



Residência **RP** Pediátrica

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria

ISSN-Online: 2236-6814

Data de Submissão: 16/08/2020

Data de Aprovação: 04/07/2021

RELATO DE CASO

Torção testicular tipo extravaginal em recém-nascido: Relato do diagnóstico em sala de parto

Extravaginal testicular torsion in a newborn: Report of the diagnosis in the birth room

Dario Silva da Silva-Júnior¹, Victor Santos de Melo¹, Aline Barbosa Lopes², Renato Pereira da Rocha³, Virgílio Ribeiro Guedes⁴

Palavras-chave:

Pediatria,
Torção do Cordão
Espermático,
Orquiectomia.

Resumo

Objetivo: Relatar um caso de torção testicular intraútero diagnosticado a partir do exame físico realizado em sala de parto. **Relato do caso:** Paciente recém-nascido (RN) de parto vaginal e do sexo masculino. Durante exame físico inicial em sala de parto, verificou-se pele da bolsa escrotal à direita com leve hiperemia e mais retraída, aumento do volume testicular à direita em comparação ao contralateral e consistência endurecida, aventando-se a hipótese diagnóstica de torção intraútero ou neoplasia testicular. A avaliação ultrassonográfica com doppler colorido evidenciou testículo direito com dimensões aumentadas, imagem hiperecogênica sugestiva de nó de cordão espermático e ausência de sinais de fluxo sanguíneo em seu interior. O RN foi submetido à exploração cirúrgica com achado intra-operatório de testículo necrótico, com subsequente orquiectomia e orquidopexia do testículo contralateral. O rastreamento laboratorial não sugeriu neoplasia testicular. A peça anatômica foi enviada para exame histopatológico que demonstrou achados compatíveis com torção testicular com ausência de malignidade. **Conclusões:** A torção testicular neonatal é uma condição rara, porém é importante conhecer essa afecção para poder detectá-la durante o exame físico de um RN. A torção testicular ocorre quando o cordão espermático torce sobre seu próprio eixo, o que pode ocasionar um infarto isquêmico do testículo. Confirmado o diagnóstico, a exploração cirúrgica visa a detorção do testículo ou sua remoção se este for inviável, podendo ser considerada a exploração e fixação do testículo contralateral como maneira profilática de uma futura torção.

¹ UFT, Pediatria. Sala de Parto do Hospital e Maternidade Dona Regina. Preceptor do Internato e da Residência Médica em Pediatria da Universidade Federal do Tocantins - Palmas - TO - Brasil.

² Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP, Pediatria - São Paulo - São Paulo - Brasil.

³ Hospital e Maternidade Dona Regina, Serviço de Cirurgia Pediátrica da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Tocantins - Palmas - TO - Brasil.

⁴ UFT, Patologia. Professor do Curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins - Palmas - TO - Brasil.

Endereço para correspondência:

Dario Silva da Silva Júnior.

Universidade Federal do Tocantins. Avenida NS 15, ALCNO 14, Campus Universitário, Centro, Palmas - TO. Brasil. E-mail: dariojssjunior@gmail.com



Keywords:

Pediatrics,
Spermatic Cord Torsion,
Orchiectomy.

Abstract

Objective: To report a case of intrauterine testicular torsion diagnosed from the physical examination performed in the delivery room. **Case report:** Male newborn patient, natural birth. During the initial physical examination in the delivery room, the skin of the scrotum on the right was found to be slightly hyperchromic and more retracted, increased testicular volume on the right compared to the contralateral and hardened consistency, raising the diagnostic hypothesis of intrauterine torsion or testicular neoplasm. Ultrasonographic evaluation with color Doppler showed enlarged right testis, hyperechoic image suggestive of spermatic cord node and absence of blood flow signs within it. The newborn underwent surgical exploration with intraoperative finding of a necrotic testis, with subsequent orchiectomy and contralateral testis orchidopexy. Laboratory screening did not suggest testicular neoplasia. The anatomical specimen was sent for histopathological examination, which contains findings compatible with testicular torsion with absence of malignancy. **Conclusions:** Neonatal testicular torsion is a rare condition, but it is important to know this condition in order to be able to detect it during the physical examination of a newborn. Testicular torsion occurs when the spermatic cord twists on its own axis, which can lead to an ischemic infarction of the testis. Once the diagnosis is confirmed, a surgical exploration aims at the detorsion of the testicle or its removal if this is not feasible, and may be considered an exploration and correction of the contralateral testicle as a prophylactic way of future torsion.

INTRODUÇÃO

O exame físico do recém-nascido (RN) na sala de parto deve ser sumário, contudo sistemático e completo, de forma a priorizar pontos-chaves que são determinantes para morbidades e até mortalidade do RN. No exame físico da genitália masculina, a palpação da bolsa escrotal visa verificar a presença dos testículos, massas testiculares, além da observação de alterações penianas como fimose, alteração da localização do meato uretral entre outros.

A torção testicular é uma alteração que pode ser observada no primeiro exame físico do RN, ainda na sala de parto, podendo prever se houve torção intrauterina ou no pós-natal imediato através desse exame físico, o que é de extrema importância, pois a torção pós-natal requer exploração cirúrgica imediata do testículo afim de tentar preservar sua funcionalidade.

O presente trabalho visa relatar um caso clínico de uma torção testicular intrauterina, diagnosticada durante o primeiro exame físico do RN na sala de parto, em que foi realizada orquiectomia à direita e orquidopexia do testículo contralateral. O caso se justifica devido a raridade na literatura, assim como sustentar a importância do exame físico sistematizado e completo ainda na sala de parto.

RELATO DO CASO

Recém-nascido por parto vaginal, com necessidade de reanimação neonatal com uso de ventilação com pressão positiva em ventilador manual em "T". Boletim Apgar de 4/7/9, respectivamente no 1º, 5º e 10º minuto de vida. Capurro de 39 semanas e 5 dias, peso de 2460g e 48 cm de comprimento. Histórico pré-natal sem patologias como hipertensão, diabetes gestacional ou qualquer outra comorbidade, além de sorologias negativas.

Ao exame físico, apresentava como única alteração, discreto aumento do volume do testículo à direita em comparação ao contralateral, além de pele local com leve hiperchromia e bolsa escrotal mais retraída (Figura 1). A consistência era

endurecida, sendo possível delimitar o testículo com precisão. Sem sinais de dor a palpação ou qualquer sinal flogístico. A transluminação foi negativa. O testículo esquerdo não apresentava alterações visuais ou palpáveis. O exame abdominal e da região inguinal não demonstrou alteração relevante. Após parecer técnico da equipe de Cirurgia Pediátrica, que frente aos dados semiológicos, definiu as hipóteses diagnósticas de torção testicular crônica ou tumor testicular (menos provável), foi solicitado exame de imagem e marcadores laboratoriais para neoplasia testicular.



Figura 1. Ectoscopia da bolsa escrotal do recém-nascido.

A avaliação ultrassonográfica evidenciou testículo direito com dimensões aumentadas, contornos levemente lobulados, ecotextura hipoecogênica heterogênea, sem sinais de fluxo sanguíneo em seu interior com ecodoppler colorido em contiguidade com o cordão espermático com imagem hiperecogênica, sugestiva de nó de cordão espermático.

O RN foi submetido à exploração cirúrgica via inguinal, sob anestesia geral, após cumprimento do período de jejum. Foi encontrado testículo necrótico por torção extravaginal, com subsequente orquiectomia à direita (Figura 2) e orquidopexia do contralateral na parede escrotal. A peça anatômica foi enviada para exame anatomopatológico.



Figura 2. Transoperatório de orquiectomia.

Os exames laboratoriais, resgatados posteriormente, mostraram-se negativos para tumores germinativos quando examinados conjuntamente; evidenciou-se DHL 1108U/L, alfafetoproteína 33.355 ng/mL e Fosfatase Alcalina 287U/L e Beta-HCG quantitativo 27,6mUI/mL.

O pós-operatório foi realizado na Unidade Intermediária (UI) da maternidade sem intercorrências ou complicações. O exame histopatológico da peça cirúrgica mostrou parênquima testicular com infarto hemorrágico e macrófagos contendo hemosiderina; processo inflamatório de linfócitos discreto, observados também nos tecidos moles congestos; Epidídimo com hemorragia na serosa; Ausência de malignidade na presente amostra. Como conclusão, os achados microscópicos são compatíveis com a proposição clínica de torção testicular com necrose extensa.

DISCUSSÃO

A torção testicular neonatal é uma condição gênito-urinária rara, definida como torção que ocorre no pré-natal ou nos primeiros 30 dias de vida^{1,2}, apresenta uma incidência de 6,1 / 100.000 recém-nascidos³.

A torção testicular é dividida em torção extravaginal e intravaginal. Na torção extravaginal, o testículo e a túnica vaginal estão envolvidos, uma vez que a túnica vaginal e gubernaculum ainda não estão fixados ao músculo dartos da parede escrotal. Já a torção intravaginal é observada em crianças mais velhas e adultos jovens e envolve apenas o testículo, que gira em seu próprio eixo longitudinal dentro da túnica vaginal¹⁻³.

Em uma série de 150 casos analisados de torção testicular perinatal, 85% foram unilaterais, estima-se que 70% das torções extravaginais estão presentes ao nascimento e podem ter ocorrido na vida intrauterina².

Como fatores de risco de torção testicular neonatal tem-se o alto peso ao nascer, duração prolongada da gravidez, apresentação pélvica, trabalho de parto prolongado, gemelaridade, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional^{2,4,5}.

Os achados clínicos diferem entre os tipos de torção. A torção testicular pós-natal apresenta dor, vermelhidão e inchaço do testículo afetado e requer intervenção cirúrgica rápida para restaurar o fluxo sanguíneo e prevenir a necrose isquêmica. Ao contrário, a torção testicular pré-natal tende a se apresentar como uma massa endurecida e sem os sinais flogísticos significativos ao exame inicial do RN.

É importante distinguir rapidamente entre os casos de torção pré-natal e pós-natal no exame físico inicial do RN em sala de parto, pois isso permite a indicação de detorção do testículo em uma cirurgia de urgência nos casos de torção pós-natal, enquanto o tratamento da torção pré-natal é menos urgente⁶.

O diagnóstico diferencial de massa testicular inclui a torção testicular ou de apêndices testiculares, hérnia inguinal encarcerada, hematocele congênita, tocotraumatismo, hemorragia adrenal, abscesso escrotal, epididimite, orquite ou tumor testicular^{6,7}.

O exame físico do abdome, região inguinal e escrotal deve ser acurado o suficiente para excluir a maioria dos possíveis diagnósticos. Dessa forma, a ausência de massa inguinal afasta o diagnóstico de hérnia; nos casos de infecção, o escroto afetado parece macio e pele hiperemiada; a hidrocele, muito comum em neonatos, é mais macia à palpação e apresenta transluminação positiva; já os tumores testiculares, são muito raros em recém-nascidos, merecem exames laboratoriais e de imagem. Para assegurar o diagnóstico pode-se associar ultrassonografia de bolsa escrotal e abdome inferior, desde que este não atrase a terapêutica cirúrgica emergencial do diagnóstico, mesmo que presuntivo, de torção testicular pós-natal.

Nos casos de torção pós-natal, a exploração cirúrgica é uma emergência, deve ser realizada para tentar evitar necrose

isquêmica^{2,5}. A exploração escrotal visa a detorção e verificação da viabilidade do testículo, observando a coloração, perfusão superficial ou após a incisão da túnica albugínea. Se viável, deve ser fixado e, se confirmado a inviabilidade, este deverá ser retirado.

Na torção testicular pré-natal, como relatado neste trabalho, o tratamento não é emergencial e serviu para retirar o testículo necrosado e prevenir a torção contralateral do testículo saudável^{1,2,5}. Parte dos cirurgiões pediátricos sugere remover o testículo necrosado (orquiectomia) devido ao risco de formação de tumores^{1,3,4,5}. A estratégia de fixar o testículo contralateral (orquiopexia) para evitar a torção posterior do testículo saudável é controversa⁶. Um estudo com 17 neonatos, em que sete deles não foram submetidos a orquiopexia contralateral, não foi observada torção no período de observação de 4,2 a 13,7 meses⁴. No presente caso, a equipe cirúrgica, optou por fixar o testículo contralateral frente a possibilidade de uma torção posterior, estratégia conservadora e zelosa pelo fato de o paciente apresentar agora apenas um testículo, mas que não é consenso entre os profissionais e na literatura especializada.

CONCLUSÃO

A torção testicular neonatal é uma condição rara, contudo é importante conhecer essa afecção para o exame físico de um recém-nascido com edema endurecido em bolsa escrotal. O exame físico acurado do abdome, região inguinal e escrotal pode sugerir se a torção testicular foi um evento

tardio, ainda intra-útero, ou recente, pós-natal, além de poder excluir grande parte dos diagnósticos diferenciais de massas testiculares. O exame ultrassonográfico é útil para auxílio diagnóstico, contudo não deve retardar a exploração cirúrgica em casos de escroto agudo com alguma possibilidade de vitalidade testicular. Na torção pré-natal, o tratamento não é emergencial, apresentando um tempo diagnóstico-cirurgia mais elástico, inclusive com possibilidade de solicitação de marcadores tumorais séricos, mesmo que neoplasias sejam bastante raras em neonatologia, além do estudo anatomo-patológico da peça extirpada.

REFERÊNCIAS

1. Riaz-UI-Haq M, Mahdi DE, Elhassan EU. Neonatal testicular torsion; a review article. *Iran J Pediatr*. 2012; 22(3): 281-289
2. Callewaert PR, Van Kerrebroeck P. New insights into perinatal testicular torsion. *Eur J Pediatr*. 2010;169(6):705–712
3. Nandi B, Murphy FL. Neonatal testicular torsion: A systematic literature review. *Pediatr Surg Int* 2011; 27(10): 1037-1040.
4. Mano R, Livne PM, Nevo A, Sivan B, Ben-Meir D. Testicular torsion in the first year of life – Characteristics and treatment outcome. *Urology* 2013; 82(5): 1132-1137.
5. Kaye JD, Levitt SB, Friedman SC, Franco I, Gitlin J, Palmer LS. Neonatal torsion: A 14-year experience and proposed algorithm for management. *J Urol*. 2008; 179(6): 2377-2383.
6. Hoffmann S, Kruse C, Chawes BL. Testicular torsion – an important consideration in neonatal scrotal swelling. *J Clin Neonatol*. 2017; 6(3):182-184.
7. Alallah J, Sulaiman LM, Khattab TM. Scrotal Swelling in a Term Infant. *NeoReviews* 2018; 19(8): 478-480.