

658 - ORQUIEPIDIDIMITE EM PACIENTE COM SÍFILIS E LASER DE BAIXA INTENSIDADE: RELATO DE CASO.

Tipo: POSTER

Autores: JULIANA BALBINOT REIS GIRONDI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA), CILENE FERNANDES SOARES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO HU-EBSERH DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS), AMANDA MACHADO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA), GABRIELE MORAES DE LIZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA), BRUNA CLASEN DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA), GABRIELY DO NASCIMENTO BARBOSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA), ALINE CRISTINA DA CUNHA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO HU- EBSEH DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA), LÚCIA NAZARETH AMANTE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA)

Introdução Dor escrotal aguda é uma queixa clínica recorrente que pode ser causada por anormalidades anatômicas, inflamação ou infecções bacterianas, sendo essas mais comuns e causadas por *Escherichia Coli* ou *Clamídia* e *Treponema Pallidum*. O diagnóstico diferencial é a orquiepididimite¹. A sífilis é transmitida principalmente por contato sexual (95%), pode ter diferentes formas clínicas categorizadas pela duração e localização da infecção. Mas, cerca de metade dos infectados não desenvolvam sintomas e são diagnosticados através de testes sorológicos². Na sífilis primária o principal sintoma é o cancro duro nos órgãos genitais, acompanhado ou não de ínguas³. Trata-se de uma infecção crônica, sistêmica, e curável que dentre as Infecções Sexualmente Transmitidas é a de maior relevância e número de casos notificados⁴. A orquiepididimite é uma condição urológica comum em homens, causando edema uni ou bilateral do epidídimo e/ou testículo, frequentemente causada por Infecções Sexualmente Transmissíveis. O tratamento medicamentoso consiste em analgesia e antibioticoterapia. Em situações de abscessos escrotais, a cirurgia é indicada⁵. Em casos extremos, a orquiectomia é necessária. No caso que será apresentado, houve necessidade de drenagem de abscesso mediante procedimento cirúrgico, o que desencadeou uma ferida traumática no testículo afetado. Nesse caso, a resolução do quadro leva mais tempo. O desconforto pode persistir até que se complete todo o curso de antibióticos e o inchaço e a consistência endurecida podem levar meses até o retorno ao estado anterior. Objetivo Relatar caso sobre a utilização de Laser de Baixa Intensidade na adjuvância de tratamento tópico em paciente com ferida decorrente de orquiepididimite por sífilis. Método Estudo de caso acompanhado de novembro de 2022 a janeiro de 2023 em hospital público no sul do Brasil. Os dados foram coletados pela anamnese, revisão do prontuário, anotações de enfermagem, escala visual analógica de dor (EVA) e registros fotográficos. Todas as condutas foram compartilhadas com equipe médica, preconizando pelo cuidado holístico e integral. Paciente masculino DMQ, 39 anos, solteiro, chefe de cozinha. Obeso, sem comorbidades, vícios ou alergias. Sem diagnóstico prévio de sífilis, mas relata não utilizar preservativos durante relações e histórico de feridas genitais aos 17 anos com regressão espontânea. Admitido em 8/11/2022 em unidade de clínica cirúrgica, com intensa dor (EVA 10), edema escrotal e orquiepididimite. Em 9/11/2022 realizada cirurgia para drenagem de abscesso escrotal. No 1º pós-operatório, paciente apresentava-se astênico, com dor moderada (EVA 7) em uso de opióide, restrito ao leito com dificuldade de mobilização até para mudanças de posicionamento. Sentia-se preocupado com o prognóstico, especialmente pelo local e extensão da ferida. Apresentava insônia, inapetência e crises de ansiedade há vários dias, ocasionada tanto pela condição clínica quanto pela ansiedade provocada pelas incertezas.

Ainda no pós-operatório mediato, ferida operatória em testículo direito medindo 11,5cm de comprimento X 17cm de largura X 10cm de profundidade (Área 185,5cm² e Volume 1.995,0cm³). Perda tecidual total, com exposição de todo testículo direito. Leito tecidual com 85% de necrose de liquefação, exsudato purulento e espesso em grande quantidade. Bordas irregulares, não aderidas e maceradas. Tumefação em baixo ventre e púbis. Na ocasião a conduta foi limpeza da

área perilesional com solução fisiológica 0,9% e clorexidina degermante; após remoção total; aplicação de polihexametileno biguanida (PHMB); fotobiomodulação; hidrofibra Aquacel®; creme barreira em perilesão. A fotobiomodulação foi realizada mediante aplicação de Laser de Baixa Intensidade com luz vermelha (660nm) em bordas (3 joules/ponto) e infravermelha (808nm) no leito (2 joules/ponto). Parâmetros: potência 0,1W, área de feixe 0,09842 cm, irradiância 1,016W/cm², método pontual, na posologia semanal. No 2º pós-operatório, redução na exsudação, tumefação local e quadro algico (EVA 3). Em virtude da melhora significativa, paciente sentia-se mais encorajado e animado, o que culminou na melhora do padrão de sono/repouso, alimentação e no seu bem-estar geral; inclusive permitindo banho de aspersão e saída do leito, permitindo seu autocuidado. Permaneceu internado durante 10 dias; mantendo os parâmetros terapêuticos. Após alta hospitalar foi dado seguimento de acompanhamento ambulatorial semanalmente, sendo essa a periodicidade de aplicação do laser. No domicílio, paciente realizava as trocas conforme instruções; sendo o curativo secundário trocado conforme saturação e o primário a cada quatro dias. Tratamento finalizado em 7/1/2023, com total cicatrização. Os dados analisados de forma descritiva e os achados discutidos com revisão narrativa da literatura. Estudo aprovado pelo Comitê de ética sob parecer 3.520.261 e CAAE 12212519.2.0000.0121. Resultados Já após a primeira sessão de laserterapia, o paciente apresentou redução significativa do quadro algico, da quantidade de exsudação e tumefação local; o que ocasionou melhora da qualidade e quantidade do sono, aumento da mobilidade e motilidade. Destaca-se que pela presença de infecção bacteriana em ferida de difícil cicatrização como na apresentada, justificamos que as intervenções de adequada higiene da ferida; que comporta: limpeza da ferida, pele perilesional e remodelação da borda; além da seleção da cobertura ideal garantiram um ambiente propício para a cicatrização. Ainda, a laserterapia de baixa intensidade contribuiu significativamente nesse tratamento por intermediar os processos inflamatórios e modular os níveis de várias prostaglandinas, contribuindo não somente para o reparo, mas também na modulação da dor. Em uma média de sete dias a ferida começou a apresentar tecido de granulação e o reparo total foi em 59 dias. Para tanto foram realizadas oito sessões de Laserterapia, com posologia de aplicação uma vez por semana. Além disso, destaca-se a qualidade da cicatrização, sem surgimento de cicatrizes hipertróficas e/ou queloides; bem como ausência de restrições ou sequelas em relação ao órgão afetado. Conclusão A orquiepididimite resultante do processo inflamatório pode ser desencadeada pela sífilis e ocasionar uma série de complicações. A implementação da higiene da ferida e a fotobiomodulação contribuem melhorar a condição clínica do paciente e do processo de regeneração celular. O laser de baixa intensidade mostrou-se eficaz no tratamento traumático de tecidos moles em paciente com orquiepididimite desencadeada pela sífilis por acelerar o processo de cicatrização, reduzir a contaminação secundária, promover analgesia; configurando-se como uma ferramenta importante no tratamento desse paciente. Para além dos aspectos biológicos, evidencia-se o quanto o tratamento foi preponderante para o bem estar biopsico do paciente, uma vez que houve melhora significativa em seu estado geral após a terapia empregada. Destaca-se que não foram encontrados na literatura vigente trabalhos científicos com esse enfoque de tratamento utilizando a fotobiomodulação para a etiologia desse tipo de lesão. Portanto, sugere-se a realização de estudos clínicos nesse escopo.