

Ruptura del pectoral mayor

Ruptura del pectoral mayor: el músculo del pecho se desgarrar cerca del punto donde se inserta en el brazo, típicamente durante una flexión de pecho con mucho peso.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

La mayoría de las personas recuerdan el momento exacto en que ocurrió. Con frecuencia sucede durante una serie de press de banca con mucho peso, justo cuando la barra se baja hacia el pecho; entonces se percibe un sonido de “pop” o una sensación de desgarro en la parte frontal del hombro, acompañada de un dolor intenso. En uno o dos días, aparecen moretones en la parte delantera del brazo y en el pecho, además de hinchazón en esa zona.

A medida que la hinchazón disminuye, es posible notar que la forma del pecho ha cambiado. El pliegue firme que normalmente se observa en la parte delantera de la axila puede aplanarse o desaparecer; el músculo en sí mismo puede agruparse hacia el esternón, presentando un aspecto y una textura distintos al lado opuesto. Los movimientos de empuje se vuelven débiles: cerrar una puerta pesada, levantarse de una silla o cruzar el brazo sobre el cuerpo para abrazar ya no se realizan con la misma fuerza habitual. Parte de esa debilidad inicial se debe simplemente al dolor, pero una verdadera pérdida de fuerza para empujar suele persistir.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El pectoral mayor es el músculo grande y en forma de abanico que se encuentra en el pecho. Este músculo permite mover el brazo de tres maneras principales: **empujar** objetos lejos del cuerpo, **abrazar** el brazo contra el torso y **rotar** el brazo hacia adentro. El músculo se estrecha hasta formar un tendón fuerte que se fija al hueso del brazo (el húmero), cerca del hombro.

Una ruptura consiste en el desgarro de esa unidad músculo-tendinosa; con frecuencia ocurre justo en el punto donde el tendón se une al hueso o en sus inmediaciones. La causa habitual es un estiramiento brusco y fuerte mientras el músculo está contraído intensamente (exactamente lo que sucede al bajar la barra en un ejercicio de

press de banca). Este tipo de lesión es mucho más común en hombres, especialmente en quienes practican levantamiento de pesas de forma regular; **el uso de esteroides anabólicos es un factor de riesgo reconocido**, ya que pueden debilitar el tendón.

Existen distintos grados de desgarro. Un desgarro **completo** separa totalmente el tendón del hueso, lo que provoca un cambio evidente en la forma del pecho y una pérdida considerable de fuerza. En cambio, un desgarro **parcial**, o aquel que ocurre dentro del propio músculo y no en el tendón, deja gran parte de la unión intacta. El tipo de desgarro que se presente es fundamental para determinar cuál es el mejor tratamiento.

¿Qué podemos hacer al respecto?

En nuestra clínica, el Dr. Kieran Hirpara dirige la evaluación de esta lesión, comenzando con una historia clínica detallada y un examen físico para confirmar el diagnóstico. Por lo general, para problemas de larga duración optamos primero por tratamientos no quirúrgicos; la cirugía se considera únicamente si este enfoque no proporciona suficiente alivio.

El primer paso es determinar exactamente qué estructura se ha desgarrado y dónde. Esto se logra mediante un examen del hombro y la confirmación mediante una **resonancia magnética**, que indica si el desgarro es parcial o completo y si el tendón se ha desprendido del hueso o se ha roto dentro del músculo.

En personas activas con un desgarro completo del tendón, normalmente se recomienda una cirugía para volver a fijar el tendón al hueso. La reparación restaura la fuerza para empujar y recupera el contorno normal del pecho; además, la evidencia demuestra que los tendones reparados recuperan más fuerza que aquellos que se dejan sanar por sí solos. El factor más importante aquí es el **tiempo: los resultados son mejores cuando la reparación se realiza a tiempo**, idealmente en las primeras semanas, mientras el tendón sigue sano y no ha desarrollado cicatrices ni se ha retraído. Este es el motivo principal por el cual vale la pena realizarse una evaluación de inmediato, en lugar de esperar a ver cómo evoluciona la lesión.

Los desgarros parciales, los desgarros dentro del vientre muscular, así como las personas mayores o con menor demanda física, suelen responder muy bien a tratamientos sin cirugía: un período de reposo seguido de un programa de rehabilitación gradual para recuperar el movimiento y la fuerza. Este enfoque permite recuperar una buena funcionalidad diaria, aunque normalmente deja cierta pérdida de la fuerza máxima para empujar en comparación con una reparación de desgarro completo. Aún es posible realizar reparaciones en casos de desgarros completos detectados tarde, pero son más complejas y los resultados son menos predecibles; por eso la evaluación temprana es tan importante.

Qué esperar

En caso de cirugía, la recuperación se mide en **meses, no en semanas**. En primer lugar, la zona operada se protege, normalmente mediante un **sujetador de brazo durante unas seis semanas**, y solo se permiten movimientos suaves y guiados, para que el tendón se adhiera firmemente al hueso. Posteriormente, el fortalecimiento se introduce de forma gradual; se evitan deliberadamente cargas más intensas: **los ejercicios de empuje y el press de banca suelen estar prohibidos durante seis a nueve meses**. La mayoría de las personas

vuelven a sus actividades cotidianas alrededor de las seis semanas, y a prácticas deportivas o entrenamientos más intensos entre los cuatro y seis meses; la fuerza continúa mejorando hasta un año después de la intervención.

La recompensa por esa paciencia es notable: la mayoría de quienes se someten a una reparación temprana recuperan una gran fuerza de empuje, recuperan la forma normal del pecho y vuelven a realizar las actividades que les importan. Aquellos a quienes no se les practica cirugía también logran una función cotidiana adecuada, aunque con una fuerza máxima ligeramente menor. Seguir el programa de rehabilitación y no apresurarse a realizar ejercicios de carga intensa es lo que garantiza un buen resultado en cualquier caso.

Cuándo consultar a un especialista

- Un “chasquido” repentino o sensación de desgarro en el pecho o parte frontal del hombro durante un levantamiento o esfuerzo intenso: debe ser evaluado de inmediato, ya que los mejores resultados quirúrgicos se obtienen con una reparación temprana.
- **Presencia de moretones que se extienden por el brazo o el pecho**, hinchazón notable, o **cambios visibles en la forma del pecho** o en el pliegue frontal de la axila.
- **Debilidad persistente** al empujar o al cruzar el brazo frente al cuerpo, una vez que el dolor inicial haya disminuido.
- Cualquier lesión por desgarro de la que no esté seguro de su gravedad: una resonancia magnética temprana permite distinguir entre un desgarro parcial y uno completo; esta determinación es crucial y depende del tiempo.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. La rotura del pectoral mayor merece una lectura adicional, ya que es uno de los casos más claros en este sitio web en los que la cirugía supera al tratamiento no quirúrgico; además, su tasa de complicaciones es lo suficientemente alta como para mencionarse junto a dicho beneficio, y no después de él.

LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA SUPERA AL TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO

En un total de **664** pacientes, **la reparación del tendón del pectoral mayor arrojó resultados significativamente mejores en comparación con el tratamiento no quirúrgico**, con mejoras estadísticamente significativas en el resultado funcional, la fuerza isocinética y la fuerza isométrica; además, **la tasa de complicaciones asociada fue del 14,21% [1]**.

Ambas partes deben considerarse como una sola oración. Esta reparación quirúrgica restaura una fuerza mensurable que el tratamiento no quirúrgico no logra; además, aproximadamente uno de cada siete pacientes presenta alguna complicación. En la mayoría de las lesiones tendinosas en esta zona, la ventaja quirúrgica es menor y la tasa de complicaciones más baja; sin embargo, en este caso ambos valores son más elevados.

El déficit de fuerza es relevante debido a la función de este músculo: el pectoral mayor es responsable de la aducción horizontal y la rotación interna, así como de los movimientos de empuje y de cruzar el brazo sobre el cuerpo. Una ruptura no reparada suele generar una deformidad visible y una pérdida concreta de la capacidad de empuje; por ello, esta lesión afecta principalmente a personas que realizan actividades de levantamiento de pesas.

LA UBICACIÓN DEL DESGARRO DETERMINA QUÉ SE PUEDE HACER

No todas las rupturas del pectoral constituyen la misma lesión. Una clasificación actual incorpora **el momento de la lesión, su ubicación y una terminología estandarizada para describir la extensión del desgarro**, propuesta específicamente para reflejar la anatomía musculotendinosa y orientar mejor el tratamiento quirúrgico [2].

La distinción práctica radica en si el desgarro se produce en el punto de inserción del tendón en el húmero, caso en el cual se puede reparar fácilmente volviendo a fijarlo al hueso; o si ocurre dentro del propio vientre muscular, donde no existe tendón al que anclar la reparación, por lo que generalmente se opta por un tratamiento no quirúrgico. Entre ambos casos se encuentra la unión musculotendinosa, que representa el grupo más complejo de lesiones.

El momento de la lesión es relevante por la misma razón que en otras patologías: el tendón desgarrado se retrae y forma cicatriz, de modo que una ruptura crónica puede requerir el uso de injertos en lugar de una reparación directa.

¿POR QUÉ NO SE REALIZA EL DIAGNÓSTICO A TIEMPO?

Inmediatamente después de la lesión, el aspecto clínico está dominado por hematomas e hinchazón en el tórax y el brazo, lo cual oculta cualquier cambio en el contorno. Los signos característicos —la desaparición del pliegue axilar anterior, la asimetría muscular al realizar contracciones resistidas y la presencia de un defecto palpable— se vuelven más evidentes a medida que disminuye la hinchazón; para entonces, la lesión suele haber sido catalogada como una distensión muscular.

Dado que la reparación quirúrgica resulta más sencilla en las primeras fases, cualquier “chasquido” perceptible durante un esfuerzo intenso seguido de la aparición de hematomas justifica realizar estudios de imagen en lugar de limitarse a la observación clínica.

REFERENCIAS

[1] Bodendorfer BM, McCormick BP, Wang DX, Looney AM, Conroy CM, Fryar CM, et al. Tratamiento de los desgarros del tendón del pectoral mayor: revisión sistemática y metaanálisis sobre el momento óptimo para la reparación y los métodos de fijación. Orthop J Sports Med. 2020;8(2). <https://doi.org/10.1177/2325967119900813>

[2] ElMaraghy AW, Devereaux MW. Revisión sistemática y clasificación exhaustiva de los desgarros del pectoral mayor. J Shoulder Elbow Surg. 2012;21(3):412-22. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2011.04.035>