



***TEMA 6: Protocolos clínicos de
tratamiento de pacientes
diabéticos, en tratamiento con
corticoides y en tratamiento
con bisfosfonatos o
anticuerpos monoclonales***





***Manejo odontológico de
pacientes diabéticos***

I INFORME MUNDIAL DIABETES OMS (abril de 2016)

- Importante problema de salud pública
- Una de las cuatro ENT seleccionadas por la OMS para intervenir prioritariamente (Plan de Acción Mundial OMS).
- Incremento continuo de la prevalencia:
 - 1980: 108 millones vs. 2014: 422 millones.
 - 1980-2014: duplicada= 4.7% vs. 8.5%.
 - Aumenta más en países en desarrollo.
 - 2012: 1,5 millones de muertes + 2,2 indirectos (cv)
 - 43% de muertes en menores de 70 años
 - La mayoría, **diabetes tipo 2**.
 - Complicaciones cv, renales, oftalmológicas y neurológicas.
 - Grandes repercusiones económicas.
 - Prevención Fundamental: Obesidad, sedentarismo, políticas,...

DIABETES MELLITUS (Protocolo CONSEJO DE DENTISTAS/SEPA/SED)

La diabetes *mellitus* es un grupo heterogéneo de desórdenes en el metabolismo caracterizado por altos niveles de glucosa en sangre, que son debidos, en el caso de la diabetes tipo 1, a una reducción absoluta en la secreción de insulina, por destrucción de las células β pancreáticas y, en el caso de la diabetes tipo 2, por un defecto progresivo en la secreción de insulina y/o resistencia a los efectos de la misma.

TIPOS DE DIABETES

1. Diabetes tipo 1

- a. Normalmente ocurre en niños y adultos jóvenes, aunque puede aparecer en personas de cualquier edad.
- b. El inicio de la enfermedad suele ser brusco.
- c. Las personas con esta enfermedad necesitan insulina para controlar los niveles de glucosa.
- d. Se produce por una reacción autoinmune contra las células β pancreáticas, productoras de insulina.

3. Diabetes gestacional

- a. La hiperglucemia se detecta por primera vez en algún momento del embarazo.
- b. Normalmente desaparece tras el parto, pero las mujeres que han tenido diabetes gestacional tienen mayor predisposición a padecer diabetes tipo 2 a largo plazo.

Por otro lado, a las personas que tienen niveles elevados de glucosa en sangre que no llegan a los niveles de diabetes, se dice que tienen tolerancia a la glucosa alterada o glucosa en ayuno alterada.

2. Diabetes tipo 2

- a. Es el tipo de diabetes más frecuente.
- b. Normalmente aparece en adultos, pero cada vez es más frecuente verla también en niños y adolescentes, debido a un estilo de vida sedentario y a una alimentación poco saludable.
- c. El cuerpo es capaz de producir insulina, pero se vuelve resistente a ella.
- d. Síntomas menos marcados que en la diabetes tipo 1, por lo que muchos pacientes no son conscientes de que la tienen, y pueden pasar muchos años antes del diagnóstico (en España hay más de 2 millones de personas que desconocen que tienen diabetes tipo 2). De hecho, muchas personas ya tienen complicaciones de la diabetes al inicio del diagnóstico de la enfermedad.
- e. Se asocia a factores de riesgo como el sobrepeso, la inactividad física y dietas poco saludables.

4. Diabetes por otras causas (inducida por medicamentos, fibrosis quística, pancreatitis, etc.).

DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES

Los criterios diagnósticos de la Asociación de Diabetes Americana (ADA) en 2018 son:

1. Glucosa en sangre en ayunas ≥ 126 mg/dl (no habiendo tenido ingesta calórica en las últimas 8 horas)* o
2. Glucosa en sangre a las 2 horas de ≥ 200 mg/dl durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa (75 g de glucosa disuelta en agua)* o
3. Hemoglobina glucosilada (HbA1C) $\geq 6,5\%$ * o
4. Pacientes con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucémica con una glucemia al azar ≥ 200 mg/dl.

HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HbA1c)

- **Muestra el nivel promedio de glucosa en sangre en las últimas seis a ocho semanas**
 - La glucosa de la sangre se une a la hemoglobina para formar la hemoglobina glicosilada
 - Si se incrementa la glucosa en sangre la hemoglobina glicosilada aumenta, permaneciendo aumentada durante 120 días:
 - Refleja todas las oscilaciones de la glucemia en las pasadas ocho o más semanas
- **No debe efectuarse tratamiento odontológico con cifras extremas de HbA1c**

VALORES NORMALES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HbA1)

Tabla 3. Valores de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) y su correspondencia clínica

Valor	Correspondencia clínica
2,2-4,8%	Adultos normales
1,8-4%	Niños normales
2,5-5,9%	Diabéticos bien controlados
6-8%*	Diabéticos con control suficiente
Más del 8%	Diabéticos mal controlados

* Para algunos autores el objetivo terapéutico está en mantenerla por debajo del 7%. Por encima de estos parámetros se debe ser cauto a la hora de iniciar el tratamiento odontológico.

COMPLICACIONES DE LA HIPERGLUCEMIA

La hiperglucemia crónica presenta una serie de complicaciones a lo largo del tiempo:

- Vasculares: macroangiopatía diabética e hipertensión arterial, que aumenta el riesgo de eventos adversos cardiovasculares como el infarto de miocardio y el ictus.
- Hiperlipemia.
- Oftalmológicas: retinopatía, con ceguera progresiva.
- Renales: nefropatía e insuficiencia renal.
- Neurológicas: polineuropatía periférica y autonómica.
- Otras: infecciones recurrentes y cicatrización retardada.
- Enfermedad periodontal.

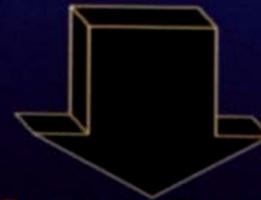
COMPLICACIONES ORALES FRECUENTES DE LA DIABETES

- **Periodontitis y abscesos periodontales.**
- Xerostomía (mayor susceptibilidad a caries).
- Mayor tendencia a formación de cálculo.
- Síndrome de boca ardiente.
- Parotiditis crónica, bilateral y asintomática.
- Odontalgia atípica, por microangiopatía intrapulpar.
- Alveolitis seca postextracción.
- Cicatrización retardada postextracción o cirugía, sobre todo en pacientes con mal control metabólico.
- Úlceras orales persistentes.
- Candidiasis.
- Queilitis angular.
- Halitosis, con olor típico a acetona.
- Liquen plano.
- Reacciones liquenoides.

**Microangiopatía: Alt.
capilaridad membrana
basal gingival**



**Alt. quimiotaxis y
fagocitosis de PMN**



**Aumento
microorganismos
patógenos en bolsas
(P. gingivalis y P.
intermedia)**

HIPERGLUCEMÍA 



**Disminución
prod. colágeno
y aumento
degradación**

MISIONES DEL DENTISTA ANTE EL PACIENTE DIABÉTICO

Historia clínica	<p>En la anamnesis de la historia clínica, recoger la existencia de antecedentes de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diabetes tipo 1.• Diabetes tipo 2.• Diabetes gestacional.• Coma diabético híper o hipoglucémico.
Misiones del dentista en pacientes que desconocen su patología	<ul style="list-style-type: none">• Despistaje de la diabetes en aquellos pacientes que desconocen tener tal patología y consultan por patología odontológica sugerente:<ul style="list-style-type: none">- Enfermedad periodontal.- Abscesos periodontales, cicatrización retardada.- Sequedad de boca.• Atención constante a la sintomatología de la enfermedad (polidipsia, poliuria, polifagia, pérdida de peso, debilidad general).
Misiones del dentista en pacientes que desconocen su patología	<ul style="list-style-type: none">• Atención a hallazgos clínicos a nivel sistémico.• Atención a hallazgos clínicos a nivel sistémico:<ul style="list-style-type: none">- Obesidad en pacientes de más de 40 años con antecedentes familiares de diabetes mellitus.- Irritabilidad.- Infecciones cutáneas.- Visión borrosa.- Parestesias.• Antecedentes de diabetes gestacional en mujeres.• Proporcionar el tratamiento odontológico adecuado, prevenir y tratar las complicaciones bucales que se produzcan como consecuencia de la diabetes.
Misiones del dentista en los pacientes ya diagnosticados de diabetes	<ul style="list-style-type: none">• Mantener una historia clínica con información completa sobre:<ul style="list-style-type: none">- Hemoglobina glicosilada.- Tratamiento farmacológico: desde cuándo, dosis, tipo y administración de insulina.- Complicaciones crónicas sistémicas (ojos, riñón, sistema nervioso).- Tomar la tensión arterial.- Parestesias.• Si el control metabólico es deficiente es preferible evitar o retrasar intervenciones complejas, o realizarlas con ingreso hospitalario.• Por norma, sería aconsejable determinar la glucemia en la clínica.



PROTOSCOLOS DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y ATENCIONES ESPECIALES EN EL DIABÉTICO

Complicaciones orales frecuentes	<ul style="list-style-type: none">• Periodontitis y abscesos periodontales.• Xerostomía (mayor susceptibilidad a caries).• Mayor tendencia a formación de cálculo.• Síndrome de boca ardiente.• Parotiditis crónica, bilateral y asintomática.• Odontalgia atípica, por microangiopatía intrapulpar.• Alveolitis seca postextracción.• Cicatrización retardada postextracción o cirugía, sobre todo en pacientes con mal control metabólico.• Úlceras orales persistentes.• Candidiasis.• Queilitis angular.• Halitosis, con olor típico a acetona.• Liquen plano.• Reacciones liquenoides.
Tratamiento farmacológico de las complicaciones orales	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento coadyuvante de las infecciones bacterianas:<ul style="list-style-type: none">- Antibiótico de elección: Amoxicilina.• Tratamiento de las infecciones micóticas:<ul style="list-style-type: none">- Antifúngicos convencionales.• Situaciones de estrés:<ul style="list-style-type: none">- Ambiente relajante.- Evitar maniobras dolorosas.- Si fuese necesario: ansiolíticos.
Atenciones especiales con el paciente con diabetes	<ul style="list-style-type: none">• Recomendarle que durante el periodo de tratamiento odontológico siga su régimen de vida habitual: que coma adecuadamente y que se administre su dosis normal de insulina/antidiabético oral antes de la consulta.• Atenderle preferiblemente en citas breves y por la mañana. No hacerlas coincidir con los picos de insulina.• Valorar hacer en la clínica prueba de glucemia capilar el día del tratamiento o hemoglobina glicosilada.• Tener a su disposición bebidas con glucosa y glucagón 1mg i.m. (inconsciente con glucemia < 30 mg/dl).• En el tratamiento de pacientes con diabetes tipo 1, estar atentos a su mayor probabilidad de desequilibrio de la glucosa.• Después del tratamiento, darles las pautas necesarias para que siga con su dieta y tratamiento. El paciente con diabetes tipo 1 deberá controlar su glucemia capilar con más frecuencia, y utilizar tira reactiva de cuerpos cetónicos en orina si está hiperglucémico.

PROTOSCOLOS DE TRATAMIENTO PROFILÁCTICO Y PRECAUCIONES ESPECÍFICAS EN EL DIABÉTICO

<p>Actuaciones odontológicas de carácter profiláctico</p>	<ul style="list-style-type: none">• Controlar estrechamente la enfermedad periodontal.• Promover una higiene oral lo más correcta posible.• El tratamiento de las enfermedades periodontales influye significativamente en un mejor control metabólico de la diabetes y de sus complicaciones.• Realizar seguimiento odontológico periódico cada 6 meses.• Evitar tabaco.• Legrar los alveolos tras las extracciones dentarias.
<p>Precauciones específicas</p>	<ul style="list-style-type: none">• En principio, no está contraindicado utilizar anestésicos locales con adrenalina salvo que sus complicaciones cardiovasculares o renales lo requieran (leer prospecto de anestésico local).• Si tiene buen control metabólico, no necesita profilaxis antibiótica. Si no está bien controlado, profilaxis antibiótica para los raspados y alisados radiculares, extracciones dentarias, y retrasar tratamientos más invasivos hasta que el control mejore.• El control glucémico debe ser valorado y optimizado como prioridad a la cirugía de implantes dentales. Contactar con su endocrinólogo.• Realizar suturas post-extracción, para favorecer la hemostasia y cicatrización.• En tratamientos de urgencia, evitar procedimientos complicados.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS EN EL PACIENTE DIABÉTICO

- ▶ Amoxicilina antibiótico de elección.
- ▶ Azitromicina y metronidazol (aumentan las concentraciones de antidiabéticos orales e induce hipoglucemia).
- ▶ Tetraciclinas (disminuyen absorción de glúcidos e induce hiperglucemia).
- ▶ Ciprofloxacino (compite con insulina e induce hiperglucemia).
- ▶ Paracetamol: analgésico de elección administrado sólo o con codeína.
- ▶ Evitar aspirina, ibuprofeno, diclofenaco y naproxeno (aumentan efectos antidiabéticos orales e inducen hipoglucemia).
- ▶ Corticoesteroides (disminuyen uso periférico glucosa e inducen hiperglucemia, contraindicados si la DM es severa).

Tabla 4. Fármacos hipoglucemiantes más relevantes (insulinas e hipoglucemiantes orales)

Grupo farmacológico	Vía	Fármaco	Duración del efecto
Insulinas de acción ultracorta	Subcutánea	<ul style="list-style-type: none">• Lis-Pro• Aspart	10-15 min – 2-4 h
Insulinas de acción rápida	Subcutánea	<ul style="list-style-type: none">• Regular	30-60 min – 6-8 h
Insulinas de acción intermedia	Subcutánea	<ul style="list-style-type: none">• NPH• Lenta• NPL	1-2 h – 12-22 h 2-4 h – 14-24 h 1,5-3 h – 12-18 h
Insulinas de acción prolongada	Subcutánea	<ul style="list-style-type: none">• Ultralenta• Glargina	3-4 h – 26-30 h 4-5 h – 24 h
Sulfonilureas	Oral	<ul style="list-style-type: none">• Clorpropamida• Tolbutamida• Glibenclamida• Glipizida• Gliquidona• Glimepirida	24-48 h 6-12 h 12-24 h 12-24 h 8-10 h 24 h
Análogos de meglitinidas	Oral	<ul style="list-style-type: none">• Repaglinida• Nateglinida	2-4 h 2-4 h
Biguanidas	Oral	<ul style="list-style-type: none">• Metformina• Butformina	12 h 12 h
Inhibidores de las alfa-glucosidasa intestinales	Oral	<ul style="list-style-type: none">• Acarbosa• Miglitol	4 h 4 h
Glitazonas	Oral	<ul style="list-style-type: none">• Rosiglitazona• Pioglitazona	24 h 24 h

SITUACIONES DE EMERGENCIA EN EL PACIENTE DIABÉTICO

1. Coma hiperglucémico: Causado por infección, deshidratación, esteroides exógenos, trastornos emocionales o no administración de la dosis adecuada de insulina:

- a. Instauración lenta y progresiva.
- b. Glucemia elevada (en general >300 mg/dl).
- c. Si tiene cetonuria indica posible cetoacidosis diabética.

2. Coma hipoglucémico: Causado por dosis altas de insulina, disminución de la ingesta de alimentos, aumento del ejercicio físico:

- a. Instauración rápida.
- b. Glucosa muy baja (< 40 mg/dl), sin acetona ni glucosa en orina.
- c. Cursa con ansiedad, sudoración, hambre diplopía, convulsiones, palpitaciones.

● ANTE LA DUDA...

- ¡Actúen como si fuera hipoglucémico!

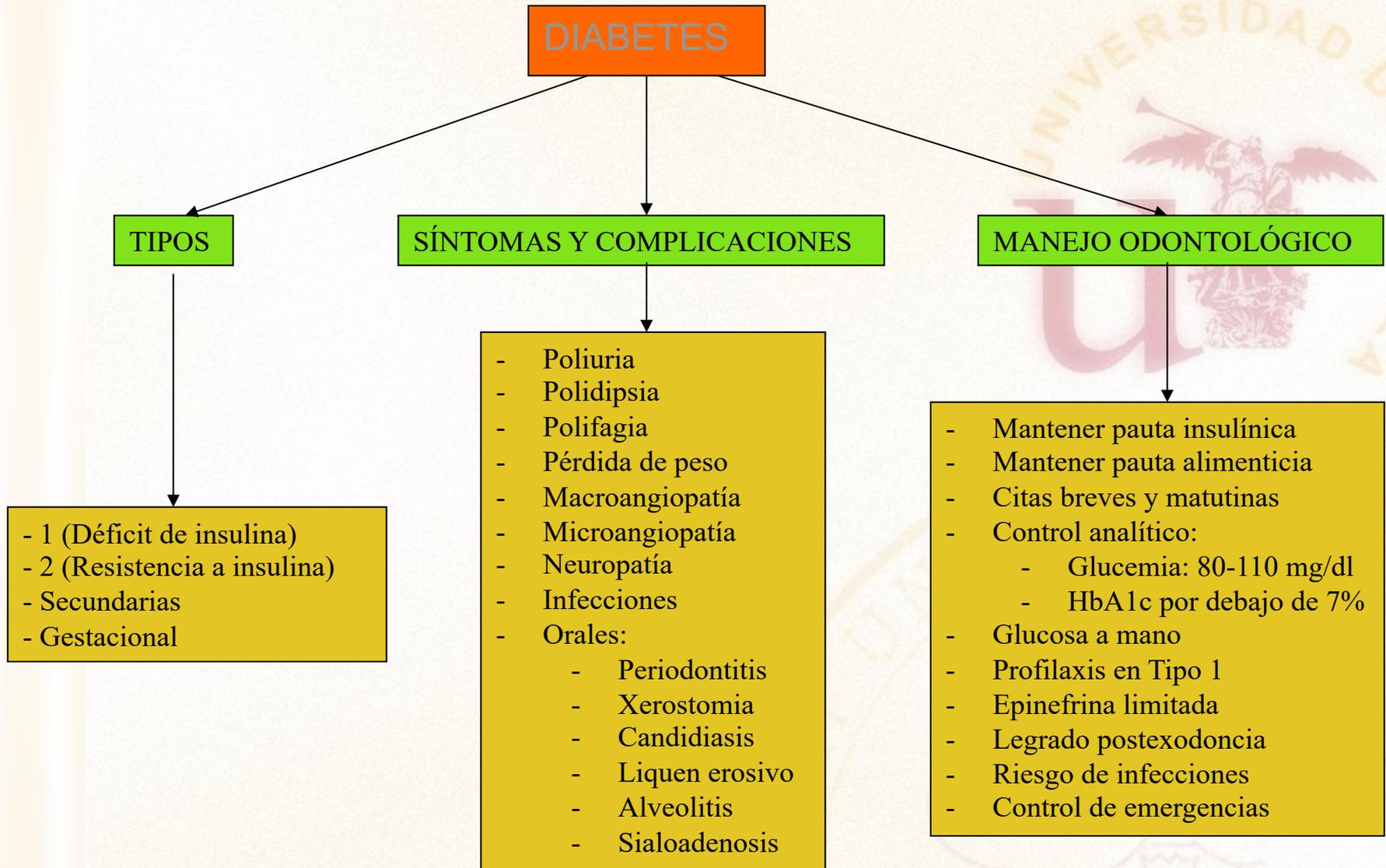
● COMA HIPERGLUCÉMICO:

- Suero salino (1 l/ 30 min.)
- Insulina (20 UI vía IM)
- Traslado urgente

● COMA HIPOGLUCÉMICO:

- Tratamiento urgente
- Paciente consciente:
 - Azúcar por vía oral (azucarillo, Coca-Cola...)
- Paciente inconsciente:
 - 50 cm³ de glucosa hipertónica al 33% IV
 - 20-50 cl de dextrosa IV
 - 1 mg de glucagón IM, si no se toma vía

ALTERACIONES METABÓLICAS EN LA CLÍNICA DENTAL





***La paciente
menopáusica en la
clínica dental***



CONCEPTO

"Etapa de la vida de la mujer, sobre los 50 años, acontece el cese permanente de la menstruación por pérdida actividad folicular ovárica"

*** Se trata de un término diferente de "climaterio" (o "perimenopausia")**

*** Descenso de estrógenos y progesterona y aumento de andrógenos.**

CLÍNICA

- Hipertensión
- Aterosclerosis (IAM)
- "Sofocos"
- Diabetes
- Osteoporosis, artropatías,...
- Alt. psíquicas (insomnio, depresión)
- Infecciones urinarias
- Obesidad

OSTEOPOROSIS: ¡CONSUMO DE BISFOSFONATOS!

- Ácido alendrónico (Fosamax)
- Acrel (Fosavance)
- Actonel (Hemocalcín)
- Aredia (Linotén)
- Bifoal (Mebonat)
- Bondronat (Osteum)
- Bonefos (Skelid)
- Bonviva (Xinsidona)
- Calbión (Zometa)
- Difostén



BISFOSFONATOS

- Utilizados en el tratamiento de la osteoporosis en la menopausia
- Descrita la osteonecrosis mandibular postexodoncia en 2003
- En 2008 se habían descrito ya 3.600 casos en 300 publicaciones
- Estos pacientes requieren más vigilancia y prevención
- Consecuencias para...
 - El paciente: algunas exodoncias son inevitables
 - El dentista: conflicto medico-legal si no se le avisa
- Investiguen el tiempo, la dosis y la vía de administración:
 - Oral: El periodo de riesgo no suele aparecer hasta los 3 años de consumo, por lo que los procedimientos deben ser anteriores.
 - Intravenosa: Hagan intervenciones de riesgo antes o durante los 3 primeros meses de consumo

DECISIONES TERAPÉUTICAS RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE BISFOSFONATOS
(en negrita, posiciones actualmente aceptadas)

<u>TIPO DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO</u>		<u>ANTES DE INICIAR LA ADMINISTRACIÓN DE BISFOSFONATOS</u>	<u>EN TRATAMIENTO CON BISFOSFONATOS POR VÍA ORAL</u>	<u>EN TRATAMIENTO CON BISFOSFONATOS POR VÍA I.V.</u>
OBTURACIONES:		Procedimiento teóricamente seguro (criterio teórico; baja "evidencia" científica)	Procedimiento teóricamente seguro (criterio teórico; sin "evidencia" científica)	Procedimiento teóricamente seguro (criterio teórico; sin "evidencia" científica)
~ en dientes con pronóstico dudoso		Considerar la exodoncia (criterio teórico; baja "evidencia" científica)	Considerar la exodoncia (criterio teórico; baja "evidencia" científica)	---
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS		Procedimiento teóricamente seguro (criterio teórico; baja "evidencia" científica)	Procedimiento probablemente seguro (criterio teórico; baja "evidencia" científica)	Procedimiento probablemente seguro (criterio teórico; baja "evidencia" científica) Riesgo de desencadenar OMB (insuficiente evidencia científica)
~ en dientes con pronóstico dudoso		Considerar la exodoncia (criterio teórico; baja "evidencia" científica)	---	---
TRATAMIENTO PERIODONTAL BÁSICO		Procedimiento teóricamente seguro (criterio teórico; baja "evidencia" científica)	Procedimiento no contraindicado (relativamente seguro, en teoría (criterio teórico; baja "evidencia" científica)	Contraindicado el procedimiento quirúrgico ("evidencia" científica significativa)
CIRUGÍA ORAL		Procedimiento teóricamente seguro (criterio teórico; baja "evidencia" científica)	Procedimiento no contraindicado (relativamente seguro, en teoría (criterio teórico; baja "evidencia" científica)	Contraindicado ("evidencia" científica significativa)
- Precauciones	Con la posología de los bisfosfonatos	Esperar 4-8 semanas antes de iniciar la administración de bisfosfonatos (criterio teórico; baja "evidencia" científica)	Suspender bisfosfonatos de 1-3 meses antes a tres meses después (precaución teórica sin validez soportada científicamente)	Suspender bisfosfonatos de 1-3 meses antes a tres meses después (precaución teórica sin validez soportada científicamente)
	Con la temporalización del tratamiento	---	Tratar un cuadrante y esperar dos meses (criterio teórico sin soporte científico)	Limitar el tratamiento a los tres primeros meses (criterio sin soporte científico)
- Prueba del CTX (si CTX < 150 pg/ml, diferir la cirugía y repetir posteriormente)		---	Prueba sin validez soportada científicamente	Prueba sin validez soportada científica
- Técnicas alternativas		---	Técnicas quirúrgicas conservadoras (criterio teórico, sin "evidencia" científica)	Técnicas quirúrgicas conservadoras (criterio teórico, sin "evidencia" científica)
- Antisepsia:		---	Clorhexidina desde antes hasta dos meses después (Criterio clínico; validez sin "evidencia" científica)	Clorhexidina desde antes hasta dos meses después (Criterio clínico; validez sin "evidencia" científica)
- Antibioterapia en procedimientos extensos, abscesos, infecciones....		---	Amoxicilina + metronidazol, o clindamicina, desde 2 días antes a 14 después. (criterio sin evidencia científica; Riesgo de resistencias y de alergias).	Amoxicilina + metronidazol, o clindamicina, desde 2 días antes a 14 después. (criterio sin evidencia científica; Riesgo de resistencias y de alergias).
REHABILITACIÓN PROTÉSICA		Procedimiento teóricamente seguro (criterio teórico; baja "evidencia" científica)	Procedimiento probablemente seguro (criterio teórico; baja "evidencia" científica)	Procedimiento probablemente seguro (criterio teórico; baja "evidencia" científica)
- Precauciones		Prevenir trauma de las mucosas (criterio teórico; sin evidencia científica)	Prevenir trauma de las mucosas (criterio teórico; sin evidencia científica)	Prevenir trauma de las mucosas (criterio teórico; sin evidencia científica)
TRATAMIENTO ORTODÓNICO		Procedimiento seguro (criterio teórico; baja "evidencia" científica)	Procedimiento probablemente seguro (criterio teórico; baja "evidencia" científica)	Procedimiento probablemente seguro (criterio teórico; baja "evidencia" científica)
- Precauciones:		Esperar 4-8 semanas antes de iniciar la administración de bisfosfonatos (criterio teórico; baja "evidencia" científica)	---	---

TELOPÉPTIDO CARBOXITERMINAL DE LA TELOMERASA (CTX) (muy baja evidencia científica)

Valores de CTX (pg/ml)

300-600 (normal)

150-299

101-149

< 100

Riesgo de osteonecrosis

Ninguno

Ninguno a mínimo

Moderado

Alto

Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología en pacientes osteoporóticos tratados con bisfosfonatos o anticuerpos monoclonales

Tratamientos de la osteoporosis y riesgo de complicaciones bucales

- La mayoría de las guías aconsejan no suspender el tratamiento antirresortivo.
- 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.
- En esta situación, y dado que al retirar denosumab se produce un aumento del remodelado óseo y del riesgo de aparición de fracturas vertebrales múltiples, el panel considera que no se debe interrumpir el tratamiento con Denosumab.
- 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 períodos cercanos a la administración del fármaco. 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. 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.
- 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.

Recomendaciones

Si al paciente con osteoporosis 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%).

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%).

¡BISFOSFONATOS Y ANTICUERPOS MONOCLONALES!

**¡EN CASO DE FALTA DE
INFORMACIÓN POR PARTE
DEL PACIENTE, CONSULTEN
A SU MÉDICO!**



***Manejo odontológico de
pacientes en
tratamiento con
corticoides***

CONSUMO DE CORTICOIDES

Efectos Farmacológicos:

- Hiperglucemiante
- Lipolítico
- Proteolítico
- Antiinflamatorio
- Antihistamínico
- Inmunosupresor
- Evidentes tras 3 semanas de tratamiento

Manejo Odontológico:

- Odontología Conservadora:
 - Consumo Actual: Sin modificaciones
 - Consumo previo: Modificaciones pautadas
- Procedimientos Quirúrgicos:
 - Consumo actual. Modificaciones pautadas
 - Consumo previo: Modificaciones pautadas

Suplementación de corticoides en pacientes que toman 10 mg de prednisolona (o equivalente) durante largo tiempo (SEOENE/Consejo de Dentistas de España)

Estratificación del riesgo	Situaciones y procedimientos odontológico	Suplementación corticoidea
Riesgo leve.*	Cirugía oral menor de duración inferior a 1 hora realizada con anestesia local, como: exodoncias simples, cirugía periodontal limitada a 1 o 2 dientes y toma de biopsias.	Duplicar la dosis oral matutina o bien administrar 25-50 mg de hidrocortisona i.v. preoperatoria (o su equivalente). Después continuar con la dosis habitual.
Riesgo moderado.	Cirugía oral importante, como: exodoncias múltiples o de dientes impactados, cirugía periodontal de 1 cuadrante y osteotomías. Procedimientos de duración superior a 1 hora. Procedimientos efectuados bajo anestesia general. Condiciones y procedimientos en los que se prevé un sangrado significativo.	Duplicar la dosis oral matutina y administrar 25-50 mg de hidrocortisona i.v. (o su equivalente) el día de la intervención y repetir a las 24 horas del postoperatorio. Después continuar con la dosis habitual.

* Aunque no existen referencias específicas en la literatura, la colocación simple de 1 o 2 implantes podría considerarse un procedimiento de "riesgo leve", siempre que no requiera de técnicas complejas de regeneración ósea, elevación de seno, cirugía preprotésica u otras.

Clasificación de los glucocorticoides y sus dosis equivalentes (con prednisolona)

Glucocorticoides	Dosis equivalente en miligramos	Dosis diaria límite para que exista riesgo de supresión adrenal	
		Hombres-Mujeres	Hombres-Mujeres
Acción corta: <ul style="list-style-type: none"> • Cortisona. • Hidrocortisona. 	50 40	25-30 20-30	20-30 15-20
Acción intermedia: <ul style="list-style-type: none"> • Metilprednisolona. • Prednisolona. • Prednisona. • Triamcinolona 	8 10 10 8	7,5-10 7,5-10 7,5-10 7,5-10	7,5 7,5 7,5 7,5
Acción prolongada: <ul style="list-style-type: none"> • Betametasona. • Dexametasona. 	1,2 1,6	1-1,5 1-1,5	2,5-5 1-1,5