

Caso clínico

Fístula odontogénica

Laura Fernández Cuevas,* Ana Cecilia Rodas Díaz **

RESUMEN

Las fístulas odontogénicas son canalizaciones anormales originadas a partir de procesos infecciosos de los ápices radiculares; erosionan los huesos hasta formar una apertura en la superficie cutánea y con frecuencia son mal diagnosticadas. Se pueden confundir con lesiones traumáticas, infecciones bacterianas no odontogénicas y fúngicas, neoplasias, presencia de cuerpo extraño, granuloma piógeno, tuberculosis cutánea crónica u osteomielitis, entre otros males. El diagnóstico se hace basado en la sospecha clínica y se confirma al realizar radiografías panorámicas, periapicales y fistulogramas con medio de contraste. El tratamiento consiste en terapia del conducto radicular o extracción quirúrgica, según sea el caso.

Palabras clave: Fístula odontogénica.

ABSTRACT

Odontogenic sinus tract is an abnormal channel originating from infectious processes affecting the root tips, eroding bone to form an opening in the skin surface; they are frequently misdiagnosed and may be confused with other entities such as traumatic injury, bacterial and fungal infections, malignancy, presence of foreign body, pyogenic granuloma, chronic tuberculosis or osteomyelitis. The diagnosis is made based on clinical suspicion and is established by making panoramic and periapical radiographs and a fistulogram with contrast medium. The treatment involves root canal therapy or surgical removal according to the case.

Key words: Odontogenic sinus tract.

INTRODUCCIÓN

Las fístulas odontogénicas son canales que se originan en un foco infeccioso dental y drenan en la cara o en el cuello;¹ comúnmente son mal diagnosticadas y el tratamiento no es el adecuado;² por ello es importante conocer su etiología.

La mayoría de casos de fístulas de cabeza y cuello que no curan son de origen dental. El 50% de estos pacientes han recibido múltiples intervenciones quirúrgicas y tratamientos antibióticos, lo que desarrolla resistencia bacteriana y recurrencia.³ Dentro de las causas dentales

más frecuentes está la presencia de caries o trauma dental, con invasión bacteriana del tejido pulpar, lo que origina un absceso periapical.^{4,5} Si el tratamiento no se inicia en esta etapa, la pulpa se necrosa y la infección se extiende hacia la zona perirradicular y provoca una periodontitis apical.^{7,8} Los procesos inflamatorios e inmunológicos inducen la resorción ósea y dan lugar a la formación de la fístula odontogénica,⁶ que puede ser intra o extraoral, según el trayecto inflamatorio. La mayoría de estas fístulas son intraorales. Su causa debe ser identificada, ya que la fístula puede aparecer lejos de su sitio de origen.⁹

Más de una pieza dentaria puede estar involucrada y asociada con la fístula odontogénica.² Aproximadamente el 80% de los casos comunicados se han asociado a órganos dentarios mandibulares y el 20% a piezas maxilares.^{1,4,6} Las áreas más comúnmente afectadas son el mentón y la región submentoniana; otras zonas incluyen las mejillas, pliegue nasolabial y canto interno del ojo.⁶

* Jefa del Servicio de Patología Oral.

** Residente del primer año de Dermatología.

La localización del orificio de la fístula odontogénica depende de la pieza dental afectada, de la orientación del ápice de la raíz⁴ y de factores específicos como la virulencia del microorganismo.^{9,10} La presencia de un solo orificio es lo más común; sin embargo, se pueden presentar fístulas múltiples o bilaterales; esto último se ha asociado con fractura vertical de la raíz.⁹

El examen clínico y radiográfico contribuye a la localización del diente involucrado en la fístula odontogénica y a evitar terapias quirúrgicas y antibióticas innecesarias.¹⁰ Es imprescindible el examen intraoral y dental para establecer el diagnóstico. El examinador debe evaluar la presencia de caries dental o establecer la presencia de enfermedad periodontal, tomando en cuenta que el diente afectado puede tener apariencia normal.¹

Clínicamente, la fístula odontogénica se presenta como un nódulo blando, depresible, adherido a estructuras subyacentes, con una apertura central por donde drena secreción purulenta.⁴ A la palpación, los tejidos que rodean la fístula revelan un tracto acordonado unido al hueso alveolar en el área del diente que se sospecha es el afectado.²

Debido a que las piezas dentales con la pulpa necrótica pueden tener una apariencia normal o en ocasiones presentar leves alteraciones en el color, se deben realizar estudios radiográficos que contribuyan al diagnóstico.¹⁰ Las radiografías panorámicas o periapicales muestran una radiolucencia en el ápice del diente afectado.^{1,4} Sin embargo, cuando éstas no permitan localizar el diente involucrado, un fistulograma puede ayudar al diagnóstico final.¹⁰

El diagnóstico diferencial incluye lesiones traumáticas, infecciones bacterianas no odontogénicas y fúngicas, neoplasias, presencia de cuerpo extraño, granuloma piógeno, tuberculosis cutánea crónica, osteomielitis, entre otras.^{7,10} Debido a que existen numerosas posibilidades diagnósticas, el tratamiento inicial por lo general no es favorable, hasta que se establece el diagnóstico correcto. Un retraso en el diagnóstico correcto de este tipo de lesiones puede resultar en un tratamiento ineficaz e inadecuado.¹⁰

Es importante la interacción multidisciplinaria para evitar que el paciente sea sometido a tratamientos y procedimientos quirúrgicos innecesarios antes de realizar el tratamiento endodóntico definitivo.¹⁰

Una vez que se realiza el diagnóstico, el tratamiento es simple y efectivo; el de elección consiste en terapia del conducto radicular o extracción de la pieza dañada, según sea el caso.^{4,6,9} En aquellos en los que el origen es una raíz contaminada, la fístula por lo general cura

espontáneamente después de la endodoncia y no se requiere de tratamiento complementario.^{3,9}

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 21 años de edad, originario y residente de México, Distrito Federal; presenta una dermatosis localizada a cabeza, de la que afecta cara en región mandibular izquierda, constituida por una úlcera de 2.0 x 2.0 cm de diámetro, más o menos circular, de fondo amarillento limpio con bordes netos, asintomática y de evolución crónica (*Figura 1*). A la exploración intrabucal se observa tercer molar inferior izquierdo con caries que afecta caras vestibular, oclusal y mesial (*Figura 2*). En el resto de la cavidad bucal muestra leucoedema en carrillos y melanosis racial en encía anterior.

Su padecimiento se inició tres años antes de acudir a la consulta, con una lesión de crecimiento gradual. Recibió tratamiento con antibióticos en dos ocasiones y manejo quirúrgico (drenaje), sin obtener ninguna mejoría. Dichos tratamientos fueron instituidos por un cirujano maxilofacial y un dermatólogo.

Antecedentes personales patológicos, no patológicos y familiares sin importancia para el padecimiento actual.

El diagnóstico clínico de fístula cutánea de origen odontogénico se estableció al realizarse radiografía periapical y ortopantomografía, en las cuales se identificó lesión radiolúcida en periápice de raíz mesial del tercer molar inferior izquierdo, asociada a caries mesioclusal del mismo órgano dentario (*Figura 3*).



Figura 1. Orificio fistuloso en región mandibular izquierda.



Figura 2. Caries en tercer molar inferior izquierdo que afecta las caras mesial, vestibular y oclusal.

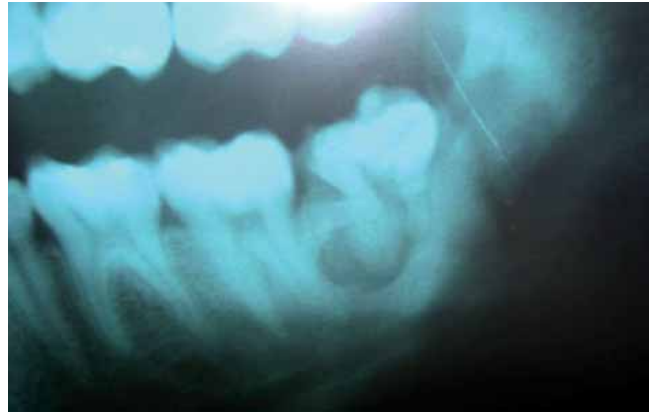


Figura 3. Lesión radiolúcida localizada en periápice de la raíz mesial del tercer molar inferior izquierdo.

COMENTARIO

El caso descrito inicialmente fue mal diagnosticado y tratado múltiples veces con cirugía y antibióticos. Aunque existen patologías no odontogénicas que pueden causar una fístula extraoral, la interconsulta en casos como éste con especialistas en patología oral es de gran importancia para definir el diagnóstico y así establecer un tratamiento adecuado. Ante una fístula cutánea que involucre la cara o el cuello siempre se debe pensar en una causa dental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrowman R, Rahimi M, Evans M et al. Cutaneous sinus tracts of dental origin. *Med J Aust* 2007; 180(5): 264-265.
2. Tidwell E, Jenkins JD, Ellis CD et al. Cutaneous odontogenic sinus tract to the chin: a case report. *Int Endod J* 1997; 30: 352-355.
3. Chowdri N, Sheikh S, Gagloo MA et al. Clinicopathological profile and surgical results of nonhealing sinuses and fistulous tracts of the head and neck region. *J Oral Maxillofac Surg* 2009; 67: 2332-2336.
4. Sheehan DJ, Potter BJ, Davis LS. Cutaneous draining sinus tract of odontogenic origin: Unusual presentation of a challenging diagnosis. *South Med J* 2005; 98(2): 250-252.

5. Sadeghi S, Dibaei M. Prevalence of odontogenic sinus tracts in 728 endodontically treated teeth. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* (in press).
6. Qazi SS, Manzoor MA, Qureshi R et al. Nonsurgical endodontic management of cutaneously draining odontogenic sinus. *J Oral Maxillofac Surg* 2009; 67: 2332-2336.
7. Kalaskar RR, Damle SG. Loss of permanent mandibular lateral incisor and canine tooth buds through extraoral sinus: Report of a case. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2006; 24(1): 50-52.
8. Nakamura Y, Hirayama K, Matsumoto K. A case of an odontogenic cutaneous sinus tract. *Int Endod J* 2009; 32: 328-331.
9. Slutzky-Goldberg I, Tsesis I, Slutzky H, Heling I. Odontogenic sinus tract: A cohort study. *Quintessence Int* 2009; 40(1): 13-18.
10. Pasternak B, Teixeira CS, Silva-Sousa YTC, Neto S. Diagnosis and treatment of odontogenic cutaneous sinus tract of odontogenic origin: Three cases studies. *Int Endod J* 2009; 42: 271-276.

Correspondencia:

Dra. Laura Fernández Cuevas
Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,
06780 México, D.F. Tel. 5519 6351