



FORMACIÓN CONTINUADA - ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA

Osteonecrosis de los maxilares relacionada con el tratamiento con bifosfonatos

P. Atanes-Bonome^a, A. Atanes-Bonome^{b,*}, P. Ríos-Lage^c y A.D. Atanes-Sandoval^d

^a Odontología, Universidad Europea de Madrid, Madrid, España

^b Medicina de Familia y Comunitaria, Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol, España

^c Medicina de Familia y Comunitaria, España

^d Servicio de Reumatología, CHU A Coruña, A Coruña, España

Recibido el 30 de marzo de 2013; aceptado el 18 de mayo de 2013

Disponible en Internet el 1 de septiembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Osteonecrosis;
Bifosfonatos;
Maxilares;
Osteonecrosis de los maxilares relacionada con bifosfonatos

KEYWORDS

Osteonecrosis;
Bisphosphonates;
Jaw;
Bisphosphonate-related jaw osteonecrosis

Resumen Los bifosfonatos, análogos estables de los pirofosfatos inorgánicos, han demostrado su eficacia para el tratamiento de las lesiones osteolíticas asociadas a metástasis óseas o al mieloma múltiple, la hipercalcemia maligna, la enfermedad de Paget y la osteoporosis. Numerosas publicaciones durante los últimos años consideran que la osteonecrosis de los maxilares está asociada al tratamiento con bifosfonatos. El manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con osteonecrosis de los maxilares es de una enorme dificultad. Es importante que los pacientes sean informados del riesgo de presentar esta complicación para tener la oportunidad de recibir procedimientos dentales previos al inicio del tratamiento. Las medidas preventivas deben realizarse antes, durante y después del tratamiento con bifosfonatos. Ante una osteonecrosis de los maxilares establecida, la actitud debe ser conservadora: enjuagues con clorhexidina y antibióticos. El tratamiento quirúrgico debe reservarse para aquellos pacientes que presenten síntomas.

© 2013 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw

Abstract The bisphosphonates are stable inorganic pyrophosphate analogs that have demonstrated their efficacy in treatment of osteolytic lesions associated with bony metastases, and multiple myeloma, malignant hypercalcemia, Paget's disease, and osteoporosis. Several publications within the last few years have suggested that osteonecrosis of the jaw is associated with bisphosphonate therapy. The diagnosis and management strategies of the patients with bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw is very difficult. It is important for patients to be informed of the risk of this complication, so that they have the opportunity to assess the need for dental treatment before starting therapy. Preventive measures must be taken before,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: antonio.atanes.sandoval@sergas.es (A. Atanes-Bonome).

during, and after treatment with bisphosphonates. If osteonecrosis of the jaw is present, management should be conservative: oral chlorhexidine and antibiotics. Surgical treatment should be reserved for those patients who are symptomatic.

© 2013 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los bifosfonatos (BF) son análogos del pirofosfato (P-O-P) que se caracterizan por la presencia de 2 átomos de fósforo unidos a un átomo de carbono (P-c-P), lo que les confiere una gran resistencia a la hidrólisis enzimática y les permite unirse fuertemente a la hidroxiapatita de la matriz mineralizada. Los BF se incorporan al hueso, donde permanecen largo tiempo: se calcula que la vida media del alendronato es de unos 10 años¹. Los BF de uso clínico disponibles en nuestro país aparecen reflejados en la [tabla 1](#). Su mecanismo de acción se basa en la inhibición de la reabsorción ósea mediante la inhibición de la actividad osteoclastica²⁻⁵. También tienen un efecto inhibidor de la proliferación celular tumoral y de la angiogénesis⁵⁻⁸. Se usan en la osteoporosis, la enfermedad de Paget, la osteogénesis imperfecta, las lesiones osteolíticas asociadas a metástasis óseas o al mieloma múltiple y en la hipercalcemia maligna^{2,5,8-11}.

A partir del año 2003 se empiezan a publicar un número creciente de pacientes tratados con estos fármacos que presentan una «osteonecrosis de los maxilares», lo que se denomina *osteonecrosis de los maxilares relacionada con los BF* (OMRB)^{2,4,7,12-22}. Este inusitado interés se debe a las enormes dificultades del manejo de esta entidad, por lo que se están publicando una gran cantidad de artículos que intentan establecer pautas o recomendaciones e incluso estrategias y protocolos para su diagnóstico, prevención y tratamiento^{1,3-6,8-11,14,21,23-26}.

En la actualidad, al menos académicamente, se puede hablar de 2 entidades con diferentes grados de información científica: la OMRB en relación con la administración intravenosa (iv) de estos medicamentos para pacientes oncológicos (pamidronato y zoledronato) y la OMRB en relación con la administración oral de los mismos (aquí se incluyen también los BF iv con las indicaciones clásicas de los orales: osteoporosis, enfermedad de Paget, etc.). Para el primer grupo las estrategias de prevención y tratamiento empiezan a estar consolidadas, mientras que para el segundo se precisará de una mayor documentación científica para alcanzar este objetivo⁹.

Definición

Con objeto de diferenciar a la OMRB de otras enfermedades que cursan con exposiciones óseas y retrasos en la cicatrización de los procesos alveolares, los pacientes deben cumplir las 3 características siguientes^{10,11}:

1. Tratamiento actual o previo con BF.
2. Hueso necrótico expuesto en la región maxilofacial que persiste más de 8 semanas.

3. No antecedentes de radioterapia en la región maxilofacial.

Las entidades que deben considerarse dentro del diagnóstico diferencial son: osteítis alveolar, sinusitis, gingivitis y periodontitis, caries, enfermedad periapical y alteraciones de la articulación temporomandibular^{10,11}.

Epidemiología

La incidencia de la OMRB en pacientes oncológicos que reciben BF iv oscila entre el 0,8 y el 12%^{10,11,25,27} y con los BF orales entre el 0,01 y el 0,04%^{9-11,27}. Aunque se ha descrito en una gran variedad de tumores, el mieloma múltiple es el más frecuente, seguido del cáncer de mama^{9,21,28,29}. La edad media es de 65,5 años, encontrándose el pico de edad entre la séptima y octava década. La relación hombre/mujer es 2:2,6 e incluso 2:3^{8,21,29}. La mandíbula es el hueso más afectado^{1,4,21,29}.

Entre los *factores de riesgo* ([tabla 2](#)), los más importantes son los relacionados con el fármaco, los factores locales (exodoncias y prominencias óseas) y algunos factores demográficos y sistémicos como la edad avanzada, raza caucásica, diagnóstico de cáncer y osteoporosis^{11,24,28}.

Fisiopatología

El mecanismo exacto que lleva a la aparición de la OMRB todavía se desconoce. Parece estar causada por una falta de aporte vascular, de remodelado y de regeneración ósea. El principal problema en la OMRB es la incapacidad de los osteoclastos para remover, reparar o contener áreas de hueso enfermo o que ha cumplido con su vida útil, por lo que la capacidad de adaptación funcional del tejido óseo está disminuida⁵.

Manifestaciones clínicas

La OMRB se manifiesta clínicamente como una exposición ósea (hueso de color blanco amarillento) en la cavidad oral. Al principio, es asintomática, pero se convierte en sintomática cuando se genera una infección secundaria o un traumatismo en el tejido blando adyacente y/u opuesto. Pueden producirse pérdidas de piezas dentarias, inflamación de tejidos blandos, fístulas, dolor, disestesias, abscesos dentales, etc.^{1,3,26}. Los síntomas pueden aparecer espontáneamente en el hueso o, más frecuentemente, en el sitio de una extracción dental previa²³.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3834756>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3834756>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)