



ARTIGO ORIGINAL

Testículos impalpáveis: o papel do exame físico sob anestesia*Nonpalpable testis: the role of physical examination under anesthesia*

Roberto Kinchescki¹, Edevar José de Araújo², José Antonio de Souza³, Maurício José Lopes Pereira⁴, Eliete Magda Colombeli⁵, Euclides Reis Quaresma⁶

Resumo

A criptorquia é uma afecção definida pela ausência do testículo no escroto e cuja incidência máxima é de 1% nos meninos com um ano de idade. Em cerca de 20% desses meninos, os testículos são impalpáveis. Nas criptorquias com testículos impalpáveis, a abordagem cirúrgica mais recomendada é a videolaparoscopia e, previamente a este procedimento, é recomendada uma nova palpação, com o paciente anestesiado. O resultado desse exame não foi encontrado na literatura pesquisada. Analisar as variáveis relacionadas à palpação do canal inguinal nesses dois momentos e comparar estes resultados aos achados cirúrgicos é imperativo. Trata-se de um estudo clínico, observacional, com delineamento transversal e de coleta retrospectiva de dados de 156 pacientes atendidos no Hospital Infantil Joana de Gusmão. No presente estudo identificou-se 198 testículos impalpáveis, havendo 42,4% bilaterais e 57,6% unilaterais. Palpou-se 36 testículos sob anestesia, o que correspondeu a 48,7% dos testículos que eram canaliculares e eutróficos ou 18,2% de todas as gônadas consideradas impalpáveis inicialmente. As gônadas palpadas foram tratadas por orquidopexia convencional. Conclui-se que o exame físico sob anestesia mostrou-se necessário e a indicação da videolaparoscopia foi útil em 63,6% das condições.

Descritores: Criptorquidismo. Laparoscopia. Exame físico.

Abstract

Cryptorchidism is defined as the absence of the testis at the scrotum and it has a maximum incidence of 1% in one-year-old boys. Distopic testes may be nonpalpable, which may occur in 20%. Laparoscopy has an important role on patients with nonpalpable testes. Previously to the laparoscopic procedure, a second physical examination, under anesthesia, is performed. The palpation of canalicular gonads is frequent and has not been taken into account in recent publications. To assess the data concerning the palpation of the inguinal canal at these two distinct moments and compare its results to surgical findings is imperative. Classified as a retrospective, descriptive and cross-sectional survey, with 156 patients admitted on Hospital Infantil Joana de Gusmão. This survey presents an evaluation of 198 nonpalpable testes, of which 42,4% were bilateral and 57,6% unilateral. Thirty-six testes were identified by palpation under anesthesia, which corresponded to 48,7% eutrophic canalicular testes or 18,2% of all gonads initially considered nonpalpable. Those were treated with conventional orchidopexy. Therefore, physical examination under anesthesia has shown to be necessary and the laparoscopic approach was useful in 63,6% of cases.

Keywords: Cryptorchidism. Laparoscopy. Physical examination.

1. Médico Especialista em Cirurgia Geral – Universidade Federal de Santa Catarina
2. Doutor em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental pela UNIFESP – Médico Especialista em Cirurgia Pediátrica - Hospital Infantil Joana de Gusmão – Universidade Federal de Santa Catarina.
3. Doutor em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental pela UNIFESP – Médico Especialista em Cirurgia Pediátrica - Hospital Infantil Joana de Gusmão – Universidade Federal de Santa Catarina.
4. Doutor em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental pela UNIFESP – Médico Especialista em Cirurgia Pediátrica - Hospital Infantil Joana de Gusmão – Universidade Federal de Santa Catarina.
5. Médica Especialista em Cirurgia Pediátrica – Hospital Infantil Joana de Gusmão.
6. Médico Especialista em Cirurgia Pediátrica – Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Introdução

Define-se como distopia testicular a situação anatômica anormal dos testículos ⁽¹⁾. Este termo engloba uma gama de diferentes afecções que envolvem não só a posição em que se encontra o testículo afetado, mas também, as suas condições funcionais ⁽¹⁾.

A criptorquia apresenta uma incidência máxima que varia de 0,8% a 2% em meninos com um ano de idade ⁽¹⁻⁵⁾. Os testículos dos pacientes com criptorquia podem ainda ser impalpáveis, o que ocorre em 20% dos casos ⁽⁵⁻⁷⁾.

Pode-se definir como testículo impalpável (TI) aquele que não é encontrado ao exame físico. Diante desta condição, as possibilidades no que diz respeito ao diagnóstico da criptorquia são: testículo encontrado no trajeto do canal inguinal, porém imperceptível à palpação no exame físico; testículo em posição intra-abdominal; ou testículo ausente (agenesia/vanishing testis).

A localização intra-abdominal na criptorquia com TI é estimada em 30% a 50% das ocasiões. Esse fato implica na necessidade de um método confiável para determinar uma premissa básica na criptorquia: a existência ou não do testículo ^(5,6,8-12).

Com o objetivo de determinar a posição, viabilidade ou inexistência de um testículo, vários métodos diagnósticos por imagem foram aventados mas nenhum desses apresenta graus de sensibilidade e especificidade suficientemente elevados para determinar um diagnóstico confiável ^(1,2,13).

Bevan, em 1889, descreveu a técnica de exploração por inguilotomia para o tratamento do testículo críptico e essa vem sendo a opção terapêutica e diagnóstica utilizada até hoje ^(1,14). Com a publicação em 1976 de Cortesi et al. ^(5,7,15), que falou a respeito da identificação de um testículo intra-abdominal por laparoscopia, uma nova opção diagnóstica pôde ser cogitada. Em 1985, Boddy et al. ^(5,6,9) publicaram um estudo pioneiro sobre a utilização da laparoscopia como abordagem dos testículos impalpáveis. Desde então, utilizou-se desse recurso apenas para o diagnóstico dessa afecção até que em 1992, Jordan ⁽⁶⁾ preconizou a introdução da videolaparoscopia (VL) na abordagem dos testículos impalpáveis.

Na abordagem por VL é realizado rotineiramente um novo exame físico, com o paciente em plano anestésico, momento em que se elimina o desconforto para a criança e se possibilita o seu total relaxamento, fatores que acabam por influenciar os achados ^(5,6,9,15). Diante dessa conduta, tem sido frequente a palpação de gônadas em posição canalicular.

Alam e Radhakrishnan ⁽⁵⁾ avaliaram 40 pacientes com testículos inicialmente impalpáveis que passariam por avaliação videolaparoscópica. Desses, em 5 unidades testiculares, ou seja em 12,5% da amostra, foi possível a palpação sob plano anestésico.

Cisek et al. ⁽⁷⁾ encontraram em uma série de 255 pacientes, uma amostra de 263 testículos impalpáveis. Dessa, foram identificadas ao exame físico em plano anestésico 46 unidades testiculares (18%). Além disso, após realizada a VL outros 12,6% das unidades testiculares foram consideradas indevidamente avaliadas ao exame físico sob anestesia. Por fim, os autores concluíram que 45,7% das unidades testiculares poderiam ter sido abordadas apenas pela inguilotomia.

O presente estudo consiste em uma linha de pesquisa do Serviço de Cirurgia do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) sobre criptorquia com testículos impalpáveis, abordando neste momento os achados de exame físico desses pacientes sob anestesia geral, previamente à VL, avaliando o seu resultado bem como o seu desfecho cirúrgico.

Métodos

Trata-se de um estudo clínico, observacional, com delineamento transversal e de coleta retrospectiva de dados. O estudo foi delineado de acordo com as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Infantil Joana de Gusmão (CEP nº 006/2009).

Neste estudo foram avaliados os pacientes portadores de criptorquia com testículos impalpáveis (TI) examinados por cirurgiões pediatras do Serviço de Cirurgia Pediátrica (CIPE) do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), no período de 1º de janeiro de 1997 a 31 de dezembro de 2008, para os quais foi indicada uma VL. Foram analisados 270 prontuários.

Para uma padronização dos achados operatórios e de exame físico as situações encontradas foram organizadas de acordo com os conceitos da Universidade de McGill: testículo impalpável – quando a gônada não era palpada no pré-operatório imediato, com o paciente em plano anestésico; testículo extra-abdominal – distalmente ao anel inguinal interno; testículo intra-abdominal – proximalmente ao anel inguinal interno; ausência testicular (vanishing testis) - vasos espermáticos e o ducto deferente terminam em fundo cego; testículo atrófico – quando as dimensões do testículo correspondiam à metade ou menos da gônada contralateral, considerando-se a faixa etária.

Mantido o diagnóstico de testículo impalpável se dava início ao procedimento videolaparoscópico. Os procedimentos cirúrgicos realizados tinham relação direta com o achado cirúrgico, da seguinte forma: (1) testículo atrófico - orquiectomia; (2) testículo em posição canalicular - orquidopexia por inguilotomia; (3) testículo intra-abdominal - era realizada uma orquidopexia à Fowler-Stephens (FS).

As variáveis estatísticas analisadas foram apresentadas em valor numérico e percentual.

Resultados

Dos 270 prontuários analisados, obteve-se 156 pacientes com diagnóstico de criptorquia com testículos impalpáveis. Foram analisadas 198 unidades testiculares impalpáveis ao exame físico ambulatorial, sendo 84 (42,4%) bilaterais e 114 (57,6%) unilaterais. Com relação ao lado acometido, 83 (41,9%) estavam à direita e 115 (58,1%) estavam à esquerda.

Do total de 198 unidades testiculares consideradas impalpáveis, foram palpadas 36 (18,2%) depois que o paciente se encontrava anestesiado (27 pacientes ou 17,3%). Destas unidades testiculares palpadas sob anestesia, encontrou-se 21 (58,3%) à direita e 15 (41,7%) à esquerda – Tabela 1.

Nas 162 unidades testiculares (81,8%) que permaneceram impalpáveis após exame físico sob anestesia a VL foi realizada e fez diagnóstico de testículo canalicular em 59 ocasiões (36,5%). Dessas, vinte e uma unidades testiculares (35,5%) foram consideradas atróficas e submetidas à orquiectomia, enquanto 38 unidades testiculares (64,5%) foram classificadas como eutróficas e submetidas à orquidopexia – Tabelas 2 e 3.

Dos pacientes com diagnóstico pré-operatório de TI bilateral, quatro se enquadraram em uma situação em que uma unidade testicular permaneceu impalpável, enquanto a outra foi palpada no canal ao exame físico sob indução anestésica. Nesses pacientes foi mantida a conduta de abordagem por VL. Em dois pacientes o TI foi considerado ausente, enquanto nos outros dois foi considerado canalicular.

Dos 74 testículos canaliculares eutróficos, identificou-se 36 (48,7%) na palpação sob anestesia e 38 (51,3%) foram identificados na VL.

Discussão

As distopias testiculares consistem em uma gama de distúrbios da formação e posicionamento das gônadas masculinas devido a uma falha em alguma das etapas

do seu desenvolvimento embrionário^(1,2), sendo a criptorquia sua manifestação mais comum.

O exame físico seriado, em especial aquele realizado na sala de operação logo após indução anestésica, é capaz de identificar cerca de 20% dos testículos canaliculares que eram impalpáveis na avaliação ambulatorial^(5-7,16,17). Deve-se buscar a correta definição da apresentação testicular, promovendo ao paciente a oportunidade de evitar as complicações orgânicas e psicológicas decorrentes dessa afecção^(1,2).

Na presente casuística foram avaliados 156 pacientes portadores de criptorquia com testículos impalpáveis, totalizando 198 unidades testiculares. Foram abordadas variáveis relativas ao lado de apresentação, procedimento cirúrgico realizado e característica morfológica do testículo.

Kanemoto et al.⁽¹⁸⁾, em uma casuística contendo 66 testículos impalpáveis, encontraram 60% desses à esquerda e 40% à direita. Ang e Forrest⁽¹⁹⁾, avaliando 95 unidades testiculares impalpáveis, identificaram 64,2% dessas à esquerda e 35,8% à direita. De acordo com Alam e Radhakrishnan⁽⁵⁾, num estudo considerando 40 testículos impalpáveis ao diagnóstico ambulatorial, foram encontradas 18 unidades testiculares (45%) à direita e 22 (55%) à esquerda. No presente estudo, encontrou-se 83 TI (41,9%) à direita e 115 (58,1%) à esquerda. Tanto na literatura consultada quanto nesta casuística, percebe-se uma frequência maior da criptorquia à esquerda, quando os testículos são impalpáveis. Esse fato diverge da literatura relativa à criptorquia e às distopias testiculares em geral, pois como se sabe, quando essas são unilaterais atingem com maior frequência o lado direito⁽¹⁾. Entretanto, no que diz respeito à criptorquia com TI, sabe-se que esta entidade afeta de maneira mais importante o lado esquerdo, em até 65% das vezes⁽¹⁾. Percebe-se que os achados do presente estudo são semelhantes à literatura consultada.

De acordo com a literatura, cerca de 20% dos TI são palpados quando da indução anestésica^(5,9). Ang e Forrest⁽¹⁹⁾ encontraram apenas duas unidades testiculares (aproximadamente 2%) palpadas no pré-operatório da VL, dentre 87 pacientes portadores de criptorquia com testículos impalpáveis. Esse estudo discorda com a literatura, visto que apresenta um percentual de testículos palpados sob anestesia muito inferior à média. Cisek et al.⁽⁷⁾, em um estudo que avaliou 263 testículos impalpáveis, identificou 46 unidades testiculares (18%) ao exame físico sob anestesia. Alam e Radhakrishnan⁽⁵⁾ encontraram cinco unidades testiculares palpadas sob anestesia em um grupo de 40 TI, totalizando 12,5%. Desses, quatro (80%) unidades testiculares foram pal-

padas à direita e uma (20%) foi palpada à esquerda. Na presente casuística, de 198 unidades testiculares consideradas impalpáveis, trinta e seis (18,2%) foram palpadas (TP) no exame físico pré-operatório, enquanto 162 (81,8%) permaneceram não palpadas (TNP), o que foi de acordo com a literatura. Dos testículos palpados, encontrou-se 58,3% à direita e 41,7% à esquerda. Esse dado foi incoerente com a bibliografia consultada.

Cisek et al. ⁽⁷⁾, em um estudo que avaliou 215 testículos não palpados após exame físico pré-operatório, encontraram 55% desses à esquerda e 45% à direita. Entre os 162 testículos que não foram palpados no exame físico pré-operatório da presente casuística, 100 (61,7%) estavam à esquerda e 62 (38,3%) estavam à direita. Esse dado é semelhante aos encontrados na literatura pesquisada.

Cisek et al. ⁽⁷⁾, em um estudo com 215 unidades testiculares não palpadas no exame físico sob anestesia, identificaram 94 testículos canaliculares à VL (42,4%). Ang e Forrest ⁽¹⁹⁾, em sua casuística, encontraram 50,5% de testículos canaliculares por meio de VL. No presente estudo, identificou-se pela VL 36,5% dos testículos não palpados em situação canalicular. Portanto, das 198 unidades testiculares (TI), noventa e cinco (48%) correspondiam a testículos canaliculares, entre testículos palpados e TNP. A dificuldade encontrada em identificar esses testículos se deve provavelmente ao fato de que os mesmos, em grande parte, apresentam-se atróficos. Outros fatores que dificultam a palpação dos testículos são a obesidade e a adiposidade genital, os quais são muito pouco registrados.

Com relação à atrofia testicular, Cisek et al. ^(7,20) encontraram 50 testículos canaliculares e 25 testículos intra-abdominais atróficos, somando-se 33,6% de unidades testiculares com esse aspecto macroscópico. Ang e Forrest ⁽¹⁹⁾ encontraram atrofia testicular em 11,5% dos pacientes de seu estudo. Na atual casuística, foram encontrados 33 testículos (20,4%) atróficos no grupo TNP, enquanto 129 unidades testiculares (79,6%) estavam eutróficas à VL. Das unidades testiculares atróficas, 21 eram canaliculares à VL. No presente estudo, foi encontrado um percentual intermediário de atrofia testicular em relação à literatura

Com relação aos testículos intra-abdominais, na literatura, sugere-se que a sua incidência varie de 30% a 50% ^(5,8,21-23). Lindgren et al. ¹⁴ refere uma amostra de 40% de testículos intra-abdominais em uma série de 126 TI. Lakoo et al. ⁽²⁴⁾, em uma série de 18 pacientes com 22 TI, encontraram 59% de testículos abdominais. No presente estudo, pode-se observar que 91 unidades testiculares (56,2%) do grupo TNP foram classificadas

como intra-abdominais. Na maioria das bibliografias consultadas, o percentual de testículos intra-abdominais foi inferior aos valores encontrados nesta série. Provavelmente, isso se deve ao fato de que nesta casuística foram palpados mais testículos ao exame físico pré-operatório do que naqueles estudos.

Percebe-se com esta análise que 124 testículos do grupo TNP não eram passíveis de palpação visto que se classificavam como intra-abdominais ou atróficos. Portanto, constata-se que 38 (51,3%) das 74 unidades testiculares canaliculares e eutróficas passaram despercebidas ao exame físico sob indução anestésica. Com relação à efetividade da VL na criptorquia com TI, Ang e Forrest ⁽¹⁹⁾ concordaram que em seu estudo a VL foi determinante em 44,2% dos casos. Conforme Lakoo et al. ⁽²⁴⁾, a VL obteve sucesso em avaliar 59% dos testículos impalpáveis. De acordo com Cisek et al. ^(7,20), em 66% dos casos avaliados a VL foi indispensável. Callewaert et al. ⁽²⁵⁾ referem que o alto custo, os riscos inerentes ao procedimento, o grande número de unidades testiculares atróficas encontradas e a crença de que esta atrofia ocorre na maioria das vezes distal ao anel inguinal externo não justificaria o uso da VL como primeira escolha para os TI ⁽²⁵⁾. Alam e Radhakrishnan ⁽⁵⁾ referem, em um série contendo 40 TI, que a VL não foi efetiva em 77% dos casos. Na atual série, das unidades testiculares atróficas, doze eram intra-abdominais. Observa-se que não seria possível identificar os resquícios testiculares com uma inguilotomia. Ainda, a grande quantidade de unidades testiculares intra-abdominais encontradas no estudo determinou que a VL fosse útil em diagnosticar 63,6% das condições testiculares. Percebe-se que, até os dias atuais, há divergência importante na literatura quanto à efetividade da VL na abordagem dos TI e, por conseguinte, também ocorrem preferências por uma ou outra abordagem diagnóstico-cirúrgica. No presente estudo, a VL se mostrou indispensável na maioria das unidades testiculares abordadas o que, provavelmente, deve-se a um percentual menor de falha na identificação de testículos canaliculares eutróficos ao exame físico pré-operatório.

A posição da gônada e sua viabilidade determinam o procedimento a ser realizado. No presente estudo foram realizadas 33 orquiectomias (20,4%) para os testículos atróficos, realizou-se 83 orquidopexias convencionais (26,5%) para os testículos canaliculares eutróficos e 91 orquidopexias sob a técnica de FS (53,1%) para testículos intra-abdominais eutróficos. Das 33 orquiectomias, vinte e uma (13%) foram feitas por técnica convencional aberta, visto que os resquícios testiculares se encontravam no canal inguinal. As outras 12 (7,4%) foram realizadas por VL. A VL foi somente diagnóstica em 59

casos (36,5%), justamente naquelas situações em que o testículo foi classificado como canalicular. A literatura se mostra de acordo com os resultados apresentados em termos de desfecho cirúrgico ao qual os TI desta série foram submetidos.

A abordagem diagnóstica da criptorquia com TI continua a fornecer um amplo campo de discussão. É necessário frisar que o exame físico ambulatorial e o exame físico sob indução anestésica são primordiais. Novos estudos deverão surgir, buscando sempre aprimorar o conhecimento das questões epidemiológicas, fisiopatológicas e diagnósticas da criptorquia com TI.

Conclui-se que o exame físico sob anestesia foi importante em identificar uma porção significativa das gônadas em posição canalicular, sendo a inguinotomia procedimento definitivo em uma pequena parcela dos casos.

Referências

- Maksoud J, Lanna J, Sobrinho J. Cirurgia Pediátrica. 1a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1998.
- Araújo, Edevarde José. Distopias Testiculares. In: ACM. Manual de Terapêutica -Pediatria. Florianópolis: ACM; 2006:1104-5.
- Hutson J, Hasthorpe S, Heyns C. Anatomical and functional aspects of testicular descent. *Endocr Rev.* 1997 Jul; 18(2):259-80.
- Sinha C, Vinay S, Kulkarni R, Nour S. Delayed diagnosis for undescended testes. *Indian Pediatr.* 2008 Jun; 45:503-4.
- Alam S, Radhakrishnan J. Laparoscopy for nonpalpable testes. *J Pediatr Surg.* 2003 Oct; 38(10):1534-6.
- Barqawi A, Blyth B, Jordan G, Ehrlich R, Koyle M. Role of laparoscopy in patients with previous negative exploration for impalpable testis. *Urology.* 2003 Jan; 61(6):1234-7.
- Cisek L, Peters C, Atala A, Bauer S, Diamond D. Current findings in diagnostic laparoscopic evaluation. *J Urol.* 1998 Sep; 160:1145-9.
- Bittencourt D, Miranda M, Moreira A, Miyabara S, Silva J. The role of videolaparoscopy in the diagnostic and therapeutic approach of nonpalpable testis. *Int Braz Urol.* 2003; 29(4):345-52.
- Brown R, Millar A, Jee L, Cywes S. The value of laparoscopy for impalpable testes. *S Afr J Surg.* 1997; 35(2):70-3.
- Chang B, Palmer L, Franco I. Laparoscopic orchidopexy: a review of a large clinical series. *BJU Int.* 2001; 87:490-3.
- Clark D, Borzi P. Laparoscopic orchidopexy for the intra-abdominal testis. *Pediatr Surg Int.* 1999; 15:454-6.
- Poenaru D, Homsy Y, Péloquin F, Andze G. Laparoscopic management of the impalpable abdominal testis. *Urology.* 1993; 42(5):574-8.
- Yeung C, Tam Y, Chan Y, Lee K, Metreweli C. A new management algorithm for impalpable undescended testis with gadolinium enhanced magnetic resonance angiography. *J Urol.* 1999 Sep; 162(3):998-1002.
- Lindgren B, Darby E, Faiella L, Brock W. Laparoscopic orchidopexy: procedure of choice for the impalpable testis? *J Urol.* 1998 Jun; 159:2123-35.
- Denes F, Saito F, Silva F, Giron A, Machado M, Srougi M. Laparoscopic diagnosis and treatment of nonpalpable testis. *Int Braz Urol.* 2008; 34(3):329-35.
- Lojanapiwat B, Soonthornpun S, Wudhikarn S. Preoperative laparoscopy in the management of the nonpalpable testis. *J Med Assoc Thai.* 1999; 82(11):1106-9.
- Milad M, Haddad M, Zein T, Ammar O, Ayyat F, Everett J, et al. Laparoscopy for the impalpable testes. Initial experience of one center. *Int Surg.* 1994; 79:163-5.
- Kanemoto K, Hayashi Y, Kojima Y, Tozawa K. The management of nonpalpable testis with combined inguinal exploration. *J Urol.* 2002 Feb; 167:674-6.
- Ang C, Forrest J. Diagnostic laparoscopy and management of the impalpable testis e a review of 10 years' practice. *J Pediatr Urol.* 2007 Nov; 4(Elsevier):214-7.
- Baker L, Docime S, Surer I, Peters C, Cisek L, Diamond D, et al. A multi-institutional analysis of laparoscopic orchidopexy. *BJU Int.* 2001 Jun; 87(6):484-9.
- Chui C, Jacobsen A. Laparoscopy in the evaluation of the non-palpable undescended testes. *Singapore Med J.* 2000; 41(5):206-8.
- Diamond D, Cadamone A. The value of laparoscopy for 106 impalpable testes relative to clinical presentation. *J Urol.* 1992; 148:632-4.
- Gulanikar A, Anderson P, Schwarz R, Giacomantonio M. Impact of diagnostic laparoscopy in the management of the unilateral impalpable testis. *Br J Urol.* 1996; 77(3): 455-7.
- Lahkoo K, Thomas D, Najmaldin A. Is inguinal exploration for the impalpable testis an outdated operation? *Br J Urol.* 1996; 77(3):452-4.

25. Callewaert P, Rahnama M, van Kerrebroeck P. Have inguinal incision and laparoscopy for undescended impalpable testes become obsolete? J Urol. 2009 Apr; 181(4):117.

Tabelas

Tabela 1 Distribuição das unidades testiculares de pacientes portadores de criptorquia com testículos impalpáveis, tratados no Hospital Infantil Joana de Gusmão, de acordo com o lado de apresentação ao exame físico sob anestesia. Florianópolis (SC), 1º de janeiro de 1997 a 31 de dezembro de 2008, em número (n) e percentual (%).

Lado	TP*		TNP†	
	n	%	n	%
Direito	21	58,3	62	38,3
Esquerdo	15	41,7	100	61,7
Total	36	100,0	162	100,0

Fonte: SAME – HIJG.

☒ * TP = testículo palpado; † TNP = testículo não palpado.

Tabela 2 Distribuição das unidades testiculares de pacientes portadores de criptorquia com testículos impalpáveis, tratados no Hospital Infantil Joana de Gusmão, de acordo com o aspecto macroscópico do testículo e apresentação ao exame físico sob anestesia. Florianópolis (SC), 1º de janeiro de 1997 a 31 de dezembro de 2008, em número (n) e percentual (%).

Aspecto macroscópico	TP*		TNP†	
	n	%	n	%
Eutrófico	36	100,0	129	79,6
Atrófico	0	0,0	33	20,4
Total	36	100,0	162	100,0

Fonte: SAME – HIJG.

☒ * TP = testículo palpado; † TNP = testículo não palpado.

Tabela 3 Distribuição das unidades testiculares de pacientes portadores de criptorquia com testículos impalpáveis, tratados no Hospital Infantil Joana de Gusmão, de acordo com o procedimento cirúrgico realizado e exame físico sob anestesia. Florianópolis (SC), 1º de janeiro de 1997 a 31 de dezembro de 2008, em número (n) e percentual (%).

Operação	TP*		TNP†	
	n	%	n	%
Orquiectomia	0	0,0	33	20,4
Orquidopexia convencional	36	100,0	38	23,5
FS ‡	0	0,0	91	56,1
Total	36	100,0	162	100,0

Fonte: SAME – HIJG.

☒ * TP = testículo palpado; † TNP = testículo não palpado; ‡ FS = Fowler & Stephens.

Endereço para correspondência

Roberto Kinchescki
R. Prof. Manoel do Lago Almeida, 434
Bairro: Jurerê, Florianópolis- SC - 88053-555
E-mail: kinchescki@gmail.com