



SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA

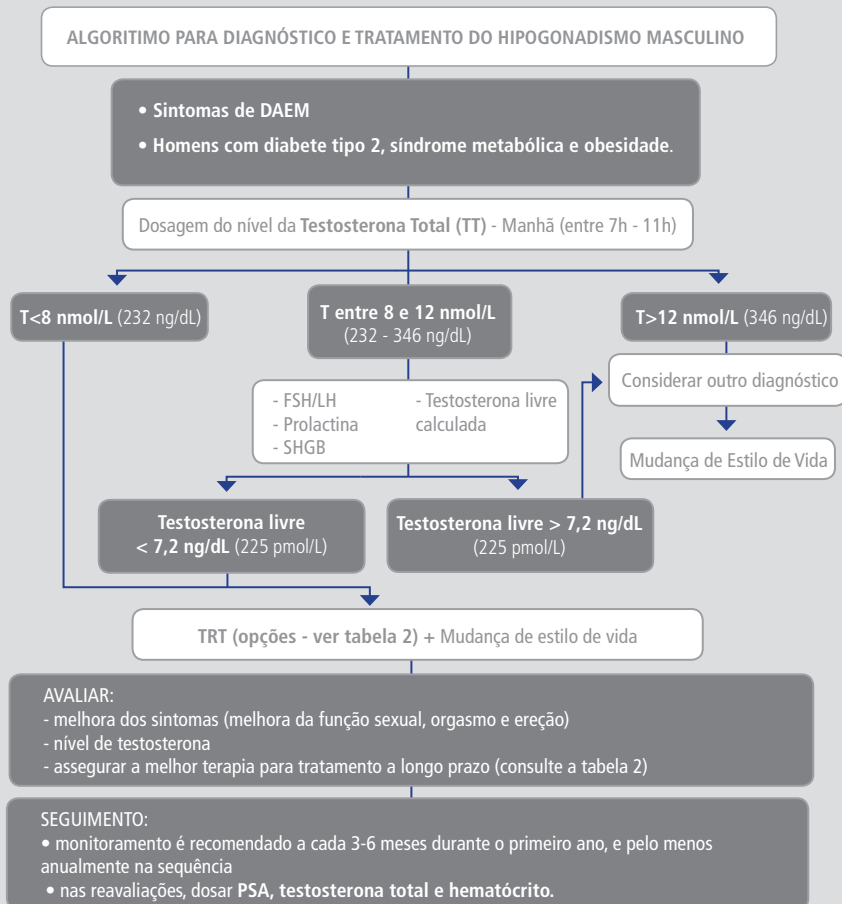
# UM GUIA PRÁTICO PARA O TRATAMENTO DE HOMENS COM DEFICIÊNCIA DE TESTOSTERONA

Baseados nas recomendações em Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino (DAEM) publicado pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) em 2017

**Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino (DAEM)**, ou, simplesmente, hipogonadismo tardio, vem sendo muito estudado, o que resulta na publicação de relevantes artigos científicos em revistas de impacto na última década. Essa constante evolução dos conhecimentos sobre a fisiologia da testosterona e fisiopatologia do DAEM, assim como o surgimento de novas modalidades de tratamento, requer uma atualização frequente.

Este guia abordará aspectos práticos no diagnóstico clínico e laboratorial do hipogonadismo tardio e o uso de testosterona exógena para seu tratamento. Os efeitos da terapia de reposição hormonal e o câncer de próstata e seus eventuais riscos cardiovasculares também serão abordados neste guia prático idealizado pelo Departamento de Andrologia da Sociedade Brasileira de Urologia.

# ALGORITMO NA ABORDAGEM DO HIPOGONADISMO TARDIO



## DIAGNÓSTICO

Sinais e sintomas associados ao hipogonadismo tardio:

Perda de libido	Baixa densidade mineral óssea
Disfunção erétil	Pensamentos depressivos
Ereções matinais menos frequentes e de menor qualidade	Fadiga
Obesidade abdominal	Perda de pelos corporais
Sarcopenia	Redução da sensação de vitalidade ou de bem-estar
Anemia	Síndrome metabólica

Tabela 1

» É necessária a coexistência de sinais e sintomas compatíveis com hipogonadismo e níveis sanguíneos de testosterona baixos para o diagnóstico de DAEM.

» Realizar a coleta da amostra para dosagem da testosterona pela manhã.

» São necessárias pelo menos duas dosagens de testosterona, em dias diferentes, quando a primeira dosagem for baixa.

» Homens com níveis de testosterona total inferiores a 232ng/dL são considerados hipogonádicos e superiores a 346ng/dL são considerados eugonádicos.

» Calcular a testosterona livre quando os valores de testosterona total se situarem entre 232 ng/dL e 346 ng/dL.

» Dosar a testosterona em homens com diabetes tipo 2, síndrome metabólica e obesidade, tendo em vista que a deficiência de testosterona é comum nesses indivíduos e o tratamento pode ser indicado.

## » OPÇÕES TERAPÊUTICAS

VIA	DROGA	DOSE/ INTERVALO	VANTAGENS	DESVANTAGENS
Oral	Undecilato de Testosterona	120- 160mg/dia em várias doses	Via oral e doses modificáveis	Efeito clínico e níveis séricos de T muitos variáveis
Trandérmica Gel	Gel de Testosterona Hidroalcoólica	25 - 100mg/dia	Níveis séricos de testosterona dentro do patamar fisiológico, doses modificáveis	Transferência hormonal interpessoal, irritação da pele, aplicação diária e menor adesão a longo prazo
Trandérmica Solução Alcoólica	Solução alcoólica de testosterona	30 - 120mg/dia	Níveis séricos de testosterona dentro do patamar fisiológico, doses modificáveis	Transferência hormonal interpessoal, irritação da pele, aplicação diária e menor adesão a longo prazo
Intramuscular	Ésteres de testosterona	250mg / 2 - 4 semanas	Baixo Custo	Níveis séricos de T muito variáveis, injeções frequentes, risco de policitemia
Intramuscular	Cipionato de testosterona	20mg / 2 - 4 semanas	Baixo Custo	Níveis séricos de T muito variáveis, injeções frequentes, risco de policitemia
Intramuscular	Undecilato de testosterona	1000mg / 10 a 14 semanas	Níveis séricos de testosterona dentro do patamar fisiológico, longa duração e injeções trimestrais proporcionando melhor adesão ao tratamento	Dor no local da aplicação

Tabela 2

- » O objetivo da terapia de reposição hormonal (TRT) é a melhora dos sintomas através do restabelecimento dos níveis séricos fisiológicos.
- » Existem várias alternativas terapêuticas seguras e eficazes e a escolha deve ser individualizada.
- » A TRT não deve ser realizada com formas alquiladas de uso oral (metiltestosterona e fluoximesterolona).
- » Homens com DAEM que desejam preservar a fertilidade devem ser preferencialmente tratados com drogas que estimulem a produção endógena de testosterona.
- » A TRT é contraindicada em casos de câncer de mama masculina e câncer de próstata clinicamente ativo.

## ➤ TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL E CÂNCER DE PRÓSTATA (CaP)

- » Os níveis séricos endógenos de testosterona ou a TRT não estão associados com o risco mais elevado de CaP, bem como o emprego de testosterona exógena – TRT – não está relacionado com o aparecimento de CaP.
- » Em pacientes hipogonádicos sintomáticos com CaP localizado, tratados por meio de cirurgia, radioterapia externa ou braquiterapia, a TRT pode ser segura quando esse câncer for de risco baixo ou intermediário, sem sinais de recorrência bioquímica ou de progressão. Porém, se esse CaP localizado for de alto risco, mesmo sem sinais de recorrência bioquímica ou de progressão, a TRT deverá ser considerada não segura.
- » Em pacientes hipogonádicos sintomáticos com CaP localizado, quando submetidos à prostatectomia radical, a TRT somente poderá ser iniciada se o PSA sérico for indetectável ou, quando submetidos à radioterapia externa ou à braquiterapia. Esses pacientes necessitam de monitoramento rigoroso para detectar precocemente a elevação sérica do PSA, recorrência bioquímica ou a progressão do câncer.
- » O intervalo seguro, entre o final do tratamento do CaP localizado e o início da TRT, ainda não foi estabelecido com base nos estudos científicos até o presente momento.
- » Homens com CaP localizado, em vigilância ativa, podem ser candidatos à TRT para o tratamento do hipogonadismo sintomático, desde que com monitorização rigorosa, devido à escassez de evidências científicas mais contundentes.
- » Não existem evidências científicas para recomendar a TRT em pacientes com CaP disseminado.

## ➤ TESTOSTERONA E RISCO CARDIOVASCULAR

- » Níveis baixos de testosterona constituem fator de risco para morbidade e mortalidade cardiovascular em geral, especialmente em pacientes idosos e com morbidade associada.
- » A TRT melhora os parâmetros de inflamação, o perfil metabólico de risco e diminui potencialmente o risco cardiovascular, sendo segura em pacientes tanto sem cardiopatia prévia como com cardiopatia tratada.
- » A TRT não aumenta o risco cardiovascular.