

## CRIPTORQUIDISMO ADQUIRIDO POR TRAUMATISMO ESCROTAL: RELATO DE CASO.

### ACQUIRED CRYPTOQUIDISM BY ESCROTAL TRAUMATISM: CASE REPORT.

Felipe Barufaldi<sup>1</sup>; AsCBC-SP Gilfred Canuto Pereira<sup>1</sup>; José Fabiano Docussé<sup>1</sup>; Gilberto Saber<sup>1</sup>; Bruno Pereira de Azevedo<sup>1</sup>; Paulo Lucchini Pontes Nogueira<sup>1</sup>.

#### RESUMO

O criptorquidismo adquirido é uma apresentação clínica rara, com poucos relatos na literatura e que geralmente ocorre por traumatismo escrotal. O tratamento mais recomendado é a exploração cirúrgica precoce. Neste caso, a orquidopexia foi realizada após cinco meses do evento traumático, o que demonstra um tratamento tardio com bom resultado.

**Descritores:** Criptorquidismo. Escroto/lesões. Doenças dos Genitais Masculinos. Orquidopexia.

#### ABSTRACT

Acquired cryptorchidism is a rare clinical presentation, with few reports in the literature and usually due to scrotal trauma. The most recommended treatment is early surgical exploration. In this case, the orchidopexy was performed after five months of the traumatic event, which shows a late treatment with good result.

**Keywords:** Cryptorchidism. Scrotum/injuries. Genital Diseases, Male. Orchiopexy.

## INTRODUÇÃO

Criptorquidismo é a denominação genérica que descreve a localização extra-escrotal do testículo, representando a mais frequente anormalidade genital masculina<sup>1</sup>. É um termo amplo que engloba diversas entidades distintas. A forma congênita é a mais comum, sendo prevalente em até 1% dos recém-nascidos a termo<sup>2</sup>. O criptorquidismo adquirido, também chamado de luxação testicular, é uma apresentação clínica rara, com poucos relatos na literatura e que ocorre mais comumente como resultado de um traumatismo escrotal. Estes relatos são mais frequentes em acidentes de motocicleta, por contusão direta contra o tanque de gasolina ou sobre o guidão<sup>3-5</sup>. Nestes casos, a maioria dos deslocamentos testiculares é unilateral (90%), superficial (80%) e de localização inguinal superficial (50%). Há também relatos de deslocamento para o púbis (18%), pênis (8%), abdome (6%), acetábulo (4%) e até mesmo para a região crural (2%)<sup>6</sup>.

## RELATO DO CASO

Homem, 23 anos, motociclista, vítima de colisão moto x carro, foi levado para o pronto-atendimento e encaminhado ao serviço de Urologia da Santa Casa de

Ribeirão Preto. Admitido acordado e orientado, com sinais vitais estáveis e queixa de dor em região pélvica à esquerda. Ao exame físico, constatou-se bolsa escrotal vazia à esquerda com testículo palpável em região inguinal ipsilateral e não-redutível. O testículo direito encontrava-se tópico, conforme ilustrado nas figuras 1 e 2.

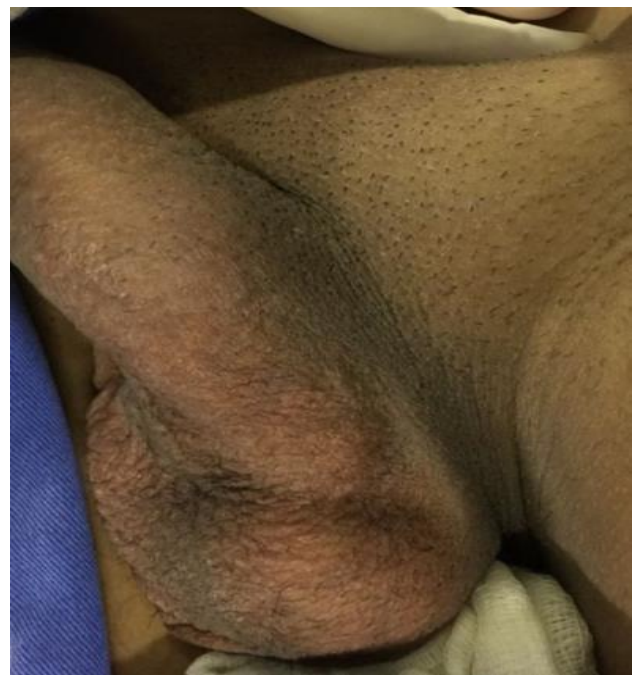


Figura 1. Testículo esquerdo palpável em canal inguinal.

<sup>1</sup> Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto, Departamento de Urologia, Ribeirão Preto, SP, Brasil.



Figura 2. Testículo direito palpável na região escrotal.

O paciente foi submetido a ultrassonografia escrotal, que identificou o testículo esquerdo no terço distal do canal inguinal, com mobilidade reduzida e doppler colorido de aspecto habitual. O mesmo paciente já havia dado entrada neste serviço com quadro suspeito de orquiepididimite um ano antes do acidente, quando estudo ultrassonográfico evidenciou testículos tópicos, sem alterações morfológicas.

Optou-se por realizar tratamento cirúrgico em um segundo tempo, visto que o testículo encontrava-se viável e sem alterações de fluxo sanguíneo ao doppler. A figura 3 ilustra a orquidopexia à esquerda, que foi realizada após cinco meses, eletivamente, sem intercorrências, com alocação do testículo de volta ao escroto.



Figura 3. Inguinotomia com dissecção por planos.

O acesso ao canal inguinal deu-se através de inguinotomia à esquerda, utilizando-se incisão transversa, com dissecção por planos até a liberação total do testículo ectópico. A fixação do testículo foi realizada com fio absorvível de longa absorção (poliglactina), por meio de uma incisão escrotal transversa à esquerda, com dissecção e confecção de uma bolsa subdártica e acomodação testicular (Figura 4).



Figura 4 - Liberação do testículo esquerdo.

O resultado final do procedimento cirúrgico está ilustrado na figura 5, com o testículo completamente inserido na região escrotal e as incisões devidamente rafiadas com fio absorvível.

Seguimento ambulatorial em dez, trinta e sessenta dias de pós-operatório, com testículo de tamanho similar ao direito ao exame físico, sem complicações de trofismo ou de sítio cirúrgico. O paciente recebeu alta ambulatorial com retorno livre em sua última consulta.

## DISCUSSÃO

O criptorquidismo é uma anormalidade de diagnóstico eminentemente clínico. Em casos de testículos retráteis, os mesmos podem ser trazidos ao escroto através da tração exercida durante o exame físico<sup>2</sup>. O caso relatado corrobora os dados encontrados na literatura a respeito do tema em questão. Por tratar-se de afecção rara, que pode levar a infertilidade e dor crônica, uma vez diagnosticada é recomendada sua correção cirúrgica<sup>3,7</sup>. Alguns estudos recomendam tratamento precoce, para evitar sequelas.

Como exame complementar, a ultrassonografia tem um custo/benefício

favorável e habitualmente permite a detecção de testículos localizados junto ao anel inguinal interno, muitas vezes, não palpáveis ao exame físico.



Figura 5. Resultado da orquidopexia à esquerda.

O interessante é que o paciente em questão realizou ultrassonografia escrotal antes e após o acidente, contribuindo para um registro mais fiel de que a ascensão testicular realmente ocorreu após o evento traumático.

A redução por tração manual ou cirúrgica nos primeiros três a quatro dias do trauma são os tratamentos de escolha, considerando-se a relevância da formação de edema e aderências após este período<sup>8</sup>. Alguns trabalhos utilizam fármacos miorrelaxantes para redução testicular incruenta, mas o resultado não se mostrou efetivo<sup>3</sup>. A exploração cirúrgica precoce é justificada em todos os casos de criptorquidismo traumático e tem como justificativa minimizar a possibilidade de infertilidade e posterior malignização<sup>4</sup>. A opção de exploração cirúrgica também é preferível devido à possibilidade de ruptura ou torção testicular durante a redução incruenta e também pela baixa morbidade relacionada ao procedimento cirúrgico<sup>6</sup>.

Neste caso, a orquidopexia foi realizada após cinco meses do evento traumático. A evidência ultrassonográfica de fluxo testicular satisfatório e viabilidade do órgão trouxeram segurança à equipe

para o agendamento eletivo do procedimento.

Por tratar-se de evento raro, não há séries com número significativo de casos na literatura. A avaliação genital durante o exame secundário na sala de trauma é necessária, sob risco de perda testicular por hipofluxo com o deslocamento cranial do testículo. Embora o tratamento precoce pareça ser mais adequado, este caso demonstra um tratamento tardio com bom resultado.

## REFERÊNCIAS

1. Longui CA. Diagnóstico e tratamento do criptorquismo. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2005;49(1):165-71.
2. Bhullar JS, Cheung E. Acquired cryptorchidism in an ectopic location. *Int J Case Rep Imag.* 2012;3(8):21-3.
3. Aslam MZ, Thwaini A, Sundaram SK. Testicular dislocation: a rare consequence of blunt scrotal injury. *Can Urol Assoc J.* 2009;3(3):E1-E3.
4. Luján Marco S, Budía Alba A, Bango García V, Ramirez Backhaus M, Delgado Oliva F, Jiménez Cruz J. Dislocación testicular postraumática. *Actas Urol Esp.* 2006;30(4):409-11.
5. Perera E, Bhatt S, Dogra VS. Traumatic ectopic dislocation of testis. *J Clin Imaging Sci.* 2011;1:17.
6. Oliveira Filho GO, Oliveira LCS, Justa DG. Traumatic testicular dislocation. *Brazilian J Urol.* 2000;26(5):528-9.
7. Vasudeva P, Dalela D, Singh D, Goel A. Traumatic testicular dislocation: a reminder for the unwary. *J Emerg Trauma Shock.* 2010;3(4):418-9.
8. Zavras N, Siatelis A, Misiakos E, Bagias G, Papachristos V, Machairas A. Testicular dislocation after scrotal trauma: a case report and brief literature review. *Urol Case Rep.* 2014;2(3):101-4.

## Endereço para correspondência:

Felipe Barufaldi

E-mail: [felipebaru@gmail.com](mailto:felipebaru@gmail.com)

[gilfredcanuto@gmail.com](mailto:gilfredcanuto@gmail.com)