

Tratamiento endoscópico subcutáneo de la diastasis de músculos rectos y de otros defectos de línea media

Subcutaneous endoscopic repair of diastasis recti and other midline defects

J. Pablo Medina , Guido Busnelli , Roberto R. Cerutti, Daniel E. Pirchi 

Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Correspondencia:
E-mail: pablomed78@hotmail.com

RESUMEN

Antecedentes: la diastasis de rectos constituye la separación de la línea media o línea alba, originada en una laxitud de las fibras entrecruzadas de la aponeurosis de ambos músculos rectos. En la actualidad se discute su corrección quirúrgica, existiendo una multiplicidad de factores que lo justifican.

Objetivo: analizar la factibilidad y la seguridad del abordaje endoscópico subcutáneo para efectuar la plicatura de músculos rectos, y la corrección de otros defectos de la línea media, en pacientes sin lipodistrofia abdominal.

Material y métodos: entre marzo de 2014 y febrero de 2017 fueron abordados por esta vía 42 pacientes con diastasis asociada a otros defectos de línea media. Se analizaron datos demográficos, características de la diastasis, tamaño de los defectos, tiempo operatorio, estadía hospitalaria y complicaciones. El dolor posoperatorio se midió mediante una escala visual análoga, y se valoró la morbilidad y recurrencia mediante ultrasonografía.

Resultados: 42 pacientes fueron intervenidos por vía endoscópica. Un 76% fueron de sexo femenino, con una edad promedio de 39 años. En el 93% de los casos, la diastasis fue supraumbilical e infraumbilical, y su tamaño promedio fue de 5,5 cm. Los defectos asociados en su mayoría fueron hernia umbilicales. No se registraron complicaciones intraoperatorias, con un tiempo quirúrgico promedio de 80 minutos. La intensidad de dolor posoperatorio fue de 4,1 puntos. La morbilidad más asociada fue el seroma.

Conclusiones: la reparación endoscópica subcutánea de la diastasis de rectos, asociada a otros defectos de la línea media, es factible y segura de realizar. Aporta ventajas estéticas considerables, permitiendo su corrección con complicaciones mínimas.

■ **Palabras clave:** *diastasis de músculos rectos, plicatura endoscópica, hernioplastia.*

ABSTRACT

Background: Diastasis recti is the separation of the midline or linea alba due to laxity of the intercrossed fibers of both aponeurosis of the rectus abdominis muscles. Although the surgical correction of this condition is still under debate, many factors justify it.

Objective: The aim of this study was to analyze the feasibility and safety of the endoscopic subcutaneous approach for plication of the rectus muscles associated with other midline defects repair in patients without abdominal lipodystrophy.

Material and methods: Between March 2014 and February 2017, 42 patients underwent subcutaneous endoscopic repair of diastasis recti and other midline defects. The demographic data, the characteristics and size of the defects, the surgical time, hospital stay and complications were analyzed. Postoperative pain was measured using a visual analogue scale. Ultrasound was used to evaluate morbidity and recurrence.

Results: A total of 42 patients underwent the endoscopic approach; 76% were women and mean age was 39 years. In 93% of the cases, diastasis was supraumbilical and infraumbilical, with a mean size of 5.5 cm. Umbilical hernias were the most common associated defects. No intraoperative complications were reported. Mean surgical time was 80 minutes; the intensity of postoperative pain was 4.1 points and seroma was the most common complications.

Conclusions: Subcutaneous endoscopic repair of diastasis recti and other midline defects is a feasible and safe procedure that allows the simultaneous correction of both conditions with minimal complications and esthetic benefits.

■ **Keywords:** *diastasis rectus muscles, endoscopic plication, hernioplasty.*

Recibido el
13 de mayo de 2018
Aceptado el
31 de julio de 2018

ID ORCID: J. Pablo Medina, 0000-0002-8955-4282; Guido Busnelli, 0000-0001-9837-2109; Daniel E. Pirchi, 0000-0002-7353-0470.

Introducción

La diastasis de los músculos rectos del abdomen es un término anatómico para describir la condición en la cual ambos rectos se encuentran separados por una distancia anormal o mayor que la esperada. En su fisiopatología se puede describir como una reducción de la consistencia de las fibras entrecruzadas que forman la línea alba de la pared abdominal, con el consiguiente aumento de la longitud de estas fibras, provocando la separación de ambas aponeurosis de los músculos rectos abdominales¹. Esta puede ser congénita o adquirida, sobre todo favorecida por situaciones como el embarazo, la obesidad o antecedentes quirúrgicos previos.

Clínicamente se traduce por la protrusión de la línea media supraumbilical o infraumbilical o de ambas, con manifestación estética y funcional, llegando a generar en algunos casos dolor crónico de la región dorso-lumbar, como producto del desequilibrio entre los músculos posturales anteriores y posteriores del tronco. Actualmente, no hay consenso en lo que respecta a su indicación quirúrgica, así como tampoco en cuanto a la vía de abordaje para su corrección.

En aquellos casos en donde la diastasis es sintomática, o bien se asocia a otros defectos musculoa-poneuróticos de la línea media, como hernias o eventraciones o ambas, su corrección quirúrgica en forma simultánea podría considerarse la indicación más recomendada.

El tratamiento mayormente empleado es la plicatura de los rectos, logrando la aproximación de ambos músculos hacia la línea media. De esta manera se restablece el correcto balance entre los músculos de la pared abdominal. En la actualidad, su corrección es más utilizada en contexto de abdominoplastias por lipodistrofias, con la consiguiente resección de grandes colgajos dermocutáneos³.

Sin embargo, un nuevo enfoque mínimamente invasivo se plantea como alternativa a la técnica quirúrgica en pacientes con diastasis asociada a otro defecto de la línea media, sin la presencia de lipodistrofia abdominal.

Objetivo

Analizar la factibilidad y la seguridad del abordaje endoscópico subcutáneo para efectuar la plicatura de los músculos rectos, asociado a la corrección de otros defectos de la línea media, en pacientes sin lipodistrofia abdominal.

Material y métodos

Se realizó el registro prospectivo de datos, de aquellos pacientes operados consecutivamente por vía endoscópica subcutánea en el período marzo de 2014 a

febrero de 2017. Fueron intervenidos aquellos pacientes con diagnóstico de diastasis de rectos de tamaño superior a 4 cm, asociado a otros defectos de la línea media (hernia/eventración), y sin la presencia de lipodistrofia abdominal.

Los criterios de exclusión fueron:

- Defectos herniarios o eventrógenos con tamaño inferior a 2 cm de diámetro. El tamaño de los defectos se valoró mediante ultrasonografía de partes blandas y tomografía computarizada (según caso)
- Cirugía de laparotomía mediana previa
- Lipodistrofia abdominal
- Contraindicación de anestesia general.

Se registraron y analizaron las siguientes variables:

- Datos poblacionales: sexo, edad, riesgo quirúrgico (según clasificación de la Sociedad Norteamericana de Anestesia), IMC (índice de masa corporal).
- Características y tamaño de la diastasis:
 - Supraumbilical/supraumbilical e infraumbilical
 - Tamaño: > 4 cm
- Características y tamaño de los defectos asociados:
 - Hernia: umbilical/epigástrica
 - Eventración
- Datos operatorios: tiempo anestésico, tamaño de la malla empleada y forma de fijación de esta, complicaciones operatorias
- Datos posoperatorios: tiempo de internación, manejo del dolor, complicaciones ocurridas en el posoperatorio inmediato y alejado
- Recurrencia posoperatoria a corto y mediano plazo.

Los pacientes operados y en condiciones de egreso hospitalario posoperatorio fueron evaluados según la intensidad de dolor mediante una Escala Visual Análoga (VAS) (rango numérico 1 al 10), con una nueva evaluación de similar característica a los 7 días en forma ambulatoria por consultorios externos. Los controles subsiguientes se realizaron al 1°, 3°, 6° y 12° mes de la cirugía.

En la consulta de los 3 meses posoperatorios se aplicó una encuesta rápida respecto de la conformidad con el resultado estético y funcional; y si la cirugía y el posoperatorio estuvieron acordes con sus expectativas preoperatorias.

Entre el 8° y 10° mes posoperatorio se realizó ultrasonografía de partes blandas de línea media supraumbilical e infraumbilical, con el objeto de descartar dehiscencia de la plicatura o aumento de la separación intermuscular (inter-musculo rectos) y/o la presencia de seroma asociado al plano dermocutáneo¹⁴.

Las complicaciones se clasificaron según la clasificación Clavien-Dindo⁴:

- a. Complicaciones menores: Grado 1 o 2
- b. Complicaciones mayores: Grado 3 o 4.

Y según su forma de producción:

- c. De la anestesia general, enfisema subcutáneo
- d. Debidas al acceso endoscópico
- e. De la disección dermocutánea.

Se confeccionaron medidas de tendencia central (media, mediana y modo) y se confeccionaron tablas y gráficos.

Técnica quirúrgica

Bajo anestesia general, el paciente se coloca en posición supina, con ambos brazos extendidos. El cirujano se sitúa entre las piernas del paciente, el ayudante a su izquierda, la instrumentadora a la derecha, y el monitor en la cabecera del paciente. Se realiza ligera inclinación de Trendelenburg, con el objetivo de evitar la expansión del enfisema subcutáneo hacia la región torácica.

Prevía marcación externa de los defectos (Fig. 1), se colocan tres trocares supra-púbicos. Uno central de 10 mm para la cámara y dos laterales, accesorios, de 5 mm (Fig. 2). Se comienza con la incisión suprapúbica central y la disección del tejido celular subcutáneo, hasta exponer la superficie aponeurótica. Siguen la colocación de trocar de 10 mm y la creación de neocavidad favorecida por la presión neumática a 10 mm Hg. A continuación, bajo visión directa, se introducen ambos trocares laterales de 5 mm a una distancia de 5 cm del trocar central. Se comienza la disección del espacio supraaponeurótico en sentido caudocefálico hasta la inserción del ombligo. Se realiza su liberación, disección del saco herniario y reintroducción de su contenido hacia la cavidad abdominal. Se procede de igual manera en caso de otros defectos supraumbilicales. Finalmente se completa la disección del espacio supra-aponeuró-

tico hasta la región subxifoidea. Una vez completa la disección y liberación del colgajo dermocutáneo podemos identificar la diastasis y los defectos aponeuróticos asociados.

Dependiendo de las características de estos, se procederá a la reparación de los defectos considerando cada caso en particular.

En lo que respecta a la colocación de malla, esta puede ser posicionada en el espacio preperitoneal (*inlay*), o bien en el espacio supraaponeurótico (*onlay*) como sucede en el mayor número de los casos.

En aquellos pacientes con grandes defectos centrales, en los que la aproximación de los músculos rectos anteriores del abdomen hacia la línea media es dificultosa, es aconsejable realizar incisiones de descargas laterales (“separación de componentes anterior”) a nivel de la aponeurosis del oblicuo mayor, a fin de disminuir la tensión parietal a la hora del cierre y generar una mayor estabilidad de la herida (Fig. 3). De esta manera se obtiene una mayor “compliance” (distensibilidad), de la pared anterior del abdomen con la consiguiente correcta aproximación de ambos rectos anteriores hacia la línea media. Las incisiones de descarga deben realizarse anatómicamente por fuera del borde externo de la aponeurosis de recto anterior del abdomen, posibilitando un rango de aproximación del plano muscular de hasta 4 o 5 cm de cada lado⁵.

Cierre de la línea media: la plicatura de los rectos anteriores del abdomen se efectúa con una sutura continua de material reabsorbible (180 días) autoajustable (V- LOC Nº 0, Medtronic) (Fig. 4), que se realiza en sentido cefalocaudal. Se realiza un segundo plano continuo (refuerzo) con material monofilamento irreabsorbible. El cierre incluye todos los defectos de la línea media.

Colocación de la malla: la colocación del material pro-

■ FIGURA 1



Marcación de los defectos

■ FIGURA 2



Posición de trocares

tésico (polipropileno-PPL) depende de la amplitud del defecto: se utiliza en aquellos pacientes en los que el defecto supera los 4 cm. La colocación de la malla se realiza en el espacio preperitoneal, o bien supraaponeurótico, utilizando –en algunos casos– puntos simples de PPL o, agrafes reabsorbibles o ambos elementos, como medios de fijación (Fig. 2). Por último, se realiza la reinscripción umbilical en su posición normal con un punto de material reabsorbible y la colocación de drenaje siliconado en el lecho quirúrgico, a través de herida de trocar de 5 mm. Después de esto se coloca un vendaje compresivo para disminuir el espacio muerto entre la aponeurosis y el tejido celular subcutáneo. Se debe usar una faja abdominal por un tiempo aproximado de 1 mes después de la cirugía.

Resultados

Entre marzo de 2014 y febrero de 2017, 42 pacientes fueron abordados por vía endoscópica subcutánea para el tratamiento combinado de diastasis de rectos y otros defectos de línea media. En su mayoría

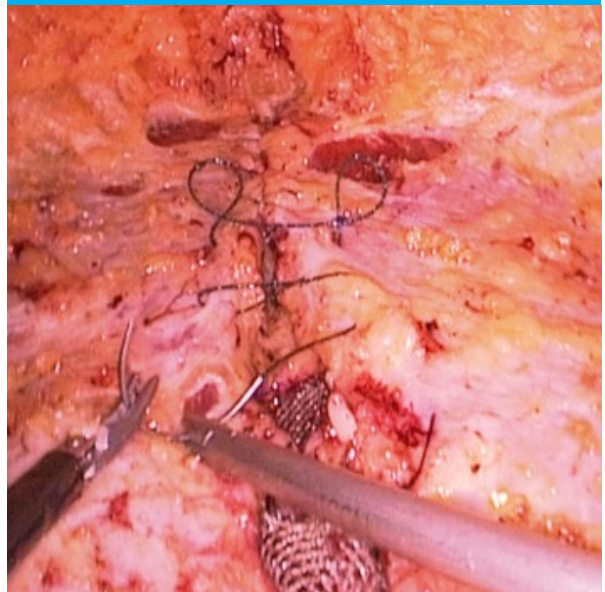
(76%) fueron de sexo femenino con una edad promedio de 39 años (26-63), un índice de masa corporal promedio de 27 y con riesgo quirúrgico ASA I (Tabla 1). De todas las mujeres incluidas en este estudio, el 100% (32) presentaron antecedente de embarazo y el 44% (14) de ellas presentaban cicatriz de incisión de Pfannenstiel.

En el 93% (39) de los casos, la diastasis fue supraumbilical e infraumbilical, y su tamaño promedio fue de 5,5 cm (rango de 4-7 cm).

Todos los pacientes presentaron al menos un defecto de la pared abdominal asociado, con la siguiente distribución: 23 (45%) hernias umbilicales, 18 (35%) hernias epigástricas, 9 (18%) eventraciones umbilicales y 1 (2%) eventración subcostal (Fig. 5).

En todos los casos se logró la plicatura de los músculos rectos con una sutura continua de material reabsorbible (180 días) monofilamento autoajustable (V-LOC Nº 0) y una segunda línea de sutura continua (refuerzo) con material irreabsorbible monofilamento. Dos casos (4,7%) requirieron incisiones de descarga laterales en forma bilateral, para lograr una correcta aproximación de ambos rectos sin excesiva tensión.

■ FIGURA 4



Sutura de línea media

■ FIGURA 3



Descargas laterales

■ TABLA 1

Datos demográficos. (n=42)

Característica		n	%
Sexo	Hombres	10	24%
	Mujeres	32	76%
Edad	Promedio	39 años	Rango: 26-63
Riesgo anestésico	ASA I	24	57,1%
	ASA II	14	33,3%
	ASA III	4	9,5%
	ASA IV	-	-
IMC	Promedio	26,8%	Rango: 21,6- 28,6

IMC: índice de masa corporal

No se registraron complicaciones intraoperatorias en la serie.

El tiempo quirúrgico promedio fue de 80 minutos (55-105 minutos). Se emplearon mallas de polipropileno en 38 pacientes (91% de los casos). En cuanto al tamaño de la malla en cm² de superficie fue de 30 cm² (6 × 5) de colocación *inlay* y de 130 cm² (13 × 10) *onlay*. Por último, el número promedio de agrafes (reabsorbibles) utilizados para la fijación de las mallas fue de 4,3 (3-6) agrafes.

En todos los casos, el enfisema subcutáneo provocado por el CO₂ no superó la topografía toracoabdominal, y se evidenciaron cifras aceptables de hipercapnia, que no excedieron los 48 mm Hg de Pco₂. En todos los casos se colocó drenaje siliconado en *lodge* quirúrgica, y se lo extrajo a los 5,3 días en promedio (1-7 días).

El tiempo de internación promedio fue de 1,5 días (rango de 0,5-3).

Un triple esquema analgésico fue utilizado como tratamiento del dolor posoperatorio. Se indicó durante las primeras 12 horas una bomba de infusión continua (BIC) de tramadol (2 amp. en 500 mL de SF a 21 mL/h), asociado a 1 amp. de diclofenac intravenoso cada 12 horas y paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas. Se logró reducir a la mitad el goteo de la BIC de tramadol a las 12 horas al 90% de los pacientes, logrando su suspensión antes de llegar a las 24 horas en todos los casos. El correcto manejo analgésico es una variable que afecta en forma directamente proporcional el tiempo de internación. No encontramos una correlación estadísticamente significativa entre el tiempo de internación/dolor posoperatorio (medido con escala visual análoga) y el tamaño de la diastasis o del defecto asociado.

La intensidad del dolor a las 12 horas y a los 7 días posoperatorios, evaluado por escala visual análoga (VAS), fue de 4,1 puntos en promedio (rango de 1 a 6 puntos). El grado promedio de satisfacción con el resultado cosmético fue de 9,5 con un rango de 8 a 10. Todos los pacientes refirieron estar muy conformes con el resultado estético y funcional, y que el procedimiento cumplió con sus expectativas posoperatorias.

La morbilidad posoperatoria se registró según la clasificación de Clavien-Dindo⁷ y la complicación más frecuentemente observada fue la presencia de seroma en la zona infraumbilical por ser la zona más caudal. Esta complicación se presentó en el 48% (20) de los pacientes en un grado leve (Grado 1), sin repercusión clínica y con evolución espontánea. Solo en 6 (14%) casos se requirió punción (Grado 2) durante controles por consultorios externos. No se observó infección de herida quirúrgica, ni necrosis cutánea, en ninguno de los pacientes operados.

La ultrasonografía de partes blandas entre el 8º y 10º mes posoperatorio fue realizada en el 93,1% (39) de los pacientes. En ninguno de ellos se constató recurrencia de diastasis y/o eventración. En solo 1 de ellos se pudo evidenciar, en la región suprapúbica, una fina banda líquida compatible con seroma, en relación con el plano dermocutáneo, que se manejó en forma conservadora.

El seguimiento posoperatorio promedio fue de 19 meses (7-35 meses). No se evidenció recurrencia clínica ni ultrasonográfica en ninguno de los pacientes durante este período de seguimiento.

Discusión

La diastasis de rectos se define como la separación de la línea media o línea alba, que se origina en una laxitud de las fibras entrecruzadas procedentes de la aponeurosis de ambos músculos rectos^{2,6}.

En la actualidad continúa siendo discutida su corrección quirúrgica. Sin embargo, existe una multiplicidad de factores que lo justifican. Entre estos se destaca la disconformidad estética, producida por la protrusión en la línea media de la pared anterior del abdomen. Este problema estético es aún más evidente en las mujeres multíparas jóvenes⁷, entre las cuales la corrección quirúrgica es cada vez más solicitada. A su vez puede asociarse a otra sintomatología, como el dolor en la región dorsolumbar, producido por el desequilibrio entre los músculos anteriores y posteriores del tronco. Algunos pacientes que sufren de diastasis tienen incomodidad o molestias crónicas a este nivel, que se incrementan con los movimientos posturales.

Es frecuente observar la coexistencia de diastasis de músculos rectos con otros defectos de la línea media, como por ejemplo una hernia o eventración sintomática. Ante este tipo de situación, si corregimos quirúrgicamente solo la hernia, estaremos corrigiendo el defecto en un tejido anatómicamente débil, que es la línea alba dañada. Como consecuencia, la probabilidad de una recurrencia herniaria podría aumentar, y el resultado estético sería incierto. Por lo tanto, en el caso de una diastasis, asociada a otro defecto de la línea media, se recomendaría la corrección simultánea de ambas patologías⁸.

Actualmente, el tratamiento mayormente empleado es en el contexto de una abdominoplastia, en aquellos pacientes que asocian una lipodistrofia abdominal. Los cirujanos plásticos utilizan un abordaje suprapúbico, mediante una incisión transversa biilíaca. Una vez realizada la liberación el colgajo dermocutáneo hasta la región subxifoidea, se realiza la corrección de la diastasis, mediante la plicatura de esta y abarcando cualquier otro defecto asociado. Se reimplanta el ombligo una vez estirado en sentido caudal todo el colgajo dermocutáneo, y finalmente se realiza la resección del excedente de piel y tejido celular subcutáneo, logrando un resultado estético aceptable⁹.

Otra opción para la corrección de la diastasis de recto es el abordaje laparoscópico¹⁰. La corrección se realiza mediante el empleo de suturas escalonadas transfasciales o incluso mediante sutura continua intracorpórea, a lo que se suma la colocación de una malla compuesta intraabdominal (IPOM). Si bien su desarrollo es factible, se evidencia cierta disconformidad estética, debido a un sobrenivel dermocutáneo a lo largo de la línea media, producto de una plicatura anterior o externa. A su vez, el trabajar contra-tracción debido a la fuerza ejercida por el neumoperitoneo determina un cierre de la línea media con excesiva tensión e inestabilidad de la sutura, creando disconformidad técnica para el cirujano.

Por último, el abordaje endoscópico subcutáneo publicado por Bellido Luque y col.², en el año 2013, brinda una nueva alternativa al tratamiento de esta patología. Al igual que en nuestro estudio, mediante el empleo de tres trocares de acceso suprapúbico, y utilizando presiones de trabajo de CO₂ entre 8 y 10 mm de Hg, realizamos el tratamiento totalmente endoscópico preaponeurótico para la corrección de defectos de la línea media asociados a diastasis de músculos rectos. En todos los pacientes de nuestra serie se logró completar el tratamiento sin complicaciones. El uso de suturas barbadas autoajustables en la corrección de la diastasis ha permitido reducir las maniobras quirúrgicas, sin requerir la realización de nudos y logrando disminuir el tiempo quirúrgico¹¹. Si bien esta sutura es reabsorbible (180 días), realizamos una segunda línea de sutura continua con material irreabsorbible monofilamento, para garantizar su estabilidad. Estas suturas son tan eficaces como las convencionales en el mantenimiento de la rectificación de ambos rectos abdominales¹². En nuestro estudio no se ha observado recidiva clínica o ultrasonográfica de la diastasis y/o de otro defecto (hernia) de la línea media en ninguno de los 42 pacientes, durante el tiempo de seguimiento promedio de 19 meses (7-35 meses).

La indicación de emplear o no malla se basó en el tamaño de la diastasis o de los defectos asociados de línea media o de ambos aspectos. Se consideró que en aquellas diastasis mayores de 5 cm y/o con defectos asociados mayores de 5 cm se justifica su aplicación. Por lo tanto, fue empleada en 38 (91%) pacientes, pero en los 4 casos restantes no. La descripción de la coloca-

ción de malla a nivel *inlay* hace referencia a la ubicación del material protésico a nivel del orificio o defecto de pared o de ambos, y su fijación a los bordes de este. Realizamos una mínima disección preperitoneal, pero incompleta, ya que técnicamente por este abordaje es imposible lograr una adecuada disección del espacio preperitoneal, para obtener un correcto *overlap* de la malla con su respectiva fijación. Al carecer de un adecuado *overlap* en dicho espacio (debido a su imposibilidad técnica), y siendo necesaria su fijación a nivel de los bordes del defecto, es por ello, que la describimos como *inlay*. El objetivo inicial de dicha ubicación, estuvo dado ante una eventual dehiscencia de la plicatura y, por ende, ante la recurrencia de la diastasis, para que los defectos herniarios tengan la fibrosis suficiente (dado por la malla), para no evolucionar a la recidiva. Las mallas colocadas en forma *onlay* fueron 32 y en forma *inlay* fueron 6. Para seleccionar dicha forma de colocación también nos basamos en un tamaño aproximado. Aquellos defectos (diastasis o hernias o ambas) menores de 6 cm fueron tratados *inlay*, y los mayores de 6 cm, *onlay*. No fue objetivo estadístico de este trabajo diferenciar la presencia y/o mayor desarrollo de seroma entre los distintos niveles de ubicación (*onlay/inlay*) de la malla, si tratamos de evidenciar su relación con la colocación o no de esta, e incluso con otras variables como por ejemplo la obesidad.

La colocación de malla para el tratamiento de la diastasis de rectos en este tipo de abordaje es un tema en discusión en la actualidad. Particularmente consideramos que aquellos defectos de línea media menores de 5 cm de tamaño no requieren su colocación, y solo con una doble línea de sutura (plicatura de línea media) sería suficiente para garantizar una correcta estabilidad de la herida a dicho nivel. De esta manera es menor el material protésico incorporado al organismo, y por ende menor la reacción a cuerpo extraño, generando menor desarrollo de seroma.

En dos casos (4,7%) con presencia de diastasis de más de 6 cm de separación, asociada a una laxitud musculoaponeurótica severa, la simple plicatura de ambas aponeurosis no fue suficiente para su corrección, debido a la gran tensión generada a nivel parietal, por lo que requirieron incisiones laterales de descarga para lograr una mayor "compliance" de la pared y permitir un adecuado cierre de la línea media sin tensión.

En concordancia con la mayoría de los artículos publicados^{2,3,5,6}, la complicación más frecuente asociada con la corrección endoscópica de la diastasis de rectos es la aparición de seroma posoperatorio. En nuestro estudio se observó un porcentaje global del 48% (20) de los casos con diagnóstico de seroma, de los cuales solo 6 (14%) requirieron drenaje por punción en forma ambulatoria, debido a su volumen, y alcanzaron su limitación a los 45 días posoperatorios. Si bien existió una tendencia de presentación mayor de seroma en aquellos pacientes con IMC superior a 27, esto no fue estadísticamente significativo. En todos los casos

se emplearon drenajes siliconados que se extrajeron en promedio a los 5,3 días (1-7) y el uso de vendaje/faja abdominal durante los 30 días siguientes, lo que ayudó sin duda a su reducción.

La ultrasonografía de partes blandas se logró realizar en 93,1% (39) de los pacientes y en ninguno de ellos se constató recurrencia de diastasis o eventración o de ambas. Se logró alcanzar un grado elevado de satisfacción funcional y estético en todos los pacientes. Todos ellos refirieron estar muy conformes, y que el procedimiento cumplió con sus expectativas preoperatorias.

No tenemos experiencia en el tratamiento de diastasis por vía convencional, por lo que no es posible su comparación con este tipo de abordaje, en cuanto a la recuperación posoperatoria. En este corte inicial de la serie no realizamos actividad kinésica específica. Su manejo fue el habitual al de un tratamiento de eventroplastia convencional, con el agregado de una faja elástica por un tiempo en promedio de 30 días.

Con el abordaje endoscópico supraaponeurótico fue posible corregir simultáneamente la diastasis y aquellas hernias sintomáticas de la línea media

en pacientes sin exceso de piel o tejido celular subcutáneo, sin observar recurrencia de diastasis, ya sea clínica o ultrasonográficamente, durante todo el seguimiento¹³. Esta técnica mejora el resultado estético llegando al primer año posoperatorio, cuando se compara con el estado cosmético preoperatorio, con alta satisfacción general y disminuyendo el dolor postural (dorsolumbar).

Conclusión

La reparación endoscópica subcutánea de la diastasis de músculos rectos, asociada a otros defectos de la línea media de la pared abdominal, es factible y segura de realizar. Aporta ventajas estéticas considerables, permitiendo la corrección simultánea de ambas patologías, con complicaciones mínimas. Las diastasis mayores de 6-7 cm de separación entre ambos rectos y las asociadas con laxitud musculoaponeurótica severa de la pared abdominal podrían beneficiarse con la realización de descargas laterales y con el empleo de mallas.

Referencias bibliográficas

- Pitanguy I. Abdominoplastias. Hospital. 1967; 71(6):1541-56.
- Bellido Luque J, et al. Totally endoscopic surgery on diastasis recti associated with midline hernias. The advantages of a minimally invasive approach. Prospective cohort study. Hernia. 2014. (doi:10.1007/s10029-014-1300-2).
- Nahas FX, Ferreira LM, Augusto SM, Ghelfond C. Long-term follow-up of correction of rectus diastasis. Plast Reconstr Surg. 2005; 115:1736-41.
- Clavien P, et al. The Clavien-Dindo Classification of Surgical Complications Five-Year Experience Ann Surg. 2009 ; 250: 187-96.
- Ramírez OM. Abdominoplasty and abdominal wall rehabilitation: a comprehensive approach. Plast Reconstr Surg. 2000; 105:425-35.
- Huguier V. Laparoscopic coupled with classical abdominoplasty in 10 cases of large rectus diastasis. Ann Chir Plast Esth 2012; 57:350-5.
- Beer GM, Schuster A, Seifert B, Manestar M, Mihic-Probst DA, Weber SA. The normal width of the linea alba in nulliparous women. Clin Anat. 2009; 22:70611.
- Al-Qattan M. Abdominoplasty in multiparous women with severe musculoaponeurotic laxity. Br J Plast Surg. 1997; 50:450-5.
- Yousif NJ, Lífchez SD, Nguyen HH. Transverse rectus sheath plication in abdominoplasty. Plast Reconstr Surg. 2004; 114:778.
- Champault G. Video-parieoscopic surgery of the abdominal wall. A study of 15 cases. Chirurgie. 2004; 123(5):474-7.
- Mestak O , et al. Evaluation of the long-term stability of sheath plication using absorbable sutures in 51 patients with diastasis of the recti muscles: an ultrasonographic study. Plast Reconstr Surg. 2012; 130(5):714-9.
- Rosen A. Repair of the midline fascial defect in abdominoplasty with long-acting barbed and smooth absorbable sutures. Aesthetic Surg. 2011; J 31(6):668-73.
- Mendes Dde A, Nahas FX, Veiga DF, et al. Ultrasonography formeasuring rectus abdominis muscles diastasis. Acta Cir Bras. 2007; 22:182-6.
- Van Uchelen JH, Kon M, Werker PM. The long-term durability of plication of the anterior rectus sheath assessed by ultrasonography. Plast Reconstr Surg. 2002; 107:1578-84.