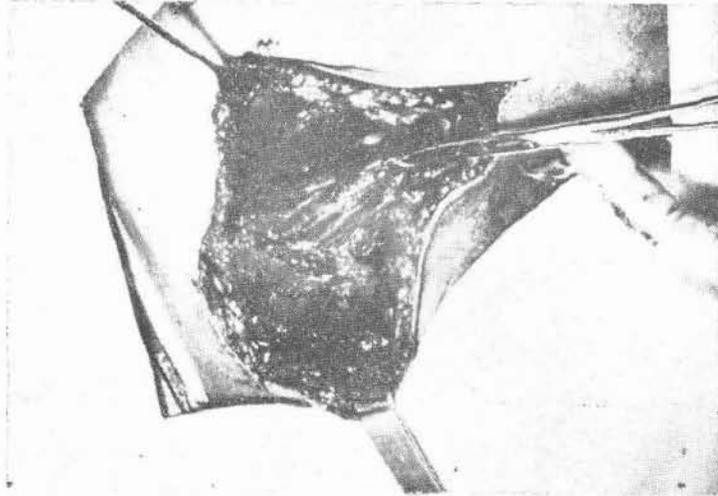


FOTO No. 3

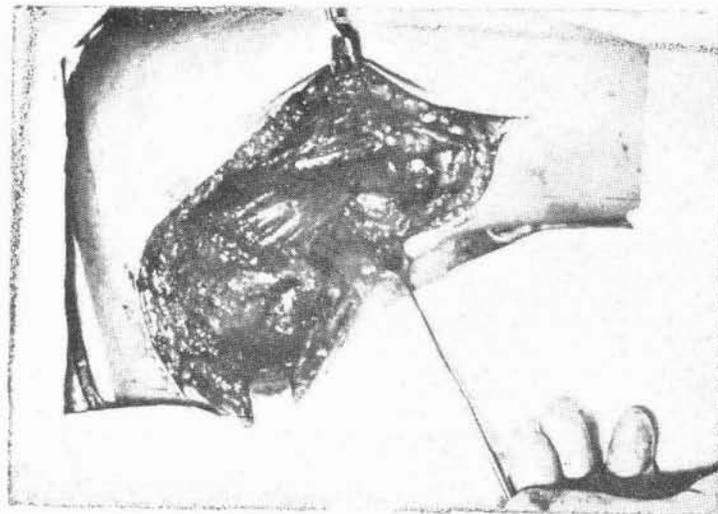


FOTO No. 4



FOTO No. 5



FOTO No. 6

CONCLUSIONES

Se trata, efectivamente, de un caso singular, el cual es, como expresamos inicialmente, más único que raro. La intervención quirúrgica corroboró nuestro diagnóstico clínico de ruptura traumática pura por contracción sostenida y violenta del músculo granpectoral. Como dijimos, se trata de un atleta aficionado que por años practicó el duro deporte del levantamiento de pesas. Abandonó su actividad deportiva por tres años perdiendo así la continuidad del ejercicio y, por consiguiente elasticidad y fuerza. En pocas palabras, sufrió alteración del trofismo muscular. Después de este intervalo, el músculo fue sometido nuevamente a un ejercicio violento que exigió el máximo de la contracción y elasticidad de las fibras musculares especialmente por el esfuerzo fue prolongado y la contracción sostenida. Esta alteración del trofismo muscular causada por la inactividad, acostumbrado a exigirle a su musculatura un rendimiento extraordinario, causó en un terreno de franca fatiga muscular, la lesión descrita.

Decimos que nuestro caso único, ya que, en toda bibliografía por nosotros revisada, encontramos solamente una publicación ("Revista Americana de Cirugía y Articulaciones, 1961") sobre ruptura traumática pura del músculo granpectoral. Pero en éste se trata de un caso de ruptura traumática pura ocasionada por un traumatismo directo, grave y violentísimo sobre el músculo. Todas las otras publicaciones revisadas (Campanacci, Hommann, etc.), se refieren en primer lugar a otros músculos: Tríceps sural, cuadríceps y bíceps branquial; y, en segundo lugar, insisten en la presencia constante de un terreno patológico como factor predisponente.

RESUMEN:

Se presenta un caso de ruptura de tendón pectoral mayor por contracción voluntaria. Se considera como caso único, por haber revisado la literatura mundial sin encontrar un caso igual, por sus características de espontaneidad, no trauma ni patología agregada. Se describen las características clínicas y la forma de abordaje quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.—BOURNEG, H.:—The Structure and Function of muscle, academic Press, Inc., New York and London, citado por M. Campanacci.
- 2.—BREITNER:—Tratatto di Tecnia Chirurgica, Vol. 6º, Ed. Italiana, Ed. Luigi Russo, Roma.
- 3.—CAMPANACCI, Mario:—Aparato Locomotore en el libro de anatomía patológica Humana de A. Businco y G. Giunti, Ed. Patron, Bologna.
- 4.—CASÚCCIO, C., OSSA:—articolazioni, muscoli, tendini, aponeurosi, en la obra "tratatto Italiano di Patologia Chirurgica" Ed. Piccin, Padova, 1954.
- 5.—GOIDANICH L.:—Compendio Ortopedia y Traumatologia, Ed. Calderini Mologna, 1958-61.
- 6.—MARMOR Leonard:—Journal of Bone and Joints, Rectotalis Mayor Muscle, Vol Amer., 81-87; Los Angeles, Calif., 1961.
- 7.—VANZETTI, R.:—Tratatto Anatomia Patologica, U.T.E.T., Torino 1957.