

Escroto Agudo: Diagnóstico e Tratamento

*Autoria: Sociedade Brasileira de Urologia
Colégio Brasileiro de Radiologia*

Elaboração Final: 27 de junho de 2006

Participantes: Dénes FT, Souza NCLB, Souza AS

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

Revisão da literatura.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

C: Relatos de casos (estudos não controlados).

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVO:

Descrever as principais recomendações no diagnóstico e no tratamento do escroto agudo.

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

INTRODUÇÃO

O aumento súbito, ou em curto espaço de tempo, do volume escrotal, acompanhado de dor, é em potencial uma urgência urológica¹(B). Náuseas, sudorese, inquietação e, às vezes, febre, junto com o edema e a dor, compõem o quadro clínico do que se chama Escroto Agudo. O diagnóstico preciso e rápido deve ser feito e uma cirurgia de emergência pode ser necessária para salvar o testículo.

DIAGNÓSTICO

Torção do cordão espermático, torção dos apêndices testiculares, orquiepididimites, hérnia inguinoescrotal, hidroceles, edema idiopático do escroto, púrpura de Henoch-Schöenlein e trauma escrotal são as principais causas do escroto agudo²(C).

História clínica e exame físico cuidadosos são fundamentais para o diagnóstico. O tempo é um fator vital tanto pela duração dos sintomas como nas condutas a serem tomadas na investigação e tratamento¹(B).

TORÇÃO DO CORDÃO ESPERMÁTICO

Um quadro de escroto agudo, até que se prove o contrário, deve ser considerado como torção do cordão espermático. As torções podem ser extra ou intravaginais e ocorrem em um terço dos casos de escroto agudo. A extravaginal acomete recém-natos nos primeiros dias de vida, na fase final da fixação dos testículos. Às vezes, passa despercebida, sendo responsável pela quase totalidade dos casos de atrofia testicular detectados no tratamento do criptorquidismo. A maioria dos casos de torção é do tipo intravaginal, ocorrendo em crianças maiores e adultos, sendo o seu pico na puberdade. A dor é o principal sintoma; tem início súbito, é de grande intensidade e não está relacionada a traumas ou exercícios físicos. A precocidade do atendimento facilita o diagnóstico, pois o quadro inicial permite a melhor identificação das alterações do cordão. O testículo pode encontrar-se elevado, fixo, com o epidídimo em posição medial. A presença do reflexo cremastérico exclui a hipótese de torção do testículo³(C).

Exames de Imagem

O exame que fecha o diagnóstico da torção do testículo é a ultra-sonografia do escroto, com Doppler em cores. Pouco invasivo e de custo acessível, mostra a anatomia do cordão e o fluxo sanguíneo, que nos casos de torção encontra-se reduzido ou ausente. A cintilografia escrotal com o tecnécio 99m demonstra também com precisão a irrigação dos testículos, porém, demanda mais tempo e não é disponível na maioria dos serviços de urgência¹(B)⁴(C).

TORÇÃO DOS APÊNDICES TESTICULARES

Causa freqüente de escroto agudo, chega a suplantam a torção do testículo em algumas publicações. O quadro clínico se assemelha à torção do cordão espermático, porém, cursa com dor e alterações locais de menor intensidade. A palpação e transiluminação poderão identificar o apêndice testicular ou epididimário aumentado e de coloração escura. A ultra-sonografia com Doppler localiza a lesão e mostra o fluxo sanguíneo normal do testículo⁴(C).

ORQUIEPIDIDIMITES

Doenças inflamatórias dos testículos e do epidídimo se implantam de maneira gradual, geralmente, acompanhadas de queixas urinárias ou sintomas gerais, como febre e prostração. Pode haver grande aumento do escroto, com rubor e dor intensa.

São secundárias a doenças virais, com predominância da caxumba, infecções urinárias em pacientes com uropatia obstrutiva baixa, congênita ou adquirida⁵(B). A ultra-sonografia com Doppler mostra o aumento de volume do testi-

culo, determinado pelo edema e o espessamento do epidídimo, ambos com hipervascularização ao Doppler em cores. O exame de urina pode estar alterado, bem como a contagem de leucócitos no sangue.

OUTRAS CAUSAS

A hidrocele comunicante pode sugerir um quadro de escroto agudo, quando o seu volume aumenta rapidamente, secundário à pressão intra-abdominal elevada, em crianças com infecção respiratória ou obstipação importantes. O diagnóstico diferencial se faz com facilidade com transiluminação da bolsa escrotal.

Hérnia encarcerada também pode aumentar o volume escrotal. A ultra-sonografia mostra as alças intestinais, fazendo o diagnóstico.

A púrpura de Henoch – Schönlein é uma vasculite que pode comprometer o cordão espermático, levando a dor e edema, manifestações sistêmicas da púrpura facilitam o diagnóstico. Edema escrotal idiopático, às vezes, compromete a parede da bolsa sem afetar o seu conteúdo. Não há um fator etiológico definido e a evolução é favorável. Por último, o escroto pode aumentar de volume após traumatismos. A história sugere o diagnóstico e, no exame físico, podem-se identificar equimoses ou hematomas. A ultra-sonografia avalia o conteúdo escrotal e a integridade do testículo.

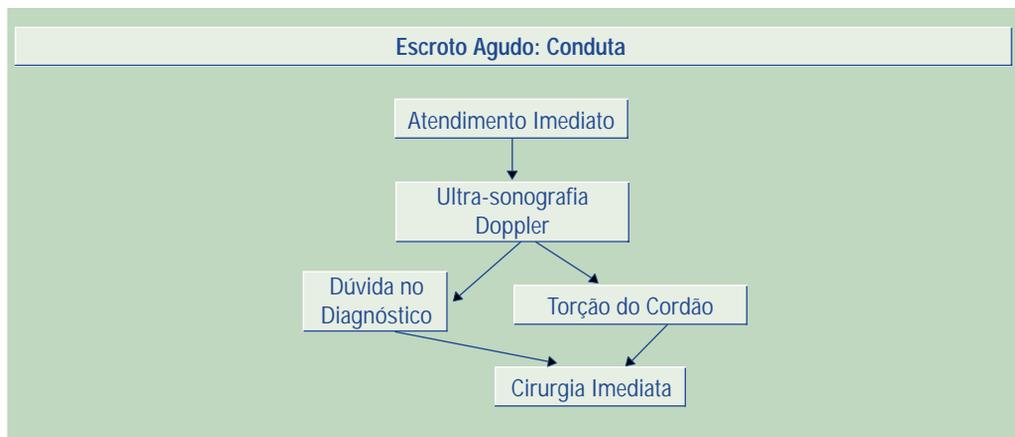
TRATAMENTO

Um terço dos pacientes com escroto agudo apresentam torção do cordão espermático. O urologista deve pensar sempre nesta possibilidade porque a hesitação pode levar à perda do

testículo¹(B)³(C). Manobras manuais no atendimento precoce podem reposicionar o testículo, desfazendo a torção com alívio imediato da dor. Autores informam que a torção parcial pode persistir e que estes pacientes devem ser operados logo que possível³(C). A incisão pode ser realizada na rafe da bolsa, o que permite o acesso a ambos os compartimentos escrotais. A viabilidade do testículo torcido deve ser avaliada e o mesmo é fixado por três pontos à parede. A orquipexia contralateral é recomendada e pode ser feita através da mesma

incisão. A torção em testículo criptorquídico deve ser abordada por via inguinal. Testículos inviáveis devem ser removidos devido aos efeitos deletérios sobre o testículo normal¹(B).

Os demais casos de escroto agudo devem ter seu tratamento direcionado ao diagnóstico, não constituindo urgência na maioria das vezes. Caso haja dúvida, não havendo recursos propedêuticos que esclareçam o caso, a exploração cirúrgica é indicada.



REFERÊNCIAS

1. Kalfa N, Veyrac C, Baud C, Couture A, Averous M, Galifer RB. Ultrasonography of the spermatic cord in children with testicular torsion: impact on the surgical strategy. *J Urol* 2004;172:1692-5.
2. Kadish HA, Bolte RG. A retrospective review of pediatric patients with epididymitis, testicular torsion, and torsion of testicular appendages. *Pediatrics* 1998;102:73-6.
3. Sessions AE, Rabinowitz R, Hulbert WC, Goldstein MM, Mevorach RA. Testicular torsion: direction, degree, duration and disinformation. *J Urol* 2003;169:663-5.
4. Baker LA, Sigman D, Mathews RI, Benson J, Docimo SG. An analysis of clinical outcomes using color doppler testicular ultrasound for testicular torsion. *Pediatrics* 2000;105:604-7.
5. Somekh E, Gorenstein A, Serour F. Acute epididymitis in boys: evidence of a post-infectious etiology. *J Urol* 2004;171:391-4.