

Testículo não descido (criptorquidia) e testículo retrátil

Exame correto da bolsa escrotal, retrátil × não descido × ascendente, palpável × não palpável, por que não pedir ultrassom nem usar hormônio, idade ideal da orquidopexia e o recém-nascido com testículos não palpáveis bilaterais

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A criptorquidia é a anomalia genital congênita mais comum do menino: cerca de 3% dos nascidos a termo e até 30% dos prematuros (SBP 2023). A maioria dos testículos desce sozinha nos primeiros meses; depois dos 6 meses de idade corrigida, a descida é rara (MS 2012; EAU 2025). **O diagnóstico é clínico:** exame em ambiente e mãos aquecidos, criança relaxada, deitada e de cócoras, em todas as consultas. O **testículo retrátil** desce com a manobra e permanece na bolsa: é variante do normal, não se opera e é **reexaminado no mínimo uma vez por ano até a puberdade** (🟢). O testículo **não descido persistente aos 6 meses de idade corrigida**, o **ascendente**, o ectópico e o **não palpável** vão ao cirurgião pediátrico (🟡), **sem ultrassom** (não muda a conduta) e **sem hormônio**. A orquidopexia é feita idealmente entre **6 e 12 meses** e, depois de 1 ano, **logo após o diagnóstico** (SBP 2023); EAU e AUA fixam o limite em 18 meses. **Recém-nascido com testículos não palpáveis bilaterais, ou criptorquidia com hipospádia, é urgência** (🔴): suspeita de distúrbio do desenvolvimento sexual (DDS), sobretudo hiperplasia adrenal congênita (HAC) em bebê 46,XX virilizado. Dor aguda na virilha do lado do não descido é torção até prova em contrário: pronto-socorro.

1. O que é e como se apresenta

O testículo desce do abdome à bolsa escrotal no último trimestre da gestação. A incidência de testículo fora da bolsa cai de cerca de 3,4% ao nascer para 0,8–1% com 1 ano (SBP 2023; EAU 2025); é unilateral em 75–90% (SBP 2023).

Conceitos que o pediatra precisa separar (EAU 2025; SBP 2023):

SITUAÇÃO	O QUE SE ENCONTRA	CONDUTA
Retrátil	Já desceu, mas sobe por reflexo cremastérico vivo; trazido à bolsa com facilidade, permanece após soltar; tamanho normal	Sem tratamento; reexame no mínimo anual até a puberdade
Não descido (congenito)	Fora da bolsa desde o nascimento, no trajeto (abdominal, canalicular, saída do anel inguinal); não chega à bolsa ou volta logo; hemibolsa pouco desenvolvida	Encaminhar se persistir aos 6 meses de idade corrigida
Ectópico	Fora do trajeto (bolsa inguinal superficial, períneo, base do pênis, coxa, lado oposto)	Encaminhar
Ascendente (adquirido)	Estava na bolsa e "sobe" com o crescimento (1–2% dos meninos) ou após herniorrafia	Encaminhar
Ausente	Agenesia ou atrofia por torção intrauterina ("evanescente"); monorquia em até 4%, anorquia em < 1%	Encaminhar; diagnóstico cirúrgico

Palpável × não palpável: cerca de 80% são palpáveis (inguinais ou ectópicos). Dos não palpáveis, 50–60% são intra-abdominais ou canaliculares, cerca de 20% ausentes e 30% atróficos (EAU 2025). A divisão orienta a cirurgia.

Fatores associados (SBP 2023; EAU 2025): prematuridade e baixo peso, história familiar, diabetes ou obesidade materna, defeitos de parede abdominal, paralisia cerebral, síndromes (Prader-Willi, Noonan, prune belly, Kallmann), hipospádia.

Riscos:

- **Fertilidade:** perda progressiva de células germinativas e de Leydig desde o fim do 1º ano. A SBP (2023) cita infertilidade em 30–50% dos unilaterais e até 75% dos bilaterais; a EAU (2025) mostra que, no unilateral, a fertilidade cai mas a paternidade é semelhante à da população; no bilateral, ambas caem.
- **Câncer de testículo:** risco 5 a 20 vezes maior; cerca de 10% dos tumores testiculares se associam à criptorquidia (SBP 2023). Em coorte sueca, risco relativo de 2,2 com orquidopexia antes dos 13 anos e de 5,4 depois (EAU 2025). A cirurgia deixa o testículo acessível ao **autoexame a partir da puberdade**.
- **Outros:** hérnia inguinal associada, **torção do testículo não descido**, trauma e impacto psicológico.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Testículo retrátil ; lactente com menos de 6 meses de idade corrigida com testículo não descido unilateral palpável, genitália típica, sem hipospádia	Seguimento pelo pediatra em todas as consultas; retrátil, no mínimo anual até a puberdade (AUA; EAU 2025; MS 2012: a cada 6–12 meses)
● Moderada	Não descido persistente aos 6 meses de idade corrigida ; diagnóstico depois dos 6 meses ; ascendente ; ectópico; não palpável unilateral ; testículo pequeno ou de consistência alterada; hérnia redutível associada	Encaminhar ao cirurgião pediátrico , sem ultrassom e sem hormônio; com prioridade se houver hérnia ou se a criança já passou de 12 meses; bilateral palpável, também endocrinologia pediátrica
● Grave	Testículos não palpáveis bilaterais no recém-nascido ou lactente; criptorquidia com hipospádia , micropênis ou genitália atípica; esse bebê com vômitos, recusa alimentar, perda de peso, desidratação, letargia ou hiperpigmentação (perda de sal); dor inguinal ou escrotal aguda do lado do não descido; hérnia encarcerada	Urgência : recém-nascido estável — não dar alta; avaliação da endocrinologia e da cirurgia pediátrica no mesmo dia, com 17-OH-progesterona, sódio, potássio e cariótipo (ver "Genitália atípica e diferenças do desenvolvimento sexual"); perda de sal, dor aguda ou hérnia encarcerada — pronto-socorro imediatamente

Fatores que elevam a gravidade

- Gônadas não palpáveis bilaterais: **HAC em bebê 46,XX até prova em contrário** — a crise de perda de sal costuma surgir entre a 1ª e a 4ª semana.
- Hiperpigmentação da bolsa e das aréolas, hipoglicemia, icterícia prolongada, irmão com HAC ou óbito neonatal inexplicado, consanguinidade.
- Bilateralidade e localização intra-abdominal; diagnóstico tardio.

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico é clínico (SBP 2023; AUA; EAU 2025). Perguntar idade gestacional (para corrigir a idade), se os testículos já foram vistos na bolsa (banho, consultas, maternidade), cirurgia inguinal prévia, dor escrotal aguda no passado e história familiar.

Como examinar:

- Ambiente e mãos aquecidos, criança calma e distraída (reduz o reflexo cremastérico).
- Inspeção**: bolsa simétrica e bem formada sugere retrátil; hemibolsa pequena e lisa sugere não descido. Ver meato uretral, tamanho do pênis e pigmentação.

3. **Decúbito dorsal, pernas em rã:** uma mão desliza da espinha ilíaca anterossuperior pelo canal inguinal até o púbis, "ordenhando" o conteúdo; a outra espera na bolsa. Sabão ou gel nos dedos ajuda.
4. **Repetir de cócoras ou sentado de pernas cruzadas** (o maior, em pé): revela muitos retráteis.
5. **Prova do retrátil:** trazido à bolsa, **permanece** depois de solto, sem tensão no cordão; o não descido volta logo ou não chega ao fundo.
6. Sem testículo no trajeto: procurar nos locais ectópicos.
7. **Outro testículo:** aumentado (hipertrofia compensatória) sugere ausência do não palpável, mas não dispensa a cirurgia (EAU 2025).
8. **Registrar em toda consulta:** lado, local, se desce e se permanece.

Exames:

- **Ultrassom: não pedir antes de encaminhar** (AUA 2014, reafirmada em 2018 e 2025; EAU 2025; BAPS 2015). Não localiza nem exclui com segurança o testículo intra-abdominal, o resultado negativo não dispensa a laparoscopia e o pedido atrasa a cirurgia. A imagem fica para o especialista (por exemplo, estruturas müllerianas na suspeita de DDS); a SBP (2023) também a deixa a critério da avaliação médica, não como rotina.
- **Unilateral palpável, genitália típica:** nenhum exame.
- **Bilateral não palpável ou genitália atípica** (conduzido pelo especialista): 17-OH-progesterona a partir do 3º dia, sódio e potássio seriados, glicemia, teste do pezinho, cariótipo; na minipuberdade, LH, FSH, testosterona e hormônio antimülleriano separam testículos intra-abdominais de anorquia (AUA; SBP DC nº 232/2026).

Diferenciais que não podem passar: bebê 46,XX com HAC e virilização intensa; criptorquidia com hipospádia (DDS — AUA; EAU 2025); torção do testículo não descido e hérnia encarcerada; testículo ascendente no escolar (não é retrátil); hidrocele do cordão e linfonodo; testículos pequenos e firmes no adolescente (Klinefelter) ou ausência de puberdade (ver "Puberdade precoce e puberdade atrasada").

4. Tratamento e seguimento

O que o pediatra faz:

- Examina os testículos em toda consulta e explica à família a diferença entre retrátil e não descido.
- Abaixo de 6 meses de idade corrigida, unilateral com genitália típica: reexamina nas consultas de puericultura (MS 2012).
- **Encaminha ao cirurgião pediátrico** o não descido aos 6 meses de idade corrigida, o diagnóstico posterior, o ascendente, o ectópico e o não palpável (SBP 2023; MS 2012; AUA;

EAU 2025), sem ultrassom e sem hormônio.

- **Retrátil:** tranquiliza e reexamina **no mínimo uma vez por ano até a puberdade** (AUA; EAU 2025); o MS (2012) sugere a cada 6–12 meses, com atenção entre 4 e 10 anos. Até um terço sobe em definitivo (EAU 2025): se deixar de descer ou não permanecer, encaminhar.
- Após a orquidopexia: confere posição e tamanho nas consultas e ensina o **autoexame** a partir da puberdade.

O que é do especialista:

- **Orquidopexia idealmente entre 6 e 12 meses (SBP 2023; EAU 2025), no máximo até 18 meses** (EAU 2025; AUA: "no ano seguinte" aos 6 meses; BAPS 2015: 6–18 meses). Depois de 1 ano, logo após o diagnóstico (SBP 2023).
- Palpável: via inguinal ou escrotal. Não palpável: exame sob anestesia e laparoscopia; orquidopexia em um ou dois tempos ou retirada do resto atrófico. Após a puberdade, com testículo intra-abdominal e o outro normal, pode-se indicar orquiectomia (EAU 2025; AUA).
- Bilateral: a EAU (2025) admite análogo de GnRH para preservar a fertilidade (recomendação fraca) — decisão do especialista.

Hormônio para induzir a descida — não usar. hCG e GnRH têm sucesso em cerca de 20%, com reascensão em até 20%, efeitos adversos e sinais de dano germinativo (EAU 2025); AUA e AAP não recomendam; a EAU não recomenda no unilateral. A SBP (2023) admite tratamento medicamentoso "a depender da causa": para o site, indicação do especialista (por exemplo, hipogonadismo), não para descer o testículo.

Analgesia após a orquidopexia (orientada pelo cirurgião; padrão do site, conforme "Analgesia e sedação para procedimentos na emergência pediátrica"):

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver dor	Máx. 75 mg/kg/dia; teto por dose da apresentação (bulas: gotas 200 mg/mL máx. 35 gotas, suspensão 32 mg/mL máx. 15 mL e 100 mg/mL máx. 2,5 mL abaixo de 12 anos; comprimidos só a partir de 12 anos; nunca > 1 g/dose); nunca > 4 g/dia (padrão do site; bula)
Dipirona	15 mg/kg/dose	6 h (máx. 4 doses/dia)	Enquanto houver dor	Não usar abaixo de 3 meses ou de 5 kg (bula; padrão do site)
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose	6–8 h	Enquanto houver dor	A partir de 6 meses; evitar na desidratação, dengue e varicela (padrão do site; bula)
hCG ou GnRH para a descida	Não usar	—	—	Baixa eficácia e possível dano germinativo (AUA; EAU 2025)

Codeína é proscrita; tramadol só a partir de 12 anos (padrão do site).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Recém-nascido com testículos não palpáveis bilaterais**, criptorquidia com hipospádia, micropênis ou genitália atípica: **não dar alta**; se já está em casa, encaminhar **com urgência**, no mesmo dia, a serviço com endocrinologia e cirurgia pediátrica.
- Esse bebê com **vômitos, recusa alimentar, perda de peso, desidratação, sonolência ou hiperpigmentação: pronto-socorro imediatamente** (perda de sal).
- **Dor inguinal ou escrotal aguda** ou massa inguinal dolorosa e endurecida no lado do não descido (torção).
- **Hérnia que não reduz**, dolorosa ou com vômitos.
- Pós-operatório com sangramento, bolsa muito aumentada, febre com ferida vermelha ou dor que não cede.

Como encaminhar

1. **Suspeita de torção ou hérnia encarcerada:** sem exames no consultório; jejum; analgesia (doses acima); contato com o serviço com cirurgião pediátrico ou urologista e encaminhamento imediato.
2. **Suspeita de perda de sal:** acesso venoso e glicemia capilar; tratar hipoglicemia e desidratação conforme "Insuficiência adrenal e hiperplasia adrenal congênita"; colher sódio, potássio e 17-OH-progesterona antes da hidrocortisona, se não atrasar; transporte monitorizado; oxigênio, se necessário, para SpO2 entre 94% e 98% (no recém-nascido, metas neonatais).
3. **Comunicação:** descrever sem atribuir sexo ("bebê com gônadas não palpáveis") (SBP DC nº 232/2026).
4. **Relatório:** idade gestacional, achados de cada exame (lado, local, se desce), cirurgias, teste do pezinho e exames colhidos.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "O testículo que sobe e desce, mas fica na bolsa quando puxado, é normal (retrátil). Não precisa de cirurgia, mas vamos examiná-lo pelo menos uma vez por ano até a puberdade."
- "Se o testículo não estiver na bolsa aos 6 meses (contando a prematuridade), não vai descer sozinho: a cirurgia é simples, de preferência antes de 1 ano."
- "Ultrassom não ajuda a decidir, e remédio para descer o testículo não é recomendado."
- "Se um testículo que ficava na bolsa deixar de ficar, conte na consulta. Depois da puberdade, ele deve examinar os próprios testículos todo mês."

- **Pronto-socorro na hora:** dor forte e súbita na virilha ou no saco, inchaço endurecido na virilha, hérnia que não volta, vômitos com dor; no recém-nascido, vômitos, mamadas fracas, perda de peso ou sonolência.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Versão e data	DC Endocrinologia, Pediatria para Famílias (mar/2023); DC nº 232 (2026)	Caderno de Atenção Básica nº 33 (2012)	HealthyChildren.org (jun/2025); AUA 2014, reafirmada 2018 e 2025	Sem diretriz NG; NHS NIPE (jan/2025)	AEPap, Guia de Algoritmos (2022)	Sem posição específica localizada	Boston Children's (página vigente)	Segue o NICE; BAPS/RCS (2015)
Ultrassom	A critério da avaliação, não rotina	Sem posição	Não pedir antes do encaminhamento	Sem posição	Não usar de rotina	—	Sem benefício na maioria	Não indicado (BAPS)
Encaminhar	Consulta obrigatória se fora da bolsa com 1 ano	Aos 6 meses, à cirurgia pediátrica	Aos 6 meses de idade corrigida	Bilateral: revisão urgente por pediatra sênior	Ao cirurgião; bilateral à endocrinologia	—	Ao cirurgião	Unilateral direto ao cirurgião
Idade da cirurgia	Ideal 6–12 meses	Precoce, sem idade	Até 18 meses	—	12–18 meses	—	Se não desceu até 1 ano	6–18 meses
Hormônio	Pode ser usado conforme a causa	Sem posição	Não recomendado	—	Não substitui a cirurgia	—	Sem posição	Sem posição
Retrátil	Variante, sem seguimento definido	A cada 6–12 meses, dos 4 aos 10 anos	Anual (AUA)	—	Anual até a puberdade	—	Sem tratamento	Seguimento (ascensão 3–20%)
Bilateral não palpável	Urgência, excluir HAC (DC nº 232)	Sem posição	Especialista imediato (AUA)	Revisão urgente	Endocrinologia e cariótipo	—	—	Avaliação endócrina precoce

Leitura: há convergência no essencial — diagnóstico clínico com exame repetido, separação entre retrátil e não descido, encaminhamento do testículo que não desceu aos 6 meses de idade corrigida, nenhum ultrassom de rotina e investigação imediata de DDS nos não palpáveis bilaterais. Há três divergências. **Idade da cirurgia:** SBP (2023) e EAU preferem 6–12 meses; AUA, AAP e BAPS aceitam até 18; o algoritmo da AEPap (2022) cita 12–18 meses, atribuindo-o à ESPU, mas a diretriz EAU/ESPU vigente pede antes de 12. **Hormônio:** a SBP (texto para famílias) admite tratamento medicamentoso "a depender da causa"; AUA, AAP, EAU (unilateral) e AEPap não recomendam hormônio para a descida. **Retrátil:** MS a cada 6–12 meses entre 4 e 10 anos; AUA e EAU, anual até a puberdade. O NICE não tem diretriz específica; Oxford e Cambridge seguem o NICE e o rastreamento do NHS. **O site adota a posição da SBP:** orquidopexia idealmente entre 6 e 12 meses e, depois de 1 ano, logo após o diagnóstico; ultrassom só a critério do especialista; urgência nas gônadas não palpáveis bilaterais. A SBP torna a consulta obrigatória se o testículo estiver fora da bolsa com 1 ano; o site encaminha antes, aos 6 meses (MS; AUA), para operar na janela ideal da SBP; retrátil, a cada 6–12 meses

(MS), no mínimo anual. O hormônio "conforme a causa" fica com o especialista, nunca para induzir a descida.

PONTOS PRÁTICOS

1. Examine os testículos em toda consulta, em ambiente aquecido, deitado e de cócoras; registre lado, local e se desce e permanece.
2. Retrátil desce e fica na bolsa: não opera, mas é reexaminado no mínimo anualmente até a puberdade; se deixar de descer, é ascendente e vai ao cirurgião.
3. Fora da bolsa aos 6 meses de idade corrigida, ectópico, ascendente ou não palpável: cirurgião pediátrico, sem ultrassom e sem hormônio.
4. Orquidopexia idealmente entre 6 e 12 meses; depois de 1 ano, logo após o diagnóstico (SBP 2023).
5. Testículos não palpáveis bilaterais ou criptorquidia com hipospádia no recém-nascido: urgência, sem alta antes de excluir HAC.
6. Dor aguda na virilha do lado do não descido é torção até prova em contrário: pronto-socorro.

Veja também, nesta Biblioteca: **Genitália atípica e diferenças do desenvolvimento sexual e Insuficiência adrenal e hiperplasia adrenal congênita** (Endocrinologia); **Fimose, criptorquidia, hérnias, hidrocele e escroto agudo e Puberdade precoce e puberdade atrasada** (Patologias do consultório); **Emergências Cirúrgicas Neonatais** (Neonatologia); **Analgesia e sedação para procedimentos na emergência pediátrica** (Urgências e emergências); **Hérnia inguinal, hérnia umbilical e hidrocele na criança e Escroto agudo — torção testicular, torção de apêndice e orquitepididimite** (nesta área).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Endocrinologia. Criptorquidismo (Pediatria para Famílias), março de 2023. sbp.com.br; [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento — Cadernos de Atenção Básica nº 33, 2012 (item 4.3.7). [PDF](#)
- American Urological Association. Evaluation and Treatment of Cryptorchidism: AUA Guideline, 2014 (reafirmada em 2018; validade confirmada em 2025). auanet.org
- American Academy of Pediatrics (HealthyChildren.org). Undescended Testicles: What Parents Need to Know, 2025. healthychildren.org

- EAU/ESPU. Guidelines on Paediatric Urology — Management of undescended testes, 2025. [PDF](#)
- AEPap. Criptorquidia en pediatria — Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria, 2022. [PDF](#)
- NHS/UKHSA. Newborn and infant physical examination: quality improvement guidance, 2025. [gov.uk](#)
- BAPS/Royal College of Surgeons of England. Commissioning guide: Paediatric orchidopexy, 2015. [PDF](#)
- Boston Children's Hospital. Undescended Testicles (Cryptorchidism). [childrenshospital.org](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.