

Ruptura do peitoral maior: técnica de reconstrução do tendão com enxerto de fâscia lata

Pectoralis major rupture: tendon reconstruction technique using fascia lata graft

Angelo Mártires Pedreira de Albuquerque Bastos¹, Rodrigo Hideaki Hayashi²,
Miguel Pereira Costa³, Rômulo Brasil Filho³, Antônio Carlos Tenor Júnior⁴

RESUMO

As lesões do músculo peitoral maior são incomuns, e ocorrem no exercício de musculação supino e na prática de artes marciais, tendo um número significativo de erros ou falhas no diagnóstico. Neste artigo, reportamos um caso de paciente masculino de 31 anos, com ruptura parcial de peitoral maior, o qual foi submetido a tratamento cirúrgico com reconstrução com enxerto de fâscia lata.

Palavras-chave: ruptura do peitoral maior; reconstrução cirúrgica; enxerto de fâscia lata.

ABSTRACT

Pectoralis major muscle injuries are common and occur during bench press weight training and martial arts, resulting in a significant number of misdiagnoses. In this article, we report the case of a 31-year-old male patient with a partial pectoralis major tear who underwent surgical treatment with a fascia lata graft.

Keywords: pectoralis major rupture; surgical reconstruction; fascia lata graft.

INTRODUÇÃO

As lesões do músculo peitoral maior, são incomuns, e ocorrem no exercício de musculação supino e, na prática de artes marciais, tendo um número significativo de erros ou falhas no diagnóstico. Na clínica da lesão, é esperado fraqueza, equimose peitoral, e dor em ombro e peitoral¹⁻⁴.

Acomete habitualmente atletas e militares, principalmente em homens de 20 a 40 anos, e está associado ao uso esteroides anabolizantes¹⁻⁴.

O Peitoral Maior é bem descrito como um músculo de duas cabeças, de acordo com suas cabeças clavicular e esternocostal. Sua inserção no tendão umeral é imediatamente lateral ao sulco

1. R4 do Grupo de Ombro e Cotovelo do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE), São Paulo, SP, Brasil

2. R2 do Grupo de Ombro e Cotovelo do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE), São Paulo, SP, Brasil

3. Médico Assistente do Grupo de Ombro e Cotovelo do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE), São Paulo, SP, Brasil

4. Chefe do Grupo de Ombro e Cotovelo do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE), São Paulo, SP, Brasil

Autor responsável: Antônio Carlos Tenor Júnior / **E-mail:** actenorjr@hotmail.com

bicipital e mede aproximadamente 5 centímetros de comprimento e 3 a 4 milímetros de largura, com formato em U (camadas anterior e posterior inferiormente contínuas)⁴.

Existem várias técnicas para tratamento, desde o reparo primário até técnicas de reconstrução com enxerto para abordagens mais tardias, tendo bons desfechos clínicos pós-tratamento, com retorno as atividades esportivas e ao trabalho¹⁻⁴.

Neste artigo, reportamos um caso de paciente masculino de 31 anos, com ruptura parcial de peitoral maior, o qual foi submetido a tratamento cirúrgico com reconstrução com enxerto de fásia lata.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, de 31 anos, sofreu ruptura parcial do músculo peitoral maior direito (Figura 1), durante atividade física de musculação em realização de supino reto, em abril de 2024. Apresentava-se clinicamente no ambulatório, com: perda de força de adução, leve atrofia muscular e assimetria ao lado contralateral.

Em ressonância magnética evidencia-se lesão parcial do peitoral maior, com retração de 7 cm de sua inserção (Figura 2). Devido ao tempo de lesão de quase 1 ano, foi indicada a reconstrução cirúrgica do tendão do peitoral maior com enxerto de fásia lata e fixação com ancora metálica.

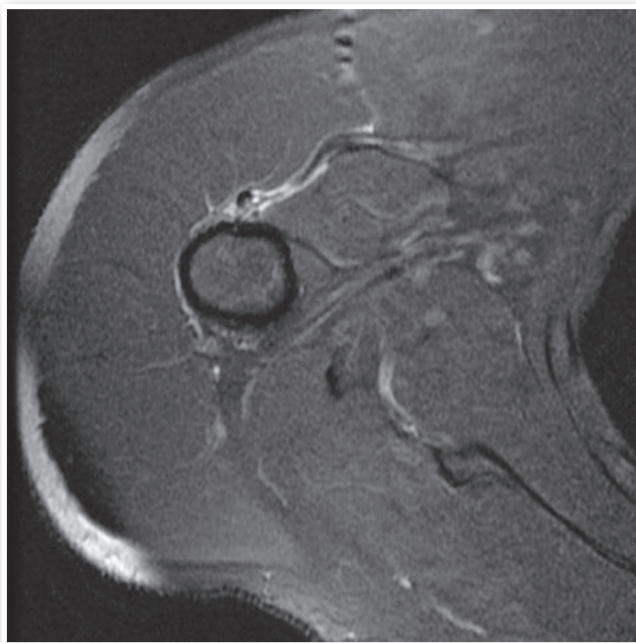


Figura 1. Observado tendão do músculo peitoral maior com coto retraído.

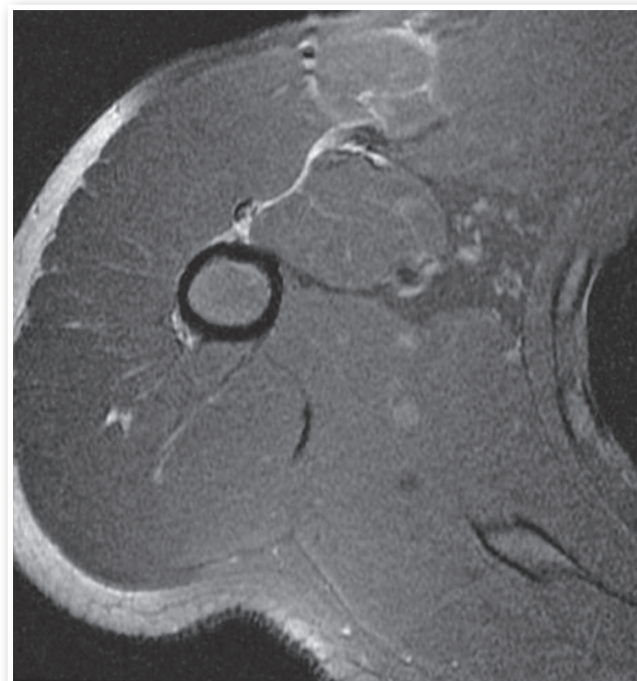


Figura 2. Observado trajeto da retração do músculo peitoral maior, com distanciamento da inserção de 7 cm.



Figura 3. Posicionamento do paciente em decúbito dorsal horizontal em cadeira de paria, com 30° de dorso.

Na evolução clínica pós-cirúrgica, o paciente inicialmente evoluiu com deiscência de ferida operatória, seguindo em tratamento com

estomatoterapia, e posterior boa evolução, com ganho de força com fisioterapia e retorno as suas atividades.

TÉCNICA CIRÚRGICA

A cirurgia iniciou-se com o paciente em decúbito dorsal horizontal com elevação do dorso de 30°, foi realizada uma via deltopeitoral de 10 cm no ombro direito, com dissecação dos planos cirúrgicos

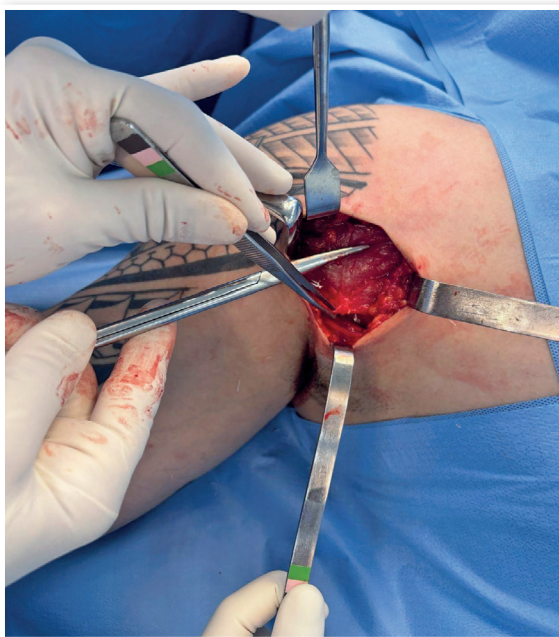


Figura 4. Via deltopeitoral para acessar peitoral maior e úmero proximal.

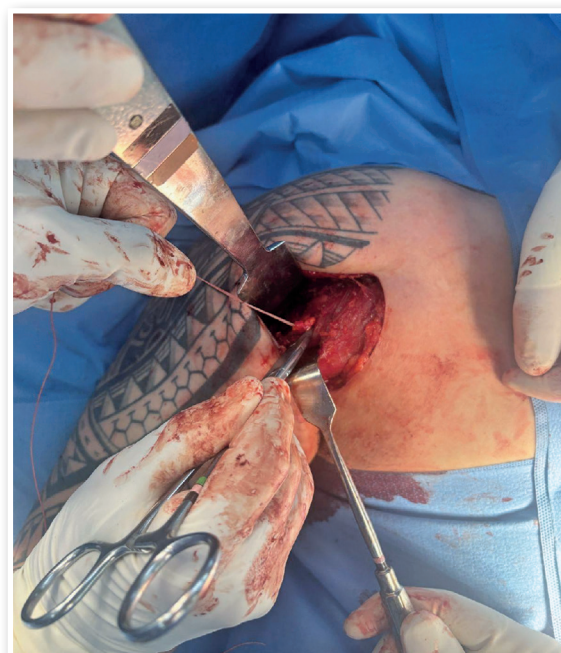


Figura 6. Reparo do coto de tendão do peitoral maior.



Figura 5. Identificado coto de tendão do músculo peitoral maior e reparado.



Figura 7. Via lateral em coxa direita para obtenção de enxerto de fásia lata.

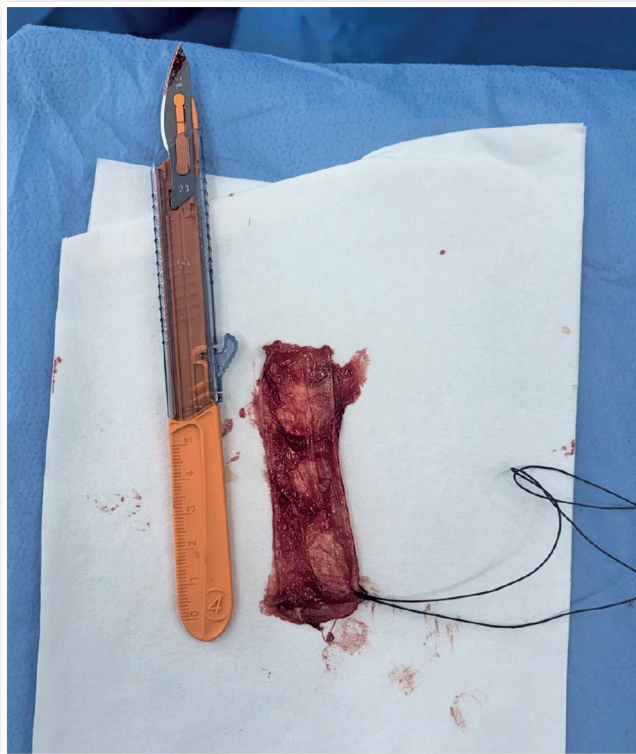


Figura 8. Enxerto de fásia lata.



Figura 10. Colocação de âncoras metálicas em topografia do peitoral maior no úmero proximal.

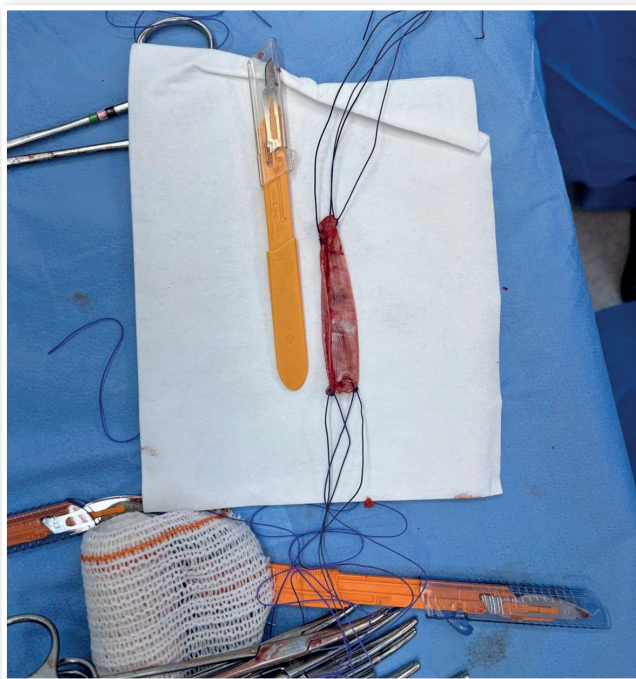


Figura 9. Preparação do enxerto de fásia lata.



Figura 11. Realizado sutura do enxerto a âncora e ao coto do tendão peitoral maior.

e abertura do intervalo entre o músculo deltoide e o peitoral maior. Sendo identificado o coto retraído do músculo peitoral maior, e a ausência de sua inserção lateral ao bíceps, além de vista a incapacidade de reparo sem adjunto de enxerto.

Seguidamente, foi realizada incisão face lateral da coxa direita do paciente, e feita obtenção de enxerto retangular da fásia lata, o qual foi posteriormente dobrado ao meio para ganho de espessura, e preparado para fixação ao coto com fios de sutura.

Na região de inserção do peitoral no úmero, foram colocadas duas âncoras metálicas de 5 mm (Figura 10), e suturado o enxerto a âncora e ao coto remanescente do tendão do músculo peitoral maior, com adequada tensão do enxerto. Feito limpeza com soro fisiológico (Figura 11) e por fim o fechamento por planos. A radiografia final mostra ancoras em topografia da inserção no úmero.

DISCUSSÃO

A lesão do peitoral maior é incomum, mas tem tido aumento com os esportes de levantamento de peso e de contato. Para pacientes jovens e de alta demanda, é indicado principalmente o tratamento cirúrgico, estando o tratamento conservador reservado para pacientes de baixa demanda e que não tenham condições cirúrgicas ou não queiram se submeter a cirurgia¹⁻⁶.

Diversas técnicas são descritas, sendo o reparo primário agudo a escolha de tratamento, porém, em muitos casos o diagnóstico é feito

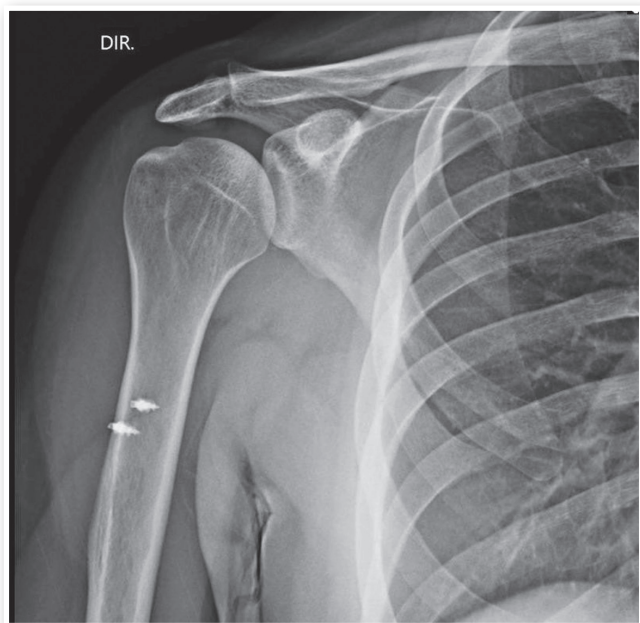


Figura 12. Aspecto final na radiografia do posicionamento das âncoras metálicas de 5 mm.

tardiamente com mais de 6 semanas, estando o tendão retraído e com aderências, sendo necessário reconstrução com enxerto¹⁻⁴.

Na literatura, os resultados clínicos do reparo primário e da reconstrução, não tem diferença estatística significativa, ao contrário do tratamento conservador, que tem desfechos clínicos inferiores a cirurgia¹⁻².

Dentre as vantagens do enxerto de fásia lata, é relatado possibilidade do paciente dar carga precoce e menor quadro álgico, quando comparado ao enxerto de flexores do joelho. E na técnica com utilização de âncora, tem-se vantagem de menor ocorrência de descolamento do tecido mole, menor tempo cirúrgico com a colocação direta das âncoras no osso cortical da pegada do tendão do PM e a colocação das âncoras diretamente na parte espessa do osso cortical¹⁻³.

A complicação mais comum é infecção, devido a proximidade com a região axilar que concentra altas taxas de colonização bacteriana. Outra complicações incluem nova ruptura¹⁻².

No paciente em questão teve-se deiscência de ferida operatória aguda, com tratamento com estômato terapia e antibioticoterapia, com seguida boa evolução e sem perda da reconstrução do peitoral maior.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- Schneider PR, Eckhoff MD, Koehler LR, Vo LU, Dunn JC. Pectoralis Major Tendon Reconstruction: A Systematic Review. *J Surg Orthop Adv.* 2022 Summer;31(2):123-126.
- Brown SM, Cole WW 3rd, Provencher MT, Mulcahey MK. Pectoralis Major Injuries: Presentation, Diagnosis, and Management. *JBJS Rev.* 2021 May 6;9(5).
- de Castro Pochini A, Ejnisman B, Andreoli CV, Yamada AF, Godoy IRB, Cohen M, et al. Surgical treatment of patients with chronic rupture of the pectoralis major muscle tendon. Prospective comparative study with 2 years of follow-up. *J Surg Case Rep.* 2024;2024(3):rjae093.
- Baverel L, Messedi K, Piétu G, Crenn V, Gouin F. Pectoralis Major Tear with Retracted Tendon: How to Fill the Gap? Reconstruction with Hamstring Autograft and Fixation with an Interference Screw. *Case Rep Orthop.* 2017;2017:2095407.
- Zacchilli MA, Fowler JT, Owens BD. Allograft reconstruction of chronic pectoralis major tendon ruptures. *J Surg Orthop Adv.* 2013;22(1):95-102.
- Long M, Enders T, Trasolini R, Schneider W, Cappellino A, Ruotolo C. Pectoralis major tendon reconstruction using semitendinosus allograft following rupture at the musculotendinous junction. *JSES Open Access.* 2019;3(4):32832.