

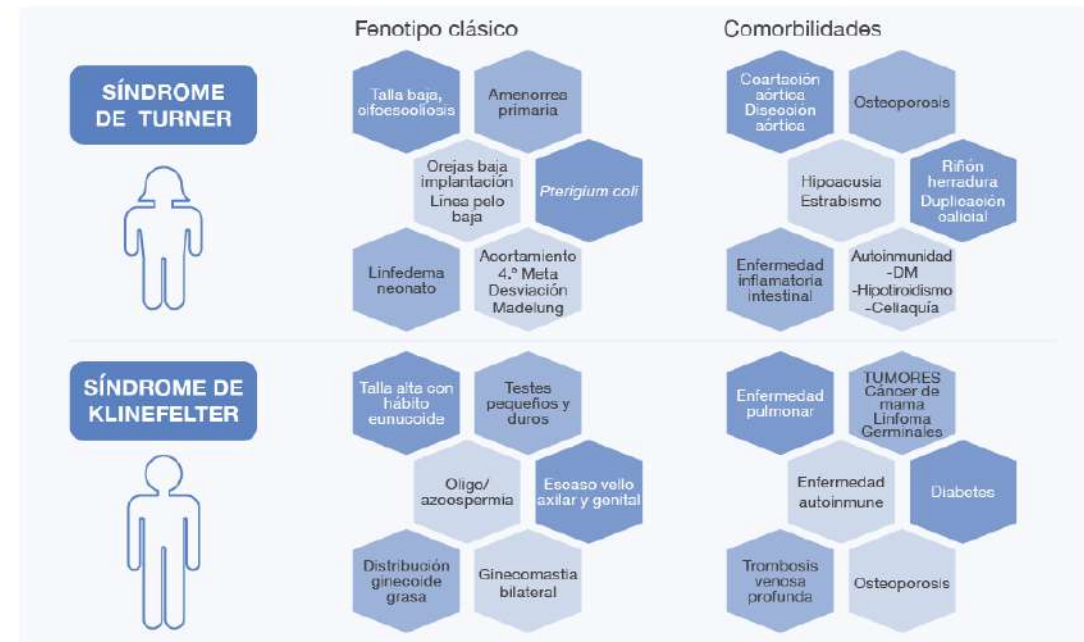
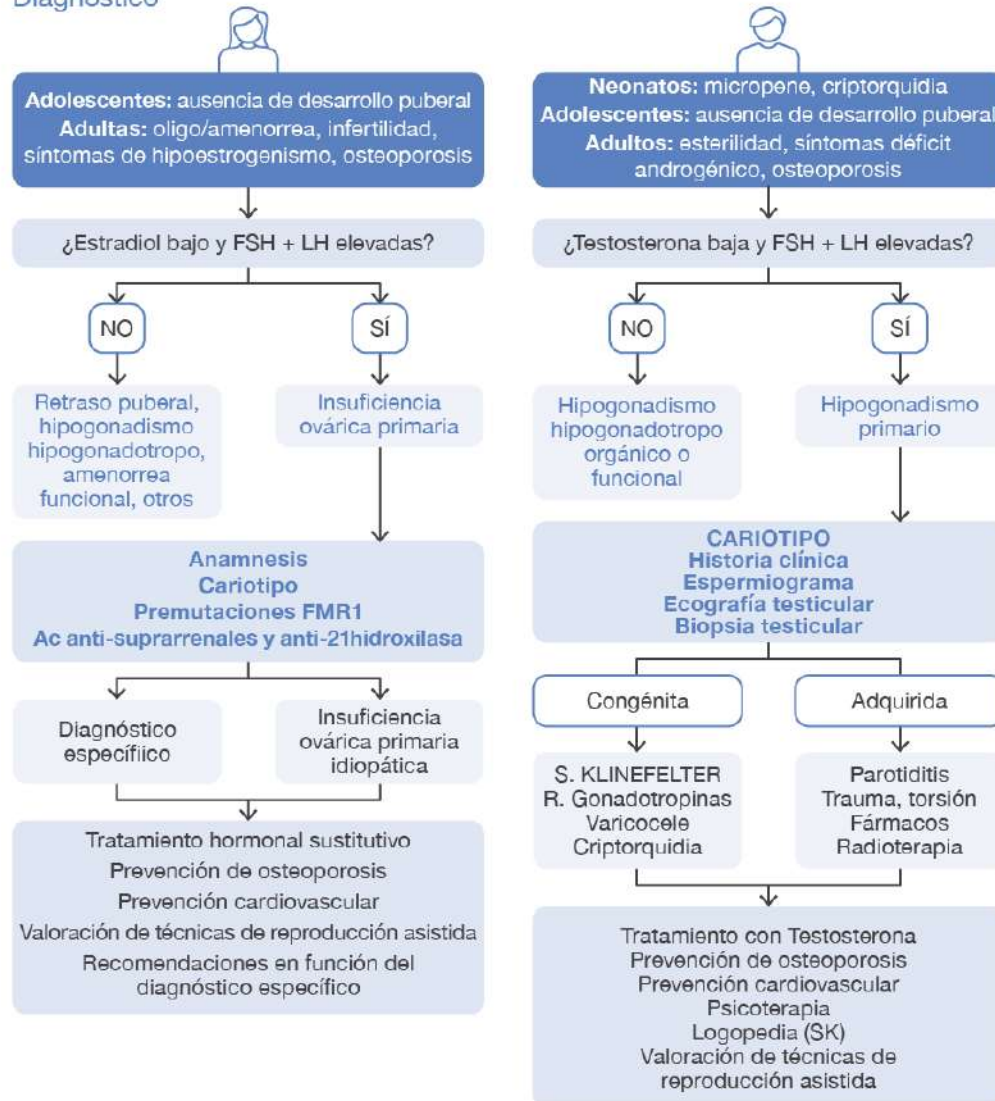
HIPOGONADISMO PRIMARIO

Cristina Lamas Oliveira. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
Silvia Aznar Rodríguez. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción

El hipogonadismo primario o hipergonadotropo tiene su origen en una disfunción ovárica en la mujer y testicular en el hombre.

Diagnóstico



Enfoque terapéutico

Tratamiento hormonal sustitutivo



INDUCCIÓN DE PUBERTAD
Comenzar con 1/8 de la dosis adulta de estrógeno
Incrementar la dosis cada 6 meses
Añadir progestágeno a los 24 meses (o si sangrado vaginal)

MUJER ADULTA
Valerato de estradiol 1-2 mg/día o Estradiol transdérmico 50-100 µg/día + Progesterona micronizada 200 µg/día o Acetato de medroxiprogesterona 10 mg/día (o anticonceptivos orales combinados)



INDUCCIÓN DE PUBERTAD
-Propionato testosterona 50 mg/mes i.m.
-Propionato testosterona 100 mg/mes i.m.
-Cipionato testosterona 250 mg/3 semanas i.m.

HOMBRE ADULTO
-Cipionato de testosterona 250 mg/3 semanas i.m.
-Undecanoato de testosterona 1 g/12 semanas i.m.
-Gel de testosterona 50-100 mg/día

No olvides...

- Los beneficios del tratamiento sustitutivo con estrógenos y progestágenos sobrepasan con creces sus riesgos y mejoran la calidad de vida de las mujeres con insuficiencia ovárica primaria.
- El tratamiento sustitutivo con estrógenos y progestágenos debe mantenerse hasta la edad habitual de la menopausia.
- La fertilidad no se restaura con el tratamiento con testosterona. Suolen ser necesarias técnicas de reproducción asistida.
- El cariotipo es imprescindible en varones y mujeres con hipogonadismo hipergonadotropo ya que las cromosomopatías son la causa más frecuente.