

**TRAUMA DE GENITÁLIA EXTERNA MASCULINA
CAUSADA POR MAQUINARIA**

TRAUMA TO THE MALE EXTERNAL GENITALIA CAUSED BY FARMING MACHINERY

Marcelo Cabral Lamy de Miranda¹, Ricardo D'Ambrosio Colombo¹,
Messias Yamato Mori¹, José Roberto Alves¹, Saul Gun²

RESUMO

Descrevemos um caso de trauma de genitália externa masculina causado por maquinaria tipo roçadeira com bom resultado final. O paciente J.R.A., 26 anos, trabalhador rural, apresentou evento traumático à tração de suas vestes causada por maquinaria, gerando trauma escrotal e testicular direito grau V, trauma escrotal esquerdo grau V, trauma testicular esquerdo grau II, trauma de pênis grau III, com ausência de lesão uretral. O tratamento consistiu em avaliação inicial por cirurgião geral, com posterior avaliação e conduta operatória urológica através de limpeza e desbridamento dos tecidos desvitalizados, ligadura do cordão espermático do lado direito, com introdução em subcutâneo na raiz da coxa esquerda do testículo ipsilateral preservado. Após seis meses realizou-se reconstrução da genitália pela cirurgia plástica através de técnica de colocação de retalho da coxa direita juntamente com músculo grácil. O paciente recebeu alta hospitalar no décimo dia pós-operatório, com melhora visual da estética do órgão, assim como melhora funcional, apresentando episódios de ereção durante a internação. Teve como seqüela reprodutiva azoospermia. Concluímos que em casos de trauma severo com várias lesões associadas em genitália externa masculina, deve-se optar por tratamento cirúrgico com boas perspectivas de retorno de sua função fisiológica.

Descritores: genitália masculina, pênis, testículos, ferimentos e lesões, acidentes de trabalho.

INTRODUÇÃO

Trauma de genitália externa é uma doença infreqüente, sendo mais rara as de grandes lesões, existindo poucas séries de casos, provindas de estudos de amostras não-militares, relatados na literatura médica, versando-se, muitas vezes, dificuldades em definir a conduta ideal para esses casos, se operatória ou conservadora. Entretanto, através de

um grande estudo retrospectivo, a Associação Americana de Cirurgia do Trauma estabeleceu uma escala de graduação dos traumas de genitália externa que vem propor critérios para o cirurgião urológico decidir entre o tratamento operatório e conservador,¹ tentando limitar possíveis dúvidas quanto a melhor escolha, evitando-se iatrogenias ou traumas secundários.² Iatrogenias como infertilidade (azoospermia), assim como perda funcional e conseqüentes prejuízos psicológicos, sabendo-se que um tipo de tratamento bem indicado poderá potencialmente ter resultados positivos em diminuir a incidência de tais seqüelas.³

Este relato de caso quer ilustrar que é passível, através de critérios, optar seguramente pelo tratamento cirúrgico com expectativa de bons resultados.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente de 26 anos, trabalhador rural, deu entrada no Pronto-Socorro do CHS, em março de 2006, trazido por colegas de serviço sem os cuidados adequados de transporte, com história de trauma de genitália externa por maquinaria tipo roçadeira. O evento ocorreu através da prensão das vestes do paciente na roçadeira. Chegou no serviço com, aproximadamente, uma hora após o evento traumático.

A avaliação primária na sala de admissão apresentava-se hemodinamicamente estável, consciente, alteração verificada no item exposição, onde foi evidenciado trauma único de genitália externa. Ao exame da mesma, verificou-se a presença das seguintes lesões: trauma escrotal e testicular direito grau V, trauma escrotal esquerdo grau V, trauma testicular esquerdo grau II e trauma de pênis grau III¹ com perda de 2/3 da pele proximal do pênis (figuras 1 e 2).

Colhido Hb/Ht, tipagem, dois acessos venosos, raio X de rotina de trauma, analgesia com derivados opióides.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v.10, n. 1, p. 18 - 21, 2008

1 - Residente em Urologia - CCMB/PUC-SP

2 - Professor do Depto. de Medicina - CCMB/PUC-SP

Recebido em 28/5/2007. Aceito para publicação em 23/8/2007.

Contato: iusg@bol.com.br



Figura 1



Figura 2

Após a avaliação e condutas iniciais realizadas pelo cirurgião geral, a equipe de urologia do serviço foi acionada. Submetido à uretrocistografia miccional retrograda, após verificar a integridade da uretra, sendo sondado, seguido de exploração cirúrgica imediata.

Realizado:

- Antibiótico cefazolina.
- Limpeza exaustiva com soro fisiológico e desbridamento dos tecidos desvitalizados.
- Suturado o tecido remanescente do pênis após a

verificação da viabilidade da pele distal (figura 3 - seta).

- No lado direito houve retração do funículo espermático, não sendo evidenciado sangramento ativo.
- Testículo esquerdo foi implantado no subcutâneo da região anteromedial na raiz da coxa ipsilateral após a constatação da integridade e viabilidade das artérias, veias, ducto deferente (figura 4 - seta).
- Demais área cruenta optado por cicatrização de segunda intenção sendo realizado curativo com gaze vaselinada.



Figura 3

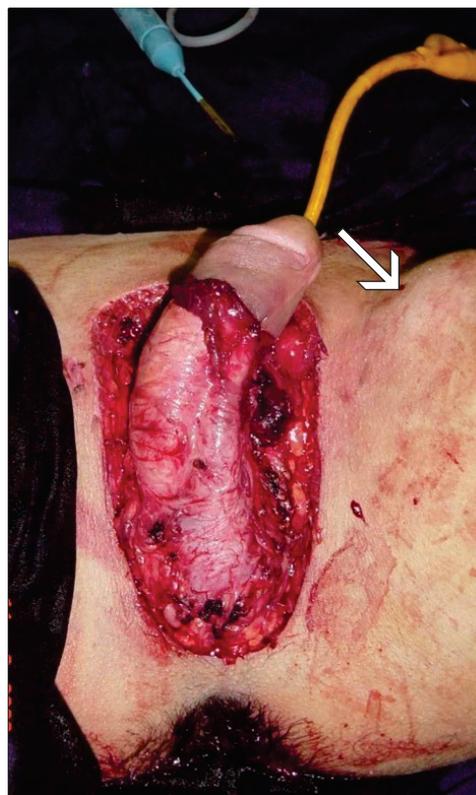


Figura 4

- Sétimo dia de pós-operatório: paciente evolui com queda hematimétrica importante e sinais de irritação peritoneal, sendo submetido à laparotomia exploradora. No inventário da cavidade observou-se presença de hematoma retroperitoneal em zona III

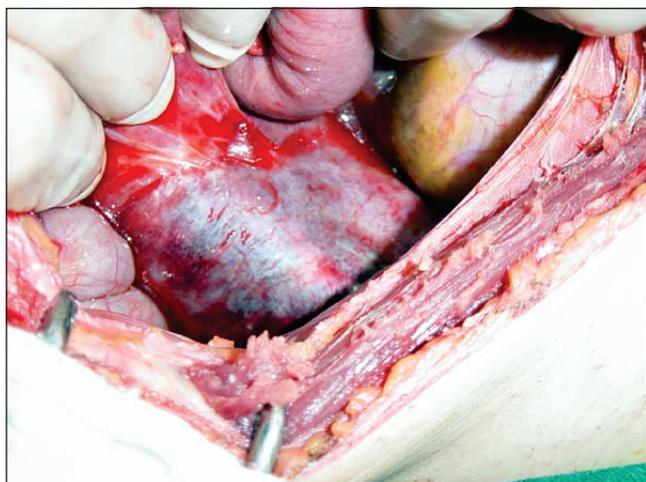


Figura 5

(figura 5) com sangramento do coto do funículo espermático direito, sendo feito a ligadura.

- Décimo quarto dia de pós-operatório: verificou-se necrose parcial do preservado circunferencial da pele do pênis (figura 6).



Figura 6

- Vigésimo primeiro dia: alta hospitalar.

- Cicatrização total em 60 dias (figura 7).



Figura 7

- Paciente tem atualmente seguimento com a urologia para acompanhamento da fertilidade e função erétil, acompanhamento psicológico e cirurgia plástica para refinamento estético da genitália externa.

- Foram realizados três espermogramas no período de seis meses do ocorrido; o paciente mantém-se azoospermico, porém, com a função erétil preservada. Ausência de sinais clínicos de falência gonádica, mantendo libido; implantação de pêlos normais; físico normal; nível de testosterona normal.

- Depois de 60 dias, realizou-se cirurgia reparadora, executada pela equipe de cirurgia plástica.

- Planejamento cirúrgico: alocação do testículo e autonomização do retalho em dois tempos, retalho mensurado em ilha cutânea baseado no músculo grácil, pedículo superior nutrido pela artéria e veia femoral, rotação anti-horária sobre seu eixo, rotação grácil contra lateral ilhado e, finalmente, sutura com aproximação em bolsa (figuras 8 e 9). Ainda aguarda refinamento estético.



Figura 8



Figura 9

DISCUSSÃO

Como reportado em literatura, o tratamento operatório com sucesso é possível para trauma escrotal, testicular e peniano grau III ou superior.¹ Para o sucesso do tratamento operatório é necessário uma decisão de conduta precoce e multidisciplinar (cirurgião geral, cirurgião urológico, cirurgião plástico, psicólogo).⁴

Neste caso em particular, não houve a necessidade de colostomia como muitas literaturas recomendam.

Retalho miocutâneo de grácil mostrou-se uma boa opção para reconstrução de escroto, enxertos não são boas alternativas para cobertura peniana, mesmo levando em conta que a região perineal seja de boa cicatrização.

Apesar de criteriosamente optado por conduta cirúrgica precoce, o paciente deste relato evoluiu com azoospermia.³

Reimplantação de testículo em geral são realizados no subcutâneo na raiz da coxa, assim como a técnica de reconstrução da genitália utilizada pela equipe da cirurgia plástica,⁶ demonstrando bons resultados.

Quanto às seqüelas tardias existe chance do testículo remanescente tornar-se atrófico e subfêtil, como pode se verificar em estudos que relatam ocorrência em torno de 56% e 76 % dos indivíduos acometidos por trauma genital. Raramente ocorrem alterações nos padrões hormonais e nos níveis de anticorpo (antiesperma), que podem ficar presentes em níveis insignificantes clinicamente.³

Após grandes traumas de genitália externa masculina é possível, através de conduta criteriosa, dar ao paciente um seguro tratamento e futura qualidade razoável de vida. Ainda é válido lembrar que o aforisma de que o melhor tratamento para o trauma é a prevenção deve sempre ser levado em conta, pois sempre existirão seqüelas de menor ou maior grau e tudo poderia ser diferente se os trabalhadores de nosso país fossem mais bem educados, informados e cobrados a usar

equipamentos de segurança em suas atividades laborativas.⁴

Em grandes traumas de genitália externa é importante frisar ao paciente que não deve ser criada expectativas.

REFERÊNCIAS

1. Mohr AM, Pham AM, Lavery RF, Sifri Z, Bargman, Livingston DH. Management of trauma to the male external genitalia: the usefulness of American Association for the Surgery of Trauma Organ Injury Scales. *J Urol.* 2003; 170:2311-5.
2. Sanz CM, Schulze FDC. Traumatismo genital. *Rev Chil Urol.* 1985; 48(1):27-8.
3. Kuradia AN, Ercole CJ, Gleixh P, Kensleigh H, Pryor JL. Testicular trauma: potential impact on reproductive function. *J Urol.* 1996; 156:1643-6.
4. Souza MS, Franciosi M. Ferimentos cutâneos em regiões genitais do homem. *Rev Méd Hosp São Vicente de Paulo.* 1991; 3(7):25-8.
5. Munarriz RM, Yan QR, Nehra A, Udelson D, Goldstein I. Blunt Trauma: the pathophysiology of hemodynamic injury leading to erectile dysfunction. *J Urol.* 1995; 153:1831-40.
6. Castro RB, Oliveira AB, Favorito LA. Utilization of skin flap for reconstruction of the genitalia after an electric burn. *Int Braz J Urol.* 2006; 32(1):68-9.
7. Fernandes RC, Toledo LGM. Trauma de genitália externa. *Guia Prático de Urologia 2003.* Rio de Janeiro: Seguimento, 2003. p. 105-10.
8. Hodonou RK, Diallo A, Akpo EC, Koura A, Hounasso PP, Goudote E. Injuries of the external male genital organs. A propos of 20 cases. *Ann Urol. (Paris).* 1997; 31(5):318-21.
9. Wessells H, Long L. Penile and genital injuries. *Urol Clin North Am.* 2006; 33(1):117-26.
10. Bandi G, Santucci RA. Controversies in the management of male external genitourinary trauma. *J Trauma.* 2004; 56(6):1362-70.
11. Mydlo JH, Harris CF, Brown JG. Blunt, penetrating and ischemic injuries to the penis. *J Urol.* 2002; 168:1433-5.