

# Incongruência de Gênero em Crianças e Adolescente - Abordagem da Endocrinologia Pediátrica

Prof. Dr. Durval Damiani  
Leandra Steinmetz

# Introdução

- Conversa inicial com a família e criança/adolescente
- Anamnese e exame físico completo
- Exames complementares (hormonais, cariótipo, idade óssea e DMO)
- Em crianças fazer o seguimento até início da puberdade

# Crianças

- Prevalência: falta de estudos
- A maior parte das crianças diagnosticadas com não conformidade de gênero “desistem” e passam a se identificar com o sexo biológico no começo da adolescência ou da vida adulta
- 10-27% persistem

# Adolescentes

- Quando ocorre persistência até a adolescência raramente desistem (≠ crianças)

# TRATAMENTO

- As intervenções físicas são divididas em três estágios
  - Intervenções totalmente reversíveis. Utilização de análogos de GnRH para suprimir a produção de estrogênio ou de testosterona e, conseqüentemente, retardar as mudanças físicas da puberdade
  - Intervenções parcialmente reversíveis. Essas incluem a terapia hormonal cruzada
  - Intervenções irreversíveis. São procedimentos cirúrgicos

# TRATAMENTO HORMONAL

# PROTOCOLOS

- 2011 - WPATH

## World Professional Association for Transgender Health

- Standards of Care, version 7, 2011
- Coleman, E et al. Standards of Care for the Health of the Transsexual, Transgender, and Gender Non-conforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*. 2011;165-232.

- 2017- Endocrine Society

- Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline
- Recomenda que adolescentes com critérios de DG persistente iniciem bloqueio puberal
- Hembree, W.C. et al., Endocrine treatment of transsexual persons: Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. 2017;102(11):3869-390



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

**PROCESSO-CONSULTA CFM nº 32/12 – PARECER CFM nº 8/13**

**INTERESSADO:** Defensoria Pública do Estado de São Paulo

**ASSUNTO:** Terapia hormonal para adolescentes travestis e transexuais

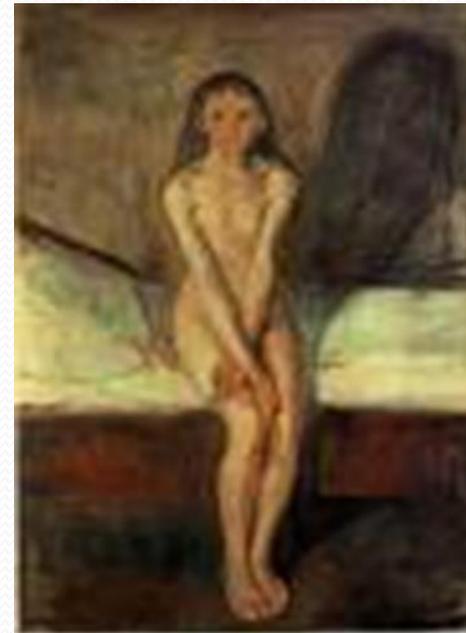
**RELATOR:** Cons. Lúcio Flávio Gonzaga Silva

# PARECER CFM nº 8/13

- O adolescente com DG deve ser assistido em centro especializado, de excelência e multiprofissional
- A hormonioterapia, de preferência, iniciada quando dos primeiros sinais de puberdade (bloqueio da puberdade do gênero de nascimento)
- Aos 16 anos, caso persista a DG, a hormonioterapia cruzada deve ser iniciada gradativamente

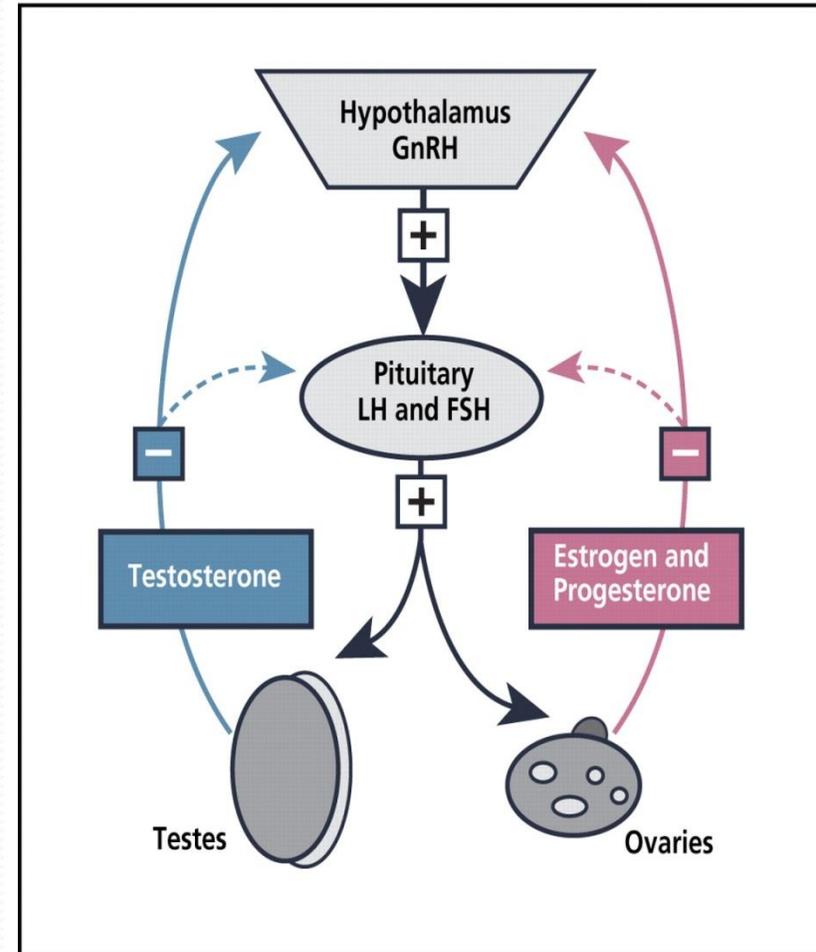
# PUBERDADE

- Período de transição entre a infância e a vida adulta, em que ocorre uma complexa *sequência de eventos biológicos* que leva à maturação sexual progressiva e consequente desenvolvimento da capacidade reprodutiva
- Início da Puberdade: meninas: 8 anos  
meninos: 9 anos



# PUBERDADE

- Mudanças psicológicas
- Aparecimento dos caracteres sexuais secundários
- Estirão do crescimento
- Fertilidade



# BLOQUEIO PUBERAL

# BLOQUEIO PUBERAL

- Recomendação de bloqueio DEVE ser feita por profissionais da saúde mental e não familiares, pediatras ou endocrinologistas
- **Não é recomendado terapia hormonal na fase pré puberal**

European Child & Adolescent Psychiatry  
7:246–248 (1998) © Steinkopff Verlag 1998

CASE REPORT

P.T. Cohen-Kettenis  
S.H.M. van Goozen

## **Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent**

- **Recomendação de bloqueio:** Baseada em 3 observações
  - Embora 80-90% das crianças desistam na idade adulta, raramente desistem uma vez iniciada a puberdade
  - Início das mudanças físicas/puberdade é frequentemente associado ao agravamento da disforia, aflição e comportamento destrutivo em adolescentes com DG
  - Indução hormonal para mudanças físicas é mais fácil e seguro quando os esteroides sexuais do sexo genético ainda não estão presentes

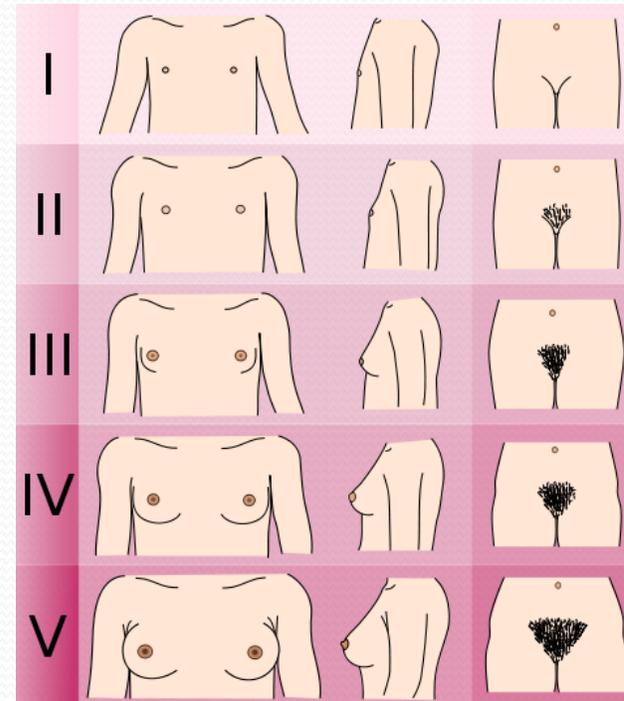
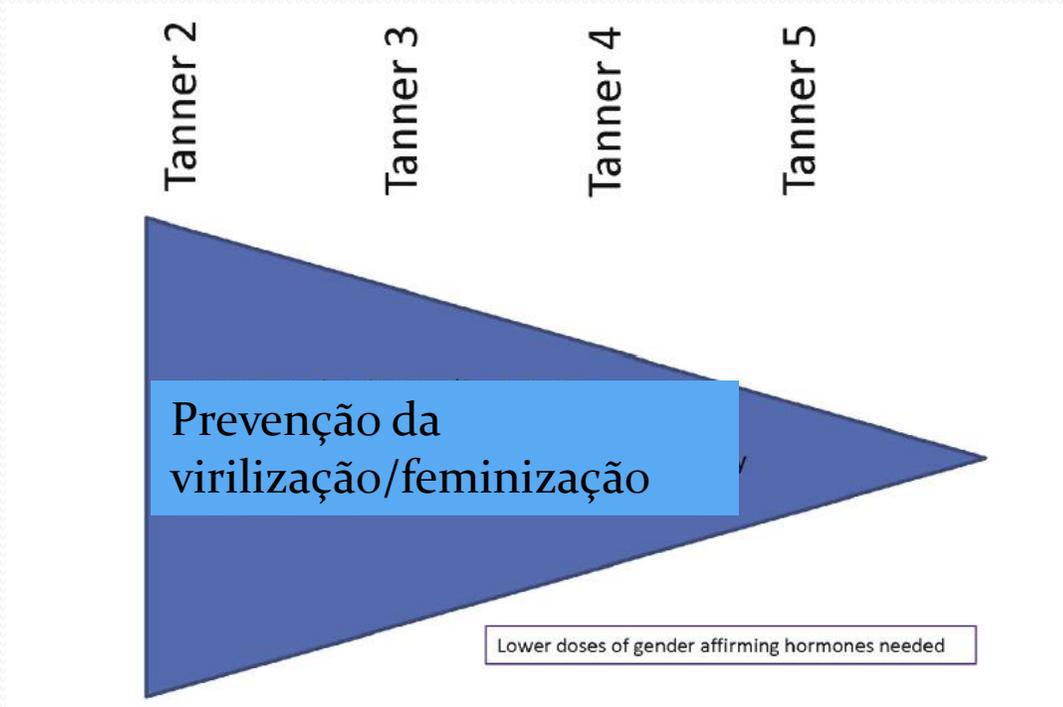
# Critérios de inclusão

- Diagnóstico de disforia de gênero estabelecido
- Puberdade em estágio 2 de Tanner
- Piora da disforia de gênero com o início da puberdade
- Ausência de comorbidades psiquiátricas que possam interferir no diagnóstico
- Adequado apoio social e psicológico
- Entendimento adequado por parte do paciente e sua família dos riscos e benefícios da terapia

[http://wpath.org/publications\\_standards.cfm](http://wpath.org/publications_standards.cfm).

Endocrinol Metab Clin North Am. 2019 Jun;48(2):331-339

# Estádios de Tanner



I		3	<2,5
II		4	2,5-3,2
III		10	3,6
IV		16	4,1-4,5
V		25	>4,5

## **Pacientes que já desenvolveram caracteres sexuais indesejados também se beneficiam do bloqueio, pois:**

- Previne maior progressão puberal aumentando o tempo para o jovem consolidar sua identidade de gênero
- Aumenta o tempo para a família discutir melhor o assunto
- Os agonistas do GnRH cessam a produção de esteroides sexuais das gônadas, permitindo o uso de menores doses de hormônios do sexo oposto posteriormente

- deVries et al: estudo com 55 pacientes que receberam bloqueio puberal:
  - Foram avaliados a disforia e o funcionamento psicológico antes do início do bloqueio, antes do início da terapia hormonal cruzada e após pelo menos 1 ano de cirurgia
  - Houve melhora nos problemas emocionais e de comportamento, nos sintomas depressivos e no funcionamento geral
  - nenhum desistiu do bloqueio puberal e todos receberam a terapia com esteroides sexuais

# Barreiras no Tratamento

- Apesar dos Guidelines, o número de pacientes recebendo tratamento ainda é muito inferior ao número de potenciais pacientes
- Grande número de pacientes chega ao grandes centros especializados depois do estadio 3 de Tanner
- Falta de estudos a longo prazo
- Poucos centros especializados no assunto

# HORMONIOTERAPIA CRUZADA

# ESTEROIDES SEXUAIS

- Recomendação início: 16 anos – maior segurança de persistência da incongruência de gênero
- Brasil 18 anos
  - Estudo em Amsterdam: 111 bloqueados com GnRHα, 70 deles receberam esteroides sexuais aos 16 anos → os 70 mantiveram identidade com sexo oposto persistente e melhora do estado psicológico

# OBJETIVOS DO TRATAMENTO HORMONAL

- Induzir aparecimento de características sexuais compatíveis com a identificação psicosexual
- Reduzir os esteroides sexuais endógenos e, conseqüentemente, os caracteres sexuais secundários do sexo biológico
- Seguir os princípios da TRH nos pacientes hipogonádicos

# CRITÉRIOS PARA INTRODUÇÃO

- DG persistente e bem documentada
- Capacidade do paciente de consentir com o tratamento
- Idade de início
- Controle adequado de outras condições de saúde mental

# Esteroides sexuais

- Estrógenos com ou sem antiandrógenos
- Testosterona

# Meninos Trans

# TESTOSTERONA

- Efeitos :
  - Voz mais grave
  - Pelos faciais
  - Supressão da menstruação
  - Aumento de massa muscular
  - Distribuição de gordura com padrão masculino e aumento do clitóris
  - Aumento da libido
  - Acne

# DOSES

- Testosterona IM, gel ou patch
- Doses crescentes em pacientes bloqueados
- Cipionato de testosterona iniciar com 50 mg por mês até 200 mg a cada 15 dias

# Efeitos colaterais da testosterona

- Diminuição do HDL e aumento de triglicérides
- Resistência à insulina
- Hepatotoxicidade
- Policitemia
- Aumento risco de apneia do sono
- Efeitos desconhecidos em mamas, endométrio e ovários

# ACOMPANHAMENTO

- Avaliação clínica:
  - Evolução dos caracteres sexuais secundários
  - Hipertensão arterial, apneia do sono, agressividade, sintomas cardiovasculares

# ACOMPANHAMENTO

- Hmg
- Enzimas hepáticas
- CTF e triglicérides
- Glicemia e insulina
- LH, FSH e esteroides sexuais
- Idade óssea, DMO e USG pelve e mamas

# Meninas Trans

# ESTRÓGENO

- Geralmente feito em conjunto com um antiandrógeno, como espironolactona, acetato de ciproterona ou finasterida
- Os análogos do GnRH, usados para bloquear a puberdade, diminuem os níveis dos andrógenos, permitindo o uso de menores doses de estrógeno

# ESTRÓGENO

- Efeitos
  - Desenvolvimento de mamas
  - Redistribuição da gordura corporal
  - Diminuição das ereções
  - Atrofia testicular
  - Diminuição de força muscular
  - Diminuição do crescimento dos pelos

# DOSES

- Doses crescentes em pacientes bloqueados
- Estrógenos conjugados (0,625 mg-1,25mg) associados ao acetato de ciproterona (50 mg) diariamente
- 17 $\beta$  estradiol- dose inicial de 0,25mg/dia até 2-6 mg/dia
- E2 transdermico 6,25mcg até 50-200 mcg/dia
- Evitar etinil estradiol

# Efeitos colaterais do estrogênio

- Trombose venosa/tromboembolismo
- Ganho de peso
- Cefaleia
- Diminuição da libido
- Aumento de triglicérides
- Aumento da PA
- Diminuição da tolerância à glicose
- Aumento da prolactina com galactorreia
- Ca mama(?)
- Infertilidade

## ACOMPANHAMENTO

- Avaliação clínica:
  - Evolução dos caracteres sexuais secundários
  - Sintomas e sinais de TVP, galactorreia, nódulos mamários, sintomas cardiovasculares

## ACOMPANHAMENTO

- Hmg, Proteína S, PCR, anti-trombina 3 e Fator V
- Enzimas hepáticas
- CTF e triglicérides
- Glicemia e insulinemia
- LH e FSH e esteroides sexuais
- Prolactina
- USG testicular e de mamas
- Idade óssea
- DMO

