

¡ ATENCIÓN CON LOS PACIENTES TRATADOS CON BIFOSFONATOS!:

Prof. J.C. de Vicente Rodríguez.

Hace unas semanas, un compañero nos remitió el siguiente correo electrónico:

Necesito protocolo de actuación para pacientes que toman bifosfonatos oral o im. y necesitan de extracciones dentales. ¿Hay que suspender la medicación durante algún tiempo, o esto sólo implica a los que los usan por vía iv?

Dado el gran interés de esta cuestión, y el incuestionable peligro que comportan ciertas intervenciones odontológicas, especialmente las exodoncias, en pacientes que los usan, le hemos pedido un breve informe al Director de RCOE, Prof. Dr. Juan Carlos de Vicente Rodríguez, Catedrático de Cirugía Oral y Maxilo-facial, que reproducimos a continuación:

INTRODUCCIÓN:

Es preciso tener algunas nociones prácticas claras sobre los pacientes que están tomando bifosfonatos. El principal problema no lo representan aquellos individuos aquejados de enfermedades graves (mieloma, metástasis óseas de cánceres, etc .) en quienes se administran bifosfonatos por vía parenteral. Estos son casos poco frecuentes y, en el contexto de su

grave patología, la necrosis mandibular no es su peor problema. La principal preocupación para el dentista deben representarla las mujeres sanas a las que se administra bifosfonatos (BFs) por vía oral para prevenir la osteoporosis postmenopáusica.

Los BFs actúan de la siguiente manera: se depositan en el hueso (los maxilares, principalmente el inferior, son los huesos mas sensibles a su acción) y cuando los osteoclastos reabsorben ese hueso, su acción resulta inhibida y sufren apoptosis. Por ello, el hueso envejece, no es renovado, y con el tiempo se necrosa (ON).

Mientras no se exponga el medio oral, el cuadro es asintomático, pero si este hueso se expone e infecta aparece dolor y supuración. El tratamiento quirúrgico de esta situación solo sirve para agravar el cuadro, de modo que de nuevo el hueso expuesto se infecta y el dolor y la supuración persisten, con cada vez menos mandíbula residual.

Por otra parte, los BFs se depositan en el hueso y se mantienen en él durante mucho tiempo (mínimo 10 años y seguramente de por vida). El acúmulo depende de la dosis, del tiempo de administración y de la vía. Se estima que para que aparezca una ON , cuando los BFs se administran *per os*, deben pasar unos 5 años (3 como mínimo). Este periodo de latencia puede ser menor cuando el paciente,

además de BFs toma otros fármacos, especialmente corticoides.

PROFILAXIS:

Puesto que los pacientes que toman BFs orales durante menos de 3 años tienen escaso riesgo de ON, este es el periodo de tiempo ideal para obtener un óptimo estado de salud oral.

Antes de iniciar el tratamiento con BFs orales, el paciente debe ser remitido a un dentista, el cual debe evaluar el estado de su cavidad oral y monitorizar la evolución ulterior. Los dientes no restaurables deben ser extirpados y se debe realizar un adecuado programa de mantenimiento periodontal.

Se sabe poco de las implicaciones ortodóncicas de los pacientes que toman BFs, pero, dado el efecto antirreabsortivo de los mismos, el movimiento de los dientes puede verse enlentecido o detenido.

La colocación de implantes dentales y su oseointegración durante los 3 años de tratamiento con BFs probablemente tenga lugar de forma segura. No obstante, se debe incluir en el consentimiento informado la posibilidad de que exista un mayor riesgo de fracaso de la oseointegración o de ON, especialmente cuando el consumo de BFs ha superado los 3 años.

Cuando una paciente que consume los BFs por vía oral acude a la consulta de

un dentista, éste debe indagar acerca de los siguientes extremos :

- Duración del consumo,
- Indicación,
- Dosis y
- Uso concomitante de posibles fármacos capaces de afectar a la cicatrización ósea, especialmente corticoides.

En general, los procedimientos no quirúrgicos (odontología restauradora, prótesis, endodoncia, profilaxis dental, control de placa supragingival) son seguros en todos los momentos del tratamiento con BFs.

Se espera que los pacientes que han recibido BFs orales durante menos de 3 años tengan una capacidad de cicatrización ósea no alterada. Por tanto, no se requiere ningún estudio analítico rutinario incluso cuando se van a llevar a cabo procedimientos quirúrgicos. Pero si se desea analizar el grado de remodelación ósea, así como establecer una línea de referencia inicial con la que hacer comparaciones posteriores, o cuando en casos de consumo de BFs durante mas de 3 años vaya a llevarse a cabo un procedimiento quirúrgico debe determinarse el nivel de telopéptido carboxiterminal del colágeno tipo I (CTX) en sangre (este telopéptido es "cortado" de la molécula de colágeno por los osteoclastos durante la reabsorción ósea, de modo que su nivel en sangre es proporcional al

grado de actividad reabsortiva osteoclástica):

- Si los niveles de CTX son iguales o superiores a 150 pg / mL, en el estado actual de conocimiento se asume que el riesgo de necrosis en relación con procedimientos quirúrgicos es mínimo.
- Sin embargo, si la cifra de CTX es superior a 150 pg /mL, es aconsejable diferir la cirugía y contactar con el médico que ha indicado el uso de BFs para valorar la posibilidad de “tomar unas vacaciones del fármaco” sugiriendo la sustitución por otros fármacos aprobados para el tratamiento de la osteoporosis, como el raloxifeno, la calcitonina de salmón, o la 1-34 PTH humana recombinante: entre 4 y 6 meses después de suspender el uso de BFs se puede repetir la determinación de CTX, si nuevamente el valor es inferior a 150 pg / mL, es deseable continuar sin usar el fármaco, repitiendo nuevamente la determinación de CTX, 3 meses más tarde.
- En caso de que el médico que prescribió el BFs no acepte suspender el fármaco o sustituirlo por otro, el dentista debe discutir los riesgos con la paciente, especificando los riesgos y beneficios. En esta situación es preciso ser muy cuidadoso con tratamientos como exodoncias, cirugía periodontal, implantes dentales, apiceptomías e incluso

ortodoncia. Si se hace, debe procurar un máximo cuidado.

- Si es preciso llevar a cabo un procedimiento urgente (exodoncia de un diente móvil o acompañado de un absceso), debe incluirse en el consentimiento informado una clara reseña hacia el alto riesgo de ON y la aceptación del mismo por parte de la paciente.

TRATAMIENTO:

Si una paciente que consume BFs presenta una exposición a la cavidad oral de hueso necrótico, el dentista debe explicarle la naturaleza de su cuadro e informarle que la situación se agravará si continúa consumiendo el fármaco.

- Si el hueso expuesto no es doloroso, se recomienda un mantenimiento con clorhexidina al 0,12 %.
- Si la paciente refiere dolor o signos de infección, además del uso de clorhexidina debe prescribirse un antibiótico. El de elección es la penicilina V (500 mg/ 6 horas) dado que es activa contra *Actinomyces*, *Eikenella* y *Morallexa*, las tres especies más frecuentes asociadas con las infecciones del hueso necrótico por BFs.
- Si el paciente es alérgico a la penicilina, el fármaco de elección es el levofloxacino (500 mg una vez al día), seguido por la doxicilina (100 mg una vez al día) o

la azitromicina (200 mg una vez al día). El antibiótico debe ser mantenido durante 14 días o hasta que se controle el dolor, y debe ser reinstaurado si el dolor vuelve a aparecer. En casos refractarios a estos antibióticos, debe añadirse metronidazol (500 mg cada 8 horas).

- Es recomendable, especialmente en los dentistas con preferencias quirúrgicas, resistir la tentación de desbridar y extirpar el hueso necrótico.
- Por el contrario, si el hueso expuesto exhibe movilidad o evidencia radiográfica de secuestro, entonces debe ser eliminado. En este caso, es deseable para anticipar una cicatrización de la herida sin complicaciones, un nivel de CTX mayor de 150 pg / mL.

BONVIVA
CALBION
DIFOSFEN
FOSAVANCE (Ácido Alendrónico + Colecalciferol)
FOSAMAX
HEMOCALCIN
LINOTEN
MEBONAT
OSTEUM
SKELID
XINSIDONA
ZOMETA

ESPECIALIDADES FARMACEÚTICAS CON BIOFOSFONATOS (BFs):

ÁCIDO ALENDRÓNICO

ACREL

ACTONEL

AREDIA

BIFOAL

BONDRONAT

BONEFOS