



MED-REVIEW



ESCROTO AGUDO

Antes de você mergulhar nesse conteúdo, é importante entender quem somos e por que milhares de médicos e residentes confiam na gente.

A **MED-Review** é uma das maiores plataformas de ensino médico do Brasil.

Criada por médicos, para médicos, ela tem uma missão clara: **transformar a forma como você aprende e se prepara, não só para as provas mais exigentes da carreira, mas para a vida profissional.**



Nossa metodologia une:



Didática Absurda



Estudo Ativo & Repetição Espaçada



Neurociência

Tudo isso para fazer você aprender mais em menos tempo, com conteúdo direto ao ponto, leve e, acima de tudo: eficiente.



Aulas com linguagem acessível e visual envolvente.



Simulados mensais.



Qbank com milhares de questões comentadas e filtros inteligentes.



Suporte próximo para dúvidas.



Flashcards com memória visual e repetição espaçada.

Dezenas de milhares de médicos já fazem parte dessa jornada.

E agora, você também pode dar o próximo passo.



MED-REVIEW

ESTÁ SEM TEMPO?

O que mais cai em prova nesse tema

As bancas cobram diagnósticos diferenciais cruzando quatro variáveis obrigatórias: **faixa etária**, **tempo de instalação da dor**, **achados de exame físico (sinais epônimos)** e **conduta imediata**.

CRITÉRIO	TORÇÃO TESTICULAR	ORQUIEPIDIDIMITE AGUDA	TORÇÃO DE APÊNDICE TESTICULAR
Faixa Etária Típica	Pico bimodal: neonatal e adolescentes (12-18 anos) .	• Homens jovens sexualmente ativos. • Homens mais velhos ou com uropatias.	Crianças e escolares (7-12 anos) — é a causa mais comum de escroto agudo na infância.
Etiologia Principal	Má fixação anatômica congênita (deformidade em badalo de sino).	• < Jovens: <i>Chlamydia trachomatis</i> e <i>N. gonorrhoeae</i> (IST). • > Idosos: Enterobactérias (<i>E. coli</i>, <i>Klebsiella</i>, <i>Pseudomonas</i>).	Torção da hidátide de Morgagni.
Padrão da Dor	Início súbito, excruciante, de alta intensidade. Frequentemente desperta o paciente à noite; associada a náuseas e vômitos.	Início insidioso/progressivo (dias). Pode haver queixas miccionais associadas (disúria, polaciúria, febre).	Início gradual a subagudo, intensidade leve a moderada, localizada preferencialmente no polo superior.
Exame Físico Chave	• Reflexo cremastérico ABOLIDO (achado mais sensível!). • Sinal de Prehn NEGATIVO (elevação da bolsa não alivia a dor). • Sinal de Brunzel: testículo alto e horizontalizado.	• Reflexo cremastérico PRESENTE. • Sinal de Prehn POSITIVO (elevação da bolsa testicular alivia a dor). • Epidídimo espessado, doloroso e reativo.	• Reflexo cremastérico PRESENTE. • Sinal do "Blue Dot" (Ponto Azul): nódulo azulado/violáceo visível por transparência no polo superior do testículo.

CRITÉRIO	TORÇÃO TESTICULAR	ORQUIEPIDIDIMITE AGUDA	TORÇÃO DE APÊNDICE TESTICULAR
Doppler de Bolsa Escrotal	Ausência ou fluxo marcadamente reduzido ao Doppler colorido.	Hiperfluxo/hiperemia tecidual no epidídimo e testículo.	Nódulo hipo/avascular no polo superior com fluxo testicular normal preservado.
Conduta de Escolha	Exploração cirúrgica de urgência: 1. Cirurgia imediata: fixação (orquidopexia) BILATERAL obrigatória. 2. Se necrose: orquiectomia + orquidopexia contralateral.	Tratamento Clínico: • Suspeita de IST: Ceftriaxona 500 mg IM (dose única) + Doxiciclina 100 mg VO 12/12h por 10–14 dias + tratar parceiras. • Suspeita de uropatia obstrutiva: Quinolona (Ciprofloxacino ou Levofloxacino) ou SMX-TMP por 10–14 dias.	Tratamento Conservador: • Repouso relativo. • Analgésicos e Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). • Resolução espontânea em 7 a 10 dias.

INTRODUÇÃO E FUNDAMENTOS

Anatomia cirúrgica aplicada (camadas da bolsa escrotal, vascularização e túnica vaginal)

Imagine que você está no centro cirúrgico prestes a realizar uma exploração escrotal de urgência. Para acessar a gônada com segurança e rapidez, sua lâmina de bisturi precisa atravessar camadas anatômicas bem definidas, que nada mais são do que extensões diretas das camadas da parede abdominal anterior que acompanharam a descida testicular na embriogênese.

Pensa comigo: se a anatomia escrotal reproduz a parede abdominal, a sequência de fora para dentro fica intuitiva:

1. **Pele:** Fina e pregueada.
2. **Dartos:** Tecido celular subcutâneo com fibras musculares lisas contráteis (responsável pelo pregueamento cutâneo em resposta ao frio).
3. **Fáscia espermática externa:** Derivada da aponeurose do músculo oblíquo externo.
4. **Músculo cremáster e fáscia cremastérica:** Continuação direta do músculo oblíquo interno e transverso do abdome.
5. **Fáscia espermática interna:** Projeção da fáscia transversalis.
6. **Túnica vaginal:** Remanescente do processo vaginalis peritoneal, formada por dois folhetos (parietal e visceral).
7. **Túnica albugínea:** Cápsula fibrosa e espessa que recobre o parênquima testicular propriamente dito.

A vascularização testicular depende de três artérias com ricas anastomoses, mas com dominância absoluta da primeira: a **artéria testicular** (ramo direto da aorta abdominal), a **artéria cremastérica** (ramo da artéria epigástrica inferior) e a **artéria do ducto deferente** (ramo da artéria vesical inferior).

A drenagem venosa é realizada pelo plexo pampiniforme, que à direita drena diretamente para a veia cava inferior e à esquerda desemboca em ângulo reto na veia renal esquerda. Já a drenagem linfática do testículo segue para os **linfonodos retroperitoneais para-aórticos**, enquanto a pele e anexos da bolsa escrotal drenam para os **linfonodos inguinais superficiais**.



ATENÇÃO NA PROVA

As bancas adoram cobrar a drenagem linfática testicular em questões interdisciplinares de oncologia e urologia. Lembre-se sempre: tumor de parênquima testicular metastatiza para o retroperitônio (para-aórtico); lesões cutâneas e inflamações do escroto metastatizam para a cadeia inguinal superficial.

TORÇÃO TESTICULAR (UROPEDIATRIA E CIRURGIA GERAL)

Classificação anatômica (intravaginal vs. extravaginal / neonatal)

A torção do cordão espermático ocorre devido ao giro sobre o próprio eixo vascular, levando à oclusão venosa inicial, edema progressivo, trombose arterial e, finalmente, necrose hemorrágica da gônada. Sob o ponto de vista anatômico e fisiopatológico, existem dois tipos completamente distintos de torção.

A **torção intravaginal** é a forma responsável por mais de 90% dos casos, ocorrendo tipicamente em adolescentes e adultos jovens. Ela decorre de uma anomalia congênita da fixação da túnica vaginal, conhecida como **deformidade em “badalo de sino”**. Nessa alteração, a túnica vaginal se insere anormalmente alta no cordão espermático, envolvendo completamente o testículo e o epidídimo, permitindo que a gônada fique solta e gire livremente dentro da cavidade vaginal.

Já a **torção extravaginal (ou neonatal)** ocorre quase que exclusivamente no feto intra útero ou nos primeiros 30 dias de vida pós-natal. Nesse período precoce, as fixações da túnica vaginal ao músculo dartos e à parede escrotal ainda são frágeis e imaturas. Ocorre, portanto, a rotação de todo o conjunto — o cordão espermático juntamente com a túnica vaginal em bloco —, antes mesmo de sua aderência definitiva ao escroto.



ATENÇÃO NA PROVA

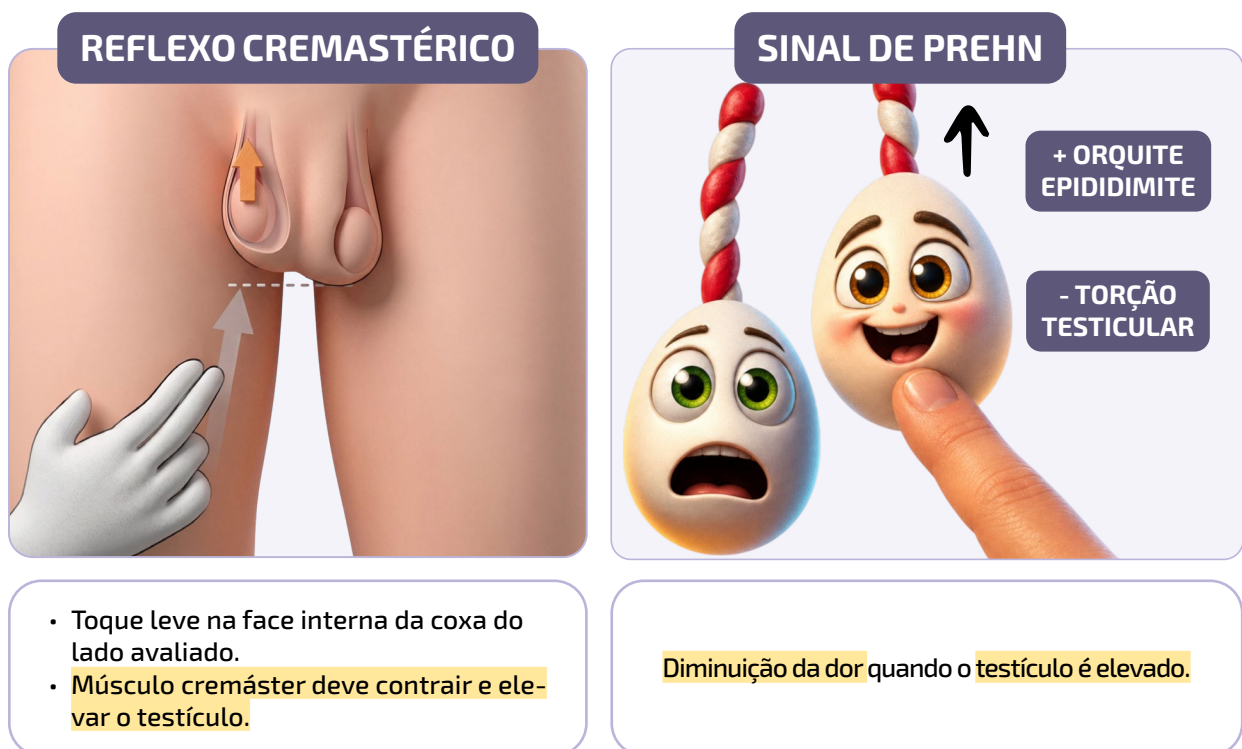
A deformidade em badalo de sino é um defeito embriológico congênito e **bilateral** na esmagadora maioria dos indivíduos afetados. É exatamente por essa razão anatômica que a orquidopexia no momento da cirurgia deve ser sempre realizada em ambos os testículos.

Quadro clínico e exame físico

Vamos construir a imagem do paciente clássico de prova: Lucas, 14 anos, dá entrada na emergência às 04h da manhã com relato de dor escrotal esquerda lancinante que o acordou subitamente há duas horas, acompanhada de dois episódios de vômitos incoercíveis e sudorese fria.

Ao exame físico minucioso no leito, quatro sinais semiológicos formam a base da confirmação diagnóstica:

- **Reflexo cremastérico:** Pesquisado ao estimular suavemente a face súpero-medial da coxa com uma haste ou a ponta dos dedos. A resposta fisiológica é a contração rápida do músculo cremáster com ascensão ipsilateral do testículo. Na torção, o **reflexo cremastérico está invariavelmente abolido ou ausente**.
- **Sinal de Prehn:** Consiste na elevação manual suave do testículo em direção ao canal inguinal. Na orquiepididimite, a elevação reduz a tensão venosa e alivia a dor (Prehn positivo). Na torção testicular, a elevação **não altera ou até agrava a dor** (**Sinal de Prehn negativo**).



- **Sinal de Brunzel:** O encurtamento mecânico do cordão espermático decorrente das voltas da torção faz com que o testículo afetado se posicione em **posição anormalmente elevada e retraída** na raiz da bolsa escrotal.
- **Sinal de Angel:** A fixação anormal em badalo de sino e a tração torcional levam à perda do eixo longitudinal habitual, resultando em um **testículo horizontalizado**.



Papel do Doppler e Escore TWIST

Diante do paciente com suspeita de torção, o médico recém-formado comumente hesita em solicitar o ultrassom com Doppler. A ultrassonografia com Doppler colorido é o exame de imagem padrão-ouro: demonstra **ausência ou redução acentuada do fluxo vascular intraparenquimatoso** na gônada comprometida, contrastando com o fluxo preservado no lado são.



Contudo, para evitar atrasos cirúrgicos catastróficos causados pela dependência de exames complementares, a literatura internacional e as bancas adotam ferramentas de estratificação como o **Escore TWIST** (*Testicular Workup for Ischemia and Suspected Torsion*). Ele é baseado puramente em parâmetros clínicos e do exame físico, pontuando de 0 a 7:

- **Edema/tumefação testicular:** 2 pontos.
- **Testículo endurecido à palpação:** 2 pontos.
- **Reflexo cremastérico ausente:** 1 ponto.
- **Presença de náuseas ou vômitos:** 1 ponto.
- **Testículo elevado / ascendido (Brunzel):** 1 ponto.

A conduta prática imediata é determinada pela estratificação de risco do escore:

- **Baixo Risco (0 a 2 pontos):** Probabilidade de torção próxima de zero. O Doppler não é mandatório em caráter de emergência cirúrgica; investigar diagnósticos alternativos (ex.: torção de apêndice testicular, hidrocele).
- **Risco Intermediário (3 a 4 pontos):** Diagnóstico duvidoso. **Indicação formal e prioritária de realização de ultrassom com Doppler.**
- **Alto Risco (5 a 7 pontos):** Alta probabilidade diagnóstica (> 90%). **Encaminhamento direto para exploração cirúrgica imediata**, dispensando a realização prévia de ultrassom.

Manejo de emergência

O fator prognóstico isolado mais importante para o salvamento testicular é o **tempo decorrido entre o início dos sintomas e a intervenção cirúrgica**. A correlação entre o tempo de isquemia e a viabilidade tecidual é direta:

- **< 6 horas:** Taxa de preservação e viabilidade testicular superior a **90–95%**.
- **6 a 12 horas:** Taxa de salvamento cai rapidamente para **50–70%**.
- **12 a 24 horas:** Taxa de viabilidade em torno de **10–20%**.
- **> 24 horas:** Atrofia isquêmica irreversível e necrose transmural em praticamente **100%** dos casos.

Enquanto o centro cirúrgico é preparado e o anestesista acionado, uma tentativa de **des-torção manual externa no leito** pode ser tentada. Como a esmagadora maioria das torções ocorre com rotação medial (para dentro), a manobra clássica reproduz a ação de **"abrir um livro"** (rotação externa, de medial para lateral).

Pensa comigo no sentido prático:

- **Testículo direito:** Deve ser girado no sentido **anti-horário** (de medial para lateral).
- **Testículo esquerdo:** Deve ser girado no sentido **horário** (de medial para lateral).
- É frequente a necessidade de realizar giros sucessivos de 180° até 720° (uma a duas voltas completas) para desmanchar a torção.

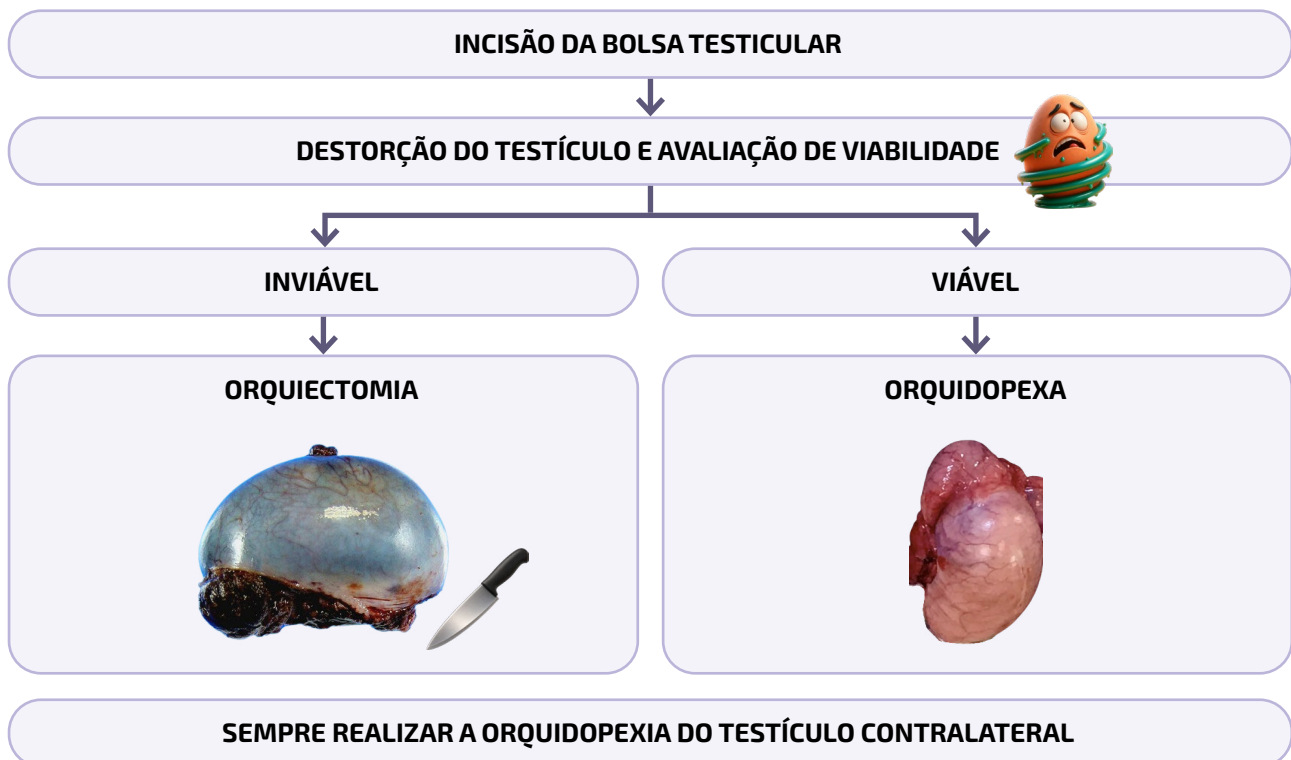
O sucesso da manobra é evidenciado pelo alívio súbito da dor pelo paciente e pelo abaixamento da gônada na bolsa. No entanto, mesmo com o sucesso da manobra manual, o pa-

ciente **deve ser submetido à exploração cirúrgica de urgência**, pois a fixação anatômica definitiva é a única garantia contra a recidiva.

No intraoperatório, realiza-se a incisão escrotal, exteriorização da gônada, destorção mecânica do cordão e envelopamento do testículo em compressas aquecidas embebidas em soro fisiológico morno:

1. **Se o testículo recuperar a coloração rósea e apresentar sangramento ativo:** Realiza-se a **orquidopexia** com fixação em três pontos ancorados ao septo ou dartos.
2. **Se o testículo permanecer necrótico, sem sangramento e inviável após o aquecimento:** Realiza-se a **orquiectomia** (ressecção) para evitar resposta autoimune com formação de anticorpos antiespermatozoides.
3. **Em ambas as situações:** É obrigatória a realização da **orquidopexia contralateral preventiva**, prevenindo eventos isquêmicos futuros no testículo remanescente.

O TRATAMENTO É CIRÚRGICO



TORÇÃO DE APÊNDICE TESTICULAR (HIDÁTIDE DE MORGAGNI)

Quadro clínico e diferenciação com a torção testicular

Imagine a seguinte cena: você está no plantão da UPA e a mãe traz Pedro, um menino de 9 anos, caminhando normalmente pelo corredor, queixando-se de um “desconforto” no

testículo direito que começou de forma gradual no dia anterior. Ele não tem vômitos, não tem febre e está comendo normalmente.

Pensa comigo: essa apresentação contrasta totalmente com o quadro dramático da torção testicular. A torção de apêndice testicular (hidátide de Morgagni — remanescente embriológico do ducto paramesonéfrico de Müller localizado no polo superior do testículo) é **causa frequente de escroto agudo na faixa etária pediátrica e escolar (7 a 12 anos)**.

Ao examinar o paciente, o raciocínio clínico se consolida na diferenciação com a torção do cordão:

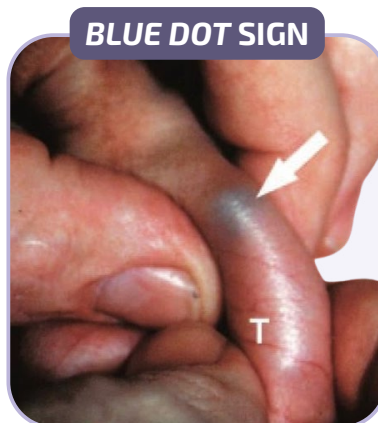
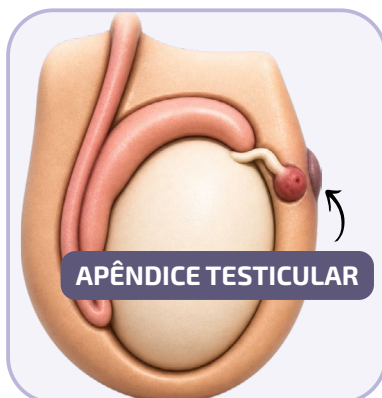
- **Início e intensidade da dor:** Na hidátide, a dor é insidiosa, progressiva e de leve a moderada intensidade, enquanto na torção testicular o início é hiperagudo e lancinante.
- **Localização inicial:** A dor da hidátide começa bem focal no polo superior do testículo, ao passo que a torção do cordão acomete todo o órgão difusamente desde o início.
- **Reflexo cremastérico:** Na torção de apêndice, o **reflexo cremastérico está normal e preservado**.
- **Posição testicular:** A gônada mantém seu eixo anatômico vertical habitual, sem elevação ou horizontalização.

Sinal do “Blue Dot” (ponto azul)

O que acontece quando esse pequeno anexo pediculado sofre torção sobre o próprio eixo vascular? Acontece exatamente o mesmo fenômeno isquêmico do testículo: congestão venosa, infarto hemorrágico e necrose avascular da hidátide.

Como a pele da bolsa escrotal das crianças é fina e translúcida, esse pequeno nódulo necrosado e trombosado brilha sob a pele no polo superior do testículo como uma mancha azulada ou violácea. Este é o clássico **Sinal do “Blue Dot” (Sinal do Ponto Azul)**.

À palpação cuidadosa do polo superior, você consegue sentir um pequeno nódulo endurecido do tamanho de uma ervilha, extremamente doloroso ao toque direto, enquanto o restante do parênquima testicular e o epidídimo permanecem indolores.



Conduta conservadora e critérios de exceção

Diante do diagnóstico firmado de torção de hidátide, a mãe aflita pergunta se a criança precisa ir para a sala de cirurgia imediatamente. A resposta é: **não**.

Diferente da torção testicular, a torção do apêndice testicular não coloca em risco a viabilidade do parênquima nem a fertilidade futura do paciente. O anexo isquemiado sofre necrose asséptica, calcifica e é reabsorvido espontaneamente pelo organismo.

A conduta padrão é estritamente clínica e ambulatorial:

- **Repouso relativo** nos primeiros dias.
- **Elevação escrotal** e compressas frias locais.
- **Analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)**

Existe alguma exceção em que operamos a hidátide? Sim: quando houver **dúvida diagnóstica persistente** entre torção de hidátide e torção testicular (Doppler inconclusivo com piora clínica) ou em casos raros de dor refratária incapacitante. Na dúvida, a exploração cirúrgica é realizada para garantir a integridade do testículo, realizando-se a simples ressecção do apêndice necrosado.

Questão Estratégica — Torção Testicular



QUESTÃO ENARE - 2021

Menino de 13 anos dá entrada no Pronto Atendimento com queixa de dor em região testicular há 4 horas, de forte intensidade, contínua, associada a vômitos e sem febre. Nega trauma local. Em relação à hipótese diagnóstica do caso, assinale a alternativa correta sobre suas características.

- A) O tempo não é fator prognóstico.
- B) Ausência do Sinal de Prehn é esperada.
- C) Ausência de reflexo cremastérico não é achado comum.
- D) USG doppler não está indicado na avaliação.
- E) O tratamento é clínico com anti-inflamatórios, analgésicos e calor local.

Comentário:

Pensa comigo: o caso traz a apresentação clássica da emergência urológica pediátrica.

Temos um adolescente de 13 anos (pico de incidência) com dor testicular intensa de início agudo há 4 horas, associada a vômitos e sem febre. Essa constelação clínica sela a principal hipótese diagnóstica: **Torção Testicular**.

- **Por que a alternativa B está correta?**

Na torção testicular, a elevação manual da bolsa escrotal não alivia e pode até piorar a dor, o que caracteriza o **Sinal de Prehn negativo (ou ausente)**. O Sinal de Prehn positivo (alívio à elevação) é típico da orquiepididimite.

- **Por que a alternativa A está incorreta?**

O tempo é o principal fator prognóstico (tempo é gônada). A taxa de preservação testicular é superior a 90% se a abordagem cirúrgica ocorrer em menos de 6 horas, caindo dramaticamente após 12 a 24 horas.

- **Por que a alternativa C está incorreta?**

A **ausência (abolição) do reflexo cremastérico é o achado físico mais sensível e característico** da torção testicular, e não um achado incomum.

- **Por que a alternativa D está incorreta?**

A ultrassonografia com Doppler colorido é o exame de imagem de escolha para avaliar a perfusão do cordão e do parênquima testicular quando há dúvida diagnóstica.

- **Por que a alternativa E está incorreta?**

O tratamento da torção testicular é uma **emergência cirúrgica** (exploração escrotal com detorção e orquiopexia bilateral), e não clínico com calor local (que aumentaria a taxa metabólica do tecido isquêmico).

Gabarito: Letra B



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Observe como a banca exige o domínio imediato da semiologia do escroto agudo. Grave a regra de prova: **dor testicular súbita no adolescente + Prehn negativo + reflexo cremastérico abolido = Torção Testicular** com indicação de exploração cirúrgica de urgência.

ORQUIEPIDIDIMITE AGUDA

Etiologia por faixa etária

Vamos mudar de cenário: você atende agora um adulto jovem com dor escrotal que vem piorando há três dias, associada a ardor para urinar e secreção uretral discreta. Como esse processo infeccioso se instala?

A orquiepididimite aguda decorre quase sempre da **ascensão retrógrada de patógenos** a partir da uretra através do ducto deferente até atingir a cauda do epidídimo, progredindo para o corpo, cabeça e, por contiguidade, para o testículo.

A microbiologia é dividida pela banca estritamente pela faixa etária e pelo comportamento sexual do paciente:

- **Homens jovens, sexualmente ativos:** Etiologia ligada a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), liderada por ***Chlamydia trachomatis*** e ***Neisseria gonorrhoeae***.
- **Homens mais velhos ou com uropatias:** Etiologia associada a bactérias entéricas do trato urinário, decorrentes de hiperplasia prostática benigna, estenose de uretra, cateterismo vesical ou pós-procedimentos urológicos. O agente etiológico número um é a ***Escherichia coli***, seguida por Klebsiella, Proteus e Pseudomonas.

Quadro clínico e semiologia

O paciente com orquiepididimite apresenta uma história arrastada: a dor escrotal é progressiva, piora ao longo de dias e comumente vem acompanhada de febre, calafrios, disúria, polaciúria e edema inflamatório escrotal com calor local intenso.

No exame físico, o epidídimo encontra-se difusamente aumentado de volume, endurecido e doloroso à palpação, inicialmente demarcado no polo posterior, mas que depois se funde com o parênquima testicular em uma massa inflamatória única.

A manobra semiológica mais cobrada pelas bancas é o **Sinal de Prehn**:

- Ao elevar delicadamente a bolsa escrotal em direção à sínfise púbica, alivia-se a tensão mecânica sobre o cordão espermático e reduz-se o estase venoso.
- Se a elevação do escroto **aliviar a dor do paciente**, o **Sinal de Prehn é considerado POSITIVO**, confirmando o padrão inflamatório/infeccioso da orquiepididimite.
- O **reflexo cremastérico está ativamente PRESENTE**, ajudando a afastar a torção de cordão.



PULO DO GATO

Grave a regra mnemônica de ouro para não confundir na hora da prova:

- **Prehn Positivo = Pode passar para a enfermaria** (tratamento clínico / epididimite).
- **Prehn Negativo = Não alivia a dor / Necrose iminente** (torção testicular cirúrgica).

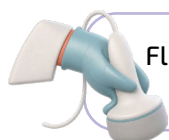
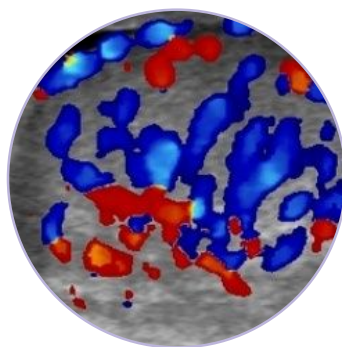
Padrão no Doppler (hiperfluxo tecidual)

Quando você solicita a ultrassonografia com Doppler colorido em um caso de orquiepididimite, o que você espera encontrar na tela do aparelho?

Pensa comigo: se o tecido está intensamente inflamado e recrutando mediadores vasodilatadores para combater uma infecção bacteriana, a vascularização estará no seu nível máximo. O achado característico ao Doppler é o **marcado hiperfluxo tecidual (hiperemia)** nas artérias do epidídimo e do testículo — o famoso aspecto de “escroto quente”.

Além da hiperemia, o ultrassom é fundamental para documentar e monitorar potenciais complicações locais que exigiram intervenção cirúrgica:

- Espessamento reacional da parede escrotal.
- Hidrocele inflamatória com debris celulares.
- Formação de **abscesso intratesticular ou epididimário**.



Fluxo aumentado no doppler e líquido peritesticular

Tratamento farmacológico empírico e direcionado

O manejo da orquiepididimite bacteriana é eminentemente clínico e ambulatorial na grande maioria dos casos, ancorado na antibioticoterapia empírica imediata direcionada pela faixa etária e fatores de risco. O esquema antimicrobiano preconizado pelas diretrizes segue rigorosamente a etiologia de base:

- **Suspeita de IST:**
 - **Ceftriaxona 500 mg IM em dose única** (para cobrir *N. gonorrhoeae*) + **Doxiciclina 100 mg VO de 12/12h por 10 dias** (para cobrir *C. trachomatis*).
 - Notificação e tratamento obrigatório de todas as parceiras sexuais dos últimos 60 dias, além de abstinência sexual até o fim do tratamento.
- **Baixo risco de IST (suspeita de coliformes entéricos):**
 - **Levofloxacino 500 mg VO 1x/dia por 10 a 14 dias** OU **Ciprofloxacino 500 mg VO de 12/12h por 10 a 14 dias**.

As medidas de suporte são essenciais para acelerar o alívio sintomático: repouso no leito, **suspensório escrotal** (ou uso de cueca justa para manter a bolsa elevada), compressas frias locais e AINEs por 5 a 7 dias.

Quando internar o paciente? Se houver sinais de sepse/toxicidade sistêmica, vômitos que impeçam a via oral, falha do tratamento ambulatorial após 48 a 72 horas ou presença de abscesso escrotal/piocele volumosa confirmada por imagem (que exigirá drenagem cirúrgica).

Questão Estratégica — Orquiepididimite Aguda



QUESTÃO USP/RP - 2023

Homem, 21 anos, vem a um serviço de pronto atendimento com queixa de dor no testículo direito, de início insidioso, com progressão há um dia, associada à disúria. Exame físico: hiperemia da bolsa escrotal, dor à palpação do testículo e endurecimento do epidídimo. Sinal de Prehn positivo. Qual a melhor conduta no pronto atendimento?

- A) Analgesia, colher urina I, urocultura e encaminhar paciente para serviço especializado de urologia.
- B) Encaminhar paciente para realizar ultrassonografia com Doppler e avaliar do fluxo sanguíneo testicular.
- C) Analgesia e encaminhar paciente para exploração cirúrgica de emergência.
- D) Tratamento clínico com anti-inflamatório, antibioticoterapia empírica e reavaliação entre 7 e 10 dias.

Comentário:

Pensa comigo: o enunciado nos traz a tríade perfeita do paciente jovem com processo infeccioso escrotal:

1. Perfil epidemiológico: 21 anos (homem jovem sexualmente ativo).
2. História clínica: Instalação insidiosa (não é súbita) acompanhada de queixas miccionais (disúria).
3. Exame físico clássico: Epidídimo endurecido e Sinal de Prehn POSITIVO (o alívio da dor com a elevação da bolsa afasta torção de cordão e sela o diagnóstico de orquiepididimite).

Diante de um quadro clínico tão evidente e sem sinais de alarme cirúrgico, o tratamento de escolha é estritamente clínico e ambulatorial.

- Por que a alternativa D está correta?

O manejo padrão consiste em sintomáticos (AINEs, gelo local, repouso, suspensório escrotal) associados à antibioticoterapia empírica imediata direcionada

para patógenos de IST — cobrindo *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* com Ceftriaxona + Doxiciclina —, com reavaliação clínica programada.

- Por que a alternativa A está incorreta?
- A orquiepididimite aguda não complicada é de manejo pleno pelo médico generalista no pronto atendimento. Postergar o início do antibiótico para aguardar encaminhamento ambulatorial gera risco de abscesso e cronificação.
- Por que a alternativa B está incorreta?

O diagnóstico é eminentemente clínico. Se a história e o exame físico são inequívocos para orquiepididimite, o ultrassom com Doppler não é obrigatório de imediato, sendo reservado para dúvida diagnóstica com torção ou suspeita de complicações (como abscesso).

- Por que a alternativa C está incorreta?

A exploração cirúrgica de emergência é a conduta indicada para Torção Testicular (dor súbita, Prehn negativo e reflexo cremastérico abolido), e não para epididimite com Prehn positivo.

Gabarito: Letra D



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Observe como a banca explorou exatamente a contraposição entre Prehn positivo (manejo clínico/ambulatorial) e Prehn negativo (exploração cirúrgica de urgência). Lembre-se: em jovens sexualmente ativos, a cobertura antimicrobiana empírica no pronto-socorro deve sempre contemplar os agentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

REVISÃO FINAL

Chegamos ao fechamento do raciocínio clínico no escroto agudo. Pensa comigo: diante da queixa de dor na bolsa escrotal no pronto-socorro, o seu cérebro deve disparar instantaneamente os padrões clínicos clássicos de reconhecimento:

- **Se adolescente/peripúbere (12–18 anos) + dor súbita lancinante + náuseas/vômitos + reflexo cremastérico abolido + Prehn negativo:**
 - **Pense em:** Torção Testicular (intravaginal).
 - **Conduta:** Exploração cirúrgica imediata com **orquidopexia bilateral obrigatória** (janela ideal < 6 horas; não atrasar a cirurgia para fazer Doppler se a suspeita for alta).

- **Se criança em idade escolar (7–12 anos) + dor insidiosa e localizada no polo superior + reflexo cremastérico normal e presente + ponto azulado visível por transparência:**
 - **Pense em:** Torção de Apêndice Testicular (Hidátide de Morgagni).
 - **Conduta:** Tratamento conservador com repouso, suspensório escrotal e AINEs por 7 a 10 dias.
- **Se homem jovem sexualmente ativo + dor escrotal progressiva (dias) + febre/sintomas urinários + Prehn positivo + hiperfluxo tecidual ao Doppler:**
 - **Pense em:** Orquiepididimite por IST (*C. trachomatis* / *N. gonorrhoeae*).
 - **Conduta:** Ceftriaxona 500 mg IM (dose única) + Doxiciclina 100 mg VO 12/12h por 10 dias + convocar e tratar parceiras sexuais.
- **Se homem com uropatia obstrutiva prévia + dor progressiva + disúria + Prehn positivo:**
 - **Pense em:** Orquiepididimite por coliformes entéricos (*E. coli*).
 - **Conduta:** Fluoroquinolona (Ciprofloxacino ou Levofloxacino) ou SMX-TMP por 10 a 14 dias.

Resumo em 1 minuto

- **Torção Testicular:** Tempo é gônada (janela de ouro < 6h com viabilidade > 90%). Reflexo cremastérico abolido sela a suspeita clínica; a orquidopexia definitiva deve ser **sempre bilateral** (deformidade em badalo de sino é congênita e simétrica).
- **Torção de Hidátide de Morgagni:** Causa mais frequente de escroto agudo na infância/escolares (7–12 anos). Reflexo cremastérico preservado e sinal do *Blue Dot*; a conduta padrão é estritamente clínica e conservadora.
- **Orquiepididimite Aguda:** Dor insidiosa com Sinal de Prehn positivo (alívio à elevação da bolsa) e hiperfluxo ao Doppler. Homens jovens tratam IST (Ceftriaxona + Doxiciclina); homens mais velhos tratam germes entéricos (Quinolona ou SMX-TMP).

Agora que você viveu a metodologia **MED-Review...**

O Extensive **MED-REVIEW** está com inscrições abertas e, se você chegou até aqui, já sabe:

O momento certo para entrar é agora.

Imagine ter esse nível de clareza, didática e estratégia em **TODA** a Medicina?

No Extensive você encontra:

- ✓ **Aulas curtas, ilustradas e narrativas** que fazem até os temas mais complexos parecerem simples.
- ✓ **Simulados mensais** para você treinar como prova.
- ✓ **Qbank** com milhares de questões comentadas alternativa por alternativa.
- ✓ **Didática ABSURDA** que acelera sua aprendizagem de verdade.
- ✓ **Flashcards** com repetição espaçada e memória visual, do jeito que o cérebro realmente aprende.

Acesse agora e descubra por que quem estuda com a **MED-REVIEW** aprende mais, lembra mais e aprova mais.



Siga-nos



@GrupoMEDReview



@GrupoMED-Review



@GrupoMEDReview



MED-REVIEW

