



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CIRUGÍA GENERAL**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR ANTONIO FRAGA MOURET"**

**"COMPARACION DE UNA NUEVA TECNICA DE MINIMA INVASION EN LA
REPARACION DE DIASTASIS DE RECTOS CON LA CIRUGIA TRADICIONAL EN
EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 72 IMSS"**

**TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL**

**PRESENTA:
Dr. JUAN CARLOS VAZQUEZ BARRIENTOS**

**TUTORES PRINCIPALES:
Dr. RODRIGO VELAZQUEZ GUERRERO. HGR 72 IMSS
Dr. JESUS ARENAS OSUNA. HECMNR**

MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dr. Jesús Arenas Osuna
Jefe de la División de Educación en Salud
UMAE "Dr. Antonio Fraga Mouret"
Centro Médico Nacional La Raza

Dr. José Arturo Velázquez García
Profesor Titular del Curso Universitario en Cirugía General
Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Juan Carlos Vázquez Barrientos
Médico Residente de Cirugía General

Número de Registro

R-2015-1401-38

Índice

Resumen.....	4
Abstract.....	5
Antecedentes.....	7
Material y métodos.....	14
Resultados.....	16
Discusión.....	23
Conclusiones.....	25
Bibliografía.....	26
Anexos.....	29

RESUMEN

OBJETIVO: Comparar la técnica de Bezama contra la técnica tradicional en la reparación de diástasis de rectos, en el Hospital General regional No. 72.

MATERIAL Y METODOS: Estudio transversal, descriptivo, comparativo, retrolectivo. Se analizaron expedientes de pacientes a los que se les realizó reparación de diástasis de rectos con la técnica quirúrgica tradicional y de Bezama, de enero del 2014 a octubre del 2015. Se recabaron: edad, género, tamaño de separación de rectos, tiempo quirúrgico, sangrado transoperatorio, uso de drenaje, días de estancia intrahospitalaria y complicaciones. Se utilizó estadística descriptiva, *t* student, *X* cuadrada, exacta de Fisher.

RESULTADOS: Se revisaron 39 casos, 14 operados con técnica de Bezama. La edad media grupal fue 57.7 ± 11 años, 51.3% género femenino ($n=20$), IMC 30.39 ± 2.20 , la separación de rectos de 3.56 ± 0.55 cm, tiempo quirúrgico de 69.9 ± 25.5 minutos, hemorragia transquirúrgica de 89 ± 63 ml, tiempo de estancia hospitalaria de 1303 ± 1064 minutos. La morbilidad fue: 10.3% ($n=4$) seroma y 2.6% ($n=1$) infección de herida quirúrgica en la técnica tradicional, 0% en la de tipo Bezama. El uso de drenaje en 59% ($n=23$) con la técnica tradicional. Fueron menores la hemorragia transquirúrgica ($p < 0.05$), el tiempo quirúrgico ($p < 0.05$) y tiempo de estancia intrahospitalaria ($p < 0.05$) con la técnica de Bezama.

CONCLUSIONES: La técnica de Bezama mostró ventajas en comparación con la tradicional: la hemorragia transquirúrgica, tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria son menores. **PALABRAS CLAVE:** diástasis de rectos,, reparación de diástasis de rectos, técnica Bezama.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To compare the Bezama technique against traditional technique in repairing diastasis recti in the Regional General Hospital No. 72.

MATERIALS AND METHODS: This is a Sectional, descriptive, comparative, retrolective study. We analyzed patients records to those who underwent repair of diastasis recti with traditional and Bezama from January 2014 to October 2015. Surgical technique, age, gender, size separation of rectis, surgery time, intraoperative bleeding, use of drainage device, days of hospital stay and complications related to surgery, were collected. We used descriptive statistics, Student's t, X squared, Fisher's exact test

RESULTS: The total of 39 cases, 14 were operated with technical Bezama. The group mean age was 57.7 ± 11 years, 51.3 % females (n= 20), BMI 30.39 ± 2.20 , the separation of recti of 3.56 ± 0.55 cm, surgical time of 69.9 ± 25.5 minutes, transsurgical hemorrhage of 89 ± 63 ml, duration of stay in hospital of 1303 ± 1064 minutes. The complications related to the event: 10.3 % (n= 4) seroma and 2.6 % (n= 1) surgical wound infection in the traditional technique, 0% in type Bezama. The use of drainage was zero in the technique of Bezama and 59% (n= 23) with the traditional technique. It was less the transsurgical hemorrhage ($p < 0.05$), the surgical time ($p < 0.05$) and hospital length of stay ($p < 0.05$) with the technique of Bezama in comparison with the traditional showing statistically significant differences.

CONCLUSIONS: The technique of Bezama showed advantages in comparison with the traditional in the way that the hemorrhage transsurgical, surgical time and hospital stay are shorter and the complications related to the procedure

were nil. It is therefore a good alternative to the surgical management of diastasis recti at the institutional level. **KEYWORDS:** diastasis recti, Repairing diastasis recti,Bezama technique.

ANTECEDENTES

La diástasis de rectos (DR), se refiere a una separación de los músculos rectos del abdomen izquierdo y derecho, como resultado de la pérdida de consistencia de la línea alba; presentando diferentes grados de severidad según la distancia de separación a lo ancho y la longitud de la misma. El aumento de la presión abdominal causa una expansión en los tejidos de la pared abdominal, principalmente a nivel de la línea alba, ya que al ser la región media es donde se produce la mayor fuerza de presión.¹

Las zonas más propensas a diástasis son en un 52% la región umbilical, 36% región supra umbilical, y en 11% la región infra umbilical. Puede ocurrir en cualquier zona de la línea alba, o abarcar toda su extensión desde el ángulo xifoesternal hasta el pubis. Esta línea alba es la sutura central que conecta las fascias que cubren los cuatro músculos abdominales de cada lado: músculos rectos, músculos oblicuos externos, músculos oblicuos interno y músculos transversos del abdomen. ²

Dentro de la distribución de la DR en la población, ésta se asocia con el incremento de la edad, en personas que realizan esfuerzos físicos como levantamiento de pesas, personas con antecedente de cirugía abdominal, personas con cambios hormonales, congénita, así como en todas las condiciones que presente aumento de la presión intra abdominal, como lo es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o la obesidad.³

El patrón femenino de la DR se localiza a nivel umbilical, pudiendo extenderse a nivel superior o inferior. El modelo masculino ocurre principalmente a nivel supra umbilical mayormente en la década de los sesentas.⁴

A pesar de que la DR se presenta por un gran número de causas, las dos principales condiciones en las que se presenta son: secundaria al embarazo y posterior a una gran pérdida de peso, como pacientes con cirugía bariátrica.⁵

En la literatura mundial de cirugía general y cirugía plástica, el tópico de diástasis de rectos tiene poca prioridad. No hay actualmente datos acerca de su incidencia y su relación con la edad es desconocida. Se presentan principalmente en mujeres multíparas. Alrededor del 66% al 100% de las mujeres desarrollan DR en el tercer trimestre del embarazo.⁶ Chiarello et al, al estudiar un grupo de 30 cadáveres, estima una prevalencia de DR de 26.7%, presentándose en pacientes de mayor edad, hombres caucásicos.⁷

Una DR, deforma la pared abdominal, poniendo en peligro las funciones de ésta, incluyendo la postura, la estabilidad del tronco, la respiración, la flexión del cuerpo, la rotación y el trabajo de parto.⁸

El dolor de la espalda baja puede ser un reflejo de la postura incorrecta, así como de la biomecánica alterada del cuerpo debido a una debilidad de la musculatura abdominal. Una hernia abdominal, incontinencia urinaria de esfuerzo, dolor pélvico y la incontinencia fecal pueden ser complicaciones adicionales de esta alteración. Dentro del ámbito estético también es una alteración que condiciona un gran defecto cosmético con repercusiones en la autoestima. Por todos estos complejos cambios y complicaciones en los que repercute la DR sobre nuestra vida, es de suma importancia que se diagnostique y trate oportunamente para reducir el impacto negativo sobre la calidad de vida.⁹

La cirugía de DR fue introducida por los cirujanos plásticos, ya que al realizar la abdominoplastía por motivos estéticos, no era suficiente retirar el excedente de piel y grasa para un adecuado resultado, en 1989 Regnault, popularizó la plicatura de la vaina de los rectos, aplicándola a todos los pacientes a los que les realizaba abdominoplastía, ya que él creía que todos los pacientes que presentaron aumento de la circunferencia abdominal, presentaban algún grado de laxitud de la fascia musculo aponeurótica. De igual manera el Dr. Pitanguy, durante sus procedimientos de abdominoplastía rutinariamente realizaba la plicatura de los rectos; así sus alumnos siguieron la misma técnica, posteriormente aplicándose en la especialidad de cirugía general como tratamiento para la DR. ¹⁰

El tratamiento de la DR es quirúrgico, se han propuesto diferentes técnicas para corregir la deformidad que causa la laxitud de la pared abdominal, siendo hasta el día de hoy la plicatura de la fascia de los rectos la técnica más popular para tratar esta deformidad muscular. ¹¹

En la técnica quirúrgica tradicional de plicatura de los rectos, se realiza una incisión media supra e infra umbilical según la extensión del defecto, se disecan las capas de tejido celular subcutáneo hasta encontrar la línea alba, se disecan los colgajos de piel y grasa lateralmente, exponiendo por lo menos 4-5 cm de aponeurosis de cada lado; en este momento se puede proceder a realizar sutura continua de un lado del recto hacia el otro lado aproximándolos con tensión. Otra manera es agregar una malla de polipropileno. ¹²

Una de las principales preocupaciones sobre la plicatura es si ésta es durable y si es estable. Para verificarlo Xerfan et al, realizó un estudio a 14 pacientes en

el que se verificó la posición de los rectos anteriores antes y posterior a la plicatura, a las 3 semanas y 6 meses, mediante un escaneo por tomografía. La plicatura se realizó con sutura Nylon 2-0 en dos planos. Dentro del control tomográfico se encontró que la corrección del defecto permaneció a los 6 meses.¹³

En 2012 Mestak, et al, publicó un estudio en el que uso sutura absorbible para la plicatura de la DR, en este estudio comparó a pacientes posterior a la plicatura de los rectos de 12 a 41 meses de realizada la cirugía, con una media de 20 meses, valorados mediante ultrasonografía, y comparados con un grupo control de pacientes nulíparas sin DR, no encontró diferencia entre la distancia de los rectos en estos dos grupos, demostrando así que la sutura absorbible también es una alternativa para el procedimiento de plicatura de rectos.¹⁴

Palanivelu, et al, en 2009, publicó su método de reparación de DR mediante laparoscopia. Se operaron 18 pacientes, las indicaciones fueron por motivos estéticos y por dificultad y dolor con las actividades diarias. El tiempo promedio de cirugía fue 113 minutos, se presentaron complicaciones menores en 5 pacientes (27.7%), 4 con dolor postoperatorio y 1 con neumonía intrahospitalaria. Todos los pacientes refirieron mejoría cosmética, dentro de la funcionalidad, dos pacientes refirieron sin mejoría para sus actividades.¹⁵

Zukowski et al., en su estudio comparó la cirugía laparoscópica contra la cirugía abierta para la resolución de la DR, demostró una tasa menor de complicaciones del 15% comparada con el 24% de la cirugía abierta, sin embargo no especifica qué tipo de complicaciones presentaron sus pacientes.¹⁶

Emmuelson en 2014, compara los resultados de la reparación de diástasis de rectos en dos grupos de 25 pacientes cada uno, en el primer grupo se realizó

plicatura de rectos con sutura absorbible en 2 planos, se presentaron complicaciones como infección de herida quirúrgica en 18%, seroma en 14%; en el segundo grupo se utilizó malla de polipropileno retro muscular con complicaciones reportadas como infección de herida en 31%, seroma 14% y hematoma en 7%. Dentro de la recurrencia se encontró un caso en el grupo de sutura absorbible y no hubo recurrencia en el grupo de malla, todos ellos con un seguimiento a 3 meses y posterior a un año. ¹⁷

Otros estudios reportan una tasa de recurrencia a tres años de 0 a 40% cuando se usa suturas de monofilamento en un plano. ^{18, 19}

F. Hickey, et al, en el 2011, realiza la única revisión que se encuentra en la literatura analizando los artículos más representativos sobre DR donde se exponen sus resultados y las fallas de los mismos (Cuadro 1). No hay una técnica que resulte con evidencia clara de ser la mejor y por lo que nuevas técnicas se están desarrollando, que permitan realizar un procedimiento bajo anestesia local o sedación, a fin de eliminar las complicaciones que se pueden presentar con la anestesia general. Aún hace falta mucho más estudio sobre el mejor tipo de reparación para la DR, conforme aumente la experiencia y se desarrollen nuevos métodos se mejorarán los resultados de este procedimiento.²⁰

Cuadro 1. Resumen de estudios sobre diástasis de rectos

Estudio	Autor	Tipo de Estudio	Número de pacientes	Procedimiento	Grupo control	Resultados
Laparoscopic repair of diastasis recti using the 'Venetian blinds' technique of plication with prosthetic reinforcement: a retrospective study	Palanivelu et al.	Reporte de casos	18	Abdominoplastia laparoscópica, con sutura y malla	Ninguno	No recurrencia a 48 meses. Complicaciones menores 27.7%: Dolor 11.1% , dolor crónico 11.1% , neumonía 5.5% Tiempo de cirugía promedio 113 min.
Nylon versus polydioxanone in the correction of rectus diastasis	Nahas, et al.	Casos y controles	20	Abdominoplastia abierta con dos líneas de suturas	Grupo de Nylon 2-0	Ambos grupos sin recurrencia a 6 meses. Se presentaron 5 seromas, 3 en el grupo de polydioxanone y 2 en el grupo de nylon.
Should diastasis recti be corrected?	Nahas, et al.	Serie de casos	14	Abdominoplastia abierta, diástasis corregida con dos líneas de suturas.	Ninguno	Se presentaron 3 seromas, 21.42%
Endoscopic intracorporeal abdominoplasty: a review of 85 cases	Zukowski, et al.	Serie de casos	90	Abdominoplastia laparoscópica	Abdominoplastia abierta	Morbilidad laparoscópica 15%: 1 caso de epidermólisis, 2 casos de pérdida de tejido, 1 caso de infección de herida, 3 casos de dolor crónico y 6 casos de seromas. Morbilidad de cirugía abierta 25%: 1 íleo postoperatorio, 1 pérdida de tejido, 1 infección de herida, 1 dehiscencia de herida, 1 eventración, 1 hematoma postoperatorio requiriendo drenaje.
Long-term follow-up of correction of rectus diastasis	Nahas, et al.	Reporte de casos	12	Abdominoplastia abierta 2 planos de sutura	Ninguna	No recurrencia a 80 meses. Complicaciones: 1 seroma. 8.3%
The long-term durability of plication of the anterior rectus sheath assessed by ultrasonography	Van Uchelen et al.	Reporte de casos	63	Abdominoplastia abierta 1 línea de sutura continua	Ninguna	Complicaciones: 1 Trombosis venosa profunda, 10 complicaciones de la herida.

En el 2009, el Dr. Jorge Bezama, publicó en la revista de Cirugía de Chile, la descripción de su técnica mínimamente invasiva para reparación de DR, con resultados estéticos favorables. En éste procedimiento se realiza una incisión umbilical de 2-3 cm, se disecciona liberando el ombligo de la aponeurosis, se expone el espacio pre peritoneal y se introduce una malla en la extensión del defecto, corroborando la corrección del defecto durante la cirugía. Sin necesidad de grandes incisiones o colocación de drenaje.²¹

Hoy en día en el Hospital General Regional No. 72, se adoptó esta técnica de Bezama para la reparación de DR, hasta el momento no hay reportes en la literatura nacional o internacional de los resultados de esta técnica. Esta nueva técnica ha llegado a ser una alternativa de mucha utilidad para el paciente mexicano, ya que es la mínima invasividad su principal ventaja, lo que pretende mejorar los resultados de la cirugía para DR, disminuyendo la estancia hospitalaria a solo horas, disminución de complicaciones y trauma quirúrgico, con la consecuente disminución de gastos en salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Observacional, transversal, comparativo y retroactivo.

Lugar de estudio: Servicio de Cirugía General del Hospital General regional No. 72, "Vicente Santos Guajardo"

Tiempo de estudio: Enero del 2014 –Octubre 2015

Población de Estudio: Expedientes de pacientes atendidos en el servicio de cirugía general del Hospital general regional No 72 "Vicente Santos Guajardo"

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- ✓ Expedientes de Pacientes de cualquier edad y género.
- ✓ Expedientes de pacientes que fueron operados por diástasis de rectos ya sea con técnica de Bezama o técnica tradicional.
- ✓ Expedientes clínicos completos para fines del estudio.

Criterios de Exclusión:

- ✓ Expedientes de pacientes con intervención quirúrgica abdominal previa.

Criterios de Eliminación:

- ✓ Ninguno

Descripción general del estudio

Se analizó el expediente clínico de pacientes sometidos a intervención quirúrgica por diástasis de rectos con técnica tradicional o de Bezama en el periodo comprendido de enero del 2014 a Octubre del 2015, se pusieron en una hoja de recolección de datos las variables de interés del expediente clínico de aquellos que cumplan con los criterios de inclusión. Posteriormente se vaciaron en una hoja de recolección y se utilizó el programa SPSS versión 22 para el análisis de dato.

Análisis estadístico

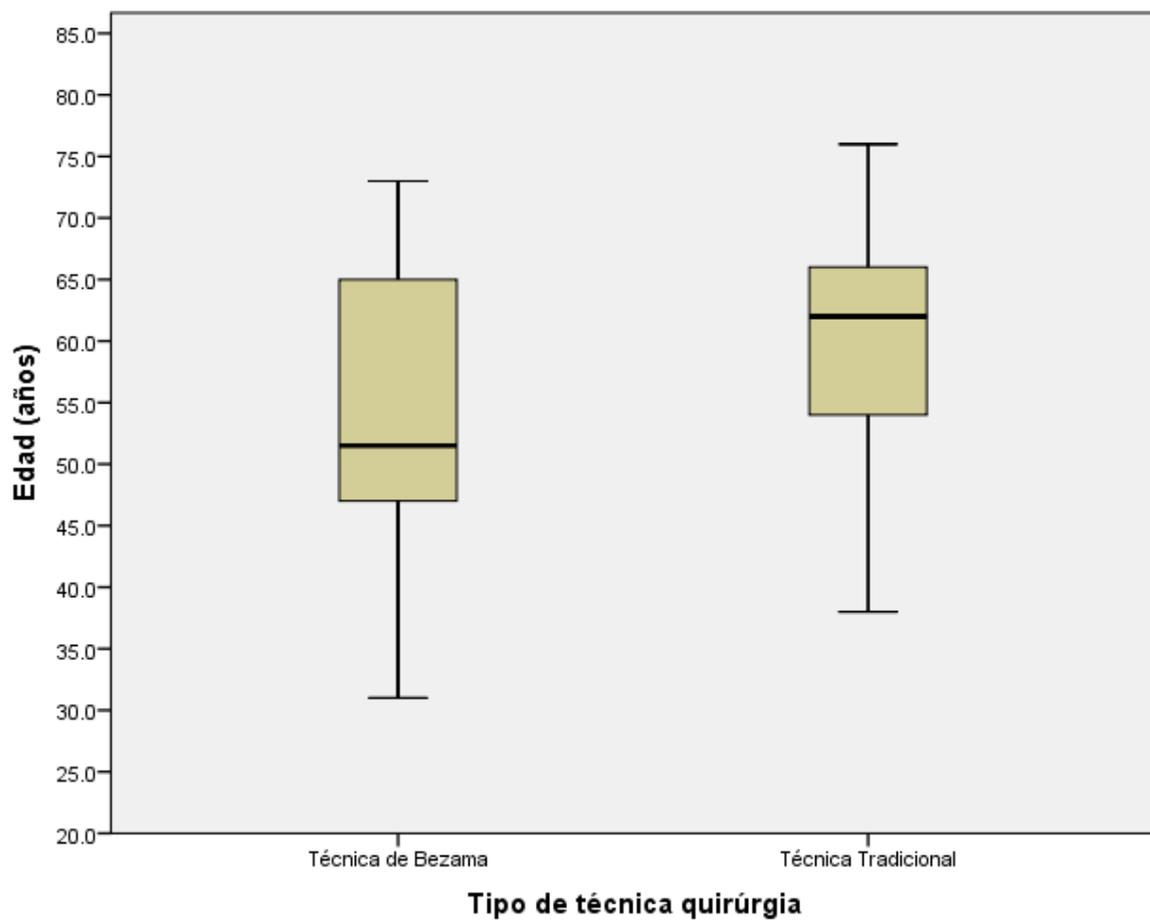
Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (media, moda y mediana) y medidas de dispersión (rango y desviación estándar) para las variables cuantitativas, para las variables cualitativas o categóricas se determinaron proporciones, se elaborarán tablas y gráficas de acuerdo a las características de los datos. Se compararon medias en las variables cuantitativas continuas con *T de Student*, y X^2 para la variables categóricas. Se probó la hipótesis a dos colas considerando significancia estadística un valor de $P \leq 0.05$, con intervalo de confianza del 95%. Los datos se analizaron con SPSS versión 22 para Windows.

RESULTADOS:

Se analizaron 39 casos, no aleatorizados de pacientes operados de diátesis de rectos, 14 se operaron con técnica quirúrgica de Bezama, el resto con técnica tradicional. La edad media grupal de 57.7 ± 11 años, 51.3% (n=20) del género femenino, peso 77.5 ± 7.7 kg, talla 1.59 ± 0.58 mts, IMC 30.39 ± 2.20 , la separación de rectos de 3.56 ± 0.55 cm, tiempo quirúrgico de 69.9 ± 25.5 minutos, la hemorragia transquirúrgica de 89 ± 63 ml, el tiempo de estancia hospitalaria de 1303 ± 1064 minutos. Las complicaciones relacionadas al evento 10.3% (n=4) seroma, y 2.6% (n=1) infección de herida quirúrgica; el uso de dispositivo de drenaje en heridas fue 59% (n=23).

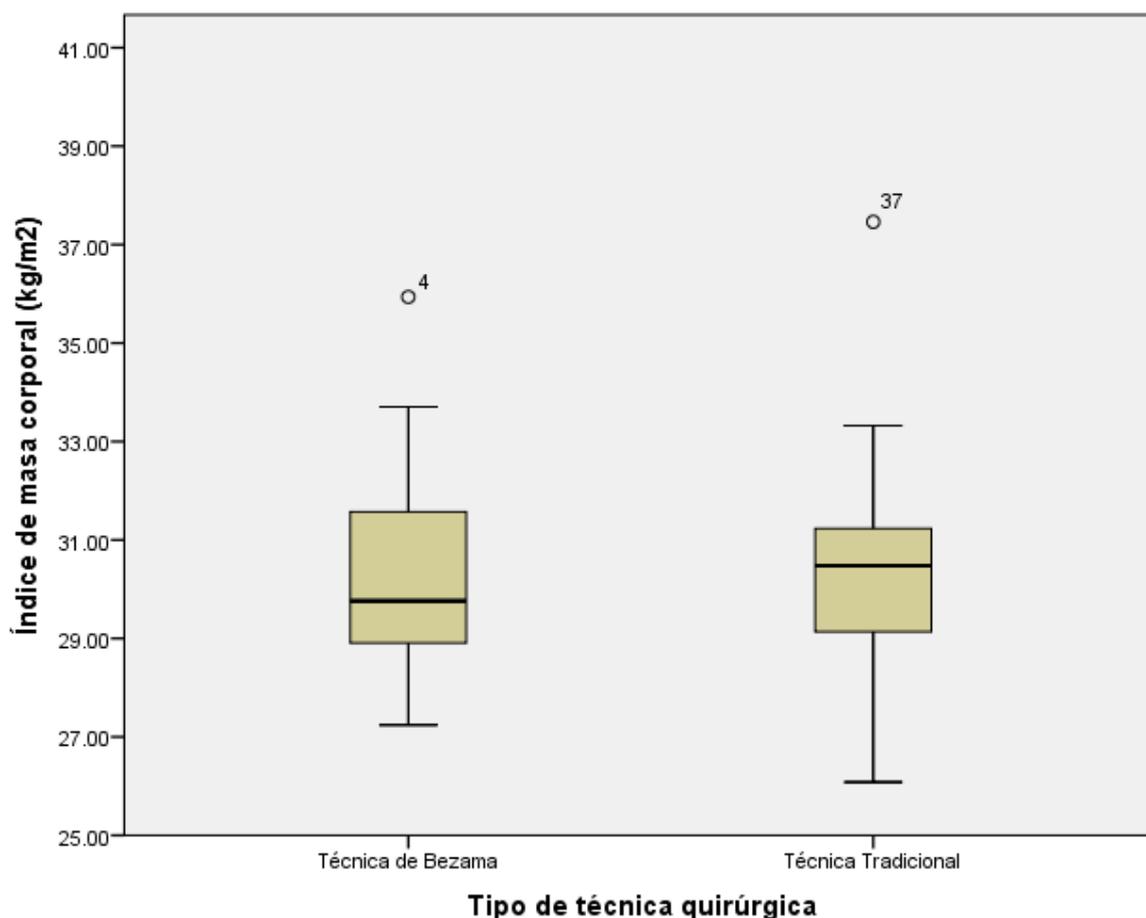
Al realizar la comparación entre grupos no se encontraron diferencias respecto a edad, peso, talla e índice de masa corporal. En el grafico uno se puede observar la relación entre grupos de la edad, en el grafico 2 la comparación del índice de masa corporal.

Grafico 1. Comparación de edad por grupos.



FUENTE: Cédula de recolección de datos

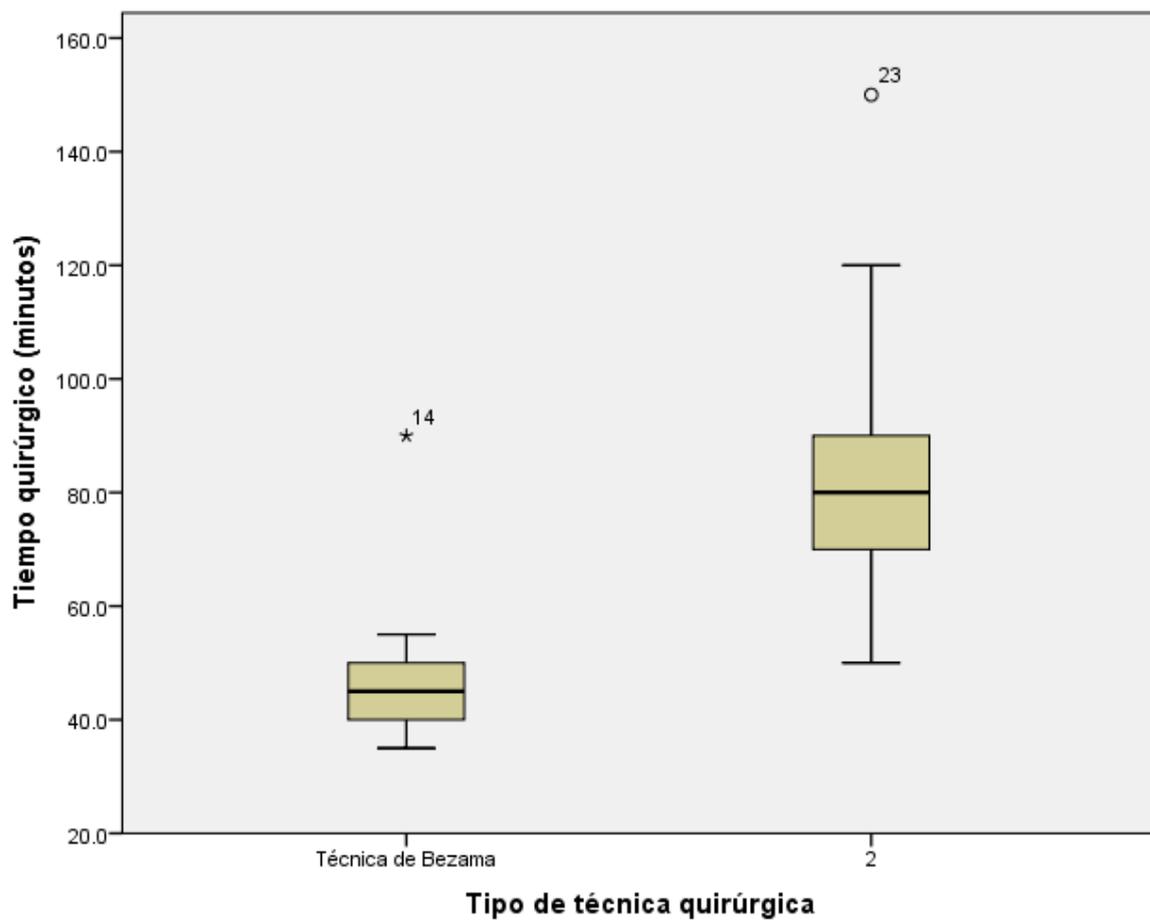
Grafico 2. Comparación del índice de masa corporal por grupos.



FUENTE: Cédula de recolección de datos

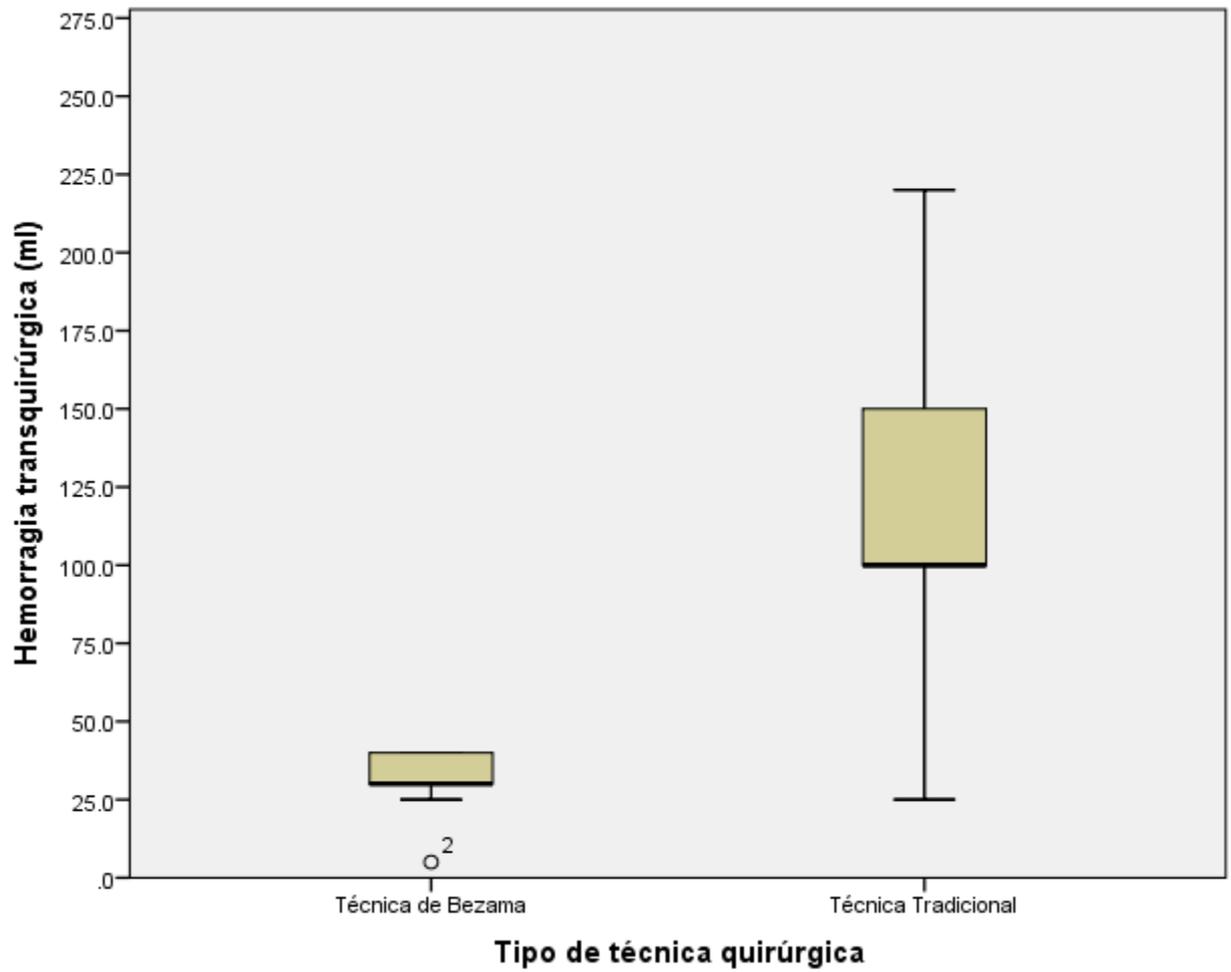
Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la separación de rectos, siendo discretamente mayor en el grupo de técnica de Bezama. El tiempo quirúrgico (grafico 3), la hemorragia transquirúrgica (grafico 4) y el tiempo intrahospitalario (grafico 5) fueron significativamente menores en el grupo en que se realizó la técnica de Bezama. La comparación de medias y X² se puede observar en la tabla 1.

Grafico 3. Comparación del tiempo quirúrgico entre grupos.



FUENTE: Cédula de recolección de datos

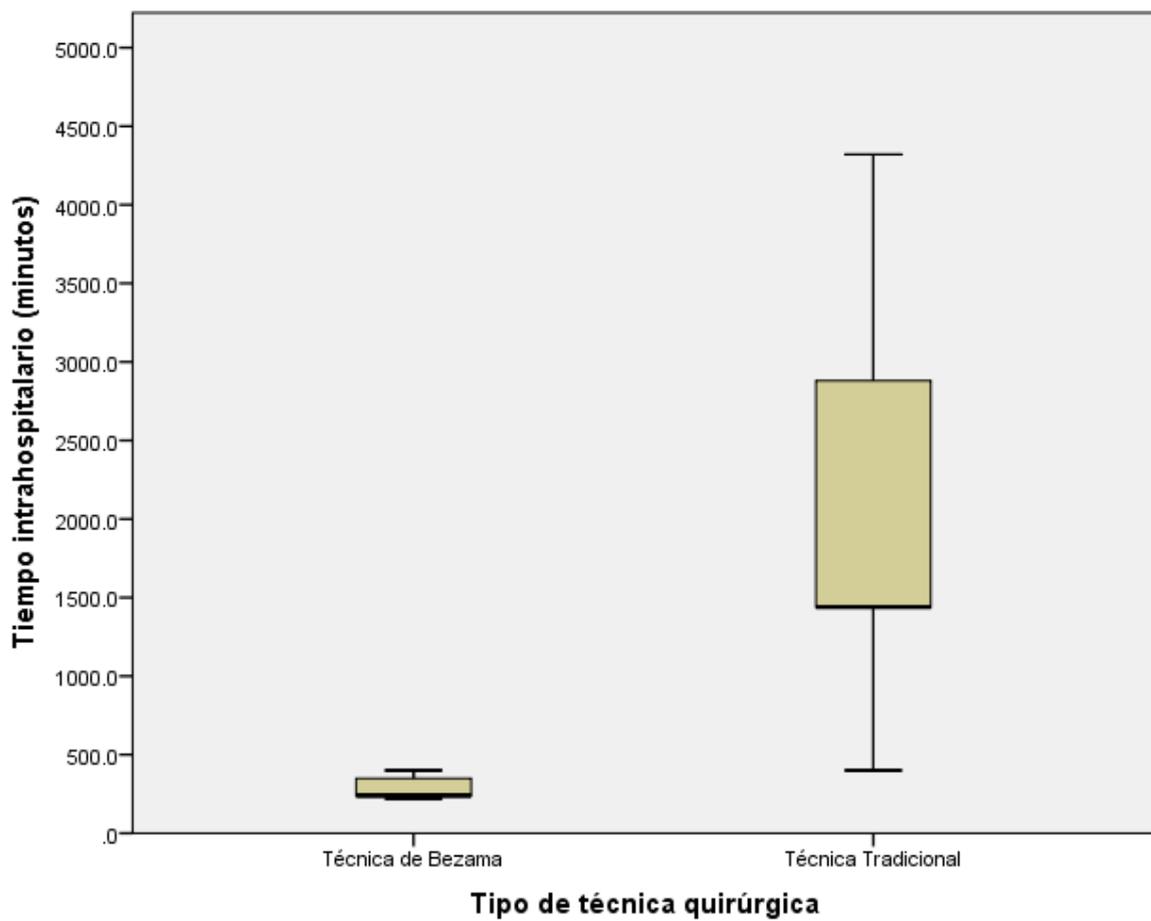
Grafico 4. Comparación del sangrado transquirúrgico entre grupos.



FUENTE: Cédula de recolección de datos

Tabla 1. Comparación de variables por técnica quirúrgica

Grafico 5. Comparación del tiempo intrahospitalario entre grupos.



FUENTE:Cédula de recolección de datos.

Variable	Técnica de Bezama (n=14)	Técnica Tradicional (n=25)	P*
Edad	53.8±11	59.9±10.6	0.109
Peso (kg)	78.1±8.6	77.2±7.3	0.734
Talla (m2)	1.60±0.05	1.59±0.06	0.562
IMC (kg/m2)	30.33±2.35	30.42±2.17	0.905
Genero			
Femenino	7(50%)	13(52%)	0.905
Masculino	7(50%)	12(48%)	
Separación de rectos (cm)	3.8±0.53	3.4±0.50	0.015
Tiempo quirúrgico (min)	47.1±13.4	82.6±21.5	0.000
Tiempo intrahospitalario (min)	282±61.79	1879±916.9	0.000
Hemorragia transquirúrgica (ml)	30.7±8.9	121.8±56.1	0.000
Complicaciones quirúrgicas			
Hemorragia	0	0	---
Seroma	0	4(16%)	0.277
Infección	0	1(4%)	1.000
Uso de drenaje	0	23(92%)	0.000

FUENTE: Cédula de recolección de datos

**T-student*, χ^2 , exacta de Fisher.

DISCUSION:

La investigación en diástasis de rectos se ha visto limitada por la baja tendencia a considerarlo una patología de importancia, en algunos casos manejada de manera expectante, sin embargo constituye un problema estructural a la anatomía humana que presenta repercusiones de importancia a corto y largo plazo.

Se han hecho pocos estudios recientes sobre nuevas técnicas para esta patología, siendo la técnica de Bezama uno de los últimos, y a pesar de lo reciente de esta nueva técnica de mínima invasión, en nuestro estudio los resultados fueron favorables, los grupos fueron homogéneos lo cual se puede observar en la tabla uno, y aunque el tamaño de la separación de rectos fue mayor en los pacientes a los que se les realizó técnica de Bezama no se vio modificado el resultado. El tiempo quirúrgico fue evidentemente menor con más de 30 minutos de diferencia entre la técnica de Bezama y la tradicional, con significancia estadística ($p < 0.05$); mientras que la hemorragia transquirúrgica se observó una diferencia de más de 60 ml, ($p < 0.05$) y el tiempo intrahospitalario significativamente menor ($p < 0.05$), en la técnica de Bezama no se presentó ninguna complicación.

Nuestro reporte de complicaciones en la técnica tradicional no difiere de la publicada mundialmente con un porcentaje de 20%, siendo el seroma el de mayor presentación con 16%, y la infección en un solo paciente con el 4%. Por otro lado con la técnica de Bezama encontramos una ausencia de complicaciones reportando un 0%, siendo esta técnica superior en este

aspecto, respecto a la técnica tradicional y a otras técnicas reportadas en la literatura mundial.

A diferencia de otros estudios como el de Palanivelu, el cual realizó la reparación por medio de laparoscopia, con buenos tiempos, estos se ven mejorados con la técnica de Bezama con un promedio de 47 minutos, y una diferencia de más de una hora de quirófano, presentando la misma característica de mínima invasividad. (15)

F. Hickey consideró que no existía evidencia clara de que alguna técnica quirúrgica fuera superiores a otra, sin embargo nosotros encontramos que si existen diferencias significativas entre ambas técnicas, los tiempos fueron menores, lo cual le ofrece al paciente mayor seguridad al evento quirúrgico, menor exposición a anestésicos con los posibles eventos secundarios, el sangrado transquirúrgico aun que fue escaso en ambas cirugías fue menor con Bezama. (20) La mayor diferencia la encontramos en el tiempo de estancia intrahospitalaria el cual fue en promedio 282 minutos en la técnica de Bezama, convirtiéndola en una cirugía ambulatoria y sin uso de drenaje, mientras que la técnica tradicional promedia 1879 minutos, lo que es un día de hospitalización de diferencia, que se refleja aumentando los riesgos de morbilidad intrahospitalaria y el gasto de recursos de la institución.

Considero que debemos realizar mayores evaluaciones con mayor volumen de pacientes para tener una mejor estadística respecto a la técnica de Bezama, entendemos las limitaciones respecto al estudio que tienen los procedimientos quirúrgicos (no pueden ser doble ciego, limitaciones en la aleatorización), sin embargo considero que puede realizarse a mayor escala con previa

capacitación del personal quirúrgico y valorar realizar el presente estudio multicéntrico.

Esta información que hemos obtenido se debe de distribuir en la unidad hospitalaria y posiblemente entre otras externas; los resultados a favor son bastante considerables.

CONCLUSIONES

La técnica de Bezama mostró ventajas en comparación con la tradicional ya que la hemorragia transquirúrgica, tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria son menores y las complicaciones relacionadas al procedimiento fueron nulas. Por lo tanto es una buena alternativa para el manejo quirúrgico de la diástasis de rectos a nivel institucional.

BIBLIOGRAFÍA:

-
1. Boxer S, Jones S. Intra-rater reliability of rectus abdominis diastasis measurement using dial calipers. *Aust J Physiother* 1997;43(2):109–114.
 2. Boissonnault JS, Blaschak MJ. Incidence of diástasis recti abdominis during the childbearing year. *PhysTher* 1988;68(7):1082–086.
 3. Keeler J, Albrecht M, et al. Diastasis Recti Abdominis: A Survey of Women's Health Specialists for Current Physical Therapy Clinical Practice for Postpartum Women. *Journal of Women's Health Physical Therapy* 2012;36(3):131-142.
 4. Akram J, Matzen SH. Rectus abdominis diastasis. *J PlastSurg Hand Surg* 2014;48:163–169.
 5. Candido G, Janssen P. Diastasis of the recti abdominis in pregnancy: risk factors and treatment. *Physiother Can* 1999;51(1):32 –37.
 6. Emanuelsson P, Dahlstrand U, Strömsten U, Gunnarsson U, Strigård K, Stark B. Analysis of the abdominal musculo-aponeurotic anatomy in rectus diastasis: comparison of CT scanning and preoperative clinical assessment with direct measurement intraoperatively. *Hernia* 2014;18(4):465-71.
 7. Chiarello CM, Gomez CL, Evander R, Bertsch NC, Brown LK, de la Bruyere JP, Hadrovic E. Diastasis Recti Abdominis in Cadavers. *Journal of Women's Health Physical Therapy* 2009;33(1):18.
 8. Candido G, Lo T, Janssen PA. Risk factors for diastasis of the recti abdominis. *J Assoc Chartered Physiother Women's Health* 2005;97:49–5.

-
9. Oneal RM, Mulka JP, Shapiro P, Hing D, Cavaliere C. Wide abdominal rectus plication abdominoplasty for the treatment of chronic intractable low back pain. *PlastReconstrSurg* 2011;127:225–231.
 10. Fahmy FS, Saleh MAA. Abdominoplasty: Aesthetics of the Anterior Abdominal Wall. *Cosmetic Surgery* 2013(51);887-906.
 11. Bozola AR, Psillakis JM. Abdominoplasty. A new concept and classification treatment. *PlastReconstrSurg* 1988;82:983–993.
 12. Cheesborough JE, Dumanian GA. Simultaneous Prosthetic Mesh Abdominal Wall Reconstruction with Abdominoplasty for Ventral Hernia and Severe Rectus Diastasis Repairs. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2015;135(1):268-276.
 13. NahasFX, Muszkat S, Ghelfond C. Should Diastasis Recti Be Corrected? *AesthPlastSurg* 1997;21:285–289.
 14. Mestak O, Kullac R, 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. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2012;130(5):714e-719e.
 15. Palanivelu C, Rangarajan M, et al. Laparoscopic repair of diastasis recti using the ‘Venetian blinds’ technique of plication with prosthetic reinforcement: a retrospective study. *Hernia* 2009;13:287–292.
 16. Zukowski ML, Ash K, Spencer D, Malanoski M, Moore G. Endoscopic intracorporal abdominoplasty: a review of 85 cases. *PlastReconstrSurg* 1998;102(2):516–527.
 17. Emanuelsson P. Alternatives in the treatment of abdominal rectus muscle diastasis. An Evaluation Published by KarolinskaInstitutet; 2014:1-64.

-
18. Van Uchelen JH, Kon M, Werker PM. The long-term durability of plication of the anterior rectus sheath assessed by ultrasonography. *Plastic and reconstructive surgery* 2001;107(6):1578-84.
 19. Augusto SM, Ghelfond C. Long-term follow-up of correction of rectus diastasis. *Plastic and reconstructive surgery* 2005;115(6):1736-41.
 20. Hickey F, Finch JG. A systematic review on the outcomes of correction of diastasis of the rectus. *Hernia* 2011;15:607–614.
 21. Bezama J, Debandi A, Haddad M, Bezama P. Diástasis de los rectos. Técnica quirúrgica original *Revista Chilena de Cirugía* 2009; 61(1): 97-100.

ANEXOS

ANEXO 1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre		
Número de afiliación		
Edad	PESO	TALLA
IMC		
Sexo	M ()	F ()
Separación de rectos	cm	
Tipo de reparación	Técnica de Bezama () Técnica Tradicional ()	
Tiempo Quirúrgico	Minutos	
Se colocó Drenaje	Si () No ()	
Sangradooperatoria	Mililitros	
Complicación postquirúrgica	Si () No () Cual Sangrado Infección Seroma	
Tiempo Intrahospitalario	Horas	