

10. Higa KD, Ho T, Boone KB. Internal hernias after laparoscopic Roux-en-Y gastric by-pass: incidence, treatment and prevention. *Obesity Surgery*. 2003;13:350-4.

Roser Farré Font*, Merçè Güell Farré y Raül Libori Ramos

Departamento de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Althaia, Fundació Xarxa Assistencial, Manresa, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: roser.farrefont@gmail.com (R. Farré Font).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:[10.1016/j.ciresp.2010.11.011](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2010.11.011)

Hernia inguinal y quiste de cordón espermático en una paciente sometida previamente a una cirugía de reasignación de sexo

Inguinal hernia and spermatic cord cyst in a patient previously subjected to sex-change surgery

La cirugía de reasignación de sexo (CRS) es una intervención que se encuadra dentro del plan de tratamiento de los pacientes con un trastorno de identidad de género. Aunque este tipo de intervenciones parecen alejadas de la cirugía general, la posibilidad de aparición de masas y dolor en la región inguinal hace que el cirujano general deba conocer los principios básicos de estas intervenciones.

Presentamos el caso de una paciente con sexo genético masculino y un trastorno de identidad de género intervenido en su país natal de Sudamérica. Además de esta intervención, la paciente había sido sometida a apendicectomía, mamoplastia, otoplastia y abdominoplastia con posterior formación de un seroma en la región hipogástrica, que requirió drenaje percutáneo en varias ocasiones. La paciente, de 33 años de edad, consultó por dolor y tumoración de meses de evolución en el labio mayor y la región inguinal izquierda. No refería fiebre ni otra sintomatología asociada. Al interrogarla sobre la CRS a la que había sido sometida, refería que uno de los testículos había sido conservado para mantener el deseo sexual. A la exploración física destacaba la existencia de una tumoración no reductible en la región inguinal izquierda que alcanzaba el labio mayor ipsilateral (fig. 1). Se realizó una TC pélvica en la que se evidenció una colección líquida que se extendía desde el tejido celular subcutáneo del labio mayor izquierdo hasta la musculatura aductora. Posteriormente, se completó el estudio con una ecografía en la que se objetivó la existencia de la colección previamente descrita, aunque con septos en su interior, y un testículo de pequeño tamaño. El hecho de que existieran septos en el interior de la colección indicaba que podía tratarse más de quistes que de una colección líquida. Se decidió intervenir a la paciente, observándose durante la cirugía múltiples quistes mayores de 5 cm en el cordón espermático izquierdo, un testículo anclado a la región medial del muslo y una hernia inguinal tipo 2L (fig. 2). Se realizó resección del cordón espermático y de los quistes, orquiectomía y hernioplastia con *plug* de polipropileno. Tras la

intervención, la paciente evolucionó favorablemente siendo dada de alta al cuarto día postoperatorio. En la revisión realizada un mes después de la intervención, la paciente refería un deseo sexual normal.

El trastorno de identidad de género es una enfermedad que según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV) afecta a uno de cada 30.000 varones y a una de cada 100.000 mujeres¹. El tratamiento del trastorno de identidad de género debe basarse en un abordaje multidisciplinar², que va desde el apoyo psicoterapéutico hasta la CRS. Este tipo de intervenciones han demostrado conseguir una alta satisfacción de las pacientes intervenidas³.

Dentro de las CRS existen múltiples intervenciones que pueden ayudar a que una paciente con sexo genético masculino adquiera un fenotipo femenino^{4,5}. La más frecuentemente utilizada es la vaginoplastia. Durante la misma, se realiza una orquiectomía bilateral⁴ y una neovagina utilizando la piel del pene. Sin embargo, existen cirujanos que no realizan la resección testicular, por miedo a que la disminución de testosterona produzca un descenso en el deseo sexual de la

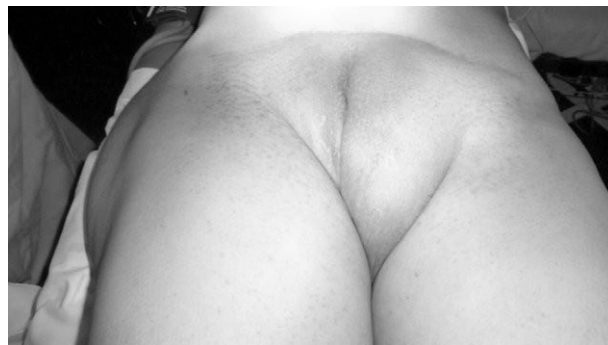


Figura 1 – Foto de la paciente previamente a la intervención. Se observa la tumoración existente en la región inguinal y labio mayor izquierdo.

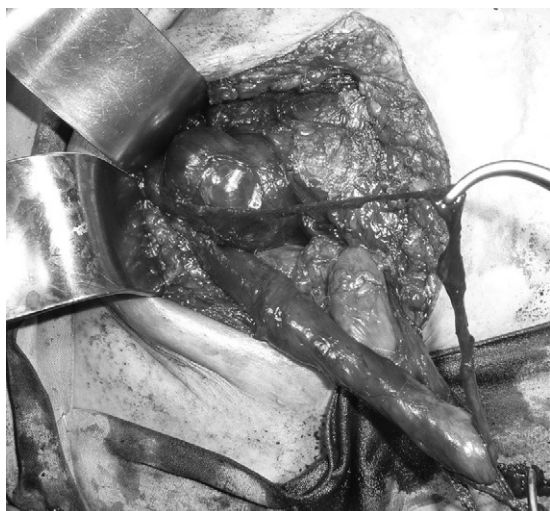


Figura 2 – Imagen de la intervención en la que se evidencia el cordón inguinal y un quiste de cordón de gran tamaño.

paciente. En el único artículo publicado al respecto, Hage et al⁶ describen 4 pacientes a las que se les había dejado un testículo y que tuvieron que ser reintervenidas por un deficiente resultado de la vaginoplastia. No obstante, ninguna de estas pacientes presentaba un quiste de cordón como en nuestro caso. Por esta razón, en todas las pacientes intervenidas de CRS, sobre todo si fueron intervenidas en países de Sudamérica, que consulten por molestias en la región inguinal, debemos indagar sobre el tipo de cirugía que les fue realizada para descartar la presencia de un testículo o cordón espermático que puedan ser la causa de las molestias.

Otro aspecto que debemos tener en cuenta es el diagnóstico diferencial a realizar en pacientes con una tumoración en el labio mayor. Hage et al⁷ describieron 7 pacientes con esta sintomatología, en dos casos se trató de un absceso, en otros dos de una fístula uretral y en un caso de un resto epididimario, un resto del cuerpo cavernoso y un quiste prostático respectivamente. A estas posibles causas debemos añadir el caso de nuestra paciente, es decir, un quiste de cordón también puede ser la causa de una tumoración en el labio mayor de la vaginoplastia.

Por último, debemos valorar la posibilidad de que la tumoración y las molestias se deban a una hernia inguinal. En toda paciente sometida a una CRS, la manipulación sobre la región inguinal puede ayudar a la formación de una hernia inguinal. Esto es más probable si, como en el caso de nuestra paciente, se deja *in situ* el cordón espermático.

En conclusión podemos decir que es fundamental hacer una detallada anamnesis en los casos de dolor y tumoración en el labio mayor de la vaginoplastia o en la región inguinal de pacientes sometidas a CRS. Siendo especialmente importante conocer si en la cirugía se realizó orquiectomía, ya que esa puede ser la causa de la sintomatología.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington DC: Masson. 1995.
2. Meriggiola MC, Jannini EA, Lenzi A, Maggi M, Manieri C. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline: commentary from a European perspective. *Eur J Endocrinol.* 2010;162:831-3.
3. Imbimbo C, Verze P, Palmieri A, Longo N, Fusco F, Arcaniolo D, et al. A report from a single institute's 14-year experience in treatment of male-to-female transsexuals. *J Sex Med.* 2009;6:2736-45.
4. Perovis SV, Stanojevic DS, Djordjevic MLJ. Vaginoplasty in male transsexuals using penile skin and a urethral flap. *BJU Int.* 2000;86:843-50.
5. Ott J, van Trotsenburg M, Kaufmann U, Schöngendorfer K, Haslik W, Huber JC, et al. Combined hysterectomy/salpingo-oophorectomy and mastectomy is a safe and valuable procedure for female-to-male transsexuals. *J Sex Med.* 2010;7:2130-8.
6. Hage JJ, Karim RB, van Diest PJ. Sparing a testis during vaginoplasty in male-to-female transsexuals: does it benefit our patients? *Plast Reconstr Surg.* 2001;107:1772-5.
7. Hage JJ, Karim RB, Bloemena E. Labial masses following vaginoplasty in male transsexuals: the differential diagnosis. *Plast Reconstr Surg.* 1996;97:1226-32.

Óscar Cano-Valderrama*, Juan Cabeza,
Domingo Jiménez-Valladolid, Isabel Delgado
y Antonio José Torres

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo 2, Hospital
Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: oscarcanovalderrama@hotmail.com
(Ó. Cano-Valderrama).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los
derechos reservados.

doi:[10.1016/j.ciresp.2011.02.011](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.02.011)