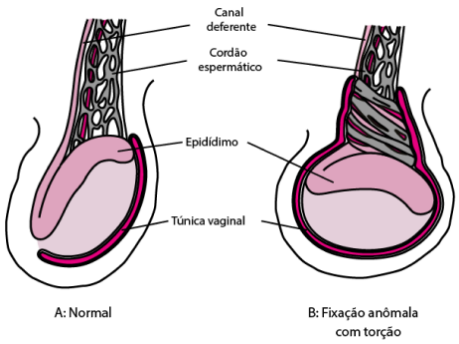
Escroto agudo

Bruno Pinheiro Falcão, Kalynne Rodrigues Marques, Myrna Beatriz de Melo Oliveira, Renata Guerra Elvas, Rogério de Araújo Medeiros

DEFINIÇÃO

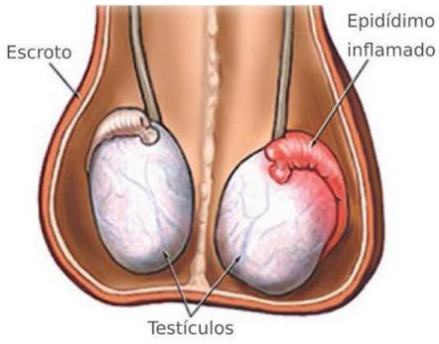
O escroto agudo é uma urgência urológica. Seu quadro clínico é caracterizado por um aumento do escroto de forma súbita, além de dor aguda (principal sintoma e de grande intensidade), edema, náuseas, alterações miccionais, sudorese e febre. O quadro é frequentemente associado à torção testicular (**Figura 7.1**), mas existem outras origens, como hérnia inguinoescrotal, epididimite (**Figura 7.2**), torção de apêndice testicular (**Figura 7.3**), hidrocele e trauma escrotal.

Figura 7.1 Torção testicular



Fonte: Manual MSD (2021).

Figura 7.2 Epididimite



Fonte: Associação Espanhola de Urologia (2018).

Figura 7.3 Torção de apêndice testicular



Fonte: Fernández Rosado *et al*. (2004).

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Na anamnese, deve-se investigar o caráter e a duração da dor, além de sintomas associados. Deve-se questionar acerca de infecções pregressas (doenças virais e infecções urinárias bacterianas) para descartar, por exemplo, a hipótese de epididimite. É necessário analisar histórico de trauma escrotal recente.

Na história da torção testicular, pode-se encontrar apresentação da dor durante períodos de sono, em que o paciente acorda com dor testicular aguda. Nesses casos é importante observar o nível e o tempo de dor (para inferir o período de isquemia). Pode haver relato de dor anterior autolimitada, remetendo a uma distorção espontânea. Sintomas como náuseas e vômitos são comuns no quadro de torção e incomuns nos demais. O exame físico pode identificar alguns sinais de torção testicular, a saber: sinal de Angel

DOI: 10.59290/978-65-6029-180-5.7

(testículo ipsilateral horizontalizado e encurtamento do cordão), alívio da dor à elevação do testículo afetado (sinal de Prehn) e reflexo cremastérico ausente (sinal de Rabinowitz). Este último é considerado um importante preditivo negativo para a torção do testículo.

Na torção dos apêndices testiculares a queixa de dor costuma ser menos intensa. Ao exame físico, se o edema estiver discreto, o apêndice infartado costuma ser visível na forma de uma massa azulada isquêmica na parte superior do testículo e pode ser identificado como um pequeno nódulo doloroso à palpação. No escroto agudo causado por trauma escrotal, a história é a principal responsável pelo diagnóstico e, ao exame físico, podem ser encontradas evidências positivas, como hematomas e equimoses.

EXAMES COMPLEMENTARES

O exame padrão-ouro na investigação de casos de escroto agudo é a ultrassonografia (USG) com doppler da bolsa escrotal, pois detalha a anatomia do testículo, epidídimo e cordão espermático. Na torção testicular, o fluxo sanguíneo escrotal encontra-se diminuído ou ausente (possível isquemia que pode levar à necrose do parênquima). Já em casos de torção do apêndice testicular, o fluxo está preservado e é possível visualizar o apêndice necrosado (*black dot sign*).

Em caso de epididimite, a USG com doppler evidencia aumento do testículo e epidídimo, com hipervascularização do escroto. Nesses casos, pode haver presença de piócitos e bactérias na urina e até leucocitose. Nos traumas escrotais, deve-se solicitar USG para avaliar a integridade do parênquima testicular e a presença de hematoma perilesional.

DIAGNÓSTICO

A história e o exame físico minuciosos são muito importantes na elucidação diagnóstica. A USG com doppler é o principal exame complementar utilizado no diagnóstico diferencial. Outrossim, como o quadro de síndrome escrotal aguda é uma urgência, um atendimento rápido e precoce é fundamental para o diagnóstico e a boa condução do caso, uma vez que o objetivo é a preservação do testículo.

TRATAMENTO

O paciente com diagnóstico sindrômico de escroto agudo deve ser caracterizado como potencial urgência cirúrgica. Na suspeita de torção testicular, em casos de imprecisão ou ausência do exame de imagem, a cirurgia deve ser indicada imediatamente.

Cirúrgico

Torção testicular

O tipo mais frequente é a torção intravaginal, relacionada à fixação inadequada do testículo à túnica vaginal, ainda durante o desenvolvimento embrionário. Entretanto, a maioria dos casos ocorre apenas na adolescência.

A extensão do dano testicular depende principalmente da duração da torção (geralmente há comprometimento quando a torção dura mais de 4 a 6 horas). A melhor opção para salvar o testículo afetado é a intervenção cirúrgica, com distorção do funículo espermático.

O tratamento cirúrgico exige distorção e fixação (orquidopexia) de ambos os

testículos, não apenas do testículo afetado. Após a distorção, a gônada comprometida deve ser inserida em solução fisiológica morna durante tempo médio de 10 minutos para auxiliar o retorno de sua perfusão. A fixação testicular deve ser feita bilateralmente após a reversão da túnica vaginal, utilizando três a quatro pontos não absorvíveis. O acesso escrotal preferido deve ser na rafe mediana da bolsa, o que permite o acesso a ambos os compartimentos escrotais. Em casos de necrose testicular, sem resposta à distorção, deve ser realizada orquiectomia.

Hérnia inguinal

O tratamento da hérnia inguinal é o reparo cirúrgico "ao diagnóstico". Em casos de encarceramento não redutível, a cirurgia deve ser imediata. Os detalhes em relação a esse manejo estão em capítulo específico sobre o tema.

Trauma

As lesões traumáticas podem variar de uma hematocele (hematoma na túnica vaginal) ou hematoma intratesticular, até uma fissura da túnica albugínea, causando ruptura testicular. A USG com doppler pode diagnosticar mais precisamente a extensão da lesão. A fissura testicular requer reparo cirúrgico. Traumas menores são manejados de acordo com a gravidade clínica e, na maioria das vezes, podem ser tratados de forma não cirúrgica.

Clínico

Epididimite é a inflamação do epidídimo que ocorre principalmente nos adolescentes. Os principais fatores de risco são: atividade sexual, esforço físico exacerbado e trauma direto (por exemplo, andar de bicicleta ou motocicleta). O tratamento varia de acordo com a gravidade do caso, apresentação clínica e suspeita etiológica.

Na epididimite sexualmente transmissível, recomenda-se antibióticos, analgésicos, suporte escrotal e repouso na fase aguda. O parceiro sexual deve sempre receber tratamento. Na epididimite em meninos prépúberes, a conduta depende da associação com infecção do trato urinário (ITU). Os casos com piúria e/ou urocultura positiva exigem antibioticoterapia. Já o tratamento da epididimite não bacteriana é de suporte e inclui elevação escrotal, repouso, anti-inflamatórios e, em casos selecionados, antibióticos.

COMPLICAÇÕES

A isquemia testicular gerada pela torção do funículo espermático, mesmo após distorção cirúrgica, pode levar a atrofia da gônada afetada. Já na epididimite, casos raros podem evoluir com a formação de abscessos, com necessidade de internação hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRENNER, J.S. & OJO, A. Causes of scrotal pain in children and adolescents. *UpToDate*, may 2021.

FERNÁNDEZ ROSADO, E. *et al.* Escroto agudo: torsión de hidátide testicular sésil de Morgagni. *Actas Urológicas Españolas*, v. 28, 2004.

HITTELMAN, A.B. Neonatal testicular torsion. *UpToDate*, aug. 2020.

RAMSOOK, C. Inguinal hernia in children. *UpToDate*, feb. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA – SBU; COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA - CBR. *Escroto agudo*: diagnóstico e tratamento. [*S.l.: s.n.*], 27 jun. 2006.