

TRAUMATIC TESTICULAR DISLOCATION

GILSON DE SOUSA OLIVEIRA FILHO, LEONARDO CESAR SILVA OLIVEIRA,
DANIEL GONÇALVES DA JUSTA

Section of Urology, General Hospital Dr. Cesar Cals, Fortaleza, Ceará, Brazil

ABSTRACT

Introduction: Testicular dislocation is an unusual complication of pelvic trauma. We discuss the mechanism, classification, diagnosis and factors, which influence treatment and prognosis of this entity.

Case Report: A 30-year-old male, victim of a motorcycle accident, presented at physical examination with the left hemiscrotum empty. A painful mass was palpable in the inguinal subcutaneous region, near the external ring. Surgical therapy was instituted 2 months and 15 days after injury. The testis was repositioned inside the scrotum and orchiopexy was performed.

Discussion: The traumatic testicular dislocation can be undetected at the time of the initial injury. Dislocations are usually inguinal and sometimes are bilateral. Spermatic cord lesions and testis rupture may also be associated. Early closed reduction with surgical orchiopexy is recommended since there is limited morbidity with operative exploration. Repositioning of the testis in the scrotum ensures cure when the testis is still viable.

Key words: testis, testicular, dislocation, trauma

Braz J Urol, 26: 528-529, 2000

INTRODUÇÃO

A luxação de testículo é uma consequência rara de trauma escrotal (1-3). O primeiro caso foi relatado em 1809, em Paris, em um soldado atropelado por uma carroça (2,3). Há aproximadamente 37 publicações sobre o assunto na literatura, acumulando aproximadamente um total de 120 casos descritos. Relatamos 1 caso de luxação à esquerda do tipo inguinal superficial.

RELATO DO CASO

Paciente de 30 anos que após acidente de motocicleta apresentou hematoma perineal, que foi drenado após 6 dias em outra instituição. Passou a notar a ausência do testículo esquerdo e uma massa na região inguinal (Figura-1). Procurou nosso serviço aproximadamente 2 meses e 15 dias após o trauma.

Foi submetido à exploração inguinal esquerda sob anestesia peridural. O testículo estava no tecido subcutâneo, entre tecido fibrótico e aderências (Figura-2). Foi individualizado e fixado ao escroto. O paciente evoluiu bem.



Figura 1 – Pré-operatório. Ausência de testículo em hemi-escroto esquerdo e massa palpável na região inguinal.



Figura 2 – Transoperatório. Testículo individualizado na tela subcutânea da região inguinal esquerda.

DISCUSSÃO

A luxação de testículo geralmente é resultado de traumas tipo queda-à-cavaleiro, principalmente, em motocicletas e atropelamentos, ocorrendo menos freqüentemente as rupturas (1,2). O movimento da roda sobre o períneo ou quando o períneo é forçado contra o tanque de motocicletas parecem ser os prováveis mecanismos (3). Manifestações comuns são: dor, náuseas, vômitos, sensibilidade no testículo luxado, e vazão escrotal (1).

As luxações podem ser superficiais e internas. As primeiras podem ser inguinais superficiais (50%), púbica (18%), peniana (8%), perineal (4%), e crural (2%) enquanto as internas podem ser canaliculares (8%), abdominais (6%), acetabular (4%) e femoral (0% - teoricamente possível). O sítio da luxação depende da direção da força e do caminho de menor resistência. As luxações canaliculares e abdo-

minais geralmente associam-se à hérnias inguinais indiretas ou à testículo atrofiado (2).

O diagnóstico pode ser retardado por edema e hematomas escrotais. Descreveu-se luxação tardia, provavelmente por avulsão do gubernaculum testis, expansão de hematoma e posição supina, agindo conjuntamente para a luxação. A força necessária para a redução não cirúrgica pode causar dano adicional ao testículo (2).

O ultra-som e a fluxometria com Doppler permitem o estudo da integridade da túnica albugínea e da simetria do fluxo sanguíneo, para descartar ruptura e torção testicular (2,3).

Ocorrendo ruptura das túnicas do cordão espermático um orifício em “casa de botão” dificulta a redução fechada (2,3).

Considerando-se a baixa morbidade da exploração cirúrgica e a importância de garantir a integridade do testículo justifica-se a cirurgia precoce (2). Biópsias transoperatórias tem mostrado ausência de espermátides, diminuição de espermatogônias e aumento relativo das células de Sertoli (3).

REFERÊNCIAS

1. Edson M, Meek JM: Bilateral testicular dislocation with unilateral rupture. *J Urol*, 122: 419-420, 1979.
2. Schwartz SL, Faerber GJ: Dislocation of the testis as a delayed presentation of scrotal trauma. *Urology*, 43: 743-745, 1994.
3. Tan PK, Lee YM: Traumatic dislocation of the testes. *Ann Acad Med Singapore*, 27: 269-271, 1998.

Received: May 4, 0000

Accepted after revision: August 10, 2000

Correspondence address:

Dr. Leonardo Cesar Silva Oliveira
Rua André Chaves, 268
60416-150, Fortaleza, Ceará, Brazil
Fax: ++ (55) (85) 494-8414
E-mail: leoolive@fortalnet.com.br