



PREGUNTA a
un EXPERTO

¿CONSTITUYEN LOS TRATAMIENTOS POR BISFOSFONATOS EN MUJERES CON OSTEOPOROSIS UN RIESGO REAL EN NUESTRAS TERAPIAS DE IMPLANTES?

Gómez Font, R., Martínez García, M. ¿Constituyen los tratamientos por bisfosfonatos en mujeres con osteoporosis un riesgo real en nuestras terapias de implantes?. Cient. Dent. 2012;9;2: 69-70.



Pregunta propuesta por el Dr. Rafael Gómez Font

Doctor en Medicina y Cirugía y Especialista en Estomatología por la UCM. Profesor de Cirugía Bucal UCM y UEM. Miembro numerario de la Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB) y representante de España en la Federación Europea de Sociedades de Cirugía Bucal (EFOSS). Vocal de Biomateriales de la Comisión Científica del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región.



Responde la Dra. Marisa Martínez García

Profesora de Patología Quirúrgica Bucal UEM desde 1997 hasta la actualidad. Miembro numerario de la Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB). Doctorado, DEA y Tesis Doctoral y publicaciones sobre Bisfosfonatos y Cirugía Bucal UCM.

La respuesta a esta pregunta se lleva debatiendo desde hace nueve años aunque no exactamente por este mismo motivo. Tengamos en cuenta que las primeras alertas aparecieron, por lo que luego se ha confirmado, como una relación causa-efecto, es decir, la aparición de la temida osteonecrosis de los maxilares (ONM) tras la aplicación sólo durante pocos meses de potentes bisfosfonatos endovenosos para paliar el dolor y la lisis ósea que acontece en las metástasis esqueléticas de varios tipos de cáncer muy comunes.

Es indiscutible pues, que en estos pacientes oncológicos, la prudencia ante cualquier tratamiento que implique cirugía bucal debe ser extrema, pues hay una incidencia de entre 12% y 18% de ONM, lo cual relega nuestras actuaciones en clínica a tratamientos conservadores evitando por supuesto, exodoncias si es posible, y mucho más, implantología. Se han visto de hecho, casos de implantes antiguos en función desde hace años, con fracaso y un gran proceso de osteomielitis asociado, por procesos como una simple mucositis perimplantaria no controlada que en otros casos no ha tenido evolución tan adversa.

El caso que nos ocupa, es mucho más amplio en el sentido de casuística. Hay millones de mujeres, y muchos menos hombres, tratados por la enfermedad osteopóptica silente hasta sus consecuencias clínicas obvias de fractura ósea, que han sido tratados con bisfosfonatos nitrogenados casi siempre vía oral.

Precisamente por el gran volumen a nivel mundial de tratamiento con estos fármacos, la estadística de incidencia es muy fiable por las grandes cohortes de estudio realizadas en muchos y prestigiosos lugares del globo haciendo uso de excelentes metodologías. Aún con los diferentes paneles de expertos y modificaciones desde el año 2006, no hay un consenso muy cierto de medidas preventivas o disuasorias.

Para nuestra tranquilidad, hay una incidencia mínima de ONM en estos casos, más o menos 1/100.000. Lo cual se considera casi "enfermedad rara". Existe tan baja incidencia, que diversas asociaciones de cirujanos en América, Japón, etc. quieren cambiar los criterios diagnósticos y los estadios para incluir mucha patología sospechosa clínicamente pero que mejora o cura en menor tiempo de las ocho semanas de las que hablan los protocolos. Si se usaran criterios no tan rígidos, podría aumentar la incidencia.

Aún así, ¿qué podemos hacer ante una de nuestras pacientes que está tratada desde hace años con estos medicamentos? Lo primero, no estigmatizarla como hacen muchos compañeros, diciéndole, "con esa medicación yo no le puedo poner implantes por el riesgo que tiene de necrosis de su mandíbula". Ya he dicho anteriormente el riesgo real de sufrir esta patología, así que no les demos esta explicación.

Lo segundo, pero relacionado siempre con historia clínica: edad de los pacientes, toma concomitante de otros fármacos (corticosteroides, inmunosupresores). Se consideran comorbilidades, pero el riesgo absoluto es muy bajo y no se conoce su valor predictivo. En cuanto a los años de duración del tratamiento, sí se ha visto que en las mujeres que los toman durante más de 5 años, el riesgo es mayor, pero no olvidemos que sigue siendo sobre una incidencia muy baja.

Respecto a solicitar la determinación del marcador de resorción ósea Beta Crosslaps, los numerosos autores que han rebatido a Robert Marx su valor de corte de 150 picogramos/ml, han confirmado que no se puede considerar un valor predictivo para la patogenia de la ONM. Además, lógicamente, las mujeres que toman BF, tienen muy disminuido el valor pues se usa para confirmar la buena adhesión al seguimiento de la terapia, pero nunca como diagnóstico en esta patología. Y sí, claro que se recupera al dejar de tomar BF hasta valores casi normales.

Una última cuestión es si suspender la medicación o no en estas pacientes. Las últimas revisiones en este sentido, hablan de que en pacientes que lleven tomando la medicación más de cinco años, y siempre que su densitometría ósea no sea muy mala (> de 3 D.S. de T-Score), o no empeore al vigilarla, se podría suspender esa terapia antirresortiva pues el efecto antiosteoclástico permanece en el esqueleto un tiempo, a veces un par de años. Pero esta decisión no puede ser tomada por nosotros ni mucho menos consentírselo a las pacientes que alarmadas por nuestras apocalípticas destrucciones de mandíbula, deciden "para ayudar al éxito de sus implantes" cortar su medicación. Siempre hablemos con los compañeros internistas, reumatólogos o ginecólogos en lo que se ha llamado habitualmente una interconsulta profesional.

Por tanto y para finalizar mi alegato, prudencia sí, pero no parálisis terapéutica.