

## Fístula cutánea odontogénica: un reto diagnóstico

### *Odontogenic cutaneous fistula: a diagnostic challenge*

doi.org/10.23938/ASSN.0040

A. de Quintana-Sancho<sup>1</sup>, X. Piris-García<sup>2</sup>, M. Jauregui-Zabaleta<sup>3</sup>

#### RESUMEN

La fístula cutánea odontogénica (FCO) es el resultado de una canalización anormal originada a partir de una infección crónica periapical. Representa todo un reto diagnóstico ya que frecuentemente son lesiones etiquetadas erróneamente como dermatológicas. El diagnóstico diferencial es amplio, incluyendo el granuloma piogénico, tuberculosis cutánea o malformaciones congénitas entre otros. Exponemos el caso de un varón de 46 años diagnosticado de FCO que presentó una rápida mejoría tras exodoncia de las piezas dentales afectas y fistulectomía. Consideramos importante el conocimiento de esta patología para evitar retrasos innecesarios en el diagnóstico y tratamiento adecuado.

**Palabras clave.** Fístula cutánea. Diagnóstico. Ortopantomografía.

#### ABSTRACT

Odontogenic cutaneous fistula (OCF) is the result of an abnormal canalization originating from chronic periapical infection. It represents a diagnostic challenge, as it is frequently misdiagnosed as dermatological lesion. There is a broad differential diagnosis, including pyogenic granuloma, cutaneous tuberculosis or congenital malformations, among others. We report the case of a 46-year-old man diagnosed with OCF who presented a rapid improvement after extraction of the affected dental pieces and fistulectomy. We consider knowledge of this pathology to be important in order to avoid unnecessary delays in diagnosis and proper treatment.

**Keywords.** Cutaneous fistula. Diagnosis. Orthopantomography.

*An. Sist. Sanit. Navar. 2017; 40 (3): 471-474*

1. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Araba. Vitoria.
2. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoIino I. Castro-Urdiales.
3. Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Universitario Araba. Vitoria.

#### Correpondencia:

Adrián de Quintana Sancho  
C/ Jose Atxotegi, s/n  
01009 Vitoria, Álava  
E-mail: adriandeq@gmail.com

Recepción: 12/06/2017  
Aceptación provisional: 04/07/2017  
Aceptación definitiva: 17/17/2017

## INTRODUCCIÓN

Las fistulas 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. A menudo estos pacientes no relacionan su patología con una enfermedad dental, dado que generalmente son lesiones asintomáticas<sup>1</sup>. Es común encontrarse con pacientes que han acudido a varios especialistas (atención primaria, dermatología), siendo las lesiones etiquetadas erróneamente como dermatológicas, instaurándose tratamientos innecesarios y retrasando el tratamiento endodóntico que resolverá el problema.

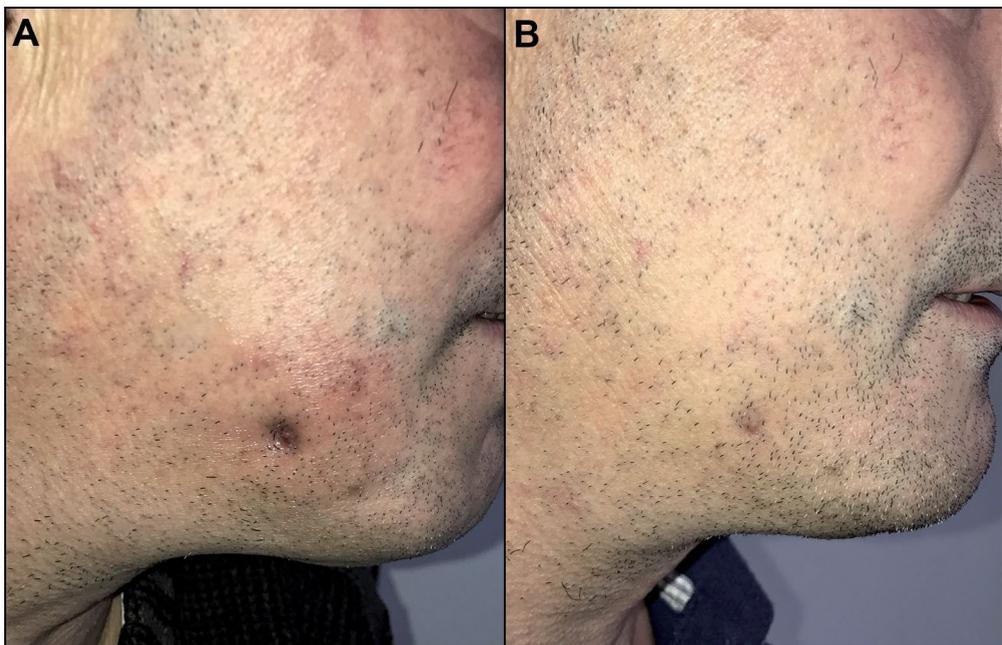
## CASO CLÍNICO

Exponemos el caso de un varón de 46 años, que acudió a consulta por lesión cutánea en región submandibular derecha de 3 meses de evolución, con supuración intermitente. A la

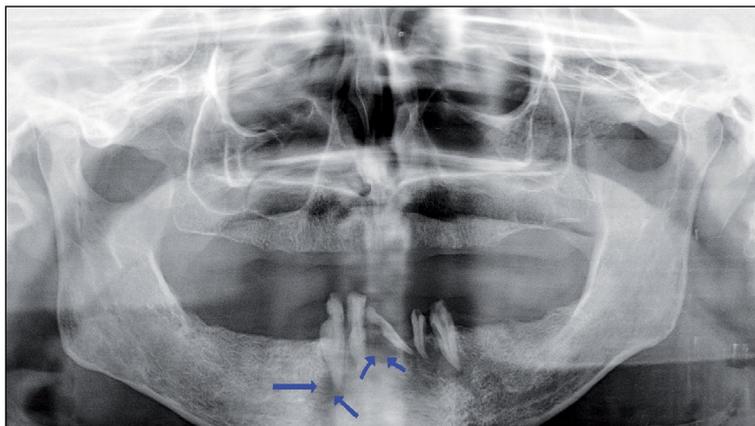
exploración física se apreció placa eritematosa e indurada a la palpación, retracción de la piel de alrededor y drenaje de material purulento (Fig.1A). En primera instancia recibió tratamiento con mupirocina tópica y cloxacilina 500 mg cada 6 horas durante una semana, apreciándose mejoría en cuanto al drenaje, pero no con respecto al cierre de la fistula. El paciente fue valorado por Dermatología y, con la sospecha clínica de FCO, derivado a Cirugía Oral y Maxilofacial, donde se le solicitó una ortopantomografía. En la ortopantomografía se apreciaron zonas radiolúcidas englobando las raíces de incisivos y caninos inferiores. La imagen radiolúcida periapical de la pieza 43 apoyó el diagnóstico de FCO (Fig. 2). Finalmente el paciente fue intervenido quirúrgicamente, realizándose exodoncia de las piezas afectas y legrado de las fistulas. El paciente presentó notable mejoría con cierre de la fistula en las semanas posteriores (Fig. 1B).

## DISCUSIÓN

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



**Figura 1.** 1A: Aspecto clínico de la fistula cutánea odontogénica, con supuración y retracción de la piel. 1B: Mejoría evidente de la lesión tan solo 20 días después de la intervención quirúrgica.



**Figura 2.** Ortopantomografía. Se aprecian imágenes radiolúcidas patológicas (flechas), compatibles con un proceso periapical infeccioso, englobando a las raíces de incisivos y caninos inferiores.

de los pacientes. A la exploración física es común encontrarnos con una lesión que forma áreas de retracción cutánea, drena material purulento y a la palpación se encuentra fija e indurada. La edad media de aparición de las FCO es de 49 años, siendo ligeramente más frecuente en pacientes varones, habitualmente con una higiene oral deficiente<sup>2</sup>. Más de una pieza dentaria puede estar involucrada y asociada con la FCO, ocurriendo con más frecuencia en los dientes molares mandibulares (80%) que en los maxilares (20%); por lo tanto, es más frecuente que se localicen en la región submandibular o submentoniana<sup>2,3</sup>. En población pediátrica, la probabilidad de que un diente molar mandibular sea el causante de la FCO es aún mayor (96%)<sup>4</sup>. Asimismo, es relevante tener en cuenta que los abscesos periapicales de los dientes maxilares pueden producir una fístula cutánea que involucre a las mejillas, la región nasolabial e incluso el canto interno del ojo.

El diagnóstico diferencial es muy amplio, ya que las FCO pueden confundirse con lesiones traumáticas, quistes epidérmicos<sup>5</sup>, neoplasias<sup>6</sup>, osteonecrosis secundaria a la toma de bifosfonatos<sup>7</sup>, actinomicosis cervicofacial, tuberculosis cutánea, granuloma piogénico, fístulas originadas a partir de malformaciones congénitas ta-

les como quistes branquiales o quistes del conducto tirogloso u osteomielitis<sup>8</sup>, entre otros. El diagnóstico se fundamentará en la sospecha clínica y se confirma mediante ortopantomografía. Más recientemente se ha descrito la utilidad de la ecografía dermatológica en el diagnóstico de las FCO, método que posibilitaría la monitorización de la respuesta terapéutica y la valoración de la inflamación asociada<sup>1,9</sup>.

Dentro de 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<sup>5</sup>. El tratamiento de elección es el tratamiento conservador mediante endodoncia del canal dental, siendo en ocasiones insuficiente y requiriendo realizarse una exodoncia y fistulectomía<sup>10</sup>, como en el caso que nos involucra. Una vez la fuente de la infección es erradicada, la curación de la lesión tiene lugar en los siguientes 5 a 20 días en la mayoría de los casos<sup>1,10</sup>.

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 a Odontología y/o Cirugía Maxilofacial. Un diagnóstico erróneo conducirá a tratamientos médicos inadecuados, in-

crecimiento de las resistencias bacterianas por uso indiscriminado de antibióticos, procedimientos de exéresis que no resolverán el cuadro y, de forma inexorable, a un retraso en el tratamiento definitivo y un aumento en la probabilidad de complicaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. GARRIDO COLMENERO C, BLASCO MORENTE G, LATORRE FUENTES JM, RUIZ VILLAVARDE R. Diagnostic value of color doppler ultrasound for cutaneous odontogenic sinus tract. *Actas Dermosifiliogr* 2015; 106: 678-680.
2. LEE EY, KANG JY, KIM KW, CHOI KH, YOON TY, LEE JY. Clinical characteristics of odontogenic cutaneous fistulas. *Ann Dermatol* 2016; 28: 417-421.
3. CANTATORE JL, KLEIN PA, LIEBLICH LM. Cutaneous dental sinus tract, a common misdiagnosis: A case report and review of the literature. *Cutis* 2012; 70: 264-265.
4. GUEVARA-GUTIÉRREZ E, RIERA-LEAL L, GÓMEZ-MARTÍNEZ M, AMEZCUA-ROSAS G, CHÁVEZ-VACA CL, TLACUI-LO-PARRA A. Odontogenic cutaneous fistulas: clinical and epidemiologic characteristics of 75 cases. *Int J Dermatol* 2015; 54: 50-55.
5. ROSETO ARCOS C, MANCHENO A, ANDRADE A, VALERIA ALVARADO A. Odontogenic cutaneous fistula: Report of a case that simulates an epidermal cyst and a literatura update. *Piel* 2016; 31: 519-527.
6. BABA A, OKUYAMA Y, SHIBUI T, OJIRI H. Odontogenic cutaneous fistula mimicking malignancy. *Clin Case Rep* 2017; 5: 723-724.
7. ECHEVESTE INZAGARAY JM, MARTÍNEZ MORENTIN M. Osteonecrosis mandibular relacionada con la toma de bifosfonatos por vía oral: a propósito de un caso. *Semergen* 2011; 37: 430-432.
8. ROCHE E, GARCÍA-MELGARES ML, LAGUNA C, MARTÍN-GONZÁLEZ B, FORTEA JM. Chronic cutaneous fistula secondary to mandibular osteomyelitis. *Actas Dermosifiliogr* 2006; 97: 203-205.
9. SHOBATAKE C, MIYAGAWA F, FUKUMOTO T, HIRAI T, KOBAYASHI N, ASADA H. Usefulness of ultrasonography for rapidly diagnosing cutaneous sinus tracts of dental origin. *Eur J Dermatol* 2014; 24: 683-687.
10. SAMMUT S, MALDEN N, LOPES V. Facial cutaneous sinuses of dental origin-a diagnostic challenge. *BDJ* 2013; 215: 555-558.