

# DIFERENCIAS EN EL METABOLISMO ÓSEO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA SEGÚN LA PAUTA DE TRATAMIENTO CON AGONISTAS LHRH: INTERMITENTE VS CONTINUO

Arevalo Ruales K<sup>1</sup>, Ivorra Cortés J<sup>1</sup>, Vera Donoso C<sup>2</sup>, Grau García E<sup>1</sup>, Alcañiz Escandell C<sup>1</sup>, Cánovas Olmos I<sup>1</sup>, Chalmeta Verdejo I<sup>1</sup>, Feced Olmos C<sup>1</sup>, Fragio Gil J<sup>1</sup>, González Mazarío R<sup>1</sup>, González Puig L<sup>1</sup>, Labrador Sánchez E<sup>1</sup>, Martínez Cordellat I<sup>1</sup>, Nájera Herranz C<sup>1</sup>, Negueroles Albuixech R<sup>1</sup>, Oller Rodríguez JE<sup>1</sup>, Ortiz Sanjuán FM<sup>1</sup>, Vicens Bernabeu E<sup>1</sup>, Hervás Marín D<sup>3</sup>, Román Ivorra JA<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. <sup>2</sup>Servicio de Urología. HUP La Fe. Valencia. <sup>3</sup>Unidad de Bioestadística. IIS. Valencia.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es la neoplasia maligna más común en el hombre. Es hormono dependiente, por lo que la inhibición androgénica con agonistas LHRH es uno de los pilares de tratamiento. Existen varios esquemas de tratamiento, pudiendo ser continuo o intermitente para disminuir los efectos secundarios. En cuanto a los efectos óseos, la terapia con agonistas LHRH aumenta la resorción ósea y disminuye la densidad mineral ósea (DMO), lo que lleva a un aumento del riesgo de fracturas. La influencia de los diferentes esquemas terapéuticos aún no ha sido estudiada a profundidad.

## OBJETIVOS

Evaluar el efecto de los esquemas de tratamiento con agonistas LHRH en el metabolismo óseo de pacientes con cáncer de próstata, y si el tratamiento antiresortivo influye en la evolución de la densidad mineral ósea de acuerdo al esquema de tratamiento.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se han seleccionado pacientes del protocolo de evaluación de riesgo de osteoporosis en pacientes con cáncer de próstata de nuestro centro. Los pacientes fueron evaluados en una visita basal (mes 0) y posteriormente a los 6, 12, 18 y 24 meses. Se recogieron datos de marcadores séricos de remodelado óseo, DMO de la columna lumbar, cuello femoral y cadera total, esquema terapéutico de los agonistas LHRH y tratamiento antiresortivo. Se realizó el análisis estadístico con software R.

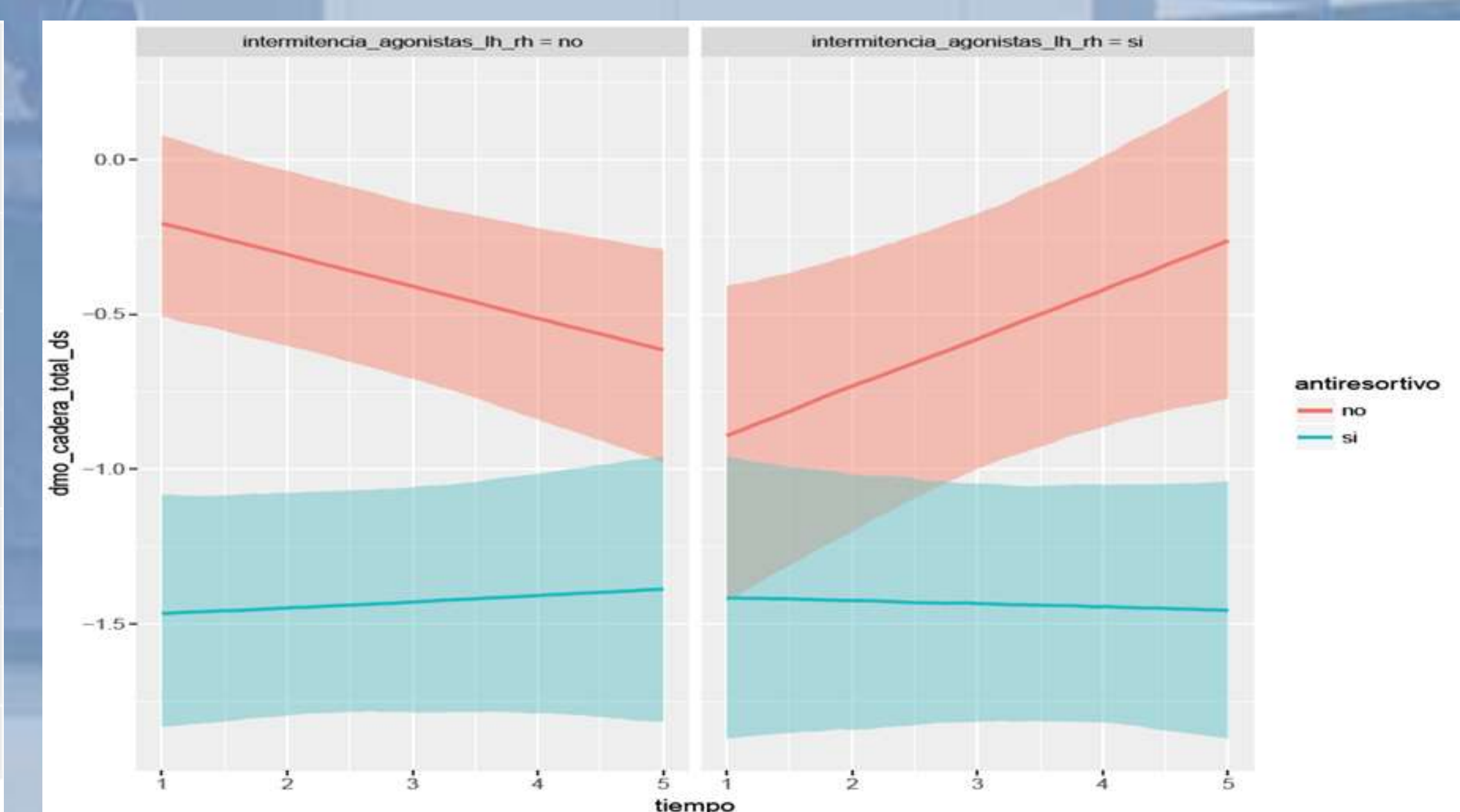
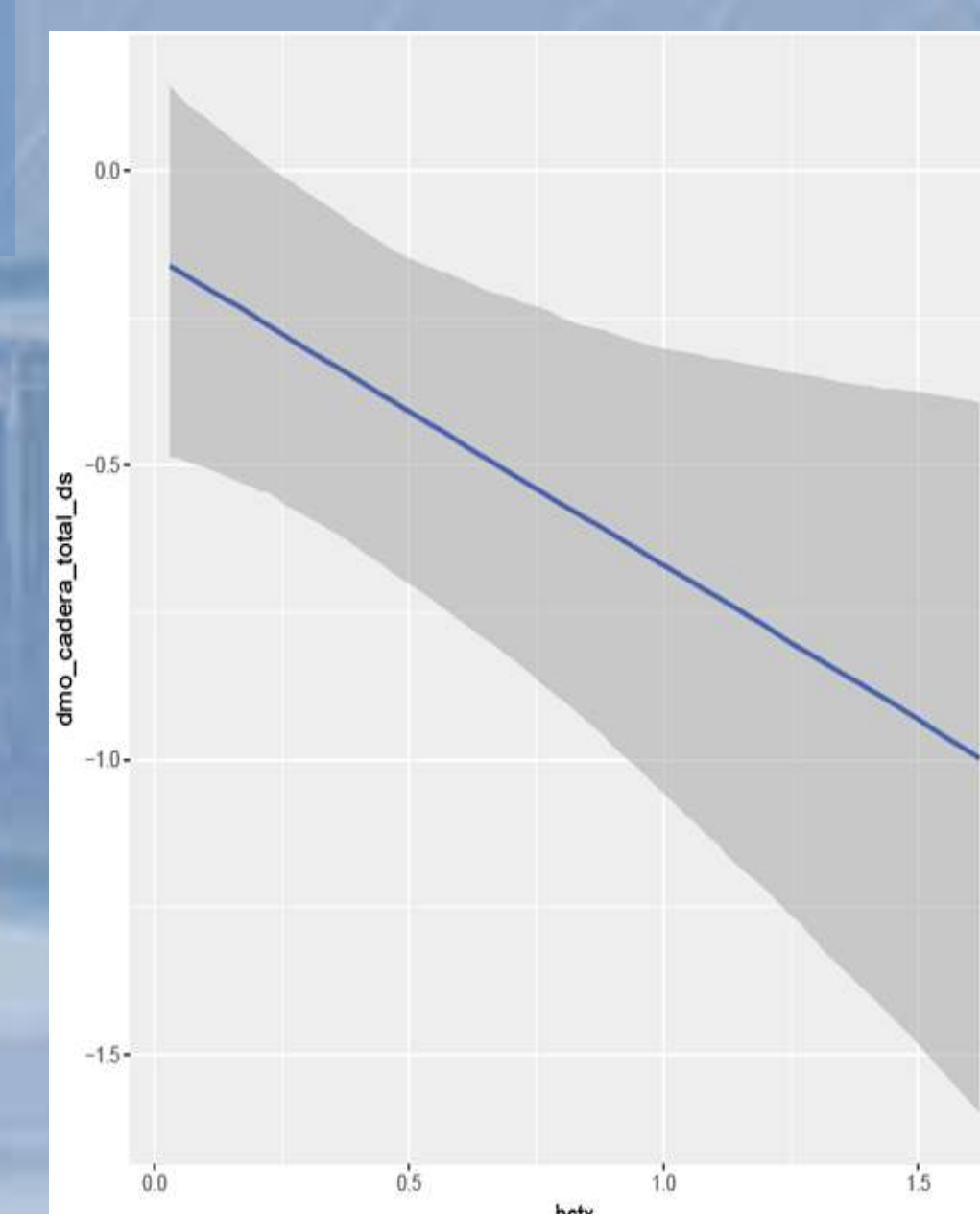
| Variable                 | Mes 0<br>n = 52 | Mes 24<br>n = 31 |
|--------------------------|-----------------|------------------|
| PTH                      | 44.87 (23.83)   | 58.45 (40.43)    |
| bCTX                     | 0.48 (0.32)     | 0.27 (0.3)       |
| x25OH_vitD               | 22.4 (9.33)     | 37.22 (11.68)    |
| P1NP                     | 39.7 (19.18)    | 39.73 (32.9)     |
| dmo_lumbar_t-score       | -0.66 (2.11)    | -0.66 (1.61)     |
| dmo_cuello_femur_t-score | -1.36 (0.93)    | -1.42 (0.87)     |
| dmo_cadera_total_t-score | -0.84 (1.04)    | -0.97 (0.81)     |

## RESULTADOS

Se revisaron 69 pacientes de los cuales se seleccionaron 52 que completaron al menos 12 meses de seguimiento y no presentaban metástasis óseas. La edad media al diagnóstico de la neoplasia fue de 68,92 (8,44) años. La puntuación Gleason media fue de 7 (1).

El 81% de los pacientes tenía tratamiento activo con agonistas LHRH, de los cuales el 81% tenía tratamiento continuo. El 39% de pacientes iniciaron tratamiento antiresortivo, 24% de ellos se encontraban con tratamiento agonista LHRH intermitente y 76% en continuo. En la evaluación basal el 12% de los pacientes presentaban osteoporosis y el 32% osteopenia. El 43% de los pacientes presentaban valores basales de vitamina D por debajo de 20ng/mL.

Se observa que el tratamiento antiresortivo tiene influencia en la DMO de cadera y columna lumbar ( $p < 0,001$ ). Observamos que en pacientes en tratamiento antiresortivo, la intermitencia con agonistas LHRH no tuvo efecto independiente en la DMO. En los pacientes sin tratamiento antiresortivo la intermitencia sí tuvo efecto en la DMO cadera total y en la columna lumbar incrementándose ésta en los pacientes con intermitencia frente a los que se encuentran en régimen continuo. El efecto a nivel lumbar es dependiente del tiempo en intermitencia. La intermitencia no tuvo efecto significativo en los valores de t-score cuello femoral, con independencia de si el tratamiento antiresortivo se administra o no. En pacientes sin tratamiento antiresortivo, niveles altos de bCTX se relacionaron con la disminución de la DMO ( $P = 0,017$ ). No se detectaron fracturas durante el periodo de seguimiento.



## CONCLUSIONES

En nuestros pacientes con cáncer de próstata detectamos una alta prevalencia de deficiencia de vitamina D. El tratamiento antiresortivo tuvo un efecto positivo en la DMO con independencia del régimen. Los pacientes sin tratamiento antiresortivo en esquema de tratamiento intermitente con agonistas LHRH muestran una mejor evolución en los valores de DMO en comparación con los de esquema continuo. En los pacientes sin tratamiento antiresortivo, la evolución de la DMO se relaciona con los niveles de bCTX durante el seguimiento.