

Hematúria e Escroto Agudo

Introdução e Evolução do Conceito

- **Hematúria:** Presença de sangue na urina. Entendimento e abordagem evoluíram com avanços médicos e tecnológicos.
- Histórico: Inicialmente, observação visual pelo paciente.
- Desenvolvimento (últimos ~40 anos): Análise de urina sofisticada (particularmente urinálise) identificou hematúria como:
 - Sintoma visível (**hematúria macroscópica**).
 - Achado laboratorial em assintomáticos (**hematúria microscópica**).
- Natureza: Sinal e sintoma; percebida pelo paciente ou detectada exclusivamente por exames.

Classificação da Hematúria: Macroscópica

- Definição: Forma classicamente reconhecida; visualização de urina com coloração avermelhada ou francamente sanguinolenta.
- Graduação (clássica): Escala de cinco níveis ou "cruzess":
 - Nível cinco: Urina completamente opaca e sanguinolenta, sem translucidez.
 - Nível três: Transparência parcial.
 - Nível um: Transparência quase normal.
 - Níveis dois e quatro: Graduações intermediárias.
- Percepção macroscópica: Requer presença de pelo menos 50 hemácias por campo de grande aumento (400x) na microscopia, equivalendo a aproximadamente 1 mL de sangue em 1 litro de urina.

Classificação da Hematúria: Microscópica

- Definição (a partir dos anos 2000): Presença de três ou mais hemácias por campo de grande aumento (400x) em exame de urina.
- Variações em diretrizes:
 - Campbell-Walsh Urology: Uma única amostra demonstrando hematúria microscópica é suficiente.
 - Sociedade Brasileira de Urologia (SBU): Recomenda confirmação em pelo menos duas de três amostras.
- Justificativa da divergência: Preocupação com falsos positivos (ex: período menstrual, quadros inflamatórios como uretrite, outras condições transitórias) para evitar investigações complexas e dispendiosas desnecessárias.

Tempo da Hematúria e Suas Implicações Diagnósticas

- Relevância: Primariamente para **hematúria macroscópica**, pois o paciente consegue observar a alteração.
- Observação do padrão temporal: Mais facilmente realizada por pacientes do sexo masculino devido às características do jato urinário.

Tempo da Hematúria Macroscópica

Tipo de Hematúria	Descrição	Sugestão de Origem e Causas Comuns
Inicial	Ocorre no início do jato urinário, que subsequentemente clareia.	Origem: Uretra . Causas: Uretrite (inflamação uretral), estenose de uretra . Tumores uretrais (raros). Diferenciar de uretrorragia (sangramento uretral independente da micção, frequentemente associado a trauma).
Terminal	Jato urinário inicia claro e torna-se avermelhado ao final da micção.	Origens prováveis: Próstata, colo vesical, trígono vesical . Causas comuns: Hiperplasia prostática benigna (HPB) , processos inflamatórios/infecciosos prostáticos.
Total	Sangue presente durante todo o ato miccional.	Indica origem em rins, ureteres ou bexiga . Causas: Tumores, cálculos nessas localizações.

Morfologia dos Coágulos Urinários

- Relevância: Pode oferecer pistas sobre a origem do sangramento, embora nem sempre valorizada.
- Anamnese detalhada sobre a forma dos coágulos pode auxiliar na localização da fonte da hematúria.

Morfologia dos Coágulos e Origem Sugerida

Formato do Coágulo	Origem Sugerida e Mecanismo
Em formato de moeda (planos e arredondados)	Geralmente se formam na bexiga . O sangue acumula-se no assoalho vesical por gravidade, formando coágulos com essa característica.
Vermiformes (alongados, semelhantes a vermes)	Sugerem origem no sistema coletor superior (pelve renal) ou no ureter . O coágulo se forma nessas estruturas e desce até a bexiga, mantendo seu formato alongado.

Hematúria de Origem Glomerular e Dismorfismo Eritrocitário

- Distinção: Hematúria de origem glomerular (causas nefrológicas) difere da hematúria de origem urológica.
- Mecanismo glomerular: No glomérulo, sangue da arteriola aferente passa pela barreira de filtração (podócitos) antes de seguir para arteriola eferente. Lesões nos podócitos podem permitir passagem de hemácias para o filtrado glomerular na cápsula de Bowman.
- Característica marcante: **Dismorfismo eritrocitário** (hemácias com alterações morfológicas: membrana irregular, projeções) devido ao trauma mecânico ao atravessar barreira glomerular danificada.
- Fator adicional: Carga elétrica negativa tanto dos podócitos quanto das hemácias, que normalmente se repelem.
- Influência de **anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)**: Podem diminuir a negatividade da membrana dos podócitos, facilitando a passagem de hemácias e causando hematúria glomerular com dismorfismo.
- Manejo em caso de AINEs: Em pacientes com hematúria microscópica dismórfica e uso de AINEs, recomenda-se suspensão do medicamento por quatro semanas e repetição do exame; a resolução da hematúria aponta o AINE como causa.

Hematúria de Origem Não Glomerular (Urológica)

- Característica: Hemácias presentes na urina são tipicamente **isomórficas** (morfologia normal).
- Mecanismo: Origem do sangramento é uma ruptura em algum ponto do sistema coletor urinário (rins, ureteres, bexiga, próstata ou uretra), permitindo que hemácias entrem na urina sem sofrerem alterações estruturais significativas.
- Causas urológicas diversas: **Litíase, infecções, tumores, trauma** (trauma com sangramento uretral isolado é uretrorrágia), **malformações vasculares**.

Distinção entre Causas Glomerulares e Não Glomerulares

- **Hematúrias glomerulares (origem nefrológica):**
 - Associadas a: Doenças como nefropatia proliferativa crescente, nefropatia lúpica, membranoproliferativa, doença de Berger (*nefropatia por IgA*), entre outras.
 - Refletem: Lesões na membrana basal glomerular ou nos podócitos.
- **Hematúrias não glomerulares:**
 - Englobam: Causas urológicas.
 - Fatores comportamentais: **Tabagismo**.
 - Infecções: **Tuberculose urinária, infecções do trato urinário (ITUs)** comuns.

Pigmentúria (Falsa Hematúria) e Outras Condições Mimetizadoras

- **Pigmentúria ou falsa hematúria:** Urina com coloração alterada (avermelhada, alaranjada, acastanhada) devido a pigmentos, não à presença de sangue.

Causas de Pigmentúria

Categoria	Exemplos
Alimentos	Derivados de betacaroteno (cenoura, abóbora), beterraba, amora.
Suplementos	Vitamina B (hidrossolúvel, eliminada na urina).
Medicamentos	Alguns laxativos (ex: fenolftaleína), clorpromazina, propofol (infusões prolongadas em UTI), rifampicina (tratamento da tuberculose).
Intoxicações	Chumbo, mercúrio.

- Outras condições mimetizadoras (especialmente em mulheres): Sangramento de origem vulvovaginal percebido no papel higiênico após a micção.
 - Causas: Ressecamento vulvar, vulvovaginite, atrofia vaginal ou líquen escleroso com fissuras.
- Diagnóstico diferencial: Anamnese cuidadosa, questionando se a alteração de cor é observada no vaso sanitário ou apenas no papel.

Hematúria Transitória e Persistente

- **Hematúria transitória:** Prevalência variável na população (5% a 40%).
- Fatores associados:
 - **Exercício físico vigoroso:** Pode causar hematúria temporária se exame coletado logo após.
 - **Menstruação:** Contaminação da amostra urinária com sangue menstrual (causa comum de hematúria laboratorial transitória; forma de falsa hematúria urológica).
 - **Relação sexual recente:** Pode causar microtraumas com sangramento.

- Manejo: Repetição do exame de urina fora dessas condições geralmente mostra resolução.
- **Hematúria microscópica persistente** sem causa identificável: Pode ocorrer em 0,5% a 2% da população (estudos observacionais compilados em metanálises).

Estatísticas Relevantes e Risco de Malignidade

- Origem da hematúria (macro e micro): Aproximadamente 60% têm origem extrarrenal.
- Avaliação do risco de malignidade: Fundamental.
 - **Hematúria microscópica:** Taxa de detecção de malignidade na investigação é de aproximadamente 5%.
 - **Hematúria macroscópica:** Risco aumenta significativamente; neoplasias encontradas em cerca de 22% dos casos (sublinha importância de investigação rigorosa).
- Causas comuns no atendimento primário:
 - Bexiga: Frequentemente **cistite hemorrágica**.
 - Próstata (homens de meia-idade a idosos): **HPB** ou **câncer de próstata**.
- Incidência global de hematúria: Aproximadamente duas vezes maior em homens do que em mulheres.

Avaliação Clínica Inicial e Fatores de Risco para Hematúria Microscópica

- Idade como fator discriminante na avaliação de hematúria microscópica:
 - **Pacientes < 35 anos:** Causas predominantemente benignas (ex: litíase renal, infecções). Investigação pode ser menos invasiva inicialmente.
 - **Pacientes ≥ 35 anos, ou com fatores de risco:** Requerem atenção especial e investigação mais aprofundada.
- Fatores de risco (necessitam investigação urológica completa):
 - **Exposição ocupacional:** Trabalhadores da indústria de tintas e solventes, indústria petrolífera, postos de gasolina (exposição a querosene, vapores de gasolina), fornos industriais, mineração (ambientes que predispõem à desidratação e litíase).
 - **Tabagismo:** Aumenta o risco relativo de hematúria e tumores uroteliais em aproximadamente duas vezes.
 - **Abuso de analgésicos:** Especialmente paracetamol (pode interferir na polaridade da membrana basal glomerular, causando hematúria microscópica com dismorfismo eritrocitário).
 - **História prévia de hematúria macroscópica** (mesmo que o episódio atual seja microscópico).
 - **Sintomas de armazenamento urinário** (noctúria, urgência miccional): Associados à hematúria microscópica elevam suspeita de **neoplasia de bexiga**, especialmente carcinoma in situ (CIS).
 - **História de doença urológica pregressa** (ex: pieloplastia, tratamento prévio para câncer de próstata, incluindo radioterapia).
 - **Radioterapia pélvica prévia:** Pode causar **cistite actínica** ou tumores vesicais secundários (de novo) anos após o tratamento (ex: após radioterapia para câncer de colo uterino).
 - **Infecções urinárias crônicas** ou presença de **corpos estranhos** no trato urinário (sondas de demora, cateteres duplo J de uso prolongado).

Exames Laboratoriais na Investigação da Hematúria

- **Fita reagente de urina (dipstick):** Não recomendada para investigação definitiva (baixa especificidade/sensibilidade para quantificação/caracterização). Pode servir como auxílio inicial em ambientes com recursos limitados; não substitui exame microscópico.
- **Exame de urina tipo I (EAS, urinálise ou parcial de urina):** Fundamental. Compreende duas partes:
 1. **Análise bioquímica:** Avalia parâmetros como:
 - Cor (interpretação visual pelo bioquímico).
 - Densidade (1.005-1.035, reflete concentração urinária).
 - pH (4.5-7.5, média 6).
 - Proteínas (normalmente ausentes; presença sugere doença glomerular, lesão do sistema coletor ou tumor).
 - Glicose (presença pode ser induzida por medicamentos como inibidores de SGLT2).
 - Corpos cetônicos (jejum prolongado).
 - Pigmentos biliares (doenças hepáticas/biliares).
 - Urobilinogênio (normal em pequenas quantidades; níveis baixos podem indicar icterícia obstrutiva).
 2. **Sedimentoscopia:** Análise microscópica do sedimento urinário após centrifugação.
 - Identifica e quantifica: Células (hemácias, leucócitos, células epiteliais), cilindros e cristais.
 - Definição de hematúria microscópica: ≥ 3 hemácias por campo de grande aumento.
 - Células epiteliais: Comuns e de baixa especificidade.
 - Presença de células malignas: Requer investigação com **citologia oncótica urinária**.

Citologia Oncótica Urinária e Urocultura

- **Citologia oncótica urinária:**
 - Uso: Exame especializado, pouco utilizado na rotina inicial devido à complexidade.
 - Coleta: Urina de 24 horas (ou múltiplas amostras, como três em dias alternados) para aumentar chance de detectar células malignas (descamação intermitente).
 - Requisitos: Amostra necessita de conservante específico; análise por citopatologista experiente (profissional escasso).
 - Limitações: Dificuldade na coleta (especialmente idosos) e interpretação especializada limitam uso a situações específicas (orientadas por achados em outros exames ou alta suspeita clínica).
- **Urocultura:**

- Indicação: Solicitada como parte da avaliação padrão da hematúria microscópica, especialmente se houver leucocitúria associada ou sintomas sugestivos de infecção (dor suprapúbica, urgência miccional, história de ITU).
- Objetivo: Excluir uma causa infecciosa.

Avaliação de Hematúria Microscópica com Dismorfismo Eritrocitário

- Indicação: Em pacientes com **hematúria microscópica confirmada** (após exclusão de causas transitórias/falsas) e suspeita de origem glomerular.
- Exame: Pesquisa de **dismorfismo eritrocitário**.
 - Coleta: Requer três amostras.
 - Análise: Microscópica específica da morfologia das hemácias.
- Dismorfismo positivo: Investigação direcionada para causas nefrológicas.
 - Avaliação renal: Creatinina sérica com estimativa da taxa de filtração glomerular (TFG) pelo CKD-EPI (não mais pelo MDRD).
 - Outros exames: Sorológicos e imunológicos para identificar doenças glomerulares.
 - Condução: Geralmente pelo nefrologista.

Exames de Imagem na Hematúria: Ultrassonografia e Urografia Excretora

- **Ultrassonografia (US) das vias urinárias:**

- Características: Frequentemente exame de imagem de primeira escolha; não invasiva, ausência de radiação ionizante e contraste.
- Capacidade: Boa para avaliar **uropatia obstrutiva** (dilatação pielocalicinal) e **massas renais** sólidas ou císticas.
- Uso em gestantes: Pode ser utilizada.
- Limitações: Avaliação detalhada dos **ureteres**.

- **Urografia excretora:**

- Descrição: Exame histórico; utilizava contraste intravenoso e múltiplas radiografias abdominais.
- Status: Caiu em desuso.
- Motivos: Alta taxa de falsos negativos (ex: não detecção de massas renais) e falsos positivos (ex: falha de enchiamento ureteral interpretada como tumor, podendo ser onda peristáltica).

Exames de Imagem na Hematúria: Tomografia Computadorizada e Cistoscopia

- **Urotomografia computadorizada (UroTC):**

- Técnica: Realizada com contraste endovenoso em fases específicas (nefrográfica e excretora).
- Consideração: Atualmente o exame padrão-ouro para avaliação de hematúria macroscópica ou microscópica significativa.
- Distinção: Diferente da TC de abdômen sem contraste (para litíase renal aguda).
- Vantagens: Excelente detalhamento anatômico (rins, ureteres, bexiga); altamente sensível para detecção de **massas renais, tumores uroteliais, litíase**.
- Achado sugestivo: Imagens de lesões vesicais captantes de contraste em fase arterial precoce são altamente sugestivas de **tumor de bexiga** (sensibilidade >95%).

- **Cistoscopia:**

- Natureza: Exame endoscópico fundamental.
- Indicação: Especialmente se UroTC for inconclusiva ou para avaliação detalhada da bexiga e uretra.
- Visualização: Uretra anterior, uretra posterior (prostática em homens), colo vesical, bexiga e meatos ureterais.
- Capacidade: Pode identificar a lateralidade do sangramento (qual meato ureteral está sangrando).
- Desvantagem: Incapacidade de avaliar o trato urinário superior além dos meatos.

Pontos Chave no Diagnóstico da Hematúria Microscópica

- Definição: Presença de três ou mais hemácias por campo de grande aumento (conforme já estabelecido).
- Identificação: Pode ser em uma ou mais amostras de urina (variabilidade conforme diretrizes já discutida).
- Fita reagente de urina: Insuficiente para o diagnóstico definitivo (conforme já detalhado).
- Prevalência: Achado comum, estimada em torno de 6,5%, variando conforme a população.
- Malignidade: Pode ser detectada em até 4% dos pacientes investigados por hematúria (taxas significativamente maiores na hematúria macroscópica).

Algoritmo de Investigação da Hematúria Microscópica Assintomática

- Pacientes: Com **hematúria microscópica assintomática** (>3 hemácias/campo).
- Abordagem inicial: História clínica, exame físico, exclusão de causas transitórias óbvias (ex: menstruação, exercício vigoroso recente, procedimento cirúrgico recente).

1. **Ausência de causa transitória aparente:**

- Proceder com: Testes de função renal, **urotomografia (UroTC), cistoscopia**.
- Se exames negativos: Acompanhamento com urinálise anual por dois anos. Se a hematúria resolver, paciente recebe alta.
- Se identificada apenas alteração na morfologia das hemácias (dismorfismo): Encaminhar ao nefrologista.
- Se for encontrada patologia (tumor, cálculo, etc.): Diagnóstico e tratamento específicos.

2. **Suspeita de causa transitória ou achado duvidoso:**

- Proceder com: Repetir a urinálise.
- Se a hematúria negativar: O paciente sai do algoritmo de investigação.

- Se a hematuria persistir: Proceder com testes de função renal, UroTC e cistoscopia, seguindo o fluxo anterior.
- 3. Impossibilidade de realizar UroTC** (ex: gestação, alergia severa a contraste iodado):
 - Considerar: **Uro-resonância magnética (UroRM)** ou, em casos selecionados e como procedimento invasivo, **pielografia retrógrada** (injeção de contraste pelos ureteres sob anestesia).
 - 4. Acompanhamento a longo prazo** (se exames iniciais normais e hematuria persiste):
 - Avaliação anual. Considerar consulta nefrológica.
 - Repetir avaliação anatômica (US ou UroTC) a cada 3-5 anos, ou antes, se houver mudança no padrão da hematuria (ex: de microscópica para macroscópica) ou surgimento de sintomas.

Algoritmo de Investigação da Hematuria de Origem Prostática

- Cenário: Investigação inicial (incluindo UroTC) exclui outras causas e a suspeita recai sobre a próstata (geralmente em pacientes com **hematuria macroscópica** e achados de **HPB** ou suspeita de **câncer de próstata**).
- 1. Sangramento prostático ativo e significativo:**
 - Manejo: Hospitalização, irrigação vesical contínua para controle do sangramento e estabilização.
 - 2. Diagnóstico de câncer de próstata** (geralmente doença avançada se causa hematuria significativa):
 - Tratamento: Específico para câncer de próstata (pode incluir supressão hormonal, ressecção transuretral da próstata (RTU-P) paliativa ou derivação urinária).
 - 3. Diagnóstico de HPB:**
 - Tratamento inicial: Inibidores da 5-alfa-redutase.
 - Se hematuria persistir ou for recorrente: Tratamento cirúrgico/endoscópico (cauterização de vasos prostáticos, RTU-P, HoLEP ou prostatectomia simples).
 - 4. Suspeita de quadro infeccioso associado (prostatite):**
 - Características: Febre, sintomas sistêmicos.
 - Tratamento: Antibioticoterapia.

Diagnóstico Diferencial: Uretrorragia

- Definição: Sangramento visível através do meato uretral, independente da micção. Crucial distingui-la da hematuria.
- **Causas em homens:**
 - **Trauma:** Perineal (contuso ou penetrante).
 - **Infecção:** Uretrite (bacteriana, viral).
 - **Neoplasia:** Carcinoma de uretra (raro), câncer de pênis com invasão uretral.
 - **Cálculo uretral:** Impactado durante a eliminação.
- **Causas em mulheres:**
 - **Trauma:** Contuso ou penetrante.
 - **Divertículo de uretra.**
 - **Carúnculas uretrais:** Pequenas lesões benignas na mucosa do meato, comuns em mulheres na pós-menopausa.
 - **Uretrite.**
 - **Neoplasias:** Da uretra ou vulva com extensão uretral.
 - **Cálculo uretral.**

Escroto Agudo

Introdução e Revisão Anatômica

- **Escroto agudo:** Conjunto de condições que causam dor e/ou edema escrotal de início súbito.
- Principais entidades: **Torção testicular** (ou do cordão espermático), **epididimite**, **orquite** e **orquiepididimite**.
- Anatomia relevante:
 - **Músculo cremaster:** Responsável pela elevação testicular.
 - **Fáscia de Dartos.**
 - Conteúdo interno: Testículo, epidídimo, cordão espermático.
 - **Epidídimo:** Localização característica **póstero-superior** em relação ao testículo.
- **Reflexo cremastérico:** Consiste na elevação do testículo ipsilateral após estímulo tático na face interna da coxa. Avaliação requer ambiente com temperatura adequada para evitar contração reflexa do cremaster pelo frio.

Torção Testicular: Definição e Epidemiologia

- Definição: Emergência urológica; rotação do cordão espermático levando à interrupção do fluxo sanguíneo para o testículo. Mecanismo primário é torção do cordão.
- Picos de incidência:
 - **Neonatos:** Pode ocorrer inclusive intraútero. Manifesta-se como escroto edemaciado e alterado; exige intervenção cirúrgica imediata (frequentemente orquiectomia se testículo inviável). Criança pode apresentar dor intensa e choro persistente/inconsolável.
 - **Pós-puberal:** Adolescentes (~16-17 anos).
- Prevalência: Em adultos internados por dor testicular aguda, responde por 25% a 50% dos casos.

Fatores Predisponentes e Sinais Clínicos da Torção Testicular

- Fator de risco importante: **Deformidade de Bell Clapper** (ou "badalo de sino").
 - Normal: Túnica vaginal recobre parcialmente superfície testicular; gubernáculo testicular fixa polo inferior do testículo à bolsa escrotal, limitando mobilidade.
 - Bell Clapper: Túnica vaginal tem inserção alta no cordão espermático e recobre completamente o testículo (360 graus), permitindo que gire livremente dentro da túnica.

- Sinais clínicos sugestivos (combinação altamente sugestiva):
 - **Dor testicular aguda e intensa**, de início súbito, frequentemente acompanhada de **náuseas e vômitos**.
 - **Edema e endurecimento** do hemiescroto afetado.
 - **Sinal de Angell**: Horizontalização do testículo afetado, com o epidídimo rodado de sua posição pôsterior-superior habitual.
 - **Reflexo cremastérico ausente** no lado afetado.
 - **Sinal de Prehn negativo (ou ausente)**: A elevação do testículo afetado não alivia a dor, ou pode piorá-la.

Diagnóstico e Manejo da Torção Testicular

- Diagnóstico: Primariamente clínico.
 - Confirmação: **Ultrassonografia Doppler da bolsa testicular**. Demonstra ausência ou redução significativa do fluxo sanguíneo no testículo afetado; pode visualizar cordão torcido ("sinal do redemoinho" ou "whirlpool sign").
 - Urgência: Se Doppler não prontamente disponível e suspeita clínica alta, exploração cirúrgica não deve ser retardada.
- Manejo inicial:
 - Tentativa de **distorção manual**: Testículo geralmente torce medialmente; manobra de distorção é realizada rodando o testículo lateralmente ("abrindo um livro"). Sucesso (alívio imediato da dor) mais provável em torções de menor grau (ex: 90-180 graus). Torções de alto grau (até 720 graus) podem não responder.
- Manejo definitivo: **Exploração cirúrgica imediata** se insucesso na distorção manual ou persistência da dor.
 - Tempo para viabilidade testicular: Crucial. Taxas de salvamento altas (80-100%) se cirurgia em até 6-8 horas; caem drasticamente (próximo de 0%) após 12-24 horas.
 - Procedimento cirúrgico (incisão na rafe escrotal):
 - * Testículo é distorcido.
 - * Se viável (avaliado pela coloração, sangramento pós-incisões na albugínea, aquecimento): Realiza-se **orquidopexia** (fixação do testículo à túnica dartos).
 - * **Orquidopexia do testículo contralateral**: Mandatória (deformidade de Bell Clapper frequentemente bilateral).
 - * Se testículo inviável: Realiza-se orquiectomia.
 - Pós-distorção manual bem-sucedida: Orquidopexia bilateral eletiva é indicada.

Epididimite, Orquite e Orquiepididimite: Apresentação Clínica

- Definições: **Epididimite** (inflamação do epidídimo), **orquite** (do testículo), **orquiepididimite** (ambas). Causas comuns de escroto agudo, geralmente de natureza infecciosa.
- Início: Dor e edema escrotal tendem a ter um **início mais gradual** (vs. torção).
- Sintomas associados podem incluir:
 - **Disúria, polaciúria, urgência miccional**.
 - **Febre** (mais comum em crianças e casos mais severos em adultos).
 - **Descarga uretral** (especialmente adultos jovens, sugerindo uretrite como foco primário).
 - Sintomas sistêmicos (astenia, mialgia) em quadros mais arrastados.
 - **Orquite urliana (por caxumba)**: Causa viral; parotidite geralmente precede orquite em 3-5 dias.
- Infecções urinárias subclínicas: Podem manifestar-se inicialmente como epididimite ou orquite.
- Exame físico:
 - Epididimite: Epidídimo (iniciando pela cauda, progredindo para cabeça) aumentado, endurecido, doloroso; testículo pode estar normal.
 - Orquite: Testículo aumentado e doloroso.
 - Pode haver: Elevação do hemiescroto, **hidrocele reativa**.
 - **Reflexo cremastérico**: Geralmente presente.
 - **Sinal de Prehn positivo**: Elevação do escroto alivia a dor (diminui tração sobre cordão espermático edemaciado).
- Evolução: ~20-40% das orquites evoluem com acometimento epididimário por contiguidade.

Diagnóstico e Tratamento da Epididimite e Orquite

- Diagnóstico: Predominantemente clínico.
- Exames complementares:
 - **Urinálise e urocultura**: Para identificar bacteriúria e agente etiológico (especialmente pré-púberes e idosos).
 - **Hemograma**: Pode mostrar leucocitose.
 - **Pesquisa de patógenos sexualmente transmissíveis** (ex: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*) em amostras uretrais ou urinárias (se suspeita de DST).
 - **Ultrassonografia Doppler**: Solicitada em casos de dúvida diagnóstica; demonstra aumento do fluxo sanguíneo (hiperfluxo) no epidídimo e/ou testículo.
- Considerações especiais:
 - Crianças pré-púberes com quadros de repetição: Considerar **uretrocistografia miccional** (investigar refluxo vesicoureteral).
 - **Tuberculose epididimária**: Considerar em casos que não respondem ao tratamento antibiótico convencional; pode apresentar-se com fistula escrotal.
- Tratamento:

- Medidas de suporte: Repouso, suspensório escrotal, analgésicos, anti-inflamatórios.
- **Antibioticoterapia** empírica inicial: Ajustada conforme agente mais provável pela idade/fatores de risco (ex: quinolonas ou sulfametoxazol-trimetoprima para enterobactérias em pré-púberes/idosos; ceftriaxona e doxiciclina para cobertura de DSTs em adultos jovens sexualmente ativos).
- Intervenção cirúrgica (epididimectomia, orquiectomia): Raramente indicada; reservada para casos refratários com complicações (abscesso, dor crônica intratável).
- Alternativa para dor crônica: Denervação microcirúrgica do cordão espermático.

Complicações da Epididimite e Orquite

- **Abscesso escrotal** ou **piocele** (infecção de uma hidrocele preeexistente).
- **Infarto testicular segmentar** ou total (raro, por comprometimento vascular severo).
- **Obstrução epididimária**, podendo levar à **azoospermia obstrutiva** e infertilidade.
- **Atrofia testicular**.
- **Fistulação cutânea** (particularmente na tuberculose).
- A **orquite urliana bilateral** pode resultar em **hipogonadismo** (por destruição das células de Leydig) e atrofia testicular severa, com impacto na fertilidade e função hormonal.

PONTOS FREQUENTEMENTE COBRADOS EM PROVAS

Afirmation Relevante para Provas

Nenhuma afirmação especificamente precedida pela frase "Algo frequentemente cobrado em provas é" foi encontrada no texto fornecido.