

Tumor inflamatorio o hinchado de Pott: Una entidad muy poco frecuente; un diagnóstico en el que pensar

Andrés García Gámez, Amado Rodríguez Benítez, Ignacio Andrés Cano, Juan García Villanego, José Antonio Fernández Roche, Ana Rodríguez Piñero.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

Objetivos docentes

1. Conocer la clínica, los factores predisponentes y el mecanismo de producción.
2. Revisar los hallazgos diagnósticos que nos permitan reconocer la entidad.

Introducción

El tumor hinchado o inflamatorio de Pott es una complicación que clínicamente se manifiesta con una marcada inflamación a nivel del cuero cabelludo, debido a una distensión inflamatoria por la presencia de un absceso subperióstico y osteomielitis del hueso frontal, secundario a una sinusitis complicada o a un traumatismo. En la literatura hay descritos muy pocos casos en los últimos años (Fig1.)

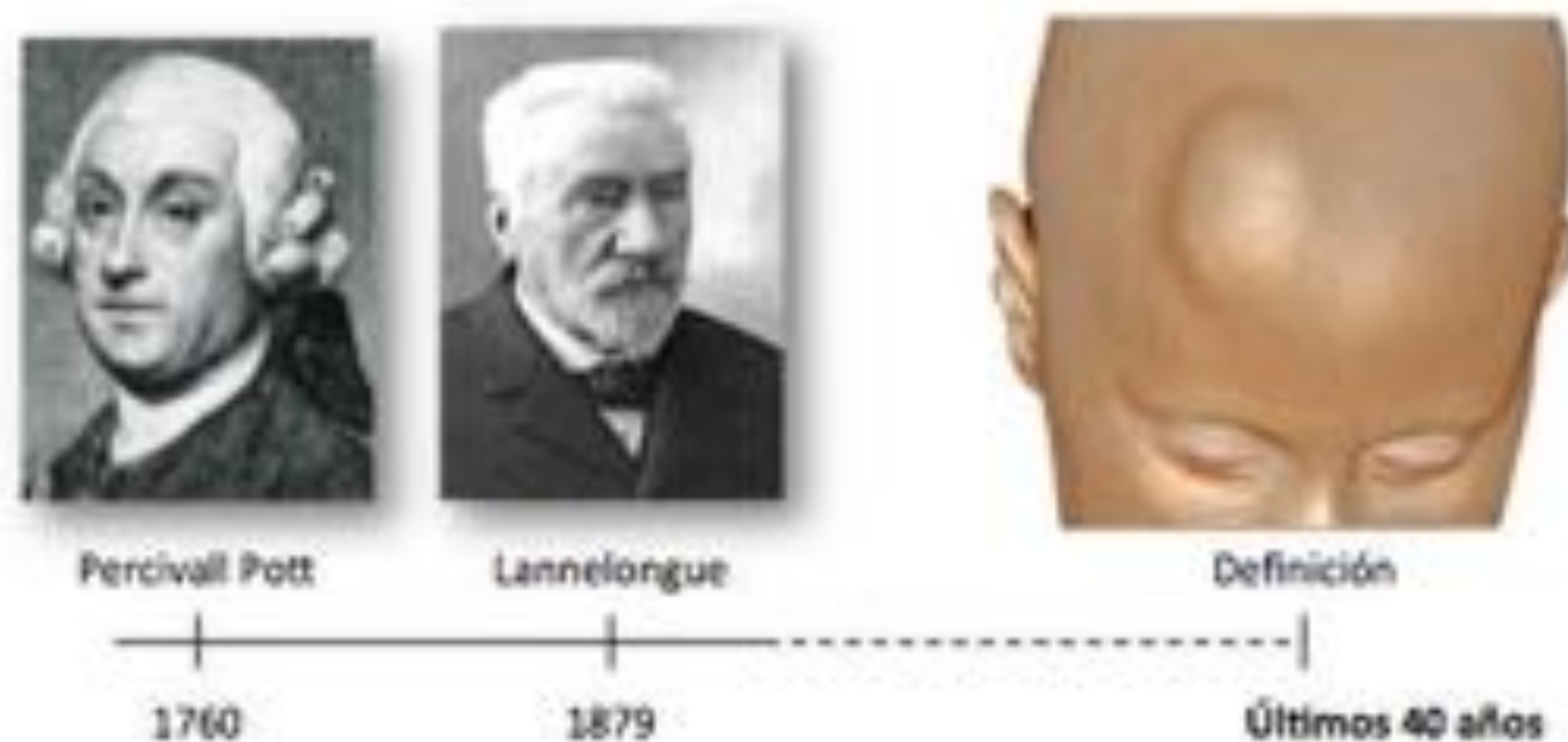


Fig1. A la derecha *Percivall Pott*. En la imagen central *Lannelongue*. A la izquierda reconstrucción volumétrica en paciente con tumor hinchado de Pott.

El tumor inflamatorio de Pott, fue descrito por Sir Percival Pott, cirujano londinense, en 1760. Lo describía como un absceso subperióstico frontal secundario a un traumatismo craneal. En 1879, Lannelongue demostró que puede resultar de una progresión de la sinusitis frontal a osteomielitis del hueso. Esta entidad está prácticamente olvidada en nuestro medio, ya que desde el auge del tratamiento antibiótico la prevalencia es muy baja.

Caso Clínico

Niña de 8 años de edad que presenta clínica de cefalea frontal y fiebre de hasta 38,6°. Es diagnosticada de sinusitis frontal y realiza tratamiento antibiótico con amoxicilina-ácido clavulánico durante siete días. Al quinto día de haber comenzado con la cefalea aparece una tumoración blanda y fluctuante a nivel del cuero cabelludo. A pesar del tratamiento persiste la cefalea, comenzando a los 20 días a asociar signos de alarma (vómitos, inapetencia, limitación de la actividad diaria y despertándola por la noche).

Acude al servicio de urgencias y allí se realiza TAC de cráneo con contraste intravenoso donde se aprecia: osteomielitis del hueso frontal derecho, absceso subperióstico y epidural ipsilateral (Fig2. y Fig3.). La analítica presenta leucocitosis con desviación izquierda y elevación de reactantes de fase aguda (PCR: 50 mg/L). Se ingresa con antibioterapia de amplio espectro con Cefotaxima, vancomicina y metronidazol intravenoso.

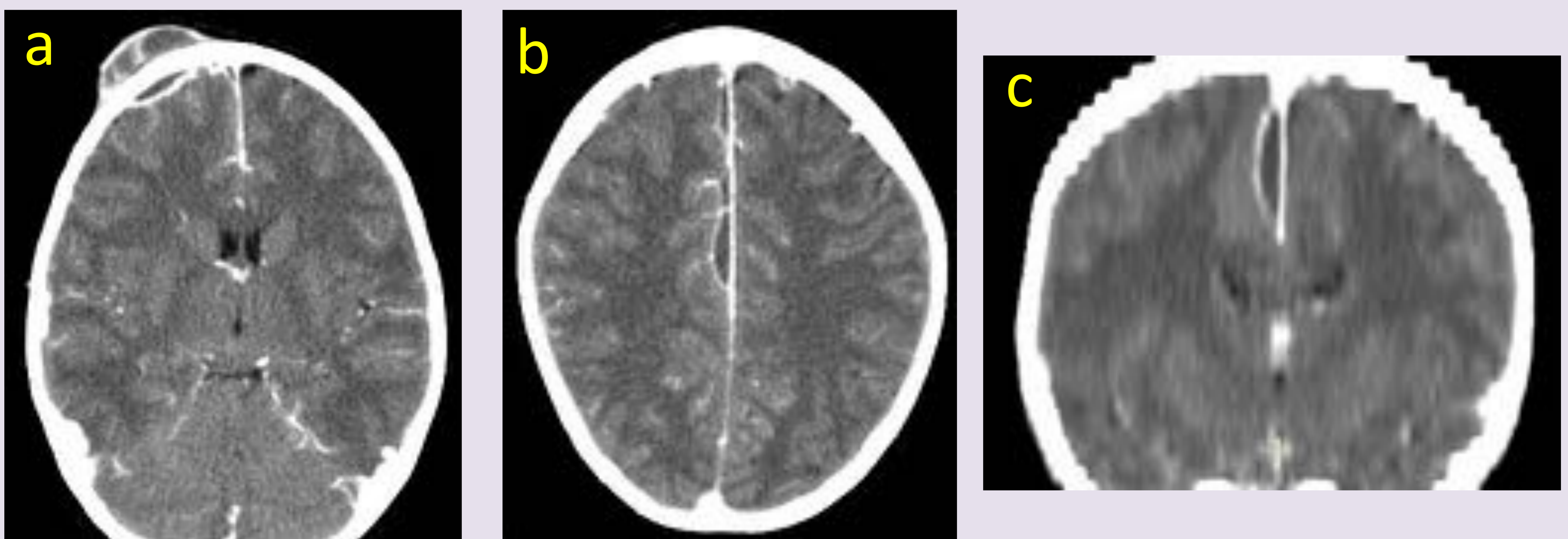


Fig 2. TC de cráneo con contraste intravenoso. Plano axial (a y b) y coronal (c). Colecciones hipodensas subperióstica en hueso frontal derecho y epidurales ipsilaterales, con intenso realce periférico, en relación con abscesos. Tumor hinchado de Pott con complicaciones intracraneales.

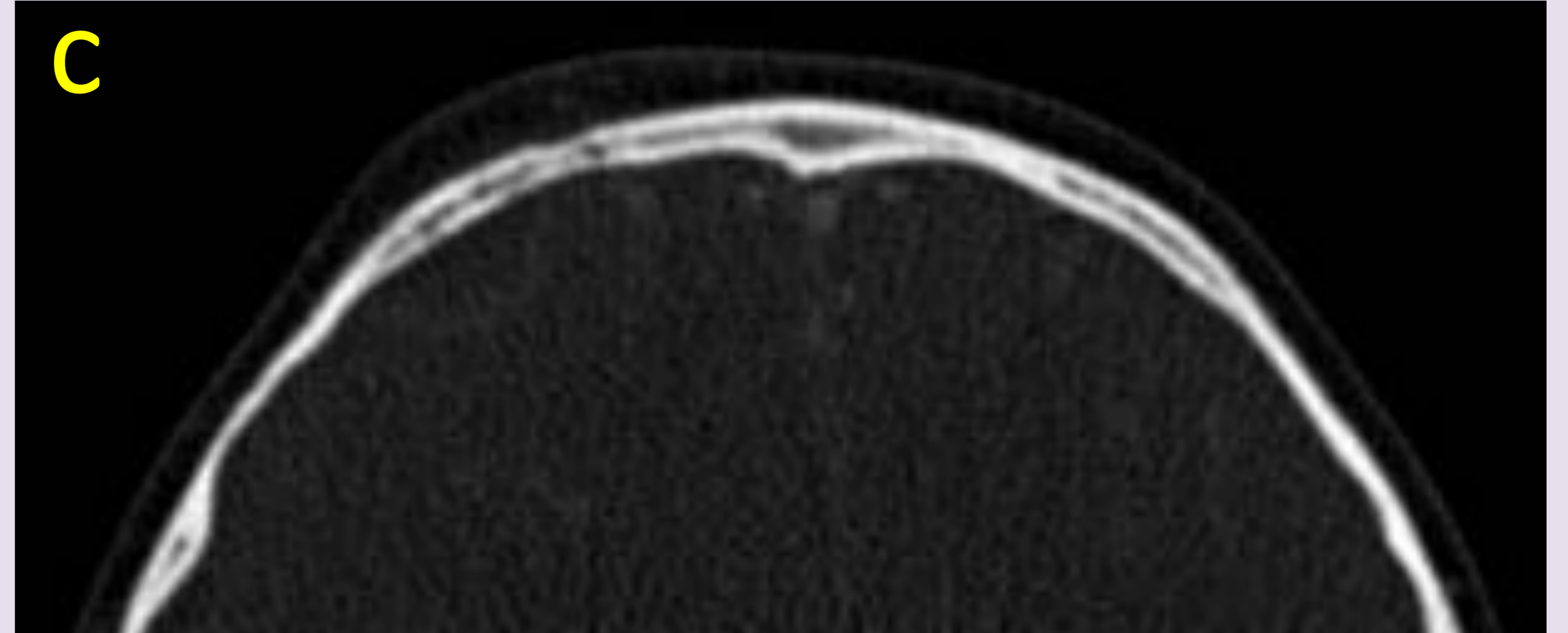
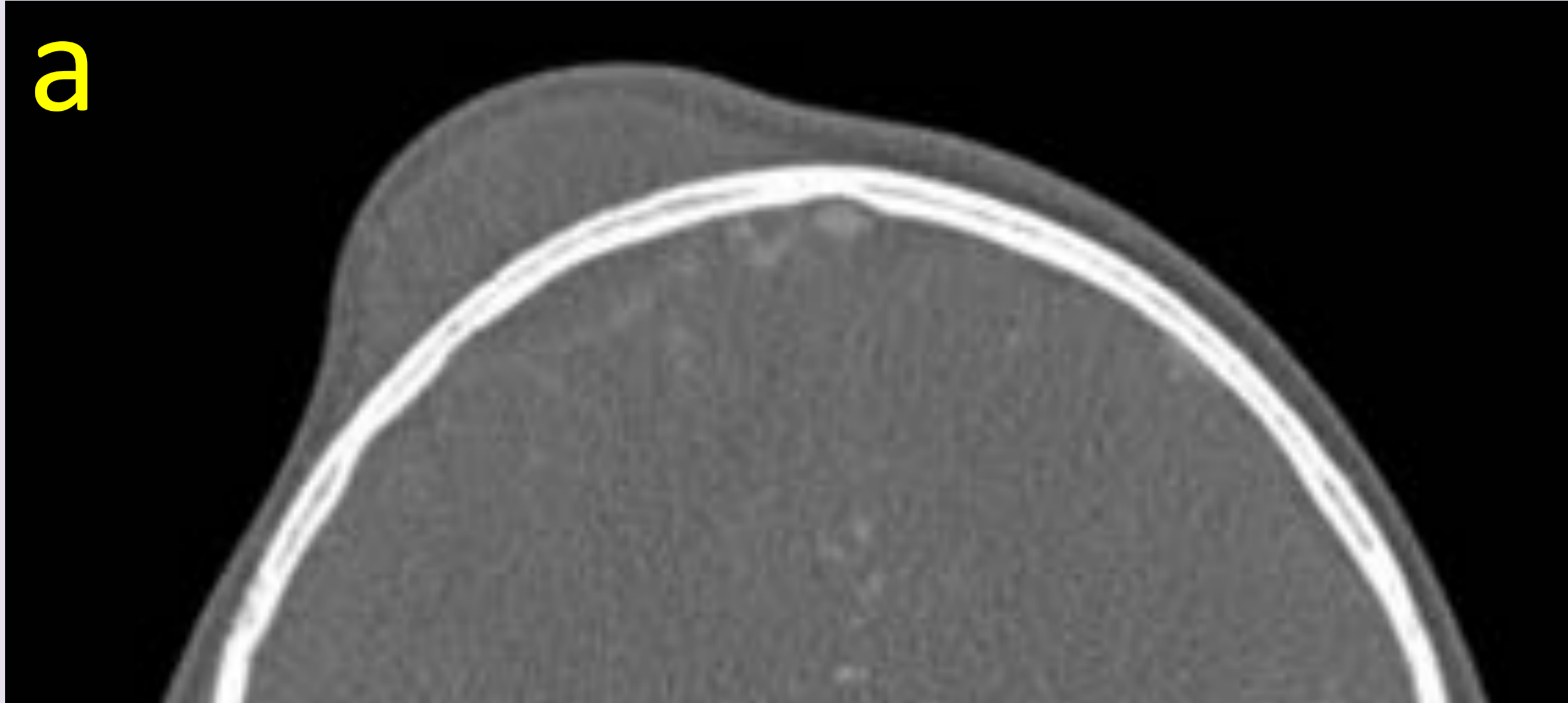


Fig 3. Imágenes de TC de cráneo con contraste de la misma paciente, con ventana ósea. Se observa absceso subperióstico y epidural frontal (a), así como un patrón un patrón permeativo óseo (b y c) con foco milimétrica de secuestro óseo (flecha) en el seno frontal, sugestivo de osteomielitis.

Es intervenida por neurocirugía mediante craniectomía bifrontal con aspirado del contenido purulento. En el cultivo del material purulento se aísla *Streptococcus intermedius*. Se trató con tratamiento antibiótico durante las 6 semanas posteriores.



Fig 4. Reconstrucción volumétrica ósea, donde se aprecia la craniectomía bifrontal realizada.

Tratamiento:

- ✓Antibióterapia de amplio espectro IV.
- ✓Intervención quirúrgica en caso de absceso perióstico, osteomielitis y del tejido de granulación epidural.
- ✓Terapia antibiótica de 6–8 semanas post-cirugía.

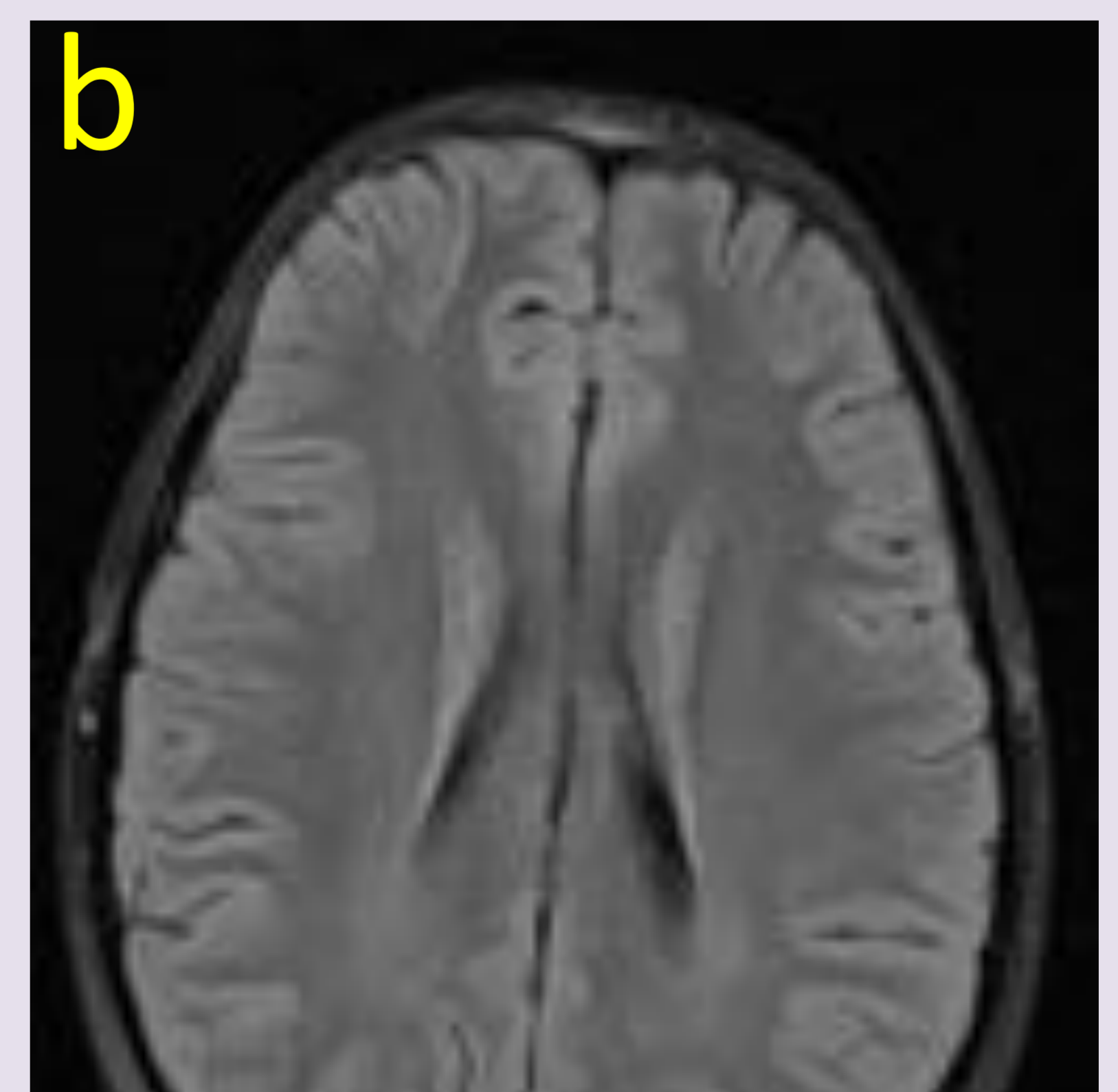
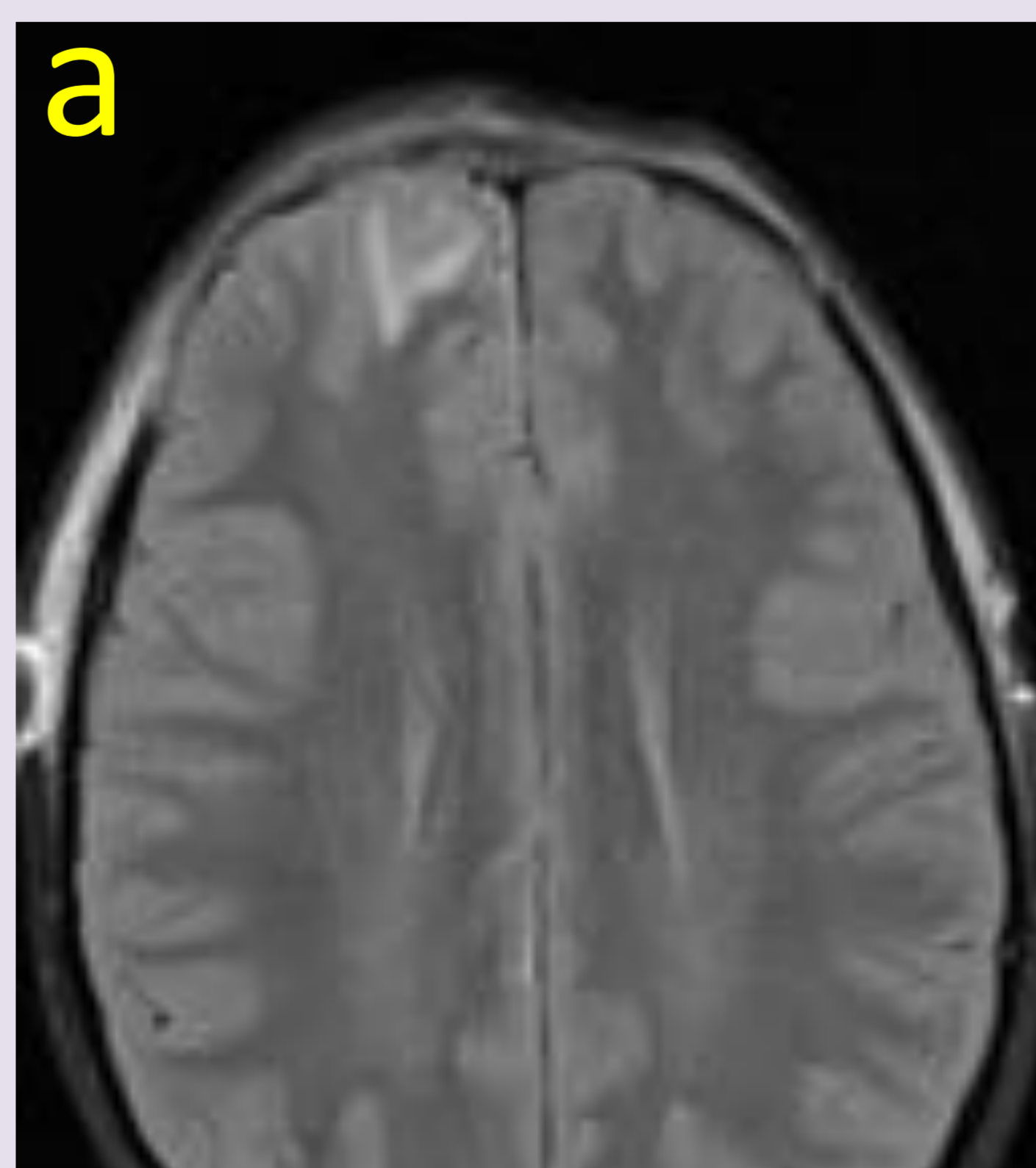
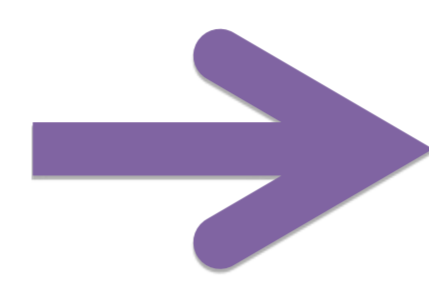


Fig 7. RM craneal antes y después de tratamiento antibiótico. Secuencia FLAIR donde se aprecia la desaparición (b) del área de cerebritis (a).

Tras la cirugía se realiza RM craneal de control, donde se observa mínima colección epidural interhemisférica y área de cerebritis, como persistencia de complicaciones intracraneales (Fig4. y Fig5.).



Complicaciones:

- ✓ Intracraneales (meningitis, absceso epidural, subdural e intracraneal y trombosis del seno cavernoso...).
- ✓ Celulitis preseptal y orbitaria.

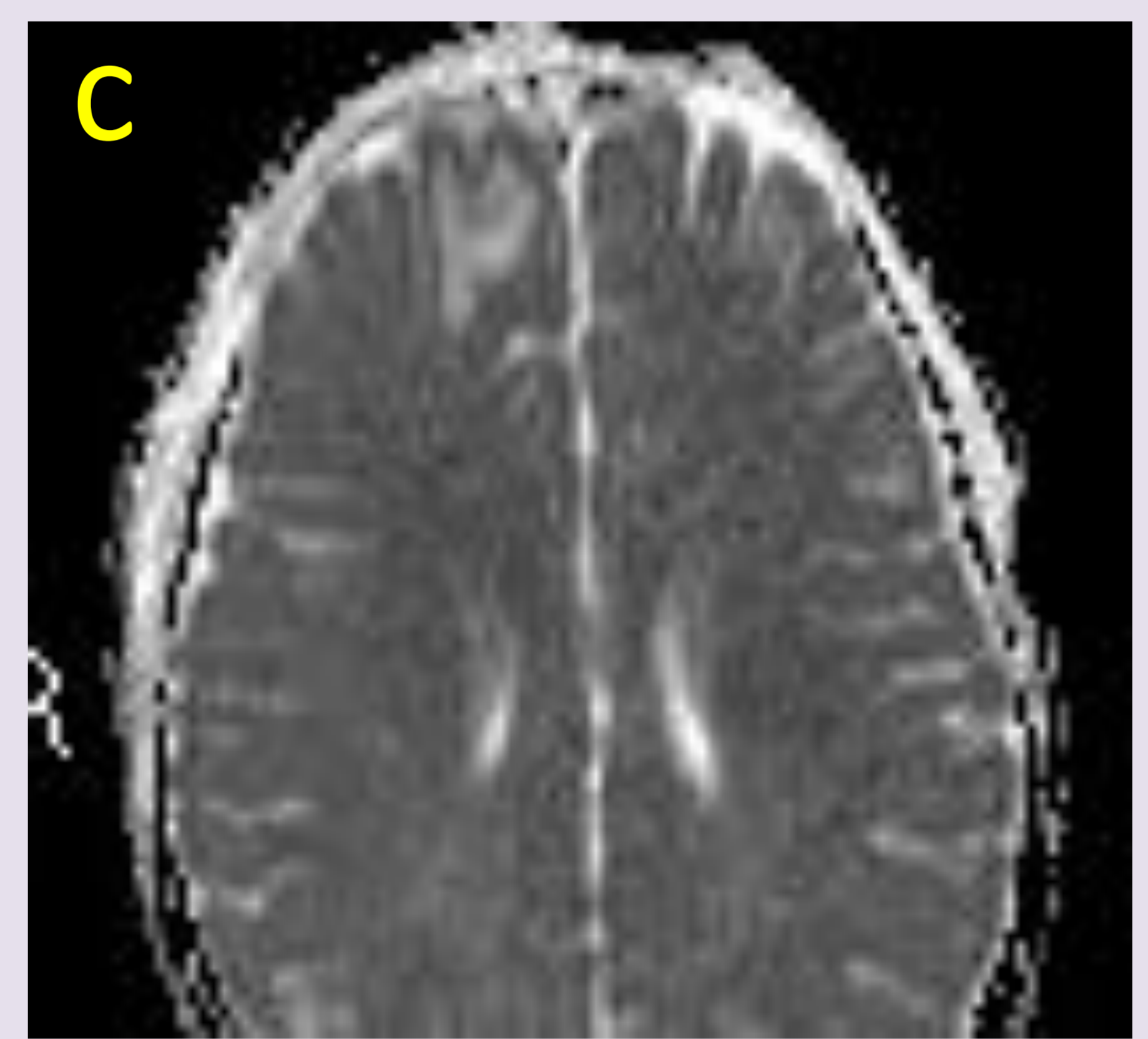
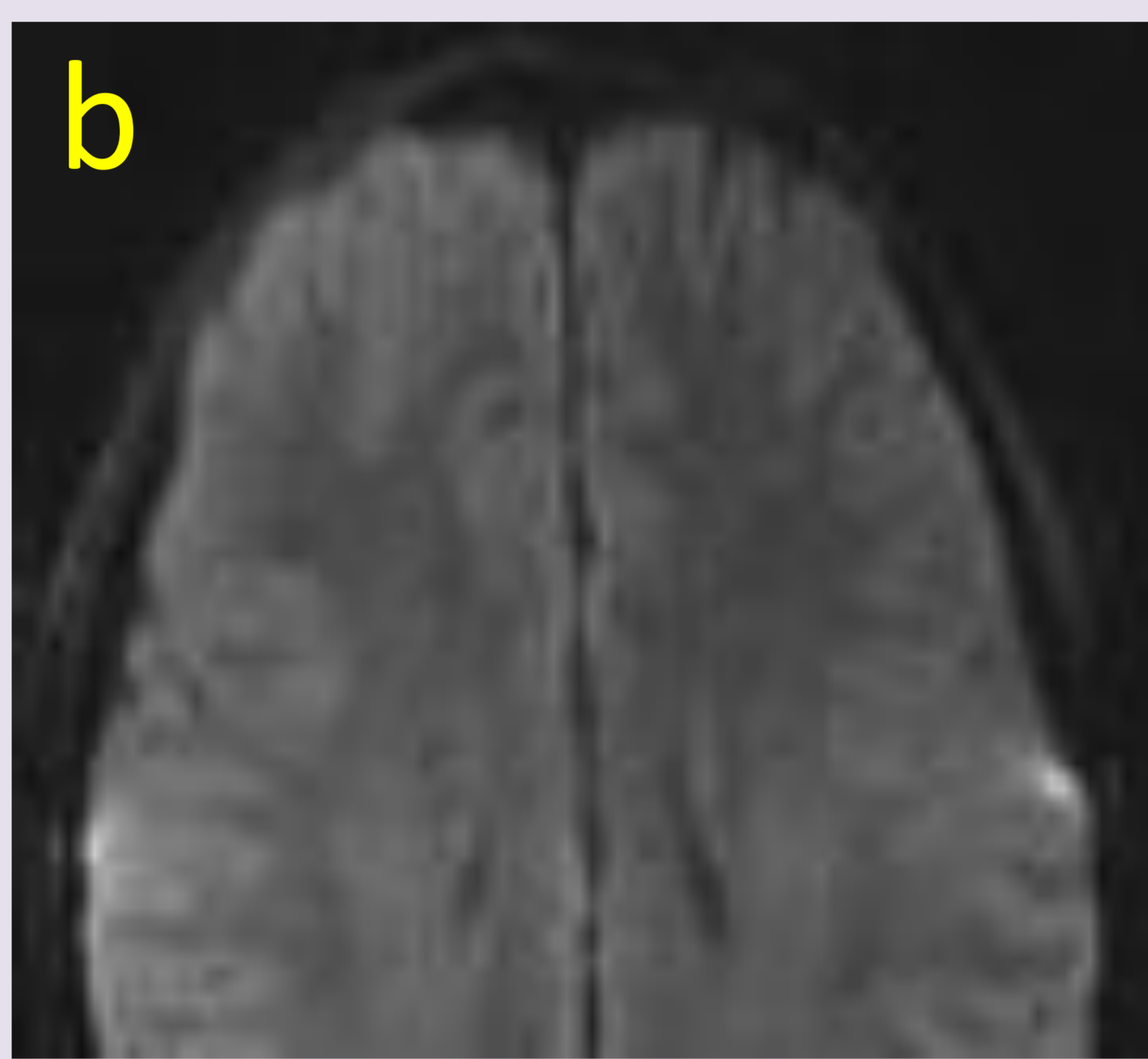
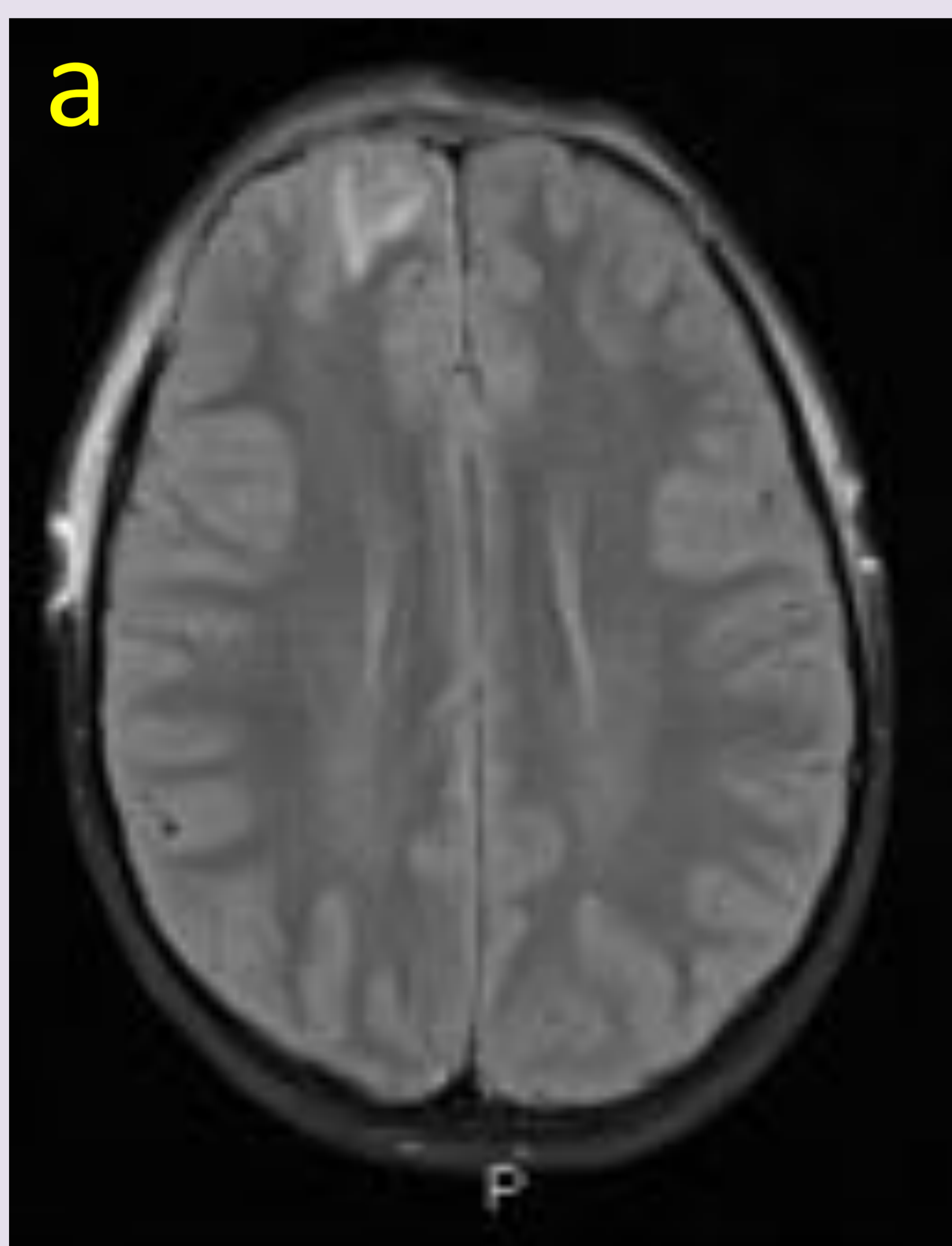


Fig 5. RM craneal. Secuencia FLAIR (a), DWI valor alto de b (b) y mapa paramétrico del ADC (c). Área frontal hiperintensa en FLAIR, sin restricción a la difusión sugestiva de cerebritis

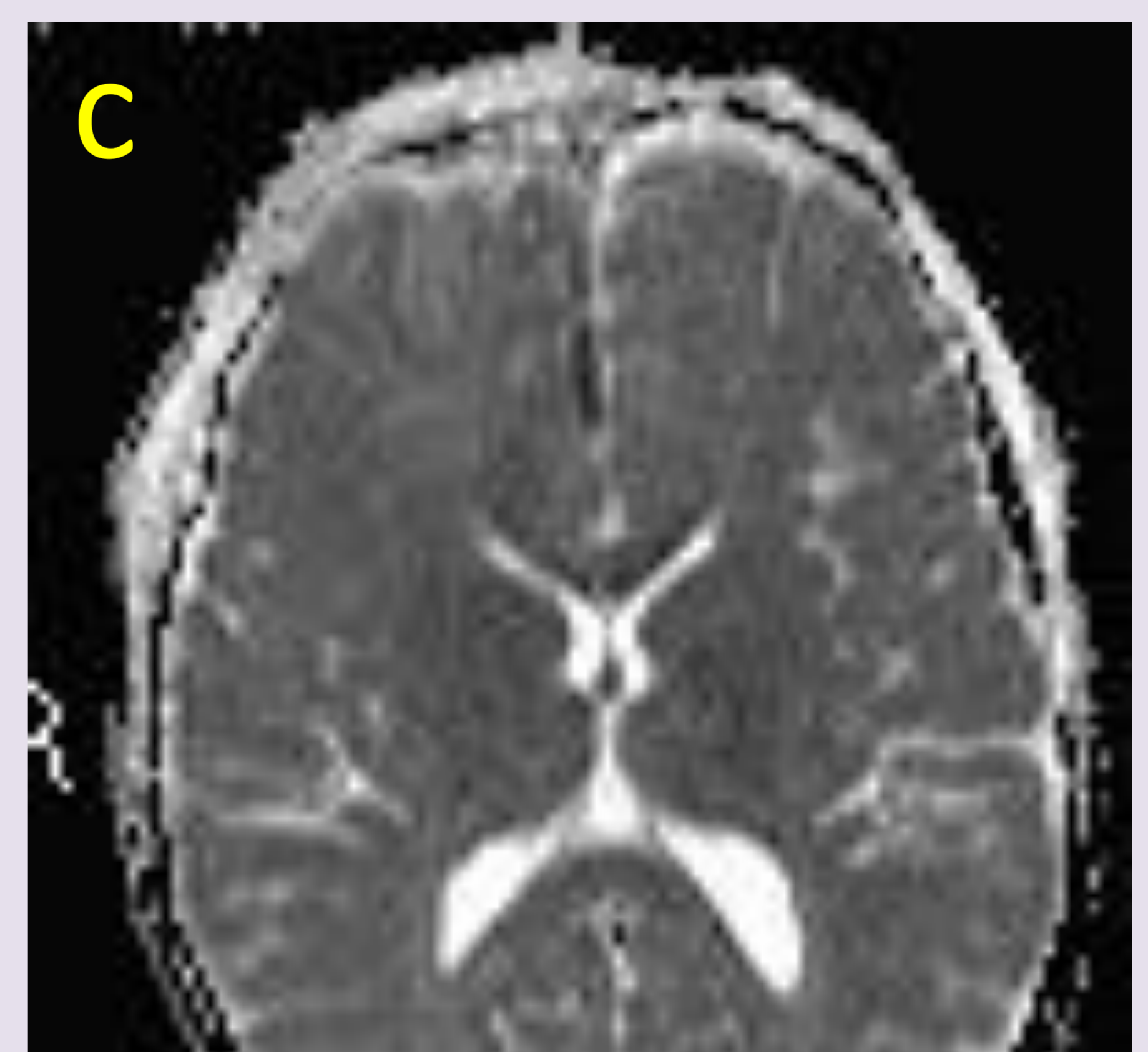
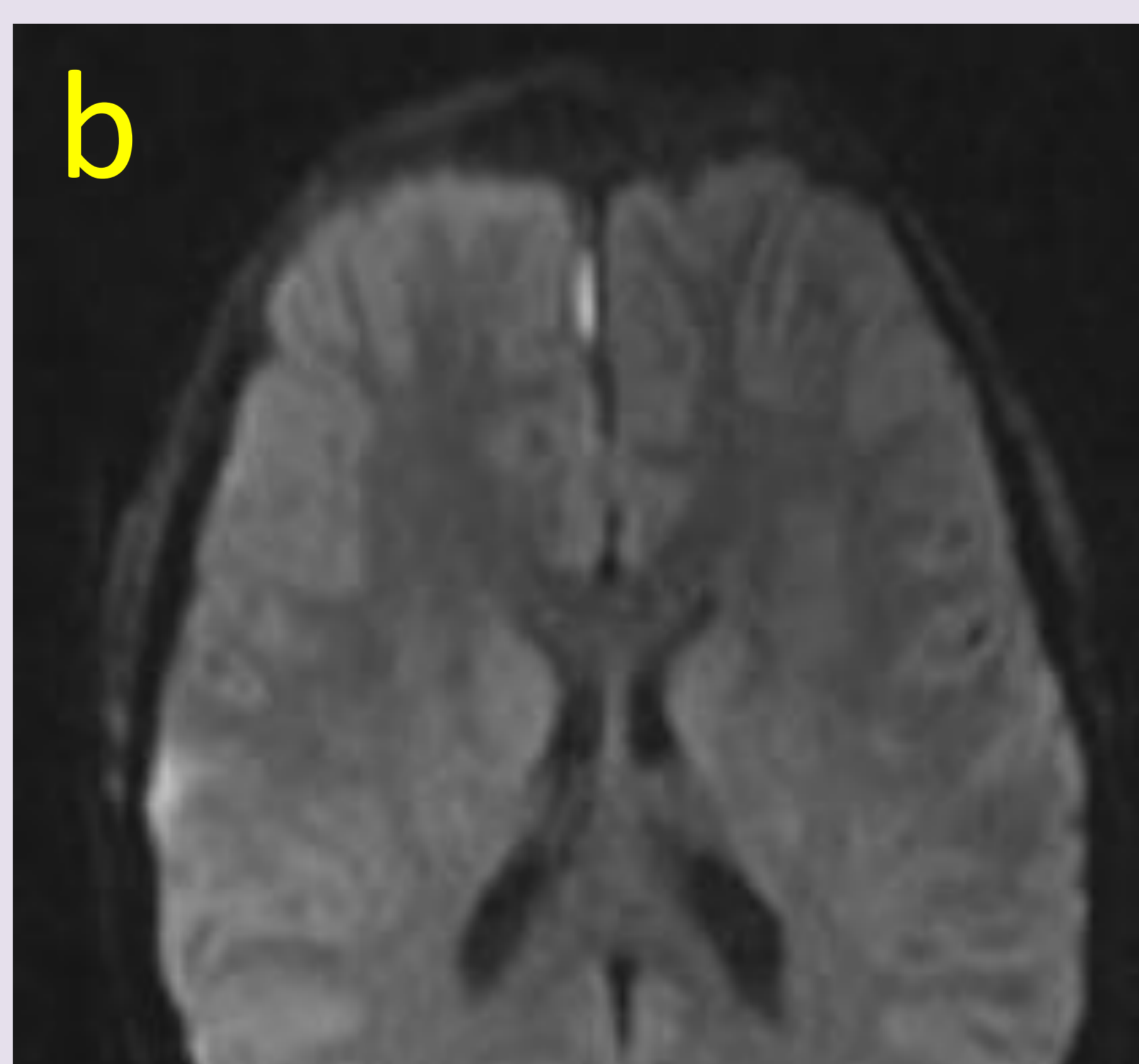
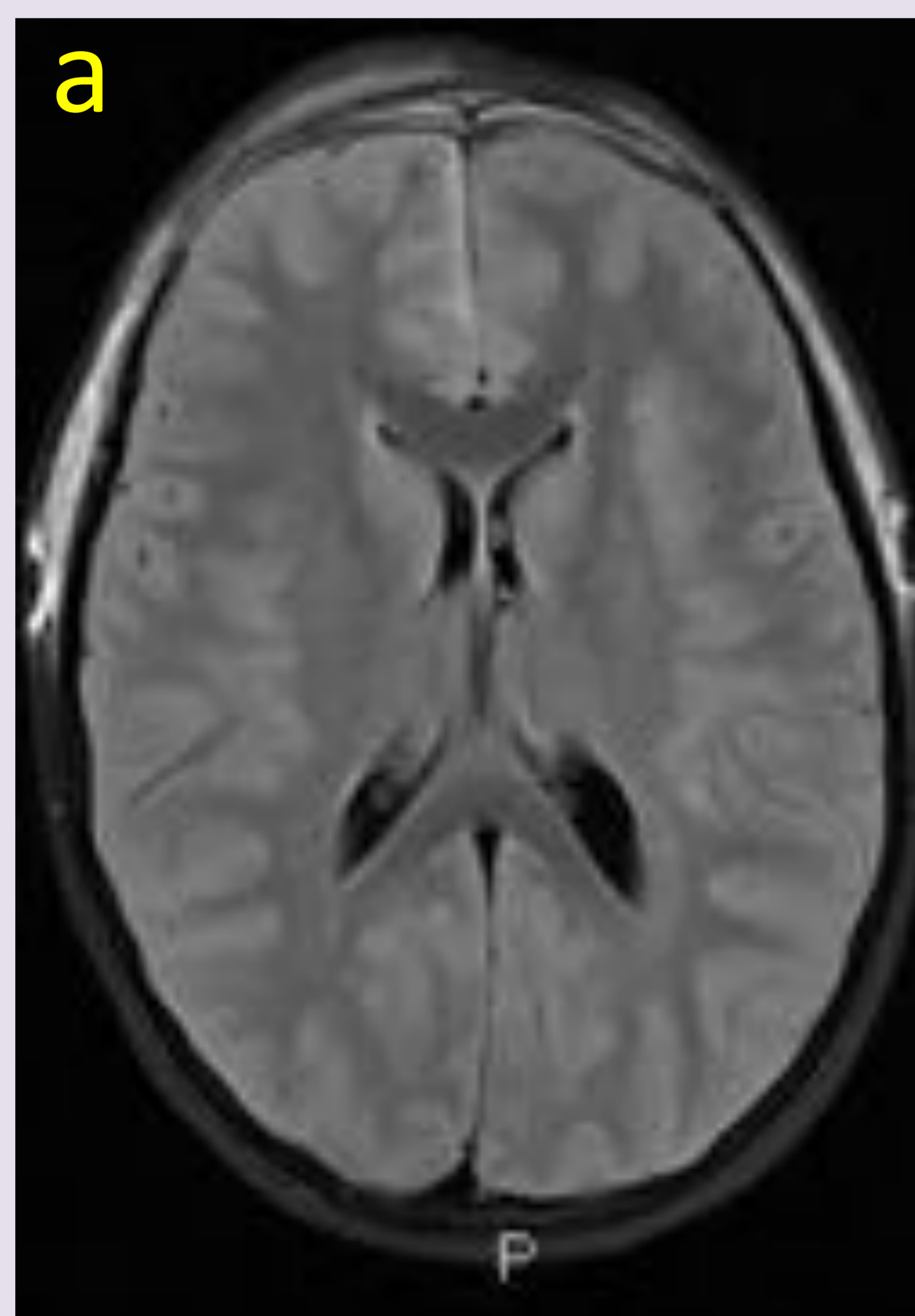


Fig 6. Fig 4. RM craneal. Secuencia FLAIR (a), DWI valor alto de b (b) y mapa paramétrico del ADC (c). Colección lineal interhemisférica derecha, hiperintensa en FLAIR, con restricción a la difusión compatible con absceso epidural.

Revisión

El tumor inflamatorio de Pott característicamente cursa con edema de partes blandas a nivel frontal debido a un absceso subperióstico. Se asocia a osteomielitis del hueso frontal como complicación de una sinusitis frontal. Como otras causas de esta entidad se han propuesto los traumatismos craneales y las intervenciones quirúrgicas.

La presentación clínica consta de cefalea, vómitos, fiebre, tumoración frontal localizada y síntomas nasales.

Su fisiopatología se explica debido a la anastomosis existente entre el seno venoso dural y las venas del cuero cabelludo, venas diploicas y emisarias.

La edad típica de presentación es la adolescencia. Esto podría explicarse por el pico de vascularización del diploe craneal que existe en este grupo de edad. Mientras que la razón por la cual su presentación en niños preadolescentes sea tan inusual es porque el seno frontal no se neumatiza, por encima de las crestas orbitales, hasta aproximadamente los 6 años de edad.

Sus complicaciones potencialmente mortales, ya comentadas con anterioridad, hacen que su diagnóstico precoz y tratamiento agresivo sean clave en la buena evolución del paciente.

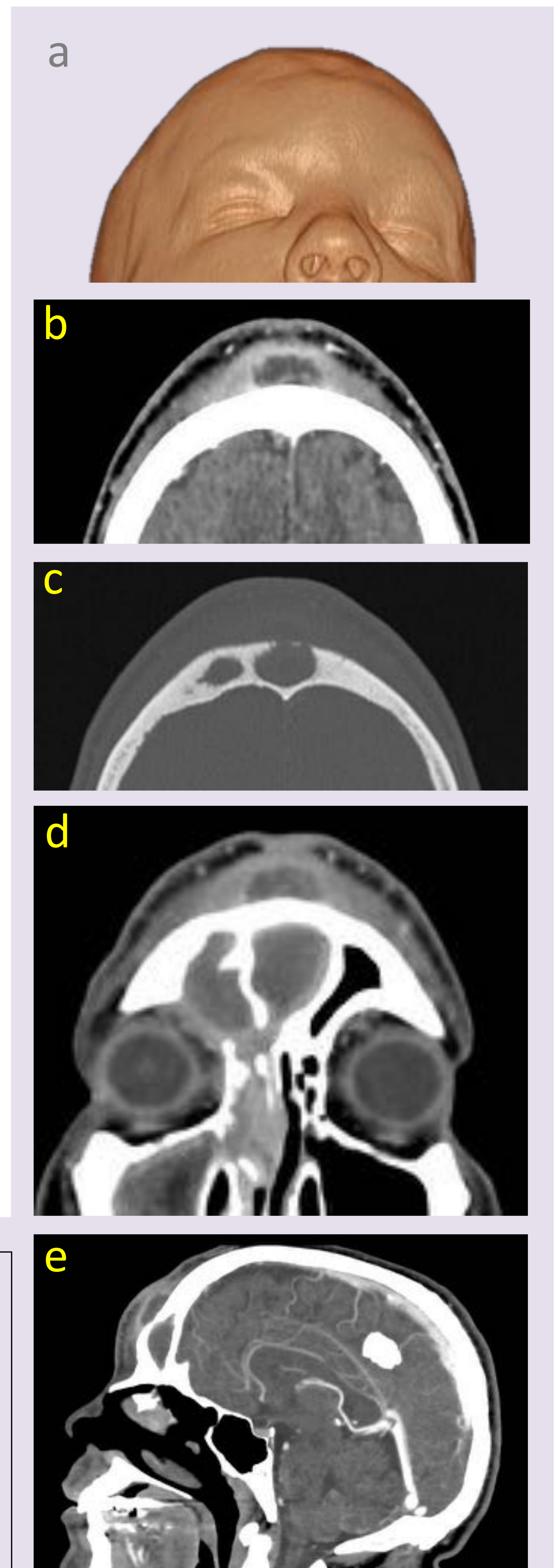


Fig 7. TC craneal. Reconstrucción volumétrica (a), plano axial con ventana de partes blandas (b) y ósea (c), coronal (d) y sagital (e). Colección abscesificada en seno frontal, con patrón permeativo óseo y extensión hacia espacio subperióstico frontal. Hallazgos en relación con Tumor de Pott, con presentación atípica en paciente de 38 años sin complicaciones intracraneales.

Conclusiones

El tumor inflamatorio de Pott es una rara complicación de la sinusitis o el traumatismo de los senos frontales, en el que conocer sus manifestaciones radiológicas es fundamental para hacer un diagnóstico temprano y certero que dirija la terapia y evite las posibles complicaciones asociadas.

Referencias

- Suwan PT, Mogal S, Chaudhary S. Pott's Puffy Tumor: An Uncommon Clinical Entity. Case reports in pediatrics. 2012.
- Escudero R, Perez I, et Del Estad. Tumor hinchado de Pott: una complicación olvidada de la sinusitis. Radiología. 2010.
- Masterson L, Leong P. Pott's puffy tumour: a forgotten complication of frontal sinus disease. 2009;13.
- Durur-subasi I, Kantarci M, Karakaya A et-al. Pott's puffy tumor: multidetector computed tomography findings. J Craniofac Surg. 2008;19.