Reumatol Clin. 2020;16(Espec Cong):425

Reumatología Clínica

https://www.reumatologiaclinica.org

RC070 - PORCENTAJE DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA AROMATASA QUE PRECISAN AGENTE OSEO BASÁNDONOS EN EL ALGORITMO DE HADJI. DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO BASAL

D. Montero Seisdedos[1], O. Ibarguengoitia[1], L. Vega[1], C. García[1], J.M. Blanco[1], E. Ruiz Lucea[1], A.R. Intxaurbe[1], O.B. Fernández[1], I. Calvo[1], C.E. Pérez[1], M.L. García Vivar[1], E. Galíndez[1], E. Cuende[1], A. Bilbao[2], N. Rivera[2], M.J. Allande[2], H. Zuazo[2] e I. Torre[1]

[1]Servicio de Reumatología; [2]Servicio de Investigación. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

Resumen

Introducción: Un efecto adverso bien conocido de los inhibidores de la aromatasa (IA), anastrozol, letrozol y exemestano, es la progresiva pérdida de densidad mineral ósea (DMO) y el consecuente aumento del riesgo de fractura (fx). Un algoritmo muy utilizado para el manejo del tratamiento (tto) en pacientes tomadoras de IA es el de Hadji del año 2011, que valora factores de riesgo clínicos y valores densitométricos.

Métodos: Estudio transversal retrospectivo de 200 pacientes recogida entre 2014 y 2019 de la consulta monográfica de osteoporosis (OP) remitidos por Oncología Médica para valoración del riesgo de fx al inicio del tratamiento con IA tras diagnosticarse de cáncer de mama. Se incluyen DMO y factores de riesgo de fx basándonos en el algoritmo de Hadji de 2011, y qué porcentaje de pacientes requirió tratamiento con agente óseo durante el seguimiento.

Resultados: La edad media es de 64,8 años con una DE de 9,5 y una mediana de 64,5 (Q1 58 y Q3 72). Respecto a los IA, 56 pacientes (28%) tomaban anastrozol, 122 (61%) letrozol y 22 (11%) exemestano. Factores de riesgo basales: 28 pacientes (14%) eran fumadoras activas y 35 (17,5%) exfumadoras; 11 (5,5%) reconocían toma habitual de alcohol a dosis significativas. 42 mujeres (21%) presentaron fx previas: 15 (35,71%) en la muñeca, 8 (19,05%) vertebrales, 2 (4,76%) de hombro y 1 (2,38%) de cadera. El resto en otras localizaciones. 44 (22%) reconocían caídas habituales y 15 (7,5%) presentaban antecedentes de fx de cadera en madre. No había pacientes en tratamiento esteroideo crónico y 9 (4,5%) presentaban osteoporosis secundaria a otra enfermedad crónica. La DXA basal mostraba OP en 64 pacientes (32%), osteopenia en 108 (54%) y normalidad en 28 (14%). Analíticamente, todas las mujeres menos 1 presentaban niveles fosfocálcicos normales. Respecto a la VitD, 13 pacientes (6,67%) presentaban valores 10 ng/mL, 50 (25,64%) entre 10 y 20, 68 (34,87%) entre 20 y 30, y las 64 restantes (32,82%) mayores de 30 ng/mL. Los niveles de PTHi eran elevados en 15 mujeres (7,69%) y el CTX era alto en 34 (17,53%). Se recogen los datos de seguimiento con el consiguiente interés: 12 pacientes (6%) sufren una nueva fx durante el tratamiento con IA, 7 (58%) vertebrales, 3 (25%) de muñeca, y 2 (16%) en otras localizaciones. 121 mujeres (60,5%) recibieron tto para la OP según el protocolo de Hadji, 92 (76,03%) de ellas alendronato, 7 (5,79%) risedronato, 18 (14,88%) denosumab, y las 4 restantes (3,3%) zoledronato e ibandronato en igual proporción (1,65%).

Conclusiones: Un 60,5% de las pacientes de nuestra serie precisaron agente óseo basándonos en el algoritmo de Hadji que combina factores de riesgo y valores de DMO. Destacar que solo presentaban valores de

osteoporosis en DXA en la valoración inicial un 30% de pacientes y que presentaban fracturas previas un 21% siendo las más numerosas las de muñeca. Consideramos fundamental la valoración sistemática del riesgo de fractura que presentan las pacientes con neoplasia de mama que inician tratamiento con inhibidores de la aromatasa valorando la necesidad de pautar agente oseo usando un algoritmo tan practico como es el de Hadji.

Bibliografía

1. Hadji P, et al. Management of Aromatase Inhibitor-Associated Bone Loss (AIBL) in postmenopausal women with hormone sensitive breast cancer: Joint position statement of the IOF, CABS, ECTS, IEG, ESCEO, IMS, and SIOG. J Bone Oncol. 2017;7:1-12.

1699-258X © 2020. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados