



Artigo Original

Tratamento cirúrgico da ruptura do tendão do músculo peitoral maior com botão cortical ajustável[☆]

Alberto de Castro Pochini^{*}, Marcus de Souza Barbosa Rodrigues, Larissa Yamashita, Paulo Santoro Belangero, Carlos Vicente Andreoli e Benno Ejnisman

Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Ortopedia e Traumatologia, São Paulo, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 4 de maio de 2016

Aceito em 22 de agosto de 2016

On-line em xxx

Palavras-chave:

Anabolizantes/administração
& dosagem

Traumatismos em atletas

Músculos peitorais

Ruptura

Estudos prospectivos

R E S U M O

Objetivo: Avaliar a técnica de reconstrução do tendão do músculo peitoral maior com ruptura total com o uso do botão cortical ajustável.

Métodos: Estudo prospectivo de 27 pacientes do sexo masculino com média de 29,9 anos (DP = 5,3 anos) e acompanhamento de 2,3 anos. A técnica cirúrgica usada representa o uso de enxerto autólogo do tendão semitendíneo e grácil e botão cortical ajustável. Os pacientes foram avaliados funcionalmente pelo critério de Bak.

Resultados: O tratamento cirúrgico de reconstrução do tendão do músculo peitoral maior foi feito na fase precoce (três semanas) em seis pacientes (22,2%) e na fase tardia em 21 (77,8%). Os pacientes operados com a técnica de botão cortical ajustável obtiveram 96,3% de excelentes ou bons resultados contra apenas 3,7% de resultados ruins (critério de Bak). Do total, 85,2% sofreram lesão no exercício do supino e 14,8% eram praticantes de jiu-jitsu ou luta. Todos os atletas de levantamento de peso tinham história de uso de esteroide anabolizante. **Conclusão:** A reconstrução do tendão do músculo peitoral maior rompido, com grande retração muscular (tardia ou precoce) com o uso do botão cortical com ajuste e enxerto autólogo de flexores do joelho representa uma boa opção de tratamento.

© 2016 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

[☆] Trabalho desenvolvido no Centro de Traumato-Ortopedia do Esporte, Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

^{*} Autor para correspondência.

E-mail: apochini@uol.com.br (A. de Castro Pochini).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2016.08.002>

0102-3616/© 2016 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Surgical treatment of pectoralis major muscle rupture with adjustable cortical button

A B S T R A C T

Keywords:

Anabolic agents/administration
& dosage
Athletic injuries
Pectoralis muscles
Rupture
Prospective studies

Objective: To assess the tendon reconstruction technique for total rupture of the pectoralis major muscle using adjustable cortical button.

Methods: Prospective study of 27 male patients with a mean age of 29.9 (SD = 5.3 years) and follow-up of 2,3 years. The surgical technique is the use of semitendinous and gracilis tendon and adjustable cortical button. Patients were assessed functionally through the Bak criterion.

Results: The surgical treatment of pectoralis major muscle tendon reconstruction was performed in six patients in the early stage (three weeks; 22.2%) and in 21 patients (77.8%), in the late stage. Patients operated with the adjustable cortical button technique obtained 96.3% of excellent or good results versus only 3.7% of poor results. Of the total, 85.2% were injured while performing bench press exercises and 14.8%, during the practice Brazilian ju-jitsu or wrestling. All weightlifting athletes had history of anabolic steroid use.

Conclusion: The (early or late) reconstruction of ruptured pectoralis major muscle tendon with considerable muscle retraction, using adjustable cortical button and autologous knee flexor grafts, showed a high rate of good results.

© 2016 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

As lesões do tendão do músculo peitoral maior (MPM) e o seu tratamento têm sido abordadas em várias publicações nacionais¹⁻⁹ e internacionais¹⁰⁻³⁰ nos últimos 20 anos. A perda de força principalmente de adução do úmero e a seqüela estética tem levado vários pacientes a buscar o tratamento cirúrgico agudo ou crônico.^{1,3,5,24} O pronto reconhecimento das rupturas que levam à retração medial do MPM, em especial da porção esternocostal,^{3,24} pode fazer grande diferença para os pacientes, seja do ponto de vista funcional ou estético. A maior parte das lesões agudas pode ser tratada com o reparo da lesão junto ao úmero. Algumas lesões agudas, em especial em atletas de levantamento de peso e usuários crônicos de esteroides anabolizantes, apresentam ruptura muscular complexa com grande retração e dificuldade para fazer reparo eficiente da lesão. Assim, é indicada a reconstrução do tendão do MPM. As lesões do tendão do MPM foram definidas como crônicas por Shepsis et al.,²⁴ após três semanas, mas pela nossa experiência, em especial após três meses, em atletas e praticantes de atividade física de membro superior, necessita-se da reconstrução do MPM com o uso de tendões flexores^{2,3,5,23} ou outros tipos de enxerto, como o aloenxerto de tendão calcâneo.²⁶ Os casos crônicos apresentam retração muscular importante e sinais clínicos característicos, como o sinal do S, (fig. 1A e B).⁵ Alguns casos agudos, principalmente em atletas de levantamento de peso que usam esteroides anabolizantes, apresentam rupturas do MPM complexas com retração importante mesmo agudas.³ É muito importante nesses pacientes com grande hipertrofia do MPM atentar para a possibilidade de usar enxerto para reinserção do MPM. Este artigo visa a apresentar a evolução de técnica cirúrgica nos

últimos 18 anos de tratamento dessa lesão em pacientes submetidos a cirurgia e a literatura específica.

Material e métodos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da nossa instituição sob o número CEP 1.527/11 e os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram incluídos neste estudo prospectivo 27 pacientes, todos do sexo masculino, média de 29,9 anos (DP = 5,3 anos), tratados cirurgicamente com lesão do MPM acompanhados em nossa instituição desde 2006, com média de acompanhamento de 2,3 anos (tabela 1).

A técnica usada em linhas foi descrita em estudo anterior com a diferença do ajuste de tensão do botão cortical após o travamento do mesmo na cortical umeral.^{2,3,5}

O paciente fica em posição de cadeira praia com inclinação de cerca de 45 graus no sentido de facilitar a retirada do enxerto do semitendíneo. O enxerto de semitendíneo e grácil é retirado de forma convencional. O preparo dos enxertos na mesa cirúrgica é feito com retirada apenas da parte muscular, sem fazer sutura nas pontas. As suturas serão feitas após passagem do enxerto pelo músculo peitoral maior.

A incisão do ombro é então feita por via axilar e o músculo procurado em situação subcutânea. Deve ser evitada a dissecação em planos profundos da região axilar ou medialmente. Após identificação do coto retraído medialmente é necessária a liberação do MPM dos tecidos adjacentes e da fibrose local com dedo ou instrumento rombo para ganhar mobilidade do tecido muscular lesionado. Nesse momento é feita então a passagem dos tendões semitendíneo e grácil pelo músculo em torno de 3 cm da borda lateral do músculo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8598637>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8598637>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)