

ESCROTO AGUDO

Luís Henrique Athaide Halmenschlager

Rodrigo Spohr

Stefano Busato

Marcelo Duarte Bicca

UNITERMOS

UROLOGIA; DOR TESTICULAR AGUDA; ESCROTO AGUDO; EMERGÊNCIA UROLÓGICA; TORÇÃO DO CORDÃO ESPERMÁTICO; ORQUIEPIIDIDIMITE.

KETWORDS

UROLOGY; ACUTE TESTICULAR PAIN; ACUTE SCROTUM; UROLOGIC EMERGENCY; SPERMATIC CORD TORSION; ORQUIEPIIDIDYMITIS.

SUMÁRIO

A dor testicular aguda corresponde a 0,5% dos atendimentos de urgência. É necessária uma conduta diagnóstica e terapêutica rápida para se alcançar maiores chances de preservação do órgão. Este trabalho visa revisar as causas mais prevalentes desse quadro clínico, abordando suas etiologias, métodos diagnósticos e tratamentos específicos.

SUMMARY

Acute testicular pain account for 0,5% of emergency room visits. We need rapid diagnostic and procedure to achieve good chance of organ preservation. This paper aims to review the most common causes of this clinical problem, going into etiologies, diagnostic methods and specific treatments.

INTRODUÇÃO

O quadro clínico da dor testicular aguda, também chamada de escroto agudo, geralmente vem acompanhado de edema, aumento de volume, elevação da temperatura, febre, náuseas e vômitos. O diagnóstico de suas causas deve ser feito o mais precoce possível visando condutas emergenciais quando necessário.

Principais Causas

Torção do Funículo Espermático

A torção do funículo espermático está relacionada ao prejuízo da irrigação sanguínea, primeiramente pelo leito venoso, afetando o testículo e outros tecidos a ele relacionados. É a causa mais comum de dor testicular aguda na infância (25 a 30%) e na adolescência (60%) exigindo uma solução rápida e quase sempre cirúrgica.¹ Pode ser classificada como:

a) Torção Extravaginal:

É mais comum entre recém-nascidos e crianças de menor idade durante o descenso testicular. Quando ocorre no período pré-natal, leva à atrofia total testicular, sendo uma das causas de ausência do mesmo constatado no nascimento.

b) Torção Intravaginal:

É o tipo mais comum, ocorrendo principalmente no período puberal, apesar de acometer qualquer idade. Sua etiologia é a ausência de aderências normais do testículo à túnica vaginal.²

O quadro clínico é caracterizado por dor escrotal iniciada sem relação com qualquer outro evento, progressiva em intensidade, sem febre. Às vezes podem se associar náuseas e vômitos. O exame físico mostra hemiescrotos edemaciados, dolorosos ao toque, com consistência mais endurecida de seu conteúdo que torna-se mais fixo. Pode-se palpar nódulo na região do cordão espermático que corresponde aos elementos torcidos.² O reflexo cremastérico costuma estar abolido e, quando presente, praticamente exclui o diagnóstico.

Exames subsidiários:

- 1) Ultra-sonografia escrotal com Doppler: exame mais eficaz que pode ser feito rapidamente que mostrará testículo e, às vezes, epidídimo aumentados de volume com redução ou ausência da sua circulação sanguínea (dado mais importante para o diagnóstico).
- 2) Cintilografia com Tecnécio 99m: exame que leva aproximadamente 30 minutos para ser realizado, mostra interrupção do radiofármaco na topografia do testículo acometido por causa da interrupção da circulação sanguínea.

Ao se diagnosticar uma torção do funículo espermático, o tratamento deve ser iniciado imediatamente. Pode-se tentar, se possível, a correção manual da torção que trará alívio imediato para o paciente caso seja bem sucedida. Porém, mesmo sendo corrigida a torção, o paciente deverá ser submetido a uma

cirurgia de correção eletiva por ter condições anatômicas que elevam as chances de recorrência do quadro.¹ Na quase totalidade do quadro, o quadro agudo é corrigido cirurgicamente, expondo-se o funículo espermático, desfazendo a torção e observando a recuperação da viabilidade das estruturas após 10 a 30 minutos de repouso em soro morno.² Geralmente após seis horas do quadro agudo sem correção, as chances de comprometimento irreversível da linhagem germinativa e depois da produção hormonal aumentam. Se o testículo readquirir boa perfusão, preserva-se o mesmo com pontos de fixação. Caso não seja viável, opta-se por orquiectomia. Também se realiza a fixação do testículo contralateral.²

O acesso para o tratamento da torção extravaginal é a inguilotomia, em razão da possibilidade de presença de hérnia inguinal.¹

Torção dos Apêndices Testiculares

Os restos embrionários do ducto mulleriano (apêndice testicular e epididimário) podem sofrer torção causando dor, porém menos intensa que a torção do cordão espermático. É mais comum entre 7 a 12 anos.² O exame físico é ausente de febre, com dor e alteração nodular somente no pólo superior testicular. A cintilografia com Tecnécio é normal e a ecografia demonstra testículo e epidídimo normais. O tratamento com repouso e analgésicos geralmente é suficiente. Em alguns casos, precisa-se de remoção cirúrgica do apêndice torcido. Quando a torção do testículo não pode ser afastada, a cirurgia é mandatária.¹

Orquite, Epididimite ou Orquiepididimite

A orquite (inflamação do testículo) ocorre mais em crianças durante quadros agudos de caxumba. Há dor e aumento de volume testicular, sendo que a cintilografia mostra aumento da irrigação sanguínea devido à inflamação. O repouso e a analgesia costumam ser suficientes para resolução dos quadros virais.

A epididimite geralmente leva à orquiepididimite sendo mais comum em adolescentes e adultos. Pode ser infecciosa, transmitida sexualmente, como é o caso da clamídia e do gonococo (mais comum em pacientes menores de 35 anos) ou após quadro de prostatite (mais comum em pacientes maiores de 35 anos geralmente por bacilos gram-negativos), ou ainda ser congestiva após manipulação como vasectomia, herniorrafia, orquipexia ou traumatismos do cordão espermático.¹ Em crianças, a epididimite pode ser decorrente de uma infecção urinária decorrente a uma alteração estrutural congênita ou adquirida (estreitamento de uretra, ureter ectópico, discinergia esfinteriana, divertículo de utrículo, etc.). Assim, o EQU pode apontar piúria.¹

Além da dor escrotal com irradiação para região inguinal homolateral, edema e rubor local, pode haver febre. A elevação do testículo alivia a dor (sinal de Prehn).² A ecografia com Doppler mostra espessamento de epidídimo e testículo com irrigação normal ou aumentada, o que exclui a torção.⁴ Pode haver hidrocele.¹

O tratamento consiste em antibioticoterapia empírica, repouso com elevação escrotal e analgésicos antiinflamatórios. Cirurgias são indicadas para casos recidivantes refratários ou quando há suspeita de tuberculose genital. O tratamento com antibióticos empíricos pode ser baseado na idade do paciente. Segue algumas opções:²

Jovens:

- Ceftriaxona (250mg IM, dose única) e Doxiciclina (100mg VO, de 12 em 12 horas, por 10 dias); ou
- Ofloxacina (350mg VO, de 12 em 12 horas, por 10 dias).

Idosos:

- Ciprofloxacina (500mg VO, de 12 em 12 horas, por 14 dias); ou
- Ofloxacina (300mg VO, de 12 em 12 horas, por 14 dias); ou
- Gentamicina (120 mg IM, de 12 em 12 horas, por 8 dias); ou
- Amicacina (500mg IM, de 12 em 12 horas, por 8 dias).

Traumatismo Escrotal

Mais comum em crianças, provocam dor e aumento de volume do escroto. A ultrassonografia mostra a extensão da lesão, sendo que na maioria dos casos, repouso e antiinflamatórios resolvem o quadro. Somente em grandes hematoceles a exploração cirúrgica faz-se necessária.¹

Hérnias Inguinais

As hérnias inguinais não-complicadas tem a característica da redutibilidade que facilita o diagnóstico. Deve ser corrigida precocemente lembrando-se do alto risco de encarceramento principalmente em crianças com menos de um ano de idade. A ecografia com Doppler diagnostica o quadro que confirma fluxo sanguíneo intratesticular e pode visibilizar alça intestinal dentro do escroto. Quando se faz diagnóstico de hérnia em vigência de encarceramento, deve-se tentar a redução manual mesmo com sedação, pois caso seja bem sucedida, realiza-se cirurgia eletiva 24 a 48h após, quando os riscos cirúrgicos são menores. Quando não é possível a redução ou há suspeita de comprometimento dos tecidos encarcerados, faz-se cirurgia de urgência.¹

Hidroceles

Geralmente ocorre de forma insidiosa, mas quando é de forma abrupta, há uma maior preocupação quanto à gravidade do quadro. O diagnóstico é feito por suas características clínicas, sendo indolor, com palpação sugestiva de conteúdo cístico, e por meio da transiluminação escrotal e da ecografia. Quando acomete menores de um ano, pode ser admitida conduta observadora por ter grande chance de resolução espontânea. Porém, quando associadas a conduto peritoneovaginal, a correção cirúrgica poderá estar indicada.

Púrpura de Henoch-Schöenlein

Vasculite sistêmica com quadro clínico caracterizado por púrpura não trombocitopênia, equimoses e petéquias principalmente em nádegas e membros inferiores, artralgia, acometimento renal, dor abdominal e sangramento gastrintestinal, podendo acometer também o escroto de forma aguda ou insidiosa, causando dor e edema escrotal. A sua etiologia é desconhecida e sua maior incidência ocorre em crianças com menos de dez anos de idade. Não possui tratamento específico, sendo que sua evolução é autolimitada. Pode-se tentar alguma resposta benéfica com o uso de corticóides.

Edema Escrotal Idiopático

Quadro clínico caracterizado por espessamento e hiperemia da pele escrotal, sem acometimento de estruturas mais profundas. Não possui etiologia definida, mas pode ter relação com picada de inseto, dermatite de contato, celulite ou outras reações alérgicas.¹ Costuma regredir espontaneamente. Pode-se fazer uso de antialérgicos e suspensão escrotal.²

Varicocele

Varicocele é a dilatação do plexo venoso pampiniforme que acomete cerca de 15% dos meninos, aparecendo no início da adolescência. A maior parte dos casos é assintomática, sendo que é raro o desconforto durante atividades esportivas ou posição ortostática prolongada. O dado clínico mais importante é o volume escrotal aumentado com a sensação palpatória de varicosidades seguida da resolução do quadro após o decúbito dorsal.¹ Pode complicar com infertilidade.³ A confirmação se faz por meio de ultrassonografia com Doppler colorido que revela veias dilatadas com inversão do seu fluxo venoso. Quando se faz de forma abrupta e volumosa (forma incomum), faz-se necessário investigar a cavidade abdominal para descartar doenças expansivas nessa localidade. O tratamento é indicado quando há deformidades escrotais

importantes por causa do grande volume, redução das dimensões do testículo no lado afetado em 1cm ou mais no maior diâmetro, alterações no sêmen ao se atingir a idade de transição da adolescência para a idade adulta ou quadro doloroso importante.¹

Tumores

Raramente com sinais flogísticos e dolorosos, tem evolução insidiosa e podem se associar à torção testicular. A maioria é maligno sendo o tumor do saco vitelino o tipo histológico mais comum (50% de todos os tumores). Cerca de 30% dos tumores em crianças são benignos.¹ Quando existe a suspeita de um tumor, deve-se fazer abordagem cirúrgica via inguinal. Realiza-se exame histopatológico no transoperatório o que determinará a necessidade ou não de orquiectomia, o estadiamento e a sequência terapêutica.

CONCLUSÃO

Pacientes com escroto agudo devem ser avaliados de forma emergencial a fim de serem percebidos os casos de torção para que dessa forma a cirurgia precoce seja eficaz para o salvamento do testículo. O exame de maior eficácia é a ultrassonografia com Doppler devido a sua rápida disponibilidade e poder diagnóstico. Porém, quando não for de fácil acesso, a sua espera não pode representar demora à exploração cirúrgica nos casos de suspeita de torção.

REFERÊNCIAS

1. Srougi M, Dall'Oglio M, Cury J. Urgências Urológicas. São Paulo: Atheneu; 2006.
2. Dall'Oglio M, Srougi M, Nesrallah LJ, et al. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/Escola Paulista de Medicina: Urologia; São Paulo: Manole; 2005.
3. Ellsworth P, Caldamone A. The Little Black Book Series: Urologia. São Paulo: Tecmedd; 2008.
4. Tanagho EA, McAninch JW. Urologia geral de Smith. 16ª ed. São Paulo: Manole; 2007.