



Revista Clínica de Medicina de Familia

ISSN: 1699-695X

info@scamfyc.org

Sociedad Castellano-Manchega de Medicina
de Familia y Comunitaria
España

López-Marcos, Joaquín F.; Montero Martín, Javier; Albaladejo Martínez, Alberto

Fístula Cutánea de Origen Dental

Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 3, núm. 3, 2010, pp. 226-228

Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria

Albacete, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169616213013>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Fístula Cutánea de origen Dental

Joaquín F. López-Marcos^a, Javier Montero Martín^b, Alberto Albaladejo Martínez^b

^a Médico Estomatólogo.
Departamento de Cirugía.
Facultad de Medicina y
Odontología. Universidad de
Salamanca (España).
^b Odontólogo. Departamento
de Cirugía. Facultad de
Medicina y Odontología.
Universidad de Salamanca
(España).

Correspondencia: Joaquín F.
López-Marcos, Facultad de
Medicina, Departamento de
Cirugía, C/ Alfonso X el
Sabio s/n, 37007 - Salamanca,
España. Telf.: 923294400,
Ext.: 1895, correo electrónico:
jflmarcos@usal.es

Recibido el 29 de mayo de
2010.
Aceptado para su publicación
el 28 de agosto de 2010.

RESUMEN

Muchas veces las fístulas cutáneas orofaciales son diagnosticadas como lesiones dermatológicas sin tener en cuenta su relación con una patología dental, prescribiéndose tratamientos erróneos e innecesarios para el paciente, que no ve resuelto su problema, y retrasando el tratamiento endodóntico que eliminará la infección dental con el consiguiente cierre y cicatrización de la fístula extraoral. Es por tanto necesario, siempre que aparezca este tipo de lesiones, buscar una causa dental y hacer un diagnóstico temprano por parte de los especialistas que están tratando al paciente para remitirlo al odontoestomatólogo y que éste realice el tratamiento de conductos radiculares.

Palabras Clave. Fístula Cutánea, Periodontitis Periapical.

ABSTRACT

Cutaneous Fistula of Dental origin

Orofacial cutaneous fistulas are often misdiagnosed as dermatological lesions without taking into account their relationship with dental disease. This leads to mistaken and unnecessary treatment for the patient, whose problem remains unresolved, and delays the endodontic therapy which will eliminate the dental infection and subsequent closure and scarring of the extraoral fistula. Accordingly, whenever this type of fistula occurs the physician should look for a dental cause and thus make an early diagnosis and refer the patient to his/her dentist so that treatment of the pulp canals can be performed.

Key words. Cutaneous Fistula, Periapical Periodontitis.

INTRODUCCIÓN

Las fístulas cutáneas de origen dental suelen ser el resultado de una necrosis pulpar y de una periodontitis crónica apical. Generalmente los pacientes no asocian estas lesiones en la cara a una patología dental, ya que no tienen dolor asociado, con lo que comienzan un largo peregrinaje por distintos especialistas médicos (internista, dermatólogo, cirujano, etc.) en busca de solución a su problema¹.

El tratamiento de la lesión cutánea sin realizar la terapéutica del diente causal no es correcto, ya que incluso tiende a empeorar y agravar las secuelas cicatriciales de la fístula. Es por tanto ineludible hacer un diagnóstico y tratamiento adecuados del diente/molar problema para lograr la curación de la fístula y prevenir una terapia antibiótica innecesaria e ineficaz y/o la intervención quirúrgica².

Con estos argumentos, se hace necesario el conocimiento de las fístulas cutáneas de origen dental a la hora de evaluar lesiones en la piel en la región perioral³.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Paciente varón de 29 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, que acude a la consulta dental por presentar una lesión eritematosa con salida de pus en la mejilla izquierda que no le cicatriza.

Refiere haber realizado tratamiento dental (obturaciones) hace tres años, y que 6 meses después de dicho tratamiento comenzó a notar una induración en la zona referida, que supuraba intermitentemente aumentando al abrir la boca y presionar en la mejilla izquierda. No ha presentado dolor, ni ningún síntoma de infección dental después de realizadas las obturaciones por su estomatólogo.

Hace 1 año acudió a su médico de cabecera, recetándole una pomada antibiótica de mupirocina para aplicación tópica, notando una mejoría en el drenaje, pero no en el cierre de la fístula.

A la inspección, presenta una placa eritematosa redondeada de 1 x 1 cm. de diámetro y de color rojo violáceo en la mejilla izquierda a unos 2 cm. de la rama horizontal de mandíbula, centrada por un orificio fistuloso y recubierto parcialmente por costra (figura 1). A la palpación no se aprecia cordón fibroso en el trayecto de la fístula. Hay drenaje de material sanguíneo purulento a través del orificio fistuloso.

En la exploración intraoral se observa una obturación estética de composite en la superficie oclusal del primer molar inferior izquierdo. Dicho molar no tenía movilidad ni dolor a la oclusión, siendo negativas las pruebas térmicas y eléctricas. El examen radiográfico detecta una obturación muy profunda que compromete la cámara pulpar y una imagen radiolúcida apical que engloba ambas raíces del citado molar.

Después de realizar el diagnóstico de fístula dento-cutánea por necrosis pulpar del primer molar inferior izquierdo, realizamos tratamiento conservador mediante endodoncia y restauración con una obturación estética, curando la fístula cutánea en 15 días. Se hizo seguimiento radiográfico y clínico durante 6 meses, comprobando la completa curación del proceso y la desaparición de la imagen radiolúcida perirradicular (figura 2).

DISCUSIÓN

La causa más frecuente de la fístula cutánea de origen dental suele ser la cronificación de un absceso

periapical, producido por una necrosis pulpar, que produce una perforación del hueso alveolar dando lugar a un absceso subperióstico³. Lesiones cariosas, restauraciones muy profundas que comprometen la pulpa, fractura y/o fisuras dentales y tratamientos agresivos de tallados pueden ser los causantes del proceso de necrosis pulpar⁴, como en el caso aquí presentado, que fue debido a una profunda restauración con compromiso pulpar.

Según la localización del absceso dará lugar a una fístula intraoral o a un trayecto fistuloso hacia la piel siguiendo el camino de menor resistencia⁵ perfilado por las inserciones musculares⁶, ocurriendo con más frecuencia en los dientes-molares mandibulares (80%) que en los maxilares (20%)⁷, por tanto son más frecuentes en la región submaxilar o en la zona submental⁸.

La microbiología de este tipo de patologías está asociada a una gran variedad de especies bacterianas. Algunos autores⁹ han realizado estudio anatomopatológico del proceso, encontrando que macroscópicamente son lesiones noduloquisticas, eritematosas, induradas y con un orificio central. Histológicamente la dermis presenta una reacción inflamatoria crónica, apareciendo linfocitos polimorfonucleares en el centro de la lesión y linfocitos y células plasmáticas en la periferia. En la epidermis predominan los fenómenos de acantosis y alargamiento de las crestas epidérmicas.

Desde el punto de vista clínico, la lesión es generalmente asintomática y sin repercusión en el estado general del paciente, no manifestando dolor⁵. La desembocadura de la fístula a nivel cutáneo presenta un aspecto eritematoso y estará ulcerada si se encuentra en fase aguda. La piel alrededor de la lesión está ligeramente hundida¹⁰. Se puede palpar un cordón fibroso uniendo la parte cutánea de la fístula con el diente/molar causante de la patología. También es factible apreciar la salida de material purulento a través del orificio cutáneo al presionar sobre el cordón fibroso o la zona perirradicular afectada.

El diagnóstico se realizará mediante la inspección y palpación de la lesión, así como con la toma de una radiografía periapical de diente/molar sospechoso de ser el implicado en la lesión.

En el caso presentado no existía duda diagnóstica respecto al diente causante de la fístula al aparecer radiográficamente un área radiolúcida única que abarcaba ambas raíces del molar 3.6, pero en caso

de que dicha duda se presente, al existir otras áreas patológicas en dientes vecinos, una punta de gutapercha introducida a través del orificio fistuloso cutáneo, junto con una radiografía periapical, nos determinará el origen de dicha fístula.

El diagnóstico diferencial⁴ se establecerá con lesiones traumáticas, presencia de cuerpos extraños, infecciones localizadas de la piel, granuloma piógeno, lesiones tuberculosas crónicas, osteomielitis, actinomicosis, el goma de la sífilis terciaria, carcinoma de células escamosas y fístulas congénitas, realizándose estudio histológico para establecer el diagnóstico definitivo.

El tratamiento se dirigirá a tratar el diente causante de la infección mediante terapia endodóntica de conductos radiculares y sólo como última opción terapéutica estaría indicada la extracción. No es necesario ningún tratamiento quirúrgico de la fístula³ ni terapia antibiótica.

En conclusión, es necesario, siempre que aparezca este tipo de lesiones, buscar una causa dental y hacer un diagnóstico temprano por parte de los especialistas que están tratando al paciente para remitirlo al odontoestomatólogo y que éste realice el tratamiento endodóntico adecuado.



Figura 1. Aspecto clínico preoperatorio de la fístula cutánea con drenaje y radiografía periapical del primer molar mandibular izquierdo con área radiolúcida que engloba a ambas raíces.



Figura 2. Curación completa de la fístula cutánea y desaparición del área radiolúcida perirradicular después del tratamiento de conductos.

BIBLIOGRAFÍA

- Barrowman RA, Rahimi M, Evans MD, Chandu A, Parashos P. Cutaneous sinus tracts of dental origin. *Med J Aust.* 2007; 186(5):264-5.
- Pasternak-Júnior 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.
- Cohen PR, Eliezri YD. Cutaneous odontogenic sinus simulating a basal cell carcinoma: case report and literature review. *Plastic Reconstr Surg.* 1990; 86(1):123-7.
- Terezhalmay Geza T, Riley Catherine K. Cutaneous draining sinus tract. *Quintessence Int.* 1999; 30(8):576-7.
- Slutzky-Goldberg I, Tsesis I, Slutzky H, Heling I. Odontogenic sinus tracts: a cohort study. *Quintessence Int.* 2009; 40(1):13-8.
- McWalter GM, Alexander JB, Del Río CE, Knott JW. Cutaneous sinus tract of dental etiology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1988; 66(5):608-14.
- Cantatore JL, Klein PA, Lieblisch LM. Cutaneous dental sinus tract, a common misdiagnosis: a case report and review of the literature. *Cutis.* 2002; 70(5):264-5.
- Karp MP, Bernat JE, Cooney DR, Jewett TC. Dental disease masquerading as suppurative lesions of the neck. *J Pediatr Surg.* 1982; 17(5):532-6.
- Nakamura Y, Hirayama K, Hossain M, Matsumoto K. A case of an odontogenic cutaneous sinus tract. *Int Endod J.* 1999; 32(4):328-31.
- Foster KH, Primack PD, Kulild JC. Odontogenic cutaneous sinus tract. *J Endod.* 1992; 18(6):304-6.