



V-148 - MADRID RIVES. UNA PUERTA DE ACCESO AL ESPACIO SUBDIAFRAGMÁTICO

Román García de León, Laura; Muñoz Rodríguez, Joaquín Manuel; García Ureña, Miguel Ángel; Blázquez Hernando, Luis; Robín Valle de Lersundi, Álvaro; Fernández Rodríguez, Manuel; Lucena de La Poza, José Luis; López Monclús, Javier

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: El Rives incompleto o Madrid Rives constituye una variación técnica a la descripción de la eventroplastia retromuscular de Rives-Stoppa que permite un mejor acceso al espacio pretransversalis y prediafragmático. El objetivo es presentar un vídeo de los aspectos técnicos del Rives incompleto mediante abordaje endoscópico (e-TEP) y el acceso al espacio craneal permitiendo la disección hasta alcanzar la región subdiafragmática, describiendo los detalles técnicos del procedimiento y los diferentes planos de disección a este nivel.

Caso clínico: Se trata de un varón de 39 años con antecedente de trasplante cardíaco por miocardiopatía dilatada. Presentaba una eventración subxifoidea con dos defectos de 2 cm al mismo nivel (M1W2 según la clasificación de la EHS) asociado a hernia umbilical y diástasis de rectos. Se realizó una eventroplastia retromuscular Rives-Stoppa mediante abordaje e-TEP con extensión craneal subdiafragmática alcanzando el centro tendinoso del diafragma, colocando una malla plana de polipropileno de 34 cm longitudinalmente y 18 cm transversalmente. Se realizó fijación atraumática de la misma con cianoacrilato. El paciente fue dado de alta al segundo día posoperatorio sin complicaciones, con reintroducción del tratamiento anticoagulante que precisaba. No presenta recidivas a los seis meses de seguimiento.

Discusión: La hoja posterior de la vaina del recto se inserta cranealmente en el reborde costal. Es por eso que, cuando necesitamos extender la reparación retromuscular cranealmente, este plano resulta inadecuado. De acuerdo con la descripción de Stoppa, si realizamos una sección de la hoja posterior de la vaina del recto transversalmente unos 6 cm por debajo del nivel del Xifoides, accedemos al espacio preperitoneal y pretransversalis. Esto permite facilitar la extensión hasta el plano sobre la fascia diafragmática y extender mallas que sobrepasen ampliamente los defectos craneales, próximos a los rebordes óseos. La realización de estos pasos mediante abordaje e-TEP permite, además de ofrecer las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, una mejor visualización de los planos, ofreciendo así la posibilidad de describir los pasos para realizar esta modificación y sus potenciales beneficios.