



Data de Submissão: 17/01/2025
Data de Aprovação: 03/02/2025

RELATO DE CASO

Torção de testículo perinatal diagnosticada na sala de parto: um relato de caso

Perinatal testicular torsion diagnosed in the delivery room: a case report

Cristina Ortiz Sobrinho Valete¹, Marina Ragonezzi Gallucci Bianco², Luciano Barboza Sampaio², Francielle Valle Batistão², Aline Matos Paiva¹

Palavras-chave:

Testículo,
Orquiectomia,
Recém-nascido,
Orquidopexia.

Resumo

Introdução: A torção testicular perinatal (PTT) é uma condição rara e ocorre mais frequentemente no pré-natal. As manifestações clínicas são caracterizadas por anormalidades na consistência testicular, cor ou presença de massa na virilha. Existem controvérsias quanto à melhor abordagem cirúrgica. O objetivo do presente relato de caso foi descrever um caso de torção testicular perinatal abordado eletivamente. **Relato de caso:** Relatamos um caso de torção testicular perinatal diagnosticada na sala de parto. O neonato foi submetido à cirurgia eletiva no terceiro dia de vida. Foi realizada orquiectomia com orquiopexia contralateral. **Conclusão:** Neste relato de caso, o neonato foi tratado por abordagem cirúrgica eletiva, com boa evolução. Estudos futuros são necessários para determinar o melhor manejo dos casos de PTT.

Keywords:

Testis,
Orchiectomy,
Infant,
newborn,
Orchiopexy.

Abstract

Introduction: Perinatal testicular torsion (PTT) is a rare condition that most frequently occurs prenatally. Clinical manifestations include abnormalities in testicular consistency, color, or the presence of a groin mass. There are controversies regarding the best surgical approach. The present case report aims to describe a case of perinatal testicular torsion that was approached electively. **Case report:** We report a case of a perinatal testicular torsion diagnosed in the delivery room. The neonate was submitted to elective surgery on the third day of life. Orchiectomy with contralateral orchiopexy was performed. **Conclusion:** In this case report, the neonate was managed by an elective surgical approach, with good evolution. Future studies are necessary to determine the best management for PTT cases.

¹ Universidade Federal de São Carlos, Medicina - São Carlos - São Paulo - Brasil.

² Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, Maternidade - São Carlos - São Paulo - Brasil.

Endereço para correspondência:

Cristina Ortiz Sobrinho Valete.

Universidade Federal de São Carlos. Rodovia Washington Luis, km 235, São Carlos, SP, Brasil. CEP: 13565-905. E-mail: cristina.ortiz@ufscar.br



INTRODUÇÃO

A torção testicular neonatal, também denominada torção testicular perinatal (TTP), é uma condição rara, com frequência estimada de 6,1 por 100.000 nascidos vivos. Na maioria dos casos, é unilateral e representa cerca de 10% de todas as torções testiculares na infância¹. A TTP pode ocorrer no período pré-natal, no pós-parto ou durante o parto. Sua fisiopatologia difere da torção que ocorre em outras faixas etárias, pois geralmente é indolor e de caráter extravaginal (85%–90%), o que dificulta o diagnóstico². Alguns fatores de risco foram descritos, como apresentação pélvica, recém-nascidos grandes para a idade gestacional e parto difícil³. A deformidade conhecida como “*bell clapper*” consiste em um defeito no gubernáculo testicular que deixa o testículo livre para girar dentro da túnica vaginal, predispondo à torção⁴.

A rotação do testículo em torno do cordão espermático resulta na torção, comprometendo o suprimento sanguíneo e podendo causar isquemia, que, se prolongada, pode levar à lesão testicular irreversível⁴.

As manifestações clínicas da TTP podem variar desde casos assintomáticos até alterações na coloração testicular, consistência endurecida ou presença de massa inguinal. Quando a TTP ocorre no período pós-parto, geralmente se apresenta com eritema local ou descoloração, edema e sensibilidade. É importante ressaltar que o reflexo cremastérico pode estar ausente nessa faixa etária, de modo que sua ausência não está necessariamente relacionada à TTP⁵.

De acordo com a literatura, há grande variabilidade no manejo dos casos de TTP. Estudos recentes sugerem que a cirurgia deve ser realizada de forma imediata, especialmente para preservar a viabilidade do testículo contralateral^{6,7}. No entanto, existem questionamentos sobre essa abordagem de emergência, particularmente em relação ao momento da torção e considerando que, no período neonatal, a taxa de viabilidade testicular com essa conduta é de apenas 6%. Além disso, os procedimentos cirúrgicos envolvem riscos e a baixa probabilidade de se tratar de uma torção aguda leva muitos especialistas a sugerirem que a cirurgia eletiva seja a melhor abordagem⁸.

RELATO DE CASO

Tratava-se de um recém-nascido do sexo masculino, com peso ao nascer de 3.645g (percentil 50–90), idade gestacional de 40 semanas e 3 dias, comprimento de 52cm (percentil 50–90), adequado para a idade gestacional, nascido por parto vaginal. O trabalho de parto não foi prolongado; o Apgar no 5º minuto foi 9 e a apresentação foi cefálica. Não houve necessidade de reanimação neonatal. A mãe tinha 22 anos de idade e não apresentava comorbidades. Todos os exames sorológicos realizados durante a gestação foram negativos.

Durante o primeiro exame físico, imediatamente após o nascimento, ainda na sala de parto, o neonatologista palpou uma massa escrotal endurecida e indolor, sem eritema.

Foi realizada ultrassonografia no primeiro dia de vida. O testículo direito apresentava volume de 1,2cm³ e o esquerdo de 0,4cm³. O testículo esquerdo apresentava forma normal, ecogenicidade e textura preservadas, além de fluxo sanguíneo normal ao Doppler, com epidídimo sem alterações. O cordão espermático esquerdo também apresentava fluxo sanguíneo normal ao Doppler. O testículo direito mostrava-se difusamente heterogêneo e aumentado de volume, com fluxo sanguíneo muito reduzido ao Doppler. O epidídimo direito e o cordão espermático estavam espessados e heterogêneos, ambos com fluxo sanguíneo diminuído. Os achados foram sugestivos de torção testicular extravaginal.

Após a ultrassonografia, o recém-nascido foi avaliado pelo cirurgião pediátrico, que indicou orquiectomia. Foram coletados exames pré-operatórios, sem alterações. No terceiro dia de vida, o neonato foi submetido ao procedimento cirúrgico, sem intercorrências. Durante a cirurgia, a inspeção revelou um testículo direito endurecido, de coloração vinoso-escuro, com estenose do epidídimo (Figura 1). O testículo esquerdo também foi explorado, sendo realizada orquiectomia direita associada à orquiopexia contralateral.

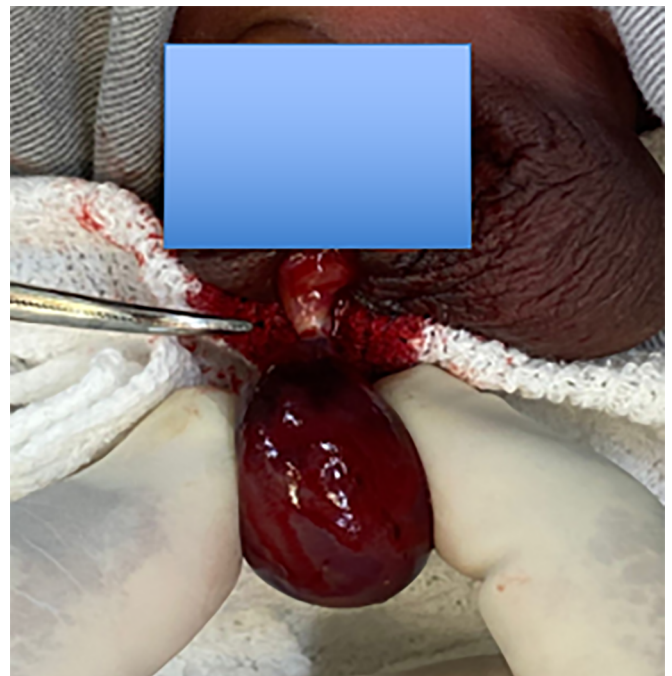


Figura 1. Testículo direito com estenose do epidídimo.

A análise histopatológica revelou um testículo medindo 3,0 × 2,2 × 2,0 cm, com peso de 6 gramas, apresentando superfície externa escura e brilhante, sugestiva de infarto hemorrágico. O exame microscópico do testículo, do cordão espermático e do epidídimo evidenciou congestão vascular e hemorragia intensa, compatíveis com infarto hemorrágico.

O recém-nascido recebeu alta no terceiro dia pós-operatório, em boas condições clínicas, e permanece em

acompanhamento ambulatorial com especialistas. Este relato de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 57842222.8.0000.5504) e conduzido de acordo com as diretrizes CARE9. O consentimento informado foi devidamente obtido.

DISCUSSÃO

A torção testicular perinatal é uma condição rara, e seu tratamento cirúrgico deve ser realizado idealmente entre 4 e 8 horas após o início da torção, quando esse momento é conhecido. Esse intervalo é denominado “tempo de ouro” para a cirurgia, pois as taxas de salvamento testicular são mais elevadas nessas circunstâncias⁵. Quando o momento de início da torção não é claro, há grande variabilidade na conduta cirúrgica. Alguns especialistas defendem a exploração eletiva, considerando que a taxa de salvamento testicular em neonatos é em torno de 6% e que existem riscos associados à anestesia¹⁰.

No presente caso, o recém-nascido apresentou exame escrotal alterado ainda na sala de parto, sem sinais de inflamação aguda, e o trabalho de parto não foi prolongado. Esses fatores sugerem que a torção testicular ocorreu no período pré-natal. Em um estudo com 17 neonatos, observou-se que 88% dos casos de torção testicular ocorreram no período pré-natal, sugerindo que essa apresentação é mais frequente nessa faixa etária¹⁰. Abraham et al. (2016)³ também observaram 28 casos de torção testicular perinatal, dos quais 85% ocorreram no período pré-natal.

O recém-nascido apresentou ultrassonografia com testículo direito difusamente heterogêneo, aumentado de volume e com fluxo sanguíneo muito reduzido ao Doppler. O diagnóstico foi estabelecido com base clínica e confirmado pela ultrassonografia. Reforça-se que a torção testicular é essencialmente um diagnóstico clínico, sendo a ultrassonografia testicular com Doppler o método de imagem ideal para confirmação. A redução ou ausência do fluxo sanguíneo testicular apresenta alta acurácia diagnóstica. O chamado “sinal do redemoinho” (*whirlpool sign*) é considerado um achado específico de torção testicular, porém pode estar ausente¹¹. Destaca-se que a presença de heterogeneidade associada a aumento de volume e edema sugere ausência de viabilidade testicular¹².

No presente caso, optou-se por uma abordagem eletiva. Essa decisão considerou as características clínicas que sugeriam torção ocorrida no período pré-natal e de forma unilateral. Nos casos em que há probabilidade de viabilidade testicular ou quando a torção ocorre no período pós-natal, a intervenção deve ser realizada de forma urgente. Quando o testículo é viável, a destorção do lado acometido associada à orquidopexia contralateral constitui a conduta mais adequada. Em lactentes, a torção testicular aguda é considerada uma emergência. Por outro lado, como o testículo direito parecia inviável no momento do diagnóstico no presente caso, sugerindo torção intrauterina, foi realizada orquiectomia eletiva.

O manejo da torção testicular perinatal permanece controverso, especialmente em razão da baixa taxa de salvamento testicular. Abraham et al. (2016)³ observaram apenas dois casos de salvamento testicular entre 28 casos de torção testicular perinatal³. A principal controvérsia refere-se ao momento da intervenção cirúrgica. DaJusta et al. (2013)¹³ e Callewaert et al. (2010)¹⁴ sugeriram uma abordagem emergencial para todos os casos de torção testicular perinatal, considerando a possibilidade de torção contralateral e o risco de anorquia bilateral. Em contrapartida, Djahangirian et al. (2010)⁶, em um estudo retrospectivo que incluiu 44 neonatos, sugeriram não haver vantagem na intervenção precoce, reforçando que a melhor estratégia de manejo ainda permanece indefinida.

Este estudo apresenta limitações. Por se tratar de um relato de caso, não é possível estimar taxas de frequência. Além disso, não dispomos de dados sobre o número total de casos de torção testicular perinatal previamente observados no hospital. O principal mérito deste relato reside na descrição do manejo clínico e cirúrgico de uma condição rara.

CONCLUSÃO

Neste relato de caso de torção testicular perinatal (TTP), o recém-nascido foi manejado por meio de uma abordagem cirúrgica eletiva, sendo realizada orquiectomia associada à orquidopexia contralateral, com boa evolução clínica. Estudos futuros são necessários para determinar a melhor estratégia de manejo para os casos de torção testicular perinatal.

REFERÊNCIAS

1. John CM, Kooner G, Mathew DE, Ahmed S, Kenny SE. Neonatal testicular torsion - a lost cause? *Acta Paediatr*. 2008;97(4):502-4. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00701.x>.
2. Riaz-UI-haq M, Mahdi DEA, Elhassan EU. Neonatal Testicular Torsion; a Review Article. *Iran J Pediatr*. 2012;22(3):281-9.
3. Abraham MB, Charles A, Gera P, Srinivasjois R. Surgically managed perinatal testicular torsion: A single centre experience. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016;29(8):1265-8. DOI: <https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1044430>.
4. Osumah TS, Jimbo M, Granberg CF, Gargollo PC. Frontiers in pediatric testicular torsion: An integrated review of prevailing trends and management outcomes. *J Pediatr Urol*. 2018;14(5):394-401. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.07.002>.
5. Bowlin PR, Gatti JM, Murphy JP. Pediatric testicular torsion. *Surg Clin North Am*. 2017;97(1):161-72. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.suc.2016.08.012>.
6. Djahangirian O, Ouimet A, Saint-Vil D. Timing and surgical management of neonatal testicular torsions. *J Pediatr Surg*. 2010;45(5):1012-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2010.02.032>.
7. O'Kelly F, Chua M, Erlich T, Patterson K, DeCotiis K, Koyle MA. Delaying Urgent Exploration in Neonatal Testicular Torsion May Have Significant Consequences for the Contralateral Testis: A Critical Literature Review. *Urology*. 2021;153:277-84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.urology.2020.10.064>.
8. Kylat RI. Perinatal testicular torsion. *Arch Pediatr*. 2021;28(1):75-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2020.10.006>.

9. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen_Angerer T, Tugwell P, et al. CARE guidelines for case-reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*. 2017;89(2017):218-35. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>.
10. Mano R, Livne PM, Nevo A, Sivan B, Bem-Meir D. Testicular torsion in the first year of life - characteristics and treatment outcome. *Urology*. 2013;82(5):1132-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.urology.2013.07.018>.
11. Aihole JS. Testicular torsion; clinical diagnosis or imaging diagnosis? *Radiol Case Rep*. 2022;17(8):2665-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2022.05.010>.
12. Osemlak P, Jedrzejewsk G, Wozniak M, Nachulewicz P. Ultrasound evaluation of long-term outcome in boys operated on due to testicular torsion. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(21):e26057. DOI: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000026057>.
13. DaJusta D, Granberg CF, Villaneuva C, Baker LA. Contemporary Review of Testicular Torsion: New Concepts, Emerging Technologies, and Potential Therapeutics. *J Pediatr Urol*. 2013;9(6 Pt A):723-30. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2012.08.012>.
14. Callewaert PR, Kerrebroek PV. New insights into perinatal testicular torsion. *Eur J Pediatr*. 2010;169(6):705-12. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00431-009-1096-8>.