

EDITORIAL / Editorial

OSTEONECROSIS EN MANDÍBULAS POR ANTIRRESORTIVOS: EN BUSCA DE UN PUNTO RACIONAL

La osteonecrosis de mandíbula (ONM) es un incidente conocido aunque no muy frecuente. Pero en los últimos años aparecieron casos asociados al consumo de bisfosfonatos y luego al de denosumab, por lo que no es un evento de clase farmacológica sino que se aproxima a una forma de intervención terapéutica. Sucede que la popularización del consumo de los bisfosfonatos ha motivado que la frecuencia aumente llamativamente y con ello la preocupación para el odontólogo práctico, quien con bastante asiduidad debe intervenir a pacientes tratados con agentes antirresortivos. Consecuentemente han surgido opiniones, quizás apresuradas o extremas, de discontinuar tratamientos o negarse a intervenir odontológicamente dejando al paciente en la incertidumbre propia de las opiniones cruzadas. Los expertos internacionales, ya sea de la Academia Americana de Odontología (ADA),¹ o de la Sociedad Americana de Investigación en Hueso y Mineral (ASBMR)² coinciden en conductas preventivas y de observación y del seguimiento en los casos más predispuestos y de ese modo evitar las privaciones innecesarias al paciente que requiere tanto de tratamiento médico osteológico como de prestaciones odontológicas.

Investigadores han demostrado estadísticas significativas acerca de que las personas tratadas con bisfosfonatos tienen una mejor calidad de vida global que quienes no los reciben y recientemente se observó una mayor sobrevida también.³ Otras observaciones en grandes muestras de pacientes odontológicos indican claramente que los pacientes con osteoporosis tratados con bisfosfonatos tienen menos morbilidad en sus maxilares que quienes no reciben ese tipo de tratamiento, incluyendo la ONM y otras patologías óseas regionales.⁴ Los resultados son menos positivos en quienes tienen de base una patología cancerosa, no obstante en ellos la ecuación riesgo/beneficio prioriza a la continuación de los bisfosfonatos sobre la necesidad de una práctica dental.

De modo que el profesional que interviene odontológicamente a un paciente no canceroso tratado con bisfosfonatos tiene las evidencias científicas y el respaldo de organismos internacionales para hacerlo. No así quien por temor o impericia decide obviar la demanda terapéutica.

Más en el terreno de la investigación, quedan otros planteos en esta temática como es el de desarrollar esquemas terapéuticos libres de riesgos, por ejemplo mediante el uso de bisfosfonatos intermitentes que no sean necesariamente altos depresores del metabolismo óseo. En efecto, si bien la ONM no pareciera ser la consecuencia exclusiva del uso de bisfosfonatos de alta potencia, sí es cierto que los casos de afectados se describen cuando

* Correo electrónico: eroldan@gador.com.ar



se utilizan esquemas muy depresores ya sea para reducir la población de osteoclastos como en los programas de tratamiento de cáncer óseo metastático o del mieloma múltiple; o para intentar intervalos de dosis largos como en los esquemas de administración semanal, mensual o mayores, en los que la depresión del nivel metabólico de base se atenúa por más del 50%, hasta el 85% en promedio con los inyectables anuales. Para que se produzca ONM, además debe coincidir en los afectados la existencia de un metabolismo óseo sobreestimulado por infecciones (comúnmente la enfermedad periodontal), y/o cambios bruscos de cargas mecánicas (extracción dentaria, implantes o prótesis nuevas), más otros factores agregados. Estas intervenciones intermitentes podrían entonces mimetizarse con el uso de compuestos que no sean tan depresores pero que conserven el efecto terapéutico el tiempo deseado. El advenimiento de bisfosfonatos solubles podría ser una alternativa en ese sentido. El retorno al uso de los esquemas menos intermitentes también podría ser reevaluado, al menos en los pacientes con fracturas previas o riesgos severos, en los que el confort terapéutico es un factor secundario. En verdad, con los esquemas de uso diario de bisfosfonatos no se ha reportado una prevalencia elevada de ONM.

Finalmente, los medicamentos no son buenos ni malos; si se comprende su acción se los utiliza ventajosamente y cuando no es factible que aparezcan problemas. El médico y el odontólogo práctico deben tener experiencia en la interacción metabólica de estas sustancias en las diferentes circunstancias metabólicas del hueso humano. La mandíbula no es un hueso típico para el médico osteólogo, quien tampoco suele estar familiarizado con los procedimientos odontológicos, y por ello es necesario que ambos profesionales encuentren vías de diálogo e intercambio de información en busca de un punto racional que no desproteja al paciente en su procura de calidad de vida.

EMILIO J. A. ROLDÁN
*Miembro del Comité Editorial,
Actualizaciones en Osteología*

Referencias

1. Nase JB, Suzuki JB. Osteonecrosis of the jaw and oral bisphosphonate treatment. *J Am Dent Assoc* 2006; 137: 1115-9.
2. Khosla S, Burr D, Cauley J, *et al.* Bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw: report of a Task Force of the American Society for Bone and Mineral Research. *J Bone Min Res* 2007; 22: 1479-91.
3. Center JR, Bliuc D, Nguyen ND, *et al.* Osteoporosis medication and reduced mortality risk in elderly women and men. *J Clin Endocrinol Metab* 2011; DOI:10.1210/jc.2010-2730.
4. Vassiliki MC, Shao Z, Athanasios IZ. Bisphosphonate use and the risk of adverse jaw outcomes. A medical claims study of 714.217 people. *J Am Dent Assoc* 2008; 139: 23-30.