

CC 277

LUCIANO DE MELLO

**IMPORTÂNCIA DO PEQUENO TRAUMA DE
REPETIÇÃO COMO CAUSA DE DOR TESTICULAR**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

LUCIANO DE MELLO

**IMPORTÂNCIA DO PEQUENO TRAUMA DE
REPETIÇÃO COMO CAUSA DE DOR TESTICULAR**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
no Curso de Graduação em Medicina.**

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Edson José Cardoso

Orientador: Prof. Dr. Rogério Paulo Moritz

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

Ao meu orientador, **Prof. Dr. Rogério Paulo Moritz**, meu muito obrigado pela oportunidade de trabalhar a seu lado e adquirir experiências que permitiram meu amadurecimento científico e profissional.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me trazer a esperança e a confiança num mundo melhor e mais bonito, onde a família continue sendo a base de tudo.

A meu pai, **Sérgio Campos de Mello**, por ter me dado educação e condições de concluir este curso.

Em especial a minha mãe, **Deonilde de Mello**, que esteve ao meu lado nas melhores horas da minha vida e principalmente me acolheu e me deu conforto nos momentos de tristeza.

Ao **Prof. Dr. Paulo Freitas**, responsável pela análise estatística desta pesquisa.

Ao **Marcos**, a **Juliana** e a **Katia**, que me ajudaram na elaboração final desta pesquisa.

Ao **Ultralitho Centro Médico**, na pessoa do **Dr. Sérgio Rubem Porto** por permitir que esta pesquisa fosse realizada naquela instituição.

A todos aqueles, que contribuíram de forma significativa em mais esta jornada de minha vida, meu carinho especial.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO	8
3. MÉTODO	9
4. RESULTADOS	12
5. DISCUSSÃO	21
6. CONCLUSÕES	25
7. REFERÊNCIAS	26

RESUMO

SUMMARY

APÊNDICE

1. INTRODUÇÃO

Os testículos são os órgãos principais da reprodução masculina. Sendo órgãos pares que apresentam em média 4 à 5 centímetros de comprimento e 2,5 a 3,5 centímetros de largura num adulto normal⁽¹⁾. Estão localizados na bolsa escrotal, que abriga junto com os testículos os cordões espermáticos e os epidídimos. Dá-se o nome de cordão espermático ao pedículo que sustenta a gônada e seu epidídimo, ambos contidos na túnica fibrosa da bolsa. O testículo direito encontra-se geralmente acima do esquerdo.

O epidídimo é um órgão alargado situado sobre a borda postero-superior do testículo e que absorve a convexidade da glândula que o hospeda. Adjacentes ao testículo e seu epidídimo encontramos pequenas estruturas rudimentares em forma lacrimal, denominadas hidátides de Morgani. Outros apêndices são encontrados na cabeça do epidídimo, deferente, e cordão espermático, sendo denominados respectivamente hidátides pediculada, vasos aberrantes de Haller e órgão de Giraldis⁽²⁾.

A artéria testicular é a principal via de irrigação dos testículos, sendo a mesma ramo direto da artéria aorta. A drenagem venosa é feita pelo plexo panpiniforme, que ao nível do ânulo inguinal profundo dá origem a veia testicular, sendo que a direita esta drena para veia cava inferior e a esquerda para veia renal esquerda.

A drenagem linfática testicular é feita por linfáticos que acompanham as veias e são aferentes aos linfonodos aórticos, situados nas proximidades das artérias testiculares.

A inervação dos testículos tem origem nos plexos aórtico e renal, que por sua vez se comunicam com o plexo solar. As lesões traumáticas dos testículos podem causar dor abdominal aguda por causa da intercomunicabilidade dessas

inervações, da mesma forma que uma doença intra-abdominal pode causar dor referida para os testículos⁽¹⁾.

Histologicamente temos duas estruturas principais nos testículos, os túbulos seminíferos, que são responsáveis juntamente com as células de Sertoli pela espermatogênese; e as células intersticiais ou de Leydig, que secretam hormônios androgênicos, principalmente testosterona⁽²⁾.

A atividade bioquímica dos testículos, no que diz respeito a produção de testosterona e de outros hormônios androgênicos, é extremamente complexa, porém é regulada, em parte, através de mecanismo de *feedback* do hipotálamo e da glândula pituitária pela liberação do hormônio luteinizante. A produção de testosterona e sua liberação no organismo masculino possibilitam o desenvolvimento dos órgãos sexuais secundários e mantêm a constituição corpórea masculina, sendo essenciais às funções sexuais e reprodutivas. A produção de espermatozóides pelos testículos também é influenciada pelos hormônios da hipófise, principalmente o folículo estimulante, através de mecanismo semelhante⁽¹⁾.

A dor testicular é causa freqüente de consultas na especialidade de urologia e na emergência geral. Inúmeras causas podem ser levantadas frente a um paciente com dor testicular. Sendo de fundamental importância diferenciarmos o quadro agudo do crônico. O episódio agudo de dor testicular recebe a denominação de escroto agudo, onde se inclui todas as condições patológicas que produzem dor testicular intensa e súbita, geralmente acompanhada de inflamação da bolsa escrotal e com menos de dois dias de evolução⁽³⁾. As principais causas de escroto agudo incluem: torção testicular, torção de apêndices testiculares, epididimite aguda, orquite, hérnia estrangulada, tumor testicular, hidrocele aguda, trauma, síndrome de Fournier, escroto agudo idiopático^(4,5). A dor testicular crônica é definida como uma dor constante ou intermitente nos

testículos, com uma duração igual ou superior à 3 meses, que interfere na vida diária do paciente⁽⁶⁾. Destacam-se: varicocele, microlitíase testiculares, seqüela de trauma testicular prévio, testodínia, complicação de vasectomia^(7, 8,9,10,11,12). A dor testicular que tem uma duração entre dois dias e 3 meses é classificada como subaguda.

A torção testicular tem uma incidência de 1/4000 homens, sendo a faixa etária de 9 a 15 anos a mais atingida, com poucos casos acima de 35 anos⁽⁴⁾. O escroto agudo representa 0,3% do total de consultas médicas na emergência pediátrica⁽³⁾. Geralmente a torção ocorre de modo espontâneo, às vezes até durante o sono. A atividade física e sexual pode predispor a torção ou mesmo agrava-la pela contração do músculo cremastérico. O início da dor é aguda, associada a edema escrotal, náuseas, vômitos, dor abdominal e ocasionalmente febre⁽¹⁾. Os mecanismos levantados para explicar a torção incluem: contração forçada do músculo cremastérico; obstrução venosa levando a edema, congestão e dor, podendo ser seguido de infarto e necrose testicular. O diagnóstico baseia-se na história clínica e exame físico associado ao estudo ultra-sonográfico com Doppler colorido. O estudo da urina é negativo. O tratamento consiste na restauração cirúrgica da vascularização testicular, já que em 5 a 6 horas de sofrimento vascular já temos comprometimento da espermatogênese e com 10 horas temos necrose das células de Leydig. A exploração cirúrgica é mandatória quando não for possível o uso da ultra-sonografia com Doppler na investigação⁽¹¹⁾.

A torção dos apêndices testiculares constitui a principal causa de escroto agudo em pacientes pediátricos. No Hospital Infantil Joana de Gusmão (Florianópolis, SC) a incidência de torção das hidátides de Morgani em 93 pacientes que foram à exploração cirúrgica foi de 60,2%⁽²⁾. Em 457 casos analisados por Abbate foi de 78,1%⁽²⁾. O quadro clínico do paciente assemelha-se

ao da torção testicular, caracterizando-se por uma evolução mais gradual que a da torção, uma sensibilidade mais localizada e reflexo cremastérico positivo, enquanto na torção é negativo. Temos nos exames complementares um exame de urina negativo e um aumento do fluxo sanguíneo no Doppler. A dor na maioria dos casos não responde aos anti-inflamatórios não-esteróides e analgésicos. Seu tratamento consiste no repouso no leito com suspensão dos testículos.

A epididimite em adolescentes e adultos jovens está frequentemente associada ao ato sexual, sendo geralmente de causa viral sem a presença de infecção do trato urinário baixo. Já no pré-púbere, geralmente associa-se a anomalias do trato urinário. Um episódio de epididimite e infecção do trato urinário baixo nestes pacientes deve ser investigado com ultra-sonografia das vias urinárias e uretrocistografia miccional, para investigação das anomalias. O tratamento da orquite e epididimite inclui antibioticoterapia empírica até que o resultado do exame de urina seja conhecido. Caso o exame de urina seja negativo, os sintomas geralmente se associam a epididimite por refluxo vesical. O repouso no leito com elevação dos testículos ajuda a melhorar a dor. Anti-inflamatórios e analgésicos podem ser utilizados. A endureção testicular pode levar várias semanas para sua resolução⁽¹¹⁾.

A hérnia estrangulada pode vir a causar um quadro de escroto agudo⁽⁵⁾. Esta possibilidade deve ser lembrada frente a um paciente que tem história de aumentos repetitivos da bolsa escrotal. Seu diagnóstico pode ser auxiliado pela ultra-sonografia. Os casos de hérnia encarcerada são de exploração cirúrgica de urgência, enquanto a hérnia que é redutível deve ser operada de forma eletiva.

Os tumores testiculares representam 0,5% das neoplasias do sexo masculino, tendo uma incidência anual de 1/ 50.000 indivíduos ano. Ocorrem mais em brancos (3:1 nos E.U.A e 20:1 na África). Atinge principalmente indivíduos na faixa dos 15 aos 34 anos. Destacam-se os tumores do saco

vitelínico na infância, os tumores não-seminomatosos entre 18 e 25 anos, seminomas entre 25 e 35 anos e os linfomas no idoso. Na sua etiologia são relacionados: história de trauma (não como causa, mas como fator que chama a atenção), criptorquidia (risco 50 vezes maior), atrofia testicular, genética e fatores hormonais como estrógenos e progesterona no início da gravidez levando a alterações disgenéticas. A dor testicular está presente em 1/3 dos casos e em geral é de baixa intensidade, sendo a apresentação aguda rara e associada a infarto e hemorragia intra-tumoral. Na maioria dos casos temos aumento de volume indolor da bolsa escrotal, com um testículo endurecido, com áreas nodulares e hemi-bolsa acometida mais baixa. O diagnóstico diferencial deve ser feito com orquiepididimite, hidrocele, hérnia, torção e orquite granulomatosa (apenas pelo exame anatomopatológico). O tratamento baseia-se na orquiectomia cirúrgica e radioterapia na dependência do estadiamento e tipo histológico do tumor⁽¹³⁾.

A hidrocele consiste no acúmulo do líquido produzido pela membrana secretora da túnica vaginal, em decorrência de um aumento de produção ou diminuição da reabsorção líquida. Esta última é idiopática, já o aumento da produção pode ser secundário a uma infecção ou traumatismo. Temos ainda a hidrocele congênita por obstrução parcial do processo vaginal, que possibilita assim a descida de líquido peritoneal até a túnica vaginal. A hidrocele causa dor testicular crônica, podendo causar dor aguda quando associada à infecção. Seu diagnóstico é feito a partir do exame de transiluminação auxiliado pela ultrasonografia. O tratamento do quadro crônico é cirúrgico, já nos quadros agudos devemos proceder a drenagem⁽¹⁾.

A síndrome de Fournier é uma infecção polimicrobiana por organismos aeróbicos e anaeróbicos levando a celulite necrotizante e fascíte da região perineal. Acomete principalmente homens na faixa etária dos 50 anos, sendo o

foco geralmente o trato urinário baixo, região anorretal ou pele da região genital. Seus sintomas incluem: queda do estado geral, sendo que 40% dos pacientes já se acham em choque no momento do diagnóstico; dor testicular com hiperemia da bolsa escrotal em 100% dos casos; leucocitose (100%); edema escrotal (86%); febre(72%); glicosúria (47%); necrose perineal (46%)⁽⁴⁾. O tratamento exige desbridamento cirúrgico imediato e agressivo, colostomia e antibioticoterapia sistêmica para germes aeróbicos e anaeróbicos⁽⁰¹⁾.

A dor testicular aguda pode ser ainda idiopática. Neste caso caracteriza-se por início súbito, ausência de sensibilidade com eritema presente ou não. O paciente está afebril e todos os exames são negativos. O tratamento consiste em repouso e suspensão dos testículos.

A microlitíase testicular associada a dor testicular crônica é uma das mais novas patologias associadas ao quadro. Trabalhos têm mostrado a relação entre pacientes com dor testicular crônica, com exame físico normal, associado ao achado de microlitíase testiculares na ultra-sonografia de bolsa escrotal, onde teríamos múltiplas imagens ecogênicas, sem sombra acústica distal, disseminadas em ambos os testículos⁽⁷⁾. Estando este quadro relacionado a presença de hiperuricemia. Lopez Laur, em estudo com 60 pacientes, com idade média de 35,6 anos, com quadro crônico de orquialgia, constatou a presença de hiperuricemia em 61,6% dos casos⁽⁸⁾. Podendo este quadro estar associado ainda a azoospermia. Lopez tratou seus pacientes com uma dieta pobre em purinas e alopurinol 300mg/dia, sendo que houve melhora dos sintomas em 81.06% dos casos.

Orquialgia essencial pode ser definido como um quadro recorrente de dor testicular, num adulto jovem com exame físico normal⁽⁹⁾. Segundo Laeger (1998) esta condição sugere uma doença psicossomática relacionada ao stress. O stress leva a estimulação dos alfa-1 receptores causando contração da musculatura lisa

do deferente e epidídimo. A dor relacionaria então ao espasmo muscular e a obstrução dos canais. A terapia baseia-se no uso combinado de alfa-1 bloqueadores e psicoterapia⁽⁹⁾.

Estudos com pacientes vasectomizados tem demonstrado a dor testicular crônica como uma queixa freqüente. McMabon (1992) em seguimento de quatro anos de 172 pacientes vasectomizados, constatou a queixa de dor testicular crônica em 56 pacientes (33%). Choe and Kirkema (1996) num seguimento de 4,8 anos de 182 pós-vasectomizados, defrontou-se com a queixa de orquialgia crônica em 34 pacientes (18.7%)⁽¹⁰⁾.

Frente a todas estas patologias causadoras de dor testicular temos condutas bem definidas para o diagnóstico e tratamento quando se trata de um quadro agudo. No entanto quando se trata de um caso de dor crônica temos uma lacuna a ser preenchida. O que faz com que parte dos pacientes fique com o diagnóstico de dor testicular inespecífica⁽¹⁴⁾. Estes pacientes em alguns casos acabam então sendo submetidos a tratamentos com anti-inflamatórios não esteroídais, antidepressivos, bloqueio do cordão espermático com solução de 40mg de metilpredinisona e lidocaína a 1%, deservação microcirúrgica do cordão espermático, chegando até a orquiectomia^(6,14,15,16,17).

Moritz, Teixeira, Aguiel, et al (1997) levantaram a hipótese de que o uso freqüente de roupas apertadas, levaria a um trauma leve e constante dos testículos, condição esta que desencadaria à longo prazo dor testicular crônica⁽¹⁸⁾. Relatando que a simples orientação do paciente quanto a mudança de hábitos levaria ao desaparecimento da dor.

2. OBJETIVOS

Este trabalho tem por objetivo realizar um levantamento das principais causas de dor testicular que chegam ao ambulatório de urologia e estabelecer a possível relação entre pequenos traumas de repetição, causados pelos hábitos do paciente, como causa de dor testicular.

3. MÉTODO

Foram utilizados como critérios de inclusão nesta pesquisa os seguintes pré-requisitos: pacientes do sexo masculino, de qualquer idade, que procuraram atendimento com urologista no Ultralitho Centro Médico, exclusivamente devido à dor testicular, seja esta de início súbito ou crônico, de intensidade leve moderada ou severa, no período de 01/02/2000 à 31/01/2001,

Sendo considerada como dor testicular aquela dor localizada em região de bolsa escrotal, com ou sem irradiação, de intensidade leve, moderada ou severa. Sendo esta intensidade classificada de acordo com o reportado pelo paciente durante o preenchimento do questionário (Anexo I).

Foram excluídos da pesquisa aqueles pacientes que apresentaram dor testicular associada a outra queixa, não sendo a dor testicular o motivo principal da consulta e aquele que não aceitou ser incluído na pesquisa. Qualquer paciente que após a inclusão, manifestou o desejo de sua exclusão do projeto, estando ele em qualquer uma das etapas, foi retirado do protocolo.

Os pacientes incluídos assim no protocolo foram submetidos a anamnese e exame físico detalhados, realizados pelo próprio urologista que o atendeu; cabendo a este o preenchimento do questionário específico, que se encontra em anexo (Anexo I). Sendo que todos os pacientes foram interrogados sobre os possíveis hábitos de vida que poderiam levar ao possível desencadeamento da dor, seja esta súbita, aguda ou crônica. Os hábitos pesquisados foram: uso de cueca de tecido sintético apertada, uso de calça jeans apertada, uso freqüente de bicicleta ou motocicleta, cavalgada, surf com roupa de neopreme, relação sexual seguida de dor testicular.

Todos os pacientes incluídos no projeto, tendo diagnóstico definido no primeiro atendimento ou não, foram submetidos aos seguintes exames complementares: ultra-sonografia com Doppler colorido de bolsa escrotal; ultra-sonografia de vias urinárias e parcial de urina.

A ultra-sonografia com Doppler colorido de bolsa escrotal foi realizada com equipamento Siemens® Sonoline Versa, com transdutor de 7,5MHz. Este é o principal método de imagem para avaliação das patologias testiculares⁽¹⁹⁾. A habilidade em distinguir a orquiepididimite da torção é de grande significância clínica naqueles pacientes com início agudo da dor, cabendo ao Doppler papel importante nesta diferenciação. Não só o tratamento adequado depende do correto diagnóstico, mas o resultado deste tratamento também depende do estabelecimento do mesmo. O diagnóstico de varicocele depende da ultra-sonografia com Doppler colorido de bolsa escrotal, assim como a previsão da viabilidade testicular pós-trauma.

A ultra-sonografia de vias urinárias foi realizada com o intuito de localizar possível litíase desencadeando dor para bolsa escrotal, devido à compressão das estruturas nervosas que inervam o testículo no trajeto do ureter..

O exame parcial de urina faz parte do protocolo de investigação de dor testicular, já que a presença de piúria, na presença ou não de bacteriúria, confirma o diagnóstico de orquiepididimite. O achado de hematúria sugere a presença de litíase urinária.

Os pacientes foram então divididos em 03 grupos, após a realização do primeiro atendimento:

Grupo 1: pacientes no qual o urologista responsável, a partir da anamnese e exame físico, concluiu o diagnóstico do mesmo.

Grupo 2: pacientes que com a realização da historia clínica e exame físico não apresentaram doença clínica evidente causadora da dor e que foram

orientados para a retirada dos possíveis fatores desencadeantes da dor já na primeira consulta, de acordo com o protocolo.

Grupo 3: pacientes que com a realização da história clínica e exame físico não apresentaram doença clínica evidente causadora da dor e que após 15 dias retornaram com os exames complementares e foram orientados para retirar os possíveis fatores desencadeantes apenas após a segunda consulta.

Os pacientes do grupo 1 receberam tratamento e orientações adequados para a doença específica, já no primeiro atendimento. Os pacientes sem evidencia de doença clínica específica, foram incluídos nos grupos 2 e 3 aleatoriamente.

Todos os pacientes retornaram para nova consulta num período de quinze a vinte dias. Nesta oportunidade, coube ao urologista responsável pelo atendimento complementar o preenchimento do questionário e a análise do resultado dos exames complementares, definindo o diagnóstico, que foi utilizado para fins de análise da pesquisa. Naquele momento era importante se havia desaparecimento ou não da dor.

Foi realizado estudo comparativo da evolução da dor nos grupos 2 e 3, o que possibilitou a análise da validade das orientações quanto à retirada dos hábitos de vida do paciente que estariam desencadeando a dor sem a presença de uma patologia específica.

Os dados foram tabulados com o auxílio do programa, **MICROSOFT EXCEL** para posterior confecção de tabelas e gráficos, de onde foram retirados os resultados.

4. RESULTADOS

Foram analisados durante o período da pesquisa 34 pacientes.

A tabela I demonstra que a distribuição pela faixa etária de pacientes com dor testicular variou de 18 à 59 anos, sendo que 7 dos pacientes situavam-se abaixo dos 26 anos e o restante, ou seja, 27 pacientes com 26 anos de idade ou mais. Pacientes acima de 46 anos representaram 17,6% do total. A faixa etária mais acometida situou-se entre os 36 e 45 anos de idade. A média de idade ficou em torno de 35 anos.

Tabela I – Distribuição dos pacientes acometidos por dor testicular, por faixa etária (N=34).

Faixa etária (anos)	Nº pacientes	% total
16 - 25	7	20,6
26 - 35	9	26,5
36 - 45	12	35,3
46 - 55	5	14,7
> 56	1	2,9
Total	34	100,0

Fonte: dados coletados pelo autor.

Quanto a intensidade da dor, 13 (39%) dos pacientes graduaram a dor testicular como sendo de forte intensidade, enquanto 9 (26%) a graduaram como moderada e 12 (35%) como leve (figura1).

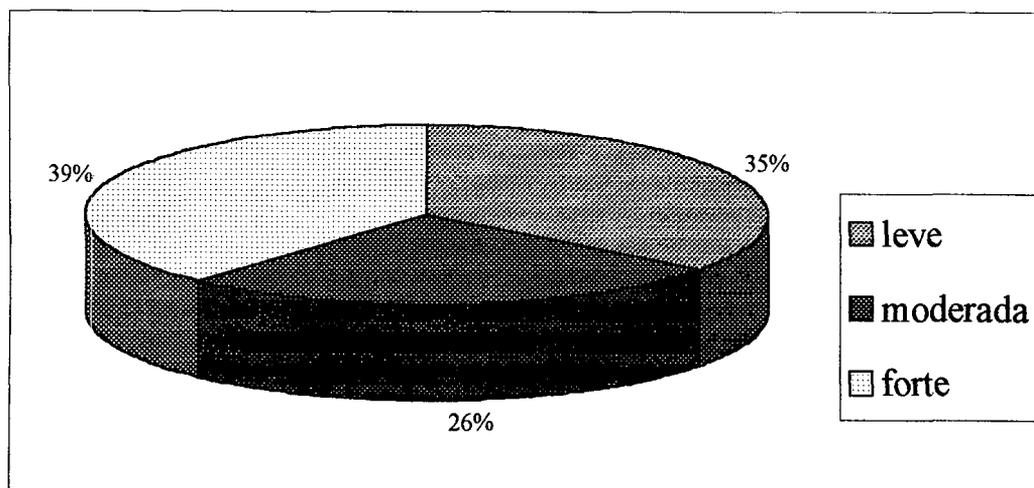


Figura 1 – Gráfico demonstrativo da graduação da intensidade da dor testicular (N=34).

Dezoito pacientes (52,9%) referiam o episódio de dor testicular que lhe motivou a consulta como sendo o seu primeiro quadro de dor testicular, enquanto 16 (47,1%) pacientes já referiam quadro semelhante anterior.

A dor testicular aguda, conforme a figura 2, foi relatada por 5 (14,7%) pacientes, enquanto 15 (44,1%) deles referiam dor entre dois dias e 3 meses de duração e 14 (41,2%) pacientes referiam dor testicular crônica.

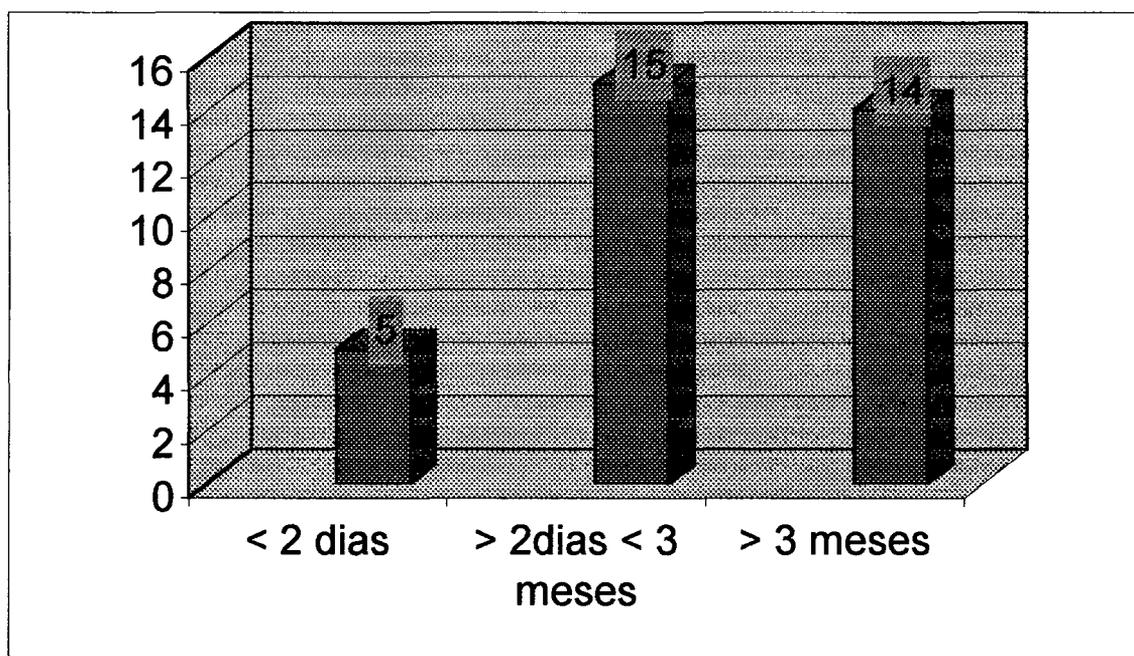


Figura 02 – Gráfico demonstrativo do tempo de evolução da dor (N=34).

A tabela II demonstra que 15 pacientes, não relacionaram a dor testicular com nenhuma causa específica, quando interrogados a respeito ao que estaria causando a dor em questão. A relação sexual como causa foi citada por 5 pacientes, enquanto 4 pacientes relacionaram a dor ao uso de cueca apertada.

Tabela II – Quadro demonstrativo das possíveis causas de dor testicular relatadas pelos pacientes. (N=34)

Causa da dor testicular	n ^o pacientes	%
Não sabe	15	44,1
Relação sexual	05	14,7
Cueca apertada	04	11,7
Calça jeans	02	5,8
Litíase renal	02	5,8
Infecção	01	2,91
Ciclismo	01	2,91
Muito tempo sentado	01	2,91
Seqüela de vasectomia	01	2,91
Seqüela de caxumba	01	2,91
Problema vascular	01	2,91
Total	34	100,0

Fonte: dados coletados pelo autor.

Dos 34 pacientes analisados nesta pesquisa, conforme a tabela III 24 não apresentavam sinais de exame físico que justificassem a dor referida, no momento da primeira consulta. Sendo que dos 10 pacientes que apresentavam sinais clínicos evidentes 05 apresentavam dor a palpação testicular, 03 hiperemia e 03 espessamento de epidídimo.

Tabela III – Demonstrativo dos achados ao exame físico dos pacientes com dor testicular no momento da sua inclusão (n=34).

Ao exame	n ^o pacientes	%
Exame físico normal	24	70,6
Dor	05	14,7
Hiperemia	03	8,8
Espessamento do epidídimo	03	8,8
Aumento do volume testicular	03	8,8
Diminuição unilateral do volume testicular	02	5,8
Varicocele	01	2,9
Retração testicular	01	2,9

Fonte: dados coletados pelo autor.

Quanto aos diagnósticos firmados na primeira visita do paciente ao urologista, de acordo com a tabela IV, foram diagnosticados 02 casos de orquiepididimite, 01 caso de torção testicular, 01 epididimite e um caso de torção de hidátide.

Tabela IV – Patologias diagnosticadas durante o primeiro atendimento dos pacientes com dor testicular (n=5).

Patologia	n ^o pacientes
Torção testicular	01
Epididimite	01
Orquiepididimite	02
Torção de hidátide	01
Nenhuma	29
Total	34

Fonte: dados coletados pelo autor.

De acordo com a figura 03, dentre os 29 pacientes que ficaram sem diagnóstico na primeira consulta, 22 não apresentavam patologias prévias que poderiam ser a causa da dor testicular, enquanto 02 apresentavam história de hérnia inguinal, 02 apresentavam hiperplasia prostática benigna (HPB).

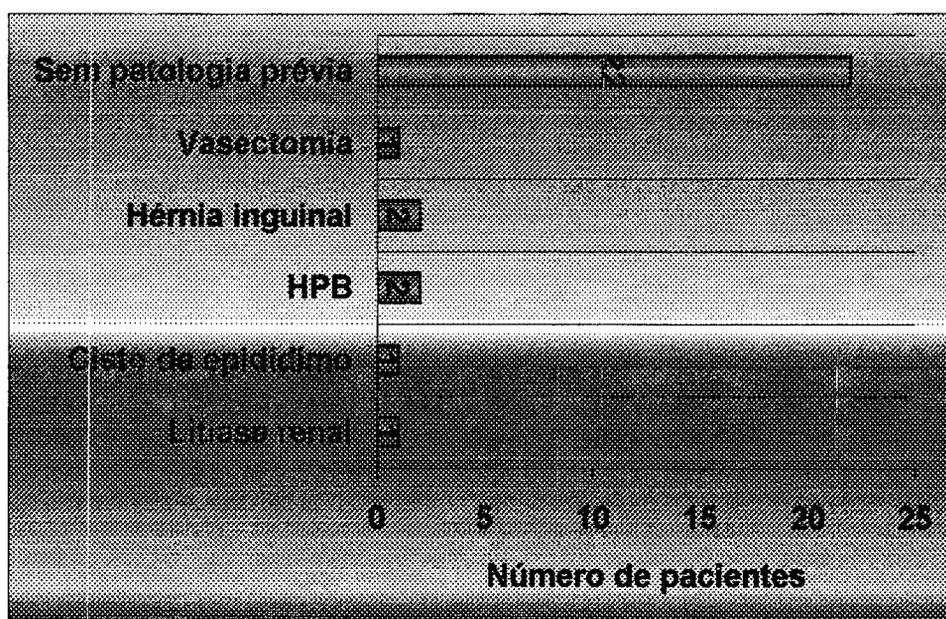


Figura 03 – Gráfico demonstrativo da distribuição de patologias prévias nos pacientes com dor testicular.

Dentre os 29 pacientes da pesquisa, que não obtiveram seu diagnóstico firmado na primeira consulta, 26 deles mesmo após a realização dos exames permaneceram sem causa definida. Três destes 29 pacientes obtiveram diagnóstico com a investigação, como demonstra a tabela V.

Tabela V – Diagnósticos firmados após investigação dos pacientes sem causa definida na primeira consulta (n=29).

Origem da dor	nº pacientes	%
Dor inespecífica	26	89,6
Cálculo ureteral direito	02	6,9
Microlitíase testicular bilateral	01	3,5
Total	29	100,0

Fonte: dados coletados pelo autor.

Entre os pacientes que ficaram firmados como dor testicular inespecífica, como demonstra a tabela VI, 11 (42,3%) não apresentaram alterações à ultra-sonografia de bolsa escrotal, assim como a ultra-sonografia de rins e vias

urinárias. O achado ultra-sonográfico mais freqüente foi a varicocele, presente em 7 (26,9%) pacientes.

Tabela VI – Achados ultra-sonograficos em pacientes com dor testicular inespecífica.

Achados ultra-sonográficos	nº pacientes	%
Estudo ultra-sonografico normal	11	42,5
Varicocele bilateral	04	15,5
Varicocele unilateral	03	11,5
Cisto de epidídimo	03	11,5
Varicocele e litíase renal	01	3,8
Varicocele e cisto de epidídimo	01	3,8
Litíase renal bilateral	01	3,8
Litíase renal e cisto de epidídimo	01	3,8
Varicocele bilateral, cisto de epidídimo e litíase renal	01	3,8
Total	26	100,0

Fonte: dados coletados pelo autor.

Quando interrogados sobre os possíveis hábitos de vida que poderiam estar associados à presença de dor testicular, conforme mostra a figura 04, 21 (80,7%) deles relataram o uso freqüente de calça jeans apertada, 15 (57,7%) uso de cueca de tecido sintético apertada, 04 (15,4%) a prática freqüente de ciclismo, sendo que apenas um deles relatou o uso freqüente de motocicleta.

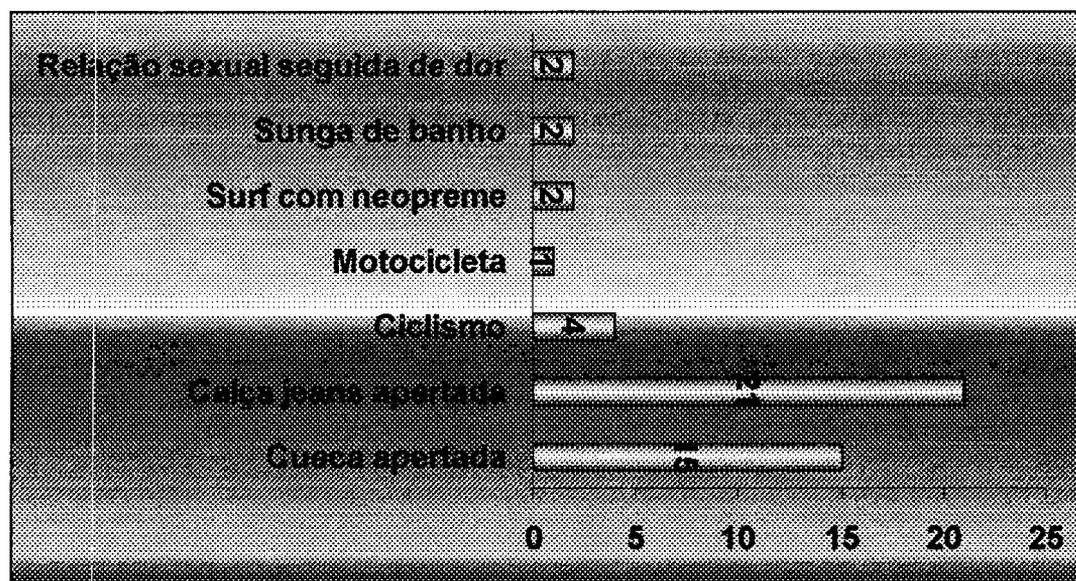


Figura 04 – Gráfico demonstrativo dos possíveis hábitos de vida desencadeadores de dor testicular em pacientes com dor testicular inespecífica.

A tabela VII mostra a comparação da evolução da dor, no período entre a primeira e a segunda consulta, entre os pacientes com dor testicular inespecífica que foram orientados para retirada dos possíveis fatores desencadeantes na primeira consulta e aqueles que foram orientados para sua retirada após a segunda consulta. Observamos que 10 (76,9%) dos pacientes orientados para retirada no primeiro atendimento obtiveram desaparecimento da dor e naqueles orientados para retirar apenas a partir da segunda consulta apenas 02 (15,4%) obtiveram desaparecimento da dor no período. O que demonstrou que os pacientes orientados para retirada dos fatores desencadeantes tiveram uma chance 18 vezes maior de não referir dor testicular no segundo atendimento que aqueles que não retiraram os fatores desencadeantes no período, dentro de intervalo de confiança que vai de 1,9 a 247. A análise estatística destes dados revela $p < 0.05$, portanto, que existe significância entre os resultados. Ou seja, que

a retirada do possível fator desencadeante eliminou o quadro de dor de forma significativa quando comparado com o grupo controle.

Tabela VII – Quadro comparativo da evolução da dor após 15 dias entre os pacientes orientados para retirada dos possíveis fatores desencadeantes na primeira consulta e aqueles orientados para retirada a partir da segunda consulta. (n=26)

Orientado na primeira consulta		Orientado na segunda consulta	
Desapareceu	10 (76,9%)	Desapareceu	02 (15,4%)
Inalterado	03 (23,1%)	Inalterado	11 (84,6%)
Total	13 (100%)	Total	13 (100%)

Fonte: dados coletados pelo autor.

p=0.016

5. DISCUSSÃO

Com base em estudos anteriores^(3, 4,5,11), a epididimite e orquiepididimite são as principais causas de escroto agudo nos pacientes acometidos com dor testicular na faixa etária acima de 35 anos, sendo que esta corresponde a média de idade encontrada entre os pacientes da pesquisa.

Analisando os cinco pacientes que apresentavam clínica compatível com escroto agudo, verificamos 1 caso de epididimite e 2 casos de orquiepididimite, correspondendo a 60% destes pacientes, valor compatível com a literatura⁽⁴⁾. Verificamos ainda que apenas um do total de 34 pacientes, apresentava torção testicular e outro torção de hidátide. Estes valores vieram a nos confirmar ainda mais a distribuição das patologias testiculares agudas por faixa etária, lembrando que estas acometem principalmente a faixa etária abaixo dos 18 anos de idade, sendo incomum acima dessa^(4,11).

Verificamos em nossa pesquisa que a grande maioria dos pacientes que procuraram o urologista por dor testicular não se encaixa na categoria de escroto agudo, já que o tempo de evolução da dor era acima de dois dias em 29 (85,3%) pacientes, sendo que destes 14 (41,2%) já apresentavam dor testicular crônica. É importante ressaltar que 24 destes pacientes não apresentavam dor ao exame testicular.

Mesmo após a investigação diagnóstica padrão para dor testicular⁽¹¹⁾, 26 (76,5%) pacientes permaneceram sem diagnóstico definido, estatística semelhante foi relatada por Cadeddu, Bishoff, Chan, et al⁽¹⁴⁾ (1999).

A ultra-sonografia com Doppler colorido, que apresenta uma sensibilidade de 80% e uma especificidade de 90% na definição das patologias testiculares agudas⁽⁴⁾, foi conclusiva apenas em 3 (10,3%) casos entre aqueles pacientes que

não apresentaram diagnóstico no primeiro atendimento. Sendo assim de pouca valia na definição dos casos, mas ao nosso ver devendo ser utilizada para maior segurança do médico e do paciente.

Várias alternativas de tratamento para estes casos de dor testicular sem causa aparente tem sido propostas na literatura. Yamamoto, Hibi, Katsuno, et al em 1995 sugeriram o uso do bloqueio transretal do plexo pélvico ou a orquiectomia neste pacientes⁽¹⁵⁾. Em estudo de 45 pacientes com dor testicular crônica, Davis, Noble, Weigel, et al (1990), relatou que após terapia clínica com anti-inflamatórios associada ao uso de antibióticos, 31 pacientes evoluíram com persistência da dor, sendo então submetidos a orquiectomia

Lopez⁽⁸⁾ e Chiapetta (1997), levantaram como causa de dor testicular a hiperuricemia. Sessenta pacientes com dor testicular crônica, com idade média de 35,6 anos foram estudados. A hiperuricemia foi diagnosticada em 61,6% dos casos e tratada com alopurinol 300mg/dia, obtendo desaparecimento da dor em 81,06% dos casos.

Kraup⁽⁹⁾ (1998) apresentou como causa de dor testicular a orquialgia essencial, que seria desencadeada por um estresse psicológico do paciente. Sugerindo como tratamento a psicoterapia associada ao uso de bloqueadores α 1-adrenérgicos.

Sendo assim fica claro que ainda não se tem um consenso definido para o tratamento da dor testicular crônica, já que o que se encontra na literatura são apenas trabalhos isolados relatando a experiência específica dos autores em questão com determinados tipos de tratamento, sem confrontar no entanto os resultados obtidos entre si.

Todos os pacientes que ao final de nossa investigação ficaram sem diagnóstico, referiam pelo menos um dos hábitos por nós levantados como desencadeadores de dor testicular. Sendo que o uso de calça jeans apertada foi

relatado por 21 (80,7%) pacientes, seguido do uso da cueca de tecido sintético apertada em 15 (57,7%) pacientes. Quando comparada à evolução da dor no período entre a primeira e a segunda consulta, entre os pacientes que retiraram estes fatores com aqueles que não o fizeram, verificou-se de acordo com a Tabela VII que aqueles que deixaram de lado estes hábitos apresentaram uma chance 18 vezes maior de não referir dor testicular no segundo atendimento que aqueles que não o fizeram. Sendo importante salientar que nenhum deles foi submetido a qualquer outro tipo de terapia clínica ou cirúrgica para alívio da dor. Poupano estes pacientes de ingerir medicamentos e de serem submetidos a algum procedimento intervencionista como punções, bloqueios sensitivos e tratamentos cirúrgicos.

Moritz, Teixeira, Aguiel, et al (1997), em estudo retrospectivo de 34 pacientes com dor testicular afirmaram que o trauma leve e constante, causado pelo uso de roupas apertadas, principalmente calça jeans, foi a principal causa detectada. A simples orientação do paciente foi o suficiente para o desaparecimento da dor em 93,5% dos casos, confrontado com os 76,9% de melhora obtidos em nossa pesquisa. No entanto diferente do presente estudo, Moritz realizou uma pesquisa retrospectivo em que todos os pacientes foram orientados e onde não houve grupo controle.

Sugerimos então que sejam pesquisados em todos os pacientes com dor testicular crônica estes possíveis fatores desencadeantes de dor por nós levantados. Sendo então sugerido ao paciente que a simples retirada dos mesmo pode levar ao alívio da dor, sem no entanto abandonar até que se obtenha um estudo mais elaborado sobre a questão os tratamentos previamente utilizados.

Reconhecemos as limitações metodológicas e estatísticas desta pesquisa, já que contamos com um pequeno número de pacientes. Mas com ela esperamos sugerir novos trabalhos nesta área, com a finalidade de provar que a simples

mudança de costumes do paciente pode deixá-lo livre da dor testicular crônica assim como das terapias até certo ponto mutilantes propostas para o quadro até o momento.

6. CONCLUSÃO

A partir das informações colhidas neste estudo concluímos que a principal causa de consulta com o urologista devido a dor testicular corresponde a dor testicular crônica de origem inespecífica e que as orientações ao paciente quanto a retirada de hábitos como o uso de calça jeans apertada e de cueca de tecido sintético apertada aumentam em muito a chance deste indivíduo de ficar livre da dor.

7. REFERÊNCIAS

1. Weinerth JL. O Sistema Genital Masculino. In: David CS. Sabiston Tratado de Cirurgia. Guanabara Koogan, 15^o ed. Rio de Janeiro;1999.p.1445-1462.
2. Osório A. Afecções agudas da bolsa escrotal. In: Cirurgia pediátrica; Ed. Revinter; 1998.p.706-710
3. Ordorica RF. Escroto Agudo. Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx;55(12):732-7.
4. Burks DD, Markey BJ, Burkhard TK, et al. Suspected testicular torsion and ischemia: evaluation with color Doppler sonography. Radiology 1990; 175:815-821.
5. Paty R and Smith AD. 1992. Urol Clin N Amer. 19(1):149.
6. Davis BE, Noble MJ, Weigel JW, et al. Analysis and management of chronic testicular pain. J Urol 1990; 143(5):936-9.
7. Rascón J, Iribarren I, Patiño E, et al. Testicular microlithiasis: diagnosis associated with orchialgia. Arch Esp Urol, 1998, 51-1, 82-5.
8. López Laur JD, Chiapetta Menéndez J. Chronic orchialgia. A diagnostic and therapeutic hypothesis. Actas Urol Esp. 1997, 21:8, 770-2.
9. Kraup T. Essential testodyni. Ugeskr Laeger, 1998 14 160(51):7444-6.
10. McMahon AJ, Buckley J, Taylor A, et al. Chronic testicular pain following vasectomy. Br J Urol 69:188, 1992.
11. Lewis AG, Bukowski TP, Jarvis PD, Wacksman J, Sheldon CA. Evaluation of acute scrotum in the emergency department. J Pediatric Surg 1995;30:277-82.

12. Mac KD, John; Coz C., Fernando; Diaz, Lidia. Microlitiasis testicular: diagnóstico ecográfico de uma nueva causa de orquialgia e infertilidad. Ver. Chil. Obstet. Ginecol., 1990;55(1):6-9.
13. Srougi M, Simon SD. Tumores Germinativos de Testículo. In: Srougi M, Simon SD. Câncer Urológico. Marprint editora Fotolito e Gráfica Ltda. São Paulo. 1990.p.228-37.
14. Cadeddu JÁ, Bishoff JT, Chan DY, et al. Laparoscopic testicular denervation for chronic orchialgia. J Urol 1999;162(3 Pt 1): 733-5.
15. Yamamoto M, Hibi H, Katsuno S, et al. Managment of chronic orchialgia of unknown etiology. Int J Urol 1995;2(1):47-9.
16. Levine LA, Matkov TG, Lubenow TR. Microsurgical denervation of the spermatic cord: a surgical alternative in the treatment of chronic orchialgia. J Urol 1996, 155(3): 1005-7.
17. Baum N, Defidio L. Chronic testicular pain. A workup and treatment guide for the primary care physician. Pstegrad Med 1995;98(4):151-3, 156-8.
18. Moritz RP, Teixeira NP, Bastian Jr AJ, et al. Dor testicular-principais causas e tratamento. J Brás Urol 1997, 23(supl especial),62.
19. Dubinsky TJ, Chen Phebe, Maklad N. Color-flow and power Doppler imaging of the testes. WJ Urol 1998,16(1): 35-40.

RESUMO

Importância do Pequeno Trauma de Repetição como Causa de Dor Testicular.

Luciano de Mello¹, Rogério Paulo Moritz²

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Dor testicular é causa freqüente de consulta com urologista. É importante distinguir entre dor testicular aguda e crônica. As principais causas agudas são: orquiepididimite, torção testicular e torção de apêndices testiculares. Já nas crônicas destacam-se a dor testicular crônica inespecífica, trauma prévio e microlitíase testicular. O diagnóstico e terapêutica frente ao quadro agudo já está definido, já o quadro crônico foi pouco estudado. Causas e alternativas de tratamento da dor crônica tem sido levantadas, no entanto foi pouco citado na literatura a possível relação desta dor com hábitos do paciente como uso de *jeans* apertado, cueca apertada, uso de bicicleta ou motocicleta. Com este objetivo realizamos um estudo prospectivo levantando as principais causas de dor testicular que chegam ao urologista e a sua possível relação com estes hábitos. Aqueles que apresentavam dor aguda foram tratados de imediato. Os pacientes não diagnosticados no primeiro atendimento, foram interrogados sobre os possíveis hábitos desencadeadores de dor. Sendo divididos aleatoriamente em dois grupos, o primeiro orientado para retirada dos fatores desencadeantes e o segundo grupo orientado apenas após retorno em quinze dias. Todos foram submetidos à ultra-sonografia de bolsa escrotal com Doppler colorido e de rins e vias urinárias. Comparamos a evolução da dor em quinze dias entre os dois grupos. A dor testicular crônica inespecífica foi o principal diagnóstico e os pacientes do grupo um tiveram chance 18 vezes maior de não referir dor na segunda consulta, sendo que a dor desapareceu em 77% destes pacientes, somente com a retirada do fator causal.

¹aluno da 12ª fase do Curso de Graduação em Medicina da UFSC.

²Professor do Departamento de Clínica Cirúrgica da UFSC.

Endereço para correspondência: Luciano de Mello

Rua Antonieta de Barros, 403 apto 208 Estreito
Florianópolis – SC.
CEP 88.070-700
Telefone: (0xx482483215).
E-mail: lucianomello@mailbr.com.br

SUMMARY

Significance of Repetead Light Trauma as a Cause of Testicular Pain

Luciano de Mello¹, Rogério Paulo Moritz²

Federal University of Santa Catarina (UFSC)

Testicular pain is a frequent claim in urological consult. Is important differ between cronical and acute testicular pain. The major acute cause are: epididymo-orchitis, torsion of the testis or one of its appendices. In cronical pains the principal causes are: inespecific testicular pain, previous trauma and testicular microlithiasis. The diagnosis and management of the acute pain is defined , but the cronical pain was not studied deeply. Causes an alternatives management of cronical pain has been studied, although is poorly cite in the literature the possible relation of this pain with the patients habits like wearing tie jeans trousers, tie underwear and riding a bike or motorcicles. With this objective we developed an prospective study with the major causes of testicular pain claimed in the urologist consult and their possible relation with these kind of habits. Those who had acute testicular pain were immediately treated. Those patients without diagnosis in the first consult, were interviewed about their habits that could be the trigger of pain. They were shared in two groups, the first group were orientated to erradicate possibles triggers factories and the second group were orientated only in the return consult after fifteen days. All them were submmited to ultrasonography exam of the scrotum with coloured Doppler and the kidneys and urinary tract. We compared the evolution of the testicular pain in fifteen days between the two groups. The cronical inespecific testicular pain was the principal diagnosis and the patients in the first groups had eighteen fold more chances that erradicate the testicular pain in the return consult, pain desapareed in 77% of the patients only by removing the causa.

¹12nd phase student of the Medicine Course of UFSC.

²teacher of the Clinical Surgery Department of UFSC.

Adress: Luciano de Mello
Street Antonieta de Barros, 403/208 Estreito
Florianópolis – SC Brazil
CEP 88.070-700
Phone: (048) 248-3215.

APÊNDICE

Protocolo para investigação de dor testicular

Critério de inclusão : procura atendimento médico devido a dor testicular.

Iniciais : _____ Idade : ____ Ocupação: _____ Nºprontuário : _____

Médico responsável : _____

1. Intensidade da dor testicular - leve

moderada

forte

2. A quanto tempo sente a dor ? - _____

2.1 É o primeiro episódio da dor ? Sim

Não - Quantas vezes já sentiu esta dor ? _____

2.2 O que você acha que causa esta dor ? _____

3. Exame físico - normal

alterado - descrição : _____

4. Hábitos - cueca de tecido sintético (apertada)

calça jeans apertada

bicicleta

motocicleta

cavalgada

surf (com roupa de borracha)

relação sexual (seguida de dor testicular)

outros : _____

5. Patologias prévias ou coexistentes - varicocele hidrocele vasectomia trauma

orquiepididimite (seqüela) hérnia inguinal outras _____

6. Retorno

Parcial de urina	Leucócitos	Hemácias
Cultura		

6.1 Você cumpriu as recomendações passadas pelo médico ? Sim Não

Parte delas - Quais você cumpriu ? _____

Evolução da dor : desapareceu não desapareceu

Conclusão : _____

**TCC
UFSC
CC
0277**

**N.Cham. TCC UFSC CC 0277
Autor: Mello, Luciano
Título: Importância do pequeno trauma de**



972810340

Ac. 253099

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM