

Hablamos con...

Dra. Marinona Peraire

Catedrática de Prótesis Dental de la UB
y jefa del Servicio de Protopdoncia del Hospital
Odontològic Universitat de Barcelona

“Ningún tratamiento dental con intervención sobre el hueso está contraindicado en pacientes con osteoporosis tratadas con antirresortivos”



Los cambios hormonales en la menopausia suponen un mayor riesgo de pérdida ósea, algo que puede influir no solo en la salud oral en esta etapa de la vida, sino también en los profesionales a la hora de determinar el tratamiento dental necesario para la paciente. La Dra. Mariona Peraire nos aporta los últimos avances en esta área tras participar en una sesión info-divulgativa como colofón del XVII Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) celebrado el pasado mes de mayo en Barcelona. Esta sesión, organizada junto con la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética (SEPES), contó también con la participación de profesionales de la Ginecología y la Nutrición.

¿Qué tuvo de especial esta sesión divulgativa organizada por la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia en la que usted participó junto a otros profesionales de la ginecología y la nutrición?

La Fundación Española para el Estudio de la Menopausia realiza este Congreso Nacional cada dos años y, al final del congreso, siempre celebra una sesión para mujeres, con personas del público que no son profesionales, y durante ella se debate sobre cuestiones que se han desarrollado durante el congreso, pero que son más interesantes para el público en general.

Habitualmente se conocen algunos de los problemas más frecuentes de los relacionados con la menopausia en las mujeres, como pueden ser los sofocos, los trastornos de sueño o la pérdida ósea, pero ¿qué problemas concretos se deben tener en cuenta en lo relacionado con la salud bucal en esta etapa de la vida?

Los estrógenos tienen un papel muy importante en todo el metabolismo de las mujeres, no solo a nivel corporal general, que es algo ya conocido, sino también a nivel oral en muchos aspectos. Por ejemplo, con la secreción de las glándulas salivales puede dar lugar a una sensación de boca seca, lo que se denomina xerostomía. También influye en el trofismo de la mucosa oral, que se hace más frágil y sensible a los roces, por ejemplo, de las prótesis removibles. Por otro lado, no está muy claro aún, pero parece que esta disminución de

estrógenos podría tener también una relación con la enfermedad periodontal, porque parece que la falta de estrógenos está relacionada también con unos cambios muy complejos a nivel de metabolismo inflamatorio y de los mediadores de la inmunidad.

¿Qué consecuencias el hecho de que la saliva se vea afectada por esa bajada de estrógenos?

Dado que la boca es muy séptica, existe un aumento del riesgo de infecciones. Esto se suma a la disminución de la secreción salival. Hay que tener en cuenta que la saliva tiene una función antiséptica, antifúngica y antibacteriana. Estos tres factores unidos hacen que se pueda incrementar el riesgo de caries, caries de cuello, caries rampantes, que acaban por afectar a toda la circunferencia del diente a nivel de la encía, de la raíz.

Otro factor muy conocido es la relación de la disminución de estrógenos con la osteopenia o la osteoporosis, con todo lo que eso comporta.

¿Qué deben tener en cuenta los odontólogos a la hora de realizar un tratamiento a una paciente en esta etapa de la vida, como puede ser un implante?

En los últimos años ha habido un gran debate sobre este tema y la primera cuestión es saber hasta qué punto la osteoporosis, es decir, la disminución de masa ósea que afecta a la cadera o a la columna, puede también afectar a los maxilares y hasta qué punto esa re-

ducción de masa ósea podría dar lugar a una dificultad en la osteointegración de los implantes.

Lo que actualmente sí parece que es cierto es que en el hueso se produce una mayor pérdida ósea a nivel de los implantes ya colocados; sin embargo, este aumento de la pérdida ósea tiene un valor estadístico y no tiene una repercusión clínica, porque no afecta a la longevidad. Es decir, no hay más índice de fracaso a largo plazo de implantes en hueso osteoporótico que en hueso no osteoporótico, en principio.

Otro tema que ha sido un motivo de alarma importante ha sido cuando se presentaron los primeros casos de osteonecrosis en los maxilares en relación con tratamientos con antirresortivo; es decir, en relación con el uso de tratamientos para tratar la osteoporosis.



De izq. a dcha., la Dra. Peraire junto a los ginecólogos Rafael Sánchez Borrego y Sonia Sánchez Méndez y la nutricionista Carla Romagosa, en la sesión divulgativa organizada por la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia.

¿Cuáles son los últimos hallazgos en este aspecto?

Precisamente hace dos años, en 2022, la Sociedad Americana de Cirujanos Orales y Maxilofaciales publicó un documento en el que se analizaba la información de que se dispone en la actualidad sobre estos temas. La conclusión a la que se había llegado es que el riesgo de osteonecrosis en los maxilares de los pacientes tratados con anti-resortivos por osteoporosis sin intervención dental, sin hacerles nada, es extraordinariamente bajo, de menos de 5 por cada 10.000 individuos.

Ahora la pregunta es saber qué influencia puede tener el tratamiento dental, especialmente aquellos que tienen una influencia directa con el hueso como las extracciones dentales, la colocación de implantes, el tratamiento periodontal y hasta la propia endodoncia, en producir un aumento de la osteonecrosis. Y realmente parece ser que en cuanto a riesgo en pacientes ya con tratamiento con anti-resortivos a los que se ha colocado un implante sigue siendo muy bajo, aunque no se conoce exactamente.

Y se puede decir que cuando no se conoce es que el riesgo es muy bajo. Cuando hay muchos casos se hace evidente que hay un riesgo, pero cuando algo no se conoce es que es muy bajo.

¿En el caso de otros tratamientos, como las extracciones dentales, se conocen las cifras?

Sí se conocen las cifras para las extracciones dentales y el riesgo es muy bajo, es de entre 0 y 0,15 % de osteonecrosis en pacientes tratadas con bisfosfonatos. En pacientes tratadas con denosumab, que es un tratamiento distinto con un tipo de anticuerpos, el riesgo de osteonecrosis es un poco más alto, pero sigue siendo bajo, del 1 %.

La conclusión es que, en principio, no está contraindicado ningún trata-

miento dental con intervención sobre el hueso en las pacientes con osteoporosis tratadas con anti-resortivos.

Esta es una afirmación general, porque luego hay que tener sentido común y tener en cuenta otros aspectos, como factores metabólicos, patológicos, otros tratamientos que tenga la paciente o qué otros riesgos pueden tener esa persona que pueden desembocar en problemas, además de los bisfosfonatos. Es preciso hacer siempre una valoración global.

Es sobre todo un mensaje que tranquiliza a los profesionales a la hora de realizar los tratamientos.

Se había generado una alarma de manera que los profesionales tenían un rechazo cuando venía una paciente precisaba un tratamiento de implantes y que estaba siendo tratada con bisfosfonatos. En esos casos habitualmente se daba un paso atrás.

Pero está claro que actualmente es algo que no está justificado teniendo en cuenta siempre una valoración global, con sentido común.

¿Y en cuanto a los implantes colocados con anterioridad a la menopausia?

A veces puede haber una desosteointegración, pero sigue siendo un riesgo muy bajo. De cualquier modo, siempre hay que hacer un documento de consentimiento informado, explicando todos los riesgos que indudablemente pueden suceder, pero sin alarmar. Muchos tratamientos tienen efectos secundarios, y eso no quiere decir que los vayamos a eliminar. Hay que conocer

los riesgos, aunque sean muy bajos, y, naturalmente, asumirlos.

¿Qué aportaciones respecto a salud oral se hicieron por parte de los especialistas en Nutrición y Ginecología presentes en la sesión info-divulgativa celebrada para público en general?

La nutricionista y la ginecóloga estaba muy de acuerdo con nosotros en cuanto a evitar dietas cariogénicas porque es un tema de salud general. Siempre se aboga por la dieta mediterránea como la más saludable, la más generadora de salud y esto es una afirmación aplicable a cualquier campo, tanto para la salud oral como para la salud general para hombres y mujeres.

¿Qué consejos tienen que seguir las mujeres en la etapa de la menopausia en lo relacionado con la higiene y cuidado de su salud dental?

La buena noticia en relación con la menopausia, para evitar o minimizar los efectos secundarios que puede tener la disminución de los estrógenos, es que en realidad no se tiene que hacer nada distinto a lo que se ha hecho a lo largo de la vida: una higiene oral impecable, con pastas de alto contenido en flúor, utilizar los cepillos interproximales, el hilo dental, el cepillo eléctrico si no se tiene mucha habilidad manual o si se tiene pereza, evitar la dieta cariogénica, hidratarse bien.

Aquellas mujeres que tienen sequedad o molestias en la mucosa disponen en la farmacia de preparados de saliva artificial. En la parafarmacia también hay productos como el aceite de onagra que suavizan, hidratan y que emulsionan, y que disminuyen esa sensación de sequedad y de irritabilidad en la mucosa.

Vea el vídeo de la entrevista en www.odontologia33.com

