



## O-9. - RIESGO DE FRACTURA DE CADERA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA: DIFERENCIAS ENTRE LA HERRAMIENTA FRAX Y LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA

E. Rodríguez Rodríguez<sup>1</sup>, R. Hernández San Gil<sup>2</sup>, L. Rodríguez Rodríguez<sup>2</sup>, M. Sánchez Pérez<sup>1</sup>, J. Alvisa Negrín<sup>1</sup>, A. Pérez Ramírez<sup>1</sup>, M. Durán Castellón<sup>1</sup>, G. Quintero Platt<sup>1</sup>

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

### Resumen

**Objetivos:** La herramienta FRAX<sup>®</sup> estima el riesgo de fractura osteoporótica a 10 años. Varios autores consideran que no evalúa suficientemente el riesgo de las mujeres con cáncer de mama. Nos propusimos calcular el riesgo de fractura a 10 años de un grupo de mujeres con cáncer de mama no avanzado (CMNA) y comparar con los resultados de la densitometría ósea (DMO).

**Métodos:** Se incluyeron de forma prospectiva 121 mujeres con CMNA que habían recibido diversos tratamientos (cirugía, radioterapia, quimioterapia o tamoxifeno), antes de iniciar tratamiento con inhibidores de la aromatasa (IA). Se les calculó el FRAX ajustado a población española y se determinó su masa ósea con DMO.

**Resultados:** El porcentaje medio de FRAX a 10 años para fractura de cadera fue de  $1,3 \pm 1,6\%$  y para fractura mayor de  $4,6 \pm 3,5\%$ . 13,1% de las pacientes tenían un FRAX a 10 años mayor del 3% para fractura de cadera que sería indicativo de tratamiento. El FRAX mayor del 3% se dio con mayor frecuencia en las mujeres mayores de 65 años ( $p < 0,0001$ ). Las mujeres tenían  $62,6 \pm 9$  años, su IMC era de  $30 \pm 5$ , 12,4% habían tenido alguna fractura por fragilidad (7,6% tenían al menos una fractura vertebral en la Rx de columna), 7,5% referían fractura de cadera en un progenitor. 15,7% eran fumadoras y 20,6% consumían alcohol habitualmente. La DMO mostró 16,5% de mujeres con osteoporosis, 45,5% con osteopenia y 62% con masa ósea normal. La DMO de cuello femoral fue de  $0,850 \pm 0,128 \text{ g/cm}^2$  con valores menores en las pacientes con FRAX mayor de 3 ( $0,778 \pm 0,125$  vs  $0,857 \pm 0,125$ ;  $p < 0,041$ ). Solo una paciente (0,8%) presentó menopausia antes de los 45 años pero 50,4% de las mujeres recibieron quimioterapia y 14,8% del grupo total presentaron amenorrea postquimioterapia. 35,5% habían recibido tamoxifeno y todas iban a comenzar tratamiento con IA.

**Discusión:** El FRAX realizado presentó unos valores bajos de riesgo de fractura a 10 años mientras que la DMO mostró un 62% de mujeres con baja masa ósea. La diferencia entre los dos métodos puede estar en una menor edad de las pacientes con CMNA que la de las pacientes con osteoporosis postmenopáusica y en el englobar en un solo factor (osteoporosis secundaria) tratamientos que producen osteopenia como la quimioterapia, el tamoxifeno en mujeres premenopáusicas o los IA en mujeres postmenopáusicas.

**Conclusiones:** La herramienta FRAX puede infraestimar el riesgo de fractura de las mujeres con

CMNA.