



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“TÉCNICA QUIRÚRGICA eTEP RIVESS STOPPA PARA
DIÁSTASIS DE RECTOS: REPORTE DE CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: ARIANA MOSQUERA VICUÑA

DIRECTOR: DR. JUAN CARLOS VERDUGO TAPIA

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“TÉCNICA QUIRÚRGICA eTEP RIVESS STOPPA PARA
DIÁSTASIS DE RECTOS: REPORTE DE CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: ARIANA MOSQUERA VICUÑA

DIRECTOR: DR. JUAN CARLOS VERDUGO TAPIA

CUENCA - ECUADOR

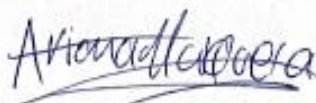
2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Ariana Mosquera Vicuña portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0104905971. Declaro ser el autor de la obra: **“Técnica Quirúrgica eTEP Rives Stoppa para diástasis de rectos: Reporte de Caso.”** Sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 08 de febrero de 2024



Ariana Mosquera Vicuña

C.I. 0104905971

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "Técnica Quirúrgica eTEP Rives Stoppa para diástasis de rectos: Reporte de Caso," realizado por Ariana Mosquera Vicuña con documento de identidad No. 0104905971, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 08 de febrero de 2024



Dr. Juan Carlos Verdugo Tapia

DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

A mi madre Verónica Vicuña y mi padre Juan Carlos Mosquera.

Esta tesis es el resultado de mucho esfuerzo, aprendizaje y dedicación, no habría sido posible sin el apoyo incondicional que siempre me han brindado. Gracias por estar siempre ahí, animándome y ayudándome a seguir adelante. Este logro es también suyo, porque su ejemplo y su amor han sido mi mayor motivación. Con este trabajo, quiero rendirles homenaje y agradecerles por ser mi fuente de fuerza y sabiduría. Esta tesis es un tributo a su amor, paciencia y confianza en mí. Gracias por ser los mejores padres que uno podría desear.

Con cariño,

Ariana Mosquera Vicuña.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi profunda gratitud a todas las personas que han sido fundamentales en la realización de esta tesis.

Al Dr. Juan Carlos Verdugo, por su orientación, sabiduría y apoyo incondicional a lo largo de este proceso. Sus conocimientos y guía han sido invaluable para el desarrollo de este trabajo.

A mis padres, cuyo amor, comprensión y apoyo incondicional me han dado la fortaleza para alcanzar este logro. Su confianza en mí ha sido mi mayor motivación.

A mis hermanos Ivanna, Juan Martín y Brian Romeo, cuyo aliento y comprensión han sido un gran apoyo en los momentos más desafiantes.

A mi tía Vivi y tío David, por su constante ánimo y apoyo a lo largo de los años. Su presencia y cariño han sido un regalo invaluable.

A mis abuelos Eduviges, Gustavo y Rocío, cuya sabiduría y ejemplo han sido una fuente de inspiración inagotable.

A todos ustedes, mi más sincero agradecimiento por ser parte de este logro y por haberme acompañado en este camino.

RESUMEN

La diástasis de rectos significa una separación entre estos músculos, que afecta a la vida del paciente, generando problemas para la salud, acompañado de dolor. Se presenta un caso paciente masculino de 57 años de edad, llega a consulta externa por presunta hernia ventral, sin ningún otro antecedente de relevancia, al examen físico se pudo visualizar una separación en los rectos del abdomen de aproximadamente 38 mm sugerente de diástasis, acompañado de dolor abdominal y tumoración en el abdomen, en relación con una hernia umbilical. Se confirma el diagnóstico a través de una ecografía. Se realizó una cirugía laparoscópica eTep Rives Stoppa para su corrección, la cual no presentó complicaciones y mejoró la calidad de vida del paciente. Esta técnica aporta muchos beneficios como corta recuperación, menor recidivas, menor complicación que a diferencia que una cirugía abierta.

Palabras clave: Diástasis de Músculo, Hernia Ventral, Laparoscopía.

ABSTRACT

Diastasis recti means a separation between these muscles, which affects the patient's life, leading to health issues and pain. A 57-year-old male patient presented to the outpatient clinic with a suspected ventral hernia with no other relevant medical history. Physical examination revealed a separation of approximately 38 mm in the rectus abdominis, indicative of diastasis, accompanied by abdominal pain and a tumor in the abdomen associated with an umbilical hernia. The diagnosis was confirmed by ultrasound. Laparoscopic eTep Rives Stoppa surgery was performed for its correction, which presented no complications and improved the patient's quality of life. This technique provides many benefits, including shorter recovery time, less recurrence, and fewer complications than open surgery.

Key words: Muscle Diastasis, Ventral Hernia, Laparoscopy.

ÍNDICE

RESUMEN	7
<i>ABSTRACT</i>	8
INTRODUCCIÓN	10
REPORTE DEL CASO	12
DISCUSIÓN	17
CONFLICTO DE INTERESES	20
RESPONSABILIDADES ÉTICAS	21
CONSIDERACIONES ÉTICAS	22
BIBLIOGRAFÍA	23
ANEXOS	26

INTRODUCCIÓN

Según la última actualización de la guía clínica de la diástasis de los músculos rectos del abdomen y pequeños defectos de la línea alba, la diástasis de rectos o separación anormalmente aumenta de los músculos rectos del abdomen se consideran desde la separación de 2 cm en adelante, la separación del músculo recto puede ser problemática porque se refiere a una separación excesiva del músculo recto abdominal, lo que va a provocar debilidad muscular y dolor abdominal como su causa principal. Además, puede causar problemas de postura y del suelo pélvico. Previamente, se realizaba la corrección para la diástasis de los músculos rectos del abdomen mediante otras cirugías que no tenían como su propósito principal el corregir esta patología, como la abdominoplastia, que como principio tiene un fin estético, pero puede ayudar a ser una entrada para la corrección de la diástasis. La cirugía laparoscópica ETEP Rives Stoppa es una intervención quirúrgica mínimamente invasiva que principalmente suele utilizarse para corregir hernias y a su vez esta afección (1-4).

La diástasis de rectos se conoce como una afección en la cual se ven afectados los músculos rectos abdominales debido a que estos se separan en la línea media del cuerpo y es más común encontrarlo en pacientes con hernias umbilicales existentes. La cirugía laparoscópica es la mejor opción debido a que es una técnica poco intrusiva que se utiliza para rectificar este padecimiento (5,6).

Este es el primer caso realizado y reportado en el Ecuador, a su vez es un caso infrecuente debido a que según la epidemiología es mayor en mujeres postparto, obesos, personas que realizaban deportes de levantamiento de fuerza; sin embargo, el paciente no encaja en el grupo. Esta nueva técnica abre paso a la oportunidad de implementarlo en nuestro sistema

de Salud, priorizándolo para mujeres postparto, como se menciona en la guía clínica de la diástasis de los músculos rectos del abdomen y pequeños defectos de la línea alba, esta patología es clínica no estética, al ser una técnica que comenzó en el año 2017 y en Latinoamérica no existen registros oficiales de cuantos casos se han realizado implementando esta técnica quirúrgica, se tiene la posibilidad de ser pioneros en este campo. No se tiene cifras específicas tanto a nivel mundial como a nivel de Ecuador acerca de esta condición, por lo que se torna como una condición infravalorada que es más común en mujeres postparto, el implemento de la misma puede traer muchos beneficios para los pacientes, si a los beneficios del abordaje mínimamente invasivo, se toma en cuenta que se puede obtener una reparación total de la pared abdominal con incisiones mínimas favoreciendo así la recuperación óptima y precoz del paciente, así como, una disminución notable de las infecciones quirúrgicas.

Los beneficios de esta intervención son múltiples, dado que el resultado de esta técnica quirúrgica no solamente ayuda a mejorar la calidad de vida del paciente, sino le permitiendo retomar sus actividades diarias en un menor tiempo de lo que les tomaría con una cirugía abierta, también entre la característica que más se destaca es el menor dolor postoperatorio para el paciente, menor estancia hospitalaria y la reducción del riesgo de complicaciones que pueden darse en relación de la manipulación del peritoneo.

Además, que los resultados serán mucho más evidentes que realizando tratamiento conservador, debido a que en la diastasis moderada o grave estos no van a tener mayor impacto. En cuanto a la estética, esto será un complemento debido a que al ser un procedimiento laparoscópico, las incisiones que se realizan son mínimas para insertar los trocares, por lo tanto, sus cicatrices serán mínimas.

REPORTE DEL CASO

Se presenta un caso de un paciente masculino de 57 años, sin comorbilidades, que acude a consulta externa por presunta hernia ventral. Dentro de sus signos vitales el paciente presento una talla de 180 cm y un peso de 92 kg, teniendo en cuenta estos datos su IMC estaba en 28,4 es decir sobrepeso lo que puede ser un factor de riesgo en múltiples enfermedades, también el paciente expreso que no realizaba actividad física frecuente. Esta patología suele presentarse de manera más frecuente en mujeres postparto, obesidad o personas con actividad física intensa, el estudio de este caso se basa en un paciente que no presentaba ningún factor de riesgo de importancia.

El paciente no presentaba ningún antecedente patológico personal de importancia ni antecedente patológico familiar relevante, dentro de sus signos vitales todo se encontraba dentro de los rangos normales. Al examen físico se visualiza diástasis en los rectos del abdomen, presentaba abombamiento del abdomen localizado en la línea alba, presentaba dolor abdominal, no presentaba estrías ni piel flácida, no se encontró ningún otro aspecto de importancia, el resto del examen físico se encontraba normal.

Se realiza una ecografía de tejidos blandos con transductor convexo de alta frecuencia, se realiza rastreo por ultrasonido de la pared abdominal anterior y región inguinal derecha, en modalidad tiempo real, con el objetivo de confirmar el diagnóstico y descartar posibles diagnósticos diferenciales tales como una hernia abdominal, que su sintomatología es similar, pero esta es una protrusión de contenido abdominal a través de un defecto de la pared o una zona de debilidad de esta. También se podía descartar un presunto tumor abdominal, ya que estos pueden causar aumento del volumen en la región abdominal.

El reporte final de la ecografía observa que:

Piel y tejido celular subcutáneo se reportó de grosor y ecogenicidad normal. Plano muscular de aspecto fibrilar normal. Se observa separación de los músculos rectos abdominales de aproximadamente 38 mm sugerente de diástasis. Solución de continuidad de a la aponeurosis umbilical de 13.2 mm con saco herniario de 25 x1 mm por el cual protruye grasas y asas intestinales que conservan su vascularidad y peristaltismo, sin signos de estrangulamiento. Región inguinal derecha sin evidencia de defectos de llenado. Estructuras vasculares permeables. Se concluyó que el paciente presentaba una diástasis de los rectos abdominales junto con hernia umbilical.



Figura 1. Diástasis de rectos de 38mm visible en paciente masculino de 57 años de edad.

Dentro del resto de exámenes complementarios como química sanguínea, glucosa, urea, creatinina, albúmina y proteínas totales, no se evidenció ningún valor de importancia, por consiguiente, se optó por realizar un procedimiento laparoscópico debido a que el abordaje conservador como ejercicios orientados por un fisioterapeuta no iban a presentar el mismo resultado en este paciente debido a que según la Clasificación de Ranney que mide la separación entre los músculos rectos del abdomen se consideraría como moderado, ya que su rango es de entre 3 a 5 cm, presentando el paciente una distancia de

3,8 cm. Por lo que su abordaje fue una intervención quirúrgica utilizando la técnica Etep Rives Stoppa en el cual se combinó esta técnica para la realización de la corrección en la diástasis de los rectos del paciente de manera laparoscópica.

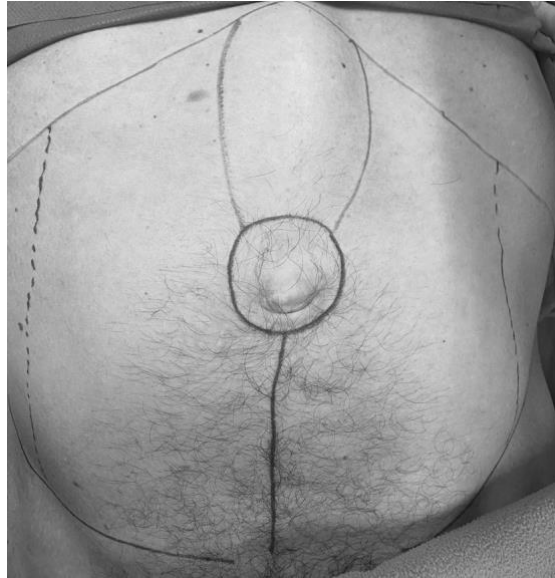


Figura 2. Marcación para la corrección de diástasis en paciente masculino de 57 años de edad.

Descripción de la técnica

Como todo procedimiento quirúrgico se comenzó con asepsia y antisepsia. Para después continuar con la colocación de campos quirúrgicos para proseguir con la colocación de trócares:

1. A nivel supra púbico se realiza una incisión de 10 mm que compromete la piel junto con tejido celular, aponeurosis anterior de vaina de los rectos, divulsión de recto izquierdo hasta espacio pre peritoneal, introducción de trócar de 12 mm y mediante disección roma con el lente se libera espacio retro rectal izquierdo en dirección cefálica hasta identificar el reborde costal y apéndice xifoide y en sentido lateral el borde lateral del recto del abdomen límite el paquete vascular y nervioso de los rectos del abdomen.

2. La colocación de un trócar de 5 mm a nivel de flanco izquierdo y creación de espacio retro rectal izquierdo y pre peritoneal.

3. Colocación de trócar de 5 mm en fosa iliaca izquierda en la línea medioclavicular izquierda.

4. Colocación de trócar de 5 mm en fosa iliaca derecha a nivel de línea medioclavicular derecha.

Después de colocar los trócares se procede con la creación de espacio retro rectal derecho y espacio pre peritoneal del mismo lado, para proseguir creando el espacio retro rectal y pre peritoneal tanto izquierdo y derecho, se prosigue identificando aponeurosis a nivel de línea alba la misma que se secciona de cefálico a caudal con monopolar a 0.5 cm de línea alba de lado izquierdo, se identifica grasa pre peritoneal y se secciona aponeurosis de línea alba derecha creando el crossover. A partir de esto se secciona aponeurosis de cefálico a caudal hasta llegar hacia el anillo herniario y liberarlo, el siguiente paso es seccionar la aponeurosis hasta la línea arqueada de Douglas.

Se procede a cerrar defecto de peritoneo con vicryl 3:0 y se realiza rafia primaria de aponeurosis posterior de vaina de los rectos con sutura barbada 1/0 a su vez se realiza rafia de aponeurosis anterior de vaina de los rectos con sutura barbada 1/0. Colocamos una malla de polipropileno de 30 x 30 cm con intención de que esta tome uso de soporte, fijándola con tackers en puntos cardinales, se fija ombligo con prolene 1/0 y se retiran los trócares bajo visión directa para procurar evitar que estos causen alguna lesión finalizando el procedimiento cerrando los puertos de trócares.



Figura 3. Diástasis de rectos corregida, vista laparoscópica.

No se presentó ninguna complicación durante el procedimiento, por lo que la recuperación postquirúrgica fue extraordinaria. Su evolución fue muy favorable, recibiendo el alta al día posterior de la intervención que se realizó, el paciente no solo obtuvo la corrección de la diástasis y notó una mejoría estética, sino que psicológicamente el paciente estuvo muy a gusto con su resultado y comentó que gracias a eso ha podido evidenciar una mejoría en su calidad de vida, comentó el volverse activo en su vida, comenzó con pequeñas caminatas que fueron prescritas por el personal médico hasta después poder llevar una actividad física que no había experimentado desde su juventud.



Figura 4. Post-Operatorio utilizando la técnica eTEP en paciente masculino de 57 años de edad.

DISCUSIÓN

Según Nahas, et al, refiere a que el método diagnóstico de primera línea sería la ecografía, ya que es un método de bajo costo en el cual se va a poder evidenciar si existe la separación como tal de los rectos; sin embargo, Mota et al, refiere que este método puede tener ciertas limitaciones debido a la condición del paciente como por ejemplo que este sea obeso, ya que no se va a poder observar con claridad y el diagnóstico puede ser más complejo, en estos pacientes se recomendaría una tomografía computarizada.

Bolívar, et al, mencionan que la reparación con mayor frecuencia es realizada como una abdominoplastia cosmética por cirujanos plásticos, debido a que esta patología es más común en mujeres postparto, también existe una preferencia para someterse a este procedimiento; sin embargo, según la última actualización de la guía clínica de la diástasis de los músculos rectos del abdomen y pequeños defectos de la línea alba, afirma que la indicación quirúrgica para la corrección de diastasis de rectos es clínica y no solo de ámbito estético. Dentro de la guía se manifiesta que no hay consenso en cuanto al abordaje quirúrgico ideal para estos defectos, sin embargo, Jessen et al, y Fiori et al, concuerdan en que un procedimiento endoscópico conlleva menos complicaciones que uno abierto, uno de los puntos que se trató fue que en la cirugía endoscópica la recidiva es baja (< 2 %), con un seguimiento medio de doce meses en el periodo posoperatorio mientras que en un procedimiento abierto este varía hasta al 40 % de incidencia, sin diferencias significativas entre grupos con diferentes técnicas de plicatura de la línea alba. A su vez, en la guía clínica de diastasis de los músculos rectos del abdomen considera que el abordaje endoscópico es aconsejable, excepto cuando se precise una abdominoplastia.

Cavalli et al, junto con González A, concuerdan en que se recomienda considerar la reparación quirúrgica en diástasis que vayan de moderadas a graves es decir que midan de 3 cm en adelante, ya que esta separación no va a poder corregirse con métodos conservadores; sin embargo, se considera que en diastasis leves técnicas como ejercicios orientados por fisioterapeutas van a poder ayudar con el fortalecimiento de los músculos rectos del abdomen, a su vez coinciden en que factores como mantener un peso adecuado, llevar una dieta balanceada y realizar ejercicio habitual van a favorecer para que esta diastasis no evolucione a un grado más grave.

Debido a que esta técnica es mínimamente invasiva, una de sus ventajas a corto plazo es que se requiere menos tiempo de recuperación, permitiéndole al paciente retomar sus actividades de la vida diaria con más facilidad, destacando que estéticamente se visualiza mejor para el paciente y como consecuencia esto influye positivamente en el aspecto psicológico del mismo para que se motive y siga las especificaciones postquirúrgicas, recalcando que la corrección de diástasis va a tener un impacto positivo en la calidad de vida del paciente reduciendo riesgos de posibles trastornos del suelo pélvico, incontinencia urinaria, ayudar en la digestión regular, etc.

CONCLUSIONES

La cirugía laparoscópica ETEP Rives Stoppa ha surgido como una intervención quirúrgica mínimamente invasiva que se utiliza para corregir la diástasis de los músculos rectos abdominales. Este enfoque ha demostrado ser altamente efectivo y beneficioso para los pacientes que sufren esta afección. Además, se ha presentado un caso específico de un paciente, cuyo tratamiento con esta técnica quirúrgica no solo resultó en la corrección de la diástasis, sino que también tuvo un impacto positivo en su bienestar estético, psicológico y calidad de vida.

Es importante destacar que este caso representa el primer informe documentado en Ecuador sobre la implementación de la técnica ETEP Rives Stoppa para corregir la diástasis de los músculos rectos abdominales. Este hito representa una oportunidad significativa para implementar esta técnica en el sistema de salud local y contribuir al avance de las prácticas quirúrgicas en el país.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes. Las fotografías que fueron utilizadas son de autoría propia y el paciente autorizo a que sean utilizadas con fines educativos.

En ambos consentimientos informados se le explica al paciente que podrá revocarlos, así como la información que se utilizara será de forma anónima donde no se revela su identidad. Al finalizar el reporte de caso se dará una copia al paciente donde el tendrá que aprobar el mismo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

1. **Beneficencia:** La participación en este estudio favorece a la apertura de esta nueva técnica en el país, además servirá a otros médicos y pacientes para dar un tratamiento.
2. **Justicia y Equidad:** observada en la distribución equitativa de beneficios y riesgos, teniendo la opción de participar por igual y dar un tratamiento integral
3. **Respeto:** Al ser un reporte de caso, se aplica este principio mediante el respeto a su autonomía y capacidad de tomar decisiones, una vez que esté correcta y completamente informado de lo que implica su participación en el estudio, y de que conoce que puede retirarse en cualquier momento si así lo desea.
4. **Autonomía:** El presente reporte de caso tiene en cuenta la autonomía de la paciente, ya que al ser parte de una resolución clínica que se le dio al paciente se le solicitó al paciente posterior a su resolución, el permiso para realizar una investigación con su historia clínica, además se le solicitó un consentimiento informado para posterior publicación del mismo, en caso de que el paciente se niegue al no participar en la investigación o posterior a la no publicación del caso se respetará dicha voluntad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anders Olsson and others, Surgical repair of diastasis recti abdominis provides long-term improvement of abdominal core function and quality of life: a 3-year follow-up, *BJS Open*, Volume 5, Issue 5, October 2021, zrab085, <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrab085>
2. Bellido-Luque, J., Gomez-Rosado, J.C., Bellido-Luque, A. *et al.* Severe rectus diastasis with midline hernia associated in males: high recurrence in mid-term follow-up of minimally invasive surgical technique. *Hernia* **27**, 335–345 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10029-022-02706-7>
3. Cavalli, M., Aiolfi, A., Bruni, P.G. *et al.* Prevalence and risk factors for diastasis recti abdominis: a review and proposal of a new anatomical variation. *Hernia* **25**, 883–890 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10029-021-02468-8>
4. Michalska A, Rokita W, Wolder D, Pogorzelska J, Kaczmarczyk K. Diastasis recti abdominis - a review of treatment methods [Internet]. 2018. Available from: https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/56088
5. Ngo, P., Cossa, JP., Gueroult, S. *et al.* Minimally invasive bilayer suturing technique for the repair of concomitant ventral hernias and diastasis recti. *Surg Endosc* **37**, 5326–5334 (2023). <https://doi.org/10.1007/s00464-023-10034-9>
6. Campos V, Fuentes L, Rejano M. Evaluación de las consecuencias Físicas y Psicosociales de la diástasis de rectos abdominales y su interferencia en la salud: Un estudio mixto [Internet]. Elsevier Doyma; 2022. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0048712022000342>
7. Moga D, Buia F, Oprea V. Laparo-endoscopic repair of ventral hernia and rectus diastasis [Internet]. U.S. National Library of Medicine; 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8088334/>

8. Kinoshita M, Nagahisa Y, Kawamoto K. Post-Partum Diastasis Recti Abdominis Treatment Using the Extended-View Totally Extraperitoneal Approach, Rives-Stoppa Technique, and Transversus Abdominis Release Procedure. *CRSLS*. 2022 Oct 19;9(2):e2022.00007. doi: 10.4293/CRSLS.2022.00007. PMID: 36816459; PMCID: PMC9903251.
9. Suquillo S. Revisión bibliográfica sobre la eficacia del fortalecimiento de los músculos del CORE para la disminución de la diástasis abdominal en posparto. [Internet]. 2021. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/25501/1/FCDAPD-DCTF-SUQUILLO%20SANDRA.pdf>
10. Fernandez S, Vilarasa M, Georgiev T, Oriol J, González S, Garcia R, et al. Vía Totalmente Extraperitoneal Extendida (etep) para la corrección de hernias ventrales: Resultados preliminares [Internet]. Elsevier Doyma; 2020. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0009739X20300324>
11. Jessen ML, Öberg S, Rosenberg J. Treatment options for abdominal rectus diastasis [Internet]. *Frontiers*; 2019. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsurg.2019.00065/full>
12. Fiori, F., Ferrara, F., Gobatti, D. *et al.* Surgical treatment of diastasis recti: the importance of an overall view of the problem. *Hernia* **25**, 871–882 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10029-020-02252-0>
13. Andreuccetti, J., Sartori, A., Lauro, E. *et al.* Extended totally extraperitoneal Rives–Stoppa (eTEP-RS) technique for ventral hernia: initial experience of The Wall Hernia Group and a surgical technique update. *Updates Surg* **73**, 1955–1961 (2021). <https://doi.org/10.1007/s13304-021-01067-7>

14. Rayman, S., Gorgov, E., Assaf, D. *et al.* Quality of life, post-operative complications, and hernia recurrence following enhanced-view Totally Extra-Peritoneal (eTEP) Rives-Stoppa for incisional and primary ventral hernia repair. *Updates Surg* (2023). <https://doi.org/10.1007/s13304-023-01572-x>
15. Belyansky I, Lu R, Addo A. Diastasis Recti: Robotic extended-view totally extraperitoneal (etep) access hernia repair technique [Internet]. Springer International Publishing; 2020. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-23025-8_16#citeas

ANEXOS

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Ariana Mosquera Vicuña portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0104905971**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Técnica Quirúrgica eTEP Rives Stoppa para diástasis de rectos Reporte de Caso.”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **15 de febrero de 2024**

F: *Ariana Mosquera Vicuña*
Ariana Mosquera Vicuña
C.I. **0104905971**

www.ucacue.edu.ec

Cuenca: Av. de las Américas y Tarqui. ☎ Telf: 2830751, 2824365, 2826563 Azogues: Campus Universitario "Luis Cordero El Grande", (Frente al Terminal Terrestre).
☎ Telf: 593 (7) 2241 - 613, 2243-444, 2245-205, 2241-587 Cañar: Calle Antonio Ávila Clavijo. ☎ Telf: 072235268, 072235870 San Pablo de la Troncal: Cda. Universitaria
km.72 Quinceava Este y Primera Sur ☎ Telf: 2424110 Macas: Av. Cap. José Villanueva s/n ☎ Telf: 2700393, 2700392