

TRAUMA TESTICULAR¹

TESTICLE TRAUMA

Daniel Santos MAIA², Daniel Mourão FRANÇA², Marcelo Esteves Chaves CAMPOS², Rafael da Silveira de Castilho JACOB³, José Eduardo Fernandes TÁVORA⁴ e Nayara Gonçalves FERREIRA⁵

RESUMO

Objetivo: descrição de um caso de paciente jovem, que sofreu um trauma testicular durante treinamento em aula de arte marcial, com discussão das principais causas, diagnóstico e tratamento. **Relato de caso:** paciente de 16 anos, com trauma testicular devido a um chute, evoluindo com dor e posterior abordagem cirúrgica. **Considerações finais:** a anamnese e exame físico, com exames de imagem quando necessários, são as melhores armas para um diagnóstico correto e precoce para o trauma testicular, indicando o melhor tratamento a ser feito.

DESCRITORES: Trauma testicular; escrotal

¹ Trabalho realizado na Clínica Urológica do Hospital da Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG)- Belo Horizonte

² Residente da Clínica Urológica do Hospital da Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG)-Belo Horizonte.

³ Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia. Preceptor Residência Urologia IPSEMG.

⁴ Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia, Coordenador da Clínica Urológica e Residência de Urologia do (IPSEMG).

⁵ Graduanda de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

INTRODUÇÃO

O trauma contuso é a forma mais comum de lesão testicular, seguido por casos de lesões penetrantes.

Caracterizado por dor intensa local irradiada, às vezes, para região inguinal, associado ou não a outros sinais e sintomas de acordo com a gravidade e tipo de lesão.

O tratamento de contusões menores pode ser conservador, enquanto que o manejo de traumas maiores, onde há hemorragia acentuada ou rotura testicular, deve ser cirúrgico.

RELATO DO CASO

Paciente 16 anos, atendido no Serviço de Urgência do Hospital do IPSEMG, com história de trauma escrotal devido a chute, em treinamento Muay Thai, há 6 dias atrás, evoluindo com dor local, aumento de tamanho testículo direito, eritema local, com leve alívio com analgesia oral.

E.F.: afebril, reflexo cremastérico reduzido à direita, aumento de hemibolsa escrotal direita, endurecida, com eritema e aumento da temperatura local.

U.S. + Doppler bolsa escrotal: - testículo direito com aumento de volume e área com fratura parcial 1/3 inferior; vascularização francamente reduzida; hematoma volumoso em hemibolsa direita.

Realizado exploração cirúrgica escrotal, evidenciando hematoma intra túnica vaginal. Drenagem do hematoma, visualizado fratura da túnica albugínea com extrusão do parênquima testicular, com áreas de isquemia.

Realizado desbridamento do parênquima exteriorizado e isquêmico, com rafia contínua da túnica albugínea com catgut 4.0 cromado.

Fechamento da bolsa escrotal e curativo com suspensório escrotal.

Alta hospitalar sem dor, aumento testicular ou sangramento.

Retorno 3 meses após cirurgia, com ultrassom mostrando testículo de tamanho reduzido, com vascularização levemente reduzida.

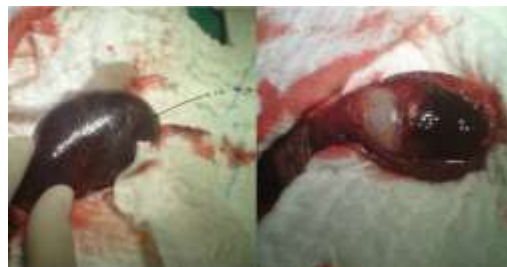


Foto 1: após abertura da túnica vaginal, houve drenagem de coleção de sangue. Abertura restante da túnica vaginal, identificando fratura da túnica albugínea e extrusão de parênquima testicular, com áreas de isquemia.



Foto 2 e 3: realizado desbridamento da área isquêmica + rafia da área de fratura da túnica albugínea. Visão pós rafia da túnica albugínea.

DISCUSSÃO

Os ferimentos do testículo por traumatismo contuso ocorrem em, aproximadamente, 75% dos casos, a maioria resultado de lesões esportivas, acidentes com veículos e agressão. Ferimentos penetrantes por arma de fogo, as explosões e por empalamento representam o restante dos casos.

A maioria dos traumatismos escrotais penetrantes está associada com outros ferimentos, que incluem a coxa, o pênis, o períneo, a uretra, ou vasos femorais.

Enquanto a maioria das lesões traumáticas testiculares é resolvida com tratamento conservador, algumas requerem exploração cirúrgica para tentar salvar o testículo.

Diagnóstico

Deve ser considerada a ruptura testicular em todos os casos de trauma testicular, necessitando de uma anamnese e exame físico detalhados, com mecanismo do trauma, sinais e sintomas.

Exame de imagem ultrassonográfico deve ser pedido,

preferência com Doppler para avaliar integridade da vascularização.

Sinais e sintomas mais comuns são: dor escrotal, náusea, edema e equimose. A ausência dos sinais não descarta ruptura testicular e o grau do hematoma não está relacionado com a severidade do ferimento testicular.

Deve-se avaliar o ferimento uretral concomitante.

No ferimento penetrante, deve ser feito um exame cuidadoso de estruturas circunvizinhas, especialmente os vasos femorais.

Avaliação ecográfica

Nos traumas fechados, há indicação formal de realização de ultrassonografia, a fim de avaliar a viabilidade testicular, sua vascularização e para servir de base para futuros controles.

O acompanhamento ultrassonográfico é essencial até a resolução completa das alterações testiculares, devido a atrofia pós-traumática. Essa atrofia ocorre devido a uma isquemia decorrente do aumento da pressão na túnica, secundária à formação do hematoma.

A fratura da túnica albugínea é outra afecção caracterizada por descontinuidade no contorno do órgão e até mesmo protrusão externa da polpa testicular pela interrupção segmentar do revestimento ecogênico testicular (túnica albugínea).

Deve-se fazer a exploração cirúrgica precoce, mesmo se o U.S. normal ou duvidoso, mas com exame físico sugestivo da lesão testicular.

Diagnóstico Diferencial

Hematocele, torção, hidrocele, hematoma do epidídimo ou intratesticular.

Cirurgia

A túnica albugínea deve ser fechada com fios absorvíveis finos após a remoção de túbulos seminíferos necróticos e com extrusão.

Defeitos pequenos da túnica albugínea devem ser fechados: inchaço progressivo e a pressão intratesticular

podem continuar a expulsar túbulos seminíferos.

Perda de tecido da cápsula pode exigir a remoção de parênquima adicional e permitir o fechamento da túnica albugínea restante.

Hematoma intratesticular significativo

Deve ser explorado e drenado, mesmo na ausência de ruptura do testículo, para impedir a necrose e atrofia progressiva por pressão.

Hematoceles significativas devem igualmente ser explorados: até 80% são devido à ruptura do testículo.

Resultados e complicações

Opção não cirúrgica: Pode ocorrer complicação pela infecção, atrofia, necrose, e por orquiectomia tardia.

As taxas de salvamento do testículo excedem 90% com exploração e reparo no prazo de 3 dias do ferimento, contra as taxas de orquiectomia tardia 3 a 8 vezes maiores com a opção conservadora e cirurgia atrasada.

Dos pacientes inicialmente tratados conservadoramente, 45 % serão submetidos a exploração cirúrgica para dor, infecção e/ou hematoma persistente. (*Del Villar et al, 1973; Schuster, 1982; Fournier et al, 1989; Cass e Luxenberg, 1991*).

A maioria esmagadora de pacientes cirúrgicos tem a preservação adequada da função hormonal e da fertilidade. (*Gómez e outros, 1993; Brandes e outros, 1995*)

Trauma escrotal por mordedura

- morbidade é relacionada à severidade da ferida inicial.

- maioria das vítimas são crianças

- complicações infecciosas são incomuns se procurado atendimento precoce

- manejo inicial: irrigação copiosa, desbridamento e o tratamento com antibióticos profiláticos de largo espectro. (*Cummings e Boullier, 2000*).

- imunizações de tétano e da raiva.

-Antibiótico pode ser amoxicilina/clavulanato (500-875 mg VO 2x/dia) por 7 a 10 dias.

SUMMARY

TESTICLE TRAUMA

Daniel Santos MAIA, Daniel Mourão FRANÇA, Marcelo Esteves Chaves CAMPOS, Rafael da SILVEIRA de CASTILHO JACOB, José Eduardo Fernandes TÁVORA e Nayara Gonçalves FERREIRA

Objective: Description of a case report of a young patient who suffered a testicular injury during training in martial arts class, with discussion of the main causes, diagnosis and treatment. **Case report:** Patient aged 16 years, with testicular trauma due to a kick, there was pain and posterior surgical approach.

Final considerations: A good anamnesis and physical examination, with imaging studies when necessary, they are the best weapons for a correct and early diagnosis for testicular trauma, indicating the best treatment to be done.

KEYWORDS: Testicle trauma; Scrotal trauma

REFERÊNCIAS

1. Vital, RJ et AL. Aspectos ultra-sonográficos das alterações não-neoplásicas do testículo. Radiol Bras . 2007, vol.40, n.1, pp. 61-67.
2. Filho, GSO; Oliveira, LCS; Justa, DG. Traumatic Testicular Dislocation. Braz J Urol. 2000 Sep, Vol. 26 (5): 528-529.
3. Wein, AJ; Kavoussi, LR; Novick, AC; Partin, AW; Peters, CA. Genital and Lower Urinary Tract Trauma. In: Campbell-Walsh Urology, 9th ed., vol. 3, pp. 2854–2873. Philadelphia: Saunders Elsevier.
4. Roy, C ; Tuchmann, C. Échografie scrotale : pathologies non tumorales courantes (part 1). J Radiol 2003;84:581–595.
5. Dambro, TJ ; Stewart, RR ; Barbara, CA. The scrotum. In: Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW, editors. Diagnostic ultrasound. 2nd ed. St Louis: Mosby, 1998;791–821.
6. Howlett, DC; Marchbank, NDP; Sallomi, DF. Pictorial review. Ultrasound of the testis. Clin Radiol 2000;55:595–601.
7. Bowman, JR; Anton, M. Spermatic cord hematoma in a collegiate football player: a case report. J Train Athl 1998, 33:65-68

Endereço para correspondência:

Daniel Santos Maia
Rua Nossa Senhora Aparecida, 576 – Catalão
CEP:35501-173 Divinópolis (MG).
Telefone: (37)8405-4546.
E-mail:danielsantosmaia@yahoo.com.br

Recebido em 02.02.2011 – Aprovado em 01.10.2011

