

Actualmente, cetuximab, en combinación con radioterapia, está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer de células escamosas de cabeza y cuello localmente avanzado.

Además, también está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal metastásico, con expresión del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR), con gen KRAS de tipo natural

- En combinación con quimioterapia.
- En monoterapia en aquellos pacientes en los que haya fracasado el tratamiento con oxaliplatino e irinotecán y que no toleren irinotecán.

Para ampliar información pinchar [aquí](#).

## **European Association of Urology: Guías de Práctica Clínica sobre cáncer de vejiga**

La European Association of Urology ha publicado dos Guías de Práctica Clínica sobre cáncer de vejiga: una sobre cáncer metastásico e invasivo y otra sobre cáncer TaT1. Ambas están indexadas en la base de GPC National Guideline Clearinghouse.

Para ampliar información pinchar en los siguientes enlaces:

[Cáncer metastásico e invasivo](#)

[Cáncer de vejiga TaT1](#)

## **Resultados intermedios (variables secundarias): Bevacizumab más interferón alfa comparado con monoterapia con interferón alfa en carcinoma de células renales metastásico**

Un estudio en fase III que comparó bevacizumab más interferón alfa (IFN) con IFN solo encontró que el régimen combinado produjo una supervivencia libre de progresión (PFS) y un porcentaje de respuesta objetivo (ORR) superior, pero mayor toxicidad en pacientes no tratados con carcinoma de células renales metastásico.

En este estudio multicéntrico 732 pacientes fueron asignados a bevacizumab (10 mg/kg intravenoso cada 2 semanas) más IFN (9 MUI subcutáneo tres veces a la semana) o la misma dosis y esquema de IFN monoterapia. La variable primaria fue supervivencia total (OS).

La regla de parada preespecificada para la variable primaria no se alcanzó; los resultados intermedios para las variables secundarias fueron los siguientes:

- La mediana de la PFS fue de 8,5 meses (IC 95% 7,5 a 9,7 meses) en el brazo de la combinación versus 5,2 meses (IC 95% 3,1-5,6 meses) en el brazo de la monoterapia (long-rank  $p < 0,0001$ ).
- El HR para la PFS fue de 0,71 (IC 95% 0,61 a 0,83;  $p < 0,0001$ ). Bevacizumab más interferón se asoció con un ORR más elevado en comparación con IFN (25,5% [IC95%, 20,9-30,6%] vs 13,1% [IC 95%, 9,5 a 17,3%];  $p < 0,0001$ ).
- La toxicidad total fue mayor para bevacizumab más IFN incluyendo más hipertensión grado 3 (9% vs 0%), anorexia (17% vs 8%), fatiga (35% vs 28%) y proteinuria (13% vs 0%).

J Clin Oncol published 20 October 2008.

Para ampliar información pinchar [aquí](#).

## **Pérdida ósea inducida por tratamiento en cáncer de mama y cáncer de próstata**

Los autores de este estudio observan que alrededor del 70% de los pacientes con cáncer de próstata o de mama avanzado desarrollan metástasis ósea; además de los efectos del cáncer, la pérdida ósea debido al tratamiento del cáncer es un problema emergente. Los objetivos de este estudio fueron resumir la evidencia disponible acerca del manejo de la pérdida ósea inducida por el tratamiento del cáncer en mujeres y en hombres que reciben tratamiento para el cáncer de mama y próstata temprano.

Revisaron un total de 90 artículos (80 estudios- 37 ensayos clínicos controlados con asignación aleatoria y 43 estudios observacionales). Resumen los datos en los siguientes apartados:

- Pérdida ósea inducida por el tratamiento del cáncer con cáncer de mama
  - Anastrozol
  - letrozol
  - exemestano
  - quimioterapia y ablación ovárica
  - bifosfonatos para la prevención de la pérdida ósea inducida por tratamiento del cáncer en cáncer de mama temprano
- Pérdida ósea inducida por el tratamiento del cáncer con cáncer de próstata
  - Riesgo de metabolismo óseo asociado con terapia de deprivación androgénica en cáncer de próstata temprano
  - Papel de los bifosfonatos con terapia de deprivación androgénica para cáncer de próstata temprano.
- Controversias y áreas para futura investigación.

Los autores concluyen que algunos tratamientos usados para el tratamiento del cáncer de próstata o de mama, particularmente inhibidores de la aromatasa y terapia de deprivación

androgénica, están asociados con pérdida ósea significativa y pueden ser considerados como un factor de riesgo para el desarrollo de osteopenia, osteoporosis y fracturas óseas. La identificación clara de los factores de riesgo para osteoporosis en pacientes individuales debe considerarse cuando se decide uso bifosfonatos cuando se empieza con estos agentes.

J Clin Oncol early online, 27th October 2008.

Para ampliar información pinchar [aquí](#) .