**P 22
ESTUDIO EN UNA COHORTE CHILENA DE PACIENTES CON HIPOGONADISMO MASCULINO**

Felipe Valenzuela Pino1, Marcelo Marconi Toro1

1 Pontificia Universidad Católica de Chile

**Objetivo**: describir una cohorte chilena de hombres con hipogonadismo que consultaron en una unidad de andrología.

**Diseño experimental**: revisión retrospectiva de fichas clínicas.

**Pacientes y Método**: se realizó una revisión retrospectiva de las fichas clínicas de pacientes con hipogonadismo que consultaron en la Unidad de Andrología entre el 02 de Noviembre del 2016 y el 31 de Julio del 2017. Se consideró como hipogonádico a aquel paciente que cumpliera los siguientes criterios: a) tener una testosterona plasmática total ≤ a 320 ng/dL y/o una testosterona libre calculada ≤ a 6,5 ng/dL; b) tener una etiología conocida de falla gonadal o en caso de etiología desconocida (Hipogonadismo de inicio tardío) asociarse a síntomas sexuales específicos.

**Resultados**: de un total de 678 hombres que consultaron en la unidad, 92 pacientes (13,5%) fueron diagnosticados con hipogonadismo con un promedio de edad de 42 años (rango 13-82). Un 14% (n=13) de los pacientes con hipogonadismo presentó un patrón hipergondadotroposiendo la etiología más frecuente (n=7) el Síndrome de Klinefelter (SK). La minoría de los pacientes con SK (3 de 7) requirió sustitución androgénica. De los pacientes hipogonádicos con patrón hipogonadotropo (n=79), las etiologías más frecuente fueron el Hipogonadismo de Inicio Tardío (HIT) (n=64; 81%) y el HipogondismoHipogonadotropo Congénito (n=13; 16%). En el subgrupo de pacientes con HIT, el tratamiento más usado fue citrato de clomifeno oral (n=24; 38%) seguido de undecanoato de testosterona intramuscular (n=15; 23%).

**Conclusión**: el hipogonadismo masculino es una condición frecuente en la práctica clínica de una Unidad de Andrología, siendo las principales etiologías el Hipogonadismo de Inicio Tardío, el Hipogonadismo Hipogonadotropo Congénito y el Síndrome de Klinefelter.