Uso de testosterona

Con cierta frecuencia recibo pacientes de mi práctica provenientes de «clínicas de hormonas» donde han tenido pruebas salivales e inserciones de *pellets* para la terapia hormonal. A menudo, estos pacientes tienen niveles séricos de testosterona extremadamente elevados, y la mayoría, una transición muy difícil hacia una terapia más apropiada ¿Cuál es la mejor manera de hacer la transición de estos a una terapia más adecuada y qué tipo de análisis de laboratorio se deben hacer y por cuánto tiempo?

Comentario

Para responder a la pregunta de las mujeres que han recibido terapia con hormonas de pellets, particularmente la terapia con hormona de pellets de testosterona, y la necesidad de hacer la transición a una terapia más apropiada, la primera medida terapéutica es aconsejar a la mujer. Incluso si se siente bien con los *pellets*, ya que no son una buena forma de tratamiento hormonal. Esto se debe a que son de absorción errática y casi imposible de eliminar si ocurren eventos adversos (EA).[1] Esto incluiría una mayor absorción con niveles de hormonas más altos que los aceptables. Un punto muy importante que debe ser explicado es que las pruebas de saliva son muy poco confiables.

Es importante hacer unos niveles séricos ¿Con qué frecuencia? Depende de los niveles basales; si los niveles están disminuyendo; cuándo ocurren los niveles normales y, por supuesto, cómo se siente el paciente. Como siempre con el tratamiento hormonal, la individualización es necesaria para la transición. Uno tiene que ir por los síntomas de la mujer, así como por los niveles en sangre.

Debido a que es casi imposible eliminar los EA con los tratamiento con *pellets* que pueden producirse a partir de los altos niveles de testosterona, estos debe manejarse de otra manera. Por ejemplo, si el EA es acné, los medicamentos como la espironolactona, que es un bloqueador de los receptores de la testosterona, mejorarán la piel. Si el EA es pérdida de cabello cefálico, a veces la espironolactona funcionará y algunas veces será necesario un inhibidor de la 5-α-reductasa.

El mayor problema terapéutico gira en torno a los síntomas de la mujer, sus objetivos y los objetivos del proveedor de atención médica para tratar los síntomas. En este caso, el tratamiento sería como para cualquier mujer menopáusica, primero estableciendo sus necesidades hormonales individuales. Si ella ha estado muy contenta con su tratamiento con testosterona, es importante averiguar por qué. Si detuvo los sofocos, puede ser más apropiado cambiar a estrógeno o agregar estrógeno. Si ayudó a su libido, puede ser necesario administrar un poco de testosterona, pero no existe una terapia de testosterona aprobada por la FDA para mujeres.

En ocasiones, la función sexual se puede restaurar con un estrógeno adecuado, ya sea sistémico o local, si no se necesita tratamiento sistémico para revertir la atrofia vulvovaginal o el síndrome genitourinario de la menopausia.

Si se determina que la testosterona es realmente necesaria, se puede utilizar con precaución el uso indicado de la etiqueta para hombres en dosis reducidas. Aunque el uso a largo plazo no se ha estudiado ni en hombres[3] ni en mujeres, se ha demostrado que un parche de dosis bajas de 300 μ g en mujeres durante 4 años es eficaz y seguro[4], pero no está aprobado por la FDA.

En algunos casos, los *pellets* contienen estrógeno y testosterona, y la mujer puede no ser consciente de esto. Sería muy importante descubrir los ingredientes exactos, porque la proliferación endometrial o incluso la hiperplasia podrían ser un problema y necesitarían tratamiento o adición de una progesterona durante la duración de la transición.[5] Debido a que la testosterona puede convertirse fácilmente en

estrógeno, la mujer con útero siempre necesita evaluación en este momento.

Referencias

1. Handelsman DJ, Mackey MA, Howe C, Turner L, Conway AJ. An analysis of testosterone implants for androgen replacement therapy. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1997;47(3):311-316.
2. Boothby LA, Doering PL, Kipersztok S. Bioidentical hormone therapy: a review. *Menopause*. 2004;11(3): 356-367.
3. Jick SS, Hagberg KW. The risk of adverse outcomes with use of testosterone products: a cohort study using the UK-based general practice research database. *Br J Clin Pharmacol*. 2013;75(1):260-270.
4. Nachtigall L, Casson P, Lucas J, Schofield V, Melson C, Simon JA. Safety and tolerability of testosterone patch therapy for up to 4 years in surgically menopausal women receiving oral or transdermal oestrogen. *Gynecol Endocrinol*. 2011;27(1):39-48.
5. Sjögren LL, Mørch LS, Løkkegaard E. Hormone replacement therapy and the risk of endometrial cancer: a systematic review. *Maturitas*. 2016;91:25-35.

Lilla Nachtigall. MD

Conflicto de intereses

Se reporta honorarios de Pfizer por un video educacional.