

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social

Resumen

Paciente Femenino de 8 años de edad acude por la presencia de tumor en región frontal, hiperémico, con calor local, fiebre, convulsiones y malestar general. Se realiza TC mostrando un área de destrucción en tabla anterior de seno frontal, con absceso subperióstico en misma zona, así como en RMN localizando dos abscesos en lóbulo frontal izquierdo. La paciente responde adecuadamente al tratamiento médico-quirúrgico.

Introducción.

El tumor de Pott Puffy es un absceso subperióstico resultante de una osteomielitis de la tabla anterior del hueso frontal, resultante de una sinusitis frontal, o menos frecuente de traumatismo en la región frontal¹. Las complicaciones intracraneales tales como empiema subdural, absceso intracerebral, absceso extradural y meningitis se llegan a presentar hasta en 40% de los casos de rinosinusitis frontal complicada, siendo consecuencia del plexo venoso del seno frontal a través de venas diploicas, las cuales comunican al plexo venoso dural². Los niños y adolescentes son afectados en primer lugar. Como sintomatología se presenta fiebre, cefalea, sensibilidad frontal, aumento de volumen, edema e hiperemia en región frontal, malestar general; ante la presencia de vómito, convulsiones, rigidez de cuello, papiledema, alteración del estado mental, existe una alta probabilidad de involucro intracraneal³. Es imperativo iniciar el tratamiento oportuno ante la sospecha de una rinosinusitis complicada ya que la mortalidad logra reducir de un 60% a 3.7% ante el buen manejo de los mismos⁴.

Presentación del Caso.

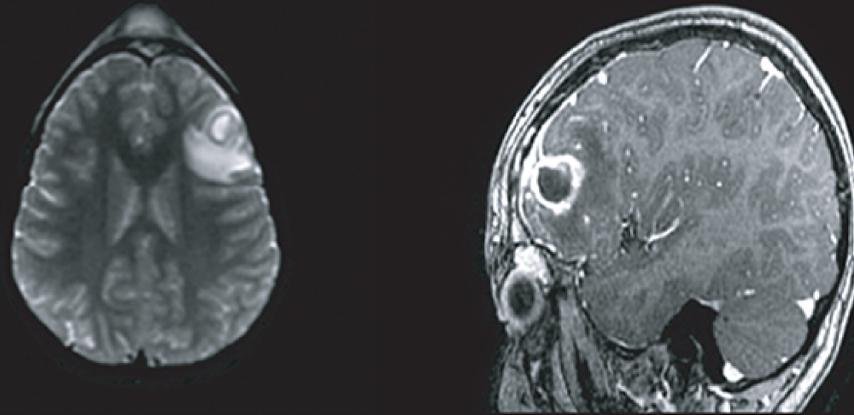
Inicia un mes antes de su llegada a nuestro servicio con rinorrea hialina constante de un mes de evolución por ambas fosas nasales, sin predominio de horario, así como cefalea frontal opresiva de predominio derecho. Tres días posteriores al inicio de la cefalea, se agrega aumento de volumen en región frontal central concomitante con fiebre de 38°C. Durante su internamiento para completar el protocolo de estudio, presenta un episodio convulsivo.

EF.

A la exploración física se encuentra neurológicamente íntegra, con aumento de volumen en región frontal de aproximadamente 3x2 cm con aumento de temperatura local, hiperémico, blando, fluctuante, no doloroso a la palpación.

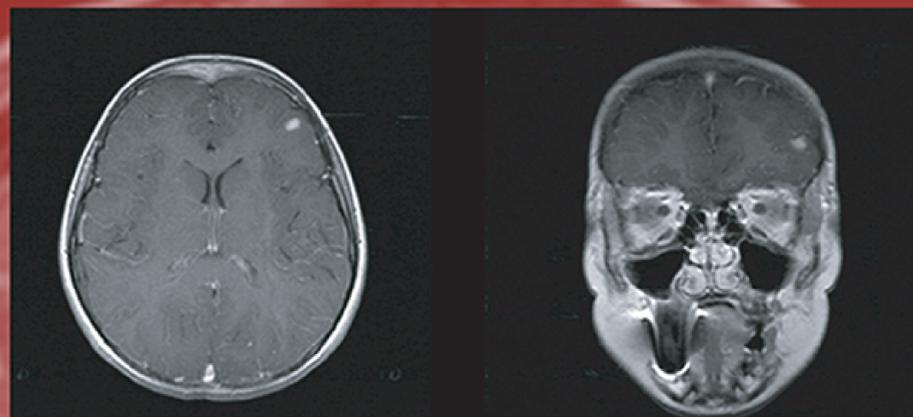


Se solicita Resonancia Magnética, en diferentes modalidades mostrando en T2 imagen en lóbulo frontal izquierdo subcortical, redondeada, bordes regulares y definidos, con hiperintensidad periférica por edema, que presenta reforzamiento periférico anular a la administración de gadolinio, compatible con absceso cerebral frontal



RMN secuencia T2, imagen en lóbulo frontal izquierdo subcortical, redondeada, bordes regulares y definidos, con hiperintensidad periférica por edema, compatible con absceso cerebral, secuencia T1 contrastada, reforzamiento periférico anular

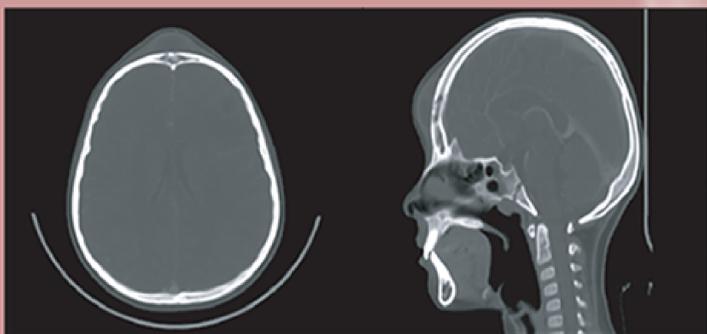
Se realiza abordaje endoscópico permeabilizando receso frontal derecho, complementando con insisión supraciliar derecha para revisión complementaria, y drenaje de absceso subperióstico. Se inicia tratamiento de amplio espectro con Meropenem, Vacomicina y Metronidazol por 21 días. Su seguimiento a 4 meses fue óptimo, con resolución de abscesos intracerebrales, y limpieza de senos paranasales.



RMN secuencia T1 contrastada corte axial, área residual hipercaptante en porción rostral de giro frontal medio izquierdo, sin edema cerebral circundante, surcos y cisuras de morfología conservada. Corte coronal, senos maxilares y etmoidales libres. Control a los 4 meses

Protocolo Diagnóstico y Manejo.

Se realizó una Tomografía computarizada contrastada de senos paranasales con ventana ósea, donde se aprecia seno maxilar derecho, celdillas etmoidales anteriores derechas, receso del frontal derecho y seno frontal en su totalidad ocupadas por densidad de líquido y tejido blando, lisis en tabla anterior del seno frontal, con presencia de colección con realce periférico, sugestiva absceso subperióstico en región frontal.



TAC contrastado corte axial, se aprecia lisis de tabla externa del seno frontal, corte sagital mostrando osteomielitis de tabla anterior del seno frontal con colección en región frontal, con realce periférico, sugestivo de absceso subperióstico

Discusión

Existen en la literatura de los años 1990-2011 76 artículos publicados de los cuales 21 se han referido a adultos y el resto a niños y adolescentes⁵, mostrando hasta en el 60-70%⁶ de ellos complicaciones intracraneales manejadas con drenaje quirúrgico y antibioticoterapia de amplio espectro por 3 a 12 semanas, con buena evolución clínica. Se recomiendan antibióticos de amplio espectro y triple esquema para cubrir grampositivos y anaerobios durante 5 a 8 semanas. Se recomienda el uso de vancomicina, ceftriaxona y metronidazol como tratamiento empírico inicial⁷.

Conclusiones.

En la actualidad con el advenimiento de la antibioticoterapia y el diagnóstico oportuno, se ha visto una disminución de la mortalidad debido al tumor de Pott Puffy; si bien no es una entidad frecuentemente vista en la región noreste del país, fue necesaria la participación oportuna multidisciplinaria de los servicios de Neurocirugía e Infectología en conjunto con nuestro servicio para tratar adecuadamente a nuestra paciente. Los controles posteriores de la paciente muestran el tratamiento médico-quirúrgico fue el óptimo.

Bibliografía

- Collet S, Grulois V, Eloy, Rombaux, Bertrand B. A Pott's puffy tumour as a late complication of a frontal sinus reconstruction: case report and literature review. *Rhinology*, 2009; 47, 470-475
- Domville-Lewis C, Friedland PL, Santa Maria PL. Pott's puffy tumour and intracranial complications of frontal sinusitis in pregnancy. *The Journal of Laryngology & Otology*, 2013 Jan; 127 (S1 Suppl): S35-S38
- Tsai BY, Lin KL, Lin TY, Chiu CH, Lee WJ, Hsia SH, Wu CT, Wang HS. Pott's puffy tumor in children. *Childs Nerv Syst*. 2010 Jan;26(1):53-60
- Ketenci I, Unlu Y, Tucer B, Vural A. The Pott's Puffy tumor: a dangerous sign for intracranial complications. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2011; 268:1755-1763
- Akiyama K, Karaki M, Mori N. Evaluation of adult Pott's puffy tumor: our five cases and 27 literature cases. *Laryngoscope*. 2012 Nov;122(11):2382-8
- Verbon A., Husni R.N., Gordon SM, Lavertu P., Keys TF. Pott's Puffy Tumor Due to Haemophilus influenzae: Case Report and Review. *Clinical Infectious Diseases* 1996;23:1305-7
- González AM, De Lillo L, Dondoglio P. Pott puffy tumor: case report, *Arch Argent Pediatr*. 2013 Oct; 111(5):436-40