

Aspectos terapéuticos de las fístulas cutáneas de la cara

Therapeutical features of the facial cutaneous fistula

José Manuel Díaz Fernández 

Hospital Docente "Saturnino Lora". Instituto Superior de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.



Citar como: Díaz-Fernández JM. Aspectos terapéuticos de las fístulas cutáneas de la cara. Rev Cubana Estomatol. 1996;33(1):17-22

RESUMEN

Se realizó un estudio transversal durante 5 años (1984 a 1988) en los cuales fueron tratados 99 pacientes con fístula cutánea de la región facial, en el servicio de cirugía maxilofacial del Hospital Docente "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba. Se comprobó que para establecer pronósticos terapéuticos favorables en esta entidad, el tratamiento de las fístulas agudas debe orientarse hacia la erradicación o minimización de la fase aguda mediante farmacoterapia antimicrobiana del tipo de la betalactamasa, combinada con la eliminación de los factores causales, seguida en una fase mediata de la fistuloplastia según los requerimientos individuales de cada lesión; mientras que en las lesiones de curso crónico la conducta debe dirigirse hacia la eliminación del agente causal y exéresis del trayecto fistuloso con plastia del área afectada en el mismo tiempo quirúrgico, combinado con antibiotioterapia profiláctica según resultado bacteriológico. Se concluye que la evolución posoperatoria de esta afección es significativamente satisfactoria; las de origen osteomielíticas tienen mayor incidencia de complicaciones.

Palabras clave: fístula cutánea; cirugía; dermatosis facial; penicilinas; uso terapéutico; cefalosporinas; eritromicina; ácido nalidíxico.

ABSTRACT

A cross-sectional study was carried out along 5 years (1984-1988), in which 99 patients with facial cutaneous fistulas were treated in the maxillofacial surgery service of the "Saturnino Lora" Educational Hospital, at Santiago de Cuba. It was confirmed that in order to establish favorable therapeutical prognosis in this entity, the treatment of the acute fistulas must be oriented towards eradicating or minimizing the acute phase by antimicrobial drug therapy of the kind of beta-lactam antibiotics, combined with the elimination of causal factors, followed in a mediate phase by fistulaplasty, in accordance with the individual requirements of each lesion. As for the chronic course lesions, the conduct must be directed towards the elimination of the causal agent, and exeresis of the fistulous section with a plasty of the affected area in the same surgical time, combined with prophylactic antibiotic therapy according to the bacteriological results. It is concluded that the postoperative evolution of this affection is significantly satisfactory, and the affections with an osteomyelitic origin have the highest complications incidence.

Keywords: cutaneous fistula; surgery; facial dermatoses; penicillins; therapeutic use; cephalosporins; erythromycin; nalidixic acid.

INTRODUCCIÓN

La práctica lograda como consecuencia de la atención a pacientes con fístulas faciales, nos permite señalar la extraordinaria importancia que reviste el análisis sistemático y detallado de esta afección, con el fin de obtener resultados satisfactorios.

Para algunos autores, este hecho debe fundamentarse en el interrogatorio, examen clínico de la lesión y del aparato dentario, mucosa bucal, faringe, seno maxilar, fosas nasales, áreas ganglionares y glándulas salivales, así como en fistulografías, estudios radiográficos y bacteriológicos.¹⁻⁴

El propósito fundamental del presente estudio es el de informar los criterios terapéuticos que se siguen con las fístulas cutáneas faciales en nuestro servicio y determinar la evolución posoperatoria de estos pacientes.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 99 pacientes con fístula cutánea de la cara, atendidos en el servicio de cirugía maxilofacial del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba durante el quinquenio 1984 a 1988.

Para la ejecución de este trabajo se necesitó la colaboración de los departamentos de archivo-codificación; así como el de anatomía patológica.

Para recoger la información se confeccionó una planilla-encuesta que contenía las diferentes variables relacionadas con los objetivos propuestos.

La información primaria se procesó mediante el método porcentual, con el empleo de una calculadora electrónica marca Sharp Compet CS-21220-12 Digit, de procedencia japonesa, que permitió agrupar los datos en cuadros según los objetivos planteados.

RESULTADOS Y DISCUSION

El tratamiento de las fístulas cutáneas aparece reflejado en la tabla 1. Debemos destacar 2 aspectos fundamentales: 1ro. Se controló la fase aguda y se eliminaron los factores causales en aquellas fístulas donde éstos eran perfectamente constatables, y 2do. En

casi todas, con excepción de las de origen congénito, osteomielítico y lagrimal, se empleó terapéutica antimicrobiana del tipo de las betalactamasas, (penicilina y cefalosporinas).

TABLA 1. Tratamiento de las fístulas cutáneas de la cara según su origen

Origen de las fístulas	Tratamiento	Frecuencia	
		No.	%
Odontógenas	Antibiótico, exodoncias + fistuloplastia	26	26,2
	Fistuloplastia + antibiótico	13	13,2
Osteomielíticas	Antibiótico + decorticación + fistuloplastia	17	17,2
Quísticas	Quistectomía maxilar + antibiótico + fistuloplastia	9	9,1
	Fistuloplastia con capsulectomía (parte blanda)	5	5,1
Adénicas	Antibiótico + fistuloplastia con adenectomía	4	4,0
Actinomicóticas	Antibiótico + incisión drenaje	3	3,0
	Antibiótico + dermatomactomía	3	3,0
Reacción a cuerpo extraño	Antibiótico + fistuloplastia + extracción de cuerpo extraño	6	6,1
Salivales	Antibiótico + parasimpaticolíticos + derivación del conducto		
	proximal + fistuloplastia + vendaje compresivo externo	1	1,0
	Neurectomía de Jackson + fistuloplastia	3	3,0
Congénitas:			
- Branquiales	- Fistuloplastia simple o en escalera	1	1,0
- Tiroglosas	- Fistuloplastia según Sistrunk	2	2,0
- Lagrimales	- Dacriorrinocistotomía y fistuloplastia	1	1,0
Total		99	100,0

En las fístulas crónicas de origen odontógeno se eliminó el agente causal. Al realizar la fistuloplastia se aplicó como antibiótico la penicilina rapilenta en el mismo acto quirúrgico (26,2 %). Este proceder, más el antibiótico por vía parenteral se utilizó en aquellos casos donde había existido una fase aguda del proceso, el cual trató de forma clásica y al cabo de algunas horas, con el antibiótico en sangre, se procedió a extraer el o los dientes causales y se esperó un tiempo prudencial para la regresión total; luego, en los días sucesivos, se procedió a la fistulotomía con plastia del área lesionada (13,2 %).

En las fístulas osteomielíticas crónicas (17,2 %) se empleó durante una semana, previo al proceder quirúrgico, una combinación de antibióticos del tipo de los macrólidos (eritromicina) y un inhibidor de la girasa de la primera generación (ácido nalidíxico). Luego se procedió a la secuestrectomía con decorticación y se mantuvo una semana más dicha combinación de antibióticos. En aquellos casos donde se constataron focos odontógenos, éstos se erradicaron durante el proceder quirúrgico; sólo 6 pacientes presentaron evoluciones no favorables debido a la osteomielitis crónica primaria, y fue necesario aplicar posteriormente tratamiento quirúrgico radical del área lesionada, así como osteoplastia autógena luego de haber colocado un mantenedor de espacio de tipo Kischner por un período entre 4 a 6 meses.

Las fístulas a causa de quistes intermaxilares correspondieron en su gran mayoría a quistes dentígeros en áreas del tercer molar inferior. En estos casos se efectuó quistectomía con previa cobertura antibiótica en 4 pacientes por presentar cuadros supurativos; y en fase más tardía, se llevó a cabo la plastia del área fistulosa, técnica utilizada en unión de la exéresis del quiste en aquellos pacientes donde no se demostró actividad séptica del área afectada.

En los pacientes con fístulas debidas a quistes dermoides en región nasal y de cola de la ceja, se llevó a cabo una capsulectomía con plastia mediante incisiones losángicas o en W, según requirieran los casos.

En las fístulas adénicas se empleó la adenectomía en 4 pacientes (4,0 %), así como tratamiento antibiótico según el resultado histológico, el cual resolvió en 3 pacientes con diagnóstico de tuberculosis de tipo ganglionar, donde se utilizó terapéutica con estreptomycinina más isoniacida bajo control de los clínicos. En el resto de los casos se diagnosticó adenitis inespecífica (5,0 %).

Las fístulas actinomicóticas se trataron mediante la exéresis del dermatoma lesionado combinado con antibiótico del tipo de la penicilina en dosis suficientes (3,0 %) y en el resto se realizó incisión y drenaje combinado con antibióticos en grandes dosis (3,0 %).

En las fístulas por cuerpo extraño (6,0 %) se eliminó el material de osteosíntesis (5,0 %) y los restos de gasa (en un paciente) seguido de antibioticoterapia según el resultado del cultivo con antibiograma realizado.

Por su parte, las fístulas salivales fueron tratadas según la causa y la localización de las mismas. En aquéllas relacionadas con procedimientos quirúrgicos como la exéresis de quistes simples parotídeos y herida por arma blanca, con lesión de la cápsula, se efectuó neurectomía de Jackson, luego de fracasar los procedimientos conservadores que normalmente se aplican en estos casos. En el otro paciente fue menester llevar a cabo la creación de una fístula intrabucal (derivación del conducto) a expensas del cabo proximal, combinada con fistuloplastia cutánea, vendaje compresivo e indicación de un parasimpaticolítico. Este último caso no evolucionó satisfactoriamente, ya que volvió a recidivar la fístula cutánea, y hubo que recurrir a la radioterapia glandular.

El resto de las fístulas, o sea, las congénitas y lagrimales fueron tratadas de forma clásica.

Con respecto a la evolución posoperatoria de las fístulas cutáneas (tabla 2), obsérvese que el 90,9 % de las mismas evolucionaron hacia la curación de los tejidos involucrados. Solo el 9,1 % se complicó, sobre todo las fístulas de origen osteomielítico, con el 6,1 % del total de la casuística estudiada.

TABLA 2. Evolución posoperatoria de 99 pacientes con fístulas cutáneas de la cara según su origen

	Evolución posoperatoria					
	Satisfactoria		No satisfactoria		Total	
Fistulas cutáneas	No.	%	No.	%	No.	%
Odontógenas	38	38,4	1	1,0	39	39,4
Osteomielíticas	110	11,1	6	6,1	17	17,2
Quísticas	13	13,2	1	1,0	14	14,2
Adénicas	9	9,0	-	-	9	9,0
Actinomicóticas	6	6,1	-	-	6	6,1
A. cuerpo extraño	6	6,1	-	-	6	6,1
Salivales	3	3,0	1	1,0	4	4,0
Congénitas:						
Branquiales	1	1,0	-	-	1	1,0
Tiroglosas	2	2,0	-	-	2	2,0
Lagrimalas	1	1,0	-	-	1	1,0
Total	90	91,9	9	9,1	99	100,0

En el resto de los pacientes que presentaron recidivas, en un caso tuvo relación con una reinfección de un quiste periapical por compromiso de una lesión de un diente adyacente al área de una quistectomía, lo que no se interpretó adecuadamente en el análisis radiográfico preoperatorio.

Nuestros resultados posoperatorios coincidieron con los de Jackson,⁵ Ried,⁶ Habal⁷ y Sanni et al⁸ en cuanto a los tipos de fístulas que tienen tendencia a las recidivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 8 ed. Barcelona: Salvat, 1972:503.
2. Bailey H. Semiología quirúrgica. 4 ed. Barcelona: Toray-Masson, 1982:476.
3. Wilson CP. Fistulas of the neck of developmental origen. Ann Surg 1985;22(1):91.
4. Clain A. Semiología quirúrgica. 3 ed. Barcelona: Salvat, 1986:79,184.
5. Jackson IT. Use of tongue plops to resur face lip defects and close palatal fistulae in children. Plast Reconstr Surg 1990:81-537.
6. Reid DAC. Fistulae in the hard palate following cleft palate surgery. Br J Plast Surg 1990;44:337.
7. Habal MB. Acarotid cavernous sinus fistula after maxillary osteotomy. Plast Reconstr Surg 1988;79:981.

8. Sanni K, Capbell R, Rosner M, et al. Internal carotid arterial occlusion following mandibular osteotomy. J oral Maxillofac Surg 1990;48:381-92.

Recibido: 25 de noviembre de 1993

Aceptado: 25 de enero de 1995

Publicado: 3 de abril de 1996



Este artículo de *Revista Cubana de Estomatología* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Revista Cubana de Estomatología*.