

REPARACIÓN ENDOSCOPICA DE DIASTASIS DE RECTO Y DEFECTOS DE LA LÍNEA MEDIA

ENDOSCOPIC APPROACH OF RECTUS DIASTASIS AND ABDOMINAL MIDLINE DEFECTS

Dr. Osmar Cuenca¹, Dr. Agustín Rodríguez², Dr. Arturo Segovia³

RESUMEN

La Diástasis de los rectos (DR) consiste en la separación existente entre los músculos recto anterior del abdomen, no es considerado un defecto herniario sino una alteración de la línea alba. Se la relaciona con edad, la multiparidad, el aumento de peso y clínicamente se manifiesta con un abombamiento en la línea media y suele acompañar a otros defectos de la línea media (hernia umbilical y epigástrica).

Reportamos el caso de una paciente de 40 años de edad portadora de Diástasis de los rectos de 4 cm que fue sometida a reparación por abordaje endoscópico supraaponeurotico y con refuerzo protésico.

Palabras clave: Diástasis de rectos, Reparación endoscópica.

ABSTRACT

Rectus diastasis (RD) consists of the separation between the rectus abdominis anterior muscles, it is not considered a hernia defect but an alteration of the alba line. It is associated with age, multiparity, weight gain and clinically manifests with a bulging of the midline and usually accompanies other midline defects (umbilical and epigastric hernia).

We report the case of a 40-year-old female patient with a 4 cm rectus diastasis who underwent repair by supraaponeurotic endoscopic approach and with prosthetic reinforcement.

Key Words: Rectus diastasis, Endoscopic approach.

INTRODUCCIÓN

La diástasis de los rectos(DR) consiste en la separación de los músculos rectos del abdomen en la línea media, una separación de más de 2 cm ya debe ser considerada anormal. Es fácilmente reconocida al examen físico cuando el paciente en decúbito dorsal eleva la cabeza , produciéndose un aumento de la presión intra abdominal en la medida que los músculos se contraen , apreciándose la aparición de una protuberancia fusiforme difusa en la línea media que puede estar ubicada por encima del ombligo o abarcar toda la línea media⁽¹⁾.

En esencia no es considerado un defecto herniario, se produce por un adelgazamiento de la línea alba , producto de un aumento de la presión intra abdominal o por alteración del colágeno en situaciones especiales(embarazo, obesidad, ascitis).

Clásicamente se lo asocia con el embarazo y el puerperio presentando una prevalencia comprendida entre el 30 y el 70%, no es raro observar su presencia asociada a otros defectos primarios de la línea media (hernias umbilicales y epigástricas).⁽²⁾

En esencia no es considerado un defecto herniario, se produce por un adelgazamiento de la línea alba , producto de un aumento de la presión intrabdominal o por alteración del colágeno en situaciones especiales(embarazo, obesidad, ascitis), representando más bien un problema estético, aunque existen estudios que demuestran su asociación a dorsalgias y lumbalgias, trastornos digestivos (estreñimiento) , alteraciones del piso pélvico, eventos que pueden alterar la calidad de vida.⁽³⁾

La DR esta clásicamente asociada con el embarazo ,los cambios hormonales provocan cambios en los tejidos , produciendo laxitud tisular a nivel de la línea alba, dicho efecto hormonal persiste hasta tres meses posterior al parto, por lo tanto si el defecto persiste más allá de ese tiempo ya podemos hablar de DR.⁽⁴⁾

La asociación de DR con otros defectos primarios de la línea media como la hernia umbilical y la hernia epigástrica no es infrecuente; Köhler et al . diagnosticaron DR en el 45% de los pacientes con hernias umbilicales y epigástricas pequeñas (>2cm) , de estos pacientes ; el 31% que fue sometido a reparación con suturas presentaron una tasa de re-

1. Especialista en Pared Abdominal. Clínica de Hernias. Asunción-Paraguay

2. Especialista en Cirugía General y Laparoscópica Avanzada. Asunción-Paraguay

3. Médico Anestesiólogo. Asunción-Paraguay.

Autor correspondiente: Dr. Osmar Cuenca Torres - Correo electrónico: cuencatorres@gmail.com

Fecha de recepción: 12/07/17 - Fecha de aceptación: 01/08/17

currencia significativamente mayor en comparación con los pacientes que no tenían asociación a DR en un seguimiento a 30 meses.⁽⁵⁾

De acuerdo a estos estudios, las hernias de la línea media, independientemente del tamaño, con DR concomitante, requieren reparación con malla protésica debido a las altas tasas de recurrencia.⁽⁵⁾

No existe consenso en relación a las indicaciones ni al tipo de tratamiento quirúrgico sugerido, pero si la DR es sintomática o asociada con hernias de línea media (umbilical y/o epigástrica), la cirugía concomitante sería la opción más válida.

Las diversas opciones hablan de un abordaje abierto o laparoscópico, del número de capas de sutura, del material de sutura utilizado y de la colocación o no de un material protésico.⁽⁶⁾

El método tradicional de corrección de la DR es durante la realización de una abdominoplastia y consiste en realizar una plicatura de la vainas de los rectos con el fin de reconstruir la línea alba, esta técnica puede ocasionar dolor importante en el post operatorio.^(7,8)

Se describen otras técnicas como la del Dr. Bezama Murray, que efectúa la reparación de la DR a través de una brecha aponeurótica a nivel umbilical, mediante la colocación de una malla preperitoneal tras disecar el espacio de forma no traumática.⁽⁹⁾

Una técnica híbrida (abierta con instrumentales endoscópicos) fue iniciada por el Dr Reinhold, donde a través de una mínima incisión en la piel accede al espacio preperitoneal (sublay) colocando una malla protésica y realizando el cierre de la línea media, esta técnica es conocida como técnica MILOS.⁽¹⁰⁾

Existen además alternativas endoscópicas como la descrita por el Dr. Juárez Muas en la que propone un abordaje endoscópico supraaponeurótico para corregir la DR y otros defectos primarios de la línea media, realizando plicatura de la vaina de los rectos con colocación de una prótesis de refuerzo supra aponeurótica con el fin de asegurar la reparación, sin abordar la cavidad abdominal y con buenos resultados cosméticos,⁽¹¹⁾ siendo esta última técnica descrita la que se presenta en el caso clínico reportado.

CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino de 40 años de edad portadora de hernia umbilical (anillo de 1 cm) y de hernia epigástrica (anillo de 2 cm) asociados con diastasis de recto supraum-

bilical de 4 cm (**Figura 1**), de 5 años de evolución, con antecedente de constipación crónica y de un embarazo con parto por cesárea, ASA I, IMC 30.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Paciente en decúbito dorsal en posición francesa, demarcación de los bordes mediales de músculos rectos, cirujano ubicado entre las piernas del paciente y ayudante a la derecha del cirujano.

Se realiza marcación de sitios de colocación de trócares suprapúbicos (**Figura 2**) y se inicia la cirugía con una incisión de 10 mm suprapúbica a nivel de la línea media, con disecciones romas se crea un espacio supraaponeurótico para colocar un trócar de 10 mm e iniciar insuflación en la neo cavidad a presiones de 8 a 10 mm Hg. Posteriormente se colocan dos trócares de 5 mm laterales a línea media bajo visión directa que permite buena triangulación y ergonomía de trabajo (**Figura 3 y 4**). Se realizó disección con cauterio del tejido celular sub cutáneo de lateral a medial hasta alcanzar ambos rebordes costales y sin sobrepasar línea axilar anterior.

Posteriormente se realiza la disección medial del tejido celular subcutáneo, con desinserción del ombligo e invaginación de hernia umbilical, se procedió de igual manera con hernia epigástrica hasta alcanzar el apéndice xifoides.

Se realizó plicatura de la vaina de los rectos con sutura barbada número 2.0 desde el apéndice xifoides hasta nivel sub umbilical (**Figura 5**) y una vez finalizada la plicatura, se procedió a la colocación de una malla de polipropileno de baja densidad de 20 x 15 cm a nivel supraaponeurótica que fue fijada con dispositivos absorbibles. (**Figura 6**)

Se realizó reinserción del ombligo con sutura intracorpórea absorbible de PDS 2-0 y se finalizó la cirugía con la colocación de un drenajes aspirativo a través de uno de los puertos laterales de accesos de 5 mm, cierre de puertos con monocryl 4-0. La paciente no presentó complicaciones en el post operatorio.

CONCLUSIÓN

El abordaje endoscópico supra aponeurótico es una técnica factible de realizar en casos seleccionados, permite restituir la línea media en pacientes portadores de DR y otros defectos parietales de la línea media por medio de la plicatura de la vaina de los rectos y con refuerzo con material protésico. Presenta resultados cosméticos, con mínima morbilidad parietal.



FIG. 1



FIG. 2



FIG. 3



FIG. 4



FIG. 5



FIG. 6

BIBLIOGRAFÍA

1. Brooks DC. Rectus abdominis diastasis. UpToDate. (2015). Available from: www.uptodate.com
2. Mota P, Pascoal AG, Sancho F, Bø K. Test-retest and intrarater reliability of 2-dimensional ultrasound measurements of distance between rectus abdominis in women. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2012;42:940-6.
3. Luque JB, Luque AB, Valdivia J, Suárez Gráu JM, Gómez Menchero J, García Moreno J, et al. Cirugía totalmente endoscópica en diastasis recti asociada con hernias de línea media. Las ventajas de un enfoque mínimamente invasivo. Estudio prospectivo de cohorte. *Hernia* (2015) 19 : 493 - 501.10.1007 / s10029 - 014 - 1 300 - 2 [PubMed] [Cross Ref]
4. Noble E. Essential Exercises for the Childbearing Year (2.a ed.). Houghton Mifflin Co, 1982;8:58-63.
5. Köhler G, Luketina RR, Emmanuel K. Sutured repair of primary small umbilical and epigastric hernias: concomitant rectus diastasis is a significant risk factor for recurrence. *World J Surg* (2015) 39:121–6.10.1007/s00268-014-2765-y [PubMed] [Cross Ref]
6. Hickey F, Finch JG, Khanna A. A systematic review on the outcomes of correction of diastasis of the recti. *Hernia* (2011) 15:607–14.10.1007/s10029-011-0839-4 [PubMed] [Cross Ref]
7. Al-Quattan mm. Abdominoplasty in multiparous women with severe musculoaponeurotic laxity *Br J Plast Surg.* 1997 Sep;50(6):450-5.
8. Ramirez OM. Abdominoplastia y rehabilitación de la pared abdominal: un enfoque integral. *Plast Reconstr Surg* (2000) 105 : 425 - 35.10.1097 / 00006534 - 200001000 - 00069 [PubMed]
9. Bezama JA. Técnica quirúrgica para reparar la diástasis de rectos asociada a hernia umbilical. Diez años de experiencia *Rev Hispanoam Hernia.* 2017;5(2):52-56
10. Reinhold W. Neue Techniken in der Narben- und Bauchwandhernienchirurgie. *Chirurgische Allgemeine* (2013)14 : 331-7.
11. Juárez Muas D y col. Reparación endoscópica prefascial de la diástasis de los rectos: descripción de una nueva técnica. *Rev Hispanoam Hernia.* 2017;5(2):47-51