

ESPACIOS CERVICALES. Patología basada en imágenes.

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: **John Jairo Bautista Castro**, Jorge Mario Sánchez Reyes, Mónica Orgaz Alvarez, Veronica Gamero Medina, Fernando Carretero López, Juan Vega Villar

Objetivos Docentes

Recordar brevemente mediante imágenes la anatomía radiológica de los diferentes espacios cervicales y exponer algunos casos clínicos representativos.

Revisión del tema

Los espacios cervicales podrían considerarse un reto diagnóstico para el radiólogo a la hora de enfrentarse a ellos, no solo por su complejidad anatómica sino por las diferentes clasificaciones empleadas en su estudio.

Utilizar una clasificación anatómica sencilla, realizar un enfoque sistemático y conocer las patologías frecuentes, nos ayudarán a elaborar un correcto diagnóstico diferencial.

Para el enfoque de la interpretación de la imagen se sugiere el siguiente análisis:

- 1- Identificar el espacio o espacios donde se localiza la patología.
- 2- Identificar las estructuras anatómicas contenidas en ese espacio.
- 3- Reconocer cual es el probable diagnóstico o posibles diagnósticos diferenciales de las patologías que comprometen ese espacio.

Para ello desde el punto de vista práctico e integrado, dividiremos el cuello tomando como referencia los huesos hioides en: **Cuello suprahioides (CSH)** y **Cuello infrahioides (CIH)** e incluiremos **la cavidad Oral (Figura 1)**

Es importante conocer que las capas de la fascia **cervical profunda** subdividen el cuello en **espacios cervicales**. Desde el punto de vista práctico la fascia **cervical profunda** contiene 3 capas: **(Figura 2)**

- 1-Capa superficial (FCP-CS)
- 2-Capa media (FCP-CM).
- 3-Capa profunda (FCP-CP).

Pero más que conocer las fascias (ya que no las vemos en la imagen, pero sabemos que están allí), es mucho más práctico saber identificar donde se localizan los diferentes **espacios cervicales**, tanto para el **suprahioideo** e **infrahioideo** ([Figura 2](#)) y cuales son las **estructuras anatómicas contenidas** en cada espacio.

Se muestra un repaso simplificado **gráfico y práctico** mediante cortes de RM, sin entrar en detalles, por lo que remitimos al lector a consultar la literatura. ([Figuras 1, 3 - 8](#))

Cuando hemos identificado donde se localizan los diferentes espacios y cuales son las estructuras anatómicas contenidas, debemos tener presente cuales **son las patologías que pueden afectar dicho espacio**. ([Figuras 9-18](#))

Debemos entender que existe una relación entre los diferentes espacios cervicales, lo que explica la extensión y la diseminación de los diferentes procesos patológicos y para ello se describen dos términos:

-Lesiones transespaciales: Lesión que afecta a varios espacios o áreas **contiguas** en la cabeza y cuello. Este término se aplica directamente en las partes blandas del cuello suprahioideo, infrahioideo y cavidad oral.

-Lesiones multiespaciales: Lesión que se encuentra en varios espacios o áreas **no contiguas**.

Después de lo anterior mostraremos ejemplos de algunos casos representativos.

Caso 1. Ca. Epidermoide de nasofaringe (CNF). ([Figuras 19 y 20](#))

Paciente con cefalea hemicraneal izquierda y paresia del VI par izquierdo. **Carcinoma epidermoide de nasofaringe (CNF)**. Ejemplo de lesión transespacial; por infiltración desde la mucosa orofaríngea hacia el espacio retrofaríngeo/peligroso, parte del espacio carotideo izquierdo y hacia el compartimento prevertebral del espacio perivertebral, con acceso hacia el compartimento intracraneal mediante el rasgado anterior y diseminación perivasculosa siguiendo a la ACI hacia el seno cavernoso. También es ejemplo de lesión multiespacial por que presenta afectación ganglionar a distancia en cadena yugular derecha interna.

Caso 2. Ca. Epidermoide de la base de la lengua (BDL) o Ca Epidermoide de la amígdala lingual. ([Figuras 21 y 22](#))

Paciente con lesión ulcerada en vallécula izquierda. El **Ca. Epidermoide de la base de la lengua (BDL) o Epidermoide de la amígdala lingual**, puede expresarse como una lesión ulcerosa infiltrante o una masa en masa. El diagnóstico diferencial más importante aunque generalmente indistinguible desde el punto de vista de imagen, es con el LNH de amígdala lingual que no suelen ulcerar.

Caso 3. Hiperplasia amigdalina benigna o tejido amigdalino prominente. ([Figura 23](#))

Hallazgo incidental en el estudio de TAC de cuello. La hiperplasia amigdalina benigna o tejido amigdalino prominente o asimétrico suele ser un hallazgo incidental o secundario a infecciones de repetición que puede simular patología tumoral. La visualización directa mediante fibroscopia confirmó este hallazgo.

Caso 4. Absceso amigdalino/ periamigdalino. ([Figura 24](#))

Paciente que consulta por odinofagia y trismo. **TAC de cuello + C**. Hallazgo de **Absceso amigdalino**. La diferencia entre un absceso amigdalino (AA) y periamigdalino (APA), consiste en que este último se disemina hacia sus espacios vecinos: parafaríngeo, masticador o sublingual. El diagnóstico diferencial principal es la **hiperplasia amigdalina** (no hay realce), **amigdalitis/ faringo amigdalitis** (hay aumento de densidad/realce variable de las amígdalas sin hipodensidad central), Ca epidermoide de amígdala (infiltrativa con o sin úlcera central)

Casos 5 y 6. **Infección de origen odontogénico y su extensión. (Figuras 25 y 26)**

Paciente con antecedente de odontalgia del 1er molar del maxilar superior. Consulta por odinofagia, importante tumefacción facial izquierda. Exploración ORL: Tumefacción a tensión de la mejilla izquierda salida de material purulento en zona de la mucosa oral del 1er molar y abombamiento de la pared izquierda. Hallazgo de **Absceso en orofaringe izquierda con extensión al espacio masticador y bucal, de origen odontogénico.** (caso 5)

Paciente con antecedente de exéresis de quiste de cordal inferior derecha. Consulta por tumefacción de la cara derecha, odinofagia y trismo. Hallazgo de **Flemón del espacio masticador y afectación inflamatoria del espacio bucal, de origen odontogénico.** (caso 6)

La presentación clínica más frecuente del compromiso del espacio masticador es el **trismo** (Incapacidad para abrir la boca debido a la afectación de los músculos masticadores).

El **espacio bucal** (EB) es un espacio piramidal, **lleno de grasa** en el tercio medio de la cara y **fijado por el almohadillado de las mejillas**, pero **no es un verdadero espacio** ya que no existen límites fasciales de los tejidos blandos. Sus límites son: Margen medial (músculo buccinador), margen lateral (músculos de la expresión), margen posterior (músculo masetero, mandíbula, músculos pterigoideos, glándula parótida) con extensión superior a la almohadilla grasa retromaxilar. Contiene grasa, ganglios pequeños, es atravesado por el **carotídeo** y puede contener una **glándula parótida accesoria**.

La mayor parte de la patología del (EB) se debe a patología ganglionar y sobretodo a la extensión de patología tumoral o infecciosa desde los espacios/estructuras adyacentes; Cavity oral (mucosa bucal), seno maxilar (EM) y E. Parotídeo (EP).

Caso 7. **Ránula simple (RS) (Figura 27)**

Paciente con antecedente de periglossectomía, con tumefacción sublingual meses después de la cirugía. TAC con hallazgo de lesiones quísticas bien definidas en ambos espacios sublinguales de predominio de **Ránula simple (RS) bilateral.**

La ránula es un quiste de retención o mucocelo de la glándula sublingual, que se forma como consecuencia de traumatismo, cirugías, inflamación o puede aparecer de forma espontánea. Se denomina **ránula simple** cuando esta confinada al espacio submandibular y **ránula profunda o hundida (RP)** cuando se extiende hacia el espacio submandibular y da un aspecto en “forma de cometa”. Sus diagnósticos diferenciales principales son, el quiste dermoide, quiste epidermoide y el sialocelo de la cavidad oral. Puede sobreinfectarse en este contexto, el diagnóstico diferencial principal sería con el absceso del espacio sublingual submandibular.

Caso 8. **Quiste de la segunda hendidura branquial (QHB) con datos de sobreinfección y ocupación del espacio retrofaringeo. (Figuras 28 y 29)**

Paciente con tumefacción laterocervical derecha, calor y rubor a la exploración. TAC + C con hallazgo de **de la segunda hendidura branquial (QHB) con datos de sobreinfección y ocupación del espacio retrofaringeo.**

El quiste de la segunda hendidura branquial presenta una localización típica: 1. Posterolateral a la glándula submandibular 2. Lateral al espacio carotídeo 3. Anterior o anteriomedial al m. esternocleidomastoideo. Ante una masa quística en esta localización típica debemos pensar en el (QHB), y hace parte de las lesiones más frecuentes localizadas en el **espacio submandibular** (ESM). Se puede complicar con sobreinfección o

este caso, y en este contexto su diagnóstico diferencial principal sería una adenopatía supurativa o un absceso en esta localización.

El espacio retrofaríngeo abarca desde la base del cráneo al mediastino. Anatómicamente existe un fascio (Fascia alar), que divide al espacio ERF en dos componentes: Uno anterior (El verdadero espacio retrofaríngeo (ERF), que llega hasta la altura de T3) y otro posterior el espacio peligroso (EPE, que llega a la altura del diafragma), indistinguibles en las imágenes, por lo que se consideran un solo espacio (ERF/EPE).

El ERF sólo contiene ganglios y grasa. Después de la enfermedad ganglionar, la siguiente causa patológica frecuente, aunque mal comprendida que se conoce como **edema o derrame retrofaríngeo** (no tratado) y presenta un problema diagnóstico ya que puede simular un **absceso retrofaríngeo**, que requiere tratamiento quirúrgico (ver tabla).

Las colecciones en el ERF aumentan el espacio, dejando una imagen en **“pajarita” o rectangular, bicúspida u ovalada**. Esta condición requiere siempre excluir un **absceso** de un **edema o derrame retrofaríngeo**. El diagnóstico diferencial es la presencia de una **adenopatía supurativa en el ERF**.

	Diferencia en la imagen	Asociación clínica
Edema o derrame retrofaríngeo	-Es más frecuente que el absceso. -Líquido de baja densidad (CT) sin realce de contraste. -Ligero efecto de masa sobre los tejidos adyacentes.	-Obstrucción venosa (Vena yugular interna trombosada). -Cirugías recientes. -Faringitis y amigdalitis. -Cambio esperable en pacientes con radiación. -Tendinitis del músculo largo del cuello.
Absceso retrofaríngeo	-Líquido de baja densidad (CT) con captación de contraste en anillo . - Tractos/ trabeculación de los planos grasos adyacentes. - Mayor efecto de masa sobre los tejidos adyacentes (desplazamiento o estenosis de la faringe + m. Prevertebrales aplanados).	-Más frecuente en la edad pediátrica con inmunodepresión por diabetes o alcoholismo. -Faringitis y amigdalitis.
Adenopatía supurativa retrofaríngea	-Adenopatía con centro hipodenso + Tractos/ trabeculación de los planos grasos adyacentes.	-Faringitis y amigdalitis. -Puede evolucionar a absceso en el ERF.

Caso 9. Tumor mixto benigno (TMB) o Adenoma pleomorfo de parótida. [\(Figuras 30 y 31\)](#)

Paciente con bultoma indurado infraauricular izquierdo de un 1 año de evolución. TAC y RM con hallazgo de lesión tumoral intraparotídea. Diagnóstico anatomopatológico de **Tumor mixto benigno (TMB) o Adenoma pleomorfo**.

El 80% de las masas parotídeas son benignas, siendo el tumor mixto benigno (TMB) el más frecuente y benigno, tienen una alta tasa de degeneración maligna por lo que debe ser extirpado.

El estudio de las masas en la parótida desde el punto de vista de la imagen es poco específico, por lo que la mayoría (aunque tengan un comportamiento benigno) requieren de confirmación histológica. El fundamento de la imagen es aportar información de extensión y sobre todo si hay lesión del nervio facial. La presencia de parálisis del N. Facial en presencia de una masa parotídea sugiere etiología maligna.

A diferencia de las otras glándulas salivares, la parótida presenta ganglios linfáticos intraglandulares, por el diagnóstico de masa parotídea es más amplio (incluye metástasis, linfoma, lesiones linfopiteliales como el VIH (LLEB-VIH) y el tumor de Warthin).

Caso 10. **Quiste del conducto tirogloso (QCTG).** [\(Figuras 32 y 33\)](#)

Mujer joven con bultoma en región anterior del cuello y dolor. **Quiste del conducto tirogloso** (localizado en el **espacio visceral** con datos de inflamación. El 20-25% se localizan en el cuello supra hioideo y 50% en el hioideo y 25% en el cuello infrahioideo.

En el diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas localizadas en el espacio visceral debe incluir; quiste coloidal de tiroides, quiste paratiroideo, quiste del conducto tirogloso, quiste tímico, quiste del conducto branquial y el laringocele.

Caso 11. **Quiste tímico cervical (QTC).** [\(Figuras 34 y 35\)](#)

Mujer joven con sospecha de quiste de paratiroides en ecografía de cuello. Lesión quística bien localizada en espacio visceral lateral izquierdo, con extensión a la unión cervicotorácica. La anatomía patológica demuestra un quiste delimitado por una pared fibrosa con restos de tejido tímico en su periferia compatible con **Quiste tímico cervical (QTC)**. El QTC es el vestigio quístico del conducto timofaríngeo derivado de la bolsa faríngea.

Caso 12. **Laringocele mixto** [\(Figura 36\)](#)

Paciente con masa latero cervical izquierda. TAC + C hallazgo **Laringocele mixto**. El Laringocele generalmente congénito, pero cuando es secundario es imprescindible buscar causa obstructiva en el vértice laríngeo por un Ca. Epidermoide de laringe glótico o supraglótico. Se pueden clasificar en interno (o sin saco dilatado se limita al espacio paraglótico de la supraglotis (40%). Externo: El saco dilatado se extiende a través de la membrana tirohioidea (25%). Mixto: los componentes internos y externos dilatados (45%).

Caso 13. **Paraganglioma del cuerpo carotídeo o glomo carotídeo.** [\(Figuras 37 y 38\)](#)

Paciente con masa palpable laterocervical izquierda. Hallazgo en **Ecografía y TAC de cuello** de masa bien delimitada y vascularizada, localizada entre la bifurcación de la carótida común izquierda. **Paraganglioma del cuerpo carotídeo o glomo carotídeo**.

Surge del cuerpo glómico carotídeo (paraganglios), puede ser esporádico (80-90%), asociado a otras afecciones (síndrome de paraganglioma, tipo MEN-2 y VHL) o hipóxico/hiperplásico (respuesta a la hipoxemia crónica EPOC y cardiopatías cianóticas). Sus diagnósticos diferenciales principales son; **paraganglioma del cuerpo carotídeo** (de localización a la altura de la nasofaringe) **Schwannoma** y **neurofibroma del espacio carotídeo** (separan el espacio carotídeo), y el **pseudoaneurisma de la arteria carotídea**.

Caso 14. **Cambios difusos en el cuello post radioterapia.** [\(Figura 39\)](#)

Paciente con Ca. epidermoide del labio tratado con RT. TAC con **cambios difusos en el cuello post radioterapia**. Los cambios tempranos (en semanas o meses) se puede ver edema difuso de todos los tejidos blandos. Los cambios tardíos (muchos meses o años) se puede observar una fibrosis difusa. Es frecuente observar

en el espacio retrofaríngeo en estos pacientes.

Caso 15. **Carcinoma de tiroides invasivo.** (Figuras 40 y 41)

Masa palpable en el cuello. TAC de cuello + C. **Carcinoma diferenciado de tiroides.** Un típico eje **lesión transespacial** con importante infiltración hacia las estructuras adyacentes (laringe, tráquea, ; sublingual, ECM, espacio carotídeo con infiltración/trombosis tumoral de la VY espacio retrofar component prevertebral del espacio perivertebral.

Imágenes en esta sección:

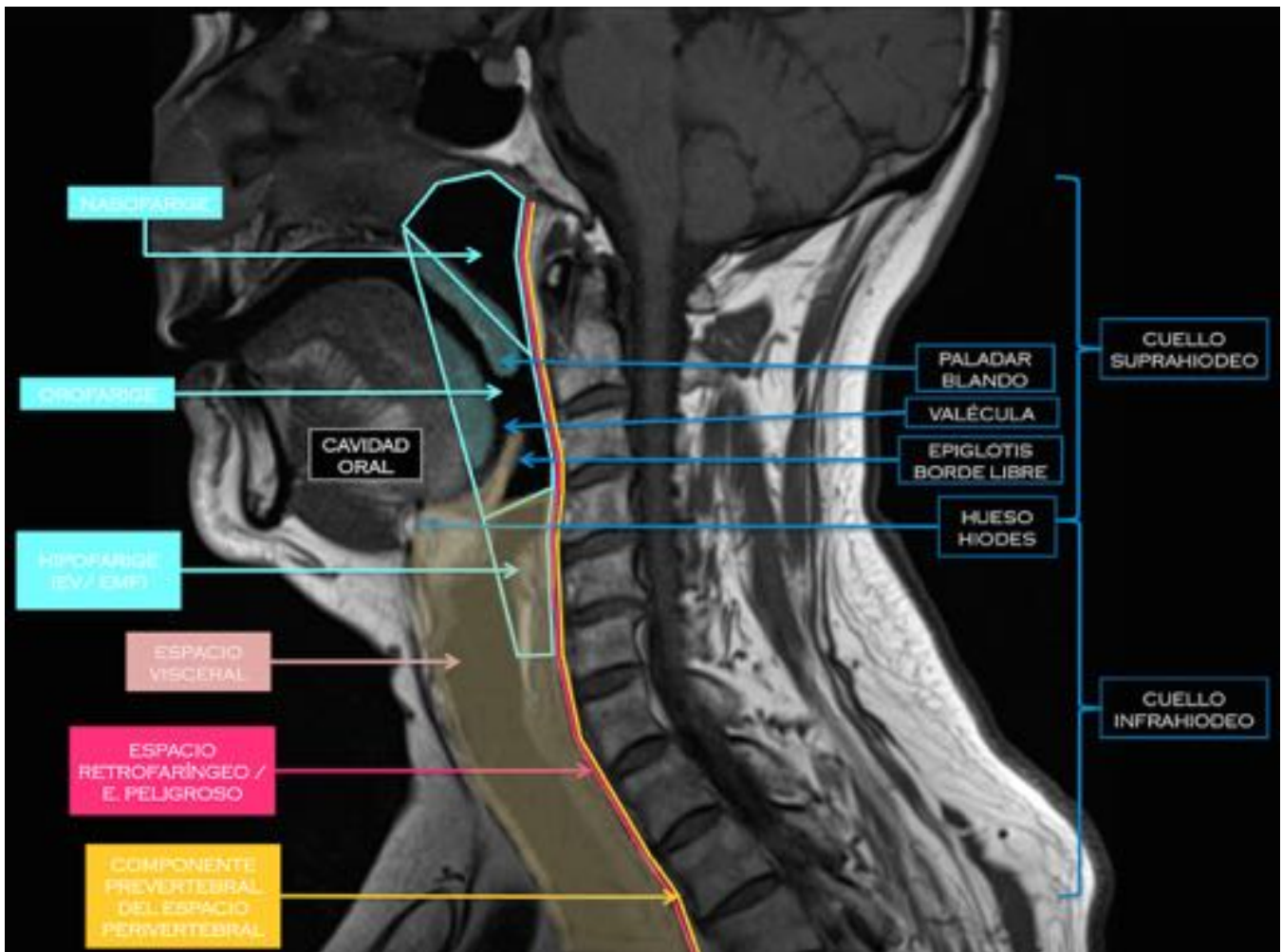


Fig. 1: División del cuello y espacios cervicales en vista sagital de RMN en T1.

ESPACIOS CERVICALES DE LA CAVIDAD ORAL, EL CUELLO SUPRAHIOIDEO E INFRAHIOIDEO	
	Espacio contenido
<p>Cavidad Oral (CO)</p> <p>Zona del cuello por encima del H. Hioides, anterior a la orofaringe e inferior a los senos y la cavidad nasal.</p>	<p>1-E. de la mucosa y superficie oral (EMO).</p> <p>2-E. Sublingual (ESL).</p> <p>3-Raíz de la lengua (RdL).</p> <p>4-Espacio submandibular (ESM).</p>
<p>Cuello suprahioideo (CSH)</p> <p>Conjunto de espacios situados por encima del H. Hioides</p>	<p>1-E. Parafaríngeo (EPF).</p> <p>2- E. Mucoso faríngeo (EMF).</p> <p>3- E. Masticador (EM).</p> <p>4- E. Parotídeo (EP).</p> <p>5- E. Carotídeo (EC).</p> <p>6- E. Retrofaríngeo (ERF) / E. de Peligro (EPe) (Desde el punto de vista radiológico se puede considera un espacio único)</p> <p>7- E. Perivertebral (EPV) (Tiene un componente prevertebral y paraespinal).</p>
<p>Cuello infrahioideo (CIH)</p> <p>Conjunto de espacios situados por debajo del H. Hioides</p>	<p>1- E. Visceral (EV).</p> <p>2- E. Cervical posterior (ECP).</p> <p>3- E. Carotídeo (EC). (Continuación desde el CSH)</p> <p>4- E. Retrofaríngeo (ERF) / E. de Peligro (EPe). (Continuación desde el CSH)</p> <p>5- E. Perivertebral (EPV) (Continuación desde el CSH).</p>

CAPAS DE LA FASCIA CERVICAL PROFUNDA		
(FCP)	Cuello suprahioideo	Cuello infrahioideo
Capa superficial (FCP-CS)	-Reviste el ESM (único espacio de la CO recubierto por fascia). -Delimita el EM y EP. -Contribuye a formar la vaina carotídea.	-Reviste a los M. Infrahioideos, esternocleidomastoideo y trapecio. -Contribuye a formar la vaina carotídea.
Capa media (FCP-CM)	-Define el borde profundo del EMF. -Contribuye a formar la vaina carotídea.	-Delimita el espacio visceral (EV). -Contribuye a formar la vaina carotídea.
Capa profunda (FCP-CP)	-Rodea al espacio perivertebral (EPV) y a su vez lo divide en componente prevertebral y paraespinal. -Tiene un fascículo (Fascia alar) que separa el EPV del ERF/EPe y a su vez divide al ERF/EPe.	

Fig. 2: Espacios cervicales tanto para la cavidad oral, el cuello suprahioideo e infrahioideo y las capas de fascia cervical profunda.

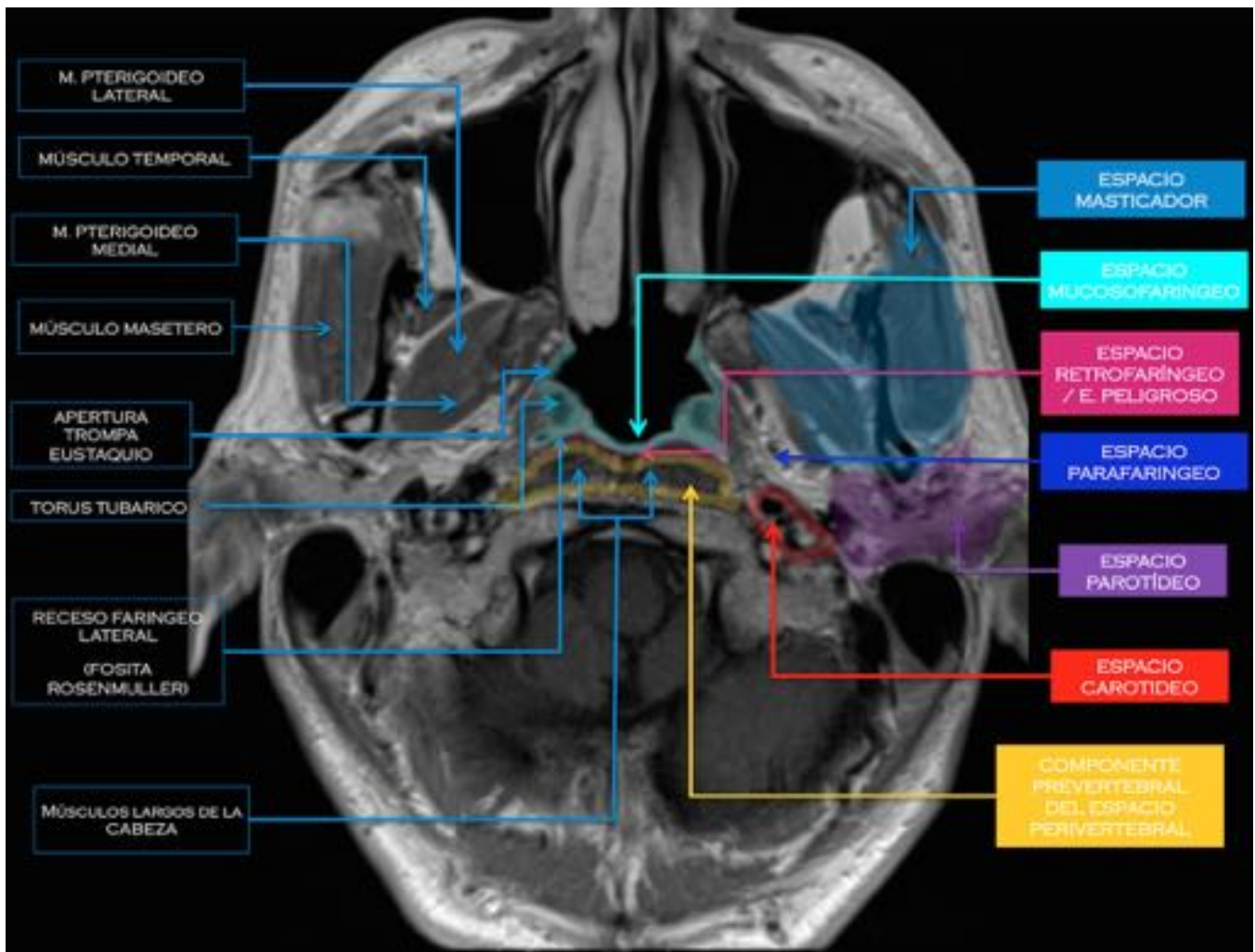


Fig. 3: RMN T1 axial. Corte a la altura de la nasofaringe. Espacios cervicales y algunas estructuras anatómicas de referencia.

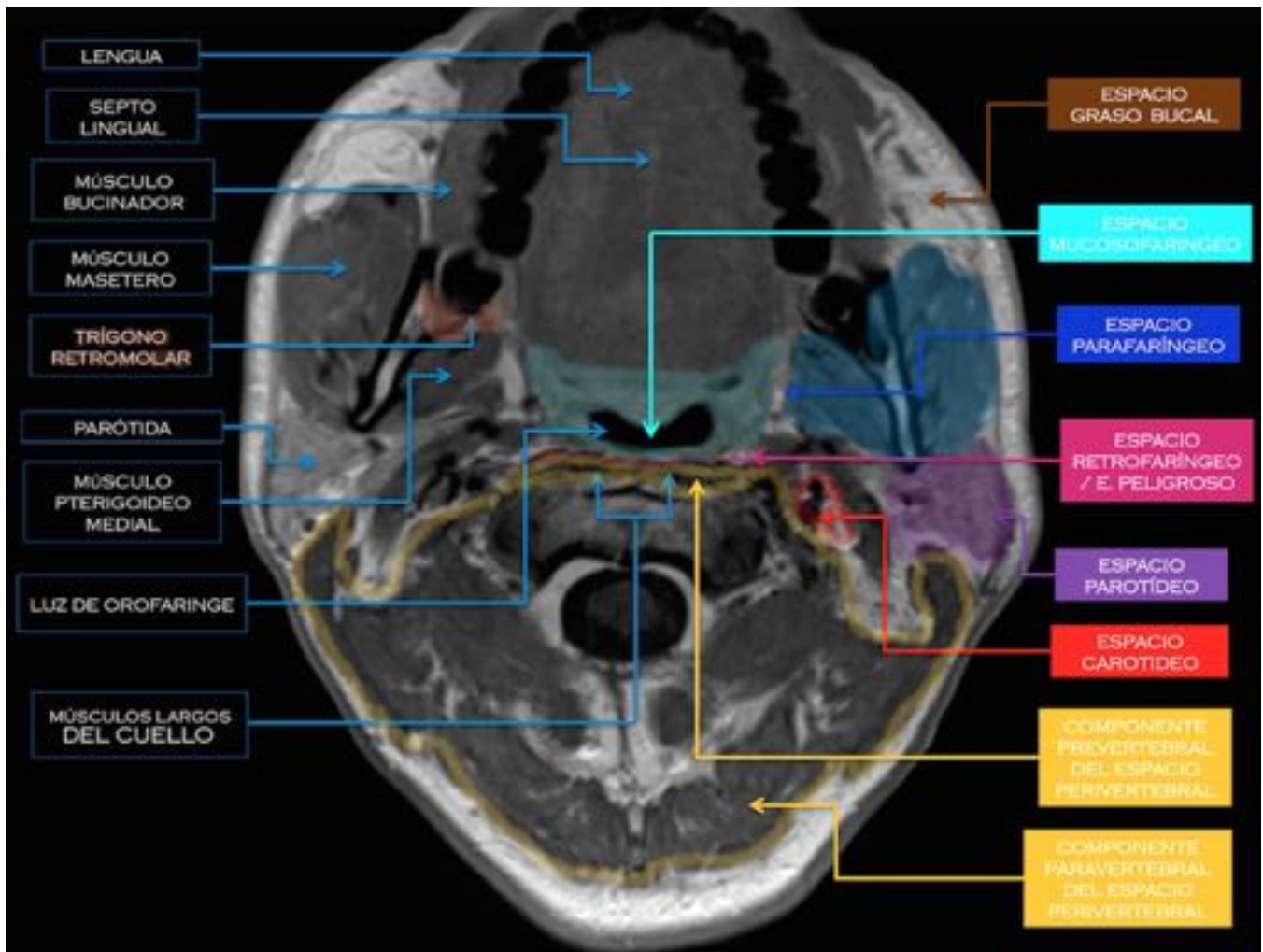


Fig. 4: RMN T1 axial. Corte a la altura de la orofaringe alta. Espacios cervicales y algunas estructuras anatómicas de referencia.

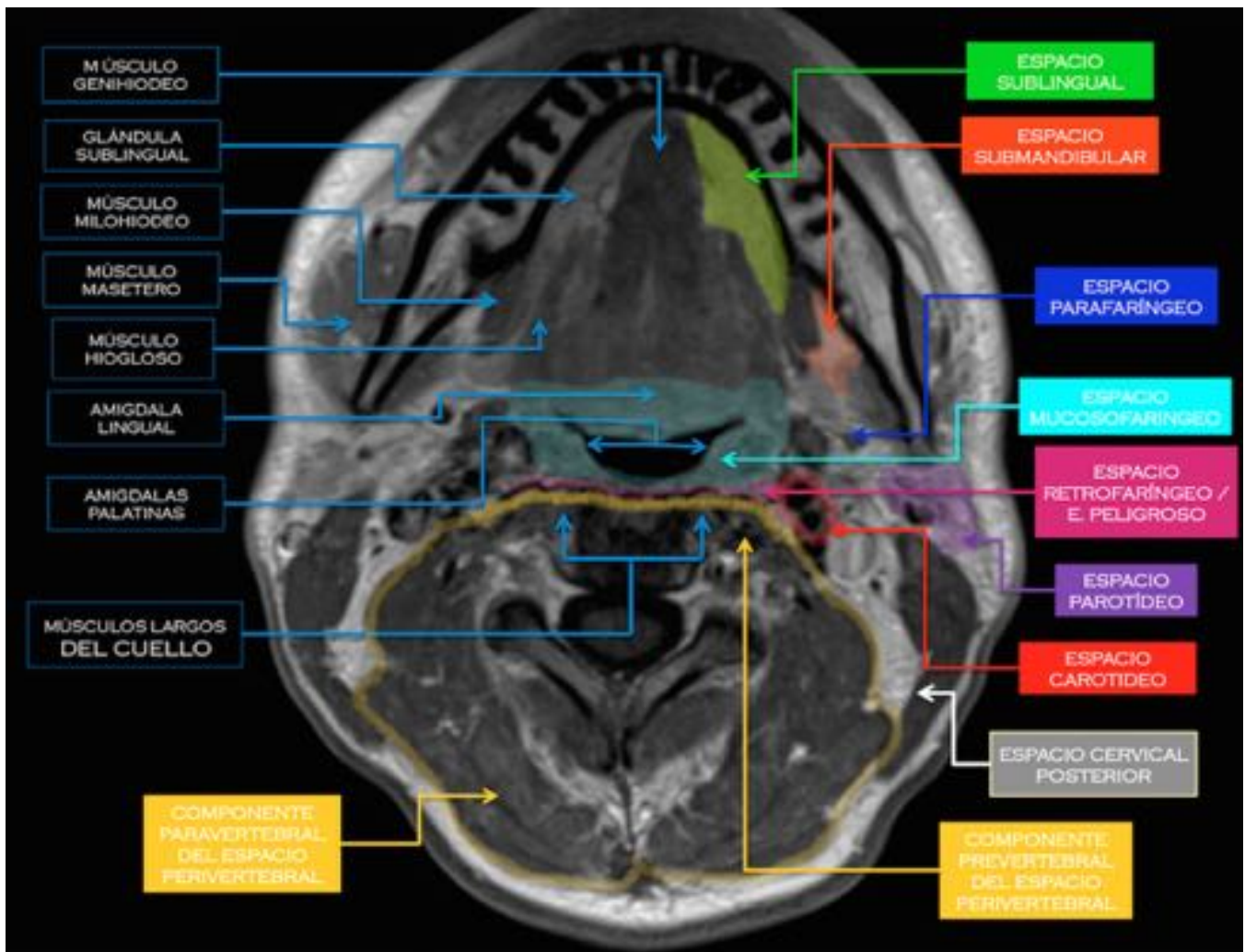


Fig. 5: RMN T1 axial. Corte a la altura de la orofaringe baja. Espacios cervicales y algunas estructuras anatómicas de referencia.

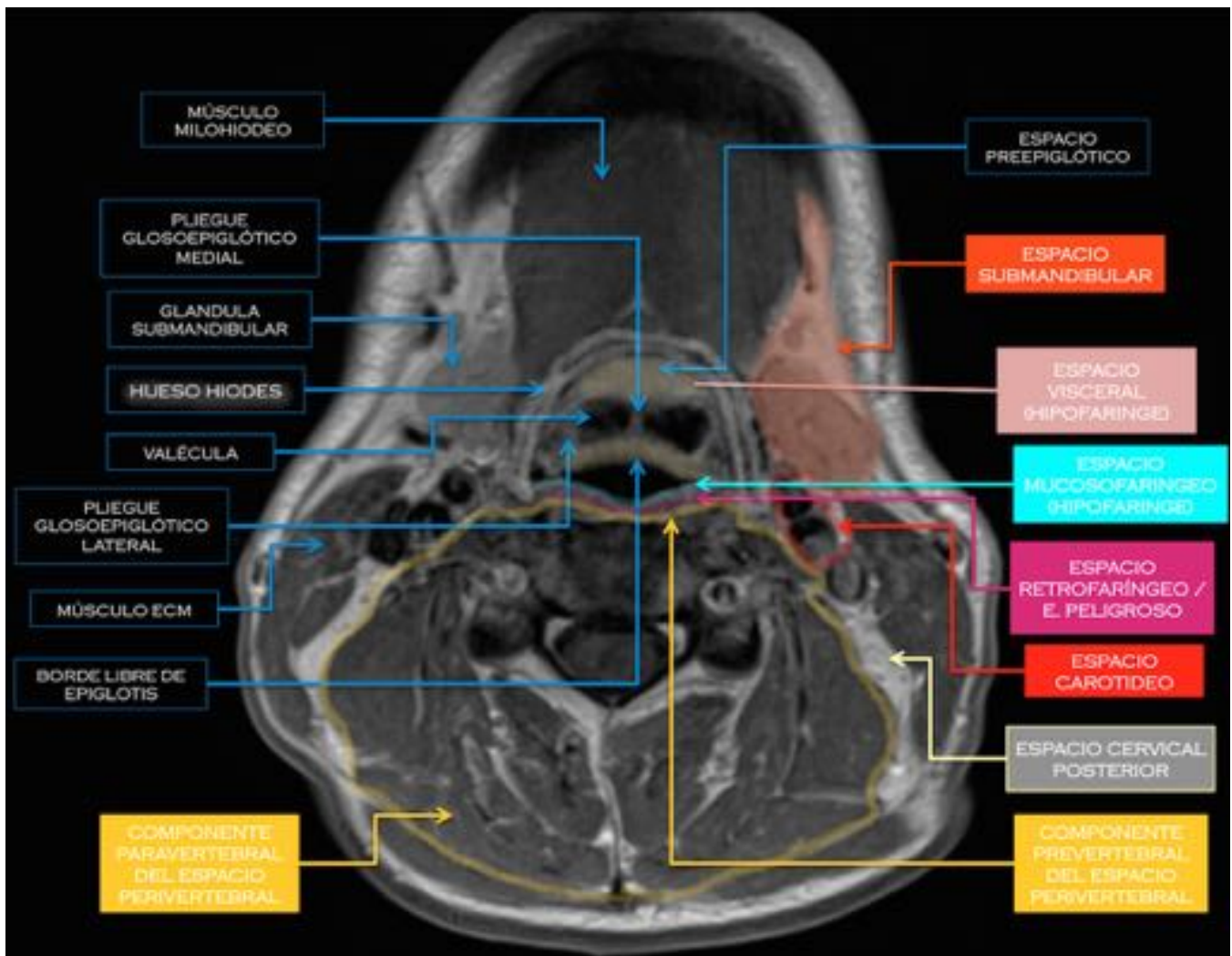


Fig. 6: RMN T1 axial. Corte a la altura de la hipofaringe y hueso hioides. Espacios cervicales y algunas estructuras anatómicas de referencia.

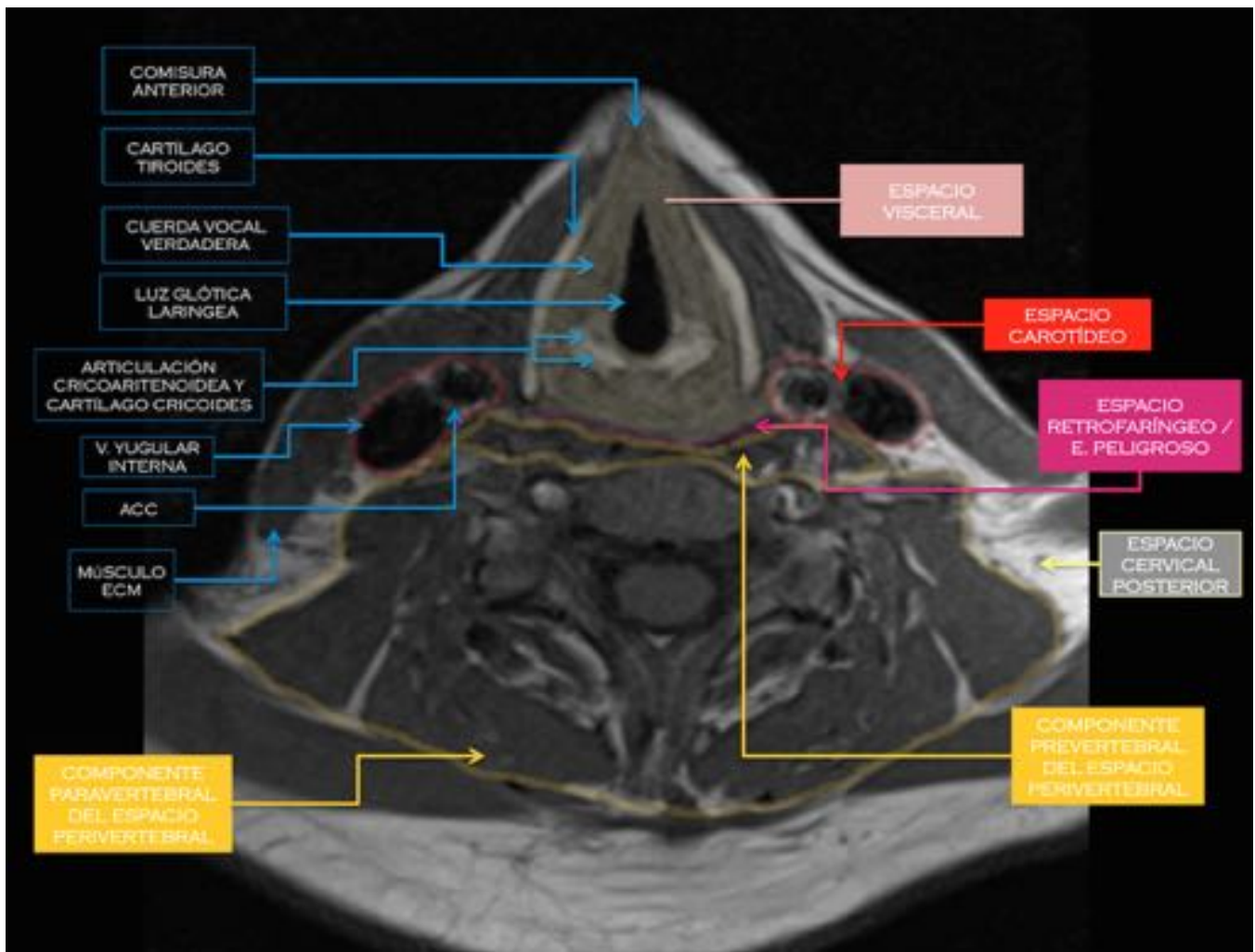


Fig. 7: RMN T1 axial. Corte a la altura de la laringe (Cuerdas vocales). Espacios cervicales y algunas est anatómicas de referencia.

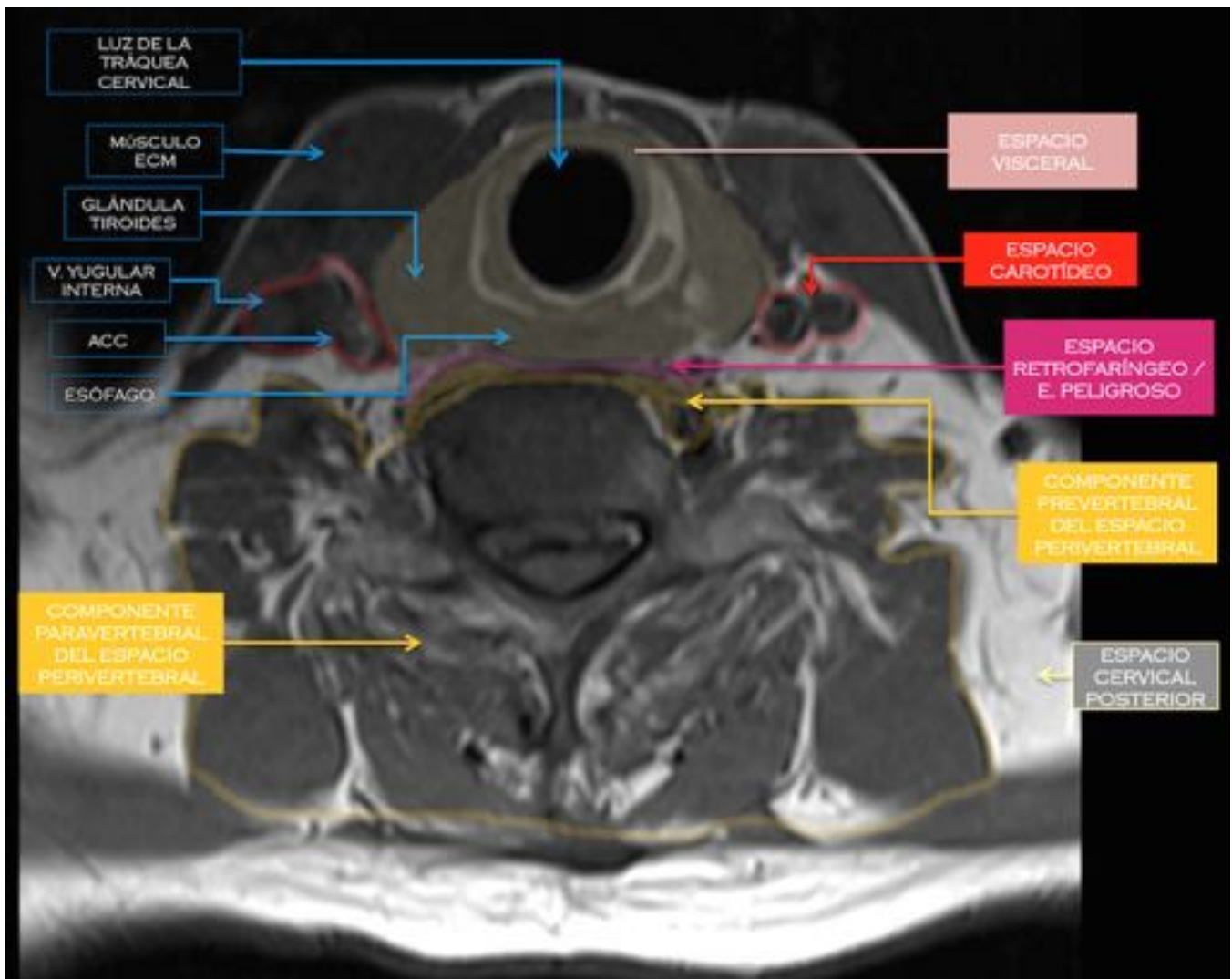


Fig. 8: RMN T1 axial. Corte a la altura de la tráquea cervical. Espacios cervicales y algunas estructuras anatómicas de referencia.

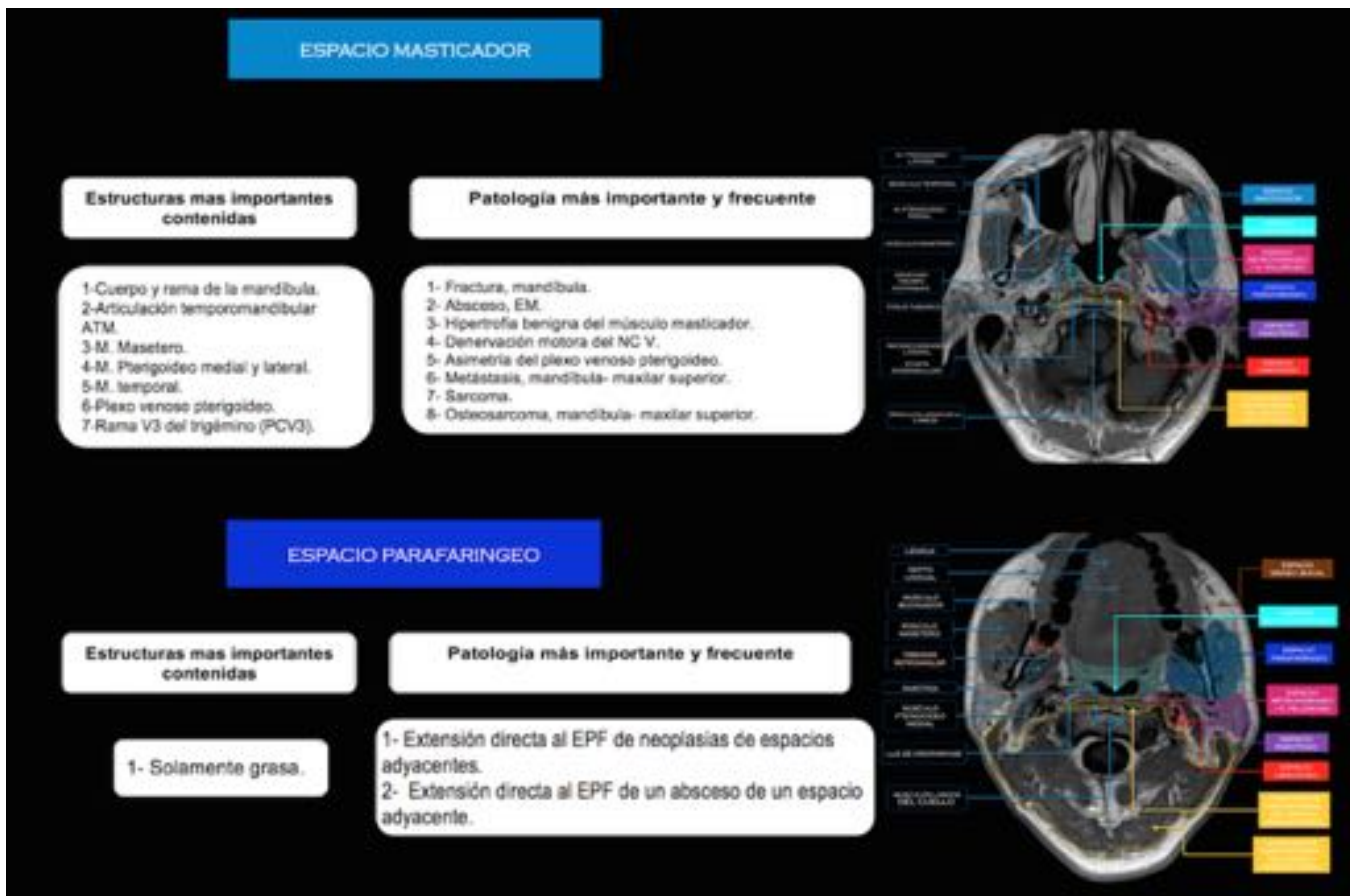


Fig. 9: Estructuras contenidas y diagnóstico diferencial del espacio masticador y parafaríngeo.

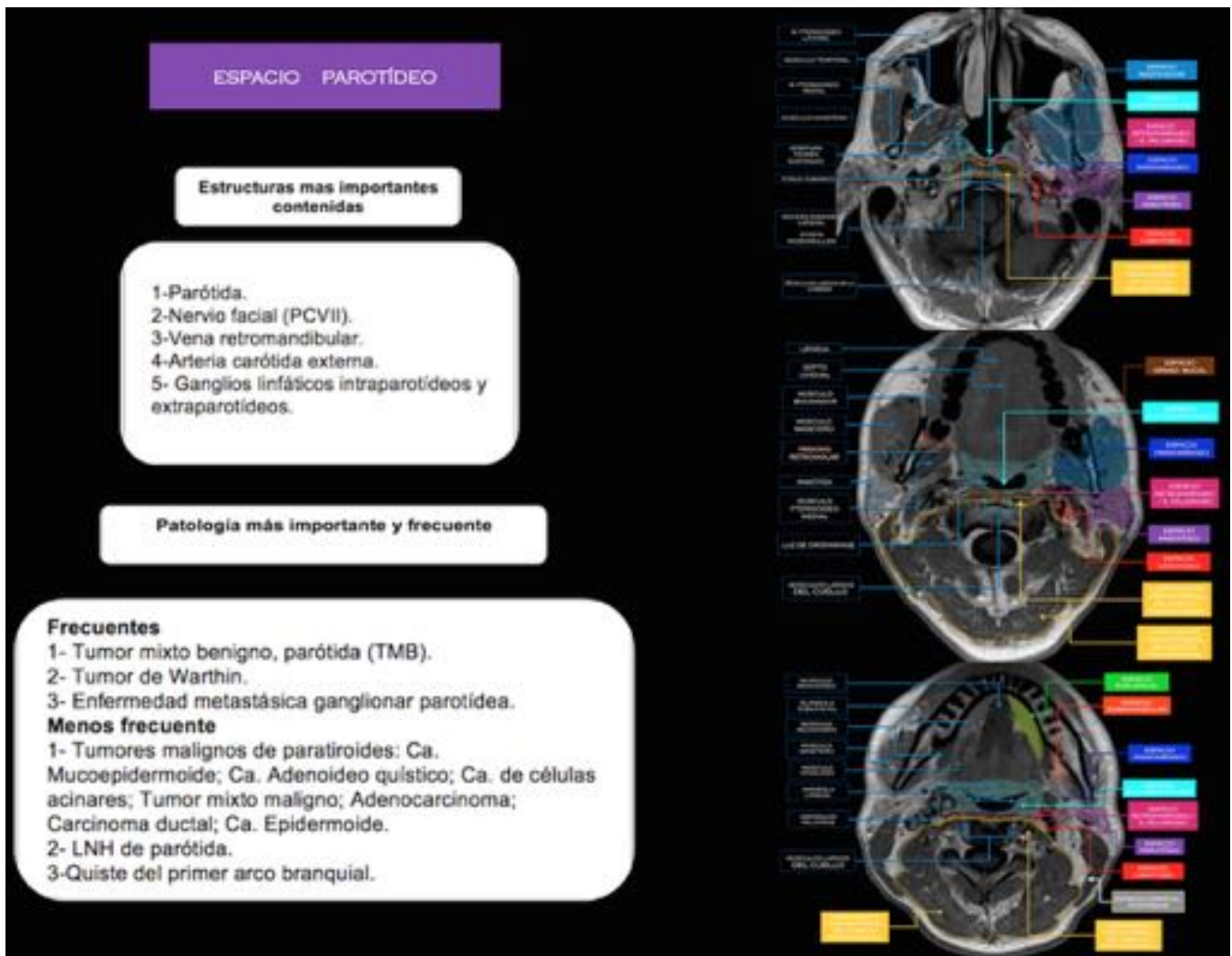


Fig. 10: Estructuras contenidas y diagnóstico diferencial del espacio parotídeo.

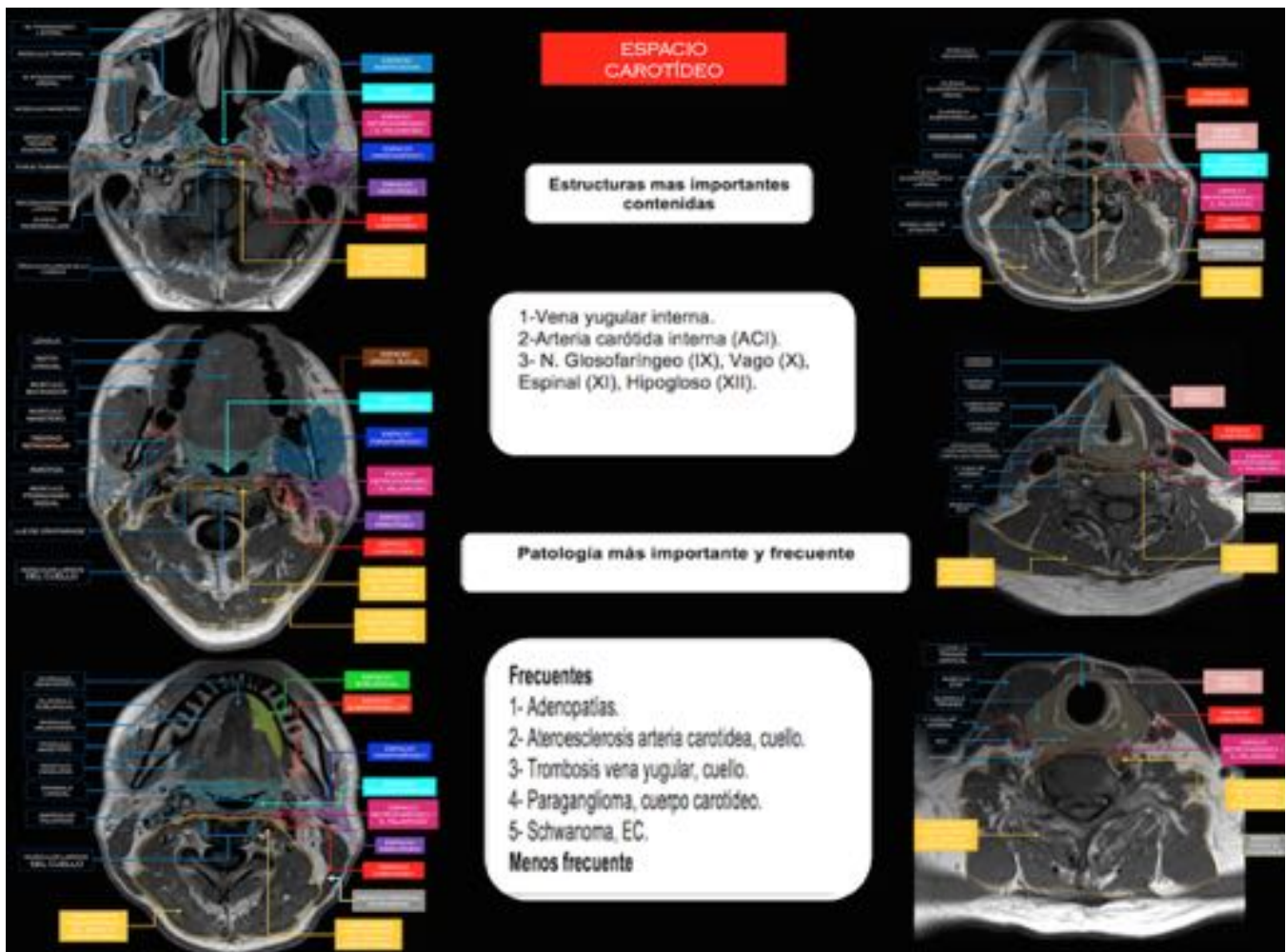


Fig. 11: Estructuras contenidas y diagnóstico diferencial del espacio carotídeo.

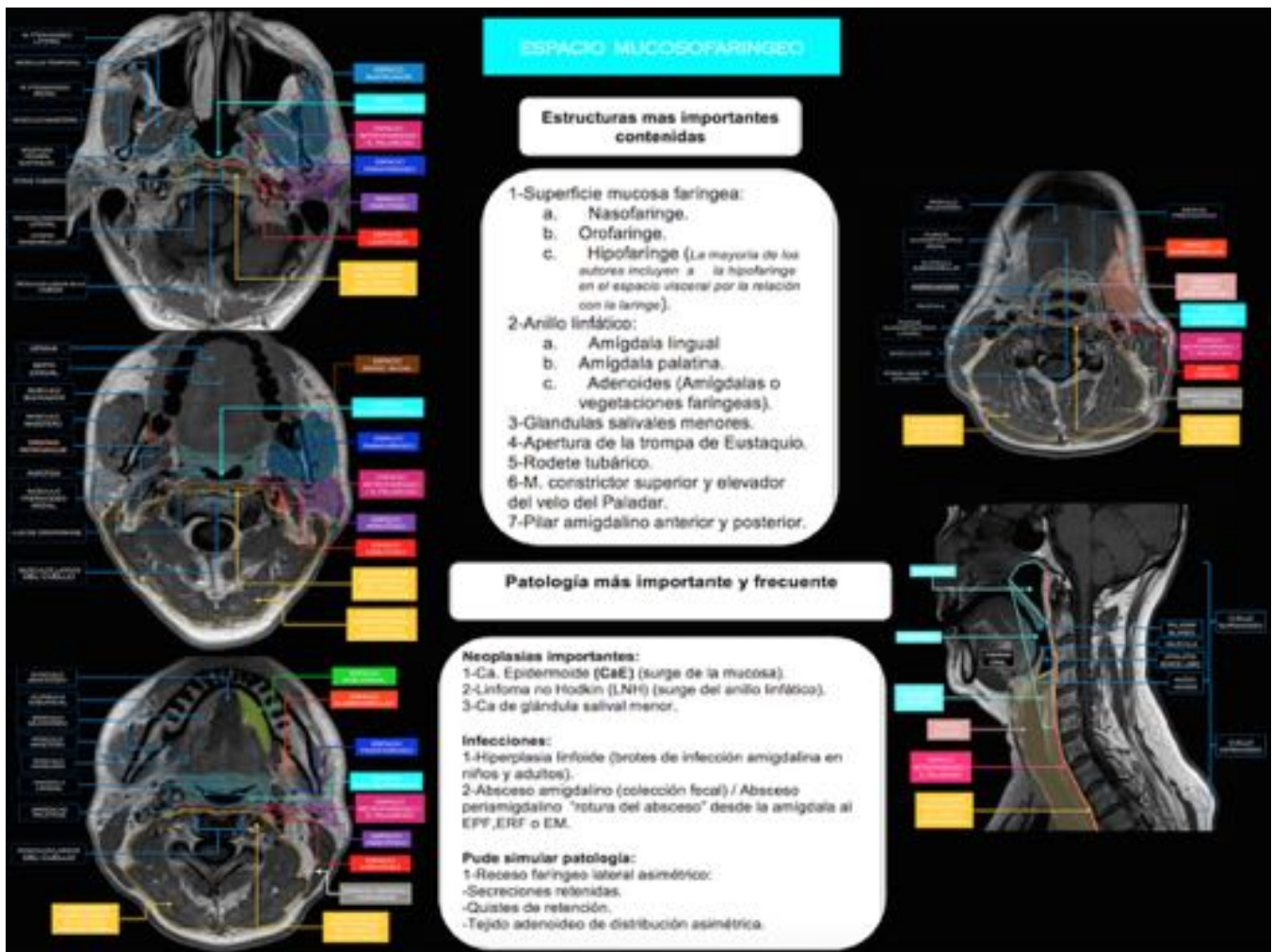


Fig. 12: Estructuras contenidas y diagnóstico diferencial del espacio mucoso faríngeo.

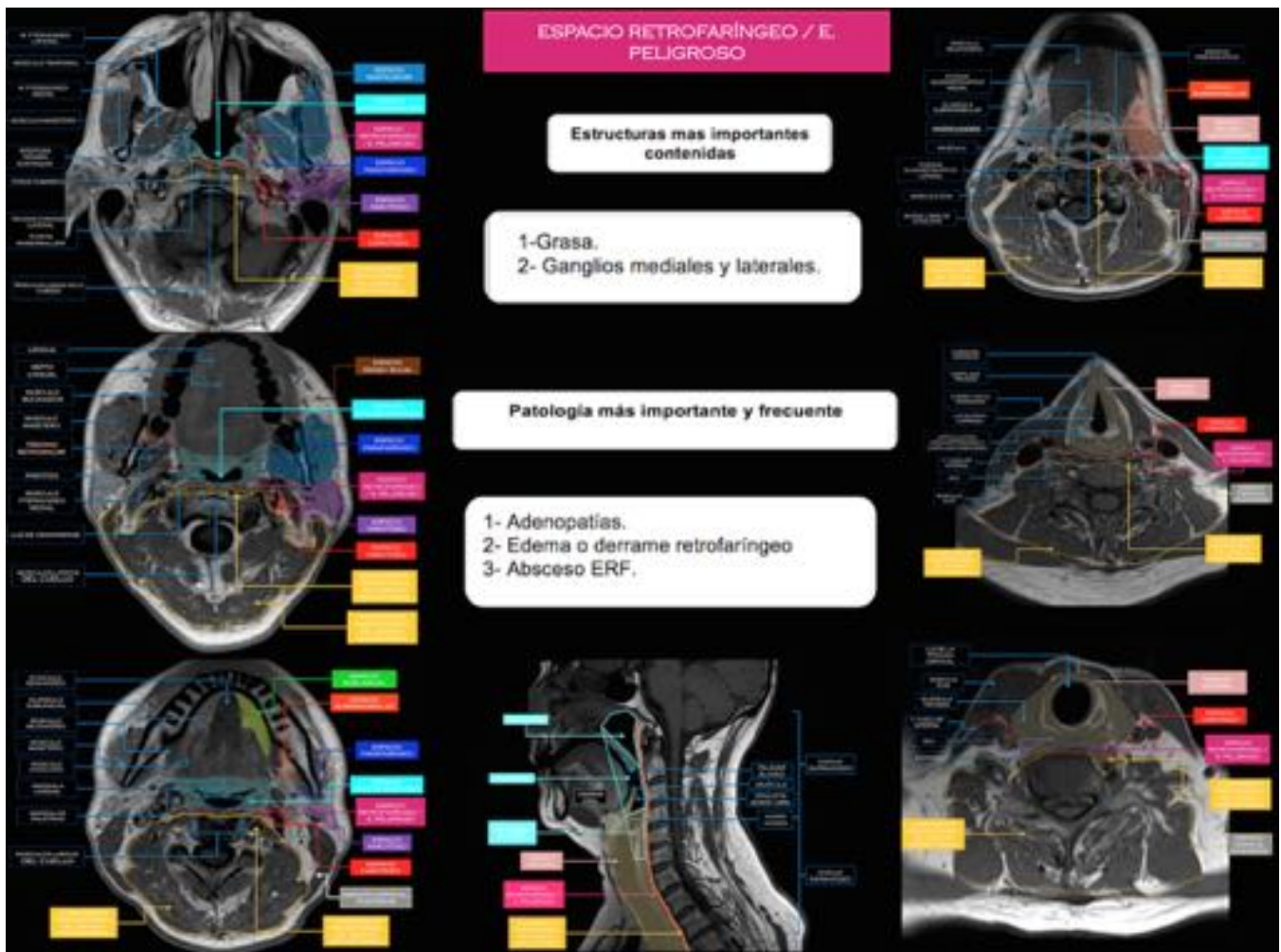


Fig. 13: Estructuras contenidas y diagnóstico diferencial del espacio retrofaringeo/ espacio peligroso.

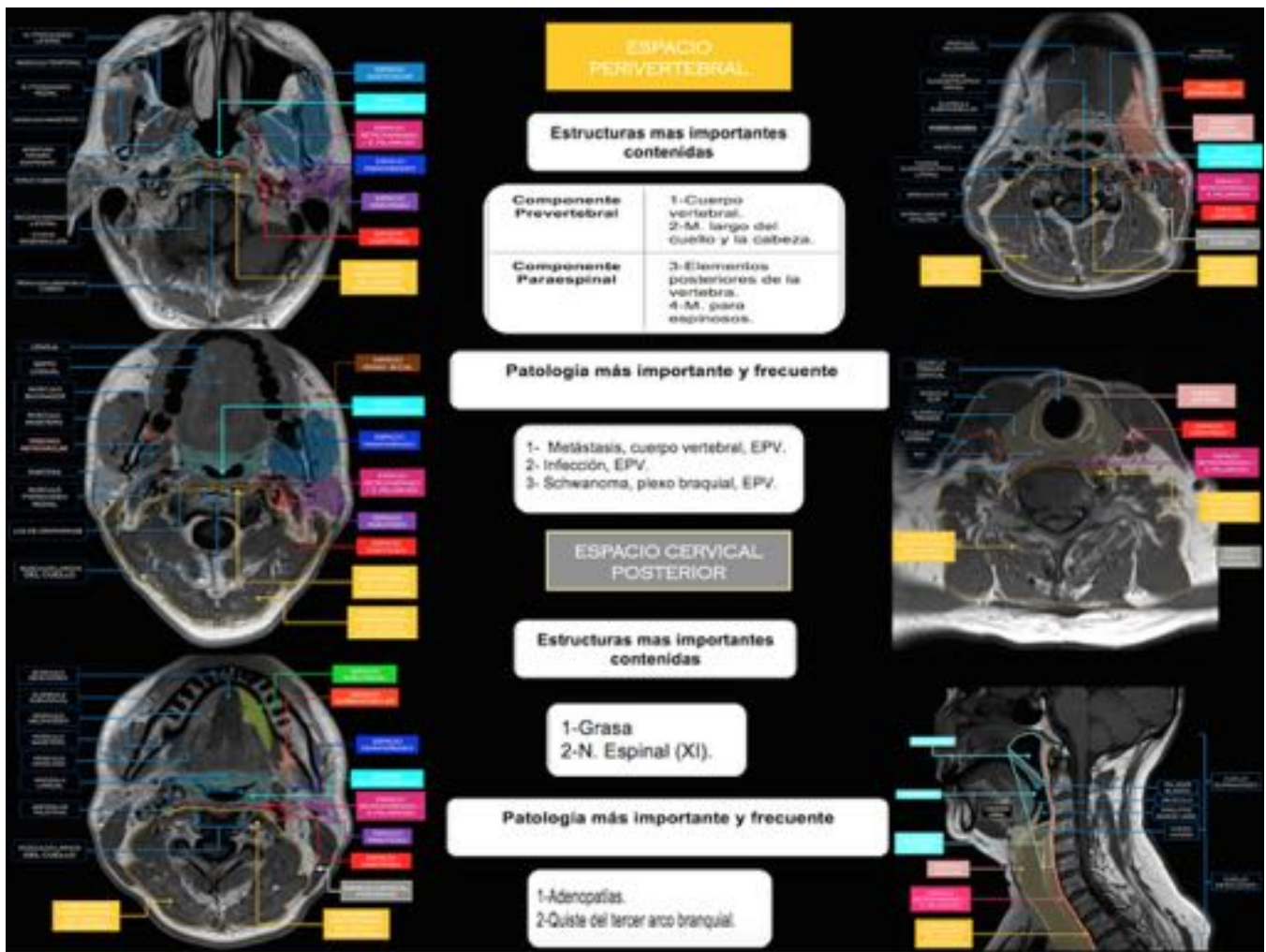


Fig. 14: Estructuras contenidas y diagnóstico diferencial del espacio perivertebral.

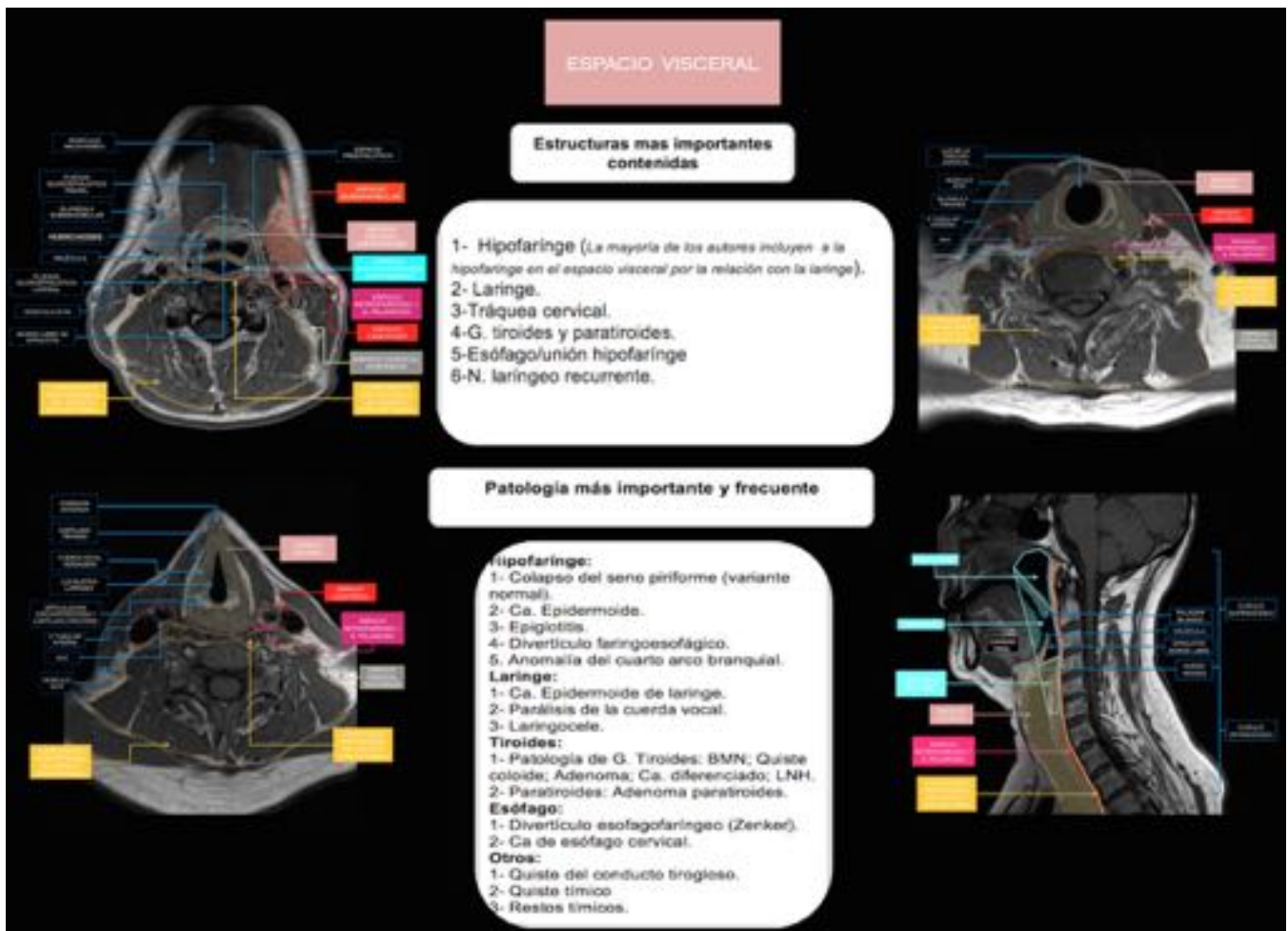


Fig. 15: Estructuras contenidas y diagnóstico diferencial del espacio visceral.

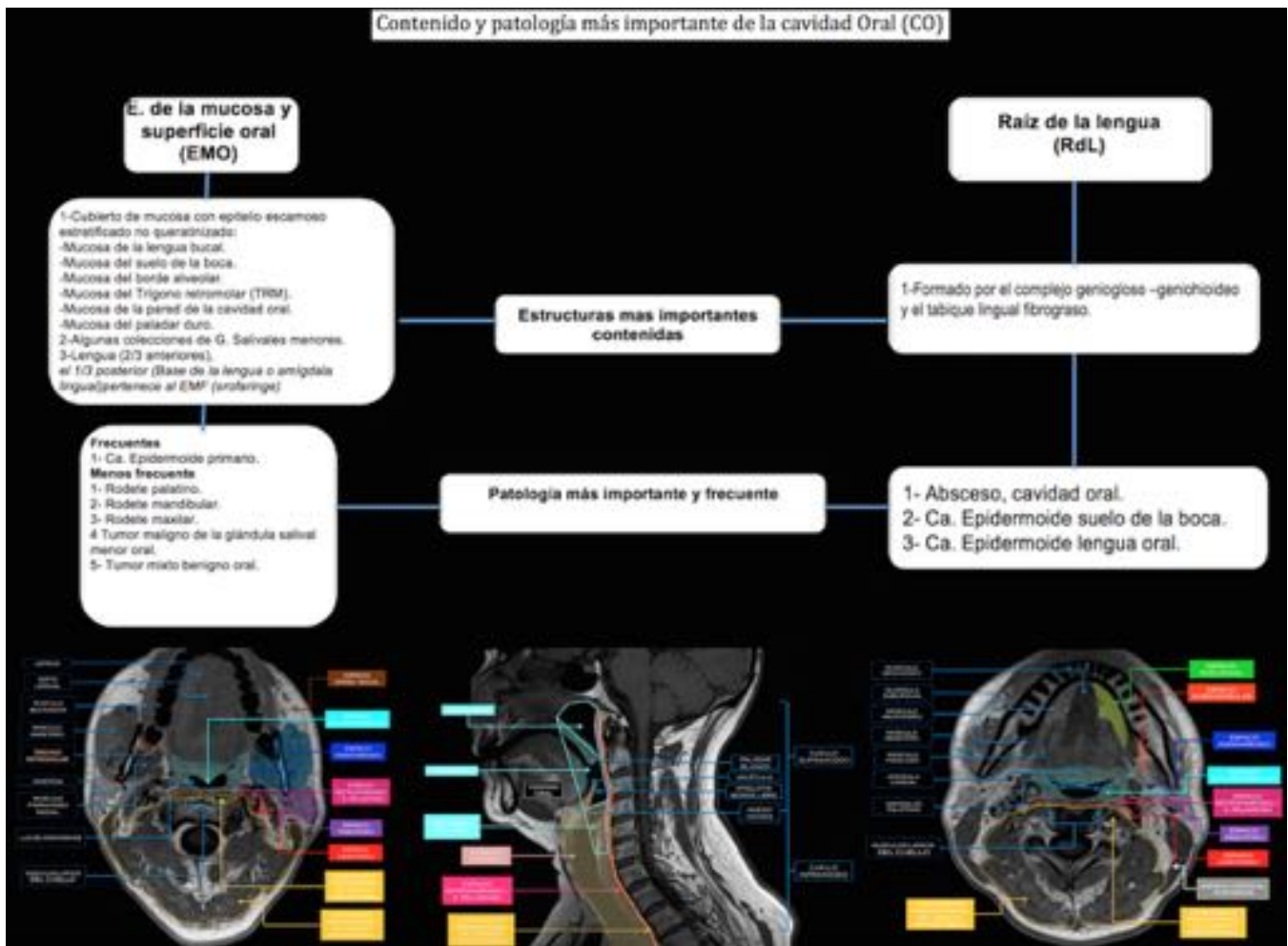


Fig. 16: Estructuras contenidas y diagnóstico diferencial de la cavidad oral.

Contenido y patología más importante de la cavidad Oral (CO)

ESPACIO
SUBMANDIBULAR

Estructuras mas importantes
contenidas

- 1-Glándula submandibular.
- 2-Ganglios submentonianos (Ia) y submandibulares (Ib).
- 3-Arteria y venas faciales.
- 4-Ventre anterior del M. digástrico
- 5-Grasa.

Patología más importante y frecuente

Frecuentes

- 1- Adenopatías.
- 2- Ca Epidermoide ganglionar del ESM.
- 3- Tejido accesorio salivar del ESM.
- 4- Sialoadenitis glándula submandibular.
- 5- Tumor mixto benigno cola de la parótida.
- 6- Ránula hundida.
- 7- Absceso cavidad oral del ESM.
- 8- Tumor mixto benigno glándula submandibular.

Raro pero importante

- 1- Quiste del segundo arco branquial.

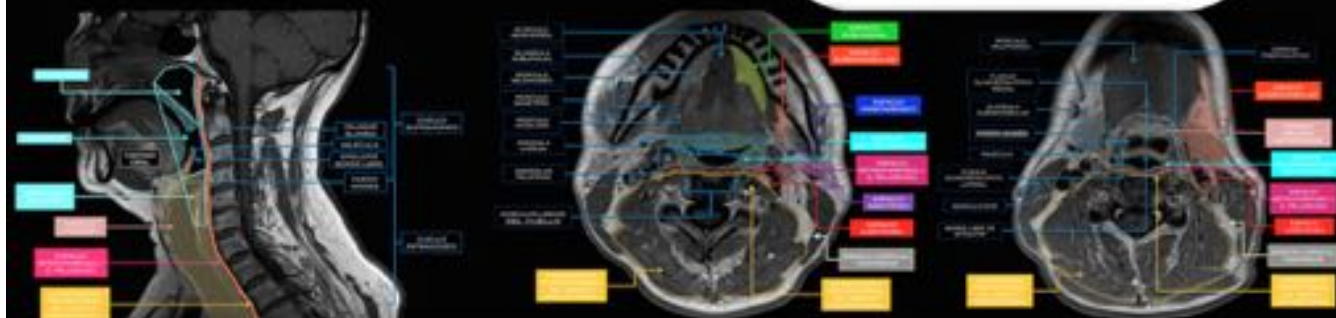


Fig. 17: Estructuras contenidas y diagnóstico diferencial del espacio submandibular.

ESPACIO
SUBLINGUAL

Estructuras mas importantes
contenidas

- 1- N. Lingual y ramas distales del N. Glossofaríngeo (IX) e Hipogloso (XII).
- 2- Pedículo vascular de la lengua (Vena y arteria linguales).
- 3- Glándulas y conductos sublinguales.
- 4- Porción profunda de la glándula submandibular y su conducto (C. Wharton).
- 5- Borde anterior del M. hiogloso.

Patología más importante y frecuente

Frecuentes

- 1- Ránula simple.
- 2- Absceso cavidad oral del ESL.
- 3- Conducto de la glándula submandibular (GSM) dilatado.
- 4- Ca. Epidermoide del suelo de la boca.
- 5- Ca Epidermoide infiltrante, lengua oral.
- 6- Sialoadenitis, glándula sublingual.

Raro pero importante

- 1- Carcinoma glándula sublingual.



Fig. 18: Estructuras contenidas y diagnóstico diferencial del espacio sublingual.

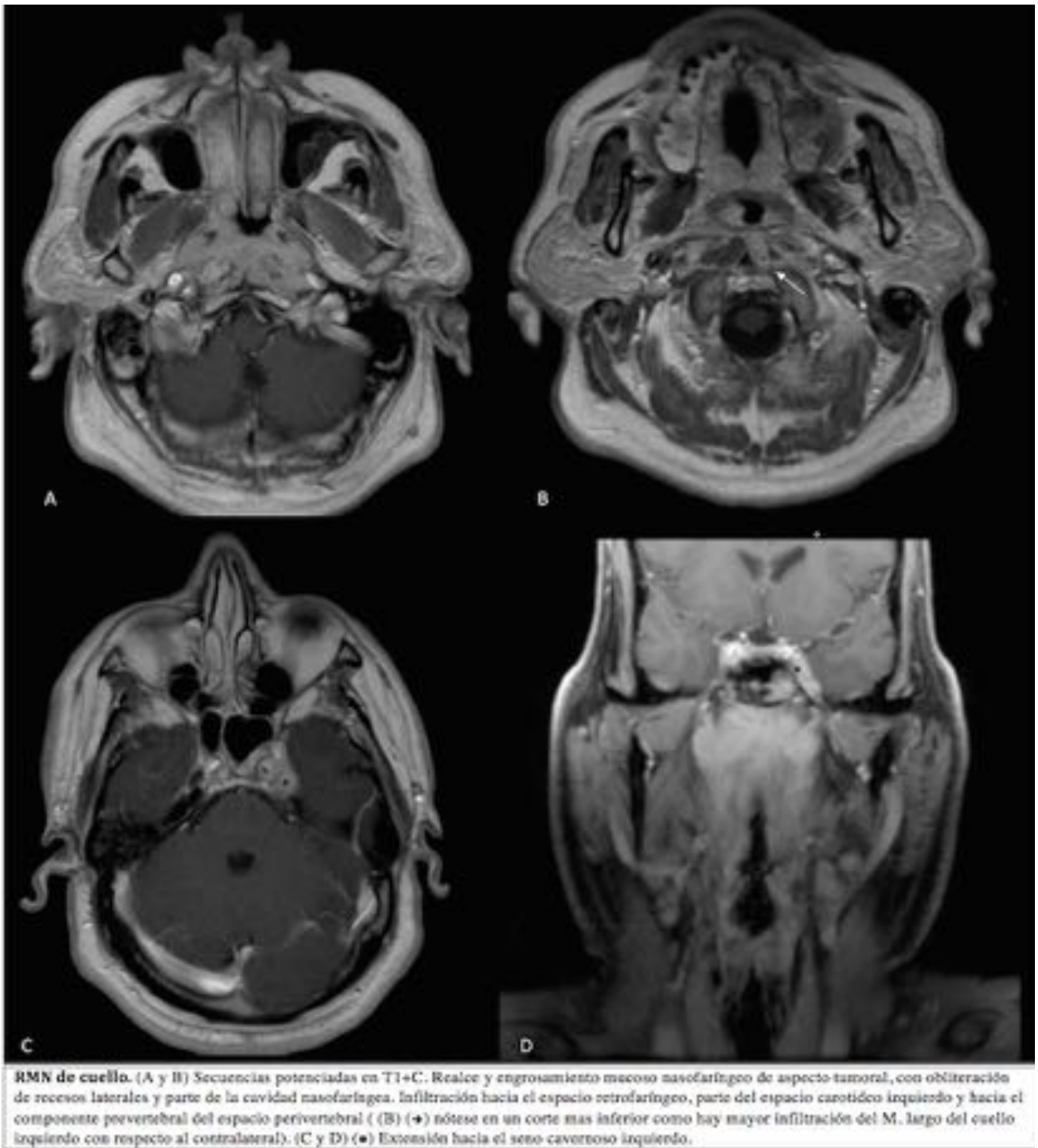


Fig. 19: RMN de cuello, en paciente con cefalea hemicraneal izquierda y paresia del VI par izquierdo. Carcinoma Epidermoide de nasofaringe (CNF).

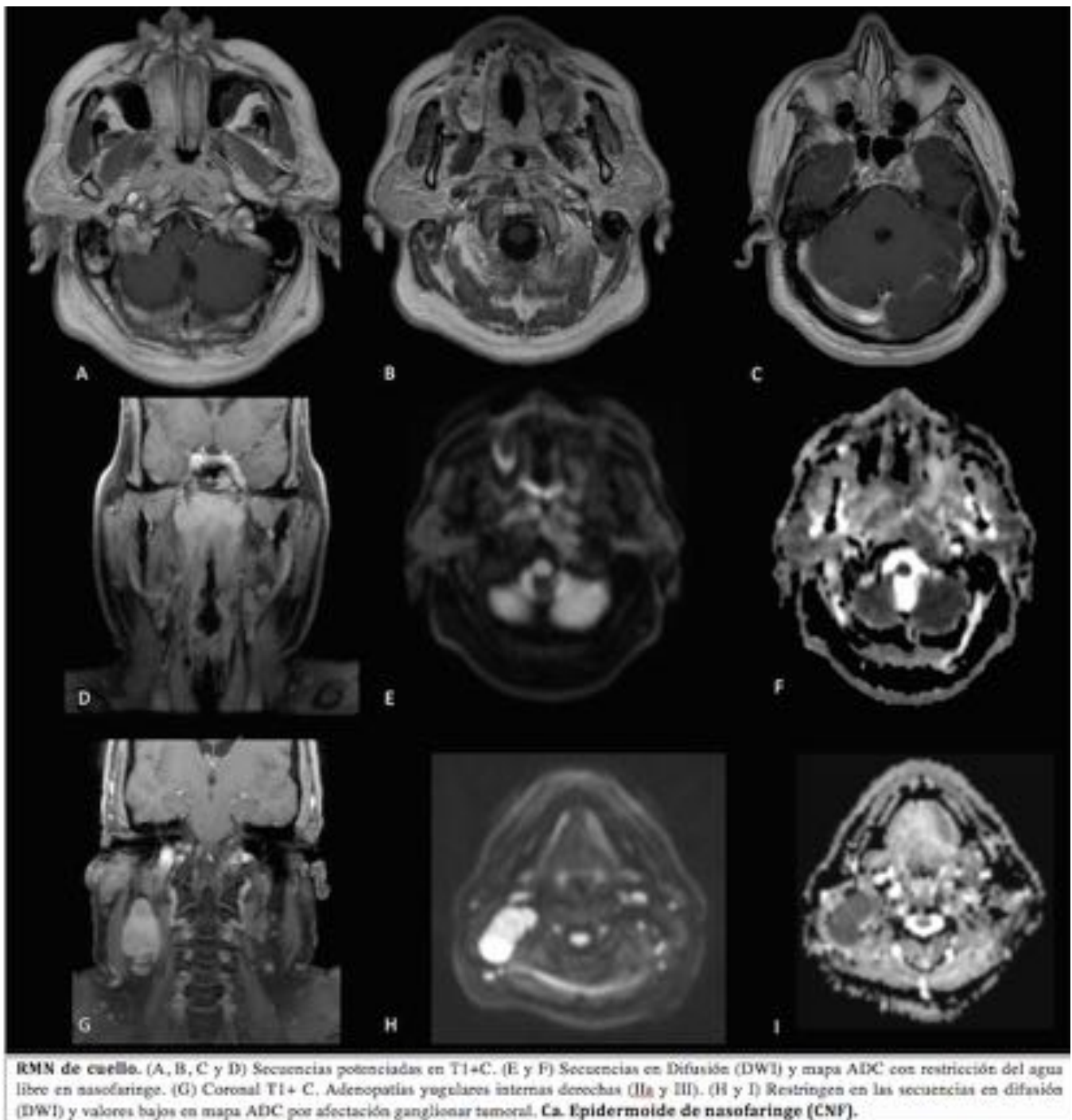


Fig. 20: Resto del estudio del paciente anterior. (A, B, C y D) Secuencias potenciadas en T1+C. (E y F) Secuencias en Difusión (DWI) y mapa ADC. Carcinoma Epidermoide de nasofaringe (CNF).

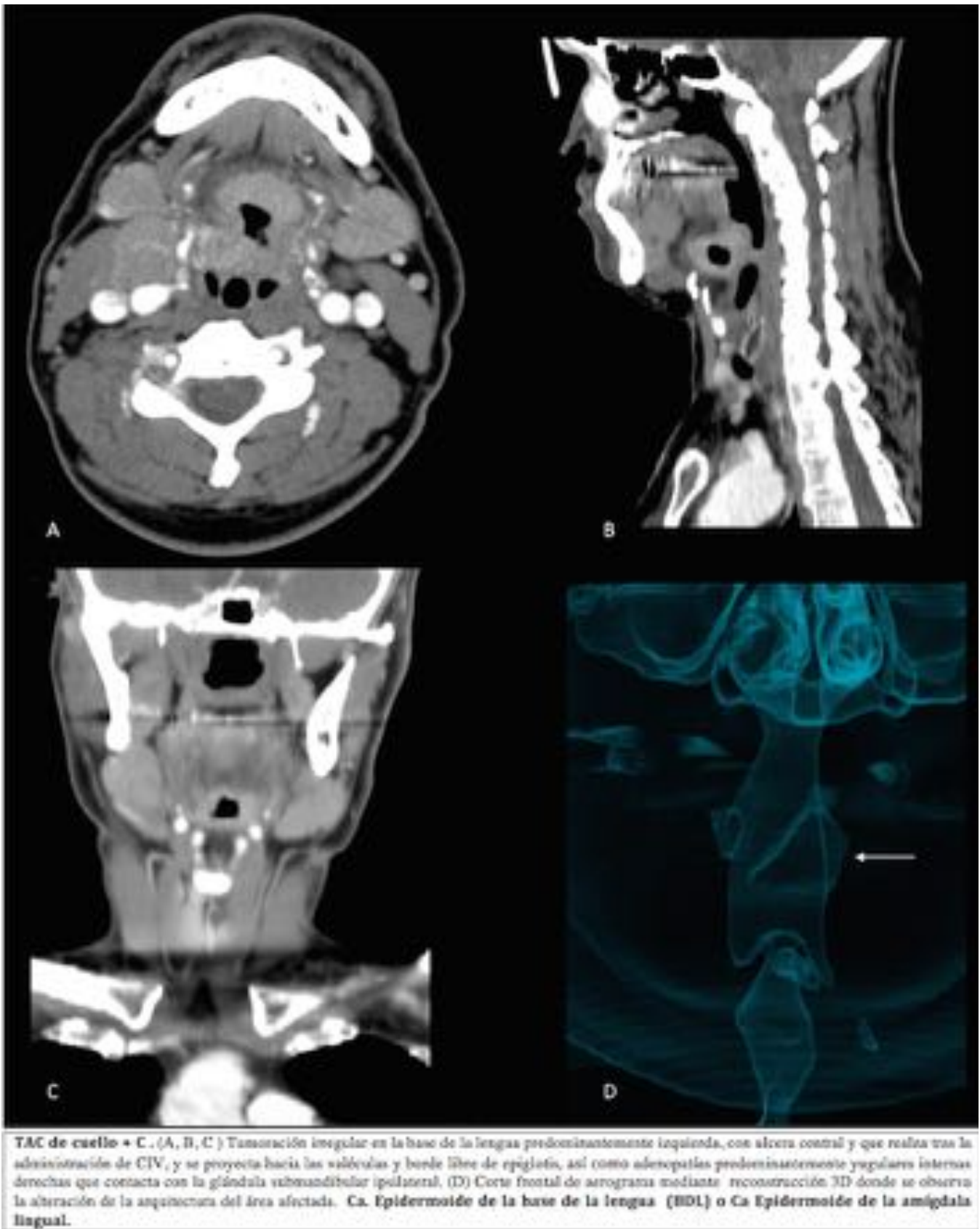
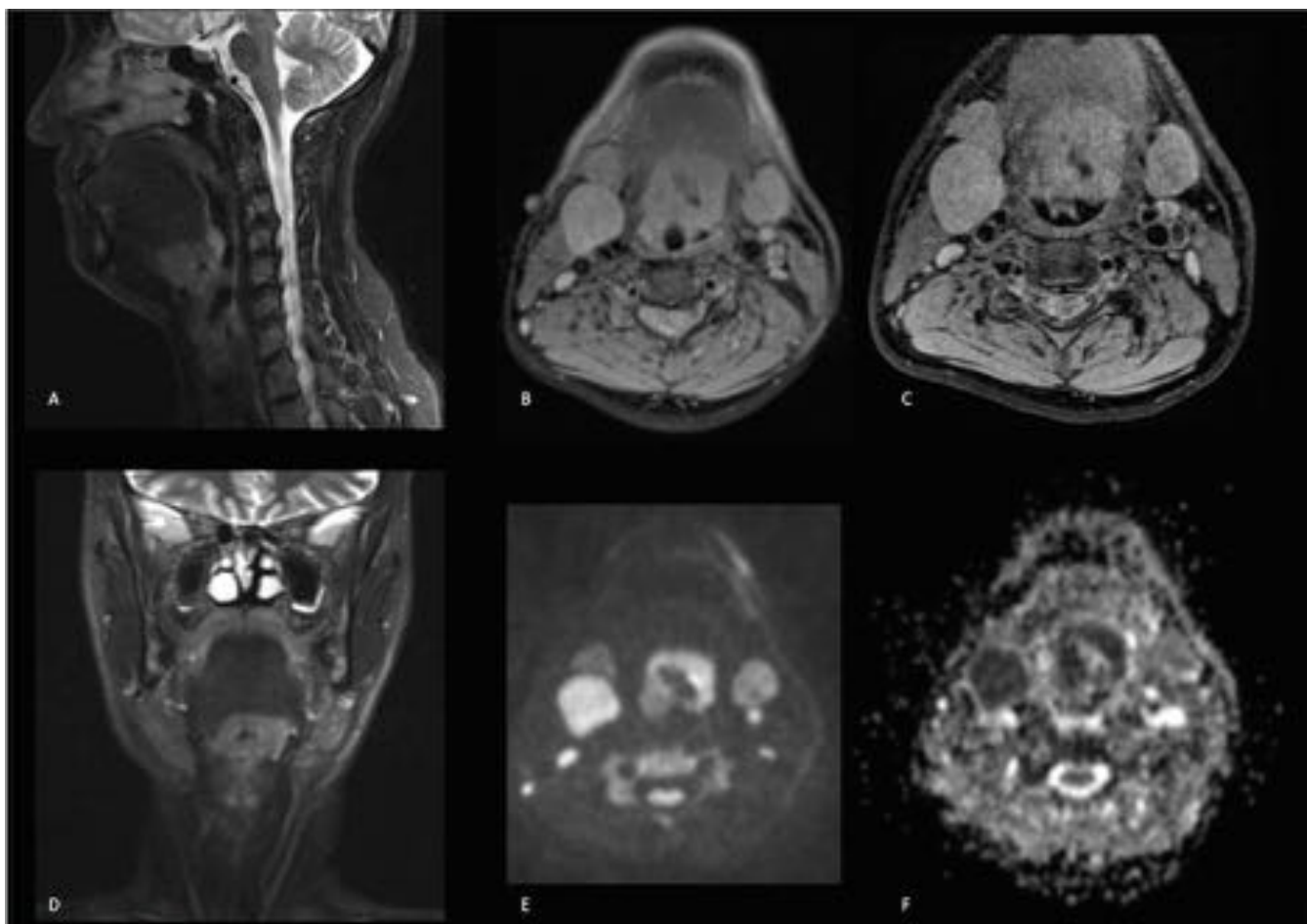


Fig. 21: TAC de cuello + C. Ca. Epidermoide de la base de la lengua (BDL) o Ca Epidermoide de la amígdala lingual.



RMN de cuello. (A) T2 STIR sagital, (B y C) DP FAT-SAT axiales y (D) T2 STIR coronal. Tumoración irregular en la base de la lengua predominantemente izquierda, con úlcera central. (E y F) Secuencias en Difusión (DWI) con restricción del tumor y de las adenopatías yugulares internas por afectación ganglionar tumoral y valores bajos en mapa ADC. **Ca. Epidermoide de la base de la lengua (BDL) o Ca Epidermoide de la amígdala lingual.**

Fig. 22: Estudio de extensión mediante RMN del paciente anterior. Ca. Epidermoide de la base de la lengua (BDL) o Ca Epidermoide de la amígdala lingual.

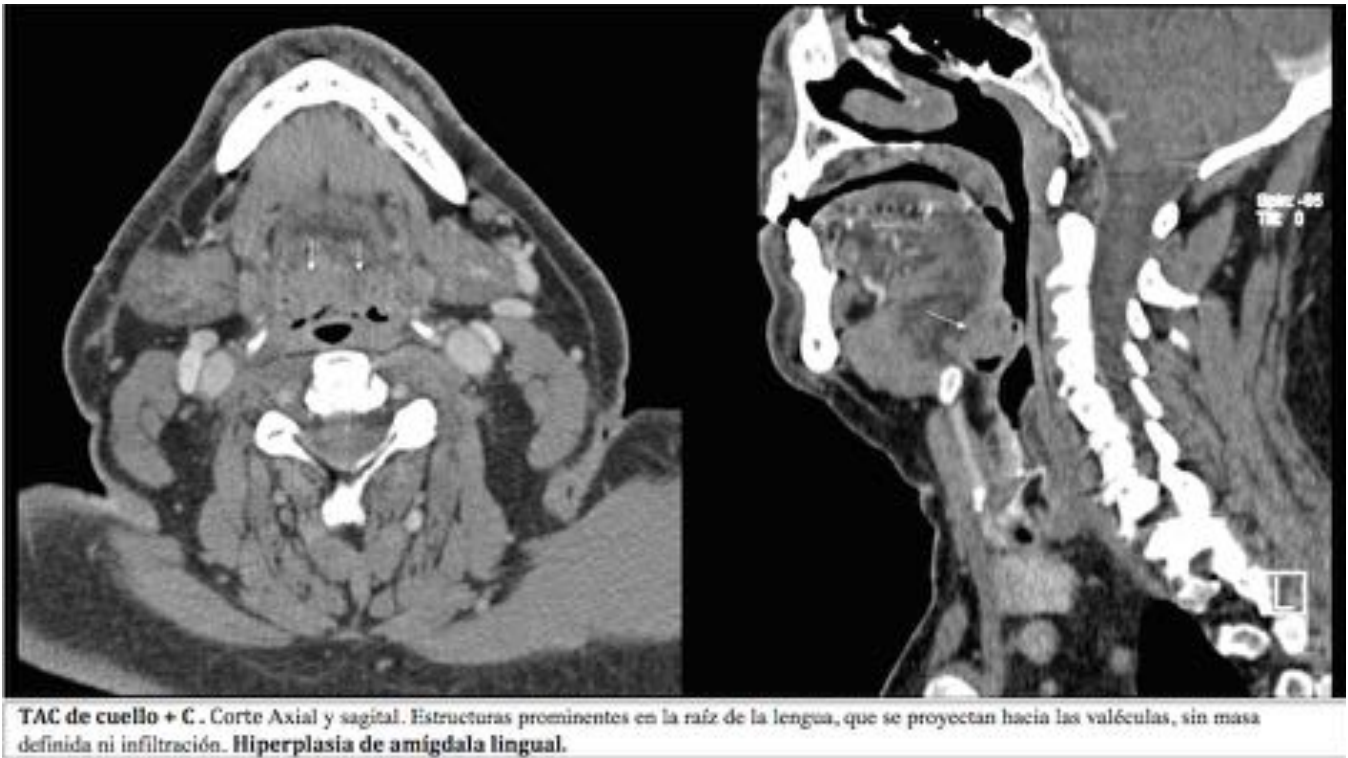


Fig. 23: TAC de cuello + C . Hiperplasia de amígdala lingual.



Fig. 24: TAC de cuello + C. Hallazgo de Absceso amigdalino (AA).

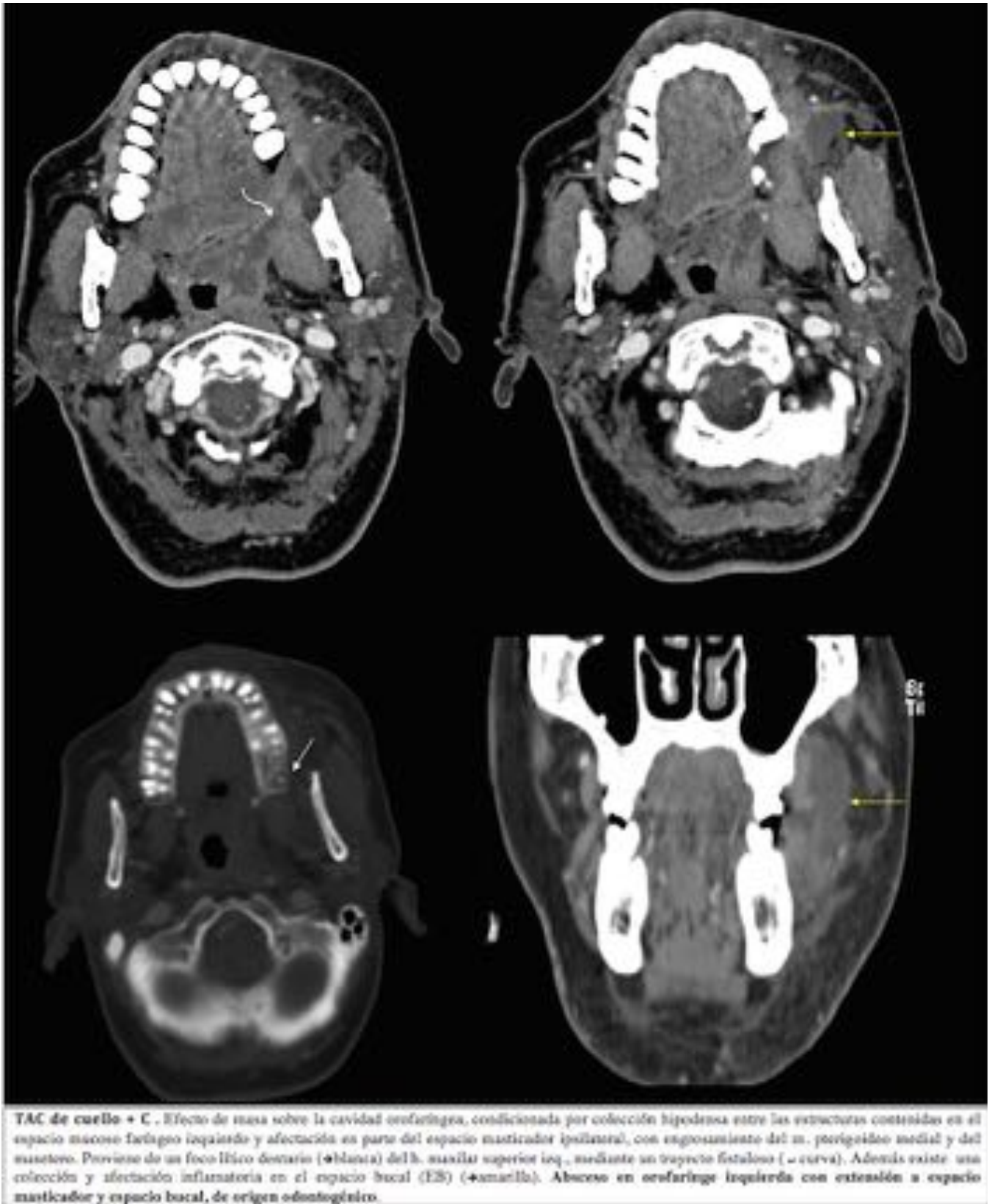


Fig. 25: TAC de cuello + C . Absceso en orofaringe izquierda con extensión a espacio masticador y espa

bucal, de origen odontogénico.

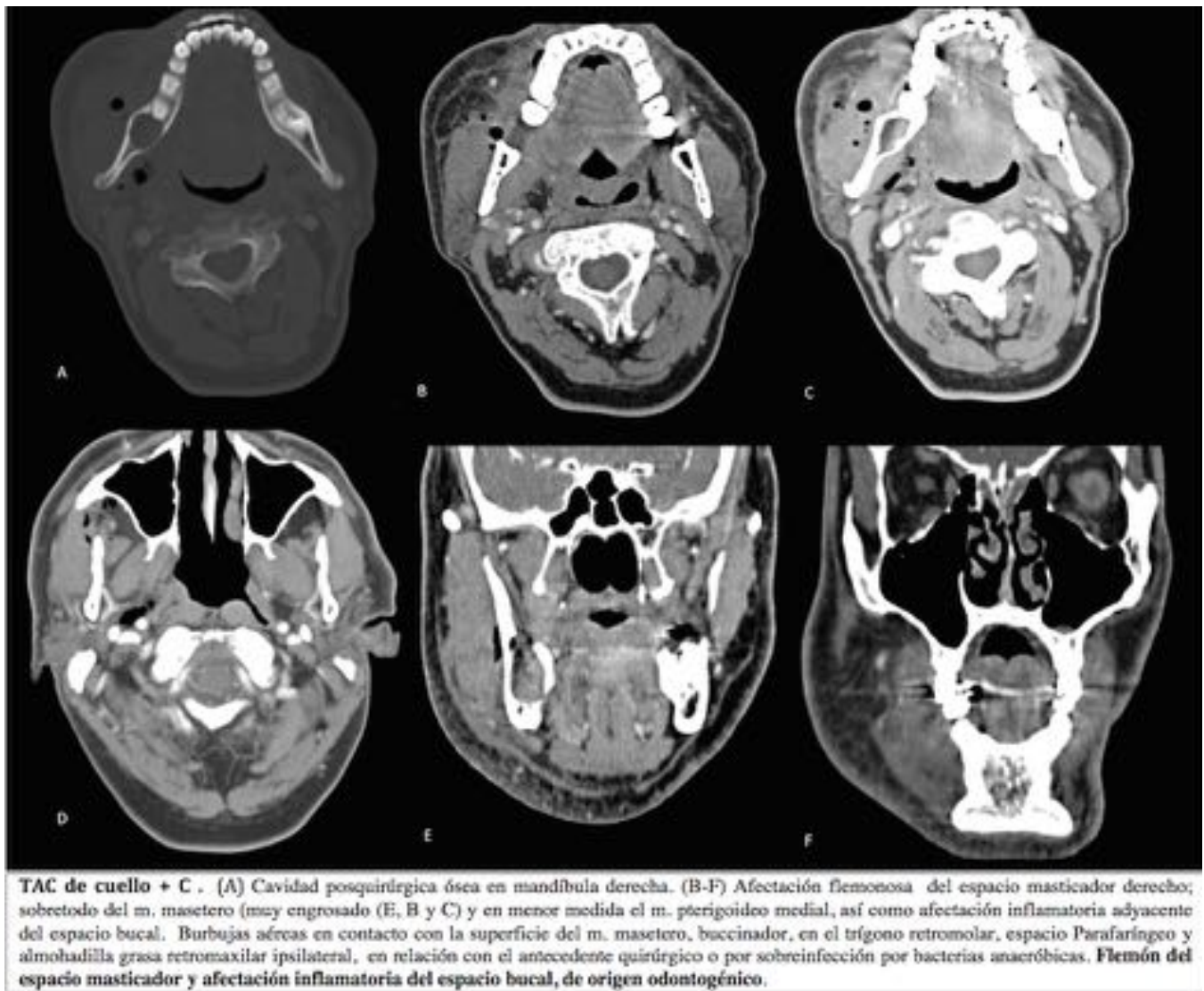
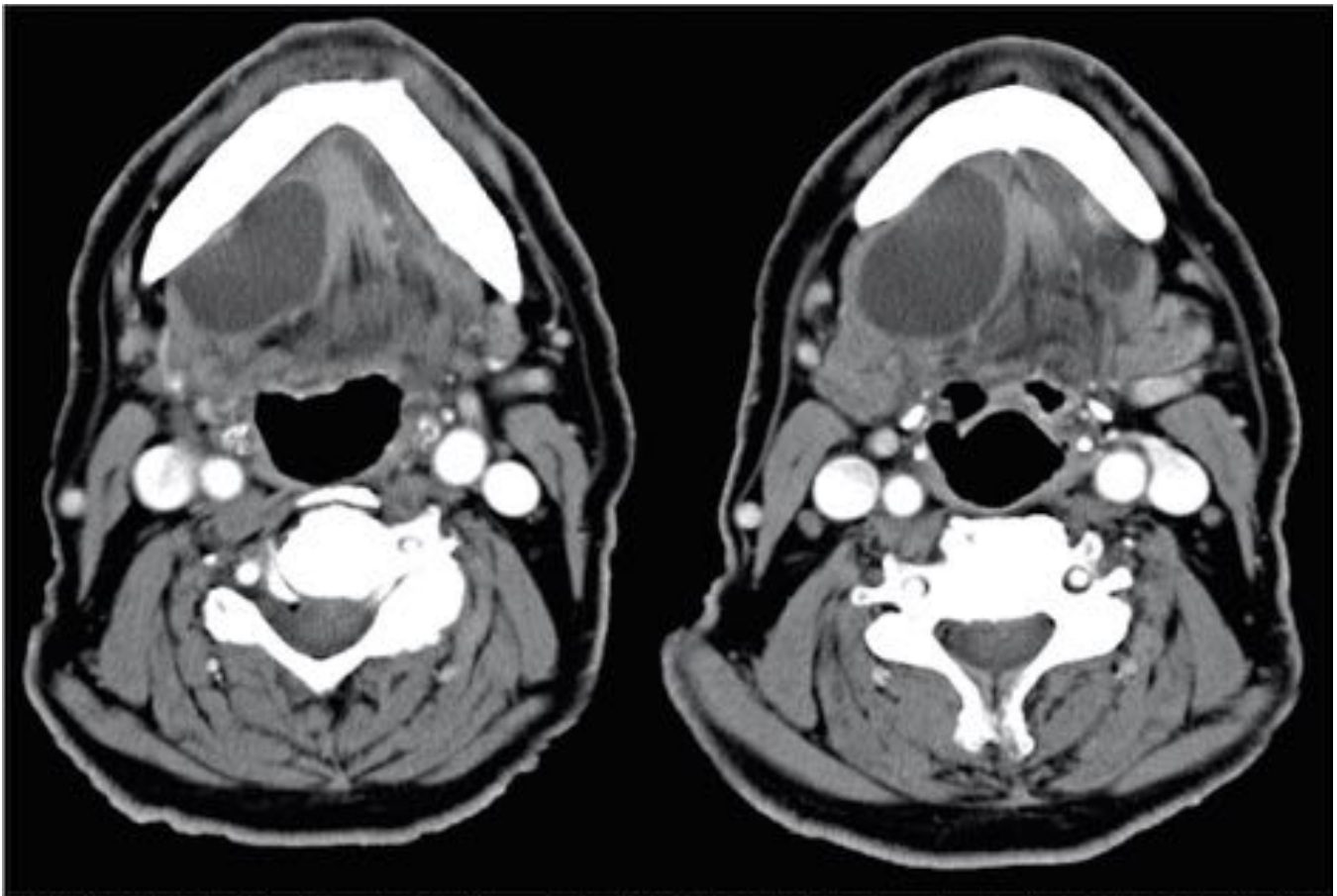


Fig. 26: TAC de cuello + C . Absceso en orofaringe izquierda con extensión a espacio masticador y espacio bucal, de origen odontogénico.



TAC de cuello + C. Lesión quística unilocular de forma ovoidea – lenticular bien definida en el espacio submandibular bilateral de predominio derecho. Ránula simple (RS) bilateral.

Fig. 27: TAC de cuello + C. Ránula simple (RS) bilateral.

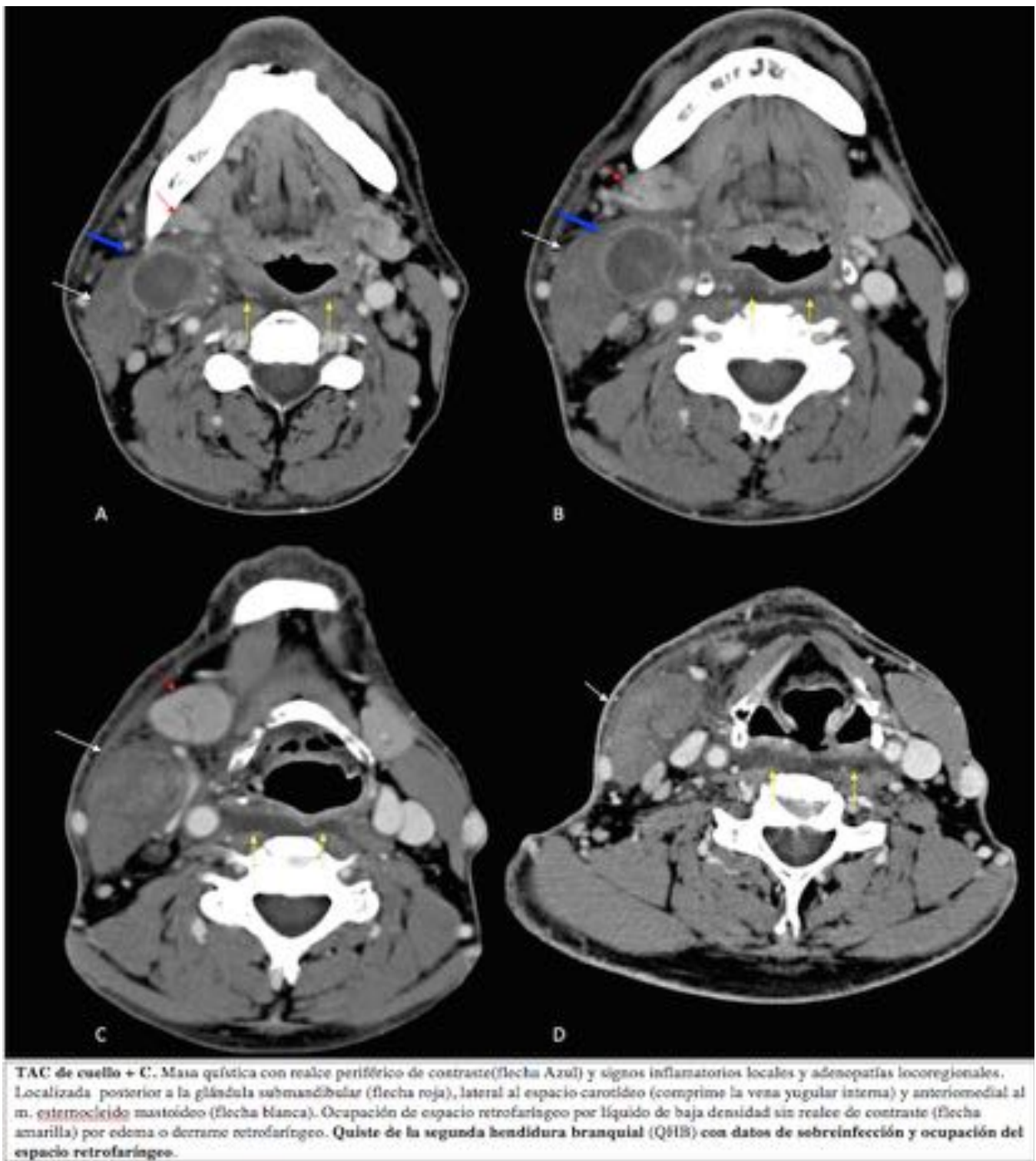
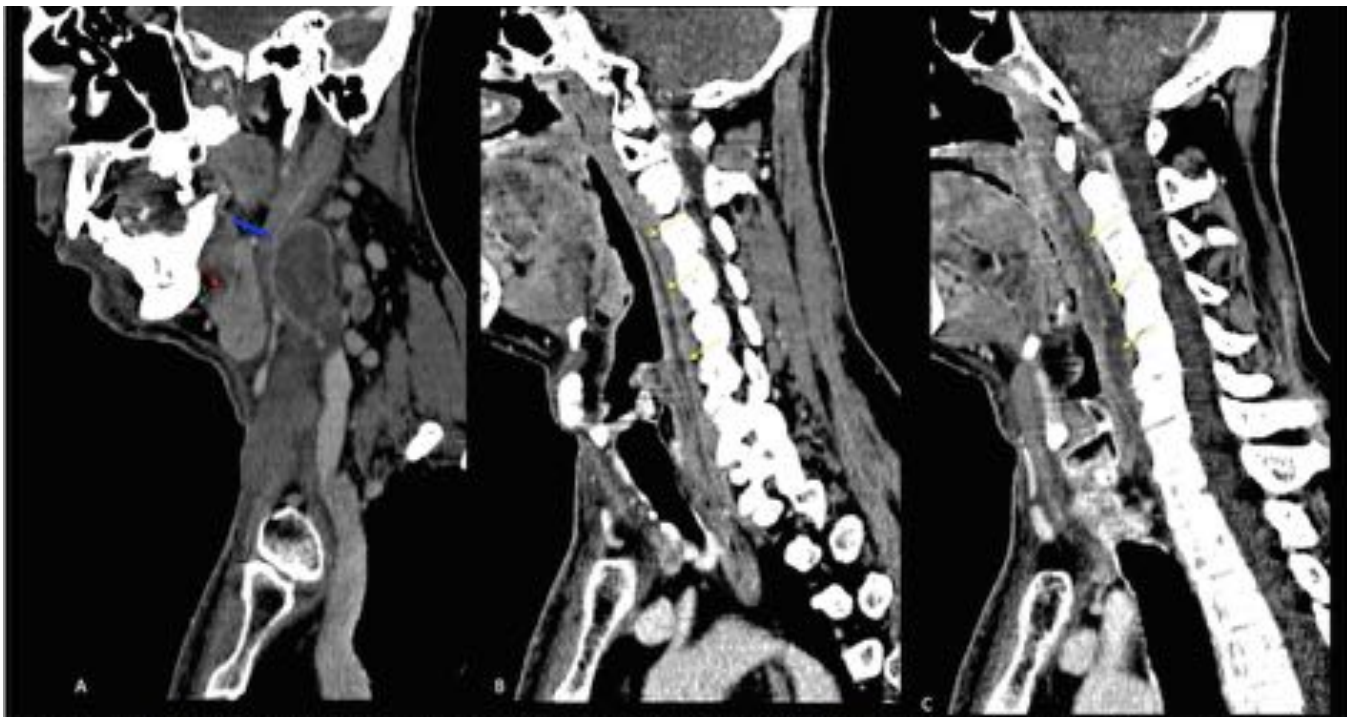
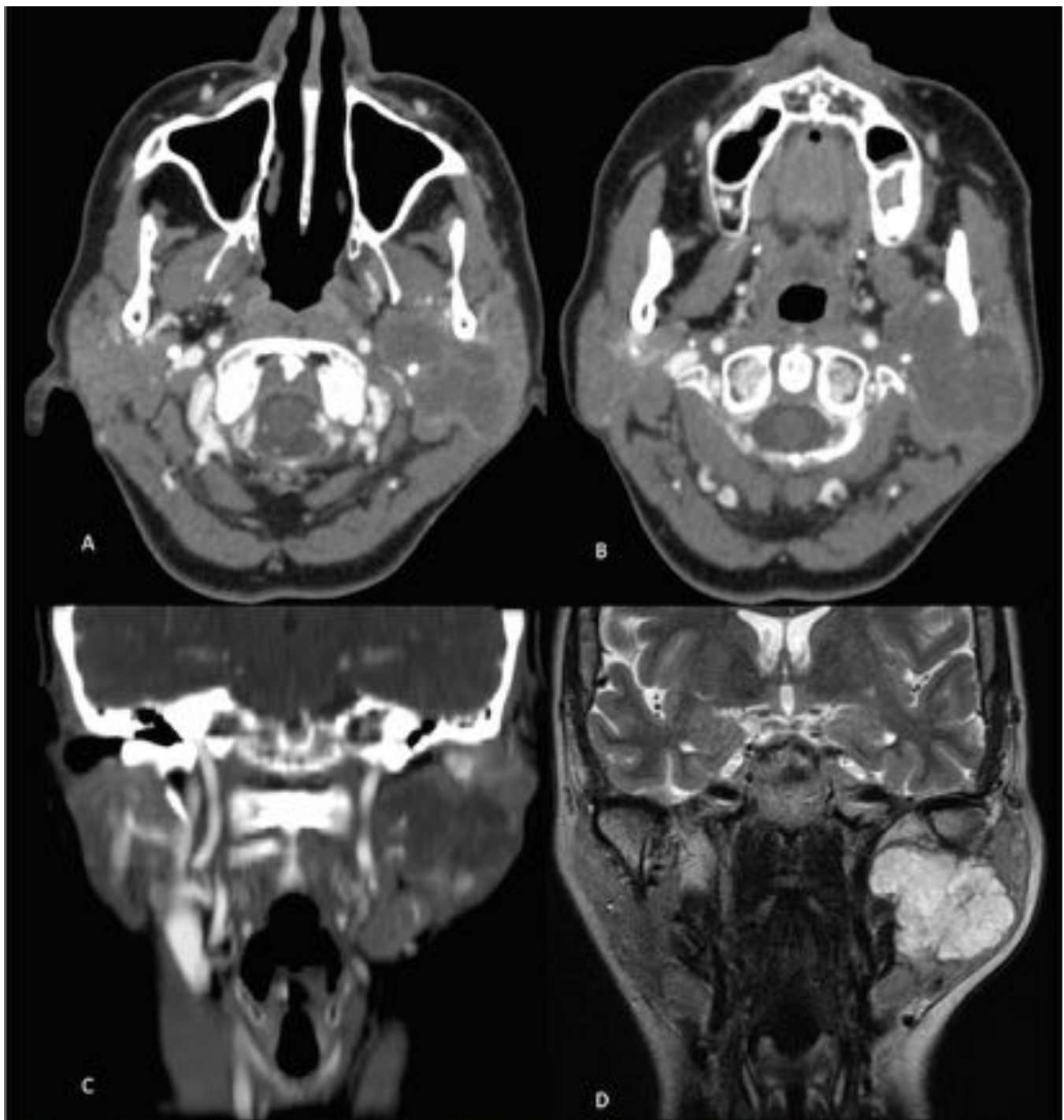


Fig. 28: TAC de cuello + C. Quiste de la segunda hendidura branquial (QHB) con datos de sobreinfección y ocupación del espacio retrofaríngeo.



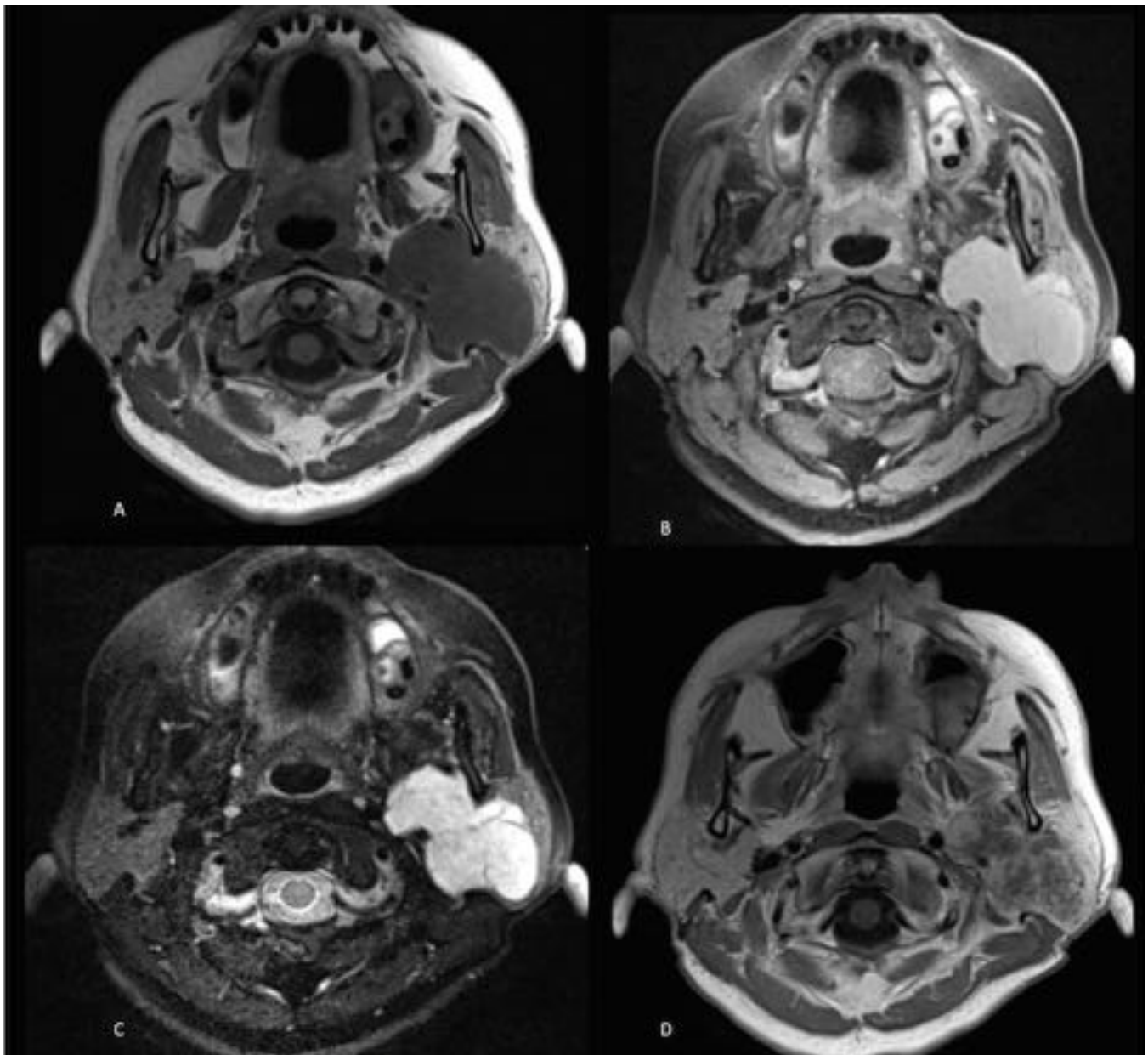
TAC de cuello + C. Cortes sagitales. Masa quística con realce periférico de contraste (flecha Azul), signos inflamatorios locales y adenopatías locoregionales. Localizada posterior a la glándula submandibular (flecha roja). Ocupación de espacio retrofaringeo por líquido de baja densidad sin realce de contraste (flecha amarilla) por edema o derrame retrofaringeo. Quiste de la segunda hendidura branquial (QHB) con datos de sobreinfección y ocupación del espacio retrofaringeo.

Fig. 29: Continuación del paciente anterior. TAC de cuello + C Cortes sagitales. Quiste de la segunda hendidura branquial (QHB) con datos de sobreinfección y ocupación del espacio retrofaringeo.



TAC de cuello + C. (A, B y C) Masa tumoral intraparotídea izquierda, polilobulada, parcialmente septada y que afecta tanto al lóbulo superficial como al profundo, hipodensa y sin captación significativa tras la administración de CIV. Se proyecta hacia el espacio parafaríngeo, masticador y carotídeo (colapsando la VVI) y engloba la apófisis estiloides, sin asociar destrucción ósea. (D) Correlación con RMN coronal en T2. **Tumor mixto benigno de parótida (TMB) o Adenoma pleomorfo.**

Fig. 30: TAC de cuello. Tumor mixto benigno de parótida (TMB) o Adenoma pleomorfo.



RMN de cuello. Masa tumoral intraparotídica izquierda, polilobulada y boedes bien definidos, parcialmente septada, que afecta tanto al lóbulo superficial como al profundo. Se proyecta hacia el espacio parafaríngeo, masticador y carotídeo (colapsando la VVI) y engloba la apófisis estiloides. (A) T1 hipointensa (B) DP y (C) DP FAT-SAT con aumento uniforme de su señal. (D)T1+C. Realce heterogéneo. **Tumor mixto benigno de parótida (TMB) o Adenoma pleomorfo.**

Fig. 31: Ampliación de estudio mediante RMN del paciente anterior. Tumor mixto benigno de parótida (Adenoma pleomorfo).



Fig. 32: Ecografía de cuello. Quiste del conducto tirogloso (QCTG) con datos de inflamación.

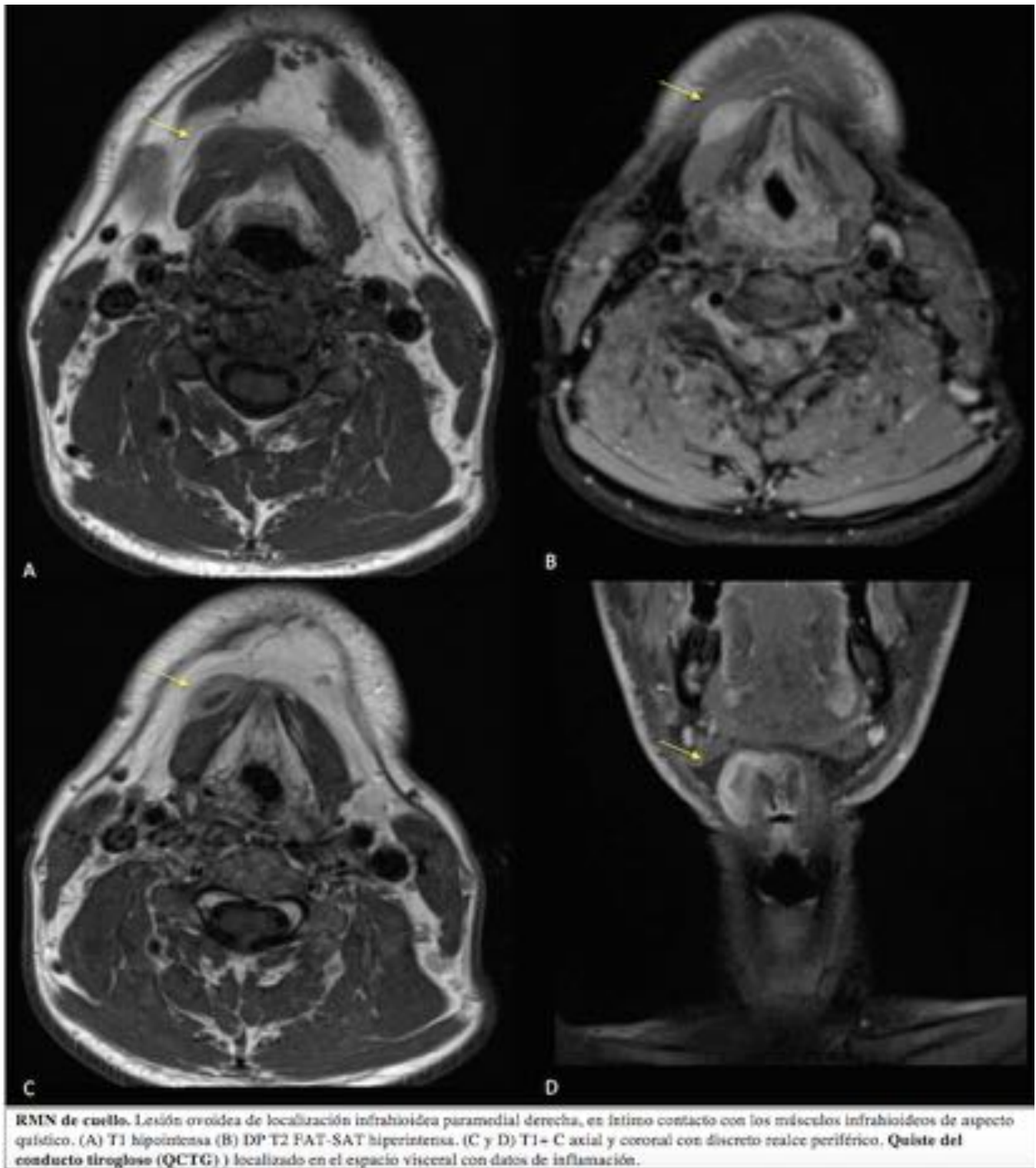


Fig. 33: Ampliación de estudio mediante RMN del paciente anterior. Quiste del conducto tirogloso (QCTG) con datos de inflamación.

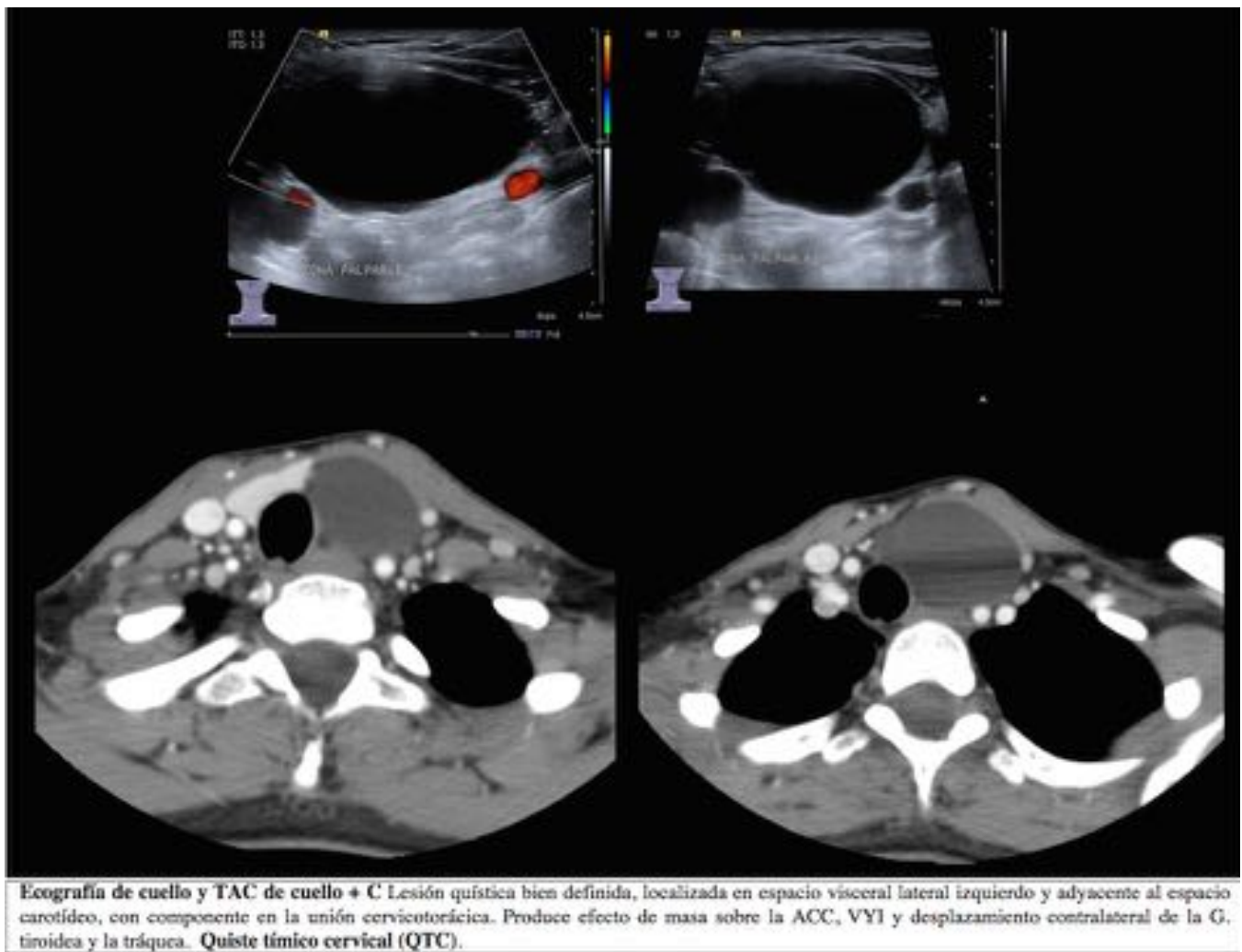


Fig. 34: Ecografía de cuello y TAC de cuello + C. Quiste tímico cervical (QTC).



Fig. 35: Continuación del paciente anterior TAC de cuello + C. Quiste tímico cervical (QTC).

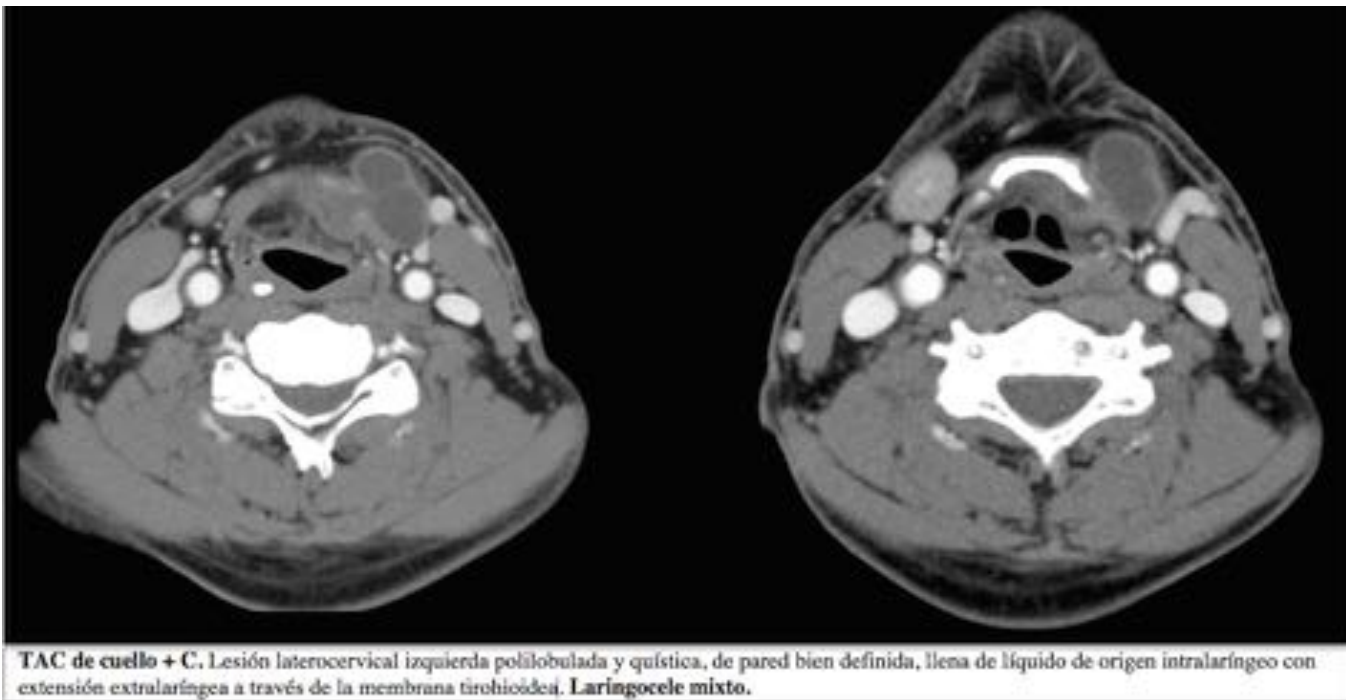


Fig. 36: TAC de cuello + Laringocele mixto.

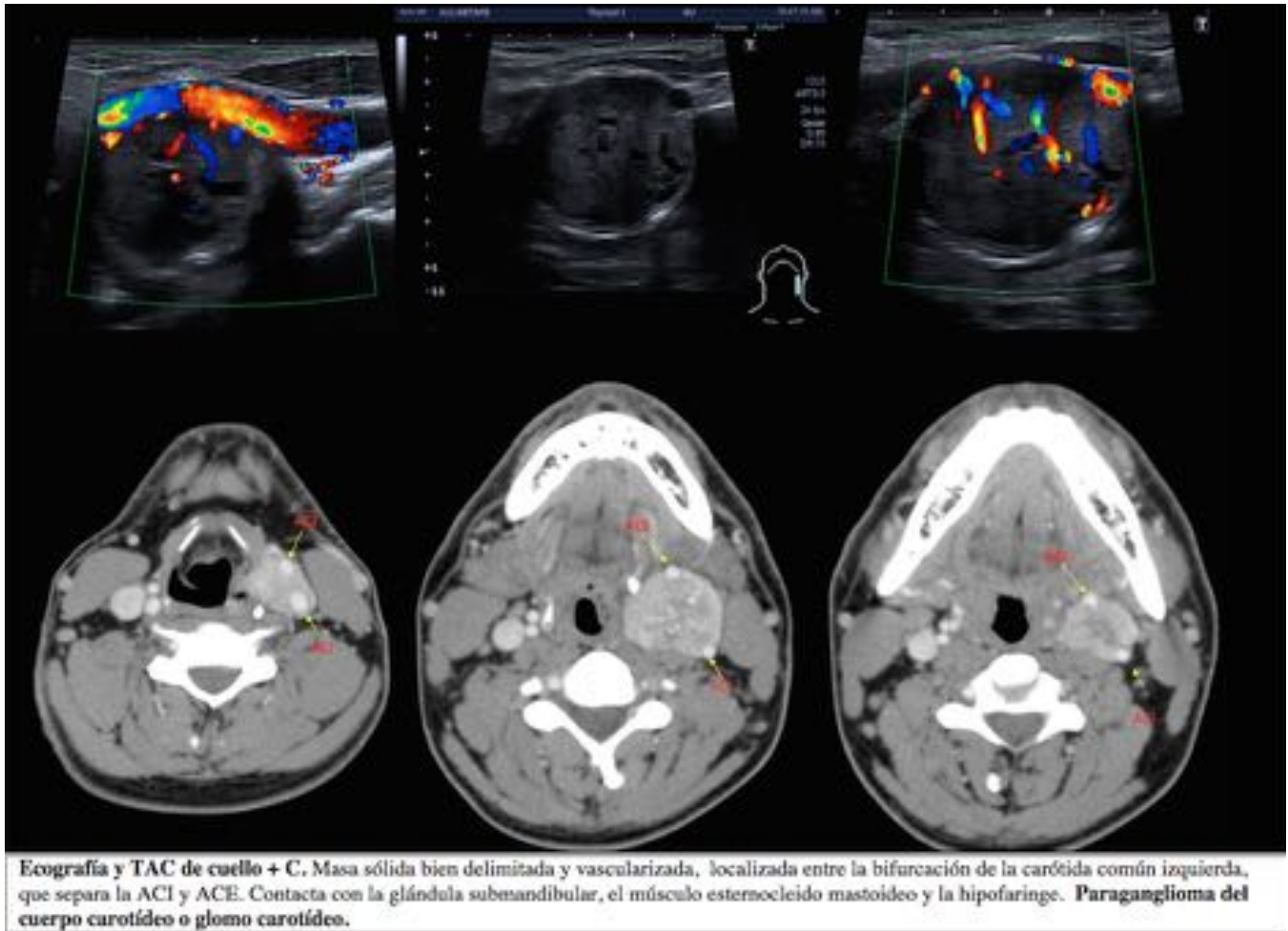
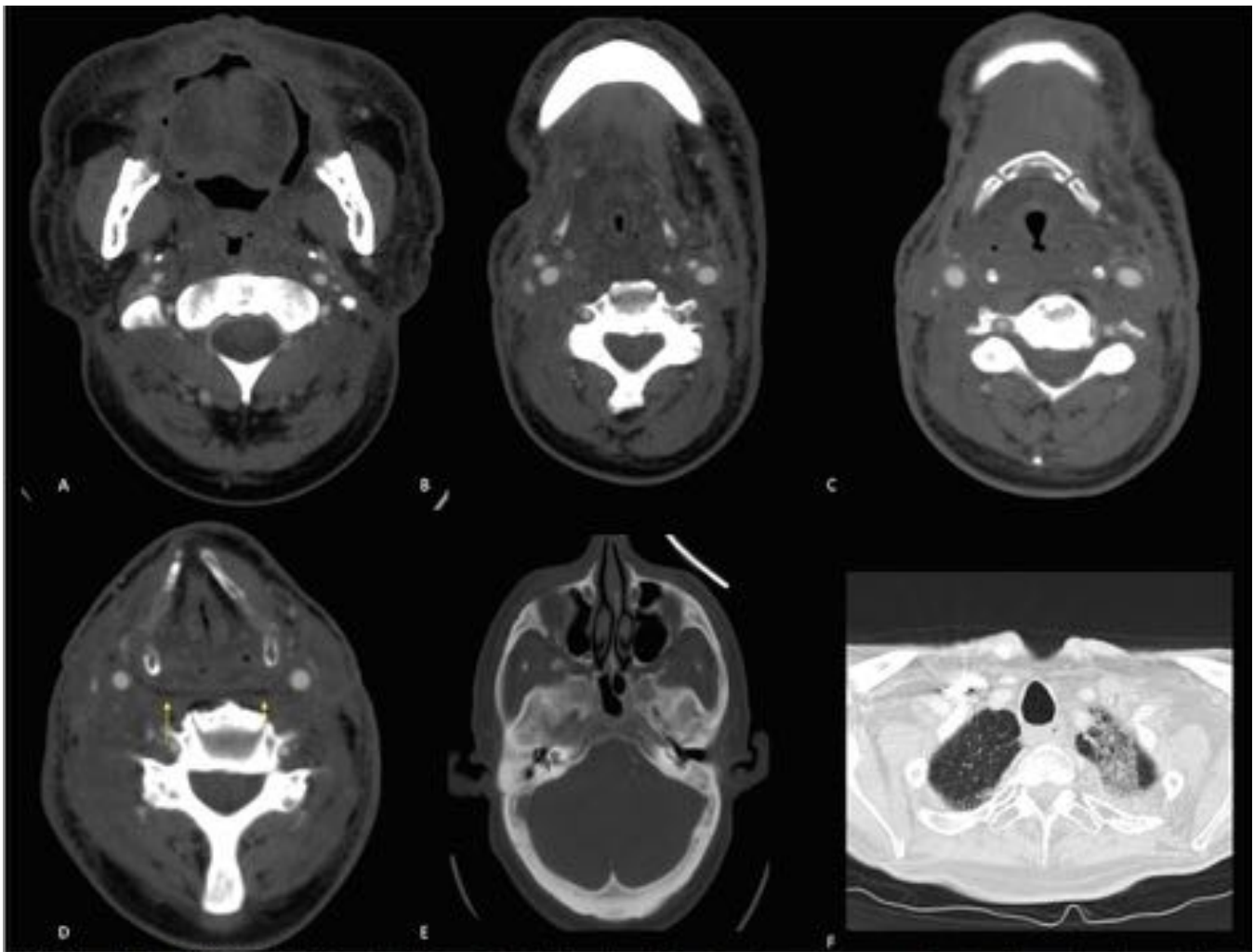


Fig. 37: Ecografía y TAC de cuello + C. Paraganglioma del cuerpo carotídeo o glomo carotídeo.

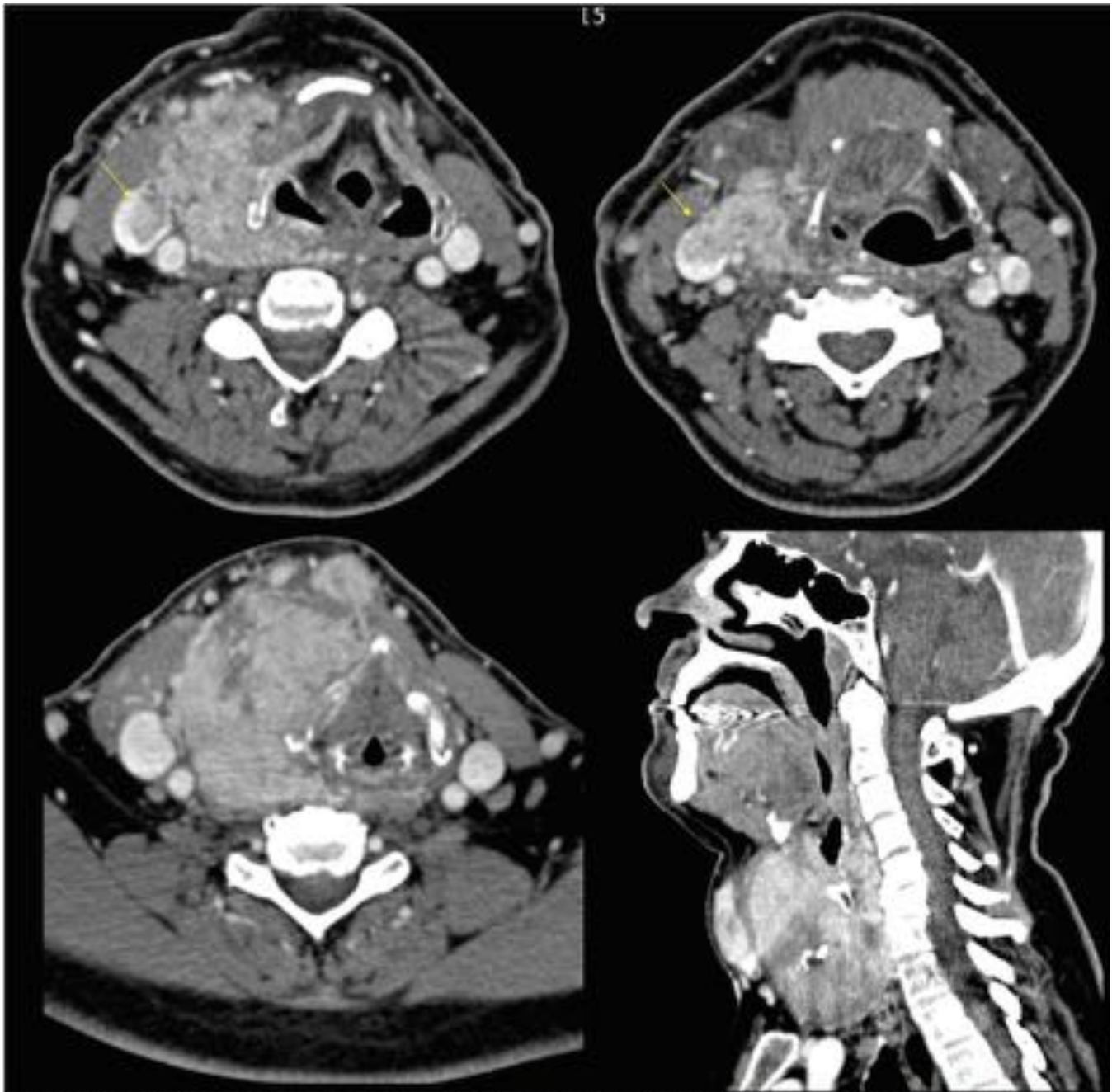


Fig. 38: Continuación del paciente anterior TAC de cuello + C. . Paraganglioma del cuerpo carotídeo o g carotídeo.



TAC de cuello + C. (A, B, C y D) Afectación difusa de la piel, del tejido celular subcutáneo, planos musculares (mas llamativo en los músculos del espacio perivertebral) y en general de los tejidos blandos latero-cervicales bilaterales en relación con **celulitis y miositis** post radioterapia. Engrosamiento mucoso de la orofaringe, compartimento supraglótico y la laringe. No existe prácticamente plano de separación del espacio del espacio carotideo con el resto de estructuras adyacentes y con colapso de la VVI. (D) (flecha amarilla) Se visualiza bien el espacio retrofaríngeo en su compartimento infrahioides. (E) Cambios óseos. (F) Neumonitis postradioterapia. **Cambios en el cuello post radioterapia.**

Fig. 39: TAC de cuello + C . Cambios en el cuello post radioterapia.



TAC de cuello + C. Gran masa tiroidea derecha de aspecto agresivo, heterogénea y con captación de contraste, con efecto de masa e importante infiltración hacia las estructuras adyacentes (laringe, tráquea, glándula sublingual, ECM, espacio carotídeo con infiltración/trombosis tumoral de la VY (flecha amarilla), espacio retrofaríngeo y componente prevertebral del espacio perivertebral.

Fig. 40: TAC de cuello + C. Carcinoma de tiroides invasivo.



Fig. 41: TAC de cuello + C. Carcinoma de tiroides invasivo.

Conclusiones

El conocimiento de los espacios cervicales es un aspecto fundamental que todo radiólogo debe comprender, para realizar un adecuado diagnóstico, estadiaje y seguimiento evolutivo de las patologías.

Bibliografía / Referencias

1. H. Ric Harnsberger, MD. *Diagnóstico por Imagen - Cabeza y Cuello*. 2ª edición. Marbán libros: 2012
2. Capps E.F; Kinsella J.J; Gupta M; Bhatki A; Opatowsky M. *Emergency Imaging Assessment of Acute traumatic Conditions of the Head and Neck*. *RadioGraphics* 2010; 30:1335–1352. Published online 10.1148/rg.305105040.
3. Lee J; Sagel S; Stanley R; Heiken J. *Body TC con correlación RM. Volumen I*. 4ª edición. Marbán libros: 2007.
4. Harnsberger R; Michel M; Phillis C; Hudgins P; Wiggins R; Glastonbury C; Koch B; Mosier K; Davi Curé J. *EXPERTdxd: cabeza y cuello*. 1ª edición. Marbán libros: 2011.
5. Trotta B; Pease C; Rasamny J; Raghavan P; Mukherjee S. *Oral Cavity and Oropharyngeal Squamous Cancer: Key Imaging Findings for Staging and Treatment Planning*. *RadioGraphics* 2011; 31:339–354 . Published online 10.1148/rg.312105107.

