

ABSTRACT

BAGGRUND – Odontogene infektioner kommer oftest til udtryk ved intraorale hævelser, abscesser eller fistler i gingiva i det aktuelle område. I sjældne tilfælde sker spredning via alternative veje, hvorfor den kliniske manifestation kan variere. Korrekt multidisciplinær diagnostik er nødvendig for den optimale behandling.

PATIENTTILFÆLDE – En 84-årig mand blev henvist til Kæbekirurgisk afdeling, Aalborg Universitetshospital, grundet mangeårigt problem med produktiv fistel i venstre kind, som flere gange var blevet behandlet lokalt af egen læge, hudlæge og plastikkirurg og sidenhen viderehenvist til Øre-næse-halskirurgisk afdeling på mistanke om sygdom i sinus maxillaris. Røntgen viste apikal parodontitis på +6. Behandlingen bestod af fjernelse af +6 samt excision af fistlen og resulterede i komplet heling af læsionen.

KONKLUSION – Kendskab til tandinfektioners kliniske manifestationer er vigtigt for korrekt diagnostik. Derudover er kommunikation mellem læger og tandlæger vigtig for at forhindre unødigt lange forløb samt utilstrækkelig behandling såvel kirurgisk som medicinsk.

EMNEORD | Diagnosis | diagnostic techniques and procedures | maxillary disease | operative procedure | radiology



Korrespondanceansvarlig førsteforfatter:
JULIE BUCHHOLDT VITENSON
j.vitenson@rn.dk

Persisterende fistel i kinden

JULIE BUCHHOLDT VITENSON, uddannelsestlæge, Kæbekirurgisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital, Aalborg

HANNA CECILIA HEJLESEN, overtandlæge, ph.d., Kæbekirurgisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital, Aalborg

SVEN ERIK NØRHOLT, klinisk professor, overtandlæge, ph.d., Afdeling for Tand-, Mund- og Kæbekirurgi, Aarhus Universitetshospital, Aarhus

Accepteret til publikation den 15. juni 2026

[Online før print]

Ekstraorale fistler af odontogen oprindelse er en sjælden klinisk manifestation af kronisk apikal infektion og kan udgøre en diagnostisk udfordring (1-2). Her præsenteres et patienttilfælde med en mangeårig fistel i kinden, som blev undersøgt og behandlet af flere lægelige specialer, før den odontogene årsag blev erkendt. Tilfældet understreger betydningen af at inkludere odontogene infektioner i differentialdiagnostiske overvejelser ved persisterende fistler i hoved- og halsregionen.

PATIENTTILFÆLDE

En 84-årig alment rask mand blev henvist til Kæbekirurgisk afdeling, Aalborg Universitetshospital, fra Øre-næse-halskirurgisk afdeling (ØNH) grundet CT-verificeret infektion i tand +6.

Patienten havde i ca. tre år haft en produktiv fistel i huden på venstre kind, som ad flere omgange blev excideret af egen læge, hudlæge samt plastikkirurg, men uden effekt. Histologien viste absces og granulationsvæv med mistanke til abscederet, rumperet follikulit. Patienten var desuden vurderet af egen tandlæge uden fund af odontogent fokus. Ved fornyet vurdering ved plastikkirurg ca. tre år efter første excision blev patienten henvist til ØNH på mistanke om en sygdomsproces i sinus maxillaris. CT-scanning af bihulerne viste apikal opklaring på +6, hvorefter patienten blev henvist til kæbekirurgisk vurdering.

Klinisk og radiologisk undersøgelse

Patienten oplyste, at han aldrig havde haft symptomer fra tanden eller fra mundhulen i øvrigt og gik regelmæssigt til tandlæge.

Præoperativt



Fig. 1. Klinisk præsenterede patienten sig med en større, skorpebelagt fistel sv.t. venstre kind.

Fig. 1. Clinically the patient presented with a large, encrusted fistula on the left cheek.

klinisk relevans

Infektioner spredde sig i den retning, hvor der er mindst modstand. Odontogene infektioner viser sig oftest som intraorale fistler og hævelser og kan medføre både akutte og kroniske symptomer for patienten. I sjældne tilfælde sker spredning af infektionen dog via alternative veje, og den kliniske manifestation kan således variere og ikke umiddelbart give mistanke om odontogen infektion. Korrekt multidisciplinær diagnostik er således nødvendig for den optimale behandling, og kendskab til odontogene infektioners spredning er relevant for både tandlæger og læger.

Objektiv undersøgelse viste produktiv fistel i venstre kind (Fig. 1). Intraoralt sås et velholdt tandsæt, hvor +6 havde en sufficient fyldning, ingen perkussionsømhed eller mobilitet og ej heller med fordybede pocher eller forandringer i omgivende slimhinde. Panorama bekræftede apikal opklaring på +6, som tidligere var blevet beskrevet på CT (Fig. 2). Dette sandsynligvis grundet en tidligere pulpanekrose relateret til caries eller som følge af fyldningsterapien.

Behandling

På grundlag af diagnosen parodontitis apicalis chronica cum fistula +6 blev der planlagt kirurgisk fjernelse af +6 med udrensning i ekstraktionsalveolen samt overfladisk rensning og excision af fistlen i huden med efterfølgende suturering. Behandlingen ►

Panoramarøntgen og CT-scanning

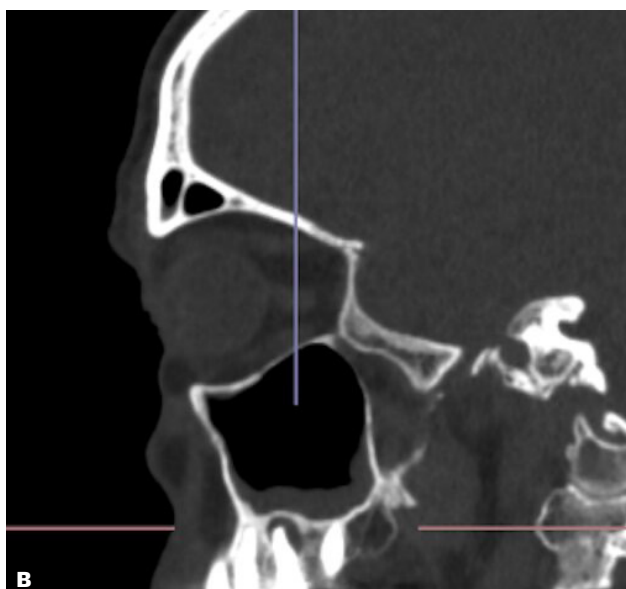


Fig. 2. A. Panoramarøntgen viste apikal opklaring på tand +6. **B.** Sagittalt snit fra CT-scanning.

Fig. 2. A. Panoramic radiograph showed a periapical lesion on tooth +6. **B.** Sagittal slice from CT-scan.

blev udført under dække af penicillin og metronidazol, som blev startet tre dage før behandling og fortsatte syv dage efter behandling. Ved kontrol én og fem uger efter tandfjernelse sås ukompliceret, tilfredsstillende heling sv.t. ekstraktionsalveolen, fuldstændig lukning af fistlen og ingen symptomer fra bihulen (Fig. 3). Ved telefonisk kontrol ca. halvandet år efter behandlingen var patienten fortsat symptomfri og uden recidiv.

DISKUSSION

Lokale odontogene infektioner viser sig oftest som intraorale hævelser, abscesser eller fistler i gingiva, hvor klinisk og radiologisk undersøgelse hos tandlægen typisk fører til korrekt diagnose. I sjældne tilfælde spredes infektionen via alternative veje, og den kliniske manifestation kan således variere (1-2).

Ekstraorale fistler grundet tandinfektion er sjældne, men velbeskrevet i litteraturen. Ofte kan de forveksles med hudlidelser, patienterne har typisk ingen symptomer, og inspektion af mundhulen viser upåfaldende forhold. Derfor søger patienterne som regel først læge, hvilket kan medføre medicinsk og/eller kirurgisk behandling uden effekt (3). Kendskab til odontogene infektioners spredning er derfor vigtigt for sundhedsprofessionelle i hoved- og halsområdet (4).

Patientens eneste symptom var en produktiv fistel i venstre kind. De initiale behandlinger blev udført uden billeddiagnostik, og da patienten ikke havde symptomer fra tænderne, vakte det kliniske billede i første omgang ikke mistanke om et tandfokus. Da mistanken blev rejst af hudlæge samt plastikkirurg, og patienten blev set af tandlægen, fandtes ingen radiologiske tegn på tandsygdom.

Rodspidser på præmolarer og molarer i overkæben har ofte direkte eller tæt relation til bunden af sinus maxillaris, og en apikal parodontitis kan derfor medføre en infektion i sinus og derfra eventuel spredning. Dette vil ofte medføre symptomer på kronisk sinuitis maxillaris. Flere studier viser, at op mod 40 % af kroniske unilaterale sinuitis maxillaris er associeret med odontogene foci (5). I dette tilfælde fremstod patienten ikke med nogen former for klassiske symptomer på dette. Mistanken om sygdomsproces i sinus blev ligeledes afkræftet hos ØNH-læge.

I nogle tilfælde af kronisk inflammation kan der dannes en fistel, som er defineret som kommunikation mellem det inflammerede område og en epitelooverflade. Disse fistler dannes mod områder med mindst modstand og kan opstå både intra- og ekstraoralt og hyppigst sv.t. kinder, hage, kæbevinkel samt næsebunden. De ekstraorale fistler er relativt sjældne og kan misdiagnosticeres som lokale hudinfektioner, nedgroede hår og lignende (4,6,7). En af årsagerne til forsinket diagnose er, at ca. halvdelen af patienterne ikke har symptomer fra tænderne, og tiden fra at fokus opstår, til patienten præsenterer sig med en ekstraoral fistel, kan være lang (8,9).

Fem uger postoperativt



Fig. 3. Fem uger postoperativt præsenterede patienten sig med komplet heling sv.t. den tidligere fistel.

Fig. 3. Five weeks postoperatively the patient presented with complete healing of the former fistula.

Patienttilfældet understreger vigtigheden af korrekt diagnostik, hvorfor alle specialer inden for hoved- og halsområdet bør kende til eventuelle sammenhænge mellem tandinfektioner og deres kliniske manifestationer, der – som i dette tilfælde – ikke nødvendigvis fremstår med klassiske symptomer. Kommunikation mellem privatpraktiserende og hospitalsansatte læger og tandlæger er vigtig i denne sammenhæng for at forhindre unødigt lange forløb og utilstrækkelig behandling såvel kirurgisk som medicinsk. Korrekt diagnostik og behandling i form af sanering af infektionsfokus medfører komplet helbredelse. ♦

Patienten har givet informeret samtykke til at bringe de kliniske billeder samt røntgen billede.

ABSTRACT (ENGLISH)

PERSISTENT FISTULA IN THE CHEEK

BACKGROUND – Odontogenic infections most commonly present as intraoral swellings, abscesses, or fistulas in the gingiva of the affected area. In rare cases, the infection spreads through alternative pathways, causing variation in the clinical presentation. Correct multidisciplinary diagnostics are necessary to ensure optimal treatment.

CASE STUDY – An 84-year-old man was referred to the Department of Oral and Maxillofacial Surgery at Aalborg University Hospital due to a persistent productive fistula on the left cheek. The condition had repeatedly been treated locally by his general

practitioner, dermatologist, and plastic surgeon, and he was subsequently referred to the Department of Otorhinolaryngology on suspicion of disease in the maxillary sinus. Radiographic examination revealed apical periodontitis associated with tooth +6. Treatment consisted of extraction of the tooth and excision of the fistula, resulting in complete healing of the lesion.

CONCLUSION – Knowledge of the clinical manifestations of dental infections is important for accurate diagnosis. Furthermore, communication between physicians and dentists is essential to prevent unnecessarily prolonged treatment courses as well as inadequate surgical and medical management.

LITTERATUR

1. 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.
2. Abuabara A, Schramm CA, Zielak JC et al. Dental infection simulating skin lesion. *An Bras Dermatol* 2012;87:619-21.
3. Bondo LJ, Lambaa S. Fisteldannelse i huden som følge af en ubehandlet asymptomatisk tandinfektion. *Ugeskr Laeger* 2015;177:V12140674.
4. Azizlou E, Sobhani MA, Ghabraei SH et al. Extraoral sinus tracts of odontogenic origin: a case series. *Front Dent* 2020;17:29.
5. Ghawsi S, Philipsen BB, Kjeldsen AD. Kronisk sinusitis maksillaris med en odontogen baggrund. *Tandlægebladet* 2021;125:1076-80.
6. Curvers F, De Haes P, Lambrechts P. Non-surgical endodontic therapy as treatment of choice for a misdiagnosed recurring extraoral sinus tract. *Eur Endod J* 2017;2:1-6.
7. Gupta M, Das D, Kapur R et al. A clinical predicament – diagnosis and differential diagnosis of cutaneous facial sinus tracts of dental origin: a series of case reports. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;112:e132-6.
8. Yasui H, Yamaguchi M, Ichimiya M et al. A case of cutaneous odontogenic sinus. *J Dermatol* 2005;32:852-5.
9. Sammut S, Malden N, Lopes V. Facial cutaneous sinuses of dental origin – a diagnostic challenge. *Br Dent J* 2013;215:555-8.