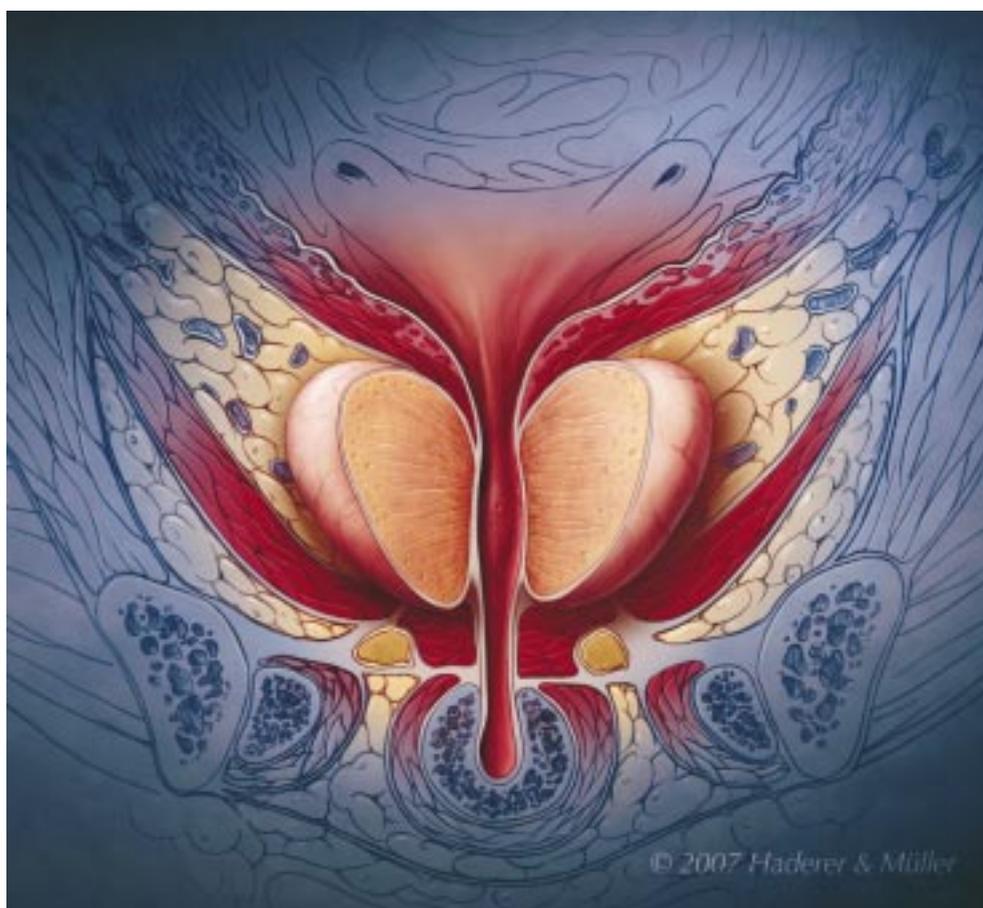




Associação
Portuguesa
de Urologia

Volume 24
Número 1
2007

Acta Júnior



Epididimite no adulto

Tiago Moura Mendonça*

Serviço de Urologia do Hospital Pulido Valente

Director – Dr. Tomé Lopes

Artigo revisto por: Dr. Branco da Palma**; Dr. José Santos Dias***

*Interno do Internato Complementar de Urologia – Hospital Pulido Valente

** Chefe de Serviço de Urologia – Hospital Pulido Valente

*** Assistente Hospitalar de Urologia – Hospital Pulido Valente

Resumo

Pretende o autor fazer uma revisão da literatura existente sobre epididimite no adulto.

No que diz respeito à epididimite aguda, discute-se a epidemiologia, a etiologia (infecciosa e não-infecciosa), a apresentação clínica, o diagnóstico diferencial, os exames complementares, a terapêutica e a evolução e complicações. Sublinha-se a importância de alguns factores na orientação diagnóstica, tais como a idade do doente, a sua história sexual ou a presença de patologia urológica, entre outros. Caracteriza-se o quadro clínico-laboratorial e define-se a abordagem terapêutica adequada à etiologia suspeita ou confirmada.

Em relação à epididimite crónica, chama-se a atenção para a virtual ausência de evidência científica disponível, da qual decorre o empirismo utilizado na abordagem terapêutica desta entidade mal definida. Neste particular, é sublinhado o resultado muito pouco satisfatório da epididimectomia nas poucas séries publicadas.

Palavras-chave: epidídimo, dor, epididimite.

Abstract

The author reviewed the literature regarding adult epididymitis.

The epidemiology, etiology (infectious and non-infectious), clinical presentation, differential diagnosis, laboratory and imaging studies, treatment, evolution and complications of acute epididymitis are discussed. The importance of age, sexual history and preexistent urological pathology (among others) in the diagnostic approach is underlined. The clinical and laboratory picture is characterized and the best therapeutic approach is defined.

As for chronic epididymitis, the author emphasizes the virtual absence of evidence-based knowledge, leading to empirical treatment of this ill-defined condition. In particular, the highly unsatisfactory outcome of epididymectomy in the few published series is underlined.

Keywords: epididymis, pain, epididymitis.

Correspondência:

Tiago Moura Mendonça
Serviço de Urologia
do Hospital Pulido Valente
e-mail:
tiago.a.mendonca@
gmail.com

Introdução

As condições inflamatórias, sobretudo aquelas de natureza infecciosa, são as entidades nosológicas que mais frequentemente envolvem o epidídimo.^[1]

Tratando-se de doenças de curso habitualmente benigno, a sua importância é muitas vezes desvalorizada, atitude que pode conduzir a erros e/ou atrasos na formulação do diagnóstico correcto e na instituição da terapêutica adequada.

Com o presente artigo pretende-se fazer uma revisão da literatura científica recentemente publicada nesta área, de forma a melhor sistematizar a abordagem clínica do doente com epididimite.

I. EPIDIDIMITE AGUDA

A **epididimite aguda** caracteriza-se por dor escrotal e aumento de volume do epidídimo, habitualmente unilateral, com menos de 6 semanas de evolução.^[2]

I – Epidemiologia

O pico de incidência da epididimite aguda situa-se na terceira década, e 70% dos casos ocorrem entre os 20 e os 39 anos. O lado direito é afectado com igual frequência ao lado esquerdo. O envolvimento bilateral é mais raro (9%). Não parece haver predominância racial.^[3]

2 – Etiologia

a) *Infecçiosa*

A etiologia mais frequente da epididimite aguda é a infecção bacteriana.

Nos indivíduos com **idade inferior ou igual a 35 anos** esta infecção é habitualmente transmitida por via sexual. Como tal, os agentes habitualmente implicados são aqueles que provocam uretrite, sendo o mais frequentemente isolado *Chlamydia trachomatis* (até 85% dos casos analisados por técnicas de amplificação de DNA), seguida por *Neisseria gonorrhoeae*.^[4] A epididimite a *Escherichia coli* é rara nos jovens, estando porém a sua incidência aumentada em grupos que praticam relações sexuais anais não protegidas.^[3] *Ureaplasma urealyticum*, *Enterococcus faecalis* e *Pseudomonas aeruginosa* são exemplos de outros agentes possíveis mas menos habituais neste grupo etário.^[1]

Em indivíduos com **idade superior a 35 anos**, a uretrite transmitida por via sexual é menos comum.^[4] Assim, a epididimite aguda está em regra associada a **bacteriúria** provocada por microorganismos entéricos Gram-negativos que entram no tracto genitourinário por via não-sexual,^[5,7] sendo a *Escherichia coli* o mais comum. *Klebsiella*, *Pseudomonas* e *Proteus* são ocasionais.

A maior prevalência de patologia urológica na população com mais de 35 anos é apontada por vários autores como o principal factor responsável pela diferença nos agentes etiológicos responsáveis pela epididimite aguda: a estase urinária e o aumento de pressão uretral durante a micção presentes em situações como a HBP ou o aperto uretral predispoem ao refluxo de urina infectada através dos canais ejaculadores.^[2] Além disso, os **procedimentos urológicos**, tais como algaliação, cistoscopia, cirurgia transuretral, cirurgia prostática ou vasectomia, potenciam o risco de epididimite a Gram-negativos.

A **tuberculose** é uma forma infecciosa de epididimite aguda rara nos países desenvolvidos mas que se reveste de maior importância em áreas de grande prevalência, como no nosso país, onde se assiste a um recrudescimento desta doença. O agente *Mycobacterium tuberculosis* pode atingir o epidídimo por via hematogénea ou linfática, ou ainda por disseminação, a partir do rim infectado, à próstata e ao epidídimo.^[1] Esta entidade requer um elevado índice de suspeição, uma vez que a epididimite tuberculosa cursa habitualmente com uroculturas negativas para *M. tuberculosis* e o diagnóstico definitivo muitas vezes só é possível por análise histopatológica.^[2]

A epididimite tuberculosa pode ainda apresentar-se como uma complicação da imunoterapia intra-vesical com Bacilo de Calmette-Guérin (BCG).^[1]

Outras causas infecciosas menos comuns incluem a infecção pelo vírus da parotidite epidémica, a brucelose, a blastomicose e infecções a *Candida* (estas últimas mais frequentes em doentes imunossuprimidos).

b) *Não-infecciosa*

A **amiodarona**^[1,2,7] pode causar uma epididimite através de um mecanismo fisiopatológico não totalmente esclarecido: além do efeito tóxico directo do fármaco, cuja concentração no epidídimo pode ser até 300 vezes superior à sua concentração sérica, a identificação de anticorpos anti-amiodarona em doentes com toxicidade clínica coloca a hipótese da existência de fenómenos auto-ímmunes.

Esta forma de epididimite responde rapidamente à interrupção da terapêutica com amiodarona.

As **vasculites** são uma causa rara de epididimite. Já foram descritos casos em doentes com poliarterite nodosa, doença de Behçet e púrpura de Henoch-Schönlein.

A epididimite **traumática**^[1] pode ocorrer na sequência de lesão iatrogénica do epidídimo durante uma intervenção cirúrgica no escroto. No entanto, resulta

mais frequentemente de um traumatismo escrotal e apesar de estar habitualmente associada a outras complicações que requerem exploração cirúrgica (rotura ou enfarte testiculares, hematoma intratesticular), a epididimite traumática pode ocorrer como fenómeno isolado, necessitando apenas de terapêutica conservadora.

3 – Clínica

A epididimite aguda pode ser totalmente assintomática, mas em regra surge associada a uma combinação dos seguintes sintomas:

- dor escrotal e/ou pélvica de instalação gradual
- febre
- edema e/ou eritema do escroto
- nódulo palpável
- ardor ou dificuldade uretral e/ou polaquiúria
- corrimento uretral ou pús no ejaculado

A dor caracteriza-se pela sua instalação gradual, velocidade de progressão variável (horas a dias), intensidade crescente, muitas vezes acompanhada por febre. O escroto apresenta-se eritematoso e com aumento de volume.

A epididimite adquirida por contacto sexual pode ser acompanhada de uretrite, com queixas de dificuldade miccional e corrimento uretral mucoso ou mucopurulento. Este deve ser pesquisado através da inspecção do meato uretral externo e da compressão longitudinal da uretra.^[7] Note-se que a ausência de corrimento não exclui a presença de uretrite.^[8]

A palpação do escroto revela tumefacção dolorosa que habitualmente tem início na cauda do epidídimo, podendo estender-se aos restantes elementos (corpo e cabeça) e ao testículo. O cordão espermático apresenta-se em regra tumefacto e doloroso à palpação.^[4]

De acordo com uma revisão de 121 casos,^[6] 75% dos doentes têm febre (>37.5°C), 62% apresentam eritema da pele do escroto e 58% têm orquite clínica. Cerca de um terço dos doentes referem dificuldade miccional, geralmente associada à uretrite. Em termos laboratoriais, 62% apresentam contagem leucocitária >10.000/mm³ e 21% têm urocultura positiva. A coexistência de prostatite não é frequente (8% dos casos).

A epididimite aguda pode ainda manifestar-se sob formas raras, tais como fístula cutânea do escroto, hematospermia ou septicémia.

Finalmente, é importante lembrar que 40% dos doentes com epididimite a *C. trachomatis* são totalmente assintomáticos.^[1]

4 – Investigação Laboratorial

Em todos os indivíduos com suspeita de epididimite devem ser realizados numa primeira abordagem os seguintes exames auxiliares de diagnóstico:

- hemograma e bioquímica com avaliação de parâmetros analíticos de inflamação;
- análise bioquímica e microscópica de urina;
- urocultura;
- serologia para *Chlamydia trachomatis* (IgM).

Nos doentes em risco para doenças sexualmente transmissíveis deve ainda ser realizado um esfregaço uretral para pesquisa de *Neisseria gonorrhoeae*. A presença de uretrite apoia o diagnóstico de epididimite.

Note-se que o esvaziamento vesical deve ser evitado nas duas horas que antecedem o esfregaço uretral, uma vez que o fluxo de urina na uretra pode “arrastar” os microorganismos, reduzindo a sua concentração e, assim, dificultando a sua identificação.^[2]

5 – Diagnóstico Diferencial

O principal diagnóstico diferencial da epididimite aguda é a **torção testicular ou do cordão espermático**.

A confusão diagnóstica é mais frequente nos indivíduos com menos de 35 anos, nos quais ambas as patologias são comuns.^[4,7] Alguns factores de simples avaliação que sugerem torção testicular^[7] são:

- história mais recente (em média 4 horas de evolução à apresentação)
- dor testicular moderada a grave de instalação súbita
- posição anómala do testículo, que se encontra elevado devido ao encurtamento do cordão e, em alguns casos, com horizontalização do seu maior eixo.

A **ecografia testicular com Color Doppler** é hoje em dia o estudo de eleição na avaliação do escroto agudo. Nos casos de epididimite aguda constata-se uma hipervascularização e aumento do fluxo sanguíneo escrotal resultantes da inflamação, enquanto na torção há uma marcada redução (ou mesmo ausência) de sinal vascular no testículo com hiperémia peritesticular.^[2]

Nunca é demais enfatizar que **em caso de dúvida diagnóstica a exploração cirúrgica do escroto é mandatória**.

Outros diagnósticos diferenciais menos habituais incluem alguns casos de uretrite (que podem cursar com dor escrotal), tumor do testículo (que porém raramente apresenta quadro sugestivo de epididimite isolada), traumatismo ou hérnia inguinal.

6 – Tratamento

O tratamento da epididimite aguda inclui medidas gerais e antibioterapia.

As **medidas gerais** consistem em repouso no leito, elevação do escroto, gelo local, analgésicos e anti-inflamatórios não esteróides.

A **antibioterapia** empírica deve basear-se na idade, na história sexual, nos antecedentes de instrumentação do tracto urinário e no conhecimento das sensibilidades antibióticas locais dos principais agentes patogénicos sexuais e urinários.

1 – Indivíduos com idade < 35 anos, com epididimite aguda adquirida presumivelmente por via sexual:

- doxiciclina 100 mg 12/12 horas durante 10 a 14 dias;
- se houver suspeita de infecção gonocócica, adicionar dose única de ciprofloxacina 500 mg via oral ou de ceftriaxone 250 mg intra-muscular.

2 – Indivíduos com idade > 35 anos e com epididimite aguda associada a bacteriúria:

- ciprofloxacina 500 mg 12/12 horas durante 10 dias ou, em alternativa,
- ofloxacina 200 mg de 12/12 horas durante 14 dias.

Note-se que a ofloxacina possui também actividade anti-clamídia, pelo que está indicada nos jovens que apresentem intolerância às tetraciclina e nos casos de etiologia indeterminada.

As situações mais graves podem requerer terapêutica endovenosa nos primeiros dias.

Todos os doentes devem ser reavaliados após 72 horas de tratamento. A ausência de melhoria obriga à revisão do diagnóstico e/ou da terapêutica instituída. Os factores que sugerem má-resposta incluem sépsis, edema escrotal marcado, dor testicular severa e fixação à parede do escroto.

80% das parceiras sexuais de indivíduos < 35 anos com epididimite têm serologias positivas para clamídia,

independentemente do resultado do doente.^[2] Assim, nas suspeitas de infecção por esse agente deve realizar-se pesquisa de clamídia na parceira sexual e oferecer tratamento se necessário.

A **terapêutica cirúrgica** da epididimite aguda tem sido reservada para a resolução de complicações da doença, tais como abscessos do epidídimo ou do testículo.

7 – Evolução e Complicações

A epididimite aguda sexualmente adquirida do jovem cursa habitualmente sem complicações, resolvendo em regra após duas semanas de tratamento. No doente com mais de 40 anos é de esperar uma taxa de resolução de 90% aos 30 dias.

A taxa de complicações é mais elevada em indivíduos idosos com bacteriúria e em indivíduos com patologia urológica, e inclui dor e/ou edema residuais, abscesso do epidídimo, abscesso intra-testicular, enfarte testicular ou atrofia testicular.

II. EPIDIDIMITE CRÓNICA

O episódio agudo de epididimite pode em alguns casos dar lugar a um quadro clínico que tem sido designado por **epididimite crónica**,^[2] caracterizado por uma história com pelo menos 3 meses de evolução de dor e/ou desconforto escrotal localizados ao epidídimo no exame objectivo.^[9] A doença pode assumir um carácter extremamente debilitante e, apesar duma prevalência que parece significativa, nunca foi estudada ou sequer definida de forma consistente e a literatura científica nesta área é manifestamente escassa.

Sabendo-se que estes doentes, em caso de insucesso da terapêutica empírica com antibióticos e/ou anti-inflamatórios habitualmente instituída, acabam muitas vezes por ser submetidos a **epididimectomia** na tentativa de melhorar a sua qualidade de vida, importa sublinhar que as séries publicadas,^[10,11] apesar de incluírem amostras pouco significativas, exibem resultados muito pouco satisfatórios para esta abordagem cirúrgica que, como tal, **não é recomendada**.

O tratamento mais eficaz para a epididimite crónica permanece, deste modo, por definir, facto a que não será alheia a ausência de estudos prospectivos neste campo.

Conclusão

A patologia inflamatória é aquela que mais frequentemente afecta o epidídimo.

A epididimite aguda é uma entidade nosológica bem estudada, acerca da qual a literatura científica publicada permite elaborar recomendações de diagnóstico e terapêutica baseadas na evidência. Ao longo deste artigo foi feita uma revisão dessas recomendações.

No que diz respeito à epididimite crónica, a virtual ausência de estudos publicados condiciona uma abordagem empírica com resultados frequentemente insatisfatórios.

Bibliografia

1. Chan PTK, Schlegel PN. Inflammatory conditions of the male excurrent ductal system. Part I. *J Androl* 2002; 23 (4): 453-460
2. Luzzi GA, O'Brien TS. Acute epididymitis. *BJU Int* 2001; 87: 747-55.
3. Mitemeyer BT, Lennox KW, Borski AA. Epididymitis: a review of 610 cases. *J Urol* 1966; 95: 390-2
4. Berger RE, Lee JC. Sexually transmitted diseases: the classic diseases. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ eds. *Campbell's Urology*. 8th edition. Philadelphia: Saunders 2002: 678-80
5. Drury NE, Dyer JP, Breitenfeldt N, Adamson AS, Harrison, GSM. Management of acute epididymitis: are european guidelines being followed? *Eur Urol* 2004;46: 522-525
6. Kaver I, Matzkin H. Epididymo-orchitis: a retrospective study of 121 patients. *J Fam Pract* 1990; 30: 548-52
7. Marcozzi D, Suner S. The nontraumatic acute scrotum. *Emerg Med Clin North Am* 2001; 19 (3): 547-68
8. Horner PJ. European guideline for the management of epididymo-orchitis and syndromic management of acute scrotal swelling. *Int J STD AIDS* 2001; 12 (3): 88-93
9. Nickel JC, Siemens DR, Nickel KR, Downey J. The patient with chronic epididymitis: characterization of an enigmatic syndrome. *J Urol* 2002; 167: 1701-1704
10. Padmore DE, Norman RW, Millard OH. Analyses of indications for and outcomes of epididymectomy. *J Urol* 1996; 156: 95-96
11. Sweeney P, Tan J, Butler MR, McDermott TED, Grainger R, Thornhill JA. Epididymectomy in the management of intrascrotal disease: a critical reappraisal. *Br J Urol* 1998; 81: 753-755