

Osteonecrosis maxilar por medicamentos

Caso clínico "XXXV Encuentro de Estudiantes y Profesores de Estomatología"

Osteonecrosis of the jaw due to drugs Clinical Case "XXXV Meeting of Students and Professors of Stomatology"

AUTORES

ESP. OD. MARÍA EUGENIA INGRASSIA

Especialista en docencia universitaria. Especialista en patología y clínica estomatológica. Magister en docencia y gestión universitaria.

Jefa de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Patología y Clínica estomatológica. Facultad de Odontología Universidad Nacional de Cuyo.

E-mail: eugeniaingrassia@gmail.com

OD. JORGE GUTIERREZ

Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Patología y Clínica estomatológica. Facultad de Odontología Universidad Nacional de Cuyo.

RESUMEN

En el año 2014, la Asociación Americana de Cirugía Oral y Maxilofacial (AAOMS) reemplazó la denominación "osteonecrosis asociada a bifosfonatos" por la de "osteonecrosis de los maxilares asociada a medicamentos (ONMM)".

Los fármacos involucrados en la etiopatogenia de ONMM pertenecen a dos categorías principales: los antiresortivos y los antiangiogénicos.

Presentamos un caso clínico que presenta ONMM, con factores de riesgo tanto locales como sistémicos y demográficos para el desarrollo de la misma.

Palabras claves: antiresortivos, antiangiogénicos, necrosis, hueso.

ABSTRACT

In 2014, the American Association for Oral and Maxillofacial Surgery (AAOMS) replaced the name "bisphosphonate-associated osteonecrosis" with "drug-associated osteonecrosis of the jaws (ONMM)."

The drugs involved in the etiopathogenesis of ONMM belong to two main categories: antiresorptive and antiangiogenic.

We present a clinical case that presents ONMM, with local, systemic and demographic risk factors for its development.

INTRODUCCIÓN

Los fármacos involucrados en la etiopatogenia de ONMM pertenecen a dos categorías principales: los antiresortivos y los antiangiogénicos

Los antiresortivos

1- Bifosfonatos: son un grupo de medicamentos utilizados para la prevención

y el tratamiento de enfermedades con reabsorción ósea, como la osteoporosis y el cáncer con metástasis ósea. Son fármacos análogos sintéticos del pirofosfato, que regulan el metabolismo óseo del calcio y del fósforo, uniéndose a la hidroxiapatita e inhibiendo su reabsorción por los osteoclastos.

2- Denosumab: anticuerpo monoclonal humano (IgG2) que inhibe la formación, función y supervivencia de los osteoclastos, provocando una disminución de la resorción ósea en el hueso cortical y trabecular. Es un agente modificador óseo que reduce el riesgo de eventos relacionados con el esqueleto,

Osteonecrosis maxilar por medicamentos

Esp. Od. María Eugenia Ingrassia; Od. Jorge Gutiérrez

Drogas	Locales	Demográficos sistémicos
<ul style="list-style-type: none"> • Sunitinib (inhibidor enzimático) • Denosumab (anticuerpo monoclonal) 	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene deficiente. • Lesiones dentales inflamatorias (abscesos de origen periodontal o dental). • Enfermedad Periodontal controlada. 	<ul style="list-style-type: none"> • 73 años. • Adenocarcinoma de riñón en el año 2017 • Metástasis en húmero 2018 • Quimioterapia.

Figura 1

en pacientes con metástasis ósea de tumores sólidos. Este medicamento produce una desactivación no reversible de los osteoclastos que persiste hasta la muerte celular de estos.

Los antiangiogénicos: Están indicados para el tratamiento de patologías oncológicas, ya que inhiben diversos mecanismos implicados en la neoangiogénesis tumoral. (Bevacimumab, Sunitinib, Everólimus, Temserólimus, Afilbercept, Talidomida, entre otros)

Según los criterios de la American Association of Oral and Maxilofacial Surgeons (AAOMS),. Los pacientes que presentan ONMM, deben cumplir las 3

características siguientes:

- Tratamiento actual o previo con BF.
- Hueso necrótico expuesto en la región maxilofacial que persiste más de 8 semanas.
- No antecedentes de radioterapia en la región maxilofacial.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 73 años, derivado por su oncólogo por presentar proceso infeccioso activo y "sarro en la boca", su principal motivo de consulta es la presencia de un absceso en elemento 46.

- Antecedentes: adenocarcinoma de riñón en el año 2017, metástasis en húmero

ro 2018 quimioterapia.

- Medicación Sunitinib y Denosumab (una ampolla por mes desde hace 13 meses).

• Resalta en el interrogatorio que el paciente ha sufrido una pérdida de peso de 30 kg en un año.

- Odontológicamente presenta, enfermedad periodontal controlada, no presenta dolor ni molestias.

Paciente presenta factores de riesgo tanto locales como sistémicos y demográficos para el desarrollo de una ONMM.

(Figura 1)

Clínicamente el paciente al examen en



Figura 2: Elemento dentario 46, con hueso necrótico expuesto.



Figura 3: Cuadrante 2, gran área de hueso necrótico expuesto por vestibular de los elementos 26 y 27

Osteonecrosis maxilar por medicamentos

Esp. Od. María Eugenia Ingrassia; Od. Jorge Gutiérrez

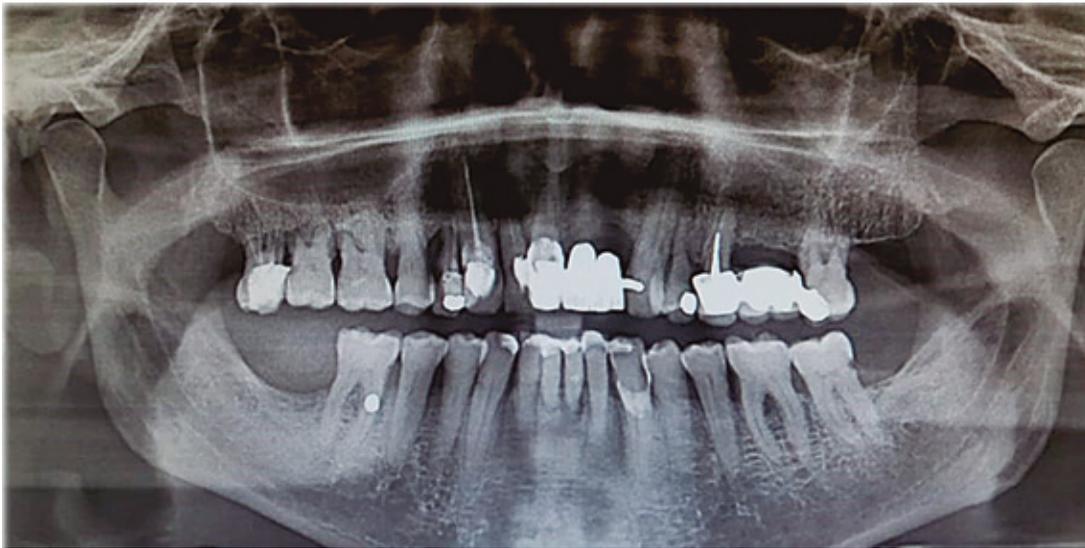


Figura 4: Rx panorámica que nos muestra las características del hueso en las áreas expuestas.

la primer consulta presenta:

- Enfermedad periodontal inactiva.
- Absceso periapical del elemento 46.
- Área de hueso necrótico expuesto que rodea las raíces del elemento 46.
- Tabla ósea vestibular del elemento 47 (ausente), pequeña ventana de hueso necrótico expuesto de 5 mm de diámetro.
- Área de hueso necrótico expuesto en cuadrante 2, de 3 cm de diámetro in-

luca los elementos 17, 16 y 15 (ausentes- reemplazados por puente metalo cerámico) y que por vestibular llega a fondo de surco.

CONCLUSIONES

El paciente reúne los criterios de la American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (AAOMS), que nos recomienda, diferenciar la ONMBF de otras enfermeda-

des que cursan con exposiciones óseas y retrasos en la cicatrización de los procesos alveolares.

La gran importancia de este caso clínico es, que el paciente no ha sido sometido a extracciones o cirugías previas al desarrollo de la osteonecrosis maxilar, y que ésta se ha presentado de manera espontánea, favorecida por los antecedentes de consumo de medicamentos antiresortivos y antiangiogénicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. RUGGIERO SL, DODSON TB, FANTASIA J, GOODDAY R, AGHALOO T, BHOOMI M, O'RYAN F. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw—2014 update. *J Oral Maxillofac Surg* 2014;72:1938-56.
2. BORROMEIO G, TSAO C, DARBY I, EBELING P. A review of the clinical implications of bisphosphonates in dentistry: Dental implications

of bisphosphonates. *Aust Dent J*. 2011;56(1):2-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21332734>

3. RASMUSSEON L, ABTAHI J. Bisphosphonate Associated Osteonecrosis of the Jaw: An Update on Pathophysiology, Risk Factors, and Treatment. *Int J Dent*. 2014; 1-9. <https://www.hindawi.com/journals/ijd/2014/471035/>