

Tumoración de Pott: un inusual caso de sinusitis aguda complicada

Hernández Herrero M, Gallastegui Menéndez A, Tazón Varela MA, Pérez Mier LA, Gutiérrez Conde ML, Gortázar Salazar E

Hospital Comarcal de Laredo (Cantabria)

Varón de 16 años sin ningún antecedente personal de interés, que acude a nuestro servicio de urgencias por fiebre de 39°C, tos leve, cefalea y tumoración frontal, de 48 horas de evolución.

A su llegada se encuentra consciente, orientado, eupneico y febril (38°C). Tensión arterial 125/70 mmHg, frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto. En la exploración física destaca una importante tumoración frontal interciliar, dolorosa, de consistencia gomosa. Presenta también dolor a la palpación de ambos senos maxilares. El resto de la exploración física es normal, incluyendo la valoración neurológica, ocular, cardiopulmonar y abdominal.

Se le realizan pruebas complementarias. Destaca el hemograma: 16.200 leucocitos (83% neutrófilos, 6,9% linfocitos y 8,9% monocitos); el resto de hematimetría y la bioquímica son normales.

La radiografía de Watters desvela una ocupación de ambos senos maxilares, con nivel hidroaéreo en el derecho, así como de ambos senos frontales. La radiografía de tórax es normal.

A pesar de tratamiento con antibioterapia endovenosa con amoxicilina-clavulánico, a las 12 horas presentaba una celulitis periorbitaria derecha, por lo que el paciente fue trasladado a un hospital de tercer nivel para valoración por Otorrinolaringología. Se le realizó TAC craneal que confirmó el diagnóstico de absceso subperióstico frontal, ocupación de todos los senos paranasales y celulitis preseptal derecha. En los días subsiguientes la evolución fue muy favorable con antibioterapia endovenosa con amoxicilina-clavulánico, tras drenaje del absceso. Dada la buena evolución, fue dado de alta a los

10 días y revisado posteriormente en consultas externas.

El diagnóstico final fue pansinusitis complicada, con formación de un absceso subperióstico frontal (Tumor de Pott) y celulitis preseptal derecha o tipo I en la clasificación de Chandler.

DISCUSIÓN

En el caso que presentamos se dan dos complicaciones de las sinusitis agudas, una de ellas muy rara, como es el tumor de Pott. Se caracteriza por un absceso subperióstico asociado a osteomielitis frontal¹, originalmente descrito por Percivall Pott en 1768².

El principal agente etiológico es la sinusitis frontal³. El hueso frontal es más susceptible de sufrir osteomielitis por su característico sistema de drenaje venoso de la mucosa del seno a las trabéculas óseas⁴. La otra causa importante es el traumatismo⁵, aunque presumiblemente en presencia de una sinusitis frontal. También está descrito en relación con el consumo de cocaína intranasal⁶, displasia fibrosa⁷ e incluso es de aparición espontánea⁵.

El diagnóstico de sospecha se realiza mediante la clínica, exploración física y pruebas complementarias, pero la certeza diagnóstica viene dada por la TAC⁸, aunque a veces se requiere RMN⁹ para descartar complicaciones intracraneales, que debemos sospechar ante cefalea progresiva, alteración del estado mental, vómitos y fiebre elevada¹⁰, que pueden ser datos de meningitis, absceso cerebral, empiema subdural, absceso epidural y tromboflebitis del seno cavernoso¹¹. En este caso no

existía ningún dato que nos indicara extensión del proceso.

El tratamiento de elección es el drenaje del absceso y antibioterapia endovenosa de amplio espectro¹². Sin embargo, en caso de complicaciones o mala evolución tras tratamiento antibiótico endovenoso durante 24-48 horas, se requiere intervención quirúrgica, aunque no existe ninguna de elección (trepanación frontal, frontoetmoidectomía externa y endoscopia nasal)¹³.

La otra complicación que presentamos en nuestro caso es la celulitis orbitaria, que es la más frecuente de las sinusitis agudas¹⁴. Se estratifica en cinco grupos, que suponen estados evolutivos de menor a mayor afectación (*Tabla 1*). La presencia de edema palpebral en nuestro paciente nos hizo sospecharlo. En ocasiones éste puede ser el único síntoma; pero además puede producir proptosis, quémosis y disminución del

movimiento ocular. El diagnóstico de certeza también se realiza mediante TAC⁸ y a veces es difícil distinguir un absceso de una celulitis.

El tratamiento se realizó con antibioterapia endovenosa. Es de elección la amoxicilina-clavulánico y las cefalosporinas de tercera generación¹⁵. En los casos más complicados, como la tromboflebitis del seno cavernoso, deben realizarse cultivos y control estricto de la agudeza visual y motilidad ocular. Si la evolución no es favorable está indicada la descompresión y evacuación quirúrgica¹⁶.

Tabla 1. CLASIFICACIÓN DE CHANDLER

Grupo I:	Celulitis preseptal
Grupo II:	Celulitis orbitaria
Grupo III:	Absceso subperióstico
Grupo IV:	Absceso orbitario
Grupo V:	Trombosis del seno cavernoso

BIBLIOGRAFÍA

- Ramses PB, Roxxane T, Kasoff SS. Pott's puffy tumour: The forgotten entity. *J Neurosurg* 1996;84:110-12
- Blackshaw G, Thomson N. Pott's puffy tumour reviewed. *J Laryngol Otol* 1990;104:574-7.
- Montgomery WW, Cheney ML, Jacobs EE. Osteomyelitis of the frontal bone. *Ann Otol Rinol Laryngol* 1989;98: 848-53.
- Altman KW, Austin MB, Tom LW, Knox GW. Complications of frontal sinusitis in adolescents: case presentations and treatment options. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1997;41:9-20.
- Verbon A, Husni RN, Gordon SM. Pott's puffy tumour due to *Haemophilus influenzae*: case report and review. *Clin Infect Dis* 1996;23:1305-7.
- Noskin GA, Kalish SB. Pott's puffy tumour: a complication of intranasal cocaine abuse. *Rev Infect Dis* 1991;13: 606-8.
- Williams GT, Anderson W, Bryce DP. Osteomyelitis complicating fibrous displasia of the skull. *Arch Otolaryngol* 1972;96:278-81.
- Belli AM, Dow CJ, Monro P. Radiographic appearance of frontal osteomyelitis in two patients with epidural abscess. *Br J Radiol* 1997;60:1026-8.
- Anda J, Yamamoto I, Morita R, Kousaka T, Fujita T, Handa H. ^{99m}Tc-polyphosphate and ^{99m}Tc-diphosphate bone scintigraphy in neurosurgical practice. *Surg Neurol* 1974;2:307-10.
- Lang EE, Curran AJ, Patil N. Intracranial complications of acute frontal sinusitis. *2001*;26:452-7.
- Gil-Carcedo LM, Izquierdo JM, Gonzalez M. Intracranial complications of frontal sinusitis. A report of two cases. *J Laryngol Otol* 1984;98:941-5.
- Antila J, Suonpaa J, Lehtonen OP. Bacteriological evaluation of 194 adult patients with acute frontal sinusitis and findings of simultaneous maxillary sinusitis. *Acta Otolaryngol* 1997;529:162-4.
- Seiden AM, Stankiewicz JA. Frontal sinus surgery: the state of the art. *Am J Otolaryngol* 1998;19:183-93.
- Healy GB, Chandler et al. The pathogenesis of orbital complications in acute sinusitis. *Laryngoscope* 1997;107.
- Howe L, Jones NS. Guidelines for the management of periorbital cellulitis/abscess. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2004;29:725.
- Younis RT, Lazar RH, Bustillo A. Orbital infection as a complication of sinusitis: are diagnostic and treatment trends changing? *Ear Nose Throat J* 2002;81:771.