



## O-10. - INCIDENCIA DE NUEVAS FRACTURAS VERTEBRALES EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA NO AVANZADO QUE RECIBEN INHIBIDORES DE LA AROMATASA A PESAR DE TRATAMIENTO CON CALCIO, VITAMINA D E IBANDRONATO

E. Rodríguez Rodríguez<sup>1</sup>, R. Hernández San Gil<sup>2</sup>, L. Brage Martín<sup>3</sup>, H. Roldán Delgado<sup>3</sup>, M. Sánchez Pérez<sup>1</sup>, E. Martín Ponce<sup>1</sup>, J. Alvisa Negrín<sup>1</sup>, M. Monereo Muñoz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Oncología Médica, <sup>3</sup>Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. San Cristóbal de la Laguna. Santa Cruz de Tenerife.

### Resumen

**Objetivos:** Se estima que la prevalencia de fracturas vertebrales (FV) de las mujeres con cáncer de mama no avanzado (CMNA) al diagnóstico es igual que la de la población general (5-7% entre los 50 y los 70 años), pero estas cifras aumentan tras el diagnóstico, en gran parte debido a los tratamientos recibidos para su neoplasia. Los inhibidores de la aromatasa (IA) pueden producir disminución de la masa ósea y aumento del riesgo de FV. Este efecto puede ser prevenido, al menos en parte, tratando con calcio, vitamina D y bisfosfonatos. Nos propusimos analizar la prevalencia de FV en un grupo de mujeres con CMNA y estudiar la incidencia de nuevas FV tras un año de tratamiento con IA, calcio, vitamina D e ibandronato oral.

**Métodos:** Se incluyeron de forma prospectiva 121 mujeres con CMNA que se trataron con IA, calcio, vitamina D e ibandronato oral mensual. A 118 de ellas se les realizó radiografía (Rx) lateral de columna y densitometría ósea (DMO) antes de iniciar los IA y tras un año de tratamiento.

**Resultados:** Las pacientes tenían una mediana de 62 años (34-80). 85% habían recibido radioterapia, 50,8% quimioterapia y 34,7% tamoxifeno. Antes del tratamiento había 5,9% de radiografías con FV (4 dorsales y 3 lumbares). Las fracturas eran más prevalentes en las mujeres mayores de 65 años (16% vs 1,4%,  $p = 0,004$ ). Todas las mujeres con FV tenían masa ósea baja (5/9 osteoporosis y 4/9 osteopenia,  $p = 0,001$ ), con menor masa ósea basal de cadera (cuello femoral  $0,723 \pm 0,116$  vs  $0,857 \pm 0,123$ ,  $p = 0,008$  y cadera total  $0,844 \pm 0,096$  vs  $0,969 \pm 0,129$ ,  $p = 0,008$ ) sin que hubiera diferencias para la columna lumbar ( $p = \text{NS}$ ). Tras un año de tratamiento con IA, 4,2% de las pacientes tuvieron nuevas FV (1,7%) o empeoramiento de las previas (1,7%). La masa ósea lumbar y femoral aumentó tras un año de tratamiento ( $p < 0,0001$ ) sin diferencias entre las que tenían fracturas vertebrales y las que no ( $p = \text{NS}$ ).

**Discusión:** La prevalencia basal de FV en esta población de mujeres con CMNA se asemeja a la descrita por otros autores. El tratamiento durante un año con calcio, vitamina D e ibandronato aumenta la masa ósea de las pacientes con CMNA que reciben IA, pero a pesar de ello, existe un pequeño número de nuevas fracturas vertebrales y empeoramiento de las preexistentes, lo que

plantea la necesidad de otras estrategias como la vertebroplastia, que podría indicarse en mujeres que muestren fracturas vertebrales al inicio del tratamiento.

*Conclusiones:* A pesar del tratamiento preventivo con bisfosfonatos, el tratamiento con IA conlleva riesgo de nuevas FV y empeoramiento de las previas.