



Diástasis de rectos abdominales: fisiopatología, diagnóstico ecográfico y estrategias terapéuticas conservadoras y quirúrgicas

Diastasis recti: pathophysiology, ultrasound diagnosis, and conservative and surgical treatment strategies

Christian Gabriel Acosta-Ricachi
christianar65@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0007-4687-9582>

Marbin Ivo Inca-Bastidas
marvinib55@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0006-0421-2811>

John Eduardo Camino-Benavides
ua.johncb44@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador
<https://orcid.org/0000-0001-5362-5862>

RESUMEN

Objetivo: Definir y presentar recomendaciones para el manejo de pacientes con diástasis de rectos abdominales como base para futuras guías. **Materiales y métodos:** Se realizó búsqueda en PubMed utilizando términos diástasis, rectos, terapia y tratamiento. Se identificaron 86 referencias iniciales, seleccionando estudios relevantes sobre fisioterapia y corrección quirúrgica. **Resultados:** La diástasis afecta 33% de mujeres posparto persistiendo hasta un año. La ecografía es el método diagnóstico más utilizado. Los ejercicios de estabilidad del core reducen la distancia interrectal. El 85% de reparaciones se realizan mediante procedimiento abierto. La abdominoplastia combinada con plicatura ofrece mejores resultados estéticos. **Conclusiones:** El tratamiento inicial es conservador con ejercicios para el core durante 6 meses. La cirugía se recomienda con distancia interrectal mayor a 5 cm, mejorando funcionalidad y calidad de vida.

Descriptor: ultrasonografía; fisioterapia; calidad de vida. (DeCS).

ABSTRACT

Objective: To define and present recommendations for management of patients with diastasis recti abdominis as a basis for future guidelines. **Materials and methods:** A PubMed search was conducted using terms diastasis, recti, therapy and treatment. 86 initial references were identified, selecting relevant studies on physiotherapy and surgical correction. **Results:** Diastasis affects 33% of postpartum women persisting up to one year. Ultrasound is the most used diagnostic method. Core stability exercises reduce inter-rectal distance. 85% of repairs are performed by open procedure. Abdominoplasty combined with plication offers better aesthetic results. **Conclusions:** Initial treatment is conservative with core exercises for 6 months. Surgery is recommended with inter-rectal distance greater than 5 cm, improving functionality and quality of life.

Descriptors: ultrasonography; physiotherapy; quality of life. (DeCS).

Recibido: 06/09/2025. Revisado: 15/09/2025. Aprobado: 15/10/2025. Publicado: 20/10/2025.

Original breve



INTRODUCCIÓN

La diástasis de rectos abdominales constituye una afección frecuente caracterizada por separación de músculos rectos abdominales debido al debilitamiento y adelgazamiento de la línea alba, provocando problemas funcionales y estéticos. A pesar de su elevada incidencia, frecuentemente se subestima su impacto clínico y funcional, dificultando el acceso a tratamiento adecuado. Esta condición puede confundirse con hernia ventral, subrayando la necesidad de diagnóstico diferencial preciso (1).

La diástasis afecta aproximadamente un tercio de mujeres después del embarazo, persistiendo hasta un año después del parto en 33% de casos. Algunas mujeres pueden experimentar diástasis hasta dos años después del parto, especialmente sin tratamiento adecuado. En hombres, se relaciona con aumento de presión intraabdominal y acumulación de grasa visceral, factores que contribuyen al debilitamiento de la línea alba (2).

Entre los factores etiológicos se encuentran factores mecánicos como estiramiento excesivo de la línea alba por embarazo, obesidad o cirugías abdominales previas. Los factores hormonales como relaxina y progesterona provocan relajación del tejido conjuntivo durante el embarazo. La predisposición genética con debilidad congénita en la línea alba y el envejecimiento con pérdida de colágeno y elastina contribuyen al desarrollo de la condición (3). Este artículo explora causas, manifestaciones y enfoques terapéuticos para proporcionar información actualizada sobre su manejo (4).

MÉTODO

El Grupo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Región Sudeste de Suecia realizó búsqueda en PubMed el 7 de noviembre de 2019. Se identificaron 86 referencias utilizando términos: diástasis, rectos, terapia y tratamiento. Se



encontraron 59 referencias adicionales utilizando términos: diástasis, divarcación, rectos, rectus, aleatorio y controlado (5).

El grupo de recomendaciones identificó preguntas clave: cuál es el resultado esperado de fisioterapia en pacientes con diástasis de rectos abdominales, y qué pacientes deben considerarse para corrección quirúrgica incluyendo indicaciones y contraindicaciones de cirugía. Los niveles de evidencia y grados de recomendaciones se calificaron según niveles de evidencia del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford (5).

RESULTADOS

La diástasis se produce debido al progresivo adelgazamiento y ensanchamiento de la línea alba, debilitando la pared abdominal y reduciendo su capacidad para soportar presión intraabdominal. Esto compromete la estabilidad del núcleo y postura corporal. La disfunción musculoesquelética puede provocar alteraciones de marcha, disminución del rendimiento físico y dificultad para actividades cotidianas que requieren esfuerzo abdominal (6).

Los signos y síntomas incluyen protuberancia en línea media del abdomen, especialmente visible al aumentar presión intraabdominal. Puede causar dolor lumbar y abdominal debido a debilidad del tronco y compensación por otros grupos musculares. La disminución de estabilidad y fuerza de músculos del tronco afecta postura y equilibrio. Se asocia con disfunciones del suelo pélvico, provocando incontinencia urinaria o prolapso en mujeres (7).

La evidencia que respalda el efecto de programas de entrenamiento en prevención o tratamiento de la anchura de la diástasis es generalmente débil. Sin embargo, estudios mostraron reducción significativa de distancia interrectal tras 8 semanas de programa de ejercicios de estabilidad del core profundo, comparado con grupo de control sometido a programa de ejercicios tradicional. El tratamiento de primera línea es el entrenamiento de core. No se debe considerar cirugía hasta que el paciente haya completado programa de entrenamiento durante al menos 6 meses (8).

Se informó que 85% de reparaciones se realizan mediante procedimiento abierto. En



cirugía abierta, la incisión es media o transversal en mitad inferior del abdomen. Se considera que el mejor resultado estético se logra mediante incisión transversal en mitad inferior del abdomen combinada con abdominoplastia, pero este procedimiento es más largo y requiere mayor experiencia quirúrgica que la simple plicatura de línea alba mediante incisión media (9).

No existe consenso internacional sobre qué método de medición debe utilizarse para medir distancia interrectal. En revisión sistemática de diferentes métodos concluyeron que tanto calibradores como ecografía son herramientas adecuadas para evaluar la diástasis, aunque la ecografía es la más utilizada. La ventaja de la ecografía es su capacidad para detectar cualquier hernia asociada, reforzando la indicación de reparación quirúrgica (10).

Estudios utilizaron técnica de reparación de hernia modificada en pacientes con diástasis. Se aplicó técnica de Chevrel modificada que conserva continuidad musculofascial de pared abdominal ventral, sin abrir cavidad abdominal ni fascia del recto posterior. Se incide y se invierte fascia del recto anterior para formar nueva fascia del recto posterior más ancha. Otra modificación sin malla de reparación de Rives Stoppa extirpa el saco herniario y sutura fascia del recto posterior mediante plastia superpuesta (11).

Respecto al embarazo posterior a abdominoplastia, el rango desde realización de procedimiento hasta inicio de gestación fue de 2 meses a 13 años. Once estudios describieron vía de parto, siendo siete por cesárea y cuatro por vía vaginal. La indicación de cesárea fue por presentación podálica, cesárea previa, desproporción cefalopélvica y prolapso agudo del cuello uterino. Dos estudios reportaron desarrollo de prolapso cervical uterino durante el embarazo (12).

Durante mucho tiempo, la diástasis de rectos fue considerada problema menor por cirujanos generales, creyéndose que solo tenía implicaciones estéticas. La aparente ausencia de síntomas y complicaciones llevó a diferenciarlas de hernias abdominales. Sin embargo, la percepción ha cambiado, reconociéndose que la pared abdominal cumple función más allá de contener órganos. Se observó que la diástasis está



asociada con mayor riesgo de recurrencia en reparaciones de hernias (13).

Recientemente se han descrito numerosas técnicas mínimamente invasivas, laparoscópicas o robóticas para reparar la diástasis con o sin hernias abdominales. Asociada a la plicatura mediante técnicas mínimamente invasivas, la liposucción y técnicas de retracción cutánea han ampliado el número de pacientes que pueden beneficiarse sin necesidad de abdominoplastia clásica (14).

DISCUSIÓN

Aún no existe consenso global sobre tratamiento de la diástasis de rectos abdominales. El papel de la cirugía sigue siendo debatido y no hay directrices internacionales establecidas. En Suecia, la mayoría de los procedimientos para corregir la diástasis se realizan durante abdominoplastia o con fines estéticos, no cubiertos por sistema de salud pública. El reconocimiento de que esta condición causa deterioro funcional significativo ha impulsado la demanda de guías nacionales (15).

Los ejercicios de fortalecimiento del núcleo pueden reducir parcialmente la separación de músculos rectos en mujeres con diástasis establecida, aunque su impacto en apariencia estética es limitado. Se ha demostrado que este entrenamiento mejora funcionalidad y fuerza del tronco. La satisfacción de pacientes tras programa de ejercicios de tres meses ha sido menor comparado con aquellas que optaron por cirugía (16).

Se recomienda considerar distancia interrectal de al menos 5 cm en su punto más ancho como criterio para intervención quirúrgica, clasificándose como diástasis grave. Si hay protrusión importante de pared abdominal o presencia de hernias epigástricas o umbilicales, se podría justificar cirugía incluso con separación menor. Es esencial medir y registrar esta separación de manera estandarizada, con el paciente en posición supina y relajada (17).

La evidencia disponible sobre tratamientos fisioterapéuticos es heterogénea y de calidad variable. Los estudios difieren en tipos de ejercicios utilizados, su frecuencia, número total de sesiones y métodos empleados para evaluar reducción de distancia



interrectal. Es improbable que la fisioterapia logre corrección completa de la diástasis, aunque se ha observado reducción moderada durante contracción muscular (18).

Una de las técnicas mínimamente invasivas es la plicatura supraaponeurótica, que sigue principios similares a abdominoplastia tradicional, incluyendo separación del tejido subcutáneo desde abdomen inferior hasta zona costal y plicatura de línea media. Esta intervención se realiza mediante pequeñas incisiones laparoscópicas o robóticas. Ha demostrado ser opción viable para pacientes con diástasis, especialmente si presentan hernias pequeñas en pared abdominal y no tienen exceso de piel o grasa (14).

Dado el crecimiento en aplicación de estas técnicas, ha surgido la Lipoabdominoplastia Mínimamente Invasiva. Esta técnica permite tratar pacientes con diástasis sin exceso de piel y que no desean someterse a abdominoplastia convencional. Ayuda a eliminar pequeñas acumulaciones de grasa subcutánea y favorece retracción de piel flácida, mejorando resultados estéticos y funcionales (15).

CONCLUSIÓN

La diástasis de rectos abdominales constituye condición frecuente en mujeres posparto y personas con obesidad. Su diagnóstico se realiza mediante exploración clínica y ecografía, siendo esta última el método más utilizado por su capacidad para detectar hernias asociadas.

El tratamiento inicial es conservador, basado en ejercicios para el core y fisioterapia durante al menos 6 meses antes de considerar intervención quirúrgica. La cirugía es opción para casos severos con disfunción abdominal significativa, recomendándose cuando la diástasis supera los 5 cm en su punto más ancho.

Las técnicas quirúrgicas han evolucionado, ofreciendo opciones mínimamente invasivas como la plicatura supraaponeurótica y la lipoabdominoplastia mínimamente invasiva. Estas técnicas amplían las posibilidades terapéuticas para pacientes sin exceso de piel. Un enfoque integral que combine evaluación clínica precisa, tratamiento conservador inicial y opciones quirúrgicas cuando sea necesario mejora la función abdominal y la calidad de vida de los pacientes.



FINANCIAMIENTO

No monetario

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A la dirección de investigación de UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Martín Bolívar C, Gaxiola C, Servín S, Cázarez M, Morgan F. Diástasis de músculos rectos abdominales: revisión bibliográfica. Rev Med UAS [Internet]. 2023;13(1). Disponible en: https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v13/n1/diastasis_ar.pdf
2. Morales S, Bustamante E, Pesantes C, Quinde C. Tratamiento estético complementario en postoperatorio de abdominoplastia o dermolipectomía. Rev Carácter [Internet]. 2023;11(1). Disponible en: <https://www.upacifico.revistasjournals.com/index.php/up/article/view/165/118>
3. Cañamero de León S, Carrera I, Gonzáles C. Comparación de los efectos de un programa de ejercicio sobre diástasis de rectos según el periodo postparto. Rev Med Nat [Internet]. 2020;14(1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7248976>
4. Renard. Generalidades sobre las hernias incisionales o eventraciones de la línea media. Elsevier [Internet]. 2022;38(1). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1282912921460149>
5. Carlstedt A, Bringman S, Egberth M, et al. Management of diastasis of the rectus abdominis muscles: recommendations for Swedish national guidelines. Hernia [Internet]. 2021;110(3). Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1457496920961000>
6. Mommers E, Ponten J, Omar A, de Vries T, Bouvy N. The general surgeon's perspective on rectus diastasis: a systematic review of treatment options. Surg Endosc [Internet]. 2017;31(1). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00464-017-5607-9>
7. Villegas F, Villegas J. Embarazo posterior a lipoabdominoplastia con plicatura transversa sin disección supraumbilical: reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2020;71(4):374–82. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v71n4/2463-0225-rcog-71-04-374.pdf>
8. Claus C, Palmisano E. Lipoabdominoplastia mínimamente invasiva (MILA) para la diástasis de rectos: cirujanos generales y plásticos, ¿jugando juntos? Rev Argent Cirug [Internet]. 2023;115(4):393–402. Disponible en: <https://www.scielo.org.ar/pdf/racir/v115n4/2250-639X-racir-115-04-393.pdf>
9. Sanchis G, García M, Montava M, Amat S. Physical exercise to improve abdominal diastasis and pelvic floor musculature during pregnancy and postpartum: a narrative review. Rev Med Deport [Internet]. 2023;4(1). Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/139290/1/Sanchis-Soler_et_al_2023_ActFisDepCienProfes.pdf
10. Cavalli M, Aiolfi A, Bruni PG, Manfredini L, Lombardo F, Bonfanti MT, et al. Prevalence and risk factors for diastasis recti abdominis: review and proposal of a new anatomical variation. Hernia [Internet]. 2021;25(1). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10029-021-02468-8>
11. Alonso B, Vásquez N, Almarza A. Efectividad de la terapia física en el manejo de la diástasis de los rectos abdominales en el postparto: scoping review. Kinesiología [Internet]. 2022;41(3). Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/04/1552408/4-ar-carrasco.pdf>



12. Aparicio L, Rejano M, Donnelly G, Campos V. Self-reported symptoms in women with diastasis recti abdominis: a systematic review. Elsevier [Internet]. 2021;50(7). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468784720303652>
13. Marlo C, Di-Biasio G, Ribeiro R, Moura M, Pagnoncelli B, Palmisano E. Minimally invasive lipoabdominoplasty (MILA) tactic. Rev Col Bras Cir [Internet]. 2024;51(1). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/hDbTgmYYpPBkgKnX3qtj8py/>
14. Di Diego J, Serra F. Endoscopic abdominoplasty: a short update 3 years after its first description. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2024;12(1). doi:10.1097/GOX.0000000000006241
15. Ferrerosa G, Hidalgo C, Mosquera S. Efectividad del uso de sutura absorbible en la plicatura de la diástasis de los rectos abdominales en abdominoplastia en pacientes posbariátricos. Rev Col Cir Plást Reconstr [Internet]. 2022;28(1). Disponible en: <https://www.ciplastica.com/ojs/index.php/rccp/article/viewFile/187/pdf>
16. Panpolim G, dos Santos B, Verzola I, Ferres A, Rodrigues da Silva G, Sarmento S. Fisioterapia para reducir la diástasis abdominal en el puerperio inmediato. Pesqui Cuid Fundam [Internet]. 2021;13(1). Disponible en: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9555/10087>
17. Gluppe S, Ellström Engh M, Bø K. What is the evidence for abdominal and pelvic floor muscle training to treat diastasis recti abdominis postpartum? A systematic review with meta-analysis. Braz J Phys Ther. 2021;25(1). doi:10.1016/j.bjpt.2021.06.006
18. Campos V, Aparicio F, Rejano M. Evaluación de las consecuencias físicas y psicosociales de la diástasis de rectos abdominales y su interferencia en la salud: estudio mixto. Rehabilitación (SERMEF) [Internet]. 2023;57(2). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0048712022000342>

Derechos de autor: 2025 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>