

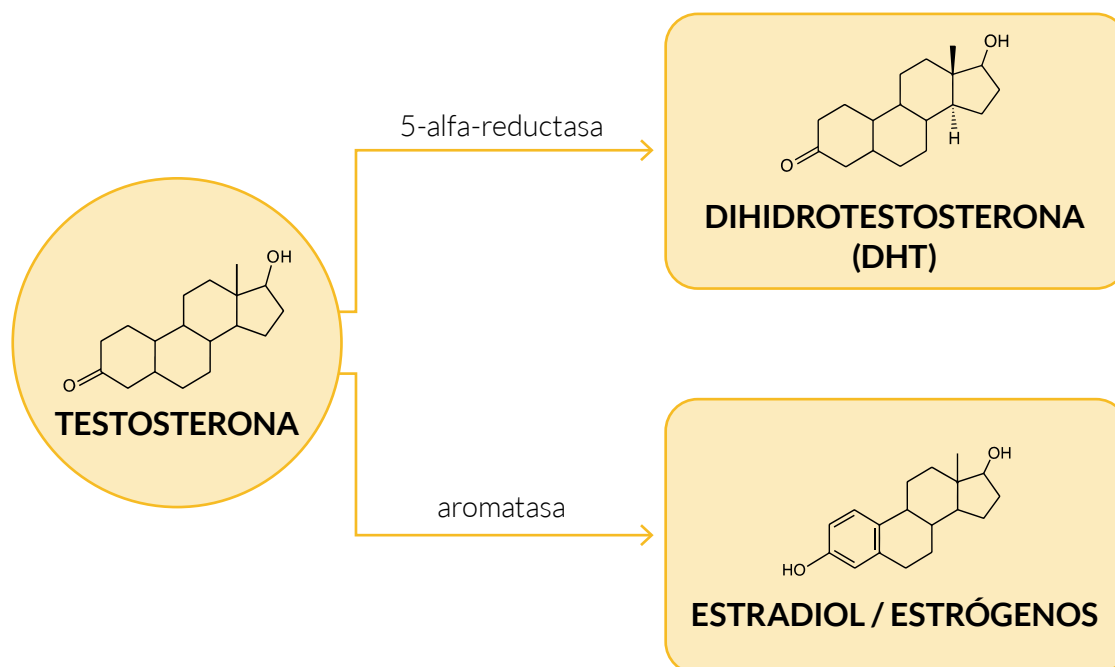
EPISODIO 08

Alopecia androgenética e hiperplasia prostática

Pódcast de **Academia SoyPro**



La alopecia androgenética de inicio precoz es una alopecia no cicatrizal que empieza antes de los 30 años y con un marcado componente hereditario. No tiene que ver con niveles altos de testosterona, sino con un exceso de estimulación del receptor de la dihidrotestosterona (de tipo 1 en el cuero cabelludo y piel, y de tipo 2 en la próstata). La dihidrotestosterona es un metabolito procedente de la testosterona:



Sin embargo, no está causada por un exceso de **DHT**, sino por una **afinidad aumentada por los receptores** de esta hormona. Esto produce:

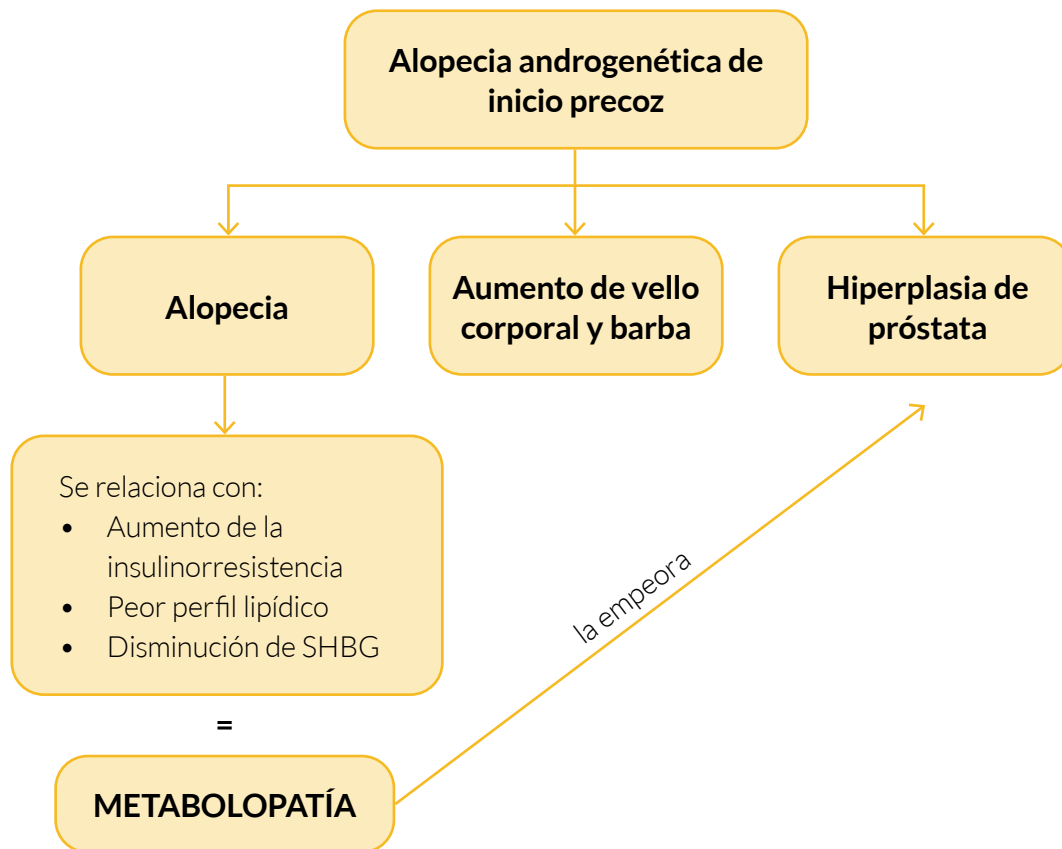
- Alopecia en las entradas, la región frontal y el vértex.
- Aumento del vello corporal y la barba.
- Hiperplasia de próstata.

De hecho, la literatura relaciona la alopecia precoz con una mayor prevalencia de hiperplasia benigna de próstata, prostatitis y cáncer de próstata.

También se ha observado un mayor riesgo de presentar **metabolopatías** en los hombres con alopecia androgenética. Aparece:

- Aumento de insulinoresistencia
- Peor perfil lipídico
- Disminución de SHBG (y, por tanto, más hormonas sexuales circulantes)

Y es precisamente la metabolopatía la que condiciona un empeoramiento de la hiperplasia benigna de próstata, y configura una especie de síndrome hormonometabólico comparable al síndrome ovárico-metabólico-poliendocrino (SOMP), anteriormente denominado síndrome de ovario poliquístico (SOP).



Por lo tanto, la alopecia es un indicador temprano que va a permitir poner el foco en mantener a raya la metabolopatía.

Síntomas iniciales de hiperplasia prostática

La hiperplasia prostática cursa con síntomas del tracto urinario inferior (LUTS, de Lower Urinary Tract Symptoms):

- Disminución de la fuerza o del calibre del chorro de orina.
- Urgencia urinaria: necesidad de ir al baño sin poder esperar.
- Sensación de vaciado incompleto después de orinar.
- Goteo posmiccional y humedad en la ropa interior.
- Nicturia: necesidad de levantarse varias veces durante la noche para orinar.
- Micciones nocturnas de poca cantidad y con poca fuerza, sin conseguir vaciar completamente la vejiga.

Parámetros analíticos que pedir en consulta

→ Marcadores prostáticos

- PSA total.
- PSA libre.
- Relación PSA libre/PSA total:
 - En torno al 25 % o superior: compatible con un mejor pronóstico o crecimiento benigno.
 - Por debajo del 10 %: requiere una valoración médica más exhaustiva, incluso si el PSA total no es muy elevado.

Además del valor absoluto, debe observarse la evolución del PSA en el tiempo.

→ Perfil glucémico y metabólico

- Glucosa en ayunas: 60-90 mg/dL.
- Insulina basal: < 7 μ UI/mL.
- Hemoglobina glicosilada (HbA1c): alrededor de 5,2-5,3 %.
- Perfil lipídico, prestando especial atención a:
 - Triglicéridos: < 90 mg/dL.
 - Colesterol LDL: < 100 mg/dL.
- SHBG, especialmente si existe alopecia androgenética precoz, grasa abdominal o sospecha de mayor disponibilidad de hormonas libres: 40-60 nmol/L.
- Leptina: < 6-7 ng/mL.
- PCR ultrasensible, como marcador de inflamación de bajo grado: <1 mg/L.
- Citoquinas inflamatorias: IL-6, TNF- α e IL-1 β .

Abordaje

El abordaje de la hiperplasia benigna de próstata se basa principalmente en la prevención. No obstante, cuando el crecimiento prostático ya se ha instaurado, las intervenciones sobre el estilo de vida y el metabolismo pueden ayudar a frenar su evolución y mejorar los síntomas, especialmente si el problema todavía es leve o moderado.

→ Alimentación

El objetivo prioritario es mejorar la sensibilidad a la insulina, reducir la grasa visceral y disminuir el entorno inflamatorio que favorece el crecimiento prostático.

- Basar la alimentación en alimentos poco procesados.
- Reducir el consumo de azúcares refinados y productos ultraprocesados.
- Incorporar tomate cocinado como fuente de licopeno, antioxidante con afinidad por el tejido prostático.
- Consumir alimentos ricos en zinc, como marisco, vísceras y semillas de calabaza.
- Incorporar semillas de calabaza por su contenido en beta-sitosterol.
- Añadir crucíferas, como el brócoli, por su contenido en sulforafano.
- Utilizar aceite de oliva.
- Incorporar fuentes de omega-3.

Estos alimentos pueden contribuir a la prevención y al cuidado del tejido prostático, pero su capacidad terapéutica es más limitada cuando existe una hiperplasia importante.

→ Suplementación

La suplementación puede plantearse en dos niveles.

APOYO METABÓLICO

Siempre debe acompañarse de alimentación, movimiento, ejercicio de fuerza y un buen descanso.

- **Canela:** puede utilizarse como apoyo para mejorar la sensibilidad a la insulina.
- **Berberina:** se plantea como herramienta para favorecer la sensibilidad a la insulina y el control glucémico.
- **Inositales:** pueden contribuir a sensibilizar el receptor de insulina.
- **Extracto de ortiga:** además de su acción prostática, puede favorecer el aclaramiento de glucosa.
- **Curcumina y omega-3:** ayudan a modular el componente inflamatorio asociado a la metabolopatía.

El objetivo es mejorar la sensibilidad a la insulina y el aclaramiento de la glucosa.

APOYO PROSTÁTICO Y HORMONAL

- **Serenoa repens o saw palmetto:** actúa sobre la vía de la 5-alfa-reductasa. Su evidencia es más clara sobre los síntomas urinarios que sobre la reducción del volumen prostático. Puede ayudar a disminuir la nicturia y a recuperar parcialmente la fuerza del chorro de orina. DOSIS: 320 mg al día de extracto lipidoesterólico estandarizado. La estandarización es importante, porque no todos los productos son equivalentes.
- **Extracto de ortiga —Urtica dioica—:** puede actuar sobre la conversión de testosterona en DHT, interactuar con la SHBG y ejercer una acción antiproliferativa. También puede aportar cierto efecto metabólico al favorecer el aclaramiento de glucosa. DOSIS: 120 mg como cantidad orientativa.
- **Curcumina:** se utiliza por su acción sobre el componente inflamatorio. En el perfil metabólico e inflamatorio. DOSIS: 1.000 mg, preferentemente en una formulación de alta biodisponibilidad.
- **Omega-3:** contribuye a modular el contexto inflamatorio.
- **Beta-sitosterol:** puede ayudar a mejorar los síntomas urinarios y el flujo. DOSIS: 100 mg, especialmente en perfiles con mayor predominio de la vía DHT.
- **Extractos de semillas de calabaza:** aparecen con frecuencia en las formulaciones destinadas al cuidado prostático por su contenido en fitosteroles.

ELECCIÓN DE NUTRACÉUTICOS SEGÚN EL PERFIL PREDOMINANTE

A la hora de escoger la suplementación, conviene tener en cuenta qué componente predomina en cada hombre con hiperplasia benigna de próstata: inflamatorio, metabólico o más directamente relacionado con la sensibilidad androgénica y la DHT.

A partir de los mecanismos descritos en la literatura, se propone la siguiente orientación clínica:

PERFIL O SITUACIÓN PREDOMINANTE	SUPLEMENTOS MENCIONADOS
COMPONENTE INFLAMATORIO	<i>Serenoa repens</i> + licopeno + curcumina de alta biodisponibilidad. También se ha estudiado la combinación <i>Serenoa</i> + licopeno + selenio
COMPONENTE METABÓLICO	<i>Serenoa repens</i> + <i>Urtica dioica</i> + curcumina, junto con canela, berberina o inositoles y una intervención intensiva sobre la resistencia a la insulina
PREDOMINIO DE LA VÍA DHT	<i>Serenoa repens</i> + <i>Urtica dioica</i> + beta-sitosterol
LUTS LEVES O MODERADOS	<i>Serenoa repens</i> como base del apoyo prostático; beta-sitosterol y extractos de semillas de calabaza como complementos
PROSTATITIS CRÓNICA O DOLOR PÉLVICO	Extracto de polen (Cernilton) y PEA

LUTS, síntomas del tracto urinario inferior.

→ Medidas o herramientas

- **Interrumpir el sedentarismo:** levantarse y moverse cada hora para reducir la presión mantenida sobre la zona pélvica.
- **Ejercicio de fuerza:** contribuye a conservar la masa muscular y mejorar la sensibilidad a la insulina.
- **Respiración diafragmática:** trabajar el recorrido completo del diafragma y evitar mantenerlo bloqueado en inspiración, ya que esto puede aumentar la presión sobre el suelo pélvico.
- **Abordaje del suelo pélvico:** puede complementar el tratamiento, especialmente cuando existe tensión, presión o alteración funcional.

- **Eyacuación regular:** puede favorecer el vaciado de las secreciones prostáticas y reducir la estasis del plasma seminal. Diversos estudios relacionan una mayor frecuencia de eyacuación (>21 al mes) con un menor riesgo de problemas prostáticos, aunque se trata principalmente de evidencia observacional.
- **Cuidar el descanso:** dormir mejor forma parte del abordaje metabólico.
- **Reducir la grasa abdominal:** es una de las intervenciones más importantes para disminuir la hiperinsulinemia, la inflamación y la aromatización de testosterona a estrógenos.

→ Farmacología

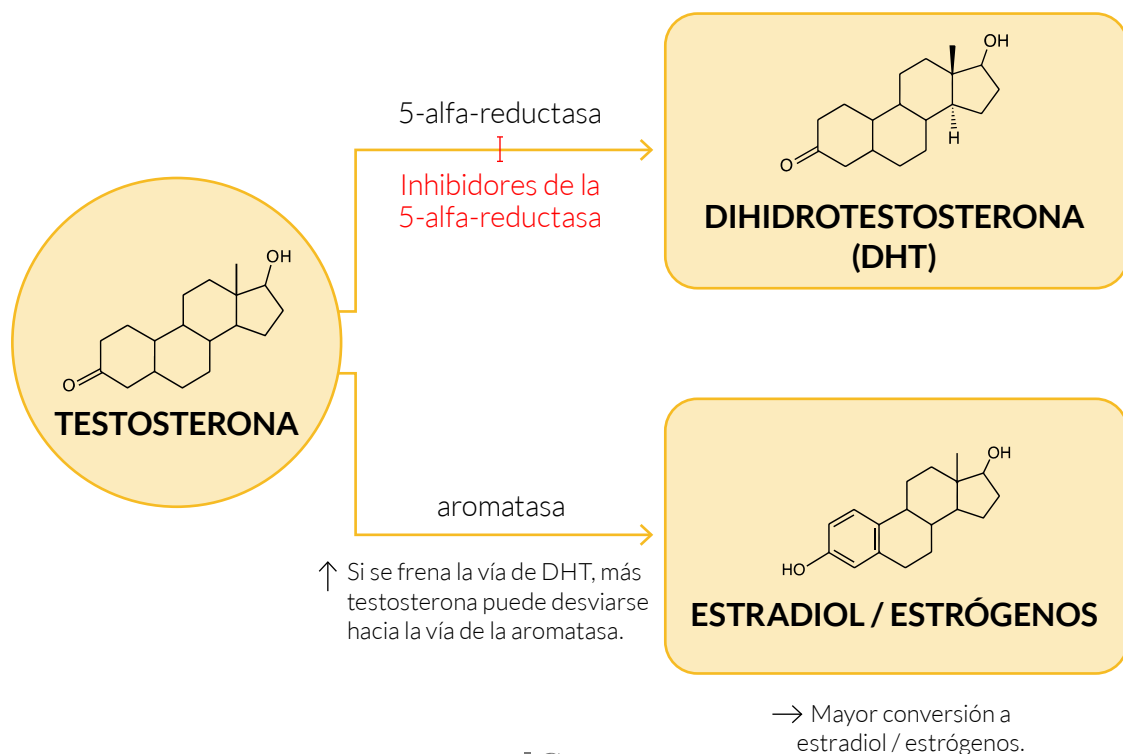
La farmacología puede ser necesaria cuando el crecimiento prostático es importante, existe mucha sintomatología o el problema deja de ser leve o moderado. Se trabaja principalmente con dos inhibidores de la 5-alfa-reductasa:

- Finasterida
- Dutasterida

Estos fármacos inhiben la enzima 5-alfa-reductasa y reducen la conversión de testosterona en dihidrotestosterona. De este modo pueden:

- Frenar la caída del cabello
- Frenar el crecimiento prostático
- Ayudar a reducir el volumen de la próstata cuando la hiperplasia está más avanzada

Sin embargo, enlazando con el primer esquema de metabolización de la testosterona, se ve que, al frenar el paso de testosterona a DHT, aumentará su metabolización a estrógenos... lo que empeora el síndrome metabólico y puede afectar negativamente a la hiperplasia prostática.



Por eso, cuando un paciente toma finasterida o dutasterida, ya sea por alopecia o por hiperplasia prostática, es especialmente importante vigilar y trabajar su perfil metabólico, abordando el problema desde la raíz.

Referencias bibliográficas

- Cannarella, R., Condorelli, R. A., Barbagallo, F., La Vignera, S., & Calogero, A. E. (2021). Endocrinology of the aging prostate: current concepts. *Frontiers in Endocrinology*, 12, 554078.
- Cicero, A. F., Allkanjari, O., Busetto, G. M., Cai, T., Larganà, G., Magri, V., ... & Vitalone, A. (2019). Nutraceutical treatment and prevention of benign prostatic hyperplasia and prostate cancer. *Archivio Italiano di Urologia Andrologia*, 2019(3), 139-152.
- Wei, L., Lai, E. C. C., Kao-Yang, Y. H., Walker, B. R., MacDonald, T. M., & Andrew, R. (2019). Incidence of type 2 diabetes mellitus in men receiving steroid 5 α -reductase inhibitors: population based cohort study. *BMJ*, 365.