

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los miembros del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Clínico San Carlos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Veltrini VC, Etges A, Magalhaes MH, de Araujo NS, de Araujo VC. Solitary fibrous tumor of the oral mucosa-morphological and immunohistochemical profile in the differential diagnosis with hemangiopericytoma. *Oral Oncol.* 2003;39:420-6.
2. Fan CY, van Hemert RL, Thomas JR, Breau RL. Atypical solitary fibrous tumor of the larynx. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006;134:880-2.
3. Terré Falcón R, Gil Paraíso P, Ayerve Torrero V, Bernat Gili A. Tumor fibroso solitario como causa inusual de S.A.H.S. *ORL Aragón.* 2012;1:24-6.
4. Shimoyama T, Horie N, Ide F. Solitary fibrous tumor of the palate: A case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62:895-7.
5. Alawi F, Stratton D, Freedman PD. Solitary fibrous tumor of the oral soft tissues: A clinicopathologic and immunohistochemical study of 16 cases. *Am J Surg Pathol.* 2001;25:900-10.
6. Shnayder Y, Greenfield BJ, Oweity T, DeLacure MD. Malignant solitary fibrous tumor of the tongue. *Am J Otolaryngol.* 2003;24:246-9.
7. García de Marcos JA, del Castillo Pardo de Vera JL, Susana Arroyo Rodríguez M, Galdeano Arenas J, Calderón Polanco MJ, García de Marcos J, et al. Tumor fibroso solitario intraoral: análisis clinicopatológico e inmunohistoquímico. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.* 2008;3:180-4.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.06.013>

Tumor inflamatorio de Pott

Pott's puffy tumour

Daniel Garcia Molina* y Teresa Gonzalez Maria Jose Nieto

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España



Teniendo en cuenta la evolución, la imagen radiológica, el resultado del cultivo y la biopsia, se llegó al diagnóstico definitivo de tumor de Pott.

En el ingreso, el paciente fue tratado con cefotaxima, metronidazol y vancomicina durante 7 días, a la espera del resultado del cultivo. Tras una semana de ciclo antibiótico se programó para extirpación del tejido de granulación y cranealización del seno frontal (fig. 1). Tras 5 días de ingreso postoperatorio, el paciente fue trasladado a otro centro para finalizar tratamiento antibiótico intravenoso, durante 6 semanas más.

La evolución postoperatoria fue favorable y el resultado estético excelente, no precisando reconstrucción del defecto óseo frontal.

Discusión

Percivall Pott, neurocirujano del siglo XVIII, fue el primero en describir esta entidad en 1760. El tumor de Pott es definido como el absceso subperióstico del hueso frontal asociado con osteomielitis frontal. Tradicionalmente se lo considera como una complicación de una sinusitis frontal, aunque también se ha descrito tras traumatismo craneoencefálico¹.

Actualmente, en la era de la antibioterapia, es una entidad infrecuente. De hecho en la literatura hay descritos alrededor de 50 casos en los últimos 40 años². No obstante, esta condición hoy en día se puede producir en adictos a las drogas por vía nasal, pacientes con VIH, infección fúngica, antecedente

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2015.01.002>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Dr.garciamolina@gmail.com (D. Garcia Molina).

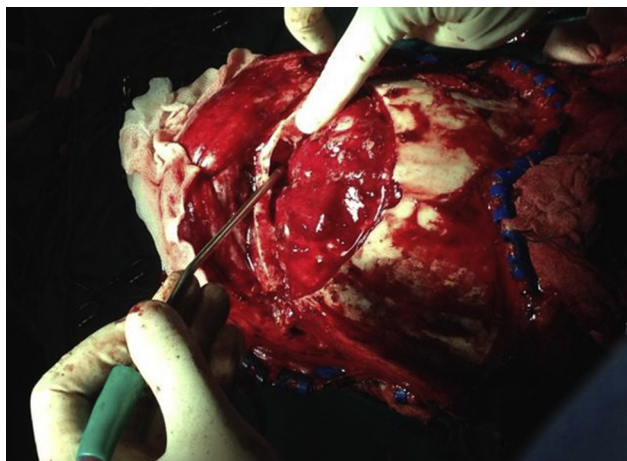


Figura 1 - Fotografía intraoperatoria de la exposición del seno frontal mediante el abordaje bicoronal.

de craneoplastia, picadura de insecto, acupuntura, mucocele frontal sobreinfectado, pacientes con sinusitis frontal crónica que no han seguido un adecuado tratamiento antibiótico o incluso tras procedimientos dentales³.

Esta infección se explica por la expansión de una sinusitis frontal al hueso medular frontal a través de las venas diploicas, carentes de válvulas, lo que origina una osteomielitis, con la consiguiente erosión ósea y absceso subperióstico.

Suele ser más frecuente en niños y adolescentes que en adultos, según Akiyama et al.⁴, esto es debido a que el seno frontal está en pleno desarrollo en estas edades, lo que implica un mayor flujo a través de las venas diploicas en comparación con los adultos.

Afecta más frecuentemente a varones, en una proporción aproximada de 4:1.

Los pacientes pueden presentar aumento de volumen a nivel de la frente o periorbitario, blando y de consistencia elástica, cefaleas, fotofobia, fiebre y/o síntomas de sinusitis subaguda o crónica.

El tumor de Pott tiene complicaciones especialmente graves, como abscesos epidurales, sudurales, intracerebrales o meningitis. La extensión intracraneal se presenta en más de la mitad de los casos y se puede producir tanto como por difusión hematogena como por difusión directa por erosión de la tabla interna⁵. En la actualidad su mortalidad oscila entre el 5 y 10% de los casos.

Para su diagnóstico es fundamental la realización de pruebas de imagen. La tomografía computarizada nos proporciona información adecuada en cuanto a las complicaciones intra y extracraneales de la infección, y es superior a la resonancia magnética en la valoración de la afectación ósea. La resonancia magnética permite visualizar de un modo óptimo la extensión de la enfermedad sobre todo el espacio subdural y el sistema nervioso central.

Los cultivos suelen ser polimicrobianos, siendo los microorganismos más frecuentes del género *Streptococcus*, *Staphylococcus* y anaerobios.

Análiticamente asocia leucocitosis, elevación de la velocidad de sedimentación eritrocitaria y proteína C reactiva, reflejando el origen bacteriano de la infección⁶.

En el diagnóstico diferencial de las lesiones de que pueden producir aumento de volumen en esta región hay que considerar infecciones de la piel y tejidos blandos, meningitis, hematoma infectado, así como tumores benignos y malignos cutáneos, óseos o de partes blandas⁷.

En cuanto al tratamiento, este debe incluir siempre inicialmente antibioterapia de amplio espectro. Además en aquellos casos más evolucionados se debe realizar tratamiento quirúrgico.

En función del paciente y su evolución, el tratamiento puede incluir drenaje del absceso, retirada de hueso afecto de osteomielitis y cranialización del seno frontal. En la literatura podemos encontrar otro tipo de abordajes, tanto abiertos como endoscópicos. Clásicamente el tratamiento quirúrgico del tumor de Pott ha requerido un abordaje externo. El primer reporte de abordaje al seno frontal por sinusitis crónica fue publicado por Wells en 1870, para tratamiento de un piocele frontal mediante la combinación de abordaje externo y nasal. En 1898 Riedel y Schenke introdujeron el primer proceso obliterativo, en el que reseocaban el hueso de la tabla anterior y la mucosa del seno, produciendo el colapso de la piel contra la tabla posterior y la consiguiente deformidad estética. A principios del siglo XX, Ingalls Halle y Good promovieron los procedimientos intranasales para el tratamiento de sinusitis frontal, con pobre éxito debido al gran número de complicaciones, como la punción inadvertida de la cavidad craneal, y fracasos debido a la obstrucción del drenaje. En 1903 Hajek introdujo las bases de una operación osteoplástica del seno frontal, en la que se creaba un colgajo óseo de la pared anterior del seno frontal, y se reponía tras la eliminación del absceso y mucosa sinusal, esta técnica además permitía un abordaje directo a la tabla posterior y a la duramadre. A partir de los años 70 se popularizó la endoscopia nasosinusal, por lo que los procedimientos intranasales volvieron a cobrar relevancia⁸. No obstante, en la literatura hay muy pocos casos de tumor de Pott tratados mediante este procedimiento, probablemente porque en la mayoría de los casos de tumor de Pott actuales, las características de la presentación clínica hacen necesario un abordaje externo y la colaboración de un neurocirujano. Con los últimos avances tecnológicos, a la endoscopia nasosinusal habría que añadir la posibilidad de la navegación intraoperatoria⁹. En nuestro caso, puesto que exigía un drenaje del absceso, un curetaje de la mucosa del hueso frontal, la retirada del hueso afecto y la obliteración del seno, pensamos que el abordaje bicoronal con obliteración del seno con colgajo de pericráneo era el tratamiento más adecuado.

Postoperatoriamente el paciente precisa antibioterapia entre 6 y 8 semanas. En caso de defecto estético, debido a la erosión del hueso frontal, se puede plantear realizar una reconstrucción de la deformidad de forma diferida.

La recurrencia se puede producir hasta en el 9,7% de los casos, en relación probablemente con un tratamiento insuficiente^{4,10}.

Conclusión

Afortunadamente, el tumor de Pott es una entidad infrecuente hoy en día, debido a esto no existe un protocolo estándar de tratamiento, ante un caso como el presentado debemos de

instaurar tratamiento intensivo desde el inicio, a fin de evitar posibles complicaciones graves. Este debe de incluir antibioterapia de amplio espectro y drenaje del absceso, pudiendo además precisar reconstrucción del defecto quirúrgico de forma diferida.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acke F, Lemmerling M, Heylbroeck P, de Vos G, Verstraete K. Pott's puffy tumor: CT and MRI findings. *JBR-BTR*. 2011;94:343-5.
2. Sullivan CD, Poetker DM. Anterior table remodeling after treatment for Pott's puffy tumor. *Am J Otolaryngol*. 2013;34:265-7.
3. Elyassi A, Prenzel R, Closmann JJ. Pott puffy tumor after maxillary tooth extraction. *J Oral Maxillofac Surg*. 2012;70:e190-2.
4. Akiyama K, Karaki M, Mori N. Evaluation of Adult Pott's puffy tumor: Our five cases and 27 literature cases. *Laryngoscope*. 2012;122:2382-8.
5. Welch E, Kwoong F, Mohammed H, Cathcart R. Medical image. An unusual swelling of the forehead. *N Z Med J*. 2012;125:88-91.
6. Haider HR, Mayatepek E, Schaper J, Vogel M. Pott's puffy tumor: A forgotten differential diagnosis of frontal swelling of the forehead. *J Pediatr Surg*. 2012;47:1919-21.
7. 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.
8. Murr A. Contemporary indications for external approaches to the paranasal sinuses. *Otolaryngol Clin N Am*. 2004;37:423-34.
9. Jung J, Lee HC, Park IH, Lee HM. Endoscopic endonasal treatment of a Pott's puffy tumor. *Clin Exp Otorhinolaryngol*. 2012;5:112-5.
10. Martos Díaz P, Naval Gías L, González García R, Mancha de la Plata M, Youn Cho Lee G, Rodríguez Campo FJ, et al. Tumor hinchado de Pott: recidiva tras 10 años asintomático. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac*. 2007;29:349-53.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2015.01.003>