

PRÍNCÍPIOS FUNDAMENTAIS DE TÉCNICA OPERATÓRIA NA CIRURGIA DO BAÇO E DA GENITALIA EXTERNA MASCULINA.

I — BAÇO

Alaor Teixeira *

Teresinha M. C. Teixeira **

INTRODUÇÃO GENERALIDADES ESPLENECTOMIA TRANSPLANTES

Introdução

A importância do conhecimento dos princípios técnicos fundamentais que caracterizam a manipulação cirúrgica esplênica se relacionam com o fato de que, muito frequentemente, a víscera em análise é portadora de problemas patológicos para os quais está indicada uma solução cirúrgica. A incidência significativa dos traumatismos abdominais, as distúrbios sanguíneos relacionadas com a fisiopatologia esplênica e, mesmo, os modernos estudos sobre transplantes do mencionado órgão aumentaram o interesse do cirurgião sobre o mesmo.

Embora, modernamente, o critério cirúrgico seja mais radical e menos conservador que antigamente — graças aos conhecimentos que, presentemente, se possui sobre o papel representado pelo baço no nosso organismo — a literatura refere procedimentos cirúrgicos tais como: *esplenorrafias* (capsulorrafia esplênica — Danielsen; espleno/omentoplastia — Payr; espleno/peritônioplastia — Mock; cerclagem esplênica — Nystrom), *esplenotomias* (para drenagem de abscessos, retirada e enucleação de cistos, etc.), *esplenopexias* (intervenções idealizadas por Rydygier, Bordenheuer, Konder, com vis-

tas a correção de «ptoses esplênicas»), *laqueadura dos vasos esplênicos* (Maingot, Blain e Holman), etc. Atualmente, como teremos oportunidade de ver mais adiante, o procedimento cirúrgico usual é radical — exérese do baço.

Generalidades

A — Anatomia

O baço é uma víscera maciça, pesando aproximadamente 100 a 150 gramas, situado no andar supramesocólico ao nível do hipocôndrio E, tamanho aproximado de um punho fechado, consistência mole e coloração avermelhada (FIGURA Nº 1). Mantém-se em posição graças a um sistema ligamentar (ligamentos esplenofrênico, espleno-cólico e espleno-renal), repousando o seu polo inferior no ligamento parieto-cólico E (sustentaculum lienis). Relaciona-se com o músculo diafragma, com o estômago (grande curvatura), com o colon esquerdo (ângulo esplênico) e com a cauda do pâncreas (a qual, muitas vezes, encontra-se ao nível de seu hilo). O pedículo esplênico (formado pela artéria esplênica, ramo do tronco celiaco e pela veia esplênica, afluente importante do sistema porta hepático) está situado na porção mais medial do ligamento espleno-renal. A conexão com o estômago se faz ao nível da grande curvatura pelo omento gastro-esplênico, na intimidade do qual encontra-se a

* Chefe do Departamento de Cirurgia — FMFA/UFRGS.
** Auxiliar de Ensino — Disciplina de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental.

Titular da Disciplina de Técnica Opera-

tória e Cirurgia Experimental.

Disciplina de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental — FMFA/UFRGS.

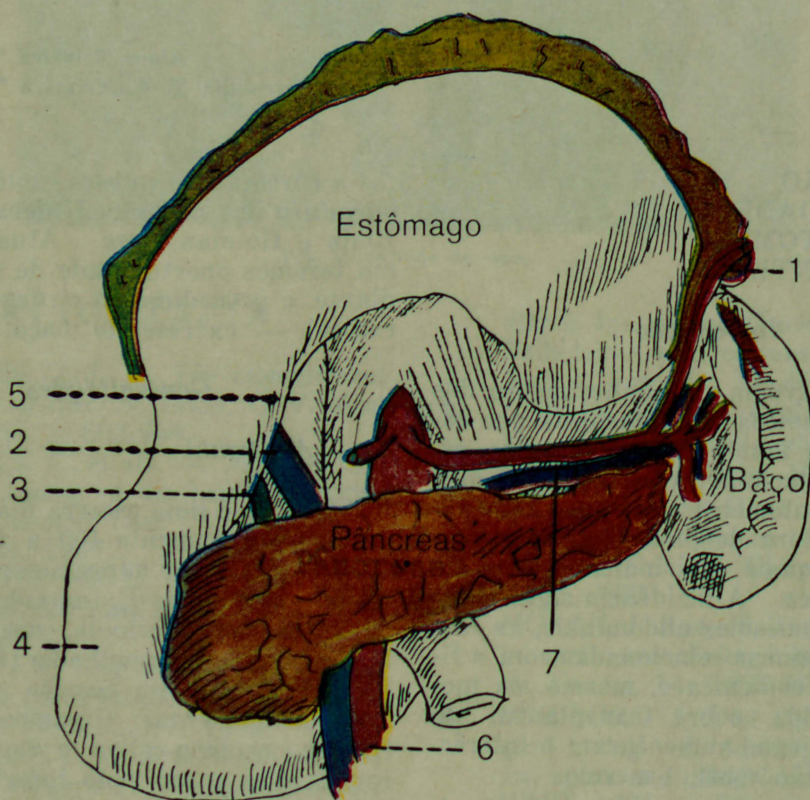


FIGURA Nº 1: Estudo anatômico esquemático da sintopia esplênica. Verificamos: 1 — artéria gastro-epiplóica E; 2 — veia porta; 3 — canal colédoco; 4 — 2ª porção do duodeno; 5 — veia cava inferior; 6 — artéria mesentérica superior; 7 — veia esplênica.

artéria gástro-epiplóica E (ramo da esplênica) e vasos retos. O baço é delimitado por uma cápsula (1 a 2 mm de espessura) a qual é, por sua vez, recoberta pelo folheto peritonial visceral. A cápsula emite prolongamentos que se orientam no sentido da massa visceral. Em aproximadamente 15% dos casos (FIGURA Nº 2), verifica-se a presença de baços acessórios, cuja presença é derivada: a) — falha na união dos brotos esplênicos primordiais; b) — formação ectópica de brotos primordiais esplênicos, fóra do ponto ao nível do qual se estrutura a víscera; c) — desenvolvimento irregular dos lobos ou arranjo inusitado das incisuras. Ao corte, verifica-se a **polpa esplênica**, subdividida em três partes: a **branca**, a **vermelha** e a denominada **zona marginal**.

B — Histologia

Ao exame histológico as três porções da polpa esplênica apresentam a seguinte estrutura:

- 1 — A **polpa branca**, constituída pela agregação de linfócitos, plasmócitos e macrófagos, associados a outros elementos celulares, de presença variável, distribuídos ao nível do leito reticular;
- 2 — A **polpa vermelha**, estruturada a partir dos seios e cordões esplênicos, os quais envolvem os folículos da polpa branca;

- 3 — A **zona marginal**, apresentando-se com constituição variável, óra contendo elementos figurados do sangue, óra apenas o plasma. É preferencialmente a seu nível, que os corpos estranhos são eliminados. Sendo o baço, por outro lado, a maior concentração de tecido linfóide de nosso organismo, comporta-se ele como um sistema capilar intermediário entre a circulação sistêmica (artéria esplênica) e o sistema porta hepático (veia esplênica), através de riquíssima rede vascular.

C — Fisiologia

O baço representa um papel fundamental no nosso organismo, representado pela remoção de elementos figurados do sangue, através de um mecanismo de filtração (Hemocaterese). Em determinadas condições, pode êle produzir os mencionados elementos (metaplasia mieloide do baço). Por intermédio do tecido reticuloendotelial que o caracteriza, pode o baço, outrossim, eliminar elementos celulares anormais da crase sanguínea (esferócitos, eliptócitos, etc.) dentro do sangue circulante, já que, nas 24 horas do dia, passam pelo tecido esplênico aproximadamente 350 litros de sangue. Apresenta o baço, ainda papel importante na defesa imunológica de nosso organismo e na sua função de fonte de anticorpos.

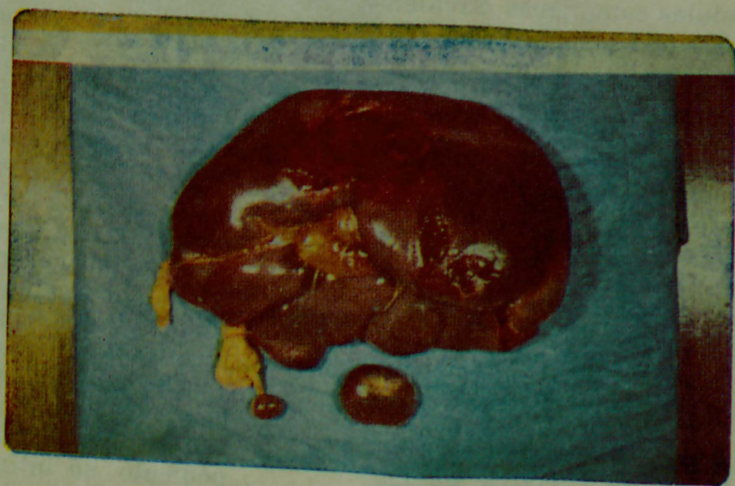


FIGURA Nº 2 — Peça cirúrgica correspondente a um caso de anemia hemolítica congênita. Verificar a presença de baços acessórios.

Esplenectomia

Conceituamos esplenectomia como sendo a exérese cirúrgica do baço.

Indicações: A esplenectomia está indicada nas seguintes eventualidades patológicas:

1 — **Rupturas do baço:** geralmente condicionadas por traumatismos abdominais, podendo interessar todo o órgão ou apenas a sua polpa (hematoma subcapsular). No primeiro caso, o paciente apresenta um quadro clínico de abdôme agudo por hemorragia interna, sendo a punção abdominal **positiva**. No segundo — dependendo da intensidade do traumatismo e do grau de comprometimento da polpa esplênica — o hematoma subcapsular pode romper-se horas após o acidente, o que faz com que as primeiras punções abdominais sejam negativas. Ferimentos penetrantes — tanto por via transtorácica como transabdominal — podem lesar o baço.

2 — **Hiperesplenismos:** no qual verifica-se a diminuição continuada dos elementos figurados do sangue que, segundo o refere a literatura, seria motivada: a) — pela destruição celular excessiva ao nível do baço; b) — pela inibição esplênica da medula óssea hematogônica com falha na maturação e na liberação de células; e, finalmente, c) — pela produção — pelo tecido esplênico — de um «auto-anticorpo» o qual condicionaria destruição anormal das células sanguíneas circulantes. A esplenectomia traria benefícios nas seguintes eventualidades:

Hiperesplenismo PRIMÁRIO — Anemia hemolítica congênita (Esferocitose Hereditária, Eriptocitose Hereditária, Talassemia Major, Porfíria Hematopoética) **Anemia Hemolítica Adquirida** (Púrpura Trombocitopênica Idiopática — Verlhof, Púrpura Trombocitopênica Trombótica — Moskowitz, Neutropenia Esplênica-Doan, Pancitopenia Esplênica).

Hiperesplenismo SECUNDÁRIO — infecções agudas e crônicas, Síndrome de Banti, doenças de armazenamento (cerebrósides — Gaucher, es-

pingomielina — Niemann/Pick, colestérol — Hand/Schuller/Christian).

3 — **Ectopias Esplênicas** — quando a presença do baço na sua posição anormal condiciona problemas intraabdominais sérios.

4 — **Cistos Esplênicos** — os quais podem ser **parasitários** (tipo Hidático) e **hemáticos** (primários ou secundários).

5 — **Tumores** — os quais podem ser **benignos** (hemangiomas) ou **malignos** (sarcomas).

Procedimento Técnico: A FIGURA Nº 3 documenta — de forma esquemática — os principais tempos que caracterizam a manipulação visceral esplênica no transoperatório. Observamos:

1 — **Incisão:** transversal, paralela ao rebordo costal E, podendo seccionar os músculos retos anteriores. Em casos excepcionais (esplenomegalias volumosas), podemos empregar uma tóraco/freno/laparotomia (FIGURA Nº 3 — A);

2 — **Mobilização do baço:** a luxação do baço é efetuada por manobras manuais, nas quais se libera a víscera de suas conexões com o músculo diafragma e com o colon transversal. Concluída a liberação, procedemos à exteriorização do baço através da incisão (FIGURA Nº 3 — B);

3 — **Exérese do baço:** a qual é efetuada através da laqueadura dos vasos esplênicos. Esta laqueadura pode ser feita através da secção segmentar do epíplo gastro-cólico com transfixação (FIGURA Nº 3 — C), ou então pela ligadura isolada da artéria e da veia esplênicas. No primeiro caso, a intervenção se efetuará por via anterior; no segundo, os vasos deverão ser abordados — ao nível do pedículo na intimidade do ligamento esplenorenal — por via posterior.

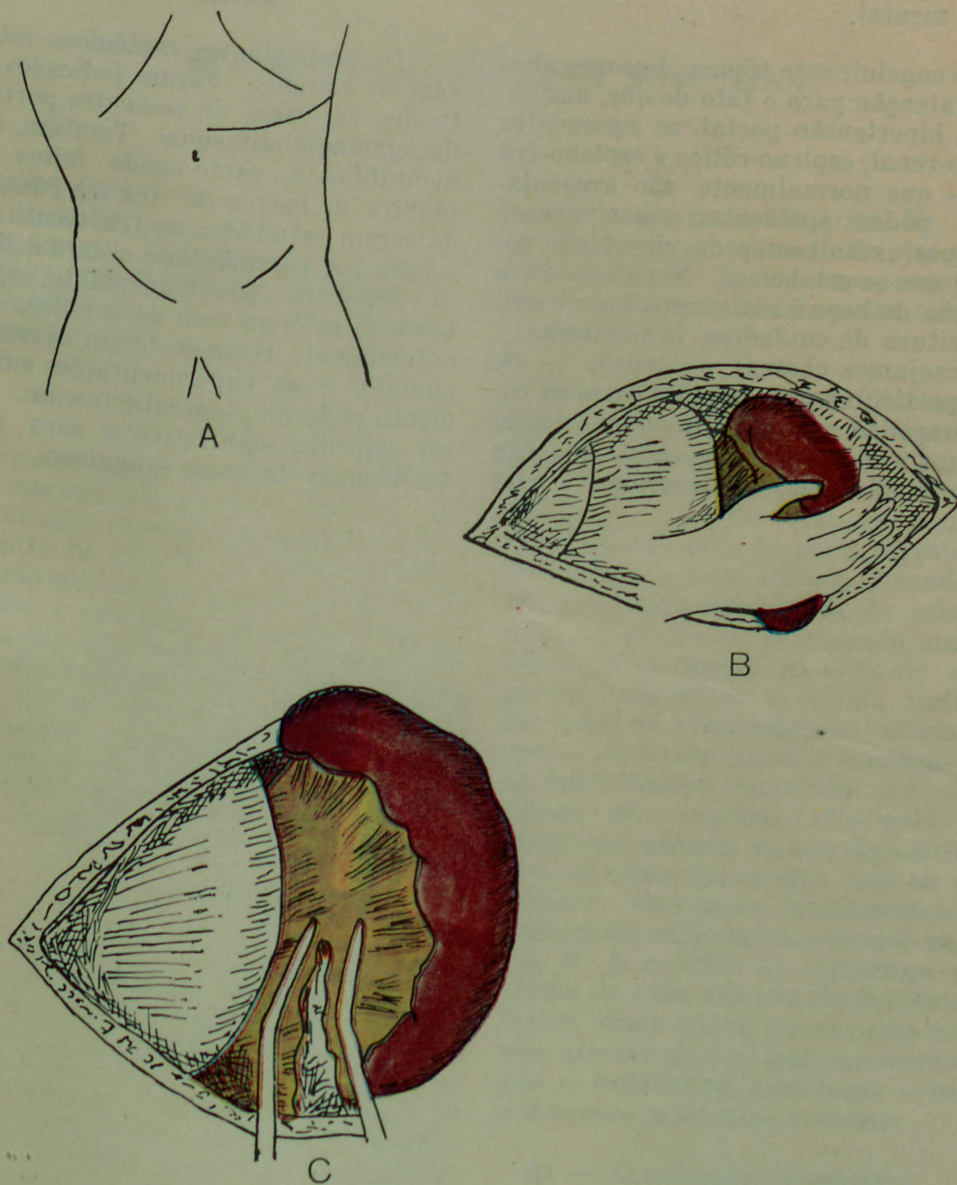


FIGURA 3: Estudo gráfico dos tempos fundamentais de uma esplenectomia. Observações: Em A — incisão laparotômica; em B — luxação, liberação e exteriorização do baço; finalmente, em C — a seção do epiglo gastro/esplênico com a exêrse da viscera.

4 — *Reconstituição da Parede Abdominal*: efetuada dentro do princípio técnico consagrado para esta intervenção. O respeito à estratificação da parede é fundamental.

Ao concluir este tópico, devemos chamar a atenção para o fato de que, nos casos de hipertensão portal, os ligamentos espleno-renal, espleno-cólico e espleno-frênico — que normalmente são avasculares — podem apresentar vasos venosos calibrosos, resultantes da circulação colateral que se estabelece. Nestes casos, a liberação do baço é mais trabalhosa e exige a feitura de cuidadosa hemostasia.

Desejamos chamar a atenção — de modo particular para aqueles casos de esplenomegalias nos quais a esplenectomia está contra-indicada: Leucemia, Hodgkin e outros Linfomas, Policitemia Vera

(Vasquez/Osler). Nestes casos o baço é sede de uma metaplasia mieloide, pela qual passa a produzir elementos figurados do sangue.

Transplantes

Os transplantes esplênicos estão em fase de estudos. Foram indicados e efetuados em casos de pacientes portadores de agamaglobulinemia. Também, experimentalmente, estão sendo feitos transplantes de baço e de rim em cães, a fim de serem estudados os fenômenos de rejeição. A possibilidade eventual de cura da hemofilia por transplante esplênico também está em fase de estudos. Indiscutivelmente, trata-se de um assunto fascinante, e as experimentações em andamento poderão — eventualmente, — trazer subsídios significativos para a cura de doenças da crase sanguínea.



II — GENITALIA EXTERNA MASCULINA

INTRODUÇÃO
ORQUIDOPEXIA
EXCISÃO DA SEROSA VAGINAL
EXCISÃO DE CISTO DE CORDÃO
POSTECTOMIA
TRAUMATISMOS

Introdução

A patologia cirúrgica da genitália externa masculina é bastante extensa. Alguns de seus capítulos encontram-se ainda dentro do terreno da Cirurgia Geral, enquanto que outros (câncer de penis, hipospádia e epispádia, etc.) situam-se atualmente dentro do território específico de especialidades como Clínica Urológica e Cirurgia Plástica. Neste capítulo abordaremos — dentro da orientação geral a que nos propuzemos — aqueles procedimentos técnicos ainda considerados dentro do âmbito da Cirurgia Geral.

Orquidopexia

Conceituamos Orquidopexia como o procedimento cirúrgico por intermédio do qual se procura colocar o testículo dentro de sua localização normal no saco escrotal. Está a intervenção em análise indicada, portanto, nos casos de Criptorquismo (uni ou bilateral) e de Ectopia testicular. Devemos, na oportunidade, fazer a diferenciação básica entre Criptorquismo e Ectopia testiculares: em ambos os casos, o testículo encontra-se fora de sua localização normal: apenas que, no Criptorquismo ele pode ser encontrado ao nível do trajeto normalmente seguido pela glândula, na sua migração ontogenética desde o polo inferior do rim, ao passo que na Ectopia, o testículo é encontrado fora do mencionado trajeto (suprapúbico, no assoalho

perineal, etc.). A FIGURA Nº 1 documenta um caso típico de Criptorquismo e a FIGURA Nº 2, um caso característico de Ectopia com testículo em localização perineal.

Procedimento Técnico: Vários procedimentos cirúrgicos são divulgados pela literatura, visando corrigir o Criptorquismo. Salientaremos, entre eles, o de Ombrédanne (fixação testicular contralateral, usando o rafe da bolsa escrotal como sustentação), o de Thorek (fixando o testículo na tela subcutânea da raiz da coxa), e o de Bevan (efetuando um dispositivo de contenção ao nível do anel inguinal para evitar a subida testicular). De todos os procedimentos acima referidos, o de Bevan ainda é empregado, com as modificações sugeridas por Dodson, Gross, etc. representadas pela fixação testicular, através de um dispositivo elástico, na coxa (do mesmo lado ou do lado oposto). Os tempos fundamentais da Orquidopexia estão sistematizados na FIGURA Nº 3 e, antes de entrarmos na descrição de seus tempos fundamentais, devemos dizer que a intervenção cirúrgica visa afastar os 4 obstáculos morfológicos que — isolados ou associados — impedem o descenso testicular, a saber:

- a) — O músculo Cremaster;
- b) — Os vasos Epigástricos;
- c) — O Saco Herniário, sempre presente, vestígio da persistência anormal do ducto peritônio/vaginal;
- d) — Os vasos Espermáticos.

O procedimento técnico que vamos descrever abaixo tem como escopo fundamental a neutralização dos 4 fatores acima descritos.



FIGURA Nº 1: Aspecto característico da bolsa escrotal em um caso de criptorquismo bilateral. Verifica-se hipoplasia da mesma com ausência testicular.



FIGURA Nº 2: Paciente portador de ectopia testicular à D. Observamos a bolsa vazia à D e o testículo com localização perineal.

Tempos fundamentais da Orquidopexia:

- 1 — Paciente em decúbito dorsal, com os membros inferiores afastados;
- 2 — Incisão transversal ao nível da prega inguinal, semelhante à empregada para a hérnia inguinal;
- 3 — Diérese da tela subcutânea (fascias de Campers e Scarpa) e secção longitudinal da aponeurose do m. oblíquo externo, através do anel inguinal subcutâneo;
- 4 — Liberação do testículo (orquidólisis), e identificação do gubernaculum testis, do funículo espermático, dos vasos epigástricos e do saco herniário (sempre presente na base do funículo) — FIGURA Nº 3 — A;
- 5 — Secção do gubernaculum e do músculo cremâster, ligadura e secção dos vasos epigástricos, secção do ligamentum inguinale (FIGURA Nº 3 — A 6) na linha pontilhada, isolamento e secção do saco herniário e descolamento do funículo medialmente — por manobra digital — a fim de alongar os vasos espermáticos e retificar o funículo.
- 6 — Ampliação da bolsa escrotal por manobra digital e transfixação do testículo, ao nível de seu corpo, por um fio mononylon 00 (FIGURA Nº 3 — B);
- 7 — Fixação do testículo no fundo da bolsa escrotal, através da tração do fio de nylon por uma agulha de Reverdin (FIGURA Nº 3 — C);
- 8 — Fixação do testículo por intermédio de um dispositivo elástico à coxa, mantido por esparadrapo.

Decorrido o espaço de tempo entre 5/7 dias, os pontos da incisão inguinal e o dispositivo elástico de tração são retirados. O paciente pode deambular imediatamente após a intervenção cirúrgica. Nos casos bilaterais, efetuamos primeiro um lado e, seis meses depois abaixamos o outro testículo.

A FIGURA Nº 4 documenta um caso característico de Criptorquismo tratado pelo procedimento cirúrgico acima divulgado.

Excisão da Serosa Vaginal

Segundo nos ensinam a Embriologia e a Anatomia, o vestígio distal do ducto peritônio/vaginal persiste, condicionando — exclusivamente no homem — a serosa vaginal, camada mais interna da bolsa escrotal e que envolve diretamente o testículo (vaginal visceral) e a capa mais interna da bolsa escrotal (vaginal parietal). Entre as duas lâminas serosas acima referidas existe um espaço virtual o qual pode tornar-se real pelo aumento de secreção da vaginal. Estrutura-se assim um quadro patológico que identificamos com o nome de Hidrocele essencial, caracterizada, portanto, pelo aumento do escroto condicionado pela produção exagerada (patológica) de líquido pela membrana serosa vaginal. A FIGURA Nº 5 divulga um quadro típico de Hidrocele essencial à D (acima) e bilateral (abaixo).

Procedimento Técnico: Consiste a intervenção na excisão da lâmina parietal da serosa vaginal. Os tempos fundamentais da intervenção em questão são:

- 1 — Incisão ao nível da prega inguinal inferior (2 a 3 cm aproximadamente). A incisão nunca deve ser feita ao nível da parede escrotal, pois a sua estruturação dificulta a evolução devido ao sistema de glândulas que existem na sua parede (FIGURA Nº 6 — A);
- 2 — Liberação da vaginal ao nível do anel inguinal subcutâneo e punção da mesma para esvasiar o conteúdo líquido. Uma suave pressão na bolsa escrotal auxilia o esvasiamento (FIGURA Nº — B);
- 3 — Exteriorização da vaginal pela incisão e excisão de seu folheto parietal (FIGURA Nº 6 — C);
- 4 — Sutura das margens da serosa excisada com categutite simples enfiado 000 (FIGURA Nº 6 — D). Síntese da incisão inguinal após cuidadosa hemostasia.

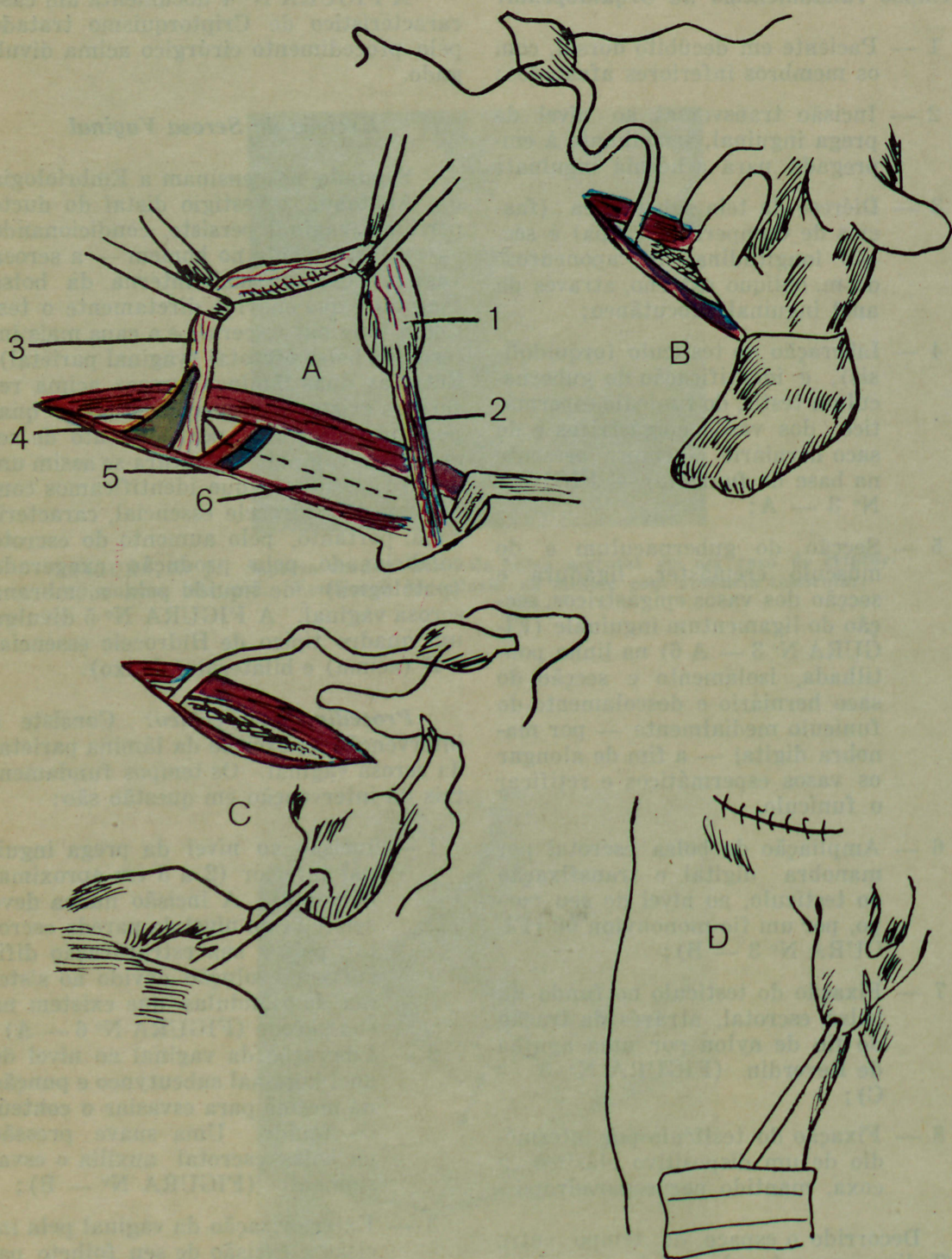


FIGURA 3: Tempos fundamentais de uma orquidopexia à D. Verificar em A: 1 — Testículo; 2 — gubernaculum testis; 3 — funículo espermático; 4 — conduto peritônio/vaginal persistente (Hérnia inguinal); 5 — vaso epigástrico; 6 — fascia transversalis (ligamentum inguinal), com a linha pontilhada indicando a secção cirúrgica da mesma, após a laqueadura dos vasos epigástricos. B — concluída a orquidólise, transfixação do corpo do testículo e preparação da bolsa escrotal. C — Passagem do fio através da bolsa, com o emprego de uma agulha de Reverdin. D — Fixação do testículo à coxa, por contenção elástica. Síntese do plano cutâneo.

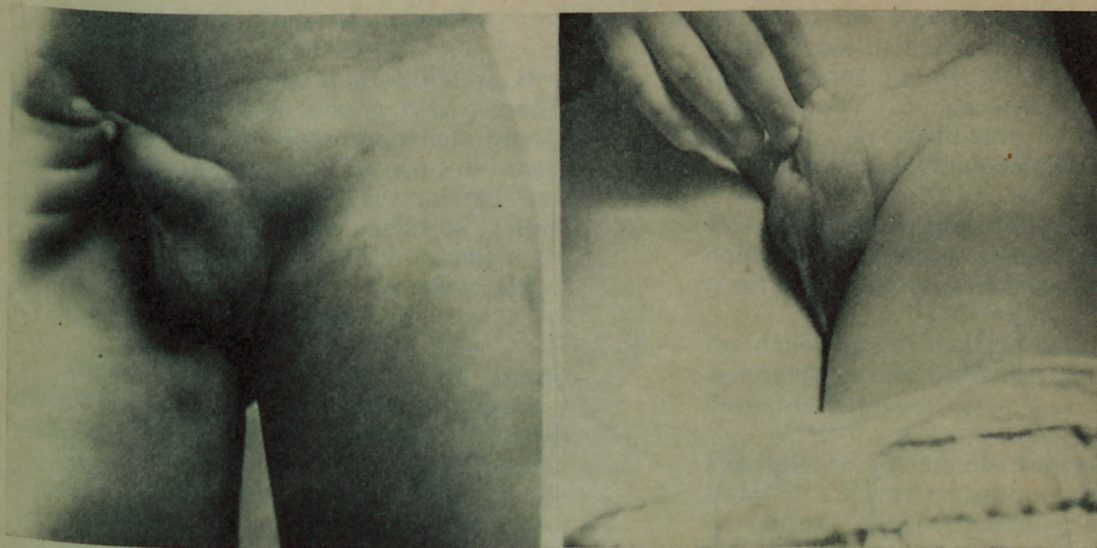


FIGURA Nº 4: Observamos à D um paciente com criptorquismo à E(o testículo criptorquídico faz saliência ao nível do anel inguinal subcutâneo); à E, mesmo paciente, 6 meses após a intervenção: verificar a posição normal do testículo.

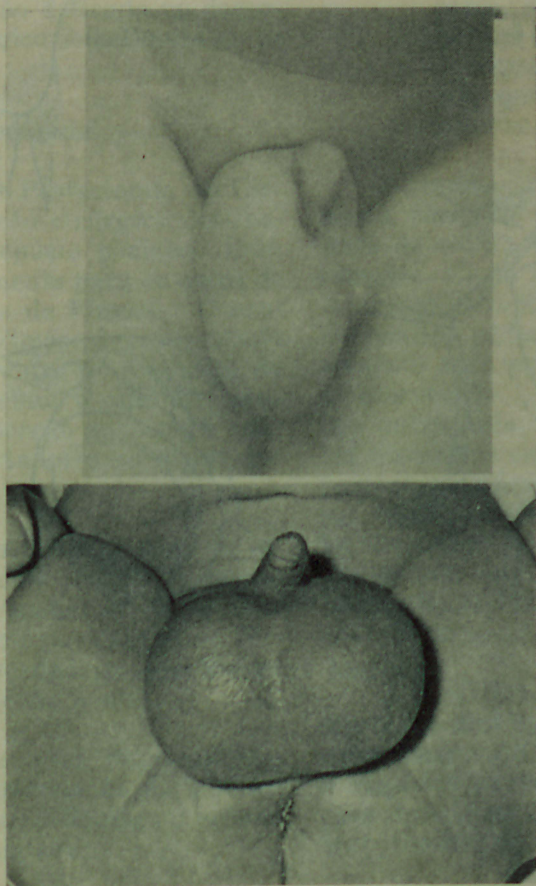


FIGURA 5: divulga um quadro típico de Hidrocele essencial unilateral (acima) e bilateral (abaixo).

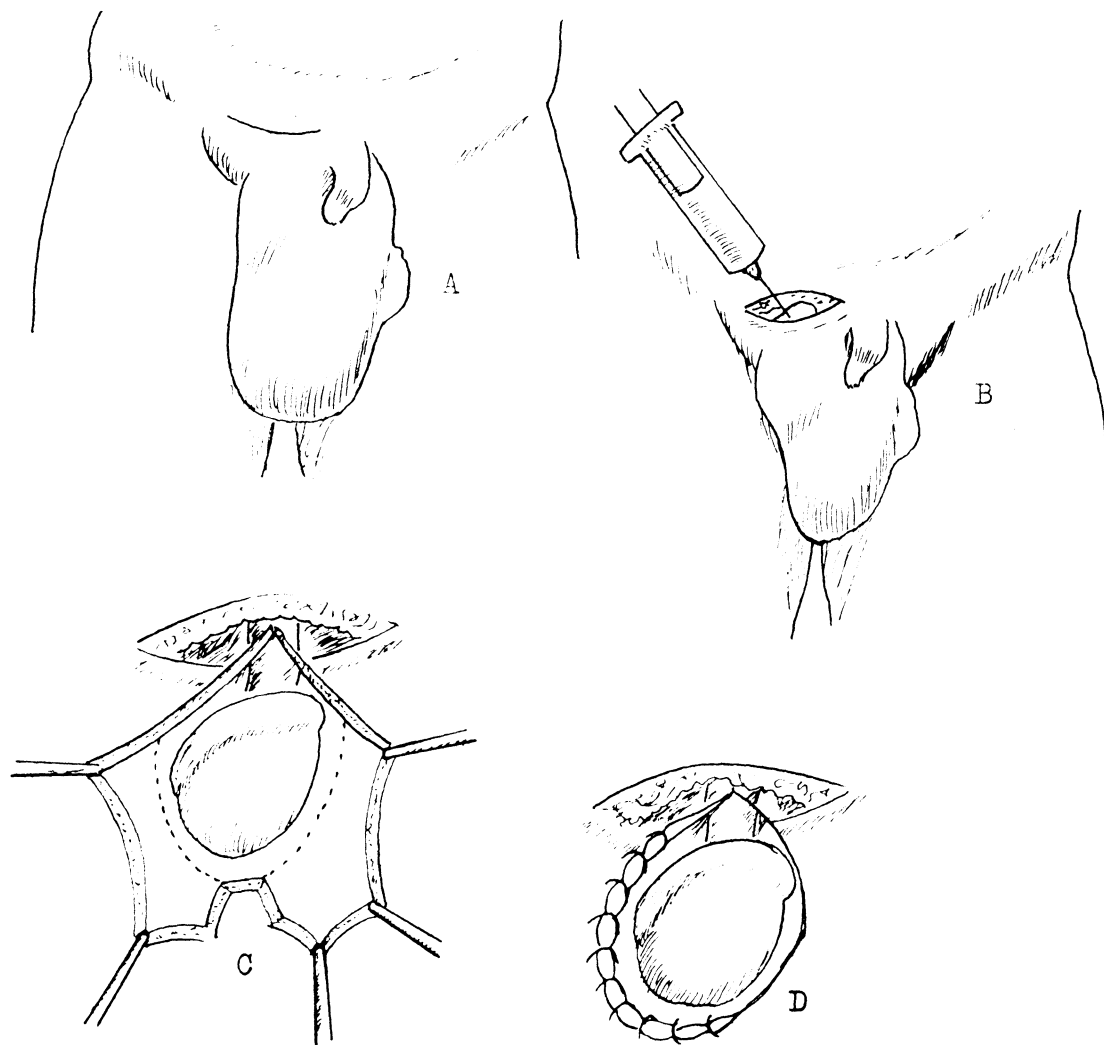


FIGURA 6: Ver o texto.

Excisão de Cisto de Cordão

O Cisto de Cordão é a patologia inguino/escrotal condicionada pela persistência segmentar do ducto peritônio/vaginal. Localiza-se sempre ao nível do trajeto inguinal, acolado à face lateral do funículo e com dimensões variáveis. Deve ser diferenciado da hérnia inguinal e a variação de sua consistência se deve à dinâmica do músculo cremáster.

Procedimento Técnico: É em tudo semelhante àquele empregado para a correção cirúrgica da hérnia inguinal: mesma incisão (transversa, paralela à prega inguinal), diérese da tela subcutânea e da aponeurose do músculo oblíquo externo através do anel inguinal subcutâneo e, finalmente a liberação do cisto do funículo espermático. Concluída esta, reconstituição dos planos da parede e do revestimento cutâneo pelo procedimento técnico habitual. A FIGURA Nº 7 divulga um cisto de cordão retirado no decorrer de um ato cirúrgico semelhante ao acima descrito.

Postectomia

Entendemos por Postectomia ou Circuncisão a intervenção cirúrgica destinada à retirada do prepúcio peniano. Está ela indicada basicamente para os casos de pacientes portadores de Fimose. O conceito anatômico de Fimose é representado pela desproporção entre o diâmetro do meato prepucial (menor) e o do meato uretral. Esta desproporção anatômica condiciona em seus portadores os distúrbios seguintes:

- a) — Retenção urinária ao nível do espaço prepucial (como o meato prepucial é menor do que o uretral, quando o paciente urina forma-se um verdadeiro «balão» na extremidade do penis).
- b) — Dificuldade e/ou impossibilidade de exteriorização da glândula, fato este que dificulta ou mesmo impede a higiene;

- c) — Retenção de secreções (esmegma), estase urinária continuada, fatores estes que propiciam o desenvolvimento de germes, condicionando o aparecimento do quadro clínico da **balanopostitis**;
- d) — Possibilidade de infecção ascendente, atingindo os demais segmentos da árvore urinária;
- e) — Incidência significativa de câncer de penis em pacientes portadores de Fimose;
- f) — Finalmente, o acidente representado pela Parafimose, que clinicamente é identificado pelo grande edema que se localiza ao nível do penis, condicionado pela compressão exercida pelo meato prepucial retraído. O meato em referência localiza-se atrás da coroa da glândula comprimindo o penis, induzindo o aparecimento de um enfartamento hemorrágico o qual impede, as mais das vezes, que o anel cutâneo/mucoso retorne a sua posição normal.

A indicação da Postectomia não é ainda pacífica. Em alguns países ela é feita de rotina nos berçários das maternidades. Como o espaço prepucial somente se completa ao nível dos 3 anos de idade, muitos pediatras são de opinião que somente após esta idade estaria indicada a intervenção. Para alguns psicólogos, por outro lado, a circuncisão condicionaria distúrbios emocionais importantes nos pacientes. Já existe tramitando nas casas legislativas de nosso país projeto de lei dispendo sobre a obrigatoriedade da circuncisão após o nascimento. Particularmente, somos favoráveis a intervenção como rotina.

A FIGURA Nº 8 documenta de forma clara dois casos típicos de Fimose. O estabelecimento do diagnóstico é simples e naqueles pacientes com fimose e infecções urinárias repetidas, a postectomia traz benefícios extraordinários.

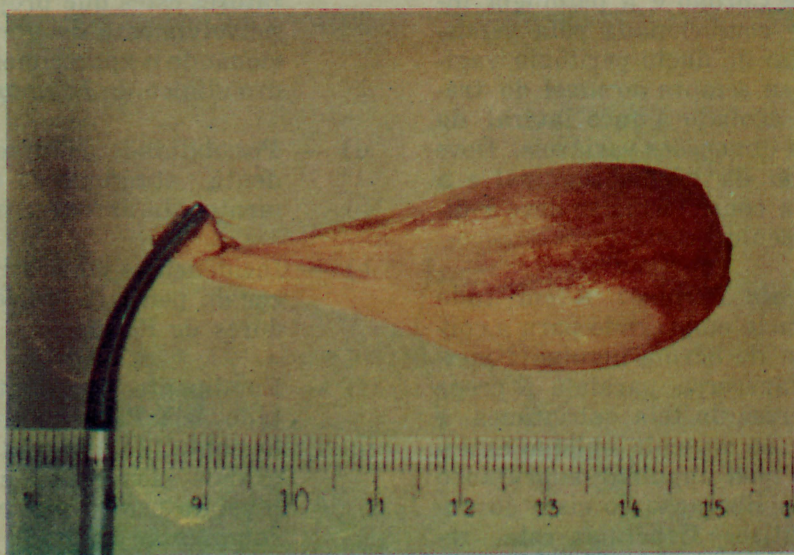


FIGURA Nº 7: Peça cirúrgica correspondente a um caro de persistência segmentar do conduto peritônio-vaginal (cisto de cordão).



FIGURA 8: Ver o texto.

Procedimento Técnico: Várias técnicas são divulgadas com vistas ao tratamento cirúrgico da Fimose. Divulgaremos aqui a que empregamos, com resultados altamente positivos, em todos os nossos pacientes. Os tempos principais — segundo documenta a FIGURA N° 9 — são:

- 1 — Liberação ampla do espaço prepucial, retirada das secreções xistêntes e antisepsia com mertiolate;
- 2 — Tração do prepúcio com duas pinças tipo Crille e colocação do clamp conforme ilustra a FIGURA N° 9 — B;
- 3 — Secção com o bisturi segundo a linha pontilhada identificada na FIGURA N° 9 — B;
- 4 — Após a secção, hemostasia cuidadosa e reconstituição do plano cutâneo/mucoso com categute simples enfiado 000 (FIGURA N° 9 — C). Naqueles casos nos quais a mucosa é exuberante, podemos, antes da sutura, efetuar a excisão da porção excedente. Na maioria dos casos este tempo cirúrgico é dispensável.
- 5 — Concluída a intervenção, penso oclusivo com pomada de Nupercainal ou similar. O curativo em questão deve ser feito 3 a 4 dias, 2 a 3 vezes ao dia. Os pontos comecem a cair no fim de 3° dia (FIGURA N° 10).

Conduta na Parafimose: Já dissemos linhas acima que a Parafimose era um dos acidentes mais desagradáveis induzidos pela presença de uma Fimose. A

FIGURA N° 11 documenta um caso característico de Parafimose, observando-se à D o edema na sua posição característica, e a E o anel cutâneo/mucosa (meato prepucial) na sua posição usual. Muitas vezes o edema atinge dimensões significativas como se pode observar na FIGURA N° 12. O tratamento consiste na secção do anel cutâneo/mucoso, efetuado segundo documenta o item B da FIGURA N° 13. A secção deve ser longitudinal e interessar todos os elementos constitutivos do anel. Não é necessário fazer nenhuma sutura. Quando o edema é muito grande, podemos diminuir o punccionando o mesmo em diversos pontos com uma agulha comum de injeção. A Postectomia somente deverá ser indicada posteriormente, quando o edema desaparecer completamente.

Traumatismos

A localização do penis e das bolsas escrotaes faz com que muito frequentemente sejam os mesmos propensos a ação de agentes traumatizantes. O grau e a significação das lesões está diretamente relacionado com o elemento anatômico visado, a extensão e a profundidade do comprometimento tissular. Alguns tipos de ferimentos — por comprometerem apenas o integumentum comune — podem ser resolvidos pela simples síntese do mesmo. Outros, no entanto, podem interessar a uretra, o testículo e/ou a via espermática inicial. Nestes casos se torna interessante o atendimento pelo Urologista e/ou pelo Cirurgião Plástico. A FIGURA N° 14 ilustra um caso de traumatismo assestado ao nível da bolsa escrotal, induzindo a exteriorização do testículo E. Os tecidos foram reconstituídos e a evolução processou-se sem acidentes.

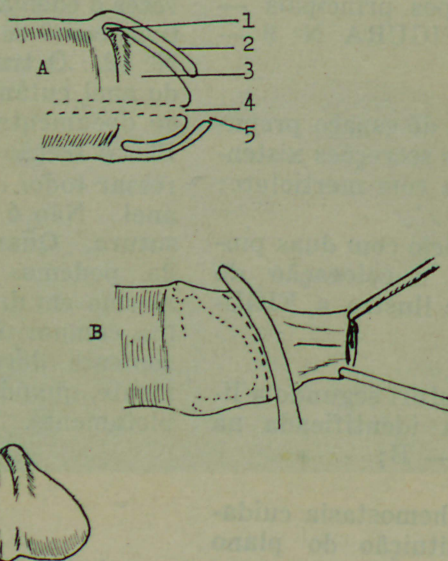


FIGURA 9: Ver o texto.

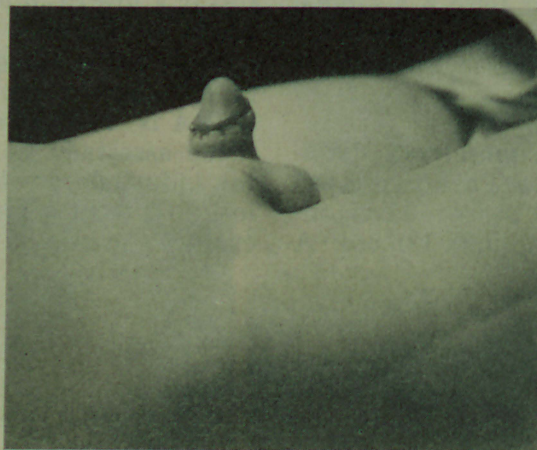


FIGURA Nº 10: Concluída a intervenção, resultado estético final.

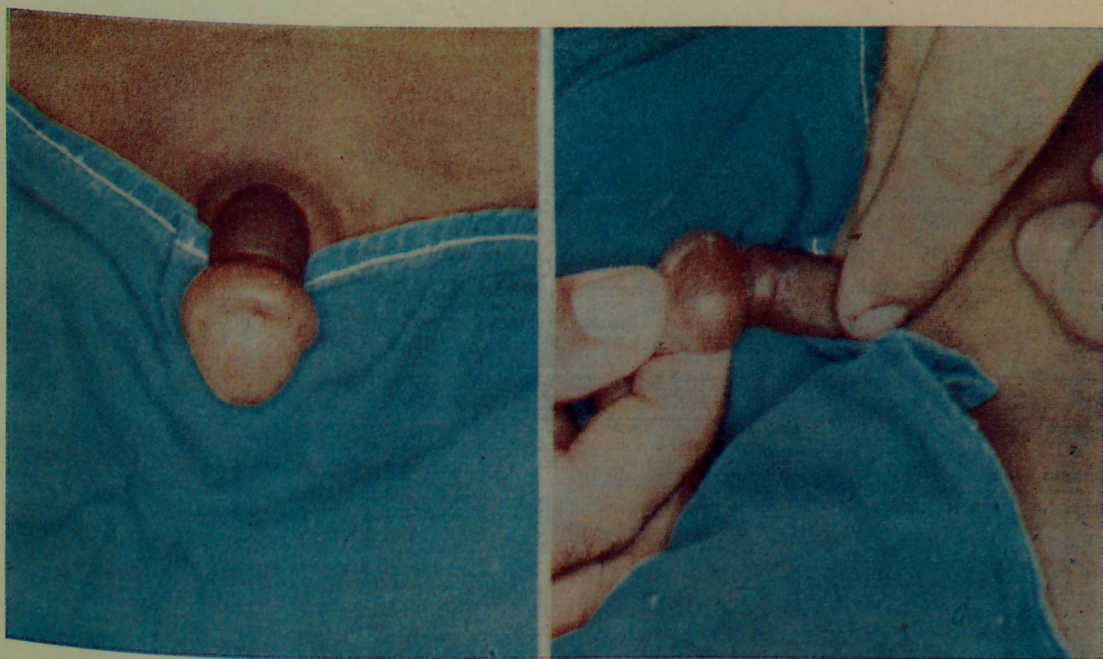


FIGURA 11: Ver o texto.

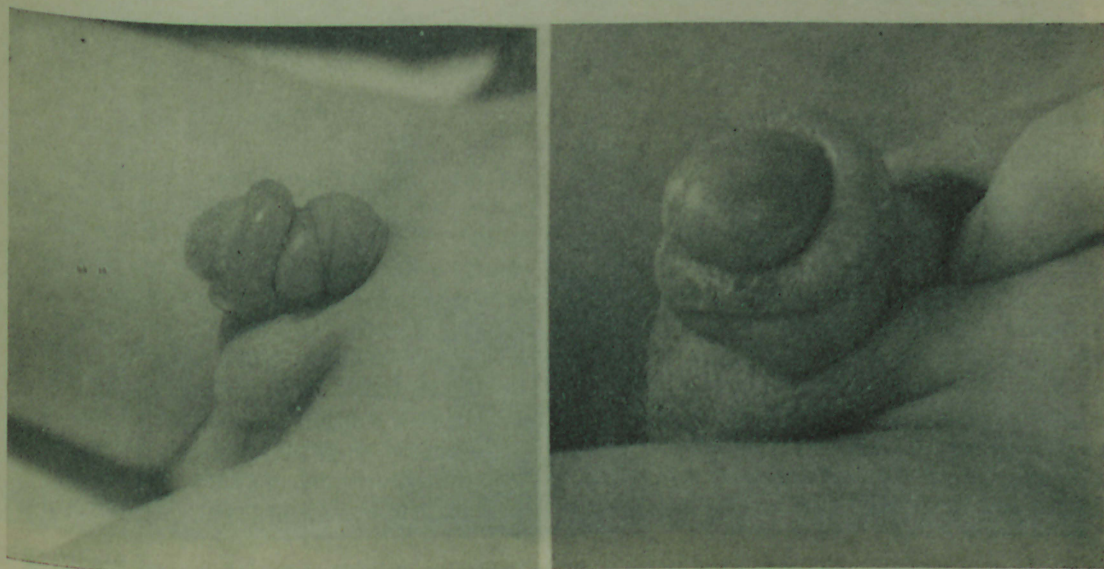


FIGURA 12: Ver o texto.

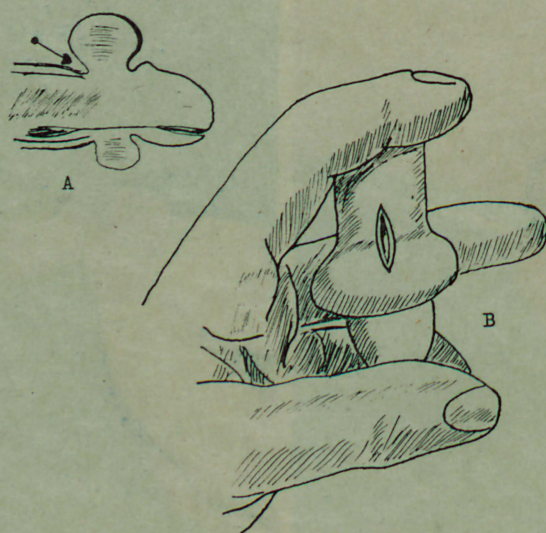


FIGURA 13: Ver o texto.

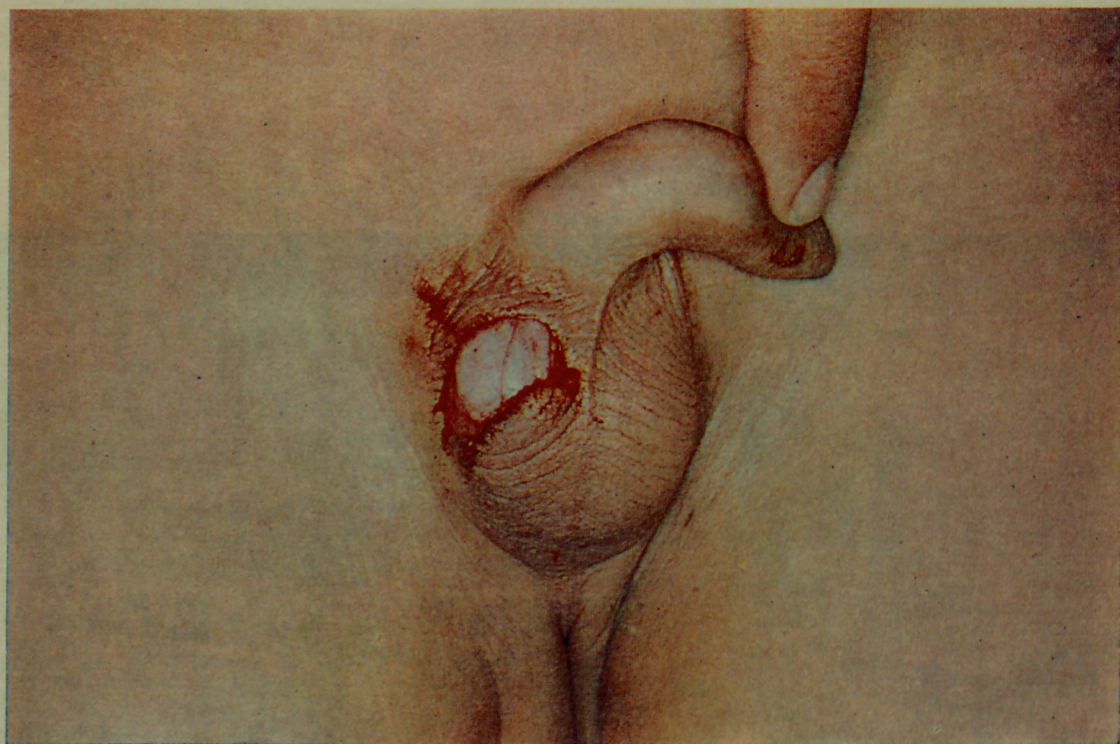


FIGURA 14: Ver o texto.