

GÓNADAS

Hipogonadismo primario

INFORMACIÓN PARA PACIENTES

Cristina Lamas Oliveira. Especialista en Endocrinología y Nutrición. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Silvia Aznar Rodríguez. Especialista en Endocrinología y Nutrición. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

¿Qué es la insuficiencia ovárica primaria y cuáles son sus síntomas y sus posibles causas?

Se habla de insuficiencia ovárica primaria cuando el ovario deja de funcionar correctamente antes de los 40 años, interrumpiendo la producción tanto de óvulos como de hormonas (estrógenos y progestágenos). Esto puede dar lugar a falta de ovulación, con disminución de la fertilidad, irregularidades menstruales o la desaparición de las menstruaciones (amenorrea), y también a síntomas debidos a la falta de estrógenos, que recuerdan a los que suceden durante la menopausia: sofocos, irritabilidad, insomnio, sudoración nocturna, sequedad vaginal, relaciones sexuales molestas, etc. La disminución en los niveles de estrógenos mantenida en el tiempo favorece también la aparición de osteoporosis y de enfermedades cardiovasculares.

Como causas que pueden producir este fallo precoz del ovario conocemos causas genéticas, algunas de las cuales es importante identificar de cara no sólo a la mujer que consulta, sino también a sus familiares (por ejemplo, en el caso del síndrome del cromosoma X frágil), la presencia de autoanticuerpos dirigidos contra el tejido ovárico, o el daño ocasionado por quimioterapia o radioterapia utilizada para el tratamiento de un tumor previo.

¿Qué estudios diagnósticos se recomiendan en las mujeres con insuficiencia ovárica primaria?

El diagnóstico inicial se basa en los síntomas, la historia clínica y el análisis de los niveles hormonales. Para conocer la causa de la enfermedad suelen realizarse pruebas genéticas (cariotipo para descartar un síndrome de Turner, y estudio del gen causante del síndrome del cromosoma X frágil) y el estudio de los autoanticuerpos contra el ovario. Conviene evaluar el estado de calcificación de los huesos mediante una densitometría ósea y el riesgo cardiovascular individual.

En función de la causa de la insuficiencia ovárica primaria pueden ser necesarias más pruebas. Por ejemplo, en mujeres con autoanticuerpos contra el ovario debe evaluarse la producción de cortisol (ya que en ocasiones también hay autoanticuerpos contra la glándula suprarrenal) y en mujeres con síndrome de Turner se deben descartar malformaciones congénitas cardíacas y renales, sordera, diabetes e hipotiroidismo.

¿Cuáles son los tratamientos disponibles para tratar la insuficiencia ovárica primaria?

El tratamiento habitual de esta enfermedad se basa en la administración de las hormonas ováricas que faltan (estrógenos y progestágenos) por vía oral o transdérmica (a través de la piel, mediante parches o geles). También pueden administrarse estrógenos intravaginales, para mejorar las molestias a ese nivel. Este tratamiento debe mantenerse hasta que se alcanza la edad habitual de la menopausia. Algunas mujeres (5-10%) consiguen quedarse embarazadas sin necesidad de tratamiento, cuando esto no se consigue es necesario recurrir a técnicas de reproducción asistida. Para prevenir la osteoporosis es importante hacer ejercicio físico, no fumar y tomar una cantidad suficiente de calcio y vitamina D. Para la prevención de enfermedades cardiovasculares conviene hacer una dieta sana, no fumar, practicar ejercicio físico con regularidad y acudir con regularidad al médico para diagnosticar precozmente y tratar la hipertensión arterial, el colesterol o la diabetes. El apoyo psicológico puede ser fundamental para algunas mujeres diagnosticadas de insuficiencia ovárica primaria.

¿Qué es el hipogonadismo primario masculino?

El hipogonadismo es una alteración en la producción de espermatozoides y de hormonas sexuales masculinas, testosterona, que hace que ambos se encuentren bajos. Puede producirse por alteraciones a nivel de la hipófisis, que es una glándula situada en la cabeza que se encarga de regular la liberación de la testosterona, y estas situaciones dan lugar a un hipogonadismo secundario. En el caso del hipogonadismo primario, la alteración se sitúa en los testículos, que es el lugar donde se produce y se libera la testosterona y los espermatozoides. Las causas de hipogonadismo primario pueden ser: infecciones, determinados fármacos, enfermedades de larga duración, golpes de alta intensidad en el testículo. Pero la mayoría de las veces la causa es genética, producida por alteraciones durante el embarazo, y dan lugar a un síndrome conocido como Klinefelter. Las consecuencias son un mayor riesgo de no poder tener descendencia (esterilidad) por tener menor número de espermatozoides, y por la disminución de la testosterona, menor fuerza muscular, menos apetencia sexual, más cansancio y más riesgo de sufrir otras enfermedades.

¿Cómo se diagnostica el hipogonadismo primario?

Se sospecha por una apariencia física característica: testículos más pequeños, menos músculo, mayor grasa a nivel de las caderas y muslos, mamas aumentadas, poco vello en los genitales o en la cara y habitualmente talla alta. Es posible que experimente inapetencia sexual, cansancio, dificultad en las relaciones sexuales o dificultad de concentración. Cuando esto ocurre, se hacen unos análisis de sangre para comprobar que la testosterona está baja y un análisis de esperma para ver si los espermatozoides también están descendidos. Como el síndrome de Klinefelter es muy frecuente, para confirmar esta enfermedad normalmente se realiza un cariotipo que también se realiza con un análisis de sangre.

¿Cuál es el tratamiento del hipogonadismo primario?

El tratamiento cuando la testosterona está baja es administrar testosterona. Se puede realizar mediante administración de un gel en los hombros o abdomen de manera diaria, o mediante pinchazos intramusculares cada 3 semanas o cada 12 semanas. Este tratamiento mejora la fuerza muscular, la autoestima y las dificultades sexuales pero no soluciona el problema de la infertilidad. En ese caso, si los espermatozoides están bajos o ausentes y se desea descendencia, sería conveniente plantearse técnicas de reproducción asistida. Como el tratamiento con testosterona puede dar lugar a complicaciones como aumento del número de glóbulos rojos en sangre o aumento del volumen de la próstata, es necesario un seguimiento mediante análisis de sangre periódicos para saber la dosis correcta y evitar estos riesgos.