

# Tratamiento dental en pacientes oncológicos

# Bifosfonatos

- 1. Ortopantomografía. Técnica de imagen más utilizada. Puede no aportar información en estadios precoces de la OMRB.
- 2. Tomografía Computarizada (TC). Puede posibilitar un diagnóstico precoz, y definir la verdadera extensión de la osteonecrosis, confirmando también el estadio clínico y, por lo tanto, orientando hacia el tratamiento específico para cada caso.
- 3. Resonancia Magnética (RM) una técnica complementaria para valorar la afectación del hueso medular y partes blandas.
- 4. Cultivos microbiológicos y antibiograma.

# Biopsia

- La biopsia del hueso expuesto se hará obligatoriamente ante la sospecha de que el origen de la lesión guarde relación con la patología que motivó la utilización intravenosa de los bisfosfonatos, de modo primario o metastático.
- Especialmente si se trata de enfermos con antecedentes de mieloma múltiple.

# Tipos de Bifosfonatos

	Intravenosos	Orales
Incidencia	Relativamente frecuente: 0,8-12%	Muy infrecuente: 0,01-0,04%
Tiempo de administración	Corto: 9,3-14 meses	Largo: 3,3-10,2 años
Localización	Mandíbula/maxilar superior/ ambos	Mandíbula
Tamaño de la exposición	Mayor tamaño	Menor tamaño
Antecedente quirúrgico	70%	50%
Evolución	Impredecible. Estadios	Más favorable

# Protocolo BF iv en oncológicos

- ANTES Y DURANTE LOS TRES PRIMEROS MESES DE LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO INTRAVENOSO
- DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO INTRAVENOSO (DESPUÉS DE LOS PRIMEROS 3 MESES DE TRATAMIENTO)
- DESPUÉS DEL TRATAMIENTO INTRAVENOSO

# PRIMEROS MESES DE LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO INTRAVENOSO

- 1. Los diferentes especialistas informarán de la importancia del mantenimiento de la salud bucal con relación al tratamiento y solicitar una valoración del paciente por parte del especialista en cirugía oral y maxilofacial o del odontólogo o estomatólogo, antes del inicio del tratamiento.
- 2. Diagnosticar de focos infecciosos presentes o futuros
- Proceder a su inmediato tratamiento.
- Si precisara la realización de exodoncias deberá empezar su plan de tratamiento con este acto quirúrgico, al objeto de generar un intervalo de tiempo prudencial (15-20 días) entre la exodoncia y la primera administración intravenosa del bisfosfonato.
- Deberán ser exodonciados los dientes con un pronóstico incierto.

## PRIMEROS MESES DE LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO INTRAVENOSO

- 3. Implantes intraóseos, no hay contraindicación
- No se recomienda la colocación de implantes antes de la administración IV de bisfosfonatos si se espera que no haya finalizado el periodo de osteo-integración en ese momento.
- 4. El odontólogo deberá realizar todos los tratamientos no invasivos apropiados para alcanzar un buen nivel de salud oral, informando al paciente y a su entorno sobre la importancia de este objetivo como principal medida profiláctica de la OMRB.
- 5. Evaluar y corregir la posible existencia de traumatismos protéticos, especialmente sobre las superficies linguales de la mandíbula. También debe evaluar y corregir la posible presencia de tori, exóstosis de gran tamaño y otras prominencias óseas en caso de riesgo de futuras complicaciones, especialmente en pacientes con prótesis removibles.

# DURANTE EL TRATAMIENTO INTRAVENOSO (DESPUÉS DE LOS PRIMEROS 3 MESES)

- 1. Deberá evitarse la realización de cualquier tipo de cirugía oral e implantológica.
- 2. Ante la presencia de un foco infeccioso el tratamiento de los
- conductos debe ser la primera indicación, procurando un mínimo
- trauma periapical y periodontal. Valorar cobertura antibiótica.
- 3. El dentista deberá controlar periódicamente el estado de salud oral del paciente, manteniendo sus condiciones óptimas. Se recomiendan controles al menos cada seis meses.



# DESPUES DEL TRATAMIENTO INTRAVENOSO

- 1. Deberá evitarse la realización de cualquier tipo de cirugía oral al menos durante un periodo no inferior a los 10 años de la última administración del bisfosfonato. Aunque es cierto que se ha demostrado la presencia de zoledrónico hasta 12 años después, no hay datos al respecto en la literatura de referencia y este punto permanece controvertido.
- 2. El dentista deberá motivar y mantener un riguroso control de la salud oral del paciente, durante largo tiempo.

# BISFOSFONATOS INTRAVENOSOS A UNA DOSIS ANUAL DURANTE TRES AÑOS

- ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO ORAL
- DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO ORAL
  - Pacientes con menos de tres años de tratamiento y sin factores de riesgo
  - Pacientes con menos de tres años de tratamiento, con factores de riesgo: administración concomitante de corticoides, edad por encima de los 70 años.
  - Pacientes con más de tres años de tratamiento, con o sin factores de riesgo.

# ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO ORAL

- 1. Los diferentes especialistas que prescriben el tratamiento deben informar y recomendar a sus pacientes la evaluación de su salud oral antes del inicio del tratamiento.
- 2. Los especialistas en salud oral tienen un plazo de 3 años para alcanzar un óptimo estado de salud oral. Durante este periodo se podrá realizar todo tipo de tratamiento quirúrgico y rehabilitador, comenzando por los que requieran un mayor compromiso en el remodelado óseo.

# DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO ORAL

- **Pacientes con menos de tres años de tratamiento y sin factores de riesgo**
- **1. Los especialistas de la salud oral podrán realizar cualquier tipo de tratamiento quirúrgico y rehabilitador (implantología) que requiera el buen cuidado de su paciente.**
- **2. Se deberá obtener un consentimiento informado que añada a los riesgos propios de cada cirugía, la osteonecrosis en relación con la ingesta del bisfosfonato oral.**
- **3. Se deberá controlar periódicamente (al menos anualmente) el estado de salud oral.**

# DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO ORAL

- **Pacientes con menos de tres años de tratamiento, con factores de riesgo: administración concomitante de corticoides, edad por encima de los 70 años.**
- 1. Sería recomendable, si las condiciones clínicas lo permiten, la suspensión del medicamento durante un periodo de tres meses antes de la realización de cualquier tipo de cirugía oral.
- 2. La reincorporación del tratamiento se realizará cuando la cicatrización de la cirugía efectuada haya concluido. En el caso de la cirugía implantológica se recomienda un plazo mínimo de tres meses.
- 3. La determinación sanguínea en ayunas del telopéptido C-terminal del colágeno tipo I (b-CTx) que rinda valores superiores a 150 pg/mL permitiría realizar cualquier tipo de cirugía con mínimo riesgo y sin la necesidad de suspender el aminobisfosfonato
- 4. Aunque es posible que la cirugía en el maxilar superior tenga una significativa menor incidencia de osteonecrosis, esto se encuentra pendiente de una mayor evidencia científica, por lo que no podemos afirmar que las actuaciones agresivas sobre el maxilar no incrementen el riesgo de OMRB en esa localización.

# DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO ORAL

- **Pacientes con más de tres años de tratamiento, con o sin factores de riesgo.**
- 1. Las mismas recomendaciones que en el grupo precedente.

# Enfermedad instaurada

- **Estadio 1: exposición de hueso necrótico, asintomática y sin signos de infección**
  - 1. Cuantificación en milímetros del tamaño de la exposición.
  - 2. Sugerir, si fuera posible, la suspensión del aminobisfosfonato por parte del especialista que lo prescribió.
  - 3. Pautar enjuagues con colutorio de clorhexidina al 0,12% o al 0,2% cada 12 horas durante 15 días.
  - 4. Control evolutivo a los 15 días:
    - Igual o menor tamaño de exposición que en el momento del diagnóstico: mantener la misma pauta durante otros 15 días.
    - Incremento en el tamaño de la exposición, dolor o signos de infección: aplicar el tratamiento de estadio 2.
  - 5. Control evolutivo al mes:
    - Mejoría o resolución: sugerir al especialista correspondiente la restauración del aminobisfosfonato si la situación clínica del paciente lo aconseja. Aplicar rigurosamente las normas de prevención.
    - Incremento en el tamaño de la exposición, dolor o signos de infección: aplicar el tratamiento de estadio 2.

## Estadio 2

- 4. Administrar antibioterapia oral de manera empírica (mientras no se disponga de resultados de cultivo y antibiograma):
  - • Primera indicación: Amoxicilina/ácido clavulánico 2.000/125 mgrs. cada 12 horas, durante 15 días. En los protocolos de EEUU: Penicilina VK 500 mgrs. cada 8 horas.
  - • Pacientes alérgicos a Penicilina: Levofloxacino 500 mgrs. Cada 24 horas, durante 15 días. Alternativa: Azitromicina.
- 5. Administrar anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) por vía oral.
- 6. Control evolutivo a los 15 días



# Estadio 3

- 1. Recomendar, si fuera posible, la suspensión del aminobisfosfonato por parte del especialista que lo prescribió.
- 2. Administrar antibioterapia oral y enjuagues con clorhexidina según la pauta recogida en el estadio 2.
- 3. Bajo anestesia local, si fuera posible, eliminar el secuestro óseo incluyendo, si precisara, la exodoncia de los dientes involucrados, irrigación del lecho quirúrgico con clorhexidina 0,2% y cierre del defecto con material reabsorbible.
- 4. Control evolutivo a los 15 días:
  - • Evolución favorable: suspender la antibioterapia oral y los antiinflamatorios. Mantener los enjuagues con el colutorio. Aplicar rigurosamente las normas de prevención sobre los dientes remanentes. Control a los 15 días.
  - • Evolución desfavorable (incremento en la exposición, dolor intenso, signos de infección): Mantener antibioterapia, enjuagues y anti-inflamatorios durante 15 días.

# Caso clínico

- Paciente de 72 años con AP: NAMC. HTA. Hernia hiato. Colon irritable.
- Mieloma múltiple en tto con Melfalán + Prednisona + Velcade (Bortezomib) + ZOMETA.
- Acude por presentar fractura vertical de 28;
- Su dentista indica que podría ser posible extraer sólo el fragmento fracturado.
- Solicito OPG porque no tiene reciente