

Tracto Sinusal Extra Oral Provocada Por Periodontitis Apical Crónica De Pieza 46

Autores: Yoshida, Camila Cecilia; Campos, Martina
Asesor Científico: Tudor, Cristina Inés; Peralta, Yanina Samantha

Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Odontología, Asignatura Endodoncia B
Profesora Titular Dra. Georgina Santángelo

Categoría: Casos Clínicos

Resumen

Las fistulas cutáneas odontogénicas son comúnmente confundidas con lesiones dermatológicas y tratadas como tales, por lo que consideramos importante su conocimiento para abordar un correcto diagnóstico y tratamiento oportuno. Representa todo un reto ya que el diagnóstico diferencial es amplio, incluyendo el granuloma piogénico, tuberculosis cutánea o malformaciones congénitas, entre otros.

Introducción

Paciente masculino de 10 años de edad acude a la asignatura de Patología de la F.O.L.P donde es remitido a la asignatura de Endodoncia B, derivado originalmente por un médico del Hospital Zonal General de Agudos de la ciudad de Lobos, con una fistula cutánea en la región submandibular derecha de 15 días de evolución con supuración intermitente producto de una infección en la pieza dentaria 46. Se le realizó un tratamiento endodóntico con sistema reciprocante Wave One Gold (Dentsply), sellado con un biomaterial (BioRoot de Septodont) y obturación con técnica termomecánica con gutta condensador (Maillefer) posterior sellado coronal.

Descripción del Caso

El paciente fue atendido en varias ocasiones por distintos médicos y odontólogos, sin encontrar una respuesta certera, solo le administraron Amoxicilina y Cefalexina. En el examen clínico extraoral se pudo observar una asimetría facial predominante en el lado derecho, sin presencia de ganglios inflamados. La lesión era única, de un tamaño de 25mmx15mm, de límites netos, superficie blanda, forma ovoide, contenido purulento y centro de la lesión costrosa.



En la radiografía periapical se observan zonas radiolúcidas alrededor de las raíces del primer molar inferior derecho, las cuales indican la formación de un proceso infeccioso. Se intento hacer fistulografía cutánea pero el canal estaba cerrado en ese momento y el paciente presentaba dolor sobre la misma.



Se llevo a cabo el tratamiento endodóntico, para lo cual decidimos darle prioridad a la desinfección, escogimos un biomaterial (BioRoot de Septodont) como sellador por sus propiedad bioactiva y biocompatibilidad, obturación termomecánica con gutta condensador (Maillefer), sellado coronario con resina compuesta.



Presentó notable mejoría luego de realizarle el tratamiento, con cierre de la fistula en las semanas posteriores lo que conlleva a la disolución casi completa de la lesión.



Control a los 3 meses sin edema.

Conclusiones

Ante una fistula en la región cérvico maxilofacial siempre se debe tener en cuenta que su origen puede ser bucal y debe ser tratado por un especialista. El incorrecto diagnóstico de la lesión puede ocasionar múltiples complicaciones, como llevar al paciente a tomar medicamentos indebidos y a realizarse cirugías incensarias. En el último control pudo observar la exitosa evolución de la lesión frete al tratamiento endodóntico. La endodoncia como su posterior rehabilitación permitió prolongar la permanencia de la pieza en boca, restableciendo la salud y funcionalidad del diente afectado; por lo que fué una excelente opción de tratamiento.

Referencias

1. Cohen, Louis H. Berman, capítulo 1, pagina 131; Caminos de la pulpa, Louis H. Berman, capítulo 1, pagina 210 a 212
2. J Clin Diagn Res. 2014 Aug;8(8): ZD09-11.doi: 10.7860/JCDR/2014/8877.4739. Epub 2014 Aug 20.
3. J Endod. 2003 Dec;29(12): 841-3.doi: 10.1097/00004770-200312000-00015.
4. J Clin Diagn Res. 2013 Jun;7(6):1247-9.doi: 10.7860/JCDR/2013/5369.3064. Epub 2013 Jun 1.
5. Ann Acad Med Stetin. 2013;59(2):86-9.