

TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL TRANSGÉNERO: EXPERIENCIA A 5 AÑOS EN UN HOSPITAL DE LA CABA.

Gutnisky, Lucas(1); Asensio, Mariangeles (1); Vitulo, María del Carmen (2); Fierro, Fabiana (1); Odriozola, Anabela(1); San Martín, Patricia(1).
División Endocrinología(1) y Ginecología(2), Hospital G. A. J. M. Ramos Mejía.
Urquiza 609, CABA, Argentina.

TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL TRANSGÉNERO: EXPERIENCIA A 5 AÑOS EN UN HOSPITAL DE LA CABA.

Introducción: El objetivo del tratamiento de reemplazo hormonal transgénero (TRH-t) es desarrollar características sexuales secundarias de acuerdo al género deseado, dentro de márgenes de seguridad y efectividad. Por lo tanto, se busca la menor dosis de tratamiento requerida para suprimir las hormonas determinadas por el género genético y mantener niveles de hormonas sexuales dentro de valores normales para el género deseado.

Objetivo: Evaluar el tratamiento indicado y la media de tiempo requerido para lograr el perfil de hormonas sexuales según el género de identificación en nuestra población bajo TRH - t. Describir posibles efectos adversos desarrollados con dicho tratamiento.

Pacientes y Métodos: Se evaluaron 183 personas transgénero (91 mujeres transgénero y 92 varones transgénero) que consultaron a nuestro servicio para realizar la TRH-t desde noviembre 2011. Se define varón transgénero (V-t) a aquellas mujeres que desean rol de género masculino y mujer transgénero (M-t) a aquellos varones que desea rol de género femenino. Al ingreso a nuestro servicio, se inicia con una entrevista con el médico endocrinólogo, realizando una historia clínica enfatizada en antecedentes patológicos personales y familiares, como así también de medicación habitual, que podrían influir en la TRH transgénero (enfermedad hepática, renal, cardiovascular y oncológica). Se solicitan rutina general, evaluación gonadotrófica: FSH, LH, E2, To T, To B, PRL y 17OHP (solo en V-t), función tiroidea: TSH, T4, ATPO; evaluación de metabolismo P/Ca y DMO. A su vez, se realiza control cardiológico en todos los pacientes. Según corresponda, evaluación por ginecología (ecografía mamaria y ginecológica; PAP y colposcopia) y urología. En el seguimiento se repiten dichas evaluaciones según criterio del equipo médico tratante. Se seleccionaron aquellas personas que cumplieron el objetivo de la TRH- t: para las M-t: Estradiol (E2) 50-200 pg/ml y Testosterona Total (ToT) <1,5 ng/ml - y para los V-t ToT>3,5 ng/ml. Se evaluó tipo y dosis de medicación utilizada. En ambos grupos se evaluó la media del tiempo de tratamiento para lograr dichos objetivos. A su vez se consideraron posibles efectos adversos asociados al tratamiento. En el caso de los V-t se analizó el tiempo de inicio de amenorrea desde que se instauró la TRH-t. Las dosis de tratamiento y los intervalos del mismo (en el caso de la androgenoterapia) fueron expresados como mediana y rango. Los datos fueron analizados por medio de SPSS v21.

Resultados: Se seleccionaron 21 M-t y 41 V-t. La edad media de la M-t fue de 31 años (18-47) y para los V-t 24 años (18-47). La mediana del rol de género para las M-t fue de 1 año (0-25), mientras que para los V-t fue de 2 años (0-17). Una M-t había realizado cirugía de reasignación de sexo. El 62% (n=13) de las M-t refería haber realizado tratamiento previo (automedicación o consulta médica en otro hospital) a nuestra primera consulta, en contraposición al 22% (n=10) de los V-t. Previo a iniciar la TRH-t se diagnóstico: dislipemia (DLP) en el 14% (n=3) de la M-t y el 21% (n=9) de los V-t; glucemia alterada en ayunas (GAA) en el 9% (n=2) de las M-t y en el 2% (n=1) de los V-t; hipertensión arterial (HTA) en el 0,5 % (n=1) de las M-t. Ningún V-t presentó una evaluación ginecológica-mamaria alterada.

En el grupo de M-t la media para lograr objetivo del tratamiento fue de 124,5 meses, mientras que para los V-t fue de 73 meses. Al momento de lograr dicho objetivo, las M-t tenían prescripto: 47% (n=10) - valerato de estradiol oral, 3mg

(2 - 4); 28,6% (n=6) - 17B-estradiol (gel transdérmico 0,6gr%), 2,25 mg (1,5-3,0); 19% (n=4) - 17B-estradiol (parches transdérmicos 50 mcg); una paciente tenía indicado combinación de tratamiento con valerato de estradiol 4 mg + 17B Estradiol (gel) 1,5 mg. La media de tiempo para lograr niveles de Estradiol dentro de los objetivos planteados fue de 12, 11 y 11 meses respectivamente (NS). Con respecto a los antiandrógenos que fueron indicados: 47,6 % (n=10) de las M-t tenían indicado espironolactona - 150 mg (50-150) - y el 38% (n=8) ciproterona - 50 mg (25-100). De estas últimas M-t, 3 pacientes habían iniciado con espironolactona sin lograr objetivos a dosis elevadas (150 mg- 200 mg), por lo que se rotó tratamiento a Ciproterona.

En el grupo de V-t, aquellos que lograron objetivos se encontraban bajo tratamiento con: 86% (n=37) - Undecanoato de Testosterona 1000mg, cada 12 semanas (10-12); 2,3% (n=1) Enantato de Testosterona 250 mg cada 4 semanas; 2,3 % (n=3) - Testosterona 1% gel transdérmico - sobres 5 gr - uso diario. La media de tiempo para el inicio de amenorrea fue de 4,3 meses 2,4.

Se encontraron los siguientes efectos adversos: En V-t: quistes de ovario (n=2); aumento del volumen ovárico (n=1); quistes mamarios (n=1); poliglobulia (n=4); aumento de transaminasas (n=2). En M-t: hiperprolactinemia (n=1); aumento de antígeno protático (n=3). Ningún paciente presentó dislipemia, GAA, como así tampoco desarrollo de HTA. Aquellos pacientes que inicialmente fueron diagnosticados con HTA, DLP o GAA, no evolucionaron con profundización de las mismas.

Comentarios:

1. El intervalo de tiempo para lograr los objetivos de la TRH-t en M-t fue mayor que para los V-t. Esto podría deberse a la mayor complejidad del tratamiento y menor adherencia al seguimiento. Por otro lado, no se observó una diferencia significativa para lograr objetivos de tratamiento entre los diferentes esquemas de estradiol utilizados.

2. Las dosis requeridas para realizar la TRH-t, tanto en M-t como en V-t, se encontraron dentro de los márgenes terapéuticos referidos por la bibliografía. Cabe destacar la necesidad de rotar espironolactona a ciproterona en aquellas M-t que no lograron los objetivos, mientras que ningún paciente con ciproterona tuvo una respuesta insuficiente a dosis terapéuticas.

3. Los efectos adversos hallados durante el seguimiento no requirieron suspender el tratamiento. Se han realizado modificaciones en el esquema terapéutico que permitieron continuar con el mismo.

4. El corte de Testosterona usado como objetivo de tratamiento en M-t es mayor al valor normal considerado en mujeres. Esto se debe al disconfort referido en algunas paciente M-t con valores de testosterona <1,0ng/ml.

5. Es necesario el seguimiento a largo plazo y el mayor número de pacientes para determinar aquellas drogas y dosis más efectivas para cada grupo de paciente, como así también recabar mayor información sobre el desarrollo de efectos adversos.

Bibliografía:

- 1) Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. Hembree W, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal H, Gooren L. et al. J Clin Endocrinol Metab (2009) 94: 3132-3154
- 2) Care of Transsexual Persons Gooren,L. N Engl J Med (2011). 364:1251-7.
- 3) Endocrine care of transpeople part I. A review of cross-sex hormonal treatments, outcomes and adverse effects in transmen. Meriggiola MC and Gava G. Clinical Endocrinology (2015) 83, 597-606