

Definizione di BRONJ

Le osteonecrosi dei mascellari da bisfosfonati (“Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaws” BRONJ) rappresentano un evento avverso farmaco-correlato che può influenzare negativamente la qualità di vita dei pazienti affetti (Ministero del Lavoro 2009; Miksad, Lai et al. 2011).

La definizione di osteonecrosi da bisfosfonati è stata formulata per la prima volta nel 2007 dall’American Association for Oral & Maxillofacial Surgery (Advisory Task Force on “Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaws” BRONJ 2007), come **“presenza di osso necrotico esposto in cavo orale per più di 8 settimane in un paziente in terapia con bisfosfonati e mai sottoposto a radioterapia dei mascellari (testa-collo)”**.

I primi articoli in letteratura risalgono al 2003. Ciò è indicativo su quanto la patologia sia di recente scoperta e su quanto sia attuale l’emergenza del rischio di sviluppare un’osteonecrosi da BF, dato che una buona fetta dei pazienti dopo i 50 anni di età (la maggior parte di sesso femminile) assume farmaci bifosfonati.

Da allora è stato un fiorire di studi inerenti il problema, con continui aggiornamenti sull’epidemiologia e sui protocolli di comportamento tutt’ora in piena evoluzione.

Segni diagnostici di BRONJ:

Segno clinico maggiore

Esposizione di osso necrotico in cavo orale

Segni clinici minori e sintomi (in ordine alfabetico)

- Alitosi
- Ascesso odontogeno
- Asimmetria mandibolare
- Dolore di origine dentale e osseo
- Fistola mucosa
- Fistola extra-orale
- Mancata riparazione mucosa alveolare post-estrattiva
- Mobilità dentale a rapida insorgenza

- Mobilità preternaturale della mandibola, con o senza occlusione conservata
- Parestesia/disestesia delle labbra (segno di Vincent)
- Fuoriuscita di liquidi dal naso
- Secrezione purulenta
- Sequestro spontaneo di frammenti ossei
- Trisma
- Tumefazione tessuti molli

La presenza di uno o più segni clinici minori o sintomi in un paziente in trattamento con NBP, anche quando imputabili ad una causa dento-parodontale documentata, dovrebbe far porre il sospetto di malattia e indurre l'operatore a richiedere accertamenti radiologici per confermare o escludere il sospetto di una osteonecrosi farmaco indotta.

Le osteonecrosi da BF si sviluppano a livello dei mascellari e mai in altri distretti dello scheletro. Ciò avviene poiché il cavo orale è abitualmente ricco di colonie batteriche e la masticazione predispone a continui traumatismi sia le mucose che l'osso sottostante. Inoltre si deve considerare la sottile barriera offerta dal legamento parodontale al passaggio di germi infetti, anche in condizioni di buona salute ed integrità del sistema dento-alveolare. Il momento cardine per l'insorgenza di una Osteonecrosi da BF è la contaminazione batterica dei mascellari in cui risulta depositata una sufficiente quantità di farmaco. La contaminazione solitamente avviene in seguito ad una banale estrazione, che espone l'osso dell'alveolo alla flora del cavo orale, ma può anche insorgere a causa di infezioni parodontali ed endodontiche, mobilità dentale e traumi protesici da manufatti incongrui.

Il meccanismo dell'osteonecrosi da BF si può riassumere con l'esposizione dell'osso alveolare in cui è depositato il farmaco, la successiva sovra infezione batterica e/o fungina, dovuta ai normali saprofiti Gram- ed anaerobi abitualmente presenti nelle colonie del cavo orale (più comuni lo *Staphilococcus Auerus* e *Pseudomonas Aeruginosa*), l'incapacità da parte dei mascellari di difendersi dal danno infettivo (in quanto inibiti dai BF) e la conseguente necrosi ossea, con secrezione purulenta e formazione di sequestri.