

Ultrassonografia no diagnóstico diferencial da dor inguinoescrotal

Ultrasound in the differential diagnosis of inguinoscrotal pain

Maria Cristina Chammas¹

As causas de dor abdominal são extremamente variadas⁽¹⁻⁴⁾. A dor na região inguinoescrotal inclui vários diagnósticos diferenciais, podendo ser de natureza aguda ou crônica. Várias condições cursam com grande intensidade de dor e são potencialmente graves. Muitos exames de imagem, como radiografias, tomografia computadorizada e ultrassonografia, podem ser solicitados para o diagnóstico.

A ultrassonografia, por ser amplamente disponível e inócuca, com excelente relação custo-benefício, geralmente é o primeiro estudo por imagem após o exame clínico para elucidar ou confirmar o diagnóstico da lesão palpada — muitas vezes pelo próprio paciente que está com dor e que motivou a consulta —, bem como auxiliar na definição da conduta, se clínica ou cirúrgica. No caso de suspeita de hérnia na região, este exame tem como principal objetivo confirmar sua presença, distinguir os tipos (hérnias inguinoescrotais, femorais) e fazer diagnóstico diferencial com torções presentes no escroto, inflamações, infecções, trombozes e trauma.

As hérnias inguinais são as mais frequentes na prática clínica, totalizando cerca de 75% das hérnias da parede abdominal, nem sempre de fácil diagnóstico, podendo se manifestar com ou sem abaulamento na inspeção clínica. Além disso, o diagnóstico clínico pode ser prejudicado pelas condições do paciente, como pós-operatório imediato, obesidade, etc.⁽⁵⁾. Quando confirmada a presença de hérnia, é importante distinguir o conteúdo do saco herniário, bem como identificar se é aguda ou crônica, e ainda, se é complicada⁽⁶⁾.

A complicação com encarceramento ocorre quando o orifício de passagem do saco herniário é largo, mas não se consegue proceder à sua redução. Nessa condição, o mapeamento Doppler é fundamental, demonstrando presença de vascularização na gordura e/ou parede da alça herniadas. Quando a hérnia atravessa um anel herniário estreito e é volumosa, ela pode se complicar por estrangulamento. Nessa condição, estamos diante de uma emergência com hérnia irreversível e quadro de isquemia, que pode evoluir para necrose.

Contrariamente ao quadro da hérnia encarcerada, na hérnia estrangulada o mapeamento Doppler não demonstra fluxo sanguíneo no conteúdo herniário, confirmando o diagnóstico de emergência⁽⁵⁾.

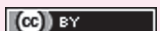
Para o diagnóstico correto, é necessário conhecimento da anatomia ultrassonográfica da região e seus pontos de referência, além da técnica de exame (e ajuste do equipamento), bem como manobras dinâmicas e posicionamento do paciente, que podem ser utilizados durante o estudo ultrassonográfico. É importante haver uma sistematização do exame ultrassonográfico para que nenhuma etapa seja esquecida ou negligenciada. Em geral, a abordagem ultrassonográfica é suficiente, não havendo necessidade de exames de imagem adicionais. Aliado a isso, a experiência do operador é fundamental. As características observadas tanto no modo-B quanto no Doppler (colorido e espectral) devem ser relatadas de forma assertiva, auxiliando na tomada de decisão pelo médico prescritor e sucesso terapêutico.

Neste número da **Radiologia Brasileira** está inserida uma revisão baseada em imagens do assunto⁽⁷⁾, direcionada para a prática diária do médico que realiza o exame ultrassonográfico da região inguinoescrotal. Esse artigo explana sobre a técnica de exame, anatomia e diagnósticos diferenciais mais importantes de dor na região inguinoescrotal, além de exibir casos comuns e outros mais raros. Certamente, o médico que milita na ultrassonografia, sobretudo no pronto-atendimento hospitalar, se beneficiará dessa leitura.

REFERÊNCIAS

1. Sala MAS, Ligabò ANSG, Arruda MCC, et al. Intestinal malrotation associated with duodenal obstruction secondary to Ladd's bands. *Radiol Bras.* 2016;49:271-2.
2. Nicolodi GC, Trippia CR, Caboclo MFFS, et al. Intestinal perforation by an ingested foreign body. *Radiol Bras.* 2016;49:295-9.
3. Cruz JF, Cruz MAF, Machado Neto J, et al. Prevalence and sonographic changes compatible with fatty liver disease in patients referred for abdominal ultrasound examination in Aracaju, SE. *Radiol Bras.* 2016;49:1-5.
4. Niemeyer B, Correia RS, Salata TM, et al. Subcapsular splenic hematoma and spontaneous hemoperitoneum in a cocaine user. *Radiol Bras.* 2017;50:136-7.
5. Saito OC, Bouer M. Ultrassonografia da pele, subcutâneo e parede. In: Saito OC, Cerri GG. *Ultrassonografia de pequenas partes*. 2ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Revinter; 2013. p. 247-74.
6. Contrera JD, Cardoso Sobrinho FT. Sliding inguinoscrotal hernia insinuating itself into the bladder, with calculi in the bladder and distal ureter. *Radiol Bras.* 2017;50:266-7.
7. Fonseca EKUN, Peixoto MR, Cavalcante Jr FA, et al. Avaliação ultrassonográfica da dor inguinoescrotal: uma revisão baseada em imagens para o ultrassonografista. *Radiol Bras.* 2018;51:193-9.

1. Diretora do Serviço de Ultrassonografia do Instituto de Radiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InRad/HCFMUSP), Professora do Programa de Pós-Graduação em Radiologia da FMUSP, Vice-Presidente 2 da World Federation for Ultrasound in Medicine and Biology (biênio 2017-2019). E-mail: mcchammas@hotmail.com.



This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License.