

Doctor, ¿tiene cinco minutos?

SELECCIÓN A CARGO DE MIRIAM TONIETTI* Y BETTINA VIOLA**

La *Revista del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez* fue fundada durante el primer trimestre de 1897, por el Dr. Antonio Arraga y su equipo de colaboradores. Con posterioridad, han surgido la *Revista de Cirugía y Medicina del Hospital de Niños* (1910), los *Anales del Instituto de Pediatría del Hospital de Niños* (1933) y los *Anales del Hospital de Niños* (1937).

Nuestra revista, inicia una nueva etapa en Julio de 1959, “no para competir ni ser comparada con cualquiera de las ya existentes en nuestro medio, sino como una necesidad de tener su propia voz y un auténtico registro de su experiencia, a pesar de las dificultades actuales para editarla”, según se expresa en ese ejemplar. A partir de entonces, se ha publicado, el primer número inaugurando las siguientes secciones: Editorial, Trabajos presentados a los Ateneos centrales, Temas de Guardia, Estadística, Bibliografía, etc. Como desde sus inicios, la revista es de carácter tri-

mestral; en septiembre del mismo año, en su segundo número, se inicia la sección “Cinco preguntas sobre...” con el objetivo de brindar nuevos conocimientos y experiencias de cada uno de los servicios del hospital pero de una manera práctica, concreta y novedosa para esa época.

A través de la sección “Doctor, ¿tiene 5 minutos?” ponemos a su alcance de manera abreviada material bibliográfico nacional e internacional actualizado, con el objetivo de que éstos sean de utilidad en la práctica pediátrica cotidiana y estimule la actualización sobre un determinado tema.

En esta oportunidad, queremos acercarles dos ejemplos de aquella sección; al pie de cada una de ellas encontrarán un comentario de un referente actual del hospital sobre los temas seleccionados.

Esperamos que el lector los disfrute tanto como lo hicimos nosotros al descubrirlos.

* Servicio de Nutrición, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

** Hospital de Día Polivalente, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

CINCO PREGUNTAS SOBRE HOSPITALISMO

CONTESTA EL DOCTOR

FLORENCIO ESCARDO *

Pregunta N° 1. — ¿Qué se entiende por hospitalismo?

- ¿Se observan cuadros similares en niños que, aparentemente sanos, son alojados en asilos, orfanatos, etc.?
- ¿Cuál es el mínimo de internación necesario para que aparezcan signos de hospitalismo?
- ¿Qué factores condicionan principalmente su aparición?

Respuesta: La palabra hospitalismo fue acuñada por Spitz en 1945; designa el deterioro físico, psíquico y emocional que sufren los niños privados de los estímulos afectivos imprescindibles para su integridad vital. Con el progreso de los estudios, el hospitalismo fue considerado, como el asilismo, una de las formas del síndrome de abandono y un aspecto particular al institucionalismo.

También puede verse cuadros similares en el propio hogar, si se dan las condiciones para ello. El estímulo afectivo se considera tan necesario para la vida que su falta se ha asimilado a la de las vitaminas, denominándose la "carencia afectiva". En determinados niños bastan dos o tres semanas para que el cuadro se instale, pero el síndrome agudo se ve aparecer en el día mismo de la hospitalización. Ya está dicho que un solo factor lo determina: la falta del estímulo afectivo que en el niño es específico, vale decir producto de la simbiosis madre-hijo, por eso la mejor enfermera no puede ni evitar ni atenuar la enfermedad.

Pregunta N° 2. — ¿Cuáles son los síntomas y signos más comunes que orientan hacia ese diagnóstico?

- ¿Tiene el hospitalismo un cuadro psicóico-somático definido?
- ¿Varía la sintomatología con la edad?
- Puede observarse en el adulto. ¿Si es así por qué?

Respuesta: La respuesta me obligaría a escribir un largo artículo. Los síntomas y signos están descriptos a la perfección en el libro de Jeny Aubry "La carence des soins maternelles", editado por el Centro Internacional de la Infancia.

Puede observarse —y se observa— en el adulto, en el que las enfermedades físicas que determinan su internación se prolongan y complican. Un ejemplo monstruoso de hospitalismo son nuestros hospitales de alineados, donde las condiciones de promiscuidad, ocio y abandono conducen a la cronicidad a cualquier paciente que ingresa por un cuadro agudo. En menor grado se lo ve en cualquier sala de clínica o cirugía.

Pregunta N° 3. — ¿Qué medidas sugeriría para la profilaxis y solución de este problema?

- ¿Qué aconsejaría en los casos de niños que deberán estar internados durante largos períodos?
- ¿La colocación familiar podría ser un atenuante?

Respuesta: No hay —para el hospital— más que una sola medida: la internación

* Jefe de la Sala XVII. Profesor Titular de Pediatría.

con la madre. Para el asilo, la colocación familiar. Creo que no se puede hablar de atenuantes frente a un mal tan grande. Las palabras crimen social o vergüenza lo califican mucho mejor. Me he ocupado seriamente del tema en mi monografía "La sociedad frente al niño" (Eudeba, 1962).

Pregunta Nº 4. — ¿Qué dificultades provoca la permanencia de las madres en las salas y cómo solucionarlas?

Respuesta: Dificultades mínimas si el ambiente hospitalario está compenetrado del problema; las mismas o menores que encuentra el médico cuando asiste un niño a domicilio en medio de sus familiares. Las ventajas, en cambio, son infinitas.

Pregunta Nº 5. — ¿Deja secuelas el hospitalismo?

—¿Sus consecuencias son permanentes o reversibles?

—¿Cuál es su experiencia al respecto?

Respuesta: Las secuelas psico-sociales del problema de hospitalismo y del asilismo suelen ser irreversibles ya que no existe organización alguna que se dedique a la psicoterapia posterior del abandonado (que así se llama el niño afectado de hospitalismo o asilismo). Mi experiencia coincide con la experiencia universal (ver informe de J. Bowlby. "Afecto materno y salud mental", publicación de la O.M.S.).

Mucho más interesante que la trágica historia del institucionalismo es la de las resistencias del mundo médico a enfrentar sus trágicas conclusiones. Pero ese capítulo no está escrito todavía.

REFLEXIONES SOBRE HOSPITALISMO

El artículo rescatado por el Comité Editorial de la Revista del Hospital muestra una entrevista realizada al Dr. Florencio Escardo, hace 52 años, la que revela claramente su opinión sobre la importancia del vínculo madre-hijo así como su visión sobre el niño enfermo, entre otros aspectos.

En la misma hace referencia a las investigaciones realizadas por R. Spitz (1887-1974) quien pudo comparar dos grupos homogéneos de niños criados en condiciones diferentes: uno, de huérfanos, en una Casa Cuna considerada modelo y el otro en un Asilo anexo a una cárcel de mujeres y en peores condiciones ambientales. Los niños del primer grupo, aunque cuidados amorosamente por las enfermeras, mostraron una extraordinaria desventaja en su desarrollo psíquico respecto a los segundos, criados por sus propias madres.¹

Basado en estas investigaciones remarca lo que implica la "carencia afectiva" como causa de daño psico-físico-emocional cuando se altera o no existe el vínculo madre-hijo. Carencia afectiva, como señala, que puede presentarse por fuera de las instituciones y

aun en el hogar si se dan las condiciones desfavorables señaladas

Para las generaciones jóvenes que no lo conocieron, Florencio Escardo, nació en Mendoza el 13 de agosto de 1904 y murió en Buenos Aires, a los 88 años, el 31 de agosto de 1992. Nombrado Ciudadano Ilustre de la Ciudad de Buenos Aires. en 1990, más allá de su rol de médico pediatra fue entre otras actividades escritor, periodista y poeta. En nuestro Hospital se desempeñó como Director y Jefe de la Sala XVII donde pudo llevar a la práctica todas sus teorías.

En una época donde la omnipotencia y el paternalismo médico era moneda corriente el pensamiento de Escardo inició un camino que se proyecta hasta nuestros días. Es por eso que la brillantez de su pensamiento hay que analizarla, además, en el contexto y época donde fueron planteados.

En este escrito como en otros se refleja "cómo entendía la complejidad de la enfermedad, no como una entidad aislada sino siempre vinculada a la salud, tanto salud y enfermedad, interpretaba, como dos caras de una misma moneda que están intrínsecamente relacionadas, pero diferenciadas y en equilibrio inestable. No existen enfermedades

del cuerpo o de la psiquis, sino enfermedades de la persona, en su totalidad. Decía que: “El más sutil y temprano signo de enfermedad aparece sin excepción en la esfera psíquica; el diagnóstico orgánico más temprano es siempre tardío”.²

Como hace referencia en sus respuestas nunca se quedó sólo con los aspectos teóricos, planteando como una necesidad a estas carencias afectivas la internación conjunta madre-hijo. Acción en su momento cuestionada y resistida no precisamente por pocos colegas

Es por eso que se considera que “su pensamiento siempre tuvo vocación de concretarse en hechos y desde la cátedra y la práctica profesional se fueron cristalizando en avances que hoy vivimos como evidentes e insoslayables: la lucha contra el abandono y el hospitalismo y su dramática incidencia en la salud del niño, lo que llevó a hacer de la internación conjunta madre-hijo una condición de humanismo y eficacia ineludible”.³

Para concluir este breve comentario consideramos que por su trayectoria y su accionar, quien tuvo la capacidad de poder visualizar muchos años antes al niño como persona y sujeto de derecho ejerció la bioética aun sin saberlo.⁴

Dr. Miguel Del Valle
HNRG

BIBLIOGRAFIA

1. Gentile-Ramos Irma. Hospitalismo y asilismo en los conceptos de morquio. Arch. Pediatr. Urug. [Revista en la internet]. 2001 Sep [citado 2015 ago 08] ;72(3):180-184. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1688-12492001000300002&lng=es.
2. Hacia una pediatría humanista. Biografía de Florencio Escardó. A. Grieco. Disponible en http://www.Espiraldialectica.com.ar/espinal/pdf/grieco_cacia_una_pediatría.pdf
3. Un recuerdo para Florencio Escardó. Dr. Teodoro f. Puga. Arch.Argent.Pediatr 2002;100(4)/273.
4. La bioética y el hospital de niños. Antecedentes y actualidad de su comité de bioética. Miguel del Valle y Lorena Firenze Aldeghi. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2015;57(256):5-8/5

CINCO PREGUNTAS SOBRE ESTADOS INTERSEXUALES

CONTESTA EL DOCTOR

MARTIN CULLEN *

Pregunta N° 1 — ¿Cuáles son las causas que los provocan?

—En que momento del estado embrionario y debido a que mecanismo se producen estos estados?

Respuesta: Todas las células orgánicas tienen 46 cromosomas, de los cuales, 44 son autosomas y 2 son cromosomas sexuales; al dividirse, por mitosis, dan origen a otra célula con los mismos cromosomas; pero las células sexuales se dividen por meiosis y la célula nueva tiene sólo 23 cromosomas, 22 autosomas y un cromosoma sexual.

En la mujer los cromosomas sexuales son XX y la célula sexual producto de la meiosis tiene 22 autosomas y un X; en el varón, en cambio, los cromosomas sexuales son X e Y por lo que, al producirse la meiosis, las células tendrán sus 22 autosomas pero una será X y la otra Y.

En el momento de la concepción si el óvulo es fecundado por un espermatozoide con cromosoma X el nuevo ser tendrá su cariotipo 44 XX; si, en cambio, es fecundado por un espermatozoide con cromosoma Y el nuevo ser será XY. En este caso se tratará de un varón, en el primero de una mujer.

El sexo del embrión se *determina* en el momento de la concepción. Normalmente el ser, determinado según un "patrón", se *diferencia* como tal por acción genética y

por las influencias hormonales de la madre y del propio embrión.

Ese nuevo ser comienza su desarrollo y durante las primeras semanas es indiferenciado sexualmente, pues las células que constituirán su gonada definitiva aún no se han diferenciado. Recién entre la sexta y la octava semana por inhibición de un grupo de células y el estímulo de otras, queda definitivamente constituida la gonada. Simultáneamente comienza la diferenciación del gonaducto que, como las gonadas, tiene potencialidades bisexuales y son pasibles del estímulo hormonal que empieza a actuar en una época muy temprana. Una vez diferenciados la gonada y el gonaducto, comienza la etapa definitiva de la colocación de la gonada y la constitución definitiva de los órganos sexuales externos. Para ese entonces la gonada está definitivamente constituida y su acción hormonal es indispensable para que los órganos sexuales adquieran su configuración correcta.

Desde la determinación, por los cromosomas X o Y, y, pasando por todas las etapas de la diferenciación, pueden alterarse cualquiera de estos mecanismos y producirse los estados intersexuales.

Pregunta N° 2 — ¿Qué se entiende por estados intersexuales?

Si la *determinación* no se produce correctamente, es decir, si los cromosomas sexua-

* Jefe del Servicio de Endocrinología del Hospital de Niños.

les están en falta o en exceso y, si la *diferenciación* no sigue correctamente las etapas descritas, por que la influencia hormonal del embrión o de la madre, u hormonas exógenas alteran su desarrollo, se origina un ser que entra dentro de la categoría de los estados intersexuales.

—Cuál es la diferencia entre hermafroditismo y pseudo-hermafroditismo?

Se dice que un niño es hermafrodita cuando tiene un testículo y un ovario o bien ovotestes, es decir ambos tejidos testicular y ovárico, en una misma gonada.

Pseudohermafrodita es el ser que tiene gonadas pertenecientes a un sexo y órganos genitales externos semejantes a los del sexo opuesto. El Pseudohermafroditismo masculino tendría testículos y genitales externos ambiguos o femeninos. El femenino, en cambio, tiene ovarios y genitales externos masculinos o ambiguos.

Explico esto para contestar a la pregunta, pero no me parece correcto usar el término de hermafroditismo y pseudo-hermafroditismo ya que no representa la realidad y puede ser origen de confusiones, pero son de uso común; creo que cabe la explicación.

Pregunta Nº 3 — ¿Cuáles son los métodos de diagnóstico?

—Cuál es la exteriorización más frecuente?

Respuesta: Los órganos genitales externos ambiguos. El falo es pequeño y adherido, el escroto hendido semejante a los grandes labios y la presencia o no de gonadas uní o bilaterales generalmente pequeñas e inguinales. Es imposible establecer una descripción exacta ya que se trata de genitales ambiguos diferentes en todos los casos.

—Cómo puede orientarse el pediatra?

Fundamentalmente por la presencia o no de buenos cuerpos cavernosos. Sin buenos cuerpos cavernosos no se puede ser hombre. La inversa no es definitiva ya que puede

tener buenos cuerpos cavernosos y ser una mujer perfecta, tal es el caso de la hiperplasia corticosuprarrenal, pero insisto, se puede establecer el sexo femenino si el pediatra juzga en el primer examen que los cuerpos cavernosos son y serán deficientes. Se puede fabricar una vagina, pero no se pueden fabricar cuerpos cavernosos funcionantes.

—Cuáles son las investigaciones del endocrinólogo?

1º) La determinación de la cromatina sexual, es de una técnica muy sencilla y en pocos minutos se puede orientar hacia el sexo femenino si es positiva o viceversa.

2º) La determinación de los 17 cetoesteroides, que dicen de la eliminación exagerada de corticoides suprarrenales y que, en el caso de estar elevados orientan hacia la hiperplasia corticosuprarrenal, caso bastante común, favoreciendo el diagnóstico del sexo femenino. No es común que estén llamativamente elevados los primeros días.

3º) Las radiografías de los núcleos de osificación pueden, no siempre, demostrar la aceleración de la edad ósea.

4º) La uretrovaginografía que revelará la presencia o ausencia de ésta y su calibre.

Resumiendo: Ante la presencia de un niño recién nacido con genitales ambiguos debe palpase bien el falo, si éste es muy pequeño y sus cuerpos cavernosos son flácidos se debe orientar hacia el sexo femenino. Si el falo está bien desarrollado, palpar, con las manos enjabonadas, ambos conductos inguinales buscando las gonadas y determinar la cromatina sexual. Si no se palpan gonadas y la cromatina sexual es positiva-femenina, casi seguro se trata de una hiperplasia corticosuprarrenal y aunque el falo sea bueno se orientará hacia el sexo femenino. Si se palpan una o dos gonadas, la cromatina es negativa y el falo es bueno debe orientarse hacia el varón. Estos son los tres casos que podríamos llamar extremos y los más fáciles pero, desgraciadamente, no siempre se presentan así y las dudas subsisten aún para los más experimentados.

—Cuál es la conducta habitual del niño portador de un estado intersexual?

Si el diagnóstico fuera hecho en el momento del nacimiento y las revisiones médicas espaciadas y eficientes creo que, la infancia del niño sería relativamente normal. Pero infelizmente se plantean dudas al médico que, naturalmente, se extienden a la familia y las consultas se suceden y, como son casos raros, los médicos se interesan y cada consulta resulta una junta de varios médicos más o menos idóneos que comentan, generalmente frente al paciente, las posibilidades, ingratas por lo habitual, y el pobre niño pasa a ser un ente ambulatorio de los consultorios y, si no tiene un sistema nervioso firmemente constituido, tiene forzosamente que estar afectado, psicológicamente.

—Cuándo debe intervenir la exploración quirúrgica?

Si se conoce bien el problema no es indispensable la exploración quirúrgica para diagnosticar el sexo. Es necesaria para establecer las medidas terapéuticas correctoras y plásticas coadyuvantes.

Pregunta N° 4— Definido el sexo, ¿Cuál es la conducta a seguir?

—Aspectos legales, psíquicos y sociales que deben ser tenidos en cuenta?

Respuesta: Si, cosa que no ocurre frecuentemente, el sexo fuera diagnosticado y definido el primer día de vida estos aspectos no existirían, pero desgraciadamente las dudas se mantienen varios años y, cuando llega a la consulta del especializado, quien es el encargado de sentar un diagnóstico definitivo, el cambio de sexo acarrea una serie de inconvenientes, a veces imposibles de solucionar.

Hay que tener en cuenta que, además del sexo genético y gonadal existe el psicológico y el de crianza y un niño que hace tres o cinco años que se llama Adolfo, usa

pantalones y en su casa y su barrio es conocido como tal, tiene una serie de inconvenientes para cambiar su sexo y, naturalmente, su nombre. Por eso se recomienda, a no ser que se trate de casos excepcionales, no cambiar el sexo después de los dos años de vida. Estudiar a fondo la psicología del niño y, cosa más importante aún, la de los padres, ya que los problemas familiares y sociales que acarrea una determinación tan extrema, altera íntimamente la constitución del grupo familiar y, recién después de estar el médico íntimamente convencido que la modificación del sexo traerá beneficios, se debe resolver.

Los problemas legales son burocráticos ya que un certificado del médico presentado al juez basta para que siga su curso.

—Qué dificultades suelen presentarse después de un cambio de sexo?

Está contestado con lo dicho anteriormente.

—Has a qué punto están justificadas las intervenciones quirúrgicas para acentuar los caracteres del sexo diagnosticado?

Todos los casos de intersexo tienen un denominador común que son los órganos genitales ambiguos, por ende, no sólo están justificadas las intervenciones plásticas sino que son indispensables para corregir un falo insuficiente o, su eventual extirpación, la castración, el abocamiento de una vagina ocluida, el descenso de testículo, a extirpación de úteros que no cumplirán su misión, etcétera.

—Es necesario el tratamiento hormonal complementario?

Depende de los casos. Cuando se orienta hacia el sexo masculino y el falo es insuficiente debe estimularse con testosterona; en el caso contrario los estrógenos estimularán una glándula mamaria, etc. En el caso de la hiperplasia suprarrenal el tratamiento con cortisona normalizará la función e inhibirá el exceso de hormonas virilizantes.

Pregunta Nº 5 — ¿Cuál es la experiencia registrada en el Servicio de Endocrinología del Hospital de Niños?

Respuesta: En cantidad y variedad de pacientes nuestra experiencia es vastísima y, a medida que transcurren los años, naturalmente se acentúa y nos permite aconsejar al cuerpo médico que deben tratar de establecer un diagnóstico desde los primeros días de vida ya que las dudas y las in-

certidumbres acentúan no sólo el problema individual grave de por sí, sino que éste se extiende a la familia y al grupo social que la rodea.

Un tema tan complejo es difícil de resumir en tan poco espacio, por lo que me pongo a disposición de mis colegas para resolver las dudas que se les planteen a través del Servicio de Endocrinología del Hospital de Niños.

REFLEXIONES SOBRE ESTADOS INTERSEXUALES

El progreso tecnológico

En 1967, el Dr. Cullen contestaba cinco preguntas sobre los “estados intersexuales”. Desde entonces, ha habido avances sustanciales en la comprensión del proceso de desarrollo sexual en la vida intrauterina.¹ Así, por ejemplo, en 1990 se descubrió el gen del cromosoma Y —el factor SRY— responsable de la diferenciación testicular, evento central en la diferenciación sexual fetal. Con el progreso vertiginoso de la genética, se han logrado identificar decenas de otros genes cuyas mutaciones son responsables de diferentes “estados intersexuales”. El progreso tecnológico en los métodos de determinaciones hormonales y en los estudios por imágenes ha contribuido también a una mejor comprensión de la patología y a la obtención de diagnósticos cada vez más precisos.

¿Qué cambiaría en sus respuestas si el Dr. Cullen contestara hoy?

A pesar de que los progresos en la ciencia, y la medicina en particular, hayan sido tan importantes, las respuestas del Dr. Cullen a las preguntas sobre las causas de los “estados intersexuales” habrían sido hoy bastante parecidas a las que daba 50 años atrás. Ello indica la gran capacidad de interpretación de los procesos fundamentales de la diferenciación sexual fetal y su aplicación a la interpretación de la etiopatogenia subyacente a los

casos de niños que se presentan con genitales ambiguos.

El Servicio de Endocrinología contaba por aquel entonces con la reciente incorporación del Dr. César Bergadá, luego de un brillante período de formación con el Dr. Lawson Wilkins en el Hospital Johns Hopkins de Baltimore, en lo que fuera una de las cunas mundiales de la Endocrinología Pediátrica. Con el bagaje de conocimientos aportados, el servicio de Endocrinología se transformó en pionero en el tema de los “estados intersexuales” en América Latina. Sin embargo, en lugar de lanzarse a hacer hipótesis basadas en conocimientos aún endeble, en fase de prueba y error, el Dr. Cullen respondió las preguntas para la Revista del Hospital de Niños usando conocimientos sólidamente establecidos. Es por ello, que salvo por algunas precisiones genéticas y algunos estudios hormonales más modernos, la primera pregunta recibiría hoy una respuesta bastante similar, basada en los resultados de las pioneras observaciones de endocrinología fetal del francés Alfred Jost.²

Hoy, como entonces, sabemos que la presencia de los testículos es determinante para que los esbozos de los genitales externos e internos, hasta entonces indiferenciados en el embrión, se masculinicen. Esto es debido a que los testículos segregan dos hormonas: los andrógenos, que al actuar sobre el receptor de andrógenos, induce el desarrollo de los epidídimos, los conductos deferentes, las vesículas seminales, la próstata y de los

genitales externos masculinos, y la hormona antimülleriana (AMH), que al unirse a su receptor, provoca la regresión de los esbozos del útero y de las trompas de Falopio. En ausencia de las hormonas testiculares, no se desarrollan los genitales internos masculinos pero sí lo hacen el útero y las trompas, al tiempo que se feminizan los genitales externos. Los dosajes de andrógenos y AMH en sangre permiten hoy una orientación diagnóstica rápida. Los avances genéticos permiten llegar a un diagnóstico etiológico en la mitad de los casos.

Los cambios en la nomenclatura y en la conducta a seguir luego del diagnóstico

Paradójicamente por ser independiente del progreso tecnológico, es el área relacionada con los aspectos psico-sociales aquella donde ha habido más cambios en los últimos años. Por un lado, como reflejo de la percepción social respecto de la antigua nomenclatura –que ya por entonces no era del agrado del Dr Cullen– se precipitó en 2006 un cambio en la terminología.³ Los “estados intersexuales” pasaron a llamarse “Anomalías del desarrollo sexual” (DSD, por sus siglas en inglés), los “pseudohermafroditismos” masculinos y femeninos cambiaron respectivamente por “DSD 46,XY” y “DSD 46,XX”, en tanto que el “hermafroditismo” fue renombrado “DSD ovotesticular”; finalmente, los casos caracterizados por mosaicismos cromosómicos, como el 45,X/46,XY descrito por primera vez por el Dr. Bergadá en su estadía en Baltimore,⁴ ahora se conocen como “DSD cromosómicas”. La agitación es tal en la esfera social, que estas denominaciones recientes no son unánimemente aceptadas.

Asimismo, ha cambiado la conducta a seguir para asignar el sexo. Las decisiones médicas necesitan hoy de planteles interdisciplinarios en los que participan pediatras de varias subespecialidades –neonatólogo, endocrinólogo, urólogo, cirujano, genetista– además de especialistas del equipo de salud mental. Todos ellos toman decisiones consensuadas con la familia del recién nacido,

y con el paciente mismo en los raros casos en que en la actualidad llegan a la consulta a edades avanzadas. Hoy, al tiempo que se habla más abiertamente con el paciente y su familia, se presta especial atención en evitar o minimizar los procedimientos y actitudes que pueden afectarlos psicológicamente. La asignación sexual no se centra en las características anatómicas de los genitales externos. Las posibilidades de tratamiento médico y quirúrgico se han multiplicado no solamente en lo referido a los aspectos anátomo-funcionales de los genitales, sino también en cuanto a la potencial capacidad fértil o de gestación. Asimismo se consideran fundamentalmente los deseos de la familia y la diversidad de potenciales deseos del paciente. Los procedimientos quirúrgicos son hoy más conservadores que los utilizados usualmente en aquella época. Las conductas están en permanente evolución, siguiendo el paso de los cambios conceptuales de la sociedad.

Dr. Rodolfo Rey

Director, Centro de Investigaciones Endocrinológicas “Dr. César Bergadá” (CEDIE), CONICET-FEI-División de Endocrinología, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez.

1. Rey RA, Josso N 2013 Sexual Differentiation. In: De Groot LJ ed. Endotext. S. Datmouth, MA, USA: MDText.com, Inc.; Updated 8 Feb 2013-Available from: <http://www.endotext.org/pediatrics/pediatrics7/pediatricsframe7.htm>.
2. Jost A 1953 Problems of fetal endocrinology: the gonadal and hypophyseal hormones. *Recent Prog. Horm. Res.* 8:379-418.
3. Lee PA, Houk CP, Ahmed SF, Hughes IA, in collaboration with the participants in the International Consensus Conference on Intersex organized by the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Paediatric Endocrinology 2006 Consensus Statement on Management of Intersex Disorders. *Pediatrics* 118:e488-e500.
4. Bergadá C, Cleveland WW, Jones HW, Jr., Wilkins L 1962 Gonadal histology in patients with male pseudohermaphroditism and atypical gonadal dysgenesis: relation to theories of sex differentiation. *Acta Endocrinol. (Copenh.)* 40:493-520.