Revista COOPEX (ISSN:2177-5052)

Fístula cutânea odontogênica: relato de caso clínico

Odontogenic cutaneous fistula: clinical case report

Midian Santos Alves
Dayanne Gabriele da Silva Souto
Gabriela Maria dos Santos Martins
Luana Laryssa Teixeira da Silva
Ronyca Ione Nery Pereira
Addler Filipe da Cruz Bezerra

Resumo: As fístulas odontogênicas são canais que se originam de um sítio de inflamação dentária e que drenam para as regiões orofaciais e do pescoço. Elas podem comprometer a estética do paciente e quando mal diagnosticadas podem ocasionar alterações estéticas e transtornos psicológicos ao paciente. O presente relato de caso objetivou descrever o diagnóstico e tratamento de uma paciente que apresentou-se a uma clínica odontológica privada com queixa de dor. Após avaliação clínica e de exames de imagem foi observado uma fistula cutânea na região da mandíbula e uma lesão cariosa no elemento 38. Foi prescrito pelo cirurgião-dentista, medicações para o alívio das dores e edemas. Além disso, antibioticoterapia, solicitação de exame de imagens (panorâmica) e retorno com 7 dias. Não se teve o retorno da paciente após prazo estabelecido, pois possivelmente a paciente tenha apresentado melhoras do quadro e interpretado isso como uma indicação positiva em seu tratamento, o que a levou a não comparecer à consulta marcada. Três meses após, a paciente retornou a clínica odontológica com o exame radiográfico e apontou uma lesão periapical no elemento 38. Mas, também houve uma notável regressão da fístula deixando apenas uma cicatriz no local devido à retração tecidual. No entanto, o edema ainda persistia, e a paciente continuava a se queixar de dores intensas. O presente caso clínico torna evidente a relevância do conhecimento dessa condição por cirurgiões-dentistas para a correta condução do diagnóstico , orientações e tratamento das patologias.
Palavras-chave: Fístula cutânea. Diagnóstico. Endodontia.

Summary: Odontogenic fistulas are channels that originate from a site of dental inflammation and drain to the orofacial and neck regions. They can compromise the patient's aesthetics and, when misdiagnosed, can cause aesthetic changes and psychological disorders for the patient. This case report aimed to describe the diagnosis and treatment of a patient who presented to a private dental clinic complaining of pain. After clinical evaluation and imaging tests, a cutaneous fistula was observed in the jaw region and a carious lesion in element 38. The dentist prescribed medication to relieve pain and edema. In addition, antibiotic therapy, request for imaging examination (panoramic) and return within 7 days. The patient was not returned after the established deadline, as the patient had possibly shown improvements in her condition and interpreted this as a positive indication for her treatment, which led her to not attend the scheduled appointment. Three months later, the patient returned to the dental clinic with a radiographic examination and revealed a periapical lesion in element 38. However, there was also a notable regression of the fistula, leaving only a scar at the site due to tissue retraction. However, the edema still persisted, and the patient continued to complain of intense pain. The present clinical case makes evident the relevance of knowledge of this condition by dental surgeons for the correct diagnosis, guidance and treatment of pathologies
Keywords: Cutaneous fistula. Diagnosis. Endodontics.
DOI: 10.61223/coopex.v15i3.872

Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Brasileiro- UNIBRA, Recife PE
Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Brasileiro- UNIBRA, Recife PE
Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Brasileiro- UNIBRA, Recife PE
Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Brasileiro- UNIBRA, Recife PE
Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Brasileiro- UNIBRA, Recife PE
Doutor em Odontologia. Professor da Faculdade Pernambucana de Saúde-FPS, Recife PE

INTRODUÇÃO

A fístula cutânea odontogênica é uma consequência decorrente caracterizada pela formação de uma passagem anormal entre o rosto e a cavidade bucal, principalmente devido a uma lesão dentária. essa condição é considerada rara e frequentemente subdiagnosticada, resultando em tratamentos inadequados e recorrência dos sintomas, (Figaro N, Juman S. 2018)

Embora as fístulas se desenvolvam principalmente devido a infecções crônicas não tratadas, geralmente as causas mais frequentes de tratos sinusais odontogênicos é a presença de cárie ou trauma, com invasão bacteriana do tecido pulpar e subsequente necrose pulpar. Esta condição, desencadeada por processos microbiológicos, tem o poder de penetrar no osso alveolar e se propagar pelo trajeto de menor resistência, resultando em uma periodontite apical. A extensão do processo inflamatório pode afetar os tecidos moles circundantes, levando à formação de uma fístula cutânea como uma via de drenagem. formando assim o trato sinusal. O processo inflamatório pode atingir os tecidos moles circundantes e formar um caminho para drenagem, formando assim o trato sinusal. (Andrade-Júnior *et al*.,2013)

O local da drenagem extraoral depende do dente afetado, bem como de fatores específicos como a virulência do microrganismo, a resistência do corpo do paciente e a relação entre anatomia e inserções musculares faciais. (Moura AA *et al.,* 2007)

O diagnóstico clínico de lesões cutâneas de origem odontogênica pode ser de difícil, diagnostico já que, na maioria das vezes o aparecimento inicial e homogêneo ao de outros cenários, como: infecções de pele, furúnculos, pelos encravados ou ductos obstruídos das glândulas sudoríparas, osteomielite, neoplasias, tuberculose, actinomicose e carcinomas. Nem sempre as lesões cutâneas surgem nas Imediação da infecção subjacente e nem sempre os pacientes ligam a complicações dentárias O tratamento com antibióticos sistêmicos decorre na interrupção temporária da drenagem que retorna após o término do tratamento com antibióticos. Em geral, não é necessário tratar a cicatriz da lesão cutânea, exceto por motivos estéticos. (Sodnom-Ish B, Eo MY, Kim SM., 2021; Shemesh A *et al.,* 2019; Guevara-Gutiérrez E *et al.,* 2015; Janev E, Redzep E., 2016).

O objetivo do presente trabalho é apresentar um relato de caso de fístula cutânea odontogênica, ressaltando a importância do diagnóstico preciso, permitindo a aplicação de técnicas especializadas que não apenas tratam a fístula cutânea odontogênica, mas também visam aperfeiçoar a estética da cicatriz resultante trazendo não só a saúde, mas também a

estética do paciente tendo em vista a qualidade de vida e autoestima do paciente, especialmente quando a cicatriz se encontra na face.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino de 37 anos de idade, apresentou-se ao serviço de urgência da O.C.S.A queixando-se de dor de dente, localizada na região direita da face com edemas e inchaços. Depois de consultar o clínico geral, ao exame intraoral e físico foi observado uma fistula cutânea na região da mandíbula e uma lesão cariosa no elemento 38. Foi prescrito pelo cirurgião dentista medicações para o alívio das dores e edemas. Além disso, antibioticoterapia , solicitação de um exame de imagens (panorâmica) e pedido de retorno com 7 dias.

Não se teve o retorno da paciente após sete dias, é possível que a paciente tenha apresentado melhoras e interpretado isso como uma indicação positiva em seu tratamento, o que levou assim á não comparecer à consulta marcada.

Três meses após, a paciente retornou a clínica odontológica relatando dores, um aumento de volume com presença de lesão cutânea submandibular. (Figura 1), evoluindo para um nódulo com superfície crostosa não cicatrizante e com o exame radiográfico e apontou uma lesão periapical no elemento 38 como mostra a (Figura 2)

(Figura 1) Lesão cutânea submandibular localizada abaixo da mandíbula do lado esquerdo, identificada no momento da chegada da paciente pelo cirurgião-dentista.

(Figura 2) Radiografia panorâmica mostrando uma lesão periapical no elemento 38 e evidências de cárie na região oclusal.

Foi prescrito para o relato das sintomatologias presentes:

Uso oral:

Nimesulida 100 mg---------- 06 comp

Tomar 1 comprimido de 12/12 horas durante 3 dias.

Dipirona 500 mg---------- 1 caixa

Tomar 1 comprimido de 6/6 horas em caso de dor durante 3 dias.

Foi solicitada sua volta com 10 dias para uma avaliação e remoção do elemento 38 com um buco-maxilo.

A paciente retornou a clínica odontológica com a fistula cicatrizada (figura 3).

(Figura 3) Fístula cicatrizada

O procedimento cirúrgico iniciou-se com a anestesia do bloqueio do nervo alveolar inferior com Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000 (Alphacaine 2%; DFL® , Brasil) e o dente foi

removido conforme o planejado (Figura 4). Após a extração, a paciente solicitou uma remoção da cicatriz externa para uma cicatriz mais estética. Essa abordagem visa garantir que o processo de cicatrização resulte em uma aparência mais harmoniosa e satisfatória para a paciente.

(Figura 4) Aspecto da unidade 38 pós extração

A cicatriz da fístula cutânea foi removida (Figura 5) de forma elíptica (Figura 6) e foi feito uma sutura mais estética com o ponto intradérmico, conforme mostrado na (Figura 7) Após a remoção da fístula, foi possível observar uma melhora significativa na aparência da cicatrização, resultando em uma estética mais agradável. Comparando o antes e o depois, foi notável o impacto positivo da sutura na cicatrização anterior, proporcionando um resultado mais harmônico e satisfatório para a paciente.

(Figura 5) Remoção do tecido

(Figura 6) Incisão de forma elíptica

(Figura 7) Sutura estética com ponto intradérmico

Após procedimento foi pedido retorno da paciente após sete dias para a remoção da sutura. No retorno, constatou-se que o local estava cicatrizado. (Figura 8) e foi possível observar uma diferença significativa na estética da cicatrização, (Figura 9) especialmente na região da mandíbula, que apresentava uma aparência mais harmoniosa (Figura 10).

(Figura 8)

(Figura 9)

(Figura 10)

DISCUSSÃO

De acordo com (Mendonça *et al.,* (2017), existem outras condutas terapêuticas para os cistos radiculares. Os mais conservadores adotam o tratamento endodôntico do dente afetado com ou sem apicetomia e enucleação da lesão cística. Outras condutas terapêuticas cirúrgicas como a extração da unidade dentária (seguida de curetagem periapical), marsupialização, descompressão ou ainda a enucleação cística, bem como o exame histopatológico, são indicadas para afastar outras possíveis lesões.

Para a escolha do tratamento realizado, um dos fatores que leva a essa escolha é as limitações técnicas aplicadas a endodontia em terceiros molares, segundo o autor (Leonardo, Rm.2008) Quando se trata de dentes molares, as dificuldades do tratamento endodôntico aumentam, devido à câmara pulpar mais ampla, maior número de canais, maior dificuldade de localizar os canais, canais estreitos e curvos entre outras peculiaridades anatômicas presentes neste grupo dentário. Assim como em todos os outros grupos dentários, a cavidade pulpar nos molares é o espaço existente no interior do dente, ocupado pela polpa dental e revestido em quase toda a sua extensão pela dentina, exceto junto aos forames apicais.

De acordo com (Janev E, Redzep E.;2016). Em geral, não é necessário tratar a cicatriz da lesão cutânea, exceto por motivos estéticos. A decisão de remover a cicatriz atendeu ao desejo da paciente por uma aparência mais agradável e foi realizada de forma a minimizar o impacto estético. A abordagem cirúrgica foi realizada com a técnica de incisão elíptica que é conhecida por proporcionar uma melhor cicatrização Método mais frequentemente usado para remover pequenas lesões superficiais da pele, trazendo uma aparência mais natural após o processo de cicatrização. E a sutura intradérmica, resultando em uma cicatrização estética e favorável,

poderia ser feito a técnica de sutura com pontos contínuos, por outro lado, os pontos contínuos fornecem uma tensão maior. Embora a hemostasia e junção das bordas seja maior, bem como a hemostasia, o rompimento de um dos pontos, compromete toda a sutura. A sutura intradérmica também contribui para um resultado estético, pois mantém os bordos da incisão bem alinhados e reduz a tensão sobre a pele durante o processo de cicatrização.

Após a remoção da sutura foi identificado uma melhora da cicatrização e isso deve-se ou pode ter ocorrido devido a um bom cooptação dos rebordos, facilitando assim o processo de cicatrização de formação de tecido uniforme e menos queloide. A cicatriz natural se integrou ao osso da mandíbula, resultando em uma aparência harmoniosa e sem evidências visíveis da cicatriz. O local apresentava uma aparência estética, refletindo o sucesso da abordagem cirúrgica adotada. Em conclusão, o caso ilustra a importância de uma abordagem personalizada e cuidadosa para atender às expectativas estéticas dos pacientes. A técnica cirúrgica empregada e o manejo pós-operatório adequado contribuíram para um resultado satisfatório e uma cicatrização estética.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato de caso apresentado destaca a importância da abordagem profissionais de saúde levem em consideração a origem dentária no diagnóstico diferencial da fístula cutânea. As infecções de origem odontológica podem ser revertidas se diagnosticadas precocemente e tratadas de maneira adequada. O diagnóstico através de métodos simplificados como a anamnese, a inspeção clínica e exames radiográficos, é suficiente para identificar essas infecções, destacando a importância contínua do exame clínico na odontologia. O manejo pós-operatório cuidadoso, incluindo a prescrição adequada de medicações e a remoção dos pontos de sutura no momento oportuno, foi essencial para garantir a recuperação confortável da paciente e a obtenção do resultado estético desejado. Este caso ressalta a importância da comunicação aberta e eficaz entre o paciente e o profissional de saúde, permitindo uma compreensão mútua das expectativas, limitações e possibilidades do tratamento. Os médicos e cirurgiões-dentistas devem realizar trabalho colaborativo em busca de solucionar casos como o aqui relatado, uma vez que é um diagnóstico desafiador e, por isso, deve ser considerada a origem odontogênica no diagnóstico diferencial, sendo imperativo que o cirurgião-dentista descarte a hipótese de origem dentária da lesão cutânea antes de realizar encaminhamentos a outros profissionais.

REFERÊNCIAS

Baba A, Okuyama Y, Kuyama Y, Shibui T, Ojiri H. Odontogenic cutaneous fistula mimicking malignancy. Clin Case Rep. 2017; 5:723-4. doi: 10.1002/ccr3.907.

Chan CP, Chang SH, Huang CC, Wu SK, Huang SK. Cutaneous sinus tract caused by vertical root fracture. J Endod. 1997; 23:593-5.

Cohenca N, Karni S, Rotstein I. Extraoral sinus tract misdiagnosed as an endodontic lesion. J Endod. 2003; 29(12):841-3.

Figaro N, Juman S. Odontogenic Cutaneous Fistula: A Cause of Persistent Cervical Discharge. Case Rep Med. 2018; 2018:3710857. doi: 10.1155/2018/3710857.

Guevara-Gutiérrez E, Riera-Leal L, Gómez-Martínez M, AmezcuaRosas G, Chávez-Vaca CL, Tlacuilo-Parra A. Odontogenic cutaneous fistulas: clinical and epidemiologic characteristics of 75 cases. Int J Dermatol. 2015; 54(1):50–55.

Janev E, Redzep E. Managing the cutaneous sinus tract of dental origin. Open Access Maced J Med Sci. 2016; 4(3):489–492.

Leonardo MR. Endodontia: tratamento de canais radiculares: princípios técnicos e biológicos. 2 volumes encadernados. São Paulo: Artes Médicas, 2005. Reimpressão 2008.

Mittal N, Gupta P. Management of extraoral sinus cases: a clinical dilemma. J Endod. 2004; 30(7):541-7.

Moura AA, Davidowicz H, Dias LP, Bardauil MR. Periodontite apical assintomática – relato de caso clínico. Rev Inst Ciênc Saúde. 2007; 25(4):463-8.

Shemesh A, Hadad A, Azizi H, Lvovsky A, Ben Itzhak J, Solomonov M. Cone-beam computed tomography as a noninvasive assistance tool for oral cutaneous sinus tract diagnosis: A case series. J Endod. 2019; 45(7):950–956.

Sodnom-Ish B, Eo MY, Kim SM. An accurate diagnosis of odontogenic cutaneous sinus tract by different computed tomography unit settings. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2021; 47(1):51–56.

Mendonça DWR, Conceicao HC, Martins VB, Lima KA. Tratamento cirúrgico de cisto radicular em maxila: relato de caso. Arch Health Invest 2017 6(8):363-70.