

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. Juiza de Direito Dra. Danielle Nunes Pozzer

PROCESSO Nº.: 0035200038012

CÂMARA/VARA: 1a Vara Criminal e da Infância e da Juventude

COMARCA: Araguari

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: J. G. O. S.

IDADE: 9 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Cirurgia/Procedimento: orquidopexia bilateral com postectomia

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: Q53.2

FINALIDADE / INDICAÇÃO: criptorquidia bilateral e hipodesenvolvimento de bolsa escrotal

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 47.983

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2021.0002448

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Se o procedimento é indicado e urgente para o caso do paciente, diante de sua idade (9 anos), bem como quais as consequências de sua não realização para a saúde da criança.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentos médicos de 26/03/2019, 17/06/2020 e 29/09/2020, trata-se da criança JGOS, **9 anos, apresentando obesidade grave, criptorquidia bilateral e hipodesenvolvimento da bolsa escrotal. Com testículos atópicos palpáveis no canal inguinal. Necessita com urgência de orquidopexia bilateral e postectomia.**

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 consequências, 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. 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 bilateral código 04.09.04.012-6 é um procedimento considerado eletivo, assim sua realização deve ser programada conforme os fluxos estabelecidos pelo gestor, não havendo nenhuma restrição de idade para a sua realização. A postectomia, também chamada de cirurgia da fimose, visa retirar o excesso de pele da glande, é também considerada procedimento eletivo no SUS cujo código é 04.09.05.009-1.

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 criptorquidia bilateral, além de obesidade, com indicação de cirurgia orquidopexia e postectomia.

Torna-se então necessário que o ente público encaminhe a criança para unidade de saúde que realize o referido tratamento com prioridade, uma vez que não se trata de tratamento de urgência, mesmo porque o período ótimo para se operar a criança era no seu primeiro ano de vida. É fato que as alterações fisiológicas do testículo cripto, ocorrem desde o nascimento, aumentam com o tempo, atingem o testículo contra-lateral e não diminuem mesmo com a cirurgia.

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/procedimento/exibir/0409040126/07/2018>.

V – DATA:

19/10/2021 NATJUS - TJMG