



Clínica cotidiana

Osteonecrosis mandibular secundaria a bifosfonato

Laura Quijada Gutiérrez^{a,*}, Ismael Quijada Gutiérrez^b, Álvaro Muñoz Galindo^c,
 María Josefa Custodio García^c, María José Melchor Zamorano^d
 y Jerónimo Blanco Toboso^d

^a Centro de Salud Alamedilla, Salamanca, España

^b Centro de Salud Luis de Toro, Plasencia, España

^c Complejo Asistencial de Salamanca, Salamanca, España

^d Centro de Salud Plasencia III, Plasencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de agosto de 2015

Aceptado el 2 de diciembre de 2015

On-line el 16 de enero de 2016

Palabras clave:

Osteonecrosis

Bifosfonatos

Riesgo de fracturas

Prevención

Localizaciones frecuentes

R E S U M E N

Mujer de 67 años de edad, cpn antecedentes de osteoporosis en tratamiento con bifosfonato oral (ácido alendrónico) y vitamina D desde hace 9 años. Consulta por dolor continuo en la mandíbula, de 3 días de evolución, que no cede con la toma de analgésicos.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Osteonecrosis of the jaw secondary to bisphosphonates

A B S T R A C T

The case is presented of a 67 year-old woman, with a history of osteoporosis treatment oral bisphosphonate (alendronate) and vitamin D for 9 years. She consulted for persistent jaw pain of 3 days of evolution, it does not abate with taking analgesics.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Osteonecrosis

Bisphosphonates

Fracture risk

Prevention

Frequently locations

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laura.qg1@hotmail.com (L. Quijada Gutiérrez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.12.001>

1889-5433/© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Figura 1 – Una úlcera que expone hueso necrótico de aproximadamente 1 cm de diámetro.

Mujer de 67 años de edad, sin alergias medicamentosas y sin hábitos tóxicos conocidos. Entre sus antecedentes se encuentra dislipidemia en tratamiento con atorvastatina, portadora de marcapasos, por lo que toma ácido acetilsalicílico, y osteoporosis en tratamiento con bifosfonato oral (ácido alendrónico) y vitamina D desde hace 9 años.

Consulta por dolor continuo en la mandíbula, de 3 días de evolución, que aumenta de intensidad paulatinamente y se exacerba con la ingestión de alimentos. Niega traumatismos previos, exodoncias recientes, cefalea y otalgia. No fiebre termometrada. El dolor no cede con la toma de analgésicos.

En la exploración física encontramos en la lengua, a la altura del cuerpo mandibular izquierdo, una úlcera que expone hueso necrótico de aproximadamente 1 cm de diámetro, dolorosa con a la palpación, con signos de infección local, sin otras alteraciones en la cavidad oral (fig. 1). No se palpan adenopatías laterocervicales, occipitales ni supraclaviculares.

Ante este hallazgo se establece el diagnóstico de osteonecrosis, posiblemente secundaria al tratamiento con bifosfonato.

Se pauta antibioterapia (amoxicilina 1 g) y enjuagues con clorhexidina al 0,12%; se suspende el bifosfonato y se deriva a odontología.

Comentario¹⁻⁵

Los bifosfonatos son potentes inhibidores de los osteoclastos. Ejercen una fuerte interacción con estas células y producen

una marcada disminución de la reabsorción ósea. Han demostrado su eficacia en el tratamiento de diversas enfermedades, como las lesiones osteolíticas asociadas a metástasis óseas (entre otros de tumores de mama, próstata, tiroides, pulmón y vejiga), a mieloma múltiple, a hipercalcemia maligna, a enfermedad de Paget y a osteoporosis.

Esta amplia indicación de uso, y el hecho de que la mayoría de los tratamientos sean prolongados en el tiempo, ha favorecido la aparición de efectos adversos asociados a su empleo, como es el caso de la osteonecrosis de los maxilares (ONM), el dolor grave, las fracturas atípicas, la estomatitis y los trastornos inflamatorios oculares.

La ONM secundaria a bifosfonatos es definida por la *American Society for Bone and Mineral Research* (ASBMR) como: «un área de hueso expuesto que persiste durante más de 8 semanas en ausencia de radiación previa y/o metástasis en la mandíbula».

Se trata de una lesión poco frecuente, secundaria a la isquemia ósea. La ASBMR ha estimado el riesgo de ONM asociado a la terapia con bifosfonatos para la osteoporosis entre 1/10.000 y 1/100.000 pacientes por tratamiento y año.

Los primeros casos se publicaron en 2003 y 2004. Desde entonces se han incrementado los casos descritos en la literatura de ONM relacionada con la toma de estos medicamentos, la mayoría conteniendo descripciones de casos o series más o menos cortas.

La ONM por bifosfonatos suele aparecer entre 4 meses y 6 años después de iniciado el tratamiento con dicho fármaco. En el caso de la administración oral el tiempo medio de consumo es de 5,6 años (rango: 3,3-10,2 años); cuando la administración es intravenosa el tiempo de exposición es inferior a un año: 9,3 meses para el ácido zoledrónico y 14,1 para el pamidrónico.

Es más frecuente en el maxilar inferior y en la zona molar. La forma típica de presentación consiste en una falta de cicatrización después de una exodoncia o una exposición ósea; se manifiesta con dolor, inflamación de los tejidos blandos, infección, movilidad de los dientes y el drenaje, y no tiende a la curación.

Hay que tener en cuenta la escasez de experiencia científica, por lo que las recomendaciones se basan en opiniones de expertos.

La literatura publicada hasta hoy afirma que el riesgo de ONM con bifosfonatos utilizados a las dosis empleadas en el tratamiento de la osteoporosis es muy bajo. No se dispone de pruebas para identificar a los pacientes que presenten riesgo elevado de desarrollar esta complicación. Actualmente las recomendaciones se centran en individualizar la prescripción de bifosfonatos en función del riesgo de fracturas que presente el paciente en concreto, y en la prevención con medidas higiénicas dentales y revisión previa a la prescripción del fármaco por parte del odontólogo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Advisory task force on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws, American Association of Oral and Maxillofacial

- Surgeons. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws. *J. Oral Maxillofac Surg.* 2007;65:369-76.
2. Ruggiero SL, Mehrotra B, Rosenberg TJ, Engroff SL. Osteonecrosis of the jaws associated with the use of bisphosphonates: A review of 63 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62:527-34.
3. Hewitt C, Farah CS. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws: A comprehensive review. *J Oral Pathol Med.* 2007;36:319-28.
4. Chiandussi S, Biasotto M, Dore F, Cavalli F, Cova MA, Di Lenarda R. Clinical and diagnostic imaging of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaws. *Dentomaxillofac Radiol.* 2006;35:236-43.
5. Jiménez Soriano Y, Bagan JV. Los bifosfonatos, nueva causa de osteonecrosis maxilar por fármacos: situación actual. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2005;10 Suppl 2:E88-91.