

# 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.

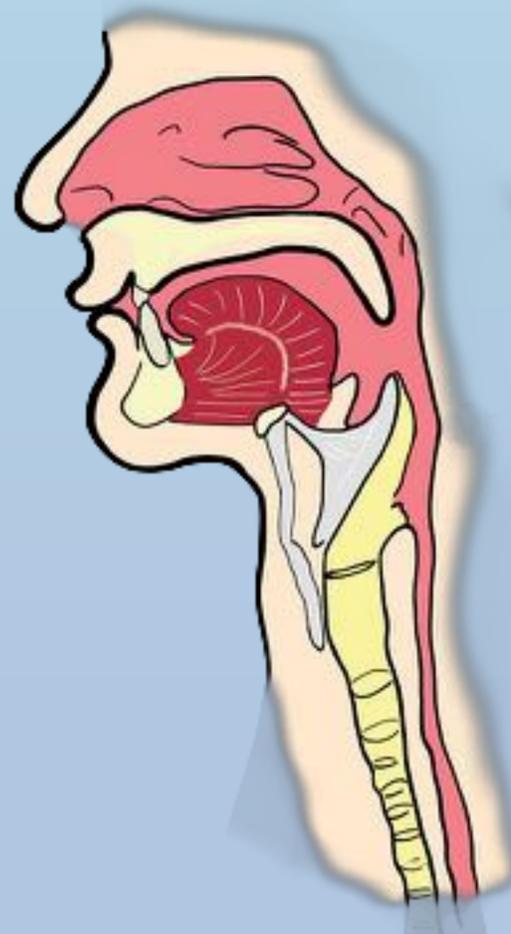
Suele tener origen en la cavidad oral (por enfermedad periodontal o manipulación dentaria generalmente) o en la orofaringe (generalmente secundaria a procesos amigdalinos), y su gravedad radica en su potencial diseminación hacia otros espacios del cuello, pudiendo llegar a comprometer la vida del paciente.

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 póster<sup>1</sup>, 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

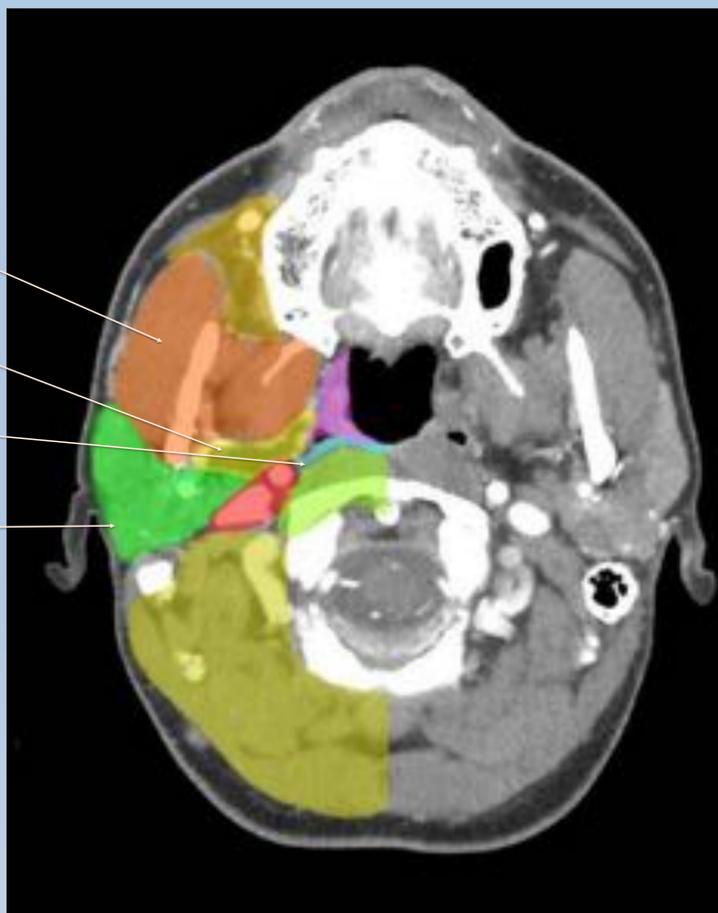
- *Espacios sublingual y submandibular*

### 2. Orofaringe

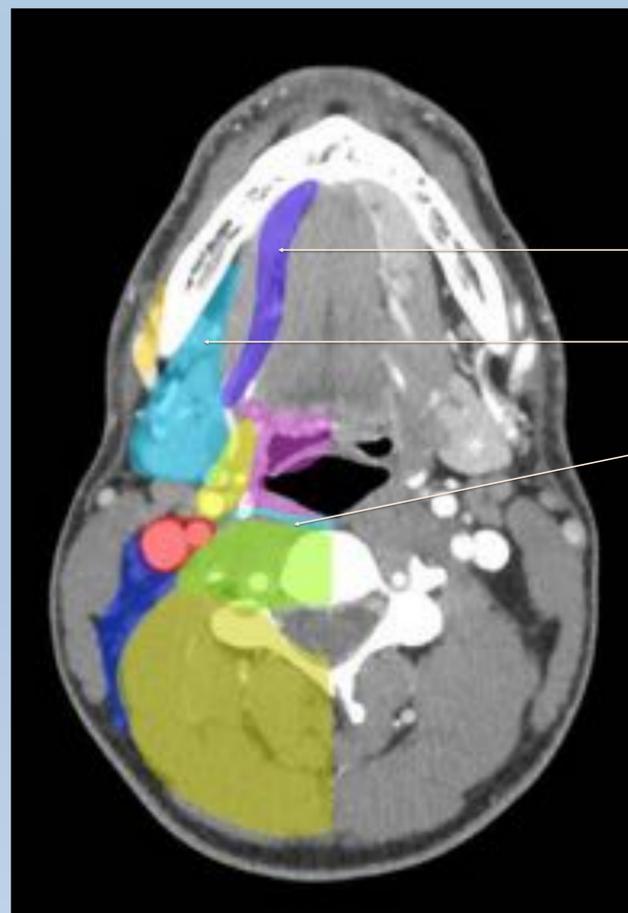
- *Espacio parafaríngeo y región periamigdalina*

### 3. Espacio retrofaríngeo

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



Masticador  
Parafaríngeo  
Retrofaríngeo  
Parotídeo



Sublingual  
Submandibular  
Retrofaríngeo

<sup>1</sup>Se 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  
ABSCESO  
PERIODONTÓGENO**

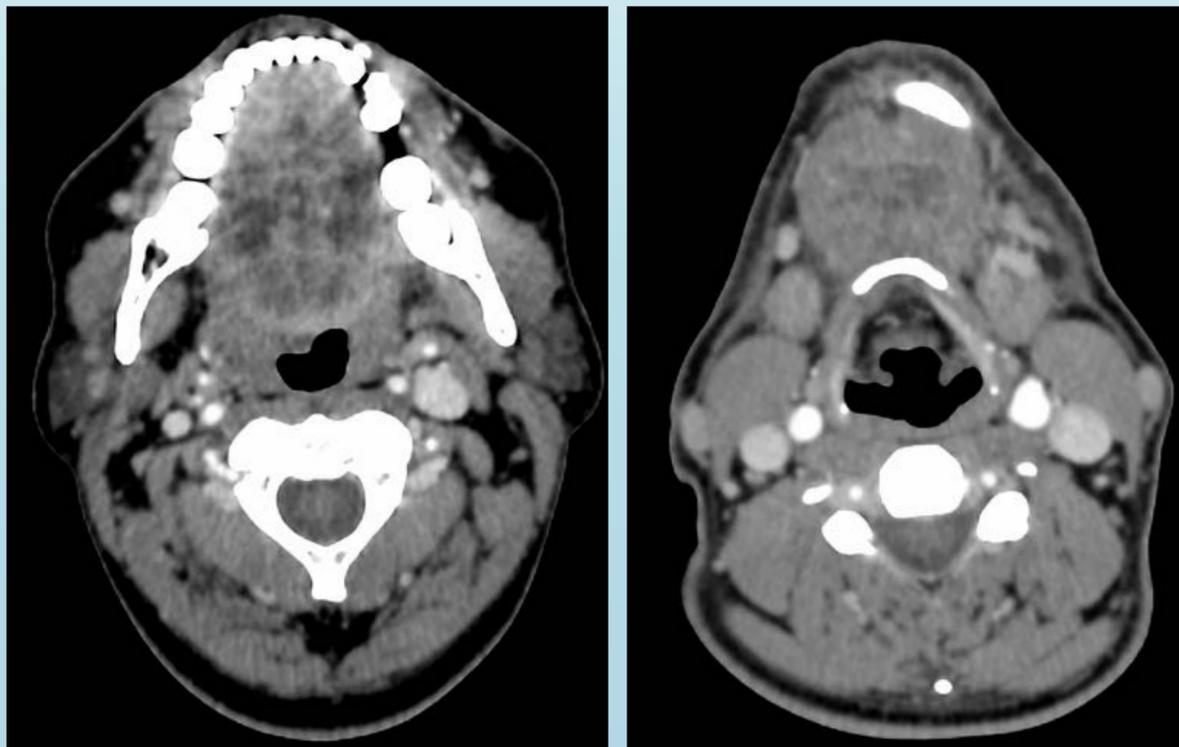
## ANGINA DE LUDWIG

### • 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.

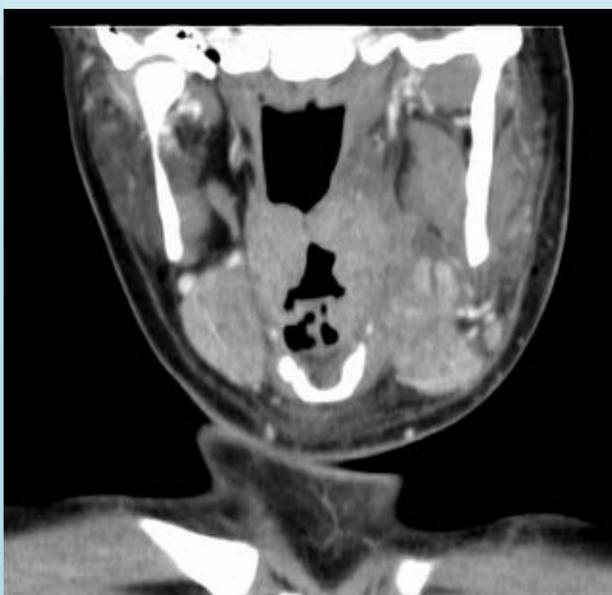
### OTRAS CARACTERÍSTICAS

- 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

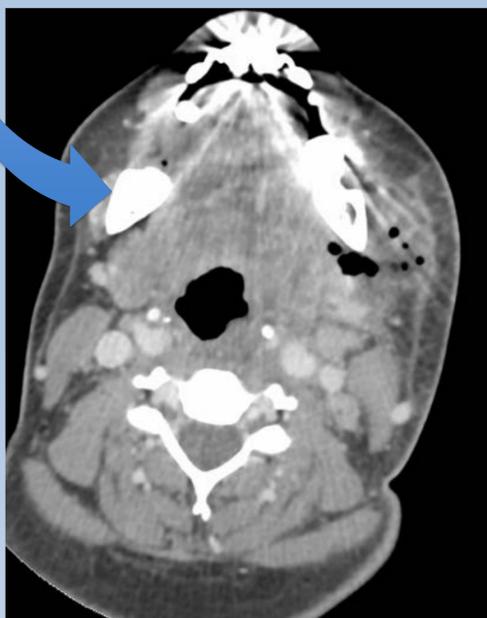
Joven de 24 años con amigdalitis complicada



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:

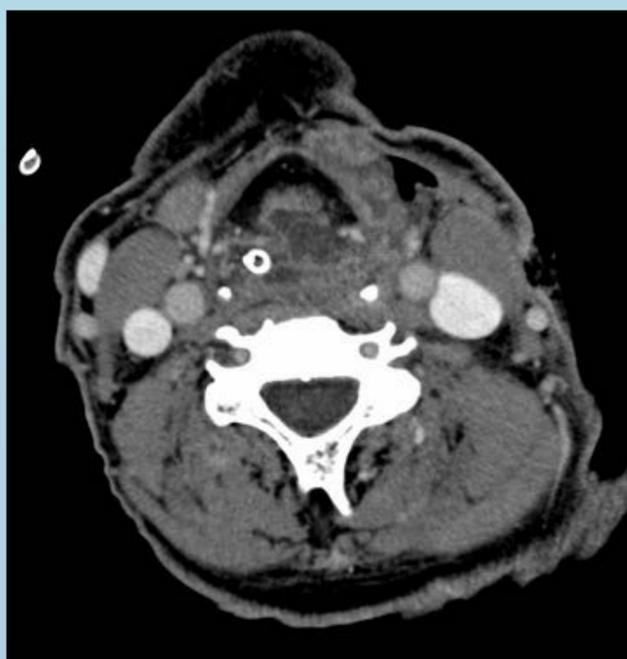
**ABSCESO CON FASCITIS-MIOSITIS NECROTIZANTE**

## RETROFARINGE

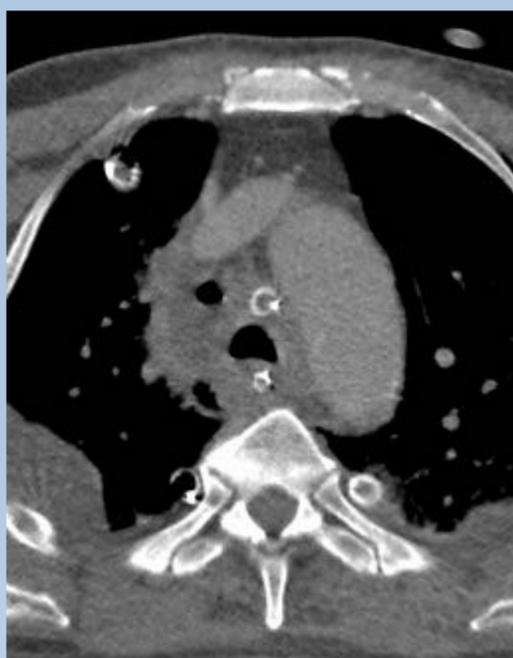
- Suele ser **vía de diseminación** de procesos en otros espacios (en adultos solo contiene grasa, pudiendo existir algún ganglio).
- Es muy importante ya que a través del mismo las infecciones pueden alcanzar **mediastino** o la columna cervical.
- Clínica: fiebre, disfagia (por compresión) y dolor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

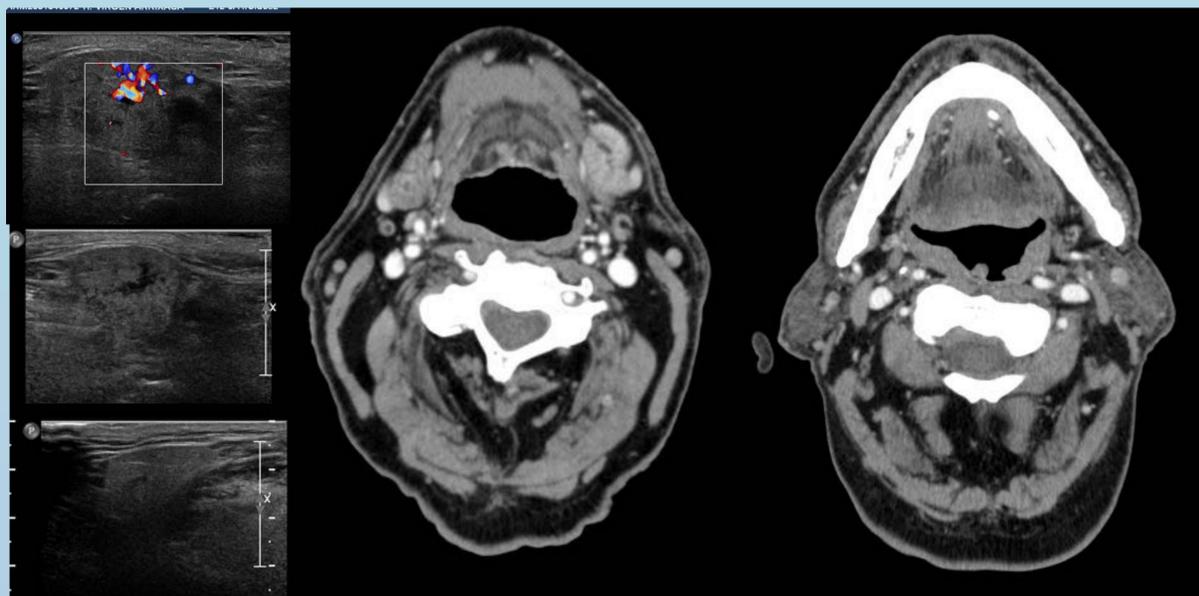
**ABSCESO**  
**RETROFARÍNGEO CON**  
**MEDIASTITIS**

## 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

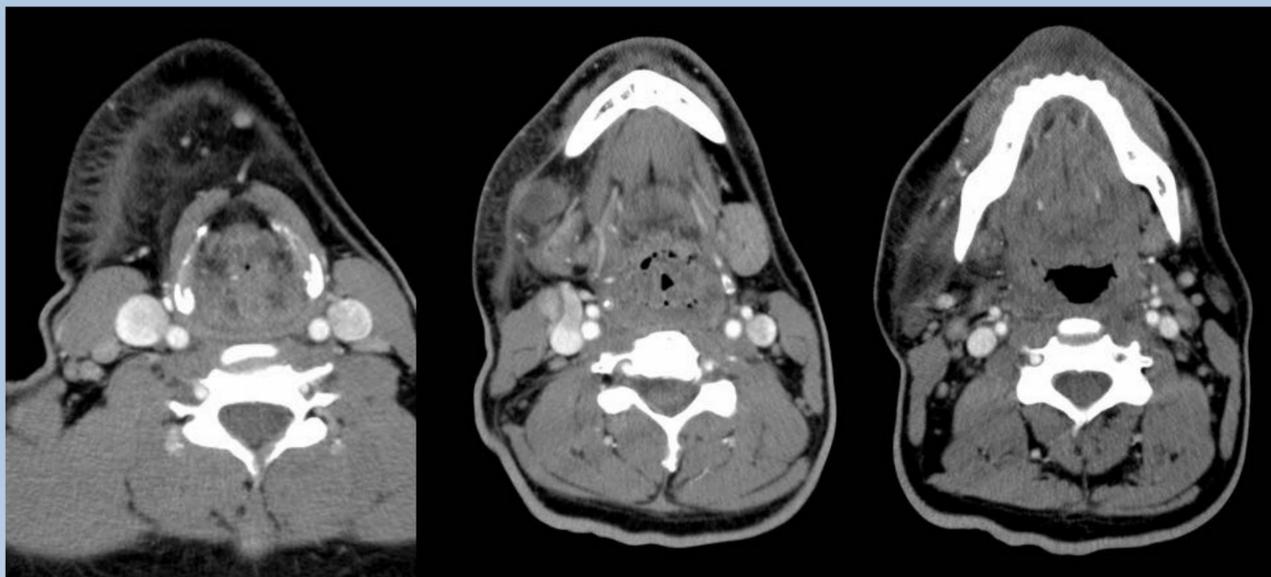
A veces es necesario un TC ante sialolitiasis repetidas para descartar colecciones. Ej.: Paciente de 80 años con dolor e hinchazón en mejilla, mayor tras las comidas



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 aritenoepiglóticos.

### 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

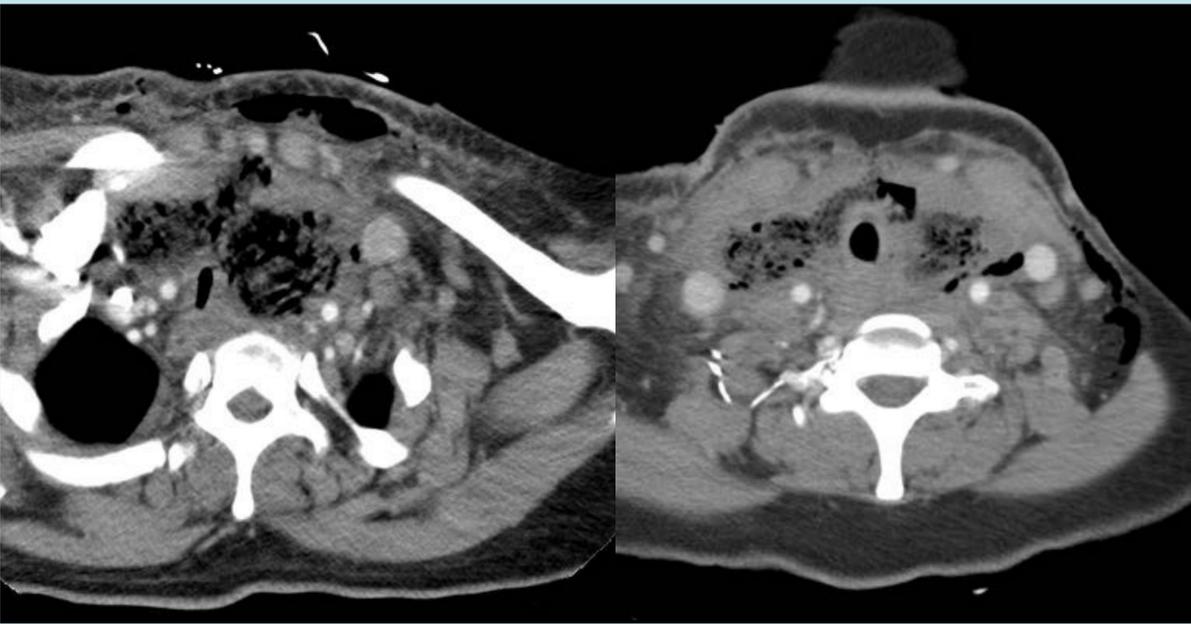
- No afectado

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.