

*EXPLORACION DIGITAL DE LOS TRAYECTOS  
HERNIARIOS INGUINAL Y CRURAL*

*Dr. Rafael Garcia Capurro*

El cuadro de dolor crónico de la F.I.D. es, sin duda alguna, el más común de los motivos por el cual es consultado el cirujano general. En estos enfermos nuestro estudio clínico, centrado sobre la apéndice, no debe descuidar los demás órganos que encierra esa zona. Nuestra semiología se extiende y profundiza para obtener todos los datos posibles, de los órganos genitales, uréteres, ciego, intestino, etc. Ponemos especial cuidado en el examen de la pared abdominal principalmente en el sector inguino crural, pues bien sabemos que hernias de esta región pueden ser la causa del sufrimiento por el cual hemos sido consultados.

Es corriente que terminemos nuestro estudio con un examen radiológico, una acusación al apéndice y una proposición de apendicectomía.

Ocurre con cierta frecuencia, que la certidumbre de nuestro diagnóstico no es total. Vamos a hacer una apendicectomía pero también haremos el inventario de todos los elementos de la región hasta donde alcanza nuestra exploración digital. Creo no equivocarme al considerar que es a veces éste el estado de espíritu del cirujano en el momento de la operación.

Es sobre un punto de esta exploración que quiero insistir. Es corriente que el cirujano explore el contenido de la F.I.D. pero no es habitual que busque los trayectos herniarios por exploración digital sobre la cara interna del peritoneo. Hay sin embargo pequeños trayectos herniarios que escapan al examen clínico, por ser intersticiales o por estar deshabitados en el momento del examen, como tiene que suceder frecuentemente. La exploración digital por la cara interna del peritoneo permite encontrarlos con gran facilidad.

Esta maniobra es tan sencilla que hasta parece innecesario describirla. Una vez introducido el dedo por la herida, cuatro pun-

tos de relación, perfectamente palpables, nos permiten conocer con exactitud el punto en que se apoya nuestro dedo. Estos son, la arteria epigástrica cuyos latidos son perfectamente perceptibles, por fuera de la cual buscamos el trayecto de una hernia oblicua externa y por dentro de la misma el de la hernia directa, luego la arteria ilíaca, la arcada crural y el pubis que encuadran el orificio de la posible hernia crural.

Según el tamaño del enfermo y la incisión usada nuestro dedo puede extenderse más o menos en su exploración. Cuando operamos directamente por hernia esta maniobra nos permite revisar los posibles sacos en otros trayectos herniarios que pudieran coexistir del mismo lado. En los enfermos pequeños nuestro dedo puede alcanzar también posibles trayectos en el lado opuesto.

No daré aún números sobre cuantos trayectos herniarios escapan al examen clínico exterior, dado que hace sólo algunos meses que practico sistemáticamente esta maniobra. Puedo decir desde ya que varios han sido los casos en que hemos encontrado trayectos herniarios ignorados. Creo que la realización de esta pequeña maniobra nos será de utilidad en el futuro.

**Abel Chifflet.** — Es indudable que las hernias crurales e inguinales pueden ser causa de sufrimientos abdominales diversos, de topografía variada. Todo cirujano debe estudiar las regiones herniarias en cualquier enfermo con trastornos o dolores de su vientre. En muchas circunstancias el sufrimiento en fosa ilíaca derecha conduce a una intervención quirúrgica dirigida a extirpar el apéndice y a explorar la región y exploración operatoria, como muy bien lo dice el Dr. García Capurro, no se orienta habitualmente hacia la búsqueda de sacos herniarios. Nos resulta pues interesante su comunicación a la Sociedad de Cirugía que nos recuerda esa falla y nos pone en el camino de evitarla.

Desearía sin embargo anotar que el reconocimiento de un saco herniario, explorando por una incisión de Mac Burney, no es siempre fácil. Muchas veces, en enfermos reconocidos como herniados, hemos deseado aprovechar una operación por apendicitis para estudiar los caracteres de la abertura peritoneal y de los planos de resistencia en la zona inguinal y más de una vez nos ha sido imposible reconocer al orificio de comunicación del saco.

Por oposición a este hecho, anotemos que en un alto porcentaje de hombres, hay persistencia del canal peritoneo vaginal permeable, sin que por ese motivo exista forzosamente hernia. El hallazgo, por lo tanto, en una exploración peritoneal, de un canal en el trayecto inguinal, no permite afirmar por si solo la existencia de una hernia y, menos aún, la responsabilidad en la producción de los sufrimientos que llevaron a la operación.