

## Fístula Odontogénica: Revisión de la literatura a propósito de un caso.

Patricio Amaro B<sup>1</sup>, Paula Triviño F<sup>2</sup>, Alvaro San Martín L<sup>2</sup>, Patricio Amaro S<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Profesor Asistente Universidad de Chile; <sup>2</sup>Médico Residente Dermatología Universidad de Chile; <sup>3</sup>Interno Medicina Universidad Mayor.

### Resumen

Las fístulas odontogénicas son canalizaciones anormales originadas a partir de procesos infecciosos de los ápices radiculares, las cuales pueden adoptar distintas morfologías en piel. Se presenta el caso de un hombre de 40 años, con una lesión en mejilla derecha de 2 años de evolución. El estado de las piezas dentarias, a la inspección, era deficiente. Debido a la sospecha clínica, se solicitó una ecografía de partes blandas que fue compatible con una fístula odontogénica. Estas lesiones, muchas veces son subdiagnosticadas, lo cual limita y retrasa el tratamiento adecuado.

**Palabras claves:** fístula odontogénica, infección crónica, fístula cutánea.

### Summary

Odontogenic cutaneous sinus are abnormal tracts originated from infectious processes of the root canal, which can show different morphologies on the skin. We present a 40 year old man, who had a lesion on his right cheek of 2 years of duration. The tooth pieces were compromised. Due to the clinical suspicion, a soft tissue ultrasound was requested which result was consistent with odontogenic cutaneous sinus. These injuries are often underdiagnosed, limiting and delaying a proper treatment.

**Key words:** Odontogenic sinus, chronic infection, cutaneous sinus.

### Introducción

Las fístulas cutáneas odontogénicas (FCO) son canalizaciones anormales originadas a partir de procesos infecciosos de los ápices radiculares. Este fenómeno provoca una erosión del hueso hasta formar una apertura en la superficie cutánea, la cual puede adoptar distintas morfologías<sup>1</sup>. Debido a que es una patología infrecuente, y, en la mayoría de las veces, mal diagnosticada, se presenta un caso y se revisa la literatura.

### Caso Clínico

Hombre de 40 años, sin antecedentes mórbidos, que consultó por la presencia de una lesión en mejilla derecha de 2 años de evolución. En un inicio, se caracterizaba por ser una pequeña pápula eritematosa que exudaba un líquido sanguinolento y que, posteriormente, evolucionó a una lesión deprimida en la misma región (Figura 1). A la anamnesis dirigida, refiere caries en dos piezas dentarias, de las cuales sólo una fue tratada. El estado de las piezas dentarias, a la inspección, era deficiente.

Debido a la sospecha clínica, se solicitó una ecografía de partes blandas que fue compatible con una fístula odontogénica (Figura 2). La radiografía mandibular, por su parte, fue informada como normal.

### Discusión

Una fístula es una comunicación patológica entre dos espacios anatómicos o un camino que conduce de una cavidad interna a la superficie del cuerpo. Una fístula cutánea odontogénica es una comunicación patológica entre la superficie cutánea de la cara y la cavidad oral<sup>2</sup>. Estas comunicaciones con el exterior, pueden ser de dos tipos: congénitos o adquiridos. En los primeros, se producen un defecto del desarrollo fetal, entre los que se incluye el sinus preauricular, la fístula branquial y el conducto tirogloso persistente, entre otros. Los adquiridos se deben a una ruptura espontánea de una infección profunda que, generalmente, ha tenido un tratamiento médico o quirúrgico inadecuado<sup>1</sup>.

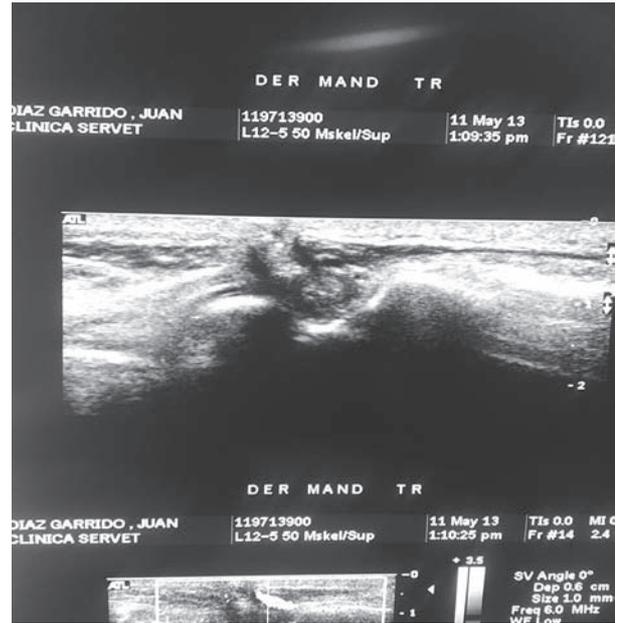
**Correspondencia:** Patricio Amaro B.

**Correo electrónico:** pvamarob@gmail.com



**Figura 1**

Se observa lesión en región mandibular derecha, con clara hendidura en la zona comprometida.



**Figura 2**

Imagen de ecotomografía de partes blandas, concordante con fístula cutánea odontogénica.

Estas fístulas están asociadas al hueso mandibular en un 80% y en un 20%, al hueso maxilar. Se han reportado numerosos casos en adultos, pero también en adolescentes e inmunodeprimidos<sup>1,3,4</sup>.

Dentro de la fisiopatología, la mayoría de las FCO tienen su origen en la necrosis de la pulpa por un absceso periapical o de origen periodontal. Generalmente, se debe a presencia de caries, sin embargo, puede ocurrir en ausencia de ella, como por ejemplo, debido a una fractura dental que haya desvitalizado la pieza dentaria por interrupción del aporte sanguíneo, manifestándose años después<sup>5</sup>. Esas fracturas pueden ser traumáticas o presentarse en pacientes en tratamiento con bifosfonatos (producen osteonecrosis mandibular)<sup>6-8</sup>. La necrosis de la pulpa es seguida por la invasión de microorganismos, la cual puede penetrar en el hueso alveolar y expandirse a lo largo del camino de menor resistencia. Finalmente, el proceso inflamatorio puede alcanzar el tejido blando circundante y formar un trayecto hacia el exterior. El sitio de drenaje extraoral depende de la pieza dentaria afectada y de factores específicos tales como la virulencia del microorganismo y la relación entre la anatomía y las inserciones musculares faciales para determinar la trayectoria de la fístula<sup>9</sup>.

La evaluación de una FCO debe comenzar con una historia clínica detallada y el conocimiento de que cualquier lesión de la cara o del cuello puede ser de origen dental. La historia puede incluir o no sintomatología como episodios de dolor agudo o exacerbado por alimentos calientes o fríos. También puede haber sangrado episódico o drenaje a través de la lesión en la piel. De vez en cuando, hay un antecedente de alguna patología dental asociada<sup>10</sup>. Con respecto a la presentación clínica, pueden dar distintas lesiones en piel, desde un drenaje activo hasta neoformaciones con apariencia tumoral. Generalmente son pápulas de 1 a 20 mm de diámetro, que en su superficie pueden formar costras o pueden dar salida a exudados. El rasgo más distintivo es la depresión o retracción que se produce por debajo de la superficie normal de la piel, formando una especie de hoyuelo secundario<sup>9-11</sup>. La presencia de un solo orificio es lo más común; sin embargo, se pueden presentar fístulas múltiples o bilaterales.

El diagnóstico se apoya en la anamnesis y la clínica. Se puede solicitar radiografía panorámica o periapical, fistulografía con material radiopaco, ecografía de partes blandas, tomografía computada o resonancia magnética. El análisis radiográfico se puede utilizar para mostrar la pérdida de

hueso en el ápice del diente infectado, lo que contribuye al diagnóstico. Sin embargo, cuando la radiografía panorámica y periapicales no muestran el diente afectado, el seguimiento de la fístula puede ayudar al diagnóstico final. En estos casos, la etiología dental puede ser confirmada mediante el trazado de la fístula a su origen con el uso de gutapercha o de otro material radiopaco, y el uso de una prueba de sensibilidad de pulpa.

La ecografía de partes blandas, por su parte, puede mostrar una banda hipoecogénica, que se origina en la piel y se extiende a través del tejido celular subcutáneo hasta llegar al hueso alveolar. También se puede observar pérdida ósea asociada a lo anterior<sup>12</sup>. La biopsia no aporta datos<sup>11</sup>.

Dentro de los diagnósticos diferenciales se pueden nombrar: actinomicosis, quiste infundibular roto, fístulas periauriculares, neoformaciones por *Bacteroides fragilis*, tuberculosis, granulomas telangiectásicos, carcinomas basocelulares, fístulas de glándulas salivales, entre otros<sup>13</sup>.

El tratamiento definitivo de la fístula requiere de la eliminación de la infección asociada. En caso de diente recuperable se debe indicar tratamiento radicular, y si el diente es inviable se recomienda su extracción. No se debe intentar extirpar la lesión en piel o el tracto sinusal sin haber hecho las medidas anteriormente mencionadas<sup>14</sup>.

# Neolucid<sup>®</sup>

## ÁCIDO HIALURÓNICO ULTRA HR

**Acción  
hidratante  
y humectante**



**Acción  
Anti - Edad**



# Hidrata y Repara



## Referencias bibliográficas

1. Kishore Kumar RV, Devireddy SK, Gali RS, Chaithanyaa N, Chakravarthy C, Kumaravelu C. Cutaneous sinuses of cervicofacial region: a clinical study of 200 cases. *J Maxillofac Oral Surg.* 2012;11(4):411-5. Epub 2013/12/03.
2. Samir N, Al-Mahrezi A, Al-Sudairy S. Odontogenic Cutaneous Fistula: Report of two cases. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2011;11(1):115-8. Epub 2011/04/22.
3. Bodner L, Manor E, Joshua BZ, Barabas J, Szabo G. Cutaneous sinus tract of dental origin in children-a report of 28 new cases. *Pediatr Dermatol.* 2012;29(4):421-5. Epub 2012/02/15.
4. Chronic facial sinus in immunocompromised patient. *Dental Abstracts.* 2005;50(3):153.
5. Herd MK, Aldridge T, Colbert SD, Brennan PA. Odontogenic skin sinus: a commonly overlooked skin presentation. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2012;65(12):1729-30. Epub 2012/05/01.
6. Wigler R, Steinbock N, Berg T. Oral cutaneous sinus tract, vertical root fracture, and bisphosphonate-related osteonecrosis: a case report. *J Endod.* 2013;39(8):1088-90. Epub 2013/07/25.
7. Truong SV, Chang LC, Berger TG. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw presenting as a cutaneous dental sinus tract: A case report and review of the literature. *Journal of the American Academy of Dermatology.* 62(4):672-6.
8. Prada García C, Rodríguez Prieto MÁ. Fístula cutánea submandibular. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2013;104(7):629-30.
9. Pasternak-Junior B, Teixeira CS, Silva-Sousa YT, Sousa-Neto MD. Diagnosis and treatment of odontogenic cutaneous sinus tracts of endodontic origin: three case studies. *Int Endod J.* 2009;42(3):271-6. Epub 2009/02/21.
10. Mittal N, Gupta P. Management of Extra Oral Sinus Cases: A Clinical Dilemma. *Journal of Endodontics.* 2004;30(7):541-7.
11. Sammut S, Malden N, Lopes V. Facial cutaneous sinuses of dental origin - a diagnostic challenge. *Br Dent J.* 2013;215(11):555-8. Epub 2013/12/07.
12. Shobatake C MF, Fukumoto T, Hirai T, Kobayashi N, Asada H. Usefulness of ultrasonography for rapidly diagnosing cutaneous sinus tracts of dental origin. *Eur J Dermatol.* 2014;24(6):683-7.
13. Gupta M, Das D, Kapur R, Sibal N. A clinical predicament--diagnosis and differential diagnosis of cutaneous facial sinus tracts of dental origin: a series of case reports. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011;112(6):e132-6. Epub 2011/08/30.
14. Chowdri NA, Sheikh S, Gagloo MA, Parray FQ, Sheikh MA, Khan FA. Clinicopathological profile and surgical results of nonhealing sinuses and fistulous tracts of the head and neck region. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;67(11):2332-6. Epub 2009/10/20.