

**EDITORIAL / Editorial**

## **BLOQUEO PUBERAL EN NIÑOS CON DISFORIA DE GÉNERO: ¿TOTALMENTE REVERSIBLE?**

**Fernando D. Saraví**

Existe creciente interés en la salud de personas transexuales y transgénero, que ha trascendido las revistas sexológicas, endocrinológicas y quirúrgicas para manifestarse en revistas médicas generales como *The Lancet*<sup>1</sup> y *The New England Journal of Medicine*<sup>2</sup>.

Uno de los aspectos que recibe atención es la salud ósea de estas personas, como lo estamos comprobando en los servicios de densitometría. Al respecto, en el presente número publicamos dos trabajos sobre el tema: una revisión sobre salud ósea de personas transexuales por Brance y col. y un artículo original sobre transexuales mujeres por Abdala y col.

Dados los desafíos específicos que plantea la salud de estas personas, varias sociedades científicas han publicado lineamientos de práctica clínica destinados a optimizar su atención y tratamiento.<sup>3,4</sup>

En nuestro país, la ley 26743, llamada de “identidad de género”, permite el cambio del sexo registral de cualquier adulto que lo solicite sin que, en ningún caso, sea un requisito “acreditar intervención quirúrgica por reasignación genital total o parcial, ni acreditar terapias hormonales u otro tratamiento psicológico o médico” (artículo 4º). Los menores de edad pueden acceder a igual cambio con autorización de sus representantes legales o, de ser necesario, por decisión judicial (artículo 5º).

Por otra parte, la misma ley en su artículo 11º establece un derecho de estas personas a recibir “tratamientos integrales hormonales” e “intervenciones quirúrgicas totales o parciales”, que deben ser garantizadas por los efectores del sistema público de salud. Todas las prestaciones mencionadas quedan incluidas en el Plan Médico Obligatorio.

Las opciones de tratamiento para adaptar la anatomía al sexo autopercebido se clasifican en reversibles, parcialmente reversibles e irreversibles.<sup>3,4</sup> Estas últimas comprenden intervenciones quirúrgicas como la mastectomía, la castración (ooforectomía u orquiectomía), la vaginoplastia y la faloplastia, mientras que los tratamientos crónicos con estrógenos o andrógenos se describen como parcialmente reversibles. Por otra parte, los tratamientos con bloqueantes de la secreción de gonadotropinas, destinados a detener el desarrollo puberal, se consideran generalmente reversibles.

Los agonistas de la gonadoliberina (GnRH), como histrelina y leuprolide, se han empleado con éxito en niños con pubertad precoz de origen central.<sup>5</sup> En el caso de niños que solicitan reasignación de su sexo biológico, por diversas razones se recomienda iniciar el tratamiento médico con agonistas de GnRH para bloquear el desarrollo puberal a partir de la etapa 2 de Tanner. Usualmente esto corresponde a una edad de 12 o 13 años.

Los agonistas de GnRH causan una reducción de la secreción de gonadotropinas, lo cual disminuye la producción de esteroides sexuales y, en consecuencia, el desarrollo de los carac-



teres sexuales propios del sexo biológico. La citada reversibilidad de los agonistas de GnRH consiste en que, al suspenderse su administración, el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal retoma su función normal.

Ahora bien, además de funciones reguladoras, los esteroides sexuales cumplen funciones tróficas y organizativas.<sup>6</sup> En un niño con pubertad precoz es deseable demorar este proceso para sincronizarlo con el resto del desarrollo, y en particular para que alcance una talla acorde con su potencial genético.

No obstante, la conveniencia de demorar un proceso para sincronizarlo con otros aspectos del desarrollo normal no es *a priori* lo mismo que bloquear el desarrollo puberal que ocurre de manera biológicamente oportuna en un niño anatómica y fisiológicamente normal. Es llamativo que este tratamiento se comenzara a promover de manera virtualmente experimental, “off label”,<sup>7</sup> sin clara evidencia de su eficacia, ni mucho menos de su seguridad a largo plazo.

Se sabe que la amplia mayoría de los niños con disforia de género resuelven espontáneamente su conflicto al producirse su desarrollo puberal.<sup>8</sup> Quienes recomiendan el bloqueo puberal lo consideran como una forma reversible de evitar un desarrollo no deseado y dar tiempo para una decisión definitiva. No obstante, la misma intervención presuntamente reversible puede sesgar dicha decisión.

Tras dos o tres años de bloqueo puberal, el niño permanecerá en una etapa infantil en su talla, su masa y su composición corporal, y probablemente en la función de su sistema nervioso, que experimentaría una reorganización significativa durante la pubertad fisiológica.<sup>9</sup> Esto sin considerar los efectos psicológicos sobre el niño, en un entorno social y escolar en el que la mayoría de sus pares se desarrollan normalmente.<sup>10</sup>

En consecuencia, es de la mayor importancia proceder a una evaluación exhaustiva e informar a los niños y sus progenitores o representantes legales los pros y los contra de cada una de las opciones, incluidas las presuntamente reversibles, a la luz del axioma médico “ante todo, no hacer daño”.

Recibido: diciembre 2021

Aceptado: diciembre 2021

---

## Referencias

1. Safer JD, Tangpricha V. Care of transgender persons. *N Eng J Med* 2019; 381:2451-60.
2. Reisner SL, Poteat T, Keatley JA, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet* 2016; 388:412-36.
3. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2017; 102:3869-903.
4. Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Standards of care for the health of transexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgend* 2012; 13:165-232.
5. Carel JC, Eugster EA, Rogol A, Ghizzoni L, Palmert MR. Consensus statement on the use

- of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. *Pediatrics* 2009; 123:e752-62.
6. Wood CL, Lane LC, Cheetham T. Puberty: normal physiology (brief overview). *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2019; 33:101265.
  7. López CM, Solomon D, Boulware SD, Christison-Lagay E. Trends in the “off-label” use of GnRH agonists among pediatric patients in the United States. *Clin Pediatr (Phila)* 2018; 57:1432-5.
  8. Bonifacio HJ, Rosenthal SM. Gender variance and dysphoria in children and adolescents. *Pediatr Clin N Amer* 2015; 62:1001-16.
  9. Chen D, Strang JF, Kolbruck VD, et al. Consensus parameter: Research methodologies to evaluate neurodevelopmental effects of pubertal suppression in transgender youth. *Transgender Health* 2020; 5:246-57.
  10. Rafferty J. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Adolescence, Section on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health and Wellness. Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics* 2018; 142: e20182162.
-