

Actualización por la Endocrine Society

Testosterone Therapy in Men With Hypogonadism: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. Shalender Bhasin et al. J Clin Endocrinol Metab, May 2018, 103(5):1-30



Resumen de las recomendaciones

Diagnóstico

1. Diagnóstico de hipogonadismo en hombres con sospecha de hipogonadismo: se recomienda diagnosticar hipogonadismo en hombres con signos y síntomas de déficit de testosterona y con valores bajos de testosterona total y/o testosterona libre en forma consistente e inequívoca.
2. Detección de casos de hipogonadismo: no se recomienda el cribado de rutina para hipogonadismo en la población masculina
3. Diferencia entre hipogonadismo primario y secundario: se recomienda diferenciar en hombres con hipogonadismo entre primario (testicular) y secundario (hipofisario-hipotalámico) mediante la determinación de LH y FSH
4. Se recomienda evaluar la etiología del hipogonadismo.

Tratamiento

1. Se recomienda el tratamiento con testosterona en hombres con hipogonadismo para inducir y mantener los caracteres sexuales secundarios y corregir los síntomas del déficit de testosterona.
2. No se recomienda el uso de testosterona en hombres que planean fertilidad en el corto plazo o en hombres con cáncer de próstata o mama, o nódulo o induración palpable en la próstata o un nivel de antígeno prostático específico (PSA) > 4 ng/ml, PSA >3 ng/ml combinado con un alto riesgo de cáncer de próstata (sin evaluación urológica adicional), hematocrito elevado, apnea obstructiva del sueño no tratada, síntomas severos del tracto urinario inferior, insuficiencia cardíaca no controlada, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular en los últimos 6 meses o trombofilia.

3. En hombres hipogonádicos de 55 a 69 años en los que se considere tratamiento con testosterona y tengan una expectativa de vida > 10 años, se sugiere discutir los posibles beneficios y riesgos de evaluar el riesgo de cáncer de próstata y el monitoreo de la próstata, y comprometer al paciente en la toma de decisiones compartidas con respecto al monitoreo del cáncer de próstata. Para los pacientes que eligen la monitorización, los médicos deben evaluar el riesgo de cáncer de próstata antes de comenzar el tratamiento con testosterona y 3 a 12 meses después de comenzar dicho tratamiento. En hombres hipogonádicos que se consideran para recibir testosterona, entre 40 y 69 años y un mayor riesgo de cáncer de próstata (ej. afroamericanos y familiar de primer grado con cáncer de próstata diagnosticado), sugerimos discutir el riesgo de cáncer de próstata con el paciente y ofrecer opciones de monitoreo.
4. Hombres mayores con disminución en la concentración de testosterona asociada a la edad: se sugiere no recetar rutinariamente testosterona a todos los hombres de 65 años o mayores, con concentraciones bajas de testosterona. En hombres > 65 años que tienen síntomas o condiciones que sugieren déficit de testosterona (como baja libido o anemia inexplicable) y concentraciones bajas de testosterona por la mañana en forma consistente e inequívoca, sugieren ofrecer tratamiento con testosterona de forma individualizada después de una discusión explícita sobre los riesgos y beneficios potenciales.
5. Hombres con HIV y pérdida de peso: se sugiere que los médicos consideren tratamiento con testosterona por corto plazo en hombres HIV positivos con bajas concentraciones de testosterona y pérdida de peso (cuando se han excluido otras causas del bajo peso), para inducir y mantener el peso corporal y lograr ganancia de masa magra.
6. Hombres con diabetes mellitus tipo 2: en hombres con diabetes tipo 2 y bajas concentraciones de testosterona, se recomienda en contra del tratamiento con testosterona como un medio para mejorar el control glucémico

Monitoreo del reemplazo con testosterona

1. En hombres hipogonádicos que han comenzado el reemplazo con testosterona, se recomienda evaluar al paciente después del inicio del tratamiento, para evaluar si el paciente ha respondido al mismo, si está sufriendo cualquier efecto adverso, y evaluar la adherencia.
2. Se recomienda una consulta urológica para hombres hipogonádicos que reciben testosterona si durante los primeros 12 meses de tratamiento hay un aumento confirmado del PSA por arriba de 1.4 ng/mL de la línea de base, un PSA confirmado > 4.0 ng/mL, o una

Categoría: Endocrinología reproductiva

Publicado: Martes, 27 Marzo 2018 14:11

Escrito por: Endoweb

Visitas: 15763

anormalidad prostática detectada en el examen rectal digital. Después del primer año, la monitorización de la próstata debe cumplir con la guías para el cribado del cáncer de próstata en base a la raza y la edad del paciente.

Copyright2018 ENDOweb.