



77 - EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON GONADOTROFINAS COMO INDUCTOR DE LA ESPERMATOGÉNESIS EN EL VARÓN CON HIPOGONADISMO HIPOGONADOTROPO

A. Casteràs, M. Clemente, J.M. Gris, C. Zafón, B. Biagetti, J. Mesa y R. Simó

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Resumen

Introducción: La pauta clásica del tratamiento con gonadotrofinas (GT) como inductor de la espermatogénesis en los varones con hipogonadismo hipogonadotropo (HH) se basa en hCG (gonadotropina coriónica humana), seguida de hMG (gonadotropina menopáusica humana) o r-hFSH (folitropina alfa recombinante).

Objetivos: Describir los tratamientos con GT en varones con HH con deseo genésico llevados a cabo en nuestro servicio en los últimos 5 años (2014-2019).

Métodos: Se analizan las características basales de 7 varones (causa del HH, situación clínica, volumen testicular) y de sus parejas, el tipo de tratamiento administrado y el éxito alcanzado (variación en el seminograma y tasa de gestación).

Resultados: La edad media fue de $34,14 \pm 6,28$ años y el de sus parejas de $28,85 \pm 6,5$ años. La causa del HH fue: 2 craneofaringiomas (a los 4 y 12 años), 3 hipopituitarismos congénitos y 2 HH aislados. Ningún paciente había presentado criptorquidia y todos recibían terapia androgénica desde la pubertad. Seis casos presentaban azoospermia y el volumen testicular fue de $8,5 \pm 3,5$ ml. Tres casos se trataron con hMG + hCG y cuatro casos r-hFSH + r-hCG (coriogonadotropina alfa recombinante). El tiempo medio del tratamiento fue de $28,8 \pm 9,9$ meses. Todos consiguieron valores de testosterona óptimos (807 ± 433 ng/dl). El tiempo hasta aparición de espermatozoides fue $7,8 \pm 3,6$ meses y el valor máximo fue de $10,92 \pm 13,13$ millones/eyaculado. Se consiguieron un total de tres gestaciones (42,8%) al cabo de $33,3 \pm 3,8$ meses, todas mediante fecundación in vitro (FIV). Tres mujeres tenían comorbilidades (miomas 3, NF1, hidrosalpinx) y ninguna de ellas consiguió gestación. La obtención de gestación no mostró relación con el seminograma, pero sí con la FIV y la ausencia de comorbilidades maternas.

Conclusiones: El éxito del tratamiento con GT en el varón con HH está condicionado por la presencia de patología ginecológica de la pareja, por lo que es fundamental disponer de un servicio de reproducción asistida coordinado.