

Andropausia: un tema cíclicamente recurrente

El tema de la andropausia es un tema álgido para los hombres que no quieren ni pensar en la posibilidad de pérdida de la producción hormonal y la consecuente disfunción sexual y para la mujeres que tienen sentimientos encontrados por lo que a ellas las afecta si esto sucede; y si no sucede, por qué a ellas si y a ellos no.

El tema se trata en una nota de opinión que recibimos de la IMS escrita por el Dr. Ames Pines. Y vale la pena retomarla. En esta nota de opinión se hace un rápido recorrido desde si existe o no la andropausia y si se debe tratar o no.

Yo comenzaría por la definición que literalmente debe traducirse en la “pausa” o suspensión de la producción de andrógenos. Lo que sabemos a través de la historia es que con el envejecimiento masculino hay una disminución progresiva de los niveles de andrógenos incluidos testosterona total, testosterona libre y dehidroepiandrosterona sulfato, que lo llevan a un hipogonadismo relativo. La disminución logitudinal desde la línea de base es de alrededor de 1.6%/año para testosterona total y 2%-3%/año para testosterona libre. Por otra parte, también hay disminución significativa de DHEA, DHEAS, cortisol y estrona. A su vez, la DHT, gonadotropinas y PRL aumentan longitudinalmente. Como dato importante, la buena salud definida como ausencia de enfermedad crónica, toma de medicaciones, obesidad y beber en exceso agrega 10%-15% a los niveles de varios andrógenos y atenúa la tendencia de la T y la LH. El mal estado de salud, por su parte, puede acelerar la disminución de andrógenos relacionados con la edad¹.

También, relacionada con la edad hay reducción de la masa muscular y ósea y aumento de la masa grasa con disminución de la fuerza muscular y la función física en general, cambios en la función metabólica y aumento de caídas, fracturas e inestabilidad.

Pero la tendencia a disminución de niveles pasa con casi todas la hormonas, entre otras, la hormona del crecimiento (GH) y las hormonas tiroideas (T4), las cuales se manifiestan también por la disminución de los pulsos nocturnos.

Ambas hormonas son importantes para la fuerza y volumen muscular y para la energía necesaria para mover la maquinaria. Por lo tanto, el término podría mejor ser “hipoandrogenismo del hombre mayor”.

La sintomatología en el hombre envejeciente no es, en definitiva, una típica manifestación de la depleción hormonal testicular y la pérdida de energía, el cansancio fácil, la desatención intermitente, la falta de masa muscular y aún la los desórdenes sexuales pueden ser causados por déficit de GH, hormona tiroidea, falta de ejercicio, mala nutrición, falta de estímulo adecuado y no sólo a deficiencia de andrógenos. No sé con qué frecuencia se presenta, si es algo, la incidencia de fogajes y sudoraciones que describe el artículo del Dr. Pines, (pág. 242). El compromiso vascular-endotelial es muy importante. Afecciones concomitantes que afecten el sistema vascular van a incidir en toda la economía².

La milagrosa aparición –para la raza humana– del sildenafil ha mejorado notablemente algunos problemas sexuales como defectos de erección y han pospuesto el fin reproductivo del hombre por falta de acción pero no por falta de espermatozoides. Los procedimientos de reproducción asistida– especialmente el ICSI– han suplido la patología parcial del espermograma envejeciente.

El tema del reemplazo hormonal, como se ha mencionado en el artículo de opinión (pág. 242) está controvertido por su eficacia no generalizadamente comprobada y la posibilidad de efectos secundarios graves, entre los cuales están la estimulación del crecimiento de la próstata y los cambios negativos en el perfil lipídico. Algunos estudios muestran que la terapia de reemplazo androgénico en hombres mayores mejora la masa muscular y reduce la masa grasa, pero no hay datos de mejoría de la fuerza muscular ni de la sensibilidad a la insulina; además no es convincente con el aumento de la densidad ósea, que es dosis-respuesta relacionada, y se describen algunos efectos secundarios como policitemia, desórdenes del sueño y de respiración (apnea). Estos efectos son dosis dependientes. Tampoco se ha definido en pro o en contra de los efectos de los andrógenos en la seguridad clínica de la terapia sobre el aparato cardiovascular y la enfermedad prostática³.

Teóricamente, si hay deficiencia de andrógenos la suplencia sería lo de sentido común. Sin embargo, parece que la disminución de andrógenos a través de la vida del hombre es algo que el organismo lo considera como “fisiológico”. El tratamiento con andrógenos no parece funcionar convincentemente y el reemplazo hormonal con testosterona sólo se reservaría para el hombre mayor en casos con marcada disminución de los niveles de andrógenos, por debajo de los ya “fisiológicamente bajos” en la edad masculina mayor⁴.

El estado actual del tema lo resumiría en que yo hablaría de hipoandrogenismo relativo del hombre adulto mayor, que la terapia de reemplazo androgénica se reservaría para aquellos casos de disminución severa de andrógenos, que esta debe ser estrictamente monitorizada y que como todo en medicina, la calidad de vida con dieta sana y ejercicio regular, amor y ¿por qué no?, una copita de vino tinto, podría ayudarnos a pasar el chaparrón.

Gustavo Gómez Tabares
Editor Jefe

Bibliografía

1. Feldman HA, Longcope C, Derby CA, et al.. Age trends in the level of serum testosterone and other hormones in middle-aged men: longitudinal results from the Massachusetts male aging study. *J Clin Endocrinol Metab* 2002 Feb;87(2):589-598.
2. Tan RS, Pu SJ. Is it andropause? Recognizing androgen deficiency in aging men. *Postgrad Med* 2004;115(1):62-66.
3. Liu PY, Swerdloff RS, Veldhuis JD. Clinical review 171: The rationale, efficacy and safety of androgen therapy in older men: future research and current practice recommendations *J. Clin Endocrinol Metab* 2004 Oct;89(10):4789-4796.
4. Handelsman DJ, Zajac 11: Androgen deficiency and replacement therapy in men. *JD Med J Aust* 2004;180(10):529-535.