

# Lesión tumoral en región mandibular

Tumor lesion in mandible

Lucía Fiesta,<sup>1</sup> Marisa Hernández,<sup>2</sup> Andrea Soliani<sup>2</sup> y Alejandra Abeldaño<sup>3</sup>

## Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 15 años de edad sin antecedentes personales de relevancia que consultó a nuestra Unidad de Dermatología por presentar una lesión en mejilla izquierda de 6 meses de evolución, levemente pruriginosa. Al examen físico presentaba en región mandibular izquierda una lesión tumoral eritematoviolácea, cupuliforme, con ligera descamación en la superficie, de consistencia dura al tacto y adherida a planos profundos, de aproximadamente 1 cm de diámetro (Fotos 1 y 2). La paciente negó haber presentado secreción a través de la misma. En la inspección de la cavidad oral se evidenció mal estado dentario y se palpó un tracto fibroso que se extendía desde el maxilar inferior izquierdo a la altura del segundo premolar, hacia la mejilla homolateral en dirección al sitio de la lesión cutánea. Se realizó TAC de macizo cráneo facial que evidenció una imagen osteolítica de aproximadamente 7 mm de diámetro transversal en pieza dentaria número 35 con interrupción de la cortical ósea sobre el sector lateral de la mandíbula; aumento de la densidad de los tejidos blandos adyacentes y un trayecto con densidad de partes blandas hasta la región subdérmica donde adquiriría un aspecto pseudorredondeado (Fotos 3 y 4). En la ecografía de piel y partes blandas se observó una imagen líquida de 11 x 5 mm con contenido ecogénico particulado que se extendía a planos profundos y tomaba contacto con el tejido óseo de la rama mandibular izquierda (*Dermatol. Argent.*, 2013, 19(5): 361-364).

**Fecha de recepción:** 14/08/2013 | **Fecha de aprobación:** 21/08/2013

<sup>1</sup> Médica residente

<sup>2</sup> Médica de planta, dermatóloga pediatra

<sup>3</sup> Jefa Unidad Dermatología

Unidad Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Pi y Margall 750, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: Lucía Fiesta. fiestalucia@gmail.com



**Foto 1.** Lesión tumoral eritematosa, cupuliforme, en región mandibular izquierda.



**Foto 2.** Lesión tumoral eritematosa, cupuliforme, en región mandibular izquierda (aproximación).



Foto 3. TAC. Disrupción de la cortical ósea en sector lateral de la mandíbula.

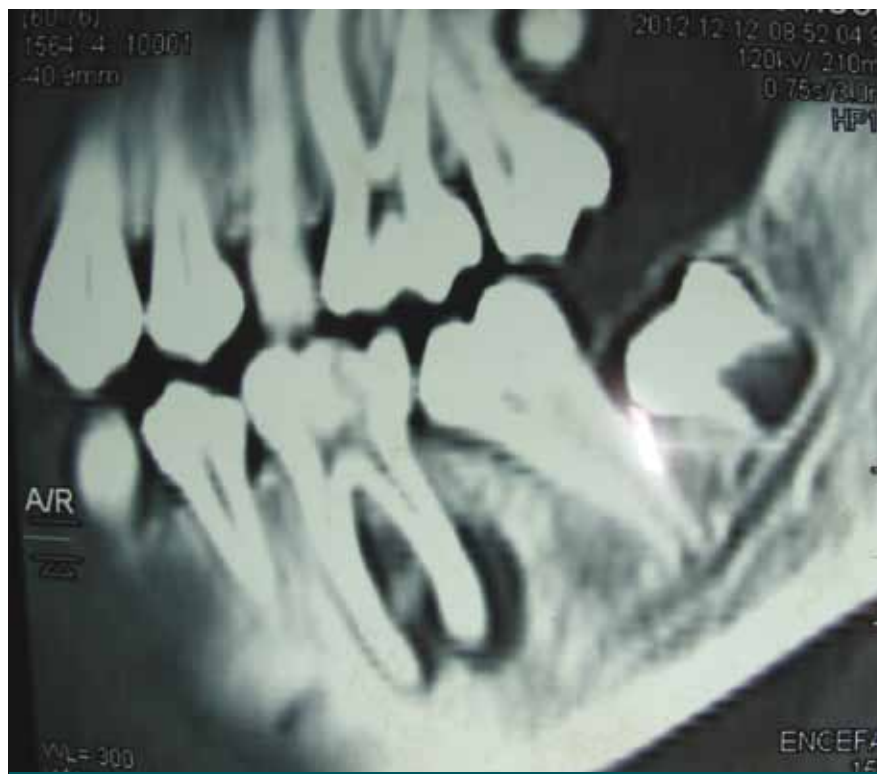


Foto 4. TAC. Imagen osteolítica en pieza dentaria n 35.

## Diagnóstico

Absceso periapical con tracto sinusal cutáneo (fístula odontogénica).

## Evolución

La paciente fue derivada a odontología para realizar tratamiento.

## Comentario

Las fístulas cutáneas de origen dentario representan una complicación infrecuente de un absceso periapical crónico.<sup>1</sup> La causa más común es la caries dental y con menor frecuencia pueden ser secundarios a traumatismos que generen fracturas de la corona o raíces dentarias y tratamientos endodónticos incompletos.<sup>2</sup> El resultado final es la necrosis e infección de la pulpa dentaria con extensión del proceso inflamatorio hacia el área periapical. La reabsorción ósea determina la formación de un absceso que puede avanzar hasta horadar la cortical y luego, dependiendo de factores como la gravedad, la virulencia bacteriana y las inserciones musculares, se formará un trayecto fistuloso hacia adentro o afuera de la cavidad oral,<sup>1</sup> siguiendo los planos que ofrezcan menor resistencia.<sup>3</sup> La desembocadura de la fístula dentro de la cavidad oral es lo más frecuente.<sup>4</sup> Cuando esto ocurre hacia la piel, se manifiesta clínicamente como un nódulo eritematoso, no doloroso de 1 a 20 mm de diámetro que tiende a fistulizarse y drenar en su evolución, y asienta sobre una retracción por debajo del nivel normal de la superficie cutánea provocada por la fijación del tracto sinusal a los planos profundos.<sup>1</sup> Debido a la cronicidad del proceso y a la descompresión que se genera a través de la fístula, la pieza dentaria comprometida suele ser asintomática.

Las fístulas odontogénicas son más frecuentes en adultos jóvenes (edad promedio: 29 años) de ambos sexos por igual, y el 85% presenta compromiso de dientes mandibulares; de éstos, el 50% corresponde a los incisivos y las localizaciones más frecuentes de la fistulización cutánea son el mentón, la región submentoniana y las mejillas.<sup>2</sup> Localizaciones menos frecuentes son los surcos nasogenianos, labio superior y canto interno del ojo.<sup>1</sup>

En pacientes pediátricos, el diente mayormente comprometido es el primer molar inferior, seguido de los incisivos inferiores y el segundo molar; la localización más frecuente del drenaje cutáneo es la región mandibular o submandibular.<sup>5</sup> El diagnóstico se basa en el examen minucioso de la cavidad oral, que puede evidenciar la presencia de caries y falta de higiene. A la palpación se detecta el tracto sinusal en forma de un cordón que se extiende desde la raíz dentaria afectada hacia los tejidos blandos adyacentes y puede ocurrir el drenaje de material purulento al presionarlo.<sup>6</sup> Las radiografías

panorámicas y periapicales son fundamentales y permiten detectar el diente afectado en la mayoría de los casos. En casos dudosos, puede ser útil la inserción de un material radiopaco (conos de gutta-percha) o una sonda lagrimal para trazar el recorrido de la fístula y determinar su origen.<sup>4</sup> Si bien la TAC brinda buena información acerca de la relación entre el diente y la lesión cutánea, no se recomienda su uso rutinario.<sup>5</sup> En caso de que haya secreción a través de la fístula, es de buena práctica la toma de cultivos.<sup>1</sup>

Dentro de los principales diagnósticos diferenciales se encuentran las infecciones (osteomielitis, forúnculos, actinomicosis, gomas sifilíticas, tuberculosis cutánea y micosis profundas); granuloma piógeno, quistes epidérmicos, del conducto tirogloso y de la hendidura branquial; fístulas salivales, cuerpos extraños y tumores cutáneos como el carcinoma basocelular o espinocelular.<sup>6,7</sup>

Respecto de la terapéutica, la endodoncia (tratamiento de conducto) de la pieza dentaria es de elección para erradicar el foco infeccioso y la extracción se reserva para los casos en que el diente no es recuperable. Seguidamente se produce la cicatrización espontánea de la fístula cutánea en un lapso de 7 a 14 días, y puede persistir una pequeña retracción o hiperpigmentación residual.<sup>5</sup> El uso de antibióticos no está indicado, ya que se trata de un proceso localizado.<sup>1</sup>

En muchas ocasiones se desestima el origen dentario de la lesión cutánea y hasta el 50% de los pacientes suele ser sometido a múltiples biopsias, resecciones quirúrgicas o antibióticoterapia prolongada que sólo producen alivio temporario de los síntomas, con recidiva de las lesiones en un corto tiempo.<sup>3</sup>

## Bibliografía

1. Mittal N., Gupta P. Management of extra oral sinus cases: a clinical dilemma, *J. Endod.*, 2004, 30: 541-547.
2. Chan C.P., Jeng J.H., Chang S.H., Chen C.C. et al. Cutaneous sinus tract of dental origin: clinical review of 37 cases, *J. Formos. Med. Assoc.*, 1998, 97: 633-637.
3. Gupta S., Saxena P. Cutaneous manifestation of odontogenic infection misdiagnosed as having dermatologic etiology: a report of 2 cases, *Quintessence Int.*, 2011, 42: 455-458.
4. Pasternak-Junior B., Teixeira C., Silva-Sousa Y., Sousa-Neto M. Diagnosis and treatment of odontogenic cutaneous sinus tracts of endodontic origin: three case studies, *Int. Endod. J.*, 2009, 42: 271-276.
5. Bodner L., Manor E., Joshua B., Barabas J. et al. Cutaneous sinus tract of dental origin in children – a report of 28 new cases, *Pediatr. Dermatol.*, 2012, 29: 421-425.
6. Peermohamed S., Barber D., Kurwa H. Diagnostic challenges of cutaneous draining sinus tracts of odontogénica origin: a case report, *Dermatol. Surg.*, 2011, 37: 1525-1527.
7. Yasui H., Yamaguchi M., Ichimiya M., Yoshikawa Y. et al. A case of cutaneous odontogenic sinus, *J. Dermatol.*, 2005, 32: 852-855.