

# Capítulo 8

---

## **Diversidad de género. Cuidado de las personas transgénero en la consulta médica de hoy**

**Luisa Fernanda Muñoz Fernández**

Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Antioquia

Máster en anticoncepción, salud sexual y reproductiva para Iberoamérica, Universidad de Alcalá

Docente de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Antioquia

# XXVIII Actualización en Ginecología y Obstetricia

## Introducción

La real academia de la lengua española en su diccionario virtual, define el sexo como la condición orgánica, masculina o femenina de los animales y las plantas. Extrapolando esta definición se ha clasificado también a los seres humanos en su condición de macho o hembra, y para cada uno, se había establecido clásicamente una orientación sexual y por supuesto una identidad de género. El mismo diccionario define género como un conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes; estos parámetros rígidos e inflexibles corresponden a una clasificación binaria y simplista. A través de la historia algunas personas han experimentado angustia y confusión ante este sistema, pues se han sentido atrapados en un cuerpo que no refleja lo que perciben de sí mismos y como desean proyectarse ante los demás. (1)

El término transexual se describió en 1923 para hacer referencia a las personas que deseaban vivir una vida que correspondía con un género diferente al asignado al nacer. En 1966 Harry Benjamin, un médico especialista en endocrinología de origen alemán presentó el libro *The transsexual phenomenon*, una de las primeras publicaciones sobre la disforia de género y la transexualidad; en su prólogo hace referencia a Christine Jorgensen, la primera persona en recibir tratamiento hormonal y cirugía de reasignación de sexo con éxito; quien hizo una transformación de soldado norteamericano a artista de Hollywood, y fue pionera en la defensa de los derechos de las personas trans; a ella expresó su amplia admiración y reconoció el coraje que tuvo para defender sus derechos en la época. Benjamin reconoce en la introducción de su libro la amenaza que el pensamiento y la corriente conservadora puede representar para el progreso de la ciencia en general, y, de la medicina en particular; una realidad para la década de los sesenta que es todavía vigente. (2)

“...Para el hombre sencillo de la calle, solo hay dos sexos. Una persona es hombre o mujer, Adán o Eva. Con más aprendizaje vienen más dudas. Los más sofisticados se dan cuenta de que cada Adán contiene elementos de Eva y cada Eva alberga rastros de Adán, tanto física como psicológicamente...La persona mejor educada sabe de la existencia de intersexuales...también conoce la homosexualidad, la bisexualidad y el travestismo...” (2)

The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association fue fundada en 1979 y es reconocida ahora como The World Professional Association for Transgender Health (WPATH), quienes han publicado guías de manejo para esta población de manera actualizada, y son referente para otros documentos y protocolos en el mundo.

Es importante reconocer que los términos usados para hacer referencia a diferentes circunstancias, expresiones o grupos de personas han sido cambiantes en el tiempo, durante este texto se usarán las descritas por el Ministerio de protección social en la página web del observatorio y Profamilia así:

**Sexo:** clasificación en términos biológicos. En otros textos se usa indistintamente de sexo gonadal o biológico, pero ante la posibilidad de que un individuo cromosómicamente XY tenga genitales de apariencia femenina, la sociedad Americana de Endocrinología sugiere evitar el uso de estos últimos.

**Género:** construcción social, cultural y psicológica que determina el concepto de mujer, hombre y de otras categorías no binarias o normativas. Es la conceptualización de la identidad y los comportamientos.

**Identidad de género:** es la forma como cada persona se construye, se define, se expresa y vive en relación con su sexo y los elementos del género que adopta (femenino, masculino, trans).

**Expresión de género:** hace referencia a la forma en que cada individuo se proyecta al mundo, el nombre, la ropa o corte de cabello; y que puede o no estar en relación con la identidad de género.

**Orientación sexual:** hace referencia al deseo erótico y la afectividad de las personas (heterosexuales, homosexuales, bisexuales y otros).

El término transexualismo ha sido reemplazado por el de disforia de género en el sistema de clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría, para describir a las personas que no se encuentran satisfechas con el género designado; por otro lado, la organización mundial de la salud en el listado de códigos diagnósticos en su última versión CIE-11, ha propuesto el término incongruencia de

género. Ambos se usarán por ahora de igual manera, así como han sido usados en las últimas guías de manejo de la Sociedad Americana de Endocrinología.

## Importancia del cuidado de los pacientes trans

Las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero encuentran dificultades para acceder a servicios médicos de alta calidad y compasivos; en la mayoría de ocasiones por insuficientes conocimientos de los proveedores de salud. (3) El objetivo de esta revisión es describir los aspectos más importantes en el cuidado de las personas trans y promover su cuidado en la consulta ginecológica **ver tabla 1**. Si bien el principal propósito es académico, también busca sensibilizar ante la problemática a la que se ven expuestos estos pacientes.

En este sentido, es importante mencionar el caso de Robert Eads, un hombre trans norteamericano quien luego de recibir tratamiento hormonal de sustitución con testosterona y algunas cirugías, a los 51 años le fue diagnosticado un cáncer de ovario. Debido al estigma social que generaba tratar a personas trans, más de una docena de médicos se rehusaron a tratarle; para 1997 cuando logró acceder a tratamiento oncológico apropiado había pasado un año desde el momento del diagnóstico y finalmente falleció en 1999; su historia fue contada en el documental Southern Comfort el cual fue galardonado en diferentes festivales cinematográficos.

El papel del personal de salud de hoy incluye el garantizar los cuidados a las mujeres trans (quienes han transcurrido un proceso de masculino a femenino) y a los hombres trans (quienes han transcurrido un proceso de femenino a masculino), ya que, a pesar de su nuevo nombre y aspecto físico, requieren de seguimientos y cuidados médicos específicos de nuestra parte. El acompañamiento a los procesos de transición de cada uno de estos individuos antes o durante la pubertad convoca al manejo multidisciplinario con pediatría, psiquiatría, sicología y urología.

**Tabla 1.** Cuidados médicos en la población transgénero.

Mujeres trans	Hombres trans
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamización para cáncer de mama.</li> <li>• Seguimiento de la terapia hormonal con estrógenos incluyendo las posibles comorbilidades que harían reconsiderar su uso.</li> <li>• Establecer el riesgo de desmineralización ósea en cuanto a la adherencia a la terapia y el antecedente de orquiectomía.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de infecciones vaginales, teniendo en cuenta el método quirúrgico usado para su formación.</li> <li>• Tamizaje para cáncer de próstata.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamización para cáncer de mama, aún en quienes fueran sometidos a mastectomía.</li> <li>• Tamización de cáncer de cérvix cuando sea pertinente y vigilancia uterina según síntomas y edad.</li> <li>• Seguimiento de la terapia hormonal con estrógenos, incluyendo las posibles comorbilidades que harían reconsiderar su uso.</li> <li>• Establecer el riesgo de desmineralización ósea en cuanto a la adherencia a la terapia y el antecedente de ooforectomía.</li> <li>• Anticoncepción cuando sea pertinente.</li> </ul>

## Diagnóstico e ingreso al grupo de manejo multidisciplinario

Si bien el objetivo de este documento no es revisar los criterios diagnósticos y la forma como puede realizarse el abordaje de evaluación de las personas transgénero; es recomendable que solo personal entrenado adecuadamente en el uso del DSM-V y que sea capaz de distinguir entre la incongruencia de género/disforia de género y otras condiciones con características similares esté a cargo de los estudios iniciales; además, se requiere entrenamiento en el diagnóstico de otras condiciones psiquiátricas y preferiblemente experticia y experiencia en el campo.

El diagnóstico de niños y adolescentes debe estar acompañado por personal entrenado específicamente en estas edades. Si bien, algunos individuos pueden expresar incomodidad con la asignación de género al nacer y ser marcado su deseo de expresar otra identidad de género durante la niñez; la Academia Americana de Endocrinología sugiere evitar administrar medicamentos que favorezcan

el freno del desarrollo puberal de manera rutinaria en la niñez; por el contrario, se sugiere que la terapia hormonal de reasignación sea iniciada una vez hayan expresado los cambios iniciales más tempranos de pubertad. (1)

### **Criterios diagnósticos de disforia de género en adolescentes y adultos. Los criterios son: (4)**

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:

- 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).
- 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).
- Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.
- Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
- Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
- 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

### **Consideraciones generales sobre el tratamiento hormonal**

Es importante establecer que no todas las personas con disforia/incongruencia de género desean establecer un proceso de transición, y esto está en relación con la expresión de género; o el momento en el que decidan iniciar el proceso de transición puede ser variable, tan temprano como en la niñez, la adolescencia o en la edad adulta.

Los objetivos de la terapia hormonal son disminuir los niveles endógenos de hormonas sexuales y así, disminuir los caracteres sexuales no deseados y reemplazar los niveles hormonales para que sean congruentes con la identidad de género de cada individuo.

Es frecuente que las personas soliciten orientación sobre las diferentes opciones de tratamiento cosmético, médico (hormonal y no hormonal) y quirúrgico en su proceso de transición, y en este sentido, el personal de salud en atención primaria debe contar con el adecuado entrenamiento y conocimiento para ofrecer información veraz, oportuna y adecuada de acuerdo con las particularidades de cada caso. Es importante en principio no crear falsas expectativas respecto a los diferentes tratamientos, el tiempo en que toma en hacer efecto y los cambios que pueden o no experimentar (**tabla 2 y 3**). Algunas características físicas del adulto pueden cambiar en respuesta a la terapia de sustitución hormonal; sin embargo, otras como la gravedad de la voz en las mujeres trans, requerirá de otras terapias como cirugía, al igual que el control del vello corporal que deberá recibir manejo multidisciplinario con dermatología y otras terapias cosméticas.

El tratamiento de adolescentes transgénero implica unas consideraciones especiales que se escapan a las de esta revisión. El inicio del desarrollo puberal marca la posibilidad de inicio de tratamiento hormonal de reafirmación de género; es decir, la administración de hormonas sexuales exógenas que buscan generar los cambios físicos deseados con su identidad de género ya establecida, y suprimir la presencia o desarrollo de las correspondientes con su sexo cromosómico; sin embargo, el inicio de la terapia no solamente debe considerarse en cuanto a la presencia o no de cambios físicos; debe tenerse en cuenta las posibilidades de impacto sobre la salud ósea y la afectación del pico de masa ósea, así como el desarrollo gonadal, que si bien está en relación a los cambios físicos que pudieran ser indeseados por el individuo, también están en relación con su capacidad reproductiva y esto es especialmente importante al momento de asesorar sobre las diferentes opciones de conservación de la fertilidad.

**Tabla 2.** Efectos feminizantes en mujeres transgénero. Cambios

Inicio	Tiempo máximo	
Redistribución de la grasa corporal	3-6 m	2-3 a
Disminución de la masa muscular y fuerza	3-6 m	1-2 a
Disminución oleosidad de la piel	3-6 m	Desconocido
Disminución deseo sexual	1-3 m	3-6 m
Disminución erecciones espontaneas	1-3 m	3-6 m
Disfunción sexual masculina	Variable	Variable
Disminución volumen testicular	3-6 m	2-3 a
Disminución producción espermática	Desconocido	>3 a
Disminución del crecimiento de vello terminal	6-12 m	>3 a
Cambios en la voz • m: meses, a: años	Sin cambios	—

Modificado de: (1)

**Tabla 3.** Efectos masculinizantes en los hombres transgénero.

Cambios	Tiempo	Máximo
Oleosidad de la piel	1-6 m	1-2 a
Crecimiento vello facial y corporal	6-12 m	4-5 a
Aumento masa muscular y fuerza	6-12 m	2-5 a
Redistribución de la grasa corporal	1-6 m	2-5 a
Supresión menstruación	1-6 m	—
Crecimiento del clítoris	1-6 m	1-2 a
Atrofia vaginal	1-6 m	1-2 a
Cambios en la voz	6-12 m	1-2 a

Modificado de: (1)

El uso de la terapia hormonal puede considerarse en aquellos adultos y adolescentes que presenten disforia/ incongruencia de género persistente, bien documentada de acuerdo con los criterios previamente descritos; que estén en capacidad de tomar una decisión adecuadamente informada y consentir el inicio del tratamiento. En caso de que hubiera alguna preocupación por el estado mental del paciente o una comorbilidad relacionada, debe estar adecuadamente tratada y estable.

La edad puede ser un criterio en algunos países o de acuerdo con las consideraciones médicas e inicio de pubertad (la Asociación Americana de Endocrinología, considera los 16 años como una edad en la que la mayoría de los adolescentes han confirmado la persistencia de la disforia de género y tienen capacidad mental suficiente para dar consentimiento informado). Si bien existen pocos estudios en el inicio de tratamiento hormonal previo a los 14 años, se sugiere un equipo multidisciplinario.

La WPATH ha sugerido dentro de sus recomendaciones de práctica clínica, que las personas antes de recibir los tratamientos irreversibles, cirugías, gonadectomía o tratamiento hormonal, establezcan Experiencias de Vida Real (RLE, por su sigla en inglés) lo que implica adoptar de lleno el género elegido en los quehaceres de la vida diaria; sin embargo, algunos autores y grupos de trabajo consideran que tomar por completo el género asignado, sin haber recibido los beneficios de la terapia puede resultar muy desafiante, por lo que se ha sugerido que ambos sucesos, el tratamiento hormonal y las RLE ocurran de manera sincrónica. (3)

El objetivo de estas recomendaciones siempre ha estado encaminado a asegurar que el inicio de tratamientos irreversibles o con efectos importantes sobre la salud, estén de acuerdo con los deseos del paciente y puedan ser integrados dentro de su vida diaria; sin embargo, en ningún momento deben considerarse un requisito y no deben convertirse en barreras para que las personas con disforia/ incongruencia de género, tengan acceso a las diferentes terapias de reafirmación de género.

## Riesgos asociados a la terapia hormonal

La exposición a hormonas sexuales exógenas puede suponer un riesgo según sean los niveles sanguíneos alcanzados, las comorbilidades de cada individuo y los cambios fisiológicos de este nuevo estado hormonal. Es importante realizar medición de los niveles hormonales en el tiempo con el objetivo de evitar, sobretratamiento y niveles suprafisiológicos de testosterona o estrógenos según sea el caso.

En la tabla 4 se exponen los principales riesgos asociados con el uso de terapia hormonal de reafirmación de género. Es importante resaltar que la suspensión de esta, también puede impactar de manera negativa la salud de los individuos; quienes han sido sometidos a gonadectomía deben conocer la importancia de no suspender el tratamiento, pues pueden caer en un estado de hipogonadismo, y es el metabolismo óseo de los más afectados.

**Tabla 4.** Efectos masculinizantes en los hombres transgénero.

Mujeres transgénero: estrógenos	Hombres transgénero: testosterona
Alto riesgo de: enfermedad tromboembólica	Alto riesgo de: poliglobulia (hematocrito mayor de 50 %)
Moderado riesgo de:	Moderado riesgo de:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Macro prolactinoma</li> <li>• Cáncer de mama</li> <li>• Enfermedad coronaria</li> <li>• Enfermedad Cerebrovascular</li> <li>• Colelitiasis</li> <li>• Hipertrigliceridemia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfunción hepática</li> <li>• Enfermedad coronaria</li> <li>• Enfermedad Cerebrovascular</li> <li>• Hipertensión</li> <li>• Cáncer de mama o útero</li> </ul>

**Modificado de:** Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/ Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline

La terapia con estrógenos y antiandrógenos, produce en las mujeres transgénero el desarrollo de tejido mamario histológicamente similar al de las mujeres cisgénero (personas cuyo sexo biológico coincide con su identidad de género), (5) por lo que es razonable la preocupación sobre la posibilidad de desarrollar cáncer de mama; aunque la evidencia hoy en día es controvertida.

Un estudio de cohorte con más de 2.000 mujeres transgénero en los países bajos de 1997, no mostró aumento en la mortalidad por cualquier causa relacionada con el uso de terapia hormonal en un seguimiento de 30 años, y análisis posteriores de esta cohorte en 2013, demostró una incidencia de cáncer de mama similar a la de mujeres cisgénero (4,1/100.000 personas-año). Es por esto por lo que los diferentes grupos de práctica clínica sugieren que se realice tamización para cáncer de mama por encima de los 50 años, cuando llevan más de 5 años de uso de estrógenos en las mujeres transgénero y de igual manera a los hombres transgénero que no han sido sometidos a mastectomía.

No existen guías de tamización para los hombres trans luego de haberse realizado una cirugía reconstructiva; sin embargo, ante la posibilidad de pequeños residuos de tejido mamario se sugiere vigilar clínicamente y considerar el uso de ecografía o resonancia magnética de acuerdo a los factores de riesgo individuales. (3)

En las mujeres transgénero la disminución de los niveles de testosterona está usualmente relacionado con una disminución marcada de la posibilidad de presentar hipertrofia de la próstata; sin embargo, casos de cáncer de próstata han sido reportados en esta población, especialmente en quienes han realizado el proceso de transición por encima de los 50 años, (6) por lo que se sugiere mantener las recomendaciones de tamización con screening clínico, examen rectal y a través de la neovagina en los casos pertinentes y de laboratorio con medición del antígeno prostático. (3)

La asociación Americana de Endocrinología menciona la necesidad de estas estrategias de identificación temprana, en quienes realizaron su proceso de transición por encima de los 20 años, aunque es poco claro debido a la escasa participación de estas personas en los estudios de tamización, sobre cuáles recomendaciones seguir en quienes el proceso de transición ocurrió en la pubertad.

Los hombres transgénero deben continuar la tamización de cáncer de cuello uterino cuando esté indicado; los citotecnólogos deben conocer el origen de la muestra pues en ocasiones, debido al nombre del paciente puede confundirse. Los resultados con muestras inadecuadas son frecuentes y el uso de estrógenos vaginales durante 1 a 2 semanas de la prueba puede mejorar los resultados;

(3) las estrategias de tamización con pruebas de VPH son probablemente las más cómodas para esta población, debido al período libre de seguimiento, hasta 5 años en caso de una prueba de VPH negativo.

Si bien, no existen estrategias de tamización para la enfermedad tromboembólica venosa, en cada consulta es importante establecer el riesgo de trombosis de las pacientes; quienes fumen deben ser invitadas a cesar el consumo de tabaco en cada consulta y referir al especialista en toxicología y adicciones cuando así lo desee la paciente; en estos casos es probable el beneficio de ofrecer la sustitución con estrógenos por vía transdérmica.

El colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón, recomiendan usar los calculadores de riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD, por su sigla en inglés) para establecer la necesidad de uso de aspirina o estatinas, usando datos demográficos y otros factores de riesgo. No hay en el momento guías para indicar si debe usarse el sexo biológico o el de la identidad de género en la aplicación del ASCVD risk calculator; se considera razonable utilizar el de nacimiento, si el proceso de transición fue iniciado de manera tardía; sin embargo, en aquellos individuos cuyo proceso inició a edades tempranas puede usarse el género establecido con la terapia hormonal. (3)

## Terapia hormonal de afirmación de género

En este capítulo se describirán las diferentes alternativas de tratamiento médico hormonal de hombres y mujeres transgénero adultos. El proceso de transición en la niñez/adolescencia requiere unas consideraciones especiales que como se ha mencionado previamente, escapa a los objetivos de este capítulo. Es importante resaltar que el tratamiento con estos compuestos hormonales tiene efecto sobre la fertilidad, por lo que todas las personas deben recibir, previo al inicio del manejo hormonal de sustitución, consejería en preservación de la fertilidad que incluyen crio preservación de espermatozoides u ovocitos.

## Terapia hormonal para hombres transgénero

Los diferentes regímenes de tratamiento hormonal siguen los principios generales del manejo del hipogonadismo masculino, el objetivo es lograr niveles de testosterona en

el rango masculino normal (dependiendo del laboratorio 320 a 1000 ng/dL) pues los niveles suprafisiológicos están relacionados con aumento de los efectos secundarios y deben evitarse. (3)

Existen diferentes preparaciones y vías de administración que se pueden ver resumidos en la tabla 5; no existe suficiente información para sugerir superioridad entre una u otra opción de tratamiento; (1) sin embargo, el uso de parches puede estar limitado por reacciones cutáneas y la vía muscular puede resultar incómoda a largo plazo. En nuestro medio en vista de la no disponibilidad actual del enantato de testosterona, el uso de preparados con undecanoato de testosterona cada 12 semanas pareciera ser la opción más adecuada.

La amenorrea suele presentarse únicamente con el uso de la testosterona, sin embargo, en caso de presentar sangrado menstrual indeseado, pudiera considerarse el uso de progestágenos, ablación endometrial, o si hace parte del deseo del paciente la histerectomía.

**Tabla 5.** Regímenes de tratamiento para el hombre transgénero

Nombre del medicamento	Dosis
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enantato o Cipionato de testosterona</li> <li>• Undecanoato de testosterona</li> <li>• Gel testosterona 1 %</li> <li>• Parche transdérmico de testosterona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100-200mg IM cada 2 semanas o subcutáneo 50 % por semana</li> <li>• 1000mg cada 12 semanas</li> <li>• 50-100mg/día</li> <li>• 2,5-7,5 mg/día</li> </ul>

**Modificado de:** Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline

Durante el seguimiento médico debe identificarse la aparición de poliglobulia, apnea del sueño, hipertensión arterial, ganancia excesiva de peso entre otros.

Durante el primer año se sugieren visitas trimestrales para monitorizar los signos de virilización y la presencia de efectos secundarios; de igual manera, la medición de niveles de testosterona con igual periodicidad hasta que se alcancen los niveles fisiológicos deseados. El momento de la medición de los niveles de testosterona dependerá del preparado usado; en el caso del enantato de testosterona deberá ser entre una y otra dosis con un objetivo de 400-700 ng/dL. En el caso del undecanoato la medición debe realizarse justo antes de la aplicación de la próxima dosis y si el resultado es menor de 400 ng/dL, debe ajustarse el intervalo de la administración. En los pacientes que eligen el tratamiento transdérmico deberá estudiarse luego de una semana de aplicación diaria.

El hematocrito debe medirse de base y cada 3 meses durante el primer año; una vez alcanzados niveles estables, puede espaciarse bianualmente. (6) La flebotomía puede considerarse como una opción de tratamiento adecuada a corto plazo, sin embargo, debe estudiarse si la elevación del hematocrito esta en relación a niveles supra fisiológicos de testosterona o descartar otras posibles causas. (5)

La medición del perfil lipídico y glucosa deberá establecerse al inicio de la terapia y los controles posteriores, de acuerdo con la ganancia de peso y demás factores de riesgo del paciente.

## Terapia hormonal para mujeres transgénero

Los regímenes de tratamiento hormonal para las mujeres transgénero son más complejos que para su contraparte masculina, pues el uso único de estrógenos es incapaz de disminuir los niveles de testosterona a rangos femeninos, por lo que debe adjuntarse otros tratamientos como las progestinas, agonistas de GnRH, espironolactona entre otros. (1)

Aunque el uso de cualquier compuesto estrogénico está relacionado con mayor riesgo de eventos tromboembólicos, parece más preocupante con el uso de etinil-estradiol, motivo por el cual la Asociación Americana de Endocrinología desaconseja su uso. (5)

El objetivo del tratamiento es llevar los niveles de testosterona < 50ng/dL (niveles femeninos) y el estradiol de 100 a 200 pg/mL. En la tabla 6 se detallan las diferentes opciones de tratamiento. La vía subdérmica y muscular parecieran ser una mejor opción que las orales al evitar el metabolismo de primer paso y, el estrógeno de elección parece ser el 17B-estradiol, de hecho, algunas guías sugieren que cuando haya disponibilidad del 17-B estradiol no se indicarían los estrógenos conjugados. (5)

**Tabla 6.** Regímenes de tratamiento para las mujeres transgénero.

Nombre del medicamento	Dosis
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 17- B estradiol oral</li> <li>• Estrógenos conjugados</li> <li>• 17B- estradiol Transdérmico</li> <li>• Valerato de estradiol o cipionato</li> <li>• Espironolactona</li> <li>• Acetato de ciproterona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2-6 mg/día</li> <li>• 1,25 – 2,5 mg/día</li> <li>• 0,025 – 0,2 mg/día (parche cada 3-5días)</li> <li>• 5-30 mg IM cada 2 semanas o 2-10mg semanal</li> <li>• 100-300 mg/día</li> <li>• 25-50 mg/día</li> </ul>

**Modificado de:** Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline

Cuando una mujer transgénero se ha sometido a gonadectomía, el tratamiento hormonal es modificado, pues, ya no hay producción endógena de testosterona en niveles masculinos, por lo que puede disminuirse la dosis o incluso desmontarse los medicamentos antiandrógenos. En los casos en que las personas no desean realizarse la gonadectomía y en quienes no se han logrado los objetivos terapéuticos con el uso de estrógenos y antiandrógenos, pudiera considerarse el uso de agonistas de GnRH, siendo esta, una opción de segunda línea debido a los altos costos. (5)

Durante el primer año de tratamiento se sugieren visitas trimestrales para evaluar los signos de feminización, la medición de testosterona con un objetivo menor de 50 ng/dL y de estradiol el cual no debe exceder 100-200 pg/mL. Aquellas quienes reciben espironolactona deben tener seguimiento de ionograma especialmente medición de potasio.

Existe preocupación sobre el riesgo de desarrollar adenomas hipofisarios de tipo prolactinoma con el uso de terapia hormonal en esta población; si bien es bajo, se sugiere monitorizar los niveles de prolactina. (5)

### Otros tratamientos diferentes a la terapia hormonal

Si bien el uso de hormonas exógenas favorece cambios físicos que generan mayor confort en las personas, pues empiezan a ver su cuerpo en congruencia con su identidad de género; algunos cambios físicos adquiridos durante la pubertad requieren otras medidas diferentes al tratamiento médico para ser modificados; en este sentido, el manejo en conjunto con cirugía plástica, otorrinolaringología y dermatología toma un papel importante. Los procedimientos quirúrgicos, al igual que la terapia hormonal, solo están indicados si hacen parte del deseo de cada individuo pues las expectativas dentro del proceso de transición son ampliamente variables y no hay una indicación médica para ellas, más allá de ofrecer mejoría en el sentir consigo mismo.

### Cirugías

#### Cirugías de feminización

Las cirugías faciales de feminización buscan modificar los rasgos faciales para que sean congruentes con el género adoptado por la paciente, (5) e incluyen desde rinoplastia, perfilamiento de mandíbula y aumento del tamaño de los labios. Es bastante frecuente la solicitud de una condrolaringoplastia, pues la prominencia del cartílago tiroideos puede generar bastante incomodidad, ya que es interpretado como contravía del aspecto femenino. (6)

La mamoplastia de aumento es uno de los procedimientos más realizados, tanto en mujeres cisgénero como transgénero, y técnicamente existen pocas diferencias lo cual pudiera mejorar el acceso para las mujeres trans.

Los procedimientos de reconstrucción genital incluyen la orquiectomía, penectomía y vagino-vulvoplastia, dado el pequeño número de procedimientos que hasta la fecha se realizan en este sentido, es recomendable la remisión a centros seleccionados. Las técnicas de vaginoplastia más comunes incluyen: la inversión de algunos tejidos del pene y el uso de la piel del escroto para crear labios mayores; además, de la modificación del glande y los cuerpos cavernosos y

# XXVIII Actualización en Ginecología y Obstetricia



esponjosos para la formación del clítoris. Usualmente la próstata no se remueve, por esto las recomendaciones de tamización descritas previamente. En ocasiones es necesario usar injertos de piel para garantizar la profundidad y amplitud deseada. Es importante enfatizar que en el posoperatorio y a largo plazo es necesaria la dilatación para garantizar el mantenimiento de la neovagina. (6)

## Cirugías de masculinización

La reconstrucción del pecho que incluye mastectomía y reconstrucción es la cirugía más solicitada por los hombres transgénero; por otro lado, la histerectomía y ooforectomía son las cirugías más ampliamente disponibles ya que no requieren de entrenamiento específico para su realización. (5)

La metoidoplastia es un procedimiento genital que aprovecha el crecimiento del clítoris dado por el uso de la testosterona con lo que al liberar los ligamentos que rodean el clítoris se crea un pequeño falo; también puede ofrecerse alargamiento y reposición de la uretra lo que permitiría la micción de pie, una conducta masculina. En este procedimiento solo se usan tejidos propios; cuando se propone el uso de injertos de piel o transferencia de tejidos para crear un pene de longitud estándar se denomina faloplastia, y cuando el objetivo es crear el escroto, escrotoplastia la cual puede o no incluir el uso de implantes testiculares. Generalmente se requiere de múltiples tiempos quirúrgicos y un equipo altamente entrenado, (6) puede haber conservación de la sensibilidad cuando se conserva el clítoris, pero no hay función eréctil.

## Conclusiones

En los últimos años, se ha vuelto cada vez más frecuente que las personas transgénero busquen ayuda al personal de salud para orientación en sus procesos de transición; la medicina del siglo XXI debe dar respuesta a las necesidades de esta población garantizando una atención humana, empática y de calidad.

## Lecturas recomendadas

1. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/ gender-incongruent persons: An endocrine society\*clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2017;102(11):3869–903.
2. Benjamin H. The transsexual phenomenon. Trans N Y Acad Sci. 1967;29(4):428–30.
3. Hashemi L, Weinreb J, Weimer AK, Weiss RL. Transgender Care in the Primary Care Setting : A Review of Guidelines and Literature. 2018;(July):30–7.
4. Diagn M, Mentales SDET. DSM-5 SUPLEMENTO del MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE TRASTORNOS MENTALES, QUINTA EDICIÓN. 2018; Available from: [https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update\\_octubre2018\\_es.pdf](https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update_octubre2018_es.pdf)
5. Safer JD, Tangpricha V, Ph D. Care of Transgender Persons. N Engl J Med. 2019;
6. Deutsch MB E. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People. UCSF Transgender Care, Dep Fam Community Med Univ Calif San Fr [Internet]. 2016; Available from: <https://transcare.ucsf.edu/sites/transcare.ucsf.edu/files/Transgender-PGACG-6-17-16.pdf>