



# Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



## 347/2489 - CUANTO MÁS FUERTE ME VEO, MÁS CANSADO ME ENCUENTRO

I. Ruiz Larrañaga<sup>a</sup>, M. Arias Lago<sup>a</sup>, N. Otero Cabanillas<sup>b</sup> y M. Guerra Henández<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud camargo Costa. Maliaño. Cantabria.

<sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. <sup>c</sup>Médico de Familia. Servicio Cántabro de Salud.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 35 años que acude a consulta refiriendo episodios de astenia intensa, apatía e irritabilidad, disminución de la libido y dificultad para el inicio y mantenimiento de la erección que aparecen de manera cíclica desde hace 4 meses. Niega alteración de la eyaculación o alteración del vello facial y corporal. Niega también antecedentes de traumatismo genital o infecciones. Mantiene vida activa y practica deporte a diario siendo usuario de gimnasio desde hace un año. Como antecedentes personales niega alergias, no enfermedades de interés, no tabaco ni otros tóxicos. No tratamiento habitual pero sí reconoce consumo de suplemento proteico desde hace unos meses del cual desconoce la composición.

**Exploración y pruebas complementarias:** Peso: 83 Kg; talla: 184; IMC 24; FC 49 lpm; TA 142/63. BEG, estable HD. Fenotipo musculoso. Ginecomastia leve especialmente izquierda. Genitales normales. Analítica: hemograma normal. Función renal normal; ALT 59; AST 50; GGT 10; FA 77; BT 1,8; triglicéridos 128; colesterol total 216; HDL 18; LDL 172. Hormonas: TSH 1,38; T4 1,13; cortisol 17,4; testosterona 0,31 (normal: 1,64-7,53); LH 0,3 (normal 1,5-9,3); FSH < 0,3 (normal 1,4-8,1); 17beta-estradiol 16,2; progesterona 0,27 (normal 0,28-1,22); prolactina 7,0 (normal 2,1-17,7). Espermiograma normal. ECO mamas: mínima asimetría glandular izquierda en relación con ginecomastia.

**Orientación diagnóstica:** Hipogonadismo hipogonadotrofo secundario a uso de esteroides anabolizantes.

**Diagnóstico diferencial:** Otras causas de hipogonadismo hipogonadotrófico adquirido como alteraciones del hipotálamo/hipófisis de causa infecciosa, obesidad, cirugía o traumatismo.

**Comentario final:** Ante la clínica cíclica del paciente y el antecedente de consumo de suplementos con prohormonales, se pensó en un hipogonadismo hipogonadotrofo por toma de anabolizantes. El diagnóstico se confirmó al repetir la analítica tres meses después de dejar el consumo. Los niveles de hormonas del eje hipotálamo-hipofisario se normalizaron y el paciente se mantuvo asintomático. El uso de anabolizantes provocan una inhibición de dicho eje provocando niveles bajos de testosterona, estradiol, FSH y LH que dan lugar a clínica como la irritación, hostilidad, astenia, cefaleas, retención de líquidos, ictericia y hepatopatía, HTA, ginecomastia, atrofia testicular, disminución de la libido, baja producción de semen o impotencia en el varón y alt. menstruales,

crecimiento del vello o pérdida del pelo en cuero cabelludo en mujeres. Estos síntomas suelen ser reversibles tras la retirada pero ante un uso continuado, los efectos pueden hacerse irreversibles.

## **Bibliografía**

1. <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/hipogonadismo-varón>
2. <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-implicaciones-andrologicas-del-abuso-esteroides-X1698031X11636650?referer = buscador>

**Palabras clave:** Hipogonadismo. Hipogonadotropo. Anabolizantes.