

Fístula odontogénica abordada con un enfoque integral. Reporte de un caso

Fátima Hernández-Salazar,⁽¹⁾ Carla X. Morales-Salazar⁽²⁾

RESUMEN

La fístula cutánea dental es una patología poco frecuente, resultado de alguna comunicación con un drenaje inusual en la cavidad oral, se origina principalmente de un proceso infeccioso crónico periapical, relacionado a enfermedades dentales, este suele ser una patología única y similar a otras manifestaciones clínicas recurrentes dentro del ámbito de la salud.

Al ser una patología con un cuadro sintomatológico similar a otras enfermedades de cabeza y cuello suele abordarse de manera dermatológica en primera instancia, sin un enfoque integral y generando complicaciones o riesgos de tipo bucodentales principalmente.

Los objetivos de este reporte de caso son el enriquecer una atención médica y odontológica integral en la identificación de las manifestaciones de una fístula cutánea dental, analizar la información descrita por el paciente en la anamnesis, explorar adecuadamente una lesión dental, desarrollar un correcto diagnóstico con el empleo de auxiliares para su análisis con un correcto tratamiento, establecer y enriquecer una ruta clínica odontológica actualizada, dando a conocer los hallazgos dentro de este y demás fuentes médicas literarias, para poder desarrollar de manera idónea un caso al identificarlo dentro de una consulta dental, de acuerdo con el estado actual del paciente.

Se presenta caso clínico de paciente masculino de 68 años, con presencia de lesión eritematosa, indolora, en región submandibular derecha, diagnosticado de acuerdo con los antecedentes como fístula cutánea de origen odontogénico relacionado a un órgano dental permanente, con atención errónea en primera instancia dentro del área de la dermatología, con posterior cronicidad de la patología de 3 años. Debido a la evolución de la patología causada por una iatrogenia médica

se realizó un diagnóstico integral y la posterior extracción dental para evitar mayores complicaciones en el estado de salud actual y futuro del individuo.

Palabras claves: *Fístula, patología, enfermedades dentales, enfermedades de cabeza y cuello, dermatología, extracción dental.*

SUMMARY

Dental cutaneous fistula is a rare pathology, resulting from an abnormal communication with unusual drainage into the oral cavity. It primarily originates from a chronic periapical infectious process associated with dental diseases. This condition is typically isolated but can resemble other recurrent clinical manifestations in healthcare. Due to its symptomatology being similar to various head and neck disorders, it is often initially approached from a dermatological perspective, without a comprehensive clinical evaluation. This misdirection frequently leads to complications or risks of an oral and dental nature.

The objectives of this case report are to enhance both medical and dental comprehensive care in the identification of the manifestations of a dental cutaneous fistula; to analyze the information provided by the patient during anamnesis; to properly explore the dental lesion; to develop an accurate diagnosis through the use of diagnostic aids and appropriate treatment; and to establish and refine an updated dental clinical pathway. Furthermore, the case aims to contribute relevant findings to the literature, enabling better clinical management when such cases are identified in dental consultations, in alignment with the patient's current health condition.

We present the case of a 68-year-old male patient with a painless, erythematous lesion in the right submandibular

⁽¹⁾ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.

⁽²⁾ Médico Cirujano.

region. Based on medical history, the diagnosis was a cutaneous fistula of odontogenic origin associated with a permanent dental organ. The patient initially received incorrect dermatological treatment, resulting in the chronicity of the condition over a two-year period. Due to the evolution of the pathology—caused by medical iatrogenesis—a comprehensive diagnosis was conducted, followed by surgical extraction of the affected tooth to prevent further complications in the patient's current and future health.

Keywords: *Fistula, Pathology, Dental Diseases, Head and Neck Diseases, Dermatology, Tooth Extraction.*

INTRODUCCIÓN

Se tiene por objetivo principal dentro del área odontológica el fortalecer la capacidad de diagnóstico del profesional en la identificación de fistulas cutáneas dentales dentro de la atención en el área de la salud, mediante el análisis clínico y radiográfico preciso, con el propósito de establecer tratamientos eficaces y protocolos que eviten o reduzcan la progresión de complicaciones locales y sistémicas actuales y futuras del individuo.

La fistula cutánea de origen odontogénico se caracteriza por ser una lesión de tipo fistulosa, eritematosa, supurativa y crónica, clínicamente la lesión forma áreas de retracción cutánea, drena material purulento y a la palpación es indolora, fija e indurada.¹

Otra de las características importantes para determinar si la patología es un trayecto fistuloso dentro de la cavidad oral es reconocer que al ser una conexión entre dos partes del cuerpo suele tener una entrada desde la región afectada hasta el tejido blando más adyacente para una salida, las características de la fistula dependerán de manera directa de la ubicación en la cavidad oral, órgano dental, tejidos duros o blandos, grosor o composición del hueso alveolar y relaciones musculares con el foco de infección.^{2,3}

De acuerdo con [referencia] explica de manera similar que las fistulas cutáneas odontogénicas son la manifestación clínica de una necrosis pulpar y una periodontitis crónica apical que drena material purulento hacia la piel siguiendo una vía de menor resistencia.⁴

También Tabada y colaboradores coinciden que clínicamente la fistula odontogénica se observa con la presencia de un cordón fibroso con recorrido desde el carrillo vestibular hacia la lesión extraoral, donde se diagnosticó necrosis pulpar en la pieza 2.6 y absceso periapical crónico respectivamente.⁵

Su aparición es mayor en hombres que en mujeres, con

una respectiva 7:1, y en el 95% de los casos se desarrollan principalmente por una complicación por extracción de los molares permanentes, consecutivamente incluyen una infección pulpar o periapical, lesiones cariosas, enfermedades periodontales, raíces fracturadas y traumas mecánicas o químicas.⁶

De acuerdo con los últimos antecedentes médicos se encontró un estudio retrospectivo del 2015 realizado en México, donde se identificó una incidencia de 75 casos de fistulas cutáneas odontogénicas en un período de 11 años, con una edad promedio de 45 ± 26 , donde no existe alguna marcada predilección por el sexo.⁷

Su frecuencia en la localización suele ser mayor a nivel maxilar (80%) y con una relación inferior a nivel mandibular (20%), esto se debe a una menor resistencia a lo largo de los planos faciales hasta salir por vía cutánea como se había mencionado anteriormente.⁸

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 68 años, acude a cita odontológica el día 23 de abril de 2024 a las clínicas odontológicas de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para consulta general, sin antecedentes positivos patológicos de diabetes mellitus tipo I y II, cáncer de próstata, hipertensión arterial o hipotensión arterial, refiriendo verbalmente en su motivo de consulta “me sale pus de este hoyo”

El paciente indicó que dicho hoyo tenía evolución de 3 años, narrando que acudió a consulta odontológica de atención privada para revisión odontológica general, en el mes de noviembre de 2022 donde el médico le recomienda la extracción del tercer molar inferior derecho (OD 48), sin uso de auxiliar radiográfico o de laboratorio, añadiendo que su intervención finaliza en un lapso corto y que en ninguna instancia se le mostró al paciente el órgano dental indicado para extracción, en el mes de enero de 2023 el paciente refiere molestia localizada e inflamación gingival en la zona de intervención y una manifestación patológica cutánea.

A la detección de estos síntomas el paciente acude a cita médica en el mismo lugar en el mes de febrero del mismo año, donde se le refiere al área dermatológica y se le realiza un tratamiento tópico, finalizando su consulta con un diagnóstico de absceso cutáneo submandibular sin apoyo de auxiliares, finaliza su asistencia a consulta médica en el mes de noviembre refiriendo que no hubo mejoría y que tuvo detección de lesión cutánea más amplia y mayor frecuencia de salida de producto purulento, sin dolor a la palpación y tratamiento dermatológico sin continuidad.

TRATAMIENTO

En el manejo protocolario en las clínicas de la UJAT al finalizar la anamnesis se le realiza una exploración clínica donde se observa incisión abierta ubicada en la zona del ángulo mandibular derecho con salida de producto purulento sin referencia de dolor localizado a la palpación de la zona. (Figura 1)



Figura 1. Trayecto fistuloso cutáneo. Lesión eritematosa, circular, de tipo supurativa e indolora detectada en ángulo submandibular derecho del paciente a la exploración clínica.

En la exploración intraoral se localiza el tercer molar dentro del odontograma como órgano dental inferior derecho (OD 48), con pérdida parcial de la corona clínica, semierupcionado al plano oclusal, clasificado como clase I de angle e ICDAS 5 sin respuesta a la estimulación de las pruebas de vitalidad sobre el órgano dental.

De acuerdo a los antecedentes médicos, la generación del diagnóstico en este tipo de patología es de tipo clínica con diagnósticos diferenciales que incluyen presencia de cuerpos extraños, infecciones localizadas de la piel, actinomicosis cervicofacial, histoplasmosis, tuberculosis cutánea crónica, quiste epidérmico, carcinoma espinocelular o carcinoma de células basales, fistulas secundarias a malformaciones congénitas tales como quistes branquiales o quistes del conducto tirogloso y osteonecrosis por bifosfonatos.^{4,9}

Al existir patologías con cuadros sintomatológicos similares se menciona que el diagnóstico requiere principalmente de radiografías, siendo las de tipo periapical, que muestran la radiolucidez de los dientes afectados, mientras que la radiografía panorámica puede revelar pérdida parcial de hueso alveolar debido a pulpitis y la presencia de un absceso dental periapical.¹⁰

Otro método de diagnóstico es la fistulografía dental, consistente en la introducción de una punta de gutapercha

a través del sinus fistuloso y la toma de radiografía para el rostro de la fistula, si el trazador apunta directamente a la raíz de un diente, confirma el origen odontogénico.¹¹

La tomografía computarizada también contribuye en gran medida a la evaluación de la causa y la extensión de la infección, muestra cambios óseos como una interrupción o adelgazamiento de la placa cortical alveolar que rodea el diente causante, cambios en los tejidos blandos como el engrosamiento de los músculos, desaparición de la capa de grasa entre ellos y la presencia de senos paranasales.¹¹

Se refiere al paciente de manera complementaria para exámenes paraclínicos, obteniéndose que su grupo sanguíneo es O positivo, tiempo de protombina (TP) y tiempo de tromboplastina dentro de los parámetros adecuados, VDRL y prueba presuntiva de HIV negativos.

En este caso se implementa el uso de la ortopantomografía de la zona del OD 48 de interés en el paciente. A la interpretación radiográfica se detecta al órgano dental 48 en su alvéolo dentario sin posición modificada, pérdida de corona dental, pérdida localizada de hueso alveolar alrededor del diente y detección de trayecto de tipo fistuloso radiolúcido localizado por debajo de las raíces. (Figura 2).



Figura 2. Radiografía dental Ortopantomografía donde se observa dentro del círculo amarillo al OD 48 con trayecto fistuloso debajo de sus raíces.

Al analizar los hallazgos descritos por el paciente, características clínicas de la lesión, zonas radiografías alteradas, resultados paraclínicos y fuentes médicas odontológicas con antecedentes de casos clínicos, se descartaron diferentes patologías antes mencionadas.

Se diagnóstica que es una fistula cutánea de origen dental, causado por la extracción incompleta del órgano dentario que generó un proceso infeccioso y fistuloso, siendo de tipo crónico al tener tratamientos erróneos por la falta de un diagnóstico interdisciplinario.

CASO CLÍNICO

De acuerdo con la ruta clínica se inicia el planteamiento de posibles tratamientos, tomando en cuenta factores como el estado de salud general del paciente, cronicidad de la patología y el estado del órgano dental afectado, derivando a una intervención de tipo quirúrgica. (Figura 3).

El día 29 de abril de 2024 se cita al paciente para realizar la cirugía, iniciando la cita con el registro de manera textual del consentimiento firmado por el paciente para llevar a cabo la intervención quirúrgica y la publicación de todos los datos recolectados dentro de su caso para su posterior utilidad con fines académicos y de divulgación en el área de la salud, conforme a los lineamientos éticos y legales.

Se prosiguió a la toma de signos vitales, dando resultado de tensión arterial: 138/89 mm/Hg, frecuencia respiratoria: 19 rpm, frecuencia cardíaca: 72 lpm, oximetría: 98% y temperatura axil: 37.6 °C, se realizó la infiltración de 2 cartuchos de 1,8 ml cada uno de lidocaína/epinefrina por técnica troncular e intraligamentosa, se realiza incisión vertical con mango de bisturí número 3 y hoja 15 por incisión horizontal.

Se realiza en primera instancia la sindesmotomía para posteriormente iniciar con la odontosección debido a la dificultad y estado del órgano dentario, irrigando en todo momento solución salina y finalizando con suturación por primera intención colocando sutura reabsorbible de ácido poliglicólico. (Figura 4).

Al finalizar la intervención se le muestra al paciente el órgano dental extraído de manera completa y satisfactoria, siguiendo con el tratamiento farmacológico de: tableta vía oral amoxicilina con ácido clavulánico 875/125 mg, 1 cada 12 horas por 7 días; tableta vía sublingual ketorolaco sublingual 30 mg, 1 cada 8 horas por 1 día y tableta vía oral ibuprofeno 600 mg, 1 cada 12 horas por 5 días.



Figura 3. Intervención quirúrgica

Se realiza cirugía de tercer molar, causante de la fistula cutánea.



Figura 4. Extracción dental

Se realiza la extracción completa del OD causante de la fistula mediante odontosección.

Se agenda al paciente para el día 06 de mayo del mismo año para control médico y seguimiento. En la consulta de seguimiento se inicia con la exploración física donde se detecta la cicatrización casi total de la herida sin visibilidad de tejido eritematoso y a la palpación no se identifica la salida de producto purulento. (Figura 5). Al finalizar se realiza la toma de una radiografía periapical de la zona de interés, donde se observa una notable regeneración ósea. (Figura 6).

En esta situación en contraste a los hallazgos médicos, se siguió un diagnóstico diferencial de manera clínica, siendo solo necesario el uso de auxiliares radiográficas para su comprobación, con el seguimiento postoperatorio con resultados favorables.

Dentro del panorama odontológico es indispensable reconocer la importancia de una difusión sobre los tratamientos que se realizaron en patologías muy poco frecuentes como es la fistula cutánea de origen odontogénico, saber el protocolo de atención y los resultados de acuerdo con la opción de tratamiento respecto al caso, generando una contribución médica a futuros casos que se presenten sobre esta patología.



Figura 5. Seguimiento postoperatorio

Fotografía extraoral de seguimiento, donde se observa cicatrización total de la lesión, sin salida de producto purulento.



Figura 6. Radiografía dental

Radiografía periapical de control donde se observa reabsorción ósea localizada, con cierre paulatino de la lesión.

DISCUSIÓN

El presente caso clínico es una aportación del manejo integral de una patología inusual y con poca guía médica actualizada en diversas fuentes consultadas.

De acuerdo con los hallazgos literarios hay varias opciones de tratamiento de una fistula odontogénica. En primera instancia se puede abordar desde tratamiento endodóntico, donde la endodoncia como su posterior rehabilitación permitió prolongar la permanencia de la pieza dentaria en boca, restableciendo la salud y funcionalidad de esta, siendo en este caso la mejor opción de tratamiento.⁵

Alcántara y demás colaboradores mencionan algo similar, donde 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.¹²

Es necesario saber que el principal objetivo de los tratamientos está enfocado a la eliminación del foco infeccioso, tomándose como primera línea de opción el tratamiento de conducto o la extracción dental, tras lo que el trayecto fistuloso usualmente cierra entre 5 a 15 días.

En este caso el tratamiento fue algo de suma importancia, ya que a comparación de los demás casos reportados se abarcó con un control del factor causal, terapia farmacológica y extracción dental, siendo la opción más invasiva pero favorable a largo plazo, tomando en cuenta el estado general de salud del paciente, cronicidad de la lesión y el estado del órgano dental.

El planteamiento y la práctica de una odontología mínimamente invasiva debe desplegarse de acuerdo con las

opciones menos traumáticas, analizando que algunos tratamientos no fueron suficientes y se pueden manejar eficazmente con fistulectomía y extracción o terapia.¹³

Por otra parte, el diagnóstico diferencial en primera instancia es clínico, sin embargo, determinar el origen del trayecto fistuloso mediante estudios complementarios dentro de la radiología es de suma importancia, siendo la ortopantomografía el estudio de primera elección.

Aun así, la ecografía nos puede aportar resultados más específicos, donde se determina el origen del trayecto fistuloso, teniendo un excelente rendimiento, inclusive se plantea el uso de la tomografía axial computada como el examen de elección para este fin. No obstante, su alto costo limita su uso, siendo recomendable solicitarla sólo en aquellos pacientes en que exista la posibilidad de fístula hacia las cavidades paranasales.¹⁴

CONCLUSIÓN

La fistula cutánea de origen dental es una lesión con características clínicas similares a otras patologías de importancia médica, por ende suele confundirse y no diagnosticarse de una manera idónea. Se debe buscar la capacidad de atención al paciente sin arriesgar su estado de salud actual y futuro, ya que aproximadamente 50% de los pacientes afectados por la FCD se someten a múltiples tratamientos ineficaces e innecesarios.⁸

Alcántara y colaboradores mencionan que el diagnóstico de la fistula odontogénica fue por los hallazgos durante el procedimiento quirúrgico y la remisión del cuadro clínico posterior a la intervención quirúrgica, coincidiendo en los resultados obtenidos en este caso, tomando una ruta odontológica con diferentes diagnósticos, siendo el de tipo clínico el principal, donde las características específicas de la lesión, con una etiología relacionada a un órgano dental y con un diagnóstico diferencial basado en pruebas radiográficas aportó la información necesaria para verificar que se trataba de una fistula odontogénica.

Al tener diagnósticos erróneos por consecuente suelen llegar a una manifestación oral con resultados irreversibles sin atención interdisciplinaria al enfoque odontológico. La iatrogenia médica fue recurrente al analizar este y demás casos, ya que a los pacientes se les intervino solo de manera general y se derivaron mayormente al área dermatológica, donde no se les realizó una atención personalizada e integral, aplicando desde una etapa inicial protocolos médicos, con utilización de auxiliares de diagnóstico, planes de tratamientos certeros y justificados con intervenciones oportunas, para

así poder minimizar accidentes, complicaciones y prever el riesgo del estado de salud general del individuo.

Aunque la FCD suele ser una patología poco usual, debe de ser difundida, teniendo en cuenta que ese el objetivo de este reporte de caso, para que su reconocimiento sea ágil y acertado principalmente en el campo de la odontología, fortaleciendo la capacidad de un diagnóstico correcto, veraz y oportuno, con el trazado de rutas clínicas en casos ya reportados en la literatura médica, en los consultorios odontológicos u otros lugares de atención médica.

REFERENCIAS

1. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. *Dermatología*. España: Elsevier; 2018.
2. Motamedi MHK, editor. *A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery*. Vol. 3. London: IntechOpen; 2016.
3. Rimoldi MA, Gubiani ML, Boldrini MP, Pinardi BA, Juárez R. Fístula cutánea odontogénica: a propósito de un caso. *Rev Argent Dermatol*. 2021;102(1):76-79. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2021000100076
4. Quintana-Sancho A de, Piris-García X, JaureguiZabaleta M. Fístula cutánea odontogénica: un reto diagnóstico. *Anales Sis San Navarra [Internet]*. 2017 Dic [citado 2025 May 15];40(3):471-474. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272017000300471&lng=es. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0040>
5. Taboada OI, Ciolli V, Fernández J, Chaintiou R. Abordaje integral de fístula cutánea odontogénica en primer molar superior [trabajo académico]. La Plata: Universidad Nacional de La Plata; 2024. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/178171>
6. Fernández Esquivel D. ¿Cuál es su diagnóstico? /Fístula dental. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica [Internet]*. junio de 2016;14(2):173-4. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm2016/dcm162s.pdf&ved=2ahUKEwjbeupdOJAXxLkQIHTJEN0QFnoECBoQAQ&usg=AOvVaw1S IMgrLREPhdR74RuaE07y>
7. Guevara-Gutiérrez E, Riera-Leal L, Gómez-Martínez M, Amezcua-Rosas G, Chávez-Vaca CL, Tlacuilo Parra A. Odontogenic cutaneous fistulas: clinical and epidemiologic characteristics of 75 cases. *Int J Dermatol*. 2015;54(1):50–5. doi:10.1111/ijd.12262.
8. Amorim GM, Paul IR, Molozzi B, Steckert SEV, Biazussi B, Filho RMA. Odontogenic Cutaneous Fistula: A Diagnosis to be Remembered by the Dermatologist. *Journal Of The Portuguese Society Of Dermatology And Venereology [Internet]*. 27 de septiembre de 2020;78(3):251-3. Disponible en: <https://doi.org/10.29021/spdv.78.3.1182>.
9. López-Marcos JF, Montero Martín J, Albaladejo Martínez A. Fístula Cutánea de Origen Dental. *Rev Clin Med Fam*. 2010;3(3):226-228. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000300013
10. Carneiro B, Silva R, Gomes M, Alves G, Melo DF. Odontogenic cutaneous fistula: a diagnosis to be remembered by the dermatologist. *An Bras Dermatol*. 2020;95(6):757–9. doi:10.1016/j.abd.2020.07.002.
11. Buttinghausen S R, Buttinghausen G V. Diagnóstico de fístula cutánea dental: a propósito de seis casos. *Rev Chil Dermatol*. 2012;28(1):35–8.
12. Alcántara-Ramírez VD, Gutiérrez-Ayala D, Gutiérrez Ávila SA, Arenas R. Fístula odontogénica. Manifestación cutánea de un padecimiento odontológico. *Dermatol Cosm Med Quir*. 2021;19(4):345-347. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi%3FIDARTICULO%3D103251&ved=2ahUKEwjrrqngs6iLAXWSIEQIHffLIxgQFnoECAsQAQ&usg=AOvVaw0vwZrS9eISOUisnwFOWLf5>
13. Ladurner L, Al Zadjali M, Dhillon M. Remember the teeth! Cutaneous manifestation of odontogenic sepsis: A case study. *JPRAS Open*. 2024 Nov 28;43:227–231.doi:10.1016/j.jptra.2024.11.013
14. Fernández MÁ, González PR, Mardones MM, Bravo AR. Complicaciones severas de infecciones odontogénicas. *Rev Med Clin Las Condes*. 2014;25(3):529-533. doi:10.1016/S07168640(14)70066-5.