

Torção de Testículo Criptorquídico: Relato de Caso

Vanessa Condori Leandro¹, Arthur Pereira da Silva Catharino², Flávia Medeiros Lima Silvestre¹, Eliseu Gabriel Santos Lima¹, Rafael Ruggeri Magalhães³



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n2p2150-2160>

Artigo publicado em 23 de Fevereiro de 2025

RESUMO

A torção testicular é uma das principais emergências urológicas em homens. O testículo criptorquídico é aquele que não desceu para a região de bolsa escrotal, permanecendo localizado na cavidade abdominal ou na região inguinal. Nesse relato será abordado o caso de um jovem de 23 anos, portador de criptorquidia em testículo esquerdo em que houve um processo de torção testicular que necessitou de abordagem cirúrgica. Abordaremos a prevalência, características, exames de imagens no auxílio do diagnóstico, possíveis complicações e diagnóstico diferencial.

Palavras-chave: Torção testicular, criptorquidia, orquiectomia, abordagem cirúrgica, abordagem não-usual.

Torsion of Cryptorchid Testicle: Case Report

ABSTRACT

Testicular torsion is one of the main urological emergencies in men. The cryptorchid testicle is one that has not descended into the scrotal region, remaining located in the abdominal cavity or in the inguinal region. This report will address the case of a 23-year-old young man with cryptorchidism in the left testicle in which there was a process of testicular torsion that required a surgical approach. We will address the prevalence, characteristics, imaging tests to aid diagnosis, possible complications and differential diagnosis.

Keywords: Testicular torsion, Cryptorchidism, Orchiectomy, Surgical approach, Unusual approach.

Instituição afiliada – ¹ Residente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Escola de Valença
² Acadêmico do Centro Universitário de Valença - UNIFAA
³ Orientador e supervisor da residência de Cirurgia Geral do Hospital Escola de Valença

Autor correspondente: Vanessa Condori Leandro vanessacondorii@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A torção testicular é uma patologia em que ocorre devido a rotação do cordão espermático em torno de seu eixo longitudinal, usualmente com rotação entre 180° à 720° para comprometer o suprimento arterial (porém o grau da torção se apresenta diferente em cada paciente), interrompendo a circulação do testículo acometido, gerando isquemia e sendo assim, uma das principais emergências urológicas agudas em homens.¹

A torção testicular tem como apresentação clássica a dor unilateral de intensidade elevada, associada a náusea e vômito, podendo apresentar outros sintomas como dor abdominal, febre e alterações urinárias.²⁻³

O método de imagem mais utilizado para o diagnóstico/avaliação é o Doppler ultrassonográfico, que possui alta sensibilidade e alta especificidade. Sobre seu tratamento, que tem bom prognóstico se abordado de 4 a 6 horas após início dos sintomas, pode-se abordar de duas formas: a distorção manual do testículo acometido e a abordagem cirúrgica para distorção (ou em casos com mais acometimento isquêmico, a orquiectomia).²⁻⁴

Já a criptorquidia se apresenta como uma patologia em que se dá pela ausência do testículo em seu local anatômico usual, com avaliação aos 6 meses de idade, devido a algum evento durante a gestação em que houve o impedimento da descida do testículo até a cavidade escrotal, podendo apresentar uma prevalência de 2 a 8% de acordo com a região geográfica.⁵⁻⁶

O tratamento da criptorquidia ocorre devido a algumas outras indicações: aumenta o risco de torção testicular e trauma, possível incômodo psicológico e de imagem, tanto para os pais, quanto para os pacientes. Sendo também razões para realização do tratamento cirúrgico, a orquiectomia (podendo ser realizado com idade de 18 meses).⁵⁻⁶

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de relato de caso de torção de testículo criptorquídico a esquerda em um paciente atendido no Pronto Socorro do Hospital Escola de Valença (HEV), embasado em prontuário e entrevista com o paciente, fundamentado na pesquisa bibliográfica estruturada em periódicos, artigos e monografias (nas bases do LILACS e Scielo).

RELATO DE CASO

G.F.G, 23 anos, masculino, procurou médico assistente devido a quadro de dor em região inguinal à esquerda. Foi solicitado ultrassonografia da região inguinal, prescrito analgesia e sintomáticos e o mesmo encaminhou o paciente ao serviço de emergência. No pronto-socorro do Hospital Escola de Valença, paciente chegou com dor importante na região inguinal associado a hiperemia e abaulamento à esquerda. Referia que o abaulamento iniciou há duas semanas, com piora importante do quadro de dor.

O achados ultrassonográficos de região inguinal evidenciava o canal inguinal esquerdo com presença de testículo esquerdo, medindo 40.3x25.4x25.5mm volume de 13.5cm³, vascularizado com área líquida ao redor. Impressão: criptorquidia a esquerda + hematoma? + seroma? Além disso, no setor de emergência foi solicitado exames laboratoriais que não indicavam nenhuma outra alteração.



Figura 1- Abaulamento em região inguinal a esquerda

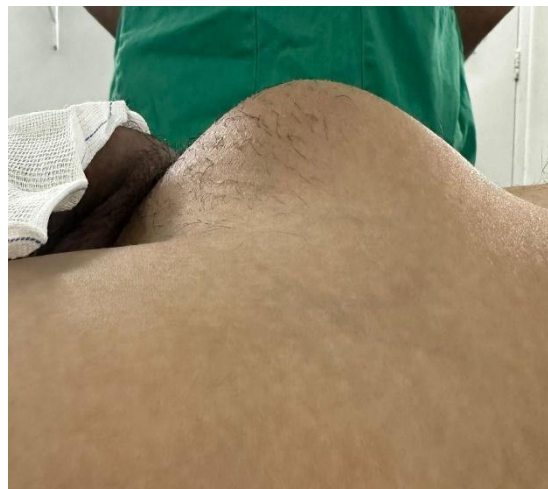


Figura 2- Abaulamento em região inguinal a esquerda, imagem em perfil.

O paciente foi submetido a inguinotomia para exploração do canal inguinal, foi diagnosticado com torção de testículo criptorquídico, no qual havia 3 rotações em torno do próprio eixo. O testículo apresentava sinais de isquemia, cianose, assim como edema. Foi realizado orquiectomia via inguinal a esquerda.



Figura 3- Torção testicular 03 rotações em torno do próprio eixo, testículo com sinais de congestão e isquemia.

Figura 4- Peça operatória, produto de orquiectomia a esquerda.

Paciente evoluiu em D1 de pós operatório sem queixas álgicas, com boa evolução clínica, sendo optado por alta hospitalar. Em quinze dias após ato operatório, paciente compareceu a consulta ambulatorial, sendo verificado o resultado do histopatológico que evidenciava: necrose coagulativa do testículo; Nódulo de Pick; Vasocongestão em cordão espermático; Ausência de malignidade nos planos dos cortes examinados. Até o momento, paciente foi acompanhado no ambulatório e evoluiu sem intercorrências, sem queixas.

DISCUSSÃO

A depender da localização do testículo e de sua palpação ou não durante o exame clínico, o testículo não descido pode ser classificado em palpável e não palpável, bem como em baixo ou alto. ⁷

Classificação	Descrição	Localização
Testículo Palpável	Representa 80 a 90% dos casos. Pode ser sentido durante o exame clínico.	-
Intracanalicular	Localizado entre o anel inguinal interno e externo.	Canal inguinal.
Extracanalicular	Localizado entre o anel inguinal externo e o escroto.	Região inguinoescrotal.
Deslizante	Só desce ao escroto quando tracionado no exame clínico.	Pode estar parcialmente no canal inguinal ou na região inguinoescrotal.
Testículo Não Palpável	Não pode ser sentido no exame clínico.	Pode estar intra-abdominal ou ausente (anorquia).

A torção testicular (TT) é definida pela interrupção do suprimento sanguíneo testicular causada pela rotação do cordão espermático. É uma emergência cirúrgica que ocorre em 20% - 30% dos homens com escroto agudo (emergência urológica estabelecida pela presença de dor local de grande intensidade, edema e alteração da consistência das estruturas da bolsa testicular). A interrupção do fluxo testicular justifica a necessidade de rápida intervenção para preservação do órgão. Dessa maneira, um atraso no seu diagnóstico e tratamento poderá acarretar necrose testicular e perda do órgão acometido.⁶



Dentre os fatores etiológicos relacionados com TT podemos citar: trauma local e atividade esportiva capaz de aumentar o reflexo cremastérico (RC) - como ciclismo, natação e patinação. Outro fator envolvido com a gênese da TT é a congestão vascular verificada em indivíduos com epididimite e inflamação testicular. Nos casos de TT após casos prévios de orquidopexia por criptorquidia e/ou por torção testicular (algo bastante raro), acredita-se que estejam relacionados a deficiências nas suturas cirúrgicas de fixação testicular. Há, também, trabalhos mostrando uma predisposição familiar com transmissão genética, porém ainda sem resultados expressivos.⁶

Seu diagnóstico se baseia na caracterização clássica de dor escrotal súbita e de forte intensidade, unilateral, às vezes, associada a náuseas e vômitos. Outros sintomas como dor abdominal, inflamação, hiperemia e hipertermia local normalmente acompanham o quadro clínico. Ao exame físico, a elevação manual do testículo sem alívio da dor (ausência do Sinal de Prehn) também é indicativo de TT. É primordial a investigação das regiões abdominal, inguinal e escrotal para avaliar se há discrepância de tamanho, grau de tumefação, presença ou ausência e localização de eritema, engrossamento da pele e posição dos testículos.⁶⁻⁷

O diagnóstico diferencial de TT inclui torção dos apêndices testiculares, orquiepididimites, hérnia inguinoescrotal encarcerada, abscesso testicular, púrpura de Henoch-Schönlein e trauma da bolsa testicular. Para complementação diagnóstica é feito exame de urina (EQU + Urocultura) para identificar a possibilidade de piúria e bacteriúria, além de avaliação por imagem como a Ecografia com doppler colorido e a cintilografia apresentam alta sensibilidade e especificidade, lembrando que a TT é um diagnóstico essencialmente clínico e que a realização de exame complementar não poderá atrasar em hipótese alguma o tratamento dessa emergência.⁶

Para testículo não palpável, a ultrassonografia ajuda como método diagnóstico, pois permite classificar, avaliar o tamanho e a estrutura do parênquima do testículo. Contudo, atualmente, o método preferido para localização é a laparoscopia. Geralmente, testes laboratoriais não são necessários para o diagnóstico. As situações que requerem tal avaliação são: análise genética para descartar um cariótipo feminino com síndrome androgenital em casos de testículo bilateral não palpável; avaliação endocrinológica em casos bilaterais para descartar outras síndromes; detecção de

produção de testosterona antes da exploração cirúrgica, assim como teste de estimulação hCG (gonadotrofina coriônica humana). O aumento do hormônio luteinizante (LH) e do hormônio folículo estimulante (FSH), com ausência de substância inibidora de Müller sugere anorquia, assim como gonadotrofina elevada e teste de estimulação intramuscular de hCG negativa reforçam a condição. Para comprovação final é com exploração cirúrgica.⁷

A cirurgia para criptorquidismo é indicada para evitar a degeneração testicular, a diminuição da fertilidade tardiamente, ajudar na detecção de malignidades e reduzir a taxa de torção testicular. O tratamento difere a depender de o criptorquidismo ser palpável ou não palpável. Caso o testículo seja palpável o tratamento é realizado através da orquidopexia aberta. Já os casos de criptorquidismo não palpável, tanto a cirurgia quanto o diagnóstico são por via laparoscópica. No caso em questão, não havia a possibilidade pela via laparoscópica, sendo realizado a inguinotomia.⁷

O tratamento cirúrgico é considerado o tratamento adequado e definitivo para a Torção testicular. Entretanto, na tentativa de alívio da dor e melhora da perfusão temporária testicular, está indicada a distorção manual, clássica ou inversa, desde que haja tolerância da dor pelo paciente, que poderá ser amenizada pelo uso de analgésicos. Essa técnica gera alívio da dor, porém, a melhora clínica observada com a rotação manual não está diretamente relacionada com a presença ou ausência da persistência da TT, o que mantém como primordial a exploração cirúrgica precoce. No tratamento cirúrgico a incisão deve ser feita em região hemiescrotal, de forma que o cirurgião tenha acesso a ambos os testículos. Uma vez acessado o interior da bolsa escrotal, deve-se proceder com a distorção testicular e documentação do número de rotações do cordão espermático. Após a distorção, o testículo contralateral é avaliado e a orquidopexia está indicada, suturando o testículo à parede escrotal com fio não-absorvível.⁶

O paciente deve ser acompanhado por pelo menos 6 meses, para reavaliação da funcionalidade e do tamanho testicular já que, mesmo após conduta adequada, com excelência na técnica cirúrgica, há o risco de uma nova TT após uma orquidopexia, e todo paciente que apresenta uma recidiva de TT deve receber os mesmos cuidados, com a mesma eficiência e agilidade.⁶



As complicações de um testículo não descido são a malignização, a infertilidade, a torção e a hérnia inguinal. Por isso, é urgente o diagnóstico precoce e a referência para tratamento cirúrgico definitivo (orquidopexia). A orquidopexia atenua ou anula todas as complicações, mas não a probabilidade de malignização testicular. Além disso, a torção testicular é mais comum em 01 a cada 19 testículos criptorquídicos uma vez que as inserções inguino-escrotais são mais débeis. ¹⁰⁻¹¹

Sendo assim, a técnica cirúrgica escolhida entre orquidopexia e orquiectomia se dá, principalmente, pelo tempo de acometimento da torção testicular e criptorquidia na avaliação intraoperatória, pois não há exames capazes de quantificar com precisão o grau de isquemia e lesão testicular. Já foi demonstrado que pacientes com até 4 a 8 horas de evolução dos sintomas apresentaram melhor prognóstico, com menores lesões isquêmicas significativas e menores alterações morfológicas no órgão no longo prazo. Em contrapartida, aqueles que mantiveram um tempo de isquemia persistente por 12 horas ou mais, desenvolveram maiores complicações e índices elevados de indicação de orquiectomia. ^{6,10}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso relatado e publicações levantadas trazem melhor esclarecimento sobre casos usuais, não usuais e com abordagem cirúrgica divergente quando se comparado a torção testicular sem criptorquidia e evidenciam que, embora essa abordagem seja minoria dos casos e pouco prevalente, quando necessária e bem executada em pacientes com a patologia, é possível observar resultados satisfatórios e duradouros no que se refere a redução no risco de tumor de testículo, pós operatório e outros riscos ocasionados pela torção testicular e também pela criptorquidia.

REFERÊNCIAS

1. SHARP, V.J. et al. Testicular torsion: diagnosis, evaluation, and management. *American Family Physician*, v. 88, n. 12, p. 835, 2013. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2013/1215/p835.html>. Acesso em: 15/06/2024
2. DA CONCEIÇÃO, H. N.; DIOGO, M. P. S.; VITORINO, T. C. T.; JUNTOLLI, A. C. V.; CASTANHEIRA, E. P.; HUFF, C. R.; SIQUARA NETO, E. de J.; GONÇALVES, J. S.



- Aspectos clínicos e fisiopatológicos da torção testicular. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 4021–4030, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n1-327. Disponível em:
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/66896> .
Acesso em: 16/06/2024
3. Medical Student Curriculu: Acute Scrotum, American Urological Association: Disponível em: <https://www.auanet.org/meetings-and-education/for-medical-students/medical-students-curriculum/acute-scrotum> . Acesso em: 15/06/2024
 4. DIAS, A.F.D. Criptorquidia- Revisão sistemática de conceitos. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/108928/2/231881.pdf> . Acesso em: 13/06/2024
 5. GOMIDE, L.M.M, Avaliação de células germinativas e células de Sertoli em modelo experimental de criptorquidia e orquidopexia, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/fee82388-62a2-45eb-ae61-e0e0c1367486/content> . Acesso em: 18/06/2024
 6. LOPES, M.T; DE SOUZA, N.R; NETO, V.C; NORONHA, J;A.P. TORÇÃO DE TESTÍCULO - ARTIGO DE REVISÃO, 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882867/torcao-de-testiculo-artigo-de-revisao.pdf> . Acesso em 13/06/2024
 7. SILVÃO, B.A Tratamento Cirúrgico da Criptorquidia: Uma Revisão de Literatura, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/7986/1/Betânia%20Andrade%20Silvão%20%282012.1%29.pdf>. Acesso em: 28/10/2024
 8. NÖSKE HD, KRAUS SW, ALTINKILIC BM, WEIDNER W. HISTORICAL MILESTONES REGARDING TORSION OF THE SCROTAL ORGANS. *J Urol*. 1998 Jan; 159(1):13-6. doi: 10.1016/s0022-5347(01)63997-1. PMID: 9400427. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9400427/>. Acesso em 20/01/2025.
 9. PARK K, CHOI H. AN EVOLUTION OR ORQUIOPEXY: HISTORICAL ASPECT. *KOREAN J UROL* 2010;51:155-160.
 10. PEREIRA JR, NEVES S, LEITE F, BAPTISTA C, SANTOS E, FERRÃO A, FIGUEIREDO C. CRYPTORCHIDISM IN ADOLESCENCE. *ACTA MED PORT INTERNET*. 2011 DEC. 30 CITADO EM: 2025 FEB. 10 ;24:715-8. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1532>
 11. SALGUEIRO GFG. TESTÍCULOS INTRA-PÉLVICOS : DESAFIO CIRÚRGICO. Jun-2023. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/63232>. Acesso dia 10/02/2025.