



SOCIEDADE DE
RADIOLOGIA DE
PERNAMBUCO

Filial do
Colégio Brasileiro
de Radiologia

ESCROTO AGUDO NÃO TRAUMÁTICO NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA: UM IMPORTANTE DIAGNÓSTICO ULTRASSONOGRÁFICO.

ALICE DA COSTA P DE ALBUQUERQUE
LAIS NEARES RIBEIRO
MARIA EDUARDA QUEIROZ DE MEDEIROS

Não existe conflito de interesse nessa apresentação.



INTRODUÇÃO

- Escroto agudo (EA) é uma síndrome caracterizada por dor escrotal aguda, frequentemente acompanhada por edema escrotal e outros sinais e sintomas locais e sistêmicos
- Pode ser a apresentação inicial de diversas doenças, incluindo torção testicular, orquite, epididimite, torção de hidátide e hérnia inguinal estrangulada
- Dentre as principais causas de EA não traumático na população pediátrica, destacam-se: torção testicular, orquite, epididimite e torção do apêndice testicular
- O diagnóstico de Torção Testicular pode levar à perda testicular se não tratada em até 6 horas após o início da dor

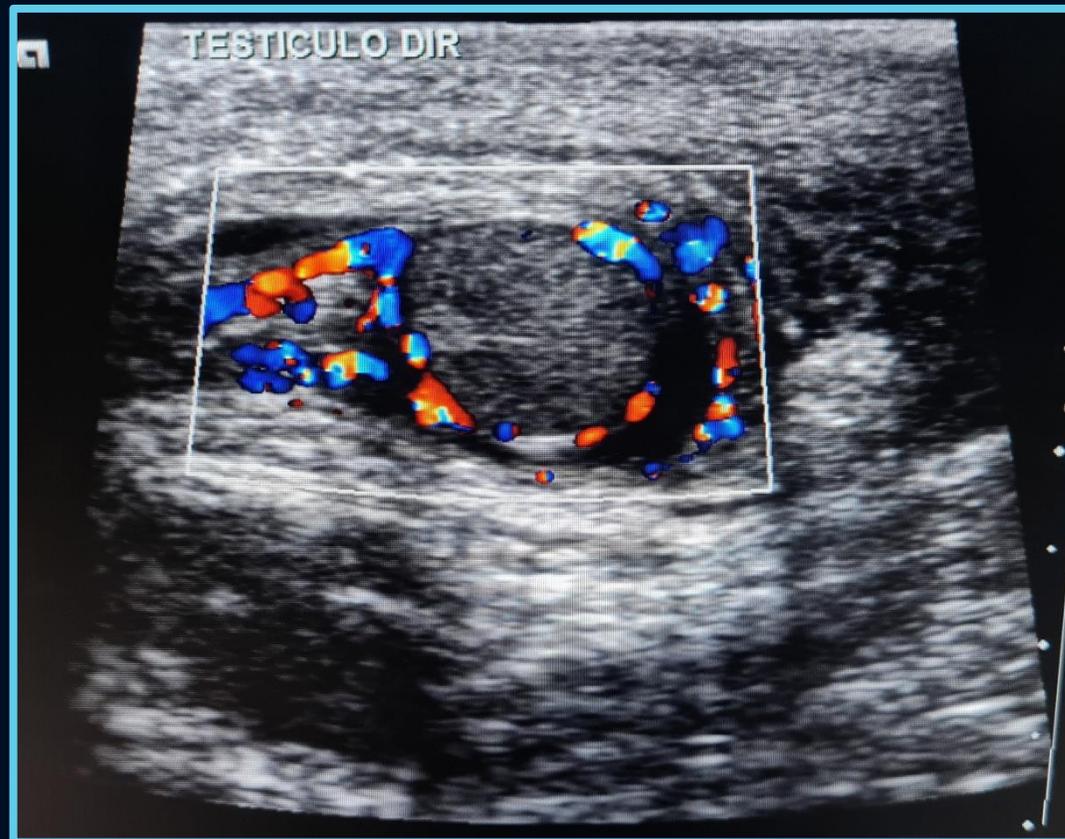
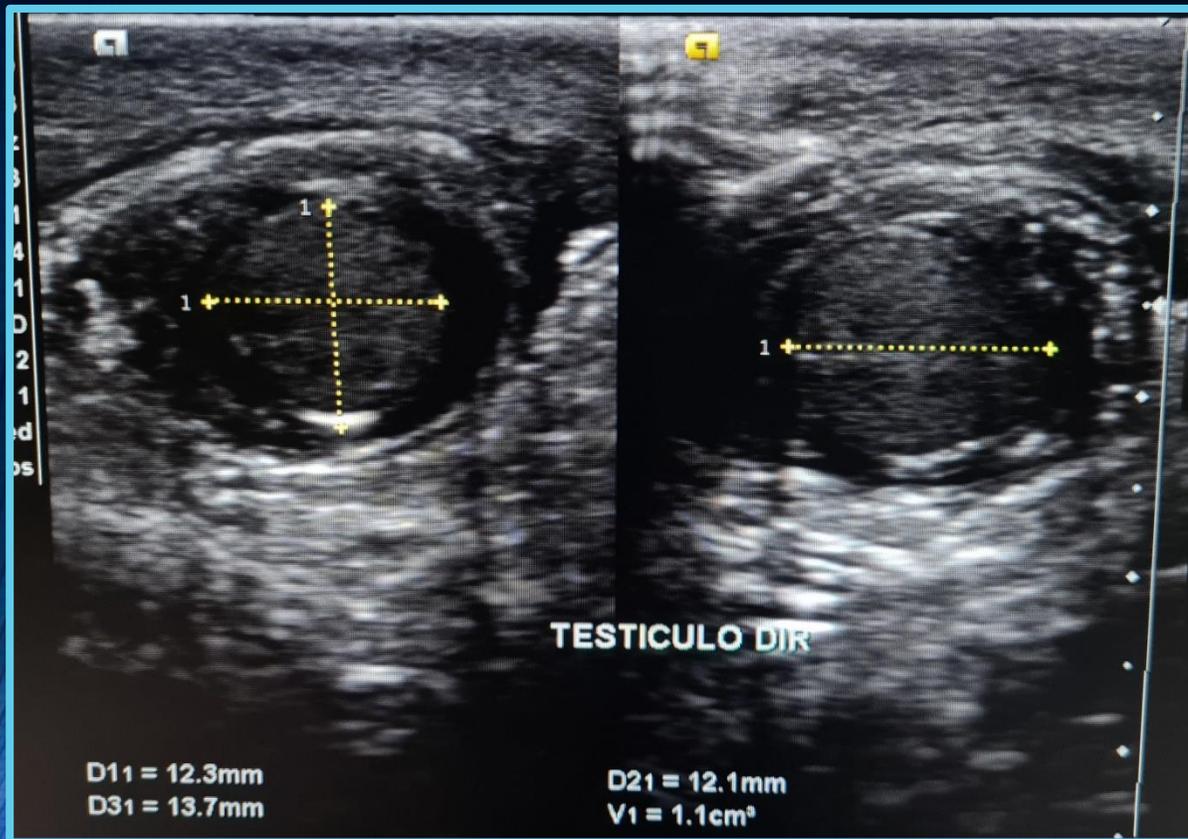
RELATO DE CASO 1

- Identificação: H. F. B. C.
- Idade: 07 anos e 07 meses
- QPD: Dor em região testicular direita há 04 dias.
- Exame físico:
 - Edema e hiperemia em hemibolsa escrotal direita.

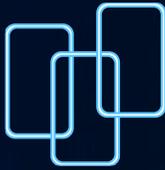
- Conduta da CIPE: solicitado USG de bolsa escrotal.



RELATO DE CASO 1

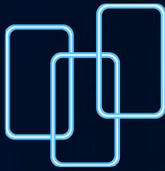


Imagens de ultrassonografia obtidas com transdutor linear de alta frequência evidencia no modo B (A) espessamento difuso e heterogeneidade do epidídimo direito, mais evidente em sua cabeça associada a hidrocele anecoica sem septos. Ao estudo Doppler (B), observa-se aumento do fluxo na cabeça e cauda epididimais.

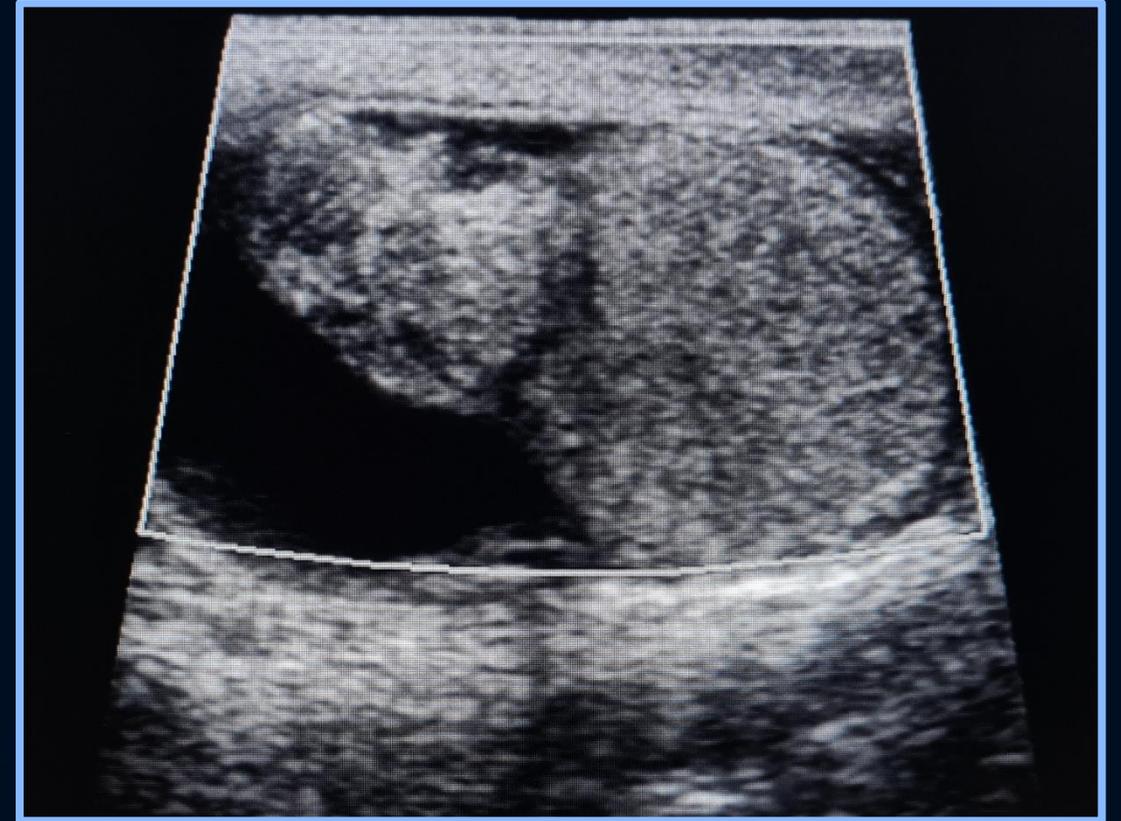
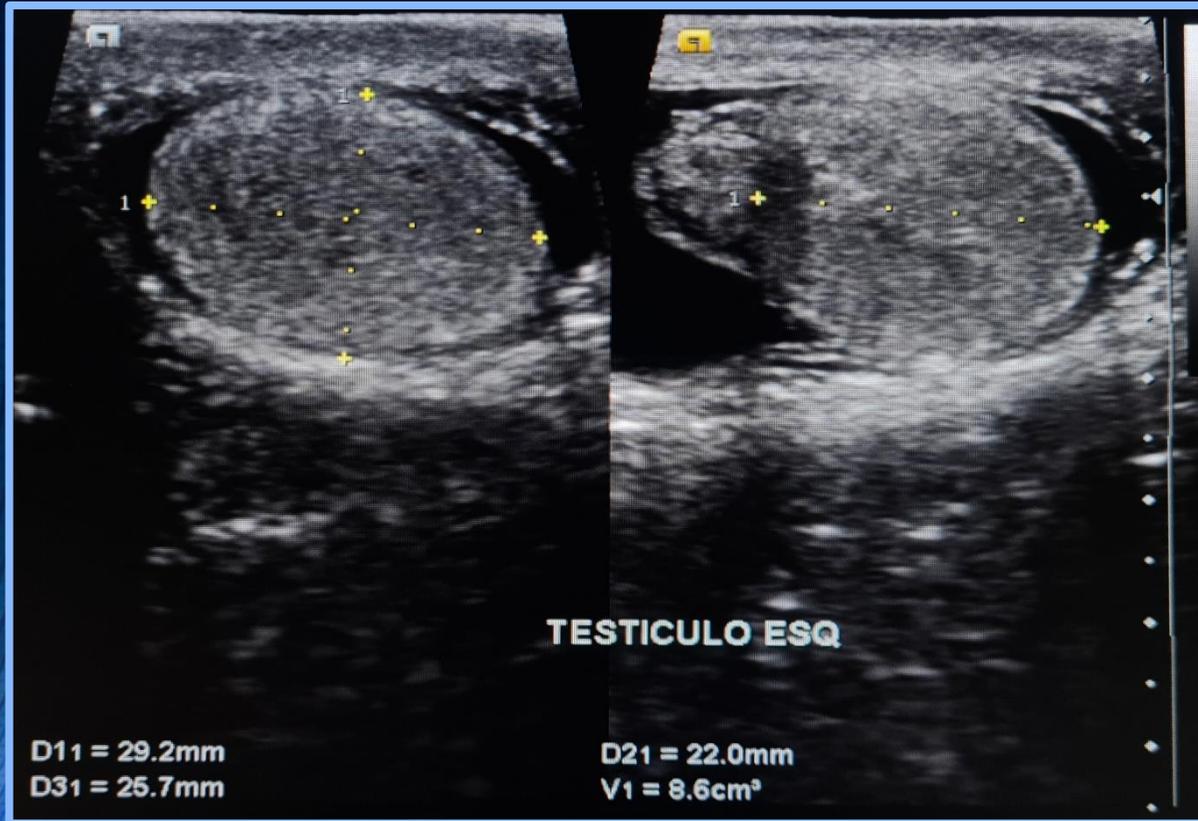


RELATO DE CASO 2

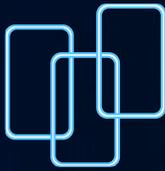
- Identificação: P. R. S.
- Idade: 11 anos e 10 meses
- QPD: Dor no testículo esquerdo há 07 horas e meia.
- Exame físico:
 - Edema em hemibolsa escrotal esquerda.
- Conduta da CIPE: solicitado USG de bolsa escrotal.



RELATO DE CASO 2



Imagens de ultrassonografia obtidas com transdutor linear de alta frequência evidenciam testículo esquerdo de volume aumentado, arredondado, com ecotextura heterogênea (A e B), associado a cordão espermático enovelado com aspecto de pseudomassa e sem fluxo ao estudo Doppler (B).



SOCIEDADE DE
RADIOLOGIA DE
PERNAMBUCO

Filial do
Colégio Brasileiro
de Radiologia

DIAGNÓSTICO

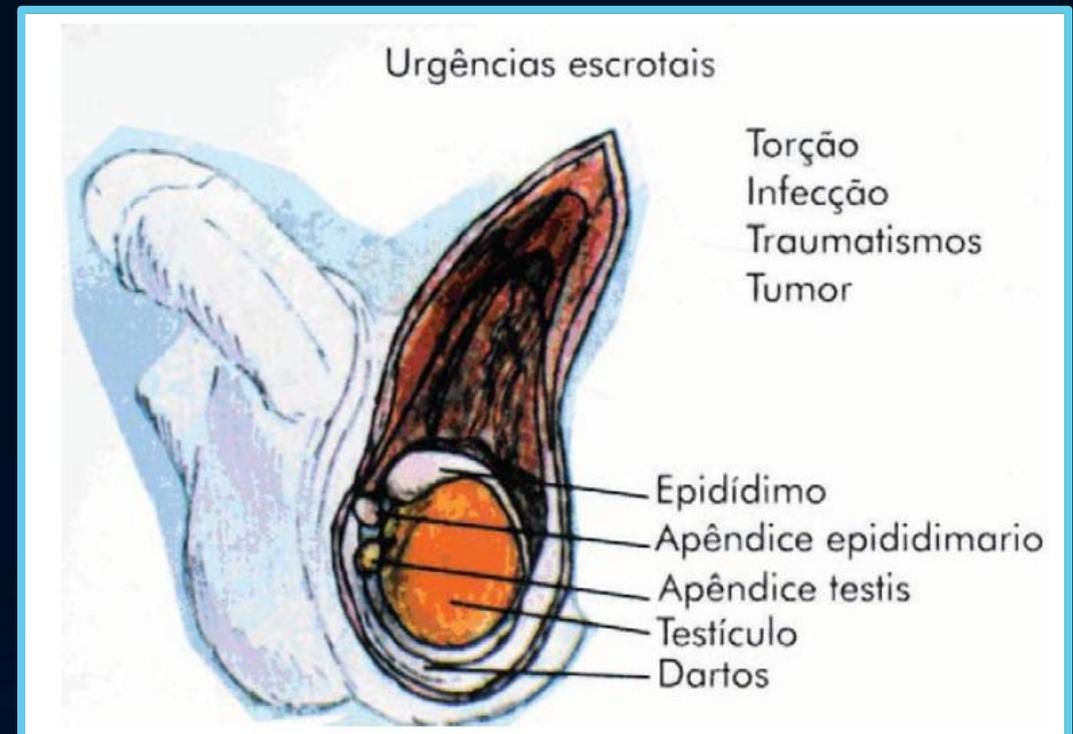
ESCROTO AGUDO

**CASO 1:
Epididimite**

**CASO 2: Torção
Testicular**

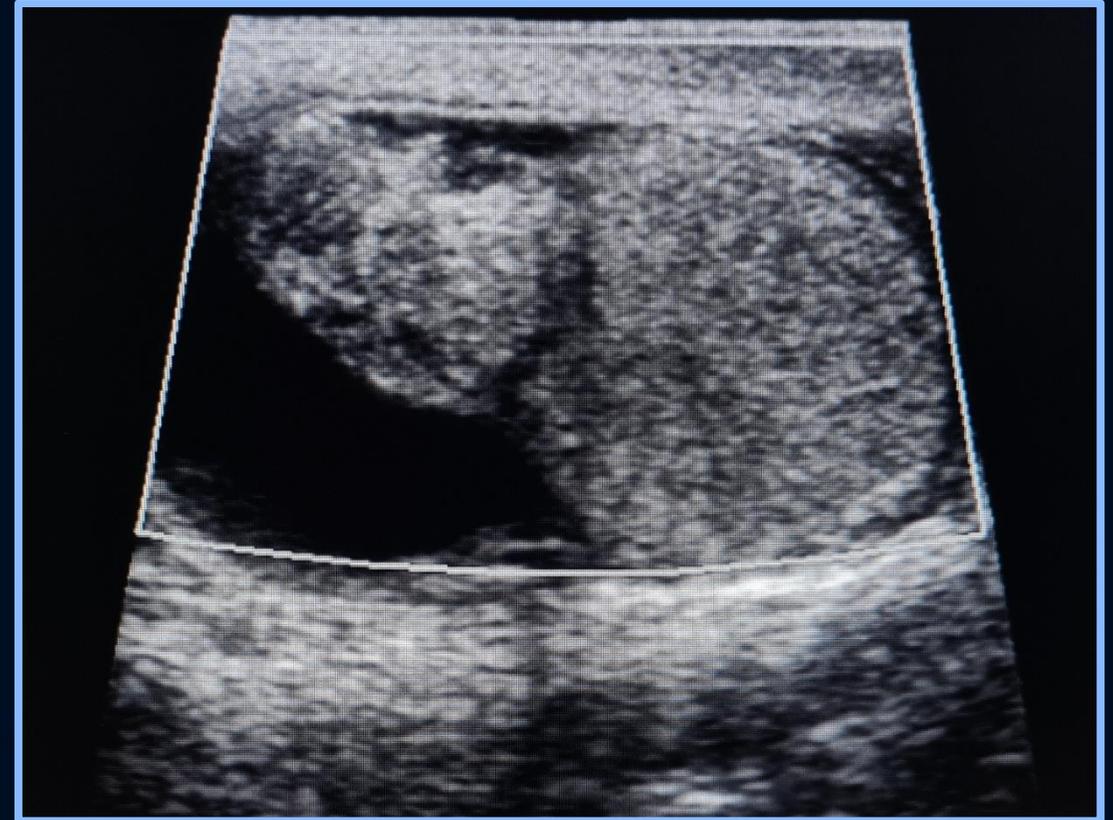
ESCROTO AGUDO

- O escroto agudo caracteriza-se por dor local intensa, edema e alteração da consistência das estruturas da bolsa testicular
- Constitui uma urgência urológica e corresponde a 0,5% dos atendimentos nos serviços de emergência
- Causas mais frequentes: processos inflamatórios locais (orquiepididimites) e vasculares isquêmicos (torção testicular)
- Ultrassonografia com Doppler: pouco invasivo, de custo acessível, alta disponibilidade, rápida execução e elevada sensibilidade (90%) e especificidade (99%)



TORÇÃO TESTICULAR

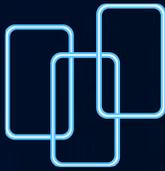
- Mais comum na fase pré-puberal
- Requer pronto diagnóstico -> preservação do testículo
- Taxa de preservação do testículo:
 - > 80-100% se cirurgia realizada < 5-6h do início da dor
 - > 70% se cirurgia realizada < 6-12h
 - > 20% se cirurgia realizada > 12h
- Existem dois tipos de torção:



Intravaginal



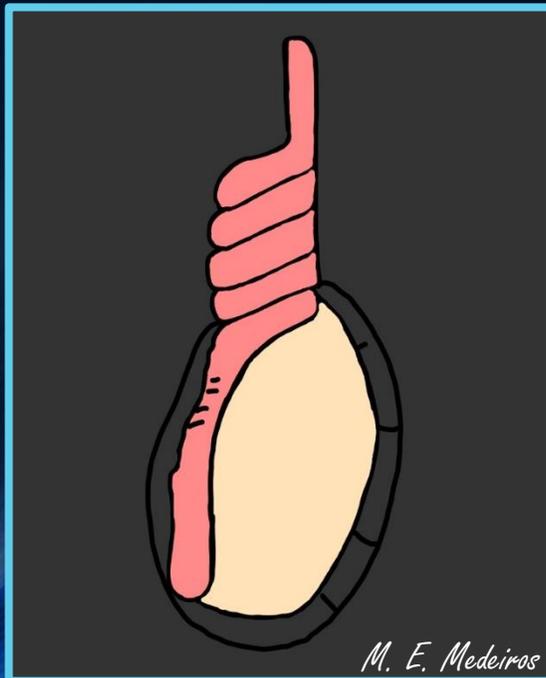
Extravaginal



TORÇÃO TESTICULAR

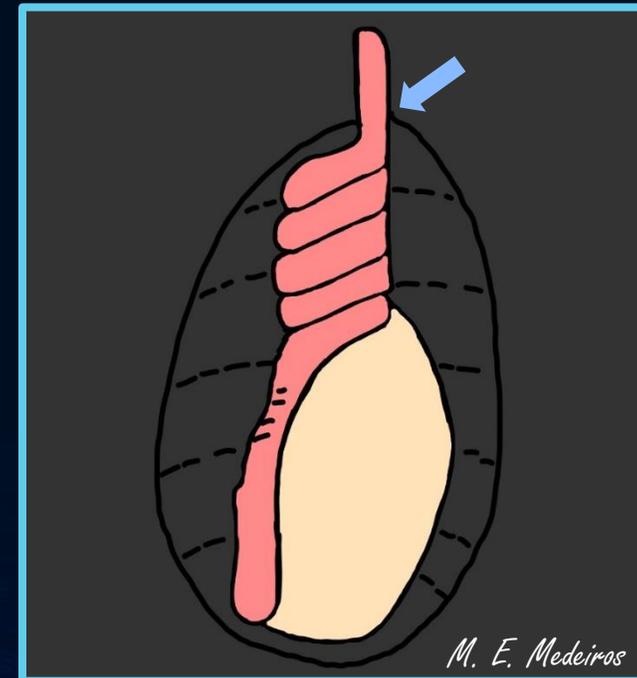
Intravaginal

- Mais comum; puberdade
- Resulta da suspensão anômala do testículo por um longo pedículo de cordão espermático - “badalo de sino” ou “pseudomassa”



Extravaginal

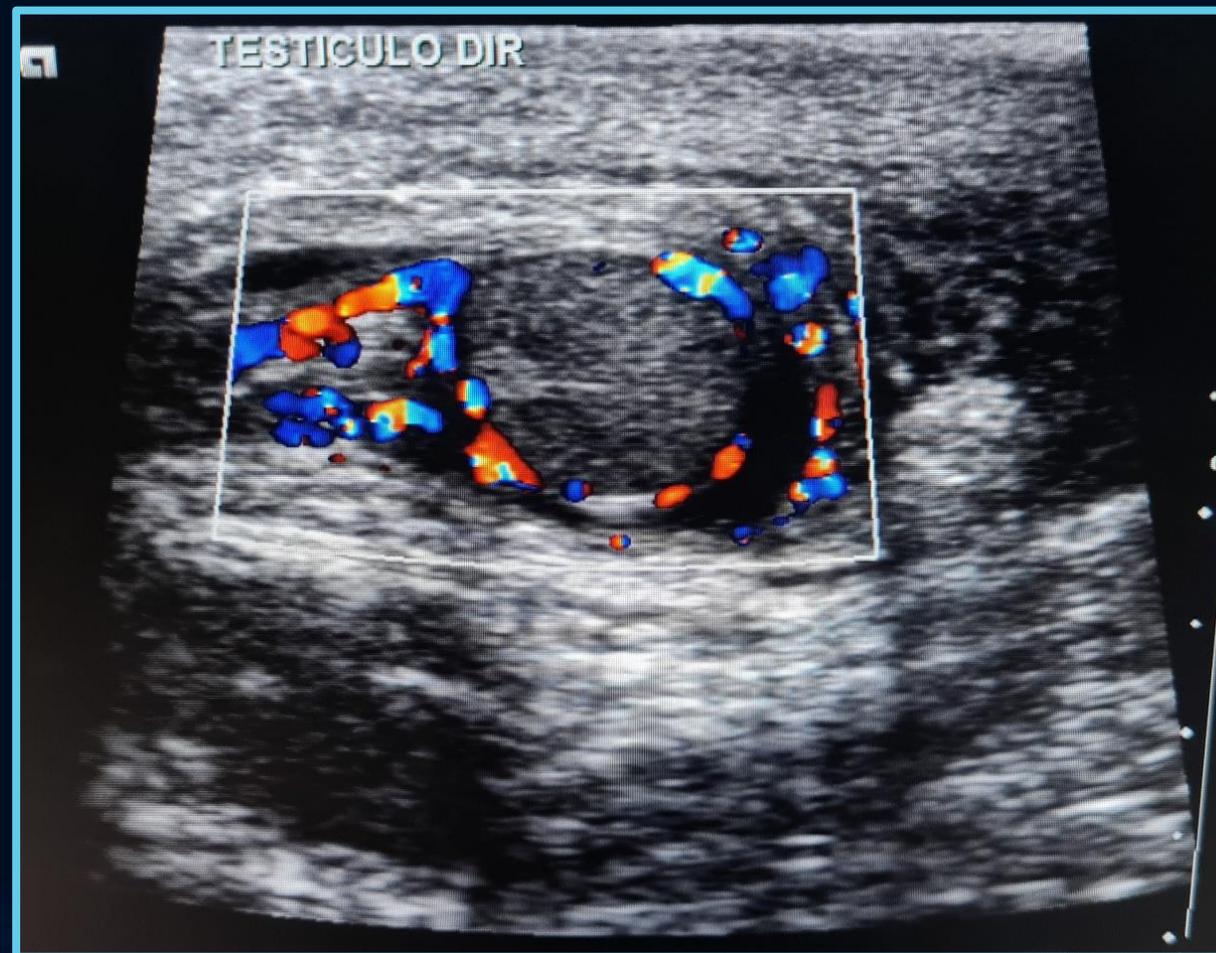
- Mais comum em recém nascidos
- Rotação do testículo, epidídimo e túnica vaginal em conjunto, causando torção do cordão no nível do anel externo



EPIDIDIMITE

- Causa mais comum de dor escrotal aguda na fase pós-puberal (75%)
- Pico de incidência: 40-50 anos
- Resulta de infecção do trato urinário inferior
- Ag. Etiológico: E. coli, Pseudomonas e Klebsiella

Orquiepididimite: extensão direta da inflamação do epidídimo - 20% dos casos de epididimite aguda



ORQUITE

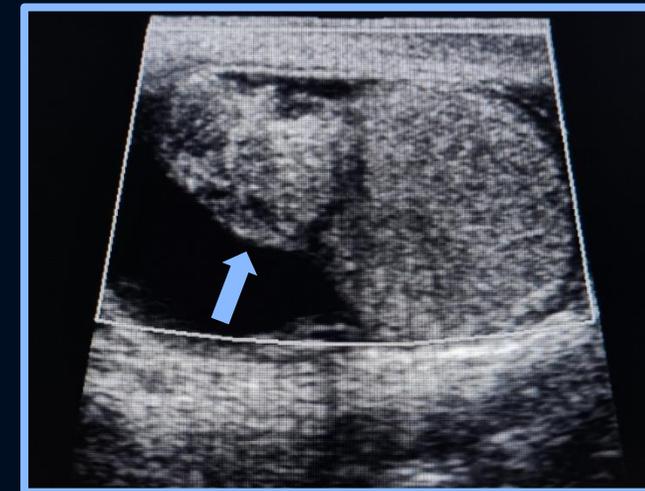
- Raramente ocorre de forma isolada
 - em geral, ocorre em associado a epididimite
- Ocorre mais comumente, de forma isolada, nas seguintes doenças:
 - > Caxumba
 - > Sífilis
 - > Brucelose



Case courtesy of Dr Kewal Arunkumar Mistry, Radiopaedia.org, rID: 34928

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

	Epididimite	Torção testicular
Idade	Sexualmente ativos abaixo de 35 anos	Primeiro ano de vida, e puberdade
Dor	Início gradual	Súbita, unilateral
Sintomas urinários	+	Ausente
USG c/ Doppler	<ul style="list-style-type: none"> - Espessamento e aumento do epidídimo - Ecogenicidade diminuída - Exotextura heterogênea - Aumento do fluxo sanguíneo ao Doppler 	<ul style="list-style-type: none"> - Sinal do redemoinho ou pseudomassa (seta) - 4-6h: aumento do volume testicular + diminuição da ecogenicidade - 24h: ecotextura heterogênea - Hipofluxo ou ausência de fluxo ao Doppler



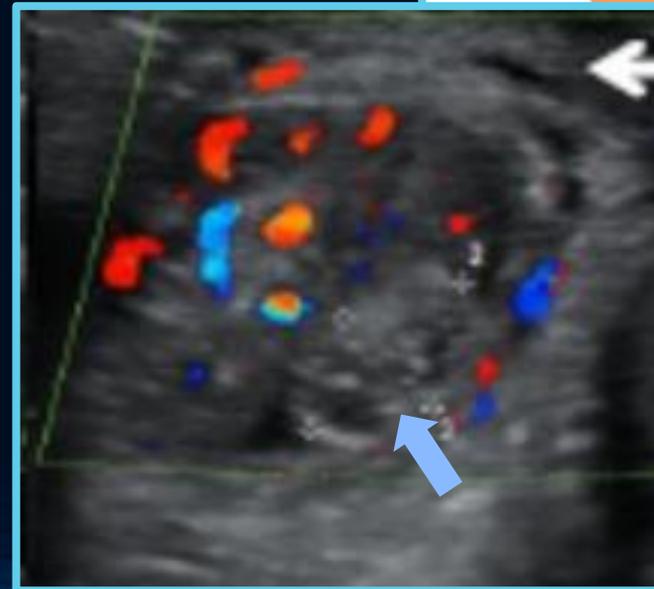
**TORÇÃO
TESTICULAR**



EPIDIDIMITE

TORÇÃO DE APÊNDICE TESTICULAR

- Causa comum de dor escrotal aguda
- Clinicamente se assemelha à torção testicular, porém com sintomas menos exuberantes
- Ultrassonografia: massa hipoecoica avascular adjacente a um testículo normalmente perfundido e circundada por uma área de aumento de fluxo no Doppler (seta).

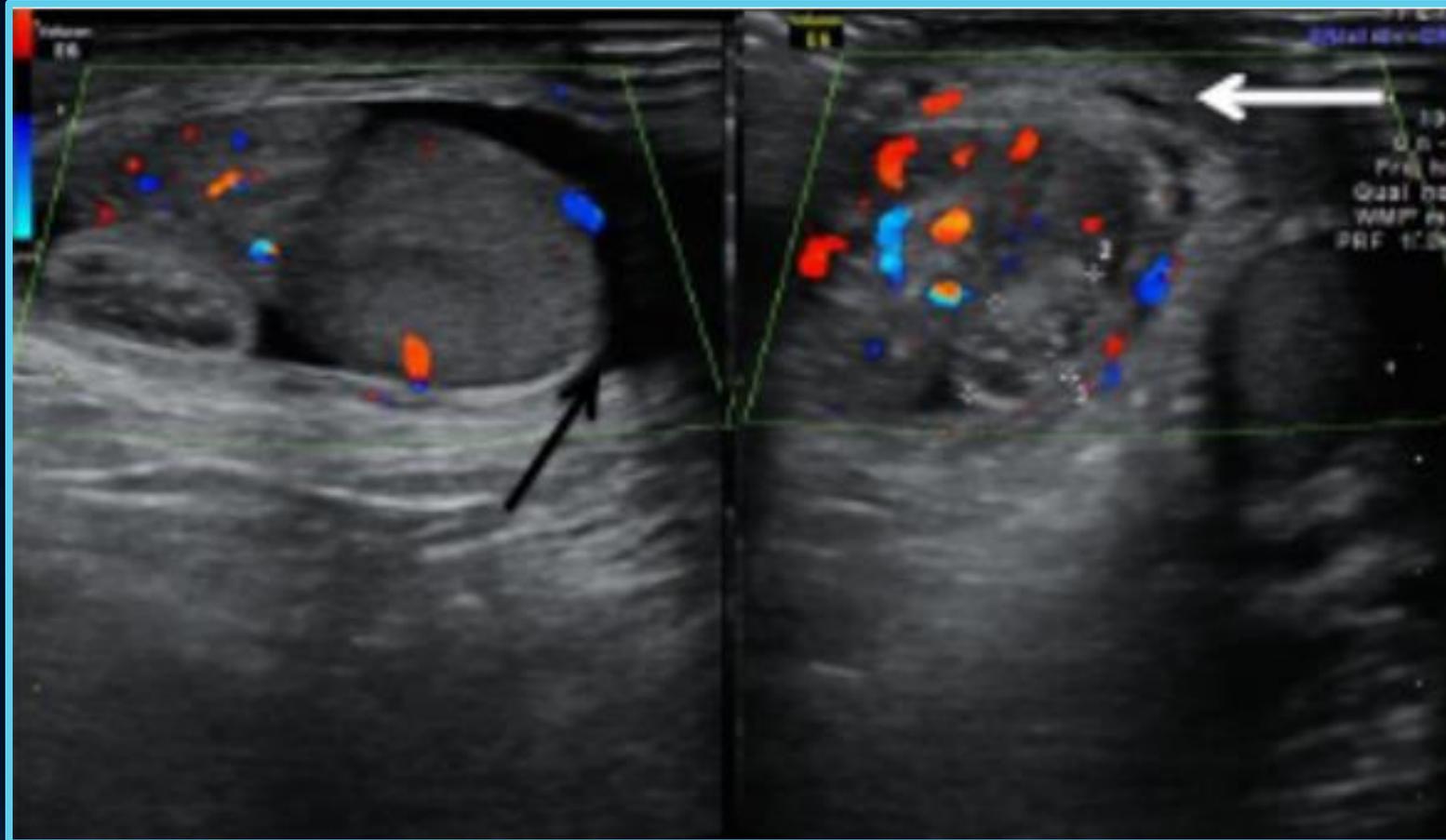




SOCIEDADE DE
RADIOLOGIA DE
PERNAMBUCO

Afiliação ao
Colégio Brasileiro
de Radiologia

TORÇÃO DE APÊNDICE TESTICULAR



Imagens de ultrassonografia obtidas com transdutor linear de alta frequência evidenciam estrutura avascular adjacente à cabeça do epidídimo direito (apêndice testicular), aumento das dimensões e vascularização do epidídimo, hidrocele e espessamento relativo da parede escrotal (seta branca).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbosa JABA, Arap M. Acute scrotum: differential diagnosis and treatment. Rev Med (São Paulo). 2018 May-June;97(3):278-82.
- Mosconi A, Claro JF de A, Andrade E, Vicentini F, Paranhos ML da S. Escroto agudo. Rev Med (São Paulo). 2008 jul.-set.;87(3):178-83.
- Serrado MA, Abreu N, Castanha G. Torção de apêndice testicular: a propósito de três casos clínicos. ACTA RADIOLÓGICA PORTUGUESA. Maio-Agosto 2015 nº 105 Volume XXVII 83-86.