

Atención endocrinológica en niños y adolescentes transgénero

Seminario de Actualización en Endocrinología – 24 de abril de 2021

Ponente: *Dr. Bobadilla-Olaje Gustavo Francisco*

Redactó: *Calleja-López Jesús René Tadeo*

Desde hace tiempo era evidente la existencia de grupos de personas que mostraban confusión o angustia por su identidad sexual. En el siglo XX emergieron grupos de personas que decían sentirse “atrapados” en el cuerpo incorrecto. El término transexual fue utilizado por Magnus Hirschfeld en 1923 para personas que deseaban vivir como su sexo opuesto. En 1941, Harry Benjamin dio el primer manejo con estrógenos a un varón que deseaba ser mujer, y en 1954 escribió “The Transsexual Phenomenon”, acuñándose la palabra transexual. En 1979 se fundó “The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association”, que publicó los primeros estándares de manejo para personas con disforia de género.

Para obtener un mejor entendimiento del tema, es importante clarificar las diferencias existentes entre los siguientes términos:

- Sexo: características o atributos que caracterizan como masculino o femenino (genes, cromosomas, gónadas, genitales, etc.).
- Identidad de género: género al que uno se siente y cree perteneciente, es decir, con el que la persona se identifica.
- Rol de género: comportamientos, actitudes y personalidad que se consideran típicas o características según el sexo.
- Expresión de género: manifestación externa de un género (pronombres, comportamiento, ropa, peinado, voz, características físicas, etc.).
- Orientación sexual: atracción física y emocional hacia una persona.
- Transgénero: persona cuya identidad de género difiere al sexo asignado al nacimiento.
- Transexual: definición antigua utilizada en personas que realizaron transición permanente (reasignación sexual) con manejo médico (hormonal y/o quirúrgico).
- Transmujer: persona biológicamente hombre que se identifica como mujer.
- Transvarón: persona biológicamente mujer que se identifica como hombre.

El sexo se puede clasificar de dos formas, el biológico y el biopsicosocial.

El sexo biológico es inamovible y está determinado a nivel genético, expresando ya sea un fenotipo femenino o masculino. Por otro lado, el sexo biopsicosocial es variable según el contexto sociocultural que rodea al individuo, y se compone por el rol de género, la identificación y orientación sexual (**Figura 1**). El rol de género se clasifica en masculino y femenino, y determina qué es lo que el sujeto debe hacer y qué es lo que le gusta hacer. La identificación describe quién es el sujeto y se clasifica en cis, cuando se identifica con su sexo biológico, trans, cuando se identifica con el sexo opuesto al biológico, y no binario, cuando no se identifica con alguno de los sexos biológicos. La orientación sexual se refiere a la atracción que tiene el sujeto, pudiendo ser:

- Heterosexual, cuando la atracción es hacia el sexo biológico opuesto.
- Homosexual, cuando la atracción es por el mismo sexo.
- Bisexual, cuando existe atracción por ambos sexos biológicos.
- Asexual, cuando no siente atracción por ninguno de los sexos biológicos.

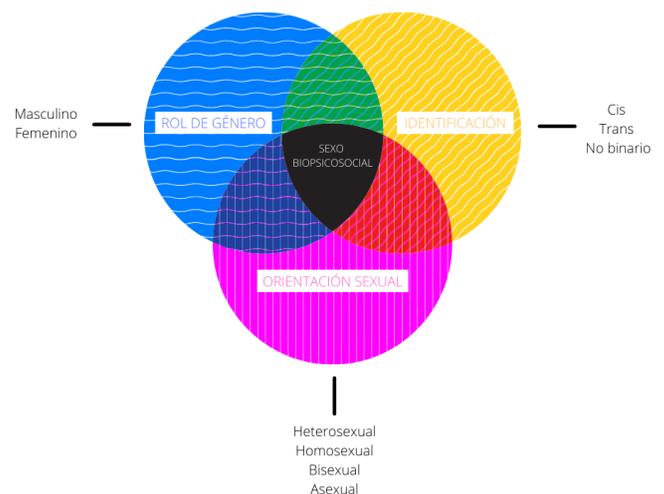


Figura 1. Gráfico "Sexo biopsicosocial" (Autor: Karla Daniela Mayeda González).



Epidemiología

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5), la prevalencia en adultos de personas transgénero es de 0.005 a 0.014 % en varones y 0.002 a 0.003 % en mujeres. Suele ser más común en varones, especialmente prepúberes y adolescentes. Existen estudios recientes que han determinado prevalencias específicas como en Holanda, donde se encontró una prevalencia de un transvarón por cada 5200 personas y de una transmujer por cada 3800 personas. Por otro lado, en Estados Unidos se encuestó una muestra de 2730 niños y se encontró que alrededor del 1.3 % se identificaron como el sexo opuesto. En otro estudio realizado en el mismo país se observó que, en una muestra de 81 885 adolescentes, 3.6 % de las mujeres y 1.7 % de los hombres se identificaron como transgénero. En Nueva Zelanda se realizó un estudio similar en 8166 adolescentes y se observó que 1.2 % se identificaron como transgénero, además 2.5 % no estaban seguros de su identidad de género. En Canadá y Holanda, se observó que la identificación como transgénero en niños era más común en varones; sin embargo, este patrón se invirtió en adolescentes, ya que las mujeres se identificaron más como transgénero según datos obtenidos después del 2006.

En el estudio realizado por Zucker et al. en Canadá, se observó que después de 1984-1985 hubo un aumento considerable de casos particularmente en niños, y a partir del 2000 hubo un comportamiento similar, pero esta vez en adolescentes. Estos resultados fueron corroborados por un estudio de cohorte realizado en Holanda por Wiepjes et al. en 2018.

Diagnóstico

Hay que partir del hecho que “ser transgénero” no es como tal un diagnóstico, sino una condición de vida. A raíz de esto, el principal problema clínico que se puede presentar y que es acreedor de tratamiento, es la disforia de género. Las características clínicas de las personas transgénero son comúnmente las siguientes: inicio entre los 2 y 4 años de edad, deseo o afirmación de ser o parecer del sexo opuesto, preferencia marcada por comportamientos y gustos del sexo opuesto, deseo de tener genitales del sexo opuesto, deseo de vestirse y verse como el sexo deseado, rechazo y

negación de los genitales propios, dibujarse como el sexo opuesto, preferencia por jugar con niños del sexo opuesto, tomar el rol del sexo deseado, y rechazo de los cambios puberales del sexo asignado.

Disforia de género

Es definida en el DSM-5 como un “malestar que acompaña a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por un sujeto y el género asignado al nacimiento”. En las figuras 1 y 2 se muestran los criterios diagnósticos propuestos en el DSM-5 para esta entidad clínica en niños, adolescentes y adultos.

Criterios diagnósticos de disforia de género en niños según el DSM-5.

A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe ser el criterio A1):

1. Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
2. En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado) una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas.
3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
4. Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto.
5. Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto.
6. En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.
7. Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.
8. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo que se siente.



B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Criterios diagnósticos de disforia de género en adolescentes y adultos según el DSM-5.

A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:

1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).
2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o expresa (o en los adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios previstos).
3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.
4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Por otro lado, la Clasificación Internacional de Enfermedades en su onceava edición (CIE-11), define el término discordancia de género como una “marcada y persistente discordancia entre el género experimentado de la persona y el sexo asignado”.

Tratamiento

El tratamiento de la disforia de género es necesario debido a las posibles comorbilidades psiquiátricas, las cuales pueden llegar a ser muy graves e incapacitantes; además el acceso a psicoterapia, tratamiento hormonal y cirugía, mejora el pronóstico general de los pacientes.

El manejo es multidisciplinario ya que involucra un aspecto mental abordado por un psiquiatra infantil, uno hormonal abordado por un endocrinólogo pediatra, y uno quirúrgico abordado idealmente por un urólogo pediatra. Es importante destacar que no todos los pacientes transgénero van a requerir manejo hormonal y quirúrgico, ya que la gran mayoría logra tener una afirmación de su género a través de psicoterapia, revirtiendo ese problema de identificación. Algunos criterios establecidos para el manejo hormonal son los siguientes: persistencia de disforia de género después de la pubertad, edad mental suficiente, aceptación del tratamiento por los padres y el paciente.

Se consideran al menos cuatro estadios de tratamiento para la disforia de género (**Figura 2**). El primer estadio es el manejo psicológico, el segundo es la supresión de la pubertad a través de análogos de hormona liberadora



Figura 2. Gráfico "Estadios del tratamiento: Disforia de género" (Autor: Karla Daniela Mayeda González).

INFORMES DE CONFERENCIA

de gonadotropina (GnRH), el tercero es la afirmación de género hormonal a través de estrógenos conjugados o testosterona (dependiendo del caso), y el cuarto es la afirmación de género quirúrgica a través de gonadectomía y reconstrucción genital.

En cuanto a la evaluación psiquiátrica, es necesario establecer que la salud mental es la piedra angular en el manejo de personas transgénero. El dato clínico más importante suele ser la persistencia de disforia de género o intensificación de esta con el brote puberal. Es necesario buscar comorbilidades como depresión, ansiedad generalizada e ideación suicida; también es importante realizar diagnósticos diferenciales con otros trastornos psiquiátricos como inconformidad con la orientación sexual, travestismo, trastorno dismórfico corporal, entre otros. El psiquiatra debe estar capacitado en el manejo de estos pacientes, iniciar el tratamiento psicoterapéutico y valorar adecuadamente cuando existe la necesidad de realizar un bloqueo de la pubertad o iniciar tratamiento hormonal en conjunto con un endocrinólogo pediatra.

El tratamiento hormonal comienza con el bloqueo de la pubertad, realizado a través de análogos de GnRh. La aplicación de estos fármacos es por vía intramuscular en formulación mensual o trimestral. Las ventajas del bloqueo puberal incluyen: disminuir el estrés y la ansiedad, mejorar el estado emocional, explorar la identidad de género y evitar cambios permanentes del desarrollo. Es importante recordar que se deben vigilar adecuadamente los posibles efectos colaterales del bloqueo como síntomas vasomotores, disminución de la densidad ósea, aumento de peso y talla baja.

La afirmación de género debe considerarse cuando exista persistencia de disforia de género, no existan contraindicaciones médicas, el paciente esté enterado de los riesgos y beneficios, y se cuente con un consentimiento firmado por el mismo. Para realizarla es necesario que el paciente haya iniciado la pubertad, tenga bloqueo puberal con análogos de GnRH y se encuentre idealmente entre los 14 y 16 años. En el caso de las transmujeres se realizará a través de estrógenos conjugados y antiandrógenos orales, y en el caso de los transvarones con testosterona. Es importante recalcar que debe realizarse de manera paulatina para que asemeje una pubertad normal.

Los pacientes que sean sometidos a este estadio de tratamiento deben recibir seguimiento cada 3-6 meses. Los primeros efectos del tratamiento en transvarones se presentan entre el primer y sexto mes, estos incluyen cambios en la piel y la presencia de acné. Entre los 6-12 meses se presenta crecimiento de vello facial y corporal, y aumento de masa muscular. Después del año de tratamiento, aparecen el resto de los cambios como redistribución de la grasa corporal, cese de las menstruaciones, engrosamiento de la voz, crecimiento del clítoris y atrofia vaginal. En el caso de las transmujeres, existen efectos que se presentan desde el primer mes como cambios en la piel. A partir de los 6 meses se presentan cambios en la distribución de la grasa corporal y la musculatura, además del aumento de tejido mamario.

Los posibles riesgos asociados al tratamiento hormonal en transmujeres incluyen: enfermedad tromboembólica, macroprolactinoma, cáncer de mama, enfermedad cardiovascular, coleditiasis e hipertrigliceridemia. Por otro lado, en transvarones se puede presentar poliglobulia, disfunción hepática severa, enfermedad cardiovascular, hipertensión y cáncer de mama o útero.

Los criterios para cirugía de afirmación de género son la persistencia de disforia de género, mayoría de edad, al menos 12 meses viviendo en el rol de género deseado, tratamiento hormonal previo por 12 meses con adecuado apego, adecuado control por psiquiatría, entendimiento de riesgos, beneficios y consecuencias del procedimiento quirúrgico. La cirugía de afirmación en transvarones implica mastectomía, salpingooforectomía, histerectomía, creación de neopene y prótesis testiculares. En el caso de las transmujeres comprende aumento de senos, cirugías faciales, reducción de cartílago tiroideos, penectomía con formación de neovagina y gonadectomía.

Es importante que como médicos de primer contacto tengamos conocimiento suficiente acerca de la atención a pacientes transgénero sobre todo en edades tempranas, donde la persona se encuentra todavía en desarrollo tanto biológico como en su entorno biopsicosocial. El reconocimiento de una disforia de género en un paciente transgénero es fundamental, ya que esta entidad clínica requiere abordaje multidisciplinario para manejarse con éxito y revertir sus efectos sobre el paciente.

