



## CARTAS AL DIRECTOR

### Osteonecrosis maxilar secundaria al tratamiento con zoledronato: a propósito de tres casos

#### Maxillary osteonecrosis associated with the use of zoledronate: Presentation of three cases

*Sr. Director:*

En la práctica clínica podemos encontrarnos pacientes con lesiones óseas dolorosas y de difícil tratamiento que afectan al maxilar. Esta situación poco frecuente pero no excepcional debe llevarnos al interrogatorio sobre si este enfermo padece alguna neoplasia por la que sigue tratamiento con bifosfonatos.

Los bifosfonatos son potentes inhibidores de la resorción ósea y tienen efecto antiangiogénico y antitumoral. En el paciente oncológico son utilizados en el tratamiento de la hipercalcemia maligna y metástasis óseas osteolíticas<sup>1–3</sup>. El ácido zoledrónico es el más empleado. Se ha descrito que la administración intravenosa de bifosfonatos está asociada a osteonecrosis del maxilar (ONM)<sup>4</sup>, enfermedad con baja prevalencia pero elevada morbilidad.

Presentamos 3 casos de pacientes afectados de ONM.

1. Hombre de 53 años diagnosticado en 2004 de adenocarcinoma de pulmón estadio IV, tratado mediante quimioterapia y radioterapia. Desde 2007, en tratamiento con zoledronato endovenoso. A los 9 meses, presentó dolor intenso en región maxilar superior izquierda y exposición ósea. Se retiró el tratamiento con zoledronato. Requirió tratamiento con antibioticoterapia, antisépticos bucales y cámara hiperbárica con mejoría parcial. En 2009, presentó caída espontánea de fragmento óseo maxilar.
2. Mujer de 66 años diagnosticada en 2001 de carcinoma lobulillar de mama T2N1M1, tratada con letrozol y bifosfonatos (inicialmente pamidronato y desde 2003 zoledronato). En 2005, presentó caída espontánea de dientes y parte de la arcada mandibular inferior. Preciso desbridamiento quirúrgico de absceso mandibular. En 2006, se retiró zoledronato y se mantuvo antibioticoterapia por osteomielitis crónica.
3. Hombre de 56 años diagnosticado en 1998 de mieloma múltiple IgG Kappa estadio IIIA, en tratamiento con poliquimioterapia, interferón y bifosfonatos (inicialmente pamidronato y desde 2003 zoledronato). En 2004 presentó caída de dientes espontánea y de arcada mandibular. Se retiró zoledronato pero persistió caída de dientes, osteomielitis (fig. 1), abscesos y fístulas

cutáneas y orales crónicas requiriendo desbridamiento quirúrgico y antibioticoterapia crónica.

Los bifosfonatos son de gran utilidad en pacientes oncológicos con enfermedad ósea avanzada. Sin embargo, su uso se ha relacionado con la aparición de ONM. La fisiopatología exacta de la ONM es desconocida pero se han descrito posibles factores de riesgo asociados. Los más importantes son el tipo y dosis total de bifosfonatos endovenosos y los antecedentes de intervenciones dentales.

En la ONM se definen tres estadios clínicos: estadio 1 (asintomático), estadio 2 (dolor y pruebas clínicas de infección) y estadio 3 (además, presencia de complicaciones)<sup>5</sup>. El hallazgo clínico más común es un área de mucosa ulcerada y exposición de hueso desvitalizado. Los tejidos blandos de alrededor están frecuentemente inflamados debido a infección secundaria de la mucosa y son muy dolorosos. La necrosis ósea suele progresar afectando a los dientes adyacentes dando lugar a la pérdida de los mismos. La afectación del tejido neural contiguo puede ocasionar parestesias faciales<sup>4</sup>. El diagnóstico de la ONM es clínico, ya que los hallazgos radiológicos son inespecíficos<sup>4,6</sup>.

La prevención es fundamental. El odontólogo deber realizar una evaluación bucodental completa previa al inicio de tratamiento con bifosfonatos endovenosos. En caso de

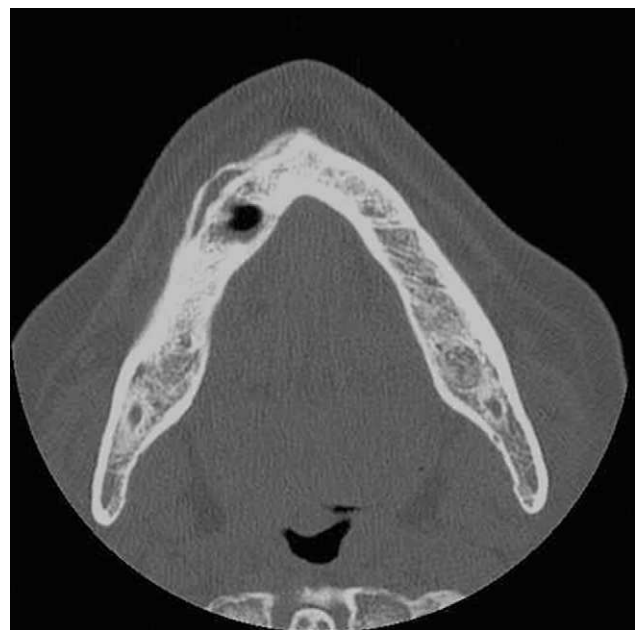


Figura 1 TAC Mandibular.

necesitar tratamiento dental debe realizarse antes. Durante el tratamiento con bifosfonatos serán necesarias revisiones periódicas.

Aunque hasta ahora se ha recomendado la suspensión de los bifosfonatos ante el diagnóstico de ONM, de momento no hay evidencia científica que demuestre que la discontinuación del tratamiento mejore la cicatrización de la necrosis ósea maxilar<sup>4,6</sup>. Inicialmente, se recomienda tratamiento conservador (antisépticos, antibioticoterapia orales y cámara hiperbárica), posponiendo el tratamiento quirúrgico siempre que sea posible.

Así pues, todo paciente oncológico en tratamiento con bifosfonatos que presente síntomas tales como dolor maxilar o caída de piezas dentarias, debe hacer sospechar una posible ONM.

## Bibliografía

1. Dodson T. Intravenous Biphosphonates Therapy and Biphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaws. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;67:44–52.
2. Pastor D, Garatea J, Martino R, Etayo A, Sebastián C. Osteonecrosis maxilar y bifosfonatos. Presentación de tres nuevos casos. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2006;11:E76–9.

3. Nota informativa: Recomendaciones para la prevención de la ONM asociada al tratamiento con bifosfonatos. Agencia Española del Medicamento. Septiembre 2009.
4. Saiz F, Galea T, Valentin R. Osteonecrosis maxilar asociada a bifosfonatos. A propósito de un caso. *Med Pal.* 2008;15: 65–8.
5. Ruggiero SL, Dodson T, Landesberg R. AAOMS Position Paper on BRONJ-2009 Update. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;67:2–12.
6. Cherry L, Estilo CL, Van Poznak CH, Williams T, Bohle GC, Lwin PT, et al. Osteonecrosis of the Maxilla and Mandible in patients with advanced cancer treated with bisphosphonates therapy. *The Oncologist.* 2008;13:911–20.

Elisenda Bolívar Puigoriol<sup>a,\*</sup>, Núria Camprodon Tuneu<sup>a</sup>, Cristina Farriols Danés<sup>b</sup> y José Planas Domingo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>EAP Gòtic, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

<sup>b</sup>Unidad de Cuidados Paliativos, Servicio de Oncología Médica, Hospital de la Esperanza, IMAS, Barcelona, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elibolivar@hotmail.com

(E. Bolívar Puigoriol).

doi:10.1016/j.aprim.2009.11.010

## En tiempos de Bolonia: ¿qué nos aporta una rotación externa en otro país Europeo?

### In Bologna process: what can we learn doing a rotation in another European country?

*Sr. Director:*

Aunque el actual programa de formación en Medicina de Familia<sup>1</sup> ofrezca al residente una rotación externa, esta oportunidad dista de ser práctica habitual. El objetivo de esta carta es contribuir a promover los intercambios profesionales a partir de una experiencia personal.

Mi rotación externa transcurrió en un centro urbano de atención primaria en Amberes (Bélgica), compuesto por dos médicos de familia y una residente. El sistema de salud belga se basa en el sistema Bismarck (Seguro de Salud) y el español en el sistema Beveridge (Sistema Nacional de Salud). Siendo ambos sistemas públicos, comparten principios generales. Sin embargo, la gestión de la atención primaria difiere sustancialmente, pues en Bélgica se organiza de manera privada, estableciendo acuerdos con el sistema público: son los profesionales los que gestionan su propio centro.

En Cataluña y Madrid hay centros autogestionados por entidades de base asociativa que tienen un funcionamiento similar, basado en tres pilares: financiación pública, provisión privada y control público de los resultados. Sus defensores encuentran ventajas tales como mayor

autonomía e implicación del profesional, mejor salario y satisfacción global<sup>2</sup>.

En Bélgica, el paciente paga 21,50€ por acto médico en el momento y, posteriormente, recibe un reembolso parcial por parte del Seguro de Salud. El médico obtiene su sueldo de la diferencia entre los cobros de los pacientes y otros extras, y los gastos necesarios para hacer funcionar el centro. Esto no es solo una diferencia en la gestión de la sanidad, sino que confiere una conciencia de gasto tanto al usuario como al profesional.

En cuanto a la atención médica, los belgas gozan de libre elección de médico en el país. En este centro, el tiempo fijado por consulta era de veinte minutos, y además las médicas desempeñaban simultáneamente las labores de enfermería y administrativa, con lo que la atención global al paciente resultaba muy efectiva.

Un adelanto importante con respecto a España es la tarjeta individual del paciente con su información clínica, que permite su atención sanitaria en distintos centros, y con la que los médicos españoles todavía soñamos. En este momento, el proyecto de Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud se encuentra próximo a la fase de pilotaje que en diez comunidades autónomas<sup>3</sup>.

El sistema de formación belga en medicina de familia dura dos años, que siguen a un año teórico común a otras especialidades. La residencia se desarrolla en el centro de salud, sin contemplarse rotaciones hospitalarias ni en atención especializada. Cada residente tiene un tutor, con el que establece una relación similar a la nuestra. La responsabilidad del residente es mayor desde el principio, y sobre todo más