

TORÇÃO TESTICULAR – SUSPEITA CLÍNICA E ABORDAGEM

Carlos Eduardo Bastian da Cunha
Christian Heinz Steppe
Pedro Caetano Edler Zandoná
Gustavo Franco Carvalhal

UNITERMOS

TORÇÃO DO CORDÃO ESPERMÁTICO; UROLOGIA; TESTÍCULO; ESCROTO

KEYWORDS

SPERMATIC CORD TORSION; UROLOGY; TESTIS, SCROTUM

SUMÁRIO

A torção testicular é uma emergência urológica frequente e seu reconhecimento e conduta precoces são necessários visto que a janela terapêutica é estreita e são graves os prejuízos quando retardada a correção, que geralmente é cirúrgica.

SUMMARY

Testicular torsion is a frequent urological emergency and its early recognition and management are imperative, since the therapeutic window is narrow and there are serious losses when the correction is delayed, which is usually surgical.

INTRODUÇÃO

A torção testicular é uma emergência urológica, com prevalência de 25-50% nos homens com quadro de escroto agudo, sendo mais comum em neonatos e pós-púberes¹⁻³. A torção do cordão pode ocorrer após um trauma ou espontaneamente e resulta em isquemia do órgão por baixo influxo de sangue arterial e obstrução do retorno venoso, devendo ser prontamente revertida visando a viabilidade do testículo⁴⁻⁶.

QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

O paciente com torção de testículo geralmente apresenta dor testicular de início súbito, podendo despertá-lo do sono, e eventualmente associada a

náuseas e vômitos, contudo é necessário atentar também a outros diagnósticos diferenciais (Quadro 1). No exame físico, podem ser observados aumento do volume da bolsa escrotal do lado da lesão, além de eritema e calor, entretanto os achados mais clássicos são a elevação e horizontalização do testículo afetado – Sinal de Angell - e a perda do reflexo cremastérico ipsilateral. Esse pode ser pesquisado com estímulo tátil da face medial da porção mais proximal da coxa. Uma resposta normal seria a contração do músculo cremastérico e elevação do testículo à estimulação, o que corroboraria em outros diagnósticos de dor escrotal aguda, nos quais o reflexo normalmente está intacto, como nos casos de epididimite e torção de apêndice testicular⁷. Outro teste classicamente descrito no exame físico do escroto agudo é a elevação mecânica do testículo afetado e verificação do alívio da dor – Sinal de Prehn –, estando ausente nos casos de torção testicular e presente nos casos de epididimite, porém esse teste possui baixa eficácia na prática clínica.

Se após anamnese e exame físico minuciosos, o diagnóstico de torção testicular não estiver claro, pode-se solicitar Ecografia escrotal com Doppler. Sua grande utilidade é demonstrar a presença de fluxo testicular normal, ou a sua ausência nos casos de torção de testículo. Em alguns estudos, esse exame mostrou sensibilidade e especificidade de 87% e 100% respectivamente para essa condição⁸. Por outro lado, quando a Ecografia com Doppler não estiver prontamente disponível, a realização desse exame não deve atrasar o encaminhamento do paciente ao tratamento definitivo, que baseia-se na exploração cirúrgica da bolsa escrotal.

Quadro 1. Diagnóstico diferencial de escroto agudo. Adaptado de Urologia Fundamental, Miguel Zerati Filho, p. 313.⁹

Quadro 1 – Diagnóstico diferencial de escroto agudo
- Torção do cordão espermático
- Torção de apêndice (testículo/epidídimo)
- Epididimite/orquite
- Hérnia/hidrocele
- Trauma/abuso sexual
- Tumor
- Edema escrotal idiopático (dermatite, picada de inseto)
- Celulite
- Vasculites (Henoch-Schönlein)

TRATAMENTO

Os pacientes com diagnóstico de torção testicular ou aqueles com alta suspeita clínica, mesmo sem exame ultrassonográfico comprobatório, devem

ser encaminhados à exploração cirúrgica da bolsa escrotal o mais precocemente possível, pois a isquemia prolongada do órgão pode levar à sua inviabilidade³. Baseado no tempo do início dos sintomas até o procedimento cirúrgico, as taxas de preservação testicular chegam a 90% se a cirurgia for realizada em até 6 horas, 50% se realizada em até 12 horas e menor que 10% se realizada após 24 horas. As taxas de preservação do órgão também parecem diminuir em pacientes maiores de 21 anos, o que poderia em parte ser explicado por um maior risco de torções de maior grau nessa população¹.

O tratamento cirúrgico de escolha é a correção da torção e fixação do testículo à túnica vaginal – orquidopexia – no caso desse ser viável; e remoção cirúrgica – orquiectomia – quando o mesmo for inviável. A fixação do testículo contralateral é recomendada, uma vez que os defeitos de fixação testicular costumam ser bilaterais.

Quando não houver previsibilidade de cirurgia dentro de duas horas, é possível tentar desfazer a torção testicular manualmente. A técnica normalmente empregada é a rotação do testículo em direção à coxa ipsilateral (de medial para lateral), visto que a maior parte das torções se dá na direção medial. Um estudo retrospectivo demonstrou que cerca de um terço das torções testiculares se dá no sentido lateral, porém ainda assim a taxa de sucesso na realização da manobra manual gira em torno de 30 a 70%. Os parâmetros que sugerem que a torção foi desfeita efetivamente são o alívio da dor, o retorno do testículo a uma posição não horizontalizada e elevada, além do retorno do fluxo ao Doppler. O tratamento cirúrgico definitivo continua sendo necessário nesses casos, principalmente para avaliar a viabilidade do órgão, desfazer torções residuais e realizar a fixação dos testículos, a fim de evitar recorrências¹⁰.

CONCLUSÃO

A dor testicular aguda deve ser sempre tratada como emergência, portanto, sua adequada investigação diagnóstica e encaminhamento precoce a centro especializado para correção cirúrgica são necessários. Do contrário, as manobras de resolução manual, na tentativa de desfazer a torção, devem ser conhecidas, evitando prejuízos maiores aos pacientes acometidos.

REFERÊNCIAS

1. Cummings JM, Boullier JA, Sekhon D, et al. Adult testicular torsion. J Urol. 2002;167(5):2109-10.
2. al Mufti RA, Ogedegbe AK, Lafferty K. The use of Doppler ultrasound in the clinical management of acute testicular pain. Br J Urol. 1995;76(5):625-7.
3. Robert C Eyre, MD. Evaluation of the acute scrotum in adults. [Database on internet]. Jun 2016 [updated 07 Apr 2016 ; cited 2016 Jul 14]. In: UpToDate. Available: http://www.uptodate.com/help/faq/technical_support. Release 24.3 - C24.157.

4. Boettcher M, Bergholz R, Krebs TF, et al. Clinical predictors of testicular torsion in children. *Urology*. 2012;79(3):670-4.
5. Boettcher M, Bergholz R, Krebs TF, et al. Differentiation of epididymitis and appendix testis torsion by clinical and ultrasound signs in children. *Urology*. 2013;82(4):899-904.
6. Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, et al., editors. *Campbell-Walsh urology*. 11th ed. Philadelphia, PA : Elsevier; 2016.
7. Schmitz D, Safranek S. Clinical inquiries. How useful is a physical exam in diagnosing testicular torsion? *J Fam Pract*. 2009;58(8):433-4.
8. Wilbert DM, Schaerfe CW, Stern WD, et al. Evaluation of the acute scrotum by color-coded Doppler ultrasonography. *J Urol*. 1993;149(6):1475-7.
9. Fregonesi A, Reis LO. Urgências urológicas: escroto agudo e priapismo. In: Júnior AN, Filho MZ, Reis RB, editors. *Urologia fundamental*. São Paulo: Planmark; 2010. p. 313-8.
10. Sessions AE, Rabinowitz R, Hulbert WC, et al. Testicular torsion: direction, degree, duration and disinformation. *J Urol*. 2003;169(2):663-5.