

# Fístula dental intraoral: reporte de caso

## Intraoral dental fistula: a case report

Juan de Dios Garza Gallardo,<sup>1</sup> Alfredo Salinas Noyola<sup>1</sup> y Julio César Salas-Alanís<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Monterrey, Departamento de Odontología.

\*Autor correspondiente.

### RESUMEN

Las fístulas dentales son una patología bucal común que afecta a cualquier grupo de edad; son ocasionadas por necrosis de la pulpa asociada a caries, infecciones periodontales, trauma y dientes retenidos. La endodoncia es un tratamiento conservador que elimina el foco infeccioso donde se originan las fístulas, sin embargo, ocasionalmente es necesario retirar la pieza causante de la fístula. Las patologías dentales son las lesiones que más generan trayectos fistulosos en boca, cara y cuello. El tratamiento de conductos (endodoncia) es la primera opción siempre y cuando la corona dental pueda ser rehabilitada.

Reportamos el caso de un paciente con diagnóstico clínico y radiológico de fístula dental, tratada exitosamente con endodoncia.

**PALABRAS CLAVE:** *fístula dental, trayecto fistuloso, endodoncia.*

### ABSTRACT

Dental fistulae are a common oral pathology that may affect any age group. The fistulae are caused by pulp necrosis associated with dental cavities, periodontal infections, trauma and retained teeth. The root canal treatment is a conservative option that eliminates the source of infection from which fistulae originated, in some cases it is necessary to remove the teeth. Dental pathologies are the most frequent causes of fistulae in mouth, face and neck. Root canal treatment should be the first choice treatment as long as the dental crown can be restored.

We report a case with a dental fistula diagnosed clinically and confirmed by X ray. The patient was treated with endodontics.

**KEYWORDS:** *dental fistula, fistula tract, root canal treatment.*

### Caso clínico

Mujer de 40 años de edad, sin antecedentes de importancia, que acude porque presenta una lesión en la región gingival superior derecha, a nivel del segundo premolar, que en múltiples ocasiones ha drenado material purulento, notó mal olor que no cede con el cepillado dental y tiene molestia al ocluir.

La lesión se caracteriza por una pequeña úlcera dolorosa durante la palpación, que mide 8 × 8 mm de diámetro, presenta superficie purulenta y edematosa de un mes de evolución. Para la confirmación clínica se realizó una radiografía periapical que muestra caries, así como proceso fistuloso por debajo de la restauración de la amalgama (figuras 1a y 1b). La paciente fue tratada con endodoncia en el segundo premolar superior derecho, se colocó una

pasta de hidróxido de calcio con suero fisiológico (1:1), dos semanas después se removió esta pasta y finalmente se obturó de manera definitiva.

Después de 12 meses de haber realizado la endodoncia, el trayecto fistuloso desapareció completamente, junto con su sintomatología.

### Comentario

Las fístulas dentales son una patología bucal común que afecta a cualquier grupo de edad; son ocasionadas por necrosis de la pulpa asociada a caries, infecciones periodontales, trauma y dientes retenidos.<sup>1</sup> Básicamente es un trayecto para el drenaje del contenido purulento. Una fístula dental se origina una vez que las bacterias han infectado totalmente el diente por una lesión previa.<sup>2</sup> Cabe resaltar

### CORRESPONDENCIA

Julio César Salas-Alanís ■ drjuliosalas@gmail.com ■

Av. Morones Prieto 4500 Pte., Col. Jesús M. Garza, San Pedro Garza García, C.P. 66238, Nuevo León



**Figura 1.** A). Úlcera eritematosa de 8x8 mm de diámetro cubierta por material purulento, localizada en el segundo premolar del lado superior derecho, B) Amalgama de gran tamaño con caries que se extiende a la cámara pulpar, asociado a ensanchamiento en área perirradicular, C) Evolución satisfactoria a 12 meses.

que la manifestación crónica de esta lesión se manifiesta mediante quistes y/o granulomas.<sup>3</sup>

Los abscesos buscan drenar por medio de las estructuras con menor resistencia, dirigiéndose a espacios aponeuróticos de riesgo, o traspasando la región bucal, lingual o palatina, lo que da origen a una fístula.<sup>4,5</sup>

Comúnmente, cuando el paciente encuentra este tipo de lesiones acude con el dermatólogo o el médico general. Este tipo de patologías no cede con los antibióticos debido a que los fármacos por sí solos no pueden eliminar la etiología.

El diagnóstico diferencial de las fístulas con drenaje oral o cutáneo de origen dental deben incluir: carcinoma de células espinosas, trauma, granuloma piógeno, reacción

a un cuerpo extraño, actinomicosis, tuberculosis, osteomielitis, infección bacteriana o fúngica y goma sífilítica.<sup>1,4</sup>

La endodoncia ha mostrado resultados satisfactorios debido a que es un tratamiento no quirúrgico y conservador, ya que el órgano dental afectado no tiene que ser removido.<sup>3,4</sup> El tratamiento de conductos será la primera opción siempre y cuando la corona dental pueda ser rehabilitada, de otra manera, se procede a la extracción.<sup>4</sup>

En esta paciente se realizó una limpieza ductal con solución de hipoclorito sódico al 5%, posteriormente se colocó una pasta a base de hidróxido de calcio y suero fisiológico (1:1). Dos semanas después retiramos la pasta y luego de un mes la lesión cerró por completo. El control después de 12 meses se muestra en la figura 1c.

La endodoncia ha mostrado efectividad inclusive en lesiones extensas tanto agudas como crónicas (quistes y granulomas).<sup>6-9</sup> En lo fundamental, la endodoncia consiste en crear un acceso a la cámara, remover la pulpa, limpiar químicamente con soluciones irrigantes y conformar de forma mecánica con instrumentos, después se coloca un material definitivo: puntas de gutapercha y cemento sellador.<sup>10</sup>

Las patologías dentales son las lesiones que más generan trayectos fistulosos en boca, cara y cuello. Cuando algún médico encuentre una de estas lesiones, primero debe considerar que la etiología es algún diente con pulpa en estado necrótico (caries extensa). Asimismo, se sugiere referir al paciente con un dentista o especialista en endodoncia, ya que la lesión no desaparecerá hasta eliminar la etiología. La endodoncia siempre será la primera elección debido a que es un tratamiento conservador y eficaz.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tian, J, Liang, G, Qi, W. y Jiang, H, "Odontogenic cutaneous sinus tract associated with a mandibular second molar having a rare distolingual root: a case report", *Head Face Med*, 2015, 16: 11-13.
2. Miri, S, Atashbar, O. y Arashbar, F, "Prevalence of sinus tract in the patients visiting department of endodontics, Kermanshah School of Dentistry", *Global Journal of Health Science*, 2015, 7: 271-275.
3. Sisodia, N. y Manjunaath, M, "Chronic cutaneous draining sinus of dental origin", *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 2014, 962-964.
4. Sato, T, Suenaga, H, Igarashi, M, Hoshi, K. y Takato, T, "Rare case of external dental fistula of the submental region misdiagnosed as inverted follicular keratosis and thyroglossal duct cyst", *International Journal of Surgery Case Reports*, 2015, 39-43.
5. Shenoy, N. y Shenoy, A, "Endo-perio lesions: diagnosis and clinical considerations", *Indian J Dent Res*, 2010, 579-585.
6. Andrade, I, Silva, R, Hochheim Neto, R. y Cristofolini, M, "Healing of an extensive periapical lesion by means of conventional endodontic treatment", *Dental Press Endod*, 2012, 65-59.
7. Gupta, A, Duhan, J, Hans, S, Goyal, V. y Bala, S, "Non surgical management of large periapical lesions of endodontic origin: a case series", *Journal of Oral Health & Community Dentistry*, 2014, 172-175.
8. Chande, K, Manwar, N. y Chandak, M, "Non-surgical endodontic treatment of periapical lesions using calcium hydroxide", *Guident*, 2013, 26-30.
9. Matos, H, Mastroianni, L, Dias, A. y Gomes, F, "Non-surgical treatment of large periapical lesions", *Dental Press Endod*, 2014, 88-93.
10. Journal of American Dental Association, "Getting to the root of endodontic (root canal) treatments", *JADA*, 2001, 132: 407.