

Genitoplastia para Reatribuição de Sexo (Masculino para Feminino): Experiência Inicial

Rui Barbosa¹, Augusta Cardoso¹, **Nuno Tomada**², Pedro Vendeira²,
Jorge Reis¹, José Amarante¹

1 Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructiva Estética e Maxilo-Facial

2 Serviço de Urologia

Hospital de São João, EPE – Faculdade de Medicina do Porto

Introdução: A cirurgia de reatribuição de sexo (masculino para feminino) é um conceito recente em Portugal, envolvendo as especialidades de Cirurgia Plástica e Urologia. Descrevemos a nossa experiência inicial com a ilustração de alguns pormenores técnicos e resultados finais.

Material e métodos: Foram operados quatro casos entre Junho de 2004 e Julho de 2006. No primeiro doente foi diagnosticado um Síndrome de Klinefelter; nos restantes o cariótipo era normal com o diagnóstico de Distúrbio de Identidade de Género. Utilizamos a inversão de retalhos penoescrotais para a vaginoplastia com um retalho pediculado neurosensível para neoclitoridoplastia no último caso.

Resultados: A técnica cirúrgica seguiu em sequência orquidectomia bilateral, penectomia, e plastia da vagina, meato uretral, clitóris (um caso) e pequenos e grandes lábios. Após deslucamento do pénis, procedeu-se a orquidectomia bilateral, dissecando o cordão espermático até ao anel inguinal externo. A uretra e a glândula do pénis com o pedículo neurovascular intacto são então dissecadas dos corpos cavernosos que, por sua vez, são ressecados na base do pénis. A dissecção do espaço para a neovagina é feita entre o recto e a próstata, vesículas

seminais e bexiga; esta dissecção deve ser cuidadosa para evitar lesão do esfíncter e parede recto. Segue-se a confecção de um tubo utilizando os retalhos penoescrotais invertidos, que é inserido na cavidade peritoneal previamente dissecada, criando uma neovagina. São feitas incisões retalho peniano invertido, para o correcto posicionamento do meato uretral e clitóris; o excesso de uretra é rejeitado e a glândula é parcialmente desepidermizada, exteriorizando-se a sua parte central. Os grandes e pequenos lábios são formados pelo retalho escrotal. É inserido um molde na neovagina, sustentado por um penso tipo “tie-over” para promover a cicatrização dos retalhos mantendo o adequado posicionamento e diâmetro da neovagina.

Não tivemos nenhum caso de infecção, necrose parcial ou deiscência de sutura nos retalhos. A retracção da neovagina não foi significativa, mantendo-se profundidade e diâmetro adequados para o coito.

Conclusão: Apresentamos apenas uma experiência inicial, mas acreditamos que o uso de retalhos penoescrotais é seguro e permite bons resultados estéticos e funcionais, particularmente satisfatórios com a utilização de um retalho pediculado neurosensível de glândula para a neoclitoridoplastia.