

*«Los buenos o malos hechos hacen  
la buena o mala fortuna.  
Así lo sintieron los antiguos sabios.  
En España decimos que la buena diligencia  
es madre de la buena ventura»*  
Quevedo

## Capítulo 6

### Exploración clínica

Fernando Carbonell Tatay

#### Examen de las regiones inguinal y crural

##### ¿Cómo diagnosticaremos una hernia?

La hernia inguinocrural es aún hoy en día, al comienzo del siglo XXI, una patología que podemos diagnosticar simplemente con la exploración clínica, con el examen directo del paciente.

Muchos dolores inespecíficos en esa región o, incluso, algo más altos son debidos al inicio de la aparición posterior de una hernia, por lo que es muy importante explorar bien los orificios herniarios.

Es el primer gesto que debe hacer el cirujano frente a un cuadro de oclusión intestinal; muchos de ellos, en mujeres gruesas son debidos a una «traicionera» hernia crural desconocida y estrangulada.

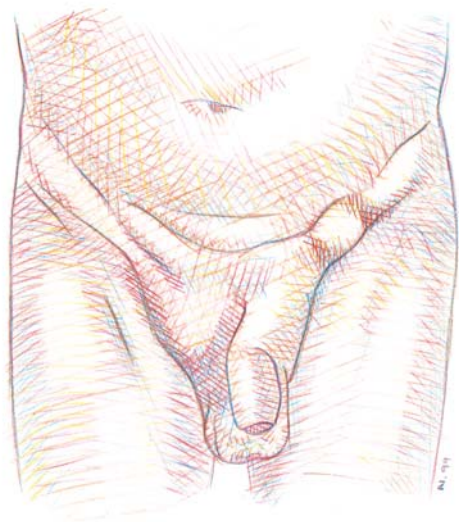
##### Diagnóstico diferencial

Una buena exploración nos permitirá diferenciar otras patologías de la región como la presencia de ganglios linfáticos aumentados de tamaño que pueden aparecer en afecciones hematológicas graves, enfermedad de Hodgking, metástasis, algunas enfermedades

venéreas y también como reacción a infecciones de piel o heridas tórpidas en el miembro inferior. Si existe sospecha de hidrocele y dudas de hernia inguinoescrotal, la transiluminación de la región con una linterna potente es positiva para el primero y no veremos traspasar la luz en la hernia, aunque algunas veces los dos procesos coexistan.

##### Qué situaciones nos podemos encontrar

Una hernia reductible es aquella en la que el saco o su contenido puede devolverse a la cavidad abdominal; la hernia puede entrar y salir; sale casi siempre con la hiperspresión del abdomen. Una hernia irreductible o encarcerada es la que no podemos devolver al interior de la cavidad, pero no hay inflamación del saco o su contenido, ni dificultad en el riego sanguíneo de la misma; generalmente está «siempre fuera» y solo le molesta al paciente por el bulto que aparece en la región; no hay compromiso en el tránsito intestinal y su evolución es larga. Una hernia estrangulada es aquella irreductible, que suele presentarse de forma aguda y con dolor producido por falta de riego sanguíneo; es el dolor agudo de la isquemia; se puede



En la ingle derecha relieve elíptico de una hernia inguinal indirecta que desciende al escroto. En la izquierda protrusión globular que corresponde a una hernia inguinal directa.

acompañar de oclusión intestinal, si compromete un asa y crea una situación de urgencia quirúrgica a resolver de inmediato. La hernia de Richter es una hernia estrangulada en la que solo está atrapado en el anillo constrictor una parte de la pared de un asa intestinal; la consecuencia puede ser la gangrena sin signos de obstrucción intestinal.

El contenido del saco herniario se puede sospechar a veces tras el examen físico; el epiplón da un tacto plástico y nodular; sospecharemos presencia de un asa intestinal al palpar el saco o reducir su contenido, por el gas y el ruido característico peristáltico de la misma.

### Examen del conducto inguinal en el hombre

Muchas veces la simple inspección de la zona es suficiente para el diagnóstico, relieves en la piel o asimetrías, que aparecen tanto en reposo como haciendo toser al paciente. Conviene inspeccionar y explorar al paciente de pie.

#### Modo de explorar al paciente y diferenciar una hernia inguinal directa de una indirecta

Nos ocuparemos, en primer lugar, del examen físico en el hombre, que padece con mayor frecuencia una hernia y cuya exploración es más sencilla por la constitución anatómica de la región.

Esta maniobra resulta siempre molesta para la persona que vamos a explorar y la debemos practicar con cuidado y delicadeza. El dedo del examinador, mejor con el paciente de pie, aunque puede hacerse en decúbito supino, se coloca en la parte más baja del escroto en el hombre, invaginando el mismo hacia el conducto inguinal. Si se ha invaginado lo suficiente, podemos llegar a través

del anillo inguinal externo a palpar en ocasiones el interno, haciendo en ese momento que el paciente haga fuerza con su vientre; notaremos sobre la punta de nuestro dedo propulsar el saco y su contenido, en forma de una masa alargada y elíptica, si se trata de una hernia indirecta. La hernia inguinal directa casi nunca desciende al escroto, no propulsa a través del orificio inguinal interno y la sensación de choque con nuestro dedo proviene de la pared posterior. Muchas veces es difícil, si no se tiene demasiada experiencia, diferenciar entre estos dos tipos de hernia y se han descrito errores de apreciación en más del 50 % de los cirujanos que las exploran (Ralphs 1980).

La reductibilidad de una hernia debe comprobarse siempre con el paciente en decúbito.

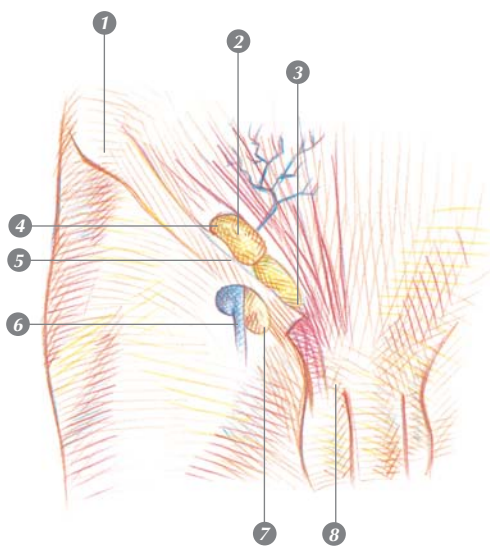
### Exploración de la región crural

La inspección de la región nos puede orientar en pacientes delgados hacia el diagnóstico de hernia crural, por el relieve que aparecerá en dicha zona tras hacer toser al paciente.

Las relaciones anatómicas y referencias de interés vienen recogidas en la figura. La región crural no puede palparse tan bien como la inguinal. El anillo externo del conducto crural difícilmente puede percibirse por palpación en ausencia de hernia, pero debemos notar la propulsión del saco en nuestros dedos con la hiperpresión abdominal provocada, si la hay. Es más clara la situación cuando se trata de hernias encarceradas o estranguladas, ya que se palpan con una mayor facilidad.

La localización exacta está en relación con la arteria femoral y el ligamento inguinal, por debajo de este e inmediatamente a continuación de la arteria hacia el escroto en el hombre o los labios mayores en la mujer.

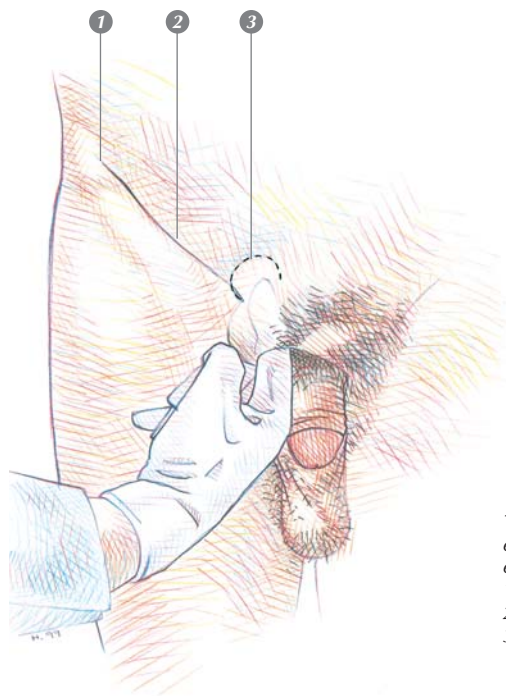
Para explorar bien la región, primero hay



Puntos anatómicos y de proyección a la piel de una hernia inguinal indirecta otra directa y una crural.  
 1.Espina iliaca anterosuperior  
 2.Hernia indirecta  
 3.Hernia directa  
 4.Orificio inguinal interno  
 5.Línea, ligamento inguinal  
 6.Vasos femorales  
 7.Hernia Crural  
 8.Pubis

que delimitar el ligamento inguinal identificando la espina iliaca anterosuperior y la espina del pubis. A medio camino aproximadamente entre estos dos puntos percibiremos las pulsaciones de la arteria femoral inmediatamente por debajo del ligamento. Si colocamos nuestro dedo índice de la mano derecha encima de la arteria femoral derecha del paciente a explorar, el de enmedio quedará encima de la vena femoral, el anular a nivel del conducto crural, encima de la salida de la hernia.

Debemos distinguir una posible variz de la vena safena, que aparecería en la exploración por debajo del anillo crural y también una adenopatía crural (Ganglio de Cloquet), en ocasiones inflamado por procesos en el miembro inferior o de vecindad; dos situaciones que se reconocen con facilidad y no debemos confundir con una hernia crural.

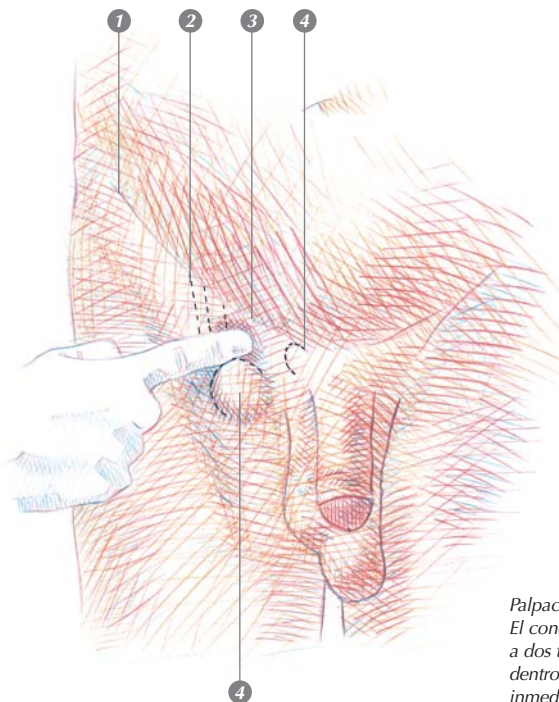


*Técnica para invaginar el escroto con el fin de palpar el conducto inguinal.*  
 1. Espina iliaca anterosuperior  
 2. Ligamento inguinal  
 3. Anillo inguinal externo

## La región inguinocrural en la mujer

La posible hernia crural se puede explorar en la mujer de la misma manera que en el hombre, como ya hemos descrito. No ocurre lo mismo con la exploración de la región inguinal en el sexo femenino; no es tan fácil como en el hombre, porque no resulta posible invaginar los labios, pero por palpación del ligamento inguinal y del pubis, puede localizarse exactamente el orificio inguinal externo con el dedo índice. Cuando la paciente tose, y tiene una hernia, se debe percibir el saco y a veces puede seguirse hacia dentro del conducto. Las situaciones de incarceration o estrangulación no deben ofrecer ninguna duda.

En la mujer, una hernia indirecta incipiente resulta muy difícil de descubrir; es útil, a veces, colocar nuestra mano abierta a nivel del anillo interno; al toser la enferma se puede percibir en la palma de nuestra mano



*Palpación de la región crural. El conducto crural está situado a dos traveses de dedo por dentro de la arteria femoral inmediatamente por debajo del ligamento inguinal.*  
 1. Espina iliaca anterosuperior  
 2. Arteria y vena femoral  
 3. Conducto crural  
 4. Anillo inguinal externo  
 5. Variz safena

un impulso cuando el saco herniario desciende a través del extremo superior del conducto. Esta misma maniobra resulta útil en el varón, cuando un anillo externo muy pequeño impide introducir el dedo en el conducto.

### **El problema de hernias pequeñas no diagnosticables por exploración clínica**

En ambos sexos, las hernias inguinales muy pequeñas o incipientes muchas veces no las podemos percibir, como masas prominentes que aparecieran al toser. Por este motivo se emplean, sobre todo, en Estados Unidos, herniografías para diagnosticarlas con pacientes que presentan dolor persistente en la región. Hasta donde nosotros conocemos, en España, en mi hospital, con los medios en que nos movemos los cirujanos preocupados por el problema de la hernia, en pacientes adultos, no es habitual practi-

car una herniografía ante estas situaciones. En la actualidad no se practican en España ni se habla de ellas en ningún foro; deberán ser sustituidas por exploraciones menos invasivas como la resonancia nuclear Magnética, como veremos en el capítulo correspondiente. Hay que pensar, frente a un dolor en la región inguinocrural persistente sin otros hallazgos, en la posibilidad de que se trate de una hernia «que aparecerá» y deberemos explorar muy bien los orificios herniarios, además de solicitar las pruebas radiológicas citadas.

Otras veces, los cirujanos hemos sido requeridos por los traumatólogos para operar «osteopatías del pubis» en deportistas jóvenes y futbolistas, sobre todo, resolviéndolas con una «plastia de abductores», que es en realidad una hernioplastia a lo Mc Vay. Durante la exploración en la intervención hemos encontrado muchas veces pequeños sacos directos o debilidades de la pared posterior. Estos pacientes mejoran de su cuadro doloroso inguinal tras la intervención.