

Protocolo Clínico sobre Osteonecrose nos Maxilares induzida por Bisfosfonatos (OMIB) – Parte III

5.2. Procedimentos de manejo de OMIB presente.

5.2.1. OMIB presente, associada ao uso EV de BF.

Procedimentos básicos:

- O objetivo do tratamento de casos nos estádios I e II (e de alguns casos do estágio III) baseia-se em: controlar a dor, manter a função, limitar infecção secundária, limitar o aumento da área de osso exposto.
- Bochechos com clorhexedina, solução a 0,12% e/ou bochechos com solução de água oxigenada a 10 vol, em água, em partes iguais, são procedimentos básicos.
- Embora de uso empírico, sem fundamentação na literatura, irrigações de fístulas contribuem para reduzir a dor e auxiliar a controlar a infecção. Podem ser feitas com soro fisiológico, com água oxigenada a 10 vol ou com solução de água oxigenada a 10 vol e solução aquosa a 2% de Iodeto de Potássio em partes iguais. A frequência pode variar de semanal a mensal, dependendo de cada caso.
- Grandes debridamentos cirúrgicos são geralmente ineficazes e podem resultar em aumento da área de osso exposto e por esta razão são desaconselhados.
- Pequenas osteotomias visando arredondar arestas ou pontas de osso exposto, que irrirem a língua, são aceitáveis.
- FENOXIMETIL PENICILINA 500.000 UI, é o antibiótico de primeira escolha para controle inicial da infecção e da dor. Alternativas são: DOXICICLINA 100mg/dia, LEVOFLOXACIN 500mg/dia e AZITROMICINA 500mg/dia. Ao usar LEVOFLOXACIN e AZITROMICINA, limitar o uso a 14 dias, por causa de efeitos colaterais. Casos sem resposta ou com exacerbações frequentes podem ser medicados com: METRONIDAZOL 250 ou 500mg durante 10 a 15 dias, isolada ou associada a AMOXICILINA 500mg. Ter em mente que CLINDAMICINA não tem atividade contra espécies de *Actinomyces*, *Eikenella* e *Moraxella*, freqüentes colonizadores secundários de osso exposto. Da mesma forma, Oxigênio Hiperbárico, embora eficaz em OSTEORADIONECECROSE, não tem se mostrado útil em OMIB, pela etiologia distinta dos dois processos.
- O osso pode permanecer exposto indefinidamente, mesmo se o tratamento venoso for suspenso. Entretanto, sequestros ósseos, frequentemente, são eliminados, com cicatrização parcial e, às vezes, total.
- OMIB e neoplasia maligna metastática ou primária podem ser, ocasionalmente, consideradas no diagnóstico diferencial. EM DÚVIDA, BIÓPSIA É MANDATÓRIA!

5.2.2. OMIB presente, associada ao uso oral de BF.

Procedimentos básicos:

- Discutir com médico assistente a possibilidade de interromper o BF, por cerca de 1 ano ou substituí-lo por droga não antirreabsortiva.
- Debridamento cirúrgico deve ser evitado por, pelo menos 6 meses, após a interrupção.
- As medidas conservadoras usadas na OMIB, por uso EV de BF, se aplicam àquela associada ao uso oral, com resultados melhores.

O terceiro nível é aquele onde o controle da infecção e da dor torna-se complexo.

5.2.3. OMIB presente em casos avançados no estágio III

Casos sem responder mais às medidas conservadoras, com extensão da osteonecrose ao osso basilar na mandíbula ou aos seios maxilares, com fratura patológica (ou risco iminente deste), com exacerbações frequentes do quadro inflamatório refratárias aos antibióticos ou com fístulas cutâneas são candidatos a cirurgias de ressecção segmentar, podendo ser parciais ou totais.

Referência bibliográfica:

MARX, Robert E: **Oral and Intravenous Bisphosphonate - Induced Osteonecrosis of the Jaws: History, Etiology, Prevention and Treatment** 2 ed, Quintessence: Illinois, 2010



Autores:

Abel Silveira Cardoso; CD, MSD, FICD CRO-RJ 161
E-mail: acardos@attglobal.net

Eduardo Seixas Cardoso; MSc, PhD CRO-RJ 19.553
E-mail: cardoso.es@terra.com.br



CRO-RJ

Almiro Reis Gonçalves
Coordenador da
Comissão de
Educação Continuada
do CRO-RJ
Novembro

Protocolo Clínico