

Ruptura do músculo peitoral maior

Ruptura do músculo peitoral maior: o músculo do peito se rompe próximo ao ponto de inserção no braço, classicamente durante um supino pesado.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

O que você está sentindo

A maioria das pessoas se lembra do momento exato em que isso aconteceu. Geralmente ocorre durante uma série pesada de supino, quando a barra está sendo abaixada em direção ao peito; nesse instante, há uma sensação súbita de estalo ou ruptura na parte frontal do ombro, acompanhada de uma dor aguda. Em um ou dois dias, aparecem hematomas na frente do braço e no peito, além de inchaço na região.

À medida que o inchaço diminui, você pode notar que a forma do seu peito mudou. A dobra firme e normal na parte frontal da axila pode aplainar ou desaparecer; o próprio músculo pode se acumular próximo ao esterno, apresentando aparência e sensação diferentes do lado oposto. Movimentos que exigem força de empuxo tornam-se mais difíceis: fechar uma porta pesada, levantar-se de uma cadeira ou cruzar o braço diante do corpo para abraçar alguém já não têm a mesma facilidade de antes. Parte dessa fraqueza inicial se deve simplesmente à dor, mas a perda real de força para empuxar tende a persistir.

O que realmente acontece

O músculo peitoral maior é o grande músculo em forma de leque do tórax. Ele permite que o braço realize três movimentos principais: **empurrar** objetos para longe do corpo, **abraçar** o braço contra o corpo e **rotacionar** o braço para dentro. Esse músculo estreita-se até formar um tendão resistente que se fixa ao osso do braço (o úmero), próximo ao ombro.

A ruptura é o rompimento dessa unidade músculo-tendínea; geralmente ocorre exatamente onde o tendão se liga ao osso, ou nas proximidades. A causa mais comum é um estiramento súbito e forte enquanto o músculo está contraindo-se intensamente (exatamente o que acontece no final de uma série de supino, quando o peso é

abaixado). Esse tipo de lesão é muito mais comum em homens, especialmente em praticantes de musculação; **o uso de esteroides anabolizantes é um fator de risco reconhecido**, pois pode enfraquecer o tendão.

Existem diferentes tipos de ruptura. Uma ruptura **completa** faz com que o tendão se separe totalmente do osso, resultando em mudanças visíveis na forma do tórax e na maior perda de força. Já uma ruptura **parcial**, ou aquela que ocorre dentro do próprio músculo e não no tendão, deixa grande parte da fixação intacta. O tipo de ruptura é fundamental para determinar o melhor tratamento.

O que podemos fazer a respeito

Na nossa clínica, o Dr. Kieran Hirpara lidera a avaliação dessa lesão, começando por uma anamnese e exame detalhados para confirmar o diagnóstico. Em caso de ruptura completa numa pessoa ativa, geralmente recomenda-se a reparação precoce, em vez de tentar primeiro o tratamento não cirúrgico; já as rupturas parciais costumam ser tratadas sem cirurgia.

O primeiro passo é determinar exatamente o que se rompeu e onde. Isso é feito por meio do exame do ombro e da confirmação por meio de uma **ressonância magnética**, que indica se a ruptura é parcial ou total e se o tendão se descolou do osso ou se rompeu dentro do músculo.

Para pessoas ativas com ruptura total do tendão, recomenda-se a cirurgia para reatar o tendão ao osso. A reparação restaura a força de empuxo e devolve o contorno normal do tórax; os estudos demonstram que tendões reparados recuperam mais força do que aqueles que são deixados para cicatrizar por conta própria. O fator mais importante aqui é o **tempo: os resultados são melhores quando a reparação é feita precocemente**, de preferência nas primeiras semanas, enquanto o tendão ainda está saudável, sem cicatrizes ou deslocamento. É por isso que vale a pena procurar avaliação imediatamente, em vez de aguardar para ver como a lesão evolui.

Rupturas parciais, lesões dentro do corpo do músculo, bem como pacientes mais idosos ou com menor demanda física, geralmente respondem bem ao tratamento sem cirurgia: um período de repouso seguido de um programa de reabilitação gradual para restaurar o movimento e a força. Esse método permite boa funcionalidade no dia a dia, embora, em geral, resulte em alguma perda da força máxima de empuxo em comparação com a reparação de uma ruptura total. Reparações em casos mais avançados ainda são possíveis caso uma ruptura total não tenha sido detectada precocemente, porém são mais complexas e os resultados são menos previsíveis; por isso a avaliação precoce é tão importante.

O que esperar

Caso seja submetido a cirurgia, a recuperação leva **meses, não semanas**. Inicialmente, a área operada é protegida, geralmente com uma **tipoia por cerca de seis semanas**, permitindo apenas movimentos suaves e controlados, para que o tendão se fixe firmemente ao osso. Após esse período, o fortalecimento é introduzido gradualmente, sendo que exercícios de maior esforço são evitados de propósito; **exercícios de empuxo e supino são normalmente proibidos por seis a nove meses**. A maioria das pessoas retoma suas atividades

cotidianas por volta das seis semanas e volta a praticar esportes ou treinos mais intensos entre quatro e seis meses, com ganhos de força ainda ocorrendo até um ano após a cirurgia.

A recompensa por essa paciência é significativa: a maioria dos pacientes que realizam a reparação precoce recupera grande força para empuxar, a forma do peito volta ao normal e eles retomam as atividades que gostam. Aqueles que não são operados também alcançam uma função diária satisfatória, embora com um pouco menos de força máxima. Manter o programa de reabilitação e evitar pressa ao realizar exercícios de alta carga é o que garante bons resultados, independentemente do tratamento escolhido.

Quando procurar um especialista

- Um estalo súbito ou sensação de ruptura no peito ou na parte frontal do ombro durante levantamento de peso ou esforço intenso: procure avaliação imediata, pois os melhores resultados cirúrgicos são obtidos com o reparo precoce.
- **Hematomas que se espalham pelo braço ou peito**, inchaço acentuado ou **alteração visível na forma do peito** ou na dobra frontal da axila.
- **Fraqueza persistente** ao empurrar objetos ou ao cruzar o braço sobre o corpo, mesmo após a dor inicial ter diminuído.
- Qualquer lesão por ruptura na qual você não tem certeza da gravidade: um exame precoce permite distinguir entre uma ruptura parcial e uma total, e essa decisão depende do tempo.

Em maior profundidade

Esta seção aborda conteúdos além do necessário para suas próprias decisões de tratamento. A ruptura do músculo peitoral maior merece uma leitura mais aprofundada, pois é um dos casos mais claros neste site em que a cirurgia se mostra superior ao tratamento não cirúrgico; além disso, a taxa de complicações é alta o suficiente para ser mencionada juntamente com esse benefício, e não após ele.

O REPARO CIRÚRGICO SUPERA O TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO

Em **664** pacientes, **o reparo do tendão do músculo peitoral maior resultou em desfechos significativamente melhores em comparação com o tratamento não operatório**, com melhorias estatisticamente significativas nos resultados funcionais, na força isocinética e na força isométrica; além disso, **a taxa de complicações associadas foi de 14,21% [1]**.

Ambas as partes devem ser lidas como uma única frase. Trata-se de um procedimento que restaura uma força mensurável, algo que o tratamento não operatório não consegue; além disso, aproximadamente um em cada sete pacientes apresenta alguma complicação. Para a maioria das lesões tendinosas nessa região, a vantagem cirúrgica é menor e a taxa de complicações, mais baixa; neste caso, ambos os valores são mais elevados.

O déficit de força é relevante devido à função desse músculo. O músculo peitoral maior é responsável pela adução horizontal e rotação interna do braço, além de movimentos de pressão e de cruzamento do braço sobre o

corpo. Uma ruptura não reparada geralmente gera uma deformidade visível e uma perda específica de força na execução desses movimentos; por isso, essa lesão afeta principalmente e tem maior importância para pessoas que realizam atividades de levantamento de peso.

A LOCALIZAÇÃO DA RUPTURA DETERMINA QUAIS TRATAMENTOS SÃO POSSÍVEIS

Nem todas as rupturas do músculo peitoral são lesões idênticas. Uma classificação atual leva em conta **o momento da lesão, sua localização e uma terminologia padronizada para a extensão da ruptura**, sendo proposta especificamente para refletir a anatomia músculo-tendínea e orientar melhor o tratamento cirúrgico [2].

A distinção prática reside entre uma ruptura na inserção do tendão no úmero, que pode ser bem reparada ao ser reanexado ao osso, e uma ruptura dentro do próprio ventre muscular, que não possui tendão para fixação e geralmente é tratada de forma não cirúrgica. Entre esses dois casos, encontra-se a junção músculo-tendínea, que constitui o grupo de lesões mais difíceis de tratar.

O momento da lesão também é relevante, pelo mesmo motivo observado em outras situações: o tendão rompido sofre retração e formação de cicatrizes; portanto, uma ruptura crônica pode exigir enxerto em vez de reparo direto.

POR QUE O DIAGNÓSTICO NÃO É FEITO PRECOCEMENTE

Imediatamente após a lesão, a aparência é dominada por hematomas e inchaço no tórax e no braço, o que mascara qualquer alteração no contorno. Os sinais característicos — perda da prega axilar anterior, assimetria muscular ao realizar pressão resistida e um defeito palpável — tornam-se mais evidentes à medida que o inchaço diminui; nesse momento, a lesão pode já ter sido classificada como distensão muscular.

Considerando que o reparo é mais fácil de ser realizado nos primeiros momentos, um estalo perceptível durante um movimento de pressão vigorosa, seguido de hematomas, justifica a realização de exames de imagem em vez de apenas observação clínica.

REFERÊNCIAS

- [1] Bodendorfer BM, McCormick BP, Wang DX, Looney AM, Conroy CM, Fryar CM, et al. Tratamento de rupturas do tendão do peitoral maior: revisão sistemática e meta-análise sobre o momento da reparação e os métodos de fixação. *Orthop J Sports Med.* 2020;8(2). <https://doi.org/10.1177/2325967119900813>
- [2] ElMaraghy AW, Devereaux MW. Revisão sistemática e classificação abrangente das rupturas do peitoral maior. *J Shoulder Elbow Surg.* 2012;21(3):412-22. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2011.04.035>