

CARTA AL EDITOR

Relación entre el síndrome vestibular y la tiroiditis autoinmune



Relationship between vestibular syndrome and autoimmune thyroiditis

Sr. Editor:

Desde hace años, el hipotiroidismo autoinmunitario se ha relacionado con el desarrollo de otras enfermedades, evidenciando el posible rol que podrían desempeñar los anticuerpos antitiroideos a nivel sistémico. Algunas de ellas son la enfermedad celiaca, diabetes mellitus tipo 1, anemia perniciosa, esclerosis múltiple, vitiligo, dermatitis herpetiforme y la urticaria crónica¹. Asimismo, existen estudios que muestran la asociación entre patología tiroidea autoinmune y disfunción vestibular (enfermedad de Ménière, vértigo paroxístico posicional benigno, etc.), aunque hasta la fecha son escasos, con resultados discordantes y no aclaran el papel de los anticuerpos antitiroideos en la patogénesis de la disfunción vestibular^{2–4}. El objetivo del presente trabajo es valorar la relación entre el síndrome vestibular periférico y la tiroiditis autoinmune.

Para ello, se ha realizado un estudio epidemiológico observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, entre el 1 de noviembre de 2017 y el 31 de octubre de 2018, en el Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, Murcia. Se analizaron 52 pacientes que presentaban anticuerpos antiperoxidasa y antitiroglobulina positivos o datos anatomopatológicos sugestivos de tiroiditis linfocitaria tras biopsia o exéresis quirúrgica de la glándula por bocio multinodular sintomático o nódulos tiroideos sospechosos. En todos ellos, se investigó el antecedente o la presencia de síntomas vertiginosos, es decir, la sensación de giro de objetos, asociados o no a náuseas y vómitos en el último año. Se excluyeron los pacientes con antecedentes de patología o cirugía otológica previa, patología vascular o neurológica que pudiera simular síntomas vestibulares (ictus, accidente cerebrovascular transitorio, esclerosis múltiple, etc.) y el consumo de fármacos que pudieran tener como efecto secundario alteraciones vestibulares. Los niveles cuantitativos plasmáticos de las hormonas T4 libre, TSH y anticuerpos antitiroideos fueron determinados mediante inmunoanálisis de electroquimioluminiscencia «ECLIA». Y para el análisis de los datos se utilizó el software estadístico IBM SPSS Statistics 24®.

De los 52 pacientes incluidos en el estudio, 19 presentaron criterios clínicos compatibles con disfunción vestibular (36,5%), de los cuales 15 eran mujeres y 4 varones, con

una edad media de 56,5 años. Los pacientes que manifestaban clínica vestibular tenían niveles significativamente más altos de TSH ($18 \pm 33,9$ UI/ml) y más bajos de T4 plasmática ($0,95 \pm 0,37$ ng/dL) respecto a los que no, con un valor $p=0,039$ y $0,04$, respectivamente. No se encontró relación estadísticamente significativa entre los niveles de anticuerpos antitiroideos y la presencia o no de clínica vestibular. Sin embargo, el 45% y el 57% de los pacientes con niveles de anticuerpos antiperoxidasa y antitiroglobulina superiores a 700 UI/ml respectivamente, asociaban clínica vertiginosa. De los 18 pacientes (34,6%) intervenidos de tiroidectomía total, todos presentaron características anatomopatológicas definitorias de tiroiditis linfocitaria, no obstante, el 22,2% de los mismos asociaban datos de bocio multinodular y el 39% de cáncer papilar de tiroides. Diez de los pacientes tiroidectomizados además presentaban un síndrome vertiginoso y un 70% de ellos refirió una franca mejoría clínica tras la cirugía.

A pesar del limitado tamaño muestral, nuestros resultados ponen de manifiesto una prevalencia aumentada de hipotiroidismo en pacientes con disfunción vestibular, con respecto a la población general (15-20%)⁵, y un mejor control de los vértigos tras la tiroidectomía, lo cual podría explicarse por el papel que desempeña la autoinmunidad tiroidea en estos pacientes. Hasta la fecha, el rol de la cirugía tiroidea en el control vestibular de pacientes con tiroiditis autoinmune no ha sido publicado. Es por ello que creemos necesario plantear nuevos protocolos asistenciales que incluyan el estudio de la función tiroidea en los pacientes que consultan por vértigo, y de igual forma, incidir en la anamnesis sobre la presencia de síntomas compatibles con patología vestibular periférica en pacientes con tiroiditis autoinmunitaria y en la permanencia o resolución de la clínica vertiginosa tras la tiroidectomía. Con ello, podríamos contribuir a un diagnóstico temprano de ambas patologías y nos daría la oportunidad de realizar estudios prospectivos aleatorizados a gran escala, para clarificar la implicación de los anticuerpos antitiroideos en la patología vestibular y el rol de la cirugía tiroidea en el tratamiento de la disfunción vestibular severa secundaria a autoinmunidad tiroidea.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Jenkins RC, Weetman AP. Disease associations with autoimmune thyroid disease. *Thyroid*. 2002;12:977–88, <http://dx.doi.org/10.1089/105072502320908312>.

2. Chiarella G, Russo D, Monzani F, Petrolo C, Fattori B, Pasqualetti G, et al. Hashimoto thyroiditis and vestibular dysfunction. *Endocr Pract.* 2017;23:863–8, <http://dx.doi.org/10.4158/EP161635.RA>.
3. Sari K, Yildirim T, Borekci H, Akin I, Aydin R, Ozkiris M. The relationship between benign paroxysmal positional vertigo and thyroid autoimmunity. *Acta Otolaryngol.* 2015;135:754–7, <http://dx.doi.org/10.3109/00016489.2015.1021932>.
4. Chiarella G, Tognini S, Nacci A, Sieli R, Costante G, Petrolo C, et al. Vestibular disorders in euthyroid patients with Hashimoto's thyroiditis: Role of thyroid autoimmunity. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2014;81:600–5, <http://dx.doi.org/10.1111/cen.12471>.
5. Neuhauser HK. The epidemiology of dizziness and vertigo In: *Handbook of Clinical Neurology.* Handb Clin Neurol. 2016;137:67–82, <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-444-63437-5.00005-4>.

Ana Giribet Fernández-Pacheco^{a,b,*},
María Antonia Tomás Pérez^a, María Teresa Almela Rojo^b
y Francisco José García-Purriños García^{a,b}

^a *Health Sciences PhD program, Universidad Católica de Murcia (UCAM), Guadalupe, Murcia, España*

^b *Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, Pozo Aledo, Murcia, España*

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: ana.giribet.f.p@gmail.com
(A. Giribet Fernández-Pacheco).

<https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.09.007>
2530-0164/ © 2021 SEEN y SED. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Destransición de género en España: Concepto y perspectivas



Gender detransition in Spain: Concept and perspectives

Sr. Editor:

Las publicaciones de Becerra Fernández¹ y Pazos Guerra et al.² evidencian el creciente interés que ha suscitado la *destransición de género* entre los equipos que trabajan en las Unidades de Identidad de Género (UIG) españolas. Si bien no se trata de un fenómeno genuinamente novedoso³, las experiencias de estas personas apenas han sido objeto de atención en la literatura científica hasta tiempos recientes. La escasez de información en castellano ha impedido el establecimiento de una definición del concepto consistente y compartida, entorpeciendo el entendimiento y la comunicación entre los profesionales de la salud dedicados a este tema. Mi propósito es ofrecer algunas sugerencias y reflexiones que contribuyan a consolidar un lenguaje común de cara a la investigación y al desarrollo de esta problemática.

La primera cuestión que me gustaría abordar es de índole morfológica, y tiene que ver con la forma que adopta el término inglés «*detransition*» en su traducción al castellano. Dado que en nuestro idioma los prefijos *de-* y *des-* suelen utilizarse indistintamente para indicar la negación o lo contrario de algo, «*detransition*» podría traducirse, o bien como «*detransición*», o bien como «*destransición*». Los autores citados se decantan por la primera opción, que constituye una traducción textual del término en inglés. Sin embargo, al tratarse de un neologismo, quizá lo más correcto sería utilizar el prefijo *des-*, que no sólo conforma la variante más frecuentemente usada en la medicina, sino que además coincide con la más correcta a nivel etimológico (del latín *dis-*)⁴.

La segunda cuestión es de carácter conceptual, y hace alusión a las diferencias que existen entre la destransición de género y otro fenómeno relacionado, pero cualitativamente distinto: la *desistencia*. Según los datos, entre un 60 y un 90% de los niños y niñas diagnosticados con disforia

de género (DG) deja de manifestar los criterios establecidos para esta condición al llegar a la adolescencia⁵. El término «*desistencia*» es el que se ha utilizado en la literatura especializada para referirse a este fenómeno de remisión de la DG, y constituye uno de los factores más significativos en el estudio de sus trayectorias evolutivas⁶. Al contrario de lo que sucede en la desistencia, la destransición de género no implica necesariamente la remisión de la DG, pues algunas personas que destransicionan pueden seguir reuniendo los criterios para recibir dicho diagnóstico (por ejemplo, fuerte deseo de ser del otro sexo, fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios, fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales del sexo opuesto)⁷ tiempo después de haber decidido destransicionar⁸. Por otro lado, el concepto de desistencia se utiliza para designar aquellos casos en los que la DG remite *sin haberse iniciado ningún tipo de transición de género*, mientras que la destransición se produce al detener y revertir un proceso de transición de género (social, legal y/o médico) *ya iniciado previamente*. Es importante no confundir ambos conceptos ni utilizarlos de manera intercambiable, pues denotan realidades distintas.

En tercer lugar, sería conveniente establecer un criterio específico que permitiese discriminar entre casos «*genuinos*» de destransición de género y otro tipo de situaciones que son similares en apariencia, pero cuyo origen es distinto. Mi sugerencia es que, en lugar de interpretar cualquier interrupción de un proceso de transición como una destransición (sin profundizar en sus causas particulares), este concepto se reserve exclusivamente para aquellos casos en los que se produce un *cese o modificación de la identificación con el género al que se transicionó*. Este criterio nos ofrece la posibilidad de diferenciar a aquellas personas que desean detener y revertir sus procesos de transición porque su motivación principal para transicionar (su identidad de género) ha cambiado, de aquellas que se ven obligadas a detener sus procesos de transición por motivos ajenos a su voluntad (efectos secundarios indeseados, falta de apoyo social/familiar, etc.) o que los detienen porque ya han logrado los cambios físicos deseados⁹, y *no por motivos de carácter identitario*.

La destransición de género podría ser definida entonces como el abandono y la reversión del proceso de transición a