

Infecção dentária simulando uma lesão de pele *

Dental infection simulating skin lesion

Allan Abuabara¹
João César Zielak³

Celso Alfredo Schramm²
Flares Baratto-Filho⁴

Resumo: A fístula orocutânea de origem dentária é uma condição incomum, bem documentada e geralmente requer tratamento de urgência. Esta condição pode ser confundida por médicos e dentistas com lesões ósseas, de pele, nas glândulas salivares, osteomielite, granuloma piogênico, cisto infectado, infecção fúngica, entre outras. Um caso de fístula facial que foi inicialmente diagnosticado por um médico como uma lesão não-odontogênica é apresentado e discutido. O tratamento de escolha foi a endodontia do dente envolvido, sem necessidade de cirurgia. A possibilidade de infecção dentária deve ser considerada em casos de fístula cutânea na região orofacial. O diagnóstico precoce e tratamento imediato podem minimizar o desconforto do paciente e problemas estéticos, além de reduzir a possibilidade de outras complicações, como osteomielite e sepse.

Palavras-chave: Dermatopatias; Endodontia; Fístula; Fístula cutânea; Infecção focal dentária

Abstract: Orocutaneous fistulas or cutaneous sinus, a tract of dental origin, is an uncommon but well-documented condition that usually requires emergency treatment. Such condition may be misdiagnosed by physicians and dentists and may sometimes be confused with bone and skin tumor, osteomyelitis, congenital fistula, salivary gland fistula, pyogenic granuloma, infected cyst, deep mycotic infection, and other pathologies. A case of facial sinus tract that was initially misdiagnosed by a physician as a nonodontogenic lesion is presented. Nonsurgical endodontic therapy was the treatment of choice for this case. Facial cutaneous sinus tracts must be considered of dental origin. Early diagnosis and prompt treatment minimize patient discomfort and esthetic problems, reducing the possibility of further complications such as sepsis and osteomyelitis.

Keywords: Cutaneous fistula; Endodontics; Fistula; Focal infection, dental; Skin diseases

INTRODUÇÃO

O abscesso dentário é uma manifestação comum e geralmente requer tratamento de urgência. Em estágio avançado, pode apresentar drenagem extraoral espontânea, dependendo do dente infectado, localização da raiz, espessura óssea e ponto de inserção do músculo.^{1,2} O paciente pode não se lembrar do problema dentário original, especialmente se a infecção foi de natureza crônica e moderada.³ As áreas mais comumente afetadas são o queixo e regiões submentais.⁴ Um caso de fístula facial, inicialmente diagnosticado erroneamente por um médico como lesão não-odontogênica é apresentado e discutido.

RELATO DO CASO

Uma paciente saudável, com 41 anos de idade, compareceu espontaneamente ao consultório relatando o surgimento de uma fístula extraoral indolor, com origem na região submandibular posterior esquerda da face. A paciente mencionou que estava em tratamento médico há dezoito meses, devido à drenagem espontânea. O diagnóstico inicial errôneo sugerido pelo médico foi abscesso cutâneo. O tratamento médico foi realizado sem sucesso com terapia por antibióticos (cefalosporina) e drenagem. A paciente resolveu obter uma segunda opinião de um dentista. O exame clínico intraoral revelou edema no sulco labial adja-

Recebido em 21.08.2011.

Aprovado pelo Conselho Editorial e aceito para publicação em 17.09.2011.

* Trabalho realizado na Universidade Positivo (UP) – Curitiba (PR), Brasil.

Conflito de interesses: nenhum / *Conflict of interest: None*

Suporte financeiro: Nenhum / *Financial funding: None*

¹ Especialista em Radiologia Odontológica e Imaginologia - Cirurgião dentista, Prefeitura Municipal de Joinville – Joinville (SC), Brasil.

² MSc - Departamento de Odontologia, Professor de Endodontia da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) – Joinville (SC), Brasil.

³ PhD - Departamento de Odontologia, Professor de Endodontia da Universidade Positivo (UP) – Curitiba (PR), Brasil.

⁴ PhD - Departamento de Odontologia, Professor de Endodontia da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) e Universidade Positivo (UP) – Curitiba (PR), Brasil.

cente aos primeiro e segundo molares mandibulares esquerdos. O primeiro molar era vital. O segundo molar esquerdo não respondeu aos testes de vitalidade pulpar com estímulo frio e elétrico, indicando necrose.

A tomografia computadorizada de feixe cônico (CBCT) com visualização panorâmica revelou restauração oclusal e perda óssea em torno do ápice do segundo molar, mandibular consistente com um abscesso apical crônico (Figura 1). O terceiro molar era horizontal e impactado. Um molar supranumerário pode ser visualizado no ramo mandibular; a destruição do osso hioide também é visível (Figura 2). Após anestesia local, foi iniciado tratamento não-cirúrgico do canal, que foi completado em uma única sessão. Foi prescrito antibiótico sistêmico com cloridrato de clindamicina 300mg a cada 8 horas durante 7 dias. O acompanhamento após uma semana mostrou cicatriz cutânea isenta de drenagem (Figura 3). A remoção cirúrgica do terceiro molar e do molar supranumerário foi adiada devido à destruição do tecido ósseo, que poderia aumentar o risco de fratura da mandíbula ou infecção.

DISCUSSÃO

Quando se encontra uma lesão drenante na pele facial, deve-se sempre considerar uma origem endodôntica no diagnóstico diferencial. O diagnóstico diferencial de uma fistula cutânea drenante deve incluir periodontite apical supurativa, osteomielite, granuloma piogênico, fistula congênita, fistula de glândula salivar, cisto infectado e infecção micótica profunda.^{1,3,5} Lesões cutâneas como pústulas, furúnculos, lesões causadas por corpo estranho, carcinoma espinocelular, carcinoma basocelular da face e distúrbios granulomatosos podem parecer superficialmente semelhantes a fistulas cutâneas drenantes de origem dentária, mas na verdade não são fistulas.⁸ O fechamento da fistula extraoral após eliminação da infecção através de tratamento não-cirúrgico do canal, no caso aqui relatado, confirmou o diagnóstico errôneo

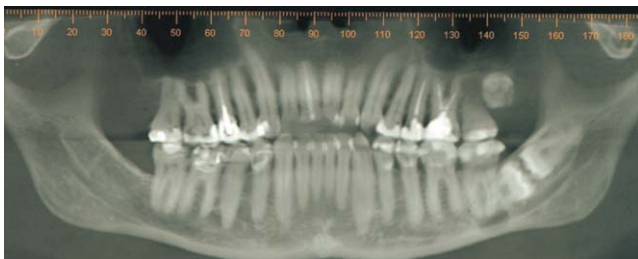


FIGURA 1: Visualização panorâmica em tomografia computadorizada de feixe cônico (CBCT). Um molar supranumerário e destruição óssea ao redor do ápice do segundo molar mandibular esquerdo podem ser visualizados

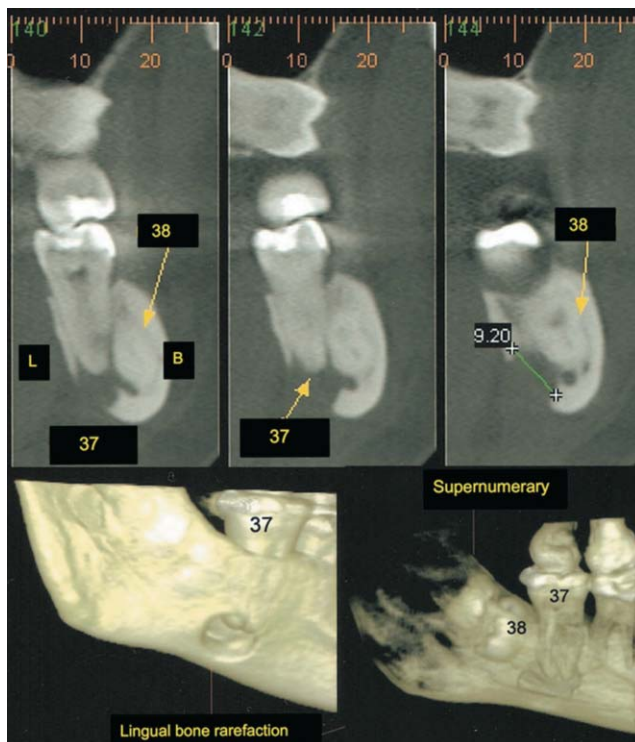


FIGURA 2: A tomografia computadorizada de feixe cônico inicial revelou destruição do osso hioide e ao redor do ápice do segundo molar mandibular esquerdo. 37 = segundo molar mandibular esquerdo; 38 = terceiro molar mandibular esquerdo; B = lado bucal; L = lado lingual

e a origem dentária da lesão cutânea. O exame clínico, radiografia dentária e ocasionalmente a tomografia computadorizada de feixe cônico (CBCT) podem contribuir para a identificação dos dentes envolvidos, evitando assim terapias desnecessárias por antibióticos ou cirurgia.

A terapia endodôntica sem cirurgia, por vezes complementada por cirurgia ou extração de dentes, é o tratamento de escolha para fistulas extraorais.^{1,9} Neste estudo, o dente era restaurável, portanto foi adotada a terapia endodôntica. O tratamento definitivo da fistula drenante requer a eliminação da fonte de infecção através de tratamento do canal. O fechamento espontâneo da fistula é esperado dentro de cinco a catorze dias após o tratamento de canal ou extração.⁷ Nesse caso, a paciente respondeu bem ao tratamento e as lesões cutâneas cicatrizaram sem intercorrências. Apesar de haver algumas diferenças na literatura a respeito da remoção da própria fistula, a maioria dos autores e estudos mais recentes concordam que uma vez removida a causa odontogênica primária, a fistula e lesão cutânea cicatrizam sem tratamento.¹⁰ A cicatrização ocorre por intenção secundária, na maioria dos casos. Tratamento cirúrgico cosmético pode ser necessário futuramente, se a cicatrização resultar em retra-



FIGURA 3: Vista lateral da paciente. O acompanhamento após uma semana revelou uma cicatriz cutânea isenta de drenagem na região submandibular posterior esquerda da face

ção cutânea ou dimpling.¹⁰

Uma fístula cutânea é uma entidade localizada, que geralmente não requer terapia com antibiótico sistêmico. A administração de antibiótico sistêmico não é recomendada em pacientes com fístula cutânea odontogênica que tenham um sistema imunológico competente, nenhum sinal ou sintoma de acometimento sistêmico e nenhuma condição sistêmica que exija cobertura de antibiótico profilático.¹⁰ Neste caso, devido à drenagem cutânea durante o preenchimento endodôntico e lima endodôntica fraturada no canal radicular, antibiótico sistêmico foi prescrito. Clindamicina foi o antibiótico escolhido por ter alto grau de absorção oral, significativa penetração nos tecidos, incluindo penetração óssea, e efeitos estimulatórios no sistema imunológico hospedeiro.¹¹

Um caso de fístula facial que foi inicialmente diagnosticado erroneamente como abscesso cutâneo foi apresentado e discutido. Todas as fístulas faciais devem ser consideradas com possibilidade de origem dentária. O diagnóstico precoce e pronto tratamento minimizam o desconforto do paciente e problemas estéticos, reduzindo a possibilidade de outras complicações, tais como sepse e osteomielite. □

REFERÊNCIAS

- Pasternak-Júnior B, Teixeira CS, Silva-Sousa YT, Sousa-Neto MD. Diagnosis and treatment of odontogenic cutaneous sinus tracts of endodontic origin: three case studies. *Int Endod J*. 2009;42:271-6.
- Munhoz Ede A, Bullen IR, Sant Ana E, Consolaro A. A bizarre extraoral fistula with intraoral manifestations. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2007;73:849.
- Wilson SW, Ward DJ, Burns A. Dental infections masquerading as skin lesions. *Br J Plast Surg*. 2001;54:358-60.
- Bender IB, Seltzer S. The oral fistula: its diagnosis and treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1961;14:1367-76.
- Johnson BR, Remeikis NA, Van Cura JE. Diagnosis and treatment of cutaneous facial sinus tracts of dental origin. *J Am Dent Assoc*. 1999;130:832-6.
- Johnson BR, Remeikis NA, Van Cura JE. Diagnosis and treatment of cutaneous facial sinus tracts of dental origin. *J Am Dent Assoc*. 1999; 130: 832-6.
- Spear KL, Sheridan PJ, Perry HO. Sinus tracts to the chin and jaw of dental origin. *J Am Acad Dermatol*. 1983;8:486-92.
- Ocanha JP, Dias JT, Miot HA, Stolf HO, Marques ME, Abbade LP. Relapses and recurrences of basal cell face carcinomas. *An Bras Dermatol*. 2011;86:386-8.
- Calışkan MK, Sen BH, Ozinel MA. Treatment of extra-oral sinus tracts from traumatized teeth with apical periodontitis. *Endod Dent Traumatol*. 1995;11:115-20.
- Mittal N, Gupta P. Management of extra oral sinus cases: a clinical dilemma. *J Endod*. 2004;30:541-7.
- Brook I, Lewis MA, Sándor GK, Jeffcoat M, Samaranayake LP, Vera Rojas J. Clindamycin in dentistry: more than just effective prophylaxis for endocarditis? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2005;100:550-8.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Allan Abuabara
 Rua Adalberto Schmalz, 402, casa 04 condomínio
 Ibiza - Glória
 89.217-260 Joinville, SC
 E-mail: allan.abuabara@gmail.com

Como citar este artigo/How to cite this article: Abuabara A, Schramm CA, Zielak JC, Baratto-Filho F. Infecção dentária simulando uma lesão de pele. *An Bras Dermatol*. 2012;87(4):619-21.