

EPIDIDIMITES

Saul Gun*

ANATOMIA

Epidídimo, do grego *epidymós* (“Sobre os gêmeos”).

É um pequeno corpo oblongo situado na parte superior do testículo. É um conduto formado pela reunião dos canais seminíferos e que continua no canal deferencial.

CONCEITUAÇÃO

As epididimites podem ser:

a) Agudas - É uma síndrome clínica que surge como consequência de uma infecção e inflamação do epidídimo, caracterizando-se por dores e edemas do mesmo e, também, do hemiescroto correspondente.

b) Crônicas - Caracterizam-se por dores constantes no escroto, porém, sem sinais flogísticos e, também, sem edemas do epidídimo afetado.

As epididimites agudas evoluem em alta porcentagem para cura, porém, em 5% a 7% dos casos as mesmas podem evoluir para epididimite crônica.

ANATOMIA PATOLÓGICA

As epididimites agudas caracterizam-se por hiperemia, edema e infiltrado celular, predominantemente constituído por neutrófilos, macrófagos e linfócitos.

As epididimites crônicas se caracterizam histologicamente por grande infiltrado linfoplasmocitário, além de pequenas áreas fibroblásticas.

ETIOLOGIA

As epididimites são geralmente provocadas pela disseminação de infecções da uretra, dos rins ou da bexiga.

As causas mais comuns das epididimites agudas nos homens jovens são os microrganismos que provocam uretrites. Nos indivíduos com mais de 35 anos, as epididimites agudas transmitidas sexualmente são pouco freqüentes.

Uma pequena porcentagem de homens, pertencentes a todas as faixas etárias, pode ter uma epididimite causada por enfermidade sistêmica, como a tuberculose, brucelose ou quaisquer outras infecções que provoquem quadros sistêmicos.

A presença de epididimite congestiva pode ocorrer nos pós-operatórios de vasectomia com formação de granulomas espermáticos em alguns casos. Raramente, é necessária a remoção cirúrgica desses granulomas (ou mesmo epididectomia) devido à dor local.

DIAGNÓSTICO

A epididimite se caracteriza pela inflamação e edema que, geralmente, tem início na cauda do epidídimo, ficando o cordão espessado, hipersensível e edematoso.

Essa epididimite é diagnosticada pela anamnese e pelos antecedentes, assim como exame clínico - que consta de exames externos - e, principalmente, pela palpação e compressão dos epidídimos através do escroto.

TRATAMENTO

Nas epididimites agudas, o tratamento se resume em antibióticos, analgésicos, repouso e compressas frias no escroto. Nas crônicas, em virtude da pequena sintomatologia, o tratamento é conservador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abu-Sleiman R, Ho, J E, Gregory JG. Scrotal scanning: present value and limits of interpretation. *Urology*, 13:326~1979.
2. Beck AD, Taylor D E. Post-prostatectomy epididymitis: a bacteriological and clinical survey. *J. Urol.*, 104:143, 1970.
3. Berger RE., Alexander, E. R., Harnish, J. P., et al.: Etiology, manifestations and therapy of acute epididymitis:

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 6, n. 1, p. 5 - 6, 2004

* Professor do Depto. de Cirurgia - CCMB/PUC-SP.

Recebido em 26/4/2004. Aceito para publicação em 28/4/2004.

- Prospective study of 50 cases. *J. Urol.*, 121:7501, 1979.
4. Bergar RE, Alexaner E R, Monda GD et al. Chlamydia trachomatis as a cause of acute "idiopathic", epididymitis. *N. Engi. J. Med.* 298:301, 1978.
 5. Bietz O. Fertilitatsuntersuchungen hei der unspezifischen Epididymitis. *Hautarzt*, 10:134, 1959.
 6. Bormel P. Current concepts of the etiology and treatment of epididymits. *Med. Bull. U. S. Army. Europe*, 20:332, 1963.
 7. Bruce AW, Chadwick P, Willet WS, et al. The role of chlamydiae in genitoutinary disease. *J. Urol.*, 126:625, 1981.
 8. David WH, Scardino PL. Meningitis presenting as epididymitis. *South. Med. J.*, 65:936, 1972.
 9. Doolittle KH, Smith JP, Saylor ML. Epidimymitis in the prepubertal boy. *J. Urol.*, 96:364, 1966.
 10. Gartman E. Epididymitis: a reappraisal. *Am. J. Surg.*, 101:756, 1961.
 11. Gasparich JP, Masofi JT, Greene HL, Berger RE, Krieger SN. Amiodarone-associated epididymitis: drug-related epididymitis in the absence of infection. *J. Urol.* In press.
 12. Gierup J, Hedenberg C, Osterman A. Acute nonspecific epididymitis in boys. *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 9:5, 1975.
 13. Gislason T, Noronha RFX, Gregory JF. Acute epididymitis in boys: Aa5-year retrospective study. *J. Urol.* 124:533, 1980.
 14. Gottesman JE. Coccidioidomycosis os prostate and epididymitis with urethrocutaneous fistula. *Urology*, 4:711.
 15. Graham JB, Grayhac TT. Epidymitis following unilateral cavestomy and prostatic surgery. *J. Urol.* 87:582, 1962.
 16. Hanley HG. Nospecific epididymitis. *Br. J. Surg.*, 53:875, 1966.
 17. Kazzaz BA, Salmo NA. Epidymitis due to Schistosoma haematobium infection. *Trop. Geogr. Med.*, 26:333, 1974.
 18. Kohler PF. An inquiry into lhe etiology of acute epididymitis. *J. Urol.*, 87:918, 1962.