



# Transformación genital varón-mujer (genitopoyesis)

M. Revol

*Denominada impropriadamente «vaginoplastia», la genitopoyesis es la creación quirúrgica de la vagina, el clítoris y los labios mayores en el contexto de la transexualidad varón-mujer. La intervención de reasignación consiste, por una parte, en la resección de los testículos, los cuerpos cavernosos y la mayoría del bulbo esponjoso de la uretra y, por otra, en crear una cavidad neovaginal entre el recto por detrás y la vagina por delante. El método de referencia actual para cubrir esta cavidad utiliza la piel del pene invertida y pediculada a nivel anterior hacia el abdomen. A esto se puede asociar un colgajo cutáneo perineoescrotal de pedículo posterior. Cuando la cantidad de piel disponible en el pene no es suficiente, puede prolongarse con un injerto de piel total movilizada del escroto, previamente depilado con este fin, o de las regiones inguinales o abdominales. Las dimensiones medias de la neovagina creadas de este modo (restringidas por las limitaciones anatómicas) son de 12 cm de largo por 3 cm de diámetro. La creación de una neovagina mediante un trasplante pediculado de colon sigmoide sólo se puede plantear en caso de insuficiencia y/o de fracaso de estos métodos. El neoclítoris se crea a partir de un fragmento dorsal del glande pediculado sobre los vasos y los nervios dorsales del pene. Los labios mayores se elaboran a partir del escroto. En cuanto a la creación de los labios mayores, existen varios métodos quirúrgicos para producir esta ilusión. El postoperatorio pocas veces es sencillo, y se recomienda el uso de conformadores flexibles durante varias semanas. En cuanto a los dilatadores rígidos, conllevan un riesgo de fístula rectovaginal que limita su indicación a los casos en los que sean realmente necesarios y según un protocolo adecuado. A pesar de todas sus dificultades y sus riesgos, siempre que se realice en el contexto de un equipo multidisciplinario por un cirujano experimentado, esta cirugía permite actualmente lograr unos resultados estéticos y funcionales muy buenos, en la gran mayoría de los casos.*

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Transexualidad; Transexualidad MtF; Vaginoplastia; Cirugía de reasignación; Transformación genital

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1	■ <b>Cuidados postoperatorios</b>	12
■ <b>Historia</b>	2	■ <b>Complicaciones</b>	14
■ <b>Criterios de elegibilidad</b>	3	Complicaciones inmediatas	15
■ <b>Técnica quirúrgica</b>	3	Complicaciones secundarias	15
Preparación. Colocación del paciente	4		
Incisión cutánea y disección	4		
Creación de la cavidad neovaginal	4		
Disección de la piel del pene y exteriorización del pene	5		
Disección del neoclítoris y de su pedículo	5		
Amputación de los cuerpos cavernosos	6		
Resección del bulbo uretral	7		
Orquiectomía bilateral	8		
Fijación del neoclítoris y de su pedículo	8		
Sutura de los colgajos cutáneos, cobertura de la cavidad neovaginal (+ injerto cutáneo ocasional)	8		
Exteriorización del neoclítoris y del meato	10		
Resección del escroto y creación de los labios mayores	10		
Taponamiento y vendaje	10		
		■ <b>Introducción</b>	
		La transexualidad es un fenómeno desconcertante, cuya causa aún no se conoce y que se define por tres criterios en la 10. <sup>a</sup> versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en la actualidad es objeto de críticas y está en fase de revisión:	
		• el deseo de vivir y de ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, con el deseo habitual de transformar su cuerpo con cirugía y hormonas;	
		• la persistencia de este deseo durante al menos dos años;	
		• la ausencia de trastornos mentales y de anomalías cromosómicas.	

En la práctica, las cosas no son tan sencillas y no existen criterios formales de diagnóstico positivo. Ninguna prueba, ningún análisis de sangre y ninguna prueba de imagen contribuyen a establecer este diagnóstico. La «transexualidad» no es más que un aspecto de un problema social «transidentitario» o «transgénero» más amplio. Detallar el marco nosológico de los trastornos de la identidad sexual a los que se aplica se sale del ámbito de este artículo. A pesar de su gran interferencia con la medicina, y debido a las polémicas que suscitan actualmente en determinados países<sup>[1,2]</sup>, los aspectos políticos y sociales de la cuestión no se abordan.

Con los conocimientos actuales, el sufrimiento intenso que provoca el estado de transexualidad sólo se puede aliviar (en las personas que la solicitan) por una transformación hormonal y quirúrgica. La gravedad y la irreversibilidad de este tratamiento exigen que el diagnóstico diferencial esté firmemente establecido, por parte de psiquiatras y endocrinólogos.

- Los psiquiatras son indispensables, por una parte, porque muchos trastornos psiquiátricos graves pueden adoptar el aspecto de la transexualidad, mientras que su tratamiento es, evidentemente, muy distinto. Por otra parte, para evaluar las posibles debilidades y los factores de comorbilidad que deben tenerse en cuenta y tratarse antes de la transformación hormonal y quirúrgica. Por tanto, el papel del psiquiatra no es confirmar que la transexualidad es una enfermedad mental, sino diferenciada de los trastornos identitarios que se imbrican en las enfermedades mentales graves.

- Los endocrinólogos también deben descartar los aspectos que no derivan de la transexualidad (anomalías cromosómicas, hormonales, etc.) y determinar la ausencia de contraindicaciones para un tratamiento hormonal sustitutivo de por vida.

Sin esta evaluación indispensable, que se aplica de forma internacional, los equipos harían que las personas tratadas corrieran un riesgo muy elevado si solamente se basasen en su autodiagnóstico. Por lo tanto, un trabajo en equipo multidisciplinario especializado es fundamental para el cirujano.

En el contexto de este tratado de técnicas quirúrgicas, aquí sólo se describirán los aspectos quirúrgicos de la cuestión, limitando la exposición a la creación de los órganos genitales externos en el marco de la transexualidad varón-mujer (o masculina-femenina, denominada «MtF» en inglés, de *male-to-female*). El término de «vaginoplastia», consagrado por el uso, es incorrecto cuando se aplica a la creación de una neovagina. El sufijo «plastia» señala una modificación de un órgano que ya existe, lo que, evidentemente, no sucede en la transexualidad. Por lo tanto, a semejanza de las rinopoyesis, blefaropoyesis, otopoyesis, colpopoyesis, etc., se debería utilizar el término «vaginopoyesis». Sin embargo, en la inmensa mayoría de los casos, la construcción quirúrgica no incluye sólo la vagina, sino también toda la vulva. Por consiguiente, en lugar de vaginopoyesis se debería emplear con todo rigor el término de genitopoyesis.

En el marco de la transexualidad, se habla al respecto de «cirugía de reasignación del sexo» (*sex reassignment surgery*) o de «cirugía de confirmación del sexo».

## ■ Historia

El primer caso de cirugía de reasignación genital por transexualidad fue descrito por Abraham en 1931, en un artículo en alemán citado por Karim<sup>[3]</sup>.

Las técnicas quirúrgicas de reasignación sexual derivan de las que se utilizaban en el tratamiento de las amputaciones traumáticas, las agencias congénitas de la vagina y los estados intersexuales. Según las citas de Edgerton<sup>[4,5]</sup>, Dupuytren realizó la primera construcción de la vagina en

1817, mientras que Counseller (1944) y McIndoe (1950) utilizaron por primera vez los injertos cutáneos en las agencias vaginales. Los otros métodos descritos eran menos satisfactorios: trasplante intestinal (Baldwin, 1904), colgajos locales, expansión progresiva del periné por presión continua (Franck, 1927) y epitelizeación secundaria de la cavidad neovaginal creada entre la vejiga y el recto, que se mantenía abierta durante varios meses por un taponamiento (Kantor y después Wells, 1935).

En lo que respecta a la transexualidad MtF, aunque existe un consenso sobre el principio y la técnica de la orquiectomía y la ablación de los órganos eréctiles, así como sobre la creación de una cavidad neovaginal entre el recto y la uretra, existen varios métodos de cobertura de esta cavidad.

- Se pueden emplear injertos de piel delgados, según la técnica publicada en 1898 por Abbe en un caso de aplasia congénita de la vagina (citado por Karim<sup>[3]</sup>), retomada por Abraham en 1931 y después por Skoog (citado por Karim<sup>[3]</sup>) y por Laub y Fisk<sup>[6]</sup>. El injerto de piel delgado, utilizado por Foerster<sup>[7]</sup>, se movilizaba a partir del dermatoma de Padgett en la cara posterior del muslo y revestía en un solo tiempo quirúrgico la cavidad vaginal. Sin embargo, esta técnica tenía numerosos inconvenientes: cicatriz de la zona donante, cicatriz circular del vestíbulo vaginal, tendencia a la retracción, fragilidad relativa. Además, y al igual que todas las demás técnicas que utilizan la piel, no existía una lubricación natural de la neovagina.

- El injerto de piel total del pene fue publicado por primera vez en 1956 por Fogh-Andersen (citado por Karim<sup>[3]</sup>) y seguía los principios publicados en 1938 por McIndoe en los casos de aplasia congénita de la vagina (citado por Karim<sup>[3]</sup>). Este injerto de piel lampiña se retrae menos que un injerto de piel delgado, pero requiere también dilataciones postoperatorias durante varios meses. Es evidente que pueden utilizarse otras zonas donantes distintas al pene<sup>[8]</sup>, en particular el abdomen<sup>[9]</sup> o el escroto.

- Colgajos cutáneos del pene La piel invertida del pene puede pedicularse hacia delante (hacia el abdomen) o hacia atrás. Esta última solución, descrita por Edgerton<sup>[10]</sup>, requiere dos tiempos quirúrgicos con un injerto cutáneo temporal anterior y, al igual que el colgajo escrotal de Jones<sup>[11]</sup>, introduce una piel pilosa en la vagina. Por lo tanto, en la actualidad se prefiere utilizar en su lugar el pedículo anterior (abdominal), publicado por primera vez en la transexualidad en 1957 por Gillies y Millard (citado por Karim<sup>[3]</sup>). Este colgajo incluye su propia vascularización y es más seguro que un injerto cutáneo, pero también tiende a retraerse en los primeros meses de postoperatorio. Se puede asociar a un colgajo perineoescrotal posterior para ampliar el vestíbulo vaginal, con el inconveniente de que aporta pelos al interior de la vagina y de dar un aspecto transversal al vestíbulo.

- Se han descrito colgajos cutáneos extragenitales, provenientes del muslo o de la región inguinal. Su inconveniente es que son voluminosos y dejan cicatrices en la zona donante. En teoría, se reservan a las reintervenciones de los fracasos del colgajo cutáneo del pene, pero en la práctica, en esta indicación se prefiere el método siguiente.

- Trasplantes intestinales pediculados. La idea original fue descrita en 1907 por Baldwin (citado por Karim<sup>[3]</sup>) y se aplicó por primera vez en la transexualidad en 1974 por Markland y Hastings<sup>[12]</sup>. Esta intervención, que ha experimentado mejoras técnicas<sup>[13]</sup>, se puede realizar actualmente por laparoscopia<sup>[14]</sup>. Las ventajas teóricas de los trasplantes intestinales, que tienen sus defensores incondicionales, son su longitud y su lubricación natural<sup>[15]</sup>. Sin embargo, presentan numerosos inconvenientes<sup>[16-18]</sup>: necesidad de un tiempo quirúrgico abdominal y resultados a menudo decepcionantes

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4109216>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4109216>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)