

Section: Original Article

TÍTULO: Síndrome post-finasterida: encuesta a dermatólogos del Grupo Español de

Tricología y Onicología

Autores: O. M. Moreno-Arrones¹ MD, PhD; D. Saceda-Corralo² MD, PhD, JL. Gómez-Cano³ MD; A. Gómez-Zubiaur⁴ MD; JM. Mir-Bonafé⁵ MD; C. Serrano-Falcón⁶ MD; PhD, G. Garnacho-Saucedo⁷ MD; PhD, R. Grimalt⁸ MD; PhD, A. Combalia⁹ MD; E. Fernández¹⁰ MD S. Vañó-Galván² MD, PhD y el Grupo Español de Investigación en Tricología.

Affiliations:

1. Clínica capilDERM, Madrid, España.
2. Servicio de Dermatología, Unidad de Tricología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid, España; Unidad de Tricología y Trasplante Capilar, Clínica Grupo Pedro Jaén, Madrid, España.
3. Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal.
4. Unidad de Tricología, Instituto Médico Ricart, España.
5. TricologíaMir, Palma de Mallorca, España.
6. Hospital Guadix, Granada, España.
7. Departamento de Dermatología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España. Unidad Tricología Clínica Garnacho, Córdoba, España.
8. Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona España.
9. Dermatology Department, Hospital Clinic de Barcelona, Barcelona, España.
10. Director del Grupo CIRU. Unidad de Urología del Grupo Pedro Jaén, España.

Autor para correspondencia: Oscar M. Moreno-Arrones

Email: oscar@capilderm.com

RESUMEN

Antecedentes y Objetivo: El síndrome post-finasterida (SPF) es un conjunto de síntomas persistentes reportados por pacientes tras la suspensión de inhibidores de la 5-alfa-reductasa (5-AR). Este estudio tiene como objetivo explorar la percepción del SPF entre los dermatólogos del Grupo Español de Tricología y Onicología.

Material y Método: Se realizó una revisión cualitativa de la literatura para formular una encuesta. Cincuenta y cuatro dermatólogos participaron en una encuesta basada en una escala de Likert. El consenso se definió mediante criterios estadísticos específicos, incluyendo una mediana en un rango definido y un rango intercuartil (IQR) ≤ 2 .

Resultados: El 83.3% nunca había encontrado casos de SPF en su práctica. El 98.1% consideraba que el SPF tiene un origen psiquiátrico, y el 92.6% opinaba que cualquier efecto adverso de los 5-AR es reversible tras la suspensión del tratamiento. Los síntomas más comúnmente reportados, como la disfunción sexual, fueron considerados posiblemente relacionados con el uso de 5-AR. Síntomas como el deterioro cognitivo, la ansiedad y la depresión fueron considerados no relacionados por la mayoría. Se alcanzó consenso en 13 de los 15 ítems, con un 90.7% coincidiendo en que la evidencia científica actual sobre el SPF es pobre y un 85.1% identificando un perfil específico de paciente (hombre joven con ansiedad o depresión preexistente).

Conclusión: Los dermatólogos perciben el SPF como un fenómeno infrecuente, con un origen predominantemente psiquiátrico. Aunque la conciencia sobre el síndrome es generalizada, se necesitan estudios longitudinales de alta calidad para establecer pautas claras para su diagnóstico y manejo.

Palabras clave: alopecia androgenética, finasterida, dutasterida, síndrome post-finsaterida

ANTECEDENTES Y OBJETIVO

El síndrome post-finasterida (SPF) es un conjunto de signos y síntomas reportados por pacientes que han utilizado finasterida, los cuales no desaparecen tras la suspensión del fármaco. En esencia el trastorno se define por la presencia de disfunción sexual, síntomas físicos y problemas psicológicos que persisten tras la interrupción del medicamento, sin importar la dosis, tiempo de tratamiento, edad o indicación médica^{1,2,3,4,5}. Aunque la finasterida ha sido un tratamiento aprobado y ampliamente utilizado para la alopecia androgenética (AGA) desde 1997⁶, el SPF no fue reportado hasta 2011¹, lo que ha generado debate en la comunidad médica y en el colectivo de pacientes^{5,7,8}. Dado que la existencia del SPF y su etiología continúan siendo temas de debate, este estudio tiene como objetivo explorar la opinión de los dermatólogos miembros del Grupo Español de Tricología y Onicología (GETO) de la Academia Española de Dermatología y Venereología, con el fin de obtener una visión clara sobre la percepción clínica de este síndrome.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión cualitativa de la literatura en agosto de 2024, con el objetivo de valorar y estructurar las preguntas para el estudio. Esta revisión se limitó a artículos publicados en inglés y/o español desde el año 1997 e indexados en las principales bases de datos: *Medline* (vía PubMed), *Embase* y *The Cochrane Library*. Las palabras clave utilizadas para la búsqueda fueron “*finasterid**”, “*post-finasteride syndrome*” y “PFS”. Con base a la literatura revisada se elaboró un cuestionario preliminar dirigido a un panel de 54 dermatólogos españoles, todos ellos miembros del GETO para conocer su experiencia previa con el SPF. Una vez revisadas las respuestas preliminares, se diseñó una encuesta anónima formal utilizando una escala de Likert de 7 puntos, donde 1 correspondía a “totalmente en desacuerdo” y 7 a “totalmente de acuerdo”. El objetivo de esta encuesta fue evaluar el grado de consenso entre los expertos sobre diversas afirmaciones relacionadas con el SPF. Las respuestas se agruparon en

tres categorías: 1-3 (desacuerdo), 4 (neutralidad) y 5-7 (acuerdo). Para que un ítem se considerara consensado en términos de acuerdo o desacuerdo, debía cumplir con los siguientes criterios: una mediana de respuestas dentro del rango 1-3 o 5-7; menos de un tercio de las respuestas fuera de dicho rango; y un rango intercuartil (IQR) ≤ 2 . Este método permitió identificar puntos de consenso entre los expertos. Finalmente, los resultados obtenidos fueron analizados por el comité científico, quien realizó recomendaciones basadas en las respuestas consensuadas.

RESULTADOS

La experiencia de los participantes médicos tratando AGA con inhibidores de la 5-alfa-reductasa (i5AR) como finasterida o dutasterida fue valorada analizando el número de pacientes con AGA y prescripciones mensuales de i5AR realizados, así como los años tratando pacientes. Globalmente el 38.9% (21) de los médicos encuestados llevaban más de 15 años tratando AGA, un 13% más de 10 años, un 38.9% más de 5 años y un 9.3% menos de 5 años. Respecto a las prescripciones mensuales de i5AR, el 44.44% de los médicos realizaban más de 60, un 35.2% más de 30 y un 20.4% menos de 30. Por último, el 44.44% de los dermatólogos atendía más de 60 casos mensuales de AGA mientras que el 38.9% y 16.7% atendieron de media entre 30 a 60 y menos de 30 pacientes respectivamente.

Con respecto al cuestionario preliminar sobre el SPF, el 100% de los encuestados conocían de su existencia. El 83.3% no encontró en toda su trayectoria profesional ningún paciente con este síndrome, aunque nueve dermatólogos (16.7%) sí. Al preguntar a los encuestados sobre la posible etiología del síndrome, todos los dermatólogos excepto uno afirmaron que el origen es psiquiátrico y no farmacológico. El 92.6% consideró que cualquier efecto adverso producido por los i5AR es reversible tras la suspensión de la medicación. Con respecto a los signos y síntomas comúnmente citados como propios del síndrome post-finasterida por los pacientes^{1,2,3,4,8}, los encuestados fueron preguntados sobre si pudieran estar realmente relacionados con el uso de los i5AR. El 100% de los dermatólogos calificaron que la apnea obstructiva, elevación del factor reumatoide, ceguera, neuropatía óptica, retinopatía o lipoatrofia como improbablemente relacionados con el uso de i5AR. El 98.1% consideraron como improbable la relación con enlentecimiento de la cognición, “*brain fog*”, dificultad resolución de problemas, disminución de la comprensión, alteraciones de memoria,

disminución de HDL, elevación de triglicéridos, hipotermia, diabetes mellitus, *tinnitus* o acortamiento del pene o variación de su curvatura. El 90.7% evaluaron el insomnio, ansiedad, depresión, ideación suicida, aumento de peso, melasma, piel seca o fina, mialgias, atrofia muscular, elevación de CPK como improbablemente relacionados. Por otra parte, los síntomas considerados como posiblemente relacionados con el uso de los i5AR fueron la ginecomastia (88.8%), disminución del volumen seminal (79.6%), disminución de la libido (72.2%), disfunción eréctil (59.2%), pérdida de las erecciones matutinas o espontáneas (55.5%) y anorgasmia (33.3%).

Al cuestionarles sobre un posible origen delirante del síndrome, análogo a otros síndromes culturales⁸ como la enfermedad de Morgellons (posible delirio de infestación cutánea⁹) o Koro (delirio de retracción genital¹⁰); el 81.5% estaba de acuerdo con tal aseveración. Asimismo, el 92.5% rechazó una posible relación del síndrome con una alteración de los neuroesteroides endógenos por los i5AR.

Respecto a las cuestiones sobre las que se buscó consenso (Tabla 1), se alcanzó en 13 de los 15 ítems preguntados. El 90.7% coincidió en que la evidencia científica actual sobre el SPF es de baja calidad. El 85.1% estuvo de acuerdo en que existe un perfil típico de paciente propenso a desarrollar SPF, caracterizado por varones jóvenes solteros con antecedentes de ansiedad o depresión, con una preocupación obsesiva por su alopecia e hiperinformados en redes sociales. El 87% afirmó que la mayoría de los síntomas asociados al SPF son altamente subjetivos y multifactoriales. El 92.5% concurrió que el SPF ocurre independientemente a la dosis, indicación y duración del tratamiento del i5AR. El 83.3% opinó que el SPF es anecdótico en relación con dutasterida comparado con finasterida, a pesar de la mayor efectividad y vida media prolongada de la primera. Un 83.3% también consideró que la angustia y sufrimiento de los pacientes con SPF se ve agravada por la influencia de redes sociales. El 90.7% indicó que el papel del médico prescriptor del i5AR es fundamental para prevenir el SPF, debiendo explicar que los i5AR de forma infrecuente pueden producir síntomas en la esfera sexual. Otro 90.7% estaban de acuerdo en realizar una educación y cribado de problemas de salud mental antes de iniciar tratamiento. En cuanto al manejo del SPF, el 90.7% consideró fundamental proporcionar apoyo emocional a los pacientes para que se sientan acompañados durante su proceso. El 88.8% consideró necesario ajustar la dosis de i5AR o suspender el tratamiento en el

caso de SPF. No hubo consenso sobre la utilidad de abordar farmacológicamente problemas de la esfera sexual (ej. Sildenafil) en pacientes con SPF. Aunque un 67.92% si consensuaron la utilidad de un manejo conjunto con un urólogo en el caso de SPF. El 71.9% estuvieron de acuerdo en abordar farmacológicamente los problemas de salud mental de estos pacientes (ej. Antidepresivos), así como un manejo conjunto con un psiquiatra (88.8%) y psicólogo/sexólogo (92.5%). Sin embargo, el abordaje conjunto con un endocrinólogo no fue consensuado como necesario.

DISCUSIÓN

Finasterida 1mg diario fue aprobada en 1997 como Propecia™ (Merck®) para el tratamiento de la AGA y es uno de los fármacos más utilizados a nivel mundial^{6,11}, si bien, el SPF no fue reportado hasta el año 2011¹. En 2010, una revisión de Cochrane¹² demostró que, aunque finasterida 5 mg aumenta el riesgo de efectos sexuales el primer año, estos efectos son comparables a placebo tras dos años de medicación. En 2012, se fundó la "*Post-Finasteride Syndrome Foundation (PFSF)*" para promover la investigación sobre el SPF y su concienciación pública³.

Estas discrepancias en la literatura motivaron la necesidad de posicionamientos médicos expertos, como el panel internacional de 2017, que cuestionó la validez de los estudios sobre el SPF, al concluir que los estudios que vinculaban los i5AR con efectos persistentes eran de baja calidad con sesgos de selección, y que el único estudio de alta calidad que documentó efectos secundarios sexuales persistentes mostró que éstos eran más frecuentes en el grupo placebo^{2,13}.

Paralelamente a las publicaciones cruzadas con conclusiones antagónicas con respecto al SPF, la PFSF y otros grupos con intereses afines entran en litigios con Merck en 2011^{11,14}. A pesar de que el juicio contra Merck se resolvió finalmente sin reconocimiento de delito^{11,14}, la *Food and Drug Administration* (FDA) obligó a que en la ficha técnica de Propecia™ se advirtiera mejor a los pacientes no sólo de los efectos secundarios mientras se consumía el fármaco, sino también de la posibilidad de la existencia de síntomas incluso tras la interrupción del tratamiento¹¹. En 2017 la PFSF solicitó de nuevo a la FDA que Merck® suspendiera la venta de finasterida o bien añadiera

precauciones más significativas en su ficha técnica^{11,14}. Finalmente, en el año 2022 la FDA concluyó que la solicitud no aportaba pruebas razonables de una relación causal entre Propecia™ y los problemas sexuales persistentes, la depresión o el suicidio. Sin embargo, basándose en los informes médicos de los pacientes, la FDA exigió que se añadiera la ideación y el comportamiento suicida a las reacciones adversas enumeradas en la etiqueta de del fármaco^{14,15,16}. Adicionalmente, en el año 2024 la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) inició una revisión de finasterida y dutasterida promovida por la agencia reguladora francesa (ANSM) para aclarar el riesgo psiquiátrico¹⁷.

Actualmente, tras más de dos décadas de uso clínico de finasterida y con una creciente experiencia con dutasterida, la perspectiva de expertos con amplia trayectoria resulta especialmente valiosa para interpretar críticamente la evidencia, discernir entre efectos atribuibles y coincidentes, y orientar el abordaje clínico de este controvertido síndrome.

Los resultados obtenidos en este estudio reflejan la amplia experiencia y familiaridad con el uso de i5AR para el tratamiento de la AGA en la práctica clínica por los médicos participantes. Si bien el conocimiento universal del SPF entre los dermatólogos encuestados indica una conciencia clara de este fenómeno, el 83.3% de los médicos afirmó no haber encontrado casos de este síndrome en su práctica, lo que refuerza la idea de que la prevalencia es baja.

La mayoría de los dermatólogos (98.1%) atribuye una etiología psiquiátrica al SPF en lugar de farmacológica, lo que implica que, los síntomas reportados por los pacientes pueden estar más relacionados con factores psicológicos que con efectos directos de los i5AR^{2,8}. Este hallazgo es crucial, ya que subraya la necesidad de evaluar los factores psicosociales en estos pacientes. Además, el 92.6% consideró que cualquier efecto adverso es reversible tras la suspensión del medicamento, lo que contrasta con algunas narrativas sobre efectos persistentes³.

Actualmente entendemos el SPF como una amalgama de síntomas que experimenta un porcentaje extraordinariamente reducido de pacientes que toma un i5AR. Esos síntomas se iniciarían con el consumo del fármaco de dos maneras: inducidos directamente como efecto adverso del fármaco o más probablemente, como efecto nocebo, y persisten tras la suspensión de este, incluso meses después. En

el momento actual no se ha establecido claramente qué factores lo podrían perpetuar^{18,19}. Asimismo, hasta la fecha, no existe ninguna evidencia que el fármaco provoque alteraciones orgánicas irreversibles que expliquen la cronificación de los síntomas a pesar de la suspensión del i5AR^{2,4,5,8}. En relación a esto, la mayoría de los encuestados rechazaron un posible nexo del síndrome con alteración de los neuroesteroides endógenos¹⁸. Desafortunadamente, un número muy significativo de los estudios que concluyen que la finasterida es la causa del SPF han recibido apoyo promocional y/o económico de la PFSF² lo que dificulta la interpretación de los resultados por un posible sesgo. De hecho, la gran mayoría de los médicos coincidió en que la evidencia científica actual sobre el SPF es de baja calidad.

Aunque esta entidad no ha sido oficialmente reconocida por la comunidad médica, quienes refieren sufrirla, presentan síntomas similares^{1,3}. En general los síntomas reportados se engloban mayoritariamente dentro de la esfera sexual, pero también relacionados en la esfera cognitiva, la esfera afectiva y ocasionalmente síntomas somáticos como disminución del tamaño genital. Sin embargo, los médicos encuestados coinciden ampliamente en que los síntomas relacionados con el SPF más allá de la esfera sexual están improbablemente relacionados con el uso de los i5AR.

La aparición y mantenimiento de esta constelación de síntomas es altamente sospechoso que sea consecuencia de un problema o condición psicológica o psiquiátrica subyacente por las siguientes razones:

1. Ocurre independientemente a la dosis y duración del tratamiento. Hay descripciones en la literatura de pacientes que desarrollan SPF tras una toma única del fármaco^{1,2,4,5,8}. Asimismo, la mayoría de las descripciones de SPF son con dosis de 1mg y no con la dosis mayor de 5 mg^{1,2}.
2. La mayoría de los síntomas del SPF son altamente subjetivos y multifactoriales como las alteraciones de la sexualidad o cognitivas. Los signos somáticos ocasionalmente descritos³ (ej. Ceguera) no han sido confirmados en la literatura médica. Esto muestra similitudes con otros síndromes psiquiátricos culturales⁸.

3. La vida media de la finasterida (6-8 horas) es corta, por lo que su aclaramiento orgánico es muy rápido. La vida media de la dutasterida es mayor (4-5 semanas), teniendo asimismo mayor potencia inhibitoria que la finasterida²⁰. Sin embargo, la descripción de SPF por dutasterida es anecdótica. Muchos pacientes no conocen dutasterida, pensando que forma parte de un grupo diferente de fármacos y, por tanto, posiblemente sin ideas preconcebidas ni prejuicios. Asimismo, la PFSF ha dedicado mayoritariamente su esfuerzo y publicidad contra finasterida^{3,11}.
4. Existe un perfil frecuente de PFS que es el de un varón joven con pensamientos obsesivos que rozan la dismorfofobia con respecto su alopecia, hiperinformado en redes sociales, con historia de síntomas de ansiedad o depresión. Este perfil de pacientes podría ser más vulnerable a problemas de salud mental²⁰.
5. El malestar y el sufrimiento que experimentan estos pacientes es completamente genuino, aunque es probable que se inicie, se agrave o se prolongue debido a una base psicopatológica particular, amplificada por entornos en redes sociales que refuerzan ciertas ideas (principalmente en plataformas como *Reddit*, *Discord*, *Instagram* y *YouTube*). En estos espacios, aunque a veces se brinda apoyo, predominan los testimonios negativos y desalentadores, lo que puede agravar aún más el estado emocional de los pacientes^{14,21}.

Basado en las opiniones consensuadas, el abordaje del SPF está resumido en la Tabla 2.

La falta de estudios controlados y la calidad limitada de la evidencia actual dificultan la validación de estos hallazgos. La participación exclusiva de dermatólogos españoles es asimismo una limitación. Se requieren más estudios longitudinales y multicéntricos para obtener una comprensión más completa del SPF.

En conclusión, la transparencia es fundamental a la hora de crear un clima de confianza que reduzca la aparición de ansiedad respecto al tratamiento, ya que esto podría impactar de forma directa en su tolerancia. Dado que los pacientes tratados con i5AR podrían encontrar información sobre el SPF, es importante advertirles sobre este síndrome y aclarar que la evidencia actual sugiere una improbable causa farmacológica.

Tabla 1: Ítems analizados para valorar consenso

Item	Resultado	Consenso
La evidencia científica actual con respecto al SPF es de baja calidad.	Fuerte acuerdo Mediana: 7.0 IQR: 1.0 Porcentaje de respuestas fuera del rango: 0%	Alcanzado
Existe un perfil frecuente de SPF que es el de un varón relativamente joven (menos de 35 años) con pensamientos obsesivos que rozan la dismorfofobia con respecto su alopecia, hiperinformado en redes sociales, con historia de síntomas de ansiedad o depresión y habitualmente soltero.	Fuerte acuerdo Mediana: 7.0 IQR: 1.0 Porcentaje de respuestas fuera del rango: 0%	Alcanzado
La mayoría de los síntomas del SPF son altamente subjetivos y multifactoriales como las alteraciones de la sexualidad o cognitivas. Los signos ocasionalmente descritos como empequeñecimiento de genitales o ceguera nunca han podido ser confirmados en la literatura médica.	Fuerte acuerdo Mediana: 7.0 IQR: 1.0 Porcentaje de respuestas fuera del rango: 0%	Alcanzado
El SPF ocurre independientemente a la dosis, indicación y duración del tratamiento. Asimismo, la mayoría de las descripciones de SPF son con dosis de 1mg (AGA) y no con la dosis mayor de 5 mg (hiperplasia prostática benigna).	Acuerdo significativo Mediana: 6.0 IQR: 1.0 Porcentaje de respuestas fuera del rango: 5.6%	Alcanzado
La descripción de SPF por dutasterida es anecdótica comparada con finasterida, a pesar de su mayor efectividad y vida media.	Acuerdo significativo Mediana: 6.0 IQR: 1.0 Porcentaje de respuestas fuera del rango: 0%	Alcanzado
La angustia y sufrimiento que sufren los pacientes con síndrome post-finasterida es absolutamente real pero que probablemente se detona, empeora o se cronifica en una base psicopatológica particular y en cámaras	Acuerdo significativo Mediana: 6.0 IQR: 1.0 Porcentaje de respuestas fuera del rango: 5.6%	Alcanzado

de eco o de resonancia mediática presentes en diversas redes sociales (fundamentalmente en Reddit, Discord y Youtube). En estos grupos en ocasiones se da apoyo, pero en líneas generales predominan relatos desesperanzadores y trágicos que empeoran el estado psicológico de los pacientes.		
Para prevenir el SPF el papel del médico prescriptor es fundamental y debe realizar un cribaje adecuado de pacientes con problemas de salud mental ya que el desarrollo de SPF es más frecuente en un paciente con psicopatología previa.	Fuerte acuerdo Mediana: 7.0 IQR: 1.0 Porcentaje de respuestas fuera del rango: 1.8%	Alcanzado
Para tratar el SPF es fundamental dar soporte al paciente, que se sienta acompañado en su proceso.	Fuerte acuerdo Mediana: 7.0 IQR: 1.0 Porcentaje de respuestas fuera del rango: 0%	Alcanzado
Para tratar el SPF es fundamental ajustar la dosis de i5AR o suspender.	Acuerdo significativo Mediana: 6.0 IQR: 2.0 Porcentaje de respuestas fuera del rango: 11.3%	Alcanzado
Para tratar el SPF es fundamental abordar farmacológicamente (por ej. sildenafil) problemas de la esfera sexual.	Neutralidad Mediana: 4.0 IQR: 1.0 Porcentaje de respuestas fuera del rango: 43.4%	No alcanzado
Para tratar el SPF es fundamental abordar farmacológicamente (por ej. antidepresivos) problemas de salud mental.	Acuerdo moderado Mediana: 5.0 IQR: 2.0 Porcentaje de respuestas fuera del rango: 20.7%	Alcanzado
Para tratar el SPF es fundamental un abordaje conjunto con un sexólogo/psicólogo.	Acuerdo significativo Mediana: 6.0 IQR: 2.0 Porcentaje de respuestas fuera del rango: 7.5%	Alcanzado

Para tratar el SPF es fundamental un abordaje conjunto con un psiquiatra.	Acuerdo significativo Mediana: 6.0 IQR: 2.0 Porcentaje de respuestas fuera del rango: 5.6%	Alcanzado
Para tratar el SPF es fundamental un abordaje conjunto con un endocrinólogo.	Neutralidad Mediana: 4.0 IQR: 2.0 Porcentaje de respuestas fuera del rango: 33.9%	No alcanzado
Para tratar el SPF es fundamental un abordaje conjunto con un urólogo.	Acuerdo moderado Mediana: 5.0 IQR: 2.0 Porcentaje de respuestas fuera del rango: 9.4%	Alcanzado

Para que un ítem se considerara consensuado en términos de acuerdo o desacuerdo, debe cumplir con los siguientes criterios: una mediana de respuestas dentro del rango 1-3 (desacuerdo) o 5-7 (acuerdo); menos de un tercio de las respuestas fuera de dicho rango; y un rango intercuartil (IQR) ≤ 2 (baja dispersión de las respuestas con respecto la mediana).

Tabla 2: Recomendaciones de abordaje del síndrome post-finasterida.

Prevención	Tratamiento
1. Debe ser realizado por el médico prescriptor. 2. Explicar que los i5AR de forma infrecuente pueden producir síntomas en la esfera sexual. Estos síntomas son dosis dependientes y reversibles. 3. Cribaje adecuado de pacientes. El desarrollo de SPF es más frecuente en un paciente con psicopatología previa.	1. Dar soporte al paciente, que se sienta acompañado en su proceso. 2. Ajustar la dosis de i5AR o suspender. 3. Manejo conjunto con sexólogo, psicólogo, psiquiatra y/o urólogo. 4. Plantear el uso de tratamiento farmacológico de la esfera psiquiátrica (ej. Antidepresivo)

Referencias

1. Irwig MS, Kolukula S. Persistent Sexual Side Effects of Finasteride for Male Pattern Hair Loss. The Journal of Sexual Medicine. 2011;8(6):1747-1753.
2. Fertig R, Shapiro J, Bergfeld W, Tosti A. Investigation of the Plausibility of 5-Alpha-Reductase Inhibitor Syndrome. Skin Appendage Disord. 2016;2(3-4):120-129.
3. About Post-Finasteride Syndrome – The Post-Finasteride Syndrome Foundation. Accessed August 23, 2024. <https://www.pfsfoundation.org/about-pfs-post-finasteride-syndrome/>
4. Leliefeld HHJ, Debruyne FMJ, Reisman Y. The post-finasteride syndrome: possible etiological mechanisms and symptoms. Int J Impot Res. Published online September 11, 2023.
5. Maksym RB, Kajdy A, Rabijewski M. Post-finasteride syndrome - does it really exist? Aging Male. 2019;22(4):250-259.

6. Kaufman KD, Olsen EA, Whiting D, et al. Finasteride in the treatment of men with androgenetic alopecia. Finasteride Male Pattern Hair Loss Study Group. *J Am Acad Dermatol*. 1998;39(4 Pt 1):578-589
7. Asanad K, Sholklapper T, Samplaski MK, Cacciamani GE. Global online interest in finasteride sexual side effects. *Int J Impot Res*. 2024;36(4):408-413.
8. Trüeb RM, Régnier A, Dutra Rezende H, Gavazzoni Dias MFR. Post-Finasteride Syndrome: An Induced Delusional Disorder with the Potential of a Mass Psychogenic Illness? *Skin Appendage Disord*. 2019;5(5):320-326.
9. Delusional infestation. Freudenmann RW, Lepping P. *Clin Microbiol Rev*. 2009;22:690–732.
10. Chowdhury AN. The definition and classification of Koro. *Cult Med Psych*. 1996;20(1):41-65.
11. Low P, Li KD, Hakam N, et al. 5-Alpha reductase inhibitor related litigation: A legal database review. *Andrology*. 2022;10(3):470-476.
12. Tacklind J, Fink HA, Macdonald R, Rutks I, Wilt TJ. Finasteride for benign prostatic hyperplasia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;2010(10):CD006015.
13. Wessells H, Roy J, Bannow J, Grayhack J, Matsumoto AM, Tenover L, et al. Incidence and severity of sexual adverse experiences in finasteride and placebo-treated men with benign prostatic hyperplasia. *Urology*. 2003;61:579–582.
14. Perelman MA. Comment on “The post-finasteride syndrome: possible etiological mechanisms and symptoms.” *Int J Impot Res*. Published online April 12, 2024.
15. Trüeb RM, Gavazzoni Dias MFR, Dutra Rezende H. Suicidality and Psychological Adverse Events in Patients Treated with Finasteride. *Skin Appendage Disord*. 2021;7(6):524-526.

16. Al Saffar H, Xu J, O'Brien JS, Kelly BD, Murphy DG, Lawrentschuk N. US Food and Drug Administration Warning Regarding Finasteride and Suicidal Ideation: What Should Urologists Know? *Eur Urol Open Sci.* 2023;52:4-6.
17. European Medicines Agency. Finasteride- and dutasteride-containing medicinal products. EMA website. Available at: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/finasteride-dutasteride-containing-medicinal-products>. Accessed March 21, 2025.
18. Li X, Guo Y, Lu Y, et al. Case report: a study of the clinical characteristics and genetic variants of post-finasteride syndrome patients. *Transl Androl Urol.* 2022;11(10):1452-1457.
19. Melcangi RC, Santi D, Spezzano R, et al. Neuroactive steroid levels and psychiatric and andrological features in post-finasteride patients. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2017;171:229-35.
20. Salisbury BH, Leslie SW, Tadi P. 5α -Reductase Inhibitors. [Updated 2024 Jun 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555930/>
21. Stoolmiller M, Kim HK, Capaldi DM. The course of depressive symptoms in men from early adolescence to young adulthood: identifying latent trajectories and early predictors. *J Abnorm Psychol.* 2005 Aug;114(3):331-45.