

Identidad y corazón: el desafío cardiovascular en la transición de género

Identity and Heart: the Cardiovascular Challenge in Gender Transition

MARIELA HUERTAS¹, JUAN PABLO LESTARD¹, GIANFRANCO BOSQUE¹, NICOLAS MENICHINI¹, JUAN PABLO CAMPAGNA¹

La salud cardiovascular de las personas trans constituye hoy un desafío clínico y científico ineludible. Este grupo poblacional, históricamente invisibilizado, comienza a emerger en la práctica médica cotidiana con necesidades específicas y riesgos aún insuficientemente explorados. En Argentina, el Censo Nacional 2022 identificó 196 956 personas que no se reconocen con el sexo registrado al nacer, lo que representa el 0,4% de la población en viviendas particulares. (1) Lejos de ser un número marginal, esta cifra refleja una realidad creciente que interpela directamente a la medicina cardiovascular contemporánea.

La terapia de afirmación de género –pilar del cuidado integral en personas trans– implica un abordaje multidisciplinario, donde la hormonización ocupa un rol central. En el caso de los varones trans, la administración de testosterona es el tratamiento de elección para inducir características sexuales secundarias masculinas, con el objetivo de alinear el cuerpo con la identidad de género autopercibida. (2)

Sin embargo, la hormonización no está exenta de riesgos. Estudios recientes han documentado en esta población un incremento de la presión arterial, mayor prevalencia de dislipidemias, resistencia a la insulina y un aumento en la incidencia de eventos cardiovasculares mayores, entre ellos infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular isquémico. Se han reportado además fenómenos de eritrocitosis, alteraciones en la viscosidad sanguínea y potencial aceleración de la aterosclerosis, todos ellos factores que potencian la vulnerabilidad cardiovascular. (3)

Este escenario plantea un interrogante crucial: ¿cómo balancear los beneficios psicosociales y de salud mental que brinda la terapia de afirmación de género frente a las complicaciones cardiovasculares emergentes? El aumento sostenido de la visibilidad y del acceso a estos tratamientos ha puesto en primer plano la necesidad de comprender sus efectos a largo plazo sobre la enfermedad coronaria, los factores de riesgo clásicos y no clásicos, y la morbimortalidad cardiovascular.

El caso que presentamos –un varón trans que sufre un infarto agudo de miocardio– no sólo visibiliza una situación clínica inédita en nuestra práctica diaria, sino que también obliga a repensar los paradigmas de prevención, diagnóstico y tratamiento en una población cuya vulnerabilidad cardiovascular comienza a delinearse con mayor claridad y urgencia.

Se trata de un paciente hombre trans de 24 años de edad, con antecedente personal patológico de tabaquismo, obesidad y trastorno limítrofe de la personalidad, con historia de consumo problemático de sustancias (marihuana y cocaína). Inicio de terapia hormonal para afirmación de género con undecanoato de testosterona intramuscular de forma trimestral desde el año 2021. Antecedente quirúrgico de masculinización del tórax. Esquema de vacunación para COVID-19 con dos dosis de la farmacéutica Sinopharm, aplicadas en 2020.

Inicia su enfermedad cardiovascular aproximadamente en marzo de 2024 con episodios de dolor precordial opresivo de corta duración en contextos emocionales. Posteriormente presenta dos nuevos episodios por lo que consulta a un cardiólogo por consultorio ambulatorio en mayo, en dicha oportunidad se le realiza ECG (Figura 1- A) y ecocardiograma transtorácico (ETT) que no evidencian particularidades, como así también ETT con stress insuficiente para evidenciar isquemia de miocardio. Los estudios de laboratorio revelan valores de testosterona dentro del rango masculino.

El 25 de junio acude nuevamente a la guardia por presentar dolor precordial típico leve durante actividad física. Al examen físico presenta hipertensión (140/90 mmHg). En el ECG trastorno de la repolarización en cara anterolateral e inferior. Troponina T ultrasensible dentro de valores normales. Un nuevo ETT demuestra fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) conservada, sin trastornos de la motilidad. Se indica internación en unidad de dolor pero el paciente la rechaza. Al día siguiente, presenta nuevo episodio de precordialgia opresiva que se inicia durante actividad

REV ARGENT CARDIOL 2025;93:479-482 <https://doi.org/10.7775/rac.es.v93.i6.20947>

Dirección para correspondencia: Mariela Huertas marielahuertas92@gmail.com

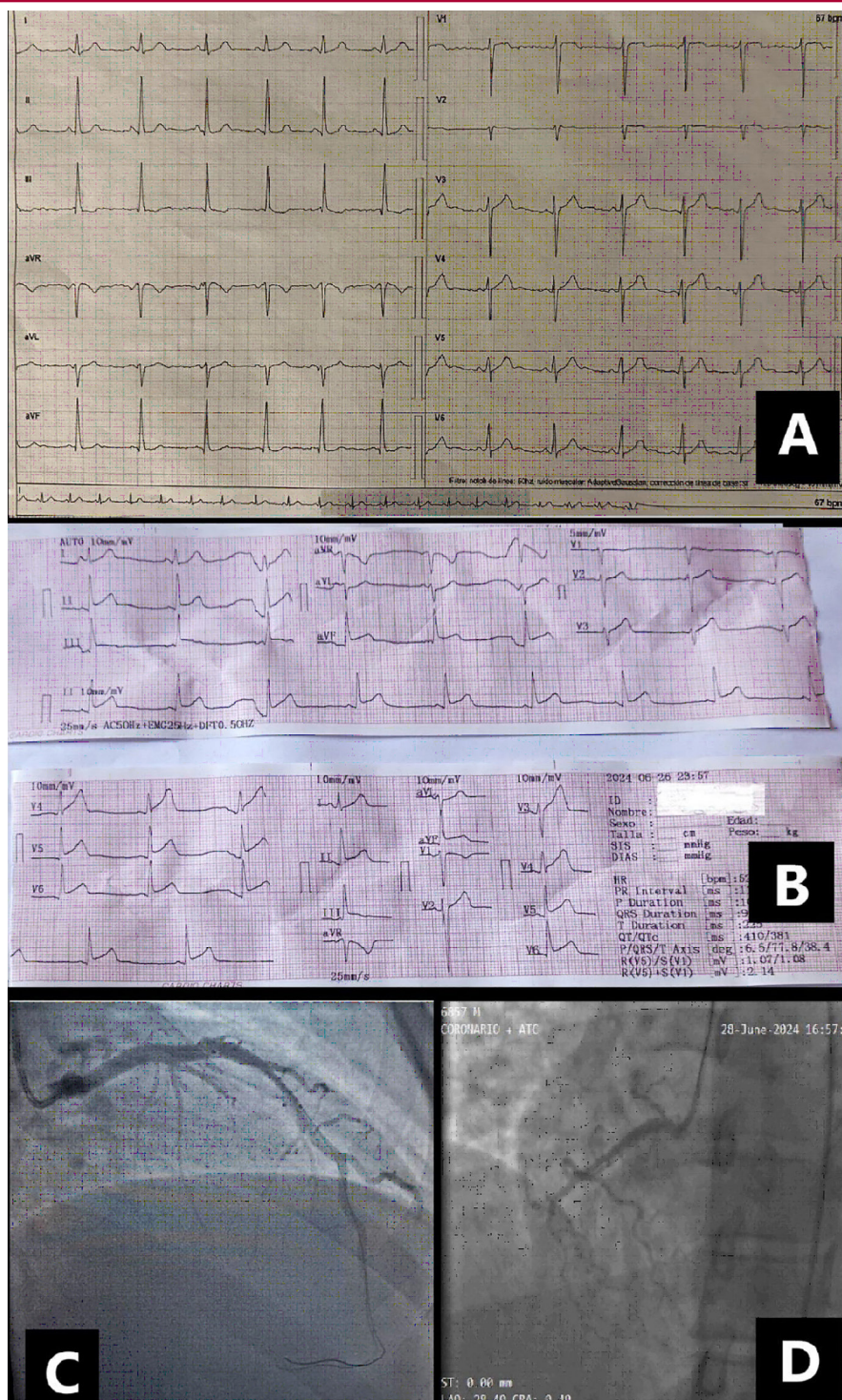


<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

¹ Residencia de Cardiología, Sanatorio Juan XXIII (General Roca, Río Negro)

Fig. 1. A. ECG basal sin presencia de particularidades. **B.** Injuría subepicárdica anterolateral e inferior. **C.** CCG: arteria descendente anterior con pasaje de cuerda, trombo proximal y espasmo distal. **D.** CCG: Diseción en segmento proximal de arteria coronaria derecha.



física, de más de media hora de duración, de mayor intensidad (10/10), que se irradia a la mandíbula, y se acompaña de sudoración, náuseas y eructos. Al examen físico presenta hipertensión (160/100 mmHg) y buena respuesta a la analgesia con morfina. ECG sin cambios con respecto al día previo. Durante la internación

en *shock room* de la guardia, presenta otro episodio de dolor sin cambios en ECG, con menor respuesta a analgesia endovenosa, y requerimiento de nitritos endovenosos; se decide su traslado a UCO.

Allí se constata injuria subepicárdica en cara anterolateral e inferior (Figura 1- B), por lo que se

decide su pase de urgencia a sala de Hemodinamia. La cinecoronariografía (CCG) evidencia suboclusión trombótica proximal de la arteria descendente anterior (DA) y oclusión distal previa a la punta (Figura 1- C). Se realiza angioplastia transluminal coronaria (ATC) primaria exitosa con implante de stent en segmento proximal y dilatación con balón a nivel distal, e infusión endovenosa de inhibidor IIB/IIIa. Por ETT se observa FEVI levemente deprimida con hipoquinesia apical.

Al siguiente día, evoluciona con dolor precordial y troponinas en ascenso, por lo que se decide nuevamente pase a sala de Hemodinamia. Se evidencia disección anterógrada de la arteria coronaria derecha (CD) (Figura 1- D) con requerimiento de ATC primaria exitosa con implante de dos stents, y constatación de DA con stent proximal permeable sin lesiones y a nivel distal sin cambios respecto a CCG previa.

La resonancia magnética nuclear (RMN) cardíaca muestra FEVI conservada y secuela necrótica transmural circunferencial apical con aquinesia y adelgazamiento septo apical (menor a 5 mm) y leve dilatación aneurismática, sin trombos, y secuela transmural de segmentos apicales del ventrículo derecho (VD) (Figura 2- A y B).

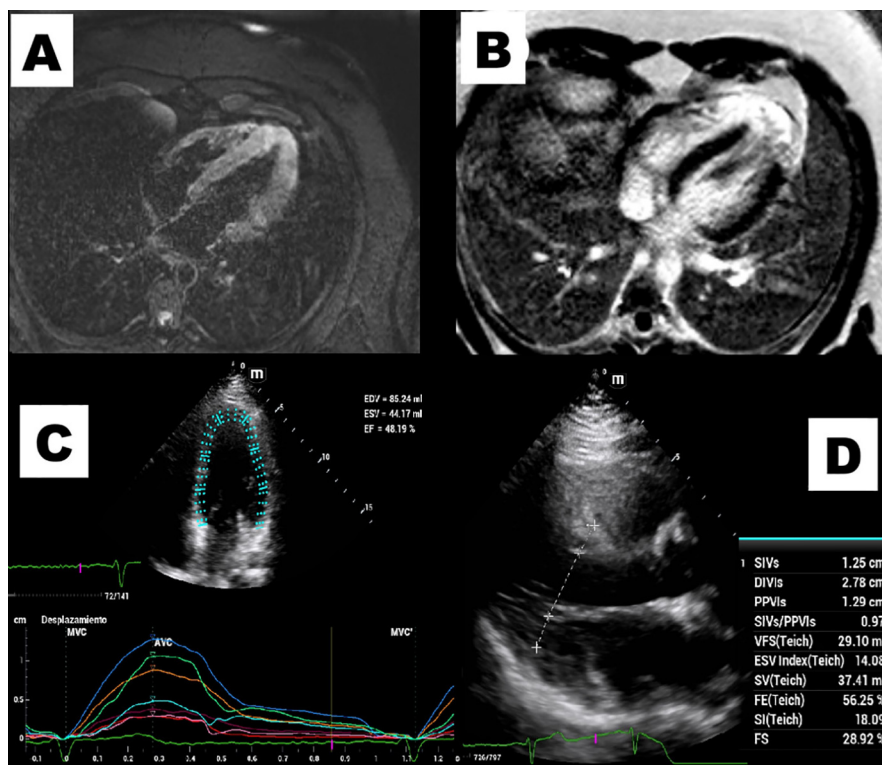
Tras ocho días de internación se otorga alta sanatorial con tratamiento antihipertensivo, doble

antiagregación plaquetaria, estatinas y ezetimibe. Se recomienda seguimiento por consultorio ambulatorio con servicios de hematología, endocrinología y cardiología. En la consulta cardiológica se realiza ETT con strain que muestra FEVI 56 % (Figura 2- C y D). Aproximadamente 20 días después del evento agudo, se realiza RMN cardíaca con estrés que no informa cambios respecto al estudio previo.

Finalmente, luego de un mes, se recibe informe de analítica que descartó síndrome antifosfolípido y trombofilias. Actualmente el paciente se encuentra bajo seguimiento estricto por equipo multidisciplinario en plan de acompañar con la mejor estrategia terapéutica posible.

Es fundamental reconocer que la investigación sobre los efectos de la terapia hormonal en la salud cardiovascular de las personas transgénero aún está en sus etapas iniciales. (4,5) Las limitaciones en el seguimiento a largo plazo y la juventud de estos pacientes al iniciar la terapia hormonal generan una brecha significativa en la evidencia disponible. Sin embargo, la creciente identificación de disparidades en factores de riesgo cardiovascular emergentes dentro de esta comunidad nos impulsa, como cardiólogos, a enfrentar nuevos desafíos. (6)

Fig. 2. A. RMN cardíaca. Secuencia T2 evidencia edema biventricular. B. RMN con realce tardío con gadolinio con secuela fibrótica transmural septal, lateral apical y ápex de VI con adelgazamiento del espesor miocárdico septal apical y leve dilatación aneurismática sin trombo evidente. Secuela transmural de segmentos apicales del VD. C. ETT con strain evidencia aquinesia apical. D. FEVI (Teichloz) 56 %.



Es crucial enfatizar la importancia de una estratificación de riesgo cardiovascular de esta población al comenzar la terapia, aún no definida en las guías. Se debería ser más riguroso en los estudios diagnósticos tales como score de calcio, Lp(a), angiotomografía coronaria, Doppler arterial, etc. para detectar precozmente una posible aterosclerosis acelerada.

El impacto de la terapia con testosterona como factor de riesgo cardiovascular, particularmente en su relación con eventos tromboticos y disfunción arterial coronaria, requiere un enfoque más riguroso. De forma reciente se están documentando sus efectos adversos, la falta de consenso y evidencia sólida subraya la necesidad urgente de más investigaciones y reportes.

Debemos avanzar en esta área con un enfoque multidisciplinario, colaborando con especialistas en endocrinología, hematología, entre otros, para ofrecer una atención médica integral y equitativa.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

(Véase formularios de conflictos de interés de los autores en la Web).

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2023). Censo nacional de población, hogares y viviendas 2022: Identidad de género. Serie A N° 14. https://censo.gob.ar/wp-content/uploads/2023/12/censo2022_identidad_de_genero.pdf
2. Ministerio de Salud de la Nación. Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias: Guía para equipos de salud. Actualización 2020.
3. Miranda-Malpica E, López-Cuellar J. Cardiovascular disease risk in the transgender population. *Arch Cardiol Mex* 2023;93(Supl):26-30. <https://doi.org/10.24875/ACM.M23000091>
4. Aday A, Sandoval J, Ríos R, Cartes A, Salinas H. Terapia hormonal en persona transgénero según world professional association for transgender health (WPATH)() y guías clínicas de la endocrine society. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2018;83:426-41. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262018000300319>
5. Maraka S, Singh Ospina N, Rodriguez-Gutierrez R, Davidge-Pitts CJ, Nippoldt TB, Prokop LJ, et al. Sex Steroids and Cardiovascular Outcomes in Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Endocrinol Metab* 2017;102:3914-23. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01643>
6. Alzahrani T, Nguyen T, Ryan A, Dwairy A, McCaffrey J, Yunus R, et al. Cardiovascular Disease Risk Factors and Myocardial Infarction in the Transgender Population. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2019;12:e005597. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005597>