

PATOLOGÍAS DEL ESPACIO MASTICADOR

Salazar Andrea, Leunda Xabier, Riñones Esther,
Alonso Esther, Arribas Javier

Hospital Universitario de Burgos
Burgos-España

Objetivos docentes:

- ❖ Realizar una revisión de los aspectos anatómicos más relevantes para poder localizar el espacio masticador (EM).

- ❖ Describir las patologías más frecuentes del EM y su presentación en las técnicas de imagen.

- ❖ Proporcionar los fundamentos necesarios sobre el diagnóstico diferencial de las patologías que se presentan en el EM.

Revisión del tema:

- ❖ El espacio masticador (EM) es el más grande de los espacios suprahioides del cuello (figura 1).
- ❖ Incluye:
 - ❖ Parte posterior del cuerpo y la rama de la mandíbula.
 - ❖ Cuatro músculos masticadores: masetero, temporal, pterigoideo medial y pterigoideo lateral.
 - ❖ Rama mandibular del nervio trigémino.

Espacio
masticador

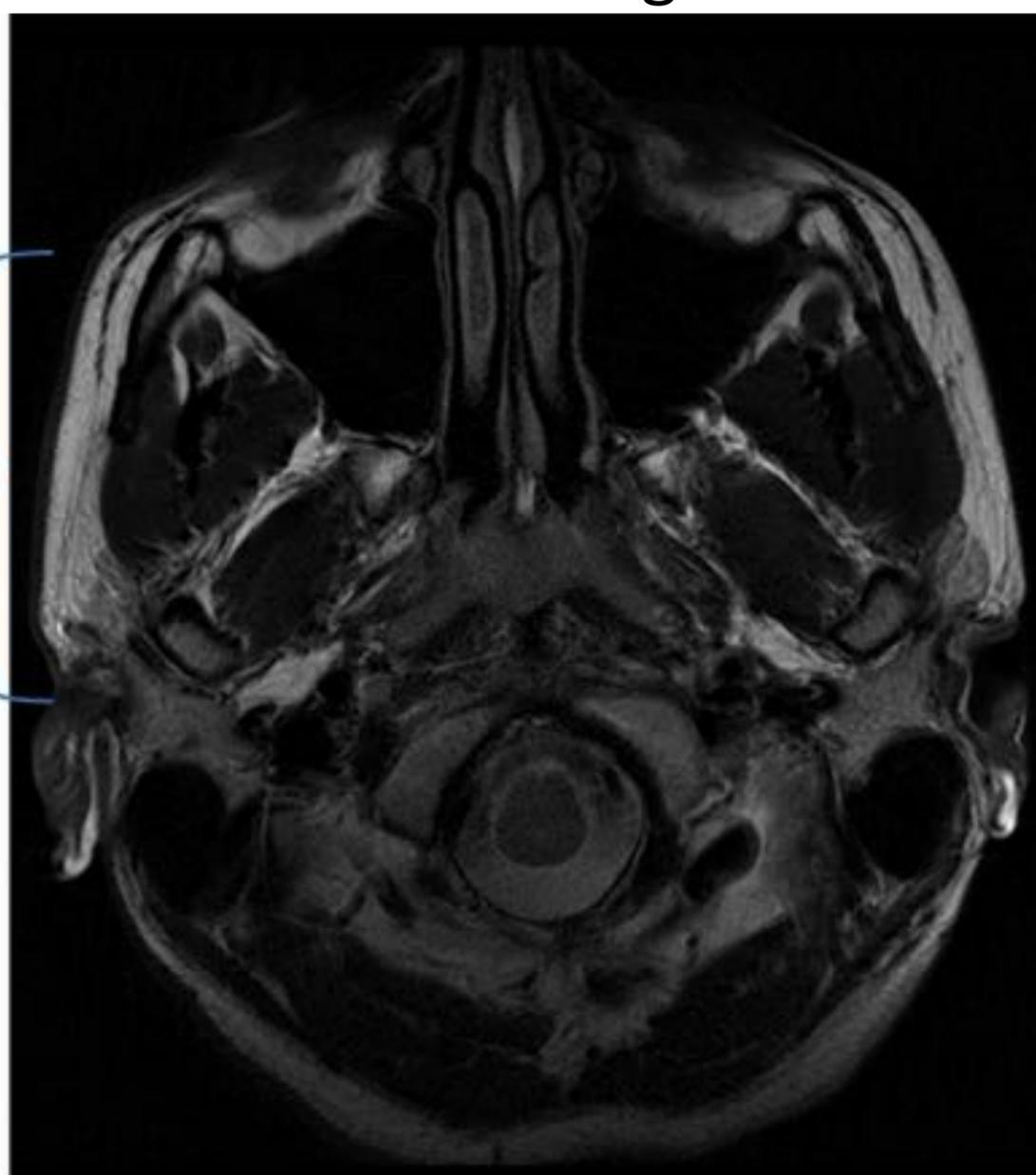


Fig 1. Espacio masticador

Revisión del tema:

- ❖ El espacio masticador se divide a la altura del arco cigomático en el EM supracigomático e infracigomático (figura 2):
 - ❖ **Supracigomático:** Se extiende siguiendo el cráneo parietal hasta llegar casi al vértice, incluyendo el músculo temporal. Está en contacto con la base del cráneo, donde están el agujero oval (PCV3) y el agujero espinoso (arteria meníngea media).
 - ❖ **Infracigomático:** Termina en el borde inferior de la parte posterior del cuerpo mandibular.

Revisión del tema:

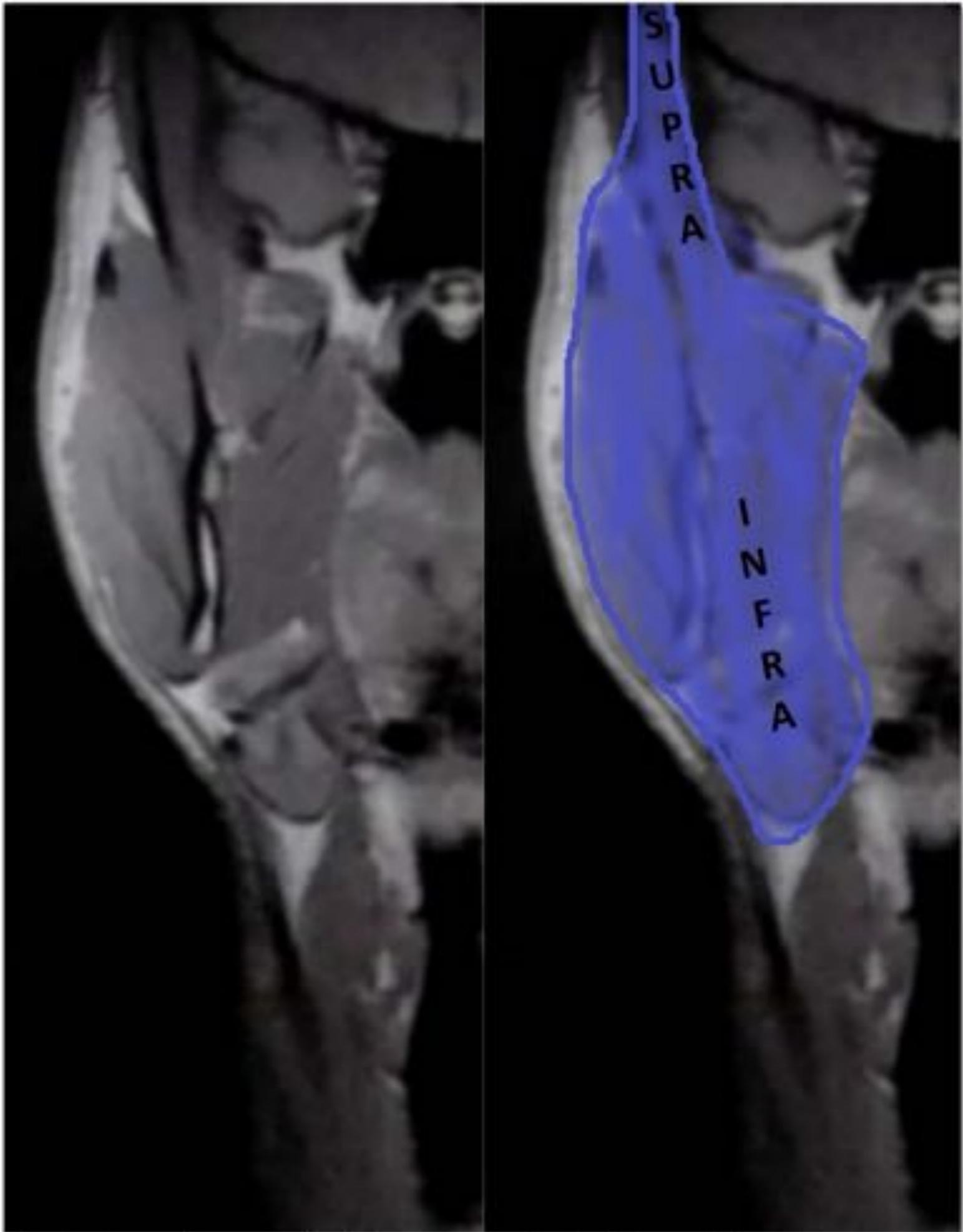


Fig 2. Espacio masticador supra e infracigomático

Revisión del tema:

❖ Patologías más frecuentemente localizadas en el espacio masticador:

■ Infecciones:

- ✓ Siendo la de origen odontógeno la más común.
- ✓ Tienden a extenderse a los espacios sublingual, bucal, parotídeo y parafaríngeo.
- ✓ Importante observar cambios óseos mandibulares que sugieran osteomielitis, como la destrucción cortical y la elevación perióstica.

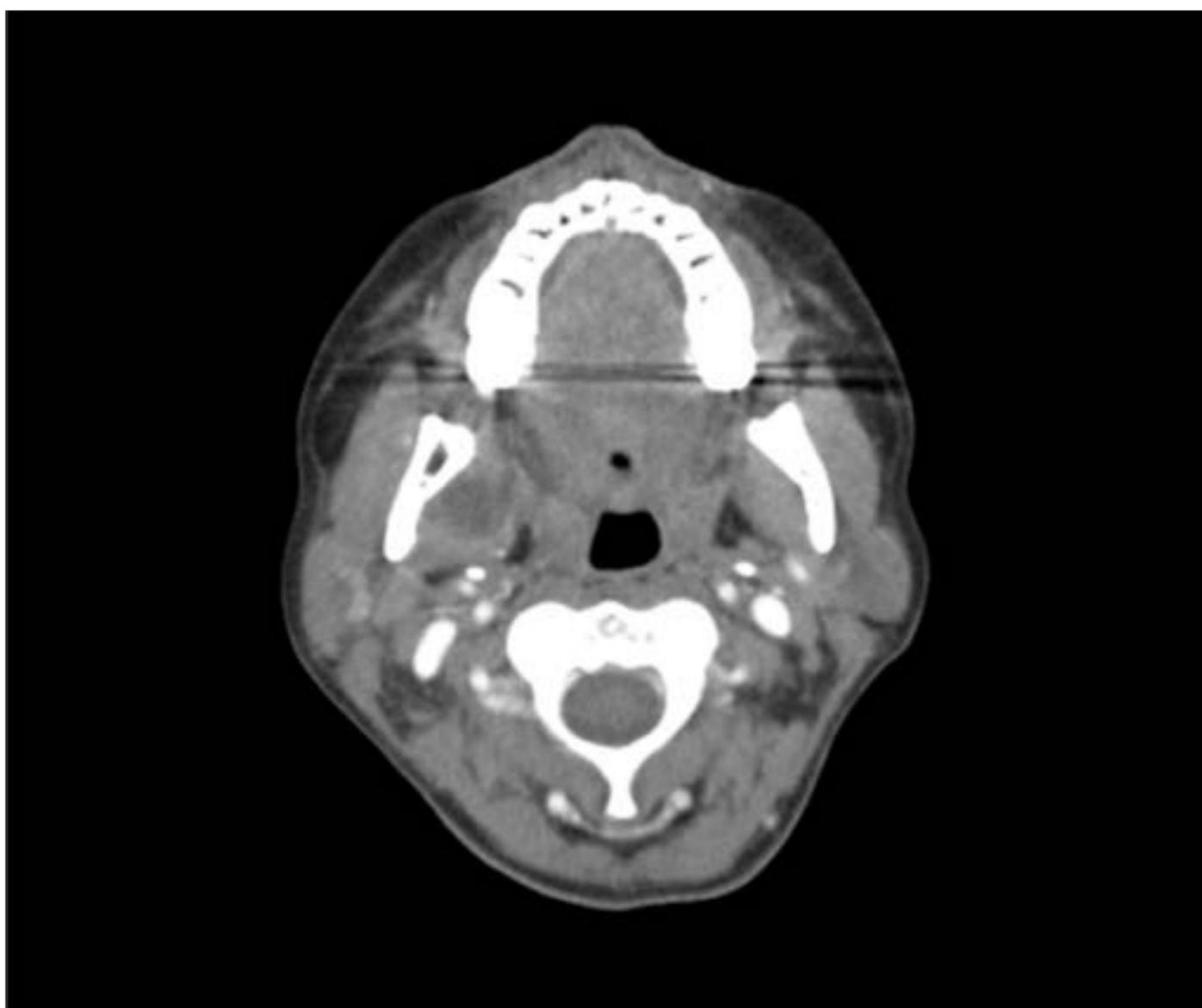


Fig. 3. Absceso en espacio masticador derecho

Revisión del tema:

❖ Patologías más frecuentemente localizadas en el espacio masticador:

- Patología tumoral:

- ✓ El tumor primario más frecuente es el sarcoma, no obstante, la extensión de un carcinoma epidermoide de la cavidad oral o borde alveolar mandibular son patologías secundarias más frecuentes que la neoplasia primaria.

- ✓ En sospecha de lesiones tumorales se debe descartar la diseminación de un tumor perineural de la rama mandibular del V par.

Revisión del tema:

- ❖ Patologías más frecuentemente localizadas en el espacio masticador:
 - Pseudolesiones que pueden simular patología del EM:
 - ✓ Plexo venoso pterigoideo asimétrico, lóbulo accesorio de la parótida prominente, atrofia/hipertrofia de músculos masticadores, etc.

Revisión del tema:

LESIONES BENIGNAS	LESIONES MALIGNAS
<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones (fig. 4) • Traumatismos • Quistes periapicales (fig. 7) • Tumores odontógenos • Displasia fibrosa • Osteomas • Linfangiomas (fig. 6) • Lipomas • Pseudolesiones: <ul style="list-style-type: none"> • Plexo venoso pterigoideo asimétrico • Atrofia o hipertrofia de los músculos masticadores (fig. 8) • Lóbulo accesorio de la parótida prominente 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones primarias: <ul style="list-style-type: none"> • Osteosarcoma • Condrosarcoma • Sarcoma de Ewing • Extensión perineural de carcinomas o tumores secundarios (fig. 5).

Tabla 1. Clasificación de las patologías del espacio masticador

Revisión del tema:

- ❖ TCMD + contraste es el estudio de imagen de elección para valoración del espacio masticador, ya que la patología infecciosa odontógena es la más frecuente.



Fig. 4. Absceso en espacio masticador derecho. Colección hipodensa centrada en el espacio masticador derecho (imagen A), con discreto efecto de masa sobre estructuras de la vecindad, desplazando caudalmente la glándula submaxilar y obliterando el espacio graso parafaríngeo derecho, estando abombada ligeramente la pared lateral derecha de la orofaringe (imagen B).

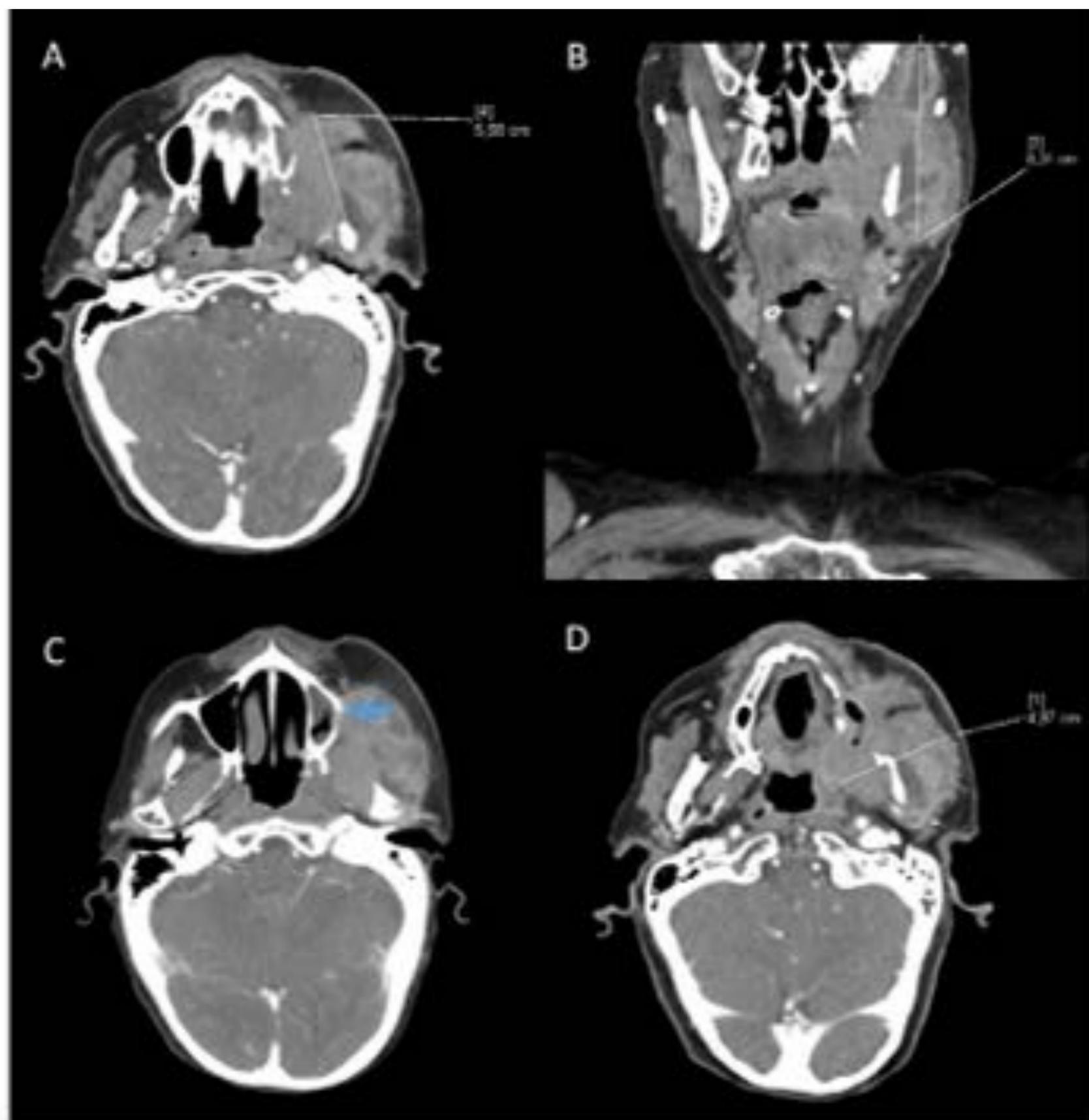


Fig. 5. Ca epidermoide de cavidad oral. Extensa tumoración con los diámetros descritos en las imágenes A, B y D, cuyo origen se encuentra en mucosa yugal. Su límite craneal se sitúa en la fosa supratemporal izquierda, invadiendo todas las estructuras musculares y óseas del espacio masticador (músculos masetero, temporal, pterigoideos, afectación de coronoides y ángulo mandibular izquierdo, con fractura patológica asociada), con áreas hipodensas en su interior que sugieren necrosis. Presenta afectación ósea con invasión de seno maxilar adyacente y en el trigono retromolar (imagen C).

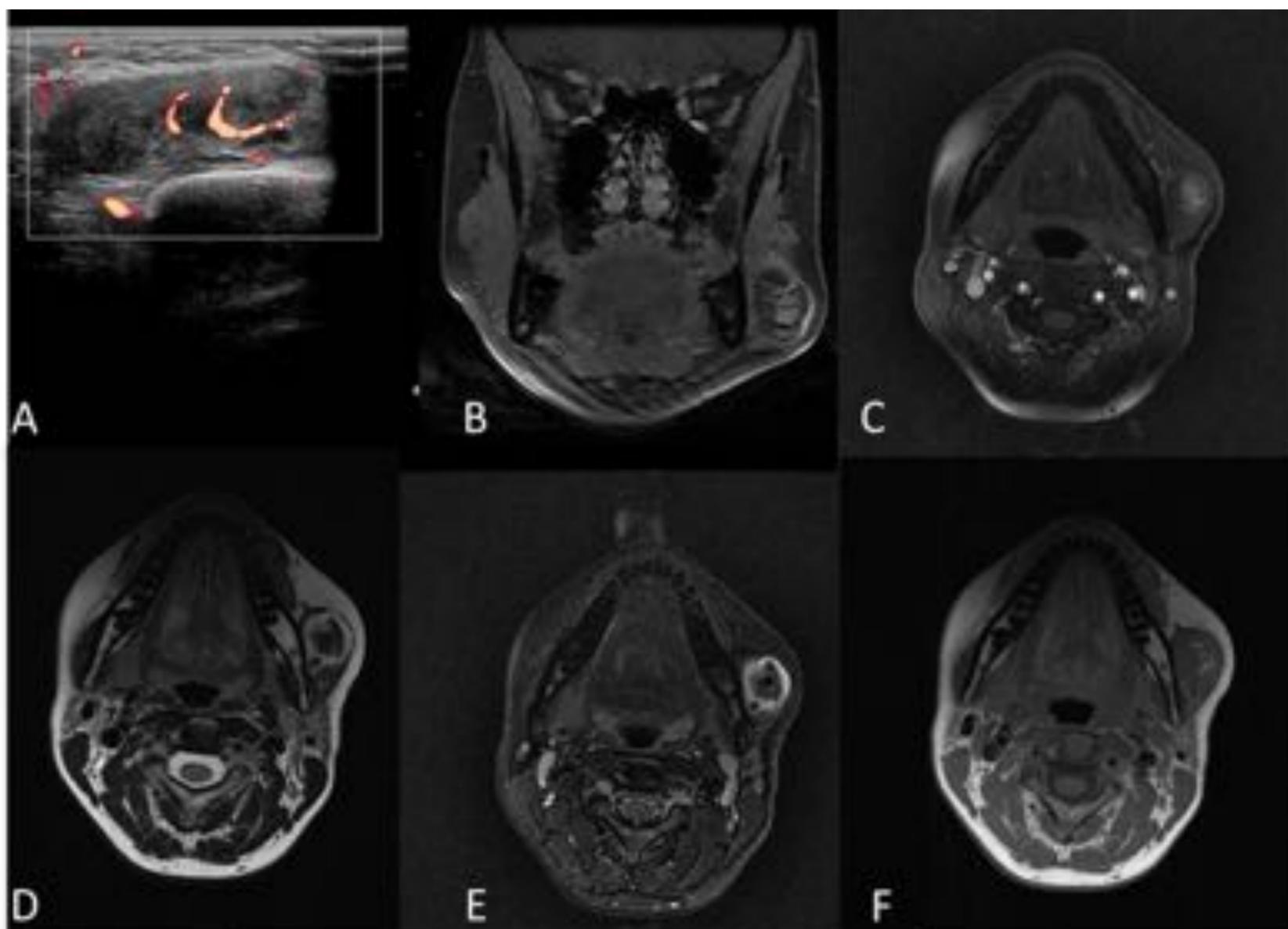


Fig. 6. Linfangioma. En ecografía (imagen A) se observa una tumoración sólida, ovalada, de contornos bien definidos, localizada en el espesor del músculo masetero, sobre la rama mandibular, heterogénea, con zonas sólidas y otras más hipoecoicas sugestivas de necrosis o degeneración y poco vascularizada. En RM se muestra isointensa en secuencia T1 (imagen F) con área central hiperintensa e hiperintensa en periferia con área central hipointensa en secuencia T2 (D) y STIR (E). Tras la administración de contraste endovenoso (B y C), se objetiva tenue realce del margen superior de la lesión identificando alguna estructura vascular en su espesor. No se aprecia alteración de la señal del resto de fibras musculares ni del tejido celular subcutáneo.

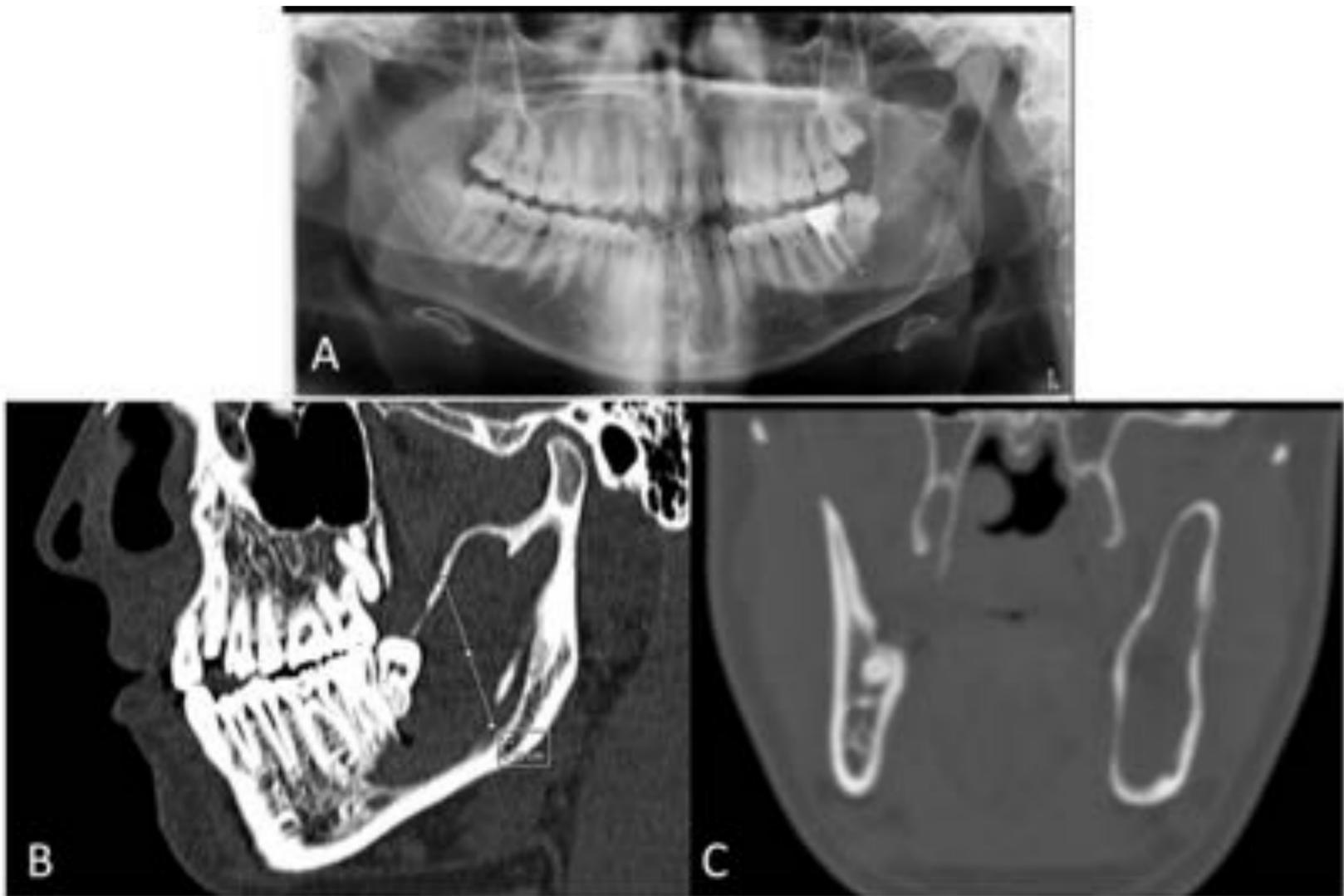


Fig. 7. Lesión lítica mandibular. Ortopantografía (A), TC (B y C): Extensa lesión lítica única, en cuerpo mandibular inferior izquierda con crecimiento hacia la rama mandibular y proceso coronoides, de límites bien definidos, sin infiltración ni interrupción de la cortical externa ni interna, con discreta expansión ósea, sin reacción perióstica ni masa de partes blandas acompañantes. No se observan tabiques interiores en la lesión, ni calcificaciones. Canal dentario íntegro.

Las características de la lesión son de crecimiento no agresivo, compatible en primer lugar con quiste odontógeno, queratoquiste o granuloma de células gigantes. Con AP el diagnóstico definitivo corresponde a queratoquiste.

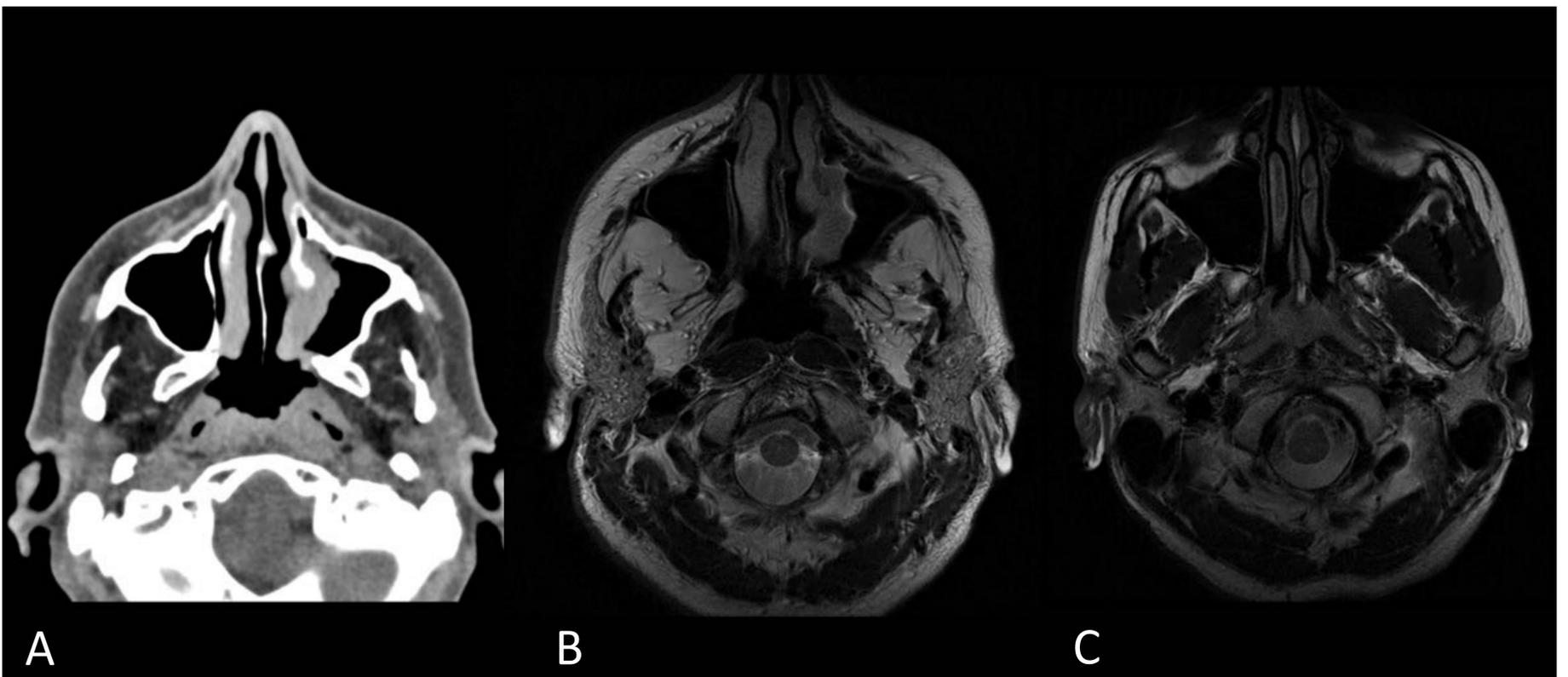


Fig. 8. Atrofia de los músculos maseteros. Atrofia muscular de maseteros. TC (A) y RM (B): Importante atrofia grasa de la musculatura masticadora de forma bilateral. Rectificación postquirúrgica de la pared medial del seno maxilar izquierdo, con engrosamiento de partes blandas de morfología polipoidea. Imagen C: Corte axial de RM normal para comparativa.

Conclusión:

- ❖ El radiólogo debe estar familiarizado con las principales patologías del espacio masticador, ya que los estudios de imagen son sumamente importantes en su evaluación y toma de decisiones posteriores.

Bibliografía:

- ❖ Hansen BW, Ryndin S, Mullen KM. Infections of Deep Neck Spaces. Seminars in Ultrasound, CT and MRI. 2020;41(1):74-84.
- ❖ Kamalian et al; Nontraumatic head and neck emergencies. RadioGraphics 2019; 39:1808-1823.
- ❖ Rovira A y Frascheri L. Radiología de los espacios suprahioides, faringe y cavidad oral. Radiología esencial. Editorial médica Panamericana, Madrid 2011; 95:1358-1370.