





Disminución de la testosterona y el aumento de los eventos cardiovasculares mayores: ¿hombres en riesgo?

Decreased testosterone and increased major cardiovascular events: men at risk?

Gustavo Lorenzo Escalada Lesme¹ 

¹Centro Médico Nacional, Hospital Nacional. Paraguay.

Editor responsable: Raúl Real. Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. Paraguay 

Revisor: Felipe Nery Gervacio Fernández Chamorro. Instituto de Previsión Social. Paraguay. 

Estimado Editor

El informe “Masculinidades y Salud en las Regiones de las Américas” expone el estado de la salud de los hombres, utilizando varios marcadores epidemiológicos y demográficos. Éste publica que la esperanza de vida de los hombres es en promedio de 5,8 años menor que el de las mujeres, y con 4 años menos de vida libre de enfermedad. Además, destaca que el 20% de los hombres fallecen antes de los 50 años. Estos datos, en conjunto, explican la feminización de la vejez en la región, con una relación de 190 mujeres cada 100 hombres por sobre los 70 años ⁽¹⁾. Si filtramos los datos para excluir las circunstancias sociales poco saludables, las muertes violentas por accidentes laborales, viales o la guerra, encontraremos que las enfermedades cardiovasculares, como la cardiopatía isquémica o el accidente cerebro vascular (*Stroke*), son las principales causas de muerte en los hombres ^(1,2).

En este contexto, la disminución progresiva de la hormona testosterona (HT) con el paso de los años, y sus consecuencias sobre la salud cardiovascular, es una realidad frecuentemente subestimada por el mundo médico. Los galenos, muchas veces con una visión simplista, centramos nuestra atención solo a la disminución de la libido o a las modificaciones de características sexuales secundarias, aunque este es un ámbito en el que se ha establecido directivas claras, sustentadas en guías terapéuticas bien definidas ⁽³⁾.

Artículo recibido: 3 junio 2024 *Artículo aceptado:* 3 julio 2024

Autor correspondiente:

Dr. Gustavo Lorenzo Escalada Lesme
Correo electrónico: gescala@live.com



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

Es así como múltiples estudios han tratado de establecer una robusta asociación entre la disminución de los niveles de la HT con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares con ciertos niveles complejos de éxito, demostrando que la disminución de la HT endógena con el envejecimiento trae consigo implicancias que van más allá de ser solo una etapa fisiológica sin consecuencias patológicas potencialmente letales ⁽³⁻⁵⁾.

La reciente publicación titulada “Asociaciones de la testosterona y hormonas relacionadas con la mortalidad cardiovascular y de todas las causas, así como la aparición de enfermedades cardiovasculares en el hombre”, es un metaanálisis que se muestra promisorio para lograr la visualización de la relación causa-efecto entre, el descenso de la HT y las ECV al incluir estudios previos que abordan este tema hasta la fecha ⁽⁶⁾. El estudio se elaboró bajo los lineamientos metodológicos conocidos como PRISMA, lo cual redujo de entre 2177 referencias de estudios de cohorte prospectivo, a 11 a ser analizados. Estos incluían hombres desde la edad media de la vida en adelante. La espectrometría de masas fue la técnica utilizada para determinar las concentraciones de la HT, la globulina fijadora de hormonas sexuales (GFHS), la hormona luteinizante (HL), la dihidrotestosterona (DHT) y el estradiol (HE), con una media de seguimiento de 5 años.

La hipótesis principal fue que la disminución de la testosterona circulante se asociaría a un mayor riesgo de mortalidad por causas cardiovasculares. Las hipótesis secundarias consistirían en la misma probabilidad de eventos cardiovasculares asociados al aumento en los valores de concentraciones de GFHS, HL o DHT en forma individual o en combinaciones.

Tras el análisis individualizado de más de 24109 hombres, los principales resultados incluían una notoria disminución de las concentraciones de la HT y el aumento de la HL con el incremento de la edad, siendo más evidente en los individuos mayores de 70 años.

Desde el punto de vista del cumplimiento de la hipótesis primaria, se confirmó que los valores HT por debajo de 5,3 nmol/L (<153 ng/dL) fueron asociados con un mayor riesgo de mortalidad cardiovascular y por todas las causas, con un *Hazard ratio* (HR) con valores superiores a la unidad en forma heterogénea, pero con un aumento lineal del riesgo con la disminución de esta.

Por otra parte, al evaluar la hipótesis secundaria ya expuesta, se observó que la reducción de la DHT aumentó la mortalidad por todas las causas, con un HR ajustado de 1,19 (IC 1,08-1,30). También se acrecentó la mortalidad por enfermedad cardiovascular con un HR de 1,29 (IC 1,03 a 1,61). La HL con concentraciones iniciales altas, especialmente aquellas muy superiores a 10,0 UI/L presentaron un incremento del riesgo relativo de muerte por todas las causas.

Sin embargo, una concentración baja de GFHS se asoció con una menor mortalidad por todas las causas, con un HR de 0,85 (IC 95%: 0,77- 0,95) y una menor mortalidad por ECV con un HR 0,81 (0,65 a 1,00). Esto podría interpretarse como un factor de protección del 15% y el 19%, respectivamente.

Aun considerando ciertas limitaciones propias de este estudio, expuestas por los mismos autores, el descenso fisiológico de la HT trae aparejado un aumento del riesgo cardiovascular, aunque se trate de una relación algo compleja, este estudio objetiva una realidad a ser considerada.

Sr. Editor, es innegable la necesidad de una visión más integradora que considere las particularidades de cada género, grupo etario y a aquellos pacientes con ciertas características específicas, con el fin último de visualizar los avances obtenidos en estos campos.

Dr. Gustavo Lorenzo Escalada Lesme
Centro Médico Nacional, Hospital Nacional

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. de Keijzer B, Cuellar AC, Valenzuela Mayorga A, Hommes C, Caffè S, Mendoza F, et al. Masculinidades y salud de los hombres en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Pùb* [Internet]. 2022;46. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.93>
2. Heron M. Deaths: leading causes for 2018. *Natl Vital Stat Rep* [Internet]. 2021;70(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15620/cdc:104186>
3. Yeap BB, Grossmann M, McLachlan RI, Handelsman DJ, Wittert GA, Conway AJ, et al. Endocrine Society of Australia position statement on male hypogonadism (part 1): assessment and indications for testosterone therapy. *Med J Aust* [Internet]. 2016;205(4):173-178. Disponible en: <https://doi.org/10.5694/mja16.00393>
4. Yeap BB, Dwivedi G. Androgens and Cardiovascular Disease in Men. En: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, et al., editors. *Endotext* [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com; 2000. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279151/>
5. Thirumalai A, Anawalt BD. Relationships between endogenous and exogenous testosterone and cardiovascular disease in men. *Rev Endocr Metab Disord* [Internet]. 2022;23:1305-1322. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11154-022-09752-7>
6. Yeap BB, Marriott RJ, Dwivedi G, Adams RJ, Antonio L, Ballantyne CM, et al. Associations of testosterone and related hormones with all-cause and cardiovascular mortality and incident cardiovascular disease in men. Individual participant data meta-analyses. *Ann Intern Med* [Internet]. 2024;177(6):768-781. Disponible en: <https://doi.org/10.7326/M23-2781>