

## **Reposição hormonal no homem. É necessário?**

Sidney Glina

É bastante conhecido que a medida que o homem envelhece ocorrem várias alterações em sua homeostase hormonal. A produção de testosterona total e livre diminuem, sendo que 20% dos homens saudáveis entre 60 e 80 anos apresentam testosterona total abaixo do normal; além disto em todos os homens ocorre aumento da globulina de transporte dos andrógenos (SHBG) e conseqüentemente diminuição da testosterona bio-disponível, além da diminuição significativa da dehidroepiandrosterona (DHEA) e de sua forma sulfato (DHEAS). Ainda no homem mais velho existe perda do ritmo circadiano da produção de testosterona, a resposta testicular ao estímulo da gonadotrofina coriônica está diminuída, assim como a amplitude dos pulsos de LH; a secreção do hormônio do crescimento diminui 14% por década após a puberdade e finalmente ocorre redução da produção de melatonina.

Muitos autores chamam esta fase da vida do homem de andropausa, androclise, deficiência androgênica do envelhecimento masculino ou deficiência endócrina do envelhecimento masculino e comparam-na à menopausa. Nesta, as repercussões clínicas são muito evidentes na mulher; ocorre a interrupção das menstruações, diminuição significativa da produção de estrógeno; existe infertilidade e pode surgir osteoporose, atrofia genital, etc.

Quando por alguma razão existe parada da função testicular (por exemplo: orquiectomia bilateral) aparecem algumas manifestações clínicas evidentes (Manifestações clínicas do hipogonadismo pós-puberal): diminuição da

libido, disfunção erétil; infertilidade, irritabilidade, dificuldade de concentração, depressão, perda da massa e força muscular, osteoporose, perda dos pelos axilares e pubianos, diminuição do volume e consistência testicular (quando a causa não é a remoção cirúrgica dos testículos), ginecomastia e instabilidade vasomotora. Entretanto a andropausa não se caracteriza como uma entidade clínica marcante. A grande maioria dos homens, embora tenham níveis de testosterona menores do que na juventude, continuam com esta produção dentro da faixa da normalidade.

A andropausa teria início lento e insidioso onde ocorreria diminuição da libido e qualidade das ereções, principalmente noturnas; alterações de humor com diminuição concomitante da atividade intelectual, orientação espacial, fadiga, depressão e raiva, além de diminuição da massa corpórea com decréscimo associado da massa e força muscular, diminuição da densidade mineral óssea resultando em osteoporose, perda de pelos e alterações de pele e aumento da gordura visceral. Porém alguns dados falam contra a existência de um declínio hormonal significativo como o que ocorre na mulher e que esta situação hormonal seria responsável exclusiva pelos sintomas descritos. Outros possíveis fatores causais são comuns no homem mais velho e poderiam ser considerados como fatores etiológicos para estes sinais e sintomas, entre eles o stress, depressão, doenças, má nutrição, obesidade, medicamentos, drogas, falta de parceria sexual, etc. Além disto a grande maioria dos homens idosos continuam férteis, o que fala contra um desequilíbrio hormonal (cerca de 90% dos homens com mais de 50 anos tem espermatogênese preservada à biópsia testicular).

Não apenas o envelhecimento poderia explicar um nível de testosterona mais baixo. Singer F e Zumoff B em trabalho publicado na revista *Steroids* 1992,57:86-9 encontraram que o nível de testosterona dos residentes, durante período de plantões seguidos, era significativamente mais baixo que o do resto dos funcionários do hospital no mesmo período. Os autores concluíram que o stress era o fator causal desta alteração. Por outro lado Steiger A et al, em trabalho publicado no *J Psychiatr Res* 1991, 25:169-77 mostraram que o nível de testosterona total de homens com depressão endógena era baixo antes do tratamento para depressão, normalizando-se após o mesmo. Depressão e ansiedade são condições bastante comuns na velhice e podem explicar algumas das situações atribuídas à andropausa.

Por outro lado não fica claro se a reposição de testosterona ou outros hormônios corrige os sintomas relacionadas à possível deficiência hormonal do envelhecimento. Existem poucos estudos controlados a este respeito, a maioria são estudos de curta duração, com populações reduzidas e sem uniformidade.

Desta maneira quando deve ser feita reposição hormonal? A dra Lisa Tenover no trabalho “ Male hormone replacement therapy including “andropause” publicado no *Endo Metabol Clin N Am*, 27:969-983, 1998 sugere os seguintes padrões: quando a testosterona total estiver 1 a 2 desvios-padrão abaixo da faixa normal para o adulto jovem, ou entre 7 a 12,2 mM/L (200 a 350 ng/dL) associado a quadro clínico. Testosterona total abaixo de 7mM/L equivale a hipogonadismo e a reposição é obrigatória. O Consenso Brasileiro sobre Disfunção Erétil realizado pela Sociedade Brasileira de Urologia em 1998 considerou que a reposição de testosterona é formal nos casos de

hipogonadismo, micro-pênis na criança e atraso puberal, após avaliação endocrinológica. É recomendada quando há diminuição de libido com testosterona total e/ou livre abaixo do normal (e prolactina normal) e é controversa (aguardam-se estudos controlados para confirmação) quando existe disfunção erétil e testosterona total e/ou livre nos limites inferiores da normalidade e nos casos de osteoporose.

Não existem trabalhos, cientificamente bem elaborados, que mostrem benefícios na reposição do DHEA, DHEAS e melatonina no homem mais velho. A administração de hormônio de crescimento está associado a incidência maior de diabetes mellitus e neoplasias.

Desta maneira a reposição hormonal deve ser avaliada caso a caso e só está indicada quando os benefícios sejam evidentes e ultrapassem os riscos.