

Investigación Científica

Cirugía de afirmación de género hombre a mujer en Colombia

Gender Affirming surgery from MtF in Colombia

ÁLVARO HERNÁN RODRÍGUEZ¹, ANA MARÍA PAREDES MORENO², CESAR ANDRÉS RAMÍREZ SALCEDO²

Resumen

La cirugía de afirmación de género es un campo de cirugía reconstructiva, que se practica en todo el mundo; No obstante, en Colombia, es un procedimiento que se ha realizado pocas veces con resultados catastróficos en la mayoría de los casos, debido a la falta de experiencia, a la ausencia de un protocolo adecuado para evaluación de la salud mental, o una combinación de muchos otros aspectos. En el Centro Especializado de Cirugía Mamaria y Cirugía Transgénero de Cali, el equipo quirúrgico ha realizado 23 casos exitosos de cirugía de afirmación de género Hombre a Mujer, siguiendo las "Normas de atención para la salud de personas con género no conforme", de la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH, por sus siglas en inglés) con buenos resultados funcionales y estéticos comparables con los resultados que se han publicado sobre el tema en la literatura mundial.

Palabras clave: Afirmación de género, Vaginoplastia, Transgénero.

Abstract

Gender affirming surgery is a reconstructive surgery

field, that has a lot of practice around the world; there for, in Colombia, it is a procedure that has been done in few cases with catastrophic results in the pass, because the lack of experience, absence of an adequate protocol for mental health assessment or a combination of many other factors. In the Specialized Center for Breast and Transgender Surgery of Cali, the surgical team has performed 23 MtF gender affirming surgeries, following the standards of care for trans and non conforming gender individuals from de World Professional Association for Transgender Health (WPATH), with good functional and aesthetic results as good as the ones that has been published on the subject on the world wide literature.

Keywords: Gender affirming surgery, Vaginoplasty, Transgender.

Evaluación clínica

En pacientes transgénero con pene y escroto preservados, el autor prefiere el uso de colgajos de piel del pene y el escroto; cuando se anticipa que la cavidad vaginal será estrecha por falta de tejido, se prefiere el uso de un colgajo uretral adicional para ampliar la cavidad vaginal.

¹ Cirujano Plástico y Reconstructivo, Centro Especializado en Cirugía Mamaria y Cirugía Transgénero, Cali, Colombia. Médico y Cirujano, Universidad Libre Seccional Cali, Colombia, Cirujano Plástico, Universidad Federal Fluminense, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0720-4228>. e-mail: Dralvarohrodriguez@hotmail.com

² Centro Especializado en Cirugía Mamaria y Cirugía Transgénero, Cali, Colombia. Médico y Cirujano, Universidad Libre Seccional Cali, Colombia, Cirujana Plástica, Instituto Ivo Pitanguy, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1097-0882>; <https://orcid.org/0000-0001-8907-0897>. e-mail: Anyparedesm@gmail.com Cesar_inhomd@hotmail.com

Recibido: febrero 11 de 2019

Revisado: junio 15 de 2019

Aceptado: junio 20 de 2019

Cómo citar: Rodríguez AH, Paredes Moreno AM, Cesar Andrés Ramírez Salcedo CA. Cirugía de afirmación de género hombre a mujer en Colombia. *Rev Colomb Salud Libre*. 2019; 14 (1): 3-8.



Indicaciones y contraindicaciones

Los resultados estéticos, sensitivos y funcionales de la vaginoplastia varían enormemente. Los cirujanos varían considerablemente en sus técnicas y habilidades, la piel de las pacientes varía en elasticidad y capacidad de cicatrización, una cirugía previa en el área puede tener un impacto en los resultados y la cirugía puede complicarse por problemas como infecciones, hemorragias, o lesiones nerviosas. Sin embargo, en los mejores casos, cuando la recuperación de la cirugía es completa, a menudo es muy difícil para cualquier persona, incluidos los ginecólogos, detectar mujeres transgénero que se hayan sometido a una vaginoplastia. Los partidarios de la vaginoplastia de colon argumentan que este método es mejor que el uso de injertos de piel, porque el colon ya es mucoso, mientras que la piel no lo es. Sin embargo, muchas mujeres trans informan después de la operación que la piel utilizada para cubrir sus vaginas desarrolla cualidades mucosas en los meses o años posteriores a la cirugía¹. Para otras, es necesaria la lubricación durante el coito, y se aconseja la limpieza ocasional para prevenir el crecimiento de bacterias y los olores resultantes. Debido a que el cuerpo humano trata la nueva vagina como una herida, cualquier técnica actual de vaginoplastia requiere un mantenimiento a largo plazo de la profundidad y amplitud (dilatación vaginal) por parte de la paciente con dilatadores graduados, consoladores o sustitutos adecuados para mantener la vagina abierta. La relación sexual no siempre es un método adecuado para realizar la dilatación. En nuestro centro de cirugía para personas transgénero, la técnica de colgajo de piel del pene invertido sigue siendo la primera opción para la vaginoplastia.

Planificación y preparación pre operatoria

Antes de la cirugía de afirmación de género, todas las pacientes deben haber completado la documentación requerida por las Normas

de Atención para la salud de personas trans e individuos con géneros no conforme², tal como lo recomienda la WPATH. La evaluación preoperatoria de todas las pacientes incluye el examen clínico de los genitales externos, análisis de laboratorio de rutina con hemograma, glucosa, creatinina, PT, PTT, INR; análisis de orina, antígeno prostático específico, VIH y electrocardiograma (para mayores de 45 años). Se recomienda a las pacientes que realicen una preparación intestinal con: 2 comprimidos de Dulcolax la noche anterior y un enema intestinal temprano en la mañana antes de ir al hospital; 3 gr de Unasyn se administran por vía intravenosa con la inducción de la anestesia y se coloca sonda vesical.

Técnica quirúrgica

Con la paciente en posición ginecológica y bajo anestesia peridural con sedación profunda, se reseca la piel escrotal teniendo en cuenta la marcación previa y se guarda en solución salina para usarla como injerto de espesura total si es necesario (Figura 1) La orquidectomía bilateral se realiza de manera tradicional ligando el cordón espermático a nivel del orificio inguinal externo. La disección del canal neovaginal se inicia con dos túneles en ambos lados del músculo rectouretral el cual se corta con electrocautero a baja potencia permitiendo en acceso a la cavidad perineal entre la uretra, la vejiga y el recto. La cavidad se completa con una disección roma lo más profunda y ancha posible. Se coloca una compresa con solución salina y adrenalina en la neocavidad para el control de hemostasia. Una vez disecada toda la piel del pene como un tubo, se realiza el desamblaje del pene: separando los cuerpos cavernosos, uretra, paquete vasculonervioso dorsal del pene incluyendo el glande en su extremo distal, (Figura 2). Se forma el neoclitoris mediante un colgajo de forma triangular en el centro del glande, que profundiza la parte lateral del glande y suturado para formar un cono que se fija con suturas absorbibles al hueso púbico en posición anatómica. Los cuerpos cavernosos



Figura 1. Pre-op, Marcacion de area de resección cutánea.



Figura 2. Disección Pedículo Neurovascular dorsal del pene.



Figura 3. Neovagina pre-inversion.

se resecan totalmente desde su origen en las ramas púbicas. El músculo bulboesponjoso se reseca de la parte bulbosa de la uretra con cuidado de no lesionar la vaina fascial. Luego se espátula la uretra, incluida la parte bulbar, y se utiliza para crear la separación mucosa entre la base del clítoris y el meato uretral.

Se cierra el extremo distal del tubo cutáneo compuesto por la piel del pene el cual será invertido e introducido en el neocanal vaginal para formar la neovagina (Figura 3).

En los casos donde la piel del pene no es suficiente para obtener buena profundidad vaginal, se sutura un injerto tubular de piel escrotal de espesor total a la parte distal del colgajo cutáneo del pene para ganar profundidad. Se retira la compresa del neocanal vaginal y se revisa la hemostasia, se invierte el colgajo cutáneo tubular y se empaqueta sin presión con gasas furacinadas para introducir en la

neocavidad vaginal formando la neovagina. La piel en exceso de la base del pene se utiliza para formar los labios menores, que se suturan a los bordes del neoclitoris formando el capuchón, la piel escrotal restante se utiliza para formar los labios mayores (Figura 4-7).

La sonda vesical se deja hasta el día 6 y se administran antibióticos (cefalosporinas y metronidazol) hasta 7 días después de la operación, cuando se retira el tamponamiento vaginal.

La paciente es dada de alta del hospital el día 7 con una instrucción escrita sobre cómo mantener la higiene y dilatar la neovagina. El esquema de dilataciones varía de paciente a paciente durante los primeros 6 meses, pero es necesario realizarlo durante toda la vida con una frecuencia de al menos una vez por semana después de los 6 meses posteriores al procedimiento cuando ya se ha autorizado iniciar actividad sexual con penetración.



Figura 4. Pos-op inmediato.



Figura 5. Pos-op. 3 semanas.



Figura 6. Pos-op Inmediato.



Figure 7. Pos-op 5 meses.

Resultados

La neovagina debe tener cuatro características importantes: profundidad, amplitud, humedad y sensibilidad con capacidad de orgasmo. En esta serie, los autores lograron una profundidad entre 16 y 20 cm con una amplitud vaginal entre 40 mm y 45 mm. La humedad se logró mejorar con el colgajo uretral vascularizado, aunque fue necesario lubricar antes de las relaciones sexuales en todos los casos. Las pacientes describieron una muy buena

sensibilidad y orgasmo durante el coito o la masturbación en el 100% de los casos, pero el 91% de ellas reportaron una actividad sexual satisfactoria, que se reanudó después de una evaluación completa de la cavidad neovaginal aproximadamente 4 a 6 meses después de la cirugía. La apariencia estética se describió como buena o muy buena a pesar de algunos aspectos menores como los labios menores (algunas querían más grandes, otras más pequeños) y el volumen de labios mayores (algunas querían más volumen y otras menos).

Complicaciones

La cirugía de afirmación de género hombre a mujer como todo procedimiento quirúrgico no está exento de complicaciones. Las principales y más frecuentes complicaciones postoperatorias descritas en la literatura van desde la estenosis meatal hasta el sangrado postoperatorio y desde la necrosis del clítoris hasta la estenosis del introito y el prolapsode la neovagina¹.

En la serie descrita en este artículo, se encontraron las siguientes complicaciones Tabla 1.

No se encontraron complicaciones mayores en la serie.

Tabla 1. Incidencia de complicaciones		
Complicación	Casos	Manejo
Estenosis meato uretral	1	Resección quirúrgica de área estenosada
Dehiscencia de sutura	3	Manejo conservador y cierre por segunda intención

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

La cirugía de afirmación de género se considera uno de los mejores tratamientos para la disforia de género en la población transgénero. Es una cirugía con complicaciones aceptables y resultados satisfactorios en todo el mundo. En este artículo, los autores describieron una serie de los primeros 23 casos tratados por el mismo equipo quirúrgico en Cali-Colombia con resultados estéticos y funcionales comparables a los obtenidos en las numerosas series publicadas en la literatura mundial.

No existe una técnica ideal para la construcción de la neovagina, por lo cual es muy importante elegir la mejor técnica para cada paciente. Una buena evaluación de los genitales

externos y una evaluación adecuada por parte de los profesionales de la salud mental son la clave para el éxito general del procedimiento. Se deben hacer esfuerzos para perfeccionar cada técnica disponible para ofrecer el mejor tratamiento para cada caso singular que satisface los aspectos estéticos y funcionales de la neovagina.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses en el presente artículo.

Referencias

- Christopher j. Salgado, Stan j. Monstrey and Miroslav L. Djordjevic, *Gender Affirmation medical & Surgical Perspectives*. Thieme Medical Publishers, Inc 2017.
- Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming People, version 7*. 2012.
- Perovic SV, Stanojevic DS, Djordjevic ML. *Vaginoplasty in male transsexuals using penile skin and urethral flap*. British Journal of Urology Int 86:843, 2000.
- Selvaggi G, Ceulemans P, de Cuyper G, et al. *Gender identity disorder: general overview and surgical treatment for vaginoplasty in male-to-female transsexuals*. Plastic Reconstrucive Surgery 116:135e, 2005.
- Amend B, Seibold J, Toomey P, et al. *Surgical reconstruction for male-to-female sex reassignment*. European Urology 64:141, 2013.
- Karim RB, Hage JJ, Mulder JW. *Neovaginoplasty in male transsexuals: review of surgical techniques and recommendations regarding eligibility*. Annals of Plastic Surgery 37:669, 1996.
- Krege S, Bex A, Lummen G, et al. *Male-to-female transsexualism: a technique, results and long-term follow-up in 66 patients*. British Journal of Urology Int 88:396, 2001.
- Karim RB, Hage JJ, Bouman FG, et al. *Refinements of pre-, intra-, and postoperative care to prevent complications of vaginoplasty in male transsexuals*. Annals of Plastic Surgery 35:279, 1995.
- Perovic SV Stanojevic DS, Djordjevic ML. *Vaginoplasty in male to female transsexuals using penile skin and urethral flap*. International journal of transgenderism 8:43, 2005.
- Cornell University. *What does the scholarly research say about effect of gender transition on transgender well-being? What we know, the public policy research portal, www.whatweknow.info*. 2018.