



Complicación infrecuente de una patología frecuente infantil: TUMOR INFLAMATORIO DE POTT

Esther Galiano Alonso¹, Mar Braza Claver¹, Isabel M^a Cabrera López², Beatriz Agúndez Reinosa², Marta Taida García Ascaso³, Raquel Jiménez García⁴

¹Residentes de Pediatría Hospital Infantil Niño Jesús, Madrid, España. ²Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHAD), Hospital Infantil Niño Jesús, Madrid, España. ³Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Infantil Niño Jesús, Madrid, España. ⁴Servicio de Pediatría General Hospital Infantil Niño Jesús, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

Tumefacción
y edema a
nivel frontal

ABSCESO SUBPERIÓSTICO del HUESO
FRONTAL secundario a OSTEOMIELITIS
SUBYACENTE



- El **tumor inflamatorio de Pott** se presenta clínicamente como tumefacción y edema a nivel frontal, debido a un absceso subperióstico del hueso frontal secundario a osteomielitis subyacente.
- Es una entidad poco frecuente, que afecta más a **niños y a adolescentes**, con complicaciones potencialmente graves, como abscesos epidurales o subdurales.
- La causa más frecuente suele ser una **sinusitis frontal infradiagnosticada o mal tratada**, con extensión posterior al hueso frontal por vía hematógena.

CASO CLÍNICO

- Niña de 8 años sin antecedentes personales de interés, que consulta por *fiebre alta de 3 días de evolución, rinorrea, cefalea y dolor a la palpación del seno frontal*. Es diagnosticada de **sinusitis frontal** y recibe tratamiento con **amoxicilina oral** durante una semana (80 mg/kg/día).
- Tras finalización del mismo, presenta *edema en región frontal y orbitaria*, por lo que se repite ciclo de **amoxicilina** durante una semana con **metilprednisolona** adyuvante los tres primeros días. Reparición del edema tras finalización del segundo ciclo de antibioterapia.
- Se realiza TAC craneal en el que se objetiva **sinusitis frontal** complicada con **absceso epidural** en convexidad frontal (45x37x16 mm) y **epicraneal** (30x13 mm). Se traslada a Servicio de Neurocirugía de hospital de tercer nivel, donde se realiza *craneotomía con trepano único*, con drenaje de material purulento a nivel subgaleal, sin recolocación de calota craneal por aspecto macroscópico de osteomielitis necrótica.
- Tras la intervención se inicia tratamiento antibiótico intravenoso con **vancomicina**, **metronidazol** y **ceftriaxona**. En cultivo microbiológico del absceso (estando en tratamiento antibiótico) se aísla *Streptococcus intermedius*; y en hueso frontal, *Staphylococcus capitis*.
- A los 8 días de la intervención ingresa en la Unidad de Hospitalización a Domicilio para completar antibioterapia intravenosa durante 4 semanas más, con adecuada evolución. Tras 3 meses se realiza *craneoplastia*, sin incidencias.



CONCLUSIONES

1. Ante una sinusitis de *evolución tórpida* se debe realizar **seguimiento estrecho** para diagnóstico precoz de complicaciones intracraneales como el tumor inflamatorio de Pott.
2. La infección suele ser de **origen polimicrobiano** (*Streptococcus*, *Staphylococcus* y anaerobios los más frecuentes), por lo que el tratamiento requiere antibioterapia intravenosa prolongada de amplio espectro. En los casos más evolucionados precisará también tratamiento quirúrgico.
3. La **hospitalización a domicilio** puede ser una *alternativa* al ingreso convencional para completar la antibioterapia intravenosa en este tipo de pacientes.