

ORIGINAL BREVE

## Tumor inflamatorio de Pott: una complicación infrecuente de la sinusitis frontal

D. Aínsa Laguna<sup>a,\*</sup>, S. Pons Morales<sup>a</sup>, A. Muñoz Tormo-Figueres<sup>a</sup>, M.I. Vega Senra<sup>a</sup> y M.C. Otero Reigada<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

<sup>b</sup> Sección de Pediatría Infecciosa, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

Recibido el 18 de abril de 2013; aceptado el 3 de junio de 2013

Disponible en Internet el 6 de octubre de 2013

### PALABRAS CLAVE

Tumor inflamatorio de Pott;  
Sinusitis frontal;  
Absceso epidural;  
Trombosis vena  
oftálmica

### KEYWORDS

Pott's puffy tumor;  
Frontal sinusitis;  
Epidural abscess;  
Ophthalmic vein  
thrombosis

**Resumen** El tumor inflamatorio de Pott es una complicación infrecuente de la sinusitis frontal caracterizada por tumefacción y edema en la frente por absceso subperióstico secundario a osteomielitis del hueso frontal. Complicaciones añadidas son: celulitis por extensión a la órbita e infección intracraneal por extensión posterior asociando alto riesgo de meningitis, absceso intracraneal y trombosis del seno venoso. Un diagnóstico temprano y un tratamiento intensivo médico y quirúrgico son esenciales para una óptima recuperación de los pacientes afectados. En la era antibiótica es extremadamente infrecuente, habiéndose descritos muy pocos casos en la bibliografía reciente.

Presentamos un caso de tumor inflamatorio de Pott en un varón de 7 años que, como complicación de una pansinusitis aguda, presenta tumefacción frontal con celulitis preseptal y afectación intracraneal con trombosis de venas oftálmica y orbitaria superior y absceso epidural frontal con extensión hasta espacio subaracnoideo.

© 2013 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Pott's puffy tumor: A rare complication of frontal sinusitis

**Abstract** Pott's puffy tumor is a rare complication of frontal sinusitis characterized by swelling and edema in the brow due to a subperiosteal abscess associated with frontal osteomyelitis. Added complications are cellulitis by extension to the orbit and intracranial infection by posterior extension, with high risk of meningitis, intracranial abscess, and venous sinus thrombosis. Early diagnosis and aggressive medical or surgical treatment are essential for optimal recovery of affected patients. In the antibiotic age it is extremely rare, with very few cases described in the recent literature.

A case is presented of a Pott inflammatory tumor in a 7 year-old boy, as a complication of acute pansinusitis who presented with front preseptal swelling and intracranial involvement

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [davidainsa@gmail.com](mailto:davidainsa@gmail.com) (D. Aínsa Laguna).

with thrombosis of ophthalmic and superior orbital veins and frontal epidural abscess extending to the subarachnoid space.

© 2013 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

Aunque prácticamente erradicado en la era antibiótica, en la última década se han descrito cerca de una decena de casos de tumor inflamatorio de Pott.

Conocido desde finales del siglo XVIII, Sir Percivall Pott define esta entidad como tumefacción y edema en la frente por inflamación subyacente a nivel de la duramadre que provoca acúmulo de sustancia entre esta y el cuero cabelludo. Inicialmente, atribuible a contusiones frontales, a final del siglo XIX Lannelongue demostró que también puede resultar de la evolución de una sinusitis frontal no tratada o incompletamente tratada, en asociación con osteomielitis del hueso frontal<sup>1,2</sup>.

## Presentación del caso

Varón de 7 años de edad, correctamente vacunado (incluida antineumocócica) y sin antecedentes de interés, que consulta por fiebre (hasta 40 °C) de 72 h de evolución, edema palpebral y afectación del estado general. Cefalea intensa continua, decaimiento y tendencia a la somnolencia. Tres días antes inicia edema palpebral inferior izquierdo con lagrimeo, progresivamente en aumento, extendiéndose al párpado superior y en horas previas a la consulta, al párpado inferior derecho con secreción amarillenta bilateral. Refiere dolor en ambos miembros inferiores que le imposibilita la bipedestación. Caída accidental 4 días antes, sin signos de alarma ni contusión craneal. Cuadro catarral con abundante mucosidad de 2-3 semanas de evolución.

En la exploración física, regular-mal aspecto general, postura en flexión de ambos miembros inferiores. Hemodinámicamente estable, con tendencia a la taquicardia, adecuada perfusión periférica y signos clínicos de deshidratación leve. Lesiones de candidiasis en ambas mucosas yugales. Exantema tenue micromacular en las palmas, que desaparece con la digitopresión sin elementos petequiales. Hepatomegalia de 1-2 cm bajo reborde costal, no dolorosa. Cardiopulmonar sin alteraciones. Destaca tumefacción frontal y edema del párpado superior e inferior izquierdo, que imposibilita la apertura ocular espontánea con placa eritematosa que se extiende hasta mejilla ipsilateral, secreción ocular amarillenta e intensa hiperemia conjuntival bilateral (fig. 1). Pupilas isocóricas y normorreactivas, movimientos oculares conservados y no dolorosos. No fotofobia. Dolor intenso a la presión sobre el seno frontal izquierdo y menos sobre el maxilar izquierdo. Limitación para la extensión completa de los miembros inferiores con signo de trípode positivo, rechazo a la bipedestación y disminución de los reflejos osteotendinosos. En el fondo de ojo no se evidencia edema papilar.

En los estudios de laboratorio destacan proteína C reactiva 331 mg/L, procalcitonina 105,5 ng/mL, gammaglutamil transpeptidasa 159 UI/L, sodio 127 mEq/L y cloro 96 mEq/L,



Figura 1 Lesión de celulitis preseptal bilateral.

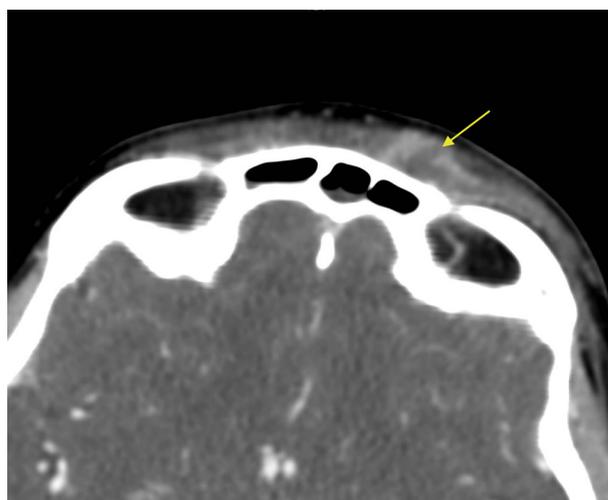


Figura 2 TC craneal. Colección subperióstica y en TCS.

con aumento de fibrinógeno (665 mg/dL). En el hemograma: leucocitosis ( $21,6 \times 10^9/L$ ), con desviación izquierda (neutrofilia 90%). Se realiza una TC craneal con contraste, evidenciando colección subperióstica en el margen nasal de la órbita izquierda y en el tejido celular subcutáneo de  $17 \times 8$  mm con realce periférico. Trombosis de la vena angular izquierda, con extensión a la vena orbitaria superior que no alcanza el seno cavernoso, con ingurgitación de los vasos conjuntivales relacionada con la trombosis. Ocupación de senos frontales, maxilares y esfenoidal derecho y parcial de celdillas etmoidales y mastoideas (figs. 2 y 3).

Los estudios microbiológicos en orina, líquido cefalorraquídeo y aspirado nasal, así como serología infecciosa resultaron negativos.

Resultó positiva la detección rápida de *Streptococcus pyogenes* en exudado faríngeo, confirmándose

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4141571>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4141571>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)