



## P-380 - FÍSTULAS RECTO-NEOVAGINALES TRAS CIRUGÍA DE REASIGNACIÓN DE SEXO

Guevara Martínez, Jenny; Barragán Serrano, Cristina; Ramos, Pedro; Díaz San Andrés, Beatriz; Zarbakhsh, Shirin; Bonastre, Jorge; Casado Pérez, César; Cantero Cid, Ramón

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La cirugía de reasignación genital de hombre a mujer o vaginoplastia comprende aquellos procedimientos quirúrgicos que se necesitan para conseguir recrear un perineo femenino funcional y estéticamente aceptable con minimización de cicatrices. La paciente debe poder orinar sentada, poder mantener relaciones sexuales con penetración y alcanzar la satisfacción sexual. La técnica de elección en nuestro centro es la vaginoplastia con colgajo de inversión peneana con/sin injertos escrotales. La cavidad de la neovagina se crea a nivel de la fascia de Denovelliers, entre la próstata y el recto, de una longitud entre 12-14 cm. Después se recubre el colgajo peneano con un tejido elástico y sin pelo. Si la longitud del pene es limitada se añaden injertos cutáneos de la zona escrotal. Se realiza orquiectomía y extirpación de los cuerpos cavernosos y parte del glande, y su pedículo vasculonervioso recreará el neoclítoris (fundamental para la estimulación sexual). La vulva se completa con el acortamiento de la uretra y el diseño de labios mayores y menores a partir del escroto. Las fístulas recto-neovaginales (FRNV) son una complicación poco frecuente tras la realización de vaginoplastia. En el Servicio de Cirugía Plástica se realizan entre 25-30 cirugías de neovagina anualmente.

**Casos clínicos:** Presentamos 3 pacientes con diagnóstico de FRNV operadas en nuestra Unidad con evolución favorable posterior: Primera paciente con FRNV diferida, hallazgo en el postoperatorio tardío durante las dilataciones, con emisión de gases por vagina. Se intenta reparar con cierre directo en dos ocasiones vía vaginal por parte de C. plástica, pero se fracasa. Finalmente, colostomía temporal y *flap* endorrectal. Segunda paciente con FRNV temprana a las dos semanas de cirugía de ampliación vaginal tras utilización de dilatador agresivo (consolador). Se trata con colostomía temporal, cierre por segunda intención con buena evolución, sin evidencia de fístula en control radiológico con posterior reconstrucción del tránsito. Tercera paciente con FRNV inmediata, hallazgo en la primera cura tras retirada de taponamiento vaginal a los 5 días. Se mantiene en dieta absoluta y a las 48 horas se realiza cierre vía transanal con colgajo de pared rectal. Inicia tolerancia a los 3 días, con ritmo deposicional normal a los 6 días, sin evidencia de salida de contenido a través de vagina.

**Discusión:** Existen en la literatura pocos casos documentados de fístulas tras cirugía de reasignación de sexo, con una incidencia entre 2-17%. Las fístulas de recto-neovagina son las más frecuentes luego de esta cirugía, seguida de fístulas uretro-neovaginales y fístulas de *pouch* vaginal. Entre las causas más frecuentes se encuentran la iatrogénicas (por perforaciones desapercibidas durante, o luego de la intervención), neoplasias, traumáticas, radioterapia. Debido a la baja incidencia de esta complicación no existe un consenso para el manejo de esta patología. Se describen cierre primario, manejo conservador, colostomía derivativa o

realización de colgajos con mucosa rectal, oral o con colgajos musculares.