

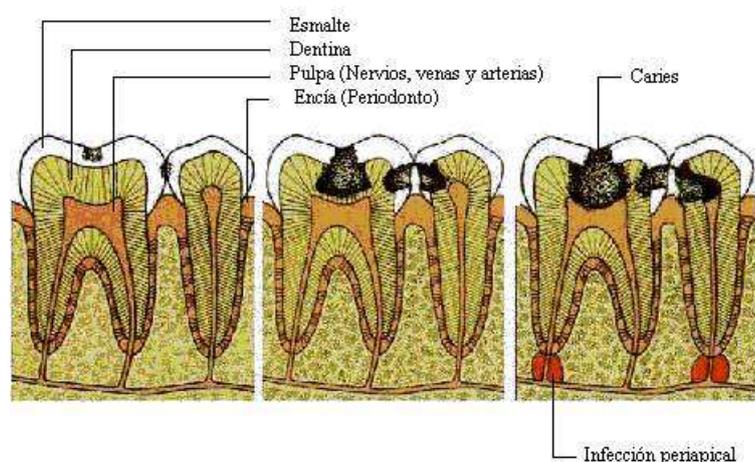
Enfermedad periodontal y espondilitis anquilosante

Bastantes pacientes con espondilitis anquilosante (EA) refieren que su odontólogo les ha advertido de que los tratamientos que reciben provocan mayor incidencia de enfermedad periodontal, caries y pérdida de piezas dentarias.

Los datos respecto a los problemas dentarios en los pacientes con espondiloartritis son limitados. Un estudio publicado en 2010 en la revista *Annals of Rheumatic Diseases* por Pischon y colaboradores (Universidad de Berlín) comparó 48 enfermos con espondilitis anquilosante (EA) y con un grupo control de otros 48 pacientes. Teniendo en cuenta los datos que podían influir en la enfermedad periodontal como el alcohol, tabaco, edad y educación, encontraron que este tipo de proceso dentario era entre cinco y seis veces más frecuente entre los espondilíticos. Curiosamente, no se demostró que la intensidad de la enfermedad periodontal guardase relación con la antigüedad de la EA ni con su actividad inflamatoria.

Recientemente, un estudio realizado en Brasil demostró que la flora bacteriana era más abundante en los enfermos con EA respecto a los controles, sobre todo los estafilococos, y que ello era independiente de que estuviesen tratados con antiinflamatorios y salazopirina o con anti-TNF α . Por lo que cabe considerar que los fármacos biológicos no son responsables de la enfermedad periodontal ni del exceso de proliferación bacteriana en la cavidad oral de los enfermos con espondilitis. (*Pereira DFA y colaboradores. Influence of TNF- α blockers on the oral prevalence of opportunistic microorganisms in ankylosing spondylitis patients. Clinical and Experimental Rheumatology 2012; 30: 679-685*).

La unión de las piezas dentarias al hueso puede verse afectada por múltiples procesos, incluida la propia EA. Por otra parte, en la EA, la articulación temporomandibular, responsable de la apertura oral rara vez sufre artritis sintomática o limita significativamente la higiene oral).



Los enfermos con EA deben esmerar la higiene bucal para reducir la flora bacteriana, la formación de la placa y la aparición de caries.

Los pacientes con EA y osteoporosis secundaria a tratamiento con bisfosfonatos (alendronato, risedronato, pamidronato, ibandronato...) deben advertírselo al odontólogo, sobre todo si es necesario realizar implantes, puesto que interfieren con la reparación ósea y,

excepcionalmente, se han implicado en osteonecrosis de la mandíbula. No obstante, existe controversia sobre los factores implicados en la necrosis ósea mandibular, proceso muy raro y más asociado al empleo de altas dosis de corticoides y quimioterapia que a los propios bisfosfonatos.

Vigo, 27 de diciembre de 2012

Dr. Norberto Gómez Rodríguez
363603827 Reumatólogo