

Fístula odontogénica. Manifestación cutánea de un padecimiento odontológico

Odontogenic Fistula. Cutaneous Manifestation of an Odontologic Disease

Valerie Dafne Alcántara-Ramírez,¹ Diana Gutiérrez-Ayala,² Salvador A. Gutiérrez-Ávila³ y Roberto Arenas⁴

¹ Médico adscrito al Servicio de Dermatología, Hospital General Tacuba, ISSSTE

² Médico residente de 4º año de Medicina Interna, Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez, ISSSTE

³ Médico adscrito al Servicio de Dermatología, Hospital General Tacuba, ISSSTE

⁴ Jefe del Servicio de Micología, Hospital General Dr. Manuel Gea González

RESUMEN

La fístula cutánea odontogénica es el resultado de un drenaje anormal y se origina a partir de una infección crónica periapical. Representa todo un reto diagnóstico ya que con frecuencia son lesiones etiquetadas erróneamente como dermatológicas. El diagnóstico diferencial es amplio, incluidos el granuloma piogénico, actinomicosis, malformaciones congénitas, entre otros. Exponemos el caso de una paciente de 58 años que acudió a consulta dermatológica por lesión cutánea secundaria a fístula odontogénica, la cual presentó rápida mejoría tras drenaje y fistulectomía. Consideramos importante el conocimiento de esta patología para evitar retrasos innecesarios en el diagnóstico y dar tratamiento adecuado.

PALABRAS CLAVE: fístula cutánea, actinomicosis, infección periodontal.

ABSTRACT

Odontogenic cutaneous fistula is the result of abnormal drainage originating from a chronic periapical infection. It represents a diagnostic challenge because they are frequently erroneously labeled as a dermatological lesion. The differential diagnosis is broad, including pyogenic granuloma, actinomycosis, congenital malformations and others. We present a 58-year-old woman with a skin lesion secondary to an odontogenic fistula that presented rapid improvement after drainage and fistulectomy. We consider it important to know about this pathology to avoid unnecessary delays in the diagnosis and adequate treatment.

KEYWORDS: cutaneous fistula, actinomycosis, periodontal infection.

Introducción

Las fístulas cutáneas odontogénicas (FCO) representan la manifestación clínica de una necrosis pulpar y de una periodontitis crónica apical que drenan material purulento hacia la piel siguiendo la vía de menor resistencia.¹ A menudo estos pacientes no relacionan su patología con una enfermedad dental, dado que generalmente son lesiones asintomáticas. Es común encontrarse con pacientes que han acudido a varios especialistas, pero debido a que las lesiones fueron etiquetadas erróneamente como dermatológicas, recibieron tratamientos innecesarios y, por tanto, se retrasó el manejo endodóntico que es el que resuelve el problema.

Caso clínico

Se trata de una paciente de 58 años, originaria y residente de Ciudad de México, de ocupación ama de casa. Antecedentes de importancia: diabetes tipo 2 de larga evolución con mal control metabólico, infecciones periodontales recurrentes que han requerido procedimientos de tipo endodoncia.

En la exploración física se observó una dermatosis localizada que afectaba la cabeza en la región submandibular derecha, caracterizada por una lesión de aspecto nodular exofítica, de 2 cm de diámetro, fija, blanda, eritematoviolácea con bordes bien definidos y escama blanquecina de mediana lámina adherida a la superficie (figura 1).

Dermatosis de evolución crónica, sintomática, de tres meses de evolución, con crecimiento lento y progresivo, recibió manejo con múltiples antibióticos por antecedente de infecciones dentales recurrentes, sin mejoría, por lo que fue enviada al Servicio de Dermatología de nuestro centro hospitalario. Con el diagnóstico presuntivo de actinomicosis cervicofacial se realizó biopsia de la lesión en

CORRESPONDENCIA Dra. Valerie Dafne Alcántara Ramírez ■ derma.alcantara@gmail.com ■ Teléfono: 55 2917 5666
Hospital General Tacuba, Lago Ontario núm. 119, Colonia Tacuba, C.P. 11410, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México



Figura 1. Fistulo odontogénica.

huso de 1 cm de extensión, se solicitó examen directo y cultivo con resultado negativo, la biopsia se envió a Patología para su estudio.

Descripción microscópica

Los cortes muestran piel delgada con hiperplasia epitelial y queratinocitos ocasionalmente claros, sin continuidad a la dermis papilar en la que hay un extenso infiltrado inflamatorio conformado por abundantes neutrófilos, linfocitos e histiocitos espumosos con fibrina, no hay gránulos ni microorganismos, los vasos son congestivos.

Diagnóstico anatomopatológico

Piel: hiperplasia epitelial, inflamación aguda abscedada y crónica granulomatosa. Se hizo tinción de PAS negativa para microorganismos.

Paraclínicos: glucosa 123 mg/dl, creatinina 0.56 mg/dl, triglicéridos 102 mg/dl, ácido úrico 6.0 mg/dl.

Se dio manejo inicial con clindamicina 300 mg vía oral cada seis horas y amoxicilina 500 mg cada ocho horas durante un mes por sospecha de actinomicosis, no hubo mejoría. Posteriormente fue valorada en el Servicio de Cirugía Maxilofacial, se realizó ortopantomografía, sin evidencia de lesiones líticas óseas en la rama mandibular (figura 2), y se programó para procedimiento quirúrgico, durante el cual se encontró prótesis mentoniana infectada, por lo que se procedió al retiro de la misma con curetaje, lavado y fistulectomía.

En cita de seguimiento únicamente presentó cicatriz sin ninguna otra afección (figura 3), se concluyó diagnós-



Figura 2. Ortopantomografía.



Figura 3. Evolución, antes y después de fistulectomía.

tico de fístula odontogénica por los hallazgos durante el procedimiento quirúrgico y la remisión del cuadro clínico posterior a la intervención quirúrgica, se dio de alta en el Servicio de Dermatología y actualmente sigue bajo seguimiento en el Servicio de Cirugía Maxilofacial.

Discusión

Las infecciones odontogénicas pueden tener distintos grados de gravedad, e incluso algunas pueden ser muy complejas y necesitar atención en un hospital. Generalmente las infecciones odontogénicas se subestiman en términos de su morbilidad o mortalidad.

Las bacterias aerobias involucradas en las infecciones odontogénicas son los estreptococos, que representan aproximadamente el 90%, y los estafilococos el 5%. Entre las bacterias anaerobias existe mayor abundancia de especies, entre las más comunes están los cocos gram positivos y los bacilos gram negativos.³

Los signos y síntomas varían de acuerdo con la gravedad de la infección y con el sitio involucrado. En general la zona facial comprometida se caracteriza por ser eritematosa, fluctuante y dolorosa a la palpación; ocasional-

mente presenta trismus mandibular y disnea si los espacios masticadores están involucrados.

La mayoría de los casos de fístulas cutáneas del área mandibular se deben a patologías dentales, fundamentalmente quistes odontogénicos. El quiste radicular es el más frecuente y se origina a partir de la proliferación de células remanentes de Malassez que participan en el desarrollo del órgano dental. Los quistes residuales se originan de restos de raíces dentales tras extracciones dentales o endodoncias.³ La imagen clínica extraoral es la de un trayecto fistuloso en cualquier lugar desde el canto interno del ojo hasta el cuello, según la pieza dental afectada, pero es más frecuente en la mandíbula (molares). En el orificio fistuloso distal presenta un nódulo eritematoso y signos inflamatorios locales. En el interior de la cavidad oral se puede observar movilidad de la pieza dental afectada o dolor, y cuando persiste el diente puede existir una alteración en la coloración del esmalte dental por necrosis de la raíz.⁴ Es necesaria su extirpación para evitar que afecte la raíz de las piezas vecinas y suele ser suficiente para que se resuelva la fístula.

Otras etiologías que se deben considerar en el diagnóstico diferencial de las fístulas de la cabeza y el cuello son la actinomicosis, la reacción por inoculación de un cuerpo extraño, el granuloma piogénico y las fístulas originadas a partir de malformaciones congénitas como quistes branquiales, quistes del conducto tirogloso o quistes dermoides nasales.⁵

Las características clínicas nos condujeron a pensar en una probable infección por actinomicosis en la cual la infección cervicofacial es la manifestación más común de la enfermedad, ocupa aproximadamente el 50% de los casos, seguida de la afección al sistema nervioso central, los pulmones, la pared torácica, así como los órganos abdominales y pélvicos.⁶ Con el tiempo hay formación de tractos fistulosos en la superficie de la piel o la mucosa, eventualmente con salida de exudado amarillo-seroso calcificado que proporciona las características de los gránulos de azufre,⁷ sin embargo se descartó al hacer el examen microbiológico directo.

El drenaje de las infecciones odontológicas hacia la piel es poco común y supone todo un reto diagnóstico para el médico, dada la ausencia de dolor en la mayoría de los pacientes. En la exploración física es común encontrarnos con una lesión que forma áreas de retracción cutánea, drena material purulento y cuando se palpa se encuentra fija e indurada.⁸

Entre las posibles complicaciones asociadas a la FCO se encuentran la osteomielitis de la mandíbula, la angina de Ludwig, la mediastinitis e incluso la septicemia, lo que puede llegar a comprometer la vida del paciente.⁹ El tratamiento de elección es el manejo conservador mediante endodoncia del canal dental, aunque en ocasiones es insuficiente y requiere de realizar una exodoncia y fistulectomía, como en el caso que nos ocupa. Una vez que se ha erradicado la fuente de la infección, la curación de la lesión tiene lugar en los siguientes cinco a 20 días en la mayoría de los casos.¹⁰

Como conclusión, ante un paciente con una lesión cutánea supurativa en dicha región anatómica, debemos tener en mente la posibilidad de que tenga un origen dentario y remitirlo al Servicio de Odontología y/o Cirugía Maxilofacial. Un diagnóstico erróneo conducirá a tratamientos médicos inadecuados, uso indiscriminado de antibióticos, procedimientos de exéresis que no resolverán el cuadro, a un retraso en el tratamiento definitivo y un aumento en la probabilidad de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Velasco I y Soto R, Principios para el tratamiento de infecciones odontogénicas con distintos niveles de complejidad, *Rev. Chilena de Cirugía* 2012; 64:586-698.
2. Lee EY, Kang JY, Kim KW, Choi KH, Yoon TY y Lee JY, Clinical characteristics of odontogenic cutaneous fistulas, *Ann Dermatol* 2016; 28:417-21.
3. Guevara-Gutiérrez E, Riera-Leal L, Gómez-Martínez M, Amezcua-Rosas G, Chávez-Vaca CL y Tlacuilo-Parra A, Odontogenic cutaneous fistulas: clinical and epidemiologic characteristics of 75 cases, *Int J Dermatol* 2015; 54:50-5.
4. Baba A, Okuyama Y, Shibui T y Ojiri H, Odontogenic cutaneous fistula mimicking malignancy, *Clin Case Rep* 2017; 5:723-4.
5. Cantatore JL, Klein PA y Liebllich LM, Cutaneous dental sinus tract, a common misdiagnosis: a case report and review of the literature, *Cutis* 2012; 70:264-5.
6. Kaplan I, Anavi K, Anavi Y *et al*, The clinical spectrum of actinomycetes-associated lesions of the oral mucosa and jawbones: correlations with histomorphometric analysis, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009; 108(5):738-46.
7. Rosero Arcos C, Mancheno A, Andrade A y Valeria Alvarado A, Odontogenic cutaneous fistula: report of a case that simulates an epidermal cyst and a literature update, *Piel* 2016; 31:519-27.
8. Sammut S, Malden N y Lopes V, Facial cutaneous sinuses of dental origin a diagnostic challenge, *BDJ* 2013; 215:555-8.
9. De Quintana-Sancho X, Piris-García M y Jáuregui-Zabaleta, Fístula cutánea odontogénica: un reto diagnóstico, *An Sist Sanit Navar* 2017; 40(3):471-4.
10. Fernández L y Rodas A, Fístula odontogénica, *Rev Cent Dermatol Pascua* 2011; 3:110-2.