

nemos 14 documentos (14 de 473.442) en, The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL).

Selección de estudios

Ninguno de los estudios evaluados es capaz de contestar a la pregunta planteada. Inicialmente seleccionamos un ensayo clínico¹ dos metaanálisis^{2,3}, presentes en todas las estrategias de búsqueda, considerando que eran los artículos clave para poder responder a la pregunta. Sin embargo, el ensayo clínico correspondía a una publicación de 1971¹, no pudiendo acceder al resumen del trabajo. En el metaanálisis de Jones G y cols², los datos se refieren fundamentalmente a datos de artropatías inflamatorias, siendo la respuesta con Ytrio similar a los resultado con infiltración con triamcinolona. Finalmente, en el metaanálisis de Kresnik E y cols³, se obtuvo respuesta en artrosis del 56% en pacientes, especialmente con signos degenerativos radiológicos de grado inicial, frente al 66% de respuesta en pacientes con artritis reumatoide.

Medicina Basada en la Experiencia

Nuestra experiencia se basa en el tratamiento con Ytrio radioactivo en 6 pacientes, con hidrartros de repetición sobre rodilla, refractarios a AINEs y al menos 2 infiltraciones con corticoides. La sinoviortesis se mostró eficaz en el control de los síntomas en cuatro de ellos, sin aparición de complicaciones, ni requerimiento de otro tipo de tratamiento varios años después.

CONCLUSIONES

De la revisión del material seleccionado, podemos comentar que la radiosinoviortesis podría ser un método eficaz y seguro en el tratamiento del hidrartros de repetición. Sin embargo, no se ha podido demostrar su superioridad respecto a las infiltraciones con corticoides, en concreto a la triamcinolona. Por tanto, no debe ser considerada como tratamiento de primera elección en los pacientes con hidrartros de repetición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bridgman JF, Bruckner F, Bleehen NM. Radioactive yttrium in the treatment of rheumatoid knee effusions. Preliminary evaluation. *Ann Rheum Dis.* 1971; 30(2):180-2.
2. Jones G. Yttrium synovectomy: a meta-analysis of the literatura. *Aust n Z J Med.* 1993;23 (3):272-5.
3. Kresnik E, Mikosch P, Gallowitsch HJ, Jesenko R, Just H, Kogler D, Gasser J, Heinisch M, Unterweger O, Kumnig G, Gomez I, Lind P. Clinical outcome of radiosynoviorthesis: a meta-analysis including 2190 treated joints. *Nucl Med Commun.* 2002;23(7):683-8.

¿Es necesario algún tratamiento añadido para la osteoporosis mientras se toma Tamoxifeno?

P. BERNABEU GONZÁLVEZ

Sección Reumatología - Hospital Universitario San Juan - Alicante

Correspondencia: Dra. M^a Pilar Bernabeu González - Sección Reumatología - Hospital Universitario San Juan - Ctra. Nacional 332 - Alicante/Valencia s/n - 03550 San Juan - Alicante

✉ bernabeu_pil@gva.es

PREGUNTA

Tomo Tamoxifeno por cáncer de mama y tengo osteoporosis. ¿Necesito algún tratamiento añadido para la osteoporosis mientras esté tomando Tamoxifeno?

RESPUESTA

Las mujeres con cáncer de mama tienen un riesgo aumentado de padecer osteoporosis. Son más susceptibles de presentar menopausia precoz por fallo ovárico inducido por los tratamientos quimioterápicos. Además estos fármacos pueden tener efectos adversos directos sobre la densidad mineral ósea y la actividad osteoclástica puede estar aumentada por la neoplasia.

El Tamoxifeno es un fármaco modulador de los receptores de estrógeno, con función estrógeno-Like, que se utiliza con frecuencia para la prevención y tratamiento del cáncer de mama. Tiene efecto opuesto en mujeres pre y postmenopausicas. Si bien, en las primeras puede incre-

mentar la pérdida de masa ósea, por su propia acción antiestrogénica, en las mujeres postmenopausicas se asocia a una preservación de la densidad mineral ósea tanto en columna lumbar como en cuello femoral.

Medicina Basada en la Evidencia

Para contestar esta pregunta con la mayor evidencia posible se realiza una búsqueda en PubMed utilizando los términos: breast cancer, Tamoxifen y osteoporosis. Utilizando como límites: idioma ingles y español, artículos con resumen, publicados en los últimos 5 años, se han encontrado 83 artículos. Entre ellos no hay ningún meta-analisis; 19 artículos corresponden a Ensayos Clínicos: 6 se han rechazado por no corresponder exactamente con la búsqueda; los 13 restantes han sido revisados. De las citas bibliográficas revisadas, 64 corresponden a artículos de revisión. En estos últimos y en algunos artículos relacionados es donde se ha encontrado más informa-

ción acerca de las guías de práctica clínica.

Las guías de práctica clínica de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO), recomiendan identificar y monitorizar a las pacientes con cáncer de mama y riesgo alto de osteoporosis. Se recomienda revisar otros posibles factores de riesgo de osteoporosis y realizar una densitometría ósea basal y repetirla periódicamente (1-2 años) en función de los resultados.

El manejo de la osteopenia y la osteoporosis en mujeres con cáncer de mama en general no difiere mucho de tratamiento de las mujeres sin cáncer de mama.

a. Se debe hacer hincapié en los factores de riesgo de osteoporosis modificables, como la adecuada ingesta de calcio y vitamina D, realización de ejercicio físico y en evitar tóxicos (alcohol, tabaco...).

b. Cuando hay una osteoporosis establecida (índice T > -2,5) o una osteopenia asociada a algún factor de riesgo se recomienda añadir tratamiento antiresortivo.

Numerosos ensayos clínicos evidencian que tanto los bifosfonatos orales (Alendronato, Risedronato) como los parenterales (Pamidronato, Ac. Zoledrónico) son efectivos en el mantenimiento de la densidad mineral ósea en

pacientes con cáncer de mama, por lo que estos fármacos parecen ser el tratamiento de elección en mujeres con cáncer de mama y osteoporosis.

CONCLUSIÓN

A pesar de tomar Tamoxifeno, si el paciente tiene osteoporosis, debe tomar tratamiento para ello. Lo más probable es que su médico le prescriba un bifosfonato oral y suplementos de Calcio y Vitamina D.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vogel VG et al Effects of Tamoxifen vs Raloxifen on the risk of developing invasive breast cancer and other disease outcomes: the NSABP Study of Tamoxifen and Raloxifen (STAR) p-2 Trial. *JAMA* 2006;21 (23):2727-41. Epub 2006 Jun 5.
2. Lester J. The causes and treatment of bone loss associated with carcinoma of the breast. *Cancer Treat Rev* 2005;31 (2):115-142. Review
3. Theriault RL. Strategies to prevent chemotherapy-induced bone loss in women with breast cancer. *Clin Breast Cancer* 2005;5 Suppl(2):63-70.
4. Mackey JR. Skeletal Health in postmenopausal survivors of early breast cancer. *Int J Cancer* 2005;114(6):1010-5. Review.

5. Ravdin PM. Managing the risk of osteoporosis in women with a history of early breast cancer. *Oncology (Willinston Park)* 2004;18 (11):1385-90. Review.

6. Ramaswamy B. Osteopenia and osteoporosis in women with breast cancer. *Semin Oncol* 2003;30 (6):763-75. Review.

7. Harvey HA. Optimizing biphosphonate therapy in patients with breast cancer on endocrine therapy. *Semin Oncol* 2004;31 (6 suppl 12):23-30.

8. Mincey BA. Prevention and treatment of osteoporosis in women with breast cancer. *Mayo Clin Proc* 2000;75(8):821-9.

9. Swenson et al. Intervention to prevent loss of bone mineral density in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2005;9(2):177-84. Review.

10. Winer et al. American Society of Clinical Oncology Technology Assessment on the use of Aromatase Inhibitors as adjuvant Therapy for postmenopausal women with hormone receptor positive breast cancer: status report 2004. *J Clin Oncol* 2005;23(3):619-29.

11. Hillner et al. American Society of Clinical Oncology 2003 Update on the role of Biphosphonates and Bone Health Issues in women with breast cancer. *J Clin Oncol* Nov;21:4042-57.