

<sup>a</sup> Servicio Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España  
<sup>b</sup> Asociación de Celiacos y Sensibles al Gluten, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.  
 Correo electrónico: [lauraalonso02@hotmail.com](mailto:lauraalonso02@hotmail.com)  
 (L. Alonso Canal).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.10.010>

## Tumor edematoso de Pott, ¿una entidad olvidada?



### Pott's puffy tumour: a forgotten condition?

Sr. Editor:

El tumor edematoso de Pott es un absceso subperióstico del hueso frontal, se manifiesta como una tumefacción localizada de la región frontal suprayacente, asociado a osteomielitis frontal<sup>1,2</sup>.

Presentamos a un varón de 6 años, sano, derivado a urgencias por presentar una tumoración frontal asociada a edema bpalpebral. Explican un traumatismo frontal banal un mes antes; a los pocos días, aparece una tumoración frontal con edema bpalpebral progresivo y se realiza una tomografía computarizada (TC) craneal que no muestra fracturas, pero sí una sinusitis frontal y etmoidal importante (fig. 1A). Se inicia amoxicilina-clavulánico por vía oral, con buena respuesta; a los pocos días de finalizar el tratamiento, reaparece la tumoración frontal, más extensa, y el paciente recibe antibiótico y corticoides por vía intravenosa. Presenta evolución favorable se remite a domicilio, con el mismo tratamiento oral. De nuevo, tras finalizar dicho tratamiento, reaparece la sintomatología y se deriva a nuestro hospital. En todo momento permanece afebril, sin otros síntomas.

En la exploración presenta buen estado general, temperatura de 37,3 °C y constantes estables. Se aprecia una tumoración fluctuante de 4 × 3 cm en la región frontal, con extensión a la raíz nasal, edema y eritema de la piel suprayacente, con tumefacción y eritema palpebral bilateral que dificulta la apertura ocular. Resto de exploración, normal (fig. 1B).

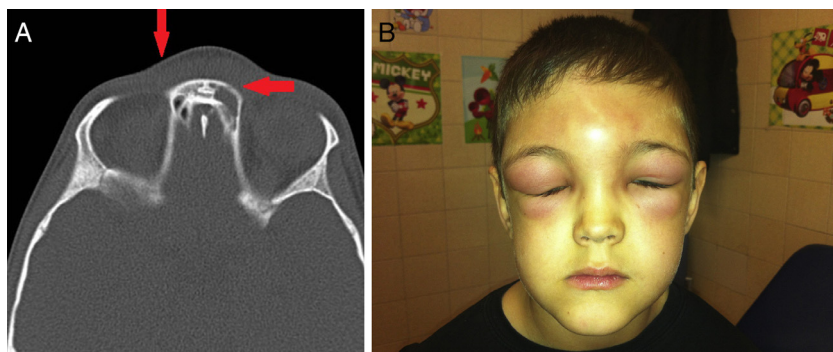
Ante la sospecha de tumor de Pott, se solicita una nueva TC craneal; muestra un absceso de partes blandas y una colección epidural, resultado de la fistulización posterior desde el seno frontal, con importante efecto masa sobre el lóbulo frontal (fig. 2 A y B).

Se inician antibióticos por vía intravenosa (vancomicina y meropenem) y se practica una craneotomía frontal con resección de la colección subcutánea, curetaje del hueso osteomielítico y evacuación del absceso epidural. En el cultivo del empiema, se aísla *Streptococcus intermedius* (*S. intermedius*) resistente a metronidazol y sensible al resto de antibióticos. Se continúa con el mismo tratamiento, pero al detectarse neutropenia como efecto secundario del meropenem, se cambia a vancomicina y cefotaxima. La evolución es excelente; se da de alta tras 30 días de tratamiento antibiótico por vía intravenosa, sin secuelas neurológicas y con amoxicilina-clavulánico por vía oral durante 3 semanas.

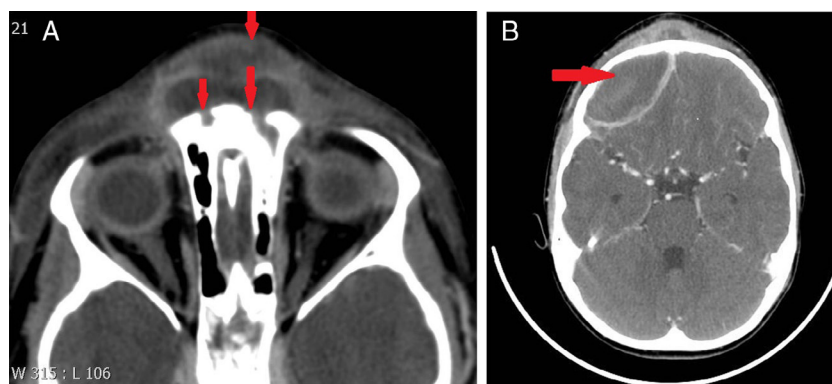
El tumor edematoso de Pott es una entidad clínica rara, descrita por primera vez en 1760 por Percival Pott<sup>1,3</sup>. Se trata de un absceso subperióstico del hueso frontal; se manifiesta como una tumefacción localizada de la región frontal suprayacente, con osteomielitis frontal<sup>2,4</sup>. Suele existir un antecedente de sinusitis frontal o traumatismo.

En la era postantibiótica, se han publicado unos 40 casos pediátricos. Afecta sobre todo a adolescentes; la neumatización del seno frontal empieza a los 6 años y termina en la adolescencia<sup>3</sup>.

La extensión de la infección de los senos paranasales a la cavidad intracraneal puede ocurrir por: a) tromboflebitis retrógrada de las venas diploicas avulsulares del cráneo y del hueso etmoides, o b) extensión directa de la enfermedad por erosión de la pared del seno o a través de dehiscencias traumáticas o congénitas<sup>5</sup>. La diseminación de la infección desde el seno frontal lleva a la perforación de la



**Figura 1** A) TC corte axial en filtro de hueso. Se identifica la ocupación de la parte más inferior del seno frontal izquierdo, discreta rarefacción del hueso adyacente y tumefacción de las partes blandas (flechas). B) Paciente con tumor de Pott; se aprecia tumoración frontal y edema bpalpebral.



**Figura 2** Estudio de TC de cráneo con contraste por vía intravenosa realizado un mes después. A) Se aprecia la misma ocupación del seno frontal izquierdo y en menor grado también del derecho. A través del hueso frontal, se aprecia una fistulización anterior al tejido subcutáneo, donde se aprecia un absceso de partes blandas (flechas). B) A nivel más craneal, se aprecia una colección epidural como resultado de una fistulización posterior desde el seno (no visible en esta imagen). Se aprecia un importante efecto de masa sobre el lóbulo frontal y discreto desplazamiento de línea media.

pared anterior del mismo, originando una colección de pus subperióstica y la formación de tejido de granulación, conocido como tumor edematoso de Pott<sup>3</sup>. La erosión y la perforación de la pared posterior causan un absceso epidural o empiema subdural.

Los microorganismos más frecuentemente aislados son los estreptococos ( $\alpha$  y  $\beta$ -hemolíticos y peptoestreptococos), *Haemophilus influenzae*, anaerobios, como *Fusobacterium* spp. y *Bacteroides* spp., y con menor frecuencia *Staphylococcus aureus* y *Enterococci* spp.<sup>6</sup>. El *S. intermedius* aislado es una especie de estreptococo viridans, junto a *S. constellatus* y *S. anginosus* forma el grupo *S. anginosus*. Deutschmann et al. presentan a pacientes con complicaciones intracraneales secundarias a rinosinusitis aguda, donde el *S. anginosus* es el patógeno más frecuentemente implicado, relacionado con complicaciones intracraneales más graves<sup>6</sup>.

La clínica habitual es cefalea, rinorrea, fiebre, edema periorbitario y masa fluctuante en la región frontal con edema y eritema de la piel<sup>3,5</sup>.

En la evaluación de la sinusitis y sus complicaciones intracraneales, la TC y la resonancia magnética son las pruebas de imagen indicadas. La TC es de elección cuando se sospecha sinusitis complicada o se considera la cirugía<sup>5</sup>.

El tratamiento incluye la administración por vía intravenosa de antibióticos de amplio espectro con intervención quirúrgica mediante evacuación del absceso subperióstico, retirada del hueso osteomielítico y del tejido de granulación epidural<sup>3,4</sup>. Tras la cirugía, se recomienda mantener el tratamiento antibiótico durante 6 a 8 semanas<sup>2</sup>.

A pesar de que el tumor edematoso de Pott es una entidad rara hoy en día, continua tratándose de una complicación grave de la sinusitis frontal. Reconocer de forma temprana y tratar adecuadamente la sinusitis frontal es esencial para evitar esta complicación.

## Bibliografía

1. Karaman E, Hacizade Y, Isildak H, Kaytaz A. Pott' Puffy Tumor. *J Craniofac Surg.* 2008;19:1694-7.
2. Rao M, Steele R, Ward K. A «hickey». Epidural brain abscess, osteomyelitis of the frontal bone, and subcutaneous abscess (Pott puffy tumor). *Clin Pediatr (Phila).* 2003;42:657-60.
3. Kombogiorgas D, Solanki GA. The Pott puffy tumor revisited: neurosurgical implications of this unforgotten entity. Case report and review of the literature. *J Neurosurg.* 2006;105:143-9.
4. Escudero Esteban R, Pérez Piñas I, Del Estad Cabello G. Tumor hinchado de Pott: una complicación olvidada de la sinusitis. *Radiología.* 2011;53:175-8.
5. Strony R, Dula D. Pott puffy tumor in a 4-year-old boy presenting in status epilepticus. *Pediatr Emerg Care.* 2007;23:820-2.
6. Deutschmann MW, Livingstone D, Cho JJ, Vanderkooi OG, Brookes JT. The significance of *Streptococcus anginosus* group in intracranial complications of pediatric rhinosinusitis. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;139:157-60.

N. Bilbao Meseguer<sup>a</sup>, A. Domingo Garau<sup>a,\*</sup>,  
J. Muchart López<sup>b</sup> y M. Alamar Abril<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Urgencias, Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Barcelona, España

<sup>b</sup> Servicio de Radiología, Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Barcelona, España

<sup>c</sup> Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [adomingo@hsjdbcn.org](mailto:adomingo@hsjdbcn.org)  
(A. Domingo Garau).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.10.019>