

PAUTAS DE TRATAMIENTO DEL TUMOR INFLAMATORIO DE POTT.
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Pott's puffy tumor treatment guidelines. Literature review

SALOM-COVEÑAS Carmen; BENITO-NAVARRO Juan Ramón;
GUTIÉRREZ-GALLARDO Ana; PORRAS-ALONSO Eulalia

Hospital Universitario de Puerto Real. Servicio de Otorrinolaringología. Cádiz. España.

Correspondencia: carmen_salom@hotmail.com

Fecha de recepción: 17 de mayo de 2020

Fecha de aceptación: 4 de junio de 2020

Fecha de publicación: 6 de junio de 2020

Fecha de publicación del fascículo: 1 de diciembre de 2020

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Política de derechos y autoarchivo: se permite el autoarchivo de la versión post-print (SHERPA/RoMEO)

Licencia CC BY-NC-ND. Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional

Universidad de Salamanca. Su comercialización está sujeta al permiso del editor

RESUMEN: Introducción y objetivo: El objetivo de este estudio es proporcionar una revisión actualizada del tratamiento médico y quirúrgico en pacientes con abscesos subperiósticos secundarios a la osteomielitis del hueso frontal. Método: Se realizó una búsqueda en la base de datos PubMed, BVS (biblioteca virtual en salud España) y Scopus de las distintas opciones terapéuticas del tumor de Pott. La revisión se realizó siguiendo los criterios PRISMA. Resultados: Se seleccionaron 20 artículos en la búsqueda bibliográfica. Un total de 30 pacientes (24 varones, con media de edad de 27 años) fueron revisados. En un 90% la causa fue una rinosinusitis crónica, seguida por traumatismos locales. En la mayoría de los casos se realizó un drenaje endoscópico tipo Draf 2 (60%), 5 pacientes fueron sometidos a un Draf 3, tres a un Draf 1 y sólo uno a un Draf 2B. Un paciente fue tratado con sinuplastia con balón y otro con craneotomía externa aislada. Todos los pacientes tenían antibióticos orales o intravenosos de duración variable; aunque predomina el esquema terapéutico de vancomicina y ceftriaxona endovenosa durante 6 semanas. No hubo más complicaciones después de la intervención endoscópica sinusal. La presencia de fístulas, cicatrizaron sin necesidad de desbridamiento quirúrgico o cierre. Discusión: el tumor inflamatorio de Pott es una patología muy infrecuente. Debido a la rareza de la patología, muchos casos han sido infradiagnosticados desembocando en complicaciones

PAUTAS DE TRATAMIENTO DEL TUMOR INFLAMATORIO DE POTT. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

SALOM-COVEÑAS C; BENITO-NAVARRO J R; GUTIÉRREZ-GALLARDO A; PORRAS-ALONSO E

intracraneales. El abordaje externo ha sido el tratamiento de elección durante años; actualmente se aboga por un abordaje endonasal guiada en ocasiones por neuronavegador sumado a la antibioticoterapia correspondiente durante un largo periodo de tiempo. Conclusiones: La mayoría de los casos de tumor inflamatorio de Pott pueden manejarse endoscópicamente. La disponibilidad de instrumentos en ángulo motorizados, videos de alta definición y sistemas de guía de imágenes han proporcionado a los otorrinolaringólogos una alternativa creíble a las técnicas tradicionales. Además, la biodisponibilidad mejorada de los antibióticos puede obviar la necesidad de una craneotomía y drenajes externos.

PALABRAS CLAVE: tumor inflamatorio de Pott; osteomielitis del hueso frontal.

SUMMARY: Introduction and objective: The aim of this study was to provide an updated review of medical and surgical treatment in patients with subperiosteal abscesses, secondary to osteomyelitis of the frontal bone. Method: The search was made in PubMed, BVS (virtual health library Spain) and Scopus of the different therapeutic options about Pott's puffy tumor. The review was carried out following the PRISMA criteria. Results: Twenty articles were selected in the bibliographic review. 30 patients (24 males, with a mean age of 27 years) were reviewed. The main cause was chronic rhinosinusitis (90%), followed by local trauma. In most cases Draf 2 endoscopic drainage was performed (60%), 5 patients had Draf 3 procedure, three Draf 1 procedure and only one, Draf 2B procedure. One patient was treated by balloon sinuplasty and another by isolated external craniotomy. All patients had either oral or intravenous antibiotics of varying duration, although the therapeutic scheme of vancomycin + ceftriaxone IV predominates for 6 weeks. There were no further complications following endoscopic surgery. Fistulas healed without requiring surgical debridement or closure. Discussion: Pott's puffy tumor is a very rare pathology. Due to the rarity of the pathology, many cases have been underdiagnosed leading to intracranial complications. The external approach has been the treatment for years; it is currently advocated an endonasal approach sometimes guided by neuronavigator; in addition to the corresponding antibiotic therapy for long time. Conclusions: Some Pott's puffy tumor cases can be managed endoscopically. The availability of powered angled instruments, high-definition video, and image guidance systems have provided the otolaryngologists with a credible alternative to traditional techniques. Furthermore, improved bioavailability of antibiotics may obviate the need for craniotomy and external drains.

KEYWORDS: Pott Puffy Tumor; osteomyelitis of the frontal bone.

INTRODUCCIÓN

El tumor inflamatorio de Pott se define como uno o más abscesos subperiósticos secundarios a una osteomielitis del hueso frontal. Generalmente se deben a la complicación de una sinusitis frontal o después de un traumatismo craneal. Actualmente es una complicación muy rara debido a la terapia con antibióticos [1]. Esta patología la vamos a encontrar predominantemente en el grupo de edad de la adolescencia, y rara vez en adultos. El tumor de Pott es un factor de riesgo de complicaciones intracraneales como empiema subdural o el absceso cerebral [2].

El objetivo de este estudio es proporcionar una revisión actualizada de la cirugía y del tratamiento médico; en el que vamos a valorar las distintas opciones terapéuticas en pacientes con abscesos subperiósticos secundarios a osteomielitis del hueso frontal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda en PubMed ("Pott Puffy Tumor/drug therapy"[Mesh] OR "Pott Puffy Tumor/surgery"[Mesh] OR "Pott Puffy Tumor/therapy"[Mesh]), BVS (biblioteca virtual en salud

España) y Scopus. Se seleccionaron un total de 20 artículos [3-22]. La revisión se realizó siguiendo los criterios PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis*) [23].

Los criterios de inclusión fueron: Casos publicados de pacientes de cualquier edad y sexo con diagnóstico de absceso subperióstico secundario a osteomielitis del hueso frontal en los últimos 5 años. Estudios que incluyen una descripción clínica básica de la edad, sexo, presentación clínica y tratamiento. Descripción del tipo de tratamiento realizado, incluyendo, las diversas técnicas quirúrgicas, clase de antibiótico seleccionado, tiempo de tratamiento y presencia o no de recurrencia. Casos y serie de casos. Estudios escritos en inglés y español.

Se excluyeron de la revisión: Revisiones bibliográficas. Publicaciones con material redundante. Estudios realizados en animales. La secuencia de selección de los artículos se resume en la Figura 1.

En lo que respecta a las técnicas endoscópicas descritas se encuentran:

- Draf tipo I: drenaje simple en el que se eliminan todas las celdas de etmoidales anteriores y superiores del receso frontal. La finalidad es que el ostium del seno frontal drene directamente a un receso frontal permeable.
- Draf 2A: drenaje extendido en el que el suelo del seno frontal se reseca desde la lámina papirácea hasta el cornete medio.
- Draf 2B: drenaje extendido en el cual el piso del seno frontal se reseca desde la lámina papirácea hasta el tabique nasal.
- Draf 3: drenaje mediano endonasal en el cual el suelo del seno frontal se reseca desde la lámina papirácea derecha hacia la lámina papirácea izquierda con resección adicional del tabique nasal superior y la parte inferior del tabique del seno interfrontal [24].

RESULTADOS

Se seleccionaron 20 artículos en la búsqueda bibliográfica, que cumplen con los criterios de inclusión para la revisión, cuyos datos se resumen en la Tabla 1. Un total de 30 pacientes (24 varones y seis mujeres) fueron revisados; con una media de edad de 27 años. En un 90% la causa fue una rinosinusitis crónica, seguida por traumatismo local y consumo de tóxicos en los dos pacientes restantes. En lo que respecta al germen aislado, el más frecuente, fue el *Staphylococcus aureus* en un 33.3% del total, seguido por flora mixta en el 16.7%, *Streptococcus anginosus* en un 10%, *Streptococcus intermedius* en un 6.7 % y 3.3 % en *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus constellatus*, *Streptococcus pneumoniae* y *Escherichia coli*. No especifican especie en el 16.7 % de pacientes.

En la mayoría de los casos se realizó un drenaje endoscópico tipo Draf 2A (60%), el 16.7% de los pacientes fueron sometidos a un Draf 3, el 10% a un Draf 1 y el 3.3 % a un Draf 2B. Un paciente fue tratado con sinuplastia con balón y otro con craneotomía externa aislada. Del total de pacientes, en el 23.33 %, se realizó una cirugía endoscópica asociada a un abordaje externo; en éstos, había una complicación intracraneal en el momento del diagnóstico. Todos los pacientes tenían antibióticos orales o intravenosos de duración variable; aunque predomina el esquema terapéutico de vancomicina y ceftriaxona intravenosas durante 6 semanas en el 53.3% de los pacientes. No hubo más complicaciones después de la intervención endoscópica sinusal, con resolución completa del cuadro. Las cirugías de Draf 3 y 2B se realizaron con neuronavegador de forma sistemática. No hubo mortalidad en los pacientes revisados y después del drenaje endonasal, no hubo ninguna indicación adicional que requiriera la conversión a un enfoque externo debido al fracaso del procedimiento primario. Sólo en dos pacientes hubo que realizar un tratamiento endoscópico más agresivo (a las 4 semanas en uno y a las 6 semanas en otro) por la persistencia del

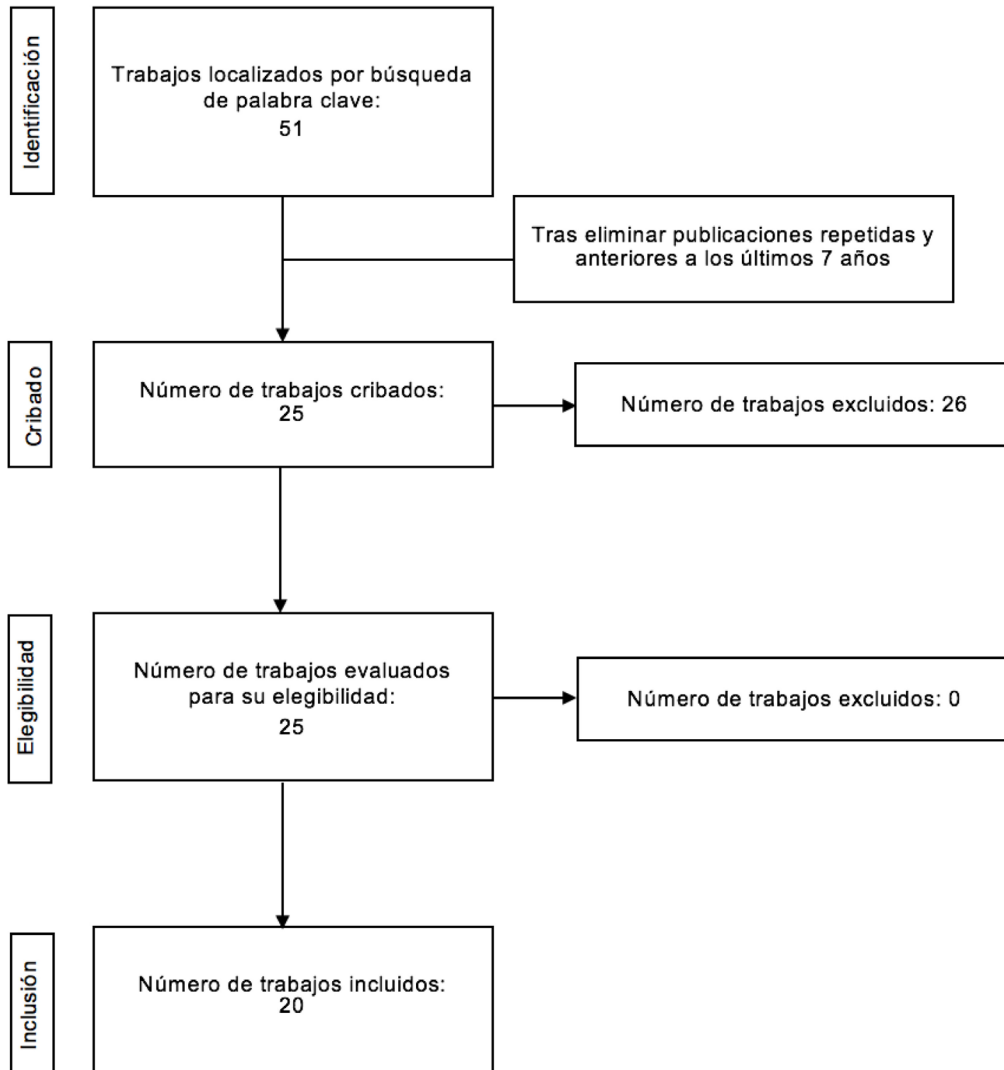


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de revisión sistemática.

absceso subperióstico y re-estenosis del orificio del receso del frontal; y en un paciente, una craneotomía frontal. La presencia de fistulas (presentes en dos de los pacientes), cicatrizaron sin necesidad de desbridamiento quirúrgico o cierre.

DISCUSIÓN

El tumor inflamatorio de Pott es un absceso subperióstico de la pared anterior del seno frontal, asociado a una osteomielitis del hueso frontal subyacente; descrito por Sir Percival Pott en 1768

PAUTAS DE TRATAMIENTO DEL TUMOR INFLAMATORIO
DE POTT. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
SALOM-COVEÑAS C; BENITO-NAVARRO J R; GUTIÉRREZ-GALLARDO A; PORRAS-ALONSO E

Tabla 1. Tumor de Pott. Artículos incluidos en la revisión.

Autor/Año	Edad	Sexo	Etiología	Germen aislado	Cirugía	Antibioticoterapia	Reintervención
Van del Poe 2016	7	F	Traumatismo	<i>Streptococcus intermedius</i>	Draf 2A	Penicilina IV 6S	No
	10	F	RSC	<i>Staphylococcus aureus</i>	Draf 2A	Augmentine IV 2S+ Augmentine VO 4S	No
	12	M	RSC	<i>Staphylococcus aureus</i>	Draf 2A+DE	Augmentine IV 2S+ Augmentine VO 4S	No
	13	M	RSC	<i>Staphylococcus aureus</i>	No	Augmentine VO 1S	No
	17	M	RSC	<i>Streptococcus intermedius</i>	Draf 2A	Augmentine VO+ Metronidazol IV 6S	Draf3 (3S)
	23	M	RSC	<i>Staphylococcus aureus</i>	Draf 2A	Clindamicina IV 6S	No
Ball 2015	43	M	RSC	<i>Streptococcus anginosus</i>	Draf 2A	Metronidazol + Moxicifloxacino VO 3M	No
Pérez 2017	7	M	RSC	Flora mixta	Draf A + DE	Cefotaxima +Vancomicina+ metronidazol IV 4S	No
Corcóstegui 2015	32	M	Traumatismo+ cocaína	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Craneotomía frontal	Vancomicina+ ceftriaxona IV 6S + gentamicina tópica	Craneotomía frontal
Koltsidopoulos 2019	37	F	RSC	<i>Staphylococcus aureus</i>	Draf 2A	Vancomicina+ ceftriaxona IV 6S	No
Rumi 2019	56	M	RSC	Flora mixta	Draf 3 + craneotomía frontal	Vancomicina+ ceftriaxona IV 6S	No
Olmaz 2019	12	M	RSC	Flora mixta	Draf A + DE	Vancomicina+ ceftriaxona IV 6S	No
Simonin 2018	21	M	Traumatismo	<i>Staphylococcus aureus</i>	Draf 3 + craneotomía frontal	Vancomicina+ ceftriaxona IV 6S	No
Moris 2018	55	F	RSC	<i>Staphylococcus aureus</i>	Sinuplastia con balón	Vancomicina+ ceftriaxona IV 6S	No
Cannon 2017	5	M	RSC	<i>Streptococcus anginosus</i>	Draf 2A	Vancomicina+ ceftriaxona IV 6S	No
Allfathe 2017	7	F	RSC	<i>Staphylococcus aureus</i>	Draf 1	Vancomicina+ ceftriaxona IV 6S	No
Nastovska 2017	15	M	RSC	<i>Streptococcus anginosus</i>	Draf 1	Bencympenicilina IV 6S	No
Geyton 2017	45	M	RSC	<i>Staphylococcus aureus</i>	Draf 3	Vancomicina+ ceftriaxona IV 6S	No
Simsek 2018	65	M	RSC	Flora mixta	Draf 3	No específica	No
Pasin 2018	81	M	RSC	<i>Streptococcus constellatus</i>	Draf 2B	Vancomicina+ ceftriaxona IV 6S	No
Brown 2017	3	M	RSC	No específica	Draf 2A	No específica	No
Ganapathy 2017	77	F	RSC	<i>Staphylococcus aureus</i>	Draf 2A	Vancomicina+ ceftriaxona IV 6S	Draf 3 (4S)

PAUTAS DE TRATAMIENTO DEL TUMOR INFLAMATORIO
DE POTT. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
SALOM-COVEÑAS C; BENITO-NAVARRO J R; GUTIÉRREZ-GALLARDO A; PORRAS-ALONSO E

Autor/Año	Edad	Sexo	Etiología	Germen aislado	Cirugía	Antibioticoterapia	Reintervención
Apostolakos 2016	20	M	RSC	No específica	Draf 1	Metronidazol+ Ceftriaxona IV 6S	No
Palabiyik 2016	18	M	RSC	Escherichia coli	Draf 2A	No específica	No
	17	M	RSC	No específica	Draf 2A	Vancomicina+ ceftriaxona IV 6S	No
	9	M	RSC	No específica	Draf A + DE	Vancomicina+ ceftriaxona IV 6S	No
	11	F	RSC	No específica	Draf 2A	Vancomicina+ ceftriaxona IV 6S	No
	7	M	Traumatismo	Staphylococcus epidermidis	Draf A + DE	Vancomicina+ ceftriaxona IV 6S	No
	17	M	RSC	No específica	Draf 2A	Vancomicina+ ceftriaxona IV 6S	No
Miller 2016	65	M	RSC	Flora mixta	Draf 3	Vancomicina+ ceftriaxona + metronidazolIV 6S	No

por primera vez. Por lo general, está relacionado con la sinusitis frontal; sin embargo, también puede ocurrir como resultado de un traumatismo craneal o abuso de cocaína [7]; como ocurre en dos de los pacientes de la revisión.

Puede ser detectado en pacientes de todas las edades, con una mayor incidencia entre los adolescentes; pues es el momento en el que la vascularización de las venas diploicas, que recogen el drenaje venoso del seno frontal, alcanzan su máximo desarrollo; esto explicará las complicaciones intracraneales sin la extensión directa del hueso en los adolescentes [23].

Los organismos más comunes fueron, *Stafilococcus*, *Streptococcus* y flora mixta (incluyendo bacterias anaerobias); al igual que la descrita en el resto de la literatura [1,2,23]. Debido a la concentración relativamente baja de oxígeno en el seno frontal, los cultivos de los pacientes con tumor inflamatorio de Pott, a menudo revelaron afectación polimicrobiana [1,2,25]. Hasta una cuarta parte de los pacientes revisados no tuvo crecimiento debido, en la mayoría de las ocasiones, al tratamiento antibiótico previo.

El drenaje quirúrgico externo había sido el método histórico de manejo del tumor de Pott;

permite el drenaje de la colección purulenta y la eliminación de segmentos osteomielíticos de la cara ósea anterior del seno frontal. Sin embargo, la posibilidad de crear una fístula sinocutánea, junto con la aparición de antibióticos mejorados y las técnicas endoscópicas, tal vez han llevado a la disminución de la utilidad de un procedimiento externo [1].

Leong *et al* en su revisión sistemática de 29 casos ha demostrado la seguridad y eficacia de la cirugía endonasal en el tratamiento del tumor de Pott, exponiendo que, la sinusotomía frontal o la sinuplastia con balón fueron suficientes, junto a los antibióticos, para restablecer el drenaje del seno frontal durante la fase aguda de la infección [2]. Ninguno de estos casos resultó en la progresión de la enfermedad (infección recurrente o formación de abscesos que requieren drenaje externo [2]; al igual que en la realizada por nosotros. En la mayoría de los casos revisados, la cirugía endoscópica con un procedimiento Draf 2A era suficiente, consiguiendo un buen drenaje seno en la mayoría de los pacientes. Las cirugías de Draf 3 y 2B se realizaron con neuronavegador de forma sistemática en los pacientes revisados y en la mayoría de las ocasiones en el 2A; utilizando instrumentación angulada y fresas

comedoras y sistemas visuales de alta definición. En algunas series de caso se recomienda presión externa suave en la zona frontal para facilitar la salida del pus, así como una forma de orientación y al finalizar la cirugía endoscópica realizar abundantes lavados con suero salino fisiológico. Por lo general no se dejan stents o drenajes [3].

La cirugía de revisión se realizó en tres pacientes debido a la re-estenosis del frontal. La tasa de re-estenosis es algo moderada, por lo que es posible que sea aconsejable un tratamiento endoscópico de inicio de lo más conservador posible [3,26].

Los pacientes con extensión intracraneal (meningitis, empiema epidural, absceso del lóbulo frontal y trombosis del seno cavernoso) de la infección, pueden requerir un enfoque combinado endoscópico y neuroquirúrgico; algo que se realiza de forma sistemática en nuestra revisión de pacientes [22].

En lo que respecta al esquema de antibiocioterapia, se recomiendan entre 4 a 6 semanas de antibiocioterapia; preferentemente de manera intravenosa; al menos las primeras semanas; sería con cefotaxima o ceftriaxona 200mg/kg/día; pues las cefalosporinas de tercera generación atraviesan muy bien la barrera hematoencefálica y cubren gran negativos; asociada a vancomicina 60mg/kg/día para cubrir cocos grampositivos tanto aerobios como anaerobios; la vancomicina además cubre el *Staphylococcus aureus* meticilín resistente [5]. Sin embargo, es importante recordar que la terapia con antibióticos por sí sola es poco probable que sea adecuada para la resolución completa del cuadro; sólo en un paciente de la revisión se utilizó antibiocioterapia de forma exclusiva. Aunque la base de evidencia para esta afirmación es baja, el objetivo del tratamiento sigue siendo drenar y ventilar el seno frontal y tratar la infección (sinusitis, osteomielitis) al mismo tiempo; como prácticamente, en la totalidad de los artículos revisados.

se resuelve después del drenaje endonasal del seno frontal. Algunos autores abogan por la colocación de un stent externo temporal en el tracto

de la fistula para permitir la irrigación del seno, otros cirujanos extirpan la fistula con un cierre de múltiples capas con músculo temporal y fascia; en nuestro caso ambas remitieron de forma espontánea tras el tratamiento endoscópico [1,2,4,5]. Encontramos una tasa de recuperación del 100% en todos los pacientes revisados con el esquema de tratamiento propuesto.

La fistula fronto cutánea causada por una patología sinusal es una entidad clínica relativamente rara, ya que solo se han descrito unos 20 casos en la literatura. No hubo suficientes casos en esta revisión para evaluar completamente si una fistula cutánea

CONCLUSIONES

El tumor inflamatorio de Pott sin complicaciones se puede manejar con éxito mediante un enfoque endoscópico, combinado con antibióticos durante varias semanas. La disponibilidad de instrumentos en ángulo motorizados, sistemas visuales de alta definición, así como la neuronavegación, han proporcionado a los otorrinolaringólogos modernos una alternativa que supera a las técnicas abiertas tradicionales. Además, la biodisponibilidad mejorada de los antibióticos puede reducir la necesidad de una craneotomía y drenajes externos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Akkiyama K, Karaki M, Mori N. Evaluation of adult Pott's puffy tumor: our five cases and 27 literature Cases. *Laryngoscope*.2012; 122: 2382-2388.
2. Leong S, Phil M. Minimally invasive surgery for Pott's Puffy tumor: is it time for a paradigm shift in managing a 250yearold problem? *Ann Otol Rhinol Laryngol*.2017;126(6):433-437.
3. Van der Poel N, Hansen, F, Georgalas, C, Fokkens, W. Minimally invasive treatment of patients with Pott's puffy tumour with or without endocranial extension a case series of six patients: Our Experience. *Clin Otolaryngol*.2016 Oct;41(5):596-601.

4. Ball SL, Carrie S. Pott's puffy tumour: a forgotten diagnosis. *BMJ Case Rep.*2015;136(1):1-5.
5. Pérez C, Avilés M. Cefalea y edema fronto-orbitario de aparición súbita en un adolescente. *Enferm Infecc Microbiol Clin.*2017;35(6):386-387
6. Corcóstegui T, Guío L, Aurrekoetxea J, Montejo J. Tumoración frontal recidivante en paciente con craneotomías de repetición. *Infecc Microbiol Clin.*2015;35(4):262-263.
7. Koltsidopoulos P, Papageorgiou E, Skoulakis C. Acute sinusitis complicated with Pott puffy tumour. *CMAJ.*2019; 191(6): E165.
8. Rumi S, Kazuhiro O, Katsuhiro I, Yasuhiro T. Recurrent Pott's Puffy Tumor treated with anterior skull base resection with reconstruction of the anterolateral thigh flap. *Craniofac Surg.*2019;30(1):9496.
9. Olmaz B, Cingoz M, Akdogan E, Kandemirli SG. Correlation of imaging and intraoperative findings in Pott's puffy tumour. *Scott Med J.*2019;64(1):25-29.
10. Simonin A, Passaplan C, Rusconi A, Colin A, Véronique Erard V, Stauffer E, et al. Pott's puffy tumor presenting as a frontal swelling under a Swiss army helmet. *Clin Neurol Neurosurg.* 2018;173:115-117.
11. Morris MS, Wilkins SE. Pott Puffy Tumor. *J Am Osteopath Assoc.* 2018;118(1):55.
12. Cannon L, Zwemer E, Stephens JR. Puff laddy: a 5-year-old boy with forehead swelling. *BMJ Case Rep.*2017.doi:10.1136/bcr-2017-223340.
13. Allfather P, Joshua N. Image in emergency medicine. *Ann Emerg Med.*2017;70:771.
14. Nastovska R, Lim LL. Sinusitis complicated by frontal bone osteomyelitis in a young patient. *Med J Aust.*2017;207(9):376.
15. Geyton T, Henderson A, Morris J, McDonald S. A case of Pott's puffy tumour from primary dental infection. *BMJ Case Rep* 2017. doi:10.1136/bcr-2017-222294.
16. Simsek H. Patient presenting with frontal subperiosteal abscess and headache: a case of Pott's puffy tumour. *Brit J Neurosurg.*2017;33(3):275-277.
17. Pasin F, Bonardi S, Modoni A. When the diagnosis is written on the forehead. *Eur J Intern Med.* 2018;47:e1-e2
18. Brown T, Campbell A, Blyth C, Bowen A. Pott's puffy tumour. *J. Paediatr.*2017;53:197-199.
19. Ganapathy P, Chundury R, Perry JD. Pott's Puffy Tumor: A Rare Presentation. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.*2017;33(5):e132.
20. Apostolakis D, Tang I. Image Diagnosis: Pott Puffy tumor. *Perm J.*2016; 20(3): 15157.
21. Palabiyik F, Yazici Z, Benhur Cetin, Celebi S, MD, Hacimustafaoglu M. Pott Puffy Tumor in Children: A Rare Emergency Clinical Entity. *J Craniofac Surg.*2016;27(3):313-316.
22. Miller B. 65-year-old man with forehead swelling. *Cleve Clin JMed.*2016;83(2):95-96.
23. Liberati A, Altman DG, Tetzla J, Mulrow C, Gotzsche PC, Loannidis JP. PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol.*2009;62:e1-34.
24. Mohammed K, Goldberg A. Unilateral transnasal endoscopic approach to frontal sinuses: Draft IIc. *Allergy Rhinol.*2013;4(2):82-87.
25. Tatsumi S, Ri M, Higashi N, Wakayama N, Matsune S, Tosa M. Pott's puffy Tumor in an adult: A case report and Review of literature. *J Nippon Med.*2016; 83(5): 211-214.
26. Sullivan, Poetker D (2013) Anterior table remodeling after treatment for Pott's puffy tumor. *Am J Otolaryngol.*2013; 34:265-267.