



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

Guía de actuación en las anomalías de la diferenciación sexual (ADS) / desarrollo sexual diferente (DSD)



Julio Guerrero-Fernández^{a,b,*}, Cristina Azcona San Julián^{a,c},
Jesús Barreiro Conde^{a,d}, José Antonio Bermúdez de la Vega^{a,e},
Atilano Carcavilla Urquí^{a,b}, Luis Antonio Castaño González^{a,f},
José María Martos Tello^{a,g}, Amaya Rodríguez Estévez^{a,h},
Diego Yeste Fernández^{a,i}, Leopoldo Martínez Martínez^j, María José Martínez-Urrutia^k,
Cristina Mora Palma^b y Laura Audí Parera^{a,l}

^a Grupo de Trabajo sobre ADS/DSD de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP)

^b Servicio de Endocrinología Pediátrica, Hospital Infantil La Paz, Madrid, España

^c Departamento de Pediatría, Área de Endocrinología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

^d Unidad de Endocrinología Pediátrica, Crecimiento y Adolescencia, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

^e Sección de Endocrinología Pediátrica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^f Instituto BioCruces - Endocrinología Pediátrica, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España

^g Unidad de Endocrinología Pediátrica, Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia, España

^h Servicio de Pediatría - Endocrinología, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España

ⁱ Servicio de Endocrinología Pediátrica, Hospital Materno Infantil Vall d'Hebron, CIBER de Enfermedades Raras (CIBERER), Barcelona, España

^j Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Infantil La Paz, Madrid, España

^k Servicio de Urología Pediátrica, Hospital Infantil La Paz, Madrid, España

^l Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), CIBER de Enfermedades Raras (CIBERER), Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España

Recibido el 30 de abril de 2018; aceptado el 5 de junio de 2018

Disponible en Internet el 20 de julio de 2018

PALABRAS CLAVE

Guía;
Desarrollo sexual
diferente (DSD);
Diagnóstico;
Tratamiento;
Transición a adultos

Resumen Las anomalías de la diferenciación sexual (ADS) engloban un amplio espectro de discordancias entre los criterios cromosómico, gonadal y fenotípico (genital) que definen la diferenciación sexual; actualmente, se aboga por la denominación de «desarrollo sexual diferente» (DSD). Su origen es congénito; se clasifican en función de los cromosomas sexuales presentes en el cariotipo; las causas genéticas conocidas son muy diversas y heterogéneas, aunque algunos casos pueden ser secundarios a factores maternos o medioambientales. Su diagnóstico y tratamiento requieren siempre una atención médica y psicosocial multidisciplinar. El diagnóstico etiológico precisa la interacción entre las exploraciones clínicas, bioquímicas (hormonales),

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jguerrerofernandez@gmail.com (J. Guerrero-Fernández).

genéticas, de imagen y, eventualmente, quirúrgicas. El tratamiento debe abordar la asignación de género, la posible necesidad de tratamiento hormonal substitutivo (suprarrenal si hay insuficiencia suprarrenal y con esteroides sexuales si hay insuficiencia gonadal a partir de la edad puberal), la necesidad de intervenciones quirúrgicas sobre las estructuras genitales (actualmente se tiende a diferirlas) y/o sobre las gónadas (en función de los riesgos de malignización), la necesidad de apoyo psicosocial y, finalmente, una adecuada programación de la transición a la atención médica en las especialidades de adultos. Las asociaciones de personas afectadas tienen un papel fundamental en el apoyo a familias y la interacción con los medios profesionales y sociales. La utilización de Registros y la colaboración entre profesionales en Grupos de Trabajo de sociedades médicas nacionales e internacionales es fundamental para avanzar en mejorar los medios diagnósticos y terapéuticos que precisan los DSD.

© 2018 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Guidelines;
Disorders of sex
development (DSD);
Diagnosis;
Therapy;
Transition to adult
care

Management guidelines for disorders / different sex development (DSD)

Abstract Disorders of Sex Development (DSD) include a wide range of anomalies among the chromosomal, gonadal, and phenotypic (genital) characteristics that define sexual differentiation. At present, a definition as Different Sexual Development (DSD) is currently preferred. They originate in the pre-natal stage, are classified according to the sex chromosomes present in the karyotype. The known genetic causes are numerous and heterogeneous, although, in some cases, they may be secondary to maternal factors and/or exposure to endocrine-disrupting chemicals (EDCs). The diagnosis and treatment of DSD always requires multidisciplinary medical and psychosocial care. An aetiological diagnosis needs the interaction of clinical, biochemical (hormonal), genetic, imaging and, sometimes, surgical examinations. The treatment should deal with sex assignment, the possible need for hormone replacement therapy (adrenal if adrenal function is impaired, and with sex steroids from pubertal age if gonadal function is impaired), as well as the need for surgery on genital structures (currently deferred when possible) and/or on gonads (depending on the risk of malignancy), the need of psychosocial support and, finally, an adequate organisation of the transition to adult medical specialties. Patient Support Groups have a fundamental role in the support of families, as well as the interaction with professional and social media. The use of Registries and the collaboration between professionals in Working Groups of national and international medical societies are crucial for improving the diagnostic and therapeutic tools required for the care of patients with DSD.

© 2018 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Las anomalías de la diferenciación sexual (ADS) engloban un amplio espectro de discordancias entre los criterios cromosómico, gonadal y fenotípico (genital) que definen la diferenciación sexual¹. Se denominaron según los criterios del Consenso de Chicago del 2006^{1,2} «trastornos o anomalías del desarrollo sexual», aunque se mantuvo el de «estados intersexuales» (tabla 1). Pese a ello, la constatación progresiva de rechazo hacia esta nueva terminología médica ha provocado un replanteamiento progresivo, de modo que actualmente se aboga por el de «desarrollo sexual diferente» (DSD)³.

La diferenciación sexual durante la vida fetal implica una serie de procesos en cuya determinación y regulación intervienen numerosos genes, proteínas y hormonas. La primera etapa del desarrollo gonadal y genital es común a ambos sexos y abarca las primeras 6 semanas posfecundación; en

ella, el embrión es pluripotencial. A partir de la 7.^a semana comienza la diferenciación gonadal regulada por multitud de genes, entre los cuales la presencia del gen *SRY* en el cromosoma Y es determinante para el desarrollo del testículo. La diferenciación genital (interna y externa) es regulada por el efecto, en el varón, de las hormonas sintetizadas por el testículo (testosterona y hormona antimülleriana) o, en la mujer, por la ausencia de dichas hormonas. Cualquier alteración, de origen medioambiental o genético, que afecte a cualquiera de estos niveles determina el desarrollo inadecuado de gónadas (disgenesia gonadal), de genitales internos (ausentes o que no deberían estar presentes) y/o externos (insuficientemente o excesivamente virilizados). Tales manifestaciones serían detectables al nacimiento en forma de ambigüedad genital o discordancia entre el genotipo y el fenotipo sexuales, en la pubertad en forma de retraso puberal, amenorrea o virilización insuficiente o excesiva y, más tarde, como infertilidad o menopausia precoz, sin olvidar que pueden

Tabla 1 Clasificación de las anomalías de la diferenciación sexual (ADS/DSD)

Alteraciones cromosómicas

47,XXY: Síndrome de Klinefelter y variantes
 45,X0 y mosaicos 45,X0 / 46,XX: Síndrome de Turner y variantes
 45,X0 / 46,XY: Disgenesia gonadal mixta
 46,XX / 46,XY: ADS/DSD ovotesticular, quimerismo
 47,XXX

Cariotipo 46,XY

Anomalías en el desarrollo gonadal

Disgenesia gonadal 46,XY (completa o parcial) (*SRY, SOX9, NR5A1, WT1, DHH, etc.*)
 46,XY ovotesticular
 Síndrome de regresión testicular (incluye la anorquia y el síndrome de fuga testicular)

Anomalías en el desarrollo genital por alteración en la síntesis o en la acción hormonal

Alteraciones de la síntesis de andrógenos
Mutaciones del receptor de LH (hipoplasia o aplasia de células de Leydig; *LHCGR*)
Síndrome Smith-Lemli-Opitz (déficit de 7-dehidrocolesterol reductasa: *DHCR7*)
Defectos en la síntesis de testosterona
 Hiperplasia suprarrenal lipoidea congénita (*StAR*)
 Deficiencia de colesterol desmolasa (*CYP11A1*)
 Deficiencia de 3β-hidroxiesteroide deshidrogenasa (*HSD3B2*)
 Deficiencia de 17α-hidroxilasa / 17-20 liasa (*CYP17A1*)
 Deficiencia P450 oxidorreductasa (*POR*)
 Deficiencia de citocromo b5 (*CYB5*)
 Deficiencia de 17β-hidroxiesteroide deshidrogenasa (*HSD17B3*)
 Deficiencia de 5α-reductasa tipo 2 (*SRD5A2*)

Alteraciones en la acción de los andrógenos

Insensibilidad a los andrógenos (*AR*; total o parcial = CAIS o PAIS)

Fármacos y moduladores ambientales

Alteraciones en la síntesis o acción de la hormona antimülleriana

Síndrome de los conductos de Müller persistentes (*AMH / AMHR2*)

Otros

Síndromes malformativos con alteraciones del desarrollo genital masculino (por ejemplo: anomalías cloacales, síndrome de Aarskog, síndrome de Robinow, etc.)
 Retraso de crecimiento intrauterino severo y precoz
 Hipospadias aislado (*CXorf6* o *MAMLD1*)
 Hipogonadismo hipogonadotropo congénito
 Criptorquidismo (*INSL3, RXFP2* [o *INSL3R* o *GREAT*])

Cariotipo 46,XX

Anomalías en el desarrollo gonadal

Disgenesia gonadal 46,XX
 46,XX ovotesticular
 ADS/DSD testicular 46,XX (*SRY, dup SOX9, RSPO1*) o varón 46,XX
Producción fetal

Anomalías en el desarrollo genital por exceso de andrógenos

Deficiencia de 21-hidroxilasa (*CPY21A2*)
 Deficiencia de 11-β-hidroxilasa (*CYP11B1*)
 Deficiencia P450 oxidorreductasa (*POR*)
 Deficiencia de citocromo b5 (*CYB5*)
 Deficiencia de 3-β-hidroxiesteroide deshidrogenasa (*HSD3B2*)
 Mutaciones del receptor de glucocorticoides (*NR3C1*)

Tabla 1 (continuación)

	<p>Producción fetoplacentaria Deficiencia de aromatasa placentaria y fetal (<i>CYP19A1</i>) Deficiencia P450 oxidorreductasa (<i>POR</i>) Tumores fetales o placentarios productores de andrógenos</p> <p>Producción materna Fármacos androgénicos Tumores maternos virilizantes (por ejemplo, luteomas, tumor de Krukenberg)</p>
Otros	<p>Síndromes malformativos Hipoplasia/agenesia de estructuras müllerianas (síndrome de Rokitansky-Hauser tipo I y tipo II - MURCS) Anomalías uterinas (por ejemplo, MODY 5) Atresia vaginal Adherencias de labios vaginales</p>

Fuente: Lee et al.².

asociar anomalías a otros niveles o poner en peligro la vida cuando se asocian a una insuficiencia suprarrenal. Su atención es también crítica en el lactante cuando se necesita una asignación de género. Por todo ello, estas entidades siempre requieren de una atención médica y psicosocial multidisciplinar.

Exceptuando el caso del hipospadias como malformación genital aislada, la forma no clásica de la hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) y las anomalías en los cromosomas sexuales, su frecuencia es inferior a 1/2.000,

por lo que se clasifican entre las llamadas «enfermedades raras».

Procedimientos diagnósticos ante la ambigüedad genital o sospecha de ADS/DSD (figs. 1 y 2)

Además de la ambigüedad genital en la época neonatal, otras manifestaciones clínicas sugerentes de ADS/DSD son:

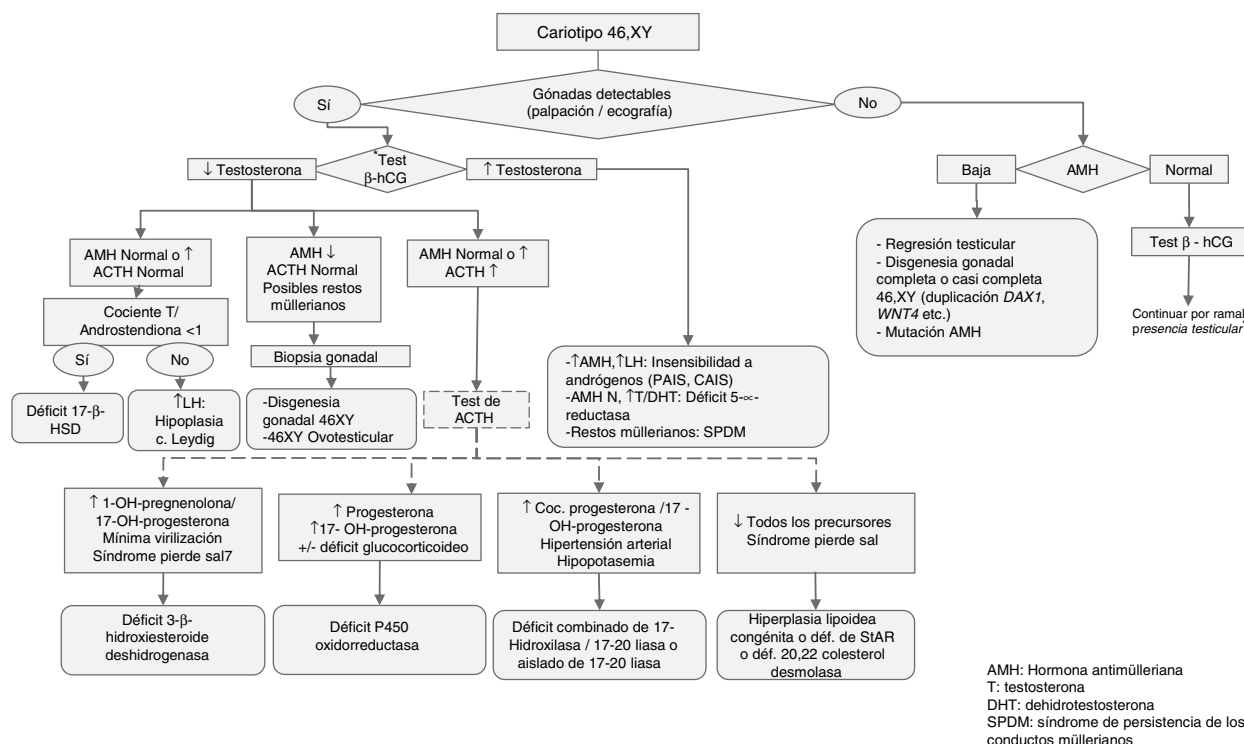
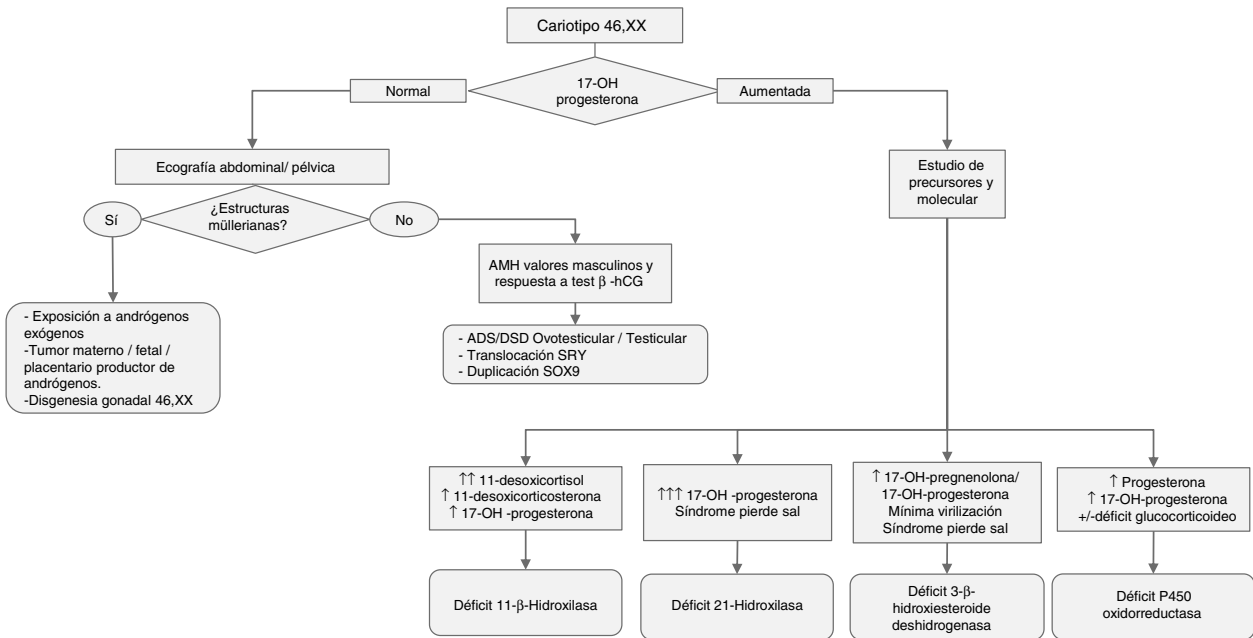


Figura 1 Algoritmo diagnóstico en pacientes con DSD 46,XY.

AMH: hormona antimülleriana; DHT: dehidrotestosterona; SPDM: síndrome de persistencia de los conductos müllerianos; T: testosterona.

* Si el nivel de testosterona se encuentra elevado, no es preciso realizar el test de β-hCG.



AMH: Hormona antimülleriana

Figura 2 Algoritmo diagnóstico en pacientes con DSD 46,XX. AMH: hormona antimülleriana.

1. Genitales masculinos con hipospadias proximal (escrotal), micropene, criptorquidia bilateral, atrofia testicular y/o hipospadias distal o medio junto con criptorquidia unilateral.
2. Genitales femeninos con masa en región inguinal/labios mayores y/o hipertrofia de clítoris y fusión labial posterior.

El procedimiento diagnóstico ante cualquier sospecha de ADS/DSD es el que sigue, aunque algunas de las pruebas complementarias mencionadas son exclusivas del neonato con ambigüedad genital. Tal como se ha indicado anteriormente, el diagnóstico precisa un equipo multidisciplinar.

1.º. Anamnesis y exploración física

Antecedentes personales

- Historia de consanguinidad.
- Posible exposición prenatal a andrógenos, antiandrógenos o a otros fármacos.
- Virilización materna en el embarazo.

Antecedentes familiares

Antecedentes familiares de hipospadias, infertilidad, amenorrea o menopausia precoz, de pérdida salina o de muertes infantiles inexplicadas.

Exploración física

Es necesario realizar una cuidadosa inspección y palpación de los genitales:

- Valorar el grado de virilización/masculinización: existen dos escalas que pueden utilizarse indistintamente.
 - En la niña (XX), aunque también útil de forma genérica en cualquier otra fórmula cromosómica o cuando aún no se dispone de cariotipo, mediante la escala de Prader, que se encuentra en la p. 9 del documento «Guía de actuación en las anomalías de la diferenciación sexual (ADS) / desarrollo sexual diferente (DSD)»⁴, a partir de ahora: Guía-ADS/DSD⁴.
 - En el varón (XY), mediante la escala de grado de masculinización (en la p. 10 de la Guía-ADS/DSD)⁴.
- Palpación de gónada a lo largo del trayecto inguinal (desde el pliegue labio-escrotal hasta el abdomen).
- Deben recogerse datos como el estado de hidratación y la presión arterial. La ictericia mantenida acompañada de episodios recurrentes de hipoglucemia debe evocar la posibilidad de un hipopituitarismo con deficiencia de GH y cortisol, además de gonadotropinas.
- Por último, también hay que descartar posibles rasgos dismórficos asociados, ya que las malformaciones genitales pueden formar parte de síndromes malformativos.

2.º. Exploraciones complementarias de 1er nivel

Son, básicamente, tres:

Cariotipo (sangre periférica)

Imprescindible durante la orientación diagnóstica pues permite incluir al paciente en uno de los tres grandes apartados de la clasificación de ADS/DSD (tabla 1). Puede ampliarse el estudio con la detección de marcadores Y (SRY) y X (DX₁) mediante FISH.

Estudio hormonal a partir de las 48 horas de vida⁵

- 17-hidroxiprogesterona. Permite el cribado de la HSC por déficit de 21-hidroxilasa que constituye la causa más frecuente de ADS/DSD 46,XX. Debe determinarse en todos los recién nacidos con criptorquidia bilateral o con genitales ambiguos⁶.
- Deshidroepiandrosterona (DHEA), progesterona y, si es factible, 17-hidroxipregnenolona y 11-desoxicortisol. Permiten diagnosticar otros tipos menos comunes de HSC y diversas enzimopatías.
- Testosterona, FSH y LH. La medición de las concentraciones basales plasmáticas de testosterona y sus precursores, en pacientes ADS/DSD 46,XY, resulta de interés durante el primer año de la vida, antes de las 36 horas de vida y durante la minipubertad, entre los 15 y los 90 días de vida (tiempo ampliable hasta los 6 meses de edad durante el descenso de los niveles de testosterona). En esta segunda muestra se determinarán también las gonadotropinas LH y FSH.
- Cortisol y ACTH basales. Imprescindibles en el diagnóstico de panhipopituitarismo y de las enzimopatías que afectan también la esteroidogénesis suprarrenal.
- Hormona antimülleriana (AMH) e inhibina B. La determinación de las concentraciones séricas de AMH y/o de inhibina B permite valorar la función de las células de Sertoli^{7,8}.
- Esteroides en orina: la medición en orina de los cocientes entre metabolitos de precursores y esteroides posteriores al posible déficit enzimático permite demostrar el déficit de forma más específica y sensible que con los esteroides en sangre⁹.

Ecografía abdominal

Importante para determinar la presencia de gónadas, útero y/o vagina. La identificación de estas estructuras, sobre todo de las gónadas, no siempre es fácil, por lo que su no detección no siempre significa ausencia de las mismas.

3.º. Exploraciones complementarias de 2º nivel

Cuando la etiología no está aclarada, o como ampliación del estudio ante una determinada sospecha diagnóstica:

- Prueba de estímulo con β -hCG (test corto de β -hCG): sirve para valorar la funcionalidad del testículo mediante la respuesta de las células de Leydig sintetizando testosterona, así como sus precursores y el metabolito dihidrotestosterona^{7,10}.
- Indicaciones, protocolo e interpretación en las pp. 13-14 de la Guía-ADS/DSD⁴.
- Test de ACTH:
- Indicaciones y protocolo en la p. 14 de la Guía-ADS/DSD⁴.
- Estudio ampliado de imagen indicado por cirujano/urólogo, como genitografía, uretrografía retrógrada o cistoscopia/vaginoscopia. La resonancia magnética está indicada como alternativa a la laparoscopia cuando no se visualizan gónadas en la ecografía.
- Puede ser necesario la visualización laparoscópica con biopsia gonadal para el diagnóstico de una posible disgenesia testicular en el varón XY.

- Estudio molecular: el cariotipo realizado, los antecedentes, la clínica y las exploraciones bioquímicas y de imagen pueden orientar el diagnóstico etiológico. Cuando se detectan anomalías en los cromosomas sexuales, la causa queda clarificada. Sin embargo, cuando el cariotipo es 46,XX o 46,XY puede ser que el conjunto de datos oriente hacia una causa monogénica, en cuyo caso será lógico pasar a analizar el gen candidato. Esta orientación diagnóstica se puede conseguir siguiendo los algoritmos diagnósticos contenidos en las figuras 1 y 2, así como las tablas 1-4.

Las diversas técnicas moleculares van encaminadas a buscar alteraciones moleculares de diversos tipos:

- Detección de variaciones patogénicas en la secuencia de un gen: la técnica clásica de secuenciación tipo Sanger se utilizará cuando exista un claro gen candidato (por ejemplo, *CYP21A2* en el déficit de 21-hidroxilasa o *AR* en la insensibilidad a los andrógenos, etc.). Sin embargo, debido a la gran cantidad de genes candidatos implicados en las ADS/DSD, muchos laboratorios utilizan técnicas de secuenciación masiva (NGS) que permiten la secuenciación simultánea de un número variable de genes; mediante este procedimiento se puede acelerar, con un menor coste, la posibilidad de detectar la causa genética.
- Detección de alteraciones en la cantidad génica: unas cuantas formas de ADS/DSD son debidas a alteraciones en el número de copias de algunos genes (aumento de copias y también deleciones de alelos o de locus cromosómicos). Su detección se realiza mediante técnicas como MLPA (*multiple ligation-dependent probe amplification*) o *array-CGH* (*comparative genomic hybridization*)¹¹.
- Por último, cuando no existe un claro gen candidato y/o el/los panel/es de genes candidatos proporcionan resultados normales, o en el marco de estudios orientados a la detección de nuevos genes candidatos, se analizarán el exoma completo (*whole exome sequencing* [WES]) o el genoma completo. Estas técnicas proporcionan mucha información y se deben utilizar en el marco de estrictos protocolos técnicos y éticos, en el que debe participar el equipo multidisciplinar que deberá contribuir a la interpretación de los resultados.

Entidades que cursan con ambigüedad genital o discordancias entre los niveles de desarrollo sexual. Diagnóstico diferencial

Las tablas 2-4 resumen los diversos tipos de DSD clasificados según el cariotipo, el fenotipo, los genitales internos y externos, las alteraciones bioquímicas detectables y la actitud diagnóstica requerida.

Actitud terapéutica

Asignación de género

La asignación de género es una decisión compleja y crítica en el tratamiento de las ADS/DSD. Son los padres, asesorados

Tabla 2 ADS/DSD con alteraciones cromosómicas

	Gónadas	Genitales internos		Genitales externos	Alteración analítica	Actitud
		Estructuras derivadas c. Wolff	Estructuras müllerianas			
<i>1. Trastornos con ambigüedad genital</i>						
Mosaicismo 45,X0/46,XY (disgenesia gonadal mixta)	Testículos disgenéticos o gónadas en cintillas (a veces normales)	Hipopláscos y, a veces, unilaterales (presentes en el lado pélvico donde existe tejido testicular: producción homolateral de AMH)	Hipopláscas y, a veces, unilaterales (presentes en el lado pélvico donde no existe tejido testicular: ausencia de producción homolateral de AMH)	Variable: virilización parcial (rara vez masculinos o femeninos completos). Sospechar ante asimetría en genitales externos (inc. criptorquidia unilateral). Pueden asociar talla baja y, menos frecuentemente, cardiopatía o alteraciones renales	Hipogonadismo hipergonadotropo (niveles de testosterona y AMH en relación con la presencia de tejido testicular normal)	Confirmación diagnóstica: biopsia gonadal → Gónada disgenética: alto riesgo de gonadoblastoma (gonadectomía)
Mosaicismo 46,XX/46,XY (33% casos de ADS o quimera ovotesticular)	Testículo y ovario en un individuo o mezcla de tejido ovárico y testicular en la misma gónada (ovotestes)	Variables (presentes en el lado pélvico donde existe tejido testicular: producción homolateral de AMH)	Variables (presentes en el lado pélvico donde no existe tejido testicular)	Variable: virilización parcial (rara vez masculinos o femeninos completos)		Confirmación diagnóstica: biopsia gonadal → Ovoteste: riesgo de malignización 3% (valorar resección de tejido testicular)

Tabla 2 (continuación)

	Gónadas	Genitales internos		Genitales externos	Alteración analítica	Actitud
		Estructuras derivadas c. Wolff	Estructuras müllerianas			
2. Trastornos sin ambigüedad genital						
Síndrome de Turner y sus variantes (45,X0 y mosaicismo 45,X0/46,XX).	Disgenesia gonadal (90%)	Ausentes	Presentes (a veces grado de desarrollo variable)	Femeninos con estigmas: talla baja, pterigium colli, mamilas separadas hipoplásicas, etc.	Hipogonadismo hipergonadotropo según grado de disgenesia	- Terapia con GH recombinante si talla baja - Mayoría de los casos: inducción pubertad y tratamiento sustitutivo con esteroides sexuales
Síndrome de Klinefelter y sus variantes (47,XXY, etc.)	Testículos hialinizados (testículos de pequeño tamaño)	Presentes	Ausentes	Masculinos. A veces asocia talla alta, ginecomastia y rasgos secundarios a déficit androgénico progresivo. Infertilidad Masculinos	Hipogonadismo hipergonadotropo (elevación mayor de FSH que de LH por afectación principal de células de Sertoli testiculares)	- Puede requerir tratamiento sustitutivo con testosterona según niveles de LH (↑↑) y testosterona (↓) - Si ginecomastia importante: valorar cirugía
Cariotipo 47,XXY	Testículos normales en la mayoría	Presentes	Ausentes		Función testicular normal en la mayoría	Suelen tener talla más alta que la familiar y desarrollo intelectual algo inferior. Se detecta al realizar un cariotipo por razones que no suelen estar relacionadas con la función gonadal

Tabla 3 ADS/DSD con cariotipo 46,XY

	Gónadas	Genitales internos		Genitales externos	Alteración analítica	Actitud
		Estructuras derivadas c. Wolff	Estructuras müllerianas			
1. Anomalías del desarrollo gonadal (disgenesia testicular)						
Disgenesia gonadal 46XY parcial o completa (Sd. Swyer)	Presentes (disgenéticas)	- Forma parcial: presentes (hipoplásicas) - Forma completa: ausentes	- Forma parcial: ausentes - Forma completa: presentes. Según mutación, puede asociar diversos fenotipos ^a	- Forma parcial: virilización parcial (variable) - Forma completa: femenino	↓ Testosterona (basal y/o test β-hCG) ↓ AMH	- Prueba imagen (ecografía): localización gonadal - <i>Confirmación diagnóstica</i> : biopsia gonadal y estudio molecular de genes de diferenciación gonadal (SRY, WT1, etc. ^a)
46XY ovotesticular (7% casos ADS/DSD o quimera ovotesticular)	Presente (disgenéticas con mezcla de tejido ovárico y testicular en la misma gónada)	Presentes (+/- hipoplásicas)	Ausentes	Variable: virilización parcial (rara vez femeninos o masculinos completos)		- Prueba imagen (ecografía): localización gonadal - <i>Confirmación diagnóstica</i> : biopsia gonadal
Síndrome de regresión testicular (pérdida de función/tejido testicular en el desarrollo temprano)	Anorquia	Presentes (+/- hipoplásicas)	Ausentes (o presentes si fue muy precoz)	Variable: virilización parcial (si fue muy precoz: femeninos)		- Prueba imagen (ecografía): no localización gonadal - <i>Confirmación diagnóstica</i> : laparoscopia. Estudio molecular de genes de diferenciación gonadal (SRY, WT1, etc.)
Síndrome de fuga testicular (pérdida de función/tejido testicular en el desarrollo tardío)	Anorquia	Presentes	Ausentes	Masculino		
2. Trastornos con respuesta o síntesis anormal de andrógenos						
2.1. Respuesta escasa o nula de testosterona tras test de β-hCG						
2.1.1. Defectos enzimáticos en la síntesis de testosterona						
Deficiencia de 17-β-hidroxiesteroide-deshidrogenasa	Testículos	Presentes (normales)	Ausentes (vagina ciega en algunos casos como deficiencia StAR, 20-22 colesterol desmolasa, POR y Smith-Lemli-Opitz)	Femenino o ambigüedad genital. Muy raramente masculino En pubertad: síntomas de virilización Masculino con subvirilización variable	<i>Test β-hCG</i> : ↓ Testosterona AMH N o ↑ ACTH N T/Androstendiona <1 <i>Test β-hCG</i> : ↓ Testosterona AMH N o ↑ ↑ ACTH	No indicado realización test ACTH <i>Confirmación diagnóstica</i> : estudio genético-molecular gen HSD17B3 (9q22) <i>Test ACTH</i> : ↑17-OH-pregnenolona/17-OH-progesterona Síndrome pierde sal <i>Confirmación diagnóstica</i> : estudio genético-molecular gen HSD3B2 (1p13.1)

Tabla 3 (continuación)

Gónadas	Genitales internos		Genitales externos	Alteración analítica	Actitud
	Estructuras derivadas c. Wolff	Estructuras müllerianas			
Deficiencia combinada de 17- α -hidroxilasa/17-20 liasa ^b o deficiencia aislada de liasa	Presentes (normales o hipoplásicos)		Femenino o ambigüedad genital (estos últimos habituales en la deficiencia POR y citocromo b5)		<p><i>Test ACTH:</i> ↑ Coc. progesterona /17-OH-progesterona HTA Hipopotasemia En <i>deficiencia aislada</i>: solo ↑ progesterona y coc. 17-OH-progesterona / androstendiona</p> <p><i>Confirmación diagnóstica:</i> estudio genético-molecular gen <i>CYP17A1</i> (10q24.3) <i>Test ACTH:</i> ↓ Todos los esteroides suprarrenales y gonadales <i>Ecografía:</i> en la def. proteína StAR grandes suprarrenales por acúmulo de lípidos</p> <p><i>Confirmación diagnóstica:</i> estudio genético-molecular gen <i>StAR</i> (8p11.2) y <i>CYP11A1</i> (15q24.1) <i>Test ACTH:</i> ↑ Progesterona ↑17-OH-progesterona +/- déficit glucocorticoideo</p>
Hiperplasia adrenal lipoidea congénita (deficiencia de la proteína StAR) y déficit 20-22 colesterol desmolasa ^b					<p><i>Confirmación diagnóstica:</i> estudio genético-molecular gen <i>POR</i> (7q11.2) Metahemoglobinemia <i>Test β-hCG:</i> ↑ Coc. progesterona y 17-OH-progesterona / androstendiona</p> <p><i>Confirmación diagnóstica:</i> estudio genético-molecular gen <i>CYP5A</i> (18q22.3)</p>
Deficiencia P450 oxidoreductasa (POR) ^b					
Deficiencia de citocromo b5	Testículos	Presentes (normales o hipoplásicos)	Ausentes (vagina ciega en algunos casos como deficiencia StAR, 20-22 colesterol desmolasa, POR y Smith-Lemli-Opitz)	Femenino o ambigüedad genital (estos últimos habituales en la deficiencia POR y citocromo b5)	<p><i>Test β-hCG:</i> ↓ Testosterona AMH N o ↑ ↑ ACTH</p> <p><i>Confirmación diagnóstica:</i> estudio genético-molecular gen <i>CYP5A</i> (18q22.3)</p>

Tabla 3 (continuación)

	Gónadas	Genitales internos		Genitales externos	Alteración analítica	Actitud
		Estructuras derivadas c. Wolff	Estructuras müllerianas			
Deficiencia vía alternativa o trasera de la esteroidogénesis						<i>Test ACTH:</i> normal <i>Test β-hCG:</i> Testosterona N↓ DHT↓↓ <i>Confirmación diagnóstica:</i> estudio genético-molecular genes <i>AKR1C2</i> y <i>AKR1C4</i> ↑7-dehidrocolesterol <i>Confirmación diagnóstica:</i> estudio genético-molecular gen <i>DHCR7</i> (11q13.4)
Síndrome de Smith-Lemli-Opitz ^b				Virilización escasa con fenotipo peculiar (facies tosca, retraso psicomotor, anomalias cardíacas y viscerales)		
2.2 Respuesta normal o aumentada de testosterona tras test de β-hCG						
	Gónadas	Genitales internos	Estructuras müllerianas	Genitales externos	Alteración analítica	Actitud
Déficit de 5-alfa-reductasa tipo 2	Testículos	Estructuras derivadas c. Wolff Presentes Vagina hipoplásica	Estructuras müllerianas Ausentes	Virilización variable	Testosterona N AMH N Tras β-hCG: Testosterona/DHT >30	<i>Diagnóstico:</i> estudio genético-molecular gen <i>SDR5A2</i> (2p23)
Insensibilidad a los andrógenos (formas parciales [PAIS] y completas [CAIS] o síndrome de Morris)	Testículos	- Formas parciales (PAIS): +/- hipoplásicos - Formas completas (CAIS): ausentes	Ausentes Casos excepcionales con útero atrófico	- Formas parciales (PAIS): variable - Forma completa (CAIS): femenino con escaso vello androgénico	Testosterona ↑ o N AMH ↑ o N LH ↑ o N	<i>Diagnóstico:</i> estudio genético-molecular (AR; Xq12)
3. Anomalías en la síntesis o en la acción de la hormona antimülleriana						
Síndrome de los conductos de Müller persistentes (anomalía de hormona antimülleriana [AMH] o de su receptor AMHR2)	Testículos (criptorquidia bilateral con/sin hernia inguinal)	Presentes	Presentes	Masculinos	Testosterona N AMH ↓ (mutación AMH) o N (mutación AMHR2)	<i>Diagnóstico:</i> estudio genético-molecular gen <i>AMH</i> (19p13.3) o <i>AMHR2</i> (12q13.13) según niveles AMH
4. Malformativo (extrofia vesical, VACTERL/VATER, etc.), crecimiento intrauterino retardado extremo (falta de estímulo de células de Leydig durante primeras 15 semanas por β-hCH placentaria como sustituto de LH), etc.						

^a Fenotipos asociados a mutaciones: *WT1* (anomalías renales, tumor de Wilms, tumores gonadales), *SF1* (*NR5A1*: insuficiencia suprarrenal e hipogonadismo hipogonadotropo parcial, solo cuando la afectación es bialélica), *SOX9* (displasia campomélica), *CBX2* (presencia de ovarios y restos müllerianos), *DHH* (neuropatía minifascicular), del 9p24.3 (*DMRT1* y *DMRT2*: retraso mental), del Xq13.3 (*ATRX*): retraso mental, talasemia), *ARX* (lisencefalia, epilepsia), *TSPYL1* (síndrome de SIDDT: muerte súbita infantil), *DAX1dup* (disgenesia total o parcial), *EMX* (retardo mental, riñón único), *FGFR2* (craniosinostosis), *GATA4* (cardiopatía congénita), *HHAT* (talla baja, condrodisplasia, hipertrofia muscular, miopía, discreto retardo mental), *MAMLD1* (hipospadias), *MAP3K1*, *WNT4dup*, *WWOXd*del; *FOG2/ZFPM2* (cardiopatía congénita?)

^b *Cursan* con insuficiencia suprarrenal (no siempre en el síndrome Smith-Lemli-Opitz)

Tabla 4 ADS/DSD con cariotipo 46,XX

	Gónadas	Genitales internos		Genitales externos	Alteración analítica	Actitud
		Estructuras derivadas c. Wolff	Estructuras müllerianas			
1. Anomalías del desarrollo gonadal (disgenesia ovárica)						
Disgenesia gonadal 46,XX	Presentes (disgenéticas)	Ausentes	Presentes	Femeninos	Hipogonadismo hipergonadotropo (↓estradiol, ↑FSH y LH)	<i>Confirmación diagnóstica:</i> biopsia gonadal → gónada disgenética, y estudio molecular de genes de diferenciación gonadal (dup. <i>SOX9</i> , <i>RSPO1</i> ^a , <i>WNT4</i> , etc. ^b)
46,XX ovotesticular (33% de casos ADS/DSD ovotesticular)	Presentes (disgenéticas con mezcla de tejido ovárico y testicular en la misma gónada)	Variable (generalmente ausentes)	Variable: presentes en la mayoría, con diferente grado de desarrollo	Variable: ambiguo, femenino o masculino	Hipogonadismo hipergonadotropo AMH valores en rango masculinos (en relación con la presencia de tejido testicular funcionante) <i>Test β-hCG:</i> aumento de testosterona postestimulación (en relación con la presencia de tejido testicular funcionante)	<i>Diagnóstico:</i> estudio genético-molecular: - Mayoría de los casos: etiología desconocida - Gen <i>SRY</i> (Yp11.2) negativo en la mayoría; en 10-15% casos: translocación <i>SRY</i> al X o a un autosoma (<i>SRY+</i>) - Ocasionalmente: duplicación <i>SOX9</i> (17q24), mutación gen <i>RSPO1</i> ^a (1p34.3) o <i>WNT4</i> (1p36.12) <i>Confirmación diagnóstica:</i> biopsia gonadal → Ovoteste: riesgo malignización 3% (valorar resección de tejido testicular)
46,XX testicular (varón XX o Sd. de De la Chapelle)	Testículos (atrofia testicular)	Presentes	Ausentes	- Masculino normal (85% casos) - Hipospadias o leve ambigüedad genital (15% casos)	Hipogonadismo hipergonadotropo (↓testosterona, ↑FSH y LH)	<i>Diagnóstico:</i> solo estudio genético-molecular (80% translocación gen <i>SRY</i> desde cromosoma Y paterno al X materno (<i>SRY+</i>); ocasionalmente duplicación <i>SOX9</i>)
2. Exceso de andrógenos						
	Gónadas	Genitales internos Estructuras derivadas c. Wolff	Estructuras müllerianas	Genitales externos	Alteración analítica	Actitud

Tabla 4 (continuación)

	Gónadas	Genitales internos		Genitales externos	Alteración analítica	Actitud
		Estructuras derivadas c. Wolff	Estructuras müllerianas			
2.1. Hiperplasia suprarrenal congénita (cursan con insuficiencia suprarrenal)						
Deficiencia de 21-hidroxilasa	Presentes (ovarios)	Desarrollo escaso o nulo	Presentes	Genitales ambiguos (forma clásica o virilizante simple). Rara vez pene sin hipospadias	↑↑17-OH-Progesterona La forma clásica: pérdida salina con hiponatremia, hiperpotasemia e hipotensión (primeras semanas de vida) ↑17-OH-Progesterona ↑11-desoxicorticoesterona (actividad mineralocorticoide), ↑11-desoxicortisol HTA No pérdida salina	<i>Diagnóstico:</i> estudio genético-molecular gen <i>CYP21A2</i> (6p21.3)
Deficiencia de 11-β-hidroxilasa					↑17-OH-Progesterona ↑11-desoxicorticoesterona (actividad mineralocorticoide), ↑11-desoxicortisol HTA No pérdida salina	<i>Diagnóstico:</i> estudio genético-molecular gen <i>CYP11B1</i> (8q21)
Deficiencia P450 oxidorreductasa				Variable (desde genitales ambiguos a femenino normal)	↑17-OH-Progesterona ↑Testosterona ↑Progesterona ↑Corticoesterona +/- Déficit glucocorticoideo	<i>Diagnóstico:</i> estudio genético-molecular gen <i>POR</i> (7q11.2)
Deficiencia de 3-β-hidroxiesteroide deshidrogenasa				Genitales externos femeninos con nula o leve virilización (clitoromegalia)	↑17-OH-Progesterona ↑17-OH-Pregnenolona Síndrome pierde sal	<i>Diagnóstico:</i> estudio genético-molecular gen <i>HSD3B2</i> (1p13.1)
2.2. Hiperandrogenismo gestacional						
Exposición a andrógenos maternos o progestágenos sintéticos (fármacos, tumores maternos virilizantes, deficiencia de aromatasa feto-placentaria, tumores fetales o placentarios productores de andrógenos)	Presentes (ovarios)	Desarrollo escaso o nulo	Presentes	Grado variable de virilización	↑Testosterona +/- precursores androgénicos	<i>Diagnóstico:</i> anamnesis y analítica periparto en madre y recién nacido Estudio genético-molecular si sospecha de deficiencia de aromatasa: gen <i>CYP19A1</i> (15q21.2)

Tabla 4 (continuación)

	Gónadas	Genitales internos		Genitales externos	Alteración analítica	Actitud
		Estructuras derivadas c. Wolff	Estructuras müllerianas			
2.3. Mutaciones del receptor de glucocorticoides						
Exposición a andrógenos maternos o progestágenos sintéticos (fármacos, tumores maternos virilizantes, deficiencia de aromatasas feto-placentaria, tumores fetales o placentarios productores de andrógenos)	Presentes (ovarios)	Ausentes	Presentes	Grado variable de virilización	↑ACTH y ↑Cortisol con signos insuficiencia adrenal ↑Precursores androgénicos ↑Testosterona	<i>Diagnóstico:</i> estudio genético-molecular gen <i>NR3C1</i> (5q31.3)

^a La mutación en *RSPO1* asocia hiperqueratosis palmoplantar y riesgo de carcinoma.

^b Otros genes cuyas mutaciones se asocian a disgenesia ovárica, quimera ovotesticular o DSD testicular con cariotipo 46,XX son: *BMP15*, *FGF9dup*, *FOXL2* (blefarofimosis, ptosis y síndrome epicantero inverso), *NR5A1* (disgenesia ovárica, quimera ovotesticular o DSD testicular en el caso de la mutación Arg92Trp), *SOX3dup*

por un equipo multidisciplinar (pediatras endocrinólogos, cirujanos, urólogos pediátricos, ginecólogos, neonatólogos, genetistas, psicólogos, asistentes sociales, etc.), quienes tomarán esta decisión. Es fundamental que se realice en centros de referencia con experiencia en el manejo de ADS/DSD, teniendo en cuenta, entre otros, factores culturales y religiosos de los distintos colectivos, las implicaciones de esta decisión en la vida adulta de las personas (disforia de género, gonadectomía, insatisfacción con la apariencia de los genitales, etc.).

El abordaje clásico ha abogado por una cirugía precoz orientada a unos genitales externos cosméticamente normales y a la extirpación gonadal acorde con el género escogido. Recientemente, sin embargo, se tiende a apostar por diferir la cirugía electiva para que el paciente participe en la toma de decisiones, tanto del sexo asignado como del tipo de cirugía. Para las familias que deseen esta última opción y puedan asumir el retraso de la cirugía en ADS/DSD, es imprescindible realizar protocolos de cuidados no quirúrgicos que permitan a los padres y pacientes enfrentarse a la presión social de tener un bebé con genitales atípicos.

En la actualidad, los criterios vigentes de asignación de género se fundamentan en (1) los resultados psicosexuales en adultos con diagnóstico etiológico; (2) la fertilidad potencial; (3) las opciones quirúrgicas, y (4) la necesidad de tratamiento hormonal sustitutivo en la pubertad.

De forma resumida, y atendiendo a la Clasificación del Consenso de Chicago de 2006^{1,2}, las recomendaciones actuales de asignación de género quedan resumidas en la [tabla 5](#)¹²⁻²⁴.

Tratamiento médico

Los casos que asocian déficit adrenal (glucocorticoideo ± mineralocorticoideo) requieren de terapia sustitutiva de inmediato con hidrocortisona⁶. En lo que respecta a la terapia sustitutiva con esteroides sexuales para la inducción puberal, no existe un acuerdo generalizado acerca del mejor momento para iniciarla, de las dosis iniciales ni tampoco del ritmo de aumento de las mismas. La mayoría de los grupos destacan la necesidad de iniciar el tratamiento farmacológico con una dosis baja y continuar con un aumento progresivo de la misma, pero con diferencias en cuanto a la edad del inicio y a la dosificación en los primeros años. Se acepta inducir el desarrollo puberal alrededor de los 11 años de edad ósea en las niñas y de los 12 años en los niños e incrementarlo lentamente.

La Guía-ADS/DSD⁴ contiene en las pp. 35 y 37 (tablas 6 y 7) la propuesta más generalizada para el tratamiento sustitutivo con esteroides sexuales durante la pubertad. También contiene consideraciones terapéuticas detalladas sobre (1) el tratamiento con andrógenos en el niño prepuberal, con el fin de estimular el crecimiento del pene; (2) el síndrome de Klinefelter; (3) el síndrome de Turner; (4) el síndrome de insensibilidad completa a los andrógenos (CAIS); (5) el síndrome de insensibilidad parcial a los andrógenos (PAIS); (6) la deficiencia de 5-alfa-reductasa; (7) la deficiencia de 17β-hidroxiesteroide deshidrogenasa; (8) la disgenesia gonadal 46,XX; (9) la disgenesia gonadal completa 46,XY; (10) la disgenesia gonadal parcial 46,XY, y (11) el síndrome de persistencia de los conductos müllerianos.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico de las ADS/DSD supone con frecuencia un cambio irreversible en el fenotipo del paciente¹. Su indicación debe realizarse de forma conjunta, la familia con el equipo multidisciplinar que le asesorará. Si es posible debe participar el paciente en la toma de decisiones. Por este motivo, en los últimos años se ha observado una tendencia a diferir la cirugía hasta una edad en la que el paciente pueda participar^{25,26}. Cuando la cirugía se realice en edades tempranas de la vida deben evitarse procedimientos mutilantes o irreversibles.

Por último, existe un consenso unánime en que estas intervenciones solo deben ser practicadas por cirujanos especializados en centros con elevada experiencia.

La Guía-ADS/DSD⁴ detalla las diferentes intervenciones quirúrgicas que pueden realizarse en ADS/DSD, según las edades y géneros, con relación al tubérculo genital (pp. 40 y 41), la vaginoplastia (pp. 41 y 42), las mamas (p. 48), los restos müllerianos (p. 48), la orquidopexia (p. 47) y la criopreservación de gónadas.

La gonadectomía profiláctica es una decisión compleja. Debe individualizarse teniendo en consideración los riesgos/beneficios de la misma, valorando: (1) el género asignado, si es diferente al sexo gonadal; (2) el riesgo de malignización de la gónada, y (3) la función gonadal (tanto hormonal como su potencial fertilidad)²⁷.

El riesgo de tumor gonadal según la clasificación de ADS/DSD está detallado en la Guía-ADS/DSD⁴, en las pp. 43-47.

No hay un consenso universal en relación con la gonadectomía, aunque sí hay acuerdo en que se debería considerar en gónadas disgenéticas o displásicas, especialmente cuando son intraabdominales²⁸.

Transición clínica a adultos

La necesidad de garantizar una atención continuada a lo largo del paso de los servicios pediátricos a los de adultos ha sido puesta de manifiesto en varias especialidades pediátricas, y los pacientes con ADS/DSD son especialmente vulnerables en esta etapa²⁹.

Existen guías publicadas para preparar la transición del paciente con algunas ADS/DSD, como el síndrome de Turner^{30,31}, el síndrome de Klinefelter^{32,33} o la HSC^{34,35}.

Algunas de las características de la transición en las ADS/DSD, en general, son:

- Exploraciones genitales: en mujeres con ADS/DSD, la exploración vaginal debe contemplarse en algún momento durante su seguimiento. Las mujeres no necesariamente precisan de elongación vaginal, y por lo tanto deben guiar la decisión de si desean o no tener relaciones con penetración, y cuándo empezar a tenerlas²⁹.
- Gonadectomía y riesgo de malignización: en los pacientes con ADS/DSD con riesgo de malignización gonadal, este debe ser conocido por el paciente y requiere de seguimiento en la etapa adulta³⁶.
- Problemas psicológicos: varios estudios han puesto de manifiesto la abrumadora necesidad de apoyo psicológico en los pacientes con ADS/DSD durante la adolescencia,

Tabla 5 Recomendaciones de asignación de género en ADS/DSD

ADS/DSD	Género propuesto	Fundamentos
<i>ADS/DSD por alteraciones en los cromosomas sexuales:</i>		
45,X o síndrome de Turner	Femenino	
47,XXY	Masculino	
45,X/46,XY o disgenesia gonadal mixta	Femenino o masculino	
46,XX/46,XY o quimera o DSD ovotesticular	Femenino o masculino	
<i>ADS/DSD con cariotipo 46,XX</i>		
HSC por deficiencia de 21-hidroxilasa	Femenino	La disforia de género es excepcional cuando se asigna sexo femenino. La actitud generalizada es la asignación al género femenino al nacimiento con cirugía feminizante precoz, aunque en algunos casos de virilización extrema se plantea la asignación de género masculino ^{8,9}
ADS/DSD 46,XX ovotesticular	Femenino o masculino	Estos pacientes presentan gónadas funcionantes y genitales internos de ambos sexos. Es una patología más frecuente en África (51% de las DSD de África ¹⁰), con factores culturales en este continente que determinan que la mayoría sean asignados al género masculino. Sin embargo, en general, la tendencia en el resto de países es la asignación al género femenino
ADS/ DSD 46,XX testicular	Masculino	
<i>ADS/DSD con cariotipo 46,XY</i> Síndrome de insensibilidad completa a los andrógenos (CAIS)	Femenino	1.- Tienen un desarrollo psicosexual femenino. La disforia de género es excepcional ^{11,12} . 2.- No precisan cirugía correctora de genitales externos. 3.- Aunque precisan tratamiento sustitutivo en pubertad si se realiza gonadectomía, en los casos de insensibilidad completa a andrógenos la sustitución con testosterona es ineficaz
Disgenesia gonadal completa (síndrome de Swyer)	Femenino	1.- Tienen desarrollo psicosexual femenino. 2.- Pueden tener embarazos con óvulo de donante fertilizado y tratamiento hormonal de soporte. 3.- Tienen alto riesgo de malignización gonadal y deben extirparse las cintillas gonadales, sea cual sea la asignación de género. 4.- No necesitan genitoplastia feminizante
Deficiencia de 17-β-hidroxiesteroide-deshidrogenasa	Masculino	1.- Tienen probabilidad alta de identidad de género masculino ^{13,14} . 2. En pubertad se produce virilización (si gónadas presentes). 3. No han sido publicados casos de fertilidad. 4.- Tienen riesgo intermedio de tumor de células germinales
5-α-reductasa	Masculino	1.- Tienen probabilidad alta de identidad de género masculino ¹⁴ . 2. En pubertad se produce virilización (si gónadas presentes), aunque escasa respuesta del micropene. 3. Es posible la fertilidad. 4.- Tienen riesgo tumoral bajo
Hipoplasia de células de Leydig (disfunción en el receptor de LH)	Femenino	1.- Hay pocos datos de su evolución psicosexual. 2.- No se han publicado casos de fertilidad. 3.- El riesgo de tumor de células germinales es desconocido. 4.- Si se asigna al género femenino (formas completas), no es necesaria la genitoplastia siempre que se realice gonadectomía antes de la pubertad. 5.- Si se asigna al género masculino, precisan genitoplastia masculinizante y tratamiento con andrógenos para conseguir una apariencia masculina

Tabla 5 (continuación)

ADS/DSD	Género propuesto	Fundamentos
Formas parciales (resistencia parcial a andrógenos [PAIS], defectos parciales de la síntesis de andrógenos [5 α R y 17 β -HSD-3], disfunción parcial del receptor de la LH y disgenesia gonadal parcial)	Masculino en deficiencias parciales de 5 α R y 17 β -HSD-3. En el resto, masculino o femenino ^{19,21-24}	1.- Un 23% (9/54) no están satisfechos con el género asignado, siendo similar la disforia de género en pacientes asignados a cualquiera de ellos ¹⁵ ; excepto en las deficiencias parciales de 5 α R y 17 β -HSD-3 en que se aconseja asignación al género masculino. 2.-Escasos estudios a largo plazo de disforia de género en estas entidades. 3.- Para la mayoría, la fertilidad es poco probable sea cual sea el género asignado. En el caso de PAIS es posible la fertilidad si no se extirpan los testes ¹⁶ . También es posible la fertilidad en la disgenesia gonadal parcial (DGP) mediante un óvulo de donante fertilizado cuando tienen un útero suficientemente desarrollado; debe tenerse en cuenta que tienen un riesgo intermedio de desarrollar tumor de células germinales si se mantienen los testes

que muy probablemente se extiende hasta la etapa adulta^{37,38}.

- Información diagnóstica: la información detallada acerca del diagnóstico a menudo se ofrece al paciente en esta etapa próxima a la transición³⁹. Dentro del pronóstico, deben discutirse la fertilidad potencial y las posibilidades de tener hijos mediante distintas técnicas de reproducción asistida. El mejor conocimiento de su condición permite al adolescente o joven adulto recurrir a grupos de apoyo o a las redes sociales para obtener apoyo adicional.

Se puede consultar una propuesta de transición clínica al Servicio de adultos para pacientes con ADS/DSD en la Guía-ADS/DSD⁴, en las pp. 51-52.

Registros

Los profesionales multidisciplinares no consiguen conocer la causa en el 40-50% de los casos de ADS/DSD, sobre todo en aquellos portadores de un cariotipo 46,XY. Ante tal diversidad, complejidad y necesidad de investigar causas desconocidas, los profesionales necesitan compartir conocimientos, dicho de otro modo, información almacenada en Registros⁴⁰.

Están activos, y a nuestro alcance, dos Registros de DSD, uno en España y otro internacional:

- El Registro Español de DSD-HSC está integrado dentro del Registro de Enfermedades Raras del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) en Madrid (<https://registroraras.isciii.es>).
- El Registro Internacional (*International DSD Registry* [I-DSD Registry]) (<https://www.i-dsd.org/>)

Asociaciones de soporte y organizaciones sociales

En España existen dos asociaciones de pacientes adheridas a la FEDER (Federación Española de Enfermedades Raras) que reúnen personas afectadas por algún tipo de DSD:

- La Asociación GrApSIA (Grupo de Apoyo al Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos), constituida el año 2000 (<https://grapsia.org/>).
- La Asociación Española de Hiperplasia Suprarrenal Congénita, constituida el año 2013 (<http://hiperplasiasuprarrenalcongenita.org/>).
- Otras asociaciones a nivel internacional están recopiladas en Lee et al.³.

Organización de atención sanitaria en España y Europa

En la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP) funcionan dos Grupos de Trabajo dedicados a DSD: uno sobre la HSC y otro sobre el resto de DSD (autor de esta Guía). En la Sociedad de Endocrinología y Nutrición (SEEN) funciona un Grupo de Trabajo dedicado a la Identidad de Género (GID-SEEN) que también trabaja sobre los DSD, aunque se dedica más a la transexualidad.

En España se ha planteado, a nivel del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la necesidad de acreditar CSUR (Centro, Servicio, Unidad de Referencia) dedicados a enfermedades endocrinológicas. Las Sociedades de Endocrinología (SEEP y SEEN) y la Asociación Española de Pediatría (AEP) han presentado una primera lista de fichas correspondientes a varias patologías y, entre ellas, se entregó una ficha correspondiente a las ADS/DSD (2017).

Se han creado (2017) Redes de Centros de Referencia Europeos para Enfermedades Raras (*European Reference Networks for Rare Diseases* [ERN]). Una está dedicada a enfermedades endocrinas raras (*Rare Endocrine Diseases Reference Network* [EndoERN]) con un área sobre las ADS/DSD, «Sex development and maturation» (<http://endo-ern.eu/>).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Hughes IA, Houk C, Ahmed SF, Lee PA, Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society/European Society for Paediatric Endocrinology Consensus Group. Consensus statement on management of intersex disorders. *J Pediatr Urol.* 2006;2:148–62.
- Lee PA, Houk CP, Ahmed SF, Hughes IA, International Consensus Conference on Intersex organized by the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society & the European Society for Paediatric Endocrinology. Consensus statement on management of intersex disorders. *International Consensus Conference on Intersex. Pediatrics.* 2006;118:e488–500.
- Lee PA, Nordenstrom A, Houk CP, Ahmed SF, Auchus R, Baratz A, et al., Global DSD Update Consortium. Global disorders of sex development update since 2006: Perceptions approach and care. *Horm Res Paediatr.* 2016;85:158–80.
- Guerrero-Fernández J, Azcona-San-Julían C, Barreiro-Conde J, Bermúdez-de-la-Vega JA, Carcavilla-Urquí A, Castaño-González LA, et al. Guía de actuación en las anomalías de la diferenciación sexual (ADS) / desarrollo sexual diferente (DSD) [consultado 15 Abr 2018]. Disponible en: http://www.seep.es/privado/gads/GUIA_MANEJO_ADS_DSD_SEEP.PDF 2017
- Fanelli F, Baronio F, Ortolano R, Mezzullo M, Cassio A, Pagotto U, et al. Normative basal values of hormones and proteins of gonadal and adrenal functions from birth to adulthood. *Sex Dev.* 2018;12:50–94.
- Rodríguez A, Ezquieta B, Labarta JI, Clemente M, Espino R, Rodríguez A, et al., Grupo de Hiperplasia Suprarrenal Congénita de la Sociedad Española de Endocrinología. [Recommendations for the diagnosis and treatment of classic forms of 21-hydroxylase-deficient congenital adrenal hyperplasia]. *An Pediatr (Barc).* 2017;87:116e1–10.
- Ahmed SF, Keir L, McNeilly J, Galloway P, O'Toole S, Wallace AM. The concordance between serum anti-Mullerian hormone and testosterone concentrations depends on duration of hCG stimulation in boys undergoing investigation of gonadal function. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2010;72:814–9.
- Freire AV, Grinspon RP, Rey RA. Importance of serum testicular protein hormone measurement in the assessment of disorders of sex development. *Sex Dev.* 2018;12:30–40.
- Kulle A, Krone N, Holterhus PM, Schuler G, Greaves RF, Juul A, et al. Steroid hormone analysis in diagnosis and treatment of DSD: Position paper of EU COST Action BM 1303 'DSDnet'. *Eur J Endocrinol.* 2017;176:P1–9.
- Bertelloni S, Russo G, Baroncelli GI. Human chorionic gonadotropin test: Old uncertainties, new perspectives, and value in 46,XY disorders of sex development. *Sex Dev.* 2018;12:41–9.
- Croft B, Ohnesorg T, Sinclair AH. The role of copy number variants in disorders of sex development. *Sex Dev.* 2018;12:19–29.
- Lee PA, Houk CP, Husmann DA. Should male gender assignment be considered in the markedly virilized patient with 46 XX and congenital adrenal hyperplasia? *J Urol.* 2010;184 4 Suppl.:1786–90.
- Houk CP, Lee PA. Approach to assigning gender in 46 XX congenital adrenal hyperplasia with male external genitalia: Replacing dogmatism with pragmatism. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010;95:4501–10.
- Krob G, Braun A, Kuhnle U. True hermaphroditism: Geographical distribution, clinical findings, chromosomes and gonadal histology. *Eur J Pediatr.* 1994;153:2–10.
- Wisniewski AB, Migeon CJ, Meyer-Bahlburg HF, Gearhart JP, Berkovitz GD, Brown TR, et al. Complete androgen insensitivity syndrome: Long-term medical, surgical, and psychosexual outcome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2000;85:2664–70.
- Hines M, Ahmed SF, Hughes IA. Psychological outcomes and gender-related development in complete androgen insensitivity syndrome. *Arch Sex Behav.* 2003;32:93–101.
- Mendonca BB, Inacio M, Arnhold IJ, Costa EM, Bloise W, Martin RM, et al. Male pseudohermaphroditism due to 17 beta-hydroxysteroid dehydrogenase 3 deficiency. Diagnosis, psychological evaluation, and management. *Medicine (Baltimore).* 2000;79:299–309.
- Cohen-Kettenis PT. Gender change in 46 XY persons with 5alpha-reductase-2 deficiency and 17beta-hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Arch Sex Behav.* 2005;34:399–410.
- Migeon CJ, Wisniewski AB, Gearhart JP, Meyer-Bahlburg HF, Rock JA, Brown TR, et al. Ambiguous genitalia with perineoscrotal hypospadias in 46 XY individuals: Long-term medical, surgical, and psychosexual outcome. *Pediatrics.* 2002;110:e31.
- Cools M, Looijenga LH, Wolffenbuttel KP, Drop SL. Disorders of sex development: Update on the genetic background, terminology and risk for the development of germ cell tumors. *World J Pediatr.* 2009;5:93–102.
- Hooper HT, Figueiredo BC, Pavan-Senn CC, de Lacerda L, Sandrini R, Mengarelli JK, et al. Concordance of phenotypic expression and gender identity in a large kindred with a mutation in the androgen receptor. *Clin Genet.* 2004;65:183–90.
- Mazur T, Sandberg DE, Perrin MA, Gallagher JA, MacGillivray MH. Male pseudohermaphroditism: Long-term quality of life outcome in five 46 XY individuals reared female. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2004;17:809–23.
- Bouvattier C, Mignot B, Lefevre H, Morel Y, Bougneres P. Impaired sexual activity in male adults with partial androgen insensitivity. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006;91:3310–5.
- Jurgensen M, Kleinemeier E, Lux A, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT, Hiort O, et al., DSD Network Working Group. Psychosexual development in children with disorder of sex development (DSD) - results from the German Clinical Evaluation Study. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2010;23:565–78.
- Karkazis KA. Early genital surgery to remain controversial. *Pediatrics.* 2006;118:814–5.
- Mouriquand PD, Gorduza DB, Gay CL, Meyer-Bahlburg HF, Baker L, Baskin LS, et al. Surgery in disorders of sex development (DSD) with a gender issue: If (why), when, and how? *J Pediatr Urol.* 2016;12:139–49.
- Spoor JA, Oosterhuis JW, Hersmus R, Biermann K, Wolffenbuttel KP, Cools M, et al. Histological assessment of gonads in DSD: Relevance for clinical management. *Sex Dev.* 2018;12:106–22.
- Huang H, Wang C, Tian Q. Gonadal tumour risk in 292 phenotypic female patients with disorders of sex development containing Y chromosome or Y-derived sequence. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2017;86:621–7.
- Crouch NS, Creighton SM. Transition of care for adolescents with disorders of sex development. *Nat Rev Endocrinol.* 2014;10:436–42.
- Rubin KR. Turner syndrome: Transition from pediatrics to adulthood. *Endocr Pract.* 2008;14:775–81.
- Freriks K, Timmermans J, Beerendonk CC, Verhaak CM, Netea-Maier RT, Otten BJ, et al. Standardized multidisciplinary evaluation yields significant previously undiagnosed morbidity in adult women with Turner syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96:E1517–26.
- Aksgålae L, Link K, Giwercman A, Jorgensen N, Skakkebaek NE, Juul A. 47 XXY Klinefelter syndrome: Clinical characteristics and age-specific recommendations for medical management. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 2013;163C:55–63.
- Gies I, Unuane D, Velkeniers B, de Schepper J. Management of Klinefelter syndrome during transition. *Eur J Endocrinol.* 2014;171:R67–77.

34. Hughes IA. Congenital adrenal hyperplasia: transitional care. *Growth Horm IGF Res.* 2004;14 Suppl. A:S60–6.
35. Auchus RJ. Management considerations for the adult with congenital adrenal hyperplasia. *Mol Cell Endocrinol.* 2015;408:190–7.
36. Amies Oelschlager AM, Muscarella M, Gomez-Lobo V. Transition to adult care in persons with disorders of sexual development: The role of the gynecologist. *Obstet Gynecol.* 2015;126:845–9.
37. Liao LM, Tacconelli E, Wood D, Conway G, Creighton SM. Adolescent girls with disorders of sex development: A needs analysis of transitional care. *J Pediatr Urol.* 2010;6:609–13.
38. Kleinemeier E, Jurgensen M, Lux A, Widenka PM, Thyen U, Disorders of Sex Development Network Working Group. Psychological adjustment and sexual development of adolescents with disorders of sex development. *J Adolesc Health.* 2010;47:463–71.
39. Magritte E. Working together in placing the long term interests of the child at the heart of the DSD evaluation. *J Pediatr Urol.* 2012;8:571–5.
40. Kourime M, Bryce J, Jiang J, Nixon R, Rodie M, Ahmed SF. An assessment of the quality of the I-DSD and the I-CAH registries — international registries for rare conditions affecting sex development. *Orphanet J Rare Dis.* 2017;12:56.