

## Artículos multimedia: técnicas quirúrgicas en cirugía de pared

# Técnica de Rives-Stoppa

### *Rives-Stoppa open hernioplasty technique*

**A. Curado-Soriano, B. Bascuas-Rodrigo, J.R. Naranjo-Fernández, Z. Valera-Sánchez, R. Jurado-Marchena, L. Sánchez-Moreno, R. Pérez-Huertas, E. Navarrete-de Cárcer**

*Unidad de Pared Abdominal y CMA. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

## RESUMEN

La reparación de Rives usa la aproximación del músculo recto a la línea media y la colocación de una malla en el espacio retromuscular del músculo recto anterior. Es considerada como la mejor técnica para la reparación de las eventraciones de línea media, con una baja tasa de recidivas y de morbilidad. En aquellas situaciones en la que existan cirugías previas en el espacio retromuscular y atrofas musculares, es mejor utilizar otro tipo de técnica. Esta reparación requiere un conocimiento anatómico exhaustivo del espacio de retromuscular, sobre todo de los espacios de Retzius y de Bogros, además de recursos técnicos como la liberación del transversario para el cierre de grandes defectos de la aponeurosis anterior.

**Palabras clave:** Rives-Stoppa, eventraciones de línea media.

## ABSTRACT

The repair of Rives uses the approach of the rectus muscle to the midline and the placement of a mesh in the retromuscular space of the anterior rectus muscle. It is considered as the best technique for the repair of midline hernias, with a low rate of recurrence and a low morbidity. Another type of repair is better in situations of previous surgery of the retromuscular space and in case of muscle atrophy. This repair requires a deep anatomical knowledge of the retromuscular space above all Retzius and Bogros spaces, in addition to technical resources such as the release of the transverse muscle for the closure of large defects of the anterior aponeurosis.

**Keywords:** Rives-Stoppa, midline hernias.

## TIPO DE TÉCNICA Y DESCRIPCIÓN PASO A PASO

La técnica de Rives-Stoppa que conocemos hoy ha sufrido muy pocas modificaciones de la original descrita por Jean Rives y René Stoppa, y se centran en la fijación (no son necesarios los puntos transfasciales en "U" de antaño) y el tipo de malla que usamos.

### CITA ESTE TRABAJO

Curado Soriano A, Bascuas Rodrigo B, Naranjo Fernández JR, Valera Sánchez Z, Jurado Marchena Z, Sánchez Moreno L, Pérez Huertas R, Navarrete de Cárcer E. Técnica de Rives-Stoppa. Cir Andal. 2018;29(2):191-193

XREF

La técnica se fundamenta en la colocación de una malla en el espacio retromuscular, entre los vientres musculares y la aponeurosis posterior de los músculos rectos del abdomen y la aproximación a la línea media del colgajo músculo-aponeurótico<sup>1</sup>.

### Descripción de la técnica<sup>2</sup>

1. Preparación del campo quirúrgico realizando lavado con antiséptico previo al inicio de la incisión, marcado de los rebordes óseos, del defecto y su relación con la línea media.
2. Incisión de línea media y disección del saco separándolo del tejido celular subcutáneo.
3. Tallado del orificio herniario y apertura del saco realizando adhesiolisis.
4. Incisión sobre la aponeurosis posterior del músculo recto de manera longitudinal.
5. Tallado del espacio retromuscular desde los ligamentos de Cooper hasta el espacio subxifoideo, con identificación de los vasos epigástricos.
6. Cierre del colgajo aponeurótico posterior.
7. Colocación de la malla en el espacio retromuscular que hemos creado, fijándola en los cuatro puntos cardinales.
8. Cierre del colgajo muscular y la aponeurosis anterior a la línea media, quedando la malla estuchada en el espacio retromuscular.
9. Colocación de drenaje(s) aspirativo(s) y cierre de tejido celular subcutáneo y piel.

### INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Está indicada en las eventraciones de línea media, medianas y grandes (10-15 cm) sobre todo umbilicales e infraumbilicales. Adquiere la denominación de Rives Stoppa cuando realizamos la disección del espacio preperitoneal suprapúbico.

La realización de la misma en aquellas situaciones donde previamente haya sido alterado el espacio retromuscular, o exista una marcada atrofia de los rectos, debe hacernos optar por otro tipo de reparación<sup>3,4</sup>.

### VENTAJAS E INCONVENIENTES

Una de las ventajas que aporta esta técnica es el restablecimiento dinámico y funcional de la pared abdominal mediante la aproximación a la línea media de la musculatura; además la colocación de la malla en el espacio retromuscular asociada a la presión intraabdominal continua, ayudan a mantener una correcta posición de la malla y la integración de la misma, respondiendo mejor a una eventual infección<sup>5</sup>.

El inconveniente nos lo plantean aquellas situaciones con amplios defectos a nivel aponeurótico anterior que precisan de una liberación del músculo transverso, lo cual requiere mayor experiencia y habilidad técnica<sup>6</sup>. Si no dominamos este tipo de maniobra será necesario realizar grandes colgajos de piel y del tejido celular subcutáneo o suturar directamente la malla expuesta a los bordes del defecto de la aponeurosis anterior ("bridging"), con el consiguiente aumento del riesgo de infección de la malla.

### BREVE DISCUSIÓN DE LA TÉCNICA DESCRITA

La realización de esta técnica, de mayor complejidad que otras, requiere más destreza a la hora de encontrar el plano correcto y el lugar de la incisión, lo cual influirá en la cobertura posterior de la malla; es necesario un adecuado conocimiento anatómico del espacio posterior, sobre todo a nivel hipogástrico, donde la localización de los vasos epigástricos y los ligamentos de Cooper son importantes para evitar lesiones vasculares<sup>1</sup>.

Teniendo en cuenta estas premisas, estamos ante una técnica que permite una reparación funcional con un bajo índice de recidivas a largo plazo y baja morbilidad. Si además la combinamos con recursos como la liberación del músculo transverso, o el anclaje directo a la malla del colgajo en aquellas situaciones donde no sea posible la aproximación de la brecha aponeurótica anterior, nos permiten realizar una reparación posterior en el plano retromuscular con las ventajas que aporta y evitando las complicaciones asociadas a disecciones extensas de los planos cutáneo y subcutáneos.



[Acceder al vídeo](#)

### CONCLUSIONES

La técnica de Rives-Stoppa está considerada hoy en día como la técnica de elección para la reparación de las hernias incisionales de la línea media, aunque no existen estudios con la suficiente evidencia estadística para poder hablar de grado de recomendación. Sin embargo, de la mayoría de los estudios realizados se extrae que la posición de la malla es la mejor para hacer frente a la infección y su índice de recidivas es menor cuando se compara con otras técnicas, por tanto debería ser considerada como primera opción<sup>7</sup>.

En aquellas situaciones con grandes defectos de la aponeurosis anterior es necesario asociar la liberación del músculo transverso, realizando una separación posterior para así evitar grandes colgajos cutáneos que aumentan el riesgo de necrosis.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chevrel JP, Dilin C, Marquette H. Treatment of median abdominal hernia by muscular autograft and pre-musculo-aponeurotic prosthesis. Apropos of 50 cases. *Chirurgie*. 1986;112:616-22.
2. Welti H, Eudel F. Un procédé de cure radical des éventrations postopératoires par auto étalement des muscles gras droits après incision du feuillet antérieur de leurs gaines. *Mém Acad Chir*. 1941;28:791-8.
3. Noble. Thesis doctoral PE. Didierjean. Paris, 1895.
4. Ramírez OM, Ruas E, Dellon AL. «Components separation» method for closure of abdominal-wall defects: an anatomic and clinical study. *Plast Reconstr Surg* 1990;86(3):519-526
5. López Cano M. Cirugía basada en la evidencia y hernia incisional. *Rev Hispanoam Hernia*. 2013;1(1):18-26.
6. Chevrel JP, Rath AM. The use of fibrin glues in the surgical treatment of incisional hernias. *Hernia*. 1997;1:9-14.