



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1660 - Tumor inflamatorio de Pott: una complicación olvidada de la sinusitis

J. González García

Médico Residente de 2º año. Centro de Salud de Bormujos. Bormujos. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Niña de 8 años con cefaleas frecuentes y progenitores con antecedentes de migrañas, que consulta en Urgencias por fiebre de 39,1 °C de 12 horas acompañada de edema facial de 3 horas de evolución, que se inicia tras la siesta. Además, malestar general y cefaleas.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Cierta palidez cutánea. Tumefacción temporo-parietal y frontal derecha de 3 × 3 cm que provoca asimetría facial, sin signos inflamatorios, fluctuación o crepitación a la palpación. Resto normal. Analítica: monocitosis relativa sin leucocitosis, procalcitonina en 0,23 ng/mL. Resto normal. Ecografía facial: celulitis inespecífica con edema difuso de piel y tejido celular subcutáneo preauricular, cigomático, frontal y supraciliar derecho. TAC craneal: importante celulitis frontal, periorbitaria y nasogeniana derecha, que cruza línea media. Ocupación completa de senos maxilares, celdillas etmoidales y senos frontales. Interrupción de la cortical del seno frontal derecho. Absceso epidural de 25 × 10 mm frontal derecho.

Juicio clínico: Tumor inflamatorio de Pott (celulitis facial asociada a pansinusitis complicada con absceso epidural frontal derecho).

Diagnóstico diferencial: Shock anafiláctico. Infecciones por gérmenes atípicos.

Comentario final: Se inició tratamiento con amoxicilina/clavulánico IV (intravenosa) a 100 mg/kg. Aun así empeoró la celulitis (mayor extensión, aumento de temperatura e hiperemia), por lo que se solicitó la TAC que permitió dilucidar el diagnóstico. La paciente es trasladada al hospital de referencia para drenaje quirúrgico y continuar con el tratamiento antibiótico, ampliado a cefotaxima + metronidazol, y posteriormente ajustado según cultivo, donde se aisló un *S. aureus* multisensible. Permaneció ingresada 15 días con antibioterapia IV y dexametasona. Al alta, continuó ceftriaxona IV 4 g/24 horas 1 mes más. El tumor inflamatorio de Pott se caracteriza por absceso subperióstico asociado a osteomielitis frontal, en nuestro caso secundaria a sinusitis. El uso de antibióticos la ha convertido en una patología infrecuente, aunque el riesgo de complicaciones y secuelas neurológicas hacen que sea muy importante establecer un diagnóstico y tratamiento precoz (drenaje quirúrgico y antibióticos intravenosos prolongados). Debemos sospecharla en pacientes con lesiones inflamatorias frontales y fluctuantes, que se asocian a cefalea, vómitos, fiebre, focalidad neurológica o fiebre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ainsa Laguna D, Pons Morales S, Muñoz Tormo-Figueres A, Vega Senra MI, Otero Reigada MC. Tumor inflamatorio de Pott: una complicación infrecuente de la sinusitis frontal. *An Pediatr (Barc)*. 2013; doi: 10.1016/j.anpedi.2013.06.001.
2. Swan PT, Mogal S, Chaudhary S. Pott's puffy tumor: An uncommon clinical entity. *Case Reports in Pediatrics*. 2012.
3. 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.
4. Menéndez Bada T, Gaztañaga Expósito R, Bollar Zabala A, Albisu Andrade, Y. Absceso epidural intracraneal como complicación de sinusitis. *An Esp Pediatr*. 2001;55:154-7.