

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2º Vara Criminal Infância e Juventude

COMARCA: Poços de Caldas

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2025.0007164

IDADE: 01 ano

Sexo: Masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: Q53.1

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento: Orquidopexia laparoscópica unilateral

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Criptorquidia

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Consulta técnica NATJUS, nos termos do ofício Circular da saúde 01/2023, requisitando que consulte consulte o produto com ata de registro de preço, destacando que se trata de tratamento para testículo não descido e necessidade de Laparoscopia

III- CONSIDERAÇÕES / RESPOSTAS:

A despeito do não acesso aos documentos, **trat-se de criança de 1 ano com quadro de, criptorquidia unilateral. Solicita-se orquidopexia unilateral laparoscópica.**

Criptorquidia é a ausência do testículo no escroto logo após o nascimento, como consequência da falha da migração normal a partir da sua posição intra-abdominal, sendo uma doença causada pela retenção do testículo em algum lugar na descida do retroperitônio à raiz do escroto. Pode ser bilateral em 33% dos pacientes e unilateral 67% dos casos sendo predominantemente a direita. Sua incidência varia de 3,4-5,8% dos nascidos a termo e 21% das crianças nascidas prematuras e 0,8-1,8% a partir dos 12 meses de idade, já que a secreção endógena de testosterona, após o nascimento, provoca a descida do testículo. A ocorrência familiar é de 1,5-4% entre os pais e até 6,2% entre irmãos. Assim a criptorquidia é a anomalia congênita mais comum ao nascimento.

O desenvolvimento testicular acontece dentro do abdome e, normalmente, na fase final da gestação. Ele desce até a sua posição anatômica normal. **Esta etapa do desenvolvimento pode ser alterada e, dessa forma, o testículo parar em algum outro ponto da descida, originando a criptorquidia. Uma espécie de desvio da rota, a ectopia testicular.** A literatura aponta como responsáveis pela descida dos testículos o crescimento diferenciado entre a parede do corpo e a relativa imobilidade do gubernáculo; tração do testículo pelo gubernáculo; desenvolvimento e maturidade do epidídimo; pressão intra-abdominal empurrando o testículo através do canal inguinal; e questões hormonais. Em geral, os fatores endócrinos parecem possuir um papel mais destacado na descida do testículo até o escroto.

Dependendo da localização do testículo e da forma de palpar durante o exame clínico, o testículo que não desceu pode ser classificado em palpável e não palpável. Nos testículos palpáveis, 80 a 90% dos casos, a gônada pode localizar-se de algumas maneiras: a) entre o anel inguinal interno e externo (intra-canalicular), b) entre o anel inguinal externo e o escroto (extra-canalicular) e, c) pode descer ao escroto apenas quando tracionado no exame clínico (deslizante). Os 10 a 20% restantes, correspondem ao testículo impalpável, que didaticamente pode ser considerado como: a) intra-abdominal (5% a 12%) localizado entre o polo inferior do rim e o anel inguinal interno, b) atrófico (~6%): com redução significativa do tamanho, c) ausente (~4%): evanescente: com atrofia total, sem vestígios do testículo, mas com vasos espermáticos em fundo cego, sugerindo torção do cordão espermático durante a vida intra-uterina e agenesia: quando não se identificam vestígios de testículo ou vasos espermáticos, podendo ocorrer persistência dos derivados müllerianos. **Entre os testículos que descem ao escroto no primeiro ano de vida, 70 a 77% o fazem até o 3º mês de vida. Raramente há descida testicular após o primeiro ano de vida.**

O diagnóstico ou suspeita clínica deve ser realizado com base nos

antecedentes familiares, história gestacional (ingestão de esteróides), **exame físico, tendo como referência a localização gonadal ao nascimento e antecedentes médicos e cirúrgicos (herniorrafia)**. O exame físico deve ser realizado com a criança em posição supina, relaxada, à temperatura confortável, estando o examinador com as mãos lubrificadas. Caso o testículo não seja encontrado no seu trajeto normal, deve-se investigar localizações ectópicas e posicionar o paciente sentado ou de cócoras, para promover um maior relaxamento abdominal e do cordão espermático. **É importante excluir ou caracterizar a presença de alguma síndrome genética associada à criptorquidia**. Os casos de criptorquidia impalpável demanda investigação mais minuciosa. **Exames complementares de imagem**, como ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e arterio ou flebografia **podem auxiliar no diagnóstico, assim como dosagens hormonais podem presença de testículos**. Entretanto estes exames apresentam baixa acurácia no diagnóstico dos testículos impalpáveis, sendo a exploração cirúrgica, o único exame capaz de esclarecer o diagnóstico e possibilitar tratamento adequado quando for o caso.

O criptorquidismo, ao longo do tempo, tende a causar uma série de alterações fisiológicas do testículo. Isso porque a localização do testículo no canal inguinal ou no abdome, provoca uma maior exposição da gônada a temperaturas de 35° a 37°C. Assim, conseqüentemente, causa alterações na morfologia e funções fisiológicas, bem como aumenta os riscos de complicações como: alteração na espermatogênese, insuficiência endócrina, torção testicular e possibilidade de degeneração maligna (risco 5% a 10% maior que na população normal). Este risco de degeneração, ocorre desde o momento do nascimento, aumenta com o tempo, atinge o testículo contra-lateral e não diminui mesmo com a correção cirúrgica.

Diante de tais conseqüências, o **paciente com histórico de testículo cripto tem indicação de acompanhamento médico pelo resto de sua**

vida, já que alterações na estrutura celular testicular podem ocorrer desde o início da falha de sua migração. O tratamento da criptorquia deve ser iniciado a partir do 6º mês de vida e completado ao término de 2º ano de vida. Principalmente nos casos em que a criptorquia não se resolve espontaneamente, logo após os primeiros doze meses de vida, a cirurgia de orquidopexia (cirurgia de realocação e fixação do testículo no escroto) é indicada e deve ser realizada por um cirurgião pediátrico. A orquidopexia visa evitar a degeneração testicular, ajudar na detecção de malignidades, e na diminuição tardiamente da fertilidade, assim como reduzir a taxa de torção testicular. A via de acesso para a orquidopexia difere entre aberta e laparoscópica a depender da presença de testículo palpável ou não. Se o testículo for palpável a cirurgia de orquidopexia deverá ser realizada por via aberta e nos não palpáveis, a cirurgia e o diagnóstico deverão ser feitos por via laparoscópica. A indicação do tratamento hormonal com gonadotrofina coriônica (HCG) ou hormônio liberador da gonadotrofina (GnRH) é controverso e reservado a casos muito específicos.

No Sistema Único de Saúde SUS, a orquidopexia unilateral por via aberta ou laparoscópica é um procedimento de média complexidade, eletivo, assim sua realização deve ser programada conforme os fluxos estabelecidos pelo gestor, não havendo nenhuma restrição de idade para a sua realização, porém devendo ser realizada o quanto antes.

Conclusão: no caso concreto, não se trata de avaliar, sob o ponto de vista técnico científico, se o procedimento solicitado é o mais adequado/indicado ou não, se há alternativas no SUS. Conforme consta nos relatórios apresentados, a criança de 9 anos já possui o diagnóstico de criptorquia bilateral, além de obesidade, com indicação de cirurgia orquidopexia e postectomia.

Criptorquia é a ausência do testículo no escroto logo após o nascimento, como consequência da falha da migração normal a partir da sua posição intra-abdominal, sendo uma doença causada pela retenção

do testículo em algum lugar na descida do retroperitônio à raiz do escroto. Pode ser bilateral em 33% dos pacientes e unilateral 67% dos casos sendo predominantemente a direita. É a anomalia congênita mais comum ao nascimento. Dependendo da localização do testículo e da forma de palpar durante o exame clínico, pode ser classificado em palpável e não palpável. Nos testículos palpáveis, 80 a 90% dos casos, a gônada pode localizar-se a) entre o anel inguinal interno e externo (intra canalicular), b) entre o anel inguinal externo e o escroto (extra canalicular) e, c) pode descer ao escroto apenas quando tracionado no exame clínico (deslizante). Entre os testículos que descem ao escroto no primeiro ano de vida, 70 a 77% o fazem até o 3º mês de vida. Raramente há descida testicular após o primeiro ano de vida.

O diagnóstico ou suspeita clínica deve ser realizado com base nos antecedentes familiares, história gestacional (ingestão de esteróides), exame físico, tendo como referência a localização gonadal ao nascimento e antecedentes médicos e cirúrgicos (herniorrafia).

Como o criptorquismo tende a causar uma série de alterações na morfologia e funções fisiológicas, bem como aumenta os riscos de complicações como: alteração na espermatogênese, insuficiência endócrina, torção testicular e possibilidade de degeneração maligna deve ser tratado o quanto antes e manter avaliação constante.

O tratamento da criptorquia deve ser iniciado a partir do 6º mês de vida e completado ao término de 2º ano de vida. Principalmente nos casos em que a criptorquia não se resolve espontaneamente, logo após os primeiros doze meses de vida, a cirurgia de orquidopexia é indicada e deve ser realizada por um cirurgião pediátrico. A orquidopexia visa evitar a degeneração testicular, ajudar na detecção de malignidades, e na diminuição tardiamente da fertilidade, assim como reduzir a taxa de torção testicular. A via de acesso para a orquidopexia difere entre aberta e laparoscópica a depender da presença de testículo palpável ou não. Se o testículo for palpável a cirurgia

deverá ser realizada por via aberta e nos não palpáveis, a cirurgia e o diagnóstico deverão ser feitos por via laparoscópica.

No Sistema Único de Saúde **SUS**, a orquidopexia unilateral por via aberta ou laparoscópica é um procedimento de média complexidade, considerado eletivo e sua realização deve ser programada conforme os fluxos estabelecidos pelo gestor, não havendo nenhuma restrição de idade para a sua realização, porém devendo ser realizada o quanto antes. Torna-se então necessário que o ente público encaminhe a criança para unidade de saúde que realize o referido tratamento com prioridade, mesmo porque o período ótimo para se operar a criança é no seu primeiro ano de vida.

Assim não há solicitação de procedimento diverso, não contemplado pelo **SUS**, que requeira avaliação de imprescindibilidade, substituição ou não pelo **NATJUS**, mas necessidade de melhor articulação de fluxos, competência esta do gestor local.

IV – REFERÊNCIAS:

1. Sociedade Brasileira de Urologia Colégio Brasileiro de Radiologia. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina Afecções Testiculares: Diagnóstico e Tratamento. 2016. 10p. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/afeccoes-testiculares-diagnostico-e-tratamento.pdf.
2. Cruz Neto JS, Macêdo CC, Lins HLCC, Cruz LL. Criptorquidia: uma revisão sistemática da literatura de 2002 a 2012. **Cad Cult Ciênc.** 2013; 12 (2): 44-65. Disponível em: http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/viewFile/625/pdf_1.
3. Sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

V – DATA:

25/04/2025 NATJUS - TJMG