

ESTADOS INTERSEXO

Alfred Kinsey¹ definiu o conceito de Hermafroditismo como a combinação numa só pessoa de caracteres sexuais primários dos dois sexos (ovários e testículos).

Curiosamente Goldschmidt² considerava que um homem ou uma mulher homossexual era um estado inter-sexo, conceito este contrariado (e bem) por Kinsey já que a escolha do parceiro sexual não é afectada por nenhuma condicionante fisiológica.

Um dos sinónimos nos anos 40 do século passado para homossexualidade era hermafroditismo psico-social!

Hoje em dia o termo correcto para definir este fenómeno (hermafroditismo) é estado inter-sexo.

ALTERAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO SEXUAL OVOTESTICULAR (Hermafroditismo verdadeiro) - Quimerismo 46XX/46XY³

O diagnóstico de hermafroditismo verdadeiro requer a presença de tecido ovárico (contendo folículos) e de tecido testicular, quer seja na mesma gónada quer em gónada oposta.

Trata-se de uma situação rara e foi observada em cerca de 500 indivíduos no mundo inteiro.

A base molecular desta alteração não é conhecida, embora exista um predomínio familiar.

A diferenciação genital e o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários são muito variáveis nesta situação. A maior parte dos doentes tem genitais ambíguos ou uma hipospádia significativa. A criptorquídea é comum, mas habitualmente pelo menos uma gónada é palpável na prega labio-escrotal ou na região inguinal, mais habitualmente à direita. O desenvolvimento mamário é habitual na altura da puberdade e a menstruação ocorre numa proporção significativa de casos, assim como a ovulação e mesmo a gravidez.

No entanto pode ocorrer uma androgenização progressiva em raparigas com tecido testicular significativo, o que pode condicionar alterações na voz e um aumento do clitoris durante a adolescência.

Os indivíduos criados como rapazes apresentam habitualmente hipospádias e testículos não descidos, apesar de terem sido referidos casos de ovo-testículos bilateralmente no escroto. Estes indivíduos podem sofrer de estrogenização significativa na altura da puberdade e podem ter hematúria cíclica se tiverem útero. A espermatogénese é rara sendo a fibrose intersticial dos testículos frequente.

Para além da anomalia da diferenciação sexual atrás descrita, as que mais podem induzir ambiguidade sexual são os erros de metabolismo congénitos que afectam as hormonas da reprodução⁴. Aqui fica uma breve descrição dos principais:

ERROS DE METABOLISMO CONGÉNITOS QUE AFECTAM AS HORMONAS DA REPRODUÇÃO

Síndrome de insensibilidade aos androgéneos. É uma situação rara, que ocorre em 1:13.158 a 40.800 nados vivos⁵, na qual o corpo é feminino mas sem que as trompas de Falópio, útero e parte superior da vagina se desenvolvam. Apresentam vagina pequena com genitais externos normais. Os testículos encontram-se habitualmente na cavidade abdominal, na região inguinal ou nos grandes lábios (Fig. 1).

Nos casos de **Síndrome de insensibilidade parcial aos androgéneos**, além do quadro acima descrito, podem apresentar um certo grau de desenvolvimento peniano desde o nascimento (Figs. 2 e 3).

Outra situação de ambiguidade genital é a **Deficiência em 5 alfa redutase 2**, prevalente numa comunidade da República Dominicana estudada por Imperato-McGinley e seus colaboradores⁶, em que os

afectados nascem com genitais ambíguos: o seio uro-genital assemelha-se a uma bolsa vaginal cega, com um falo tipo clítoris, escroto tipo lábios vaginais e testículos inguinais ou nos grandes lábios. Embora a maioria seja considerado do sexo feminino à nascença, na puberdade o desenvolvimento faz-se no sentido masculino (Fig. 4).

Uma situação em tudo semelhante à anteriormente descrita é a **deficiência em 17 β -hidroxiesteróide desidrogenase**.

A grande questão nestes casos prende-se com a atribuição do sexo à nascença que poderá não estar em conformidade com o real. Daí pode advir o desenvolvimento psico-sexual de uma pessoa eventualmente no género cruzado, com toda a problemática inerente. Antigamente estas crianças eram submetidas a intervenções cirúrgicas em idades precoces e por vezes, só anos mais tarde, se percebia que o sexo "cirurgicamente determinado" poderia não corresponder ao sexo real do indivíduo. Não nos é difícil imaginar o impacto psicológico nestas situações...

Hoje em dia opta-se por esperar e adequar cirurgicamente o corpo à identidade de género da pessoa. Desde que se tornaram rotina as intervenções para mudança de sexo nos casos de Disforia de Género (Transexualidade), não é complexo para um cirurgião treinado fazer este tipo de cirurgias para corrigir as ambiguidades sexuais, respeitando o sexo escolhido (sentido) pelo próprio.

Pedro de Freitas, MD, PhD

Maio 2016

BIBLIOGRAFIA:

1. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Sexual Behavior in the human male. W.B. Saunders Company, 7ª edição. 1948
2. Goldschmidt R. 1916. Die biologischen grundlagen der Kontraten Sexualitat und des Hermaphroditismus beim Menschen. Arch.f.Rassen- und Gesellschaftsbiol. 121-14
3. Grumbach MM, Highes IA, Conte FA: Disorders of sex differentiation. In Larsen PR, Kronenberg HM, Melmed S et al, eds. Williams Textbook of Endocrinology, 10th ed. Philadelphia: WB Saunders, 2003: 842-1002
4. Bancroft J. Human Sexuality and its problems. Churchill Livingstone, 3ª edição. 2009
5. Minto CL, Liao KL-M, Conway GS, Creighton SM. 2003. Sexual function in women with complete androgen insensivity syndrome. Fertility and Sterility 80: 157-164
6. Imperato-McGinley J, Guerrero L, Gautier T, Peterson RE. 1974. Steroid 5a-reductase deficiency in man: an inherited form of male pseudo-hermaphroditism. Science 186: 1213-1215

IMAGENS

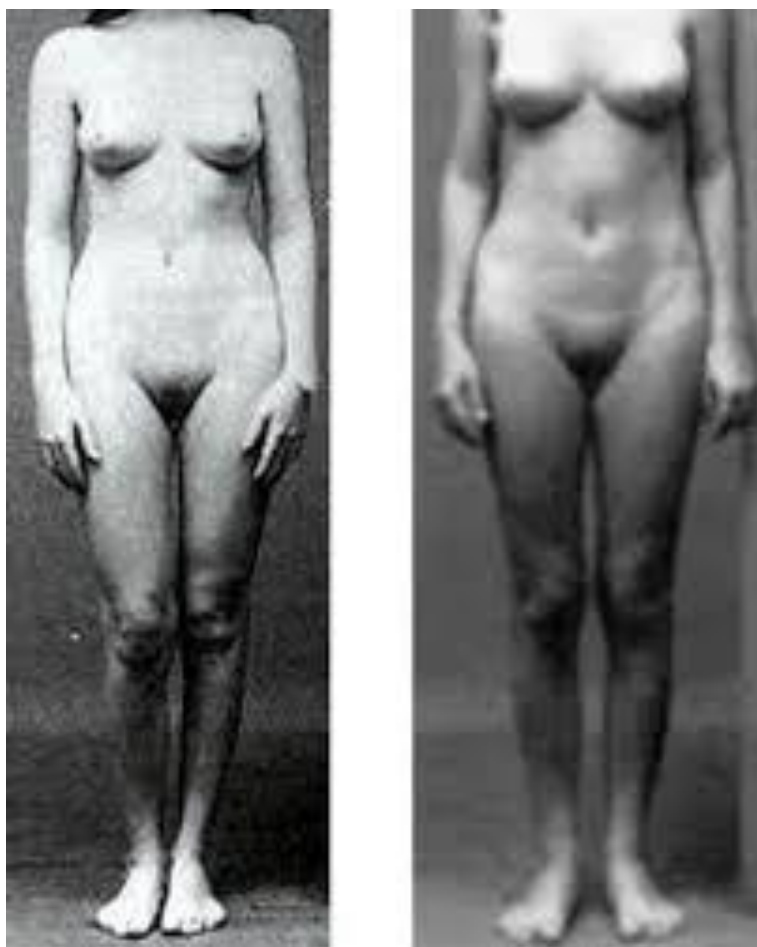


Fig. 1

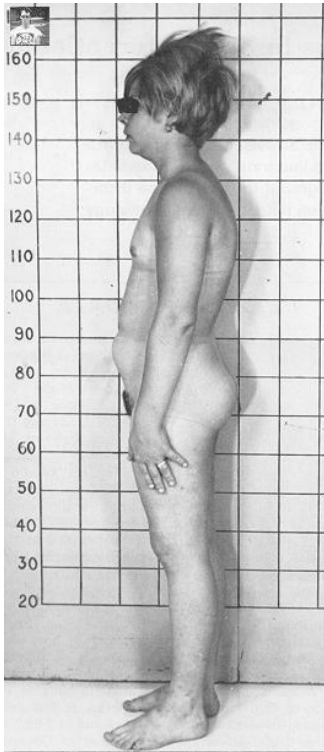


Fig. 2



Peniform clitoris in an androgen-sensitive male pseudohermaphrodite without uterus.

Fig. 3



Fig. 4