

Diástasis de los rectos. Técnica quirúrgica original*

Drs. JORGE BEZAMA M.^{1,2}, ANÍBAL DEBANDI L.¹, MARÍA M. HADDAD A.¹, PABLO BEZAMA U.¹

¹ Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

² Hospital Hanga Roa, Rapa Nui, Chile.

An original method to repair the diastasis of the rectis muscles

Introducción

La diástasis de los rectos constituye una entidad distinta de las hernias, no tiene anillo y la posibilidad que ocurra un evento obstructivo, atascamiento o estrangulación es poco probable; sin embargo, es un particular defecto de la pared que produce más bien problemas de tipo estéticos.

Se describe una técnica, original del autor principal de esta presentación, para reparar este defecto cuando es de hasta de 3 cm de ancho, el que se realiza mediante un acceso a través de una pequeña incisión en la cicatriz umbilical. Los defectos mayores por su parte requieren de un acceso directo a través de una incisión cutánea realizada en la línea media supraumbilical, sobre el defecto.

Anestesia

La anestesia recomendada para esta operación es una regional, que incluya desde el apéndice xifoides hacia abajo. La anestesia general tiene el inconveniente que el paciente no puede colaborar con la maniobra de Valsalva, procedimiento útil para ayudar a fijar la malla y evaluar de inmediato el resultado del procedimiento.

Descripción de la técnica

Se realiza una incisión arciforme en el reborde superior del ombligo, una disección del ombligo y la liberación del mismo, mediante la sección de sus adherencias a la aponeurosis. En oportunidades se puede encontrar una hernia umbilical, y en tal caso se abre el saco, se disecciona y libera del anillo y se reduce el contenido, que habitualmente es grasa preperitoneal o epiplón. En caso de haber abierto el peritoneo, se cierra con puntos continuos de Vicryl 3/0. Para realizar correctamente esta técnica, aún cuando no exista una hernia, debe liberarse el ombligo (Figuras 1 y 2).

Preparación de la malla

Se corta un trozo de malla de polipropileno de 22 cm de largo por 5 cm de ancho. En uno de sus extremos se hacen orificios de 3 mm de diámetro, luego se dobla este extremo en una extensión de 2 cm y se sutura el doblez con dos puntos de Vicryl 3/0, uno en cada lado, de manera de formar un bolsillo. Los orificios van a permitir que, durante el proceso de cicatrización, éstos sean atravesados por verdaderos "clavos" de fibrosis, ayudando a fijar la malla (Figura 3).

*Recibido el 31 de Agosto de 2008 y aceptado para publicación el 22 de Septiembre de 2008.

Correspondencia: Dr. Jorge Bezama M.
Hospital Hanga Roa, Rapa Nui, Chile
E-mail: jbezamam@yahoo.com

Preparación del túnel preperitoneal

Se efectúa una apertura en sentido transversal de la línea media aponeurótica, de más o menos 30 mm. Con una pinza Kocher se toma el labio superior de la aponeurosis abierta y se introduce por la brecha una gasa larga húmeda en el espacio preperitoneal, con la finalidad de separar la fascia transversalis y el peritoneo de la cara posterior de la aponeurosis, tanto hacia caudal como hacia lateral, y especialmente hacia cefálico. La gasa debe entrar fácilmente, de lo contrario no se está en el lugar correcto.

Luego de retirada la gasa húmeda, se introduce

por el mismo lugar una valva maleable cuyo extremo se inserta curvado, de manera tal que, una vez introducido, éste quede enfrentado hacia la pared y no hacia la cavidad peritoneal. Suavemente, se introduce éste elemento hasta llegar a nivel del xifoides, o sea, unos 15 a 16 cm; ésta maniobra también debe resultar fácil (Figuras 4 y 5).

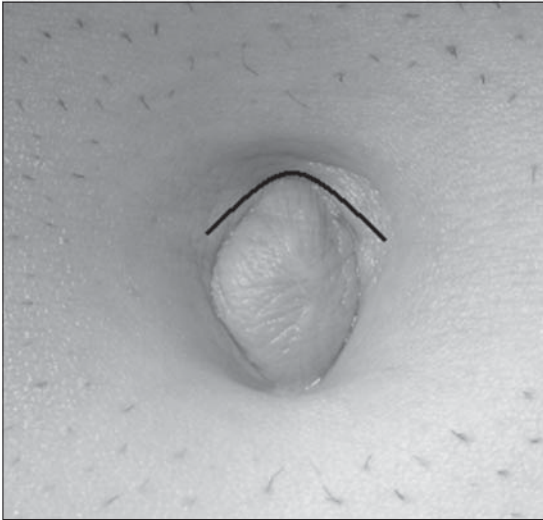


Figura 1.

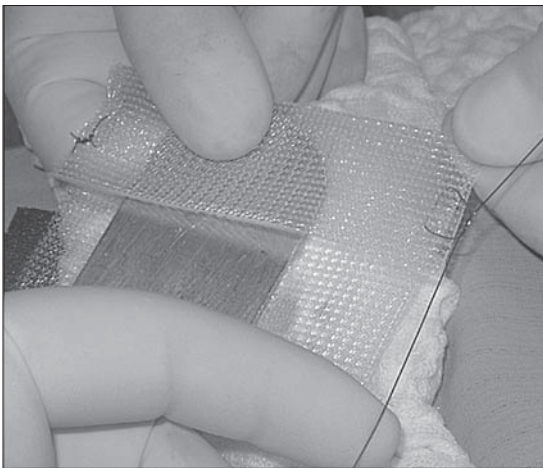


Figura 3.

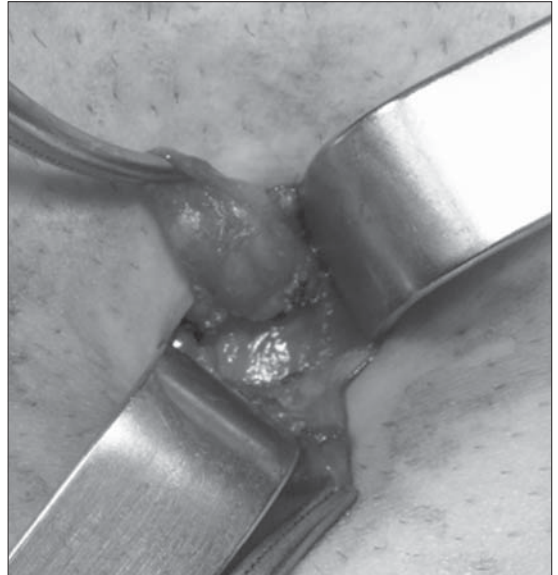


Figura 2.



Figura 4.



Figura 5.

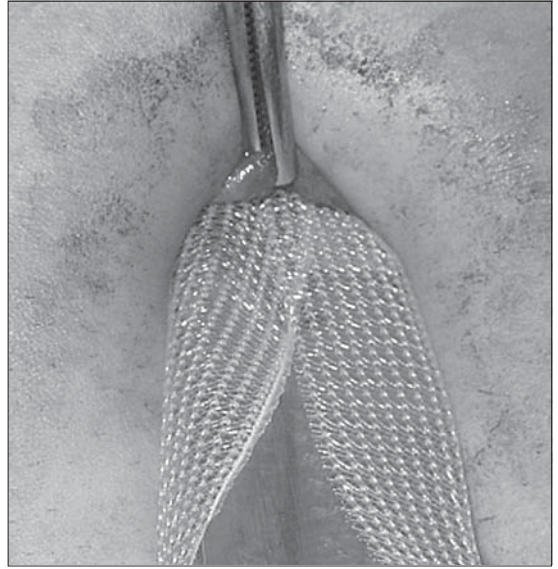


Figura 6.

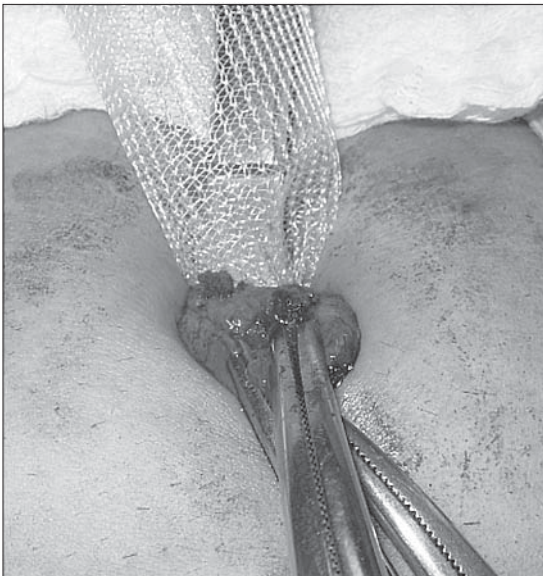


Figura 7.

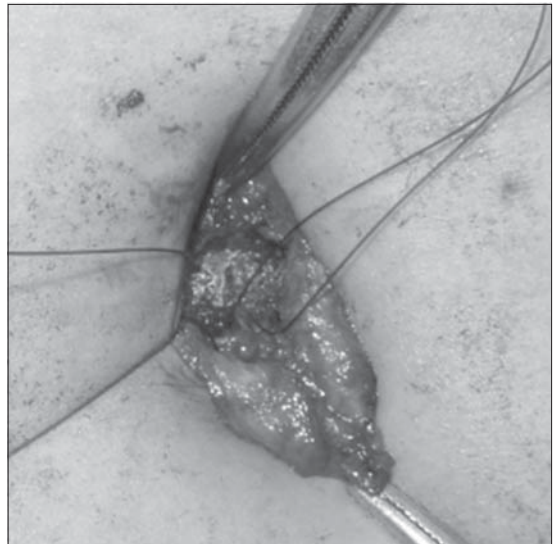


Figura 8.

Introducción de la malla

Luego de introducida la valva en el bolsillo de la manera señalada y con el extremo curvado de manera tal que cuando se introduzca éste vaya en contra de la pared, se introduce la malla con la valva a través de la brecha aponeurótica hacia el espacio preperitoneal dirigiéndola hacia el xifoides.

Una vez alcanzado este punto, se introduce una aguja en forma perpendicular a la piel hasta contactar con la valva, y de esta manera se fija la malla. Sosteniendo firmemente la aguja, se retira suavemente la valva, dejando de ésta manera la malla queda *in situ*.

En ese momento se le solicita al paciente que

haga una maniobra como si se fuera a sentar, con lo cual se logran dos objetivos, el primero fijar la malla a la pared posterior, y el segundo, visualizar si se corrigió el defecto. Una vez obtenido esto se retira la aguja, y se introduce el resto de la malla por la misma brecha aponeurótica hacia el espacio preperitoneal y dirigida hacia caudal, desplegándola con la parte posterior de una pinza anatómica o quirúrgica. Luego se cierra la brecha aponeurótica en sentido transversal, con una sutura continua de

Prolene 2/0, incluyendo en una o dos de sus pasadas la malla y tomando la precaución de no incluir la pared posterior, porque se corre el riesgo de incluir accidentalmente un asa intestinal.

También este paso se puede realizar a puntos separados. Una vez completado el cierre de la brecha aponeurótica se sutura con Vicryl 3/0 el ombligo a la malla, y luego se realiza una sutura intradérmica del ombligo, con Monocryl 4/0 (Figuras 6, 7, 8, 9 y 10).

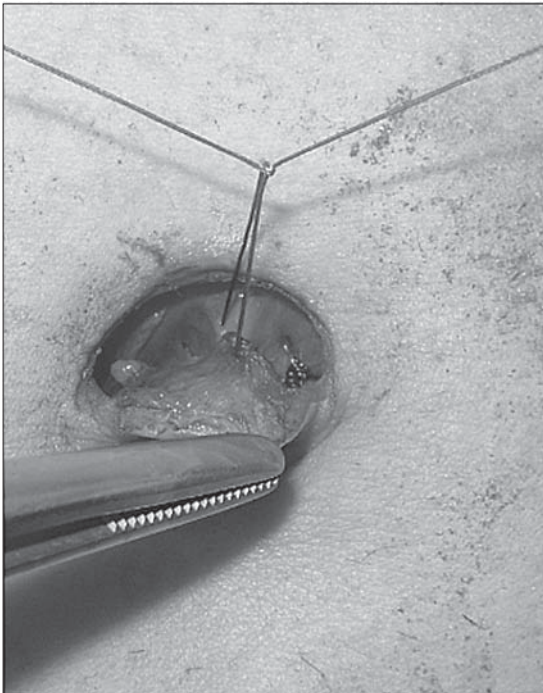


Figura 9.

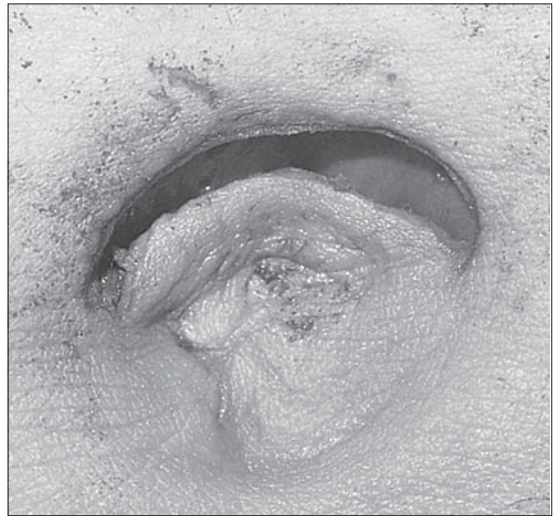


Figura 10.