

Por el Doctor  
GERARDO VILAR

## HERNIA INGUINAL DIRECTA EN LOS DISURICOS

LA hernia inguinal es un problema que muy a menudo se plantea a los urólogos. Me voy a referir en la comunicación de hoy solamente a la llamada hernia inguinal directa.

La *anatomía* de la hernia inguinal directa nos muestra un saco peritoneal que no pasando a través de ningún orificio o canal rechaza la aponeurosis transversa y el contenido subperitoneal. La vejiga como órgano hueco, desplazable y subperitoneal, siempre tiende a insinuarse en la parte interna del saco, a veces en porción muy apreciable. Este dato anatómico hay que tenerlo muy en cuenta al liberar el saco peritoneal, siempre debe irse en busca de la vejiga para liberarla completamente, de modo que quede libre respecto al peritoneo que bordea al saco. También hay que tenerla muy en cuenta al abrir el saco formado por la aponeurosis transversa, subyacente y en la parte interna del saco, es posible se halle presente. Por no tener en cuenta estos datos y herir la vejiga sin sospecharlo, se producen grandes hemorragias al herir la capa vascular submucosa vesical. Nosotros hemos observado dos casos de cistitis rebelde producida por gasa en la vejiga con el antecedente de haber sido operado por hernia inguinal directa.

La *fisiología* nos muestra que es el esfuerzo el que la hace precedente y la causa determinante ante la debilidad de pared como causa eficiente.

Aquí me referiré solamente al esfuerzo miccional, que es la idea eje de esta comunicación.

La micción se puede dividir esquemáticamente en cuatro partes:

1º — Aproximación de las paredes posterior y laterales sobre el trigono y pared anterior, más o menos fijas.

2º — Contracción del trígono para descender su parte anterior.

3º — Apertura del esfínter o mejor inhibición de su estado tónico.

4º — Acortamiento de la uretra supra montanal. Cualquier lesión que perturbe esta función causará trastornos de micción con el consiguiente esfuerzo.

En la micción normal el esfuerzo de la prensa abdominal es insignificante 40 cts. de agua; la contracción vesical normal oscila entre 25 y 145 cts. de agua. Pero cuando la micción se perturba, el esfuerzo se multiplica tanto en la prensa abdominal como en la contracción vesical. El esfuerzo vesical puede no ser subjetivo, pero la cistoscopia lo descubre al comprobar la hipertrofia de la capa plexiforme submucosa, determinando las celdas y columnas.

La hernia inguinal directa llamada de esfuerzo, puede obedecer al esfuerzo miccional cuando éste es anormal, cuando hay debilidad de pared y ser causa de recidiva cuando la disuria perdura.

Al establecer el cuadro semiológico de un herniado inguinal directo o en un recidivado, es necesario establecer si hay esfuerzo miccional anormal, es decir, si hay disuria. Hay que investigar las causas comunes de disuria, mediante la exploración de uretra, tacto rectal y la cistoscopia. Esta, al mostrarnos las celdas y columnas, nos dice que hay esfuerzo. Si son causas curables (estrechez filiforme, adenoma submucoso, esclerosis de cuello, etc.), el pronóstico de su hernia es muy diferente al de los disúricos no reversibles (trastornos de inervación de cuello, neo inoperable, etc).

En nuestra Sala nunca remitimos a sala de cirugía general a los herniados inguinales directos, sin establecer si hay trastornos de micción y en caso afirmativo cuando ellos son curables, procedemos en la siguiente forma:

Si es un adenoma o enfermedad de cuello, colocamos sonda permanente hasta que las pruebas funcionales establezcan la operabilidad del paciente. Operamos las hernias, quedando siempre la sonda permanente, después de 15 días se opera el adenoma o cuello.

Tenemos bien en cuenta la disuria para suprimirla con sonda permanente primero y removiendo el obstáculo después.

Si las hernias no son operables (por su tamaño o porque el paciente no acepta la intervención), al suprimir el esfuerzo las hernias serán más tolerables.

Nunca deben operarse las hernias sin suprimir el obstáculo miccional, la recidiva será casi la regla, es muy posible que el alto porcentaje de recidivas que oscila entre el 10 al 25 por ciento (según autores), pero yo creo es mucho mayor por la dificultad en controlar a los enfermos. Se debe a que no se ha investigado si hay esfuerzo de micción. No aconsejo operar primero el adenoma o cuello, si se usa la vía hipogástrica, porque siendo operación séptica, quedan focos que pueden perturbar la cicatriz por prima necesaria en la intervención de la hernia o hernias.

Por último, queda la faz social del herniado. Un herniado inguinal por el esfuerzo que requiere su trabajo, debe ser indemnizado, pero no aquel cuyo esfuerzo de micción sea la causa de su hernia o recidiva.

Resumiendo: Un herniado inguinal directo o en una recidiva es necesario establecer si existe esfuerzo de micción, debe practicarse exploración de uretra, el tacto rectal y cistoscopia. Esta debe hacerse completa, buscar las celdas y columnas, el perímetro del cuello y sobre todo verificar si hay atonía de uretra prostática.

Es un examen absolutamente necesario para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del herniado.