

DAEM - REPOSIÇÃO HORMONAL MASCULINA

FERNANDO DA ROCHA CAMARA/prof.dr./M,ÉDICO UROLOGISTA

Vamos nos referir à testosterona, neste texto, com o símbolo T.

Quando se criou o termo andropausa foi cometido um erro importante: ao se comparar o déficit hormonal feminino (menopausa), no qual o organismo cessa a produção de estrógenos, ao envelhecimento masculino, no qual pode haver uma diminuição, mas não uma lacuna hormonal.

Foi então que se criou a expressão “deficiência androgênica do envelhecimento masculino” (DAEM), criou-se um quadro clínico difícil de ser estabelecido com precisão, seja em relação aos níveis hormonais, com em relação ao quadro clínico.

O aumento da expectativa de vida da população cria preocupação tanto com a duração da existência, mas principalmente com sua qualidade.

Acredita-se que em 2045 a população masculina acima de 65 anos superará a população infantil.

Segundo texto de Rhoden,EL; Soares,DFG; Torres,LO: Deficiência androgênica do envelhecimento masculino (DAEM), UROLOGIA BRASIL Planmark 2013, as formulações de testosterona aumentaram 15 vezes entre 1992 e 2002. De 2001 a 2002 cresceram 29%. Esse percentual triplicou entre 2001 e 2013, principalmente entre pacientes de 40 anos.

Acontece agora, que pacientes venham à consulta na expectativa de receberem uma prescrição hormonal. Eis que temos a indústria farmacêutica, articulando a mídia, que motiva os pacientes.

É verdade que as concentrações séricas de andrógenos tende a diminuir com a idade de modo lento. Por outro lado alguém com T em níveis normais, não terá melhor desempenho sexual, pela reposição de algo que não está faltando.

A diminuição da produção de T pode ocorrer por diminuição numérica das células de Leydig, bem como por seu déficit funcional. O hormônio LH que estimula sua produção pode estar irregular. Pode estar aumentada a ligação da T ao SHBG (sex hormone binding globulin); as formas ativas serão a T livre, e a ligada à albumina.

A presença de DAEM aumenta com a idade, com obesidade, e com comorbidades.

Além da dosagem da T total (mais de uma dosagem), e eventualmente a biodisponível, deve-se avaliar o quadro clínico.

A sintomatologia, em resumo consiste em diminuição da sexualidade (libido, função erétil, e ereções noturnas), desorientação espacial, alterações de humor (depressão, irritabilidade insônia), diminuição da força muscular, aumento de gordura corporal, diminuição de pelos, diminuição da densidade óssea.

O que é desconcertante é que homens idosos com níveis baixos de T podem ser assintomáticos; a correlação clínico-hormonal não é linear!

Desde que Charles Huggins demonstrou a resposta efetiva da castração, em portador de câncer prostático avançado, em 1941 (prêmio Nobel de Medicina /1966) consolidou-se a correlação de que essa neoplasia é hormônio dependente.

Embora pesquisas médicas bem estruturadas não tenham demonstrado que a reposição possa predispor ao câncer prostático, o seu risco real permanece obscuro.

Os riscos da reposição são poliglobulia (tromboses), apnéia do sono, dislipidemia, prolactinomas, neoplasia de mama em homens, câncer de próstata não tratado. O seguimento prostático deve ser realizado.

Em conclusão, a reposição hormonal pode melhorar a qualidade de vida de muitos pacientes, mas deve ser considerada com critério.

Quando se aborda o interesse da Indústria Farmacêutica, na venda de sua produção, vale a pena citar frase de estudo sobre o hoje contestado uso das estatinas, para tratamento da hipercolesterolemia (Instituto de Combate ao Enfarte do Miocárdio): “ pode-se correr o risco de transformar pessoas relativamente saudáveis em pacientes”.