

Fístula Cutanea

Publicado el: 13/02/2008 10:35:47

Lahor Soler Eduard*, Brau Aguadé Esteban **

*Odontólogo, Máster en Endodóncia, Universidad de Barcelona.

** Médico-Estomatólogo, Catedrático de Patología y Terapéutica Dental Facultad de Odontología, Universidad de Barcelona.

CASO CLINICO: FÍSTULA CUTANEA

HISTORIA CLINICA

Paciente de 35 años de edad, varón, sin antecedentes patológicos relevantes, sin enfermedades actuales, que acude al Servicio de Odontología por presentar fístula cutánea en el borde mandibular izquierdo.

La anamnesis reseña pequeño "grano" de aparición espontánea hace aproximadamente 6 meses que evoluciona progresivamente hasta tener la imagen actual, de ulcera con bordes sinuosos ligeramente invaginada y que supura esporádicamente. No dolorosa y desde hace algún tiempo no cambia de forma ni textura. El paciente solo ha acudido al médico por el problema estético. (fig 1 y 2)



Fig 1 Imagen clínica de la fístula cutánea



Fig 2 La imagen anterior a mayor aumento

La exploración intraoral evidencia múltiples patologías no tratadas por no acudir el paciente a la consulta odontológica. Centrándonos en la hemiarcada inferior izquierda se aprecia obturación de amalgama de plata disto-oclusal en 3.5, restos radiculares del 3.6., obturación de amalgama en 3.7. y cordal semi erupcionado.

A la palpación digital se aprecia protuberancia en fondo de vestíbulo indolora y de consistencia dura; los tejidos blandos son de color y textura normales.

A las pruebas pulpares térmicas reacciona con mayor intensidad de lo normal al frío el 3.5 pero la sintomatología dolorosa desaparece rápidamente, el 3.7 no reacciona y el 3.8 la respuesta es normal. Las pruebas eléctricas coinciden en la respuesta con las pruebas térmicas.

La exploración radiológica muestra:

Obturación disto-oclusal de amalgama de plata con contornos dentro de los límites de la normalidad en 3.5.

Tratamiento radicular en 3.6 normo-obturado y normo-condensado con una ligera imagen de lisis apical a nivel de la raíz mesial, en diente descoronado completamente y con separación interradicular (resto radicular).

Obturación de amalgama de plata oclusal en 3.7 tratamiento endodoncico normo-obturado y sub-condensado, la longitud de las puntas de obturación es correcta pero se observan considerables zonas no obturadas tanto a nivel radicular, en ambas raíces como a nivel de la cámara pulpar. Asimismo y coincidiendo con los ápices del 3.7 se observa imagen radiolucida de forma elíptica de considerables dimensiones (3x1cm de diámetro) que abarca desde la raíz mesial del 3.7 hasta la también mesial del 3.8, de bordes totalmente nítidos, lo que induce a pensar en un quiste apical. El 3.8 semi-erupcionado con raíces en estado de apicoformacion, que emerge mesializado y enclavado en el cuello dentario del 3.7 (Fig 3)



Fig 3 RX periapical centrada a nivel de 3.7

DIAGNOSTICO

Quiste apical de etiología odontógena con fistulización cutánea.

TRATAMIENTO

Al pensar que debe realizarse exodoncia de 3.6 y 3.7 con enucleación del quiste y trayecto fistuloso es remitido al Servicio de Cirugía Bucal para su tratamiento.

COMENTARIO

Es poco frecuente que un trayecto fistuloso emerja al exterior vía cutánea, normalmente las fístulas de la patología mandibular desembocan por vestibular en el fondo de vestíbulo o lingual por encima del suelo de la boca, sin embargo en algunas ocasiones puede observarse como el caso que nos ocupa que desembocuen vía cutánea, en una gran proporción de estos casos la cicatrización del orificio fistuloso es muy visible y antiestética.

Publicado el: 13/02/2008 10:35:47