



Escroto agudo é definido como dor escrotal moderada a intensa que se desenvolve ao longo de minutos a 24-48 horas. As condições que afetam o escroto e seu conteúdo variam de patologias que demandam intervenção cirúrgica imediata a achados que são tratados com cuidados de suporte. Em crianças e adolescentes, a dor e o edema escrotal agudos são uma causa frequente de consulta no ambiente do Pronto Socorro (PS). Dentre as causas mais comuns estão: torção testicular, torção do apêndice testicular e epididimite.

I - ASSISTENCIAL

1. TORÇÃO TESTICULAR

Tem dois picos de incidência: período neonatal e puberdade (alto risco), mas pode ocorrer em qualquer idade;

- **História Clínica:**

Início súbito de dor testicular ou escrotal intensa e constante, duração < 12 horas, pode vir acompanhado de náuseas ou vômitos;

- **Exame físico:**

A bolsa escrotal pode estar edemaciada, endurecida e hiperemiada;

O testículo afetado geralmente está sensível, edemaciado e ligeiramente elevado devido ao encurtamento do cordão pela torção ou pode estar posicionado transversalmente;

O reflexo cremastérico (elevação do testículo em resposta ao toque na parte superior interna da coxa) está ausente na maioria dos casos de torção.

1.2 DIAGNÓSTICO

Pode ser feito clinicamente quando história e exame físico são altamente sugestivos;

Ultrassonografia (USG) de bolsa testicular com Doppler:

- Realizar quando houver clínica duvidosa ou o exame não for atrasar a cirurgia;
- Se indisponível ou USG com achados duvidosos → avaliação da cirurgia imediatamente;
- Achados encontrados: perfusão testicular ausente ou diminuída ou torção do cordão espermático.

1.3 TRATAMENTO

Acionamento da retaguarda de Cirurgia Infantil para realizar tratamento definitivo → **CIRURGIA IMEDIATA INDEPENDENTE DO TEMPO DE EVOLUÇÃO DO QUADRO;**

Avaliar a viabilidade testicular após redução da torção e fixação do testículo viável e do contralateral (orquidopexia). Se o testículo não for viável, é realizada a orquiectomia.

2. TORÇÃO DO APÊNDICE TESTICULAR

Idade mais comum entre 7 e 12 anos

- **História Clínica:**

O formato pedunculado do apêndice o predispõe à torção, que pode produzir dor escrotal de início súbito que varia de leve a grave;

- **Exame físico:**

À palpação, o testículo não apresenta sensibilidade, mas pode ter uma massa palpável dolorosa no pólo superior ou inferior;

Em alguns pacientes, o tecido testicular pode ser palpável, geralmente no pólo superior ou inferior;

Reflexo cremastérico pode estar presente.

2.1 DIAGNÓSTICO

Geralmente é um diagnóstico de exclusão, mas pode ser feito clinicamente quando história e exame físico são altamente sugestivos;

Ultrassonografia de bolsa testicular com Doppler:

- Achados: fluxo sanguíneo para o testículo é normal ou aumentado e o apêndice torcido pode aparecer como uma lesão de baixa ecogenicidade com uma área hipocogênica central.
- Diagnóstico ultrassonográfico difícil, por isso, mesmo se USG vier normal, não se pode excluir o diagnóstico.

2.2 TRATAMENTO:

Suporte:

- Repouso relativo e analgésicos
 - Suporte escrotal (suspensório ou cueca/sunga mais apertada) para ajudar no alívio da dor e do edema;
- Duração da dor deve ser entre 5 a 10 dias;
Cirurgia é reservada para pacientes com dor persistente.

3. EPIDIDIMITE

Inflamação do epidídimo;

Ocorre com frequência em adolescentes mais velhos, mas pode acontecer nos meninos mais jovens;

Fatores predisponentes: atividade sexual, esforço físico intenso, trauma direto ou anomalias estruturais do trato urinário.

História Clínica:

Início agudo ou subagudo de dor, na parte posterior do testículo e edema testicular, geralmente unilateral;

Pode ter sintomas como: disúria, secreção uretral e/ou febre.

Em adolescentes a anamnese deve incluir a investigação sobre atividade sexual, a fim de avaliar o risco de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's).

Exame físico:

Testículo fica numa posição normal e em 50% dos casos pode haver edema escrotal;

Reflexo cremastérico preservado;

Paciente pode sentir alívio da dor com a elevação do testículo → sinal de Prehn (sugestivo de epididimite).

3.1. DIAGNÓSTICO

Solicitar urina-1 e Urocultura (URC)

Ultrassonografia de bolsa testicular com Doppler

PCR para Painel Cervicites Uretrites – Urina: recomendando para adolescentes com fator de risco para IST's → história de relação sexual desprotegida precedendo o quadro ou associado a corrimento uretral.

3.2. TRATAMENTO

Suporte:

- Repouso relativo e anti-inflamatórios não-esteroidais (AINE's);
- Suporte escrotal (suspensório ou cueca/sunga mais apertada) para ajudar no alívio da dor e do edema.

Crianças e adolescentes sem atividade sexual:

- Urina-1 com leucocitúria > 10 mil, URC positiva ou anormalidades genitourinárias:
 - Sulfametoxazol-trimetoprima (TMP): 6-12 mg do TMP/kg/dia, a cada 12 horas;
 - Cefalexina: 25-50 mg/kg/dia, a cada 6 a 8 horas.

Realizar tratamento com antibioticoterapia para todos os adolescentes com fator de risco para IST:

*Adolescentes com fator de risco para IST que realizam coito anal insertivo:

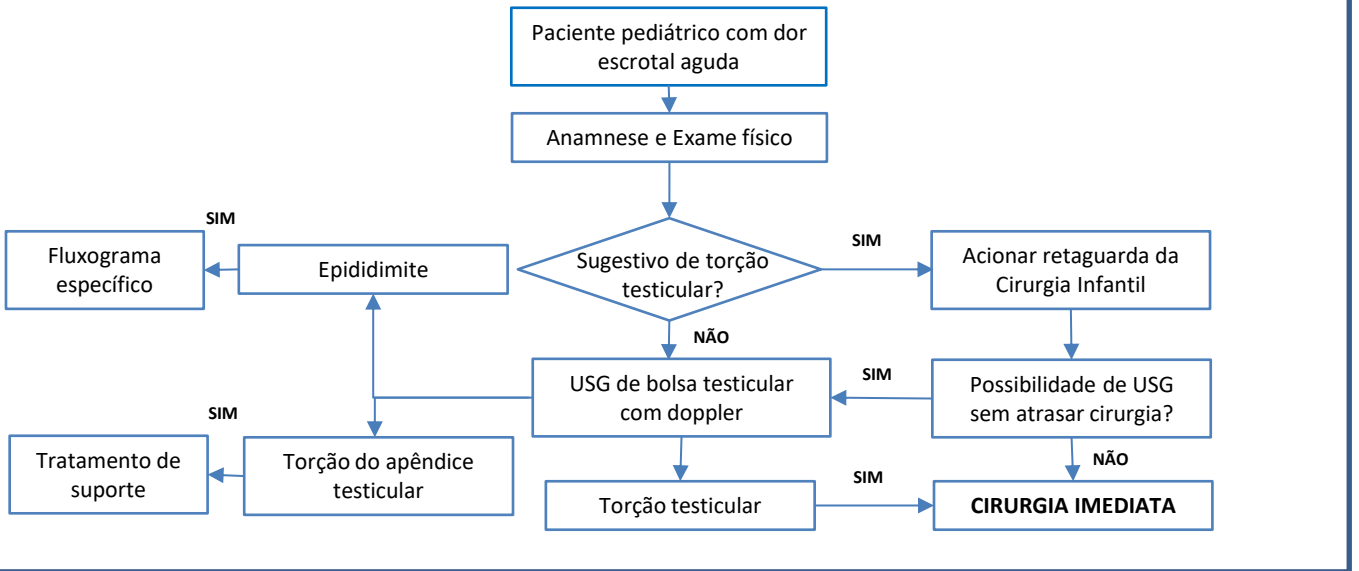
- Cobertura para *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e enterobactérias:
 - Ceftriaxone 1g IM ou EV em dose única + Levofloxacina 500 mg VO 1x/dia por 10- 14 dias
 - Alérgicos a Ceftriaxone: substituir por Gentamicina 240 mg IM + Azitromicina 2 g VO doses únicas.

*Adolescentes com fator de risco para IST que NÃO realizam coito anal insertivo:

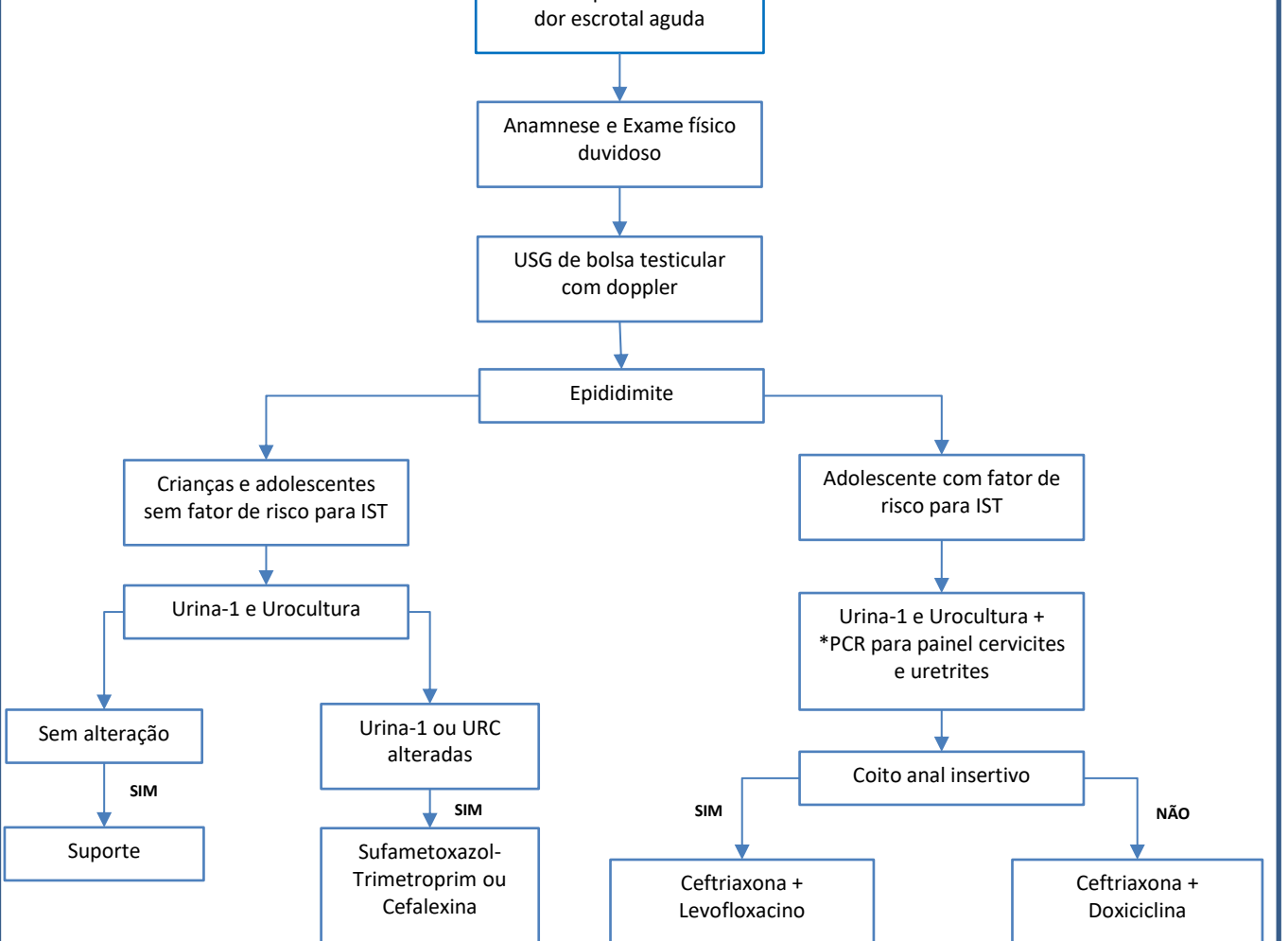
- Cobertura para *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*:
 - Ceftriaxone 1g IM ou EV em dose única + Doxiciclina 200 mg VO dose inicial, seguida de 100mg VO 12/12h por 10-14 dias;
 - Alérgicos a Ceftriaxone: substituir por Gentamicina 240 mg IM + Azitromicina 2 g VO doses únicas.

* Alinhar retorno com o titular do paciente para adequar terapia antibiótica após resultado do: PCR para Painel de Cervicite Uretrite – Urina.

ANEXO 1: FLUXOGRAMA ESCROTO AGUDO PEDIATRIA



ANEXO 2: FLUXOGRAMA EPIDIDIMITE



* Tratar todos os adolescentes com fator de risco para IST e alinhar retorno com o titular para adequar terapia antibiótica após resultado do PCR

II. HISTÓRICO DE REVISÃO

Alterações realizadas que impactam assistencialmente/ conduta – descrever quais alterações foram realizadas na revisão ou se não houve alteração

III. GLOSSÁRIO:

AINE's: anti-inflamatórios não-esteroidais

EV: endovenoso

G: grama

IM: intramuscular

IST's: Infecções Sexualmente Transmissíveis

TMP: trimetoprima

URC: urocultura

USG: ultrassonografia

VO: via oral

IV. REFERÊNCIAS

[1] Lewis AG, Bukowski TP, Jarvis PD, Wacksman J, Sheldon CA. Evaluation of acute scrotum in the emergency department. *J Pediatr Surg.* 1995 Feb;30(2):277-81; discussion 281-2. doi: 10.1016/0022-3468(95)90574-x. PMID: 7738751.

[2] Kadish HA, Bolte RG. A retrospective review of pediatric patients with epididymitis, testicular torsion, and torsion of testicular appendages. *Pediatrics.* 1998 Jul;102(1 Pt 1):73-6. doi: 10.1542/peds.102.1.73. PMID: 9651416.

[3] Boettcher M, Bergholz R, Krebs TF, Wenke K, Treszl A, Aronson DC, Reinshagen K. Differentiation of epididymitis and appendix testis torsion by clinical and ultrasound signs in children. *Urology.* 2013 Oct;82(4):899-904. doi: 10.1016/j.urology.2013.04.004. Epub 2013 Jun 2. PMID: 23735611.

[4] Cristoforo TA. Evaluating the Necessity of Antibiotics in the Treatment of Acute Epididymitis in Pediatric Patients: A Literature Review of Retrospective Studies and Data Analysis. *Pediatr Emerg Care.* 2021 Dec 1;37(12):e1675-e1680. doi: 10.1097/PEC.0000000000001018. PMID: 28099292.

[5] Likitnukul S, McCracken GH Jr, Nelson JD, Votteler TP. Epididymitis in children and adolescents. A 20-year retrospective study. *Am J Dis Child.* 1987 Jan;141(1):41-4. doi: 10.1001/archpedi.1987.04460010041019. PMID: 3788880.

[6] Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, Reno H, Zenilman JM, Bolan GA. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep.* 2021 Jul 23;70(4):1-187. doi: 10.15585/mmwr.rr7004a1. PMID: 34292926; PMCID: PMC8344968.

Código Documento:	Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW524.1	Thayza Marcellly Rodrigues Morato Hugo Octaviano Santos Duarte Danielle Saad Nemer Bou Ghosn	Fernando Ramos de Mattos	Andrea Maria Novaes Machado	30/04/2026	05/05/2026