

Fístula cutânea odontogênica mimetizando neoplasia cutânea: relato de caso

Odontogenic cutaneous fistula mimicking skin neoplasia: case report

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2026180547>

RESUMO

As fístulas cutâneas odontogênicas representam um trajeto entre a cavidade oral e a pele e constituem manifestações de necrose pulpar e periodontite apical crônica, causadas por cárie, infecções ou traumas. As manifestações cutâneas incluem lesões como nódulos e cistos e podem apresentar retração perilesional. São um desafio diagnóstico, pois, na maioria dos casos, os pacientes não referem odontalgia. Neste estudo, relatamos o caso de uma paciente cujo diagnóstico foi retardado pela ausência de suspeita clínica, tendo sido submetida a diversos tratamentos, inclusive cirúrgicos, devido à semelhança clínica da lesão com uma neoplasia cutânea. Após o tratamento odontológico, houve resolução completa da lesão.

Palavras-chave: Fístula Bucal; Fístula; Carcinoma Basocelular

ABSTRACT

Odontogenic cutaneous fistulas represent a tract between the oral cavity and the skin. They are manifestations of pulpal necrosis and chronic apical periodontitis, caused by caries, infections, or trauma. Cutaneous manifestations include nodules and cysts and may present with perilesional retraction. They pose a diagnostic challenge, as most patients do not report toothache. We report a case with delayed diagnosis due to lack of clinical suspicion where the patient underwent multiple treatments, including surgery, because of clinical resemblance to cutaneous neoplasia. The lesion resolved completely after dental treatment.

Keywords: Oral Fistula; Fistula; Carcinoma, Basal Cell

Relato de caso

Autores:

Clarissa Brito Farias¹
Ana Vitória Lins Paiva Antunes¹
Aretuza Iolanda Pimentel Torres Portella¹
Antônio Carlos Evangelista de Araújo Bonfim¹
Luciana Cavalcanti Trindade¹

¹ Faculdade de Medicina Nova Esperança, Dermatology Service, João Pessoa (PB), Brasil

Correspondência:

Clarissa Brito Farias
E-mail: clarissabfarias@gmail.com

Fonte de financiamento: Não
Conflito de interesses: Não

Data de submissão: 13/01/2026
Decisão final: 9/4/2026

Como citar este artigo:

Farias CB, Antunes AVLP, Portella AIPT, Bonfim ACEA, Trindade LC. Fístula cutânea odontogênica mimetizando neoplasia cutânea: relato de caso. Surg Cosmet Dermatol. 2026;18(2):e20260547.

INTRODUÇÃO

As fistulas cutâneas odontogênicas (FCO) representam uma comunicação entre a cavidade oral e a pele e constituem manifestações cutâneas secundárias à necrose pulpar e à periodontite apical crônica.¹ As causas incluem cárie, infecção pulpar ou periapical, doenças periodontais, fraturas radiculares e problemas mecânicos decorrentes de trauma, sem predileção por gênero ou faixa etária.^{2,3}

As manifestações cutâneas incluem lesões como nódulos, cistos e áreas de solução de continuidade, podendo apresentar retração na região perilesional. Os trajetos fistulosos mais comumente relatados estão relacionados ao acometimento da arcada dentária inferior, com drenagem para a mandíbula e o mento.^{4,5}

Apesar de bem documentadas, as FCOs continuam sendo um desafio diagnóstico, pois, na maioria dos casos, os pacientes não referem odontalgia. O diagnóstico definitivo geralmente é realizado por meio de exames de imagem, como radiografia panorâmica e tomografia computadorizada, que evidenciam alterações do processo alveolar.⁵

Estima-se que metade dos pacientes com FCOs seja submetida a tratamentos desnecessários, tais como múltiplas abordagens cirúrgicas dermatológicas e antibioticoterapia prolongada, até que o diagnóstico correto seja estabelecido.⁶

Nesse contexto, o objetivo do presente estudo é relatar um caso de FCO com diagnóstico retardado devido à ausência da suspeição diagnóstica, reforçando a importância do conhecimento dessa condição e de sua relação com o exame da cavidade oral de modo a possibilitar uma conduta adequada e oportuna.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 43 anos, faiodérmica, relatava surgimento de lesão em região mandibular direita, indolor, de crescimento progressivo, havia 6 meses. Ao exame, observava-se um nódulo eritematoso, com áreas amareladas e discreto brilho, de consistência fibroelástica e indolor à palpação (Figura 1). A dermatoscopia revelou uma lesão nodular, de fundo rosado, encimada por crostículas amareladas aderidas, com presença de áreas homogêneas amareladas e telangiectasias arboriformes cruzando a lesão (Figura 2), sugerindo carcinoma basocelular.

Foi realizada a exérese fusiforme da lesão e o exame anatomopatológico evidenciou pele com infiltrado inflamatório misto, linfo-histioplasmocitário e neutrofílico, denso e difuso, envolvendo a derme superficial e profunda, o que não corroborava a hipótese inicial de neoplasia cutânea (Figura 3).

Houve perda de seguimento e a paciente retornou após 2 anos da exérese, relatando recidiva da lesão no mesmo local. Ao exame, apresentava nódulo de aspecto lobulado, rosado, com um ponto central amarelado que eliminava exsudato e retração da pele circunjacente (Figura 4). Nesse momento, aventou-se a hipótese de FCO. A cavidade oral foi examinada e verificou-se dentes molares e pré-molares direitos em péssimo estado de conservação, com presença de restos radiculares (Figura 5). Foram solicitadas radiografia panorâmica da face e radiografias periapi-



FIGURA 1: Nódulo eritematoso, com áreas amareladas e discreto brilho, localizado no mento

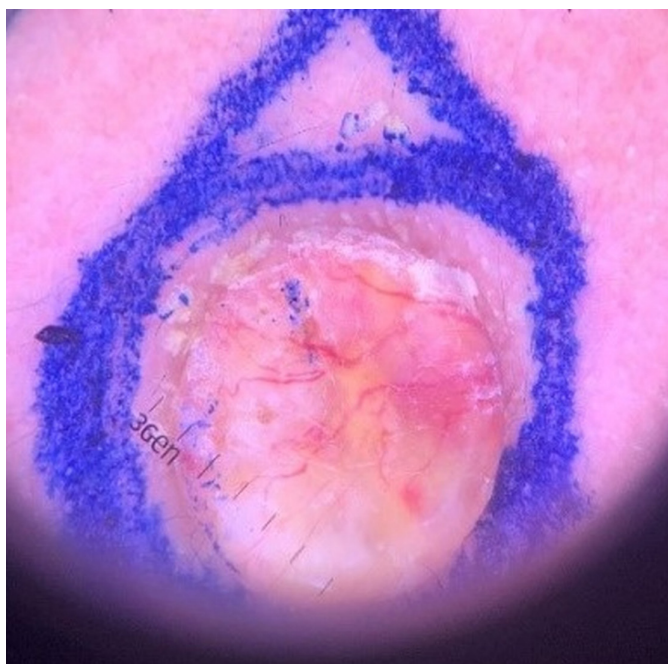


FIGURA 2: Dermatoscopia revelando nódulo de fundo rosado, com áreas amareladas e vasos arboriformes cruzando a lesão

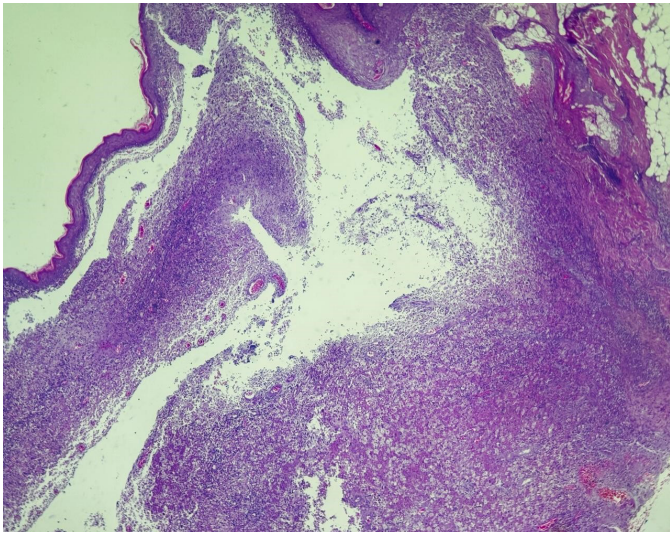


FIGURA 3: Exame anatomopatológico evidenciando pele com infiltrado inflamatório misto, linfo-histioplasmocitário e neutrofilico, denso e difuso, envolvendo a derme superficial e profunda (hematoxilina e eosina, 4×)



FIGURA 5: Destruição coronária total do elemento 46, com remanescente radicular evidente e ausência do elemento 44 ao exame clínico



FIGURA 4: Nódulo com ponto amarelado, eliminando exsudato e apresentando retração circunjacente, 2 anos após a exérese inicial da lesão na mesma topografia

cais dos pré-molares e molares inferiores direitos, evidenciando remanescentes radiculares dos elementos 44 e 46, com área de radiolucidez no ápice radicular do elemento 44, estendendo-se também à região periapical do elemento 45 (Figura 6).

A paciente foi encaminhada ao cirurgião-dentista, que optou pela exodontia dos restos radiculares supracitados com curetagem alveolar e antibioticoterapia com amoxicilina e clavulanato. O elemento dentário 45 foi tratado de forma conservadora, dado que apresentava vitalidade pulpar. A paciente retornou ao ambulatório 6 meses após a realização do tratamento odontológico, apresentando fechamento completo da fístula e cicatriz discretamente atrófica no local (Figura 7).

DISCUSSÃO

As FCOs representam um trajeto entre a cavidade oral e a pele. São infecções crônicas, manifestações de necrose pulpar e periodontite apical crônica, causadas por cárie, infecção pulpar ou periapical, doenças periodontais, fraturas radiculares ou problemas mecânicos decorrentes de trauma. Provocam um processo inflamatório osteoclástico, com formação de abscesso, que progride gradualmente através do osso alveolar, formando um trajeto em direção à área de menor resistência.⁷ O local da drenagem pode ser intraoral ou extraoral. Quando não detectadas

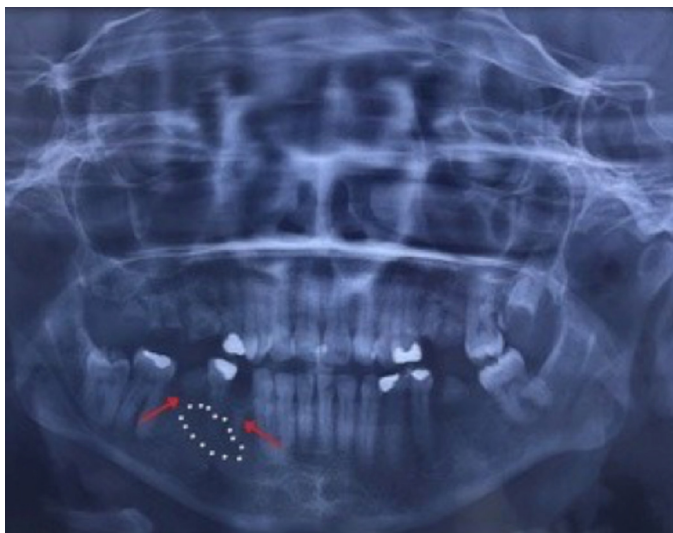


FIGURA 6: Presença de restos radiculares dos elementos 44 e 46, sugerindo remanescentes decorrentes de destruição coronária avançada (setas vermelhas). Observam-se áreas de radiolucidez periapical associadas aos elementos 44 e 46, com acometimento por contiguidade do elemento 45, sugerindo periodontite apical crônica (tracejado)



FIGURA 7: Cicatriz discretamente atrófica e fechamento completo da fístula 6 meses após o tratamento odontológico

precocemente, podem ocasionar alterações estéticas e transtornos psicológicos, comprometendo a autoestima, além de complicações e infecções secundárias.

É necessário um elevado grau de suspeição diagnóstica em relação à FCO, pois nem sempre há relato de odontalgia e a localização pode estar afastada do foco infeccioso, como nas fistulizações para a face e pescoço.⁸ Lee et al.⁷ verificaram que, de 33 pacientes com fístulas de origem odontogênica, 27 receberam inicialmente diagnóstico incorreto (81,8%). Os diagnósticos equivocados incluíram cisto epidérmico (24,2%), furúnculo (21,2%), micose subcutânea (15,2%), carcinoma de células escamosas (9,1%), carcinoma basocelular (6,1%) e granuloma piogênico (6,1%).

As manifestações cutâneas apresentam variabilidade morfológica, podendo se apresentar como retrações cutâneas, nódulos, abscessos, cistos, úlceras ou lesão com drenagem em diferentes locais, dependendo dos dentes acometidos.⁴ Os trajetos fistulosos são mais comumente associados a infecções de dentes inferiores, com drenagem preferencial para a mandíbula e o mento.⁵

O diagnóstico baseia-se na suspeita clínica e é confirmado por radiografia panorâmica da face, radiografia periapical e tomografia computadorizada.⁹ A ultrassonografia cutânea é uma técnica não invasiva e emergente, com utilidade comprovada em lesões localizadas,¹⁰ representando uma ferramenta segura e acessível para o diagnóstico da FCO. A presença de um trajeto fistuloso hipoeoico com realce ao Doppler colorido é um achado característico que auxilia no diagnóstico da condição.⁵

O tratamento consiste na remoção da causa primária, o que leva à cicatrização e regressão da lesão cutânea em 1 a 2 semanas. A cicatriz residual pode ser revisada cirurgicamente caso seja esteticamente desagradável para o paciente.⁶

Apesar de rara, a FCO deve sempre ser considerada no diagnóstico diferencial. Os médicos devem conhecê-la e estar atentos à cavidade oral, principalmente diante de lesões periorais e cervicais. Quando esse tipo de entidade se desenvolve e os pacientes desconhecem o quadro patológico dentário, eles procuram primeiro tratamento dermatológico antes de serem encaminhados para cirurgões-dentistas. ●

REFERÊNCIAS:

1. Giménez-García R, Martínez-Vera F, Fuentes-Vera L. Cutaneous sinus tracts of odontogenic origin: two case reports. *J Am Board Fam Med*. 2015;28(6):838-40.
2. Sheehan DJ, Potter BJ, Davis LS. Cutaneous draining sinus tract of odontogenic origin: unusual presentation of a challenging diagnosis. *South Med J*. 2005;98(2):250-2.
3. Barbosa CAM, Tancredo F, Fonseca CF, Pinho MAB. Diagnosis of cutaneous sinus tract in association with traumatic injuries to the teeth. *Braz J Dent Traumatol*. 2011;2:75-9.
4. 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.
5. 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.
6. Cantatore JL, Klein PA, Lieblich LM. Cutaneous dental sinus tract, a common misdiagnosis: a case report and review of the literature. *Cutis*. 2002;70:264-7.
7. Lee EY, Kang JY, Kim KW, Choi KH, Yoon TY, Lee JY. Clinical characteristics of odontogenic cutaneous fistulas. *Ann Dermatol*. 2016;28(4):417.
8. Moreira C, Medeiros N, Silva IV, Vaz P, Corrales T, Viegas S. Fístula cutânea odontogénica no pescoço: a importância do exame intraoral. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2018;59(S1):3.
9. Amorim GM, Paul IR, Molozzi B, Steckert SEV, Biazussi B, Amorim-Filho RM. Fístula cutânea odontogénica. *Rev SPDV*. 2020;78(3).
10. Wortsman X, Wortsman J. Clinical usefulness of variable-frequency ultrasound in localized lesions of the skin. *J Am Acad Dermatol*. 2010;62:247-56.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Clarissa Brito Farias  ORCID 0009-0009-5395-045X

Análise estatística, Aprovação da versão final do manuscrito, Concepção e planejamento do estudo, Elaboração e redação do manuscrito, Obtenção, análise e interpretação dos dados, Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, Revisão crítica da literatura.

Ana Vitória Lins Paiva Antunes  ORCID 0000-0002-5171-245x

Concepção e planejamento do estudo, Elaboração e redação do manuscrito, Obtenção, análise e interpretação dos dados.

Aretuza Iolanda Pimentel Torres Portella  ORCID 0000-0002-3952-363X

Concepção e planejamento do estudo, Elaboração e redação do manuscrito, Obtenção, análise e interpretação dos dados, Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Antônio Carlos Evangelista de Araújo Bonfim  ORCID 0000-0001-8739-365X

Aprovação da versão final do manuscrito, Concepção e planejamento do estudo, Elaboração e redação do manuscrito, Obtenção, análise e interpretação dos dados, Participação efetiva na orientação da pesquisa, Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, Revisão crítica da literatura, Revisão crítica do manuscrito.

Luciana Cavalcanti Trindade  ORCID 0000-0002-0643-1093

Concepção e planejamento do estudo, Participação efetiva na orientação da pesquisa, Revisão crítica da literatura, Revisão crítica do manuscrito.