

UMA SIMPLES HÉRNIA INGUINAL? – O VALOR DA INTUIÇÃO CLÍNICA

A SIMPLE INGUINAL HERNIA? – THE VALUE OF CLINICAL INTUITION

Autores:

Anita Tribuzi¹, Inês Tribuzi², Salomé Cardoso³

RESUMO

Introdução: Na prática clínica, algumas situações aparentemente fáceis de diagnosticar são postas em causa pelos resultados dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), tornando-se grandes desafios clínicos.

Descrição do caso: Homem, 36 anos, entrega, no centro de saúde, uma carta do serviço de atendimento permanente de uma santa casa da misericórdia (SCM), onde recorreu por tumefação inguinal direita, compatível com hérnia. Foi sugerida pelo colega confirmação diagnóstica ecográfica, que revelou quistos do cordão espermático. Referenciado a Urologia na SCM, onde realizou exérese cirúrgica dos quistos. Foi dada recomendação para a médica de família solicitar ecografia por suspeita de hérnia inguinal direita, dado manter tumefação inguinal. Repetiu ecografia que, novamente, revelou quistos do cordão espermático. Pedida reavaliação pelo urologista que o operou. Subsequentemente, recorre ao serviço de urgência onde é operado, de urgência, por suspeita de hérnia inguinal encarcerada.

Comentário: Este caso recorda-nos que a intuição clínica é soberana e deve prevalecer sobre os MCDT.

Palavras-chave: hérnia inguinal; diagnóstico; ecografia.

ABSTRACT

Introduction: In clinical practice, certain seemingly easy-to-diagnose situations are called into question by the results of complementary diagnostic tests (CDTs), posing significant clinical challenges.

Case description: A 36-year-old man presented at the health center with a letter from the emergency department of a santa casa da misericórdia hospital, where he sought treatment for a right inguinal swelling suggestive of a hernia. Following a colleague's suggestion, a diagnostic ultrasound was performed, revealing spermatic cord cysts. He was referred to the Urology department at the same hospital, where surgical excision of the cysts was carried out. He provided a letter from the urologist recommending that his family physician request an ultrasound to investigate the suspicion of a right inguinal hernia, as the swelling persisted. A repeat ultrasound confirmed the presence of spermatic cord cysts. Reassessment was requested from the operating urologist. Subsequently, he sought emergency care services and underwent urgent surgery due to suspicion of an incarcerated inguinal hernia.

Comment: This case serves as a reminder that clinical intuition should prevail over CDTs.

Keywords: inguinal hernia; diagnosis; ultrasonography.

INTRODUÇÃO

Os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) desempenham um papel determinante na Medicina contemporânea, fornecendo informações de elevado valor clínico que ajudam o médico de família (MF) a excluir e/ou confirmar diversas suspeitas diagnósticas. Os MCDT fornecem informações complementares à história clínica e ao exame objetivo, não substituindo a interação direta entre o médico e o doente, nem fornecendo o contexto necessário para uma abordagem abrangente do doente. Posto isto, os MCDT devem ser interpretados cautelosamente, pois podem induzir o clínico em erro quando usados como única fonte validada de informação.

A partilha deste caso pretende recordar a importância da integração de uma história clínica completa com um exame objetivo minucioso como forma de prevenção quaternária. A anamnese e o exame objetivo do doente devem ser os principais fatores decisores quando surge a dúvida na necessidade de solicitar um MCDT que valide/confirme a nossa principal suspeita clínica. Se pedido de forma pertinente, o MCDT combinado com a história clínica e o exame objetivo pode promover um diagnóstico e tratamento mais precoces e adequados. Pretende também lembrar que os MCDT não substituem a intuição clínica e que, como tal, devemos ter uma opinião crítica na análise de relatórios dos MCDT.

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Longara Vida, ULS Tâmega e Sousa

2. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Vila Meã, ULS Tâmega e Sousa

3. Médica Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF Longara Vida, ULS Tâmega e Sousa

Relativamente às hérnias inguinais, na vasta maioria dos casos, o seu diagnóstico pode ser feito com base na história clínica e exame físico, sem a necessidade de estudos adicionais. O diagnóstico parece ser mais difícil em mulheres ou indivíduos com obesidade, podendo carecer de MCDT para esclarecimento da suspeita diagnóstica.¹

DESCRIÇÃO DO CASO

Homem de 36 anos, casado, com o nono ano de escolaridade, trabalhador da construção civil, fumador (10 unidades maço-ano), sem consumos étlicos ou de drogas conhecidos. Sem medicação crónica. Sem alergias medicamentosas conhecidas. Sem antecedentes cirúrgicos ou pessoais de relevo. Como antecedentes familiares de relevo, destaca-se história paterna de hérnia inguinal intervencionada cirurgicamente aos 55 anos de idade.

A 14 de janeiro de 2019, o utente entregou na unidade de saúde familiar (USF) uma carta proveniente do serviço de atendimento permanente de uma santa casa da misericórdia (SCM), onde recorreu por uma dor tipo desconforto na região inguinal direita, com cerca de 3 semanas de evolução, de intensidade 4/10 na escala quantitativa da dor, sem irradiação, sem fatores agravantes ou aliviadores e associada a tumefação no local descrito. O colega sugeria a realização de ecografia inguinal direita para confirmação da suspeita diagnóstica de hérnia inguinal não encarcerada. O utente foi convocado para consulta presencial com a sua MF, que se realizou a 26 de janeiro de 2019. Não foram referidas queixas de novo além das já descritas, e ao exame objetivo tratava-se de um doente normoponderal e normotenso, sem alterações na auscultação cardiopulmonar. O abdómen apresentava-se mole e depressível, sem massas ou organomegalias palpáveis, sem sinais de irritação peritoneal, indolor à palpação superficial ou profunda e com ruídos hidroaéreos presentes. Apresentava tumefação inguinal direita com cerca de dois centímetros de diâmetro, sem sinais inflamatórios, com extrusão com a manobra de Valsalva, mas espontaneamente redutível. Foi entregue ao doente credencial para realização de ecografia inguinal direita.

A 8 de fevereiro de 2019, o utente trouxe a ecografia solicitada, realizada numa clínica convencionada, onde foi descrito “(...) em relação com a tumefação palpável identifica-se um conjunto de formações císticas, contíguas de acordo com quistos do cordão espermático nesta topografia”. Sem menção a outras alterações. Os resultados foram explicados ao utente e face aos achados foi feita referência a consulta externa de Urologia na SCM.

A 26 de fevereiro de 2020, o utente recorreu a consulta aberta na USF e trazia carta de alta de cirurgia de ambulatório de Urologia da SCM a informar que tinha sido submetido, a excisão de quisto do cordão espermático à direita. Foi emitido certificado de incapacidade temporária para o trabalho (CIT) e agendada consulta de reavaliação para dentro de um mês.

A 27 de março de 2020, o utente compareceu na consulta de reavaliação, trazendo consigo uma nota de alta do urologista assistente, obtida na consulta de reavaliação pós-operatória dos quistos do cordão espermático, com a seguinte informação clínica: “(...) sugiro realização de ecografia inguinal direita, pois o utente apresenta ao exame físico hérnia inguinal direita, e posterior referência a consulta de Cirurgia Geral”. Efetivamente, ao exame objetivo, mantinha tumefação inguinal direita. Emitiu-se nova credencial para realização de ecografia inguinal direita.

A 20 de maio de 2020, o doente traz a segunda ecografia, realizada na mesma clínica convencionada onde efetuou a primeira ecografia, mas relatada por um radiologista diferente, descrevendo “A tumefação inguinal palpável pelo doente corresponde a formações quísticas no trajeto do cordão espermático móveis com a pressão intra-abdominal (...) varicocele bilateral. Sem outras alterações significativas”. Assim, segundo este relatório, mantinha os quistos que tinha acabado de excisar. O utente foi, novamente, referido ao urologista que o operou, acrescentando-se no pedido o resultado da última ecografia, com o objetivo de clarificar estes achados.

A 5 de novembro de 2020, o utente entregou na USF uma carta do serviço de urgência de Cirurgia do hospital de referência, onde realizou cirurgia de carácter urgente, por suspeita de hérnia inguinal direita encarcerada. Foi emitido CIT e agendada consulta de reavaliação para cerca de um mês depois.

A 7 de dezembro de 2020 regressou à consulta com a sua MF e trouxe o resultado de uma terceira ecografia da região inguinal direita, executada em setembro de 2020 e realizada na SCM a pedido do urologista assistente, uma vez que este mantinha a suspeita clínica de hérnia inguinal: “(...) observamos diminuto esboço herniário (...) sendo espontaneamente redutível. Não se identificam outras alterações”.

O utente tinha agendada consulta de reavaliação pós-operatória de Cirurgia Geral a 17 de dezembro de 2020. A recuperação decorreu sem intercorrências, e houve resolução definitiva do desconforto e tumefação inguinal direita inicialmente observados.

COMENTÁRIO

Este caso demonstra a importância da colheita de uma história clínica completa, de um exame objetivo minucioso e da pertinência dos MCDT dirigidos à nossa principal suspeita clínica como forma de prevenção quaternária e de obtenção de um diagnóstico e tratamento mais rápidos e adequados.

De acordo com a literatura, o *gold standard* para o diagnóstico de hérnia inguinal é o exame objetivo da região inguinal com sensibilidade de 0,75 e especificidade de 0,96 relatadas num estudo de coorte prospetivo de 1998.² A história e o exame objetivo geralmente são suficientes para o diagnóstico de uma hérnia inguinal clinicamente evidente. Um exame imagiológico adicional pode ser necessário se houver uma tumefação de localização invulgar na virilha e/ou incerteza diagnóstica (hidrocelo, varicocelo, espermatocelo, tumor testicular ou quistos epididimários/cordão espermático), tumefação intermitente, não presente no momento do exame físico, ou outras queixas na região inguinal sem tumefação associada.^{2,3} Uma hérnia com características clínicas claras, como uma protuberância redutível na virilha com desconforto local, geralmente não requer investigação adicional. No caso de ser necessária investigação imagiológica adicional, a ecografia pélvica é recomendada como exame de primeira linha.^{1,4,5}

Atentando aos fatores de risco associados ao desenvolvimento de hérnia inguinal, os mais bem documentados são: o sexo masculino (curso com aumento do risco em 8 a 10 vezes), a idade (pico de incidência entre os 0 e os 5 anos e entre os 75 e os 80 anos de idade), história familiar de hérnia inguinal em familiares de primeiro grau, alterações do metabolismo do colagénio e história de prostatectomia.¹ A relação do excesso de peso e obesidade com o desenvolvimento de hérnia inguinal não está ainda bem esclarecida. A obesidade pode, por um lado, exacerbar o desenvolvimento da hérnia, pelo aumento da pressão abdominal, ou mitigar o seu risco através do bloqueio da herniação/encarceração visceral pela gordura.¹

As principais complicações associadas à presença de hérnia inguinal são a encarceração e o estrangulamento. A encarceração refere-se ao aprisionamento dos conteúdos da hérnia dentro do saco herniário, o que impossibilita a sua reintrodução no abdómen ou pelve. A redução do fluxo venoso e linfático leva a edema do tecido encarcerado. À medida que o edema de estruturas aumenta, o fluxo venoso e, em última instância, o fluxo arterial para o saco herniário ficam comprometidos, resultando em isquemia e necrose dos conteúdos herniários (intestino, omento,

bexiga, ovário ou outras estruturas), o que se denomina estrangulamento.¹

O risco de encarceração e estrangulamento é baixo, apresentando uma taxa estimada de 0,3% e 3% ao ano, respetivamente. Os fatores de risco associados à encarceração e necessidade de tratamento cirúrgico emergente incluem o sexo feminino, a presença de hérnia femoral e a existência de hospitalização relacionada com hérnia inguinal no ano anterior.¹

Neste caso, na primeira avaliação do doente, feita pela MF e corroborada pela avaliação pós-operatória de Urologia, era consensual que se tratava de uma apresentação típica de hérnia inguinal, em doente do sexo masculino, com antecedentes familiares de hérnia inguinal, normoponderal, profissional da construção civil, e sem fatores fenotípicos que pudessem dificultar um diagnóstico meramente clínico. Ao exame objetivo este doente apresentava achados compatíveis com hérnia inguinal, nomeadamente uma tumefação em localização típica, na região inguinal direita, redutível, e com protusão mediante a realização da manobra de Valsalva. Juntando as queixas do doente e os achados ao exame objetivo, seria possível fazer o diagnóstico e referenciar este doente para consulta de Cirurgia Geral sem realização de ecografia. A epidemiologia da hérnia inguinal é também um dado importante, que ajudaria a suportar o seu diagnóstico clínico. Com efeito, verificamos que a prevalência estimada desta patologia ao longo da vida é de cerca de 27-43% no sexo masculino e 3-6% no sexo feminino, constituindo a patologia cirúrgica mais comumente diagnosticada nos cuidados de saúde primários.¹

Um fator que também poderá ter levado a um atraso no principal diagnóstico relaciona-se com um viés radiológico denominado “*satisfaction of search error*”, em que o radiologista cessa a procura por outras alterações imagiológicas capazes de explicar os sintomas do doente após encontrar uma alteração primária que os justifique.³ Esta primeira alteração radiológica detetada é assumida como a responsável pelo quadro clínico do doente e a investigação ecográfica termina precocemente. Os quistos do cordão espermático, sendo lesões superficiais, facilmente identificáveis em ecografia, foram assumidos erradamente como os responsáveis pelas queixas do doente, não se progredindo para uma investigação mais profunda.³

Uma das principais dificuldades na articulação entre diferentes níveis de cuidados, e que esteve patente neste caso, prende-se com a comunicação. Neste relato a comunicação entre o médico que solicita o exame imagiológico e o radiologista, no

sentido de o orientar na confirmação/exclusão da sua hipótese diagnóstica é limitada, restringindo-se ao campo “informação clínica” na requisição da ecografia. Associadamente, a comunicação entre os cuidados de saúde primários e secundários foi indireta e efetuada através de carta, o que fez com que informação potencialmente relevante se tivesse perdido entre contactos.

Ainda na temática da comunicação, existem mais dois pontos de importante reflexão. O primeiro prende-se com o relato da segunda ecografia, que, de todos os exames apresentados, é o que mais dúvidas suscita, pois relatava novamente quistos do cordão espermático, que tinham sido removidos na cirurgia a que o doente tinha sido submetido. Ambas as ecografias foram realizadas na mesma instituição por radiologistas diferentes. Poder-se-á colocar a hipótese de o segundo radiologista ter sido induzido em erro, ao consultar o resultado do exame realizado previamente, acrescentando a possibilidade de não ter questionado o doente sobre o motivo da realização daquele MCDT.

O segundo ponto relaciona-se com a necessidade real da cirurgia aos quistos do cordão espermático. Também aqui existem algumas dúvidas, nomeadamente se o urologista realizou, antes da cirurgia, exame objetivo ao doente e se acreditava que existia relação causa-efeito entre os quistos do cordão espermático e as queixas do doente.

O mais provável seria o doente apresentar estes dois problemas concomitantemente – a hérnia inguinal e os quistos do cordão espermático – porém o real motivo das queixas era a hérnia inguinal. Efetivamente, após cirurgia aos quistos do cordão o doente manteve as queixas de desconforto e tumefação inguinal.

Com a exposição deste caso pretende-se discutir sobre o que sempre nos foi inculcado durante a nossa formação – tratamos doentes ou tratamos exames? Neste caso fomos induzidos a tratar um exame. O doente acabou por ser tratado em contexto de urgência à patologia que efetivamente lhe causava sintomas. O diagnóstico de hérnia inguinal sempre foi a primeira hipótese de diagnóstico de todos os médicos que observaram o doente, no entanto, nunca se orientou o doente da forma mais conveniente porque fomos sempre confrontados com ecografias que não corroboravam esta hipótese. Resumidamente a suspeita clínica inicial era efetivamente a correta.

A interpretação crítica da informação presente nos relatórios de MCDT é, também, particularmente relevante, sobretudo quando está em discordância com

a nossa principal suspeita clínica, tendo em conta as queixas e o exame objetivo do doente.

Realça-se assim a importância da adoção de uma abordagem proativa pelo MF, com realização de um exame objetivo direcionado e metódico, ajustado às queixas do doente. Neste caso, um exame objetivo feito com precisão teria sido suficiente para o diagnóstico da hérnia inguinal e referência precoce a consulta de Cirurgia Geral, evitando a exposição a exames complementares de diagnóstico desnecessários e ao atraso no tratamento cirúrgico, que poderia ter resultado num desfecho menos favorável para o doente.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Brooks DC, Hawn M. Classification, clinical features, and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults; UpToDate [Internet]. Última atualização abr 2022. [consultado em maio de 2023] Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/classification-clinical-features-and-diagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults>.
- 2- HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018 Feb;22(1):1-165.
- 3- Adamo SH, Gereke BJ, Shomstein S, Schmidt J. From "satisfaction of search" to "subsequent search misses": a review of multiple-target search errors across radiology and cognitive science. *Cogn Res*. 2021;6(1).
- 4- Piga E, Zetner D, Andresen K, Rosenberg J. Imaging modalities for inguinal hernia diagnosis: a systematic review. *Hernia*. 2020;24(6):1191-7.
- 5- Kwee RM, Kwee TC. Ultrasonography in diagnosing clinically occult groin hernia: systematic review and meta-analysis. *Eur Radiol*. 2018;28(11):4803-14.

CONFLITOS DE INTERESSE E FINANCIAMENTO:

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho. Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

CORRESPONDÊNCIA:

Anita Tribuzi
anita.tribuzi@hotmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTURAL:

AT: Recolha de dados, pesquisa, redação e revisão.
IT: Pesquisa, redação e revisão.
SC: Redação e revisão.

RECEBIDO: 25 de julho de 2023 | ACEITE: 11 de março de 2024