Mastectomía subcutánea con reconstrucción inmediata del complejo areolomamilar en transexuales masculinos

Patricio Stevens M.^{1,2} y Luisa Morales R.²

¹Departamento de Cirugía. Universidad de Concepción. Concepción, Chile. ²Equipo de Cirugía Plástica, Servicio de Cirugía. Hospital Las Higueras. Talcahuano, Chile.

Recibido el 13 de junio de 2019 y aceptado para publicación el 10 de octubre de 2019.

Correspondencia a:

Dr. Patricio Stevens M. stevensmoyapatricio@gmail.

Subcutaneous mastectomyy, with immediate reconstruction of the areolo-mamilar complex in male transexuals

Aim: Describe the experience in Talcahuano Helath Service, of mammary masculinization in the sexual reassignment process, of male transsexuals. In Chile it is estimated that there will be 754 transsexual women. Materials and Method: Study of 47 individuals, operated at Las Higueras Hospital in Talcahuano, between 2006 and 2019, subjected to breast masculinization by subcutaneous mastectomy and reconstruction of the areolomamilar complex. Results: Patients from all over the country were operated; 59% corresponds to the Bio-Bio province; 42.5% operated between 2017 and 2018. A 36% range of ages from 18 to 22 years. 68% BMI between 24 and 30. According to the size of the breasts, 57% B cup, 31% C, 12% D and 12% gigantomasty. At 29%, the average weight of the mastectomy was 600 grams; 29% of 300 grams and 9% more than 800 grams per side. In 68%, the submammary approach and total skin graft of the CAP were used; Other techniques were periareolar, incision in T and liposuction. The most frequent complication was the collection. 100% normal biopsy. Discussion: Pioneering experience in Chile, carried out in a public hospital, in the difficult process of gender reassignment, in the transsexual population of Chile. Individuals very stigmatized by the community, who found in the Health Service of Talcahuano, a helping hand, which extended their selfless and qualified support, achieving excellent final results.

Key words: mastectomy; transsexuality; gender reassignment.

Resumen

Objetivo: Se presenta experiencia realizada en Servicio de Salud Talcahuano, de masculinización mamaria en el proceso de reasignación sexual, de transexuales masculinos. En Chile se estima que habrían 754 mujeres transexuales. **Materiales y Método:** Estudio de 47 individuos, intervenidos en Hospital Las Higueras de Talcahuano, entre 2006 y 2019, sometidos a masculinización mamaria mediante mastectomía subcutánea y reconstrucción del complejo areolomamilar. **Resultados:** Se intervinieron pacientes de todo el país; 59% corresponde a octava región; 42,5% operados entre los años 2017 y 2018. Un 36% rango de edad de 18 a 22 años. Un 68% IMC entre 24 y 30. Según el tamaño de las mamas, 57% copa B, 31% C, 12% D y 12% de gigantomastía. Un 29%, peso promedio de la mastectomía fue de 600 g; un 29% de 300 gramos y en 9% más de 800 g por lado. En 68% se utilizó abordaje submamario e injerto de piel total del complejo aréola pezón (CAP); otras tecnicas fueron periareolar, incisión en T y liposucción. La complicación más frecuente fue la colección. Biopsia normal en un 100%. **Discusión:** Experiencia pionera en Chile, realizada en un Hospital Público, en el difícil proceso de reasignación de género, en la población transexual de Chile. Individuos muy estigmatizados de parte de la comunidad, que encontraron en el Servicio de Salud de Talcahuano, una mano amiga, que les extendió su apoyo desinteresado y calificado, logrando excelentes resultados finales.

Palabras clave: mastectomía; transexualidad; reasignación de género.

Introducción

Se tienen antecedentes de la transexualidad desde inicios de la humanidad, en 1950, David Cauldwell lo definió como la condición de "individuos que físicamente pertenecen a un sexo y son sicológicamente del sexo contrario" y "que esperan que la cirugía altere sus características físicas y así asemejarse al sexo opuesto".

En 1953, el endocrinólogo Harry Benjamín introdujo el concepto transexualidad en la comunidad científica, identificándolo como una "disconformidad de género". En 1973, se impuso el término "disforia de género" para identificar a la transexualidad, mientras que la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10: *International Classification of Diseases*, define la transexualidad como "un deseo de vivir y ser aceptado como miembro del sexo opuesto, acompañado por una sensación de incomodidad del propio sexo anatómico y un deseo de recibir cirugía y tratamiento hormonal para hacer al propio cuerpo tan congruente como sea posible con el sexo preferido"².

En Chile la única estimación sobre diversidad sexual la entrega la encuesta Casen 2015, aplicada a mayores de 18 años; un 98,51% se reconoce como heterosexual, la que indica ser gay o lesbiana es 1,04%, bisexual 0,37% y como "otra" 0,02%; dentro de la categoría de "otra", podría estar la de transexual. Siguiendo las fórmulas del Informe Kinsey (1949) y considerando los resultados del Censo Abreviado 2017, en Chile habría 860.189 hombres bisexuales o gays y 897.201 mujeres lesbianas o bisexuales. No existen estudios respecto al número de personas transexuales que existen en el mundo, sin embargo, la cifra más que se maneja fue la utilizada para la aprobación de la Ley de Identidad de Género en España, proporcionada por el gobierno Holandés: por cada 11 mil 900 féminas existe una mujer transexual, y por cada 30 mil 400 hombres uno es transexual masculino.

Según lo anterior y considerando datos del Censo Abreviado 2017 en Chile habrían 282 hombres transexuales y 754 mujeres transexuales (Figura 1). Consideramos que la cifra es mayor, dada la apertura que van experimentando las sociedades; además, existe un importante porcentaje de población transexual que no tiene entre sus planes, por razones personales o sociales, terminar su tratamiento con la cirugía de reasignación sexual. Se entiende por transexuales masculinos a aquellas personas que naciendo con un físico y/o genitales del sexo femenino, desde la niñez se sienten parte del sexo masculino. El proceso médico, psicológico y social

que estas personas viven para adecuar su cuerpo a la identidad de género con la cual se sienten parte, permite identificar a los transexuales masculinos como MaH (mujer a hombre).

La legislación chilena, ha experimentado importantes y favorables cambios en la exigencia de reasignación legal de género, cambios que van desde la exigencia de terapia hormonal por un período mínimo, cirugías con criterios de irreversibilidad, hasta la recién enunciada ley 21.120 que reconoce y da derecho a la identidad de género; esta ley solo exige la voluntad del afectado y un informe médico legal que respalda la transexualidad. No obstante lo anterior, los transexuales siguen motivados para lograr la reasignación sexual.

La población transexual en Chile tiene una organización no gubernamental, que los agrupa, orienta, dirige y deriva a la red de salud a los interesados en la reasignación de género. En etapas iniciales se recibieron sin dificultad pacientes de otras regiones del país. Las restricciones presupuestarias, limitaron más tarde este programa solo a individuos del sector geográfico asignado al Servicio de Salud de Talcahuano; a pesar de lo anterior, siempre existía la posibilidad de "fabricar" un domicilio, para lograr ingresar al programa; por lo anterior el dato de origen geográfico de los pacientes, no es del todo confiable.

Materiales y Método

El Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, desarrolló un programa de asignación de género a la población transexual que lo solicita, que se ejecuta en los Establecimientos de su Red de Salud; tal situación se encontró con la dificultad de la gran falencia de especialistas quirúrgicos interesados y capacitados. En el Hospital Las Higueras de Tal-

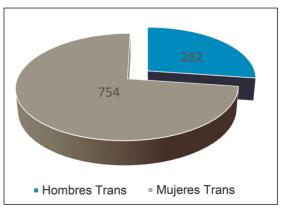


Figura 1. Población estimada de transexuales en Chile.

cahuano, se implementó este programa en el que participan psiquiatras, psicólogos, endocrinólogos, urólogos, ginecólogos y cirujano plástico, con interés en el tema; se estableció así el conducto regular, al que accedieron de todo Chile, convirtiéndose en el único Hospital Público con un programa quirúrgico estructurado.

Por otro lado la organización hospitalaria humanizó el trato a los pacientes transexuales, normando protocolos de identificación en la ficha clínica, cambiando a su nombre social, independiente del trámite legal; se hospitalizaban inicialmente en Servicio de Ginecología, que luego a petición de ellos, se les asignó salas en el Servicio de Cirugía, sector hombres. Al corto andar, el personal todo se familiarizó con esta situación y el trato directo no tenía reparo alguno, absolutamente fluido, normal y grato, para usuarios y funcionarios.

En el caso de los transexuales masculinos las cirugías que se requieren para concluir con la reasignación de género son: mastectomía, histerectomía, ooforectomía; las dos últimas son exigidas para continuar con la sustitución hormonal, por cuanto la terapia permanente con testosterona podría desarrollar cáncer de endometrio y en ovarios³. Las cirugías de metaidoplastía y faloplastía, ayudan al individuo a estar más cercano a su nueva identidad de género. Los transexuales podrían, además, realizarse varias cirugías estéticas complementarias, identificadas como cirugías de género, para lograr una apariencia facial más masculina como rinoplastía, laringoplastía, implantes faciales, liposucción.

Para su inclusión debían cumplir con la terapia de sustitución hormonal y autorización psicológica y psiquiátrica que respalda el género psicológico

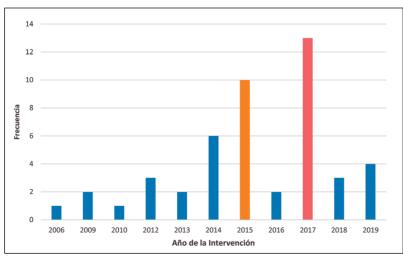


Figura 2. Distribución por año de la cirugía.

de masculino y descarta la presencia de patología psiquiátrica; se incluyen en este estudio prospectivo de análisis de casos, sin instrumentos estadísticos a 47 transexuales masculinos adultos, intervenidos en el período comprendido entre el año 2006 y 2019. Se exige, además, tener un índice de masa corporal al momento de la cirugía menor o igual a 31, un consentimiento Informado que aprueba la cirugía planteada de mastectomía.

La cirugía mamaria debe cumplir con los objetivos de resecar por completo la glándula mamaria, resecar el excedente de piel, masculinizar el complejo aréola-pezón (CAP). La masculinización implica achicar el diámetro de la aréola, disminuir el tamaño y longitud de la mamila o pezón y ascenderlo a una posición masculina entre 19 y 21 cm⁴.

Se prefiere usar el término de adenectomía mamaria subcutánea para diferenciarla de la cirugía clásica practicada con criterios oncológicos.

La reasignación legal de género, sigue siendo hasta ahora muy engorrosa y variable, a pesar de la existencia de una ley publicada, (ley 21120/2018)⁶ sin vigencia, en espera de su normativa. Algunos pacientes y dependiendo de la provincia de origen, logran la anhelada reasignación de género con mucha facilidad y con bajo costo; otros en cambio deben recurrir a costosos abogados para facilitar este trámite. Una vez completada la adenectomía, se extiende un certificado, el que se presenta junto a los certificados psiquiátricos y psicológicos, en espera de una última evaluación médico legal. Completada esta etapa esperan audiencia que finalmente dictamina a lugar su anhelada petición; luego con este dictamen acuden al Registro Civil, y completan así este angustiante periplo.

Resultados

Fueron intervenidos en el período de estudio, 47 transexuales masculinos sanos, con comorbilidad compensada. Se observó un incremento desde que se inició el programa en el año 2006; en los últimos tres años fueron intervenidos el 42,5% de ellos (13 el año 2017, 3 el año 2018 y 3 en lo transcurrido del 2019) (Figura 2).

Fueron agrupados en cuatro grupos etarios (Figura 3), Se aprecia un incremento de población joven, indicador de una oportuna y eficiente acceso a la cirugía. Los pacientes mayores, fueron intervenidos al inicio de este programa.

En la distribución geográfica representa la oportunidad que tuvieron pacientes de otras regiones de acceder al programa. Un 59% corresponde a la octava región, que incluye las provincias de Ñuble,

Concepción y Talcahuano; este porcentaje no es confiable, por cuanto los pacientes falsean este dato para ingresar como beneficiario al Servicio de Salud de Talcahuano (Figura 4).

Solo tres pacientes presentaron comorbilidades (1 diabético, 1 enf. de Von Willebrand y 1 hipotiroidismo) todas patologías compensadas y tratadas antes de la intervención (Figura 5).

Una de las exigencias para la ejecución de la cirugía, es la de tener un índice de masa corporal menor a 31; muchos para ser incluidos, debieron bajar de peso (Figura 6); Este perfil representa la distribución general del IMC de la mujer chilena (Minsal-2010).

La distancia del complejo aréola-pezón medido desde la línea medio clavicular se presentó con mayor frecuencia entre los 20 y 26 cm (Figura 7).

Para determinar la técnica a emplear, se utiliza la medición del tamaño de la mama, para ello se determina la talla de la copa del sostén; esto se logra midiendo la diferencia entre los perímetros mamarios (PM) y perímetro toráxico (PT), con la paciente de pie. El PT se obtiene con la paciente en reposo respiratorio, por debajo de las mamas, el PM se obtiene en el punto de mayor proyección de las mamas. Se restan ambas medidas y se obtienen las tallas de las copas del sostén (Tabla 1).

Tabla 1.

PM-PT en cm	Copa Sostén
0-6	A
7-12	В
13-18	C
19-24	D

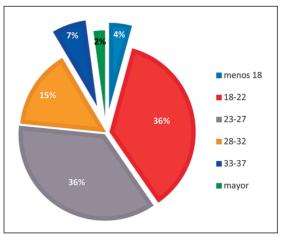


Figura 3. Distribución por edad.

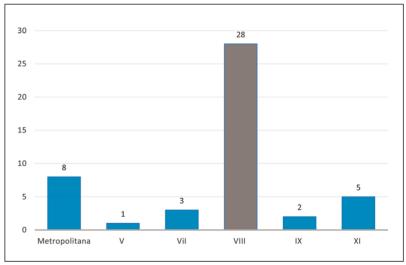


Figura 4. Distribución por procedencia geográfica.

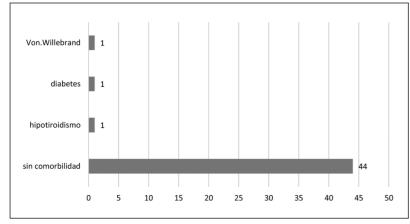


Figura 5. Presencia de comorbilidad.

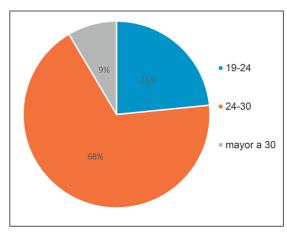


Figura 6. Distribución según IMC.

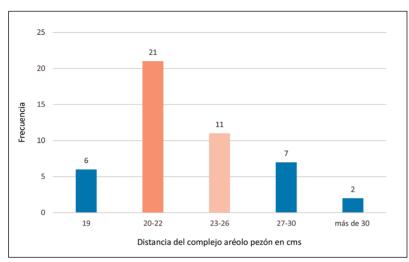


Figura 7. Distancia del complejo aréolo pezón.

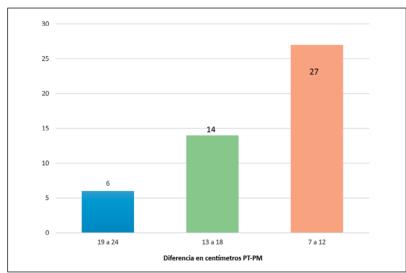


Figura 8. Diferencias entre perímetro mamario y torácico.



Foto 2. Compresión elástica mamaria.

Un 57% tenía una diferencia de perímetros entre 7 cm y 12 cm, es decir de un tamaño mamario comparado con una copa B. Un 12% (6 pacientes) presentaron una gigantomastia (diferencia de los perímetros mayor a 18 cm) (Figura 8).

En la demarcación preoperatoria se tiene en cuenta, la proyección del surco submamario, la proyección del escote, la elasticidad de la piel, el diámetro del CAP nativo y la ubicación del nuevo CAP masculino (Foto 1).

Como conducta general, los pacientes para disimular el tamaño mamario, todos utilizan compresión con faja elástica a nivel del tórax; el uso prolongado de éstas, ocasiona mayor grosor, grasitud e hiperpigmentación de la piel. Todos factores importantes en colaborar en un deterioro de la cicatrización (Fotos 2 y 3). También ocasiona cambios reversibles en la parrilla costal.



Foto 1. Marcación preoperatoria.



Foto 3.

El diámetro del complejo aréola pezón (CAP), medido desde la línea medio clavicular al pezón; se distribuyó entre los 5 y 6 cm y a pesar de no haber experimentado ningún paciente la lactancia ni embarazo, el diámetro de la mamila fue mayor. La reconstrucción del CAP se ejecutó como injerto de piel total, como pieza única de un diámetro de 2,5 cm, incluyendo el pezón como unidad central, sin manipular su tamaño. Se fija a su nuevo lugar mediante curación de Braun (curación compresiva específica para los injertos de piel total (Fotos 4 y 5).

Una vez prendido el injerto y en su evolución posterior, se apreció atrofia del pezón, logrando un aspecto masculino, disminuyendo su diámetro y tamaño a dimensiones aceptables. La opción de disminuir su tamaño al momento de injertarlo se descartó, ya que el estrés quirúrgico de la manipulación adicional podría influir en su vitalidad (Foto 6).

A un 29% (14 pacientes) se le resecaron en promedio más de 600 g de tejido mamario por mama. La mayor frecuencia de tejido resecado en esta serie, correspondió a menos de 300 g por mama (29% = 19) (Figura 9).

Las técnicas empleadas fueron diseño de la cicatriz en T, con reconstrucción del CAP mediante injerto de piel total, esta técnica fue utilizada al inicio de esta serie; luego se migró a un diseño



Foto 4. Curación de Braun.



Foto 5. Curación de Braun.



Foto 6. Reconstrucción del complejo aréola pezón.

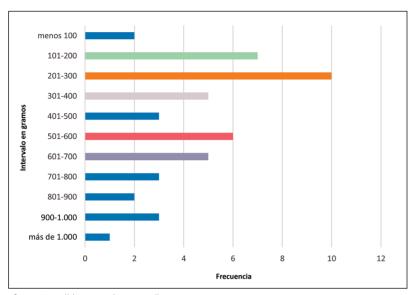


Figura 9. Tejido resecado promedio por mama.

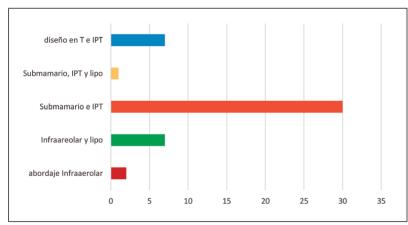


Figura 10. Técnica quirúrgica.

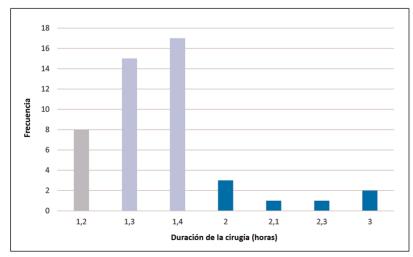


Figura 11. Duración de la intervención

prioritario de abordaje submamario, manteniendo la reconstrucción del CAP, mediante injerto de piel total (IPT). Posteriormente adicionamos liposucción complementaria, con lo que se reducía algo el tamaño de la cicatriz transversal y había menos exudado en los drenes en el posoperatorio. Claro que en estos casos se prolongó en al menos 45 min el tiempo operatorio (Figura 10)

La elección de la técnica quirúrgica depende de la consistencia de la mama y del tamaño de ésta; aquellas comparables a copa A, se elige técnica periareolar, siendo una relación directa entre tamaño de la mama y extensión de la cicatriz.

La técnica más utilizada fue la del abordaje submamario e IPT en un 63,8% (30 pacientes).

En aquellas mamas pequeñas se practicó un abordaje submamario, asociada a liposucción tumescente con solución de Klein.

Las complicaciones observadas se asociaron al no uso de dren; La adenectomía ocasiona una gran destrucción del sistema linfático, por lo que la colección posoperatoria es importante. En los inicios de esta experiencia, omitimos dejar drenes aspirativos; hubo una relación directa en la presencia de seromas. Desde que rutinariamente dejamos dren aspirativo cerrado, no se presentaron complicaciones derivadas de la colección.

El promedio de duración de la intervención fue de 100 min (mínimo 80 y máximo 180) (Figura 11).

La necrosis parcial de la aréola se presentó en un paciente con enfermedad de Von Willebrand, asociada a hematoma compresivo por debajo del IPT (Figura 12).

Respecto a la reconstrucción de la unidad CAP mediante injerto de piel total, no tuvimos complicaciones que comprometieran la totalidad del complejo aréola pezón, solo observamos en tres casos necrosis parcial; se observó un excelente prendimiento y una disminución del tamaño de la mamila, sin intervenir directamente en esta.

Por la naturaleza geográfica de los pacientes, un 49% es de otra región del país, continúan su tratamiento hormonal y las otras cirugías requeridas, en sus regiones de origen.

El seguimiento máximo fue hasta el año de la intervención, esto lo explicamos por la ubicación geográfica de los pacientes, continúan sus controles en su Hospital de origen (Figura 13)⁵. Solo un 19,4% de los pacientes operados; fue sometido en el mismo Hospital a histerectomía y ooforectomía complementaria, solo un 15% de ellos fue sometido a miloidoplastía. El resto está en espera de las cirugías. Ningun paciente ha sido sometido a faloplastía (Figura 14).



Foto 7. Técnica submamaria con IPT del CAP.

El estudio anatomopatológico del tejido resecado, fue normal en toda esta serie.

Conclusiones

En Chile existen pocos programas estructurados para la cirugía de reasignación de sexo, que sean de fácil acceso y que ofrezcan las intervenciones requeridas en forma oportuna y segura; resulta difícil calcular el costo que estas cirugías implican; en este estudio, las cirugías se ejecutaron con horario funcionario, utilizando los recursos técnicos y humanos que el establecimiento posee; se generó un cambio de actitud del personal del Hospital, en cuanto a

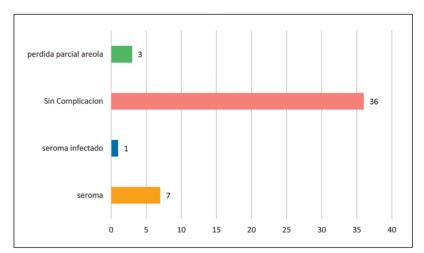


Figura 12. Complicaciones postoperatorias.

la atención directa del paciente; con instrucciones especiales de nombrarlo con su nombre social; se adecuó un espacio especial de hospitalización, respetando su privacidad y dignidad.

En el desarrollo de este programa, la gratitud de los pacientes se evidencia desde el primer día, ellos provienen de diferentes puntos del país; están escasamente acompañados. Dada la difusión del programa, son cada día más los pacientes que solicitan esta intervención; cirugía que podemos ofrecer con la experiencia adecuada y con repercusión inmediata de mejoría de la calidad de vida.

Por las características del grupo estudiado, no se

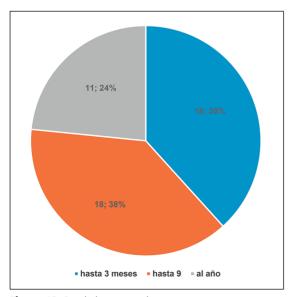


Figura 13. Seguimiento posterior.

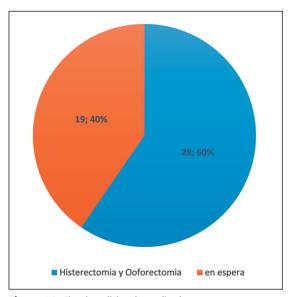


Figura 14. Cirugías adicionales realizadas.

ha podido implementar algún método de valoración de resultados y de satisfacción, así como mantener controles a largo plazo.

Ha sido invaluable la gratificación personal que me ha brindado esta experiencia.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los au-

tores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflictos de interés: no hay.

Referencias

- King, Dave "Confusiones de género: concepciones psicológicas y psiquiátricas sobre el travestismo y la transexualidad". Antropología, identidad y género. Ed. TALASA, Madrid, 1998.
- Gómez Gil E, Peri Nogués JM, Trastornos de Identidad Sexual: aspectos epidemiológicos, sociodemográficos,
- psiquiátricos y evolutivos, en Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 2001, Barcelona España.
- Founding Committee of the Harris
 Benjamin Gender Dysphoria Association.
 Standards of care: The hormonal and
 surgical sex reassignment of gender
 dysphoric persons. Arch Sex Behav
 14:75.
- 4. Edgerton MT. The role of surgery in the

- treatment of transsexualism. Ann,Plast. Surg.13:473-84.
- Berg JEA, Gustafsson M. Long Term Follow up After Sex Reassignment Surgery. Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery 1997;31:39-45. DOI: 10.3109/028443197090105036
- 6. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley 21120. 10-12-2018.