



Ignacio Moncada Iribarren

FORMACIÓN ACADÉMICA:

- Licenciatura en Medicina y Cirugía en la Universidad de Zaragoza, Facultad de Medicina
- Especialista en Urología (MIR) Residencia completada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- Fellowship Clínico en Disfunción Eréctil, Boston University Medical Center. Boston, USA
- Programa ESADE en Liderazgo y Administración de Sociedades Científicas
- Fellowship Clínico en Cirugía Transexual, London, UK.
- Master IESE en Alta Dirección de Instituciones Sanitarias

SITUACIÓN PROFESIONAL ACTUAL:

- Jefe de Servicio de Urología, Hospital de La Zarzuela (Madrid)
- Director del Instituto de Cirugía Robótica. Hospital de la Zarzuela (Madrid)
- Miembro del Staff del Servicio de Urología del Hospital Ruber Internacional, responsable de la Unidad de Andrología

CARGOS ACADÉMICOS Y CIENTÍFICOS:

Actualmente es asesor científico de la EMEA, Miembro del Panel de Guidelines sobre Disfunción Sexual de la EUA, miembro del Comité científico para la homologación de títulos de especialista extranjero del Ministerio de educación, Presidente de la ESDA, Miembro del Faculty de la ESU, Presidente de la AESS, Chairman del Penile Prosthesis Committee del Patients Registry de la ISSM, Miembro del Standards Committee de ISSM

MIEMBRO:

AESS, AEU, AEA, EUA, ESSM, ISSM y AUA.

PERTENENCIA A COMITÉS EDITORIALES:

Editor Asociado de la "Revista Internacional de Andrología"
Miembro del Comité Editorial de 8 revistas Nacionales e Internacionales
Revisor de "European Urology" y Journal of Urology.

Arch. Esp. Urol. 2013; 66 (7): 625-627

EDITORIAL

MONOGRÁFICO HIPOGONADISMO Y TERAPIA SUSTITUTIVA CON TESTOSTERONA (SDT)

Ignacio Moncada Iribarren¹ y Juan Ignacio Martínez Salamanca².

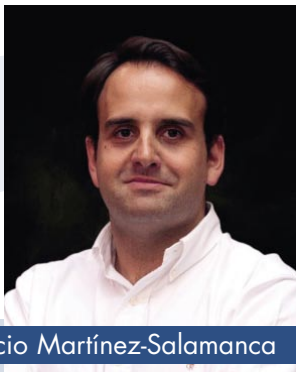
¹Jefe de Urología. Clínica La Zarzuela. Madrid

²Departamento de Urología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

Hace unos 10 años, los National Institutes of Health (NIH) de los Estados Unidos de América, la agencia gubernamental norteamericana que se ocupa de las políticas sanitarias urgía al "Institute of Medicine (IOM) of the National Academies" a que esponsorizara ensayos clínicos para investigar si el Tratamiento Sustitutivo con Testosterona (TST) podría mejorar condiciones como la fragilidad, debilidad, pérdida de memoria, y pérdida de la función sexual, en hombres de edad avanzada con bajos niveles de esta hormona.

En la página web del US-NIH Clinicaltrial.gov se encuentran más de 650 ensayos clínicos registrados sobre Testosterona, que se han realizado o están en marcha en estos 10 últimos años. En este momento, nos encontramos con impresionante cuerpo de evidencia que demuestra que el Síndrome de Déficit de Testosterona (SDT), es una alteración muy común en hombres maduros, que su diagnóstico es sencillo y se dispone de un tratamiento seguro y eficaz, recomendado en las Guías Europeas de Urología (1).

EDITORIAL



Juan Ignacio Martínez-Salamanca

FORMACIÓN ACADÉMICA:

- Licenciado en Medicina y Cirugía (Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España).
- Especialista en Urología (Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España).
- Fellow en Urología Oncológica y Cirugía Robótica (New York Presbyterian Hospital-Cornell University, USA)
- Doctor en Medicina y Cirugía con Mención Europea y Premio Extraordinario (Universidad Autónoma de Madrid) (PhD).
- Fellow of European Board of Urology (FEBU).
- Fellow of American College of Surgeons (FACS).
- Fellow of the European Comitee for Sexual Medicine (FECSM)
- Master en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios (EMADS). Universitat Pompeu Fabra (Barcelona).

SITUACIÓN PROFESIONAL ACTUAL:

- Médico Adjunto. Servicio de Urología. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.
- Colaborador Docente. Departamento de Cirugía. Universidad Autónoma de Madrid.
- Médico Colaborador. Servicio de Urología. Hospital Ruber Internacional, Madrid.
- Médico Colaborador. Servicio de Urología. Hospital de la Zarzuela, Madrid.
- Editor Asociado Internacional. Archivos Españoles de Urología.
- Editor-in-Chief. European Society for Sexual Medicine (ESSM) Newsletter.

MIEMBRO DE:

- AEU, SUM, ESSM, ISSM, EAU y AUA

REVISOR DE:

- European Urology, Journal of Urology, Urology, British Journal of Urology, Journal of Sexual Medicine, International Journal for Impotence Research, Scandinavian Journal of Urology and Nephrology, International Journal of Urology, Journal of Andrology, Asian Journal of Urology, Journal of Endourology, Cancer Letter.

En 2010 una publicación de New England Journal of Medicine (NEJM) pretendía relacionar el aumento de riesgo cardiovascular con la TST (2) . Esta publicación tuvo un enorme impacto sobre las autoridades sanitarias y proliferaron los comentarios sobre la medicalización innecesaria del envejecimiento y sobre los potenciales riesgos del TST.

Vivimos en una cultura que es muy sensible al riesgo médico y esta publicación alimentó esos miedos. En el estudio, hecho en el Boston Medical Center, sobre una población de ancianos frágiles, con movilidad limitada seleccionados al azar, para recibir tratamiento con gel de testosterona o gel placebo. Los investigadores querían ver si el TST podía mejorar la fuerza de las extremidades inferiores y la función física. De hecho, pronto se dieron cuenta que el tratamiento con testosterona no mejoraba la fuerza. Pero también descubrieron una correlación sorprendente que los llevó a detener la investigación; la presencia de más eventos cardiovasculares entre los hombres que recibieron testosterona en comparación con los que recibieron el placebo.

En este estudio hubo un importante sesgo de selección, hasta el punto que los investigadores advertían en su estudio que las diferencias entre los dos grupos bien podían haberse debido a la sólo a la casualidad. De hecho, los hombres con bajos niveles de testosterona tienden a tener más aterosclerosis que los hombres con mayor niveles de la misma. Los varones cuya testosterona se bloquea para el tratamiento del cáncer de próstata avanzado, tienden a tener más enfermedades cardíacas que los hombres cuya testosterona permanece intacta. Y se ha demostrado que la TST mejora el control de la glucosa y reduce la grasa corporal, ambos efectos muy beneficiosos en la lucha contra la enfermedad cardiovascular.

La idea que la testosterona es un tratamiento de riesgo para el corazón es infundada y simplemente no coincide con lo que hoy en día sabemos. De hecho, hay beneficios probados de la THS, incluyendo la mejora en el interés sexual y el rendimiento, en la masa muscular y en la fuerza física, aumento de la energía y una mayor sensación de bienestar. (3)

Es cierto que estos miedos sobre el riesgo cardiovascular u otros sobre la próstata induciendo cáncer, se han ido disipando con el tiempo y con la

EDITORIAL

experiencia, pero sobre todo con la evidencia científica de sus beneficios. Decía Julio Verne "La ciencia se compone de errores, que a su vez, son los pasos hacia la verdad".

Precisamente, para repasar y poner el día la evidencia más actual sobre el conocimiento de esta patología surgió la idea de este número Monográfico. Todo comenzó con una reunión de expertos, que seleccionaron los temas de más interés en la práctica clínica, y se decidió plantear un formato diferente.

Este trabajo, que ha supuesto un esfuerzo muy importante para todos los autores, y que desde aquí, queremos reconocer de manera sincera; repasa de modo transversal diferentes potenciales perfiles o modelos de paciente, que además de presentar diversas comorbilidades o situaciones de riesgo, el SDT, puede jugar en papel en su abordaje terapéutico.

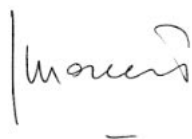
La obra incluye un total de 17 capítulos, los dos primeros, diseñados por su autores en un formato standard, que aportan una visión global sobre la epidemiología, nomenclatura y diagnóstico actual del SDT. Los siguientes 15, de los cuales tres representan colaboraciones internacionales, se estructuran presentando un caso clínico didáctico y a continuación, exponen y desarrollan la mejor evidencia clínica disponible para su enfoque y correcto manejo.

En este espíritu de mirar dentro de nuestra especialidad (síntomas de tracto urinario inferior, PSA, cáncer de próstata o disfunción eréctil) pero también "alrededor", (VIH, la insuficiencia renal crónica, riesgo cardiovascular, diabetes, depresión, dislipemia o el síndrome metabólico en su conjunto), estos han sido algunos de los temas objeto de investigación en los diferentes capítulos.

Sin más, queremos de nuevo agradecer el esfuerzo desinteresado de todos, y esperar que esta obra sirva de referencia y ayuda en nuestro quehacer diario, que, estamos seguros, redundará en la calidad y mejor cuidado de nuestros pacientes.

Atentamente, los editores

Ignacio Moncada Iribarren
ignacio@moncada.name



Juan I. Martínez-Salamanca
jims09@me.com



BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS

1. Hatzimouratidis K, et al. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. European Association of Urology. Eur Urol. 2010 May;57(5)
2. Basaria S, et al. Adverse events associated with testosterone administration. N Engl J Med. 2010 Jul 8;363(2):109-22
3. Lunenfeld B, et al. ISA, ISSAM and EAU recommendations for the investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males: scientific background and rationale. Aging Male. 2005 Jun;8(2):59-74.