

HIPOGONADISMO DE INICIO TARDÍO EN EL HOMBRE

LATE-ONSET HYPOGONADISM IN MEN

DR. RAÚL VALDEVENITO S. (1), DR. DORÓN VANTMAN L. (2)

1. Jefe de Servicio Urología Hospital Clínico Universidad de Chile, Departamento de Urología. Clínica Las Condes.
2. Residente Urología Hospital Clínico Universidad de Chile - Complejo Hospitalario Hospital San José.

Email: rvaldevenito@clinicalascondes.cl

RESUMEN

El hipogonadismo de inicio tardío en el hombre puede ser definido como un síndrome clínico y de laboratorio asociado al envejecimiento del individuo, caracterizado por la presencia concomitante de síntomas y una disminución de los niveles séricos de testosterona (bajo los niveles séricos normales del adulto joven sano). La deficiencia de andrógenos se expresa por sintomatología variada y poco específica, destacando las manifestaciones de la esfera sexual. En estos pacientes se debe solicitar los niveles séricos de testosterona total. No se recomienda el tamizaje de hipogonadismo en población general. Los riesgos y beneficios de la terapia con testosterona deben ser discutidos con el paciente. La ausencia de respuesta sintomática en 3-6 meses debe hacer suspender la suplementación y buscar otras patologías que expliquen el cuadro clínico. El adecuado diagnóstico y tratamiento de estos pacientes se traduce en una significativa mejoría de la calidad de vida, de la función sexual y sus parámetros metabólicos.

Palabras claves: Hipogonadismo, testosterona, niveles serológicos testosterona total.

SUMMARY

Late-Onset Hypogonadism (LOH) is a clinical and biological syndrome associated with advancing age and characterized by symptoms and a deficiency in serum testosterone levels (below the young healthy adult male reference range). The androgen deficiency is expressed by a variety of non-specific symptoms, particularly in terms of sexual activity.

This patients require the measurement of total testosterone serum levels. It is not recommended to screen the general population for hypogonadism. The benefits and risks of testosterone replacement must be discussed with the patient. If no improvement is seen in 3-6 month, the treatment should be suspended and alternative causes should be investigated. The correct diagnosis and treatment of patients with LOH results in a enhanced sexual function, improved metabolic parameters, and a better quality of life.

Key words: Hypogonadism, testosterone, total testosterone serum levels.

INTRODUCCIÓN

En 1889, el fisiólogo Francés Charles-Edouard Brown-Séquard, se inyectó extractos de testículo de perro y al hacerlo, probablemente se convirtió en el primer ser humano en beneficiarse de la terapia hormonal de reemplazo (1). Escribió en el Lancet; "El día posterior a la primera inyección subcutánea... un cambio radical ocurrió en mí"(2), e ilustró cómo sus capacidades tanto físicas como mentales mejoraron. Señalando inclusive que experimentó "una gran mejoría con respecto a la eliminación de deposiciones más que ninguna otra función"(2).

En la actualidad, es sabido que la cantidad de testosterona que Brown-Séquard se inyectó, resultó ser cuatro veces menor a la magnitud necesaria para tener una acción biológica (3). Por lo que es probable que los cambios ocurridos hayan sido efecto placebo.

Sin embargo a partir de ese entonces, comenzó a adquirir más in

terés el estudio de las hormonas masculinas y su función en la vida diaria. Finalmente se identificaron las hormonas masculinas: los andrógenos.

Fisiología de los andrógenos

Los andrógenos son producidos por los testículos y las glándulas suprarrenales y juegan un rol esencial en la función sexual y reproductiva masculina. Además son esenciales para el desarrollo normal del aparato reproductor masculino, como el epidídimo, conducto deferente, vesículas seminales, próstata y pene (4). Los andrógenos son necesarios tanto para la pubertad como para la fertilidad y es sabido su requerimiento en la formación muscular, mineralización ósea, metabolismo de triglicéridos y funciones cognitivas (5).

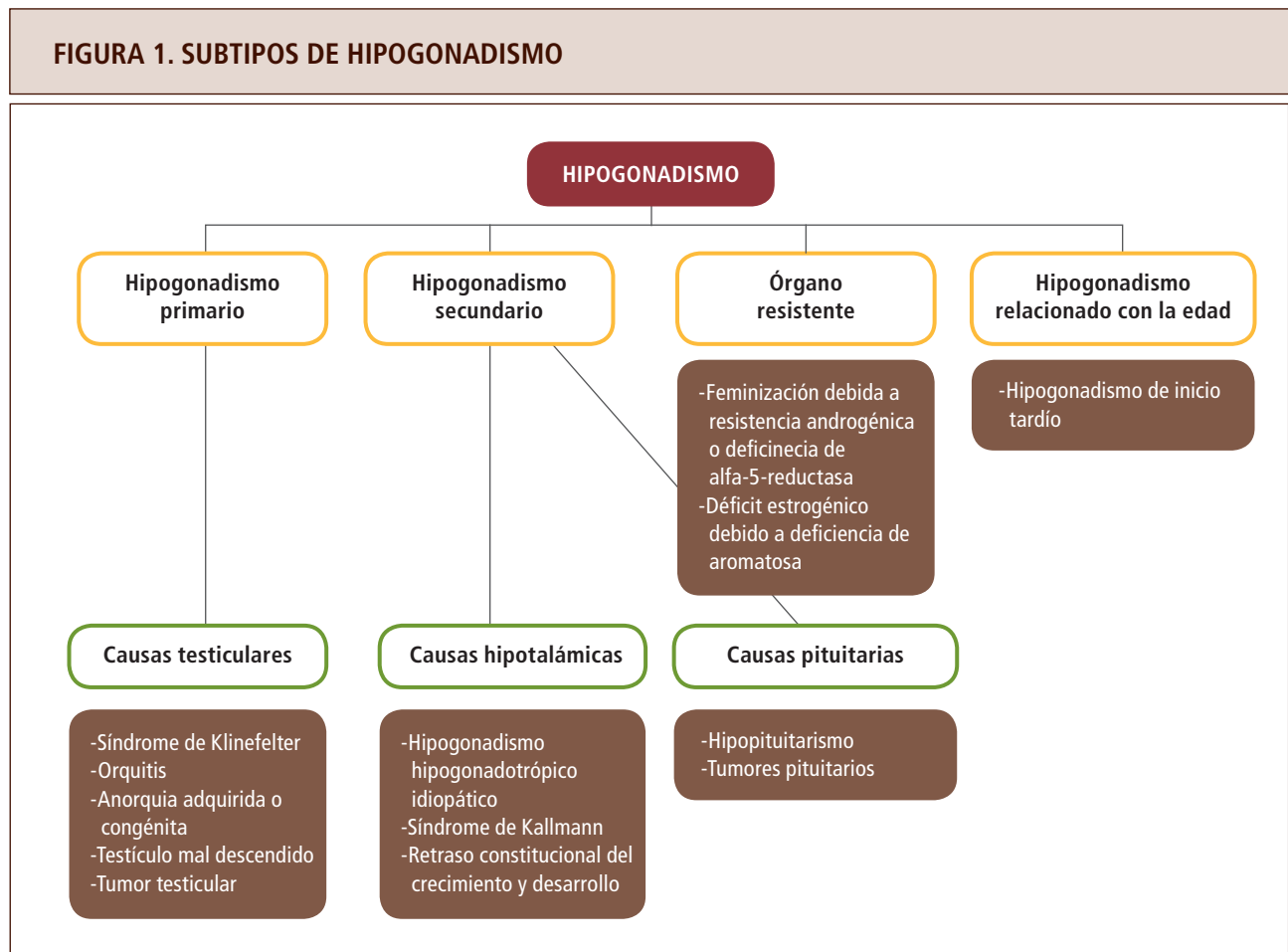
En la próstata, pene y escroto, la testosterona (T) es convertida a un metabolito más potente, la Dihidrotestosterona (DHT) a través de la enzima 5 alfa reductasa y ambas estimulan al receptor de andrógenos (RA) (6). Además la Testosterona puede ser metabolizada en estradiol, a través de la enzima Aromatasa, que se encuentra en el tejido graso, próstata y hueso.

La mayor proporción de testosterona sérica se encuentra unida a SHBG y Albúmina, la testosterona en forma libre representa entre el 0,5-3% de la testosterona total (7).

La producción de testosterona es controlada por la Hormona Luteinizante (LH), secretada por la glándula hipófisis. Inmediatamente después del nacimiento, los niveles séricos de T alcanzan concentraciones semejantes a las del adulto. Posteriormente y hasta la pubertad, sus niveles son bajos. El desarrollo puberal comienza con la producción de gonadotropinas, iniciada por pulsos de GnRH que es secretada por el hipotálamo y que resulta en la producción de T, con la consecuente aparición de caracteres sexuales secundarios y espermatogénesis (4).

HIPOGONADISMO Y SUBTIPOS

El hipogonadismo masculino, se puede definir con un síndrome causado por la deficiencia de andrógenos que puede afectar de manera adversa la función de múltiples órganos y la calidad de vida del individuo (8). Y puede ser clasificado en 4 grupos, dependiendo el nivel a la cual ocurre la disfunción como muestra la figura 1 (9).



Jockenhövel F: Male hypogonadism. UNI_MED Verlag Bremen 2004 modificado

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3830294>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3830294>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)