

¿Cuál es su diagnóstico? / Fístula dental

What is Your Diagnosis? / Dental fistula

Daniel Fernández-Esquivel,¹ Gabriel Murillo Nader,¹ María Guadalupe Moreno Treviño¹ y Julio César Salas Alanís¹

¹ Universidad de Monterrey



Figura 1. A) Neoformación mamelonada en la región anterolateral izquierda de la mandíbula, B) Implante dental en el sitio de inicio de la fístula dental.

Discusión

Las fístulas dentales son canales que se originan a partir de un foco infeccioso dental, y son el resultado de la evolución de un proceso inflamatorio crónico periapical hacia la supuración, estableciendo una necrosis pulpar o una periodontitis crónica apical supurativa.^{1,2} El trayecto de drenaje está determinado por la localización del absceso principal y si éste drena pus de manera activa, el cual se abre paso entre los tejidos de menor resistencia desde el sitio inicial hacia la mucosa oral o la superficie cutánea.³

Alrededor de 80% de las fístulas están asociadas con dientes mandibulares, por tanto, se localizan principalmente en el mentón o en la mandíbula.³ La mayoría de los pacientes que presentan una fístula dental se encuentran entre la tercera y cuarta décadas de vida, con menor frecuencia en la segunda década y raramente antes de los 15 años. El porcentaje de aparición es mayor en hombres que en mujeres, con una incidencia de 7:1, respectivamente. El 95% de los casos se desarrollan como una

complicación por la extracción de las molares, sobre todo de las primeras molares permanentes, seguido de las segundas y terceras molares.⁴

En la mayoría de los casos los pacientes, e inclusive los médicos, no asocian estas lesiones en la cara con una patología dental, ya que son asintomáticas, por lo que es necesario el conocimiento de fístulas cutáneas de origen odontogénico al evaluar lesiones en la región perioral y en la cara.⁵

Las fístulas cutáneas odontogénicas en niños y adolescentes se deben a que sus procesos alveolares no están completamente desarrollados, y tienen espacios entre los dientes y el hueso que facilitan las infecciones. En personas mayores de 20 años existen otros factores que pueden dar origen a una fístula dental, como una higiene bucal deficiente, caries, trauma dental o procedimientos quirúrgicos no satisfactorios que pueden complicarse con infecciones subclínicas,⁶ como en nuestra paciente, la cual tiene el antecedente de implante en el primer premolar inferior izquierdo.

Actualmente, identificar esta patología sigue siendo un problema debido a que su diagnóstico definitivo toma un tiempo prolongado e involucra múltiples investigaciones. Este problema se debe a que en la mayoría de los casos la lesión cutánea no está alineada a la infección subyacente, y sólo la mitad de los pacientes reportan dolor de muelas.⁷

A causa del diagnóstico incorrecto, aproximadamente la mitad de los pacientes se enfrentan a múltiples intentos fallidos de curación, debido a que es más común la búsqueda de tratamiento de la lesión cutánea que de la etiología dental subyacente; esto ha llevado a utilizar métodos de drenaje, uso de antibióticos por tiempo prolongado e incluso radioterapia y electrodesecación.²⁻⁷

Desde el punto de vista clínico, generalmente la lesión es asintomática y sin repercusión en el estado general del paciente.⁵ El seno de drenaje extraoral de la fístula a nivel cutáneo típicamente se presenta como un nódulo eritematoso, liso, con costras, que drena pus de forma periódica y ulcerado si se encuentra en fase aguda. La piel alrededor de la lesión presenta una ligera depresión por debajo de la superficie de la piel normal, también se puede palpar un cordón fibroso uniendo la parte cutánea de la fístula con el diente causante de la patología.^{5,8} La lesión crónica a menudo conlleva a la retracción de la piel secundaria a la cicatrización, además los pacientes pueden experimentar remisión intermitente de los síntomas.⁹

En cuanto al aspecto histológico, un examen de la porción nodular de una fístula dental muestra una reacción inflamatoria crónica en la dermis o tejido de granulación, con acumulación de linfocitos polimorfonucleares en el centro de la lesión, así como linfocitos y células plasmáticas en la periferia. Es frecuente que en la epidermis se observen fenómenos de acantosis y alargamiento de las crestas epidérmicas, además de hiperplasia pseudocarcinomatosa que puede ser malinterpretada como un carcinoma de células escamosas.^{3,5}

Para su diagnóstico es indispensable el examen intraoral y dental, en el cual se debe examinar la presencia de caries o de enfermedad periodontal, además, la palpación del tejido circundante a la lesión cutánea puede resultar en la salida de líquido que drena a través de la abertura central. El cultivo de este fluido así como pruebas de sensibilidad pueden ayudar a establecer el diagnóstico.^{1,5}

De igual forma, el estudio radiológico es importante para la precisión diagnóstica, donde una radiografía periapical panorámica mostrará radiolucidez en el ápice del diente afectado; por otra parte, la radiografía de trazado con gutapercha es una técnica de diagnóstico complementario muy útil, la cual consiste en introducir una punta de gutapercha a través del seno de drenaje fistuloso,

además de la toma de una radiografía para el rastreo de la fístula.^{2,7} Sin embargo, cuando éstas no permitan localizar el diente afectado, un fistulograma puede ayudar al diagnóstico final.³

El diagnóstico diferencial incluye lesiones congénitas, traumáticas o infecciosas como: hendidura branquial congénita, fístulas congénitas, quiste del conducto tirogloso, neoplasias como carcinoma basocelular y carcinoma de células escamosas, actinomicosis, infecciones bacterianas no odontogénicas y fúngicas, presencia de cuerpo extraño, granuloma piógeno, tuberculosis cutánea crónica, osteomielitis, goma de la sífilis terciaria, forúnculo, dacriocistitis, linfadenitis supurativa, entre otras.^{1,2,7}

Debido a la complejidad del diagnóstico correcto, se corre el riesgo de que se trate al paciente con antibióticos de amplio espectro en repetidas ocasiones y que las bacterias desarrollen drogoresistencia y compliquen la resolución de la infección.

El tratamiento adecuado y de primera elección es la extracción del diente o terapia del conducto de raíz. Los antibióticos se deben usar cuando el paciente presenta diabetes, inmunosupresión o síntomas sistémicos de infección, como fiebre. En caso de utilizar antibióticos, la primera elección es la penicilina, seguida de clindamicina o amoxicilina/clavulanato en caso de que no responda a la penicilina.^{8,10}

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández, L. y Rodas, A., "Fístula odontogénica", *Rev Cent Dermatol Pascua*, 2011, 20 (3): 110-112.
2. Segura, J. y Jiménez, A., "La radiografía de trazado en el diagnóstico de las fístulas dentarias", *Endodoncia*, 2000, 18 (2): 63-72.
3. Vidarte, G., Pomar, R. y Larrea, D., "Fístula cutánea odontogénica: reporte de un caso que simula un carcinoma basocelular", *Dermatol Peru*, 2013, 23 (3): 179-184.
4. Rahman, Z., Rahman, A., Khan, S. y Riaz, S., "Frequency and site distribution of oroantral fistula", *Pakistan Oral & Dental Journal*, 2012, 32 (2): 196-198.
5. López, J., Montero, J. y Albaladejo, A., "Fístula cutánea de origen dental", *Rev Clin Med Fam*, 2010, 3 (3): 226-228.
6. Guevara, E., Riera, L., Gómez, M., Amezcua G., Lucía C. y Tlacuilo, A., "Odontogenic cutaneous fistulas: clinical and epidemiologic characteristics of 75 cases", *International Journal of Dermatology*, 2013, 1-6.
7. 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, 1-5.
8. Sammut, S., Malden, N. y López, V., "Facial cutaneous sinuses of dental origin: a diagnostic challenge", *British Dental Journal*, 2013, 215 (11): 555-558.
9. Samir, N., Al-Mahrezi, A. y Al-Sudairy, S., "Odontogenic cutaneous fistula", *Sultan Qaboos Univ Med J*, 2011, 11 (1): 115-118.
10. Bouguezzi, A., Hentati, H., Chokri, A. y Selmi, J., "Cutaneous draining sinus tract of odontogenic origin", *Global Journal of Surgery*, 2014, 2 (2): 21-24.