

Dolor maxilar en mujer de 36 años con metástasis óseas

M. Navarro Martín^a, G. López Sánchez^b, E. Fonseca Sánchez^a y J.J. Cruz Hernández^a

^aServicio de Oncología. Hospital Clínico de Salamanca. Salamanca. España.
^bCentro de Salud Alamedilla. Salamanca. España.

Se presenta el caso clínico de una paciente joven con cáncer de mama y metástasis óseas en tratamiento con bifosfonatos que acude a consulta de Atención Primaria por dolor maxilar. La paciente fue diagnosticada de osteonecrosis secundaria a bifosfonatos. Se exponen asimismo en el artículo los factores de riesgo, fisiopatología, clínica y tratamiento de esta entidad.

Palabras clave: bifosfonatos, osteonecrosis maxilar, metástasis óseas.

The clinical case of a young female patient with bone metastases and breast cancer under treatment with bisphosphonates who was evaluated in Primary Care due to jaw pain is presented. Bisphosphonate-associated osteonecrosis was diagnosed. We discuss risk factors, pathophysiology, clinical features and management of the disorder.

Key words: bisphosphonates, jaw necrosis, bone metastases.

INTRODUCCIÓN

La osteonecrosis maxilar es una complicación recientemente descrita en pacientes oncológicos en tratamiento con bifosfonatos y generalmente con antecedentes de manipulación dental. Dado el incremento de uso de estos fármacos en oncología, es interesante para los médicos de Atención Primaria el conocimiento de esta complicación, ya que los pacientes pueden consultar inicialmente por dolor maxilar, como en el caso que presentamos.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 36 años con antecedente de carcinoma ductal infiltrante de mama derecha. Estadio al diagnóstico T3N2M0 con receptores de estrógeno y progestina positivos y ErbB2 (+++). Recibió tratamiento adyuvante tras mastectomía con quimioterapia (esquema CAF), radioterapia y hormonoterapia con tamoxifeno. Al año del diagnóstico presentó metástasis óseas múltiples, por lo que recibió tratamiento para la recaída ósea con quimioterapia (esquema Taxol y Herceptin), asociados a bifosfonato intravenoso mensual (ácido zoledrónico).

Acude a consulta de Atención Primaria solicitando analgésicos por molestias en arcada dentaria superior derecha. Había precisado de una extracción dental, realizada aproximadamente un mes antes. En la exploración se objetiva una zona de hueso maxilar expuesto (fig. 1).

Se contacta telefónicamente con el servicio de Oncología. Ante la sospecha clínica de osteonecrosis maxilar se inicia tratamiento en Atención Primaria con analgésicos y antibióticos. El tratamiento con bifosfonatos (ácido zoledrónico) fue suspendido, manteniéndose el tratamiento con quimioterapia. La paciente fue derivada para valora-



Figura 1. Se observa hueso maxilar expuesto

Correspondencia: M. Navarro Martín.
Servicio de Oncología, planta 4.^a
Hospital Clínico de Salamanca.
Paseo de San Vicente 58-132.
37007 Salamanca. España.

Recibido el 16-08-06; aceptado para su publicación el 19-10-06.

ción por cirugía maxilofacial, no precisando tratamiento quirúrgico al no progresar la lesión, siendo la evolución de ésta favorable dada la precoz retirada del fármaco.

DISCUSIÓN

La osteonecrosis maxilar consiste en la exposición del hueso en la cavidad oral y su posterior necrosis, frecuentemente tras manipulaciones o traumatismos dentales. Su etiología no está aclarada y ha sido atribuida a déficit de aporte vascular, estados de hipercoagulabilidad, así como a infecciones dentales y osteomielitis¹. Desde 2002 se han comunicado múltiples casos de osteonecrosis maxilar en pacientes con cáncer de mama, próstata y mieloma múltiple en tratamiento con bifosfonatos, en especial pamidronato y ácido zoledrónico^{2,3}. Cómo los bifosfonatos pueden ocasionar osteonecrosis maxilar no está totalmente aclarado, habiéndose especulado con mecanismos patogénicos, como cambios en la vascularización intraósea secundaria a las propiedades antiangiogénicas de estos fármacos. Debido a que no se ha comunicado ninguna otra localización ósea, se ha atribuido un papel importante a la contaminación del hueso expuesto por la microflora de la cavidad bucal, sobre todo durante los procedimientos odontológicos⁴. El tratamiento de esta complicación es di-

fícil, precisando la retirada del bifosfonato y tratamientos con analgésicos y antibióticos, pudiendo estar indicada en algunos casos avanzados la resección quirúrgica de las lesiones óseas. A pesar de todas las medidas anteriores la necrosis ósea puede progresar ocasionando una gran morbilidad en pacientes que, por otra parte, pueden tener su enfermedad oncológica estable³.

En resumen, dada la alta frecuencia del uso de bifosfonatos en pacientes con cáncer de mama, cáncer de próstata y mieloma se debe tener un alto índice de sospecha de esta complicación, también en Atención Primaria, en pacientes oncológicos en tratamiento crónico con bifosfonatos que consulten por dolor orofacial continuo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Badros A, Weikel D, Salama A, et al. Osteonecrosis of the jaw in multiple myeloma patients, clinical features and risk factors. *J Clin Oncol*. 2006;24:945-52.
2. Durie BG, Katz M, Crowley J. Osteonecrosis of the jaw and bisphosphonates [letter]. *N Engl J Med*. 2005;353:99-102.
3. Woo SB, Hande K, Richardson PG. Osteonecrosis of the jaw and bisphosphonates [letter]. *N Engl J Med*. 2005;353:99-102.
4. Mignogna M, Fedele S, Ciccarelli R, et al. Osteonecrosis of the jaws associated with biphosphonate therapy. *J Clin Oncol*. 2006;24:1476-7.