

# Fisteldannelse i huden som følge af en ubehandlet asymptomatisk tandinfektion

Louise Jul Bondo & Susanne Lambaa

## KASUISTIK

Plastikkirurgisk  
Afdeling, Herlev Hospital

Ugeskr Læger  
2015;177:V12140674

En odontogen kutan fistel er en fisteldannelse i huden som følge af en ubehandlet infektion med fokus i tænderne. Det er en sjælden tilstand, som oftest skyldes en ubehandlet periradikulær absces som følge af caries [1, 2].

Fisteldannelsen sker via det væv, hvor modstanden er mindst, og vil ofte udmunde i mundhulen. I få tilfælde ses dog fistulering til huden, oftest på hagen eller kinden [1, 3]. Karakteristisk har patienterne ingen symptomer fra mundhulen, og objektivt findes der intet patologisk ved inspektion af mundhulen [1]. I stedet har patienterne en læsion med purulent sekretion i ansigtet [2-4]. Derfor søger patienterne som regel først hudlæge eller kirurg [1]. Her mistolkes tilstanden hyppigt som en infektion med fokus i huden, og patienterne gennemgår gentagne kirurgiske fjernelser af elementet samt antibiotikabehandlinger [3, 5].

## SYGEHISTORIE

En 63-årig mand blev henvist til en plastikkirurgisk afdeling pga. vedvarende sekretion fra et 5 × 5 × 3 mm stort, eleveret, kutant element øverst i højre nasolabi-alfure. Ved inspektion af cavum oris var der intet patologisk at bemærke.

Problemet havde stået på igennem tre år. Patienten havde flere gange fået foretaget kirurgisk fjernelse af elementet på formodning om, at det drejede sig om et recidiverende aterom. På mistanke om et fokus i tænderne var der blevet taget røntgenbilleder heraf, men man havde ikke fundet holdepunkter for fisteldannelse mellem tandrod og hud. Patienten havde ud over kosmetiske gener ingen odontologiske gener. Der blev foretaget en fornyet excision af elementet pga. fortsat mistanke om recidiveret aterom (Figur 1A).

Tre uger efter operationen mødte patienten igen med et fornyet kutant element med sekretion. Histologisvaret viste absces, og en podning var positiv for *Staphylococcus aureus* og coryneforme stave. Infektion med *Actinomyces*, svampe eller tuberkulose blev udelukket. Patienten blev sat i antibiotikabehandling og fik, som tidligere, recidiv, så snart behandlingen ophørte. Han blev henvist til kæbekirurgisk revurdering (Figur 1C).

Der blev udført en ortopantomografisk optagelse, hvor man fandt mange tandrestaureringer og en stor plastfyldning i 3+, hvori man fik mistanke om, at der

var apikal patologi. Patienten fik foretaget rodbehandling hos egen tandlæge, og fistlen forsvandt, dog kom der recidiv kort tid efter rodfyldningen. Der blev foretaget fornyet rodbehandling, men her ventede man med rodfyldning, indtil fistlen var komplet helet. I huden på

## FIGUR 1

A. Klinisk foto af persisterende hudfistel før operation. B. Klinisk foto tre mdr. efter rodbehandling. C. Ortopantomografi. I højre side af overmundens, er + 3, hvor der var mistanke om patologisk fokus, markeret med en pil.



kinden efterlod fistlen en lille cicatrice. Der var ikke behov for korrektion af denne. Patienten havde fem måneder efter rodbehandling fortsat ingen tegn på fornyet fisteldannelse (Figur 1B).

## DISKUSSION

Fistulering i huden fra et odontologisk fokus er sjælden, men velbeskrevet i litteraturen, hvor det også belyses, at fistlerne kan være vanskelige at diagnosticere. Der findes flere eksempler på patienter, som på grund af fejl diagnose har fået foretaget gentagne biopsier, kirurgiske excisioner, stråleterapi og antibiotisk behandling [1, 4]. Årsagen er blandt andet, at op mod 50% af patienterne ikke har nævneværdige symptomer, og at tidsintervallet fra debut af tandfokus til udvikling af en synlig hudfistel kan være op til 30 år [4]. Endvidere kan det kutane element i ansigtet være placeret langt fra det forårsagende tandfokus [5]. Den korrekte diagnose hos patienten i sygehistorien blev først stillet efter flere år og i samarbejde med tandlæger [3].

I tilfælde, hvor der er behov for at belyse, om der er tale om et underliggende tandfokus, viser den foreliggende litteratur, at periapikale optagelser er at foretrække, idet disse optagelser viser tænderne i deres helhed med omkringliggende knogle. Behandling af hudfistlen består oftest i rodbehandling eller ekstraktion af den afficerede tand [3]. Normalt vil en velgennemført tandbehandling medføre spontan heling af fistlen i løbet af få uger og giver ofte et acceptabelt kosmetisk resultat [3, 5]. Hos patienten i sygehistorien var det nødvendigt at udføre rodbehandling to gange, før der opstod komplet heling. I tidligere sygehistorier er der ligeledes blevet beskrevet et behov for gentagne tandbehandlinger, før der blev opnået heling [1].

Kendskabet til denne differentialdiagnose betyder, at der allerede ved klinisk mistanke kan etableres et samarbejde mellem hudlæger, kirurger og tandlæger. Herved sikres hurtigere diagnostik og behandling tidligt i sygdomsforløbet.

## SUMMARY

Louise Jul Bondo, & Susanne Lambaa:

Cutaneous sinus tract due to an asymptomatic dental infection

Ugeskr Læger 2015;177:V12140674

Pyogenic cutaneous lesions of the cervicofacial region may have a variety of causes but one possibility that should be considered is a cutaneous sinus tract (CST) of dental origin. Correct diagnosis is based on a high index of suspicion and radiologic evidence of a dental pathology. Patients with odontogenic CST should be referred to a dentist and the treatment consists of either endodontic therapy or extraction of the involved tooth. We present a case report with misdiagnosis of CST of dental origin.

**KORRESPONDANCE:** Louise Jul Bondo. E-mail: louise\_bondo@hotmail.com

**ANTAGET:** 2. september 2015

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 16. november 2015

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. Chan CP, Jeng JH, Chang SH et al. Cutaneous sinus tracts of dental origin: clinical review of 37 cases. *J Formos Med Assoc* 1998;97:633-7.
2. 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.
3. Mittal N, Gupta P. Management of extra oral sinus cases: a clinical dilemma. *J Endod* 2004;30:541-7.
4. Yasui H, Yamaguchi M, Ichimiya M et al. A case of cutaneous odontogenic sinus. *J Dermatol* 2005;32:852-5.
5. Sammut S, Malden N, Lopes V. Facial cutaneous sinuses of dental origin – a diagnostic challenge. *Br Dent J* 2013;215:555-8.