

Cirugía de confirmación genital feminizante

Feminizing genital confirmation surgery

Dr. Javier Belinky

*Encargado de Cirugía genital reconstructiva y uretra. Hospital Carlos G. Durand, Centro de Urología CDU y Sanatorio Güemes.
Director de la División de trabajo en cirugía reconstructiva CAU.*

En ocasiones, los médicos debemos acostumbrarnos a entidades que se presentan a nuestra práctica en forma novedosa. Esto genera un cambio de paradigmas y también, en quienes nos dedicamos a áreas quirúrgicas reconstructivas, cambios en nuestro modo de ver las cosas y conductas a tomar.

Los cirujanos que realizamos cirugía funcional y reconstructiva genital, estamos acostumbrados a realizar las mismas, sean tanto técnicas simples como complejas, en poblaciones con alguna patología y en la cual esta sea absolutamente necesaria y fundamentada. Ahora bien, cuando el que solicita una cirugía de extrema complejidad es un paciente sin patologías y sano, comienza la desestructuración del pensamiento del cirujano.

En el área de la atención de pacientes transgénero, gran parte de la comunidad médica estuvo en desacuerdo años atrás, algunos lo están en la actualidad y esperamos que este número disminuya en el futuro. Lo cierto es que a pesar que en sus inicios el término transgénero fue incluido en libros de psiquiatría y en la nomenclatura del DSM como patología, hace varios años se ha despatologizado el término y no es considerado una patología, enfermedad o trastorno alguno.^{1,2}

Básicamente el término transgénero se refiere a una incongruencia entre el sexo biológico y el género auto percibido por la persona. A su vez, siendo los términos transgénero masculino y femenino los más frecuentes, hay otras percepciones de la identidad de género no binarias o intermedias. Debido a esto y siendo reiterativo, es que debemos adaptarnos y aprender a pensar diferente en estas nuevas situaciones y escuchar que es lo que nuestros pacientes desean para poder lograr los mejores resultados en lo que respecta a satisfacción, ya que no todos desean el mismo abordaje quirúrgico. A su vez la satisfacción debe ser cosmética y funcional y con este término me refiero a capacidad receptiva y sensitiva.³

La cirugía transgénero fue descrita en la literatura en 1931 en Alemania. Luego de eso se han hecho comunicaciones de casos y las técnicas han ido evolucionando puertas adentro, ya que, al ser una condición tabú en la mayoría de las latitudes, no hubo academia, formación formal o entrenamiento en residencias. Es así que cada cirujano forjó su técnica usando su arsenal de conocimientos quirúrgicos. La adaptación y adecuación a las necesidades y deseos

de cada paciente, saber adecuar cada cirugía a los tejidos, antecedentes y necesidades, determinará nuestros resultados.

Es así, que nos pondremos delante de una persona sana que nos solicita que emasculemos sus genitales, quitemos su capacidad de transmisión genética, trabajemos con magnificación óptica para disecar sus vasos y nervios, reduzcamos su glande, realicemos una separación entre su recto y vejiga -próstata y en ese espacio coloquemos un segmento de alguna estructura que podría ser piel a modo de injerto o colgajo, segmentos de colon o íleon o nuevas tecnologías como materiales sintéticos o provenientes de ingeniería tisular sobre tejidos animales.^{4,5} En síntesis, debemos intentar crear una vulva similar a una vulva biológica.

Lo cierto es que uno no se imagina la cantidad de detalles que posee una vagina biológica hasta que tiene que intentar reproducirla. Labios mayores, labios menores y clitoris que no debe estar ni muy expuesto ni muy sepultado y que su vez debe poseer frenillo, capuchón.

La uretra debe quedar en posición vertical para permitir vaciar la vejiga en forma rápida y sin dispersión del chorro que tanto trastorno social genera en los pacientes que ya conocemos al operar de uretra. No solo eso, durante la excitación la uretra no debe protruir en el introito para no generar estrechamiento del canal vaginal y disconfort en la penetración. Para estas dos funciones debemos no solo reseca en forma agresiva, muy agresiva, todo el tejido esponjoso, sino que también debemos sacrificar las dos arterias bulbares que tanto tratamos de preservar en estos tiempos en cirugías uretrales por estenosis. Sumado a esto debemos saber que ya disociamos la uretra de su vascularización retrógrada del glande y colateral que proviene de los cuerpos cavernosos. Desde el punto de vista de los que realizamos cirugía uretral, es algo ilógico.

Removeremos los cuerpos cavernosos desde el extremo del pene hasta su inserción en el isquion, dejando un pequeño muñón quitándole todo su tejido eréctil. Removeremos las gónadas y en este punto surgen las dudas que uno tendría cuando operamos vasectomías en población joven. Hay que avisarles a las pacientes la opción de crío preservación previa a la cirugía. Así todo, la mayoría no lo desean.^{6,7}

Encontrando el plano por delante de la hoja posterior de la Fascia de Denonvilliers labraremos un canal hasta el fondo de saco peritoneal y ahí es donde colocaremos la neovagina que, si el paciente presenta una buena estructura peniana, la haremos con esta piel invertida hacia el periné. Si el paciente no tiene buen tamaño peniano o si fue atrofiado por los años de hormonoterapia, la haremos utilizando un injerto de escroto o de piel inguinal o subglutea, combinando inversión peniana con injertos para la cúpula o utilizando segmentos intestinales que perfectamente pueden ser aislados, pediculizados y transferidos al periné por las actuales técnicas laparoscópicas. Esta última opción la realizamos también cuando las pacientes desean vaginas con humedad natural a diferencias de las vaginas secas que son resultantes de técnicas cutáneas.^{8,9,10}

La cirugía es en un solo tiempo quirúrgico, la duración media es de 4-5 hs y la hospitalización es de 5 días. La recuperación total es de 2 meses y varía mucho de paciente a paciente.

Las complicaciones son muchas y poco probables, pero hay que hablar con cada paciente y explicar que son cirugías funcionales y no cosméticas y por lo tanto tenemos que estar preparados a estas variables.

La tasa de satisfacción a nivel mundial y en mi casuística personal de más de 400 pacientes a la fecha en 12 años de experiencia, es altísima y casi cercana al 95%, la tasa de sensibilidad placentera con la técnica de preservación neurovascular es del 98% y la tasa de orgasmos percibidos en la relación sexual o ante la masturbación en mi casuística del 84%, comparable a series mundiales.^{1,11,12}

Finalizando y luego de haber transitado un camino sinuoso en el aprendizaje de esta cirugía, creo que la técnica que se empleará en años futuros, todavía no ha sido completamente definida, sigue en continuo modelaje. Uno como urólogo debe estar familiarizado con técnicas complejas de reconstrucción genital, no solo para realizar la cirugía sino para también poder resolver las complicaciones de esta cirugía que seguro llegarán si se embarcan en este proyecto.

Cambios de paradigmas, nuevas estrategias quirúrgicas y pacientes sanos que nos soliciten grandes actos quirúrgicos serán los nuevos desafíos que tendrán si deciden abocarse en la atención quirúrgica de pacientes con identidad transgénero.

BIBLIOGRAFIA

1. Suporn. Vaginoplasty Modifications to Improve Vulvar Aesthetics *Urol Clin N Am* 46 (2019) 541–554.
2. Dan H. Karasic, MD. Age Is Just a Number: WPATH. Affiliated Surgeons' Experiences and Attitudes Toward Vaginoplasty in Transgender Females Under 18 Years of Age in the United States *J Sex Med* 2017; 14:624–634.
3. Nikolaos A. Papadopulos, MD Quality of Life and Patient Satisfaction Following Male-to-Female Reassignment Surgery. *Sex J Sex Med* 2017; 14:721/730.
4. Wouter B. van der Sluis, Long-Term Follow-Up of Transgender Women After Secondary Intestinal Vaginoplasty. *MD J Sex Med* 2016; 13:702–710.
5. Yao y cols. Comparison of laparoscopic peritoneal vaginoplasty and sigmoid colon vaginoplasty performed during radical surgery for primary vaginal carcinoma *World Journal of Surgical Oncology* 2014, 12:302.
6. Christine Milrod, PhD How Young Is Too Young: Ethical Concerns in Genital Surgery of the Transgender MTF Adolescent. *J Sex Med* 2014; 11:338–346.
7. James Bellringer. Gender reassignment surgery: an overview. *J. Nat. Rev. Urol.* 2011, 8, 274–281.
8. Preecha Tiewtranon. Male-to-female vaginoplasty: Preecha's surgical Technique. *J Plast Surg Hand Surg*, 2015; 49: 153–159.
9. Margriet G. Mullender, MSc,. Intestinal Vaginoplasty Revisited: A Review of Surgical Techniques, Complications, and Sexual Function , *J Sex Med* 2014;11:1835–1847
10. Giuseppe Martorana, MD Male to Female Gender Reassignment: Modified Surgical Technique for Creating the Neoclitoris and Mons Veneris *J Sex Med* 2008;5:210–216
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.