

Tumoración fluctuante en la región mandibular: no solo es cuestión de piel

Fluctuating tumor in the mandibular region: it's not just a skin issue

Carolina Belén Lorenzo¹, María Marta Buján², Daniel Casim³ y Andrea Bettina Cervini⁴

¹ Becaria de Dermatología Pediátrica, Servicio de Dermatología
² Dermatóloga Pediatra, Médica asistente del Servicio de Dermatología
³ Cirujano Maxilofacial, Servicio de Cirugía Plástica
⁴ Dermatóloga Pediatra, Coordinadora del Servicio de Dermatología
Hospital de Pediatría S.A.M.I.C Juan P. Garrahan,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Contacto de la autora: Carolina Belén Lorenzo
E-mail: carolinalorenzo.dermatologia@gmail.com
Fecha de trabajo recibido: 27/8/2024
Fecha de trabajo aceptado: 19/2/2025
Conflictos de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2025; 31(3): 195-196

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente adolescente de 14 años, previamente sana y sin antecedentes de relevancia, que consultó por presentar una lesión tumoral ubicada en la región mandibular izquierda de 2 meses de evolución por la cual previamente había recibido clindamicina en dos oportunidades sin mejoría. Al examen físico, la paciente se encontraba en buen estado general y afebril. Presentaba en la región de la mandíbula izquierda una tumoración rojiza, de consistencia duro-elástica, fluctuante y dolorosa de aproximadamente 2x1 cm, que provocaba cierta asimetría facial secundaria a la retracción (Foto 1). Presentaba además secreción purulenta ocasional y regular estado bucodental con caries en molar inferior izquierdo.

Debido a la falta de respuesta al tratamiento instaurado y la persistencia de la lesión, se decidió realizar

biopsia cutánea con envío de muestras para microscopía óptica, y cultivos de piel y de secreción. El estudio histopatológico informó acantosis, hiperparakeratosis con presencia de neutrófilos en capa córnea y espongiosis. En la dermis superficial se observaba un intenso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario con abundantes leucocitos polimorfonucleares y ocasionales histiocitos, algunos multinucleados. También se evidenciaba marcado edema, congestión y vasos con endotelios prominentes. Las tinciones PAS, Grocott y Ziehl Neelsen fueron negativas al igual que los cultivos. Se solicitó, además, valoración por Odontología, donde se solicitó radiografía panorámica mandibular que evidenció una imagen radiolúcida y osteólisis en relación con el primer molar inferior izquierdo, adyacente a la lesión cutánea (Foto 2).



FOTO 1: Tumoración eritematosa con signos de flogosis localizada en la mandíbula izquierda.



FOTO 2: Radiografía panorámica dental. Caries penetrante en la pieza 36 (primer molar inferior izquierdo).



FOTO 3: Cicatriz retráctil posterior a la fistulectomía.

DIAGNÓSTICO

Fístula odontógena

COMENTARIOS

Ante el diagnóstico de caries penetrante y los hallazgos radiológicos compatibles con absceso apical en el molar inferior izquierdo, asociado a una tumoración cutánea fluctuante adyacente, se arribó al diagnóstico de fístula odontógena (FO). Se realizó la extracción del molar comprometido y la fístula se resolvió. Como resultado, quedó una cicatriz residual en el mentón (Foto 3).

La FO se define como una comunicación anormal entre la cavidad oral y la piel, secundaria a una infección dental crónica¹. Es poco frecuente, y en ocasiones es subdiagnosticada y confundida con otros procesos cutáneos no odontogénicos, lo que conlleva a procedimientos y tratamientos innecesarios en los pacientes^{2,3}.

La FO se origina por un absceso periapical dental, el cual es causado inicialmente por una infección, trauma, injuria térmica o química^{1,3,4}. Si no se diagnostica precozmente, la infección progresiva, se expande hacia sitios de menor resistencia, compromete el hueso alveolar y termina por formar un absceso subperióstico. Posteriormente, avanza hacia los tejidos blandos cercanos y forma un trayecto fistuloso que drena hacia el exterior^{1,3,5}.

Los niños y adolescentes, dado que no tienen su proceso alveolar completamente desarrollado, presentan mayor espacio entre el diente y el hueso lo que facilita la infección, siendo junto con pacientes adultos, que tienen higiene oral deficiente o infecciones orales paucisintomáticas o asintomáticas, una población predisposta a este tipo de patología^{4,5}. En nuestro caso, la paciente adolescente negaba la presencia de sintomatología previa, por lo que consultó únicamente a nuestro Servicio cuando presentó el compromiso cutáneo.

Clínicamente la lesión cutánea suele ubicarse adyacente al diente comprometido, y los molares mandibulares son más frecuentemente afectados (80%) que los maxilares (20%)^{2,4,5}.

La fístula se presenta en la piel de variadas formas:

BIBLIOGRAFÍA

1. Figaro N, Juman S. Odontogenic cutaneous fistula: a cause of persistent cervical discharge. *Case Rep Med.* 2018;3710857.
2. Abuabara A, Schramm CA, Zielak JC, Baratto-Filho F. Dental infection simulating skin lesion. *An Bras Dermatol.* 2012;87: 619-621.
3. Hanaki S, Katayama S, Watanabe Y. Odontogenic cutaneous sinus tract in a 10-year-old girl: a case report of a rare entity. *Cureus.* 2023;15:e39156.
4. Carvalho M, Castro-Lopes F, Miroux-Catarino A. Odontogenic cutaneous fistula. *BMJ Case Rep.* 2025;18:e263314.
5. Guevara-Gutiérrez E, Riera-Leal L, Gómez-Martínez M, Amezcua-Rosas G, et ál. Odontogenic cutaneous fistulas: clinical and epidemiologic characteristics of 75 cases. *Int J Dermatol.* 2015; 54:50-55.

como placas eritematosas o granulantes, o lesiones exofíticas que pueden o no estar adheridas al hueso con áreas de retracción, lo que puede generar sospecha de una neoplasia⁴. El diagnóstico incorrecto puede conllevar a la realización de procedimientos invasivos o tratamientos antibióticos prolongados, con recurrencia de la lesión⁴.

Dentro de los diagnósticos diferenciales de la FO se encuentran los quistes epidérmicos, granulomas piógenos, malformaciones congénitas como fístulas congénitas o anomalías secundarias a restos de arcos branquiales. Además, se deben considerar procesos infecciosos cutáneos como abscesos bacterianos, actinomicosis, tuberculosis y micosis endémicas, así como procesos neoplásicos, entre otros^{2,4}.

Para su diagnóstico se debe realizar una evaluación física completa del paciente, incluyendo la cavidad oral, pudiéndose en ocasiones palpar el tracto fibroso. La radiografía panorámica permite identificar el diente afectado, donde se evidenciará la radiolucencia periapical (absceso) en relación con el diente comprometido²⁻⁴.

Si se sospecha un proceso infeccioso, para su confirmación será necesario realizar biopsia, y cultivos de piel y de material secretado a través de la lesión.

El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno reducen las complicaciones futuras como cicatrices o infecciones óseas². El abordaje de la FO consiste en el tratamiento del diente afectado mediante endodoncia o extracción dentaria; posteriormente, se espera el cierre espontáneo de la fístula²⁻⁵. Únicamente se realizará el cierre quirúrgico en aquellos casos en que el tracto no cierre espontáneamente o que se presenten cicatrices desfigurantes¹.

El tratamiento antibiótico sistémico no se recomienda en pacientes inmunocompetentes y asintomáticos².

Presentamos el caso de una adolescente con una FO de larga evolución con una presentación clínica característica. Recalcamos la importancia de la sospecha diagnóstica y la derivación oportuna al odontólogo con el fin de evitar tratamientos innecesarios en pacientes pediátricos.