

424/3334 - EFECTOS SECUNDARIOS

L. Panero Martínez¹, T. Sánchez González² e I. Díaz González¹

¹Médico de Familia. Centro de Salud Pinto. Madrid. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinto. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 81 años de edad con antecedentes de HTA, DLP, y FA que consultó por lesión en maxilar inferior excrecente eritematosa con aumento de temperatura local y exudado purulento de una semana de evolución. Negaba fiebre termometrada. Inicialmente se pautaron dos ciclos de amoxicilina-clavulánico sin mejoría. Se realizó analítica sin alteraciones, se solicitó ortopantomografía y valoración en odontología del centro de salud.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada en las tres esferas. Normocoloración de piel y mucosas. A nivel maxilar izquierdo se objetivó lesión excrecente, eritematosa con secreción purulenta de unos tres centímetros de diámetro con aumento de temperatura local y adherida a planos profundos.

Ortopantomografía: lesiones osteolíticas en cuerpo mandibular izquierdo. En la RNM se objetivó área focal mal definida en hemimandíbula izquierda que aparentemente llegaba a la cortical ósea y se extendía hasta el tejido celular subcutáneo, con discretos cambios edematosos y realce. Se recomendó estudio histológico.

Orientación diagnóstica: Teniendo en cuenta el antecedente de osteoporosis y que había recibido tratamiento prolongado con bisfosfonatos y denosumab, el diagnóstico más probable fue la osteonecrosis maxilar relacionada con medicación estadio III.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial se planteó entre una osteítes crónica/osteomielitis, metástasis ósea, enfermedad de Paget... En nuestro caso se biopsió un pequeño fragmento óseo para descartar naturaleza maligna de la lesión. La histopatología descartó neoplasia y fue informada como hueso necrótico con numerosas células inflamatorias y colonias de bacilos de tipo actinomíces. Fue necesaria disección subperióstica y exposición de hueso mandibular. Mandibulectomía segmentaria con placa de reconstrucción.

Comentario final: El denosumab es un anticuerpo monoclonal que puede favorecedor la osteonecrosis mandibular, por lo que se debe actuar con la misma cautela que con los bisfosfonatos. A diferencia de estos, el denosumab no se acumula en el hueso y aunque puede tener los mismos efectos adversos suele presentar una evolución más favorable.

Bibliografía

1. Papapoulos S, Chapurlat R, Libanati C, et al. Five years of denosumab exposure in women with postmenopausal osteoporosis: Results from the first two years of the FREEDOM extension. *J Bone Miner Res.* 2012;27:694-701.

Palabras clave: Osteonecrosis. Denosumab. Mandibulectomía.