



# Tumor de Pott presentación de caso

Fonseca Chávez Mariana Gabriela\*, Macías Fernández Luis Alberto \*\*, Macías Valle Luis Fernando\*\*\*

\*Médico Residente de Tercer Año, \*\* Médico Asociado del Servicio Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, \*\*\* Médico Voluntario del Servicio Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

## RESUMEN

A pesar de que el tumor inflamatorio de Pott ha sido relegado a una anécdota histórica, continua siendo presente, siendo una rara entidad clínica. Presentamos el caso en un paciente masculino de 17 años con un tumor inflamatorio de Pott con involucro intracraneal.

## INTRODUCCIÓN

En 1760, Sir Percival Pott describió por primera vez el tumor inflamatorio de Pott, pero en 1879, Lannelongue demostró que puede resultar de una progresión de una rinosinusitis frontal. Se trata de una osteomielitis frontal con absceso subperióstico del hueso frontal.

Los senos frontales y las venas diploicas alcanzan su desarrollo total entre los 12 y 13 años de edad. Resulta lógico que el tumor inflamatorio de Pott sea una complicación de una rinosinusitis frontal a partir de la adolescencia.

La mayoría de los casos se presentan de forma aguda, sin embargo se han descrito casos secundarios a un traumatismo. El cuadro clínico se caracteriza por cefalea, fiebre, edema palpebral y masa fluctuante circunscrita en la región frontal. Las complicaciones descritas son celulitis por extensión a la órbita e infección intracraneal por extensión posterior, asociándose a un mayor riesgo de meningitis, absceso y trombosis del seno cavernoso.

La tomografía es la modalidad diagnóstica de elección y la resonancia magnética detalla la extensión en caso de complicaciones intracraneales.

El tratamiento debe combinar antibióticos y cirugía.

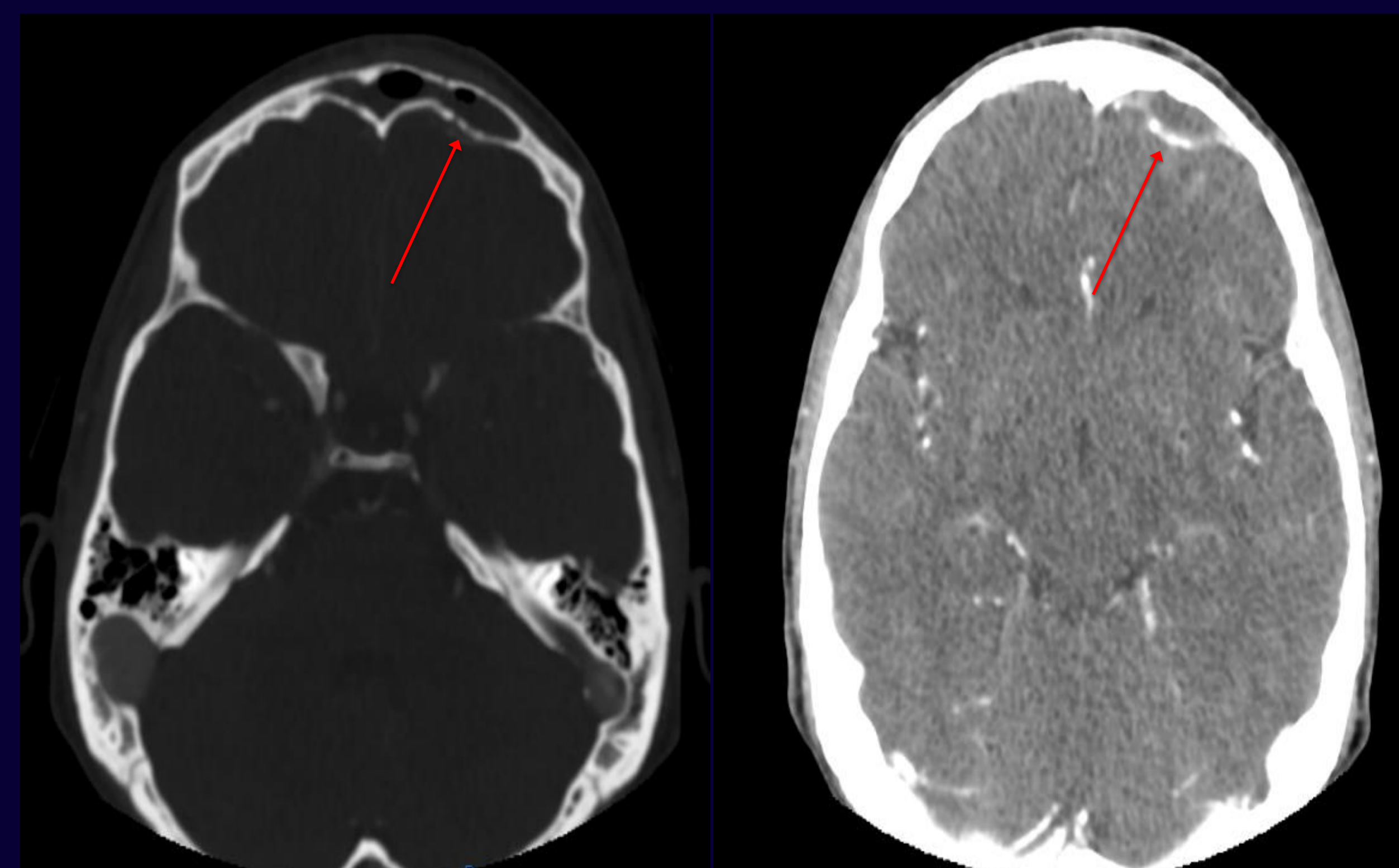
## DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta masculino de 17 años de edad. Refiere cuadro de quince días de evolución caracterizado por cefalea frontal de intensidad 10/10, fiebre, rinorrea posterior. En la exploración física destaca descarga blanquecina por meato medio izquierdo y aumento de volumen en región frontal izquierda de aproximadamente 3 cm de diámetro, doloroso, consistencia ahulada dentro de la cual se palpan crépitos.

## PROTOCOLO DIAGNÓSTICO

Se realizó una tomografía de macizo facial contrastada revelando densidad de tejidos blandos en seno frontal izquierdo con pérdida de continuidad de la tabla interna y externa del hueso frontal (*Figura 1*). Se decide interconsultar a los Servicios de Neurocirugía e Infectología. Se complementa diagnóstico con una resonancia magnética de cráneo contrastada confirmando un absceso epidural (*Figura 2*). Se inicia esquema antibiótico consistente en ceftriaxona 1 gr intravenoso cada 12 horas y clindamicina 600mg intravenoso cada 8 horas. Finalmente se realiza drenaje vía cirugía endoscópica nasal (*Video 1*).

*Figura 1.* Tomografía de macizo facial. *Figura 2.* Resonancia magnética de cráneo.



## DISCUSIÓN

Se presenta un paciente masculino de 17 años de edad coincide con el grupo de edad más afectado por esta patología; sin embargo se han descrito casos desde los 3 a los 83 años de edad. Las causas más comunes son una rinosinusitis frontal o traumatismo, se ha informado de dos casos por uso intranasal de cocaína y metaanfetamina, respectivamente. La complicación más común de una rinosinusitis crónica ocurre dentro de la órbita; en nuestro paciente ocurrió de forma intracraneal, se justifica porque ocurre una tromboflebitis retrógrada de las venas diploicas avulsulares o como extensión directa de la enfermedad por erosión de la pared del seno o dehiscencias traumáticas o congénitas. Se decidió realizar procedimiento quirúrgico mediante cirugía endoscópica nasal, evitando un abordaje abierto al seno frontal, ya que no había afección encefálica. Los cultivos en la mayoría de los casos son polimicrobianos, en nuestro caso se reportó *S. Haemolyticus*, por lo que el Servicio de Infectología realiza cambios al esquema antibiótico, suspendiendo clindamicina y agregando vancomicina 1gr cada 12 horas intravenoso. Se recomienda que después de la cirugía los pacientes deben ser tratados con tratamiento antibiótico por 6 a 8 semanas.

*Video 1. Cirugía endoscópica nasal.*

## VIDEO

## CONCLUSIONES

El diagnóstico precoz y tratamiento agresivo (médico y quirúrgico) son esenciales para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

## REFERENCIAS

- Aínsa D, Pons S, Muñoz A, et al. Tumor inflamatorio de Pott: una complicación infrecuente de la sinusitis frontal. An Pediatr. 2014; 80: 317 a 320.
- Escudero R, Pérez I, Del Estad G. Tumor hinchado de Pott: una complicación olvidada de la sinusitis. Radiología. 2011; 53: 175 a 178.
- Vanderveken P, De Smet K, Gagn-Duyar S, et al. Pott's puffy tumor in a 5 year old boy: the role of ultrasound and contrast-enhanced CT imaging-surgical case report. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Extra. 2012; 7: 1 a 5.