

Utilidade da ultrassonografia de alta frequência no diagnóstico de fístula cutânea odontogênica^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Atendemos paciente do sexo feminino, 27 anos de idade, com história de seis meses de nódulo persistente e doloroso no mento; referia exsudato purulento ocasional, sem história de febre ou sintomas sistêmicos. Vários cursos de antibióticos orais foram ineficazes. Ao exame extrabucal, apresentava nódulo eritematoso com retração circundante significativa (fig. 1). A ultrassonografia (Esote MyLab Gamma®, 18 MHz) revelou uma lesão hipoeicoica com aumento do fluxo sanguíneo na base e à sua volta. Além disso, um trajeto fistuloso tortuoso e inflamado se estendia através do tecido subcutâneo até o osso alveolar (fig. 2). Esses achados eram consistentes com fístula cutânea odontogênica (FCO); a radiografia panorâmica evidenciou a origem da FCO em um incisivo inferior (fig. 3). A paciente foi encaminhada ao Serviço de Cirurgia Maxilofacial de nosso hospital para avaliação e tratamento; sugeriu-se extração dentária para remoção da fonte de infecção.

A FCO é o resultado de uma canalização anormal que se origina de infecção periapical crônica. Normalmente, a infecção bacteriana da polpa dentária drena para a cavidade oral. Entretanto, quando o processo inflamatório é grave e de longa duração, pode destruir o osso alveolar, espalhar-se para as partes moles adjacentes e, eventualmente, drenar para a pele.¹ As possíveis causas de FCO incluem infecção crônica da mandíbula, trauma, raízes retidas e doença pulpar. Higiene oral deficiente e procedimentos cirúrgicos seguidos de complicações também podem propiciar o surgimento desse tipo de lesão. As manifestações cutâneas podem se apresentar como formação de “covinha”, nódulos, abscessos, cistos, úlceras ou lesão com drenagem em locais variáveis, dependendo dos dentes afetados.² Os trajetos fistulosos são mais comumente associados à infecção dos dentes inferiores do que dos dentes superiores, que normalmente drenam para o mento e a mandíbula. Dadas essas muitas apresentações e locais diferentes, a FCO costuma ser diagnosticada erroneamente, levando a tratamento dermatológico inadequado e terapia antimicrobiana desnecessária. O diagnóstico diferencial inclui micose subcutânea, actinomicose, osteomielite, neoplasias (como carcinoma basocelular ou carcinoma espinocelular), cistos epidérmicos, granulomas piogênicos e de corpo estranho.¹

O diagnóstico da FCO geralmente é realizado com base em radiografia panorâmica e tomografia computadorizada, que mostram o dano ao processo alveolar. No entanto, esses testes exigem tempo e têm custo elevado, e podem ter efei-



Figura 1 Nódulo eritematoso com retração circundante no mento.

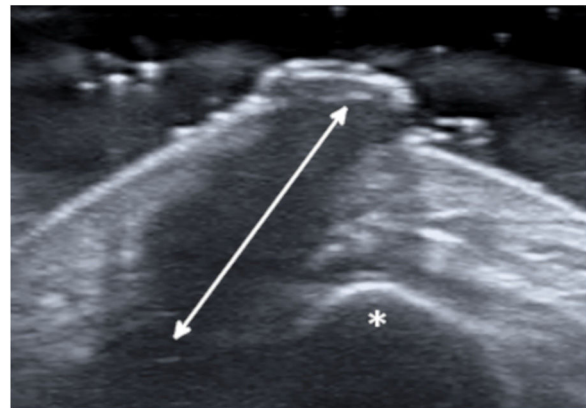


Figura 2 Exame de ultrassonografia revela uma ampla faixa hipoeicoica (seta) que se estende pelo tecido subcutâneo até o osso mandibular (asterisco).



Figura 3 Radiografia panorâmica mostrando radiolucência ao redor da raiz do incisivo lateral inferior esquerdo (seta).

tos colaterais. A ultrassonografia cutânea é uma técnica não invasiva e emergente, com utilidade comprovada em lesões localizadas.³ As imagens de alta frequência não apenas fornecem informações qualitativas e quantitativas robustas sobre lesões cutâneas, mas também sobre os tecidos circundantes. Além disso, a ultrassonografia com Doppler em cores fornece informações sobre a vascularização. Portanto, essa técnica tem se mostrado muito útil no diagnóstico dos

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.06.013>

☆ Como citar este artigo: Altemir-Vidal A, Iglesias-Sancho M, Quintana-Codina M. Usefulness of high-frequency ultrasonography in the diagnosis of odontogenic cutaneous fistula. *An Bras Dermatol.* 2021;96:259–60.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Hospital Universitari Sagrat Cor – Grupo Quironsalud, Barcelona, Espanha.

trajetos fistulosos cutâneos. A imagem ultrassonográfica da FCO consiste em um trajeto fistuloso hipoecoico linear, mas levemente tortuoso, que atinge o osso cortical, com um fluxo sanguíneo aumentado na sua periferia.^{4,5} A maioria desses atributos caracteriza essa lesão e a distingue facilmente de outras afecções incluídas no diagnóstico diferencial clínico. Em relação ao tratamento, a antibioticoterapia traz uma cura aparente; no entanto, se a fonte de infecção não for eliminada, o trajeto fistuloso reaparece com o tempo. Acreditamos que a ultrassonografia de alta frequência também pode ser útil no monitoramento da resposta ao tratamento, mostrando uma diminuição da vascularização e uma redução progressiva do trajeto fistuloso. Além disso, ela também possibilita a detecção de recorrências precoces. Para alcançar a resolução da infecção, a terapia deve se concentrar no manejo da infecção dentária por meio de tratamento endodôntico ou extração.² A excisão cirúrgica do trajeto fistuloso geralmente não é necessária, pois a cicatrização ocorre espontaneamente após o tratamento dentário.

A ultrassonografia cutânea é uma ferramenta segura e acessível para o diagnóstico da FCO. A imagem característica de um trajeto fistuloso hipoecoico realçada pelo Doppler colorido possibilita seu diagnóstico. Assim, as lesões neoplásicas são rapidamente descartadas e muitos tratamentos inadequados são evitados.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuições dos autores

Arcadi Altemir-Vidal: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; preparação e redação do manuscrito; coleta, análise e interpretação de dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual na conduta propedêutica e/ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Maribel Iglesias-Sancho: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; preparação e redação do manuscrito; coleta, análise e interpretação de dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual na conduta propedêu-

tica e/ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Monica Quintana-Codina: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; preparação e redação do manuscrito; coleta, análise e interpretação de dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual na conduta propedêutica e/ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Guevara-Gutiérrez E, Riera-Leal L, Gómez-Martínez M, Amezcua-Rosas G, Chávez-Vaca CL, Tlacuilo-Parra A. Odontogenic cutaneous fistulas: clinical and epidemiologic characteristics of 75 cases. *Int J Dermatol*. 2015;54:50–5.
2. Chhabra A, Chhabra N. Dental Infection Mimicking Dermatological Lesion: Three Case Reports of Cutaneous Fistulae and Sinus Tracts on Face. *Indian Dermatol Online J*. 2018;9:441–4.
3. Wortsman X, Wortsman J. Clinical usefulness of variable-frequency ultrasound in localized lesions of the skin. *J Am Acad Dermatol*. 2010;62:247–56.
4. Shobatake C, Miyagawa F, Fukumoto T, Hirai T, Kobayashi N, Asada H. Usefulness of ultrasonography for rapidly diagnosing cutaneous sinus tracts of dental origin. *Eur J Dermatol*. 2014;24:683–7.
5. Garrido Colmenero C, Blasco Morente G, Latorre Fuentes JM, Ruiz Villaverde R. Diagnostic Value of Color Doppler Ultrasound for Cutaneous Odontogenic Sinus Tract. *Actas Dermosifiliogr*. 2015;106:678–80.

Arcadi Altemir-Vidal *, Maribel Iglesias-Sancho 
e Monica Quintana-Codina 

Departamento de Dermatologia, Hospital Universitari Sagrat Cor – Grupo Quironsalud, Barcelona, Espanha

*Autor para correspondência.

E-mail: arcadi.altemir@gmail.com (A. Altemir-Vidal).

Recebido em 27 de janeiro de 2020; aceito em 23 de junho de 2020

2666-2752/ © 2021 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).