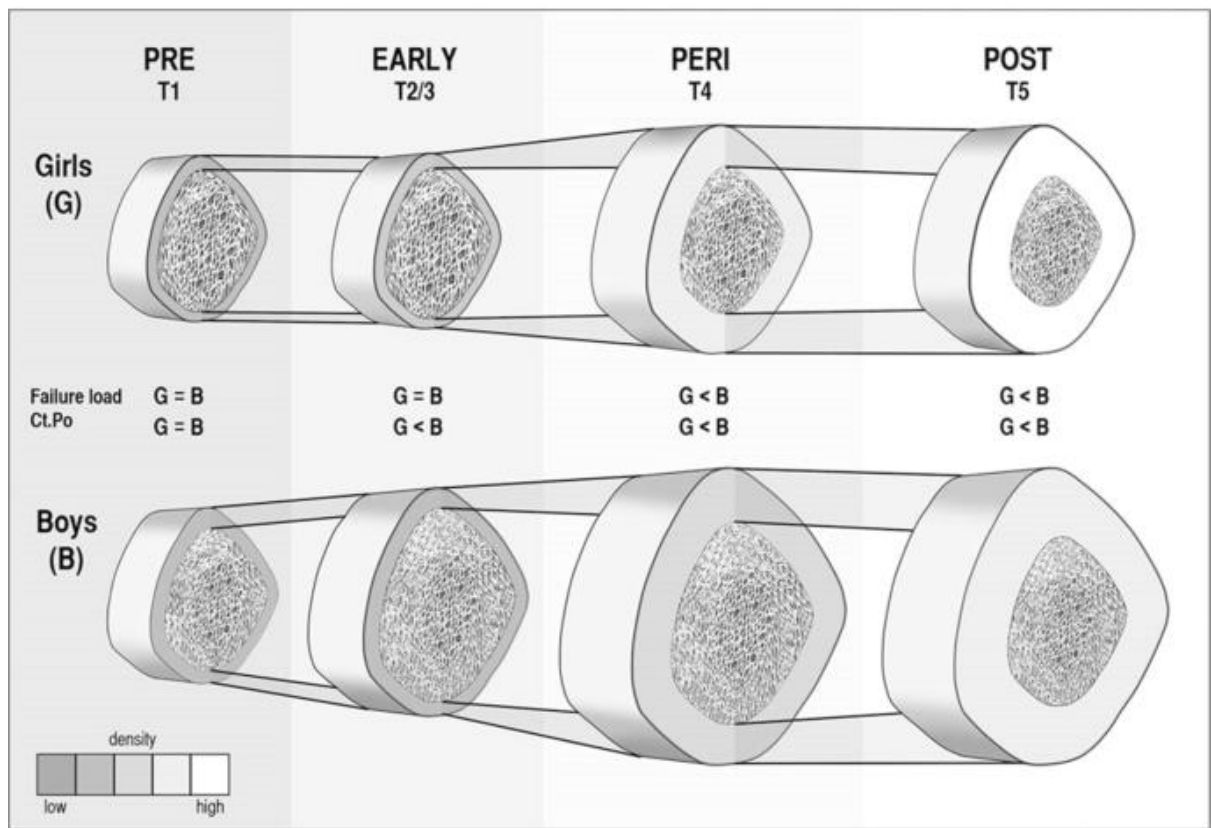


## Cuidado de la masa ósea en pacientes transgénero

### Total Bone Size and Cortical Bone Density Across Natal Puberty



Uno de los conferencistas internacionales invitados al XIII Congreso Panameño de Osteoporosis “*salud osteomuscular Panam 2021*” es de España. Se trata del Dr. José Luis Neyro Bilbao, quien se desempeña en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Cruces *Biocruces Bizkaia Health Research Institute* y en la Universidad del País Vasco UPV-EHU (Bilbao, España). Además, es profesor del Máster internacional de climaterio y menopausia de la Universidad de Madrid-UDIMA. *Distribuna medios* le entrevistó acerca del cuidado de la masa ósea en la población transgénero.

**Distribuna Medios (D.M.):** ¿cuáles son los principales conceptos a tener en cuenta en la salud transgénero?

**José Luis Neyro Bilbao (J.L.N.B.):** si el parámetro a considerar es el concepto general de la salud transgénero, yo diría que se debe hacer un abordaje igualitario para todo el mundo, de tal manera que siempre busquemos la maximización del concepto de calidad de vida. Hay que tener en cuenta que existen enormes diferencias en las actitudes sociales que los pueblos del mundo tienen respecto de las personas transgénero. No obstante, hay algo en lo que todo el mundo está de acuerdo y es en que cada una de esas personas transgénero buscan siempre mejorar su calidad de vida y, desde ese punto de vista, los conceptos generales que debemos tener para el cuidado de la salud de las personas transgénero no deben diferir de aquellos otros que ponemos en marcha para mantener y engrandecer la calidad de vida de las personas individuales.



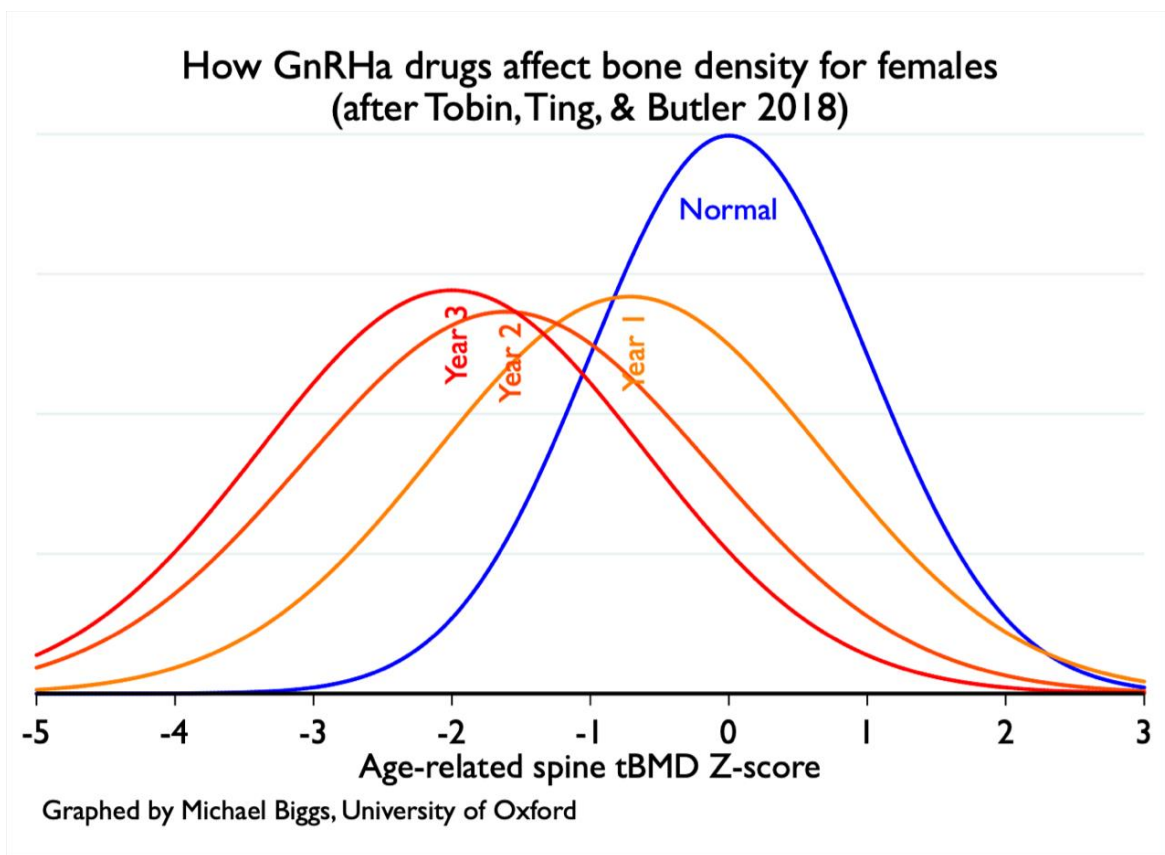
**D.M.:** ¿cuál es el papel de los estrógenos y los andrógenos en el metabolismo mineral?

**J.L.N.B.:** los esteroides sexuales en general y, concretamente los estrógenos y los andrógenos son, seguramente, los protagonistas fundamentales del metabolismo mineral. Podríamos decir que este -el metabolismo mineral- es el fruto de un equilibrio muy concreto y muy atinado entre la destrucción ósea de pequeñas microfracturas que se van produciendo en diferentes lugares del organismo a lo largo de la vida del individuo y la reparación consecutiva que hay de esas microfracturas mediante un proceso que, globalmente hablando, llamamos remodelado óseo. Este remodelado tiene una parte que se llama la resorción (la destrucción del tejido óseo dañado) y una parte que es la formación (la reparación del agujero dejado cuando los osteoclastos consumen el hueso dañado y eliminan la microfractura producida).

Pues bien, en este proceso del remodelado óseo, los estrógenos son fundamentalmente los protagonistas tanto en la mujer como en el hombre, ya que tienen un efecto doble como antirresortivos y como estimuladores de la formación. De tal manera que, cuando cesa la actividad de los ovarios después la menopausia, sucede un incremento de la resorción y, además, un descenso en la formación con lo cual se produce esa pérdida de mineralización ósea que lleva al diagnóstico de osteoporosis posmenopáusica. Le ponemos el apellido de “posmenopáusica” porque nueve de cada diez osteoporosis precisamente se dan entre las mujeres después de la menopausia.

Los estrógenos también son los protagonistas fundamentales del metabolismo mineral en los hombres en la medida en que son capaces de cerrar las metafisis -que es el lugar del hueso por donde crecen las personas- y favorecer una adecuada mineralización primaria y secundaria con depósito de calcio en el material osteoide para darle resistencia a los huesos.

Por tanto, en los sujetos trans hayan nacido mujeres o hayan nacido hombres y viren a hombres o mujeres, los estrógenos y los andrógenos tienen exactamente las mismas funciones que en la digamos variante natural del asunto y, desde ese punto de vista, manejamos los estrógenos y también los andrógenos en la conversión de unos y otros en función de las necesidades individuales de cada quien.



**D.M.:** ¿qué acciones se pueden llevar a cabo para la recuperación de la masa ósea?

**J.L.N.B.:** En la pregunta sobre cómo recuperar la masa ósea está implícita la condición de que esta se haya perdido. La masa ósea se deteriora aproximadamente entre un 2% y hasta casi un 5% en cada año en los años inmediatamente anteriores a la menopausia y entre los 2 y 5 años primeros años posteriores a la misma. Todas las personas vamos perdiendo masa ósea a partir de los 30 a 35 años. El pico de masa ósea se consigue entre los 27 y los 30 años, el máximo capital que uno puede tener en su esqueleto y a partir de ahí, todos vamos perdiendo, unos más otros menos, dependiendo de nuestra genética. El problema fundamental es que no se conoce habitualmente el pico de masa ósea de una determinada persona porque no se investiga y no se investiga porque no da a lugar. Los problemas se van diagnosticando en la medida en que se va necesitando ese diagnóstico y esto no sucede antes de los 45 o 50 años. De forma extraña hay

algunas enfermedades y algunas condiciones fisiológicas que hacen perder mucha masa ósea como el embarazo, el parto, la lactancia y, por supuesto, la amenorrea. Cuando las mujeres se quedan sin la regla por más de 3 meses seguidos, como consecuencia de la práctica deportiva o de algún tratamiento, sufren de una pérdida de esqueleto anticipadamente a la menopausia. ¿Qué se puede hacer para recuperarla? Básicamente una dieta rica en calcio cuya cantidad dependerá de la edad de la persona en cuestión, además, unos adecuados suplementos de vitamina D que son la hormona que condiciona la fijación del calcio en el esqueleto y, finalmente, un ejercicio lo suficientemente “violento” que provoque sobrecarga sobre el hueso, ejercicio de resistencia para que haya tracción desde los tendones, ejercicios intensos de musculación ,porque en esta tracción desde los tendones se produce el estímulo del remodelado óseo y la activación del metabolismo mineral para recuperar el hueso perdido.



**D.M.:** ¿cuáles son los riesgos de la terapia hormonal? ¿Cuál es su relación con la vía de administración?

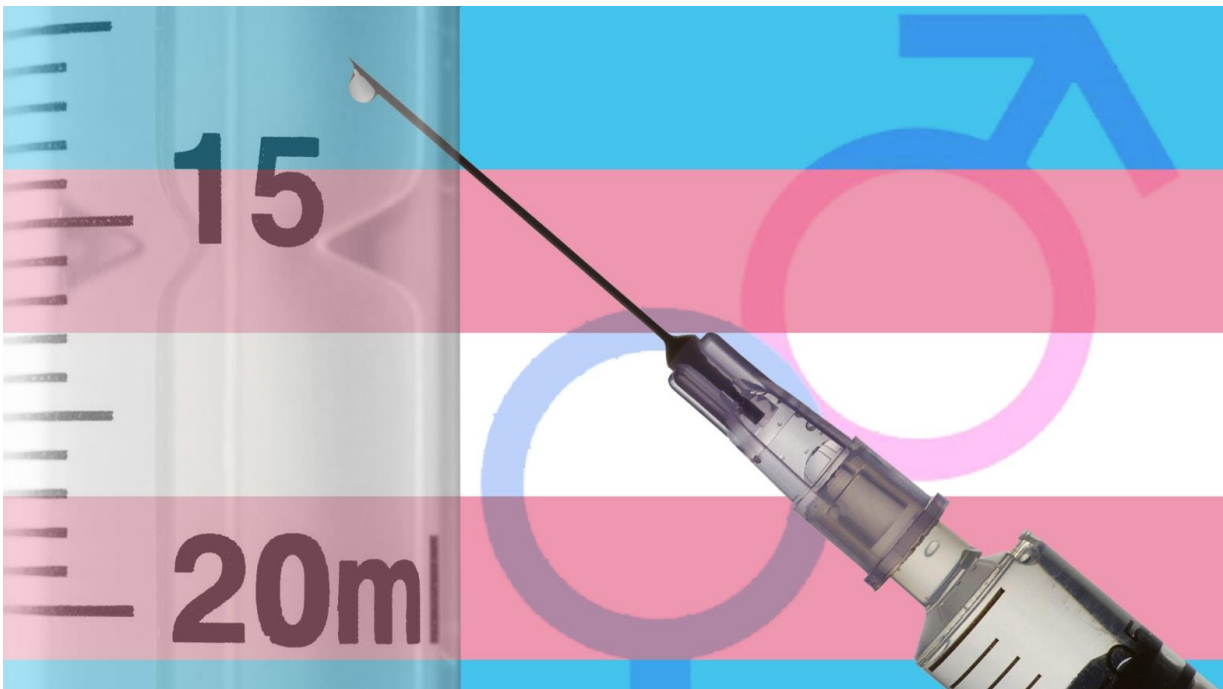
**J.L.N.B.:** La terapia hormonal en el caso de los sujetos trans es radicalmente distinta en la transformación mujer a hombre que en la de hombre a mujer. En el caso del hombre a mujer básicamente tenemos que suspender la actividad testicular para dejar al varón sin andrógenos y la conversión precisa, una estrogenoterapia muy importante por diferentes vías: oral o transdérmica que se va a mantener durante toda la vida.

De ordinario, abordando primero esta conversión hombre a mujer, por tanto, estamos hablando de mujeres trans, digamos que tiene poca dificultad porque los estrógenos que le son administrados no necesitan oposición de los gestágenos en la medida en que la persona en cuestión no tiene útero, primer aspecto a tener en cuenta. En segundo lugar, esos estrógenos no tienen demasiadas complicaciones porque los estamos administrando en personas jóvenes. El varón que vira a mujer no lo hace con 50, 60 o 70 años- aunque también podría- lo hace



habitualmente entre los 18 y 30 años, son personas muy jóvenes y con buena salud con lo cual el riesgo a la exposición a los estrógenos se hace prácticamente despreciable. Por otra parte, ya sabemos que el tratamiento con estrógenos tiene el riesgo de trombosis solo en el primer año, solo a dosis altas y solo en la vía oral. Es un riesgo que no va más allá de 5 a 7 casos por 100 000 personas. Cuando utilizamos la vía transdérmica o más allá del primer año el riesgo no es estadísticamente significativo.

¿Qué pasa en la segunda circunstancia, en la mujer que vira a hombre? Para empezar, a esa mujer hay que bloquearle la acción de los estrógenos con agonistas de GnRH, y con una medicación que bloquea las órdenes hipofisarias para el ovario para que este deje de funcionar y después le administramos testosterona en diferentes formas, en diferentes sales y por diferentes vías (intramuscular o transdérmica). La vía intramuscular es muy cómoda, ya que consiste prácticamente en inyecciones mensuales y la vía transdérmica es muy efectiva, pero incómoda, ya que la persona tiene que administrársela diariamente en forma de cremas o gel sobre el pecho, una vez que se ha hecho la mastectomía correspondiente, porque aquí se combinan los tratamientos médicos y los quirúrgicos. El riesgo de las mujeres que viran a hombre en cuanto a su terapia androgénica es muy bajo, solamente la sobrecarga hepática, para evitarla lo hacemos de una manera muy calculada, con una dosificación muy precisa e individualizada



**D.M.:** ¿cómo cuidar la masa ósea en mujeres trans?

**J.L.N.B.:** las mujeres trans son las más favorecidas en la medicina transgénero, en cuanto al metabolismo mineral, fundamentalmente porque vienen de haber recibido toda la carga androgénica de un varón que desde el punto de vista genético y hormonal consigue de ordinario un pico de masa ósea entre un 20% y un 30% superior al que consiguen las mujeres de la misma edad. Por tanto, los varones en origen, tenemos más suerte que las mujeres por el aflujo de los escasos estrógenos que tenemos y por la gran cantidad de andrógenos que nos hacen tener mucha

masa ósea. Las mujeres trans no dejan de tener la masa ósea que tenían y, además, ahora la mantienen con las ventajas que les suponen los estrógenos. Es un “buen negocio” – permítaseme el apunte – desde el aspecto del metabolismo mineral virar de hombre a mujer trans.



**D.M.:** ¿cómo cuidar la masa ósea en hombres trans?

**J.L.N.B.:** este es el caso inverso, la mujer nace y recibe la acción estrogénica durante toda su vida hasta que vira a hombre. En este caso pierde la ventaja de los estrógenos- y es mucho perder- porque son los estrógenos los defensores del riesgo cardiovascular y los que mantienen la masa ósea. Tiene la ventaja de recibir después los andrógenos que mantienen su masa ósea y pueden llegar a incrementarla, ciertamente. Hay que tener en cuenta que como en las mujeres trans hay que evaluar su ingesta dietética de calcio, sus niveles de vitamina D y la cantidad de ejercicio físico y de musculación que hacen a diario que es mandatorio en ambos sexos.

**D.M.:** ¿cuáles son sus recomendaciones en cuanto al abordaje de la salud transgénero para mejorar la calidad de vida en esta población?

**J.L.N.B.:** Al principio de la entrevista le decía que el concepto fundamental a tener en cuenta en la salud transgénero es el mantenimiento de la calidad de vida. Esto es mandatorio para cualquier persona que se considere, da igual que sea periodista, transgénero, ginecólogo o chofer de camión. Es exactamente igual: todos buscamos vivir bien, todos buscamos vivir mejor. Hay que tener en cuenta que ya tenemos evidencia científica que demuestra que el retraso en el inicio de la terapia de afirmación de género desencadena altas tasas de depresión e incluso de suicidio y otras muchas dificultades en la esfera de la salud mental que, por supuesto, deben ser consideradas innecesarias y perfectamente evitables cuando existen los cuidados apropiados.

Si somos suficientemente sensibles para descubrir a estas personas que necesitan ayuda multidisciplinaria e iniciamos los tratamientos hormonales -cuanto más pronto mejor- con la

suficiente ayuda psicológica, estaremos favoreciendo un buen ejercicio no solamente desde el punto de vista del cuidado de la salud de estas personas, sino del mantenimiento y el crecimiento en su calidad de vida, que no es otra cosa que lo que ellos pretenden: vivir de acuerdo con sus propias identidades más que con sus identificaciones; con lo que ellos sienten que pasa evidentemente por una transformación hormonal y por una, dos o más cirugías, porque no es fácil el proceso de transformación de hombre a mujer y viceversa.

Hoy sabemos, gracias a la evidencia científica de metaanálisis con gran potencia estadística que las personas transgénero tienen muchísima peor puntuación en los índices de calidad de vida que la población en general. Esto es perfectamente evitable si tenemos la sensibilidad suficiente y los arrestos para que los sistemas de salud de todo el mundo se pongan en la mejor disposición para que estas personas reciban los mejores cuidados, quitando toda traba frente a ello.

Todo esto pasa por un cambio social. Por eso me permito “pontificar”, aunque no soy quien, para hacerlo, tiene obligadamente 3 fundamentaciones básicas: la tolerancia con la diferencia, el respeto personal a los otros y la comprensión social y el arropamiento social que nos permite ofrecer estos cuidados para todas las personas sin distinciones de origen, sexo o identificación sexual.

