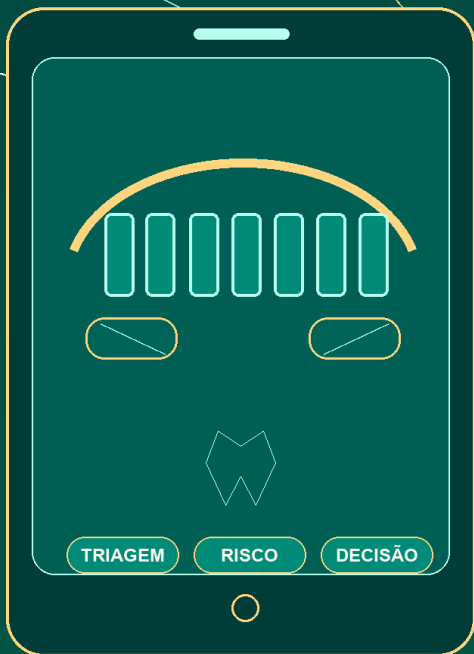


EBOOK DIGITAL MOBILE



Medicina Dentária no Bolso



Bifosfonatos, Denosumab e Osteonecrose dos Maxilares

Guia rápido para consulta no telemóvel,
triagem, risco e decisão médico-dentária

Tatiane Marega



Índice

1. Use este guia como guia de bolso.
2. Guia prático em 5 capítulos
3. Um risco silencioso na cadeira da clínica dentária
4. O problema não é frequente. Mas pode ser grave.
5. Compreender o problema
6. Exemplos importantes
7. Bifosfonatos intravenosos
8. E o denosumab?
9. Quando o paciente não sabe o nome
10. O que é MRONJ?
11. Erro 1
12. Erro 2
13. Erro 3
14. Erro 4
15. Erro 5
16. Erro 6
17. Protocolo prático de decisão
18. M - Mapeamento de riscos
19. Mapeamento de riscos
20. Sistem - Decidir com segurança
21. Fluxograma textual
22. Fluxograma textual

23. Checklist: avanço ou adio?
24. Procedimentos geralmente mais seguros
25. Sinais amarelos
26. Sinais vermelhos
27. Abordagens práticas na clínica dentária
28. Sinais vitais e condição sistémica
29. Anestésico e vasoconstritor
30. Hemorragia, dor e prescrição
31. Quando contactar o médico assistente
32. O médico dentista não precisa de decorar tudo. Precisa de ter método.
33. O método protege
34. Quer transformar insegurança clínica em método?
35. Referências bibliográficas
36. Referências bibliográficas
37. ALERTA AO MÉDICO DENTISTA



Use este guia como guia de bolso.

Não precisa de decorar tudo.

Precisa de seguir um método.

- Identifique a medicação.
- Entenda a indicação.
- Estratifique o risco.
- Planeie o procedimento.
- Monitorize a cicatrização.
- Referencie quando necessário.

Antes de realizar uma extração, estratifique o risco. Antes de estratificar, pergunte.



Guia prático em 5 capítulos

Introdução

Porque este tema deve constar na história clínica do médico dentista?

Capítulo 1

Compreender o problema.

Capítulo 2

Os principais erros do médico dentista.

Capítulo 3

Protocolo prático de decisão.

Capítulo 4

Checklist: avanço ou adio?

Capítulo 5

Abordagens práticas na clínica dentária.



Um risco silencioso na cadeira da clínica dentária

Muitos pacientes chegam à clínica dentária a usar medicamentos para osteoporose, metástases ósseas, mieloma múltiplo ou outras doenças osteometabólicas.

E, muitas vezes, não dizem:

“Uso bifosfonato.”

Dizem:

“Uso um medicamento para os ossos.”

“Faço uma injeção de 6 em 6 meses.”

Alguns destes medicamentos podem estar relacionados com a osteonecrose dos maxilares associada a medicamentos, conhecida como MRONJ.



O problema não é frequente. Mas pode ser grave.

A MRONJ é rara em muitos cenários.

Mas pode ser grave, difícil de gerir e ter grande impacto funcional, infeccioso e legal.

O risco aumenta especialmente em esquemas oncológicos, doses mais altas, maior frequência de administração e utilização prolongada.

O médico dentista não precisa de ter medo de todos os pacientes em uso de antirreabsortivo. Mas precisa de ter método.



Compreender o problema

O que são bifosfonatos?

Bifosfonatos são medicamentos antirreabsortivos.

Eles reduzem a atividade dos osteoclastos e diminuem a reabsorção óssea.

Podem ser usados em:

- osteoporose;
- doença de Paget;
- mieloma múltiplo;
- metástases ósseas;
- outras doenças osteometabólicas.

Bifosfonato não é uma “medicação comum” para o médico dentista. É uma informação que muda o planejamento cirúrgico.



Exemplos importantes

Bifosfonatos orais

Exemplos:

alendronato, risedronato, ibandronato

Uso frequente: osteoporose.

Atenção médico-dentária: risco geralmente menor, mas não inexistente.



Bifosfonatos intravenosos

Exemplos:

ácido zoledrónico, pamidronato

Uso frequente:

- oncologia;
- metástases ósseas;
- mieloma múltiplo.

Atenção médico-dentária:

- maior cautela;
 - maior risco;
- necessidade frequente de contacto com o médico assistente em procedimentos invasivos.

A via, a dose e a indicação mudam completamente o raciocínio clínico.



E o denosumab?

O denosumab é um anticorpo monoclonal.

Ele atua no sistema RANK/RANK-L, bloqueando a ativação dos osteoclastos e reduzindo a reabsorção óssea.

Prolia®

Uso frequente em osteoporose.

Geralmente administrado de 6 em 6 meses.

Xgeva®

Uso frequente em oncologia e metástases ósseas.

Exige maior cautela médico-dentária.

Pergunta obrigatória: quando foi a última dose?



Quando o paciente não sabe o nome

O paciente pode referir apenas:

“É uma injeção para os ossos.”

“É para fortalecer o osso.”

“É o medicamento que o oncologista prescreveu.”

Como proceder

- peça uma fotografia da embalagem;
 - prescrição;
 - relatório médico;
- nome do médico prescritor ou assistente;
data da última administração.

Sem saber a medicação e a indicação, ainda não estratificou o risco.



O que é MRONJ?

MRONJ significa Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw.

Em português: osteonecrose dos maxilares relacionada a medicamentos.

A definição clínica envolve, em linhas gerais:

- uso atual ou prévio de antirreabsortivos ou terapias associadas;
- osso exposto ou sondável por fístula por mais de 8 semanas;
- ausência de radioterapia ou metástase nos maxilares.

Não trate osso exposto persistente como “alveolite simples”.



Erro 1

Não perguntar o nome exato da medicação

O que acontece:

O paciente diz “medicamento para os ossos” e a história clínica termina aí.

Porque é perigoso:

Bifosfonato oral, ácido zoledrónico intravenoso e denosumab oncológico não têm o mesmo peso de risco.

Como pensar corretamente:

Pergunte nome, dose, via, frequência, tempo de utilização, indicação e médico prescritor.



Erro 2

Tratar osteoporose e oncologia como o mesmo risco

O que acontece:

O médico dentista classifica todos os casos como “alto risco” ou todos os casos como “baixo risco”.

Porque é perigoso:

Pacientes oncológicos costumam receber esquemas mais intensos, com maior frequência e maior risco de MRONJ.

A pergunta não é apenas “usa ou não usa?”. A pergunta é: porque usa, como usa e há quanto tempo usa?



Erro 3

Indicar extração dentária sem esgotar alternativas conservadoras

Dente comprometido não deve virar automaticamente extração dentária.

Procedimentos dento-alveolares, especialmente extrações, são eventos importantes associados à MRONJ em pacientes expostos a antirreabsortivos.

Antes de extrair, avalie:

- endodontia;
- sepultamento radicular;
- ajuste protético;
- controle periodontal;
- remoção de trauma;
- manutenção assistida.



Erro 4

Acreditar que o CTX “autoriza” cirurgia

O profissional solicita CTX e decide operar com base num número isolado.

Marcadores de remodelação óssea não estão validados para tomada de decisão clínica em MRONJ.

Use raciocínio clínico global:

- indicação da medicação;
- via;
- tempo de utilização;
- comorbilidades;
- infeção local;
- extensão cirúrgica;
- comunicação com o médico assistente.



Erro 5

Suspender medicação sem falar com o médico assistente

O médico dentista orienta: “Pare o medicamento antes da cirurgia.”

A suspensão de antirreabsortivos é controversa. No caso do denosumab, a interrupção pode estar associada a aumento de reabsorção óssea e risco de fraturas vertebrais múltiplas.

O médico dentista não suspende antirreabsortivo sozinho. O médico dentista estratifica o risco, planeia o procedimento e discute com o médico assistente quando necessário.



Erro 6

Ignorar próteses desadaptadas e trauma crônico

O paciente não vai operar, então o caso é considerado “sem risco”.

Trauma crônico em mucosa fina, próteses desadaptadas e infecção periodontal podem contribuir para exposição óssea e pior cicatrização.

Prevenção também é:

- remover trauma;
- controlar biofilme;
- ajustar próteses;
- manter mucosa íntegra;
- monitorizar sinais precoces.



Protocolo prático de decisão

Use o TM Sistem

T - Triagem estruturada

- Qual procedimento será feito?
- É eletivo, urgente ou emergente?
- Qual medicação o paciente usa?
- Qual a via?
- Qual a indicação?
- Há quanto tempo usa?
- Há infecção ativa?
- Há comorbilidades?
- Já teve MRONJ?
- Há relatório médico?

Sem saber a medicação e a indicação, ainda não estratificou o risco.



M - Mapeamento de riscos

Hemorragico

Anticoagulantes, antiagregantes e plaquetas.

Infeccioso

Abscesso, periodontite, imunossupressão.

Metabólico

Diabetes, doença renal, estado nutricional.

Ósseo

Antirreabsortivo, antiangiogénico e tempo de utilização.

Cirúrgico

Extração dentária, implante, retalho e osteotomia.



Mapeamento de riscos

Protético

Trauma crónico, úlcera, sela instável.

Medicamentoso

Corticosteroide, quimioterapia, TKIs, antiangiogénicos.

Sinais de alerta:

- uso oncológico de ácido zoledrónico, pamidronato ou denosumab;
- associação com antiangiogénicos, quimioterapia, corticosteroides ou imunossupressores;
- extração dentária ou implante planeado;
- infeção odontogénica ativa;
- osso exposto, fístula, dor inexplicada, parestesia, atraso de cicatrização;
- antecedente de MRONJ.



Sistem - Decidir com segurança

1. Usa ou usou bifosfonato, denosumab ou antiangiogénico?

Não: seguir triagem sistémica habitual. Sim: avançar.

2. O procedimento é invasivo?

Não invasivo: geralmente pode ser realizado com cuidado. Invasivo: estratificar o risco.



Fluxograma textual

3. A indicação é osteoporose ou oncologia?

Osteoporose: risco geralmente menor, mas não inexistente. Oncologia: risco maior.

4. Há infecção ativa ou necessidade de extração dentária?

Sim: controlar infecção, avaliar alternativas conservadoras e planejar intervenção menos traumática. Não: priorizar prevenção.



Fluxograma textual

5. Há sinais suspeitos de MRONJ?

Sim: não tratar como alveolite simples; referenciar para estomatologia ou cirurgia maxilo-facial. Não: seguir o plano com registo clínico e consentimento.

6. A decisão está incerta?

Adiar o procedimento eletivo e completar a informação clínica.

Quando a dúvida é real, adiar pode ser a decisão clínica mais segura.



Checklist: avanço ou adio?

Sinais verdes

Pode avançar com cuidado quando houver:

- procedimento não invasivo;
- profilaxia;
- restauração;
- ajuste oclusal;
- ausência de infecção ativa;
- boa higiene;
- mucosa íntegra;
- medicação bem identificada.

Abordagem: avançar com cuidado, prevenir trauma e registrar.



Procedimentos geralmente mais seguros

- História clínica e exame clínico.
 - Radiografias com cuidado para não traumatizar mucosa.
 - Instruções de higiene oral.
 - Profilaxia.
 - Restaurações.
 - Ajuste protético.
- Tratamento periodontal não cirúrgico com cautela.
- Endodontia, evitando extrusão e trauma periapical.

Em MRONJ, a melhor cirurgia é aquela que pôde ser evitada com diagnóstico precoce e prevenção.



Sinais amarelos

Atenção aumentada quando houver:

- utilização há mais de 2 anos;
- procedimento invasivo eletivo;
- infecção local controlável;
- prótese traumática;
- diabetes;
- hábitos tabágicos;
- corticosteroide;
- denosumab para osteoporose.

Abordagem: aprofundar história clínica, reavaliar indicação, tratar infecção antes de operar, ajustar trauma e discutir com o médico assistente se cirurgia for invasiva.



Sinais vermelhos

Adie, referencie ou discuta o caso quando houver:

- uso oncológico de ácido zoledrónico, pamidronato ou denosumab;
- extração dentária múltipla eletiva;
- implante em paciente oncológico sob antirreabsortivo;
- osso exposto há semanas;
- fístula sondável ao osso;
- dor, secreção, eritema ou parestesia;
- antecedente de MRONJ.

Não gerir como caso rotineiro.



Abordagens práticas na clínica dentária

1. História clínica dirigida

- Usa ou já usou medicamento para a osteoporose?
- Faz injeção para os ossos?
- Tem cancro, metástase óssea ou mieloma múltiplo?
- Usa Prolia®, Xgeva®, Zometa®, Aredia® ou alendronato?
- Há quanto tempo?
- Qual foi a última dose?
- Quem prescreveu?
- Já teve osso exposto na boca?
- Já teve má cicatrização após uma extração?



Sinais vitais e condição sistêmica

Verifique:

pressão arterial

glicemia quando clinicamente indicado

estado geral

sinais de infecção

febre

dor

dema

ecreção

O risco ósseo não elimina os outros riscos sistêmicos.



Anestésico e vasoconstritor

Não existe uma contraindicação automática ao anestésico local convencional apenas pela utilização de bifosfonato ou denosumab.

O ponto crítico é:

- trauma cirúrgico;
- infecção;
- cicatrização;
- risco sistémico global.

Em pacientes com comorbilidades, escolha anestésico e vasoconstritor considerando cardiopatia, diabetes, doença renal, doença hepática e medicação associada.



Hemorragia, dor e prescrição

Hemorragia

MRONJ não é primariamente um problema hemorrágico.

Mas muitos destes pacientes são idosos, oncológicos ou polimedicados.

Avalie:

- anticoagulantes;
- antiagregantes;
- plaquetas;
- função hepática;
- função renal.

Dor e prescrição

Evite prescrever de forma automática.

Considere doença renal, hepática, anticoagulantes, idade, alergias, quimioterapia e imunossupressão.



Quando contactar o médico assistente

- uso oncológico;
- denosumab com cirurgia invasiva planeada;
- ácido zoledrónico ou pamidronato;
- associação com quimioterapia, corticosteroide ou antiangiogénico;
- necessidade de suspender ou ajustar medicação;
- infeção odontogénica importante;
- procedimento extenso;
- dúvida sobre estabilidade clínica.

Comunicação com o médico assistente não é insegurança. É gestão de risco.



O médico dentista não precisa decorar tudo. Precisa de ter método.

Bifosfonatos e denosumab não devem gerar pânico.

Mas também não podem passar despercebidos.

O risco aumenta quando o médico dentista:

- não identifica a medicação;
- não entende a indicação;
- não diferencia osteoporose de oncologia;
- não reconhece sinais iniciais;
- não controla infecção;
- não registra;
- não referencia quando necessário.



O método protege

Avaliar

Medicação, doença de base, via, tempo, procedimento e estabilidade.

Classificar

Baixo, moderado ou alto risco.

Decidir

Avançar, ajustar, adiar, referenciar ou discutir com o médico assistente.

Executar

Com menor trauma possível.

Monitorizar e registrar

Cicatrização, dor, exposição óssea, fístula, infecção, risco explicado, decisão clínica e orientações.



Quer transformar insegurança clínica em método?

Conheça a Tati AI.

A sua tutora de apoio ao raciocínio clínico em Medicina Dentária Sistémica, Pacientes com Necessidades Especiais e segurança no atendimento médico-dentário.

Tati AI - para o médico dentista que não quer improvisar perante o paciente complexo.



Referências bibliográficas

1. Marega T, Gonçalves AR, Romagnolo FU. Odontologia Especial. 2ª ed. São Paulo: Santos Publicações; 2025.
2. Ruggiero SL, Dodson TB, Aghaloo T, Carlson ER, Ward BB, Kademani D. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons' Position Paper on Medication-Related Osteonecrosis of the Jaws - 2022 Update. J Oral Maxillofac Surg. 2022;80(5):920-943.
3. American Dental Association. Osteoporosis Medications and Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw. ADA Oral Health Topics; 2023.
4. Yarom N, Shapiro CL, Peterson DE, Van Poznak CH, Bohlke K, Ruggiero SL, et al. Medication-related osteonecrosis of the jaw: MASCC/ISOO/ASCO clinical practice guideline. J Clin Oncol. 2019;37(25):2270-2290.



Referências bibliográficas

5. Limones A, Sáez-Alcaide LM, Díaz-Parreño SA, Helm A, Bornstein MM, Molinero-Mourelle P. Medication-related osteonecrosis of the jaws in cancer patients treated with denosumab vs zoledronic acid: a systematic review and meta-analysis. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2020;25(3):e326-e336.
6. Eguia A, Bagán-Debón L, Cardona F. Review and update on drugs related to the development of osteonecrosis of the jaw. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2020;25(1):e71-e83.
7. Beth-Tasdogan NH, Mayer B, Hussein H, Zolk O. Interventions for managing medication-related osteonecrosis of the jaw. Cochrane Database Syst Rev. 2017;10:CD012432.
8. Bedogni A, Campisi G, Fusco V, et al. Italian position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw. Oral Diseases. 2024.



ALERTA AO MÉDICO DENTISTA

As informações geradas por esta ferramenta têm carácter educacional e de apoio ao raciocínio clínico.

Não constituem indicação terapêutica.

A decisão clínica final perante o paciente é sempre de responsabilidade do médico dentista responsável pelo ato clínico.