

ENCUENTRO CON EL EXPERTO ARGENTINO – ATENCIÓN AL PACIENTE TRANSGÉNERO EN SITUACIONES CRÍTICAS Y ENFERMEDADES AGUDAS: CONSIDERACIONES ENDOCRINAS

Pablo Ariel Ferrada

Desafíos endocrinológicos en la atención del paciente transgénero

La segunda jornada del 67º Congreso de la SEEN ha comenzado con distintos encuentros con expertos. Uno de ellos ha sido el argentino Pablo Ariel Ferrada, endocrinólogo del Hospital Central de Mendoza (Argentina). La ponencia *Atención al paciente transgénero en situaciones críticas y enfermedades agudas: consideraciones endocrinas*, en colaboración con la Federación Argentina de Sociedades de Endocrinología (FASEN), ha sido moderada por Patricia Cabrera García, endocrinóloga del Hospital Universitario de Canarias y coordinadora del Grupo Gónada, Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN).

Ferrada ha expuesto que la atención del paciente transgénero en UCI y servicios de urgencias agudas plantea desafíos endocrinológicos únicos que exigen una aproximación clínica especializada. En situaciones de estrés sistémico grave, la respuesta adaptativa del organismo se caracteriza por la activación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HPA), el incremento del cortisol sérico, la pérdida del ritmo circadiano y una marcada reducción de las proteínas de transporte, como la globulina fijadora de corticosteroides (CBG) y la globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG). “En personas transgénero bajo terapia hormonal de afirmación de género (THAG), estas vías de respuesta exógenas y endógenas interactúan de forma compleja”, ha indicado.

En la terapia feminizante, la administración de estrógenos puede elevar las concentraciones de cortisol total y de CBG. En contraste, en la terapia masculinizante, la testosterona altera la retroalimentación del eje HPA al inhibir la secreción de la CRH y atenuar la respuesta suprarrenal estimulada post-ACTH. A pesar de estas modificaciones hemodinámicas y metabólicas, ha explicado Ferrada, la evidencia científica desaconseja la interrupción rutinaria de la THAG durante la hospitalización aguda. “La suspensión abrupta de los

esteroides sexuales exacerba la disforia de género e induce síntomas de deprivación hormonal potencialmente graves”, ha apostillado.

Desde el punto de vista renal y electrolítico, el uso de antiandrógenos como la espironolactona a dosis elevadas (100-400 mg/día) requiere extrema precaución. “Esta posología genera un riesgo significativo de hiperpotasemia, depleción de volumen e inducción o agravamiento de la lesión renal aguda”, ha subrayado el especialista. Además, la THAG altera los parámetros basales de laboratorio: los estrógenos disminuyen la creatinina, la hemoglobina y el hematocrito, mientras que la testosterona induce eritrocitosis e incrementa la masa magra. Tras tres a seis meses de THAG continuada, la depuración de creatinina y la función renal estimada deben interpretarse utilizando los rangos de referencia del género afirmado.

Finalmente, en el ámbito cardiovascular y farmacológico, la estrogenoterapia confiere un riesgo elevado de tromboembolismo venoso, acentuado por la inmovilización de la UCI, lo que exige profilaxis antitrombótica estricta. Asimismo, ha apuntado el experto, deben prevenirse las interacciones del citocromo P450 asociadas al acetato de ciproterona y a los esquemas antirretrovirales para el VIH.

“En conclusión, optimizar el pronóstico de estos pacientes requiere vigilar estrechamente la función renal, los electrolitos y la hemostasia, garantizando la continuidad segura de la THAG”, ha rematado Ferrada.