

Plastia de Bezama en hernias umbilicales con diástasis de rectos en pacientes masculinos

The Bezama plasty in umbilical hernias with diastasis recti in males

Daniel A Portillo Rodríguez,* David E Ayala García,†,§ Juan de Dios Díaz Rosales†,¶

Palabras clave:

hernia, diástasis muscular, hernia umbilical, hernia abdominal, hernioplastia, reparación herniaria.

Keywords:

hernia, diastasis muscle, hernia umbilical, hernia abdominal, hernioplasty, repair hernia.

RESUMEN

Introducción: la diástasis de rectos que acompaña a la hernia umbilical y su tratamiento se han estudiado de forma amplia principalmente en mujeres en quienes se desarrolla durante el embarazo; sin embargo, los estudios en hombres son escasos. En esta serie se publican los resultados de la implementación de la técnica de Bezama en hombres con estos defectos de la línea media. **Material y métodos:** entre enero de 2016 y diciembre del 2019, se sometieron a cirugía 28 pacientes masculinos con diagnóstico clínico de hernia umbilical y diástasis de rectos. **Resultados:** la eficacia del procedimiento en términos estéticos y funcionales fue adecuada, logrando detener la progresión de la diástasis en los pacientes y tratando el defecto herniario con buenos resultados. **Conclusión:** la reparación de la hernia umbilical y diástasis de rectos con la plastia de Bezama es un procedimiento seguro y sencillo de realizar por cirujanos interesados en la pared abdominal.

ABSTRACT

Introduction: the diastasis recti that accompanies the umbilical hernia and its treatment have been studied mainly in women in whom it developed during pregnancy. In this series, the results of the implementation of the Bezama technique in male adult patients with middle line defects are published. **Material and methods:** between January 2016 and December 2019, 28 male patients with a clinical diagnosis of umbilical hernia and diastasis recti underwent surgery. **Results:** the efficacy of the procedure in aesthetic and functional terms were appropriate; however, it was possible to stop the progression of diastasis and treat umbilical defect in these patients. **Conclusion:** it is possible to perform the technique described by Bezama in patients with diastasis recti in a safe and simple manner by abdominal wall surgeon.

* Pasante del Servicio Social. Programa de Medicina, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Ciudad Juárez, Chihuahua, México.

† Hospital General de Zona No. 35, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad Juárez, Chihuahua, México.

§ Residente de cuarto año de Cirugía General.

¶ Cirujano general y Endoscopia Gastrointestinal.

Abreviaturas:

DR = diástasis de rectos.
HU = hernia umbilical.

INTRODUCCIÓN

El ombligo es una cicatriz en un área de debilidad natural con tendencia a la formación de hernias fácilmente complicables (hernias umbilicales o HU).¹ De manera estandarizada, las HU menores de 10 mm son reparadas con sutura primaria, aquellas mayores de 10 mm son reparadas con una prótesis de polipropileno.² No está definido cuál es el sitio ideal de colocación de la malla (retromuscular, preperitoneal, etcétera), ni tampoco cuál abor-

daje es el mejor (abierto o laparoscópico), por lo que en HU no existe un estándar de oro en su tratamiento.

La diástasis de rectos (DR) es una condición anatómica congénita o adquirida que no cumple con los criterios diagnósticos de una hernia ventral. Es la laxitud de la línea alba que provoca la separación entre los rectos abdominales (sin un defecto o anillo herniario) lo que ocasiona una protrusión o prolapso del contenido abdominal.³ Esta condición está asociada a un impacto negativo de la imagen corporal y una mala salud autopercebida; también se ha asociado a síntomas abdominales (meteorismo, estreñimiento, dolor, etcétera), lumbares (lumbalgia) y pélvicos (incontinencia

Recibido: 05/02/2024
Aceptado: 30/09/2024



Citar como: Portillo RDA, Ayala GDE, Díaz RJD. Plastia de Bezama en hernias umbilicales con diástasis de rectos en pacientes masculinos. Cir Gen. 2024; 46 (4): 218-223. <https://dx.doi.org/10.35366/118860>

urinaria) capaces de alterar la calidad de vida de los pacientes.⁴

Los factores de riesgo para el desarrollo de DR descritos son: edad materna, multiparidad, cesáreas previas, productos macrosómicos y múltiples embarazos.⁵ También se ha observado DR en pacientes con aumento de peso y en deportistas de alto rendimiento con uso intenso de los músculos abdominales. Este defecto ha sido más estudiado en mujeres durante y después del embarazo, y se refiere que tiene la capacidad de remitir espontáneamente tras el parto. Sin embargo, 33% de las pacientes persistirá con DR hasta 12 meses después.⁶ Los tratamientos establecidos incluyen la plicatura abierta (acompañada o no de una abdominoplastía), las reparaciones laparoscópicas y endoscópicas (ejemplo, MILAR, MILOS, SCOLA, REPA, etcétera), y finalmente la plastía de Bezama (considerada como una técnica abierta de mínima invasión).⁷

La combinación de estos defectos (HU y DR) tiene una asociación que va del 50 hasta en el 90% de los casos,^{8,9} siendo escasos los estudios en la población masculina. El objetivo de este estudio es mostrar la experiencia de una técnica accesible como la plastía de Bezama en la reparación de hernias umbilicales con diástasis de rectos abdominales en una muestra de pacientes masculinos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo serie de casos (retrospectivo, observacional y descriptivo) que abarcó el periodo de enero de 2016 a diciembre de 2019, en el Hospital General de Zona No. 35 (Instituto Mexicano del Seguro Social) en Ciudad Juárez, México. Se incluyeron pacientes masculinos adultos (mayores de 18 años), ASA I y II, con diagnóstico clínico de HU (primaria) como defecto principal (igual o mayor de 10 mm) que, durante la exploración clínica, se detectara (subjettivamente) la presencia de DR. Se excluyeron pacientes con anillo herniario menor a 10 mm, enfermos con DR graves (> 5 cm), fumadores activos y/o que se negaran a suspender hábito tabáquico durante al menos cuatro semanas previas a su procedimiento, sujetos con diabetes mellitus con complicaciones (renales y periféricas) y

sin adecuado control glicémico, pacientes con enfermedad pulmonar crónica, y aquellos con enfermedad hepática crónica. Se eliminaron aquellos casos con información incompleta en el expediente. Las variables estudiadas fueron: edad, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), tamaño de la diástasis supraumbilical, tamaño de la hernia umbilical, tiempo quirúrgico, síntomas subjetivos relacionados con la hernia y/o diástasis y complicaciones.

Se definió a la HU como cualquier defecto umbilical o periumbilical (mayor de 10 mm) con protrusión palpable. La DR se definió como la separación muscular de los rectos del abdomen sobre la línea media, mayor a 15 mm a nivel del xifoides, mayor de 20 mm a nivel supraumbilical y mayor de 16 mm a nivel infraumbilical.³ Ambos defectos se estimaron durante la consulta, pero fueron medidos objetivamente durante la cirugía de reparación, la HU a nivel del diámetro más ancho en sentido transversal y la DR a nivel supraumbilical y en sentido transversal a un centímetro de distancia del defecto umbilical.

Los procedimientos fueron realizados por un cirujano especialista en pared abdominal, siguiendo la técnica descrita por Bezama.^{10,11} Todos los pacientes recibieron una dosis de antibiótico profiláctico (cefalosporina de primera generación o vancomicina en pacientes alérgicos) de 30 minutos a una hora antes de su procedimiento y el tipo de anestesia aplicada fue regional. Con el paciente en posición decúbito dorsal, se realizó una incisión transumbilical (única modificación a la técnica original), con previa infiltración de 10 ml de solución fisiológica y lidocaína al 2% (5 ml de solución fisiológica + 5 ml de lidocaína al 2%) para separar los planos subdérmicos de la región. Se libera el ombligo y se delimita el saco herniario y el defecto umbilical. Se realiza una incisión sobre la circunferencia del anillo herniario, seccionando la aponeurosis anterior y posterior, con mucho cuidado se llega al espacio preperitoneal. Después se realiza una disección de este espacio preperitoneal (con una gasa húmeda y montada en una pinza de anillos) en la línea media; primero en dirección cefálica, luego caudal y finalmente lateral, liberando un espacio suficiente en longitud, tanto vertical como horizontal, para que la malla de polipropileno

se coloque y amolde sin dobleces. Se introduce la malla (plana, convencional, macroporosa y de baja densidad) de unos 25 cm de largo por 5 a 10 cm de ancho (esta variación en el ancho de la malla se observa en los artículos originales que describen la técnica),^{10,11} sin fijación. Una vez que la malla ha sido colocada, se suele cerrar el defecto herniario (cuando los bordes afrontan sin tensión) o coronar los bordes del defecto a la malla (cuando no es posible cerrar el defecto sin tensión) con polidioxanona 2-0 y puntos continuos. Finalmente, se fijan los bordes del ombligo con puntos invertidos y se vuelve a formar la cicatriz umbilical.

Todos los pacientes fueron egresados al recuperarse de la anestesia (4-6 horas) previo manejo del dolor con un depósito de bupivacaína (dosis de 2 mg/kg de peso) en la herida y analgésico intravenoso dosis única (ketorolaco 30 mg o clonixinato de lisina 100 mg o diclofenaco 75 mg). Los pacientes fueron reevaluados clínicamente en la semana uno, cuatro, y a los seis meses (por el mismo cirujano), para vigilar cicatrización y complicaciones. Si algún paciente requería evaluaciones seriadas estrechas, estos se seguían de manera personalizada.

Se evaluaron las variables cuantitativas y se calcularon promedios como medida de

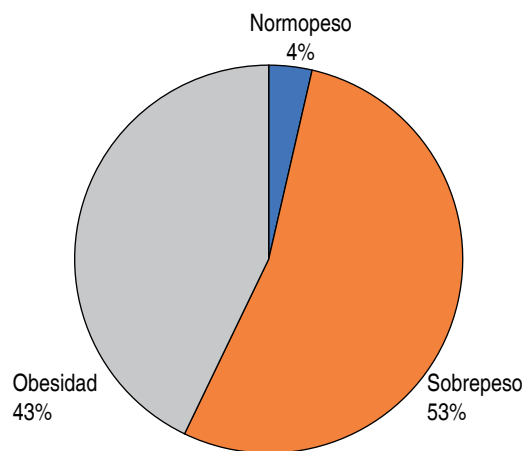


Figura 1: Proporción de pacientes según su índice de masa corporal (IMC).

Fuente: Archivo Electrónico, Hospital General de Zona No. 35, Instituto Mexicano del Seguro Social.

tendencia central y sus respectivas desviaciones estándar, así como proporciones en las variables cualitativas.

RESULTADOS

Se recabaron 28 expedientes de pacientes que tenían información completa para el análisis. En la *Tabla 1* y *Figura 1* se observan los promedios y porcentajes de las variables numéricas estudiadas.

Los síntomas que presentaban los pacientes antes del procedimiento fueron dolor a la palpación de la región umbilical en 24 (86%) casos, dolor lumbar en siete (25%); nueve (32%) pacientes refirieron incomodidad y preocupación (síntomas subjetivos) por la apariencia de la diástasis.

Respecto a las complicaciones posquirúrgicas, seis pacientes (21%) presentaron necrosis de los bordes quirúrgicos (1-2 mm, sin necesidad de tratamiento quirúrgico), siete (25%) desarrollaron seroma en la cicatriz umbilical (que requirió de drenaje y curaciones) y dos (7%) tuvieron infección de sitio quirúrgico (salida de material purulento, que requirió manejo con antibióticos y curaciones) (*Figura 2*).

En relación con los pacientes que presentaban dolor lumbar, sólo dos (28%) de los siete pacientes que presentaban este síntoma continuaron refiriendo la lumbalgia a los seis meses

Tabla 1. Características descriptivas de los pacientes estudiados.

Variable	Promedio $\pm$ DE (N = 28)	Rango	
		Mínimo	Máximo
Edad (años)	42.9 $\pm$ 9.8	25	66
Peso (kg)	90.4 $\pm$ 18.6	65	139
Talla (m)	1.68 $\pm$ 6.8	1.52	1.82
IMC (kg/m ²)	31.8 $\pm$ 6.8	22.80	50
Diástasis supraumbilical (mm)	29 $\pm$ 6	22	36
Hernia umbilical (mm)	23 $\pm$ 7	13	33
Tiempo quirúrgico (min)	45 $\pm$ 10.9	34	65

DE = desviación estándar. IMC = índice de masa corporal.

Fuente: Archivo Electrónico, Hospital General de Zona No. 35, Instituto Mexicano del Seguro Social.

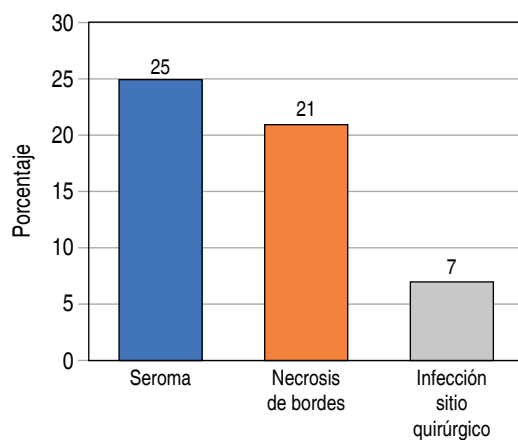


Figura 2: Proporción de complicaciones en los pacientes estudiados.

Fuente: Archivo Electrónico, Hospital General de Zona No. 35, Instituto Mexicano del Seguro Social.

posquirúrgicos; sin embargo, este síntoma (refirieron) disminuyó de manera considerable (evaluación subjetiva por el propio paciente). No hubo recurrencias de la hernia umbilical a los seis meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

La DR es considerada –tanto por médicos (no especialistas en cirugía) como por los pacientes– como una hernia, incluso son referidos al servicio de cirugía bajo esta denominación. Esta condición está relacionada con síntomas abdominales, lumbares y urinarios, por lo que Palmizano la reclasifica como una patología de la pared abdominal.¹² Tanto la DR como la hernia umbilical tienen una fisiopatología similar basada en el aumento de la presión intraabdominal y en una distensión constante de la pared abdominal. Así se agregan también procesos relacionados con el deterioro metabólico del tejido conectivo relacionado con la edad (alteración en la colágena tipo I y III).¹³ La mayoría de los estudios que evalúan la DR lo hacen en pacientes femeninos; por este motivo, nuestra serie evalúa los resultados en pacientes masculinos, ya que existen pocos estudios en esta población.

El tiempo quirúrgico promedio en esta serie fue de 45 minutos, a diferencia de la serie reportada por Bezamaque en la que fue de 35 minutos.¹¹ Consideramos que esta diferencia

de 10 minutos no tiene trascendencia clínica y que el tiempo puede ser menor o alcanzar los 60 minutos, como sucedió en una serie de Viscido¹⁴ donde, en un grupo de pacientes con HU (sin DR), colocó la malla preperitoneal sin realizar propiamente la técnica de Bezama. Más allá del tiempo quirúrgico (que se podría estandarizar en el rango de 30 a 60 minutos), se considera más importante la correcta selección del paciente y la adecuada ejecución de la técnica; por lo tanto, la diferencia en tiempo quirúrgico será operador dependiente. Cada cirujano que realice la técnica de Bezama encontrará modificaciones que adecúen este procedimiento a su entorno. En este estudio, la incisión transumbilical fue la única modificación a la técnica original. La disección del ombligo fue la parte del procedimiento más laboriosa, siendo la disección del espacio preperitoneal superior la parte más fácil, mientras que la disección del espacio infraumbilical se consideró de complejidad moderada y la disección de los espacios laterales a la región umbilical la parte más compleja (observaciones subjetivas del cirujano que ejecutó la técnica).

Respecto al dolor lumbar, siempre se debe comprobar que no existan otras causas clínicas aparentes de este síntoma. La lumbalgia relacionada con la DR se presenta hasta en 70% de los pacientes.⁹ En nuestro trabajo, el dolor lumbar tuvo una remisión de 72% (cinco de siete pacientes). La explicación del cese del dolor lumbar puede atribuirse a que la colocación de la malla logra desarrollar una fibrosis en la línea media, que funge como un ligamento pasivo para la columna, disminuyendo así la acción de los músculos lumbares y por consiguiente la presión de los discos intervertebrales, lo que mejora la lordosis y los ángulos lumbosacros sin aumentar de manera excesiva la presión intraabdominal.¹⁵

Se presentó seroma en 9.7% de los pacientes; sin embargo, esta colección se limitó a la región periumbilical, y fue resuelto después de drenar y continuar con curaciones (agua y jabón el área). En la mayoría de las técnicas quirúrgicas abiertas, el seroma aparece en 7% de los casos; la razón es la particularidad de abrir un espacio entre la aponeurosis y el tejido celular subcutáneo, formando un espacio muerto que logra llenarse con líquido acumulado. En la técnica de Bezama, este espacio es virtual y

se colapsa cuando el paciente se reincorpora; además de que la presión abdominal logra dejar sin espacio al sitio preperitoneal donde se coloca la malla, disminuyendo la posibilidad de seroma y dejando así únicamente la posibilidad de colección en el área periumbilical, como sucedió en nuestra serie.

Un problema que causa mucha consternación a los cirujanos es la isquemia y necrosis de los bordes quirúrgicos. En el abordaje transumbilical de este estudio, la necrosis de los bordes (1-2 mm) tuvo una incidencia de 21%; sin embargo, ningún paciente se reintervino ni se le desbridó tejido necrótico, solo se les vigiló semanalmente y la herida terminó epitelizando sin mayor complicación (en promedio a las tres semanas). En este estudio se considera que, aunque el porcentaje de presentación de isquemia de los bordes es relevante, no tuvo consecuencias clínicas y el resultado final permitió ocultar la cicatriz de la cirugía. Estudios refieren que la incisión transumbilical no aumenta las complicaciones en pacientes con hernia umbilical y sí mejora el aspecto estético de la zona operada.^{16,17} Para aquellos que no quieran arriesgarse a presentar esta complicación, el abordaje supraumbilical (2 cm de la cicatriz supraumbilical) sería una opción segura, con rangos de 0.0% de isquemia en cicatriz umbilical.¹³

Realizar esta técnica en pacientes con HU y DR ofrece la oportunidad de efectuar un procedimiento accesible, económico; aunque con una tasa de complicaciones (menores) considerable, lo consideramos seguro (ninguna complicación tuvo repercusión clínica en los pacientes) y con resultados estéticamente aceptables y, sobre todo, funcionales. Hacen falta más estudios para determinar si las complicaciones (menores) se deben a la incisión transumbilical, y si aumentar el número de pacientes podría disminuir o impactar en los resultados. En este trabajo, hasta los seis meses de seguimiento no hubo recurrencias de la hernia umbilical y la desaparición de la diástasis fue la esperada.

CONCLUSIONES

La DR es una entidad patológica de la pared abdominal, que cuenta con signos y síntomas

apenas descritos por la literatura, y su reparación no se debe considerar sólo como estética, sino también funcional, por lo que los cirujanos generales que se dedican a la pared abdominal operan más de estos casos y con buenos resultados como lo muestra nuestro estudio. La técnica de Bezama es un procedimiento sencillo, reproducible y accesible económicamente. Esta técnica es útil para resolver la patología herniaria del área umbilical y, al mismo tiempo, tratar o prevenir la progresión de la DR; por lo cual puede considerarse como una técnica quirúrgica de elección en pacientes masculinos y en casos donde no se requiera de la realización de una abdominoplastia. Esto también la coloca como una técnica potencial en centros donde los insumos endoscópicos para la realización de la reparación endoscópica preaponeurótica (REPA) no sean accesibles.

Resulta obligado informar y difundir entre los médicos no especialistas en pared abdominal, que la diástasis de rectos no es una hernia y que representa una entidad distinta (congénita o adquirida) considerada una enfermedad de la pared abdominal, donde la posibilidad de reparación depende de: el sexo del paciente, la coexistencia de un defecto herniario, la presencia de colgajos de tejido adiposo, entre otros. Estos pacientes deben ser enviados a unidades especializadas en la pared abdominal, debido a que existe una negativa a su reparación y un desconocimiento de las técnicas para la reparación de estos defectos por cirujanos generales no especializados en pared abdominal.

REFERENCIAS

1. Pélissier E, Armstrong O, Ngo P. Tratamiento de la hernia umbilical del adulto. EMC. 2011; 27: 1-8.
2. Vega-Peña NV, Hanssen-Londoño A, Ceballos-Muriel C, Navarro-Alean J, Hernández JD. Cirugía de la hernia umbilical: la complejidad en lo pequeño. Rev Hispanoam Hernia. 2023; 11: 18-24.
3. Bolívar-Rodríguez MA, Gaxiola-López CL, Servín-Uribe SD, Cázarez-Aguilar MA, Morgan-Ortiz F. Diástasis de músculos rectos abdominales. Revisión bibliográfica. Rev Med UAS. 2023; 13: 74-89.
4. Vicente-Campos V, Fuentes-Aparicio L, Rejano-Campo M. Evaluación de las consecuencias físicas y psicosociales de la diástasis de rectos abdominales y su interferencia en la salud: un estudio mixto. Rehabilitacion. 2023; 57: 100744.
5. Náger-Obón V, Cabeza-Bernardos D, Méndez-Ade E, Martín-Nuez I, Casas-Lázaro MJ, Cuello-Ferrando A.

- Evaluación y tratamiento de la diástasis recti. Artículo monográfico. *Rev Sanit Invest.* 2021; 2: 28.
6. Garín Portero N, Aguerri Matute M, Latorre Orte P, Monge Pelegrín E. Ejercicio terapéutico postparto en la diástasis de recto abdominal. *Rev Sanit Invest.* 2021; 2: 104.
 7. Zorraquino González Á. Guía clínica de la diástasis de los músculos rectos del abdomen y pequeños defectos de la línea alba. *Rev Hispanoam Hernia.* 2021; 9: 118-125.
 8. Díaz DA, Gordillo AC, Viteri DF, Delgado JA. Enfoque endoscópico subcutáneo para la reparación de hernias ventrales con plicatura concurrente de diástasis de los rectos. *Cir Gen.* 2022; 44: 67-72.
 9. Cuccomario S. ¿Por qué el cirujano de pared abdominal debería operar la diástasis de rectos? *Rev Hispanoam Hernia.* 2019; 7: 43-46.
 10. Bezama MJ, Debandi LA, Haddad AMM, Bezama UP. Diástasis de los rectos: técnica quirúrgica original. *Rev Chil Cir.* 2009; 61: 97-100.
 11. Bezama MJ. Técnica quirúrgica para reparar la diástasis de rectos asociada a hernia umbilical. Diez años de experiencia. *Rev Hispanoam Hernia.* 2017; 5: 52-56.
 12. Palmisano EM. Propuesta de una única denominación en el tratamiento endoscópico de la diástasis abdominal: una necesidad científica. *Rev Hispanoam Hernia.* 2023; 11: 1-3.
 13. Viscido C, Pugliese A, Bocco MC, Picón Molina H, Palencia R, Parodi M, et al. Hernioplastias umbilicales en adultos. Análisis a largo plazo. *Rev Hispanoam Hernia.* 2016; 4: 13-19.
 14. Viscido C, Napolitano D, Rivoira G, Parodi M, Baroto M, Picón-Molina H, et al. Análisis prospectivo de hernioplastias umbilicales en adultos. *Rev Chil Cir.* 2009; 61: 44-47.
 15. Scarafoni EE, Pomerane AL, Sereday CE. Estado del arte de la plicatura de rectos. *Rev Argent Cir Plast.* 2020; 26: 23-30.
 16. Torrico-Folgado MÁ. Vías de abordaje quirúrgico en el tratamiento para hernia umbilical primaria: abordaje convencional frente a transumbilical. *Rev Hispanoam Hernia.* 2022. doi: 10.20960/rhh.00474.
 17. Gómez-Cordero LR, Ramírez-Ordóñez BC, Ovando-Jarquín E, Piña-García MdC. Hernia umbilical con abordaje transumbilical: una alternativa en la resolución quirúrgica. *Cir Gen.* 2007; 29: 192-196.

Correspondencia:

Dr. Juan de Dios Díaz-Rosales

E-mail: jdedios.diaz@uacj.mx