

Escroto agudo — torção testicular, torção de apêndice e orquiepididimite

Reconhecer a torção testicular, emergência cirúrgica, e separá-la da torção de apêndice, da orquiepididimite e dos demais diagnósticos, com analgesia, jejum e transporte

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Escroto agudo é dor, edema ou hiperemia escrotal de início recente. As causas mais comuns são a **torção do apêndice testicular** (pré-púbere), a **orquiepididimite** e a **torção testicular** (picos no período neonatal e na adolescência). Só a torção exige **cirurgia imediata**: o dano depende do **tempo de isquemia** e do grau de rotação — a viabilidade é alta nas primeiras **4–6 horas** e cai muito depois de 12–24 horas (EAU 2026). Dor súbita e intensa, vômitos, testículo **elevado, horizontalizado e endurecido** e **reflexo cremastérico ausente** sugerem torção. O **escore TWIST** ajuda, mas escore baixo **não exclui** torção, e o **ultrassom com Doppler não pode atrasar** o cirurgião: fluxo presente não afasta torção. Toda suspeita de torção, o recém-nascido com escroto endurecido ou avermelhado, a hérnia encarcerada e o trauma com hematoma vão ao **pronto-socorro com cirurgião (🔴)**, em jejum e com analgesia. Ficam em casa (🟢) o edema escrotal idiopático típico e a contusão leve; torção de apêndice e orquiepididimite confirmadas recebem anti-inflamatório e reavaliação em 24–48 h (🟡). Na menina, dor pélvica súbita com vômitos é **torção ovariana** até prova em contrário (🔴).

1. O que é e como se apresenta

Torção testicular: rotação do cordão espermático que interrompe a drenagem venosa e depois o fluxo arterial.

- **Intravaginal**, típica da puberdade (cerca de 65% entre 12 e 18 anos), por fixação deficiente do testículo ("em badajo", muitas vezes bilateral) (Pediatria Integral 2019). O testículo não descido torce com mais facilidade (EAU 2026).
- **Tempo de isquemia (critério clínico):** atrofia grave já com 4 h se a rotação passa de 360°; nas torções incompletas, até 12 h sem atrofia; perda em todos os casos com mais de 360° e mais de 24 h (EAU 2026). Viabilidade de 90–100% até 6 h, 20–50% em 12–24 h e 0–10% em 24–48 h (East of England 2023).
- **Torção intermitente:** episódios prévios de dor súbita que cederam sozinhos; exame e ultrassom podem ser normais; encaminhar ao cirurgião para fixação (Pediatria Integral 2019).
- **Quadro atípico:** dor só no abdome inferior, lactente que só chora, adolescente envergonhado, criança com autismo (GIRFT 2026). **Todo menino com dor abdominal tem o escroto examinado.**

Torção neonatal: extravaginal, bilateral em 11–21% (EAU 2026). A **pré-natal** (70–80%) aparece ao nascer como massa escrotal endurecida, pouco dolorosa; o testículo quase sempre já está perdido, mas a fixação do outro lado é indicada, porque a torção contralateral pode vir

depois (Pediatria Integral 2019). A **pós-natal** — escroto antes normal que fica edemaciado, avermelhado e doloroso — pode ser salva se operada a tempo (Boston Children's).

Torção do apêndice testicular (hidátide de Morgagni): a causa mais frequente no pré-púbere (7–12 anos). Dor mais gradual, no **polo superior**, criança em bom estado e sem vômitos; o "**ponto azul**" é característico, mas aparece em só 10–23% (EAU 2026). Com horas, a inflamação se espalha e imita a torção.

Orquiepididimite: no **pré-púbere**, a causa costuma ficar indefinida e a urocultura é quase sempre negativa; quando há bactéria, é infecção urinária, mais comum com **anomalia urológica** (refluxo, bexiga neurogênica, ureter ectópico, cateterismo) (EAU 2026; Pediatria Integral 2019); também pós-viral e na **caxumba** (sobretudo após a puberdade). No **adolescente com vida sexual, IST** (*Chlamydia*, gonococo; entéricos na relação anal insertiva) (MS 2022). Início gradual, dor no epidídimo, febre em 11–19%, disúria; **eleva o testículo alivia** (sinal de Prehn), o que não ocorre na torção (EAU 2026).

Outras causas:

- **Edema escrotal idiopático:** criança em bom estado, edema e eritema da pele escrotal, muitas vezes bilateral, estendendo-se ao períneo, à virilha ou ao pênis, com pouca dor e testículos normais; recorre em até 10% (Pediatria Integral 2019).
- **Vasculite por IgA:** orquite ou orquiepididimite em até 20% dos meninos, às vezes antes da púrpura; o Doppler confirma e é preciso **excluir torção** (SBP, DC nº 5/2019).
- **Hérnia inguinal encarcerada:** massa inguinoescrotal dolorosa e irreductível, choro, vômitos.
- **Trauma:** hematoma, hematocele, ruptura da albugínea; o trauma pode desencadear torção. Lesão genital sem história compatível sugere **lesão não acidental ou violência sexual**.

Na menina — torção ovariana: dor súbita e intensa no abdome inferior, muitas vezes intermitente, com náuseas e vômitos. Em até 46% das adolescentes o ovário é normal, sem cisto; nenhum critério clínico ou de imagem confirma, o **fluxo ao Doppler não exclui**, e a laparoscopia com detorsão preserva o ovário mesmo quando parece escuro (ACOG nº 783, 2019). Ver "Dor abdominal aguda".

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Edema escrotal idiopático típico; contusão leve com exame testicular normal; orquite da caxumba em bom estado, sem dúvida diagnóstica	Casa: analgesia, repouso, compressa fria; retorno se a dor aumentar ou surgirem vômitos
● Moderada	Torção do apêndice confirmada (ponto azul ou ultrassom) com dor controlada; orquiepididimite confirmada sem toxemia; vasculite por IgA com envolvimento escrotal, torção excluída	Anti-inflamatório, repouso; antibiótico só com infecção urinária ou IST; reavaliação em 24–48 h ; cirurgia pediátrica se a dor persistir ou recorrer
● Grave	Qualquer suspeita de torção (dor súbita, vômitos, testículo elevado, horizontal ou endurecido, cremastérico ausente, ou dúvida); recém-nascido com escroto endurecido, arroxeadado ou avermelhado; hérnia encarcerada ; trauma com hematoma tenso, testículo que não se delimita ou ferida; orquiepididimite com toxemia ou abscesso; menina com dor pélvica súbita	Pronto-socorro com cirurgião pediátrico ou urologista , em jejum, com analgesia e contato prévio; sem exames no consultório

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Adolescência e período neonatal; testículo não descido (dor e massa inguinal com bolsa vazia).
- Episódios prévios de dor súbita e passageira (torção intermitente).
- Tempo de dor desconhecido ou longo; criança que não verbaliza; anomalia urológica; vida sexual sem preservativo.

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico é **clínico** (EAU 2026). Examinar os dois lados, deitado e em pé, começando pelo lado sadio.

ACHADO	TORÇÃO TESTICULAR	TORÇÃO DO APÊNDICE	ORQUIEPIDIDIMITE
Início	Súbito, intenso	Gradual	Gradual, dias
Vômitos	Frequentes	Raros	Raros
Dor	Testículo inteiro	Polo superior	Epidídimo
Posição	Elevado, horizontal	Normal	Normal
Cremastérico	Ausente	Presente	Presente
Elevar o testículo	Não alivia	—	Alivia (Prehn)

Fonte: EAU 2026; Pediatria Integral 2019. Cremastérico ausente: sensibilidade 100%, especificidade 66%; pode faltar < 6 meses; **presente, não exclui torção**.

Escore TWIST (Barbosa et al., Boston Children's, 2013; exame por urologistas): edema testicular (2), testículo endurecido (2), cremastérico ausente (1), náuseas ou vômitos (1), testículo elevado (1). Cortes originais: **0–2 baixo, 3–4 intermediário, 5–7 alto**. Aplicado por técnicos de emergência (não médicos), os cortes **0 (baixo) e 6–7 (alto)** tiveram valor preditivo negativo de 100% e positivo de 93,5% (Sheth et al., 2016). O NHS usa os originais: **≥ 5 com dor < 48 h indica exploração**; 0–4 não exclui — 1 em 25 torções tem 0–2 e 1 em 3 tem 0–4 (GIRFT 2026). **No consultório, a suspeita clínica basta para encaminhar**, qualquer que seja o escore.

Exames:

- **Suspeita de torção: nenhum exame no consultório.** Urina alterada não exclui torção, e urina normal não exclui epididimite (EAU 2026).
- **Doppler** (no serviço): especificidade de 97–100%, mas operador-dependente; **24% das torções tinham fluxo normal ou aumentado** (EAU 2026). Indicado no TWIST intermediário, quando outro diagnóstico mudaria a conduta, na dor com 48 h ou mais e no recém-nascido com suspeita de torção pré-natal; **não transferir a criança só para fazer ultrassom** (GIRFT 2026).
- **Orquiepididimite:** urina tipo 1 e urocultura; no adolescente com vida sexual, clamídia e gonococo e testes rápidos (ver "Infecções sexualmente transmissíveis na adolescência"). No pré-púbere com epididimite bacteriana, investigar anomalia urológica (cerca de 29% têm; EAU 2026).
- **Vasculite por IgA:** urina e pressão arterial, além do Doppler (SBP, DC nº 5/2019).

Diagnóstico diferencial que não pode passar: torção rotulada como "epididimite"; torção de testículo não descido confundida com hérnia; torção intermitente liberada sem cirurgião; torção ovariana; tumor testicular; lesão não accidental.

4. Tratamento e seguimento

Torção testicular — do cirurgião: exploração urgente, detorsão e **fixação dos dois testículos**; orquiectomia só se houver necrose evidente (EAU 2026; East of England 2023). A **detorsão manual** pode ser tentada pelo especialista sem atrasar a cirurgia, que é mantida mesmo com alívio: em uma série, 17 de 53 ainda tinham torção residual (EAU 2026). **O pediatra** encaminha e depois acompanha o tamanho testicular; a fertilidade costuma ser preservada (EAU 2026).

Torção do apêndice: tratamento **clínico** — anti-inflamatório, repouso, compressa fria; melhora em 7–10 dias; cirurgia só com dor persistente, recorrente ou dúvida (EAU 2026; Pediatria Integral 2019; Boston Children's).

Orquiepididimite: repouso, suspensório e anti-inflamatório; **antibiótico só com infecção urinária ou suspeita de IST** — no pré-púbere com urina normal, não há indicação (EAU 2026). Epididimite bacteriana ou recorrente no pré-púbere: encaminhar ao urologista ou nefrologista pediátrico.

Edema escrotal idiopático: autolimitado; analgesia se houver desconforto. **Vasculite por IgA:** ver "Nefropatia por IgA e Vasculite por IgA (Púrpura de Henoch-Schönlein)".

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Dipirona VO, IM ou IV	15 mg/kg/dose	6/6 h (máx. 4 doses/dia)	Enquanto houver dor	Não usar < 3 meses ou < 5 kg (bula); padrão do site
Paracetamol VO	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver dor	Máx. 75 mg/kg/dia; teto por dose da apresentação (bulas: gotas 200 mg/mL máx. 35 gotas, suspensão 32 mg/mL máx. 15 mL e 100 mg/mL máx. 2,5 mL abaixo de 12 anos; comprimidos só a partir de 12 anos; nunca > 1 g/dose), nunca > 4 g/dia (padrão do site; bula)
Ibuprofeno VO	5–10 mg/kg/dose	6–8 h	Enquanto houver dor (apêndice: 7–10 dias)	A partir de 6 meses; evitar em desidratação, varicela, dengue e nefrite (padrão do site); anti-inflamatório no apêndice e na epididimite (EAU 2026)
Fentanil intranasal (no serviço)	1,5 mcg/kg (1–2), máx. 100 mcg	Repetir 0,3–0,5 mcg/kg a cada 3–5 min	Poucas doses	> 10 kg; SEUP 2024 (padrão do site)
Morfina IV (no serviço)	0,05–0,1 mg/kg/dose	4 h	Dor intensa	SBP 2024 (padrão do site); monitorizada
Cefalexina VO (epididimite com infecção urinária)	50 mg/kg/dia	6/6 h ou 8/8 h	Conforme "Infecção urinária"	SBP; ajustar pela urocultura; Pediatria Integral 2019: 5–7 dias
Cefuroxima axetil VO (alternativa)	30 mg/kg/dia	12/12 h	Idem	SBP
Ceftriaxona IM + doxiciclina VO (adolescente, IST)	500 mg dose única + 100 mg	Doxiciclina 12/12 h	10 dias	PCDT IST 2022 do MS (via TelessaúdeRS 2023); alternativa: azitromicina 1 g dose única; < 45 kg e parcerias: "Infecções sexualmente transmissíveis na adolescência"

- **Paracetamol — efeito cumulativo:** uso repetido por 48–72 h, sobretudo no limite de dose, em criança desidratada, desnutrida, em jejum ou somando produtos com paracetamol aumenta o risco de hepatotoxicidade; não usar por mais de 48–72 h sem reavaliação.
- **Não usar:** codeína (proscrita, SBP 2024); tramadol < 12 anos; antibiótico no pré-púbere com urina normal.
- **IST:** tratar as parcerias; sífilis adquirida e HIV são de **notificação obrigatória (compulsória)**; IST em pré-púbere é suspeita de abuso sexual (notificação obrigatória e Conselho Tutelar).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Dor escrotal súbita, ou dor abdominal baixa com vômitos e achado escrotal, **mesmo que tenha melhorado** ou que o TWIST seja baixo.
- Testículo elevado, horizontal, endurecido ou muito doloroso; cremastérico ausente; dúvida diagnóstica.
- Recém-nascido com massa escrotal endurecida ou bolsa arroxeadada, avermelhada ou edemaciada.
- Testículo não descido doloroso; hérnia irreductível.
- Trauma com hematoma tenso, testículo que não se delimita, ferida ou dor desproporcional.
- Orquiepididimite com toxemia, abscesso ou piora apesar do anti-inflamatório.
- Menina com dor pélvica súbita e intensa, com náuseas ou vômitos.

Como encaminhar

1. **Ligar antes** para serviço com cirurgião pediátrico ou urologista que opere crianças no local, sem transferências intermediárias; abaixo de 2–3 anos, de preferência centro de cirurgia pediátrica (GIRFT 2026; East of England 2023).
2. **Não pedir exames e não tentar detorsão** no consultório.
3. **Analgesia antes de sair:** dipirona IM ou IV onde houver, ou dipirona ou paracetamol VO com um pequeno gole de água; a analgesia não mascara o diagnóstico.
4. **Jejum** a partir daí; anotar a hora da última refeição.
5. Criança estável pode ir com a família; **SAMU 192** se houver toxemia, choque, trauma grave ou uso de opioide (monitorizada, com oxigênio para manter SpO2 entre 94% e 98% se necessário).
6. **Relatório: hora do início da dor**, achados e TWIST, analgésicos (dose e horário), peso, jejum.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Dor forte e repentina no saco ou no testículo é emergência: vá direto ao pronto-socorro, sem esperar passar e sem comer nem beber."
- "Ensine seu filho a contar logo qualquer dor no testículo."
- Torção do apêndice e epididimite: anti-inflamatório no horário e repouso; **voltar antes** se a dor aumentar, surgirem vômitos ou febre alta, ou o testículo subir ou endurecer.
- **Pronto-socorro também:** bebê com saco escrotal roxo, vermelho ou endurecido; caroço na virilha que não volta; menina com dor forte e súbita no "pé da barriga" com vômitos.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Documento (versão/data)	Sem documen- to sobre escro- to agudo; DC nº 5/2019 (vas- culite por IgA)	PCDT IST 2022	HealthyChil- dren, Section on Urology, 11/2025	Sem diretriz NG; NHS En- gland GIRFT v2.1, 05/2026	Pediatria Inte- gral (SEPEAP), 2019	Sem posição específica localizada	Boston Chil- dren's; TWIST (Barbosa 2013)	Oxford segue o NICE; Cam- bridge: rede East of En- gland, 2023
Tempo de isquemia	Sem posição	Sem posição	> 90% salvos < 6 h; < 10% > 24 h	Pode morrer em 6 h	Maior êxito em 4–8 h	Sem posição específica localizada	Perda em 4–6 h	90–100% até 6 h; 0–10% em 24–48 h
TWIST e imagem	Doppler na vasculite, para excluir torção	Sem posição	Doppler, ou ci- rurgia direta se típico	TWIST ≥ 5 = exploração; 0– 4 não exclui	Suspeita alta: cirurgia sem exames	Sem posição específica localizada	TWIST para poupar ultrassom	Cambridge: ul- trassom não recomendado
Apêndice e epididimite	Sem posição	IST: ceftriaxo- na + doxicicli- na 10 dias	Sem posição	Sem posição	Clínico; anti- biótico só com ITU ou IST	Sem posição específica localizada	Apêndice: analgésico; ci- rurgia se > 10 dias	Sem posição
Encaminha- mento	Sem posição	Sem posição	Pronto-socorro imediato	Já, a hospital que opere; ≤ 1 transferência	Mínima suspei- ta: urgência	Sem posição específica localizada	Emergência	Cambridge: atenção primá- ria encaminha já; jejum após analgesia

Leitura: as referências convergem em que a torção testicular é **emergência cirúrgica**, de diagnóstico clínico, em que o tempo de isquemia define o salvamento. Divergem no papel da imagem: a AAP (2025) e o Boston Children's usam o Doppler de rotina, aceitando cirurgia direta no quadro típico; a AEP (Pediatria Integral 2019), a EAU (2026) e o NHS (GIRFT 2026; rede do East of England 2023) reservam o ultrassom aos casos sem suspeita alta e não admitem que ele atrase a exploração. **Posição adotada pelo site:** a SBP só se manifesta na vasculite por IgA (seguida aqui) e o Ministério da Saúde só na IST (seguido aqui); para a torção, sem posição de ambos, o site segue a **EAU (2026) e o NHS England (GIRFT 2026)**, as mais recentes: suspeita clínica basta para encaminhar, sem exame no consultório.

PONTOS PRÁTICOS

1. Dor escrotal aguda é torção até prova em contrário; examine o escroto de todo menino com dor abdominal.
2. O tempo de isquemia decide o testículo: anote a hora do início da dor e encaminhe sem pedir exame.
3. TWIST baixo, cremastérico presente, febre, urina alterada ou Doppler com fluxo não excluem torção.
4. Recém-nascido com escroto endurecido ou arroxeadado vai ao cirurgião pediátrico com urgência.
5. Torção do apêndice e epididimite confirmadas: anti-inflamatório e reavaliação em 24–48 h; antibiótico só com infecção urinária ou IST.
6. Na menina, dor pélvica súbita com vômitos é torção ovariana até prova em contrário.

Veja também, nesta Biblioteca: **Fimose, criptorquidia, hérnias, hidrocele e escroto agudo, Dor abdominal aguda e Infecção urinária** (Patologias do consultório); **Refluxo Vesicoureteral e ITU em Crianças e Nefropatia por IgA e Vasculite por IgA (Púrpura de Henoch-Schönlein)** (Nefrologia e Urologia); **Infecções sexualmente transmissíveis na adolescência** (Infectologia); **Trauma pediátrico, Lesão não acidental no pronto-socorro e Analgesia e sedação para procedimentos na emergência pediátrica** (Urgências e emergências); **Emergências Cirúrgicas Neonatais** (Neonatologia).

8. Fontes

- European Association of Urology. EAU Guidelines on Paediatric Urology — Acute scrotum, edição de 2026. uroweb.org
- NHS England, GIRFT. Testicular torsion pathway, versão 2.1, maio de 2026. [PDF](#)
- East of England Surgery in Children ODN. Children presenting with acute scrotum, 2023. [PDF](#)
- Pediatria Integral (SEPEAP). Escroto agudo, 2019;XXIII(6):283–291. pediatriaintegral.es
- SBP, Departamento Científico de Reumatologia. Vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein). Documento Científico nº 5, 2019. [PDF](#)
- TelessaúdeRS-UFRGS. Tratamento empírico da epididimite (adaptado do PCDT IST do Ministério da Saúde, 2022), 2023. ufrgs.br
- American Academy of Pediatrics, Section on Urology. Testicular torsion (HealthyChildren.org), 2025. healthychildren.org

- Boston Children's Hospital. Testicular torsion; Torsion of the appendix testis. [Torção testicular](#) · [Torção do apêndice](#)
- Barbosa JA et al. Development and initial validation of a scoring system to diagnose testicular torsion in children. J Urol, 2013. [PubMed](#)
- Sheth KR et al. Diagnosing testicular torsion before urological consultation and imaging — validation of the TWIST score. J Urol, 2016. [PubMed](#)
- ACOG. Adnexal torsion in adolescents. Committee Opinion nº 783, 2019. [PubMed](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.