



Cambios físicos ¿necesarios? ¿cuándo? ¿cómo?

Álvaro Sillero Sánchez

Servicio de Endocrinología. Hospital de Mérida

La incongruencia de género (IG) es un motivo de consulta cada vez más frecuente en nuestras consultas. Hasta hace unos años, los casos eran casi anecdóticos, pero en los últimos años se han multiplicado enormemente. Hay diferentes estudios que intentan estimar la prevalencia de la IG, pero la mayoría son antiguos y en población no española, por lo que los resultados no son extrapolables a la actualidad. Los más completos a nivel nacional son los de los Dres. Esteva y Gómez que estiman la prevalencia de mujeres trans en 1/10000-20000 y la de hombres trans en 1/20000-40000, con claro predominio de mujeres trans. Esto cuenta con el sesgo de incluir solo a personas que consultan a un servicio médico, habiendo personas que nunca consultaban por ello. Series más recientes estiman 10-20 casos por cada 100000 personas, aunque hay autores que piensan que en realidad habría 1 persona trans por cada 1000 personas cis. El ratio mujer hombre ha ido invirtiéndose en la evolución hasta igualarse ambos.

En nuestra serie (no publicada) de personas trans atendidas en el área de Mérida (incluye parte del área de salud de Don Benito), se incluyen 64 personas, con un aumento exponencial en los últimos 4 años (de una consulta anual a más de una consulta mensual). Hay un ligero predominio de hombres trans (cociente invertido), con una edad media de 19 años. Se puede apreciar un gran aumento de consultas de menores, que suponen más del 40%, con una edad media de consulta de 14 años, sin predominio de ningún género. Dentro de los menores el 40% son de menos de 14 años, con 3 personas menores de 12 (6-11).

La ley extremeña 12/2015 (art.10) prevé la creación de un protocolo de atención integral a las personas transexuales. Tras varios borradores, fue publicado en 2019 con la creación de las Unidades Funcionales de Atención a la Transexualidad (UFAT) en Cáceres y Badajoz, con profesionales de las distintas especialidades implicadas y de distintos hospitales. La coordinación y recepción de dichas unidades la

realiza la trabajadora social de la misma. Por tanto, ante toda persona con sospecha de incongruencia de género, tras una valoración inicial por su pediatra o médico de AP, debe ser derivada a la UFAT correspondiente para su seguimiento.

Tras la valoración inicial social en la UFAT, en algunos casos se le ofrecerá apoyo en Salud Mental si lo precisan o demandan, mientras que en otros (la mayoría) pasarán a endocrinología de la UFAT (Mérida, Badajoz, Plasencia o Cáceres). En las consultas de endocrinología, se realiza una historia clínica, exploración, información adecuada del proceso y posibilidades terapéuticas, deseos de hormonación o cirugías y se descartan contraindicaciones para dicho tratamiento médico (principalmente neoplasias hormono dependientes, hepatopatías graves o trastornos de coagulación, que a estas edades son muy infrecuentes). Se comprueban si se cumplen los criterios de elegibilidad para iniciar el tratamiento (conocimiento de las opciones terapéuticas, con el compromiso de seguimiento) y se realiza una analítica completa, con perfil hormonal y cariotipo. Si no hay contraindicaciones en la analítica y tras la firma de un consentimiento informado (ambos padres en menores) se procede al inicio del tratamiento.

El tratamiento no es "obligatorio" a todas las personas trans. Tan sólo a aquellas que así lo soliciten, siempre y cuando cumplan los criterios anteriores. Puede haber personas que tan sólo precisen un cambio de nombre, un reconocimiento social del género sentido y en algún caso un cambio en su aspecto físico (aunque la gran mayoría demandan un tratamiento médico).

El tratamiento médico depende mucho de la edad de consulta. Si consultan antes del inicio de la pubertad, se les realiza un seguimiento hasta el inicio de la misma. Se les debe dejar que inicien la pubertad hasta estadios II-III de Tanner y comprobar si experimentan un aumento de la disforia. Si es así se les ofrece un tratamiento bloqueador de la pubertad con análogos de GnRh, similar a como tratamos



las pubertades precoces. Dado que los análogos mensuales precisan visado y esta indicación no se incluye en la ficha técnica, tan sólo pueden usarse los análogos trimestrales, que carecen de dicho visado. Aunque hay muchas publicaciones que recomiendan no iniciarlos antes de los 12 años, aludiendo a cuando se considera el menor capacitado para comprender el efecto del tratamiento, esto se contradice con el inicio puberal que en nuestra sociedad suele ser a los 9-10 años y posponer el tratamiento hasta los 12 años, empeoraría y mucho su disforia y posibilidades terapéuticas.

Dicho tratamiento bloqueador es reversible por completo, por lo que en el caso excepcional que durante la pubertad el menor o su familia decidieran discontinuarlo, el menor tendría su pubertad hacia el género genético. Este bloqueo deja al menor sin caracteres sexuales secundarios, por lo que el siguiente problema es hasta cuando mantenerlo, ya que la ausencia de los mismos a cierta edad puede suponer un rechazo (a partir de los 13-14 en niños cis inducimos la pubertad en niño/as cis). No se han demostrado efectos adversos claros del tratamiento bloqueador, aunque hay dudas a largo plazo con la salud ósea.

Como norma general y así se recoge en distintas normas no se debe iniciar el tratamiento hormonal afirmativo hasta los 16 años, dada la irreversibilidad del mismo. Si bien en algunas normas o protocolos, se indica que se valore de forma individual la capacidad cognitiva de la persona, por lo que hay casos excepcionales en los que se podría iniciar antes de los 16 años, si es un caso muy claro.

Si consulta con la pubertad en evolución, es posible igualmente el tratamiento bloqueador para frenar la progresión. En cambio si consulta con la pubertad finalizada, el tratamiento bloqueador tendría menos sentido y tan solo en aquellas personas con menstruación, se puede hacer un ensayo para comprobar si se interrumpe con el bloqueo. Por tanto, hay una edad intermedia con la pubertad finalizada y sin tener los 16 años, que está en un limbo legal de tratar o no tratar, aunque se suele ser conservador y no tratar hasta los 16 (salvo casos concretos).

El bloqueo puberal se mantiene por tanto hasta que se inicie el tratamiento hormonal afirmativo, aunque se suele continuar un tiempo después del inicio del mismo, hasta alcanzar niveles hormonales adecuados (incluso hasta los 18 años).

El tratamiento hormonal afirmativo consiste en estradiol + antiandrógenos en las mujeres trans y testosterona en los hombres trans. Hay diferentes vías de administración de estrógenos naturales, siendo las más usadas la oral y la transdérmica. El antiandrógeno más usado ha sido la ciproterona, aunque tras su asociación con la aparición de meningiomas tras dosis acumuladas, se está tendiendo a reducir su dosis y duración o a sustituir por análogos de GnRh como antiandrógeno. La testosterona se puede administrar por vía intramuscular o en gel.

La persona con IG precisa un seguimiento de por vida en las unidades de endocrinología en las que se le controla desde el adecuado bloqueo puberal, hasta las dosis correctas de tratamiento hormonal que eviten las complicaciones más habituales. Estas suelen ser el acné y la poliglobulia con la testosterona y la hiperprolactinemia en el tratamiento de mujeres trans. A inicio se controlan cada 3 meses y se van espaciando hasta 1 vez al año tras las cirugías. Las cirugías están contraindicadas en < 18 años, salvo la no genital y con autorización judicial expresa.

El bloqueo puberal en mujeres trans impidiendo el desarrollo genital, dificulta mucho la vaginoplastia posterior que se suele realizar a partir del pene y escroto, debiendo cambiar de técnica quirúrgica para poderla realizar.

Al igual que los tratamientos médicos, las cirugías no son obligatorias, habiendo personas que no precisan ningún tipo de intervención quirúrgica. Las más frecuentes son las cirugías mamarias, siendo la mastectomía la más precoz de ellas (no precisa un tiempo de tratamiento hormonal mínimo). Para el resto de cirugías se suele recomendar un tiempo de tratamiento hormonal > de 2 años. Las cirugías mamarias se realizan en la Unidad de Cirugía Plástica de Cáceres, mientras que las genitoplastias son mucho menos demandadas. La vaginoplastia se debe realizar en unidades especializadas en ellas (fuera de Extremadura) y la cirugía de masculinización genital apenas se realiza por sus resultados poco funcionales. En cualquier caso tienen unas listas de espera muy prolongadas.

Por tanto, la atención a las personas trans debe formar parte de la formación de cualquier médico (Universidades de Medicina) y por supuesto, de la formación especializada de cualquier pediatra o médico de familia, quienes deben conocer los



protocolos y posibilidades terapéuticas, debiendo informar adecuadamente a todas las personas y familias que consulten por dicho motivo. Igualmente, aunque esas personas sean atendidas por las UFAT, los problemas que les surjan durante el tratamiento bloqueador u hormonal deben ser los médicos más cercanos para intentar solucionarlas. Es posible que un futuro no muy lejano, el incremento progresivo de la prevalencia de la IG, nos lleve a una atención mucho más “local”, con unidades de referencia ante situaciones complejas y por tanto, debemos mantener actualizados nuestros conocimientos relacionados con la IG.