

TERAPIA HORMONAL CRUZADA EN TRANSGENERO MUJER: LOS NIVELES DE TESTOSTERONA BASAL COMO PREDICTORES DE REQUERIR TERAPIA CON ANTI-ANDROGENOS.

NAGELBERG, Alberto; GAMEZ, Juan; PÉREZ, Betiana; OTERO, Patricia; MORMANDI, Eduardo; GHIGLIONI, Amalia; PODESTÁ Maria Pia; LEVALLE, Oscar
División Endocrinología, Hospital Durand, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El objetivo de la terapia hormonal cruzada (THC) en individuos transgénero es reducir los caracteres sexuales secundarios del género asignado al nacer e inducir aquellos correspondientes a su propia identidad de género. En los individuos transgénero mujer (TM), esto se consigue manteniendo los niveles de testosterona (To) y estradiol (E2) dentro del rango normal para una mujer pre-menopáusica.

La mayoría de los estudios clínicos reportan el uso de estrógenos en conjunto con anti-andrógenos, los cuales se utilizan como adyuvantes (especialmente ante la dificultad de suprimir la testosterona endógena) facilitando los efectos de la terapia estrogénica. Esta terapia combinada ha sido utilizada en varios centros previo a la cirugía de reasignación genital, para luego ser continuada con monoterapia con estrógenos. Sin embargo, en nuestra experiencia, aproximadamente el 33% de pacientes no realiza dicha cirugía, por lo que requerirá terapia combinada por muchos años, lo cual aumenta el costo y la posibilidad de efectos adversos. Con el objetivo de evitar el sobretratamiento, nos propusimos evaluar si la administración de estrógenos como monoterapia sería suficiente para lograr los objetivos de la THC, y si los niveles hormonales basales podrían predecir la necesidad de agregar anti-andrógenos.

Materiales y métodos: Investigamos 45 TM jóvenes, eugonádicos sin tratamiento por lo menos los 6 meses previos a la evaluación. Se estudiaron los niveles de To, E2, FSH, LH y Prolactina (PRL) basales y luego de 3 meses de tratamiento con 17βEstradiol gel 3mg/día. 14 pacientes lograron el objetivo (To < 0.8ng/ml= límite superior para mujeres premenopáusicas) sin la necesidad de agregar anti-andrógenos (Grupo A). En quienes no lograron el objetivo (n=31), se agregó acetato de ciproterona 50mg oral (Grupo B). Los grupos fueron similares en edad e IMC. Se compararon los niveles hormonales basales entre ambos grupos (Test de T); se consideró significativo p< 0.05. Se realizaron curvas ROC para determinar valores de corte para los posibles predictores.

Resultados: Los niveles basales de To fueron significativamente inferiores en el Grupo A que en el B ($4,1 \pm 0,6$ vs $5,9 \pm 1,2$ ng/ml; p< 0,001), mientras que los niveles de E2 ($27,9 \pm 10,6$ vs $30,4 \pm 9,7$ pg/ml), LH ($4,5 \pm 2,4$ vs $4,0 \pm 1,8$ UI/l), FSH ($3,5 \pm 0,9$ vs $4,2 \pm 2,0$ UI/l) y PRL ($16,4 \pm 7,3$ vs $16,0 \pm 8,3$) no presentaron diferencias significativas. El análisis por curva ROC arrojó un valor de corte para To de 4,91 ng/ml (área bajo la curva= 0,887) con especificidad de 92,9% , sensibilidad de 83,9%, y un valor predictivo positivo y negativo de 96,3% y 72,2% respectivamente.

Conclusión: Los niveles basales de To representarían una herramienta útil en el diseño de un esquema inicial de tratamiento. En TM que presentan valores de To por debajo de 4,91 ng/ml sería razonable iniciar con monoterapia con estrógenos ya que existe una buena probabilidad de alcanzar el objetivo sin el agregado de anti-andrógenos (72,2%), ayudando a disminuir los costos y el riesgo de efectos adversos a largo plazo. Por el contrario, si dichos niveles se encuentran por encima del valor de corte, existe solo un 3,7% de posibilidades de lograr el objetivo con estrógenos como monoterapia, lo que sugeriría iniciar con terapia combinada (estrógenos más anti-andrógenos).

1. Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, September 2009, 94(9): 3132-3154 The Endocrine Society, 2009.

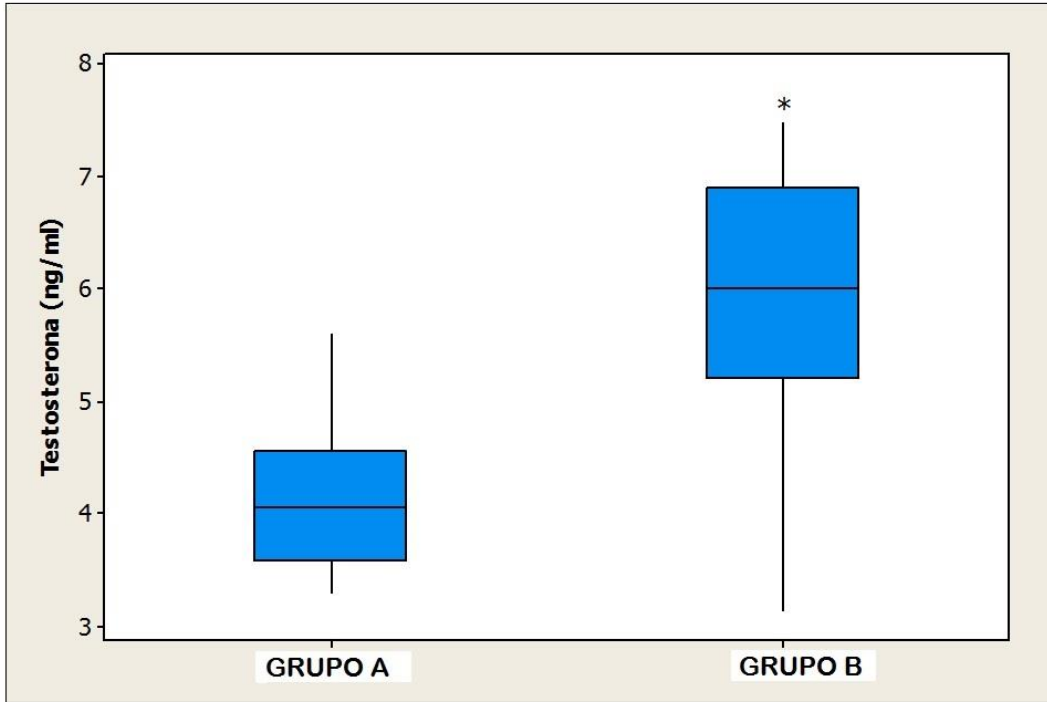


Fig 1: Niveles de To Basal . Grupo A vs Grupo B * $p < 0.001$