

Fimose, criptorquidia, hérnias, hidrocele e escroto agudo

O que observar, o que tratar no consultório e o que encaminhar ao cirurgião ou ao pronto-socorro nas afecções genitais e inguinais do menino

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

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

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
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

A maior parte das queixas genitais do menino é benigna e se resolve com observação. A **fimose fisiológica** é a regra nos primeiros anos: cerca de 90% dos prepúcios são retráteis após os 3 anos (SBP). **Não se deve forçar a retração**; quando há indicação, o corticoide tópico (betametasona 0,05–0,1%, duas vezes ao dia por 4–8 semanas) resolve mais de 80% dos casos (EAU). A **criptorquidia** que persiste aos 6 meses (idade corrigida) deve ser encaminhada ao cirurgião pediátrico, sem ultrassonografia prévia e sem tratamento hormonal, para orquidopexia antes de 12 meses e no máximo até 18 meses (AUA, EAU). A **hérnia inguinal** não regride e deve ser operada logo após o diagnóstico; a **hérnia umbilical** fecha sozinha na maioria e só é operada a partir de 4–5 anos; a **hidrocele** do lactente costuma regredir no primeiro ano. São urgências (●), com encaminhamento imediato: **dor escrotal aguda** (torção testicular até prova em contrário, janela de 4–6 horas), **hérnia encarcerada** e **parafimose** que não reduz. Nessas situações, o exame de imagem não pode atrasar a avaliação do cirurgião.

1. O que é e como se apresenta

- **Fimose:** impossibilidade de retrain o prepúcio e expor a glândula. Na fisiológica, as aderências balanoprepúciais se desfazem espontaneamente (4% retráteis ao nascer, cerca de 50% com 1 ano e 89% aos 3 anos, EAU). A fimose patológica (anel fibroso esbranquiçado) é secundária a retração forçada, balanopostites de repetição ou líquen escleroso (balanite xerótica obliterante). Esmegma acumulado sob o prepúcio ("bolinhas brancas") é normal.
- **Parafimose:** prepúcio retraído que não volta, formando anel constritivo no sulco coronal com edema progressivo da glândula.
- **Balanopostite:** inflamação da glândula e do prepúcio, com hiperemia, edema, dor e secreção; diferenciar da irritação focal leve.
- **Criptorquidia:** testículo fora da bolsa escrotal, palpável (canal inguinal, ectópico) ou impalpável (abdominal ou ausente). A descida espontânea após os 6 meses é improvável (EAU). O **testículo retrátil** desce à bolsa por manobra e permanece ali sem tensão; tem risco de ascensão secundária (cerca de 33%, EAU).
- **Hérnia inguinal:** persistência do conduto peritoneovaginal; abaulamento inguinal ou inguinoescrotal que aumenta ao chorar e reduz em repouso. Mais frequente em prematuros e meninos; nas meninas, pode conter o ovário.
- **Hérnia umbilical:** defeito da aponeurose umbilical, comum no lactente; raramente encarcera.

- **Hidrocele:** líquido na túnica vaginal. **Comunicante** (varia de volume ao longo do dia, comunicação com o peritônio) ou **não comunicante** (volume estável; no maior, pode ser secundária a trauma, torção ou epididimite).
- **Escroto agudo:** dor, edema e hiperemia escrotais de início súbito. Causas principais: **torção de apêndice testicular** (hidátide de Morgagni), **torção testicular** (picos no período neonatal e na puberdade), **epididimite**, edema escrotal idiopático, trauma, hérnia encarcerada e vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Fimose fisiológica assintomática; testículo retrátil; hérnia umbilical redutível; hidrocele sem hérnia no primeiro ano; balanopostite leve e localizada	Orientação, higiene sem retração forçada, observação e revisão nas consultas de rotina
● Moderada	Criptorquidia persistente aos 6 meses; hérnia inguinal redutível; hidrocele comunicante ou persistente; fimose sintomática; balanopostite com celulite ou recorrente; torção de apêndice testicular já confirmada	Encaminhar ao cirurgião pediátrico (hérnia inguinal com prioridade, em poucas semanas); tratamento clínico e reavaliação em 24–48 h nas infecções
● Grave	Dor escrotal aguda com suspeita de torção; hérnia encarcerada ou estrangulada; parafimose que não reduz; retenção urinária; recém-nascido com testículos impalpáveis bilaterais ou com hipospádia (suspeita de distúrbio da diferenciação sexual)	Encaminhar ao pronto-socorro com cirurgião pediátrico ou urologista imediatamente; no recém-nascido com genitália atípica, avaliação especializada no mesmo dia

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Prematuridade e idade < 1 ano (maior risco de encarceramento da hérnia inguinal).
- Adolescência e período neonatal (picos da torção testicular); testículo não descido (maior risco de torção).
- Retração forçada do prepúcio e balanopostites de repetição (fimose patológica).
- Demora na procura: após 4–6 horas de torção o dano testicular passa a ser irreversível (EAU).

3. Diagnóstico no consultório

Fimose e prepúcio

- Diagnóstico clínico; observar se há anel fibroso esbranquiçado (líquen escleroso), balonamento com jato fino e dificuldade miccional.

- Urina tipo 1 e urocultura apenas se houver febre ou sintomas urinários.

Testículos

- Examinar em ambiente aquecido, criança relaxada, deitada e de cócoras; "ordenhar" do anel inguinal para a bolsa.
- Classificar em palpável, impalpável ou retrátil e registrar em todas as consultas até a puberdade (SBP; AUA).
- **Não pedir ultrassonografia antes de encaminhar:** raramente muda a conduta (AUA; EAU). A localização do impalpável é feita pelo cirurgião (exame sob anestesia e laparoscopia, EAU).
- **Testículos impalpáveis bilaterais ou criptorquidia com hipospádia:** investigar distúrbio da diferenciação sexual, com avaliação endocrinológica (AUA; EAU).

Hérnias e hidrocele

- Hérnia inguinal: diagnóstico clínico, inclusive pelo relato fidedigno dos pais ou por foto do abaulamento. Não depende de ultrassonografia.
- Hidrocele: massa escrotal cística, com polo superior palpável; a transiluminação não exclui hérnia no lactente. Ultrassonografia se houver dúvida sobre a natureza da massa ou suspeita de hidrocele abdominoescrotal (EAU).

Escroto agudo

- **Torção testicular:** dor súbita e intensa, frequentemente com náuseas e vômitos; testículo elevado, horizontalizado, endurecido e muito doloroso; reflexo cremastérico ausente.
- **Torção de apêndice testicular:** dor mais gradual e localizada no polo superior; às vezes "ponto azul" visível pela pele; reflexo cremastérico presente.
- **Epididimite:** início gradual, dor no epidídimo, às vezes sintomas urinários e febre; no pré-púbere, investigar ITU e anomalias urinárias; no adolescente sexualmente ativo, pesquisar IST.
- **Escore TWIST** (apoio à decisão, não substitui o exame): edema testicular (2), testículo endurecido (2), reflexo cremastérico ausente (1), testículo elevado (1), náuseas ou vômitos (1). Escore 0 sugere baixo risco; 6–7, alto risco com indicação de exploração sem aguardar imagem; intermediários pedem ultrassonografia com Doppler. A EAU lembra que o escore não confirma nem exclui a torção.
- **Doppler:** útil, mas **fluxo presente não exclui torção** e o exame depende do operador (EAU). Nunca atrasar o cirurgião para fazer imagem.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- Hérnia encarcerada confundida com hidrocele ou linfonodo.
- Torção testicular tratada como "epididimite" ou "orquite".

- Tumor testicular (massa endurecida e indolor).
- Balanite por líquen escleroso ou lesões sugestivas de abuso sexual.
- Criptorquidia bilateral no recém-nascido: excluir hiperplasia adrenal congênita em criança 46,XX virilizada.

4. Tratamento em casa

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Betametasona creme ou pomada 0,05–0,1% (fimose)	Fina camada no anel prepucial	12/12 h	4–8 semanas	Sucesso > 80%, recidiva de até 17% (EAU); associar retração suave, sem dor, a partir de alguns dias de uso; reavaliar em 4–8 semanas
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose	6–8 h, conforme bula	Enquanto houver dor	Torção de apêndice testicular e epididimite (EAU); a partir de 6 meses
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver dor	Máx. 75 mg/kg/dia, nunca > 4 g/dia
Antibiótico oral (balanopostite com celulite)	Conforme bula (ex.: cefalexina)	Conforme bula	5–7 dias	Só se houver sinais de infecção bacteriana; guiar por cultura de secreção quando possível

Paracetamol. Atenção ao efeito cumulativo: o uso repetido por 48–72 h, especialmente em doses no limite máximo, em criança desidratada, desnutrida, com jejum prolongado ou somando mais de um produto com paracetamol, aumenta o risco de hepatotoxicidade — não ultrapassar a dose diária, não usar por mais de 48–72 h sem reavaliação médica e conferir outros medicamentos que contenham paracetamol.

Fimose

- Fimose fisiológica assintomática: **apenas higiene com água durante o banho**; não fazer "exercícios" nem massagens de retração (SBP; AAP).
- Corticoide tópico se houver sintomas (balonamento com dificuldade miccional, balanopostite, dor) ou persistência após 3–4 anos. A SBP relata melhores resultados com cerca de 8 semanas do que com 30 dias.
- Indicações formais de cirurgia (SBP): líquen escleroso (balanite xerótica obliterante) e afecções do trato urinário (uropatia com ITU). Indicações relativas: falha do corticoide, parafimose prévia e balanopostites recorrentes.

Balanopostite

- Higiene suave, banhos de assento mornos 3 vezes ao dia por 3–4 dias; analgesia; evitar retração até melhorar (Pediatria Integral, 2024).
- Antibiótico ou antifúngico tópico ou oral conforme a clínica e a cultura; episódios recorrentes indicam avaliação cirúrgica.

Criptorquidia

- **Encaminhar aos 6 meses** (idade corrigida) se o testículo não desceu, e prontamente se o diagnóstico for feito depois dessa idade (AUA).
- Orquidopexia antes de 12 meses e, no máximo, até 18 meses (EAU; AUA "no ano seguinte" aos 6 meses). A SBP orienta cirurgia se não houver descida até os 6 meses.
- **Não usar hormônio** para induzir a descida (AUA; EAU na criptorquidia unilateral).
- Testículo retrátil: sem tratamento, mas **reexaminar ao menos uma vez por ano** até a puberdade (AUA; EAU).

Hérnias e hidrocele

- **Hérnia inguinal:** não regride; encaminhar para correção após o diagnóstico, com prioridade no lactente. No prematuro internado, o ensaio **HIP** (JAMA, 2024; 338 prematuros) mostrou menos eventos adversos graves com a correção após a alta da UTI neonatal (18% contra 28%), sobretudo abaixo de 28 semanas e na displasia broncopulmonar; decisão com o cirurgião e orientação dos pais sobre sinais de encarceramento.
- **Hérnia umbilical:** observação; cirurgia a partir de 4 anos se não houver tendência ao fechamento (Pediatria Integral, 2024), antes se encarcerar. **Não usar faixas, moedas ou esparadrapo.**
- **Hidrocele:** observação na maioria dos lactentes (EAU); cerca de 92% regride até 1 ano. Encaminhar se persistir após 1–2 anos, se for comunicante com variação de volume, tensa ou se houver suspeita de hérnia associada (cirurgia precoce, EAU).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Dor escrotal aguda** com suspeita de torção testicular (exploração cirúrgica urgente, EAU); lembrar que dor abdominal ou inguinal no adolescente pode ser torção: sempre examinar a bolsa.
- **Hérnia encarcerada:** abaulamento doloroso, endurecido e irreduzível, com choro inconsolável ou vômitos; hiperemia ou sinais de obstrução intestinal sugerem estrangulamento.
- **Parafimose** que não reduz com manobra simples.
- Retenção urinária por fimose ou balanopostite grave.
- Balanopostite ou celulite escrotal com toxemia.

- Recém-nascido com genitália atípica, testículos impalpáveis bilaterais ou criptorquidia com hipospádia (avaliação especializada no mesmo dia).

Como encaminhar

1. Suspeita de torção: **não pedir exames no consultório**; ligar para o serviço com cirurgião pediátrico ou urologista e encaminhar imediatamente. Manter jejum. A detorção manual (rotação de dentro para fora) pode ser tentada pelo especialista, sem atrasar a cirurgia (EAU).
2. Hérnia encarcerada: jejum, analgesia, posição confortável; a tentativa de redução deve ser feita pelo cirurgião ou pela equipe do PS com analgesia adequada; não insistir em manobras vigorosas no consultório.
3. Parafimose: analgesia; compressão manual do edema (gaze úmida e fria ou açúcar granulado podem reduzi-lo) e tentativa de redução empurrando a glândula com os polegares enquanto os dedos puxam o prepúcio; se falhar, encaminhar para redução sob anestesia ou incisão dorsal (EAU; Pediatria Integral).
4. Relatório com hora de início da dor, achados e medicações.

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

- "A pele do pênis vai se soltar sozinha com o tempo. Não puxe; lave com água no banho."
- "Se puxar a pele e ela não voltar, ou se a cabeça do pênis inchar e ficar roxa, procure atendimento na hora."
- "O testículo precisa estar na bolsa até os 6 meses; se não estiver, vamos encaminhar ao cirurgião."
- "Hérnia na virilha precisa de cirurgia. Se ficar dura, dolorida, não voltar ou vier com vômitos, vá ao pronto-socorro."
- "Dor forte e súbita no testículo é emergência: vá imediatamente ao pronto-socorro, sem esperar melhorar e sem dar comida."
- Retornar se houver jato urinário fraco, dor ao urinar, febre, vermelhidão ou inchaço do prepúcio.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Fimose	Não forçar retração; betametasona por cerca de 8 semanas; cirurgia no líquen escleroso e na uropatia (2023)	Não forçar retração; higiene com água (orientação às famílias)	Sem diretriz NG específica	Segue o NICE	Betametasona 0,05% 2x/dia por 4–8 semanas; cirurgia se falhar
Criptorquidia	Cirurgia se não descer até os 6 meses	AUA: encaminhar aos 6 meses; sem imagem e sem hormônio; retrátil anual	Sem diretriz NG específica	Segue o NICE	Orquidopexia por volta de 12 meses, sempre antes de 18 meses
Hérnia inguinal	Encaminhamento cirúrgico	Prematuro: correção tardia com menos eventos adversos (ensaio HIP, 2024)	Sem diretriz NG específica	Segue o NICE	Corrigir após o diagnóstico; não regride
Hérnia umbilical e hidrocele	Não definido nos documentos consultados	Não consultado	Sem diretriz NG específica	Segue o NICE	Umbilical: cirurgia a partir de 4 anos; hidrocele não comunicante após 18–36 meses
Escroto agudo	Não definido nos documentos consultados	Não consultado	Sem diretriz NG específica	Segue o NICE	Torção é a prioridade diagnóstica; cirurgia imediata

Leitura: as referências convergem em não forçar a retração do prepúcio, em usar corticoide tópico antes de indicar circuncisão, em encaminhar a criptorquidia aos 6 meses sem ultrassonografia ou hormônio e em operar a hérnia inguinal após o diagnóstico. A principal fonte europeia é a diretriz da EAU (Associação Europeia de Urologia), que fixa a orquidopexia antes de 12 meses e no máximo aos 18 meses e trata a torção testicular como emergência cirúrgica, sem que o Doppler ou o TWIST possam atrasar a exploração. As divergências são de detalhe: a SBP admite orquidopexia até 2 anos no texto para famílias, e o momento da herniorrafia no prematuro mudou após o ensaio HIP, que favorece a correção após a alta da UTI neonatal. O NICE não tem diretriz específica para esses temas.

PONTOS PRÁTICOS

1. Fimose fisiológica não se trata com retração forçada; corticoide tópico por 4–8 semanas quando houver indicação.
2. Examinar os testículos em todas as consultas; criptorquidia aos 6 meses vai ao cirurgião, sem ultrassonografia.
3. Hérnia inguinal sempre tem indicação cirúrgica; hérnia umbilical e hidrocele do lactente geralmente não.
4. Dor escrotal aguda é torção até prova em contrário: encaminhar imediatamente, sem aguardar exame de imagem.
5. Parafimose e hérnia encarcerada são urgências; a demora aumenta o risco de necrose.
6. Testículos impalpáveis bilaterais ou com hipospádia no recém-nascido exigem investigação de distúrbio da diferenciação sexual.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial e Grupo de Trabalho de Cirurgia Pediátrica. Fimose — tratamento clínico x tratamento cirúrgico, 2023. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Urologia pediátrica (Pediatria para Famílias), 2025. sbp.com.br
- American Academy of Pediatrics. Care for an Uncircumcised Penis (HealthyChildren.org). healthychildren.org
- American Urological Association. Evaluation and Treatment of Cryptorchidism (versão vigente). auanet.org
- European Association of Urology. Paediatric Urology Guidelines — Phimosi; Management of Undescended Testes; Hydrocele; Acute Scrotum. [Fimose](#), [Criptorquidia](#), [Hidrocele](#), [Escroto agudo](#)
- HIP Trial Group. Effect of Early vs Late Inguinal Hernia Repair on Serious Adverse Event Rates in Preterm Infants. JAMA, 2024. [resumo](#)
- Souto Romero H, Rico Espiñeira C, Espinosa Góngora R. Cirugía programada — calendario quirúrgico. Pediatría Integral (SEPEAP/AEP), 2024. pediatriaintegral.es
- Pontón Martino B, Cebrián Muiños C. Patologías genitourinarias más frecuentes. Pediatría Integral, 2024. pediatriaintegral.es

- Escore TWIST — resumo (Pediatric EM Morsels). pedemmorsels.com

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · 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.