



V-016 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA DIÁSTASIS DE RECTOS: LA TÉCNICA REPA COMO SOLUCIÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA

Vargas Parra, Juan Sebastián; Martín Domínguez, Susana María; Sánchez Lobo, Antón; Sánchez Casado, Ana Belén; Quiñones Sampredo, José Edecio; Trébol López, Jacobo; García Plaza, Asunción; González Muñoz, Juan Ignacio

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción: La diástasis de los músculos rectos abdominales, definida como la separación de dichos músculos en cualquier punto de su extensión, puede ser de origen congénito o adquirido, siendo esta última condición facilitada por el debilitamiento progresivo de la línea media. La diástasis de rectos (DR) es una manifestación que predomina en mujeres durante el último trimestre del embarazo y en el periodo postparto, aunque también se observa en hombres con obesidad central y en individuos con notable laxitud de la pared abdominal. Su incidencia es considerable, afectando desde un 30% hasta un 100% de las mujeres embarazadas, y persistiendo en el posparto en un porcentaje que oscila entre el 35% y el 60% de los casos. Esta afección está asociada con anomalías en la línea alba y puede correlacionarse con trastornos uroginecológicos (presentes en un 52% de los casos) y problemas digestivos como el estreñimiento e inestabilidad lumbopélvica. La reparación endoscópica preaponeurótica (REPA), presentada por primera vez en 2017 por Juárez Muas, emerge como una técnica quirúrgica mínimamente invasiva que permite la corrección de la DR mediante la plicatura aponeurótica, pudiendo abordar también los defectos herniarios asociados en la línea media.

Caso clínico: Se describe el procedimiento de reparación endoscópica en una paciente de 43 años con antecedentes de cesárea y herniorrafia umbilical, que presenta una diástasis de 4 cm, acompañada de 3 defectos subcentimétricos de la línea alba supraumbilicales. La intervención comienza con una incisión de 10 mm en la línea media a nivel suprapúbico, seguida por la creación del espacio preaponeurótico mediante maniobras digitales y el uso de una pinza de Foerster. Posteriormente, se insufla neocavidad a una presión de 8-10 mmHg, y bajo visión directa se insertan dos trócares de trabajo de 5 mm en ambas fosas ilíacas. Se procede a la disección del tejido celular subcutáneo hasta alcanzar el reborde costal y lateralmente hasta las líneas axilares anteriores. La hemostasia se logra utilizando energía monopolar. A continuación, se desinserta el ombligo, se reducen los sacos herniarios, se suturan los defectos y se realiza la plicatura medial de la vaina de los rectos con sutura barbada irreabsorbible de polibutiléster del calibre 1, desde el apéndice xifoides, hasta el final de la diástasis. Se coloca una malla supraponeurótica de polipropileno de peso medio de dimensiones 30 × 10 cm, la cual, se fija con adhesivo de cianoacrilato. Finalmente, se reinsera el ombligo y se coloca un drenaje aspirativo que se retira al décimo día posoperatorio sin incidencias. La paciente fue dada de alta y actualmente, expresa su satisfacción ante la mejora significativa en su calidad de vida.

Discusión: La REPA representa una alternativa efectiva, segura y de ejecución reproducible en el tratamiento de la DR, tanto en casos aislados como asociados con defectos de la línea media. Esta técnica ofrece beneficios significativos, como la reducción del riesgo de lesiones viscerales o el evitar la desinserción de la

vaina de los rectos al no requerir acceso retromuscular o a la cavidad abdominal.