



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA FACULDADE
DE
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

JOÃO EDUARDO DA SILVA RODRIGUES

***Disforia de Género – O uso de prótese em faloplastia no processo
de reatribuição de sexo feminino para masculino: Caso Clínico***

CASO CLÍNICO

ÁREA CIENTÍFICA DE UROLOGIA

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROF. DOUTOR ARNALDO FIGUEIREDO

DR. PAULO TEMIDO

MAIO/2020

Disforia de Género – O uso de prótese em faloplastia no processo de reatribuição de sexo feminino para masculino: Caso Clínico

Gender Dysphoria – Penile implants in phalloplasty in the female to male sexual reassignment surgery: Case Report

JOÃO EDUARDO DA SILVA RODRIGUES¹

PROF DOUTOR ARNALDO FIGUEIREDO^{1, 2}

DR. PAULO TEMIDO^{1, 2}

¹Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

²Serviço de Urologia - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Portugal

Endereço de correio eletrónico: joaoed.srod@gmail.com

ÍNDICE

Lista de Abreviaturas.....	2
Lista de Imagens.....	2
ABSTRACT.....	3
Key Words.....	3
RESUMO.....	3
Palavras-Chave.....	4
INTRODUÇÃO.....	5
CASO CLÍNICO.....	5
DISCUSSÃO.....	9
CONCLUSÃO.....	12
BIBLIOGRAFIA.....	14
ANEXOS.....	15
Anexo 1.....	15

Lista de Abreviaturas:

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª Edição;

FtM – Pessoa trans Female-to-Male;

URGUS – Unidade de Reconstrução Génito-Urinária e Sexual.

Lista de Imagens:

Figura 1 – Enxerto de cartilagem costal fixado com fio armado. Imagem cedida pelo Serviço de Urologia do CHUC.

Figura 2 – Prótese específica para faloplastia, modelo ZSI 100 FTM. Imagem cedida pelo Serviço de Urologia do CHUC.

Figura 3 – Falo do utente em pós-operatório tardio. Imagem cedida pelo Serviço de Urologia do CHUC.

ABSTRACT

Gender dysphoria is a recent concept that replaced gender identity disorder, introduced in the reference book Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5). It refers to the distress caused by a mismatch between the gender designated at birth and the individual's perceived gender identity.

People diagnosed with gender dysphoria can opt to undergo a gender reassignment process that requires medical and surgical supervision with Unidade de Reconstrução Genito-Urinária e Sexual (URGUS) being the reference center in Portugal.

The presented case is about a 45-year-old trans man with a completed gender reassignment process. Different available options to obtain rigidity in the phallus, the expectations and results of this intervention are also discussed.

Key Words: Gender Dysphoria; Sex Reassignment Surgery; Transgender Persons; Penile Prosthesis.

RESUMO

A disforia de género é um conceito recente, que veio substituir o transtorno de identidade de género, introduzido no livro de referência Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^a edição (DSM-5). Refere-se ao sofrimento associado à incongruência entre o sexo designado à nascença e a identidade de género do indivíduo.

Pessoas com o diagnóstico de disforia de género podem escolher submeter-se a um processo de reatribuição sexual, que implica acompanhamento médico e cirúrgico, sendo a Unidade de Reconstrução Genito-Urinária e Sexual (URGUS) o centro de referência em Portugal.

O caso relatado diz respeito a um homem trans de 45 anos com o processo de reatribuição sexual concluído, sendo debatidas as diferentes opções para aquisição de suporte erétil no falo e as expectativas e resultados desta intervenção.

Palavras Chave: Disforia de Género; Cirurgia de Reatribuição Sexual; Pessoas Transgénero; Prótese Peniana.

INTRODUÇÃO

A disforia de género é um tema descrito no livro de referência DSM-5 como o sofrimento associado à incongruência entre o género atribuído à nascença e o género desejado pela pessoa, quer pelo seu papel social, pelos sentimentos e reações percebidos como sendo do sexo oposto.(1)

Indivíduos com disforia de género FtM poderão escolher sujeitar-se ao processo de reatribuição sexual, cujo último passo será a cirurgia para aquisição de suporte erétil.

É relatado o caso de um homem trans que, após a reatribuição sexual, vem ao serviço de urologia dos CHUC em novembro de 2019 para alteração do mecanismo de suporte erétil.

São também debatidas as diferentes opções para aquisição de suporte erétil e as expectativas e resultados desta intervenção.

CASO CLÍNICO

O utente tem 45 anos e é transexual FtM, com processo de reatribuição sexual iniciado em 2001, aquando dos seus 27 anos.

A incongruência de género surgiu por volta dos 6 anos de idade, altura em que começou a usar saias e a brincar apenas com crianças do sexo masculino. Aos 14 anos, decidiu consultar um psicólogo, onde foi informado de que não teria solução. Apenas aos 25 anos tomou conhecimento da possibilidade da reatribuição sexual.

Começou a ser seguido em 2001 no Hospital de Santa Maria, comprovando-se o diagnóstico de disforia de género e tendo sido realizada proposta terapêutica. Foi sujeito a terapêutica hormonal com masculinização satisfatória para o esquema realizado.

Posteriormente realizou as cirurgias requeridas, entre abril de 2007 e outubro de 2009, nomeadamente mastectomia e cirurgia genital. Esta última incluiu histerectomia, vaginectomia, reconstrução uretral, faloplastia com retalho abdominal e enxerto de cartilagem costal, escrotoplastia e colocação de próteses testiculares.

Refere que os resultados da faloplastia a nível urinário foram satisfatórios, permitindo a micção em ortostatismo, correspondendo às suas expectativas iniciais. Por outro lado, em termos estéticos e de função erétil, refere-se ao resultado como “material inerte”.

Aquando da primeira relação sexual após aquisição de suporte erétil, o enxerto fraturou, tendo sido operado no Hospital de Jesus para fixar o mesmo com fio armado em redor.



Figura 1 – Enxerto de cartilagem costal fixado com fio armado. Imagem cedida pelo Serviço de Urologia do CHUC.

Descontente com os resultados e após consulta com outro médico, foi referenciado em junho de 2018 para o serviço de urologia dos CHUC para substituição do enxerto de cartilagem costal por uma prótese.

Após discussão do caso por parte da URGUS foram apresentadas as alternativas (prótese maleável versus prótese insuflável). Por privilegiar a segurança e menor taxa de complicações, o utente optou pela utilização de prótese maleável específica para faloplastia, modelo ZSI 100 FTM (Zephyr Surgical Implants), nunca antes utilizada em Portugal.

Da revisão do caso à data da cirurgia há a salientar:

- Sem antecedentes médicos relevantes, não faz medicação regular para além da suplementação hormonal;
- Nega hábitos tabágicos e etílicos, mantém alimentação equilibrada e variada;
- Ao exame objetivo apresentava bom estado geral, com idade aparente coincidente com a idade real, de estatura normolínea e com índice de massa corporal de 22 kg/m²;
- Os sinais vitais eram normais, com uma frequência cardíaca de 72 batimentos por minuto, frequência respiratória de 17 ciclos por minuto, com tensão arterial de 118/71 mmHg e temperatura axilar de 36,3 °C;
- O abdómen era plano e simétrico, sem organomegalias, massas ou globo vesical palpáveis;
- Os genitais externos apresentavam um falo com 13 cm, algo curvilíneo, de consistência dura, mas mole e móvel na base, com meato uretral bem implantado e sem trajetos fistulosos. Sensibilidade mantida em todo o falo. Neoescroto com duas próteses testiculares. O esfíncter anal era normotónico, sem massas nem trajetos fistulosos e sem hemorroidas;
- Não existiam alterações relevantes no restante exame físico e neurológico sumário.

A cirurgia foi agendada e realizou-se com sucesso em novembro de 2019 com substituição do enxerto de cartilagem costal pela prótese maleável proposta, tendo o falo mantido o seu tamanho anterior de 13 cm.



Figura 2 – Prótese modelo ZSI 100 FTM. Imagem cedida pelo Serviço de Urologia do CHUC.

Não foram referidas quaisquer complicações peri-operatórias ou pós-operatórias precoces ou tardias, tais como lesão uretral, infecção urinária, infecção ou erosão da prótese.



Figura 3 – Falo do doente no pós-operatório tardio. Imagem cedida pelo Serviço de Urologia do CHUC

O utente refere grande satisfação relativamente aos resultados da cirurgia, tanto em termos de função urinária (sem alteração em relação ao estado prévio) como em termos estéticos. Até à presente data ainda não teve relações sexuais com penetração, apesar de reconhecer que sente confiança e segurança para tal com a prótese que foi implantada.

DISCUSSÃO

O propósito da cirurgia genital na reatribuição sexual é proporcionar ao indivíduo trans os órgãos genitais que se adequam à sua identidade de género.(2,3) Para além das exigências estéticas, urinar de pé é um dos maiores objetivos; não sendo necessária uma prótese para tal, muitos não desejam a colocação da mesma. Por outro lado, a aquisição

de suporte erétil para relações sexuais com penetração é também uma das vontades mais comuns e está dependente deste procedimento.(2-7)

Há várias abordagens possíveis com vista à aquisição de suporte erétil num falo. Desde a transplantação de tecido autólogo, como no caso clínico apresentado, à implantação de próteses maleáveis ou insufláveis, próteses de acrílico ou mesmo, apesar de ainda em desenvolvimento, o transplante peniano.(3)

No caso da transplantação de enxerto autólogo, como é exemplo o caso apresentado, é utilizada cartilagem costal para conferir rigidez ao falo. Esta abordagem está associada a menor probabilidade de rejeição do enxerto (em comparação às próteses implantadas) e, por esta razão, as taxas de protusão distal do mesmo também vão ser menores.(4) Por outro lado, este procedimento pode originar deformidades da extremidade distal do falo, para além de condicionar um estado de rigidez permanente, situação indesejada e desconfortável.(4) Pode também, como no caso apresentado, ocorrer a fratura do enxerto, implicando nova intervenção cirúrgica para fixação do mesmo. Por estas razões e pelo desenvolvimento de técnicas esteticamente mais apelativas e funcionais, a utilização desta abordagem tem vindo a diminuir.

As próteses de acrílico são uma solução relativamente recente, destinada a indivíduos que recusam as técnicas convencionais de próteses penianas. O procedimento consiste na ancoragem de uma prótese externa a pilares de titânio previamente implantados nas tuberosidades isquiáticas; estas implicam, portanto, dois tempos cirúrgicos.(8)

Já a implantação de uma prótese no falo para aquisição de suporte erétil pode ser condicionada por alguns desafios:

- A ausência de corpos cavernosos e túnica albugínea não permitem a existência de um tecido natural para a sustentação da prótese, sendo esta implantada num tecido previamente operado, com extensa fibrose e, portanto, maior risco de complicações como migração proximal e infeção;(3,6,7,9)
- A sensação diminuída na extremidade do falo associada às dificuldades na fixação leva ao risco acrescido de erosão e perfuração distal da faloplastia;(3,6)

- Nas próteses penianas adaptadas não existe uma glândula que, para além da componente estética, também confere proteção e suporte à extremidade distal da prótese.(7)

A construção de uma neotúnica elaborada à base de Dacron® ou GORE-TEX® e a fixação óssea proximal da prótese apresentam-se como soluções válidas para melhoria da fixação e prevenção da migração. No entanto associam-se a taxas importantes de disfunção do implante.(3,4,6)

Outra condicionante, específica das próteses penianas adaptadas para faloplastia, consiste no número de cilindros a utilizar. Num pênis normal, estes seriam colocados nos corpos cavernosos. Já num falo, a inexistência de corpos cavernosos, a presença de neouretra e de tecido fibrosado implicam uma decisão sobre o número de cilindros a utilizar. Essa decisão é tomada entre o cirurgião e o indivíduo, e baseia-se no calibre do falo e na experiência do cirurgião. A utilização dos 2 cilindros proporciona maior diâmetro; no entanto esta abordagem é desaconselhada pelo risco de resultados inestéticos, lesões vasculares e erosão tecidual. Por outro lado, a utilização de apenas 1 cilindro está associada a resultados estéticos e funcionais satisfatórios, sendo a abordagem recomendada.(3,6) Não obstante, implica a alteração da prótese em contexto peri-operatório, podendo comprometer o seu normal funcionamento.

O comprimento do falo também pode ser um fator limitante na escolha da prótese, uma vez que, em relação às insufláveis, é necessário um modelo compatível com o comprimento do falo do indivíduo. No caso da prótese maleável o tamanho pode ser adaptado em contexto peri-operatório.(10)

As próteses específicas para faloplastia foram desenvolvidas para colmatar alguns constrangimentos das opções disponíveis. Compostas por um componente cilíndrico com o formato de um pênis com uma glândula na parte distal, permitem resultados a nível cosmético mais satisfatórios e auxiliam nas relações sexuais com penetração. Também confere proteção e suporte à extremidade distal da prótese.(7) Têm também um componente proximal que permite a fixação ao osso púbico, diminuindo a probabilidade de protusão ou malposicionamento.(6,7,10)

Dentro destas próteses existe um modelo maleável e um modelo insuflável.(10)

O modelo maleável, como o que foi implantado no caso apresentado, implica uma cirurgia mais simples. A prótese pode ser alterada para se adequar ao comprimento do falo do indivíduo. É fácil de manusear e confere rigidez necessária para atividade sexual com penetração. No entanto, a rigidez é permanente, condicionando constrangimento e desconforto no dia-a-dia.(4) Para além disso existe risco de erosão da extremidade distal, aumentando a probabilidade de extrusão ou do resultado final ser um falo inestético e descaído, decorrentes de alteração incorreta da prótese.(10)

O modelo insuflável, tal como nas próteses insufláveis adaptadas, requer cirurgia mais complexa e tem maior risco de falha mecânica pela existência de vários componentes.(4) O escroto poderá também criar limitações: o indivíduo apenas pode ter uma prótese testicular para colocar uma bomba de ativação no hemiescroto contralateral, pelo que poderá ser necessária a extração de uma das próteses, caso já estejam implantadas; a colocação da bomba também depende do espaço disponível, podendo ser necessário retirar as duas próteses testiculares, assunto que deverá ser discutido em contexto pré operatório com o indivíduo.(3) Para além disso, mais uma vez, tal como as próteses insufláveis adaptadas, não é possível alterá-la para adaptar o seu comprimento ao do falo, só podendo ser utilizado se existir um modelo com tamanho compatível. Apesar disso, o seu manuseamento também é fácil, conferindo rigidez ao falo quando desejado, possibilitando um aspeto mais natural e protegendo-o de pressão contínua que poderia levar à ulceração da extremidade distal com possível protusão da prótese.(4)

CONCLUSÃO

A decisão em relação ao tipo de prótese a utilizar é um processo complexo, que implica contabilizar o tamanho do falo e escroto, idade, comorbilidades e antecedentes cirúrgicos, para além das expectativas em relação à prótese, à sua utilização e manuseio.

Mesmo tendo em conta as dificuldades existentes e as complicações mais comuns, as próteses adaptadas para faloplastia continuam a ser uma boa solução para a aquisição de suporte erétil em indivíduos trans FtM.

As próteses específicas para faloplastia, apesar de se apresentarem como uma alternativa promissora, carecem ainda de estudos que suportem a sua utilização, assim como dados de seguimento suficientes.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA; 2013.
2. Monstrey SJ, Ceulemans P, Hoebeke P. Sex reassignment surgery in the female-to-male transsexual. *Semin Plast Surg.* 2011;25(3):229–43.
3. Kang A, Aizen JM, Cohen AJ, Bales GT, Pariser JJ. Techniques and considerations of prosthetic surgery after phalloplasty in the transgender male. *Transl Androl Urol.* 2019;8(3):273–82.
4. Hage JJ, Bloem JJAM, Bouman FG. Obtaining rigidity in the neophallus of female-to-male transsexuals: A review of the literature. Vol. 30, *Annals of Plastic Surgery.* 1993. p. 327–33.
5. Hage JJ, Bout CA, Bloem JJAM, Megens JAJ. Phalloplasty in female-to-male transsexuals: What do our patients ask for? Vol. 30, *Annals of Plastic Surgery.* 1993. p. 323–6.
6. Rooker SA, Vyas KS, DiFilippo EC, Nolan IT, Morrison SD, Santucci RA. The Rise of the Neophallus: A Systematic Review of Penile Prosthetic Outcomes and Complications in Gender-Affirming Surgery. *J Sex Med [Internet].* 2019;16(5):661–72. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.009>
7. Neuville P, Morel-Journel N, Cabelguenne D, Ruffion A, Paparel P, Terrier JE. First Outcomes of the ZSI 475 FtM, a Specific Prosthesis Designed for Phalloplasty. *J Sex Med.* 2019;16(2):316–22.
8. Selvaggi G, Branemark R, Elander A, Liden M, Stafors J. Titanium-bone-anchored penile epithesis: Preoperative planning and immediate postoperative results. *J Plast Surg Hand Surg.* 2015;49(1):40–4.
9. Levine LA, Becher E, Bella A, Brant W, Kohler T, Martinez-Salamanca JI, et al. Penile Prosthesis Surgery: Current Recommendations From the International Consultation on Sexual Medicine. *J Sex Med [Internet].* 2016;13(4):489–518. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.017>
10. Pigot GLS, Sigurjónsson H, Ronkes B, Al-Tamimi M, van der Sluis WB. Surgical Experience and Outcomes of Implantation of the ZSI 100 FtM Malleable Penile Implant in Transgender Men After Phalloplasty. *J Sex Med.* 2020 Jan 1;17(1):152–8.

ANEXOS

Anexo 1 – Declaração de Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

Eu, Alexandre Pereira Gonçalves,
autorizo a utilização de dados do meu processo clínico, no âmbito
da realização do Trabalho Final do Mestrado Integrado em
Medicina, a ser realizado pelo aluno do Mestrado Integrado em
Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
João Eduardo da Silva Rodrigues, nº mecanográfico 2014207621,
após ser informado acerca da finalidade do mesmo.

Declaro ter compreendido os objetivos que me foram propostos,
tendo-me sido dada oportunidade de colocar todas as questões que
achei necessárias e para todas elas ter obtido resposta
esclarecedora, para além de me ter sido garantido que não haverá
prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta
solicitação. Declaro também ter-me sido dado tempo suficiente para
refletir sobre esta proposta.

Compreendo que a minha identidade não será publicada e que me
será dada a oportunidade de ler o trabalho ou uma descrição geral
do mesmo, autorizando a realização do trabalho supramencionado,
bem como os procedimentos que sejam necessários no meu próprio
interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

USBOA (localidade), 23/3/2020

 Assinatura