

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO HOMEM COM HIDROCELE E VARICOCELE TESTICULAR

Jucicleia Maiara da Silva Freitas¹; João Henrique Lucena Araújo¹; João Paulo Franco de Azevedo¹; Fábria Lethícia Martins de Andrade; Jocelly de Araújo Ferreira².

¹Acadêmicos de Enfermagem. *Universidade Federal de Campina Grande*. Centro de Educação e Saúde (CES), campus Cuité-PB. jhucyfreitas@gmail.com

² Professora. Doutoranda em Enfermagem-UFGM. Mestre em Enfermagem- UFRN. *Universidade Federal de Campina Grande*. Centro de Educação e Saúde (CES), campus Cuité-PB. jocellyaferreira@hotmail.com

Resumo: Existem diversas doenças que acometem o sistema reprodutor masculino, a Hidrocele e a Varicocele estão entre as principais alterações na genitália masculina, comprometendo a sexualidade dos homens e colocando-os sob estresse, constrangimento e ansiedade. O objetivo desse trabalho é revisar na literatura as evidências da Hidrocele e Varicocele, para o homem. Trata-se de uma revisão bibliográfica, contemplado as principais referências na área, por meio de livros e manuais, bem como artigos disponíveis nos bancos de dados, Lilacs e Scielo, nos meses de março a maio de 2016. Os descritores utilizados foram: “Hidrocele Testicular”, “Varicocele”, “Saúde Masculina”. Encontrou-se 15 artigos, dos quais 9 compuseram os resultados do presente trabalho, após inclusão de critérios. Os achados das patologias repercutem diretamente na vida dos homens. Diante do estudo foi percebido que as alterações testiculares comprometem não apenas a estética do órgão genital, mas, pode evoluir a tal ponto que ocorra um comprometimento da sexualidade masculina, de modo a gerar infertilidade quando não tratada, ocasionando repercussões psicológicas, familiares e sociais, a Enfermagem tem o importante papel na orientação e detecção precoce de pacientes com hidrocele ou varicocele.

Descritores: Hidrocele; Varicocele; Saúde Masculina.

Introdução

Existem diversas doenças que acometem o sistema reprodutor masculino, a Hidrocele e a Varicocele estão entre as principais alterações na genitália masculina, comprometendo a sexualidade dos indivíduos, além de provocarem exposição, coloca-o sob estresse, constrangimento e ansiedade (BRUNNER e SUDDAARTH’S, 2014).

Os testículos são as gônadas masculinas, possui estrutura oval e estão localizados na cavidade abdominal, mais precisamente no escroto, que é uma camada de tecido que recobre os testículos, cuja função é a de controlar a temperatura dos testículos e favorecer a produção de espermatozoides (BRUNNER e SUDDAARTH’S, 2014).

As alterações discutidas nesse estudo acometem as gônadas

masculinas, e já que estas tem a função de formação de espermatozoides, existe grande possibilidade de causar infertilidade.

Hidrocele é compreendida como acúmulo de fluidos nos testículos, no espaço entre a túnica albugínea testicular e a túnica vaginal. Ela é classificada em dois tipos: a Comunicante comum em neonatos, e a Não Comunicante, mais comum entre adolescentes e adultos, causada por diversos fatores, tais como: inflamações, lesão local, infecção sistêmica, parasitoses ou ainda pode se apresentar sem causa definida, a chamada hidrocele idiopática, que é a mais frequente, muito embora acredite que ela ocorra a partir de um processo inflamatório subjacente. O diagnóstico é essencialmente clínico, e em casos especiais a utilização de ultrassonografia (BRASIL, 2008).

A varicocele é caracterizada por uma dilatação anormal do plexo venoso panimiforme e da veia espermática, seu surgimento está associado à incompetência do sistema valvular venoso da veia gonadal esquerda. Estudos demonstram que existe uma associação entre varicocele e a infertilidade masculina, embora 70%

dos portadores de varicocele sejam férteis. O exame físico tem um importante papel no diagnóstico, para a confirmação de varicocele clínica e subclínica, principalmente quando associado a ultrassonografia com doppler.

Mediante esta contextualização, a presente pesquisa justifica-se, pela grande importância do tema para população masculina, bem como a escassez de estudos atualizados, na literatura nacional.

O objetivo desse trabalho é revisar na literatura as evidências da Hidrocele Testicular e Varicocele, para o homem.

Metodologia

Trata-se de uma revisão bibliográfica, contemplando as principais referências na área. A pesquisa foi realizada entre os meses de março a maio de 2016. Utilizou-se livros e manuais, bem como artigos disponíveis nos bancos de dados, Lilacs e Scielo. Os descritores utilizados foram: “Hidrocele Testicular”, “Varicocele”, “Saúde Masculina”. Ao cruzar os descritores na biblioteca virtual, foram encontrados 15 artigos, dos quais 9 compuseram os resultados do presente trabalho, após a inclusão

dos seguintes critérios: está disponível na íntegra; nos idiomas de português, inglês e espanhol; ter como assunto principal, a Hidrocele, Varicocele e ter sido publicado nos últimos 10 anos.

Resultados e Discussão

Dentre as diversas alterações testiculares, as manifestações mais comuns nos indivíduos são a Hidrocele e varicocele. A primeira diz respeito ao acúmulo de líquido seroso peritoneal no espaço entre a túnica albugínea testicular e a túnica vaginal, podendo surgir também dentro do cordão espermático. Essa condição resulta no aumento considerável da bolsa escrotal (BRUNNER e SUDDAARTH'S, 2014).

Durante o primeiro trimestre de gestação, o testículo e o epididimídeo que se desenvolveram retroperitonealmente, descem através do canal, para a localização final, na bolsa escrotal, trazendo consigo duas camadas de peritônio que os envolvem (BRASIL, 2008).

O escroto é formado por seis camadas de tecidos, a primeira camada é a túnica Albugínea, que está intimamente aderida ao testículo, sua constituição é semelhante ao peritônio

visceral (membrana serosa que recobre boa parte das vísceras), a segunda camada é a túnica vaginal que forma uma bolsa dentro do escroto, que abriga os testículos, essa estrutura é semelhante ao peritônio parietal (membrana serosa que recobre a parede abdominal e a superfície inferior do diafragma). Normalmente a descida do testículo é seguida pelo fechamento do canal (BRASIL, 2008).

A túnica vaginal possui a capacidade de formação de um líquido, absorvido constantemente pelo sistema venoso do cordão espermático. Alguns fatores podem ocasionar o aumento da produção desse líquido, como infecções ou traumas locais; o aumento e a diminuição da produção podem ser idiopáticos (RAMIREZ, 2013).

Nos lactentes a origem geralmente é congênita, pelo não fechamento do canal. (RAMIREZ, 2013)

Fisiologicamente existe cerca de 1 à 3 ml de líquido dentro desse espaço, o que permite o deslizamento das superfícies, visceral e parietal uma sobre a outra. A hidrocele, portanto poderá resultar de um desequilíbrio, entre a produção e a reabsorção de

líquido na túnica vaginal, em casos crônicos (BRASIL, 2008).

Em estudo realizado com pacientes com idade igual ou superior a 40 anos, em um programa de rastreamento de câncer de próstata, foi possível perceber que a hidrocele encontra-se com maior frequência em pacientes com idade superior a 60 anos, diabéticos e com histórias de uretrite não específica. “Ao Nascimento, um em cada dez lactentes apresenta uma hidrocele, que regridem habitualmente sem tratamento nos primeiros anos de vida” (BRUNNER e SUDDAARTH’S, 2014, p.1541).

O diagnóstico da Hidrocele é essencialmente clínico, observa-se ao exame físico a presença de massa cística extratesticular, indolor, transiluminada com a utilização de uma lanterna, procedimento realizado em sala com luzes apagadas. O exame é realizado ao se colocar um foco de luz sob o saco escrotal, diferenciando a hidrocele de uma hérnia, pelo fato desta transmitir luz, o que não ocorre com herniações (BRUNNER e SUDDAARTH’S, 2014).

Existem casos em que os testículos não podem ser palpados, como em Hidroceles tensas ou

volumosas, onde recomenda-se a ultrassonografia, no intuito de diferenciá-las de tumores testiculares, uma vez que cerca de 10% das neoplasias testiculares manifestam hidrocele (BRASIL, 2008).

Existem essencialmente dois tipos de hidroceles: a comunicante ou congênita, que podem ser isoladas ou associadas a outras patologias interescrotais (hérnias), mais comuns em recém-nascidos e na primeira infância, muito embora possa ocorrer em qualquer idade e a não comunicante ou hidrocele aguda, mais comum em indivíduos com faixa etária acima de 40 anos e está relacionada a lesões e infecções (TEKGÜL, 2010).

Na Hidrocele comunicante ocorre uma persistência do canal peritônio-vaginal (processus vaginalis) é decorrente da não finalização desse canal, durante a descida do testículo da cavidade abdominal, levando a uma comunicação entre a cavidade peritoneal e a túnica vaginal, manifestada pelo acúmulo e esvaziamento de líquido peritoneal na túnica vaginal ao redor do testículo. É mais comum em neonatos pré-termos, e pode ser bilateral (RAMÍREZ, 2013).

Vale salientar que a hidrocele comunicante tem como principal característica a alteração no volume conforme posição ou atividade física. (TEKGÜL, 2012).

A presença de hérnia, que consiste na saída de uma víscera, ou parte dela, da cavidade abdominal para a região inguinal por meio de um defeito congênito (processo vaginal ou persistência do conduto peritoni vaginal), podem gerar hidrocele, justamente pelo fato da não obliteração do processo vaginal durante a descida dos testículos (GUSSO e LOPES, 2012).

Outro tipo de hidrocele é a não comunicante, predominante em jovens e adultos, mas precisamente em aqueles acima de 40 anos de idade. Neste tipo de hidrocele, não existe comunicação entre a cavidade peritoneal e a túnica vaginal.

Pode ser secundária a processos inflamatórios como, por exemplo, a radioterapia onde ocorre inflamação das células endoteliais, causando vasodilatação através de substâncias liberadas durante o processo, ocasionando o acúmulo de líquidos no interstício, aumentando assim o

tamanho da bolsa escrotal (BRUNNER e SUDDAARTH'S, 2014).

A Hidrocele não comunicante ainda pode se desenvolver a partir de processos infecciosos, epidermite, lesões locais e doenças infecciosas sistêmicas, ligadura da veia gonadal, assim como concomitantemente em casos de neoplasias testiculares ou operação de varicocele, ou ainda podem surgir em decorrência de reparação de hidrocele comunicante. Algumas parasitoses, como por *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi*, *Brugia timoni* e *Loa loa*, são capazes de desenvolver hidroceles gigantes, que denomina-se elefantíase escrotal. A hidrocele, também pode se desenvolver em adultos submetidos à diálise peritoneal, e ainda podem ser idiopáticas, que são as mais frequentes, muito embora, acredita-se que são secundária a processos inflamatórios (BRASIL, 2008).

O tratamento para a hidrocele é cirúrgico e baseia-se na excisão, que pode ser realizada em ambiente ambulatorial e sob anestesia geral. Consiste em um procedimento de baixa intensidade e de curta duração, em que o paciente não precisa de hospitalização (BRUNNER e SUDDAARTH'S, 2014).

O procedimento cirúrgico consiste na retirada do excesso de líquido acumulado, por meio de incisão na bolsa testicular, e ressecção ou sutura das duas camadas (Túnica Albugínea e Túnica Vaginal). Pode haver a necessidade de utilização de dreno, é realizado curativo volumoso no local da incisão, durante alguns dias após a intervenção cirúrgica. Dentre os riscos desse procedimento estão infecção, lesão da bolsa, ou hematomas (BRUNNER e SUDDAARTH'S, 2014).

Como intervenções terapêuticas, após esta cirurgia, são realizadas: compressas frias nas primeiras 24 horas para redução de edema, oferta de um suporte atlético escrotal, para proporcionar conforto e sustentação (BRUNNER e SUDDAARTH'S, 2014).

Outro procedimento cirúrgico realizado é a aspiração por agulha do líquido acumulado, por meio de punção da bolsa escrotal, sendo comum haver reacúmulo de líquidos é administrada uma substância esclerosante (escleroterapia). Para evitar reincidiva, a mais utilizada é a tetraciclina a 5%. Essa terapia é realizada em homens com risco cirúrgico e os potenciais riscos são dor escrotal e infecções (BRUNNER e

SUDDAARTH'S, 2014).

Na maioria dos casos não há necessidade de tratamento, a menos que a hidrocele seja gigante, tensa, volumosa, que comprometa a circulação testicular, aparência indesejável ou causar considerável desconforto.

Em casos de hidrocele comunicante não é indicado o tratamento cirúrgico dos 12 meses, visto que podem regredir espontaneamente; na persistência após os 18 meses, é indicada a realização de procedimento cirúrgico. A cirurgia precoce está indicada quando associada a outras patologias testiculares adjacentes. Esta cirurgia consiste na ligação do processo vaginal (BRASIL, 2008).

Para tratamentos de hidroceles não comunicantes é indicado o procedimento cirúrgico, quando ela for volumosa e causar desconforto ou estética indesejável. Nos casos de hidrocele secundária à alguma patologia, é de extrema importância, tratar inicialmente a doença subjacente (BRASIL, 2008).

Na varicocele, ocorre uma dilatação do plexo venoso pampiniforme e da veia espermática interna, que realiza a drenagem venosa dos testículos.

“Ocorrem varicoceles em cerca de 15 à 20 % dos homens adultos saudáveis e 40% dos homens inférteis, e a grande maioria (95%) localiza-se no testículo esquerdo” (BRUNNER e SUDDAARTH’S, 2014, p. 1542).

Muitos homens queixam-se de dor, sensação de peso nas regiões inguinais, infertilidade e hiperexcitabilidade. Contudo, as varicoceles são na maioria dos casos assintomáticas, e facilmente aliviada com utilização do suporte da bolsa escrotal (BRUNNER e SUDDAARTH’S, 2014).

“A incidência de varicocele varia com a idade, sendo de 7,2% em indivíduos entre 2 e 19 anos, com a seguinte distribuição: 2 a 6 anos – 0,79%; 7 a 10 anos – 0,96%; 11 a 14 anos – 7,8% e 15 a 19 anos – 14,1%¹(B). Após os 20 anos, a incidência é de 10% a 25%² (D). Em pacientes idosos (mediana de 60 anos), a varicocele está presente em até 42,9%³(C). Nessa faixa etária, não existem estudos adequados que demonstrem existir relação entre varicocele e alterações hormonais”. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2008, p. 3).

A causa mais comum de varicocele é a incompetência do sistema valvular venoso da veia gonadal esquerda, que possui inserção em ângulo reto na veia renal esquerda, permitindo que ocorra refluxo (BRASIL, 2008).

A varicocele é mais comum no lado esquerdo, pois a veia gonadal do testículo esquerdo liga-se a nível retroperitoneal com a veia renal, o que acarreta em maior pressão retrógrada. Em decorrência dessa pressão, o plexo pampiniforme do cordão espermático tende a ficar tortuoso e ingurgitado, esta veia apresenta maior quantidade de valvas incompetentes, que em conjunto com a força da gravidade e com a posição ereta, contribuem para que haja refluxo sanguíneo e a dilatação venosa (VÁSQUEZ et al, 2009; FERNANDES, 2010).

Quando o paciente está em posição ortostática, fica perceptível a distensão venosa na bolsa testicular, diminuindo quando o paciente encontra-se na posição horizontal (BRASIL, 2008).

Doenças que se localizem retroperitoneal do lado esquerdo ou direito que causem invasão vascular, como linfadenopatia retroperitoneal, sarcomas retroperitoneais, podem

ocasionar obstrução com a formação de varicocele (BRASIL, 2008).

Existe uma associação entre varicocele e infertilidade masculina, embora 70% dos portadores de varicocele sejam férteis. Se o grau de varicocele for leve, não compromete a fertilidade (FERNANDES, 2010).

As causas de esterilidade nestes pacientes são desconhecidas, mas teorias enfatizam a temperatura testicular elevada (aumentam cerca de 2,2°C), causada pelo aumento do fluxo sanguíneo, resultando na redução da espermatogênese e da mobilidade do espermatozoide (BRASIL, 2008).

Alguns pacientes ocasionalmente apresentam sensação de peso, dor intermitente que pioram com abstinência sexual e outros com queixas de aumento do volume escrotal ou alteração da posição de um dos testículos (FERNANDES, 2010).

O diagnóstico da varicocele tem por fundamental o exame físico, que deve ser realizado com o paciente em pé e posteriormente deitado, em um ambiente tranquilo e de temperatura não fria, pois assim beneficiará o relaxamento da musculatura escrotal

(VÁSQUEZ et al, 2009).

Durante a inspeção e a palpação, a utilização da manobra de Valsava irá ajudar na identificação das veias dilatadas, devendo também avaliar a assimetria dos testículos. A dilatação venosa existente na varicocele é clinicamente classificada através do Sistema de Classificação de Dubin e Amelar em 3 graus, sendo eles: o grau 1 que é considerado pequeno e assim sendo palpável apenas com a realização da manobra de Valsava; o grau 2 que é considerado moderado, palpável facilmente sem a utilização da manobra de Valsava e o grau 3 que são as grande dilatações, sendo estas detectadas visualmente e palpadas com facilidade (FERNANDES, 2010).

O exame empregado para a confirmação diagnóstica de varicocele clínica e subclínica é a venografia e a ultrassonografia com doppler colorido, com importância no planejamento cirúrgico, pois existem evidências que o tratamento bilateral deve ser indicado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2008).

Como nem todas as varicoceles estão associadas a esterilidades, conseqüentemente, não precisam de

correção. Se a varicocele for leve, e não houver comprometimento da fertilidade não há necessidade de tratamento, e o suporte de bolsa escrotal é suficiente para aliviar as queixas de dor e sensação de peso, porém se os sintomas apresentarem-se de forma desagradável e continua ou fertilidade comprometida, poderá ser realizada correção cirúrgica. Após cirurgia a temperatura escrotal volta à normalidade cerca de 33° à 34° (BRUNNER e SUDDAARTH'S, 2014).

O tratamento das varicoceles objetiva a oclusão das veias testiculares dilatadas através de ligadura cirúrgica, esse procedimento cirúrgico é denominado de varicocelectomia que é realizada, a fim de reduzir o fluxo venoso de sangue para o plexo venoso ao redor dos testículos, como também melhorar a espermatogênese. No momento em que a cirurgia foi projetada para essa condição, as veias do plexo pampiniforme foram ligadas e divididas individualmente (BRASIL, 2008).

O tratamento é cirúrgico com o objetivo de interromper o fluxo das veias dilatadas, evitando assim lesões vasculares. (FERNANDES, 2010).

“As instruções e os cuidados após o

procedimento cirúrgico consistem em aplicação de bolsa de gelo à bolsa escrotal, durante as primeiras horas depois da cirurgia para aliviar edema, remoção do curativo após de 48 horas, exercícios não extenuantes nos primeiros dois dias, suporte escrotal, controle da dor e relato da ocorrência de complicações como infecções e hematoma.” (BRUNNER e SUDDAARTH'S, 2014, p. 1542).

Os homens devem ser orientados ainda sobre a realização do auto-exame testicular mensalmente, sempre após um banho quente onde há relaxamento do escroto, facilitando a observação na presença de alterações, o exame deve ser realizado na posição ortostática em frente ao espelho, deve-se buscar por modificações em alto relevo no epitélio testicular, a face anterior e posterior do testículo, normalmente a pele escrotal é enrugada e pequenas veias são visíveis, essa superfície rugosa, confere ao testículo a elasticidade e a textura da bolsa escrotal. Na presença de edema, a pele fica lisa, brilhante e com aspecto de tensão (BARROS, 2009).

O exame testicular deve ser seguido pela propedêutica da palpação,

posicionando o testículo entre o polegar na face anterior e movimentar o testículo entre os dedos. Durante a palpação não deve referir dor, orientar na palpação do epidídimo, estrutura em forma de vírgula que está de cima a baixo do testículo e que tem consistência macia e é ricamente vascularizado (BARROS, 2009).

Considerações Finais

O estudo conclui que tanto a Hidrocele quanto a Varicocele estão entre as principais alterações que acometem a genitália masculina, com uma grande probabilidade de causar infertilidade. No que concerne a função da Enfermagem diante dessas patologias, cita-se os cuidados e orientações pós cirúrgicos, a atuação como propagadora e incentivadora do auto exame testicular, bem como a oferta do conhecimento sobre essas doenças e as formas de tratamento. Cabe destacar a importância do diálogo, ao buscar alternativas de promover qualidade de vida a população masculina.

Referências

BARRERAS, M. P. et al. Hidrocele y

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

www.conbracis.com.br

tumor testicular en infância. **An Esp Pediatr.** Barcelona, v. 47, n 6, p.643,1997.

BARROS, A.L.B.L; et al. **Anamnese e Exame Físico: Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto.** Artmed:Porto Alegre, 2009.

BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. **Saúde do Adolescente: competências e habilidades.** Brasília, 2008.

CHILE. **Intervención para el hidrocele comunicante.** Sociedad chilena de urologia.

BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2014.

DENES, F. T.; SOUZA, N. C L, B.; SOUZA, A. S. **Afeções Testiculares: Diagnóstico e Tratamento.** Sociedade Brasileira de Urologia Colégio Brasileiro de Radiologia. Projeto e Diretrizes, p. 8, 2006.

GALLART, R. M. et al. Hidrocele reactivo tras palomo laparoscópico en el varicocele pediátrico. **Urología Infantil. Arch. Esp. Urol.** Madrid, p. 532-536, 2010.

GUSSO, G; LOPES, J.M.C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.** Artmed. Porto Alegre. vol. 2. 2012.

JUNIOR, A. N.; REIS, R. B.; CAMPOS, R. S. M. **MANU: Manual de Urologia.** 1. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Urologia,p. 111-116, 2010.

MEEKER, M. H; ROTHROCK, J. C. **Cuidados de enfermagem ao paciente**

cirúrgicos. 10. ed, Rio de Janeiro:
Guanabara Koogan, p. 454-456, 2011.

MEXICO. Guía de referencia rápida.
Diagnóstico y Tratamiento Del
Hidrocele en el Paciente Adulto.
Instituto Mexicano del Seguro Social.
IMSS-443-11.

OLIVEIRA, R. B.; et al. Manual de
Procedimentos Padronizados para o
Internato- Rotinas do Serviço de
Cirurgia. **Uningá review**. Nº 10. 2012.

ROMERO, F. R. et al. Prevalence and
risk factors for scrotal lesions/anomalies
in a cohort of Brazilian men ? 40 years

TEKGÜL, S.; et al. Orientações sobre
urologia pediátrica. **European Society
for Paediatric Urology**, p. 1008-1010,
2009.

VERDEJO, P. N.; et al. Tratamiento
del hidrocele en cirugia mayor
ambulatoria. **Arch. Esp. Urol**. vol.
58, nº 5. 2005.

of age. **Sao Paulo Med. J**, [s.l.], v. 132,
n. 2, p.73-79, 2014.

RAMIREZ, B. C. et al; Diagnóstico y
tratamiento Del hidrocele en los niños.
Rev Med Inst Mex Seguro Soc.
México. P. 101-107, 2011.

RAMIREZ, A. V.; Fisiopatología y
tratamiento del hidrocele. **Revista
medica de costa rica y centroamerica
LXX (608)**, p. 701 - 703. 2013.

RESENDE, D. A. Q. P.; et al. Coleções
na bolsa testicular: ensaio iconográfico
correlacionando achados
ultrassonográficos com a ressonância
magnética. **Radiol Bras**. 2014.

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

www.conbracis.com.br