

Cirurgia de redesignação sexual utilizando a técnica de transposição dos corpos cavernosos modificada: relato de 49 casos

HUMBERTO DAS GRAÇAS PINTO, JOSÉ CESÁRIO DA SILVA ALMADA LIMA

Objetivo

O objetivo deste trabalho é a descrição cirúrgica das complicações precoces e tardias mais comuns e suas respectivas correções em um grupo de transexuais masculinos tratados cirurgicamente com a técnica de Santos Filho modificada.

Método

Foram operados, no Hospital Universitário São José (Belo Horizonte, MG), no período de fevereiro de 2000 a agosto de 2009, 49 pacientes do sexo masculino, com idades entre 23 anos e 35 anos. Foi utilizada técnica descrita por Santos Filho, sendo modificada com a redução dos diâmetros dos corpos cavernosos após sua bipartição, utilizando-os como arcabouço na estruturação dos grandes lábios vaginais. O paciente é mantido em posição de litotomia, sob anestesia peridural, utilizando perneiras anatômicas, meias compressivas e compressão pneumática intermitente de membros inferiores, sendo realizados assepsia e antisepsia, tamponamento anal, e sondagem uretral com sonda Foley no 18. Em seguida, é realizada incisão longitudinal da raiz do pênis até aproximadamente 2 cm da borda anal, sendo finalizada em semicírculo com a concavidade voltada para baixo. É realizada dissecação da uretra sondada, juntamente com o corpo esponjoso e corpos cavernosos, bem como do tubo de pele peniana. Procede-se à separação dos corpos cavernosos, realizando sua bipartição em 2 ramos, ressecção longitudinal de parte dos 2 ramos dos corpos cavernosos, deixando-os com o diâmetro de 1 cm, e fechamento de cada ramo individual-

mente com fio prolene 3-0 em chuleio festonado. Faz-se separação do tubo de pele e ressecção da glândula com chuleio da extremidade distal do tubo de pele peniano com fio vicryl 2-0, orquiectomia bilateral com ligadura alta dos funículos espermáticos. Em seguida, é realizada abertura do centro tendíneo do períneo e confeccionado túnel entre o reto e a uretra com dissecação roma bidigital alcançando o fundo de saco peritoneal, inversão do tubo de pele peniano no túnel confeccionado com a área cruenta voltada para fora e fixação do mesmo no fundo de saco peritoneal com sutura de vicryl 2-0. Na sequência é realizada fixação dos corpos cavernosos na extremidade inferior e nas laterais do vestíbulo, a fim de estruturar os grandes lábios vaginais. É realizada cobertura dos corpos cavernosos, confeccionando as estruturas da vulva com pele escrotal, ressecando-se as redundâncias de pele. Procede-se à exteriorização e fixação da uretra na borda superior do introito vaginal, aproximadamente 1,5 cm a 2 cm da borda superior. Por fim, é introduzido um molde de espuma, envolto em preservativos lubrificados, realizada cerclagem do introito vaginal para fixação do molde e curativo com gaze. Os pacientes permaneceram com os moldes até o 5º dia de pós-operatório, sendo realizadas a troca e a retirada da sonda vesical no 7º dia de pós-operatório, com alta hospitalar no 10º dia de pós-operatório. O acompanhamento ambulatorial foi realizado quinzenalmente até o 3º mês de pós-operatório, e os pacientes foram orientados a aumentar gradativamente o diâmetro dos moldes intravaginais até o 45º dia de pós-operatório. O início da atividade

sexual foi liberado por volta do 30º dia de pós-operatório, e os pacientes foram orientados a usar molde recoberto com preservativos durante a noite. Acompanhamento ambulatorial foi realizado mensalmente até 12 meses, com alta após esse período.

Resultados

Dos 49 pacientes submetidos a cirurgia, 15 (30%) apresentaram alguma complicação, recebendo alta após 12 meses de acompanhamento. Um paciente apresentou lesão cirúrgica da uretra e outros 2, estenose do meato uretral, tratados, respectivamente, por uretroplastia e meatoplastia secundárias. Um paciente apresentou lesão cirúrgica de parede anterior do reto, sendo realizada sutura primária, com evolução satisfatória. Em relação à vulva, ocorreu redundância vulvar em 4 casos, sendo necessária ressecção posterior. Ocorreu estenose do introito vaginal em 2 casos, sendo necessária nova abordagem dos corpos cavernosos e diminuição de seu diâmetro, além de estenose da neovagina em 3 casos, nos quais foi realizada dilatação tardia, e em 1 caso foi necessário enxerto cutâneo. Houve 2 casos de síndrome compartimental dos membros inferiores, sendo realizado tratamento clínico, com evolução satisfatória.

Conclusão

A técnica apresentada proporciona resultados bastante satisfatórios, sendo de fácil aprendizado e assimilação. Com o treinamento da equipe cirúrgica, houve redução significativa das complicações ao longo do tempo.