

Epididimite traumática: relato de caso

Traumatic Epididymitis: a case report

Yasmin Furtado Faro ¹, Gleim Dias de Souza ², Daniel Brito de Medeiros ³

Resumo

A epididimite é a afecção mais comum dos órgãos escrotais e a causa mais comum de dor escrotal, sobretudo em adultos, sendo a de origem traumática representante de grande parcela, ficando atrás apenas da epididimite de origem infecciosa. O trauma contuso é a forma mais comum de lesão escrotal, sobretudo do epidídimo, seguido do trauma de origem penetrante. O quadro clínico se destaca pela dor progressiva e de caráter insidioso, inflamação do epidídimo e hiperemia local, acompanhada de aumento do volume do hemiescroto correspondente. Relatamos o caso clínico de um paciente de 32 anos de idade admitido no Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) após trauma de bicicleta com relato de dor intensa e edema da bolsa escrotal.

Palavras chave: Epidídimo, epididimite, epididimite traumática, radiologia

Abstract

Epididymitis is the most common disease of the scrotal organs and the most common cause of scrotal pain, especially in adults, being of traumatic origin representative from large portion, only behind epididymitis of infectious origin. Blunt trauma is the most common form of scrotal injury, particularly of the epididymis, followed by trauma of origin penetrating. The clinical profile is distinguished by progressive pain and insidious character, inflammation of the epididymis and local hyperemia, accompanied by the corresponding increase of the hemiscrotum volume. We report the clinical case of a patient at 32 years old admitted to the Federal District Base Hospital (HBDF) after trauma bike with a history of severe pain and swelling of the scrotum.

Key words: Epididymis, epididymitis, traumatic epididymitis, radiology

Introdução

A epididimite é a principal causa de afecção do epidídimo, sendo a causa mais frequente do escroto agudo em adultos. ¹⁻⁴.

O pico de incidência da epididimite ocorre na 3ª década de vida, sendo que a cada 10 casos, 7 ocorrem entre 20 e 39 anos. Possui distribuição universal, sem predomínio

1. Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

2. Docente de radiologia da Universidade Católica de Brasília, medico radiologista do Hospital de Base do DF

3. Médico do Hospital de Base do Distrito Federal

E-mail do primeiro autor: yasmin_faro@hotmail.com

Recebido em 29/06/2014

Aceito, após revisão, em 11/08/2014

de raça, além de prevalência igual nas duas hemibolsas, sendo o acometimento bilateral raro (9%). A epididimite de origem traumática ocorre após um trauma escrotal direto, e mais raramente por via iatrogênica. É auto limitada e apesar de estar associada a complicações que requerem intervenção cirúrgica, pode ocorrer como evento isolado, tendo conduta conservadora.^{1,4,5}

O quadro clínico da epididimite traumática é exuberante e caracterizado pela dor insidiosa e progressiva em todo o hemiescrotó afetado, acompanhada de sinais flogísticos, como hidrocele reacional, além de aumento da espessura da pele escrotal; se grave, pode-se encontrar um aumento do fluxo sanguíneo aparente na pele espessada. Raramente o acometimento é bilateral, no entanto são achados inespecíficos.¹⁻⁶

À ultrassonografia, a epididimite traumática apresenta-se com um aumento difuso do epidídimo, tendo este, sua ecotextura uniformemente diminuída. É possível de se encontrar focos necróticos caso haja formação de abscesso.^{1,4,7,8}

Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 32 anos, previamente hígido, relata que há 5 dias andava de bicicleta quando, com uma queda, teve choque direto entre escrotó esquerdo e o quadro superior da bicicleta, referindo dor e edema da bolsa testicular esquerda imediatos,

porém de leve intensidade, o que permitiu que o paciente se mantivesse sem nenhuma medicação, apenas com compressas frias até procurar o hospital. A dor evoluiu de forma progressiva atingindo grande intensidade no 5º dia, juntamente com o aumento do edema, procurando o Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF).

Ao exame físico apresentava um testículo esquerdo edemaciado difusamente, epidídimo espessado e doloroso à palpação, e cordão espermático livre. O testículo direito não apresentava nenhuma alteração aparente. Foram realizados analgesia e AINE imediatos e solicitado ultrassonografia de bolsa testicular.

À USG apresentava testículos com forma volume e ecogenicidade preservados, epidídimo direito de forma, volume e ecogenicidade normais, epidídimo esquerdo aumentado de volume em toda sua extensão, hipocogênico com borramento difuso da gordura em adjacência e aumento difuso de sua vascularização (Figura 1). Há hidrocele bilateral, maior à esquerda e com septações de permeio deste lado (Figura 2). Destaca-se edema ainda da túnica albugínea.

Foi prescrito ciprofloxacina por 14 dias com caráter profilático, AINE e analgesia, compressa morna local, suspensório escrotal e repouso. Paciente apresentou melhora.



Figura 1 – Epidídimo esquerdo com volume aumentado, hipocogênico, com borramento da gordura adjacente

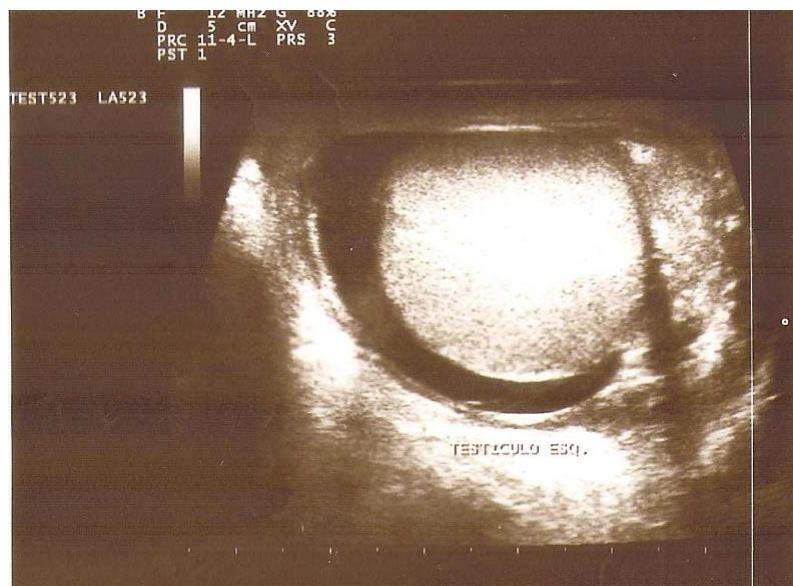


Figura 2 – Testículo esquerdo com hidrocele e septações de permeio

Discussão

A epididimite é uma entidade comum, tendo sua grande parcela de afetados na população adulta, com pico de incidência entre 20 e 39 anos. Entre as causas agudas se destacam as de origem infecciosa; as de origem não infecciosa podem ser causadas por medicamentos (ex. amildarona) e mais raramente as vasculites. O trauma testicular é a terceira maior causa de dor escrotal aguda, a epididimite traumática, por sua vez, tem parcela significativa nas afecções do epidídimo, podendo se desenvolver de forma isolada ou acompanhada de lesão do testículo e estruturas adjacentes, dentre elas a de traumatismo escrotal contuso e não penetrante tem maior representação, sendo o trauma iatrogênico uma causa rara.^{1,5,9}

A “queda a cavaleiro”, trauma específico em que o envolvido cai em posição de montaria sobre superfície rígida, é a forma mais expressiva de trauma escrotal, sendo causa frequente de epididimite pós-traumática; também de hematomas e lacerações testiculares, hematocele. Em geral as consequências de trauma significativo são perceptíveis à US.¹⁰

Quanto a clínica, pode variar de assintomática à uma clínica exuberante, apresentando dor intensa, progressiva localizada no escroto ou em toda pelve, nódulo palpável e doloroso na região do

epidídimo, hidrocele reacional, febre e flogose na região afetada; no caso da traumática, costuma ser auto limitada.^{5,6,7}

O escroto agudo pós-trauma com forte suspeita de epididimite deve ser investigado com exames de imagem para esclarecimento diagnóstico, sobretudo para diagnóstico diferencial de torção testicular, ou torção do cordão espermático. A investigação se dá por exames de imagem como a ultrassonografia escrotal; a cintilografia testicular, que revela aumento acentuado do aporte sanguíneo da hemibolsa afetada, aumento do calibre do plexo pampiniforme, podendo detectar hidrocele mesmo sem a clínica específica; e o padrão-ouro sendo a ultrassonografia escrotal com Doppler colorido, apresentando fluxo aumentado da vascularização, parênquima heterogêneo (Figura 3). À ultrassonografia apresenta-se um epidídimo aumentado de tamanho e parênquima heterogêneo pelos hematomas advindos do trauma. A história de trauma vai ajudar na diferenciação da epididimite traumática ou infecciosa.⁻¹²

O tratamento consiste, nos casos sem grandes complicações, em medidas gerais com repouso, elevação do escroto e compressa morna, analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais, além de antibioticoterapia seja com ciprofloxacina seja com ofloxacina nos casos de traumatismo puro apenas como profilático.^{2,4,5}

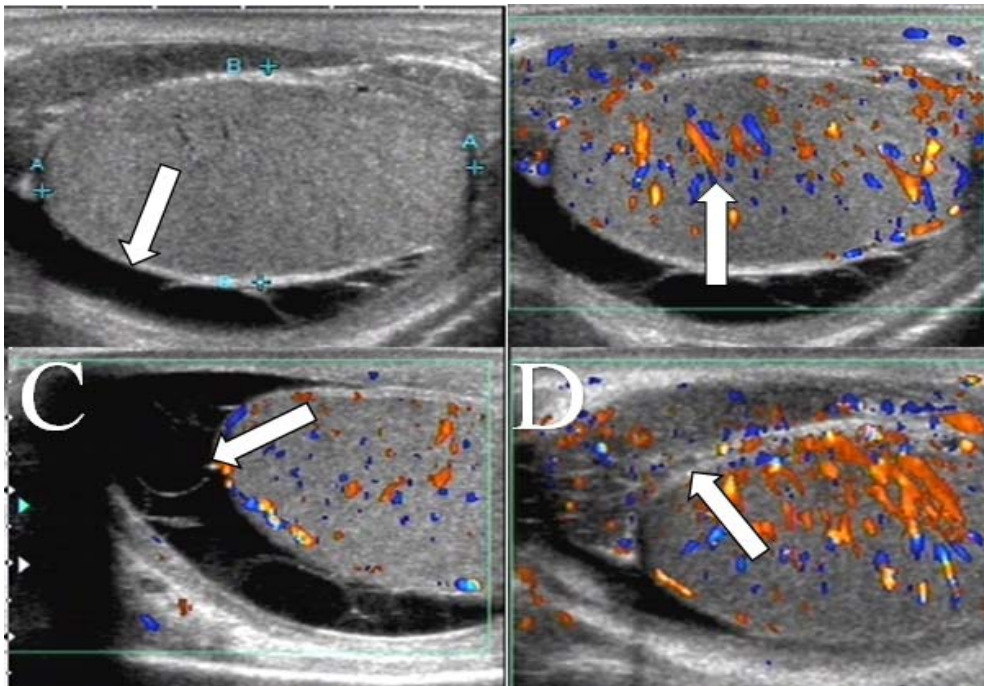


Figura 3 – Ultrassonografia com Doppler colorido de Orquiepididimite de origem infecciosa: A) Testículo esquerdo com hidrocele septada reacional. B) Testículo esquerdo com aumento difuso do fluxo sanguíneo. C) Epidídimo esquerdo com heterogeneidade de todo o parênquima. D) Epidídimo esquerdo com ecogenicidade heterogênea com aumento do aporte sanguíneo caracterizado no Doppler.

Conclusão

A epididimite traumática é uma causa de escroto agudo, autolimitada, com clínica variável sendo a dor escrotal a mais exuberante dela, possui exame físico rico e achados laboratoriais característicos, tendo diagnóstico relativamente simples quando usado os recursos certos, podendo ser avaliado por métodos de imagem com ultrassonografia, ultrassonografia com Doppler colorido e cintilografia. Além de possuir tratamento relativamente simples e acessível.

Referências

1. Coelho MF, Cardoso AJP, Santos PB. Ultrassonografia Doppler em andrologia. 1. ed. Cadernos de urologia do Hospital Fernando Fonseca. Amadora: Saúde, Sá – artes gráficas, 2008.
2. Carneiro KS, Damião R, Carrerette FB. Como Diagnosticar e Tratar Orquiepididimites. Disponível em: http://www.uromedic.com.br/pesquisa_academica/art04.htm
3. Maia DS, França DM, Rabelo FT, Campos MEC, Leite MSC, Rametta SS, Ferreira

- NG, Jacob RSC, Távora JEF. Trauma testicular. Rev Med Res. 2011; 13(1):1-80
4. Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW. Tratado de ultrassonografia diagnóstica. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
5. Mendonça TM. Epididimite no adulto. Acta Urológica 2007, 24(1):83-9.
6. Silva MM. Árvores de decisão em Clínica Urológica, 1. Ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Urologia, 2005.
7. Gilbert BR, Shabsigh R. Ultrasound of Male Genitalia, AUA Annual Meeting 17-22 Orlando, Florida. May 2008.
8. Bhatt S, Dogra VS. Role of US in Testicular and Scrotal Trauma. Abdominal Emergencies. RadioGraphics 2008; 28(6):1617-29.
9. Cruz Junior AF. Manual de Medicina Nuclear em Urologia e Nefrologia. Divisão de Diagnóstico por Imagem Grupo São Camilo.
10. Jesus LE. Escroto agudo. Ver Col Bras Cir. 200; 27(4):271-8.
11. Ricardo JV. Aspectos ultrassonográficos das alterações não-neoplásicas do testículo. Radiol Bras. 2007; 40(1):61-7.
12. Older RA, Newhouse, JH, Bluth EI, Bush WH, Choyke PL, Jafri SZ, *et al.* Ataque agudo de dor escrotal (sem trauma, sem antecedentes de massa) Colégio Brasileiro de Radiologia. Critérios de Adequação do ACR. Imag Urologica 789-793.