

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO ESCROTO AGUDO

Jennifer Chacharski,
jennifer.chacharski@aluno.fpp.edu.br

Eduardo Rafael Ferreira Lima,
Guilherme Marçal Ferreira Lima
Luana Borgmann Bento da Silva
Leila Grisa Telles

Introdução ao tema: escroto agudo é uma entidade clínica caracterizada por dor, aumento de volume do escroto, edema, eritema, febre, náuseas e vômitos. Sua recorrência abrange desde o período intrauterino até a fase adulta. Entre as principais patologias do escroto agudo, têm-se: torção dos anexos, orquiepididimite e torção testicular. O último quadro pode desencadear necrose e alterações na fertilidade. Destarte, o escroto agudo é uma emergência cirúrgica. Entretanto, o precário conhecimento acerca do tema pelos profissionais da saúde e da população em geral acarreta em diagnóstico tardio, o qual gera altos níveis de morbidade. Portanto, este trabalho objetiva elucidar a relevância da rápida identificação da síndrome em questão.

Percurso teórico realizado: Realizada uma revisão de literatura com levantamento bibliográfico em livros e nas bases de dados do PubMed e Google acadêmico com os descritores em ciências da saúde (DeCS) Torção do Cordão Espermiático, Escroto e Diagnóstico, utilizando o operador booleano AND. Foram escolhidos 15 artigos entre 2000 e 2022, e, após análise, foram selecionados 7 artigos que convergem ao tema abordado. Foram critérios de exclusão o embargo teórico insuficiente e a inadequação temática. Como citado, a torção dos anexos é um diagnóstico diferencial de escroto agudo, sendo que, dentre os cinco apêndices existentes no testículo, epidídimo e ducto deferente, apenas dois apresentam propensão à torção: apêndice testicular - hidátide de Morgagni - e epidídimo, pois são pediculados. A hidátide de Morgagni é um remanescente do ducto paramesonéfrico, isoecoico em relação ao testículo e presente em cerca de 83% da população masculina em geral. Por outro lado, o apêndice epididimário é vestigial ao ducto mesonéfrico e encontrado nos polos superiores de 20% dos epidídimos. É a maior causa de escroto agudo na população pré-púbere, sua manifestação clínica é de, geralmente, dor progressiva, presença de edema e eritema no escroto, reflexo cremastérico normal e o “sinal de ponto azul” - nódulo paratesticular azulado, indicativo de isquemia. Ademais, há ausência de sinais sistêmicos e urinários. Por sua vez, a orquiepididimite é um processo inflamatório tanto no testículo quanto no epidídimo, de etiologia bacteriana - sobretudo em indivíduos sexualmente ativos -, ou viral, mais comum em crianças. O quadro clínico é caracterizado por dor branda e sinais sistêmicos duradouros, como náusea, vômito e febre. Além de sinais urinários, como piúria e disúria. Dentre os diagnósticos diferenciais de escroto agudo, é o único quadro com “sinal de Prehn” positivo: alívio da dor com elevação mecânica do órgão. Em contrapartida, a torção do cordão espermiático, quadro que acomete 3,8 a cada 100.000 homens até os 18 anos, é o giro sobre a sua base - o testículo -, o qual apresenta fixação incompleta, ausente ou anômala; subdividida em: extravaginal, intravaginal e propriamente dita. O primeiro caso ocorre ainda no período perinatal, durante a descida gonadal e anteriormente à fixação testicular na túnica vaginalis, tendo como consequência a perda do órgão. No entanto, pode ser confundida por hérnia encarcerada ou tumor testicular. Na torção intravaginal, ocorre fixação inadequada do testículo e epidídimo à túnica vaginalis, o que representa malformação em “badalo de sino”, geralmente bilateral, e, por isso, há 40% de torção contralateral

assincrônica. A rotação da torção geralmente tem sentido interno com grau variável, fato vinculado com o expressivo aumento da massa testicular nos adolescentes. São comuns casos de torção testicular durante o sono, devido a contração cremastérica causada pela ereção noturna. Já na patologia propriamente dita, a torção ocorre entre a gônada e o epidídimo por fixação atípica dessas duas estruturas. Contudo, esse caso é incomum. A torção ocorrida no testículo, dependendo do grau e do tempo de evolução, possui um prognóstico ruim, uma vez que há a possibilidade de obstrução venosa e arterial, perda de células reprodutoras viáveis - células de Leydig -, necrose gonadal e, em casos extremos, perfuração do órgão por radicais livres de oxigênio. Devido às extensas consequências, é necessário que profissionais da saúde saibam identificar de forma rápida e precisa o quadro clínico da torção. Este, por sua vez, envolve náuseas e vômitos, sinais comuns que auxiliam no diagnóstico diferencial, gônada edemaciada, dor aguda, intensa e súbita, com possível irradiação lombar, inguinal ou abdominal e sinal de Angel - testículo horizontalizado e elevado-. Além dessas manifestações, é importante ressaltar a ausência do reflexo cremastérico, da febre e de sintomas urinários. Ao exame clínico, o qual é realizado por ultrassonografia doppler e que deve ser feito em casos de dúvida diagnóstica, o testículo pode se apresentar com aspecto normal, se a torção ocorreu de 4 a 6 horas, caracterizando a viabilidade da gônada, hipoeecóico caso exame seja feito de 6 a 24 horas após o ocorrido ou heterogêneo com necrose na decorrência de mais de 24 horas. Este exame deve ser conduzido corretamente, para evitar resultado falso-negativo pelo fluxo sanguíneo de tecidos adjacentes, o que acarreta em perda testicular. **Conclusão:** Após a apresentação das principais etiologias relacionadas ao escroto agudo, é evidente a importância de seu diagnóstico precoce pelos profissionais da saúde, já que, dentre as causas, há torção testicular, uma emergência urológica. Como tal, deve ser identificada e tratada cirurgicamente o mais rápido possível, para que não haja perda do órgão pelo paciente. No caso, é indicada distorção cirúrgica com orquidopexia quando a torção ocorrer em até 6 horas, com viabilidade testicular, ou orquiectomia se constatada a inviabilidade. Em ambos os casos, uma orquidopexia contralateral é indicada.

PALAVRAS-CHAVE: Torção do Cordão Espermático, Escroto e Diagnóstico.

REFERÊNCIAS:

BARBOSA, J. A. B. A.; ARAP, M. A. Acute scrotum: differential diagnosis and treatment. **Revista de Medicina**, v. 97, n. 3, p. 278-282, 2018.

GÓMEZ, C. H. et al. El escroto agudo: ¿ qué necesita saber el R1?. **Seram**, v. 1, n. 1, 2022.

JESUS, L. E. Escroto agudo. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 27, p. 271-278, 2000

LAHER, A. et al. Testicular torsion in the emergency room: a review of detection and management strategies. **Open access emergency medicine: OAEM**, v. 12, p. 237, 2020.

LOPES, E. F. et al. Aspectos diagnósticos e terapêuticos em casos de escroto agudo por torção testicular e a importância da intervenção cirúrgica precoce. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 11, p. e9198-e9198, 2021.

PALADINO JR, J. R.; KORKES, F.; GLINA, S.. Torção testicular e diferenças climáticas nas macrorregiões do estado de São Paulo, Brasil. **Einstein** (São Paulo), v. 19, 2021

SERRADO, M. A.; ABREU, N.; CASTANHA, G.. Torção de apêndice testicular: a propósito de três casos clínicos. **Acta Radiológica Portuguesa**, v. 27, n. 105, p. 83-86, 2015.