

Manual de Conduta Médica do HC/
Faculdade de Medicina de Botucatu/
UNESP

UROLOGIA:

ESCROTO AGUDO

Prof. Dr.Fernando da Rocha Camara

Depto de Urologia/ HCFMB-UNESP-2011.

CONCEITO:

Escroto agudo, ou dor testicular aguda é um quadro de instalação recente, em geral acompanhado por aumento unilateral da bolsa, com edema, rubor e calor. Sua incidência é de cerca de 0,5% em serviços de urgência⁵. O diagnóstico diferencial entre as várias patologias que podem levar a esse quadro agudo é extenso. A patologia mais urgente, neste síndrome, é sem dúvida a torção testicular, cujo prognóstico é tanto pior quanto mais tempo tenha decorrido desde o início do quadro. A demora do paciente e de sua família em procurar ajuda, as dificuldades de transporte e lentidão no percurso, a distância ao hospital, a espera pelo atendimento, a demora em se tomar uma conduta e o tempo para se levar o paciente à mesa cirúrgica nessa patologia são fatores de risco para se salvar o testículo. Nesse contexto, há Serviços que propõem o tratamento cirúrgico, logo após a admissão, em todos os casos de escroto agudo, sem exceção^{7,8,11}.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL^{5,10}:

As principais patologias as serem investigadas são: Torção de cordão ou de testículo, torção de apêndices intra-escrotais, epididimite, orquiepididimite, abscesso escrotal, hérnia inguinal, hidrocele comunicante, trauma (hematocele), picada de artrópodes, edema escrotal idiopático, tumor, espermatocele, varicocele, lesões dermatológicas, vasculite inflamatória (púrpura de Henoch Shönlein), espermatocele, e causas não urológicas, como veremos adiante.

No Pronto Socorro, a apresentação do caso ao urologista deve ser imediata, para não se retardar o atendimento. Nunca para se deve adiar a cirurgia, se um exame auxiliar não for possível de imediato.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO/ EXAMES SUBSIDIÁRIOS^{3,5,6,10,12}:

1. **TORÇÃO DE TESTÍCULO:** ocorre por rotação do mesmo sobre seu eixo longitudinal, causando isquemia, atrofia e gangrena da gônada. Usualmente a túnica vaginal reveste os lados e a superfície ventral do testículo; o epidídimo, usualmente dorsal não é revestido pela túnica. O testículo normal encontra-se fixado no interior da túnica e não pode sofrer rotação. Quando a túnica reveste todo o epidídimo, o testículo fica solto como um badalo de sino. Com essa possibilidade de se mover, pode sofrer rotação dentro da túnica. Isso também pode ocorrer quando o meso do testículo for longo.

A torção de testículo pode ser extra-vaginal e intra-vaginal (a mais comum). Na extra-vaginal o testículo e a túnica ficam torcidos ao nível do anel externo; ocorre em recém-nascidos, na primeira infância, e mesmo na vida intra-uterina; muitos casos são detetados a posteriori, ao se encontrar um testículo atrofico, ao se tratar uma distopia testicular. A abordagem cirúrgica, na fase aguda da extra-vaginal, se faz por via inguinal, ao invés da escrotal pela possibilidade de hérnia inguinal associada.

A torção intra-vaginal ocorre com mais freqüência em torno da puberdade, e raramente acima dos 35 anos. Parece que o crescimento testicular, pelo aumento de seu peso, pode favorecer a torção. Supõe-se que a contração súbita do músculo cremaster, que se insere

em configuração espiral no cordão, pode iniciar a rotação testicular, que desloca o órgão cranialmente, pelo encurtamento do cordão. O testículo se torna mais alto do que o outro e horizontalizado. A torção pode surgir associada a trauma, atividade atlética, ao frio; a maioria dos casos é espontânea. Em muitos casos o paciente é despertado durante o sono pela dor.

A manifestação clássica na história é a dor súbita, intensa no hemiescroto, e às vezes no quadrante inferior do abdome, do mesmo lado. Às vezes a dor pode surgir de modo gradual. É comum o relato de episódios semelhantes progressivos de dor e sensibilidade, por torção intermitente com resolução espontânea. Assim, os pacientes acometidos pela torção intra-vaginal aguda têm entre 15 e 35 anos, e se apresentam com orquialgia unilateral, aguda, intensa, náuseas, vômitos. Náuseas e vômitos devem ser valorizados como um item muito indicativo de torção⁴. Ao exame, como salientamos, o testículo comprometido se apresenta mais alto, horizontalizado, a pele escrotal normal ou avermelhada, quente e edemaciada. À elevação manual do testículo não há melhora da dor, que pode se intensificar; é o sinal de Prehn, no qual a dor se intensifica, pois o cordão torcido, então se torna acotovelado durante a manobra.

O **reflexo cremastérico** se pesquisa com o paciente masculino em decúbito dorsal, com os membros inferiores em extensão e ligeira abdução; mediante o pinçamento da face súpero-medial da coxa ocorre a elevação testicular desse lado. O reflexo cremastérico^{9,10} quando presente, praticamente exclui torção testicular. Sua pesquisa pode ser prejudicada em casos com muitas horas de evolução. Uma hidrocele aguda ou um edema maciço podem mascarar os sinais. A dor intensa e agitação podem tornar o paciente pouco disposto a cooperar durante o exame. Durante o exame físico um profissional experiente pode tentar a distorção manual, com rotação testicular suave no sentido lateral para o medial, enquanto não se inicia a cirurgia. A eventual distorção não nos autoriza a não realizarmos a exploração cirúrgica.

O exame de urina é usualmente normal; a presença de leucocitúria e bacteriúria não é indício seguro para se confirmar hipótese de epidimite e ou orquite. Há indícios na literatura de que mucoproteínas e velocidade de hemossedimentação elevados sejam sugestivos de torção mas não são consagrados pelo uso.

O estetoscópio de Doppler embora útil em mostrar ausência de fluxo arterial na torção de testículo, tem apresentado falsos resultados. O padrão ouro¹³ é o **ultrassom com ecodoppler**, por permitir informes importantes ao diagnóstico da patologia e para o diagnóstico diferencial com outras causas de escroto agudo. Este procedimento tem sensibilidade e especificidade altas; sua eficácia é observador dependente.

O uso de radio-isótopos é raramente disponível, pode retardar a cirurgia e é falseado por hidrocele e por hiperemia escrotal.

Quando a hipótese de torção testicular está presente, a cirurgia deve ser prontamente realizada sem perda de tempo. Pacientes mais jovens têm menor tolerância ao tempo de isquemia. Os melhores resultados se obtêm nos tempos menores de história; além das 6 horas de história os riscos de perda testicular são maiores. Com 24 horas apenas 10% de testículos serão salvos. Uma incisão mediana na rafe escrotal permitirá acesso bilateral; o lado afetado, por certo, será abordado inicialmente. Destorcido o cordão, o testículo será avaliado em sua viabilidade. Deixa-se o testículo envolto em compressas mornas por 10 a 30 minutos. Pode-se fazer exame anatomopatológico ou se secciona a albugínea e após punção se observa sangramento arterial ou venoso. Testículos necróticos serão submetidos à exérese e o cordão ligado com seda. Testículos viáveis serão submetidos à pexia. O contro-lateral também deve ser fixado para evitar-se evento similar. O ideal será realizar-se a eversão da vaginal, antes da fixação para prevenção de recorrência.

Quando durante a cirurgia para se avaliar uma torção houver a possibilidade de que seja um tumor com necrose ou hemorragia, a via de acesso deve ser a inguilotomia para se evitar a violação escrotal.

2.TORÇÃO DOS APÊNDICES INTRA-ESCROTAIS:

Os apêndices são testicular e epididimário (hidátide de Morgagni).É a segunda causa mais comum de escroto agudo em crianças e adolescentes; a faixa etária em que é mais freqüente situa-se entre 7 e 12 anos. O quadro clínico é mais discreto do que a torção testicular. A dor aguda, menos intensa, incomodativa, sintomas gerais pouco freqüentes, ausência de febre. Ao exame clínico a sensibilidade pode se limitar ao polo superior do testículo. Ocasionalmente se encontra mancha cutânea azulada nessa região. O exame de urina é inocente. O exame de eleição é o ultrassom com Doppler; mostrará a irrigação testicular normal e a estrutura comprometida pode ser identificada.

Quando se tem certeza diagnóstica, o tratamento é conservador, consistindo em repouso, suspensão escrotal, e antiinflamatórios. Quando a torção de testículo não puder ser descartada com segurança, a cirurgia é obrigatória e o apêndice é ressecado. Não é necessária a exploração contro-lateral.

3.EPIDIMITE AGUDA:

Ocorre usualmente em adultos; em crianças relaciona-se a defeitos urológicos congênitos. Em pacientes jovens pode ser decorrente de doenças sexualmente transmissíveis, tais como Chlamydia e gonococos. Em pacientes acima de 35 anos, em geral são ocasionados por germes gram negativos, causadores de prostatite. Há casos idiopáticos. Outra etiologia é a congestiva, por procedimentos cirúrgicos inguinais ou escrotais, bem como por traumatismos de cordão.

O diagnóstico de epididimite se faz pelos sinais inflamatórios locais como dor, edema, aumento de consistência, aumento de temperatura; febre de pouca intensidade pode estar presente. A elevação testicular (Sinal da Prehn) pode melhorar a dor. O reflexo cremastérico costuma estar presente.

O ultrassom pode evidenciar epidídimo espessado, acometimento testicular, coleções para testiculares, hidrocele. Ao Doppler o fluxo arterial para o órgão é normal ou aumentado. Solicitam-se urina 1, urinocultura, antibiograma; é comum o achado de leucocitúria, bacteriúria e urocultivo positivo. Ausência de alterações indicativas de infecção, ao exame de urina, não descartam o diagnóstico de epididimite.

O tratamento consiste em repouso, suspensão escrotal, e antibioticoterapia conforme a etiologia. Por exemplo opção adequada seria a prescrição de ciprofloxacino 500 mg a cada 12 horas por 2 semanas.

4.ORQUITE AGUDA/ABSCESSO TESTICULAR:

O acometimento testicular pelas orquites, na infância, é predominantemente viral, causado pelo vírus da caxumba; a incidência costuma ser unilateral; a orquite ocorre em cerca de 18% dos casos; a atrofia testicular pode surgir em 50% desses pacientes.

Casos não virais podem ocorrer por contiguidade a focos epididimários. As manifestações clínicas locais são precedidas por manifestações sistêmicas dos fatores causais: infecção viral, urinária, genital ou prostática.

O tratamento das orquites de origem viral, de modo óbvio, se faz sem antibióticos. Assim é sintomático, com repouso, elevação escrotal e antiinflamatórios. Nas orquites decorrentes de epididimites indica-se além das medidas acima, antibioticoterapia voltada ao foco primário.

O abscesso testicular ocorre por complicação de epidimites bacterianas por bacilos Gram negativos, que não cedem à terapia por 2 a 3 semanas. A drenagem é ineficaz e a conduta preferencial é a orquiectomia.

Sempre ao tratarmos um paciente com escroto agudo, o diagnóstico diferencial com a torção testicular é primordial e urgente para não praticarmos a¹²“castração por negligência”!

A orquite tuberculosa, com frequência se apresenta com fístula escrotal; muitos destes pacientes são portadores de HIV. Na orquite por tuberculose e por sífilis relata-se que a palpação testicular é indolor; não serão abordadas neste texto.

5. HÉRNIAS INGUINO-ESCROTAIS:

Fora da fase aguda, o sinal clássico de hérnias na infância é o sinal da seda, pelo deslissamento suave quando se palpa o conduto transversalmente ao seu eixo. Abaulamento transitório inguinal é encontrado em portadores de hérnias, que são usualmente investigadas durante a realização da manobra de Valsalva. Deve-se fazer o diagnóstico diferencial com as hidroceles comunicantes, por persistência do conduto peritônio-vaginal. Nas hérnias encarceradas o conteúdo do saco herniário fica preso sem comprometimento de sua irrigação sanguínea. Quando a hérnia for estrangulada seu conteúdo fica preso e há isquemia; uma alça intestinal sofre uma obstrução e ocorre um abdome agudo obstrutivo na maioria dos casos. O ultrassom com Doppler indicará a presença de fluxo arterial testicular e a presença de alça intestinal no saco herniário.

O diagnóstico de certeza no escroto agudo, causado pelas hérnias, é intra- operatório durante um acesso cirúrgico de urgência por inguinotomia.

6. VARICOCELE:

Em alguns pacientes causa orquialgia aos esforços e à excitação sexual prolongada. A dor quando muito incomodativa pode levar o paciente a procurar o serviço de emergência. Os antigos chamavam essa orquialgia de “orquite dos noivos”. Não há febre, e ao exame os testículos estão normais, e o plexo pampiniforme túrgido à manobra de Valsalva. O ultrassom pode mostrar fluxo arterial testicular normal e ectasia venosa à manobra de esforço. A cirurgia, quando necessária por orquialgia ou infertilidade se faz de modo eletivo. A orquialgia na fase aguda pode ser tratada com anti-inflamatórios.

7. HIDROCELE COMUNICANTE:

Em verdade não é um caso de escroto agudo, mas merece ser citado. Consiste em acúmulo de líquido entre os folhetos visceral e parietal da vaginal por persistência do conduto peritônio-vaginal. Não ocasiona dor, tem oscilações no volume escrotal pelas variações na quantidade de líquido. Obviamente não há febre, náuseas, vômitos ou alterações em exames laboratoriais. O ultrassom esclarece o diagnóstico e a diferencia de outras patologias..

8. VASCULITE INFLAMATÓRIA(púrpura de Henoch Schönlein):

É uma vasculite não trombocitopênica, com acometimento sistêmico. As lesões de púrpura na pele, mais comuns nas extremidades, cabeça, e raramente no tronco, costumam ser elevadas e palpáveis; não desaparecem à compressão. A manifestação escrotal se faz por comprometimento do cordão e testículo, com edema eritema e dor. Exame de urina pode mostrar proteinúria e hematúria. Ultrassom com Doppler pode mostrar fluxo sanguíneo aumentado. A observação dos achados escrotais é parte do

quadro sistêmico, o qual geralmente é processo auto limitado, mas pode exigir terapia com esteróides.

9. TUMOR TESTICULAR:

Pode causar dor testicular aguda, com necrose e sangramento. O diagnóstico diferencial se faz com torção testicular; já salientamos que ante essa suspeita, a abordagem seja por inguilotomia para evitar-se disseminação tumoral, por violação das túnicas escrotais

10. TORÇÃO DE CISTO DE TÚNICA VAGINAL:

O ultrassom Doppler mostrará testículos inalterados e lesão cística sede da dor. Seu tratamento é a exérese do cisto.

11. EDEMA ESCROTAL AGUDO IDIOPÁTICO:

Geralmente acomete crianças abaixo de 10 anos, com aumento do volume escrotal, uni ou bilateral, discreto eritema; pênis e períneo podem se acometidos. O hemograma pode se apresentar com eosinofilia, por associação a quadros alérgicos, incluso por picada de insetos. O tratamento se faz com elevação e antialérgicos. Há relato de edema escrotal agudo por dengue hemorrágica².

12. ESCROTO AGUDO TRAUMÁTICO:

Abordado em outro capítulo.

13. CAUSAS NÃO UROLÓGICAS:

.Tendinite do adutor

.Pós operatório de apendicite aguda (conduto permeável)

.Pós-operatório de colecistectomia (idem).

.Isquemia em pós operatório de inguilotomias por fechamento excessivo do anel inguinal(profundo ou superficial).

CONDUTA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA NO ESCROTO AGUDO:

Qualquer padronização de conduta deve ser usada com lucidez levando-se em conta as características de cada caso. O paciente com escroto agudo deve ser considerado de máxima urgência, de modo que não haja agravamento irreversível do quadro, dentro do Hospital. O urologista deve ser chamado prontamente após o diagnóstico de entrada. Uma história clínica detalhada e objetiva, investigando-se o tempo e modo de início, **náuseas e vômitos**, hipertermia. Ao exame físico verificar-se-á a presença de febre; o exame genital deve feito com delicadeza e muita atenção aos pormenores. Os conhecimentos anatômicos permitem que se constate quais estruturas estão normais e quais estão alteradas; A dor e edema podem dificultar essa diferenciação. Sempre pesquisar o **reflexo cremastérico**. Exame de urina (para investigação de leucocitúria e bacteriúria), urinocultura (para utilização ulterior na vigência de uma infecção), antibiograma. O hemograma nas epidimites e orquites agudas pode se apresentar com leucocitose e desvio à esquerda. O **ultrassom com eco-doppler**^{1,13} é de grande importância para se procurar uma torção de testículo, e para o diagnóstico diferencial. O laudo deve ser redigido e emitido de imediato, pelo docente responsável por motivos médicos e legais. Quando o exame clínico não for sugestivo de torção, mas essa for a hipótese ao ultrassom, é conveniente que se indique a cirurgia, pois em caso de erro diagnóstico e perda testicular pode haver conseqüências médico-legais.

Quando o exame não for disponível e houver a menor suspeita de torção, o paciente deve ser operado de imediato. É preferível que se submeta à cirurgia um paciente que não tem torção a que se deixe de operar um portador de torção!

Em cada uma das patologias abordadas neste capítulo estão os pormenores diagnósticos e terapêuticos relevantes.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS:

1. Anastasi G, Buerni M, Mucciardi G, Sanfilippo G, Magno C: Usefulness of ultrasonography in the diagnosis of acute scrotal edema. *Arch Ital Urol Androl* 2000;72:238-40.
2. Chen TC, Chen YH, Tsai JJ, Chen TP: Dengue hemorrhagic fever complicated with acute idiopathic scrotal edema and polyneuropathy. *Am J Trop Med* 2008;78:8-10
3. Jesus LE : Escroto Agudo. *Rev Col Bras Cir* 2000;27: 1-10.
4. Jefferson RH, Pérez LM, Joseph JB: Critical analysis of the clinical presentation of acute scrotum 9 years experience of a single institution. *J Urol* 1997;158:1198-00.
5. Maia RS, Mesquita RS, Britto CA: Dor testicular aguda. In Dall Oglio M, Srougi M, Nesrelallah LJ, Ortiz WD: Guia de medicina ambulatorial e hospitalar de urologia. 1^a ed Barueri Manole, 2005 ,pp. 381-7.
6. Medeiros AS: Semiologia Urológica, Rio, Medisi Ed. Médico-Científica, 1993, pp. 427-40.
7. Murar E, Omanik P, Funakova M, Beder I. Acute scrotum is a condition requiring surgical intervention. *Rozhl Chir* 2008 ;87: 517-20.
8. Murphy FL, Fletcher L, Pease P. Early scrotal exploration in all cases is the investigation and intervention of choice in the acute paediatric scrotum. *Pediatr Surg Int* 2006;22: 413-6
9. Nelson CP, Williams JF, Bloom DA: The cremasteric reflex: a useful but imperfect sign in testicular torsion. *J Pediatr Surg* 2003;38: 1248-9
10. Schneck FX, Bellinger MF: Abnormalities of the testes and scrotum and their surgical management—Acute scrotum. In Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA: *Campbell-Walsh Urology*. 9th ed, Philadelphia Saunders Elsevier, 2007, pp 3789-94.
11. Tajchner L, Larkin JO , Bourke MG, Waldron R , Barry K, Eustace PW : Management of acute scrotum in a district general hospital. *Scient W J* 2009;9:281-6.
12. Wroclawski ER, Silva MFR: Escroto Agudo. In Guia prático de urologia. Rio, SBU, Ed. Segmento, 2003, pp.67-9.

13. Yagil Y, Naroditsky I, Milhem J, Leidemmann M, Badaan S, Gaitini D : Role of Doppler ultrasonography in the triage of acute scrotum in the emergency department. J Ultrasound Med 2010(29):11-21.