



<https://www.revclinesp.es>

## 1023 - IDENTIDAD DE GÉNERO Y ETEV

*L. Toscano Ruiz, C. Mancilla Reguera, V. Rodríguez Castaño y J.A. García Bravo*

*Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.*

### Resumen

**Objetivos:** Conocimiento del aumento de riesgo de ETEV en pacientes con DIG (disforia de género), especialmente transexualidad de hombre a mujer (THM) con terapia estrogénica crónica. Importancia de una anamnesis, exploración clínica dirigidas y estudio de hipercoagulabilidad inicial para el cribado de ETEV en estos pacientes. Valoración de necesidad de profilaxis en pacientes THM con terapia hormonal crónica y alto riesgo de ETEV.

**Métodos:** Revisión bibliográfica sobre ETEV y disforia de género (DIG) según la bibliografía actual disponible. Ejemplificamos con dos casos de nuestra consulta de ETEV con DIG y sometidos a terapia hormonal crónica.

**Resultados:** El primer caso, lo constituye una mujer de 17 años que se realiza un estudio de hipercoagulabilidad completo dentro del protocolo de DIG. Este arroja el resultado de portador homocigoto de la mutación de la protrombina G20210A. Como antecedentes, no presentaba antecedentes familiares de abortos ni eventos trombóticos conocidos. No tabaquismo activo. Dada la predisposición a ETEV que presentaba la paciente por ser portadora de una mutación trombogénica y terapia hormonal intensiva prolongada, se inicia profilaxis de ETEV con heparina de bajo peso molecular a dosis 0,5 mg/kg/peso cada 24 h y AAS 100 mg/24 h. El segundo caso, está basado en una mujer de 40 años, fumadora activa, ex adicta a drogas por vía parenteral, hepatitis C tratada con respuesta viral sostenida y con antecedentes familiares de cáncer de mama y tromboflebitis materna. Ingresa en Medicina Interna diagnosticada de trombosis venosa profunda (TVP) femoropoplítea izquierda, y durante su evolución, comienza con taquicardia sinusal sin claro factor precipitante, por lo que se realiza gammagrafía ventilación/perfusión pulmonar diagnosticando tromboembolismo pulmonar bilateral (TEP). Es anticoagulada a dosis plenas con heparina de bajo peso molecular a 1,5 mg/kg peso/24 H. Posteriormente, en consultas se inicia acenocumarol a dosis óptimas para alcanzar INR objetivo de 2-3. Con ambos casos, exemplificamos la importancia de la profilaxis primaria y secundaria de ETEV en pacientes con alto riesgo. Los pacientes con DIG y THM precisan de hormonoterapia estrogénica intensiva y prolongada e inhibidores de hormonas masculinas, acentuando este riesgo. Si a ello le añadimos un factor trombogénico importante (antecedentes de trombofilia, trombofilia testada, tabaquismo, drogas, inmovilización prolongada, obesidad...), la necesidad de profilaxis es prioritaria.

**Conclusiones:** Las pacientes con disforia de género en tratamiento con hormonoterapia presentan un riesgo elevado de ETEV. Una anamnesis dirigida y pruebas complementarias para descartar trombofilia u otros factores de riesgo son imprescindibles para evitar la enfermedad. En caso de ETEV confirmada, se ofrecerá anticoagulación prolongada al menos hasta finalización de hormonoterapia, en ausencia de otros factores de riesgo. Las pacientes con disforia de género y en proceso de cambio de sexo que presenten factores de riesgo

para ETEV como son trombofilia, antecedentes personales de neoplasia, tabaquismo activo, uso de drogas o antecedentes personales de ETEV son candidatos a profilaxis primaria con heparina de bajo peso molecular a dosis profiláctica.

## Bibliografía

1. Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN).