

Trastornos menopáusicos

Testosterona en mujeres menopáusicas para incrementar la libido

En mujeres postmenopáusicas que no recibieron terapia estrogénica, el tratamiento con parches de 300 µg de testosterona al día produjo una leve pero significativa mejora de la función sexual. Los efectos a largo plazo de la testosterona, incluidos efectos en la mama, son inciertos.

La testosterona se produce de forma natural en los ovarios femeninos y en las glándulas adrenales, estando relacionada con la función sexual femenina. La pérdida del deseo sexual puede ser como consecuencia del descenso en la producción de esta hormona. El bajo deseo sexual es el problema más común dentro de los problemas sexuales de las mujeres.

La literatura sugiere que la prevalencia de los problemas sexuales entre las mujeres oscila entre el 9 y el 43%. Entre este grupo, se incluye el desorden del deseo sexual hipoactivo (HSDD). Este descenso de la libido es habitual después de la menopausia o bien debido a la extirpación de los dos ovarios (ooforectomía).

Varios estudios han demostrado la eficacia y seguridad de la testosterona a corto plazo en mujeres con menopausia natural o quirúrgica, o que están en tratamiento con estrógenos. Sin embargo, la administración a largo plazo de un estrógeno o la combinación de un estrógeno y progestina se ha asociado con varios riesgos, y su utilización no es recomendada. En cambio, falta información sobre la administración de testosterona en menopáusicas tratadas con estrógenos.

En un reciente estudio doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo (fase III del estudio AFRODITA), se evaluó la eficacia y la seguridad de los parches de testosterona en este grupo concreto de mujeres. El estudio duró 52 semanas en las que las 814 mujeres incluidas, recibieron 150 o 300 µg de testosterona al día o placebo. La eficacia se evaluó en la semana 24, mientras que, para valorar la seguridad del tratamiento, el tiempo de estudio se amplió hasta las 52 semanas. La medida principal del estudio fue el cambio basal en la semana 24 y la frecuencia de episodios sexuales satisfactorios durante cuatro semanas, registrados a través de la Sexual Activity Log (SAL). Para evaluar la función sexual se utilizaron dos instrumentos multinacionales de validación, el Perfil de la Función Sexual Femenina (PFSF) y la Escala Personal de la Angustia (PDS).

Los resultados demostraron que a la semana 24, los episodios sexuales satisfactorios durante 4 semanas fue significativamente mayor en el grupo tratado con mayor dosis respecto al grupo placebo (2,1 episodios frente a 0,7 episodios; $p < 0,001$). Comparado con placebo, los dos grupos de tratamiento aumentaron significativamente el deseo sexual ($P < 0,001$ con 300 µg y $P = 0,04$ con 150 µg) y disminuyeron la angustia provocada por esa pérdida de libido.

Los efectos adversos producidos por la testosterona, principalmente aumento del vello, fueron mayores en el grupo de mayor dosis respecto al de menor dosis (30% versus 23,1%) y se diagnosticó cáncer de mama en 4 mujeres que recibieron testosterona frente a ninguna de las que tomó placebo.

Los autores concluyeron que son necesarios más estudios para poder evaluar la seguridad del tratamiento a largo plazo en mujeres con depleción de estrógenos.

- **Davis SR., Moreau M., Kroll R. et Al.** Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen. *N Engl J Med.* 2008; **359(19)**: 2005-17.