

Genitoplastia en pacientes transgénero Nuestra experiencia inicial

Genitoplasty in transgender patients Our initial experience

Matías Caradonti, Daniel Varcasia, Pablo Perez, Marcos Ermacora, Martín Dib, Norberto Del Re

Servicio de Urología del Hospital A.D.F. Santojanni, Caba, Argentina

RESUMEN

Introducción: Las prácticas sexuales han sido por siglos dominadas por el binarismo jerárquico varón / mujer impuesto por creencias, religiones y sociedades, siendo considerado patológico a todo lo que se alejaba de esta creencia. Estas personas que presentan identidad, rol de género u orientación sexual no convencional se la definió como disforia de género, transexualismo y / o variantes de género. Con el advenimiento y el conocimiento de la problemática los urólogos tuvimos que aprender, comprender y dirigirnos de una manera y forma totalmente distinta a como veníamos tratando. La diversidad sexual se basa en varios parámetros (identidad, sexo y género entre otros) actualmente se documentaron más de 30 géneros. En Argentina esta población representa el 9%, presentan una expectativa de vida de 35 años promedio, más del 80% de estas personas trabajan en forma informal. En el año 2012 se sancionó la ley de identidad de género. Reconociendo a las personas trans como sujetos de derechos siendo pionera en el mundo, obligando al estado a no patologizar ni judicializar a estas personas, haciéndose cargo del tratamiento médico, hormonal y / o quirúrgico. A partir del año 2018 en nuestro hospital se confeccionó un comité multidisciplinario para tratar a los pacientes trans. Se iniciaron tratamientos de hormonización y quirúrgico. Obteniéndose resultados favorables en aspectos como psicosocial, hormonal, anatómicos, fisiológicos y estéticos.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia inicial con las cirugías de readecuación genital en chicos y chicas trans. Y descripción de técnicas realizadas en ambos tipos de cirugía.

Resultados: Serie con pocos casos, con resultados alentadores y muy positivos.

Conclusión: La cirugía de Transgénero es un procedimiento quirúrgico muy complejo. Se requiere un equipo multidisciplinario. Nuestros resultados son muy positivos y alentadores. Capacitarnos constantemente con la incorporación de nuestra experiencia diaria y externa.

Palabras claves: Identidad de género; reasignación de sexo; Genitoplastia Masculinizante y feminizante.

ABSTRACT

Introduction: Sexual practices have been dominated for centuries by the male/female hierarchical binarism imposed by beliefs, religions and societies, with everything that departs from this belief being considered pathological. These people who present a non-conventional identity, gender role or sexual orientation were defined as gender dysphoria, transsexualism and/or gender variants. With the advent and knowledge of the problem, we urologists had to learn, understand and direct ourselves in a way that was totally different from how we had been dealing. Sexual diversity is based on several parameters (identity, sex and gender among others) currently more than 30 genders have been documented. In Argentina this population represents 9%, they have an average life expectancy of 35 years, more than 80% of these people work informally. In 2012, the gender identity law was passed. Recognizing trans people as subjects of rights, being a pioneer in the world, forcing the state not to pathologize or prosecute these people, taking charge of medical, hormonal and / or surgical treatment. As of 2018, a multidisciplinary committee was created in our hospital to treat trans patients. Hormonization and surgical treatment were started. Obtaining favorable results in aspects such as psychosocial, hormonal, anatomical, physiological and aesthetic.

Objective: To show our initial experience with genital realignment surgeries in trans boys and girls. And description of techniques performed in both types of surgery.

Results: Series with few cases, with encouraging and very positive results.

Conclusion: Transgender surgery is a very complex surgical procedure. A multidisciplinary team is required. Our results are very positive and encouraging. Constantly train ourselves with the incorporation of our daily and external experience.

Keywords: Gender identity; sex reassignment; Masculinizing and feminizing genitoplasty.

INTRODUCCION

Cuando queremos definir *Disforia de género / transexualismo / variantes de género*, debemos saber que la definición puede ser alterada, interpretada o entendida de múltiples formas dependiendo la cultura, religión, raíces y creencia de cada población. Podríamos definirla como; Individuos que expresan grados variables de disconformidad con o disociación con su género anatómico; El desarrollo y la diferenciación psicosexual conlleva 3 componentes:

1. Identidad de género: Sensación de pertenecer a un género masculino o femenino o una combinación de ambos, al margen del género asignado al nacer.

2. Rol de género: Preferencias sexuales, juguetes, vestimenta, etc.

3. Orientación sexual: Elección de la pareja sexual independientemente a la identidad.¹ Se ha manifestado a partir de la consideración de que, en la sexualidad, se puede elegir la forma de respuesta que se quiere asumir, basándose en diferentes parámetros obteniéndose múltiples y diversos tipos de sexo/género. Los parámetros se pueden combinar de múltiples formas dando como resultados más de 2 tipos de sexo y/o género. *Se han descrito 31 tipos de identidad sexual.*² A mediados del año 2018 se conformó el comité de reasignación de sexo; el mismo está integrado por los profesionales del Hospital Santojanni de los servicios de Ginecología, psiquiatría, psicología, servicio social, urología, plástica, infectología, instrumentadoras, administrativos, entre otros. En la Argentina las personas transgénero representan aproximadamente el 9% de la población en general. Se calcula que el Promedio de vida es de 35 años, las causas más relevantes de fallecimiento son; ITS, HIV, HBV, suicidios, homicidios, complicaciones hormonales, entre otras. Estas personas son en gran parte del lapso de su vida vulneradas; el 91% sufrió situaciones de violencia en hospitales o centros de atención, en transportes y oficinas públicas. El 80% no tiene cobertura social ni prepaga ni plan estatal. Solo el 30% completa la escuela secundaria y el 80% trabaja en forma precaria, siendo el 60% de este total ingreso por trabajos sexuales³. Con la sanción y la promulgación en el año 2012 de la Ley de identi-

dad de género con número 26743,⁴ el Estado Argentino logra una ley pionera a nivel mundial, debido a que el estado reconoce a las personas trans como sujeto de derecho en relación con sus decisiones personales, marcando un hito local e internacional regenerando un cambio de paradigma. Se despatologiza ni judicializa, sin peritajes médicos, garantizando el acceso a todas las prestaciones de salud reconocidas en el PMO (Plan Médico Obligatorio) incluyendo hormonización y cirugías de modificación corporal. Actualmente existen 72 países que criminalizan la orientación sexual, 8 de ellos con pena de muerte. Otros peritan, patologizan, judicializan y tratan, antes de realizar el cambio de identidad. Estas personas son tratadas como enfermas, lejos de este concepto se encuentra nuestro país gracias a la ley promulgada.

OBJETIVO

Mostrar nuestra experiencia inicial con las cirugías de readecuación genital en chicos y chicas trans. Y descripción de técnicas realizadas en ambos tipos de cirugía.

MATERIALES Y MÉTODOS

Trabajo retrospectivo, descriptivo. Criterios de inclusión; todos los pacientes sometidos a la cirugía de Genitoplastia feminizante (Solo urólogos) y masculinizante (urólogos y plásticos) por nuestro equipo quirúrgico, en el periodo comprendido entre diciembre del 2018 hasta febrero del 2020, mayores de edad, pacientes con deseo de readecuación genital, hormonización previa (6 meses como mínimo), aceptación y comprensión del consentimiento informado. Criterios de exclusión; Extranjeros, no nacionalizados argentinos y que no cumplan los criterios de inclusión. Se evaluó; tiempo quirúrgico; estadía hospitalaria; complicaciones menores, las definimos como aquellas que no alteren la recuperación en su estadía hospitalaria habitual, y mayores aquellas que alteren toda recuperación normal al procedimiento quirúrgico y su postoperatorio; grado de satisfacción percepción del paciente al resultado obtenido por dicho procedimiento, teniendo correlato o no desde el punto de vista médico” (Profundidad neovaginal,

simetría de labios mayores y menores, micción sentada, penetración placentera, orgasmo y/o eyacuación, longitud del falo, diámetro del falo, posición del clítoris) y resultados fisiológico consideramos a todo evento que se asemeje al órgano el cual quiso ser reproducido funcionalmente (Profundidad vaginal, micción sentada, sensibilidad del neoclítoris, Longitud del falo, sensibilidad clitoriana en neoposición y neoscroto). Para las evaluaciones se les suministraron a los pacientes encuestas en los casos que correspondían.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Los procedimientos por el cual se realiza genitales anatómicamente similares a los femeninos al nacer se denominan genitoplastia feminizante, por el contrario, a la inversa se denominan genitoplastia masculinizante.

Las cirugías feminizante fueron realizadas por el equipo del servicio de urología en su totalidad y en el caso de las cirugías masculinizante, junto a nuestro servicio se complementaron los cirujanos plásticos los cuales se encargan de la obtención del falo y su correcta anastomosis con la raíz pubiana.

“Genitoplastia feminizante” Paso a paso

Se posiciona el paciente en litotomía forzada con reparo de los decúbitos, y vendas o medias elásticas para mejorar el retorno venoso (foto n°1), se marcan los límites a incidir en la piel (foto n°2), *con bisturí frío se ob-*



Figura 1: Posición de litotomía forzada, con protección de decúbito, y vendas elásticas hasta el hueso poplíteo.

tiene el colgajo perineo escrotal, en el caso que se utilice tejido epidérmico se denominara a la neovagina Vagina seca (foto n°3) y de utilizar Intestino grueso sería “vagina húmeda” esta última opción la dejamos para casos donde fracase la confección de la “neovagina seca”. Se continúa con la confección de la neocavidad, comprendida entre el recto y la próstata / vejiga. Para lograr un correcto acceso, se debe reparar el ligamento tendinoso perineal, seccionarlo e ir separando estos dos límites (foto n°4 y 5), control de daño perirectal (foto n°6). *Se continúa con el desnudamiento del pene para la confección de los labios menores y neoclítoris* (foto n° 7 y 8) este paso, junto con la formación de la neocavidad, son los momentos que requieren mayor habilidad y detenimiento quirúrgico, la disección del complejo dorsal del pene nos permitiría preservar la irrigación e inervación del neoclítoris, permitiendo preservar el componente erógeno / sensitivo de la actividad sexual, el excedente de la piel peneana se secciona en su rafé anterior para obtener un tejido plano el cual se une con el colgajo perineoescrotal conformando el revestimiento de la neovagina, este punto es muy variable, y la determinación de cómo se confeccionara el revestimiento de la neocavidad (Colgajo o injerto) dependerá del tamaño del pene, de calidad escrotal, de preferencia del cirujano entre otras (foto n° 9 y 10). Se culmina con la confección de los labios mayores y un tapón en la neovagina. (foto n°11) el mismo se confecciona con preservativo relleno con gasas *más vaselina por fuera*, aunque las opciones para este paso son múltiples, dependiendo del gusto del cirujano y las posibilidades de adquirir productos de mayor costo.



Figura 2: Demarcación del colgajo perineo escrotal, en primera instancia se preserva el mismo para conformar el revestimiento de la cavidad.

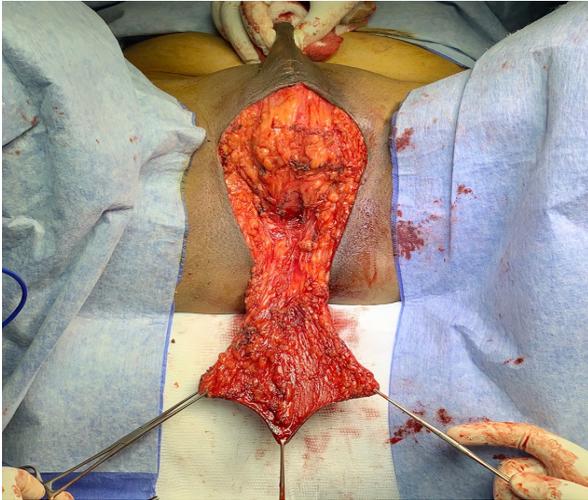


Figura 3: Exposición del colgajo con preservación de la dermis e hipodermis.



Figura 5: Formación de la neocavidad, expuesta con dos valvas.

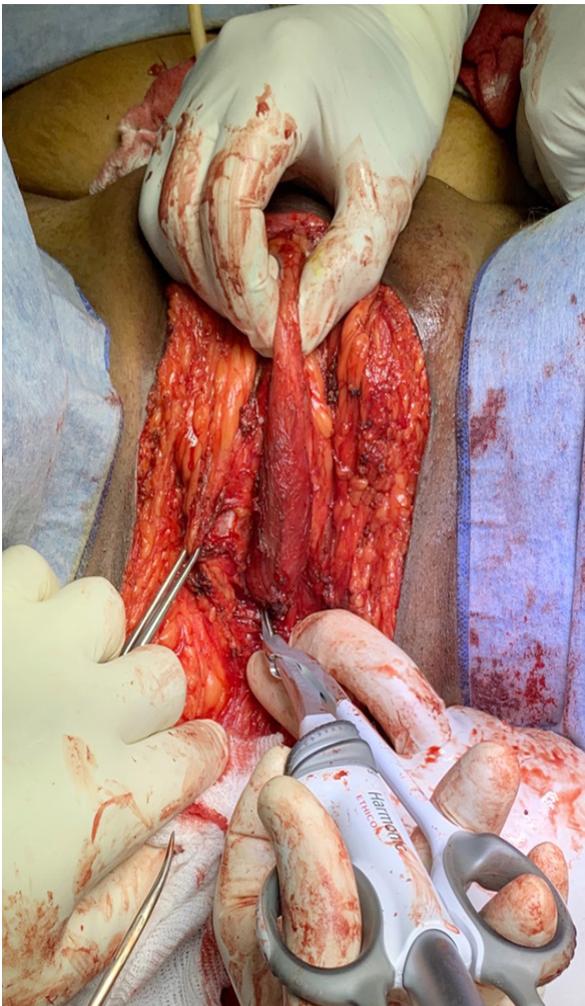


Figura 4: Cuerpo esponjoso con sus músculos respectivo "bulboesponjoso", se visualiza y se secciona el cuerpo perineal o ligamento tendinoso con pinza hemostática.

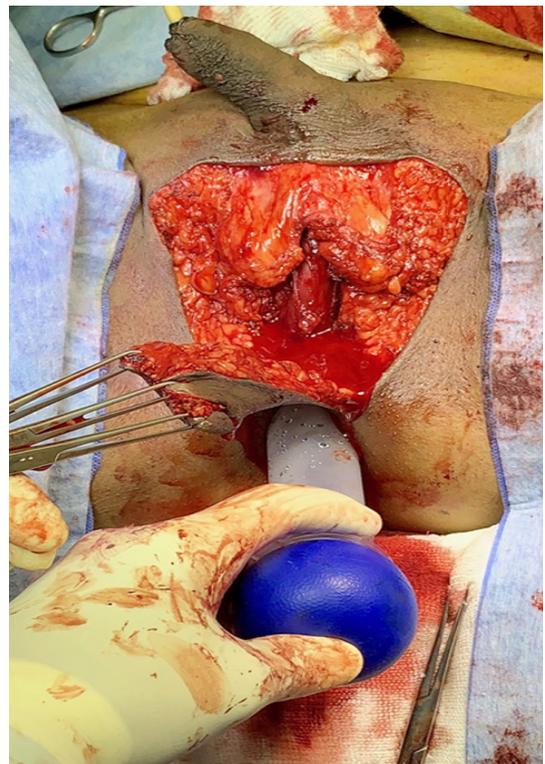


Figura 6: Realización de la prueba del "Gomero" la misma nos permite detectar lesión del recto.



Figura 7: Discección parcial del glande y prepucio, con liberación del paquete dorsal del pene de su relación con los cuerpos cavernosos. Paso crucial para la preservación de la sensibilidad erótica en el acto sexual.



Figura 9: Confección del doble Flap "Pene escrotal" para el revestimiento de la neocavidad.



Figura 8: Confección de los labios menores, uretra con nueva disposición y posición del neoclitoris.



Figura 10: Introducción del flap en su posición final.

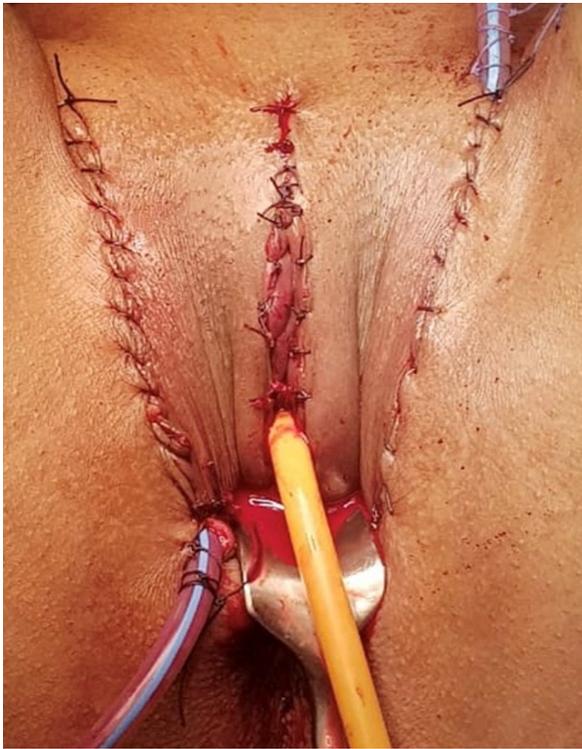


Figura 11: Cirugía finalizada, con la posterior introducción del dilatador en la neocavidad.

“Genitoplastia Masculinizante” Paso a paso

Posición ginecológica con miembro superior izquierdo en abducción y antebraquial en supinación para la confección del Fallo. Se determinan dos equipos quirúrgicos, uno a nivel genital para anexohisterectomía, metoidoplastia, vaginectomía y neoescrito y otro a nivel antebraquial (o sitio para adquirirlo) para la obtención del fallo con su posterior anastomosis (foto n°12). En la región genital, se inició con la anexohisterectomía continuando con la liberación de los cuerpos cavernosos con el clítoris (foto n°13), confección de la neouretra, la cual se realizó mediante la cara anterior vaginal y cara interna de los labios menores (foto n°14), cierre de la cavidad vaginal, previamente se realizó mucosectomía vaginal, realizando puntos separados de proximal a distal, dejando breve orificio en el introito para que drenen los fluidos. En paralelo se demarca el antebrazo para la formación de Fallo con su neouretra (foto n°15), se continua con la anastomosis vasculonerviosa a través del microscopio (foto n° 16) y neo-neo uretral (Foto n°17) con exposición ventral del clítoris en el fallo.

(foto n°18), en otro paciente realizamos la confección del fallo con la presencia de colgajos inguinales, la adquisición del fallo dependerá de varios factores que deberán consensuarse con el paciente previamente al acto quirúrgico. Se colocó sonda Foley N°16 a través del fallo.



Figura 12: Disposición de los dos equipos quirúrgicos, uno a nivel genital “Cirujanos Urólogos” y el otro a nivel antebraquial “Cirujanos Plásticos”.

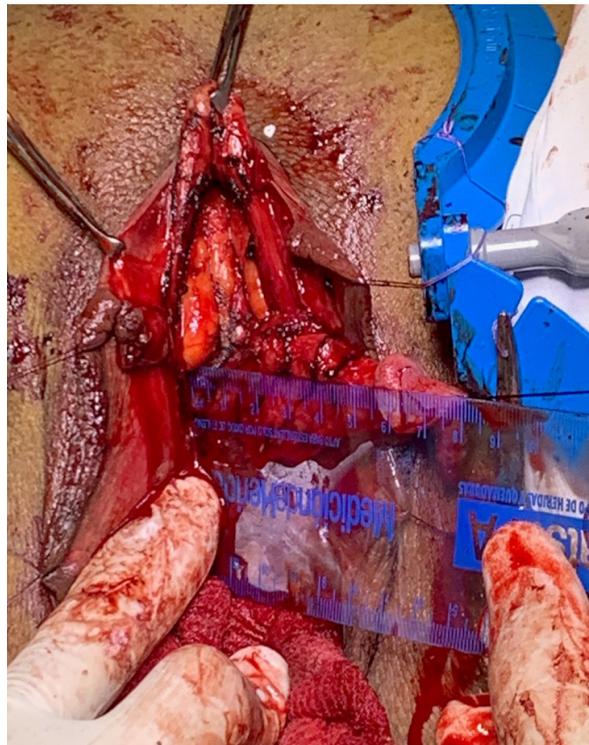


Figura 13: Liberación y elongación de los cuerpos cavernosos y clítoris. Obtención de 8 cm del complejo.

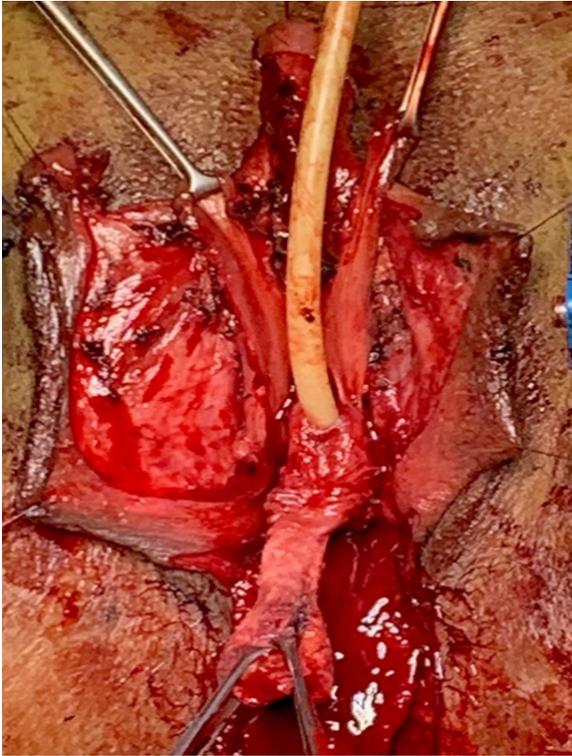


Figura 14: Exposición, con previa disección, de las caras que conformaran la neouretra.

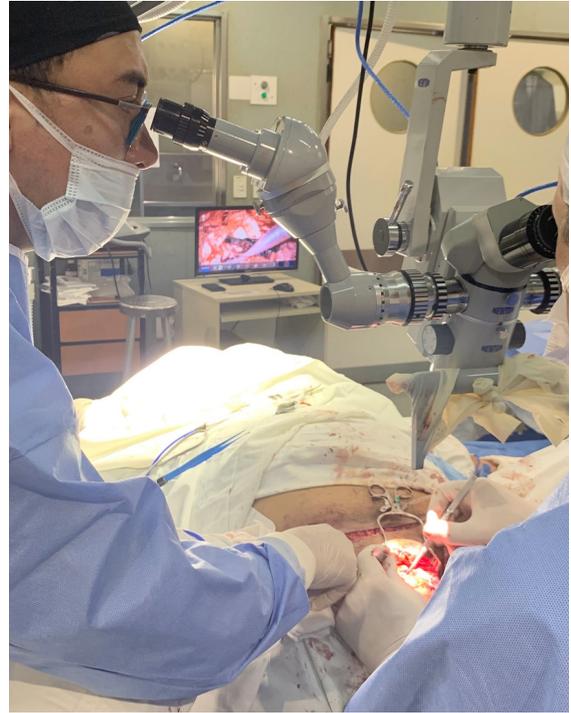


Figura 16: Anastomosis vasculonerviosa con el microscopio entre el falo y el sitio receptor.



Figura 15: Falo confeccionado, con sonda en su interior tipo siliconada, el mismo continúa con la preservación vascular, hasta ser trasplantado a su nueva posición.

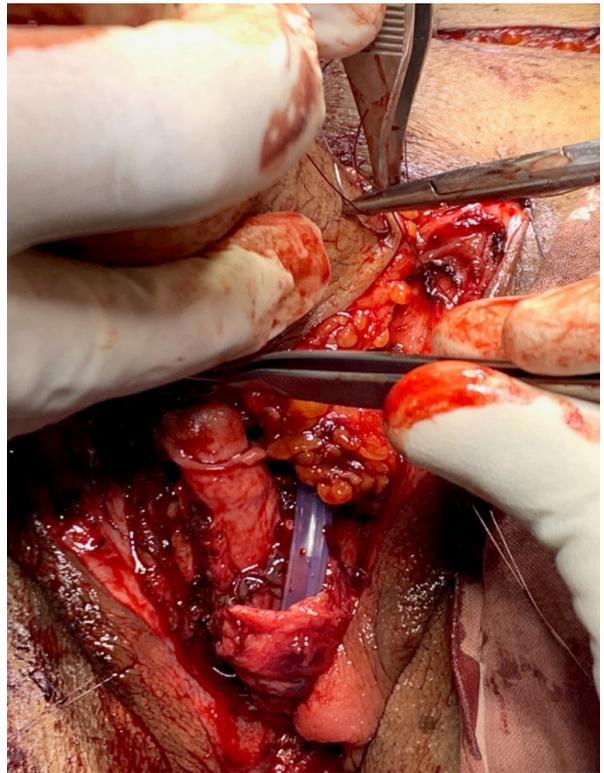


Figura 17: Anastomosis de los cabos neouretrales.



Figura 18: Confección final del falo, con la exposición en la cara ventral del clítoris en la raíz.



Figura 19: Falo aberrante por cicatrización posterior a infección del sitio quirúrgico. Con la exposición en el postoperatorio a los 15 días y 2 meses.

RESULTADOS

Periodo diciembre del 2018 a febrero del 2020 (14 meses).

Se realizaron 11 cirugías de Genitoplastia Feminizante, tiempo quirúrgico 255 minutos promedio

(R:150– 360 minutos), 2 Genitoplastia Masculinizante 410 minutos de promedio (400 – 420 minutos) y 1 cirugía de reconstrucción por falo aberrante (60') (operado hace 3 años en otro centro) (Foto n°19).

Estadía hospitalaria: Genitoplastia Feminizante de 10-15 días (Promedio 12,5 días) Genitoplastia masculinizante de 5 a 10 días (Promedio 7,5 días).

Complicaciones menores: Infección del sitio quirúrgico 4/14 (29%).

Complicaciones mayores: Necrosis del colgajo neovaginal total 1/11 (9%), necrosis del colgajo parcial 3/11 (27%); estenosis de la neovagina 1/11 (9%) y necrosis de falo ½ (50%).

Resultados Fisiológicos: Profundidad vaginal (10-15cm); Micción sentada 11/11 (100%); Penetración placentera 8/11 (73%); Orgasmo y/o eyacuación 11/11 100%; sensibilidad del neoclítoris 11/11 (100%); Longitud del falo (10-16cm); sensibilidad clitoriana en neoposición 3/3 (100%); neoescrotro ½ (50%).

Grados de satisfacción: Profundidad vaginal 7/11 (64%); Simetría de labios 8/11 (73%); Micción sentado 11/11 (100%); Penetración placentera 7/11 (64%); Orgasmo y/o eyacuación 11/11 (100%); Aspectos estéticos 9/14 (64%); Longitud del falo 1/3 (33%); Diámetro del falo 2/3 (66%); Posición del clítoris 2/3 (66%).

DISCUSIÓN

Las cirugías transgénero son cirugías complejas las cuales requieren no solo manejo quirúrgico resecutivo y constructivo, sino de un equipo multidisciplinario el cual abarque un tratamiento complejo. Todos los profesionales que realizan o participan en el tratamiento de los pacientes trans no solo es de importancia la capacidad profesional, sino también deben tener la capacidad de incorporar conceptos, terminología y formas de tratar y dirigirse a estos pacientes.

En nuestro país todo paciente que requiera la cirugía de readecuación genital con solo ser mayor de edad y firmar el consentimiento informado estaría óptimo para ser intervenido quirúrgicamente, pero sería erróneo pensar en solo eso, es de suma impor-

tancia que el paciente sea abordado en forma multidisciplinaria para determinar una adecuada indicación por parte del conjunto de especialistas. Con respecto a las técnicas quirúrgicas se han descrito múltiples técnicas desde las primeras publicaciones, como la utilización de injertos cutáneos descrita por McIndoe⁵ para el revestimiento de la neocavidad, otras técnicas usan la piel de pene, escroto y /o periné dependiendo la anatomía del paciente. En Sudamérica a partir de su descripción se utilizó la técnica de doble flaps, modificada por Mac Millan Guillermo⁶, Otras técnicas utilizan colgajos intestinales descrita en 1974 por Markland-Hastings⁵. Otros cirujanos en 1983 el Dr. Mc Roberts, describieron la preservación del tejido eréctil para aumentar la sensibilidad y excitación durante el coito⁸. Nuestros procedimientos fueron diferentes en cada paciente, basándonos en diferentes características anatómicas para realizar genitales armoniosos con su fisionomía corporal. Es importante destacar que los pacientes deben comprender que adquirirán genitales similares al sexo opuesto al nacer, lo cual su semejanza se basara no solo en el parecido anatómico sino funcional. El cirujano debe saber paso a paso y describirle al paciente cada complicación del momento quirúrgico concreto. Las principales complicaciones inmediatas o medias que debemos tener en cuenta para diagnosticarla y resolverla son; Laceración y/o perforación del recto, sección o disección parcial del complejo vasculonervioso dorsal del pene o clítoris, pérdida de la sensibilidad del falo, necrosis y/o estenosis de la neovagina, estenosis uretral y neouretral, fistulas, infección del sitio quirúrgico, necrosis parcial o total del falo, o de la pared abdominal, infecciones de los sitios dadores de tejido (mucosa yugal, antebrazo, muslo o abdomen) entre las más importantes.^{9,10}

La Genitoplastia requiere por parte del cirujano un conocimiento y manejo anatomoquirúrgico complejo, este tipo de intervenciones representa tener un manejo de la zona perineal, pene escrotal, abdominal, miembro superior, inferior e incluso de la mucosa yugal, a su vez cada procedimiento quirúrgico requiere un plan diferente en cada paciente, dependiendo su anatomía. No hay una técnica quirúrgica única y reproducible 100 x 100 de las veces el desafío del cirujano es tener la competencia de generar genitales secundarios similares al sexo opuesto y que sean acorde a la anatomía del paciente a ser intervenido. Nuestros resultados obtenidos son positivos y alentadores, comparándolos con series mundiales^{11,12} los cuales iremos perfeccionando con el incremento de casos y la aparición de diferentes complicaciones a mediano y largo plazo. Con respecto a la estadía hospitalaria se encontró sesgada en las cirugías feminizante, debido a que la estadía real (alta médica) fueron de 3 a 5 días menos, debido a que los pacientes al no tener familiares en algunos casos o, donde seguir su tratamiento de recuperación decidimos inclinarnos por una contención social, prolongando la estadía hospitalaria. Puntualmente con las cirugías masculinizante nuestro N es muy bajo donde los resultados son correctos pero su comparación es nula con cualquier otra serie presentada.

CONCLUSIÓN

La cirugía de Transgénero es un procedimiento quirúrgico muy complejo el cual requiere de un manejo óptimo de la cirugía resectiva y reconstructiva, y de un equipo multidisciplinario sin excepción.

Nuestros resultados son muy alentadores para seguir realizando estas cirugías.

Capacitarnos constantemente con la incorporación de nuestra experiencia diaria y externa.

BIBLIOGRAFIA

1. Loren S Schechter. Surgical management of the transgender patient 1ed. 3-6, Elsevier; 2017.
2. Boon C. Comisión de los derechos humanos de la ciudad de Nueva York. 2016.
3. Datos oficiales de la dirección general de convivencia en la diversidad. GCBA. 2017/2018.
4. Ley n: 26.743, Derecho a la Identidad de género de las personas. Senado y cámara de diputados de la nación argentina, 23 de mayo de 2012.
5. Lee A, Stackl W. Twenty years of male to female gender reassignment surgery. EAU. 2008; 7; 116-119.
6. Mac Millan G, Yunge P. Genitoplastia Feminizante en Transexual. Rev Chil Urol 2015, 80: 4.
7. Salgado Ch. y col. Gender affirmation. Cap5;92. Thieme;NW;2017
8. Richards R, Caddy C. Evaluation of surgical procedures for sex reassignment: a systematic review. Jpr Surg. 2008; 62:294-308.
9. Nikolavsky D, Hughes M, Zhao L. Urologic complications after phalloplasty or metoidioplasty; Clin plastic surg 2018;45;425-435;
10. Loren S Schechter. Surgical management of the transgender patient 1ed. 31, Elsevier; 2017;1(2).
11. Margriet G. Mullender, MSc, PhD Outcome of Vaginoplasty in Male-to-Female Transgenders: A Systematic Review of Surgical Techniques. J Sex Med 2015; 12:1499-1512.
12. H Rubben BJU Male-to-female transsexualism: a technique, results and long-term follow-up in 66 patients. International (2001), 88, 396-402.
13. Silva Herrera JM, Pecez Niño JF, Garcia J, Shek Padilla A. Cirugía de cambio de sexo de hombre a mujer, con preservación de piel y mucosa penéana. Urol colomb 2012; 21(2):60-64.