

Actualización de las Guías de Práctica Clínica de la ASCO sobre el uso de intervenciones farmacológicas para la reducción del riesgo de cáncer de mama.

The American Society of Clinical Oncology (ASCO) ha actualizado sus Guías de Práctica Clínica de 2002 sobre las intervenciones farmacológicas para la reducción del riesgo de cáncer de mama y recomienda que en mujeres con un riesgo incrementado, tamoxifeno (20 mg/día durante 5 años) puede ser ofrecido para reducir el riesgo de cáncer de mama invasivo receptor estrogénico positivo, con beneficios durante al menos 10 años.

En mujeres postmenopáusicas, puede ser considerado raloxifeno (60mg/día durante 5 años). No se recomienda el uso de inhibidores de la aromatasas, fenretinida, u otros moduladores selectivos del receptor estrogénico para disminuir el riesgo de cáncer de mama si no es en un ensayo clínico.

J Clin Oncol Published Ahead of Print on May 26, 2009 as 10.1200/JCO.2008.20.5179

Para ampliar información pinchar [aquí](#) .
[Información en la página web de la ASCO](#) .

Metanálisis: riesgo de perforación gastrointestinal en pacientes con cáncer tratados con bevacizumab

En esta revisión sistemática y metanálisis publicado en la revista Lancet Oncology se valora el riesgo global de perforación gastrointestinal asociado con el tratamiento con bevacizumab.

Los investigadores evaluaron datos de 17 ensayos controlados con asignación aleatoria (incluyeron un total de 12.294 pacientes) en los que bevacizumab fue comparado con controles en combinación con tratamiento antineoplásico estándar. Se obtuvieron los siguientes resultados:

- La incidencia de perforación gastrointestinal fue 0,9% (IC 95% 0,7-1,2) entre los

pacientes tratados con bevacizumab, con una mortalidad del 21,7% (11,5-37).

- Los pacientes tratados con bevacizumab tuvieron un incremento del riesgo de perforación gastrointestinal en comparación con los pacientes tratados con el control, con un riesgo relativo de 2,14 (IC 95% 1,19-3,85; p=0,011).

- El riesgo varió con la dosis de bevacizumab y tipo de tumor. El riesgo relativo para pacientes tratados con bevacizumab 5 y 2,5 mg/kg por semana fue de 2,67 (1,14-6,26) y 1,61 (0,76-3,38), respectivamente. Se observaron riesgos más elevados en pacientes con carcinoma colorrectal (riesgo relativo 3,10, 1,26-7,63) y cáncer de células renales (riesgo relativo 5,67, 0,66-48,42).

Los investigadores concluyen que añadir bevacizumab al tratamiento antineoplásico incrementa el riesgo de perforación gastrointestinal en comparación con los controles, y el riesgo puede variar con la dosis de bevacizumab y el tipo de tumor. Sin embargo los autores reconocen entre otras las siguientes limitaciones:

- Los EC incluidos en el análisis fueron hechos en varios centros clínicos, y la capacidad para detectar perforación gastrointestinal puede variar entre estas instituciones, lo que puede producir sesgos en los porcentajes de incidencia.

- La incidencia de perforación gastrointestinal mostró heterogeneidad significativa entre los estudios incluidos. Esto puede reflejar diferencias en los tamaños de las muestras, dosis de medicación, tipo de tumor, quimioterapia concomitante y otros factores entre estos estudios. Sin embargo, si para el cálculo de la estimación de la incidencia global se usa el modelo de efectos aleatorios puede minimizar el problema.

- El estudio mostró que el riesgo de perforación grado 5 fue más elevado en los pacientes tratados con bevacizumab que en los controles, pero no fue estadísticamente significativo. Esta observación puede estar limitada por el tamaño de la muestra.

The Lancet Oncology, Publisher early online on 25 May 2009.

Para ampliar información pinchar [aquí](#).

Estudio de no inferioridad: Quimioterapia adyuvante en mujeres mayores con cáncer de mama temprano

Los resultados de este estudio encontraron que la quimioterapia adyuvante estándar es superior a capecitabina en pacientes de 65 años o mayores con cáncer de mama temprano. Las pacientes con cáncer de mama estadios I, II, IIIA o IIIB fueron asignadas aleatoriamente a

tratamiento con quimioterapia estándar ([n=326], tanto con ciclofosfamida, metotrexato o fluorouracilo (CMF) o ciclofosfamida más doxorrubicina) o capecitabina [n=307]. A las pacientes con tumores receptor hormonal positivo se les ofreció tamoxifeno o un inhibidor de la aromatasas después de quimioterapia. La variable primaria usada en el estudio fue la supervivencia libre de recaída (definida como el tiempo desde la entrada en el estudio hasta la recurrencia local, metástasis distantes o muerte por cualquier causa).

El ensayo empezó reclutando pacientes en septiembre de 2001. El primer análisis por protocolo, en noviembre de 2006, después de reclutar a 600 pacientes, encontró 16 recurrencias, metástasis distantes, o muerte por cualquier causa en el grupo de quimioterapia estándar y 24 en el grupo de capecitabina. Se cerraron datos en diciembre de 2006 (633 pacientes).

Después de un año adicional de seguimientos se obtuvieron los siguientes resultados:

- El HR para la recurrencia de la enfermedad o muerte en el grupo de capecitabina fue 2,09 (IC 95%, 1,38 a 3,17; $p < 0,001$). Después de ajustar por covariables estándar, las pacientes asignadas a capecitabina tuvieron un riesgo de muerte cercano al doble del que tuvieron las pacientes asignadas a quimioterapia estándar (HR 1,85; $p = 0,02$).
- A los tres años, el porcentaje de supervivencia libre de recaída fue del 68% en el grupo de capecitabina versus 85% en el grupo de quimioterapia estándar, y el porcentaje de supervivencia global fue del 86% vs 91%.
- Sólo el 62% de las pacientes que fueron asignadas a CMF completaron los 6 ciclos, mientras que el 80% de las pacientes asignadas a capecitabina completaron los 6 ciclos planificados. Aunque doxorrubicina más ciclofosfamida tuvieron toxicidad sustancial, el 92% de las pacientes completaron los 4 ciclos, y no hubo comunicaciones de acontecimientos cardíaco mayores o leucemia.
- Dos pacientes en el grupo de capecitabina murieron por complicaciones relacionadas con el tratamiento.

N Engl J Med 2009;360:2055-65.

Para ampliar información pinchar [aquí](#) .