



Torção testicular intra abdominal como diagnóstico diferencial de apendicite aguda

Thiago D'Addazio Machado (1), Tulio dos Santos Carneiro (2), Lucas Pazzoline Oliveira Alexandria (1), Miguel Rodolpho Benjamin (1), Bruno Rodrigues Lebani (1), Samuel Saiovici (3)

(1) Residente da Disciplina de Urologia da Escola Paulista de Medicina - EPM – Unifesp; (2) Cirurgião Geral do Conjunto Hospitalar do Mandaqui e Residente da Disciplina de Cirurgia Plástica do Hospital Servidor Público Municipal de São Paulo - HSPM; (3) Chefe do Setor de Urologia Pediátrica da Disciplina de Urologia da Escola Paulista de Medicina - EPM – Unifesp

» Resumo

INTRODUÇÃO: A incidência anual de torção testicular nos homens com idade inferior à 25 anos é de 1/4000, aproximadamente 90% dos casos resultam de torção intravaginal. Dentre todas as causas, a criptorquidia é um fator muito importante, aumentando o risco em cerca de 13 vezes. Apesar do aumento da incidência de torção nos testículos não descendentes, esta é uma condição rara devido à correção precoce da criptorquidia, e assim uma alta suspeita clínica é necessária para diagnosticar esta emergência.

Relatar um caso de torção testicular intra abdominal, mimetizando apendicite aguda em paciente jovem.

MATERIAIS E MÉTODOS: Coletados dados do atendimento e realizados registro fotográfico do caso.

RESULTADOS: Sexo masculino, 15 anos, estágio de Tanner G4P5, com dor abdominal difusa há 2 dias, temperatura axilar 38°C e náuseas. Dentre seus antecedentes cirúrgicos, relatava tentativa de correção de escoliose tóraco lombar grave, levando à seqüela com paraplegia (nível sensitivo T10), e também, cirurgia inguinal à direita, devido criptorquidia, não sabendo relatar se foi realizada orquidopexia ou orquiectomia. Ao exame físico: Abdome plano, cicatriz de inguilotomia direita, flácido e doloroso a palpação em hipogástrio. Escroto com ausência de testículo direito, e testículo tóxico à esquerda. Hipostesia abaixo do nível correspondente à T10. Nos exames laboratoriais, apresentava leucocitose. Tomografia abdome identificava imagem sugestiva de apendicite aguda (Figura-1). Optado por laparotomia exploradora, identificando apêndice cecal sem alteração e testículo direito intra-abdominal com torção de cordão espermático, com sinais de necrose. Realizou-se orquiectomia direita e apendicectomia táctica (Figura-2). No primeiro pós operatório, paciente encontrava-se sem queixas, aceitando dieta, recebendo alta hospitalar.

CONCLUSÃO: A torção testicular intra abdominal é rara, porém é um diagnóstico diferencial relevante que deve ser considerado em todo paciente com dor abdominal e gônadas não palpáveis.

Palavras chaves:

Criptorquidia; Abdome agudo;
Apendicite

INTRODUÇÃO

A incidência anual de torção testicular nos homens com idade inferior à 25 anos é de 1/4000, aproximadamente 90% dos casos resultam de torção intravaginal. Dentre todas as causas, a criptorquidia é um fator muito importante (1), aumentando o risco em cerca de 13 vezes (2, 3).

Criptorquidia é a anomalia congênita mais comum da genitália masculina, definido como ausência do testículo no escroto (4). É estimada sua incidência em 33% recém nascidos prematuros e 3% a 5% das crianças a termo (5). Apesar do aumento da incidência de torção nos testículos não descendentes, esta é uma condição rara devido à indicação de orquidopexia a partir dos seis meses de idade, e no caso de suspeita clínica de torção testicular seja ela de testículo tóxico ou não descido, diagnóstico e intervenções precoces tornam-se mandatórias.

Relatamos um caso de torção testicular criptorquídica intra abdominal, mimetizando apendicite aguda em paciente jovem.

Justifica-se o relato em face da dificuldade e diagnóstico diferencial e da raridade.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, com 15 anos de idade, atendido em pronto socorro adulto de unidade hospitalar terciária, com quadro de dor abdominal difusa relatada como de média intensidade, com início há 2 dias, associado à dois picos febris 38°C, náuseas, sem vômitos, quadros sugestivos de infecções virais ou episódios prévios semelhantes.

Como antecedentes cirúrgicos referia abordagem cirúrgica para correção de escoliose tóraco lombar grave com 10 anos, e cirurgia inguinal à direita, devido criptorquidia, porém paciente e familiar não souberam relatar se foi realizada orquidopexia, orquiectomia, ou qualquer outra informação sobre o procedimento. Negava alergias ou uso de medicações contínuas.

Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, eutrófico, lícido e orientado em tempo e espaço, desidratado 2+/4+, afebril, acianótico, anictérico, normotenso e taquicárdico. Abdome plano, cicatriz de inguilotomia direita prévia, ruídos hidroaéreos pre-

sentes, flácido e doloroso a palpação em hipogástrico. Bolsa testicular com ausência de testículo a direita, e testículo tóxico a esquerda, consistência fibroelástica, sem massas e com tamanho adequado para idade. Paraplegia com nível sensitivo em T10.

Exames laboratoriais com Hemoglobina 15, Hematócrito 46.0, Plaquetas 162.000, Leucócitos 15.160 (0/69), Glicemia 63, Ureia 27, Creatinina 0.51, Sódio 138, Potássio 3.8, Proteína C Reativa 19.3, Urina 1 com leucocitúria e nitrito positivo.

Diagnóstico por métodos de imagem com Tomografia Computadorizada de Abdome com contraste endovenoso (Figura-1) evidenciando distensões de alças intestinais de delgado com níveis hidroaéreos, estrutura apendicular cecal espessada medindo 0.9cm com líquido adjacente, podendo corresponder a fase evolutiva de processo inflamatório do apêndice.

Como tratamento, optou-se por laparotomia exploradora por suspeita diagnóstica de apendicite aguda, com incisão infra umbilical mediana. No inventário de cavidade abdominal constatou-se apêndice cecal sem alteração, e em localização pouco mais caudal à este, foi visto o testículo direito criptorquídico intra-abdominal com torção de cordão espermático, apresentando sinais de necrose. Realizou-se assim orquiectomia direita e apendicectomia táctica (Figuras-2 e 3).

Figura 1 - Tomografia de Abdome com contraste endovenoso em que observamos borramento de gordura pericecal e pequena quantidade de líquido local.



Figura 2 - Peça cirúrgica de apêndice cecal sem alterações inflamatórias



Figura 3 - Peça cirúrgica de testículo direito com aspecto necro-hemorrágico



O exame anatomopatológico identificou quanto ao produto de orquiectomia parênquima testicular, epidídimo e funículo espermático direito com extenso infarto necro hemorrágico, sem sinais de malignidade enquanto o produto da apendicectomia identificou-se somente hiperplasia linfóide reacional.

O doente evoluiu bem, e, no primeiro dia de pós operatório, apresentando bom estado geral e aceitando dieta via oral, foi indicada alta hospitalar.

DISCUSSÃO

A torção de um testículo intra-abdominal foi relatada pela primeira vez por Gerster em 1898 (6).

Devido a um quadro clínico pouco específico, podendo apresentar-se somente com dor abdominal inespecífica e massa palpável, gera grandes dificuldades no diagnóstico etiológico. Principalmente porque as torções testiculares são mais comuns a direita (7), fator de confusão para o diagnóstico diferencial com apendicite aguda.

Testículos criptorquídicos são suscetíveis à torção, ainda sem definições muito claras, provavelmente ocorrendo por um mecanismo anormal das contrações do cremaster e à maior amplitude relativa do testículo em relação ao seu mesentério (8, 9).

Osime et al. reportou em sua série de casos que a média de idade de das torções entre testículos intra abdominais é de 18.5 anos (10). Aos 15 anos de idade nosso paciente se enquadra nesse grupo.

Apesar da tomografia computadorizada ser um exame de grande ajuda na investigação do quadro clínico do paciente, em virtude do quadro de abdome agudo, a laparoscopia continua sendo o padrão ouro para o diagnóstico do testículo criptorquídico (11).

Atentamos para o resultado do anatomopatológico da peça cirúrgica não apresentar neoplasia, visto que as taxas de malignidade nos testículos intra-abdominais já foram citadas como 5 vezes mais altas do que a média de malignidade em todos os testículos não descendentes (12), que compreende ser cerca de 2.5 à 8 vezes maior que um testículo tóxico (13).

Conforme relatado, a cirurgia em bolsa escrotal realizada durante a infância, tinha como objetivo a correção da criptorquidia, porém a abordagem por inguilotomia, não identificou o testículo intra abdominal, gerando um diagnóstico de anorquia. Sendo assim, a laparoscopia ou mesmo a laparotomia convencional se mantém com únicos métodos capazes de atuar na investigação e tratamento dos testículos não descendentes não palpáveis.

O testículo criptorquídico também sofre alterações histológicas desde o momento do nascimento, consequentemente aumentando o risco de câncer testicular e infertilidade, sendo indicada a orquidopexia antes dos 2 anos de idade (14), com o objetivo de redução dessas complicações, além da torção. De uma maneira

em geral, não há motivos para postergar orquidopexia em crianças acima de 6 meses de idade.

CONCLUSÃO

Vemos que na abordagem inicial do paciente com quadro de abdome agudo, o exame físico abdominal é obrigatório, porém a avaliação completa deste é essencial para o correto diagnóstico etiológico da doen-

ça. A avaliação de pênis, escroto e testículos e uma anamnese completa, são imprescindíveis para a suspeição de torção testicular intra abdominal, visto ser um episódio raro e de difícil diagnóstico.

CONFLITOS DE INTERESSE

Nenhum declarado.

REFERÊNCIAS

1. Ringdahl E, Teague L. Testicular torsion. *Am Fam Physician*. 2006; 74:1739-43.
2. Ein SH. Torsion of an undescended intraabdominal benign testicular teratoma. *J Pediatr Surg*. 1987; 22:799-801.
3. JOHNSTON JH. THE UNDESCENDED TESTIS. *Arch Dis Child*. 1965; 40:113-22.
4. Ellis DG. Testículos que não desceram. Criptorchidismo. In: Ashcraft, KW, *Pediatric Urology*. Philadelphia, WB Saunders, 1990: 415-427.
5. Docimo SG, Silver RI, Cromie W. The undescended testicle: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2000; 62:2037-44, 2047-8.
6. Gerster AG. TORSION OF AN INTRA-ABDOMINAL TESTIS. *Ann Surg* 1898;27:649.
7. Osime O, Momoh M, Elusoji S. Torsed intraabdominal testis: a rarely considered diagnosis. *Cal J Emerg Med*. 2006; 7:31-3.
8. Johnson J.H. Abnormalities of the scrotum and the testes. In: Williams D.L., editor. *Paediatric urology*. 2nd ed. Butterworth Scientific; London: 1982. pp. 451-465.
9. Candocia FJ, Sack-Solomon K. An infant with testicular torsion in the inguinal canal. *Pediatr Radiol*. 2003; 33:722-4.
10. Osime U, Onuora V. Torsion of the testis in adolescent and adult Africans. *Indian J Surg* 1985, 47; 396-400.
11. Cisek LJ, Peters CA, Atala A, Bauer SB, Diamond DA, Retik AB. Current findings in diagnostic laparoscopic evaluation of the nonpalpable testis. *J Urol*. 1998; 160 (3 Pt 2):1145-9.
12. Nader AM, Moaath AM, Jamal AK, Mujalli MM. Giant intra-abdominal seminoma. *Saudi Med J*. 2009; 30:441-2.
13. Ashley RA, Barthold JS, Kolon TF. Cryptorchidism: pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis. *Urol Clin North Am*. 2010; 37:183-93.
14. Huff DS, Hadziselimovic F, Snyder HM 3rd, Duckett JW, Keating MA. Postnatal testicular maldevelopment in unilateral cryptorchidism. *J Urol*. 1989; 142 (2 Pt 2):546-8.

AUTOR CORRESPONDENTE:

Thiago D'Addazio Machado
 Cirurgião Geral /
 Residente de Urologia da EPM
 Rua França Pinto, 133
 São Paulo – SP
 Brasil, CEP 04016030
 E-mail: thiago.daddazio@icloud.com