

Fístula Odontogénica.

Álvaro San Martín L¹, Patricio Amaro B², Amaro S P³.

¹Dermatólogo Universidad Austral de Chile; ²Dermatólogo Mutual de Seguridad de Santiago; ³Interno de 6º Medicina U. Mayor.

Hombre de 40 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de 2 años de evolución de lesión en mejilla izquierda, que parte como una pequeña pápula sanguinolenta evolucionando posteriormente a una lesión deprimida. Dirigidamente refiere caries en 2 piezas dentarias, de las cuales sólo 1 fue tratada.

Al examen físico destacaba una lesión deprimida en región mandibular de mejilla derecha (Figura 1). Como estudio se solicita ecotomografía de partes blandas con doppler, por sospecha de fístula dental, la cual es compatible con fístula odontogénica (Figura 2), radiografía de mandíbula normal. Posterior a esto se derivó a odontólogo para manejo.

Las fístulas odontogénicas (FO) son canalizaciones anormales originadas a partir de procesos infecciosos de los ápices radiculares; erosionan los huesos hasta formar una apertura en la superficie cutánea, con frecuencia son mal diagnosticadas.

Las FO se pueden presentar en cualquier edad, aunque son más frecuentes en niños, adolescentes e inmunosuprimidos. En cuanto al género, no existen diferencias.

Cerca del 80% de los casos comunicados se han asociado a piezas dentarias mandibulares y el 20% a piezas maxilares. Las áreas más comúnmente afectadas son el mentón y la región submentoniana; otras zonas incluyen las mejillas, pliegue nasolabial y canto interno del ojo.

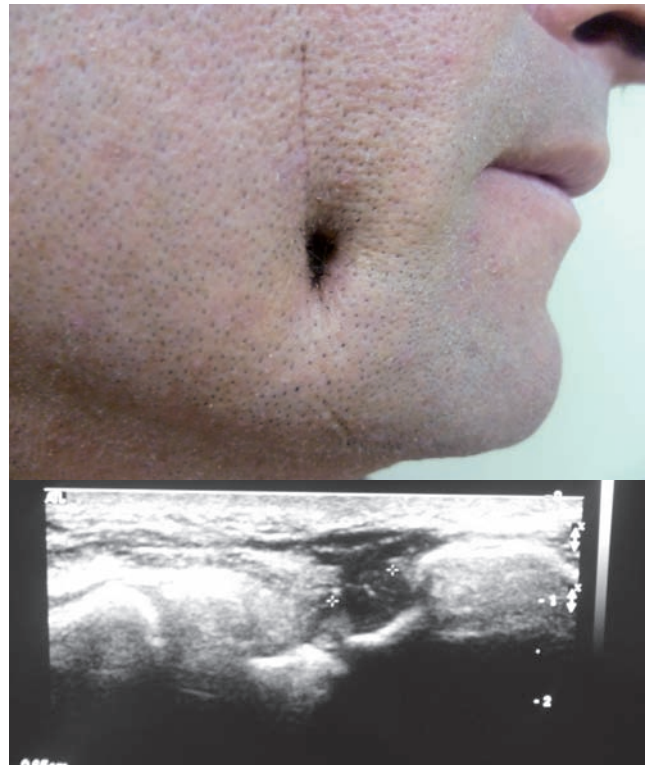
Con respecto a la patogenia, la mayoría de las FO tienen su origen en la necrosis de la pulpa con la consiguiente formación de un absceso peri apical o en abscesos de origen periodontal. Sin embargo, en ocasiones es posible observar FO que se presentan a distancia de su sitio de origen, por lo que clínicamente se deben de revisar todas las piezas dentarias y estructuras orales.

Clínicamente, la pieza dentaria causal del absceso que da origen a la fístula puede presentar caries o restauraciones, algún cambio de color o tono (generalmente más oscuro) o presentar fisuras o fracturas ya sean coronarias y/o radiculares. Cuando se realizan pruebas pulpares térmicas de frío o eléctricas, la pieza en cuestión puede presentar ausencia de sensibilidad.

La zona comprometida puede presentar o no drenaje activo.

El diagnóstico diferencial se plantea con: Actinomicosis; Osteomielitis; Quiste Infundibular Roto; Fístulas peri auriculares; Neoformación por *Bacteroides fragilis*; Granulomas; Tuberculosis; Carcinoma basocelular, entre otras.

El tratamiento definitivo de la FO requiere de la eliminación de la infección, asociado a tratamiento radicular en caso de diente recuperable o por extracción en caso de diente no recuperable, asociado a la escisión completa del revestimiento del tracto fistuloso.



Referencias bibliográficas

- Barrowman RA, Rahimi M, Evans MD, Chandu A, Parashos P. Cutaneous sinus tracts of dental origin. Med J Aust. 2007; 186(5): 264-265.
- Garrido M, Lorient D, Fackeldey M, et al. Ulcera de mentón. Arch. Argent. Dermatol. 2009; 59: 261-262.

Correspondencia: Álvaro San Martín L.

Correo electrónico: asanma@gmail.com