

# ESTRATEGIAS DE SUPLEMENTACIÓN ANDROGÉNICA EN EL HIPOGONADISMO MASCULINO

José María Recio-Córdova. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Profesor Asociado. Hospital Universitario de Salamanca.

María Ángeles Martín Almendra. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Salamanca.

## Introducción

El tratamiento sustitutivo con testosterona en pacientes con hipogonadismo masculino requiere decisiones individuales en función de la causa, la edad del paciente u otros factores clínicos. Dado que muchos cambios asociados a la edad se asemejan a los del hipogonadismo patológico, se ha sugerido que la reducción de testosterona podría contribuir a estas alteraciones.

## Diagnóstico

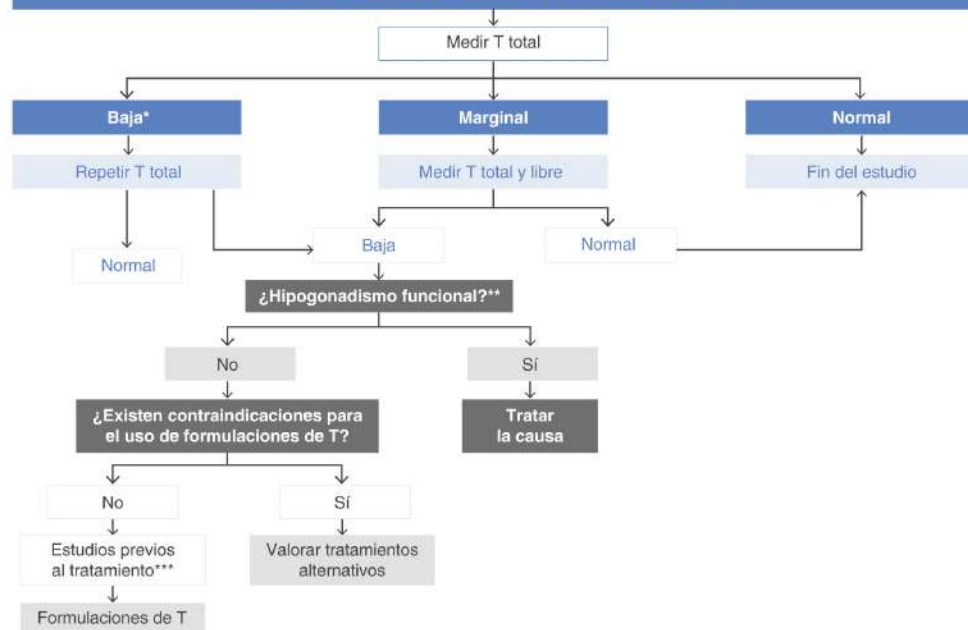
### Síntomas y signos

- Disminución de la libido
- Disfunción eréctil
- Astenia y disminución de energía
- Pérdida de masa muscular y fuerza
- Estado de ánimo bajo
- Disminución del vello corporal
- Baja densidad mineral ósea
- Aumento de la grasa corporal
- Anemia

### Indicaciones

Varones adultos  
Síntomas y signos clínicos compatibles con déficit androgénico  
+  
Testosterona total (entre las 8 y las 10 a.m.) x 3 muestras < 2,5 - 3,5 ng/dL

### SEMIOLÓGIA DE DÉFICIT DE T Y/O FACTORES DE RIESGO



\*Valores < 2,7-3 ng/mL.

\*\*Véase tabla 1.

\*\*\*Incluye, como mínimo, PSA y densitometría ósea.

T: Testosterona

## Enfoque terapéutico

Los objetivos del tratamiento sustitutivo son: mantenimiento de la función y actividad sexual, control de los síntomas, mantenimiento de la masa corporal, normalización de los niveles plasmáticos de testosterona, prevención de las complicaciones a largo plazo del hipogonadismo, reducción de las tasas de mortalidad y mejoría de la calidad de vida.



### Monitorización de la Terapia con Testosterona

#### Antes de iniciar la terapia



Evaluar hematocrito



Estudio del sueño en pacientes obesos



PSA y tacto rectal si PSA >0,6 ng/mL



Densitometría ósea



#### Durante la terapia



#### Primer análisis

A los 2-3 meses



#### Objetivo concentración de testosterona

5-6 ng/mL (adultos jóvenes)  
3,5-4 ng/mL (mayores de 66 años)

#### Posteriormente

Cada 6-12 meses



#### Geles

Obtener dos muestras para ajustes



#### Derivar a urología si:

- PSA >1,4 ng/mL en cualquier momento
- PSA aumenta >0,4 ng/mL por año



#### Si hematocrito >54%:

- Suspender la testosterona o reducir la dosis
- Valorar una flebotomía

## No olvides...

- El tratamiento con testosterona debe reservarse para varones con hipogonadismo demostrado tanto clínica como bioquímicamente. Su objetivo es restaurar niveles normales de testosterona y mejorar síntomas como la libido, la masa muscular y la densidad ósea.
- El tratamiento sustitutivo ofrece beneficios pero conlleva riesgos como eritrocitosis, eventos prostáticos y posibles complicaciones cardiovasculares, lo que requiere una monitorización estricta.
- No está recomendado iniciar terapia con testosterona en hipogonadismo funcional reversible ni usarla de forma empírica en varones con síntomas inespecíficos y niveles normales de testosterona. Deben abordarse primero las causas subyacentes.
- La elección de la formulación de testosterona debe adaptarse a las características del paciente, priorizando preparaciones que reduzcan riesgos y mejoren la adherencia, como los geles transdérmicos o los ésteres intramusculares de liberación prolongada.