



MANEJO EN CONSULTA DE GINECOLOGÍA DEL PACIENTE TRANSGÉNERO

Lucía Iglesias Linares

22/11/2023

1. DEFINICIONES [1,2]

- Sexo biológico: conjunto de características biológicas (genitales, cromosomas, hormonas, etc.) que al nacer determinan lo que es un macho o una hembra en la especie humana.
- Identidad de género: forma en que cada persona siente su género, puede corresponder o no con el sexo asignado al nacer.
- Identidad de género no binaria: La identidad de género no tiene por que ser exclusivamente masculina o femenina. Existe la identidad de género no binaria que puede ser una combinación de las dos o algo completamente diferente o fluido.
- Personas transgénero: término que se utiliza para denominar a aquellos individuos, a diferencia de la persona cisgénero, cuyo sexo biológico no se corresponde a su identidad de género.
- Disforia de género: disconfort que sufren aquellas personas cuando su identidad de género no es completamente congruente con el sexo que ha sido asignado al nacimiento.

2. DESPATOLOGIZACIÓN DE LAS PERSONAS TRANSGÉNERO

A lo largo de la última década se ha visto un cambio en el concepto de la transexualidad dirigido hacia una despatologización trans, desde su clasificación como trastorno mental hacia el reconocimiento de la identidad de género como un derecho humano.

En la primera mitad del siglo XX, Harry Benjamin y Magnus Hirschfeld fueron los pioneros en dar una respuesta médica a aquellas personas transgénero, iniciando los primeros tratamientos hormonales y cirugía genital. [3]

En 1975 se introdujo en la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª edición (CIE-9) y en 1980 en el manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 3ª edición (DSM-III) a la transexualidad como trastorno mental.

La CIE-10 aprobada en 1990 incluye a las personas transgénero en el capítulo de “Trastornos Mentales y de Comportamiento”.

Durante las décadas transcurridas, el movimiento de la despatologización trans ha reivindicado el derecho a la salud y autonomía no patologizantes de las personas trans y reconocimiento de la diversidad de identidades de género y la necesidad de atención a la salud.

No ha sido hasta 2018 en la CIE -11, que ha entrado en vigor en 2022 donde se incluye el término “ Incongruencia de género” dentro del capítulo de “Condiciones relativas a la salud sexual” despatologizando dicha condición.

Entendiendo que la transexualidad no es un trastorno, es preciso comprender que las personas transgénero están sometidas y expuestas a la discriminación por lo que la despatologización no implica una desvinculación o abolición de la participación de los profesionales de la salud mental, sino una atención dirigida al acompañamiento y apoyo. [4]

3. EPIDEMIOLOGÍA

Los informes actuales indican que el 0,3-0,6% de la población adulta es transgénero.

Las cifras varían según la definición empleada de persona transgénero pero globalmente se considera que existen aproximadamente 25 millones de personas transgénero en el mundo. [1]

La prevalencia se encuentra claramente en aumento dado el incremento en la aceptación y conciencia respecto al tema.

4. ASPECTOS IMPORTANTES EN CONSULTA DE GINECOLOGÍA

En esta clase nos centraremos especialmente en los aspectos a tener en cuenta en la consulta de ginecología de los hombres transgénero (persona biológicamente mujer que transiciona a hombre).

a) ASPECTOS GENERALES

Para conseguir una buena relación médico paciente en la consulta con una persona transgénero es preciso presentar empatía y respeto por su proceso, utilizar un lenguaje neutro e inclusivo, tener en cuenta y utilizar el nombre sentido por el paciente, no presuponer orientación o comportamiento sexual, respetar la libertad y autonomía del paciente y tener en cuenta que, en concreto, la exploración física ginecológica y la exposición de los genitales pueden resultar procesos traumáticos y generar un importante sentimiento de disforia.

b) TRATAMIENTOS HORMONALES

En el caso de los hombres transgénero el objetivo es conseguir la virilización física, mediante testosterona exógena, una hormona sexual androgénica que en los hombres cis es producida a nivel testicular.

La terapia hormonal con testosterona provoca una serie de cambios físicos, algunos reversibles y otros parcialmente reversibles o irreversibles. Por ello, es preciso informar de ello al paciente antes de ser iniciada

| CAMBIOS FÍSICOS | REVERSIBILIDAD |
|---|-------------------------|
| Supresión de la menstruación | Reversible |
| Supresión del desarrollo mamario | Reversible |
| Aumento de masa muscular magra | Reversible |
| Desarrollo de vello facial | Parcialmente reversible |
| Crecimiento del clítoris | Irreversible |
| Masculinización de la voz | Irreversible |

Tabla 1. Efectos físicos del tratamiento con testosterona y reversibilidad

Existen diversas vías de administración de la terapia hormonal con testosterona, principalmente parenteral, transdérmica y vía oral.

Por vía parenteral (intramuscular o subcutánea) se utilizan ésteres de testosterona: testosterona enantato o cipionato (en dosis de 50-100 mg de manera semanal o 100-200 mg im cada 2 semanas) o undecanoato de testosterona que se administra en dosis de 1000 mg cada 12 semanas.

Vía transdérmica se utiliza gel de testosterona al 1%, en dosis de 2,5-10g al día o parches de 2,5-7,5mg al día. La utilización de esta vía presenta una menor variación de los niveles séricos de testosterona en comparación con la vía inyectable, aunque el proceso de virilización es inicialmente mas lento.

La vía oral con Undecanoato de testosterona a dosis de 160-240 mg al día es la menos utilizada por presentar una vida media corta, grandes variaciones séricas, y requiere múltiples dosis diarias.

Es importante informar de que los efectos del tratamiento con testosterona no son inmediatos, presentan un tiempo de latencia de aproximadamente un mes, siendo los cambios cutáneos (aumento de grasa facial y acné) lo primeros en aparecer. Posteriormente, aproximadamente entre los 2-6 meses se suele suprimir la menstruación, aumentar la libido, aumentar de musculatura y redistribución grasa hacia un patrón masculino.

La supresión de la menstruación suele ser mas rápida si se administra testosterona vía intramuscular. No obstante, si a pesar del tratamiento hormonal con testosterona el paciente mantiene un sangrado uterino, existen terapias médicas o quirúrgicas para solventarlo.

El tratamiento médico consiste en progesterona oral (medoxiprogesterona o desogestrel) durante 3-4 meses o agonistas de la GnRh. El tratamiento quirúrgico se basa en la ablación endometrial o la histerectomía como opción mas radical.

c) CAMBIOS MAMARIOS Y SCREENING CÁNCER DE MAMA

El tratamiento hormonal de reasignación, en este caso masculinizante, con testosterona provoca en la mama una reducción del tejido glandular y un aumento del tejido fibroso conectivo.

Los estudios actuales no han demostrado un aumento en la incidencia de patología mamaria maligna en pacientes en tratamiento hormonal con testosterona. Por ello, en aquellos pacientes con mamas intactas (sin mastectomía bilateral) siguen el mismo protocolo de screening que las pacientes de género femenino. [1]

d) SCREENING CÁNCER DE CÉRVIX

El seguimiento de los pacientes con cérvix intacto presenta el mismo protocolo de cribado de cáncer de cérvix que la población general.

El uso de testosterona no se ha visto relacionado con un aumento o disminución del cáncer cervical. Un estudio en el que se analizaron a 233 hombres transgénero identificó una relación entre los resultados citológicos inadecuados

y el tiempo de uso de testosterona. A su vez, el uso de testosterona puede provocar cambios cervicales que puedan asemejar una displasia cervical, es preciso informar al profesional del estado hormonal del paciente. [6]

El examen vaginal que conlleva realizar la citología puede resultar traumático para los pacientes transgénero. Existen estudios que consideran que el riesgo de infección por el virus del papiloma humano en este grupo de pacientes es inferior a la población general, sin embargo, es preciso mantener una conversación con el paciente para informarle de los riesgos que conlleva el posponer la prueba. [7]

e) SCREENING ETS

Es importante en estos pacientes realizar una buena historia clínica, preguntando sobre los comportamientos sexuales y número de parejas sexuales para valorar la necesidad de un screening de ETS.

En la mayoría de las ocasiones es preciso la toma de una muestra vaginal o endocervical con un bastoncillo. No obstante, una prueba alternativa, aunque con una detección de un 10% menos de infecciones, es la muestra de la primera orina de la mañana; se reservaría a pacientes que rechazan la toma de muestra vaginal o que ello les suponga un verdadero estrés psicológico.

Para evitar el riesgo de rotura del método de barrera (y consecuentemente con un aumento del riesgo de contraer una ETS), en mujeres transgénero con neovagina y en los hombres transgénero que utilizan testosterona (quienes pueden presentar atrofia y sequedad vaginal por el descenso de los niveles de estrógeno) es preciso informarles de la necesidad de utilización de lubricantes a base de agua. [1]

f) CAMBIOS OVÁRICOS

El uso de altas dosis de testosterona provoca cambios en el ovario que son visibles a partir de los 6 meses de tratamiento.

Se trata de cambios tanto macroscópicos como microscópicos que pueden imitar algunas, pero no todas, de las características de los ovarios poliquísticos.

Presentan una corteza ovárica mas gruesa e hiperplásica, sin embargo, el numero de folículos antrales es similar a las pacientes sin tratamiento con testosterona, contrario a los hallazgos característicos del ovario poliquístico.

g) OSTEOPOROSIS [1]

No existen estudios a largo plazo que evalúen el riesgo de osteoporosis en la población transgénero.

En aquellos pacientes en terapia con testosterona (sin gonadectomía) se ha visto un incremento de la masa ósea tras un año de tratamiento.

En aquellos sometidos a gonadectomía, la pérdida de masa ósea es mayor sobre todo si tienen otros factores de riesgo.

A pesar de no disponer de guías clínicas establecidas para la detección de osteoporosis en estos pacientes, de forma general consideramos que han de ser evaluados los siguientes grupos de pacientes:

- Aquellos pacientes transgénero con gonadectomía y una historia de al menos 5 años sin tratamiento hormonal sustitutivo, independientemente de la edad.
- Entre los 50-64 años, aquellos pacientes con factores de riesgo para sufrir osteoporosis, incluidos aquellos pacientes con supresión androgénica o con evidencia de un estado prolongado de hipogonadismo.
- Todos los pacientes a partir de los 65 años.

Utilizaremos para el estudio de la osteoporosis la densitometría (DXA). Los valores de densidad ósea en mujeres transgénero se equiparan con los estándares femeninos y los de los hombres transgénero a los masculinos.

Para la prevención de osteoporosis en pacientes sometidos a una gonadectomía es preciso continuar con la terapia hormonal con estrógenos o testosterona para reducir el riesgo. Si la terapia hormonal está contraindicada es preciso aconsejar ejercicio físico diario con pesas, una ingesta de calcio de 1000-1200 mg/día y de vitamina D de 800- 2000 UI/día, que son los niveles indicados para las mujeres postmenopáusicas.

En los hombres transgénero presentan un 10-20% menos de densidad ósea que los hombres no trans antes de cualquier intervención hormonal o quirúrgica. Los estudios actuales afirman que el uso de testosterona de forma ininterrumpida aumenta la densidad ósea, no obstante, la realización de una ooforectomía produce un descenso de esta a pesar de la suplementación, sobre todo si el uso de testosterona se interrumpe o si la dosis es inadecuada para suprimir a la LH.

5. ANTICONCEPCIÓN EN HOMBRES TRANSGÉNERO

Muchos hombres transgénero pueden pensar de forma errónea que el uso de tratamiento hormonal con testosterona es un método adecuado contraceptivo, lo que puede llevar a la no utilización de métodos anticonceptivos.

El uso de testosterona no es un método anticonceptivo per se dado que suprime de forma incompleta el eje hipotálamo hipofisario gonadal y existe evidencia de embarazos durante la toma de esta y tras ella durante tiempo prolongado (de hasta 10 años).

Existen numerosos métodos anticonceptivos disponibles, que pueden ser usados exclusivamente para la prevención de la gestación, para la supresión de la menstruación u otras patologías ginecológicas si procede.

Actualmente no existen estudios sobre el efecto de la testosterona sobre la eficacia y perfil de seguridad de los anticonceptivos hormonales (anticonceptivos combinados o gestágenos), no hormonales y de barrera (preservativos, DIU de cobre, diafragmas, esponjas...).

Por ello, es importante aconsejar y recomendar el uso de anticoncepción en aquellas personas con útero, ovarios y trompas que tengan relaciones con personas con pene y testículos, y viceversa, independientemente de que utilicen tratamientos hormonales de reasignación. [8]

Existe un estudio estadounidense en el que se analizaron las prácticas anticonceptivas de 197 hombres transgénero durante y después de la transición. De las 60 gestaciones recogidas, 10 de ellas (17%) ocurrieron tras el cese de testosterona y 1 de ellas (1,6%) durante la toma de testosterona de forma irregular. Se observó que aquellos participantes que no habían tomado

tratamiento hormonal con testosterona tenían 3 veces más posibilidades de gestación que aquellos que sí habían estado en tratamiento (36% vs 13,8%).

La mayoría de los encuestados afirmó la utilización de métodos anticonceptivos (60,1%), principalmente preservativo (49,2%) y anticonceptivos orales (33,9%). 30 de los participantes (16,4%) consideraban el tratamiento con testosterona un método adecuado de contracepción y 10 de ellos (5,5%) han referido que dicha información fue aportada por el profesional sanitario. [9]

6. CIRUGÍA DE REASIGNACIÓN DE SEXO EN EL HOMBRE TRANSGÉNERO

La cirugía de reasignación de sexo consiste en un conjunto de procedimientos orientados a la adecuación del cuerpo de la persona a su identidad de género.

No todas las personas transgénero desean someterse a la cirugía de reasignación. No obstante, los hombres transgénero representan el grupo mayoritario de las personas transgénero que desean someterse a esta cirugía.

Existen varios tipos de procedimientos quirúrgicos y es preciso un equipo multidisciplinar.

De manera general existen dos tipos de abordaje en las cirugías genitales de reasignación para hombres transgénero:

- La metoidioplastia: procedimiento en el que se libera y remodela el clítoris.
- La faloplastia: creación de un pene a partir de un lugar donante.

Se considera que las complicaciones quirúrgicas suelen ser mayores en cirugías para hombres transgénero que para las mujeres. La metoidioplastia presenta una tasa de complicaciones del 10-37% y la faloplastia de hasta el 40%, siendo en ambas complicaciones principalmente urológicas (fístulas y estenosis uretrales).

El elegir una técnica u otra es algo que hay que decidir en conjunto con el paciente y tener en cuenta aspectos como la capacidad de tener o no relaciones

con penetración, la micción de pie, el aspecto físico, la posibilidad de una disforia no resuelta y las posibles complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas.

En el mismo acto quirúrgico o con anterioridad se pueden realizar procedimientos asociados para extirpar los órganos reproductivos femeninos (histerectomía, vaginectomía y salpingooforectomía). La técnica quirúrgica no difiere a las mujeres cisgénero.

La ooforectomía no es un requisito indispensable para los pacientes que se someten a cirugía genital pero la histerectomía sí es necesaria si se va a realizar una vaginectomía y colpocleisis. [10]

Es recomendable no demorar la doble anexectomía mas de 3-5 años desde el inicio del tratamiento hormonal, dado el riesgo de aumento de neoplasias ováricas. [11]

CIRUGÍA MAMARIA: MASTECTOMÍA BILATERAL SUBCUTÁNEA [11]

La cirugía mamaria de reasignación ha demostrado ser una técnica segura y efectiva.

La eficacia de la cirugía mamaria se ha demostrado en diferentes aspectos: una mejoría de la calidad de vida, descenso de la disforia de género, aumento de la satisfacción corporal y apariencia.

Las tasas de arrepentimiento de la cirugía son bajas (0 - 4%).

En la consulta ginecológica es preciso valorar aspectos como el volumen, exceso y elasticidad de la piel y ptosis mamaria para valorar el abordaje quirúrgico mas adecuado.

CRITERIOS QUIRÚRGICOS [11]

- Personas mayores de edad que desean reasignación de sexo y hayan realizado tratamiento hormonal.
- La cirugía se iniciará a partir de 12 meses de tratamiento hormonal continuado si no presenta contraindicación para el mismo.

- Si existe un trastorno psiquiátrico grave o se encuentra en un momento de inestabilidad que interfiera en su capacidad de decisión, será preciso posponer la cirugía hasta la resolución de dicha situación.

CONTRAINDICACIONES QUIRÚRGICAS [11]

- IMC mayor de 32.
- Edad mayor de 65 años.
- Ausencia de seguimiento por el equipo superior a 1 año.

SEGUIMIENTO POSTQUIRÚRGICO [11]

Las personas intervenidas de gonadectomía precisarán tratamiento hormonal sustitutivo de por vida para prevenir los efectos adversos de la insuficiencia hormonal crónica.

Se ofrecerá acompañamiento psicoemocional si la adaptación psicosexual y social provoca inseguridades o conflictos en la persona transexual durante la fase de espera quirúrgica o tras las cirugías.

Se recomienda durante el seguimiento la promoción de estilos de vida saludable, ya que con el empleo prolongado de esteroides sexuales se han descrito frecuentes eventos cardiovasculares y neoplasias de origen genital.

7. PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD

Es importante en la consulta ginecológica que el profesional informe al paciente acerca del efecto que tiene el tratamiento hormonal y quirúrgico de reasignación sobre su fertilidad, de las opciones de preservación de fertilidad y del apoyo emocional ante la infertilidad. [8]

El tratamiento hormonal de reasignación utiliza terapia de reemplazo hormonal para conseguir unos niveles hormonales adecuados y concordantes con el género deseado. Tanto el tratamiento hormonal como quirúrgico pueden afectar en ocasiones de forma irreversible a la fertilidad de estas personas, que generalmente se encuentran en etapa reproductiva. Por ello, es muy importante

ofrecer información, previo a dichos tratamientos sobre la preservación de la fertilidad.

El asesoramiento a estos pacientes en relación a la fertilidad es algo con lo que el profesional no suele estar familiarizado y es muy importante abordarlo. Estudios recientes muestra que alrededor de un 47% de las personas transgénero tienen deseos de tener hijos (48% de los hombres transgénero y un 44% de las mujeres transgénero). Un 24% presentaba preferencia por tener hijos biológicos. El 59% de los encuestados creía que siempre se debería ofrecer la posibilidad de preservación de gametos y el 19% no había reflexionado previamente sobre el tema. A los procedimientos criopreservación se sometería el 58% de mujeres transgénero y el 24% de hombres transgénero, un 48% rechazaría estos procedimientos.

La mayoría de las personas trans consideran necesario e importante ofrecer la posibilidad y la información necesaria al respecto previo a iniciar ningún tratamiento. Un porcentaje elevado refirió desconocer los procedimientos disponibles para dicho fin. [11,12, 13]

Los agonistas de la GnRh pueden ser utilizados para bloquear la pubertad en estas personas hasta que los adolescentes se encuentran preparados para iniciar tratamiento hormonal para la masculinización. Presentan un impacto reversible en la maduración de los gametos. Cuando cesa dicho tratamiento, es esperable que la maduración de los ovocitos continúe.

Existen pocos estudios que analicen el efecto del tratamiento con testosterona en la función reproductiva de los hombres transgénero. Se ha demostrado que, tras el cese del tratamiento hormonal con testosterona, la función ovárica y la maduración ovocitaria se produce, además, como ha sido comentado, hay constancia de gestaciones tras esta.

Existe un estudio retrospectivo sobre criopreservación ovocitaria, en el que no se han visto diferencias entre el reclutamiento de ovocitos maduros entre hombres transgénero y mujeres cisgénero de la misma edad. [8]

No obstante, los estudios existentes hasta la actualidad muestran un aumento en la incidencia de SOP y una disminución del volumen ovárico con tratamientos de testosterona prolongados. [3]

En los hombres transgénero, la criopreservación engloba procedimientos invasivos como la estimulación ovárica con inyecciones diarias de gonadotropinas, exploraciones físicas que incluyen ecografía transvaginal, cese del tratamiento con testosterona y la vuelta de las menstruaciones. Por ello es un proceso que puede provocar rechazo para estos pacientes y es preciso informarles de ello.

Se encuentra en estudio la criopreservación de tejido ovárico, lo cual podría solventar estos problemas. Consiste en obtener y criopreservar, durante la cirugía de reasignación de género, tejido ovárico para su posible uso futuro. [11]

8. GESTACIÓN EN HOMBRES TRANSGÉNERO

Existe evidencia de que los hombres transgénero presentan importantes obstáculos durante la gestación y proceso de parto incluso en la actualidad. La decisión de iniciar una gestación puede ser compleja dada la fuerte asociación tradicional entre embarazo y mujer cisgénero.

Por ello, estas personas sufren un gran sentimiento de invisibilización, aislamiento y soledad durante estos procesos. Es preciso aportar apoyo psicosocial durante la gestación y una mayor investigación en las necesidades de esta población para optimizar la atención sanitaria que reciben. [14,15]

Es importante dialogar con el paciente transgénero gestante a cerca de las expectativas que presenta respecto al embarazo, el parto y el postparto y respetar en la medida de lo posible las preferencias y deseos expuestos.

Es necesario informar que el tratamiento hormonal con testosterona resulta teratogénico durante la gestación, pudiendo provocar alteraciones en el

desarrollo urogenital en fetos de sexo femenino. Por ello, se desaconseja su uso durante el proceso de búsqueda y durante el embarazo.

Actualmente se desconoce si existen o no un mayor número de complicaciones obstétricas en hombres transgénero respecto a mujeres cisgénero (p. ej. riesgo de diabetes gestacional, preeclampsia...).

En relación a la vía del parto, el parto vaginal es posible en estos pacientes, aunque hay que tener presente que puede resultar un episodio traumático para el. [15]

BIBLIOGRAFÍA

1. Felman J, Deutsch M. Primary care of transgender individuals. [Sede web]. 2021. Disponible en: www.uptodate.com.
2. Gómez Sánchez D. Transexualidad y salud. En: 35 Edición Nacional de Formación SEGO. Málaga; 2019.
3. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline [published correction appears in J Clin Endocrinol Metab. 2021 Jun 16;106(7):2852. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94(9):3132-3154.
4. Suess Schwend A. La perspectiva de despatologización trans: ¿una aportación para enfoques de salud pública y prácticas clínicas en salud mental? Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit.* 2020;34 Suppl 1:54-60.
5. Pirtea P, Ayoubi JM, Desmedt S, T'Sjoen G. Ovarian, breast, and metabolic changes induced by androgen treatment in transgender men. *Fertil Steril.* 2021;116(4):936-942.

6. Miller N, Bédard Y, Cooter N, Shaul D. Histological changes in the genital tract in transsexual women following androgen therapy. *Histopathology*. 1986;10(7):661-669.
7. Valanis B, Bowen D, Bassford T, Whitlock E, Charney P, Carter R. Sexual orientation and health: comparisons in the women's health initiative sample. *Arch Fam Med*. 2000;9(9):843-853.
8. Coleman E, Radix A, Bouman W, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health*. 2022;23(Suppl 1): 1-259.
9. Light A, Wang L, Zeymo A, Gomez-Lobo V. Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception*. 2018;98(4):266-269.
10. Patel DP, Goodwin IA, Acar O, Kocjancic E, Hotaling JM. Masculinizing gender-affirming surgery for trans men and non-binary individuals: what you should know. *Fertil Steril*. 2021;116(4):924-930.
11. Torres Vela E, Asensi Díez R, Collado Alcázar J, Mangas Cruz M, Martínez Maestre MA, Moreno Moreno P, et al. Atención Sanitaria a Personas Transexuales Adultas. Proceso Asistencial Integrado de la Junta de Andalucía. 2016: 1- 64.
12. Choi J, Kim T. Fertility Preservation and Reproductive Potential in Transgender and Gender Fluid Population. *Biomedicines*. 2022; 10(9):2279.
13. Jallowiecka I, Gómez Blaguer M, Cañete San Pastor P, Hurtado Murillo F, Martínez Fernández G, Fernández Collazo P, et al. Deseo reproductivo y de preservación de gametos en personas transgénero, encuesta sobre el interés real en una cohorte de un hospital terciario español. *SEGO*. 2023; 6 (1): 8-13.

14. Besse M, Lampe NM, Mann ES. Experiences with Achieving Pregnancy and Giving Birth Among Transgender Men: A Narrative Literature Review. *Yale J Biol Med.* 2020 Sep 30;93(4):517-528.

15. Thornton KGS, Mattatall F. Pregnancy in transgender men. *CMAJ.* 2021;193(33):1303.