



A orquite, a epididimite ou a associação de ambos, a **ORQUIEPIDIDIMITE**, fazem parte dos diagnósticos diferenciais do escroto agudo no Pronto Socorro. A média de idade de ocorrência é dos 44-46 anos de idade (1).

Dos casos de escroto agudo no Pronto Socorro, a orquite isolada é um achado pouco comum, correspondendo a apenas 10,3% dos casos. Já a epididimite isolada afeta 28,4% dos homens com escroto agudo, enquanto a orquiepididimite incide sobre 28,7% deles<sup>1</sup>. Juntos, respondem por 2/3 dos quadros de escroto agudo no Pronto Socorro, tendo como diagnósticos diferenciais a torção testicular, dor relacionada à varicocele e a torção de apêndices testicular e de epidídimo.

## I. ASSISTENCIAL

### 1. ETIOLOGIA

- Em adultos, a **principal rota de infecção do epidídimo é através da ascensão de microrganismos, principalmente bactérias, da uretra para o epidídimo**, através do ducto deferente(2).
- **87% dos quadros de orquiepididimite são causados por bactérias** (3).
- O tipo de bactéria causadora da orquiepididimite vai depender da idade do paciente:
  - **Acima de 35 anos de idade e crianças:** mais comum bactérias que geralmente também causam infecções do trato urinário (*E. Coli* ou *Klebsiella sp.*)
  - **Homens jovens e indivíduos sexualmente ativos** (com relações sexuais de risco): *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* são mais predominantes(4).
- Atentar: 42% dos indivíduos com menos de 35 anos e história sexual de risco possuem organismos entéricos como causadores do quadro(3).
- **Etiologia Viral:** Após a extensa vacinação de Caxumba, tornou-se menos comum porém ainda é a causa viral mais comum. O quadro, porém, pode ser causado outros vírus (Epstein-Barr/mononucleose, HSV-2, dengue, sarampo, rubéola, HIV, entre outros). São autolimitados, geralmente durando até 7 dias, mas podem deixar sequelas (infertilidade) (6).

### 2. QUADRO CLÍNICO

- O quadro clínico clássico é de **DOR** e **EDEMA** no testículo afetado. Geralmente a dor se inicia na cauda do epidídimo (porção mais inferior) e depois ascende até a cabeça e testículo. Em **96%** das vezes o quadro é unilateral (7).
  - A presença de **febre** é incomum, mas pode estar presente em 28% dos pacientes e cerca de 1/3 deles possuem **disúria** associado ao quadro (3).
  - O **teste de Prehn positivo** (melhora da dor ao se elevar a bolsa escrotal) é sugestivo e o **reflexo cremastérico está preservado**.
- O **principal diagnóstico diferencial é a TORÇÃO TESTICULAR**. Clinicamente, a orquiepididimite se diferencia da torção testicular por ter um início mais insidioso e dor menos intensa.

#### 2.1 FATORES DE RISCO

- Homens de idade mais avançada, os fatores de risco para desenvolvimento de epididimite estão relacionados a obstrução do trato urinário inferior, como (5):
- Hiperplasia benigna da próstata
  - Estenose de uretra
  - Ausência de circuncisão
  - História de manipulação do trato urinário

### 3. DIAGNÓSTICO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

#### 3.1. RADIOLÓGICO: ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA TESTICULAR COM DOPPLER

- É o **principal exame complementar a ser realizado na Unidade de Pronto Atendimento**, pois:
  - diagnostica o quadro de orquiepididimite.
  - avalia os diagnósticos diferenciais.
  - identifica possíveis complicações locais.
- Os principais achados são (9):
  - aumento do volume do epidídimo e/ou testículo (edema).
  - aumento da vascularização tecidual (hiperperfusão).
  - presença de hidrocele (reação inflamatória local).

#### 3.2. EXAMES LABORATORIAIS:

- **CULTURA DE URINA:** deve ser coletada em **TODOS** os pacientes, pois pode estar positiva em até 38% das vezes (1).  
**\*É recomendada a cultura do 1º jato de urina e jato médio.**
- **HEMOGRAMA + PROTEINA C REATIVA:** auxiliam no diagnóstico e servem como marcador evolutivo (acompanhamento ambulatorial).
- **TESTE PARA DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS:**
  - **“PCR para PAINEL Cervicites Uretrites – Urina” em secreção uretral e ou 1º jato de urina:** Está recomendado em pacientes com relações sexuais de risco. (seguir **ANEXO 1: FLUXOGRAMA**)

**OBS: Não disponível na UPA de cuidado público**

### 4. TRATAMENTO AMBULATORIAL (consultar **ANEXO 1: FLUXOGRAMA**)

Tratar o quadro de dor e a infecção bacteriana.

- **4.1. TRATAMENTO E ORIENTAÇÕES PARA A MELHORA DA DOR:** Recomenda-se repouso relativo e elevação do escroto (com suspensório escrotal ou cueca/sunga mais apertado).
- O uso de gelo pode auxiliar a aliviar os sintomas.
- O uso de anti-inflamatórios está recomendado para controle dos sintomas.

#### 4.2. TERAPIA ANTIMICROBIANA (10,11,12,13, 16)

**INDIVÍDUOS SEM FATORES DE RISCO PARA DSTs** →

**Para indivíduos de maior idade (como idosos), sem fatores de risco para DST's, o tratamento deve ser voltado apenas para enterobactérias (*E. coli*).**

- Ex.: Fluoroquinolona 10-14 dias  
(Ciprofloxacino 500mg VO 12/12h OU  
Levofloxacino  
500mg VO 1x ao dia)  
OU Sulfametoxazol-trimetropina 800/160 mg VO  
12/12h por 10-14 dias.)

**INDIVÍDUOS COM FATORES DE RISCO PARA DST'S  
E QUE PRATICAM COITO ANAL INSERTIVO** →

**Para indivíduos sexualmente ativos recomenda-se o uso de antimicrobiano com cobertura para *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e enterobactérias.**

- Ex.: Cefalosporina associada a quinolona ativa contra *Chlamydia trachomatis* e enterobactérias (*E coli*)  
(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 +Azitromcina 2 g VO doses únicas.

**INDIVÍDUOS COM FATORES DE RISCO PARA DST's  
E QUE NÃO PRATICAM COITO ANAL INSERTIVO**



**Para indivíduos com alta probabilidade de estarem com DST (história de relação sexual desprotegida precedendo o quadro ou associado a corrimento uretral), recomenda-se o uso de antimicrobiano ativo contra *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*:**

•Ex.: Ceftriaxone 1g IM ou EV em dose única + Doxiciclina 200 mg VO dose inicial, seguida de 100mg VO 12/12h por 10-14 dias). (\*Adequar terapia antibiótica após resultado do “PCR para PAINEL de Cervicite Uretrite – Urina”).

\*Alérgicos a Ceftriaxone: substituir por Gentamicina 240 mg IM + Azitromicina 2 g VO doses únicas.

- Caso haja comportamento sexual de risco para DST's: solicitar a coleta de “PCR para PAINEL de Cervicite Uretrite - Urina” (que será checado pelo Urologista do paciente).

Se painel for POSITIVO, aconselhar o tratamento do(a) parceira (o) sexual dos últimos 2 meses; encaminhar para INFECTOLOGISTA para reavaliar.

## 5. QUADRO DE EVIDÊNCIAS

- Um estudo alemão recente visou identificar os patógenos causadores de orquiepididimite usando métodos de identificação modernos. Eles demonstraram que 87% dos pacientes com orquiepididimite possuem uma bactéria como causadora do quadro (3).
- A bactéria mais comum foi *E. Coli* (56%).
- Das bactérias causadoras de DST's, a mais comum encontrada foi *Chlamydia*, seguida de *Mycoplasma* e *N. gonorrhoeae*.
- Abscesso epididimário é uma complicação possível, presente em 6,7% dos pacientes (3).

## 6. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

A maioria dos pacientes pode ser tratada de forma ambulatorial.

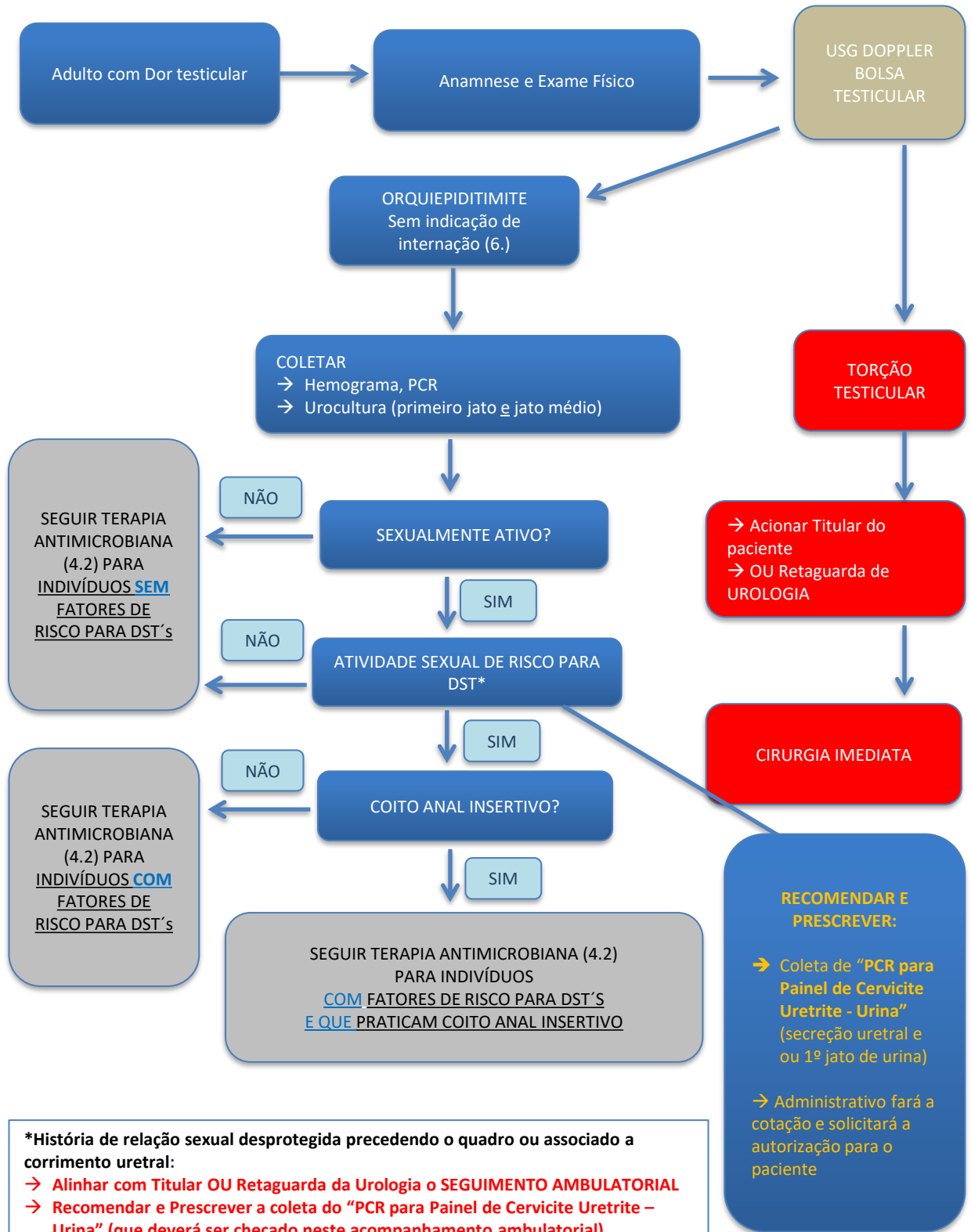
É recomendada a discussão da internação com o Titular do paciente OU Retaguarda de Urologia para os seguintes achados:

- Ausência de alívio da dor com analgésicos comuns.
- Identificação de **complicações locais** no exame de Ultrassonografia:
  - abscesso epididimário
  - trombose de veia testicular
- Indivíduos com **febre** persistente e **leucocitose** significativa.

## 7. INDICADOR DE QUALIDADE

- Taxa de Prescrição adequada de Terapia Antimicrobiana para Tratamento Domiciliar

## 8. ANEXO 1: FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA ORQUIEPIIDITIMITE



\*História de relação sexual desprotegida precedendo o quadro ou associado a corrimento uretral:

- Alinhar com Titular OU Retaguarda da Urologia o SEGUIMENTO AMBULATORIAL
- Recomendar e Prescrever a coleta do "PCR para PAINEL de Cervicite Uretrite – Urina" (que deverá ser checado neste acompanhamento ambulatorial)

\* OBS: Não disponível na UPA de cuidado público

## 9. ANEXO 2: ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

TODO paciente com o diagnóstico de ORQUIEPIDIDIMITE na UPA, ao receber alta para acompanhamento ambulatorial com seu Urologista ou com Retaguarda deverá receber as seguintes orientações:

#cirorquiepididimiteUPA

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA: ORQUITE E/OU EPIDIDIMITE

#### O QUE ACONTECEU?

R = Após a sua avaliação na Unidade de Pronto Atendimento, foi detectada uma inflamação denominada **ORQUITE E/OU EPIDIDIMITE**.

A Epididimite ocorre quando o epidídimo fica inflamado. O epidídimo é uma estrutura pequena, localizada em cima e atrás do testículo, e que tem a função de armazenar e transportar os espermatozoides produzidos no testículo.

Eventualmente, o testículo pode ficar inflamado sozinho ou conjuntamente com o epidídimo. Estes processos inflamatórios são denominados respectivamente Orquite e Orquiepididimite.

O sintoma principal é a dor na bolsa testicular, podendo estar associada a inchaço, vermelhidão, febre, dor para urinar. Esta inflamação pode ocorrer em todas as idades, afetando crianças, adultos e idosos.

No homem adulto, na maioria das vezes, são causadas por bactérias que passam do trato urinário para a bolsa testicular ou, eventualmente, podem ser causadas por infecções sexualmente transmissíveis.

#### O QUE FAZER NOS PRÓXIMOS DIAS?

R: Instruções para a casa:

- Não utilizar medicamentos que não tenham sido prescritos por médico.
- Usar os medicamentos analgésicos e antibióticos prescritos na Unidade de Pronto Atendimento.
- Aplicar bolsa de gelo envolta em toalha sobre a área dolorida (aplicações de 15 a 20 minutos, várias vezes ao dia), para reduzir o inchaço e a dor. Evitar a aplicação do gelo diretamente sobre a pele para prevenir queimaduras.
- Usar cuecas justas (ou sungas), objetivando manter a bolsa testicular mais estável.
- Evitar atividades sexuais enquanto estiver fazendo o tratamento.
- Caso tenha realizado ou esteja em tratamento para infecções sexualmente transmissíveis, como Clamídia, Gonorreia, Micoplasma ou outras, é recomendado informar esta condição às pessoas com quem você teve contato sexual nos últimos dois meses. Estas pessoas podem estar infectadas, mesmo sem sintomas, e necessitar de tratamento.

\* **IMPORTANTE:** Agende consulta de acompanhamento do quadro com o seu médico **UROLOGISTA**. O acompanhamento é importante para a sua condição. Caso necessário, utilize o **Indicador Médico** do Hospital Israelita Albert Einstein através do telefone abaixo.

#### QUANDO RETORNAR AO PRONTO ATENDIMENTO (DE URGÊNCIA)?

R: Abaixo estão relacionados os **SINAIS DE ALARME**.

**OBSERVE** a evolução e, **RETORNE** imediatamente ao Pronto-Atendimento caso apresente:

- Persistência ou aparecimento de febre, mesmo com uso adequado dos medicamentos.
- Persistência ou piora dos sintomas após três dias do início do tratamento.
- Piora do estado geral, queda na pressão, tonturas ou mal-estar.
- Ocorrência novos sintomas locais, como saída de pus ou sangue pela uretra.

## II. GLOSSÁRIO

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis  
UPA: Unide de Pronto Atendimento

VSC: Vila Santa Catarina

## III. HISTÓRICO DE REVISÕES

27/08/2024 – Aprovado no GMA Urologia

25/05/2026 – Unificação UPA VSC Giullia Sarabando Cury Cordeiro Perez

#### IV. Referências

- [1] L Lorenzo, R Rogel, JV Sanchez-Gonzalez, et al.: Evaluation of adult acute scrotum in the emergency room: clinical characteristics, diagnosis, management and costs. *Urology*. 94:36-41 2016 PMID: 27210570
- [2] RE Berger, D Kessler, KK Holmes: Etiology and manifestations of epididymitis in Young men: correlations with sexual orientation. *J Infect Dis.* 155:1341-1343 1987 PMID: 3494792
- [3] A Pilatz, H Hossain, R Kaiser, et al.: Acute epididymitis revisited: impacto f molecular diagnostics on etiology and contemporary guideline recommendations. *Eur Urol*. 68:428-435 2015 PMID: 25542628
- [4] KK Holmes, RE Berger, ER Alexander: Acute epididymitis: etiology and therapy. *Arch Androl*. 3:309-316 1979 PMID: 119499
- [5] L Ryan, P Daly, I Cullen, et al.: Epididymo-orchitis caused by enteric organisms in men>35 years old: beyond fluoroquinolones. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2018 epub
- [6] N Dejucc, B Jegou: Viruses in the mammalian male genital tract and their effects on the reproductive system. *Microbiol Mol Biol Rev*. 65 2001
- [7] M Cek, L Sturdza, A Pilatz: Acute and chronic epididymitis. *Eur Urol*. 16:124-131 2017.
- [8] Centers for Disease Control and Prevention, (CDC): Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 64:1-137 2015 PMID: 25590678 2015)
- [9] A Pilatz, F Wagenlehner, T Bschleipfer, et al.: Acute epididymitis in ultrasound: results of a prospective study with baseline and follow-up investigations in 134 patients. *Eur J Radiol*. 82:e762-e768 2013 PMID: 24094645
- [10] *EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan, Italy 2023. ISBN 978-94-92671-19-6*
- [11] Workowski, K.A., et al. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. Centers for Disease Control and Prevention, 2015. 64
- [12] Street, E., et al. The 2016 European guideline on the management of epididymo-orchitis. IUSTI, 2016.
- [13] Street, E., et al. BASHH 2010 United Kingdom national guideline for the management of epididymo-orchitis. 2010.
- [14 ] Fifer, H., et al. 2018 UK national guideline for the management of infection with Neisseria gonorrhoeae. *Int J STD AIDS*, 2020. 31: 4.
- [15] TH Trojian, TS Lishnak, D Heiman: Epididymitis and orchitis: na overview. *Am Fam Physician*. 79:583-587 2009 PMID: 19378875.
- [16] Eyre RC. Acute Scrotal Pain in Adults. In: UpToDate, O'Leary MP (Ed), Law K (Deputy Ed), Wolters Kluwer. (Accessed on April 20, 2024.)

<b>Código Documento:</b> CPTW413.2	<b>Elaboradores:</b> Hugo Octaviano Santos Duarte Carla Paz	<b>Revisores:</b> Davi Wen Wei Kang Emy Akiyama Gouveia Mauro Dirlando Conte de Oliveira	<b>Aprovador:</b> Andrea Maria Novaes Machado	<b>Data de Elaboração:</b> 20/04/2024  <b>Data de Atualização:</b> 25/05/2026	<b>Data de Aprovação:</b> 25/05/2026
---------------------------------------	---	---	--	---	---