

# RECOMENDACIONES en ODONTOLOGÍA

Elaborado por:  
Dr. Jenaro Graña Gil,  
Reumatólogo, A Coruña

## Tratamientos de la OSTEOPOROSIS y riesgo de complicaciones bucales

La osteonecrosis de los maxilares se ha asociado al uso prolongado de bifosfonatos o denosumab, aunque su incidencia en pacientes con OP es muy baja (entre 1/10.000 y 1/100.000)<sup>1,3</sup>. Y su relación directa no se ha podido demostrar.



Existe cierta controversia sobre la actitud a seguir en los pacientes que ya están tomando Bisfosfonatos o denosumab.

- La mayoría de las guías aconsejan **no suspender el tratamiento antirresortivo**.
- En 2011, la Guía de la American Dental Association reconocía que el riesgo de osteonecrosis de los maxilares es muy bajo en pacientes con OSTEOPOROSIS, por lo que **no era necesario suspender un bisfosfonato oral antes de un procedimiento dental**<sup>6</sup>.
- No obstante, y según las recomendaciones elaboradas por un panel internacional de expertos, en los pacientes que van a ser sometidos a una cirugía oral extensa y con **factores de riesgo asociados (diabetes, enfermedad periodontal, inmunodeficiencias, tabaquismo)**, el juicio clínico puede aconsejar **suspender temporalmente el tratamiento**<sup>4</sup>.
- En esta situación, y dado que al retirar denosumab se produce un aumento de remodelado óseo y del riesgo de aparición de fracturas vertebrales múltiples, el panel considera que **no se debe interrumpir el tratamiento con denosumab**.



**Revisión dental previa, higiene, evitar y tratar la periodontitis.**

**Factores a tener en cuenta: diabetes, corticoides, inmunosupresores y enfermedades crónicas.**

- Durante el tratamiento de la OSTEOPOROSIS, los procedimientos dentales invasivos deben realizarse después de considerar en detalle su necesidad. En el caso de denosumab, y si es posible, se debe evitar la cirugía en periodos cercanos a la administración del fármaco<sup>7</sup>. Mejor a los 4 ó 5 meses de la última dosis de denosumab y no mantener la interrupción más de 1-2 meses.
- En caso de un evento adverso relevante como la osteonecrosis de los maxilares, y aunque no hay evidencia científica que demuestre que la retirada del fármaco vaya a mejorar la evolución del proceso, el mismo documento considera que parece prudente suspenderlo y valorar la indicación de fármacos con diferente mecanismo de acción<sup>4</sup>. Un tratamiento osteoformador como la teriparatida o el romosozumab puede tener un efecto positivo.

Algunos factores sistémicos, como el tratamiento previo con Bisfosfonatos o las extracciones dentales, se asocian con el desarrollo de osteonecrosis de los maxilares en pacientes tratados con denosumab<sup>2</sup>.

Varias asociaciones médicas han publicado recomendaciones para reducir el riesgo de esta complicación.



- En general las guías incluyen en sus propuestas una **correcta higiene dental y revisión por un odontólogo si se objetiva una mala salud dental**.
- Si se prevé realizar algún procedimiento odontológico invasivo (exodoncia o implante) se aconseja posponer el inicio del tratamiento hasta la **cicatrización completa de la herida quirúrgica**<sup>4</sup>.

Fuente: Recomendaciones SER sobre Osteoporosis 2018. Con el apoyo del Grupo OsteoResSer



Naranjo Hernández A, et al.

## Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre osteoporosis



**Recomendación:** Si al paciente con OP se le indica algún procedimiento odontológico invasivo (exodoncia o implante) se aconseja posponer el inicio del tratamiento antirresortivo hasta la cicatrización completa de la herida quirúrgica (GR: D; GA: 100%).

**Recomendación:** En pacientes tratados con antirresortivos a los que se vaya a realizar un procedimiento dental no se recomienda interrumpir el tratamiento con bisfosfonatos ni con denosumab. Si existen otros factores adicionales de riesgo de osteonecrosis de los maxilares o el

procedimiento quirúrgico va a ser extenso, se puede considerar una suspensión temporal del tratamiento con bisfosfonatos (GR: D; GA: 78%).

Reumatol Clin. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.09.004>, págs 13-14

<sup>1</sup> Bagan J, Peydró A, Calvo J, Leopoldo M, Jiménez Y, Bagan L. Medication-related osteonecrosis of the jaw associated with bisphosphonates and denosumab in osteoporosis. Oral Diseases. 2016;22:324-9. <sup>2</sup> De Oliveira CC, Brizeno LA, de Sousa FB, Mota MR, Alves AP. Osteonecrosis of the jaw induced by receptor activator of nuclear factor-kappa B ligand (Denosumab) Review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2016;21:e431-9. <sup>3</sup> Chamizo E, Santamaría EL, Olea AH, Lozano R. Revisión sistemática de la literatura sobre la osteonecrosis maxilar con el uso de bisfosfonatos en pacientes con osteoporosis. Reumatol Clin. 2013;9:172-7. <sup>4</sup> Khan AA, Morrison A, Hanley DA, Felsenberg D, McAlindley TK, O'Ryan F, et al. Diagnosis and management of osteonecrosis of the jaw: A systematic review and international consensus. J Bone Miner Res. 2015;30:23-23. <sup>5</sup> Enciso R, Keaton J, Saleh N, Almasadih A, Clark GT, Sedghizadeh PP. Assessing the utility of serum C-telopeptide cross-link of type 1 collagen as a predictor of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: A systematic review and meta-analysis. J Am Dent Assoc. 2016;147:551-60.e11. <sup>6</sup> Hellstein JW, Adler RA, Edwards B, Jacobsen PL, Kalmir JR, Koka S, et al. Managing the care of patients receiving antiresorptive therapy for prevention and treatment of osteoporosis: Executive summary of recommendations from the American Dental Association Council on Scientific Affairs. J Am Dent Assoc. 2011;142:1000-1005. <sup>7</sup> European Medicines Agency: prolia (denosumab). Disponible en: [http://www.ema.europa.eu/docs/es/ES/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/001120/WC500093526.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/es/ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001120/WC500093526.pdf).