

Fístula cutánea odontogénica: a propósito de un caso

ODONTOGENIC CUTANEOUS FISTULA: A CASE REPORT.



Ene - Mar 2021 | Vol. 102 N°1

Caso clínico Estomatología
 Rev. argent. dermatol. 2021; 102 (1): 77 -82.-
 Publicado en línea 2021, Marzo / Published online 2021 March
 Fístula cutánea odontogénica: a propósito de un caso

Autores | Contacto

Rimoldi MA,¹, Gubiani ML², Boldrini MP², Pinardi BA³ Juárez R⁴

- ¹Residente Servicio de Dermatología- Nuevo Hospital San Roque Córdoba, Argentina
- ²Médica de planta Servicio de Dermatología- Nuevo Hospital San Roque Córdoba, Argentina
- ³Jefa de División Servicio de Dermatología- Nuevo Hospital San Roque Córdoba, Argentina
- ⁴Jefe de área quirúrgica maxilofacial Servicio de Dermatología- Nuevo Hospital San Roque Córdoba, Argentina

Servicio de Dermatología- Nuevo Hospital San Roque, Bajada Pucará 1900 (5000), Córdoba, Argentina

**Autor principal: Rimoldi Marcela Alejandra
 Correo electrónico: rimoldimarce@gmail.com**

Recibido: 19/03/2020

Recibido primer Corrector: 02/05/2021

Recibido segundo corrector: 12/09/2021

Aceptado para su Publicación: 20/11/2021

Los autores declaramos no poseer ningún tipo de conflicto de interés

RESUMEN

Las fístulas cutáneas de origen odontogénico son canales anómalos originados a partir de procesos infecciosos dentarios crónicos, que desembocan en la superficie de la mucosa de la cavidad oral o cutánea. El diagnóstico es clínico y se confirma con radiografía panorámica. Los diagnósticos diferenciales son principalmente actinomicosis, tuberculosis cutánea crónica, histoplasmosis y neoplasias. El tratamiento consiste en la extracción quirúrgica de la causa y del trayecto fistuloso.

PALABRAS CLAVE

fistula – fistula odontogénica.

ABSTRACT

Skin fistulas of odontogenic origin are abnormal channels originating from chronic dental infectious processes, which flow into the mucosal surface of the oral or skin cavity. The diagnosis is clinical and confirmed with panoramic radiography. Differential diagnoses are mainly actinomyces, chronic cutaneous tuberculosis, histoplasmosis, and neoplasms. Treatment consists of surgical removal of the cause and the fistulous tract.

KEY WORDS

fistula – odontogenic fistula.

INTRODUCCIÓN:

La fístula cutánea odontogénica (FCO) es un proceso patológico poco frecuente donde existe una comunicación anormal de la cavidad oral que, partiendo de un foco infeccioso crónico de origen dental, desemboca para su drenaje en un espacio de la mucosa oral o de la piel de cara o cuello¹. A menudo no se relaciona con una enfermedad dental lo que conlleva retardo en el diagnóstico y tratamiento. Presentamos el caso de un varón de 78 años con diagnóstico clínico de FCO confirmado por estudios de imágenes.

Caso clínico:

Varón de 78 años de edad, sin antecedentes personales patológicos de relevancia, que acude a la consulta por presentar lesión exofítica cutánea en región submandibular izquierda de 5 meses de evolución. A la exploración física se aprecia lesión tumoral eritemato-violácea, con costra serohemática en superficie, de 2 cm de diámetro, retracción de la piel circundante, que drena material purulento –serosanguinolento. A la palpación se objetiva indurada y adherida a plano superficial (Fig.1A). Al examen de cavidad oral se observa ausencia de piezas dentarias y utilización de prótesis.



Fig.1A: Lesión tumoral eritemato-violácea, con costra serohemática en superficie, de 2 cm de diámetro, retracción de la piel circundante, que drena material purulento –serosanguinolento.

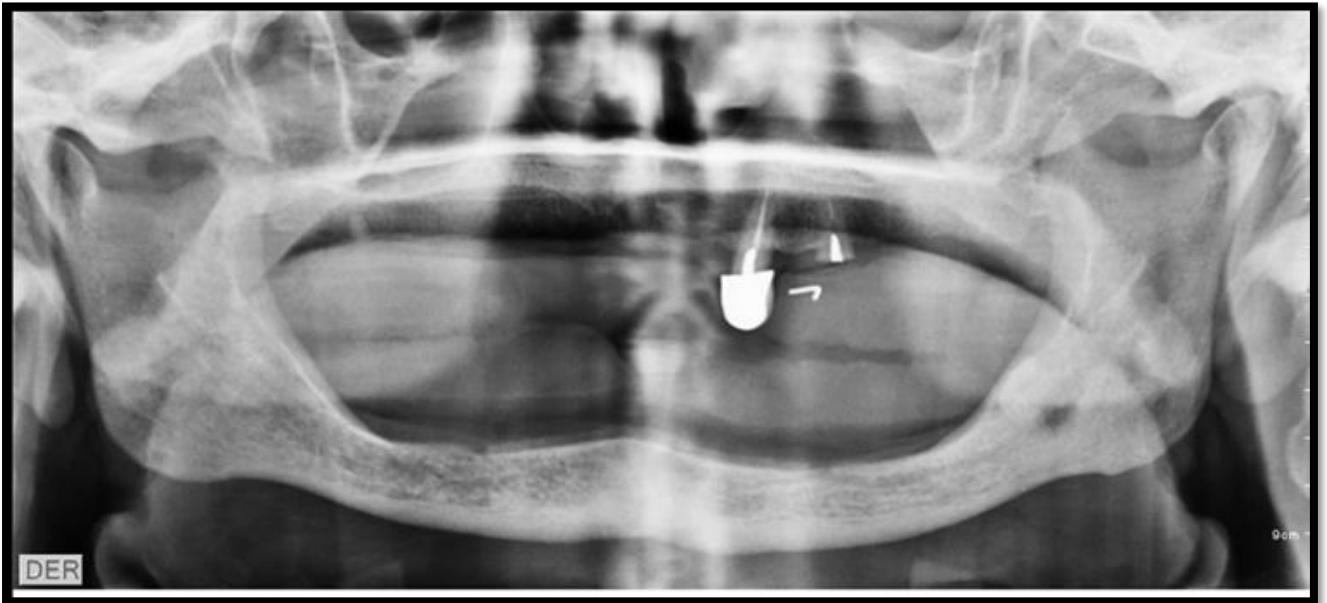


Fig.2: Ortopantomografía: en la región mandibular izquierdo, imagen radiopaca secundaria a la presencia de resto radicular del elemento 38, rodeado por imagen osteolítica de bordes regulares de 0.6 mm de diámetro e imagen radiolúcida compatible con fistula.



Fig.1B: Cierre de la fistula 3 semanas posteriores al tratamiento quirúrgico.

Discusión:

Las FCO son entidades poco comunes y suponen un reto diagnóstico dada la ausencia de dolor dental en algunos pacientes.¹⁻²

Desde el punto de vista clínico son inespecíficas. Pueden presentarse como tumores, nódulos, quistes, úlceras, abscesos o lesiones noduloquísticas³⁻⁴. Además se pueden acompañar de áreas de retracción cutánea y drenaje purulento. A la palpación son induradas y pueden estar adheridas a planos superficiales.¹

El examen físico debe incluir exploración bucal para valorar la existencia de caries o restauraciones dentales, así como fisuras – fracturas o padecimientos periodontales, para identificar la posible pieza dentaria que origina la fístula. En nuestro paciente la presencia de la prótesis dental ocasionó un traumatismo continuo, provocando la activación del tercer premolar retenido, con la consiguiente inflamación. A su vez la prótesis dental, al contener restos alimenticios, originó una infección de la región, acentuando la inflamación. Se define como diente retenido a una pieza dental que no erupciona en la arcada dentaria dentro del plazo esperado.²

Por lo general, los trayectos fistulosos drenan dentro de la cavidad oral, en el vestíbulo adyacente al diente afectado. Sin embargo, pueden drenar en la cara, dependiendo de la raíz dentaria, arquitectura ósea y relación de las uniones musculares con el foco de infección. Esto se debe a la menor resistencia a lo largo de los planos faciales hasta salir por vía cutánea. A nivel maxilar (80%) presenta una relación superior a la inserción muscular y mandibular (20%) una relación inferior a la inserción del músculo.¹⁻⁵

El diagnóstico es clínico y se confirma mediante estudios complementarios por imágenes, como la ortopantomografía⁴. No obstante, la ecografía puede ser útil en aquellos casos en los que la sospecha diagnóstica es alta y la radiografía proporciona un falso negativo⁶.

Los diagnósticos diferenciales incluyen actinomicosis cervicofacial, histoplasmosis, tuberculosis cutánea crónica, quiste epidérmico, carcinoma espinocelular o carcinoma de células basales, fístulas secundarias a malformaciones congénitas tales como quistes branquiales o quistes del conducto tirogloso, osteonecrosis por bifosfonatos y cuerpo extraños⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹¹.

Las complicaciones asociadas son: osteomielitis de mandíbula, mediastinitis, angina de Ludwig, e incluso pticemia; todas ellas conllevan gran afectación sistémica y gravedad por lo que es necesario una sospecha diagnóstica¹⁰.

El tratamiento consiste en extracción quirúrgica de la causa y del trayecto fistuloso. Los antibióticos pueden emplearse junto con el tratamiento quirúrgico, pero como monoterapia no son efectivos¹⁻¹¹.

Como conclusión, ante un paciente con una lesión cutánea tumoral cervico-facial, debemos incluir a la fístula odontogénica como un diagnóstico diferencial ya que, la demora en el tratamiento puede aumentar la probabilidad de complicaciones.

REFERENCIAS:

1. Moreira C, Medeiros N, Vaz Silva I, Vaz R, Corrales T, Viegas S. Fístula cutânea odontogénica no pescoço: uma importância do exame intraoral. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária y Cirurgia Maxilofacial*. 2018; 50 (s1).
2. Barrowman RA, Rahimi M, Evans MD, Chandu A, Parashos P. Cutaneous sinus tracts of dental origin. *Med J Aust*. 2007; 186(5):264-5.
3. Hupp J, Ellis E, Tucker M. *Cirugía oral y maxilofacial contemporánea*. Edición: 6ª. Barcelona: Elsevier España; 2014.
4. Spear KL, Sheridan PJ, Perry HO. Tractos sinusales a la barbilla y la mandíbula de origen dental. *J Am AcadDermatol* 1983; 8: 486–492
5. García Harana C, Fernández Canedo I, de Troya Martín M. Ecografía cutánea en el diagnóstico de fístula cutánea odontogénica. *Revista Clínica Española*. 2019; 219 (9): 516.
6. López-Marcos J, Montero Martín J, Albaladejo Martínez A. Fístula Cutánea de Origen Dental. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2010; 3(3) :226-28 doi: 10.4321/s1699-695x2010000300013
7. Rosero-Arcos C, Mancheno A, Andrade A, Alvarado A. Fístula cutánea odontogénica: reporte de un caso que simula un quiste epidérmico y actualización de la literatura. *Piel*. 2016;31(7):519-521. doi: 10.1016/j.piel.2015.12.024
8. Baba A, Okuyama Y, Shibui T, Ojiri H. Odontogenic cutaneous fistula mimicking malignancy. *Clinical Case Reports*. 2017;5(5):723-724. doi: 10.1002/ccr3.907
9. Arteaga Bonilla Ricardo, Arteaga Michel Ricardo. Tratamiento de las infecciones odontogénicas. *Rev. bol. ped.* [Internet]. 2006 Ago ; 45(3): 166-170.
10. Echeveste Inzagarat JM, Martínez Morentin M. Osteonecrosis mandibular relacionada con la toma de bifosfonatos por vía oral: a propósito de un caso. *Semergen* 2011; 37: 430-432. 8.
11. Rosero Arcos C, Mancheno A, Andrade A, Alvarado A. Odontogenic cutaneous fistula: Report of a case that simulates an epidermal cyst and a literatura update. *Piel* 2016; 31: 519-527.