

URGENCIAS INFECCIOSAS DE CABEZA Y CUELLO

CHECKLIST DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

OBJETIVOS DOCENTES

- Describir los hallazgos radiológicos más frecuentemente encontrados en la patología inflamatorio-infecciosa urgente de cabeza y cuello
- Definir una lista de puntos básicos a evaluar a la hora de redactar un informe radiológico de este tipo de entidades

S. Ibáñez Caturla, A. F. Jiménez Sánchez, L. González Ramos,
E. López Banet, D. Páez Granda, J.F. Martínez Martínez

Hospital Clínico Universitario

VIRGEN DE LA ARRIXACA

Murcia, España

REVISIÓN DEL TEMA

La patología infecciosa constituye una de las urgencias radiológicas más frecuentes de cabeza y cuello.

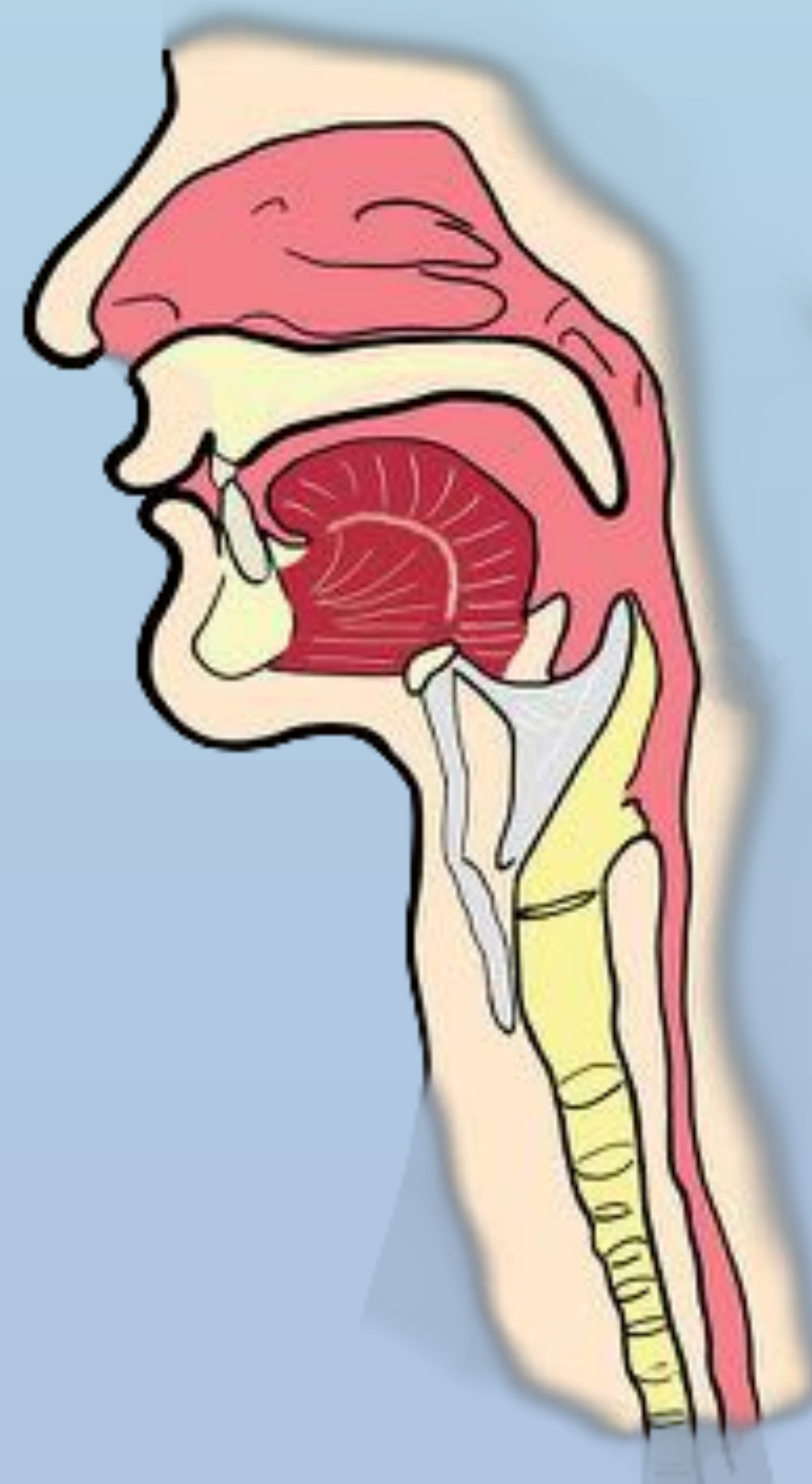
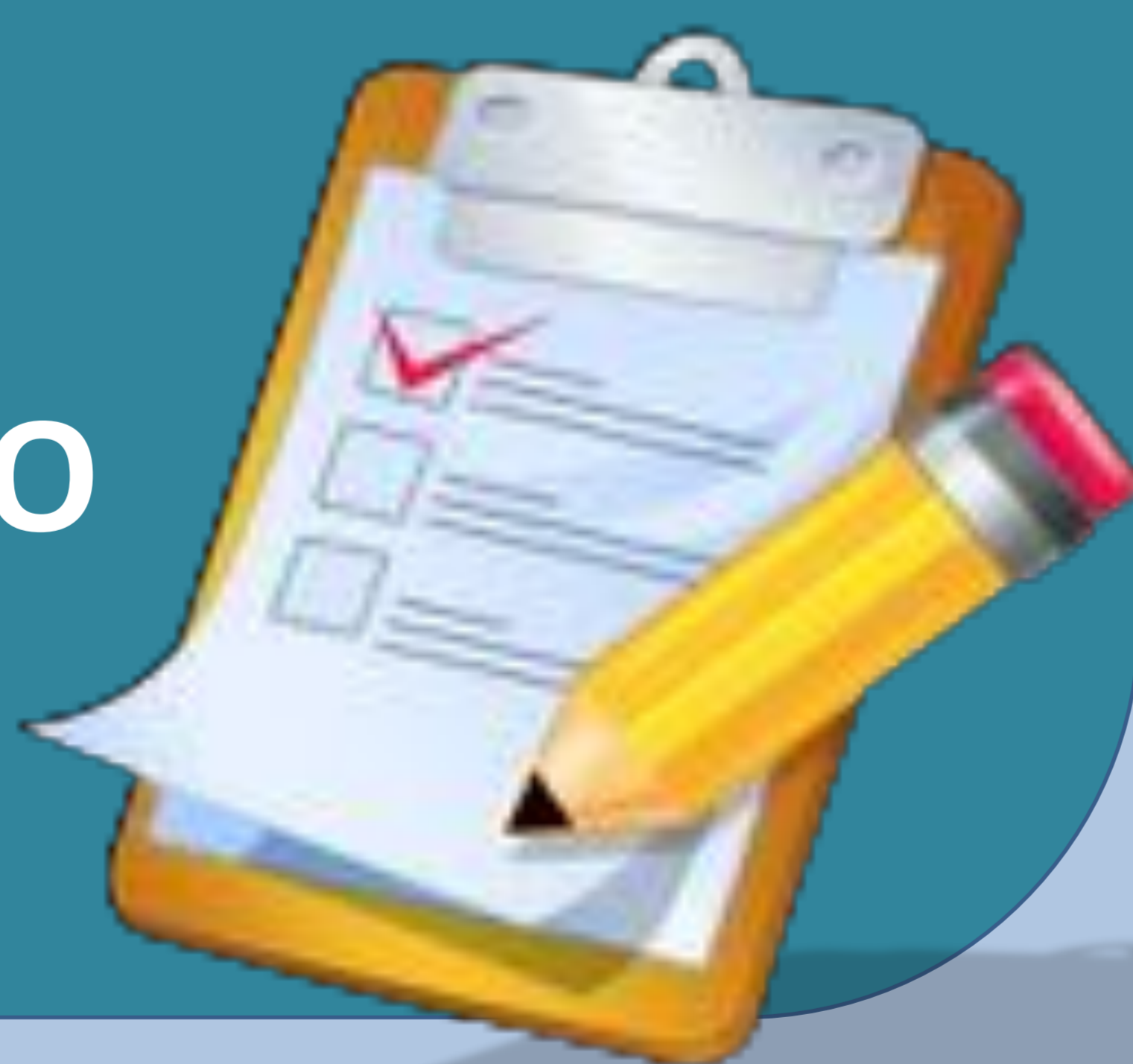
Suele tener origen en la cavidad oral (por enfermedad periodontal o manipulación dentaria generalmente) o en la orofaringe (generalmente secundaria a procesos amigdalinos), y su gravedad radica en su potencial diseminación hacia otros espacios del cuello, pudiendo llegar a comprometer la vida del paciente.

Debido a la importancia del **análisis sistemático** de estas patologías, hemos creado una regla **nemotécnica** para ayudar a recordar los puntos que hemos de analizar a la hora de realizar un informe estructurado:

TengO El Hioides que VA A Moverse

CHECKLIST

1. > **TIPO** (flemonoso/colección)
2. > **ORIGEN**
3. > **EXTENSION**
4. > **HUESO** (afectación ósea)
5. > **VÍA AÉREA**
6. > **AIRE** (gas)
7. > **MEDIASTINO**



Estos 7 puntos nos guiarán a la hora de realizar un informe radiológico en el contexto de afectación inflamatorio-infecciosa en cabeza y cuello, definiendo tanto la localización como las potenciales complicaciones, ayudando así a evitar errores o retrasos diagnósticos.

RECUERDO ANATÓMICO

Sabemos que la **TC con contraste** es la prueba fundamental para evaluar la afectación inflamatorio-infecciosa en el cuello, ya que la ecografía puede no delimitar correctamente la extensión ni evaluar las potenciales.

Aunque describir los espacios cervicales no es el objetivo de este póster¹, es necesario un conocimiento básico de éstos para poder entender el origen de cada uno de los procesos que describiremos, así como sus rutas de diseminación y sus potenciales complicaciones.

Principalmente los procesos infecciosos en cuello afectarán a:

1. Cavidad oral y suelo de la boca

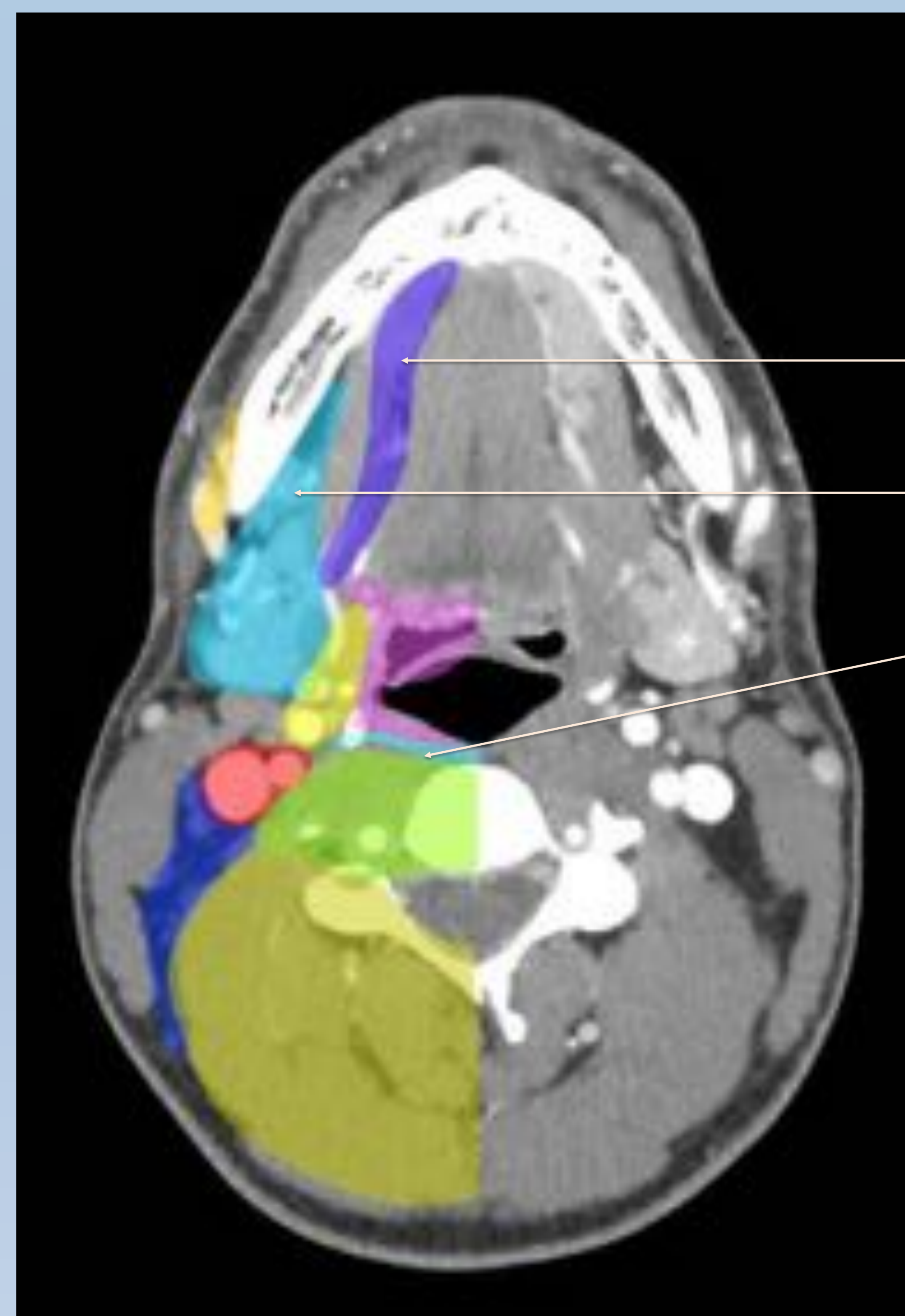
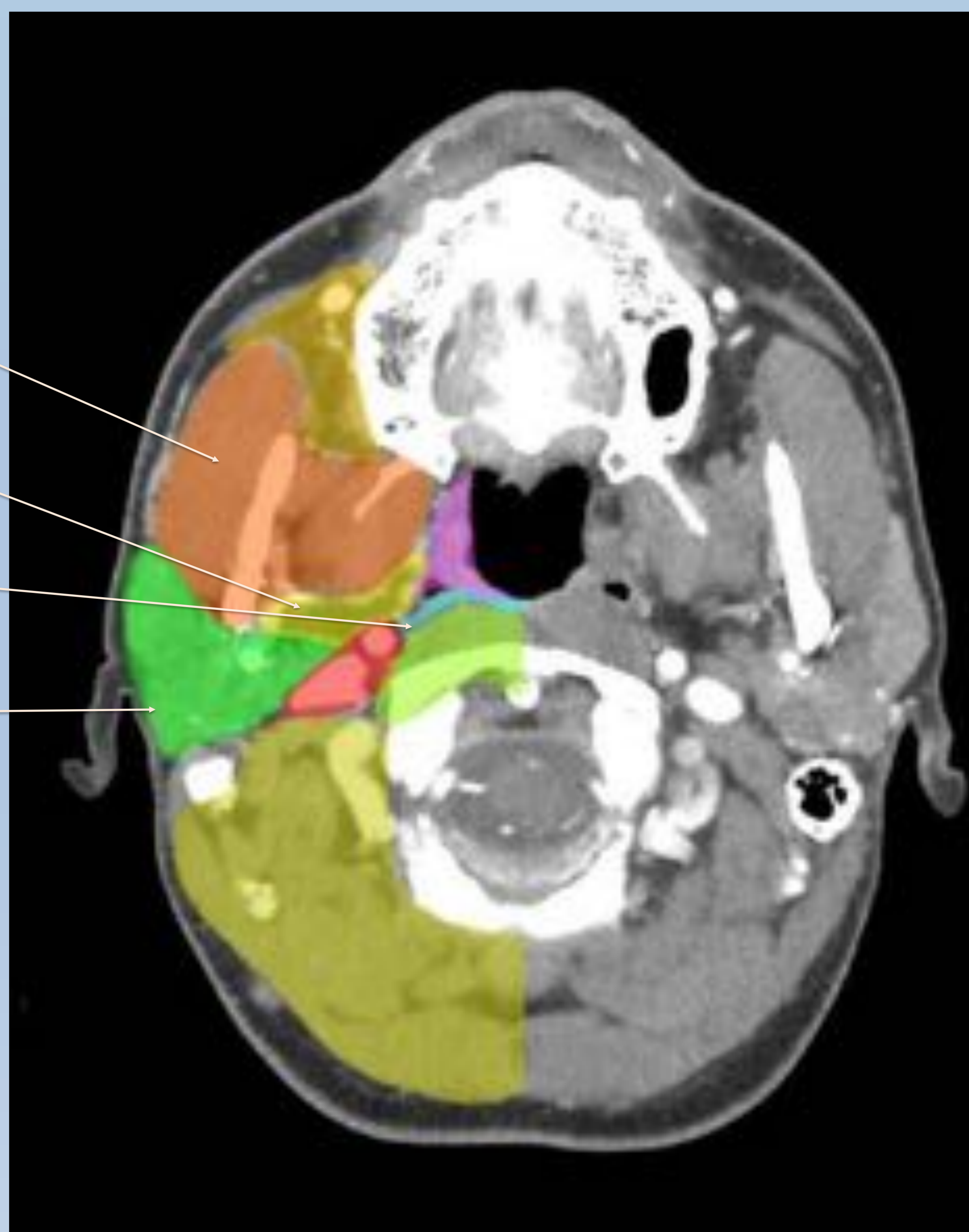
- *Espacios sublingual y submandibular*

2. Orofaringe

- *Espacio parafaríngeo y región periamigdalina*

3. Espacio retrofaríngeo

Otras afectaciones potenciales son el mediastino, las glándulas salivares o el espacio vascular.



¹Se recomienda lectura de: R. Cabrejas Morales, B. Sanchez Cordon, E. Barcina García, B. Nieto Moro, M. A. Cruz Diaz; ¿Es posible entender la anatomía de los espacios cervicales? SERAM 2012; S-0849

CAVIDAD ORAL – SUELO DE LA BOCA

- Es necesario **distinguir la cavidad oral de la orofaringe** (su frontera es el anillo amígdalas-úvula, que separa los 2/3 anteriores de la lengua del 1/3 posterior)
- El suelo de la cavidad oral lo forma el músculo milohioideo, que se extiende hasta insertarse en la mandíbula por encima de las raíces del 2º-3º molar. Por tanto delimita:
 - Superiormente: **espacio sublingual** (<1º molar)
 - Inferiormente: **espacio submandibular** (a partir del 2º-3º molar comunica posteriormente con el espacio sublingual)

ABSCESOS DE LA CAVIDAD ORAL

- Suelen tener origen en **enfermedad periodontal** (extracción dentaria, trauma, litiasis, ADVP...)
- Clínica: dolor facial, edema, disfagia, disfonía...
- Complicaciones potenciales:
 - Osteomielitis mandibular (++) en cara lingual): lesión lítica con reacción perióstica y destrucción ósea
 - Diseminación: espacios retrofaríngeo, carotídeo
 - Compromiso de la vía aérea.

Caso ejemplo: paciente de 37 años que, tras fractura dental (pieza 38) comienza con sensación de masa submandibular y edema facial



1.TIPO

- Colección

2.ORIGEN

- Enfermedad periodontal → espacio submandibular

3.EXTENSION

- Suelo de la boca y parte de glándula submaxilar

4.HUESO

- No se aprecia erosión ósea

5.VÍA AÉREA

- Leve efecto de masa sobre hipofaringe sin compromiso

6.AIRE

- No se observa

7.MEDIASTINO

- No afectado

Conclusión:

ABSCESO
PERIODONTÓGENO

> ABSCESOS DE LA CAVIDAD ORAL

Control a los 5 días del paciente anterior. Presenta empeoramiento clínico.



Se observa empeoramiento de la colección, con extensión a espacio submandibular izquierdo y ambos espacios sublinguales, así como a espacio carotídeo izquierdo y osteomielitis de la cara lingual de la mandíbula.

1.TIPO

- Colección (aumentada)

2.ORIGEN

- Enfermedad periodontal → espacio submandibular

3.EXTENSION

- Espacio submandibular izquierdo, ambos espacios sublinguales (cruza línea media), espacio carotídeo izquierdo

4.HUESO

- Lesión lítica en cara lingual de cuerpo mandibular izquierdo

5.VÍA AÉREA

- Leve efecto de masa sobre hipofaringe sin compromiso

6.AIRE

- No se observa

7.MEDIASTINO

- No afectado

Conclusión:

**EMPEORAMIENTO DEL
ABSCESSO
PERIODONTÓGENO**

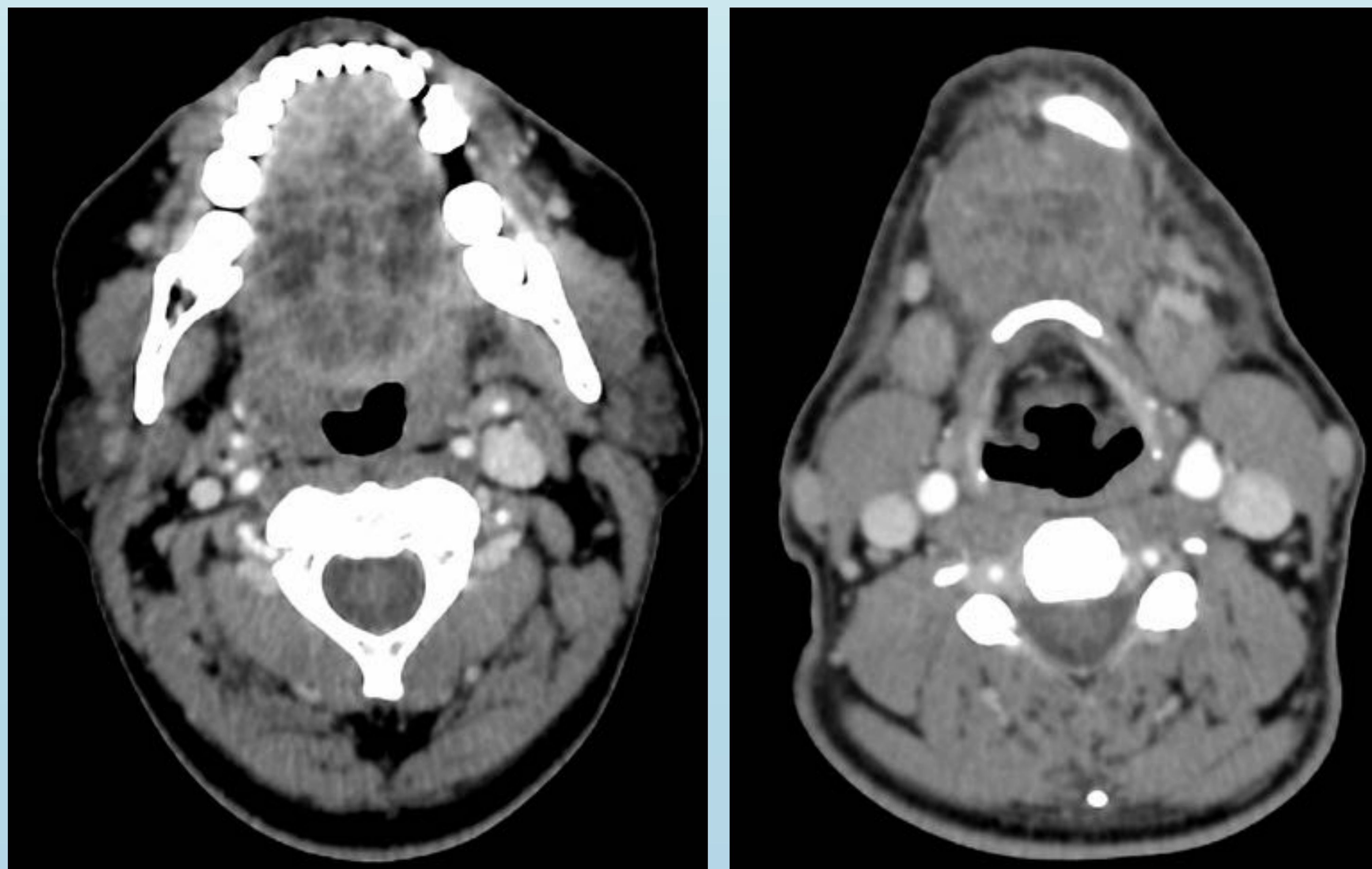
ANGINA DE LUDWIG

• ES UNA CELULITIS, NO UN ABSCESO:

- Hemos de distinguir esta entidad de los abscesos de cavidad oral, ya que corresponde a **cambios flemonosos** en el suelo de la boca y a los tejidos blandos de la cavidad oral bilateral.
- Su origen suele ser odontógeno (++ pericoronitis del 3º molar)
- Clínica: similar a infección de cavidad oral, pero asocia odinofagia con elevación lingual, estridor y disnea.
- Complicaciones:
 - Compresión de la vía aérea: puede condicionar intubación orotraqueal.
 - Colecciones organizadas: como complicación; puede necesitar drenaje.
 - Afectación anaerobia con formación de gas.
 - Raras veces puede extenderse rápidamente a través del espacio retrofaríngeo hacia el mediastino (*mediastinitis necrotizante descendente*)

> ANGINA DE LUDWIG

Paciente con extracción dentaria



Cambios flemonosos en ambos lados del suelo de la boca (región sublingual y submandibular) con acúmulos parcheados de líquido sin paredes definidas ni aire. Aumento de calibre de glándula submaxilar.

1.TIPO

- Cambios flemonosos

2.ORIGEN

- Suelo de la boca → espacios sublingual y submandibular

3.EXTENSION

- No afectación de otros espacios.

4.HUESO

- No erosión ósea

5.VÍA AÉREA

- Mínimo efecto de masa sobre la vía aérea sin compresión

6.AIRE

- No se observa

7.MEDIASTINO

- No afectado

Conclusión:

**ANGINA DE LUDWIG SIN
 AFECTACIÓN SOBRE VÍA
 AÉREA**

OROFARINGE

- El origen principal de las infecciones orofaríngeas es la mucosa y el tejido linfático (**amigdalitis**).
- Afecta principalmente a pacientes jóvenes.
- Clínica: fiebre, odinofagia y disfagia, en casos avanzados trismus. A la exploración, abombamiento del paladar con material purulento.
 - La clínica no permite diferenciar entre celulitis-absceso ni delimitar la extensión del proceso.
 - Por tanto, ¿qué busca el clínico? **DISTINGUIR ENTRE FLEMÓN Y ABSCESO**, ya que tienen un tratamiento diferente.

OTRAS CARACTERÍSTICAS

- No son necesarias **pruebas de imagen** en amigdalitis excepto que se sospeche **complicación**.
- A veces difícil distinguir flemón y absceso.
- El absceso es generalmente un *absceso periamigdalino* (entre cápsula amigdalina y el musculo constrictor superior)
- El absceso intraamigdalino real es raro.

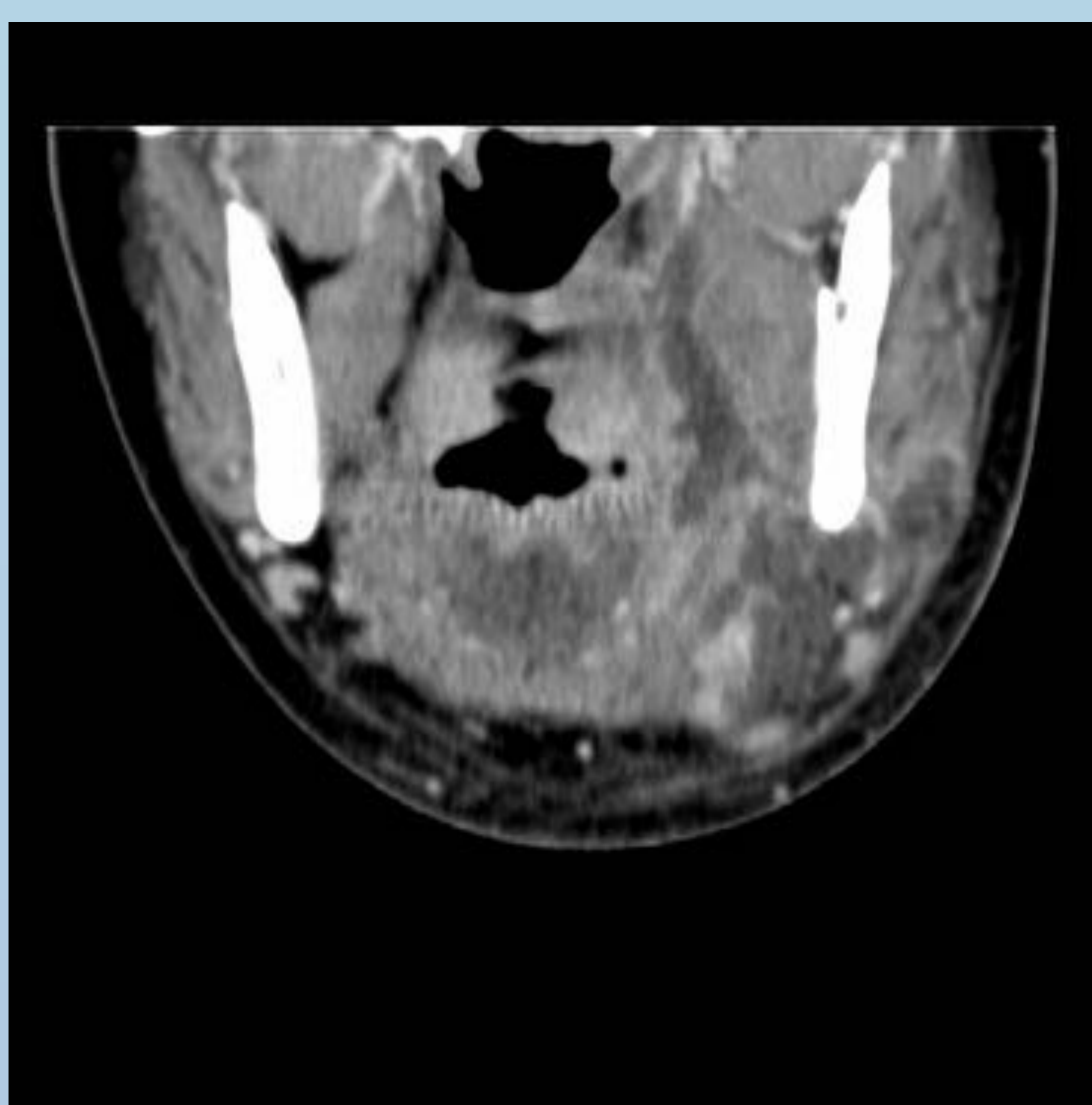
CELULITIS PERIAMIGDALINA	ABSCESO PERIAMIGDALINO
Realce <u>lineal</u> y estriado de amígdalas palatinas y tejidos blandos	Realce <u>periférico</u> con área central necrótica
Edema de úvula	Mala delimitación de tejidos
'Kissing tonsils' → apariencia si ambas amígdalas edematosas con hiperrealce	Buscar: 1.EXTENSIÓN a otros espacios 2.GAS

> OROFARINGE

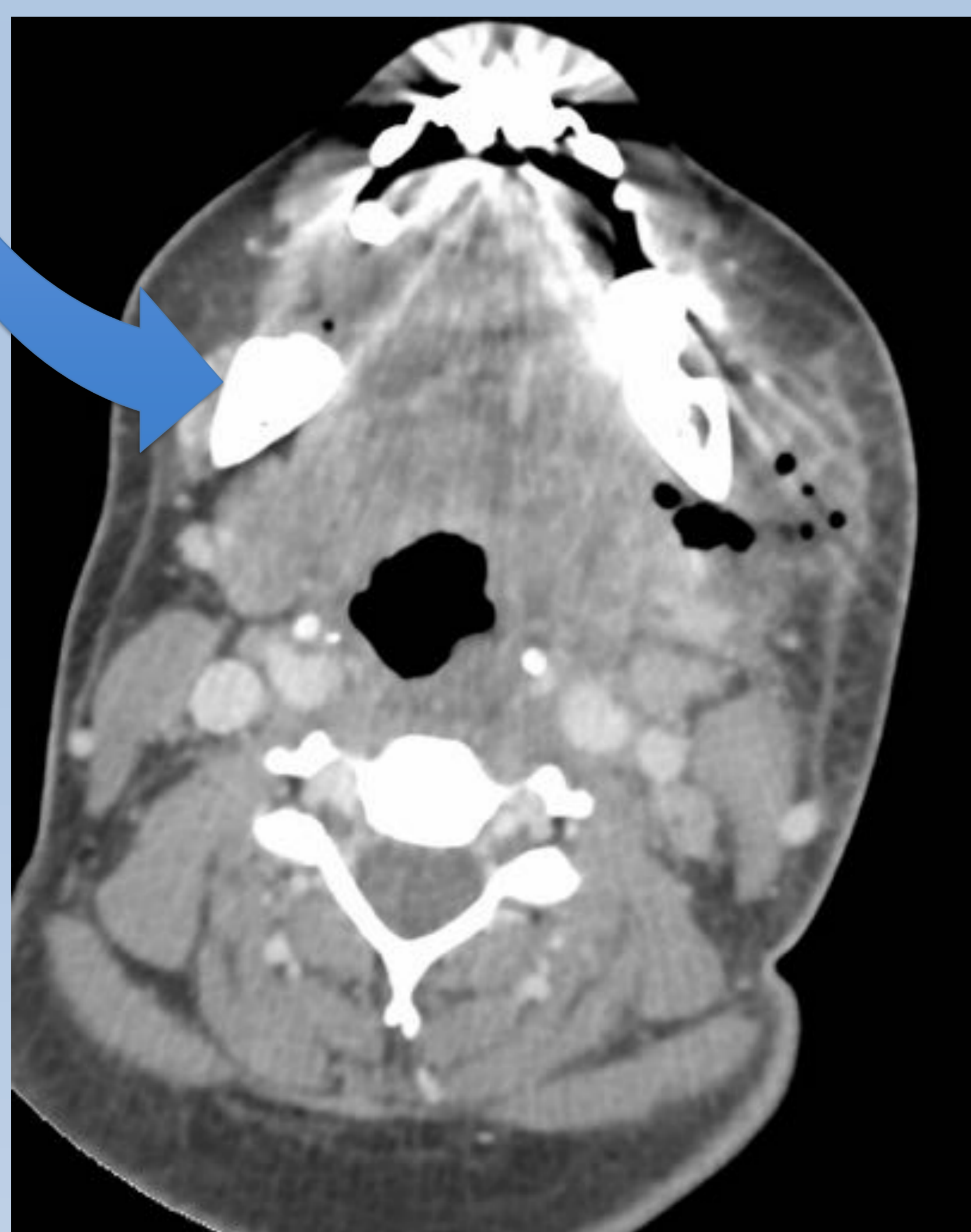
Joven de 24 años con amigdalitis complicada



Aumento de tamaño de amígdala izquierda, con zona flemonosa lobulada mal definida que se extiende a espacio masticador alcanzando la glándula submandibular y rodeando el ángulo mandibular. Produce leve efecto de masa sobre el cavum y orofaringe, así como inflamación parafaríngea.



Absceso en espacio parafaríngeo izquierdo que se extiende a espacio masticador, submandibular y suelo de la boca. Asocia engrosamiento de pared de naso-orofaringe con efecto de masa sobre vía aérea.



Aumento de tamaño del absceso cervical, con aparición de burbujas de aire que afectan también a múltiples músculos (masetero, pterigoideos) y planos fasciales. Edema en espacio retrofaríngeo

1.TIPO

- Cambios flemonosos

2.ORIGEN

- Amígdala izquierda (orofaringe)

3.EXTENSION

- Grasa parafaríngea, espacio masticador, gl. submaxilar.

4.HUESO

- No erosión ósea (contacto con ángulo mandibular)

5.VÍA AÉREA

- Leve efecto de masa sobre cavum y orofaringe, sin estenosis

6.AIRE

- No se observa

7.MEDIASTINO

- No afectado

Conclusión:

FLEMÓN PERIAMIGDALINO

1.TIPO

- Colección-absceso

2.ORIGEN

- Amígdala izquierda

3.EXTENSION

- Esp. parafaríngeo, masticador y submandibular (suelo boca)

4.HUESO

- Contacto sin erosión ósea

5.VÍA AÉREA

- Efecto de masa sin desplazamiento ni obstrucción

6.AIRE

- No se observa

7.MEDIASTINO

- No afectado

Conclusión:

ABSCESO PERIAMIGDALINO

1.TIPO

- Colección-absceso

2.ORIGEN

- Amígdala izquierda

3.EXTENSION

- Parafaríngeo, masticador, submandibular, retrofaríngeo, planos musculares-fasciales.

4.HUESO

- Contacto sin erosión ósea

5.VÍA AÉREA

- Efecto de masa sin obstrucción

6.AIRE

- Múltiples burbujas en colección y planos musculares-fasciales

7.MEDIASTINO

- No afectado

Conclusión:

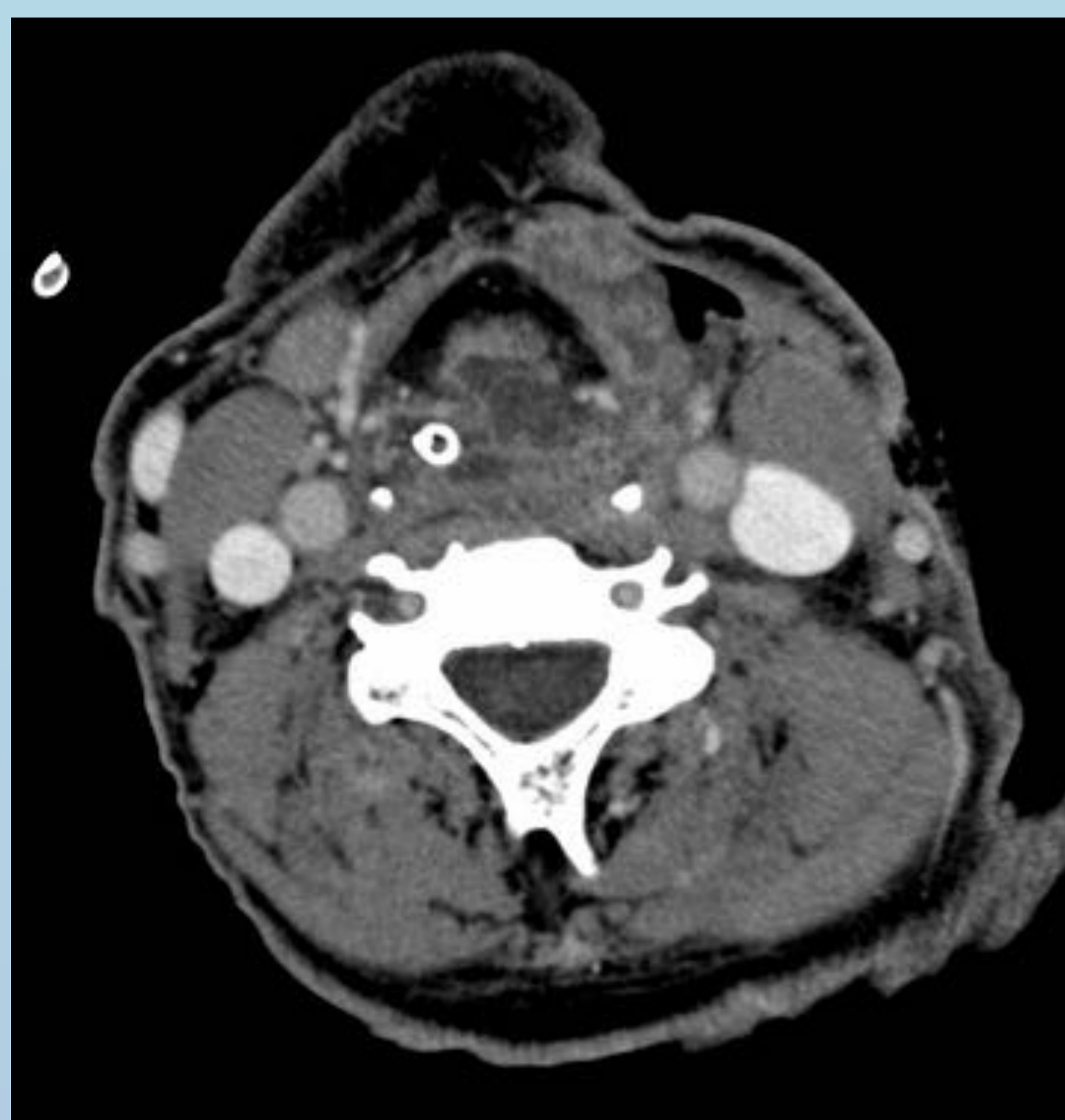
ABSCESO CON FASCITIS-MIOSITIS NECROTIZANTE

RETROFARINGE

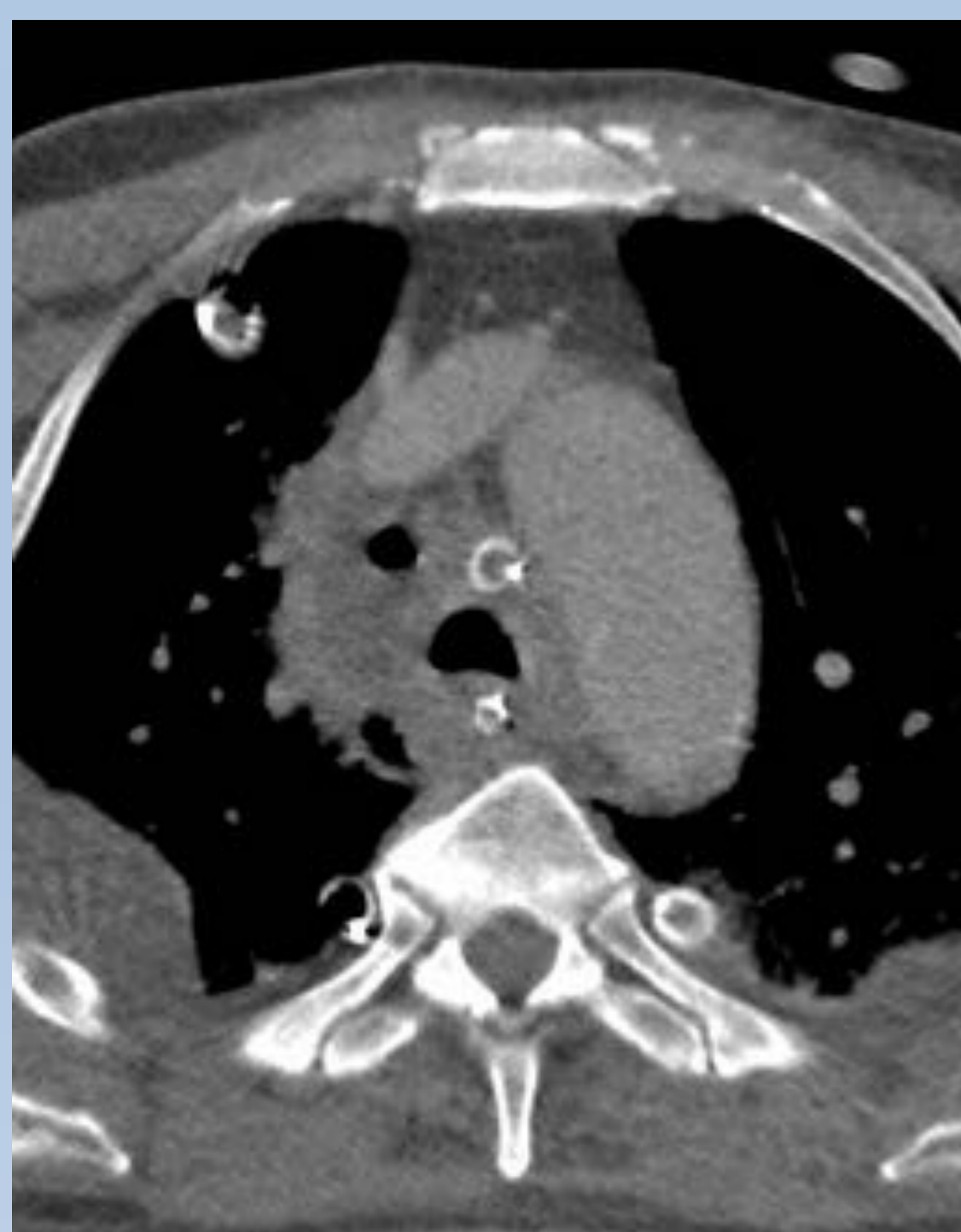
- Suele ser **vía de diseminación** de procesos en otros espacios (en adultos solo contiene grasa, pudiendo existir algún ganglio).
- Es muy importante ya que a través del mismo las infecciones pueden alcanzar **mediastino** o la columna cervical.
- Clínica: fiebre, disfagia (por compresión) y dolor cervical.

MEDIASTINO

- Extensión descendente de infección cervical (vías: retrofaríngeo >> carotídeo).
- **ALTA MORTALIDAD** por clínica leve e inespecífica (retraso diagnóstico).
- Hallazgos: colección líquida, con alteración de la grasa y derrame pleuropericárdico.



Varón de 60 años ingresado en UCI tras intervención quirúrgica por mediastinitis. Se aprecia colección retrofaríngea izquierda con catéter Penrose laterocervical izquierdo. Asocia edema de glotis y supraglotis con secreciones. Efecto de masa sobre vía aérea con IOT.



Colección mediastínica parcialmente delimitada, que rodea el 75% del contorno traqueal, con tubos de drenaje en su interior y escasas burbujas aéreas adyacentes. Asocia derrame pleural e infiltrados pulmonares parcheados.

1.TIPO

- Colección

2.ORIGEN

- Retrofaríngeo

3.EXTENSION

- Inferior (mediastino).

4.HUESO

- No erosión ósea

5.VÍA AÉREA

- Compresión. IOT.

6.AIRE

- No significativo

7.MEDIASTINO

- Sí (colección mediastínica)

Conclusión:

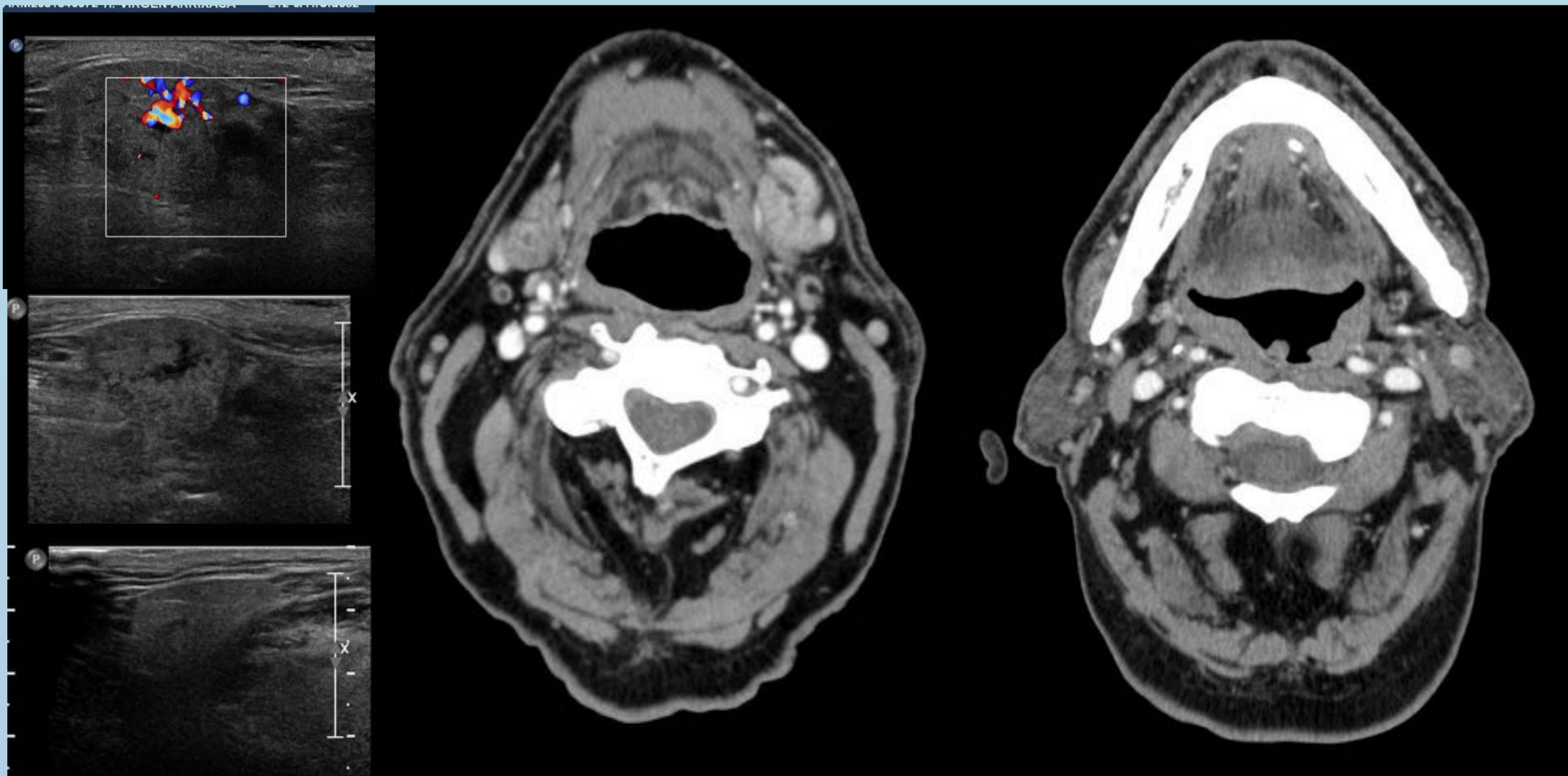
ABSCESO
RETROFARINGEO CON
MEDIASTITIS

OTROS ESPACIOS

- **Espacio parotídeo:** por afección bacteriana, viral (++) bilateral) o litiasis.
- **Espacio masticador:** suelen producirse por infecciones dentarias que conllevan celulitis-miositis de músculos masticadores y osteomielitis mandibular.
- **Espacio vascular-carotídeo:** su afectación puede llevar a tromboflebitis séptica de vena yugular (síndrome de Lemierre).

SIALOADENITIS

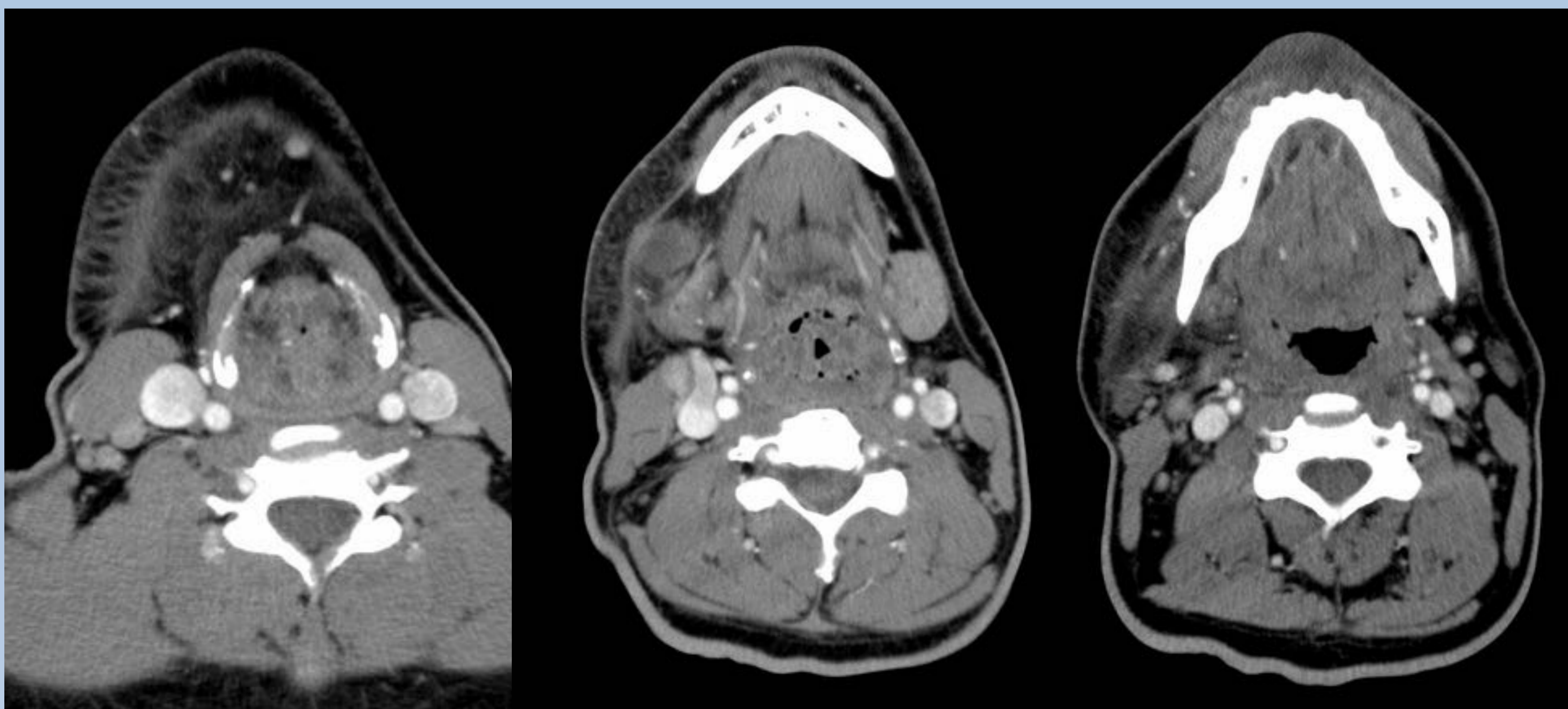
A veces es necesario un TC ante sialolitiasis repetidas para descartar colecciones. Ej.: Paciente de 80 años con dolor e hinchazón en mejilla, mayor tras las comidas



Aumento de tamaño e hipercaptación de glándula submaxilar izquierda por litiasis en Warthon distal. No se observan colecciones.

AFECTACIÓN DIFUSA

Paciente biopsiado de lengua y faringe hace 3 días, que acude por tumefacción mandibular y cervical



Cambios inflamatorios laterocervicales derechos con edema en TCS, engrosamiento del platisma colli, aumento de tamaño de gl. Submaxilar derecha y adenopatías reactivas en niveles II-III. También se observa edema de úvula, borde libre de la epiglotis y repliegues aritenopiglóticos.

1.TIPO

- Cambios inflamatorios difusos

2.ORIGEN

- Tejido celular subcutáneo

3.EXTENSION

- Glándula submaxilar, ganglios.

4.HUESO

- No erosión ósea

5.VÍA AÉREA

- Edema difuso con efecto de masa y leve estenosis

6.AIRE

- No se observa

7.MEDIASTINO

- No afectado

Conclusión:

CAMBIOS
INFLAMATORIOS
DIFUSOS, sin colecciones

INFECCIÓN HERIDA QUIRÚRGICA

Paciente intervenida de bocio multinodular, con fiebre y salida de aire y pus por la herida quirúrgica:



Ocupación del lecho quirúrgico por material heterogéneo y burbujas de gas, que se extiende a áreas fasciales intermusculares, espacio carotídeo y espacios grasos, todo ello sugestivo de fascitis necrotizante. Existe también edema generalizado de partes blandas y estenosis de la luz traqueal.

1.TIPO

- Colección+inflamación difusa

2.ORIGEN

- Lecho quirúrgico de tiroidectom.

3.EXTENSION

- Planos fasciales intermusculares espacio carotídeo.

4.HUESO

- No erosión ósea

5.VÍA AÉREA

- Estenosis de vía aérea

6.AIRE

- Enfisema y colección aérea diseminada

7.MEDIASTINO

- No afectado

Conclusión:

FASCITIS NECROTIZANTE
POR INFECCIÓN DE
HERIDA QUIRÚRGICA

CONCLUSIÓN

Dada la potencial gravedad de las urgencias infecciosas en cuello, la utilización de esta **lista de verificación** puede ayudar al radiólogo a no pasar por alto detalles que podrían conllevar un cambio en el manejo del paciente.