



## 407 - ELEVACIÓN INUSUAL DE TESTOSTERONA EN HOMBRE TRANS: CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

M. Gómez-Gordo Hernanz<sup>1</sup>, G. Collado González<sup>1</sup>, I. Jiménez Hernando<sup>1</sup>, M. Pérez Noguero<sup>1</sup>, I. Losada Gata<sup>2</sup>, A. García Piorno<sup>3</sup>, G. Pérez López<sup>4</sup>, S. Bacete Cebrián<sup>1</sup>, M. Miguélez González<sup>1</sup> y O. González Albarrán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario La Paz, Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. <sup>4</sup>Clínica EndoPedia, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** En varones trans en tratamiento con testosterona, el hallazgo de hipertestosteronemia debe interpretarse con cautela y siempre en relación con el momento de la última dosis administrada. Es fundamental descartar la administración exógena no declarada y considerar causas endógenas relevantes como tumores secretores de andrógenos.

**Caso clínico:** Presentamos un caso clínico de un varón trans en seguimiento en nuestras consultas de la unidad de identidad de género con hipertestosteronemia grave pese a ajuste y suspensión de la terapia hormonal de afirmación de género (THAG). Hombre trans de 50 años que acude para inicio de THAG. En analítica, hallazgo de hipertestosteronemia grave (2.090 ng/dL) confirmada, alteración del perfil hepático (ALT 73 U/L, bilirrubina 1,7 mg/dL, GGT 49 U/L), filtrado glomerular reducido (58 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>), perfil lipídico aterogénico y policitemia (hematocrito 56%). Tras reinterrogarle, refiere cese de ciclos de anabolizantes un año antes. No fumador. En la exploración, peso 61 kg, talla 165 cm, sin aspecto musculado. Se descartaron causas endógenas como tumores ováricos, hiperplasia suprarrenal congénita, síndrome de Cushing, etc. Los andrógenos suprarrenales fueron normales. La ecografía transvaginal mostró útero con adenomiosis y ovarios atróficos, sin signos de tumoración. Ante la sospecha de consumo no declarado de anabolizantes fue valorado por cardiología y digestivo, descartándose patología estructural. Finalmente, tras descenso de testosteronemia, se reinicia THAG con undecanato de testosterona 1.000 mg cada 3 meses. Actualmente en seguimiento conjunto con hematología por poliglobulia secundaria, con necesidad de sangrías ocasionales.

**Discusión:** La sospecha de abuso de anabolizantes debe considerarse ante hipertestosteronemia no justificada, especialmente si coexisten poliglobulia, disfunción hepatorenal o antecedentes de consumo. Su detección precoz y el abordaje multidisciplinar son clave por los posibles efectos graves asociados.