

---

# Simposio de Endocrinología Obstétrica y Ginecológica No. 8

## ASIGNACION DEL SEXO. CRITERIO Y CONSIDERACIONES PRACTICAS

Dr. Edwin C. Hamblen

(Traducción del Dr. G. E. P.)

El tema que vamos a tratar hoy se presta probablemente a suscitar muchas discusiones, y por otra parte tiene la dificultad de referirse a un grupo más o menos numeroso de asuntos diferentes, que a veces nos resultarán difíciles de compaginar con distintos sistemas de leyes ya establecidas, y con diferentes creencias religiosas. Presentaré así mis propios puntos de vista sobre el problema, tal como yo lo veo, y espero que no haya serios conflictos con la expresión de mis opiniones.

Ordinariamente afrontamos el problema de la asignación del sexo en una forma muy rutinaria. Solamente cuando hay casos en que los genitales externos tienen una apariencia más o menos ambigua, es cuando comenzamos a preocuparnos de cómo debe ser asignado el sexo. Fundamentalmente creo, y es este el punto de vista que trataré de desarrollar en esta conferencia, que si continuamos usando nuestros propios puntos de referencia, probablemente no cometeremos errores. Y que si consideramos los genitales en forma que den las mayores ventajas al individuo, estaremos prestando el más grande de los servicios al individuo en cuestión. Por supuesto, cuando hacemos esto, estaremos a veces actuando en contra del estado gonadal del individuo, y aún de su mismo determinante cromosómico del sexo; además en muchos casos estaremos yendo en contra de tradiciones consagradas por el tiempo.

Me parece que una de las peores costumbres que existen en relación con estos individuos que presentan lo que yo llamo genitales externos epicenos o ambiguos, es la de clasificarlos sea como pseudo-hermafroditas, o como hermafroditas. En mi concepto, estas expresiones son estigmatizantes y fundamentalmente traumáticas, y espero que algún día puedan ser eliminadas del lenguaje médico. Estas denominaciones las debemos principalmente a Klebs, quien fué el primero en introducirlas con la clasificación que aún hoy se usa ordinariamente, en 1876: Pseudohermafroditas masculinos si tienen testículos, pseudohermafroditas femeninos si existen ovarios, y

por supuesto hermafroditas verdaderos cuando coexisten los tejidos ováricos y testiculares.

Me parece también que una de las cosas más importantes en el tratamiento de estos individuos, es asignar al niño un sexo prontamente y sin equívocos. No me parece en ningún modo justificable llegar a un impasse tal que cuando la madre se despierte de la anestesia obstétrica, y ella o el padre preguntan por el sexo del hijo, responderles: No sé si será un niño o una niña. No creo que haya nada más traumático que tal equívoco. Aunque estemos errados, aunque eventualmente tengamos que hacer luego un cambio en la asignación del sexo, aún en estos casos una asignación del sexo pronta desde el punto de vista de las posibilidades quirúrgicas y hormonales de los genitales externos, nos servirá bien la mayoría de las veces.

La existencia de varias tradiciones y costumbres a este respecto ha sido causa de que muchas veces nos sintamos injustamente confusos al respecto. Por muchos años hemos estado oyendo de cir que el verdadero sexo de un individuo es el sexo gonadal, y que tenemos que hacer que este individuo se conforme de todas maneras al sexo de sus gonadas. Se nos dice también que este es el sexo legal del individuo. Si esto es cierto, me parece que se trata simplemente de un artificio legal y de tradición, y que si por alguna razón no obramos de acuerdo con ello, no estamos necesariamente actuando contra la ley.

Por otra parte, hay también muchos aspectos religiosos en el asunto, porque puede haber duda de que si asignamos el sexo femenino a un individuo que tiene testículos abdominales, y decidimos extirpar quirúrgicamente estos testículos y administrar estrógenos para hacer que este individuo sea una mujer lo más completa posible, podemos estar violando ciertos códigos religiosos.

Lo he dicho infinidad de veces, y lo repito en esta ocasión, que cuando afrontamos estos problemas de las anbigüedades del sexo y de su correcta conducción, hay muchas cosas que tenemos que hacer. En primer lugar, debemos respetar nuestros propios sentimientos religiosos, e igualmente los de los padres del niño. En segundo lugar, debemos examinar nuestras conciencias para estar seguros de la firmeza de nuestras convicciones en relación con lo que creemos ser el prodecimiento de elección que se va a seguir, Y aún en el caso de que consideremos que nuestras opiniones son firmes, no debemos empeñarnos en tratar de forzar a los padres del niño a que se adapten a nuestras creencias. Así pues, como lo digo siempre a mis alumnos, no debemos solamente examinar nuestras conciencias como médicos, sino que debemos hacer que los padres consulten a sus directores espirituales, y nosotros debemos también consultar a los nuestros. Además, creo que en muchos casos es conveniente que haya un cierto afrontamiento psiquiátrico del problema: quizás un

buen psiquiatra puede ser una gran ayuda en esta cuestión, al explicar a los padres cuales pueden ser las implicaciones de las decisiones que estamos tomando; quizás no solamente los padres deben consultar a su psiquiatra, sino aún el médico debería también consultar con el suyo.

De todas maneras creo que debemos explicar a los padres lo que yo llamo una línea definida de conducta: un programa a largo plazo, explicando qué cosas deben hacerse y en qué momentos, y qué cosas creemos que no deban hacerse. A veces es difícil transmitir a los padres estas ideas, pero debemos tratar de llegar con ellos al mejor entendimiento posible sobre las razones por las cuales afrontamos el problema en determinada manera, sobre por qué hemos asignado determinado sexo, lo que esperamos lograr en términos de capacidad sexual y naturalmente explicar si podrá o no haber fertilidad.

Volviendo por un momento sobre el asunto religioso, antes de escribir esta conferencia consulté seriamente mi biblia y creo que Uds., pueden estar interesados en algunos de los conceptos que encontré en ella, en relación con la castración o extirpación de órganos con el fin de favorecer un sexo diferente del asignado. Encontré cuatro referencias bíblicas que son muy aplicables a este problema: dos en el Antiguo Testamento y dos en el Nuevo Testamento. En el Deuteronomio<sup>8</sup> 23:1, se lee: "No entrará en la congregación de Jehová el que fuere quebrado, ni el castrado". Si sólo leemos esto, pienso en que lo que deberíamos hacer en algunos casos de estos estaría necesariamente muy mal hecho, pues esta es una sentencia demasiado grave.

Pero en Isaías, 56: 3-5, encontramos claramente expresado que la salvación no se les niega a los eunucos: "Yo les daré lugar en mi casa y dentro de mis muros, y nombre mejor que el de hijos e hijas; nombre perpetuo les daré que nunca perecerá". Encontramos, pues, una contradicción en la biblia.

Más adelante, se lee en San Mateo, 19:12, algo que es muy conocido y muy frecuentemente citado: "Porque hay eunucos que nacieron así del vientre de su madre; y hay eunucos que son hechos eunucos por los hombres; hay eunucos que se hicieron así mismos eunucos por causa del reino de los cielos; el que pueda ser capaz de eso séalo". Verdaderamente, esto no niega la salvación a los eunucos.

En el Libro de los Hechos, 8:27-29 se lee la maravillosa historia de cómo Felipe aceptó para el bautismo al eunuco etíope, la cual nos lleva a la conclusión de que ni la raza, ni el color ni los credos anteriores, ni la castración, impiden el bautismo y la salvación.

Pido excusas por estas citas bíblicas, pero me parecieron indispensables como información para afrontar estos problemas.

Soy de opinión que cuando estamos ante uno de estos niños nacidos con sexo incierto, hay una manera racional de afrontarlo frente a los padres. Puede decirseles: Uds., tienen un niño, o una niña, según la asignación de sexo que hayamos hecho, que no está aún completamente desarrollado; todos nosotros, durante la vida en el seno materno, estuvimos alguna vez incompletos, puesto que en esta época todos fuimos indiferentes y tuvimos que evolucionar más tarde hacia uno de los dos sexos; lo que ahora tenemos que hacer es ayudar a este niño (o niña) a acabar de completar su desarrollo en la mejor forma posible hasta llegar a ser un hombre (o una mujer).

Si fuera posible controlar al personal de los hospitales y evitar que imprudentemente digan por ejemplo que la Sra. X tuvo un hermafrodita, o cualquiera otra palabra horriblemente traumatizante; o que alguien comente: el Dr. que atendió a la Sra., dice que es una niña, y yo que soy la enfermera y que estoy cuidando al niño, sé que es un varón, tal vez pudieran evitarse estas horribles situaciones que son tan difíciles de controlar en nuestros hospitales modernos. Lo mismo ocurre cuando las abuelas o las tías comienzan a emitir sus opiniones al respecto, así vemos que hay enormes dificultades que hay que tratar de vencer.

Otro aspecto que me hace siempre pensar que, por lo menos en los Estados Unidos, tenemos en estos casos qué examinar bien nuestras conciencias, son nuestras leyes civiles peculiares, que establecen que aunque los padres den al médico permiso escrito y con todas las formalidades legales para hacer lo que considere necesario en el sentido de ayudar a una niña a que en el futuro sea una mujer más completa, y si el médico tiene que recurrir a ciertos procedimientos o endocrinólogos, que están autorizados por el permiso, en 44 de los 49 estados, y en el Distrito de Columbia, tenemos leyes que dicen que cuando el niño alcanza a la mayor edad, o sea a los 18 años para las mujeres y 21 para los hombres, esta persona tiene tres años durante los cuales él o ella puede enjuiciar a cualquier médico que lo haya tratado en su menor edad, a pesar de consentimiento paterno. Lo cual quiere decir que si el médico hace lo que cree que debe hacer, y aún tiene buenos resultados, uno de estos niños puede llevarlo a los tribunales cuando tenga la mayor edad. Esta es en realidad una situación difícil, y todos los que afrontamos estos problemas sabemos que es cierto que la ley civil dice que el sexo de un individuo es el que corresponde a sus gonadas, y no estamos muy seguros de cómo la ley interpreta los datos cromatínicos. Hay, pues grandes problemas que resolver cuando se trata de la determinación del sexo.

En el comienzo de esta conferencia vimos cómo estamos frente al problema de qué es el sexo. Conocemos lo que se ha descrito

como las siete variables del sexo: sexo cromosómico, sexo gonadal, sexo hormonal, sexo según la morfología de los genitales internos, sexo según la morfología de los genitales externos, el sexo que asignó al nacimiento y en el cual se ha levantado el individuo, y lo que se llama el "género" y la orientación que el paciente desarrolla subsecuentemente a causa del sexo asignado y del modo como se ha levantado.

Encontramos en estas siete variables del sexo defectos, pues probablemente ninguna de ellas dice toda la verdad. Qué significa el sexo gonadal si un individuo tiene testículos que actúan como ovarios? Qué significa el sexo gonadal si al hacer la investigación microscópica de unas gonadas rudimentarias no es posible decir si se trata de testículos o de ovarios? Evidentemente, si un varón tiene órganos genitales externos normales a excepción de un criptorquidismo, y al ir a buscar los testículos en el abdomen se encuentra en el abdomen que tiene también un útero, qué significación tiene el sexo basado en la morfología de los genitales internos? Entonces, el punto de referencia más importante en mi concepto sería las posibilidades quirúrgicas y hormonales de los genitales externos. Creo que todos estamos de acuerdo en que no sería una buena conducta obstétrica o pediátrica, posponer la asignación del sexo por el hecho de que no estamos seguros de él, hasta tanto se haga tres o cuatro días más tarde una laparotomía para estudiar las gonadas y poder resolver la cuestión, quedando luego el problema de que lo importante no es la apariencia de las gonadas sino la función hormonal que pueden llenar, el sexo hormonal del individuo.

O debemos aplazar la determinación del sexo hasta que podamos hacer un frotis bucal y determinar el patrón cromatínico? Tampoco es seguro porque este procedimiento nos va a indicar con toda fidelidad el sexo genético del individuo, pero no su sexo práctico. Por ejemplo, sólo porque un individuo es cromatínicamente negativo como lo son más del 80% de los individuos con síndromes de gonadas rudimentarias, debemos tratar de hacer a todo trance un sistema genital externo masculino cuando este individuo tiene una vulva ginecoide aceptable? No estoy de acuerdo. Es claro que en machos normales el patrón cromatínico debe ser negativo, y en mujeres normales debe ser positivo; en pseudohermafroditas machos ser negativo, y en pseudohermafroditas femeninos debe ser positivo. En los hermafroditas verdaderos lo encontramos positivo en el 75% de los casos, sin relación ninguna con la morfología de los genitales externos. En individuos con síndrome de gonadas rudimentarias más del 80% son negativos a pesar de la morfología ginecoide. En el síndrome de Klinefelter, todos son cromatínicamente positivos. No es este pues un método fiel de determinación.

Una vez que se ha asignado el sexo, puede ser necesario en algunos casos modificar nuestra impresión inicial por dos razones: o el médico después de cierto tiempo puede pensar que podría hacer

de un individuo a quién se le había asignado femenino, un mejor varón que mujer; o los padres pueden venir al médico a causa del bombardeo de opiniones de otras personas y decir que no están de acuerdo con la decisión tomada con su hijo, que ellos piensan que es una mujer cuando se les había dicho que era un varón, y que ha habido un error. Existe un período de gracia en el cual es aconsejable, en los individuos cromatínicamente positivos que tienen defectos genitales que dan una gran apariencia masculina, estudiar cuidadosamente el caso por la posibilidad de hiperplasia adreno-cortical congénita. Debe en estos casos buscarse el adelanto en la edad ósea, aún en los primeros dos días de vida, el aumento en la excreción urinaria de 17-cetosteroides, y si se encuentran valores equívocos, muchas veces la determinación de pregnantriol urinario (no pregnandiol) puede resolver el problema y se puede entonces administrar pronto la terapéutica con cortisona o hidrocortisona y continuar con ella y con todos los demás procedimientos quirúrgicos o médicos que se consideren necesarios.

El período de gracia a que me refiero abarca aproximadamente 18 meses. Cuando el niño va pasando los 18 meses de edad comienza a desarrollar su **género**, es decir el modo de ser sexual involuntario que el niño va adquiriendo a causa de haber sido levantado de acuerdo con determinado sexo, del modo como se le ha tratado por pertenecer a ese sexo, de haber estado siempre en contacto con otros niños del mismo sexo. Hacia los dos años y medio de edad, usualmente el género se ha establecido con tal firmeza que un cambio de sexo después de esta edad, no podrá darnos un individuo con una acertada conciencia de su nuevo sexo. Naturalmente, a medida que el niño crece el género se va reforzando por la realización de sus órganos genitales, tienen el mismo aspecto y corresponden a los de niños (o niñas) de su misma edad; tenemos, pues, un reforzamiento del género tan pronto como los genitales externos empiezan a ser observados por el niño, y esto en algunos casos ocurre muy precozmente. El género llega a estar tan fuertemente ligado al individuo que constituye algo como una especie de pátina indeleble y permanente que no puede ser borrada. En consecuencia, en este período de gracia de 18 meses se puede reasignar el sexo.

El punto que vamos a tratar ahora se refiere a una clasificación sinóptica de las ambigüedades de los sexos. Esta clasificación es en cierta manera adaptada de Wilkins pero es fundamentalmente mía, y me parece satisfactoria. En primer lugar están los pseudohermafroditas femeninos (ya Uds., han oído mi aversión por las expresiones "hermafrodita" y "pseudohermafrodita", pero por el momento no estamos en capacidad de eliminar estos términos.

El tipo I se debe a hiperplasia adreno-cortical congénita y constituye la gran mayoría de todos los pseudohermafroditas femeninos. Estos son cromatínicamente positivos, tienen ovarios, el clitoris está un poco hipertrofiado y puede dar la impresión de un pene

con hipospadias, puede haber o no fusión labial, los genitales internos son ginecoides, y tienen una pubertad precoz de tipo androide que naturalmente si es prevenida o corregida por la terapia con cortisona o hidrocortisona, les permitirá desarrollarse adecuadamente como mujeres y llegar a tener fertilidad. Es este uno de los grupos en que en realidad se puede obtener fertilidad por un tratamiento hormonal adecuado, y es un grupo numeroso como lo indican las estadísticas más adelante.

El tipo II, de pseudohermafroditismo femenino no se debe a hiperplasia adreno-cortical congénita sino a defectos embriológicos intrínsecos o a virilización de la madre durante la gestación a causa de tumores, terapia androgénica, o quizás improbablemente a virilización del feto cuando la madre recibió tratamiento con progesterona en el embarazo. Estos pseudohermafroditas son cromatínicamente positivos, tienen ovarios, el clítoris puede tener el tamaño de un pene y tener aún uretra peniana, hay fusión labial, los genitales internos son ginecoides, pero no hay precocidad en el desarrollo sexual. Estos individuos tienen una pubertad ginecoide a su debido tiempo, y su único signo de virilización son las anomalías de los genitales externos, el clítoris y a veces el seno urogenital. Es ésta una entidad rara, y hasta hace un año, cuando apareció el artículo de Wilkins, había solo 12 casos registrados en la literatura, nueve de los cuales fueron debidamente autenticados.

El grupo siguiente corresponde al pseudohermafroditismo masculino, entendiéndose naturalmente por esta denominación la ambigüedad sexual con presencia de gonadas masculinas, y constituye el tipo III. Son pseudohermafroditas masculinos con genitales externos androides o ambigüedades y con genitales internos predominantemente ginecoides aunque a veces haya vestigios androides. Todos son cromatínicamente negativos, pueden tener los testículos en el abdomen o en la ingle, el pene puede ser de dimensiones medias, hay usualmente hipospadias, pero ocasionalmente puede haber uretra peneana. Hay fusión labial, puede haber un orificio vaginal separado o un seno urogenital y la pubertad ocurre a su debido tiempo y es usualmente androide.

El tipo IV corresponde a pseudohermafroditas masculinos con genitales externos androides o ambiguos con genitales internos predominantemente androides aunque puede haber ciertos vestigios ginecoides. Son cromatínicamente negativos, y tienen esencialmente las mismas características que los del tipo III, excepto que su pubertad ocurre en el tiempo oportuno pero puede ser de dirección androide o ginecoide.

El tipo V corresponde a pseudohermafroditas masculinos con genitales externos esencialmente ginecoides y que naturalmente son cromatínicamente negativos. Estos individuos tienen testículos abdominales o inguinales, tienen un falo de tamaño muy pequeño, no

tienen fusión labial, tienen una vulva bien formada, usualmente una vagina separada y ciega, los genitales internos son predominantemente ginecoides, pero el útero rara vez existe o está muy rudimentariamente desarrollado, y la pubertad ocurre usualmente a su debido tiempo y progresa en una dirección ginecoide.

El tipo VI es el hermafroditismo verdadero que implica, naturalmente la presencia de ambos tipos de gonadas. El 75% de éstos son cromatinicamente positivos, las gonadas ováricas y testiculares pueden estar separadas o pueden existir gonadas que contengan al mismo tiempo ambos tejidos, y frecuentemente están colocadas en el abdomen, a uno o ambos lados, aunque pueden ser de localización inguinal o escrotal. El falo tiene un desarrollo variable, la fusión es también variable, los genitales internos son al tiempo androides y ginecoides, y la pubertad puede ocurrir en cualquiera de las dos direcciones en la época normal.

Los individuos de los tipos VII y VIII no constituyen realmente un problema de ambigüedad sexual en lo que concierne a la asignación del sexo mientras no se dé demasiada importancia a sus patrones cromatínicos peculiares, y sería mucho atrevimiento aplicar a estos individuos la calificación de pseudohermafroditas, aunque hay algunos autores que lo ha hecho.

El tipo VII son individuos que tienen órganos genitales externos e internos morfológicamente ginecoides pero que son cromatinicamente negativos. Este tipo incluye la mayor parte de los individuos con síndrome de Turner y los que han sido formalmente bautizados como casos de agenesia ovárica, que hemos mencionado como portadores del síndrome de gonadas rudimentarias congénitas porque estos individuos comprenden más del 80% de ese amplio síndrome de gonadas rudimentarias congénitas. Las gonadas son rudimentarias o ausentes, los genitales externos e internos son ginecoides, la asignación del sexo al nacimiento se hace inequívocamente en el sentido femenino porque no hay razón para no hacerlo, pero no tienen pubertad puesto que no tienen gonadas funcionantes, y este tipo es considerado por algunos como la forma más severa del pseudohermafroditismo masculino. Como lo dije antes, creo que se necesita ser demasiado crudo para usar un tal término en estos pacientes.

El tipo VIII comprende los individuos que tienen genitales externos e internos morfológicamente androides, salvo el hecho de que la mayoría tienden a desarrollar ginecomastía en la pubertad, la que por otra parte ocurre en la época ordinaria, pero son cromatinicamente positivos. Este tipo incluye los pacientes del síndrome verdadero de Klinefelter que desarrollan ginecomastia cuando comienza su pubertad en la época normal. Por otra parte la pubertad es típicamente androide y muestran una función androgénica razonablemente buena. Los testículos son pequeños y firmes en el momento de la pubertad, a veces del tamaño de una arveja, y cuando se

examinan microscópicamente muestran degeneración del epitelio seminífero en presencia de células de Leyding esencialmente normales en su apariencia. Los órganos genitales externos e internos son androides, y naturalmente no hay razón para dudar de la asignación del sexo en estos individuos al nacimiento.

Quiero ahora darles algunos datos estadísticos de acuerdo con las tablas presentadas por Wilkins, una de las cuales está basada en la revisión de la literatura desde 1895 hasta 1950, y la otra sobre una estadística de más o menos 15 años en el Harriet Lane Home, institución asociada con la Facultad de Medicina Johns Hopkins. Me parece interesante presentar estos datos, para tener alguna idea de la ocurrencia de los varios tipos de ambigüedades sexuales. Los tipos de hermafroditismo, y pseudohermafroditismo coinciden con los ocho ya descritos.

Hubo un total de 168 casos de pseudohermafroditismo femenino debido a hiperplasia adreno-cortical congénita y todos resultaron en individuos que tenían apariencia masculina; de éstos, los casos en que se hizo estudio de cromatina fueron positivos.

Del tipo II, que es el pseudohermafroditismo femenino no debido a hiperplasia adreno-cortical congénita, hubo en la literatura solamente nueve casos autenticados, todos los cuales simulaban hombres.

Hubo un total de 151 casos de pseudohermafroditismo masculino, de los cuales 49 tenían apariencia femenina, 96 simulaban hombres, y seis no estuvieron definidos.

Hubo 40 casos de hermafroditismo verdadero, de los cuales 22 simulaban mujeres, 11 simulaban hombre y 7 no definidos.

Así, vemos que el grupo de la hiperplasia adreno-cortical constituye casi el 50% del grupo total. Y estos individuos no tienen una buena apariencia masculina en el sentido que no tienen escroto, no tienen gonadas escrotales, aunque pueden tener un falo de tamaño aceptable. Lo que quiere decir con esto es que si desde el comienzo se asigna el sexo femenino a la mayoría de los casos, hay más probabilidades de acertar, estadísticamente en casi el 50% porque este grupo está dotado de ovarios, y si se trata adecuadamente puede llegar aún hasta la fertilidad. Así pues, este problema debemos afrontarlo de una vez desde la sala de partos, aunque hagamos el diagnóstico definitivo un poco después. Además hay un grupo relativamente grande que simula el sexo femenino, de manera que con seguridad se logrará más de un 50% de aciertos.

Estimo que nuestra norma general debe ser la siguiente: Si un individuo presenta al nacer un escroto aceptable, con gonada escrotal, a pesar del hecho de que haya hipospadias, si hay un falo

razonablemente satisfactorio, debemos hacer naturalmente la asignación del sexo masculino, pues habremos llegado a la conclusión de que de este individuo puede hacerse un hombre aceptable. Si más tarde se hace un estudio cromatínico en este individuo, y se encuentra que es positivo, debemos aún insistir en nuestra asignación, pero este paciente tendrá que ser sometido más tarde a una cuidadosa biopsia testicular no sea que estemos en presencia de un hrmafrodita verdadero con uno o dos testículos en el escroto o que estemos en presencia de alguna complicación endocrina que nos indique luego que a este paciente no debía habersele asignado el sexo masculino. Tampoco vacilo nunca en asignar el sexo masculino a un niño que nace con un falo aceptable aunque hay hipospadias, si hay un escroto bien desarrollado aunque no contenga gonadas. A este respecto doy importancia especial al desarrollo del falo, pues al asignar a un niño al sexo masculino tenemos que tratar de hacer de él un hombre lo más completo posible, y para serlo el hombre debe tener un falo también lo más completo posible. Habiendo un escroto, aún que esté vacío y más tarde las gonadas no descienden a este escroto, es muy sencillo poner en él una prótesis acrílica.

Pero en la gran mayoría de estos otros individuos, no importa su status cromatínico, que tienen un desarrollo tan rudimentario del tubérculo genital y en los que no se podrá hacer un falo razonable con la terapéutica endocrina; que tienen defectos del seno urogenital y bolsas ciegas que semejan vaginas, que pueden o no presentar fusión labial, me parece lógico que se los asigne el sexo femenino, porque me parece más fácil hacer de estos individuos mujeres más o menos completas, no importa su status genital interno, que lograr hacer varones aceptables. Además, la mujer tiene una mayor intimidad genital que el hombre. El hombre, por ejemplo, no podría ocultar el hecho de que no puede orinar sin ponerse en cuclillas, ni el verdadero tamaño del pene, y no puede ser sometido al estado miserable y vitalicio de saber que no podrá nunca usar su pene como órgano de copulación.

Vale la pena ahora considerar un poco la capacidad en que estamos actualmente de diagnosticar el sexo de los abortos, lo cual puede hacerse por lo menos desde el punto de vista genético, simplemente tomando una sección del tejido placentario y buscando el patrón cromatínico. Y hay casos en que puede tener cierta importancia para nosotros el poder decir a una mujer en forma más o menos cierta si lo que ha perdido fué un niño o una niña, y no podrá hacerse el diagnóstico del sexo por otro medio, a no ser que se pudiera siempre obtener el huevo completo, cosa que la mayoría de las veces es imposible. También es interesante esto si vamos a tratar de confirmar la tesis de que existen más abortos masculinos que femeninos. Se dice, por ejemplo, que al nacimiento para 105 o 106 hombres corresponden 100 mujeres, lo cual nos lleva a la creencia de que la cifra de abortos masculinos es mucho más alta

que la de abortos femeninos. De manera que con el estudio cromatínico podría comprobarse, por lo menos desde un punto de vista académico y científico, la veracidad de estas afirmaciones.

Es también, perfectamente posible asignar el sexo antes del nacimiento, por lo menos en lo que se refiere al sexo genético, pues cualquiera puede atreverse a aspirar el líquido amniótico, centrifugarlo, colorear las células y determinar el patrón cromatínico. Es un procedimiento interesante desde el punto de vista académico, pero creo que ninguno de nosotros se atrevería a aplicarlo en nuestras propias pacientes.

Volvamos ahora sobre un punto que ya hemos comenzado a tratar. Cuando se ha cometido un error inicial en la asignación del sexo de un individuo, o si los padres no se muestran satisfechos con la asignación hecha, podría hacerse la reasignación del sexo antes de los 18 meses de edad. Sin embargo, aún haciéndolo oportunamente hay muchos problemas implicados en la reasignación del sexo, y que muchos médicos olvidan. Uno de ellos es el cambio del certificado de nacimiento. En muchas partes el certificado de nacimiento debe hacerse pronto, de modo que si se asigna un certificado de nacimiento a un individuo como mujer, y se decide luego que el sexo de este individuo es masculino, hay que cambiar el certificado de nacimiento. En los Estados Unidos no es esto demasiado difícil, pues los certificados de nacimiento son archivos permanentes, y cuando se quiere cambiar uno, no es más que enviar el nuevo, el cual será pegado encima del anterior, pues no es permitido arrancar el antiguo. Es muy importante tener los certificados de nacimiento correctos especialmente si algún día llega a necesitarse un pasaporte, o cuando la comisión de reclutamiento llame al servicio.

En todos los casos de reasignación del sexo habrá un cierto traumatismo psicológico, aunque esta sea hecha antes de los 18 meses de que hablamos, y antes de que haya establecido en el individuo el "género". Este traumatismo repercute especialmente sobre los padres, y será cada vez mayor a medida que el niño crece, a causa de la chismografía de los vecinos que no dejarán nunca que el asunto se olvide. Por ésto, cada vez que sea posible, debe aconsejarse en estos casos un cambio de residencia para evitar estas situaciones.

Ordinariamente, a la edad de dos y medio años se ha establecido ya firmemente el género y hay ya grandes riesgos al reasignar el sexo después de esta edad. Por esta época cuando ya va habiendo una conciencia cada vez mayor de sus genitales en el individuo, si tenemos por ejemplo un pseudo hermafrodita femenino que tenga una hiperplasia adreno-cortical y que tenga un falo más o menos grande, este falo debe ser extirpado antes de los dos años y medio, cuando el niño aún no tiene suficiente conciencia de su anomalía ge-

nital. Esta es la única cirugía que yo recomendaría en estos casos, que es la que busca que los genitales externos de estos individuos se acerquen lo más posible a los otros niños del mismo sexo, para que no haya contraposiciones con el "género" establecido. Después de esta edad no debe hacerse ninguna reasignación del sexo sin una colaboración psiquiátrica muy cuidadosa, para que el psiquiatra aconseje si será mejor reasignar el sexo o no; el psiquiatra debe seguir el caso por largo tiempo, y deben tomarse todos los apoyos y consejos espirituales posibles.

Hacia la mitad de la niñez el "género" se ha establecido ya irreversiblemente y entonces la reasignación del sexo se hace cada vez más peligrosa y todo lo que se obtendrá será un individuo siempre opuesto al sexo que le hemos reasignado, un individuo bivalente que podrá representar como un buen actor ante nosotros el nuevo sexo que le hemos asignado, pero que en el fondo seguirá comportándose de acuerdo con el sexo original con el cual se ha desarrollado su "género". Es, pues, un problema difícil. Finalmente, en relación con las solicitudes voluntarias de cambios de sexo en individuos de edad puberal o adulta, es muy raro que podamos o debamos hacerlo. Debe considerarse seriamente si sus genitales externos son susceptibles de una correcta adaptación al nuevo sexo, y si el psiquiatra cree que el error en la asignación del sexo ha sido tan flagrante y tan obvio para el paciente, que no se ha formado en él un "género" de acuerdo con el sexo inicialmente asignado.

A los individuos con psicopatías sexuales que vienen al médico en solicitud de que le sea cambiado el sexo, creo que debemos negarles lo solicitado.

Nuestro pensamiento actual al respecto es completamente diferente de lo que pensábamos hace 25 años, puesto que a todos nos enseñaron que si se tiene un problema de ambigüedad sexual, lo que debía hacerse lo más pronto posible era recurrir a procedimientos como urografías, uretrografías, visualización de las cavidades del seno urogenital, laparotomía, etc., todo para hacer que el individuo de aspecto femenino y levantado como una mujer, pero que al hacer una laparotomía se encuentra que tiene testículos en el abdomen, a nosotros se nos enseñó que teníamos que hacer de este individuo un hombre, sin tener en cuenta ningún factor psicológico y llevando necesariamente a estos individuos a una situación miserable.

Para resumir, trataré de exponer a Uds., algunos de los problemas que pueden suscitarse con la asignación del sexo al nacimiento. Creo que si usamos las líneas de conducta que he descrito y si olvidamos la antigua idea de que el sexo es solamente gonadal y de que debe obligarse al individuo a corresponder a sus gonadas, y si se asigna un sexo práctico y sin vacilaciones en el momento del nacimiento, se prestará un mejor servicio. Una vez asignado el

sexo, debe discutirse el asunto con los padres y demás personas allegadas, y hacer un plan de acción que incluirá en algunos casos terapia con cortisona, la extirpación del falo antes de dos años de edad, o en otros el dejar las gonadas en su sitio hasta la pubertad, y si se decidió el sexo femenino y el individuo está correctamente adaptado a él, y en la pubertad las gonadas comienzan a actuar como masculinas, extirparlas antes de que sea tarde; si actúan como ovarios, dejarlos que hagan los que puedan hacer y luego extirparlas, porque creo que en muchos de estos individuos en los que se tiene un estado cromatínico anormal deben investigarse los genitales externos y asegurarse de que no se trata de un hermafroditismo verdadero. Además, si se ha asignado sexo femenino, no creo que deban dejarse en el abdomen unos testículos aunque funcionen como ovarios indefinidamente, porque sabemos que los testículos ectópicos rudimentarios dan un alto porcentaje de malignidad. Por lo demás se trata de individuos estériles a quienes al extirparlas las gonadas no se les está privando de la función de reproducción de manera que no creo que con esta conducta se está haciendo ningún daño. Después de extirpar estas gonadas, si es un individuo adaptado al sexo femenino, debe tratarse con estrógenos. Si se trata de varones y no se puede lograr el descenso de los testículos al escroto, se extirparán los testículos y se pondrán en el escroto prótesis acrílicas porque las biopsias muestran que los testículos que no pueden ser descendidos son histológicamente deficientes. Estos individuos deben luego tratarse con andrógenos.

Debe siempre guardarse este principio: Ningún caso de ambigüedades sexuales debe terminar en individuos traumatizados. Deben ser seres felices, debe evitárseles el traumatismo de las habladurías de los vecinos y relacionados, deben ser sexualmente adecuados en relación con la función coital, pues es relativamente fácil hacer una vagina en los individuos a quienes se les ha asignado el sexo femenino. En algunos casos habrá que utilizar prótesis, pero debe buscarse que estos individuos puedan tener alguna actividad sexual, aunque por lo menos la mitad sean estériles. No hay que olvidar que hay un 50% de casos de ambigüedades de sexo debidos a hiperplasia adreno-cortical, que con tratamiento adecuado pueden llegar a ser mujeres completas.

Este es mi programa de acción, ésto es lo que creo firmemente al respecto, y ésto es lo que aconsejo, a pesar de los múltiples inconvenientes y riesgos que ya he anotado.