

¿La testosterona mejora la satisfacción sexual en mujeres premenopáusicas?

Safety and efficacy of a testosterone metered-dose transdermal spray for treating decreased sexual satisfaction in premenopausal women: a randomized trial. Ann Intern Med 2008; 148: 569-577.

DAVIS S, PAPALIA M, NORMAN RJ, ET AL.

Nivel de Evidencia: I

Las mujeres premenopáusicas mayores, quienes reportan una disminución de la satisfacción sexual, pueden ser mejoradas con testosterona a dosis que eleven los niveles séricos al nivel medio alto del rango reproductivo normal, encontró este estudio de Australia. Las mujeres que participaron en este estudio randomizado, doble ciego controlado con placebo de testosterona por medio de dosis medidas transdérmicas por SPRAY, reportaron más eventos de satisfacción sexual (ESSs) con tratamiento a dosis intermedias. Tres dosis diferentes se administraron por 16 semanas y se compararon con placebo en 261 mujeres (entre 35 y 46 años) quienes tenían disminución de la función sexual y niveles de testosterona libre de menos de 3.8 pmol/L. Las mujeres se randomizaron a recibir unas 56-µL de spray de testosterona diario, otras a recibir 90-µL de spray de testosterona diario y 90-µL de spray de testosterona diario, o placebo. El objetivo primario medido fue el número promedio de ESSs en 28 días a la semana 16. Los objetivos secundarios fueron la frecuencia de ESSs, el número total de eventos sexuales cada cuatro semanas y los resultados en las Sabbatsberg Sexual Self-Rating Scale and the Psychological Well-Being Index.

El número de ESSs se aumentó en todos los grupos. El número promedio de ESSs a la semana 16 fue significativamente mayor solamente en el grupo de un 90uL frente a placebo, aumentando 0.8 ESSs por mes (2.48 frente a 70 ESSs; la tasa de relación de eventos, 1.49, IC 95% 1.01-2.18; $p = 0.04$). La frecuencia de ESSs por semana en los grupos de alta dosis y de baja dosis fue similar que las del grupo placebo. Las relaciones de las tasas basadas en al menos los últimos cuartos promedio de tasas de ESSs en las semanas 4 a 16 por cada grupo de tratamiento aumentaron comparadas con el grupo placebo,

pero solo fue estadísticamente significativo en el grupo de 90uL. Las tasas de las relaciones para los grupos de tratamiento fueron para 56uL de spray 1.34; IC 95%, 0.97-1.85; $p = 0.081$; para 90uL de spray 1.48; IC 95%, 1.07-2.06; $p = 0.018$ y para 2 spray de 90uL fue 1.38; IC 95%, 1.99-1.92; $p = 0.052$. Los resultados de Sabbatsberg Sexual Self-Rating Scale and the Psychological General Well-Being Index no fueron significativamente mayores en el grupo de tratamiento comparados con el grupo placebo.

Comentario. La falta de satisfacción sexual es una preocupación frecuente en las mujeres, quienes reportan prevalencia entre el 20% y el 40%. Los problemas de función sexual (incluyendo deseo, excitación, respuesta orgásmica y dolor) ocurren frecuentemente en mujeres de todas las edades; sin embargo, la satisfacción sexual está más frecuentemente ligada a factores psicológicos y de relación, y bajos niveles de función sexual. Los predictores primarios de una vida sexual satisfactoria incluyen salud mental y física, estado general bueno y la calidad de la relación, pero los niveles de testosterona pueden ser un factor contributivo en algunas mujeres.

Varios estudios grandes, bien diseñados, no han podido encontrar una asociación significativa entre los niveles de testosterona y la satisfacción sexual en las mujeres. En este estudio, como se esperaba, los investigadores identificaron una mejoría significativa en la actividad de satisfacción sexual con el tratamiento con placebo. Además, una de las tres dosis de spray de testosterona estudiadas resultó en un aumento estadísticamente significativo en el primer objetivo primario: el número de ESSs en un período de 28 días después de 16 semanas de tratamiento. Es importante notar que un aumento de 0.8 ESSs por mes con la dosis de 90-µL fue el único hallazgo significativo en todo el estudio. Ni las dosis más altas ni las más bajas

aumentaron los ESSs comparadas con el placebo. Un aumento sobre la basal de aproximadamente un ESS por mes es similar a la observada en estudios de testosterona transdérmica en parches en mujeres menopáusicas. En el presente estudio, comparado con el placebo, un aumento de ESSs no se acompañó de mejoría en otros aspectos de la función sexual, incluyendo interés sexual, placer, orgasmo, o una tasa global en la vida sexual. Se desconoce si el tratamiento afectó el estrés personal relacionado con el sexo, pues esto no fue medido en el estudio.

Los reportes de eventos adversos, signos vitales, peso y análisis de laboratorio fueron similares entre las mujeres tratadas con placebo o testosterona, aunque 16 semanas es muy corta duración para una medida significativa de seguridad. El evento adverso más común fue la hipetricosis en el sitio de aplicación, que pudo haber llevado a destapar (quitar el ciego) el grupo de tratamiento. Una preocupación mayor con el tratamiento con testosterona de mujeres premenopáusicas es el riesgo de exposición inadvertida en el feto. Aun en el contexto de una monitoría clínica cuidadosa con investigadores insistiendo en la necesidad de contracepción y excluyendo mujeres quienes no quieren anticoncepción, unas mujeres se encontraron embarazadas al final del estudio. En este estudio, 20% a 30% de las participantes recibieron

anticoncepción oral (AOs). Puesto que los AO disminuyen la testosterona libre circulante por el aumento de las globulinas transportadoras y la supresión de producción de andrógenos ováricos, a las mujeres que reportan disatisfacción sexual en AOs se les debe ofrecer un estudio de contracepción no hormonal antes de considerar otras intervenciones.

Los autores concluyen que sus hallazgos “no dan evidencias suficientemente fuertes que apoyen el uso amplio de testosterona en las mujeres premenopáusicas”. Como la mejoría observada en la función sexual fue modesta y la seguridad a largo plazo de la testosterona aún no ha sido probada, esta parece una conclusión razonable. Tratamientos seguros y efectivos están disponibles para mujeres con problemas sexuales, incluyendo tratamientos con medicación de base y problemas psicológicos, ajuste de medicación, consejería y terapia sexual.

Jan L. Shifren, MD

Associate Professor of Obstetrics, Gynecology,
and Reproductive Biology
Harvard Medical School
Director, Menopause Program
Vincent Obstetrics and Gynecology Service
Massachusetts General Hospital
Boston, MA
Member, NAMS Professional Education
Committee

MENOPAUSIA AL DÍA

La ooforectomía a edad temprana está asociada con riesgo aumentado de síndrome metabólico y riesgo de escore de Framingham

Bilateral oophorectomy before 50 years of age is significantly associated with the metabolic syndrome and Framingham risk score: a controlled, population-based study (HUNT-2). Gynecol Oncol 2008; 109: 377-383.

DORUM A, TONSTAD S, LIAVAAG AH, MICHELSEN TM, HILDRUM B, DAHL AA.

Nivel de Evidencia: II-2

Las mujeres que han tenido ooforectomía bilateral (OOB) antes de la menopausia natural tienen una prevalencia mayor de síndrome metabólico y riesgos de escores de Framingham

aumentados, poniéndolas en un riesgo más alto de diabetes y enfermedad cardiovascular (ECV), encontró este estudio controlado poblacional del HUNT-2, el Norwegian Health Study of Nord-Trøndelag County. Los casos fueron 263 mujeres entre 40 y 69 años (promedio de edad,