



## Hormonas

# Conceptos generales sobre el tratamiento de reemplazo hormonal en hombres con síndrome de déficit de testosterona

En anteriores ediciones de esta revista nos hemos referido a la sintomatología del síndrome de déficit de testosterona (SDT), a su trascendencia para la salud sexual y general, así como a la manera de realizar un correcto diagnóstico de esta entidad clínica. Ahora nos corresponde valorar a qué varones debemos tratar, y de qué manera.

Los diferentes documentos de consenso sobre el SDT aconsejan tratar, únicamente, a aquellos varones que presentan una baja determinación de testosterona (T) en sangre y síntomas relacionados con el síndrome. Es discutible la opción de realizar tratamiento en pacientes que presentan valores de T en el rango inferior de la normalidad. En aquellos casos en los que existen síntomas claros de hipogonadismo,

puede estar indicado, de acuerdo con el criterio médico y el consentimiento del paciente bien informado, un tratamiento de prueba durante un periodo determinado en el que se valorarán los posibles beneficios de la terapia. Otra situación discutible es aquella en la que no existen síntomas de SDT pero se determinan valores bajos de T. En estos pacientes, podría plantearse la conveniencia de iniciar el tratamiento con el fin de evitar los posibles efectos del déficit de T. Hay pocos autores que estén de acuerdo con esta opción, por lo que se precisarían estudios para demostrar el efecto preventivo del tratamiento con T.

Resulta fundamental que, antes de iniciar el tratamiento androgénico, se disponga de la información referida en la tabla 1, con el fin de detectar posibles contraindicaciones y poder realizar un seguimiento adecuado a partir de los valores basales. Dichas contraindicaciones se refieren en la tabla 2.

El tratamiento del SDT, que se realiza únicamente con T natural, se denomina «tratamiento de reemplazo con T (TRT)». Sus objetivos son: 1) restablecer los niveles fisiológicos de andrógenos (T y sus metabolitos); 2) recuperar la función sexual (deseo, frecuencia de actividad sexual, erecciones voluntarias e involuntarias) y

la sensación de bienestar, y 3) prevenir o mejorar las alteraciones óseas (osteoporosis, densidad ósea) y musculares (masa muscular, fuerza).

A lo largo de la historia, se han propuesto diferentes preparaciones de T así como vías para su administración. Hasta hace pocos años, los fármacos más utilizados en nuestro país eran el cipionato y el enantato de T, en dosis de 100-250 mg por vía intramuscular cada 7-15 días. Sus mayores inconvenientes eran la frecuencia de administración y los valores suprafisiológicos que se obtenían al inicio del tratamiento, así como los valores infra fisiológicos al final de éste. Ciertos fármacos orales, como la fluoximesterolona y la metil-testosterona, no son adecuados debido a su hepatotoxicidad. Otros preparados, como el undecanoato de T por vía oral o los implantes subcutáneos de T de liberación lenta, no se han llegado a comercializar en nuestro país.

En los últimos años se dispone de nuevos fármacos que aportan grandes ventajas respecto a los anteriores. Entre ellos, cabe mencionar el gel y los parches de T para aplicación dérmica diaria, y el undecanoato de T de administración intramuscular con una periodicidad de 3 meses. Estos preparados dan lugar a niveles fisiológicos de T a lo largo de su tiempo de acción, lo que trataremos con mayor profundidad en los próximos artículos de este apartado de la revista dedicado al hipogonadismo.

Al iniciar el TRT es fundamental informar muy bien al paciente sobre la necesidad de realizar controles médicos y analíticos, cada 3 meses el primer año y anualmente después, pues ello permitirá la detección de efectos adversos y niveles inadecuados de T en sangre.

Tabla 1. Datos previos al inicio del tratamiento androgénico

- Historia clínica general y sexual
- Exploración física (tacto rectal, de la mayor importancia)
- Cuestionarios:
  - AMSS (síntomas de síndrome de déficit de testosterona)
  - IIEF (función eréctil)
  - IPSS (función prostática)
  - Estado de ánimo u otros (valoración psicológica)
- Determinaciones analíticas:
  - Testosterona total
  - Hematocrito/hemoglobina
  - Glucosa
  - Perfil lipídico
  - Antígeno prostático específico (PSA)
- Densidad mineral ósea/marcadores óseos (recomendable)
- Estudios de fuerza muscular (dinamometría) (recomendable)

Tabla 2. Contraindicaciones del tratamiento de reemplazo con testosterona

Absolutas	Relativas
• Cáncer de próstata	• BPH o LUTS +++
• Cáncer de mama	• Fallo cardiovascular importante
• Cáncer hepático	• Obesidad extrema o EPOC
• Poliglobulia	• Apnea del sueño no tratada

BPH: hiperplasia benigna de próstata; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; LUTS: sintomatología del tracto urinario inferior.

ANÉCDOTAS Y CURIOSIDADES  
por J.L. Arrondo. Urologo-andrólogo

## «Feng Shui» para incentivar la pasión en la alcoba

En todas las sociedades han surgido usos y costumbres con la finalidad de mejorar las relaciones sexuales. Una de estas milenarias prácticas, el Feng Shui («viento y agua»), surgido en la cultura china, se basa en conseguir un correcto entendimiento entre los seres humanos y nuestra madre Naturaleza. Consejos, herramientas, sugerencias para crear una atmósfera agradable, un equilibrio entre los elementos decorativos de una vivienda, que consiguen hacer más habitables todos los espacios. Y recomendaciones encaminadas a mejorar las relaciones sexuales: técnicas que aporten energías positivas al lecho y enciendan la llama del amor.

- Para los nidos de lujuria que den al norte o no tengan ventanas, o para cuando haya amanecido un día nublado, se recomienda encender las lámparas hora y media antes del cuerpo a cuerpo.
- Y van más allá: si durante el día se encienden velas o se perfuma con incienso el dormitorio, se activarán los sentidos hacia el erotismo.
- Para elevar todavía más «la calentura», se deben tener a la vista algunos objetos de forma piramidal, o triangulares.
- Hay que utilizar colores suaves, y objetos decorativos pares: dos velas, dos cuadros, dos figuras... Se pueden añadir flores frescas de color rojo, lo que terminará por encender la pasión más dormida.
- De ningún modo recomiendan habitaciones muy recargadas, con demasiados espejos, y prohíben taxativamente la radio y la televisión. ■

## Curiosidades sobre el pene

### El tamaño del pene en relación con quien lo soporta

El tamaño, el peso y la forma del pene no tienen relación con ninguna parte del cuerpo, a pesar del dicho: «hombre grande, pene grande, hombre pequeño, todo pene»...

El pene más pequeño conocido media 1,27 cm, y el más grande parece ser el de la estrella porno Long Don John, de 48,3 cm. Una vez más, en el término medio está la virtud.

En este tema, sólo insistiré en la necesidad de valorar los órganos por su función y no por su tamaño, no vaya a ser que «a más cogote, más inteligencia».

### Número de erecciones al día

Un dato difícil de responder, y más con un carácter científico. El número de erecciones al día puede superar los 11-12 episodios, si bien la mayoría son nocturnas, desconocidas y desaprovechadas. El pene responde más veces a

estímulos reflejos que por influencia de la voluntad.

El número de erecciones no significa relaciones sexuales completas, pues sobre ellas influirán numerosos factores. Además, el hombre necesita un periodo de recuperación, entre una erección y otra, que se alarga con la edad.

### Complejo o síndrome de Koro

Es una dismorfofobia peneana, una patología psicológica cultural, en la que el varón no acepta su tamaño, cree que lo tiene pequeño, aunque sus medidas se corresponden con la normalidad. Fue descrito por primera vez en Corea (en coreano, *koro* significa «tortuga»), donde muchos hombres, ya maduros, opinaban que su falo se retraía como la cabeza de una tortuga, metiéndose hacia dentro. Para ellos, eso era sinónimo de su final como hombres. Con frecuencia, estos varones solicitan técnicas de alargamiento. ■

J.M.\* Pomerol  
Andrólogo