

Piensa, acierta y... ¡Apréndete el cuello!



Selma del Campo Estepar

Raquel Aleman Millares, Anabel Pérez Fernández,
Paula Sobral Viñas, Carlos Delgado Sánchez-Gracián



Esta presentación pretende enseñar de modo ameno una serie de casos de patología de los diferentes espacios del cuello.

Se presenta a modo “concurso” con una serie de preguntas para resolver.

Finalmente expondremos el caso con el siguiente formato:

CONCEPTOS TEORICOS DE INTERÉS

TIPS AND TRICKS

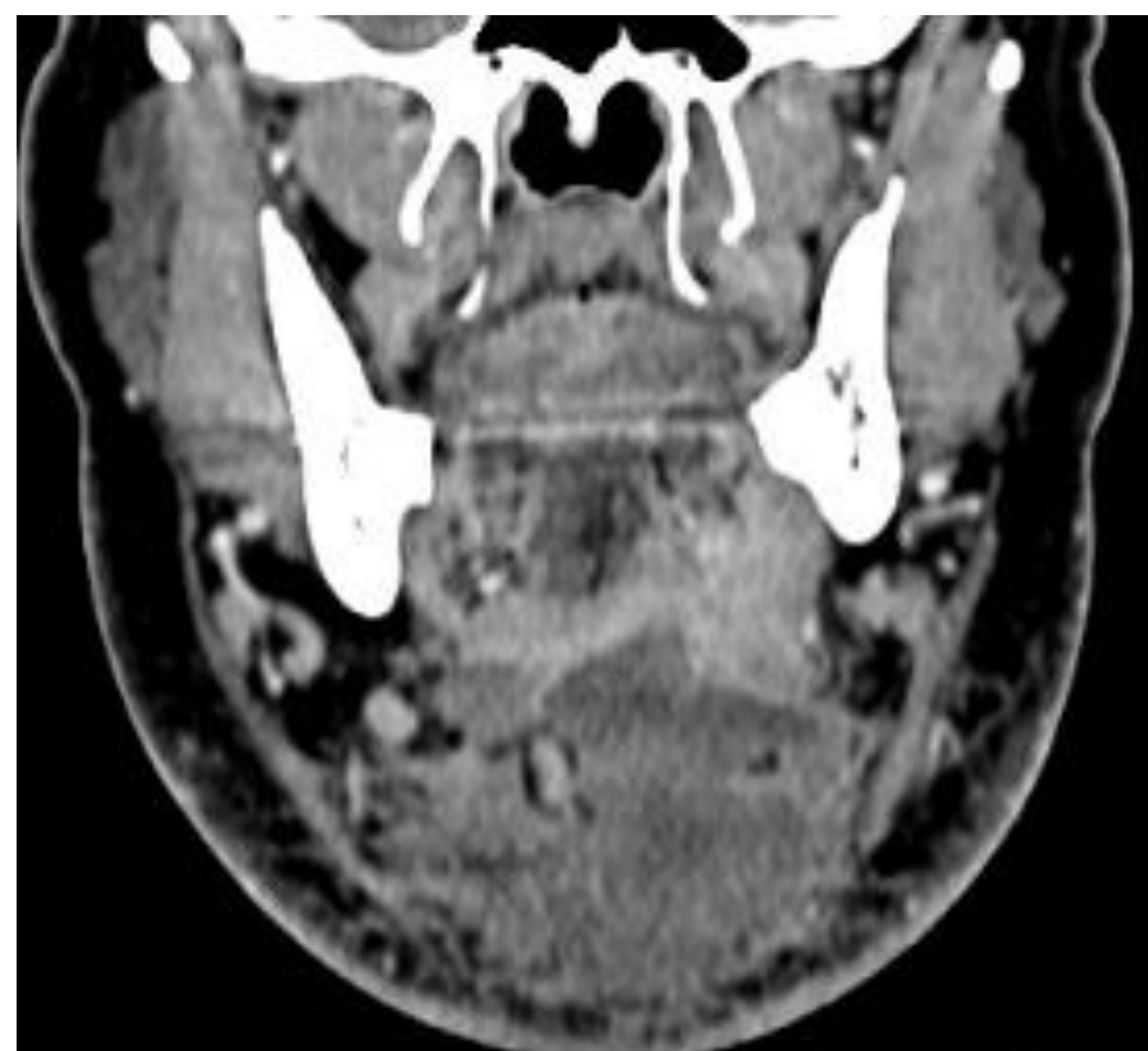


RESOLUCIÓN DEL CASO

iii BUENA SUERTE!!!

Caso 1

Varón de 47 años, obeso y fumador que acude a urgencias por tumoración submandibular y disfagia desde hace 4 días, sin fiebre.



¿Dónde crees que se localiza esta lesión? Te doy tres opciones:

1. En el espacio sublingual.
2. En el espacio submandibular.
3. Espacio faringomucoso.

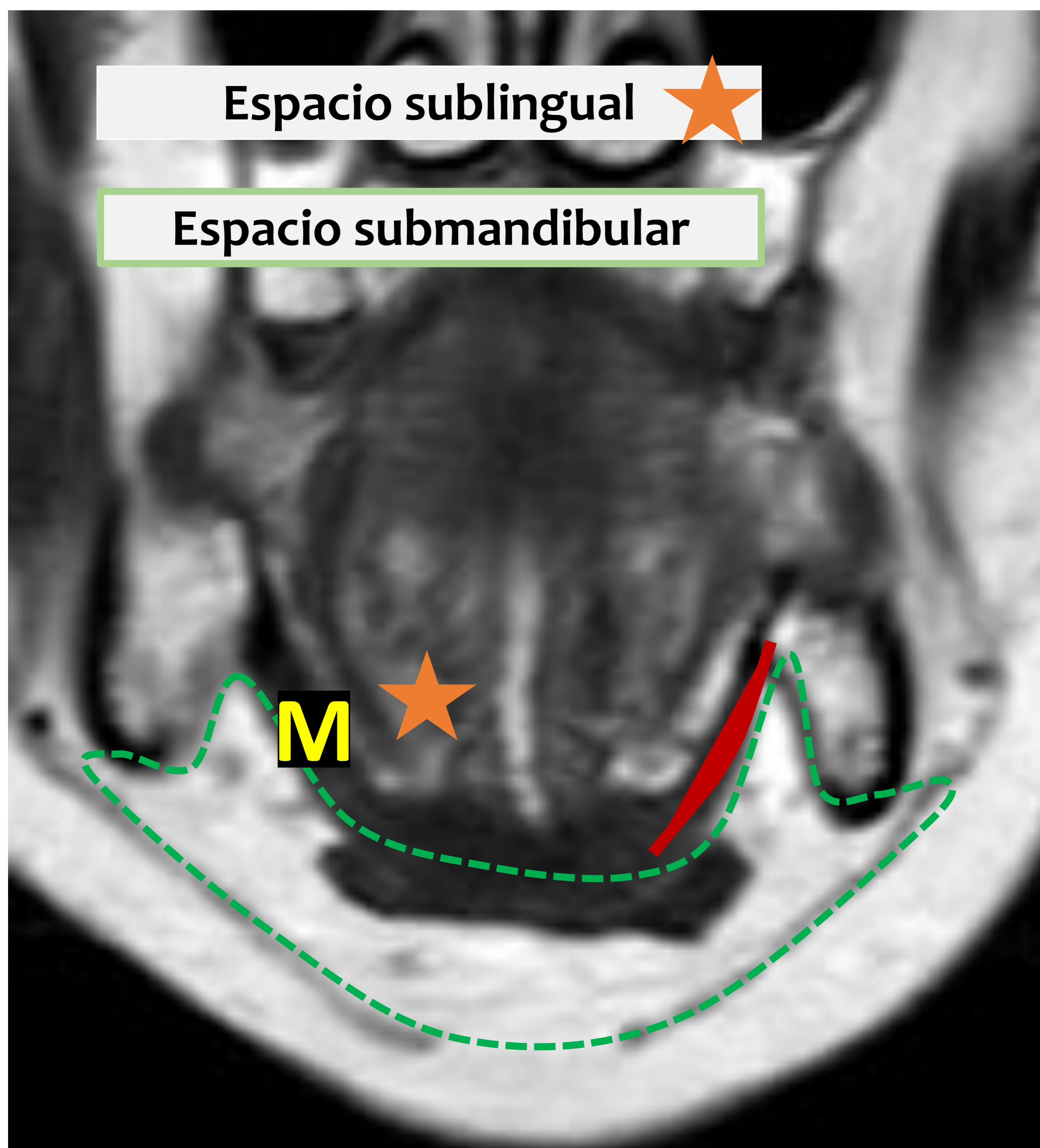
¿Que patología tiene?

1. Infecciosa.
2. Tumoral.
3. Congénita.

¿Pondrías en tu informe si hay compromiso de la vía aérea?

1. Si
2. No
3. ¿Para qué lo voy a poner?

SUELO DE BOCA



Espacio sublingual } **SUELO DE LA BOCA**
Espacio submandibular }

El **músculo milohioideo** separa el espacio sublingual del submandibular. **M**

El espacio sublingual y submandibular se comunican a través de la línea media y a su vez ambos **se comunican** con el **espacio parafaríngeo**.

La patología más frecuente del suelo de la boca son las **INFECCIONES**.

Las infecciones suelen ser de origen odontogénico.

¡¡No te olvides nunca de mirar los dientes !!



ANGINA DE LUDWING

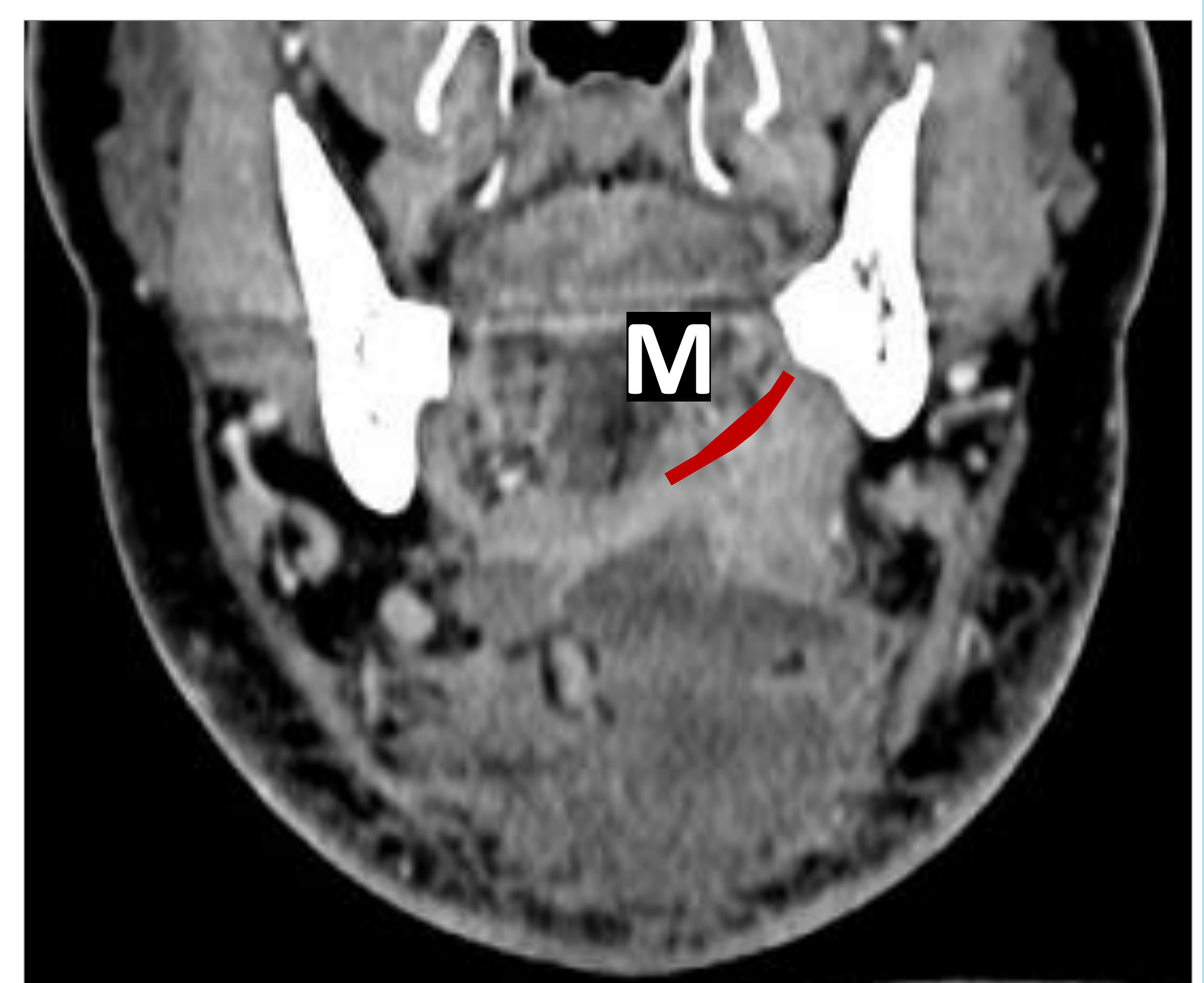
Colección en suelo de la boca, localizada en el **espacio submandibular** (por debajo del músculo milohioideo).

Es una celulitis grave, **RÁPIDAMENTE PROGRESIVA** del suelo de la boca y tejidos blandos.

Se origina principalmente por infecciones periapicales de los molares.

Si evoluciona puede producir un grave **COMPROMISO DE LA VÍA AÉREA** por elevación de la lengua hacia la faringe.

Si no se trata puede extenderse al espacio parafaríngeo y al mediastino a través del espacio peligroso (*mediastinitis necrotizante descendente*).

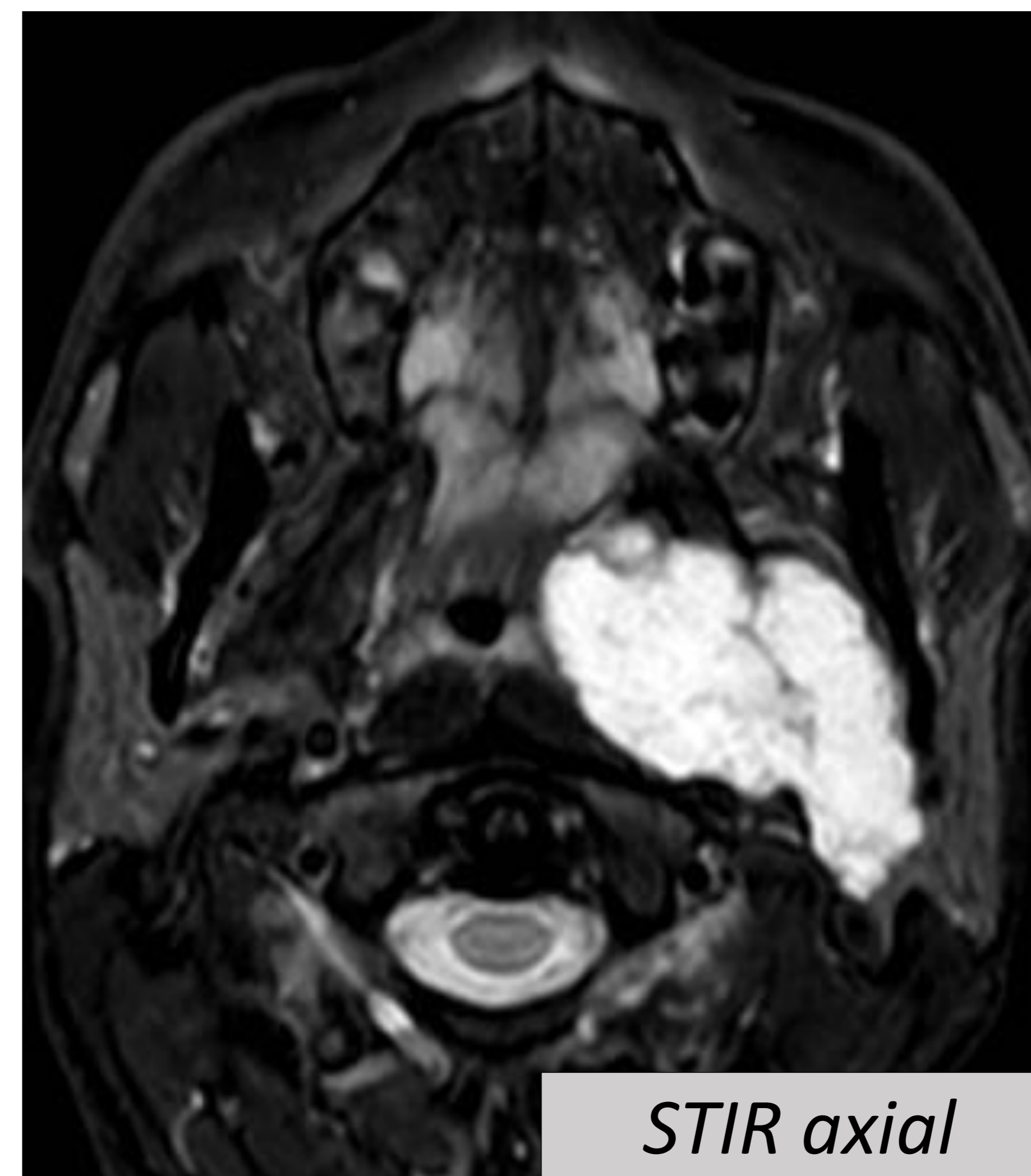


Caso 2

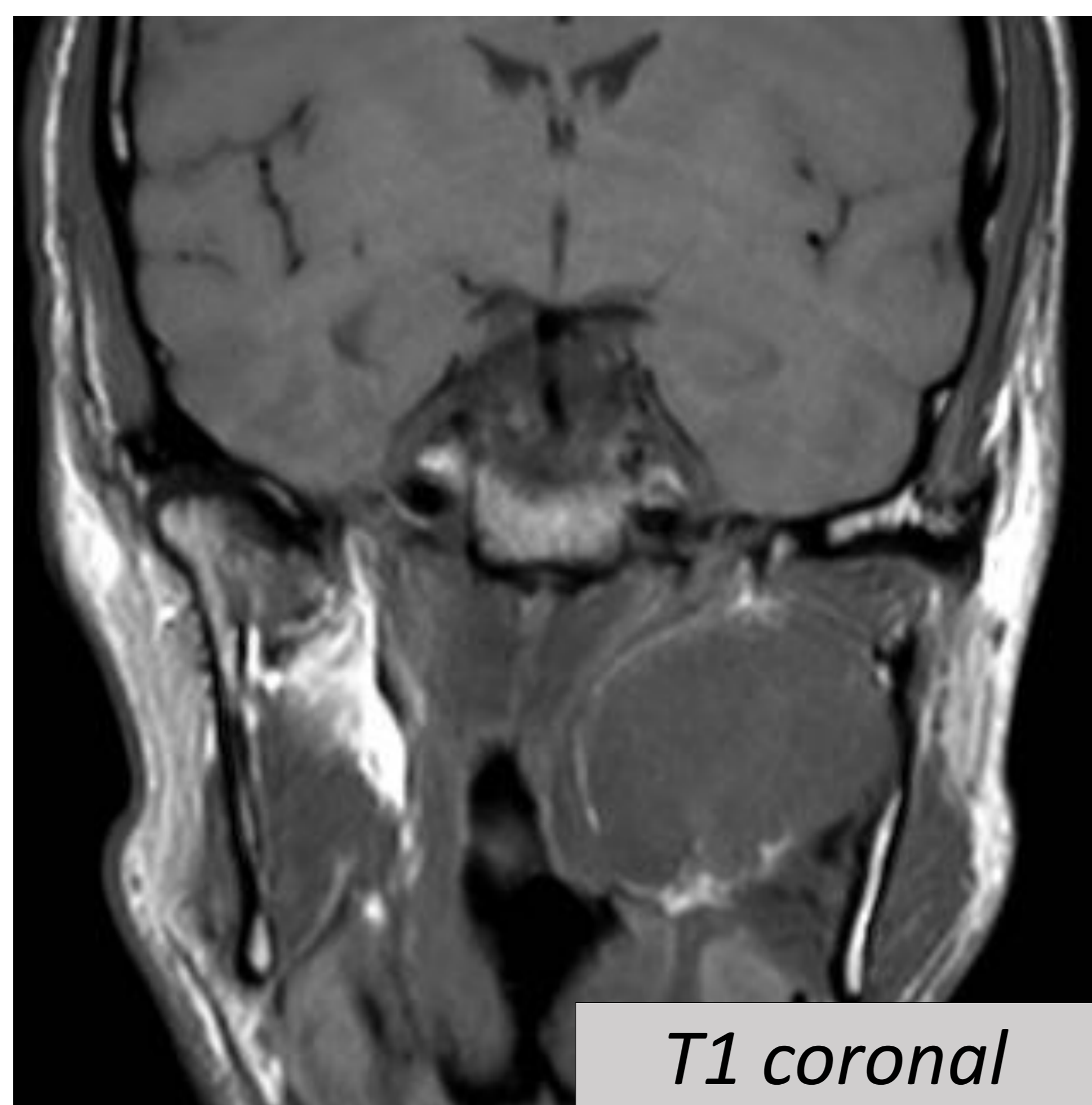
Paciente de 38 años, asintomático con hallazgo incidental en TC dental. Se completa con RM



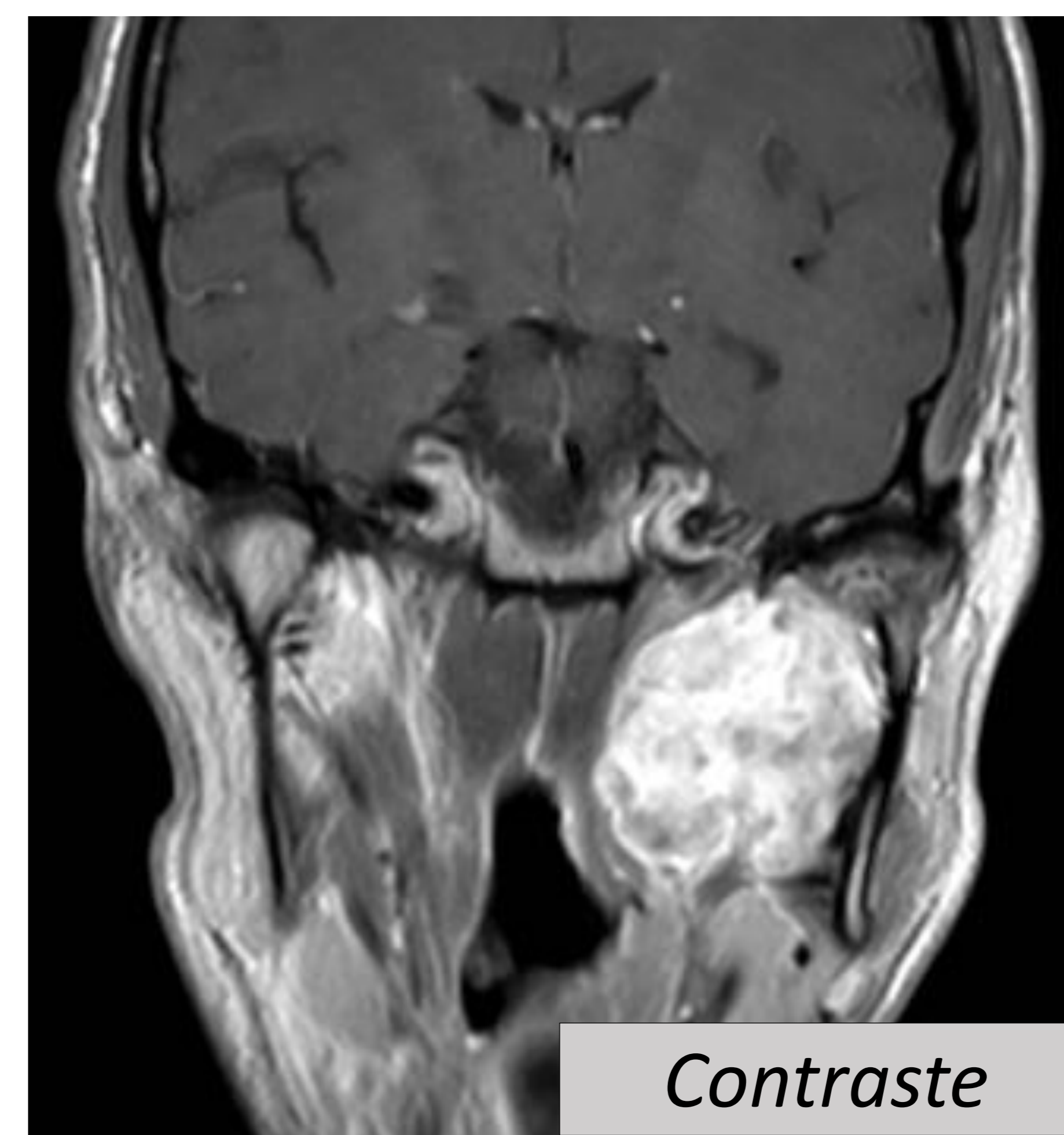
T2 axial



STIR axial



T1 coronal



Contraste

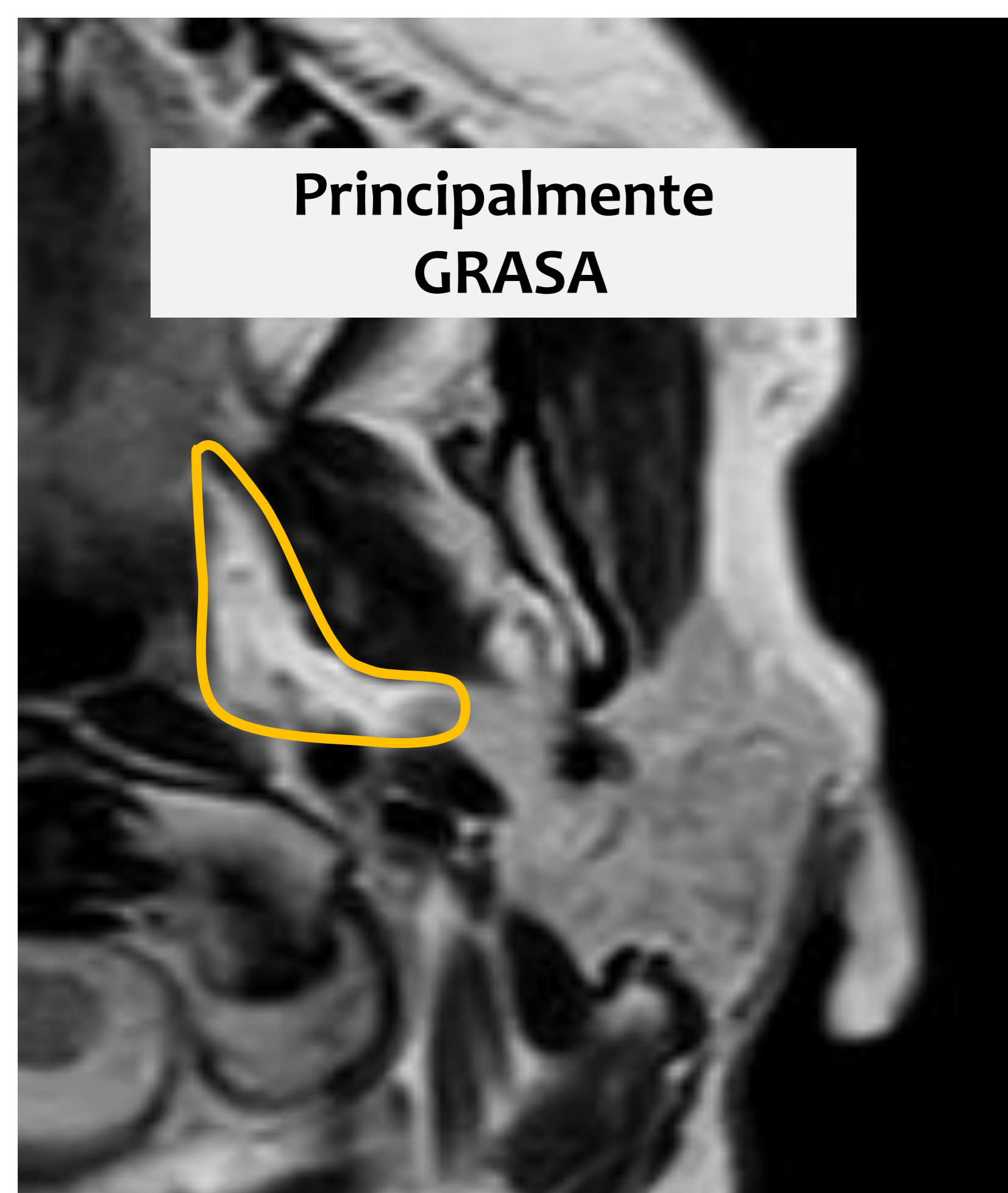
¿Dónde se localiza la lesión?

1. En el espacio parotideo
2. En el espacio masticador.
3. Espacio parafaringeo.

¿Cual **NO** es una característica de este espacio?

1. Las lesiones primarias son muy frecuentes
2. Dependiendo de su patrón de desplazamiento nos da información del origen de la lesión
3. Este espacio se comunica con el espacio submandibular

ESPACIO PARAFARINGEO



El espacio parafaríngeo (EPF) contiene fundamentalmente **GRASA** y *tejido salivar ectópico, pequeños vasos arteriales, plexo venoso faríngeo, ramas del nervio mandibular.*

Tiene una ubicación crítica, con **múltiples relaciones anatómicas** que le permiten actuar como vía de propagación de infecciones y de algunos tumores.

Recuerda que el espacio submandibular se comunica con el espacio parafaríngeo.

Las lesiones primarias son raras.
El EPF es un espacio guía, dependiendo de su **patrón de desplazamiento** nos da información del origen de la patología



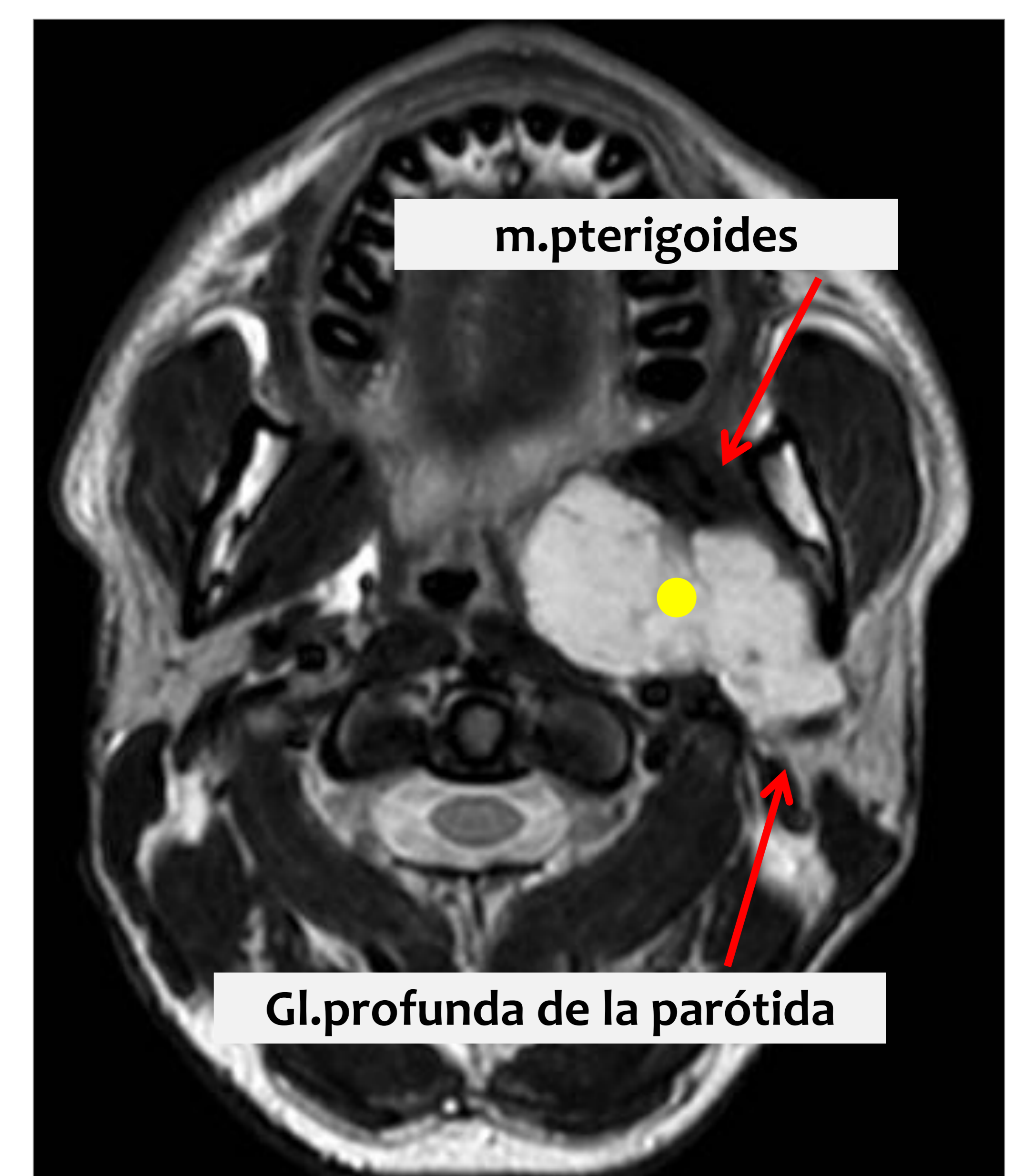
HEMANGIOMA

Este caso es **DIFÍCIL..** si no has pensado en el espacio parafaríngeo no pasa nada.

Hay que tener en cuenta que para decir que un tumor es **PRIMARIO** del EPF debe estar **rodeado de grasa por TODOS los lados.**

Si falta un plano graso, debes de sospechar que la lesión se origina en otro espacio cervical

En este caso la lesión se encuentra en íntimo contacto con el espacio masticador (m. Pterigoides) y el espacio parotideo (con el lóbulo profundo de la parótida) por lo tanto, **NO está rodeada de grasa por todos los lados.**

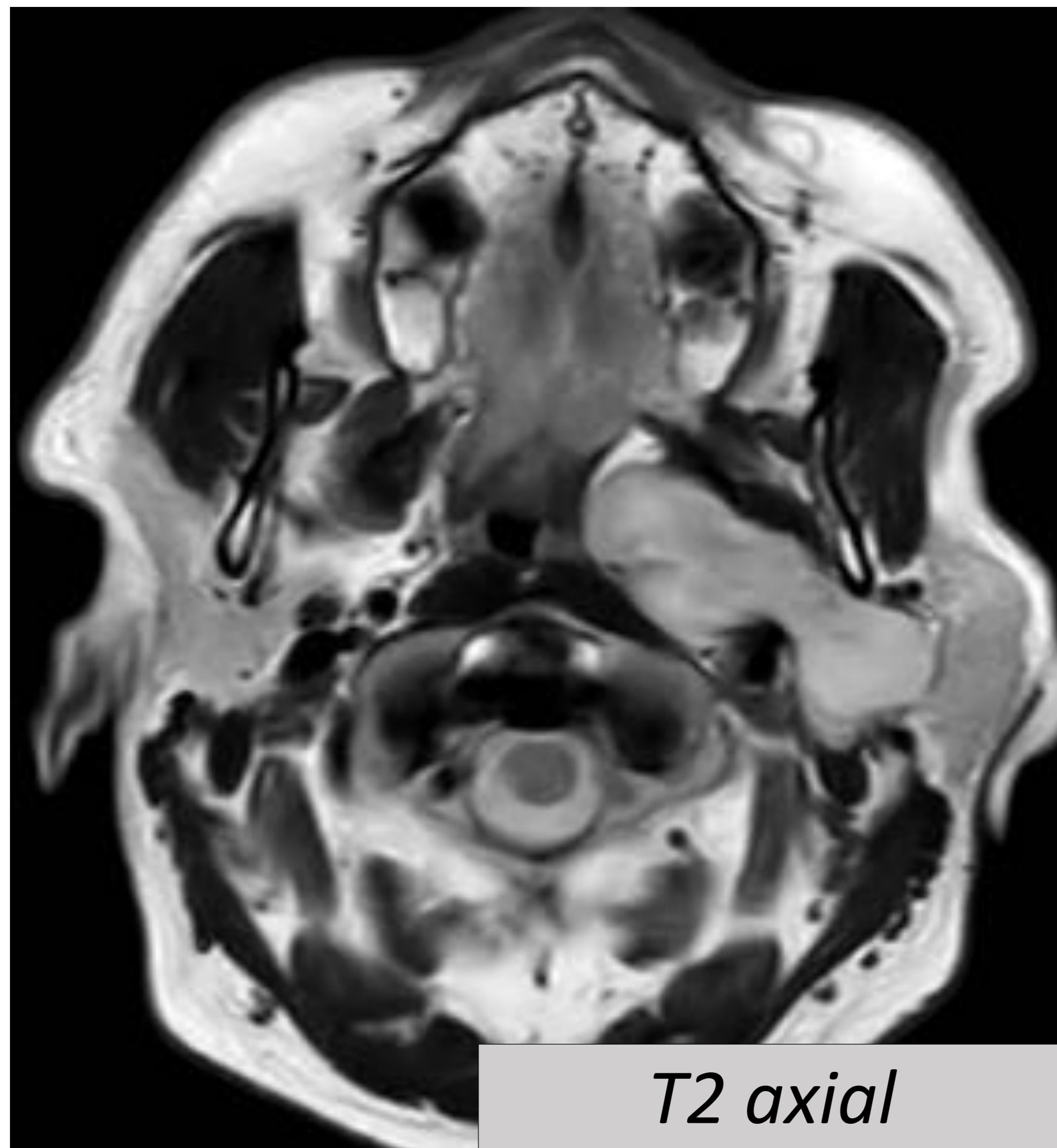


¿Que otro dato nos podría ayudar para localizar la lesión?

Fijarse donde se localiza el **centro de la lesión**, que en este caso es el espacio parafaríngeo.

Caso 3

Paciente de 57 años con induración a nivel del ángulo mandibular izquierdo y protrusión del paladar blando



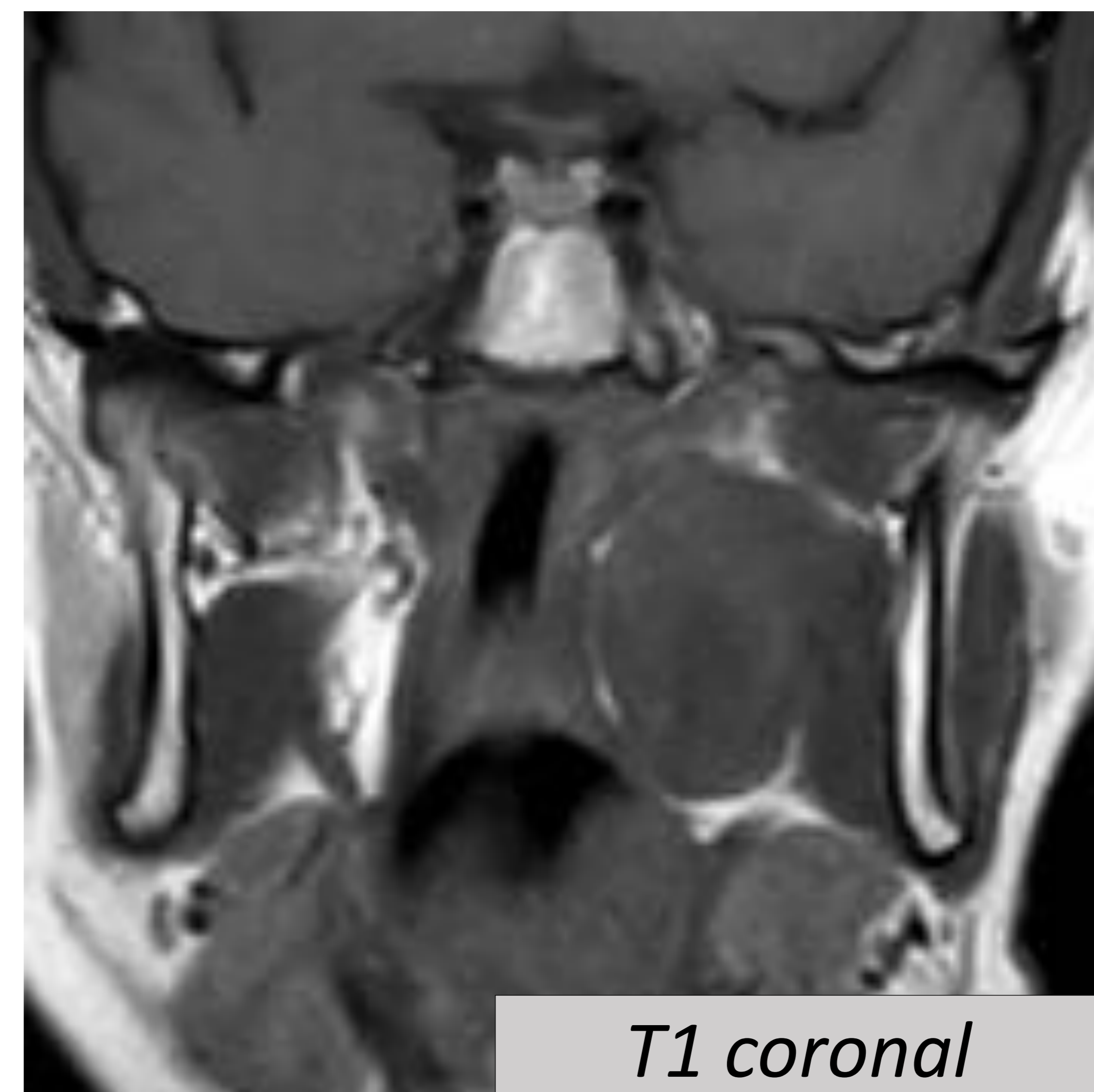
T2 axial



T1 axial



Contraste



T1 coronal

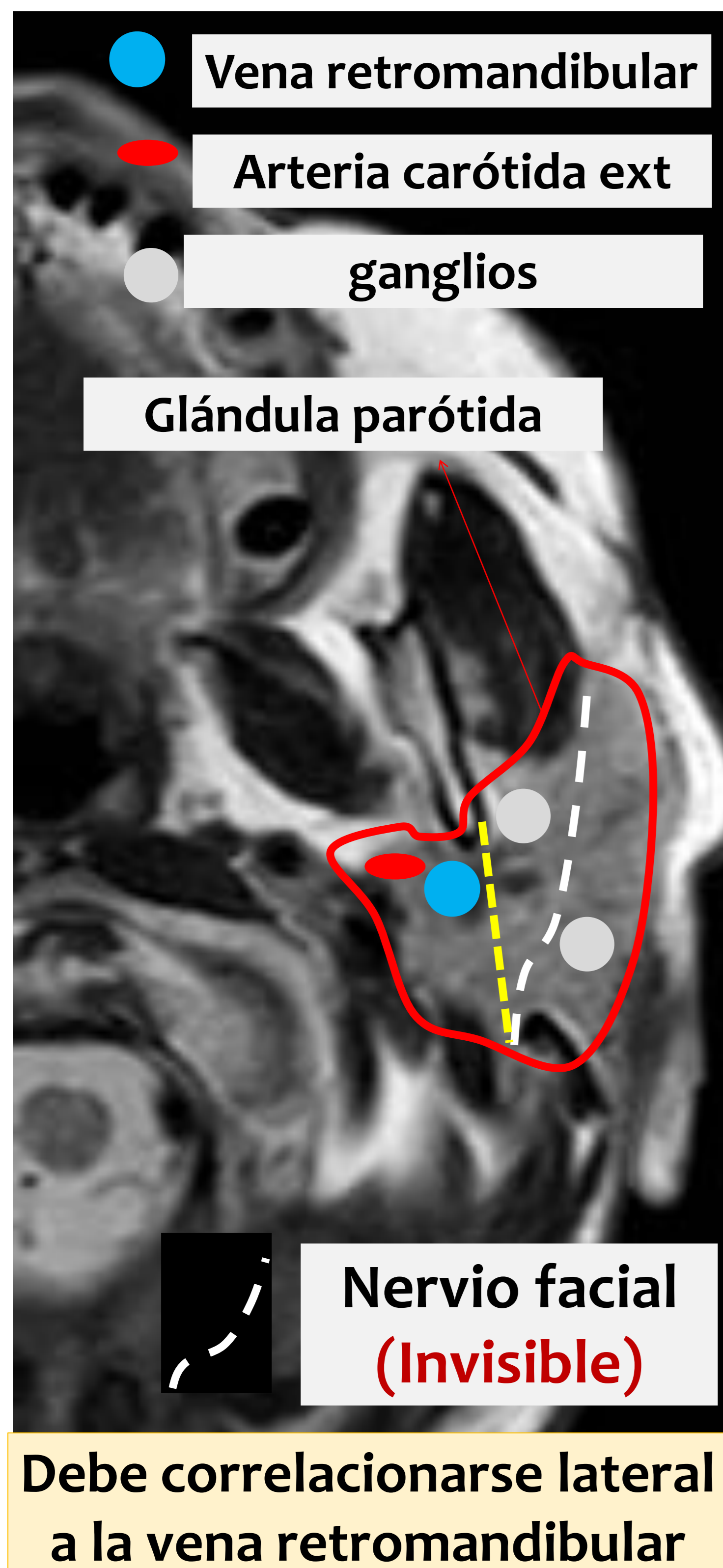
¿Localizas el espacio parafaringeo?

1. Si
2. No

¿A que espacio cervical pertenece la lesión?

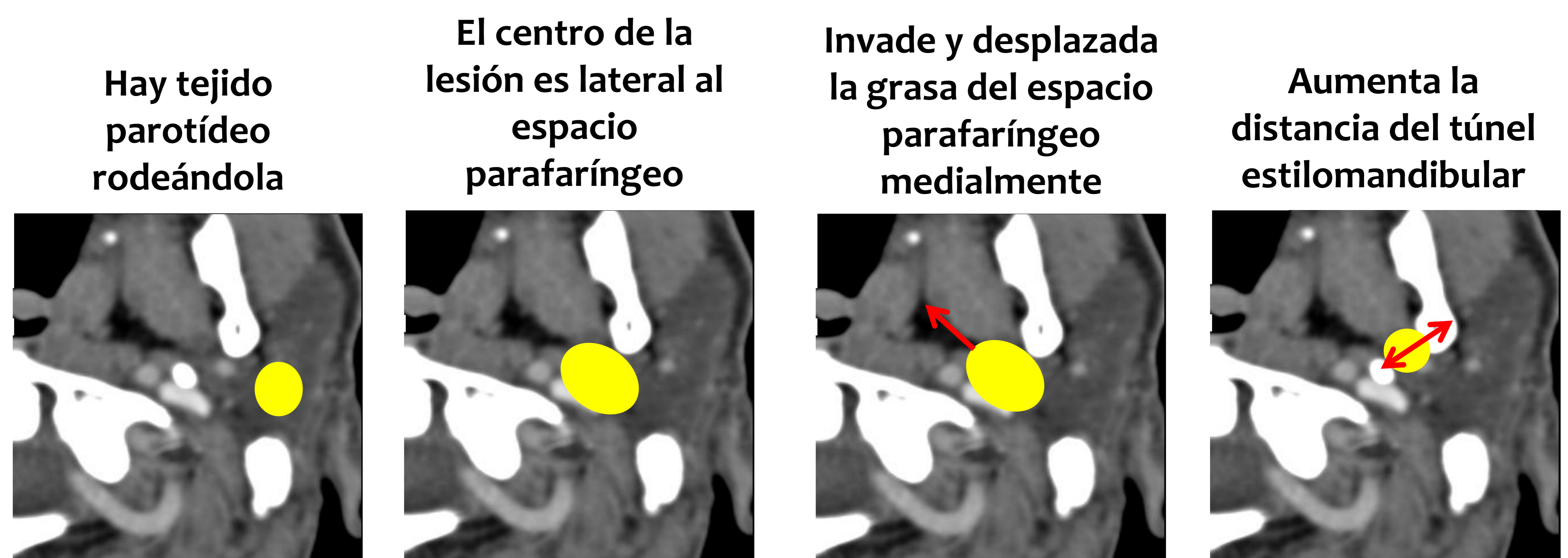
1. Esto es una pregunta trampa, la lesión pertenece al espacio parafaríngeo.
2. Al espacio carotideo, ya que no veo con claridad la carótida interna
3. La lesión depende del espacio parotideo

ESPACIO PAROTIDEO



El estudio de las lesiones en la parótida desde el punto de vista de imagen es poco específico, la gran mayoría (aunque tengan un comportamiento benigno) requieren confirmación histológica.

¿Como saber si una lesión se localiza en el espacio parotídeo?



El papel fundamental de la imagen es **aportar información de la extensión** y sobre todo si hay **lesión del nervio facial**.

¡OJO! La parálisis del N.facial sugiere etiología maligna.

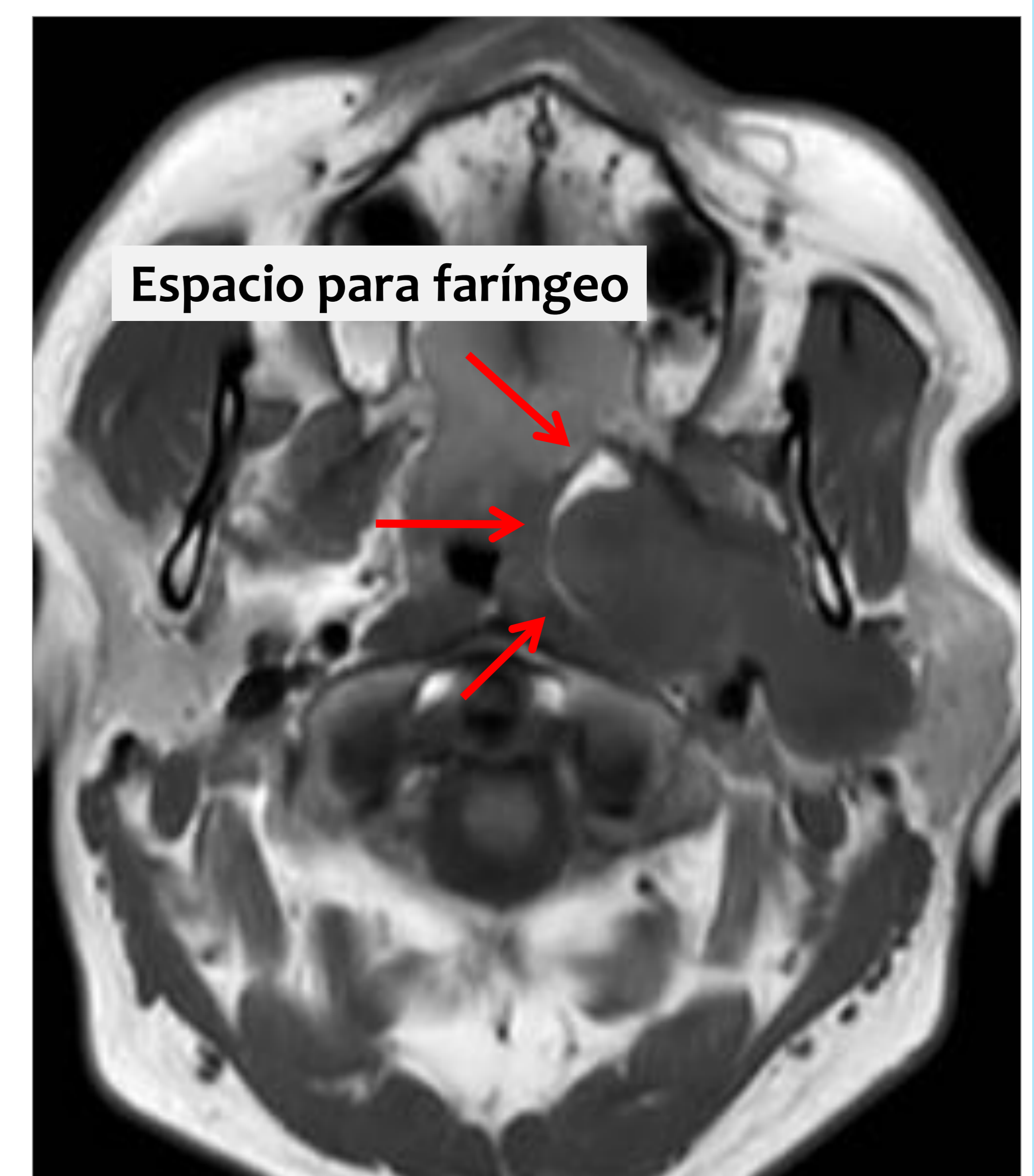


ADENOMA PLEOMORFO DEL LÓBULO PROFUNDO DE LA PAROTIDA

Lesión dependiente del lóbulo profundo de la parótida. **Invade y desplaza el espacio parafaríngeo MEDIALMENTE**

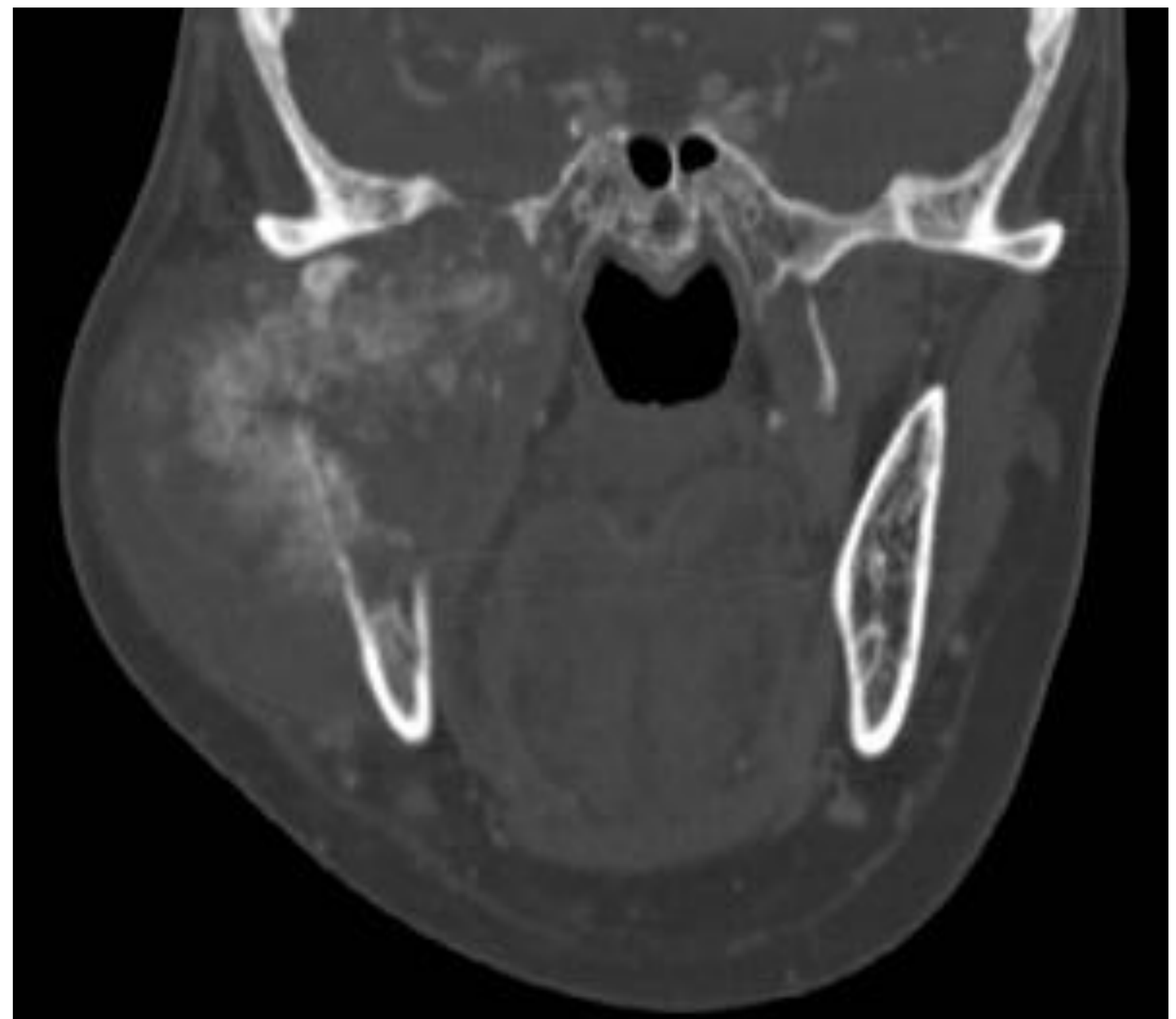
El **80%** de las masas parotídeas son **benignas**, siendo el adenoma pleomorfo el más frecuente. Pero **OJO!!** tiene alta tasa de degeneración maligna por lo que debe ser extirpado

Signo característico: **Señal Hiperintensa en T2 (\geq LCR).**



Caso 4

Paciente de 66 años con tumoración palpable en región hemifacial derecha y dificultad para abrir la boca



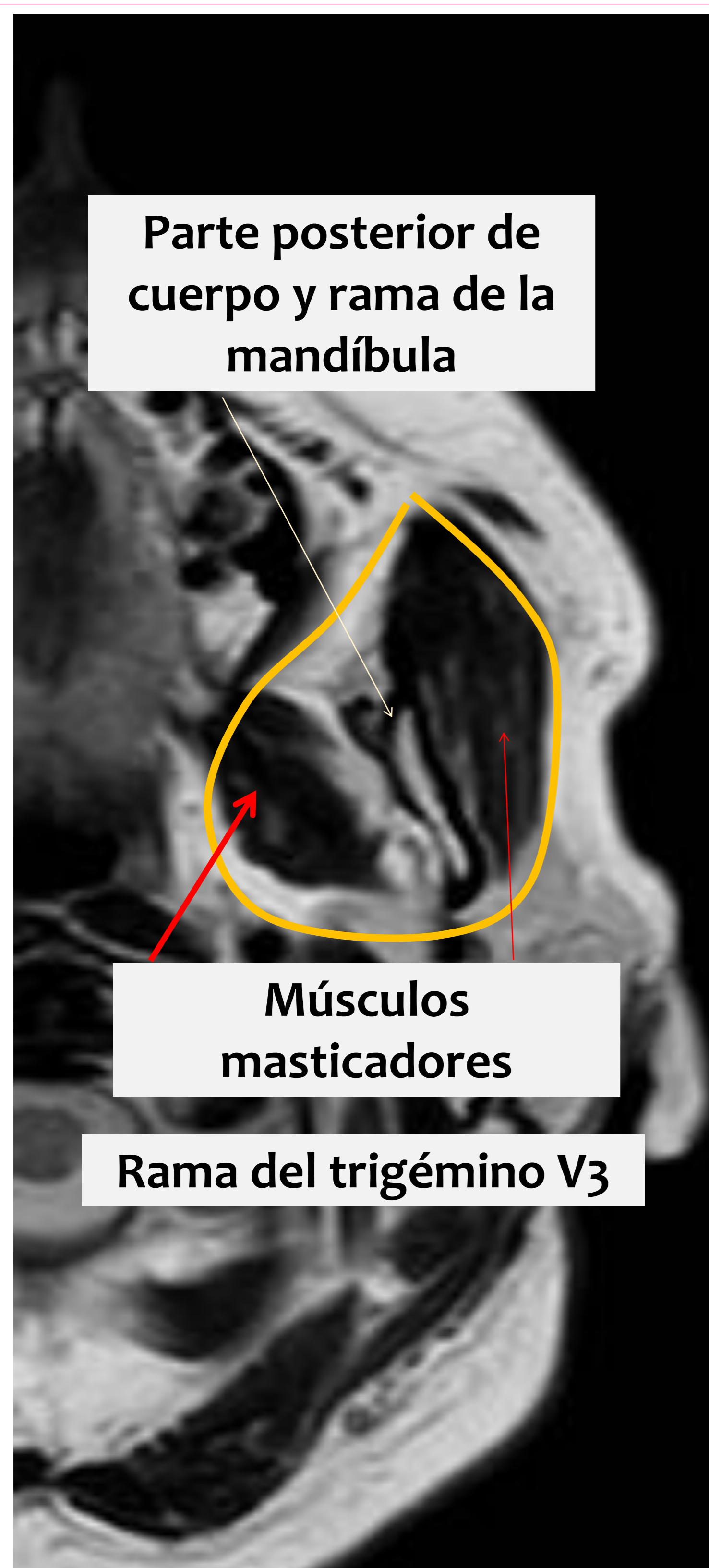
¿A que espacio cervical pertenece la lesión?

1. La lesión parte del espacio parotideo e invade el espacio masticador
2. La lesión se localiza en el espacio masticador
3. La lesión parte del espacio sublingual e invade el espacio masticador

¿Cual es la patología más frecuente de este espacio?

1. Los tumores
2. Las infecciones
3. Las lesiones congénitas

ESPACIO MASTICADOR



La presentación clínica más frecuente de una masa en el EM es el **TRISMO** (incapacidad para abrir la boca)

La patología más frecuente son generalmente las **INFECCIONES**, de origen odontógeno.

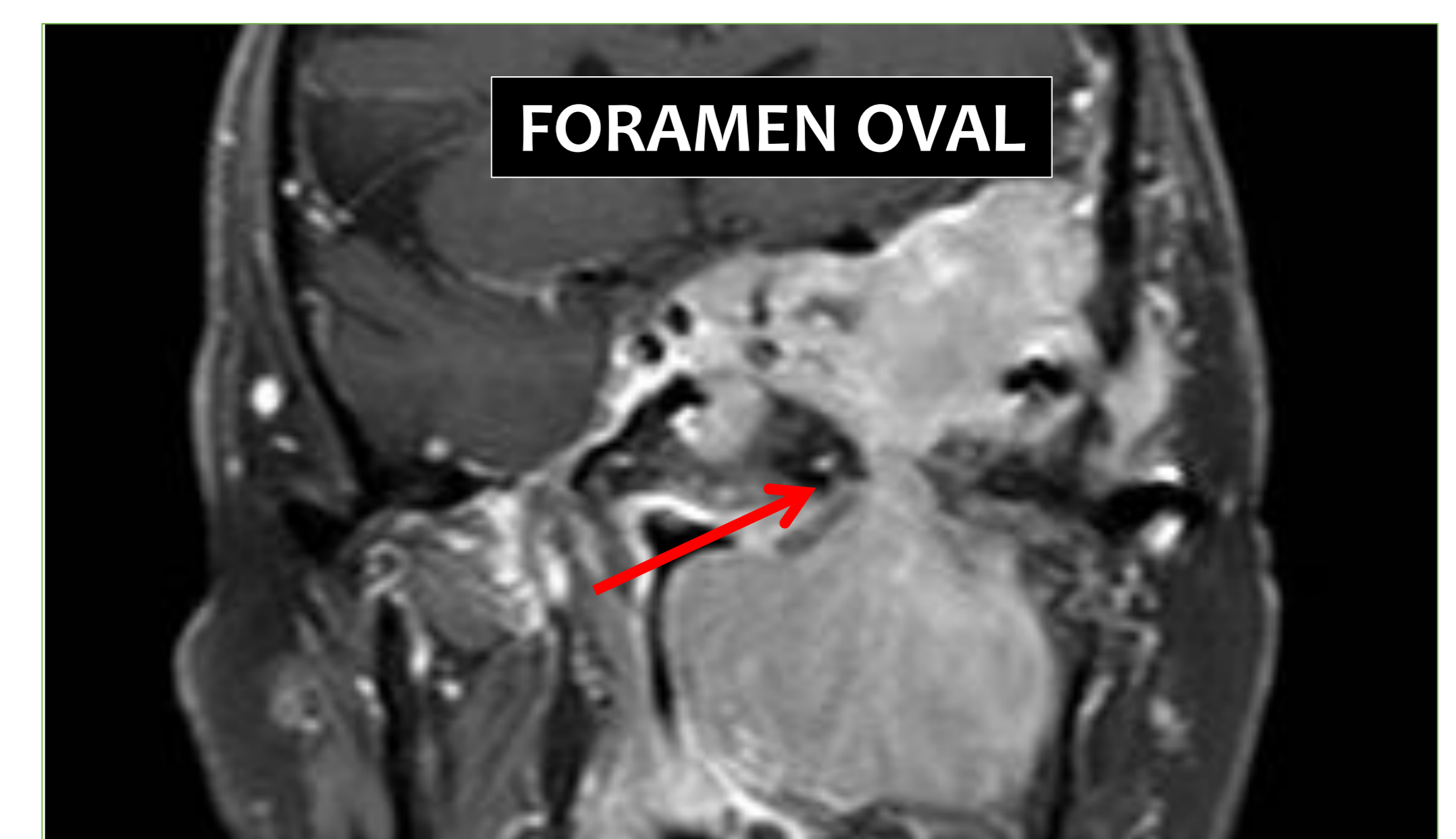
El tumor primario más frecuente es el **SARCOMA**.

No obstante, la extensión de un *carcinoma de cavidad oral o del borde alveolar* son patologías secundarias mucho más frecuentes

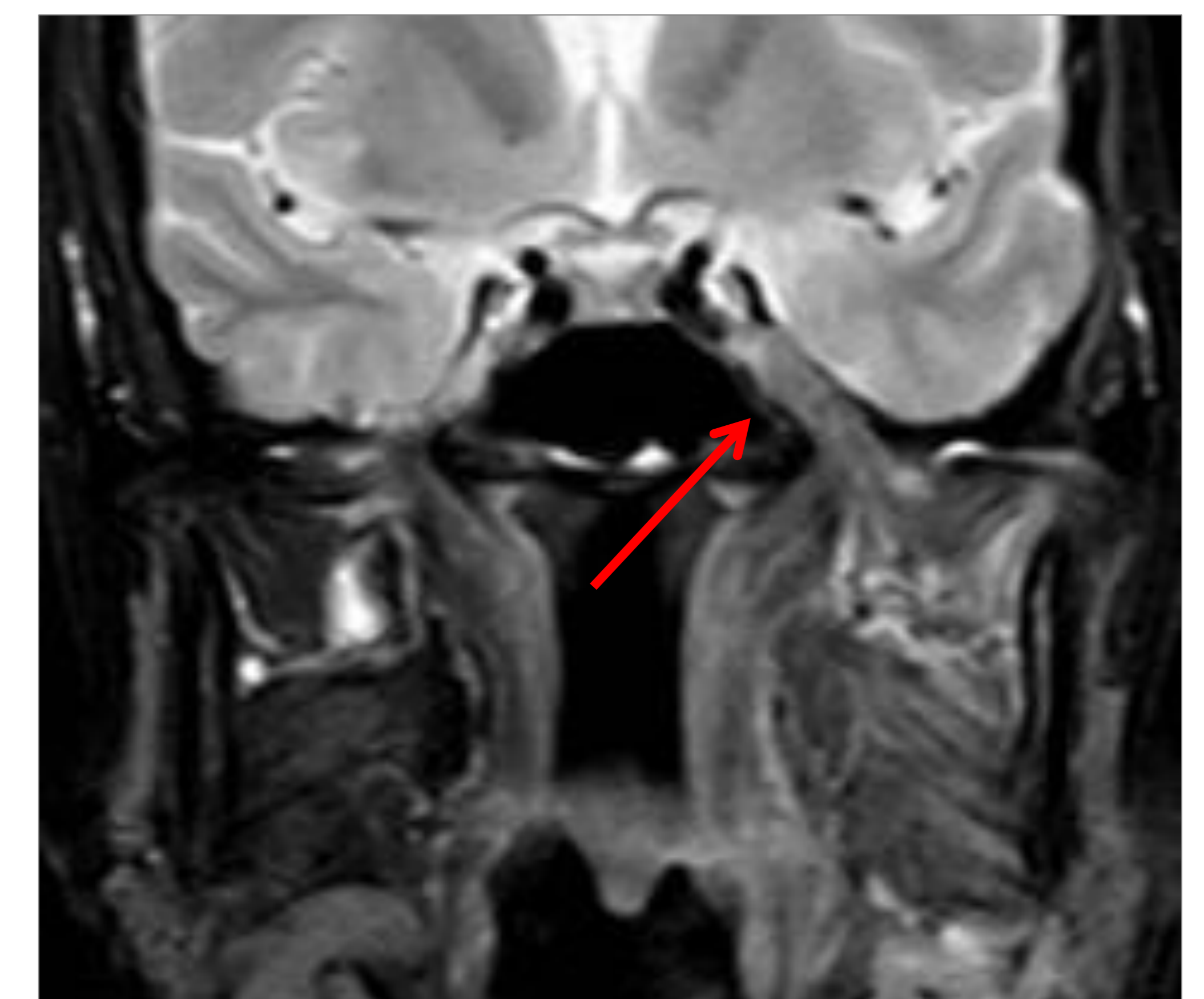
¡POR LO QUE SE DEBE BUSCAR EL ORIGEN EN LA MUCOSA!

las lesiones del EM puede diseminarse a la fosa craneal media a través del foramen oval

“CHIMENEA DEL ESPACIO MASTICADOR”



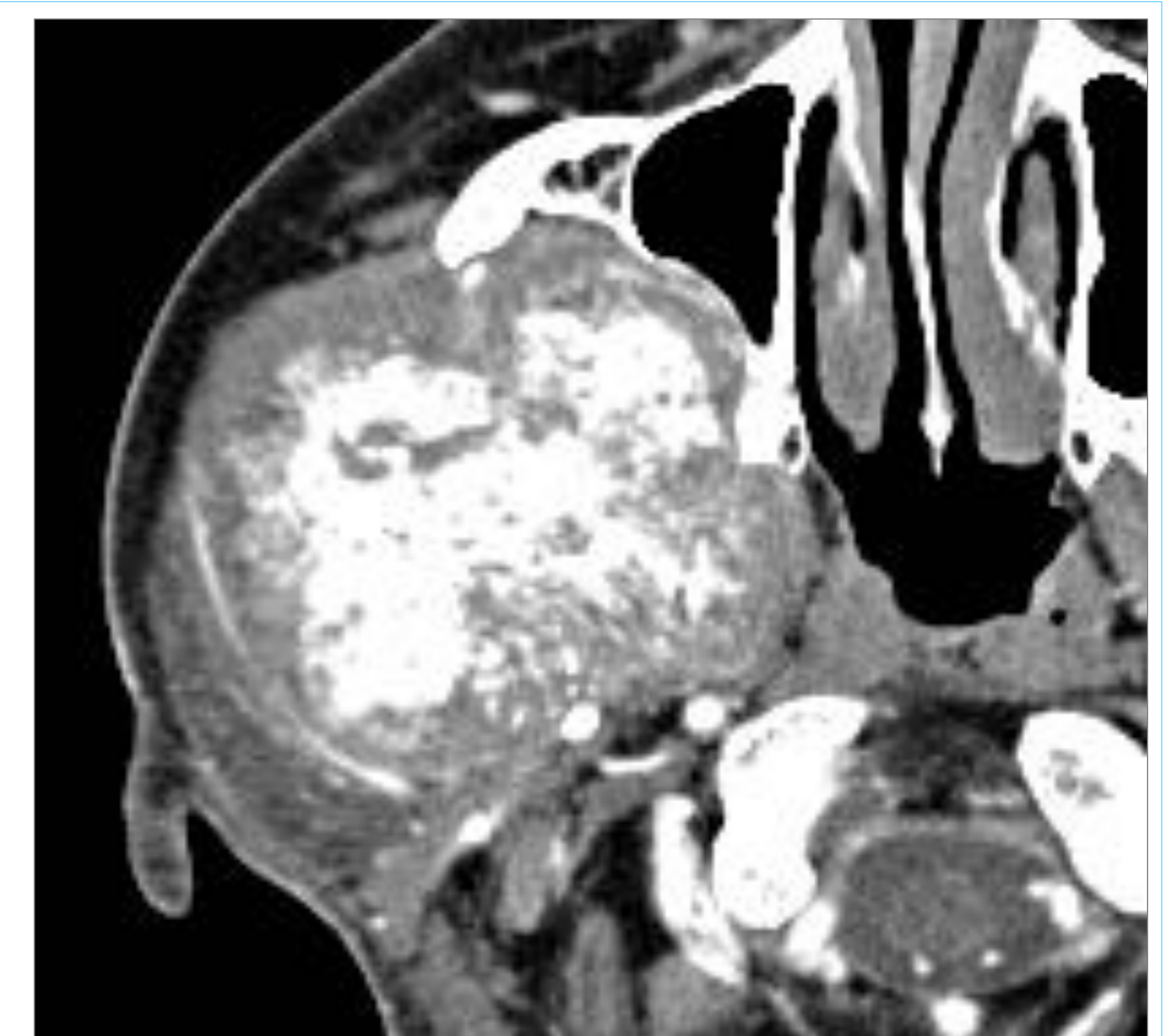
Cuando se valoran tumores del EM es muy importante descartar la **diseminación perineural** de la rama mandibular del V par (V3)



OSTEOSARCOMA

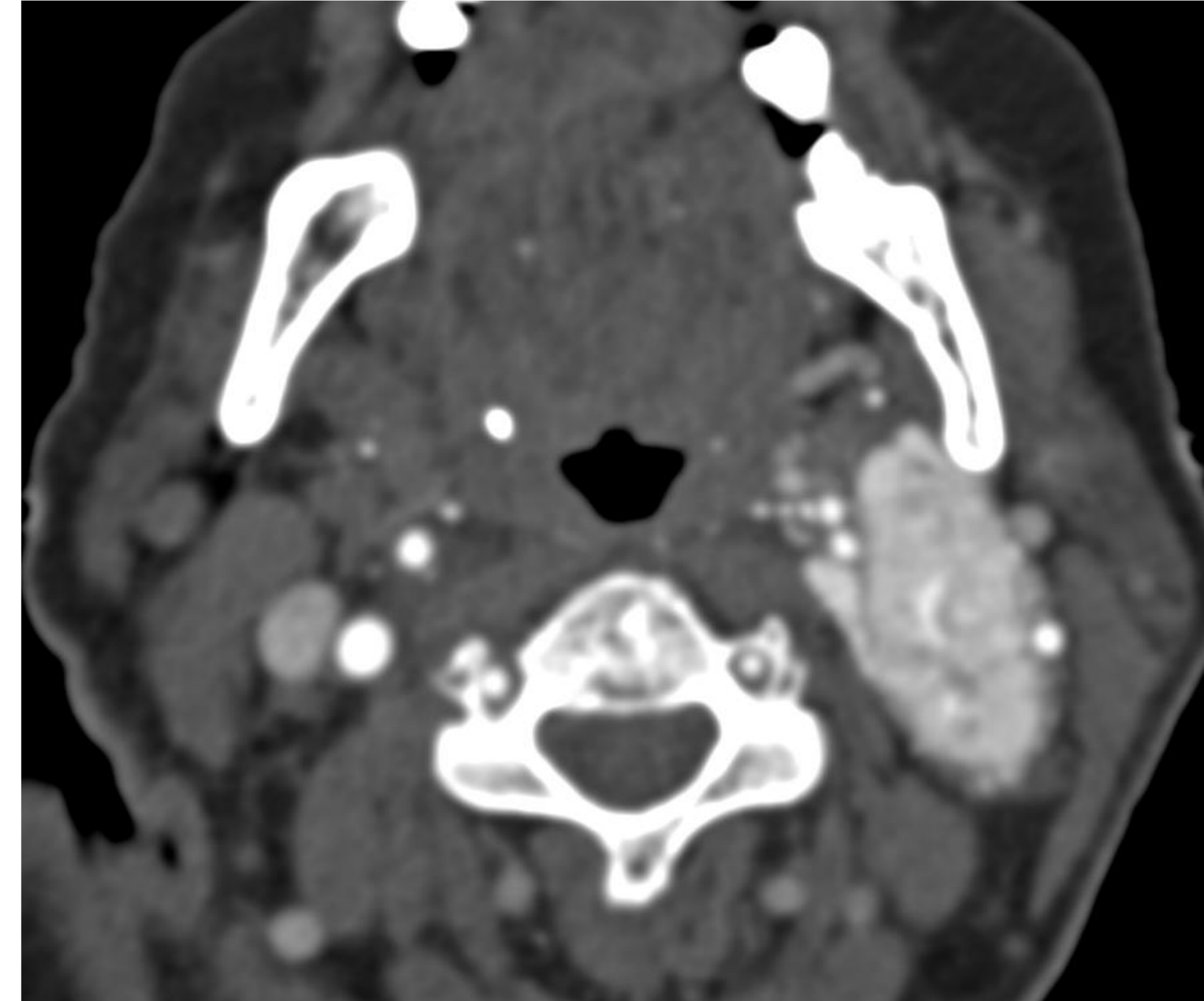
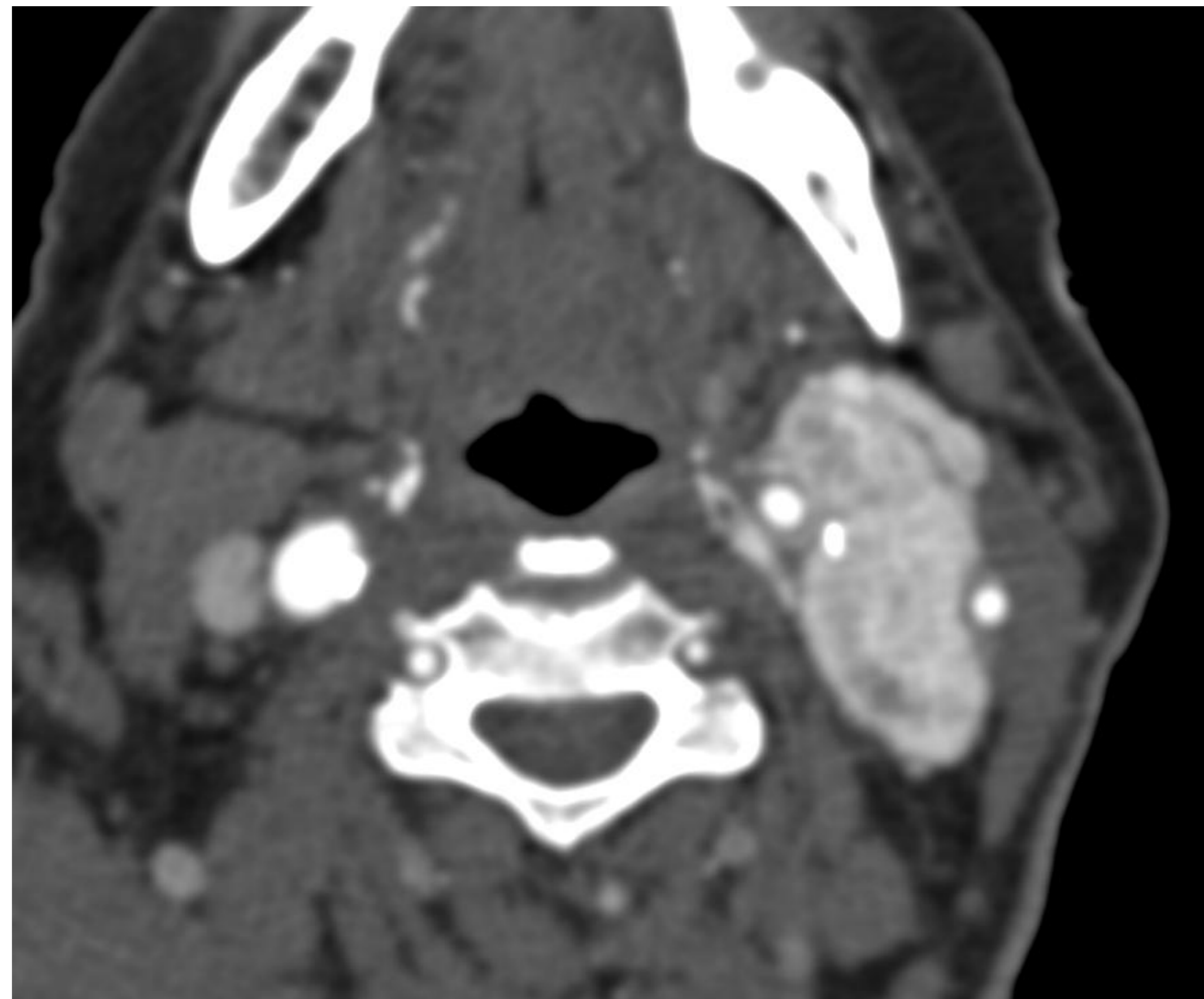
Es una lesión localizada en el **espesor** de los músculos del **espacio masticador**

En ausencia de una neoplasia maligna sistémica, neoplasia de cabeza y cuello o síntomas sépticos (absceso), una masa en el EM debería sugerir el diagnóstico de **SARCOMA**



Caso 5

Paciente de 72 años con HTA y dislipemia. Acude a urgencias por cuadro de disnea y astenia.



¿Cuál **NO** es una característica de esta lesión?

1. Masa vascular que separa la ACE y la ACI
2. Suele afectar al agujero rasgado posterior
3. Aspecto en “sal y pimienta”

¿Una lesión en este espacio como desplazaría el espacio parafaríngeo?

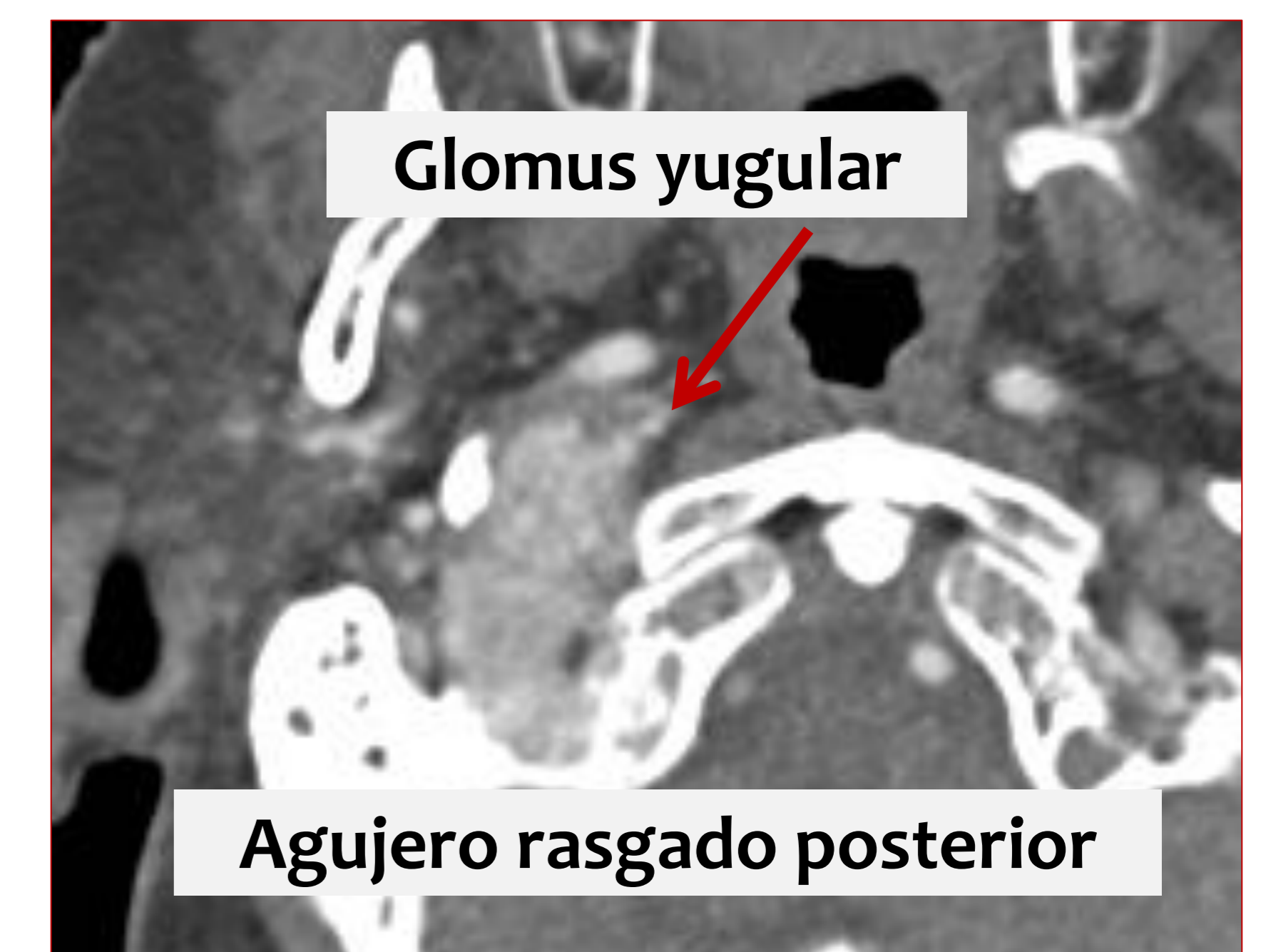
1. Hacia medial
2. Hacia anterior
3. Hacia lateral

ESPACIO CAROTIDEO



Se extiende desde la base de la base del cráneo hasta el arco aórtico.

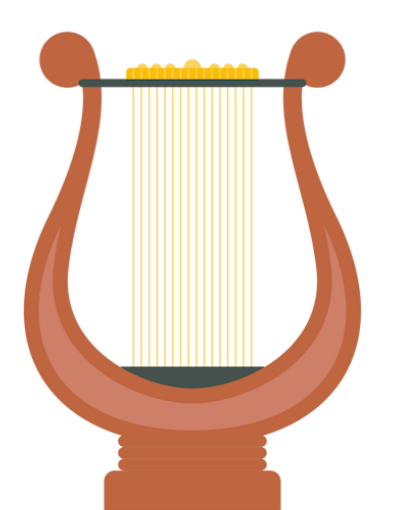
En la base del cráneo tiene una *relación estrecha* con el **agujero rasgado posterior**



Una masa en el EC desplaza la GRASA del espacio Parafaríngeo en sentido **ANTERIOR**



Piensa en un paraganglioma carotídeo cuando veas el signo del arpa



PARAGANGLIOMA CAROTIDEO

Es una lesión localizada **ENTRE** los grandes vasos por lo que se localiza en el **ESPACIO CAROTIDEO**

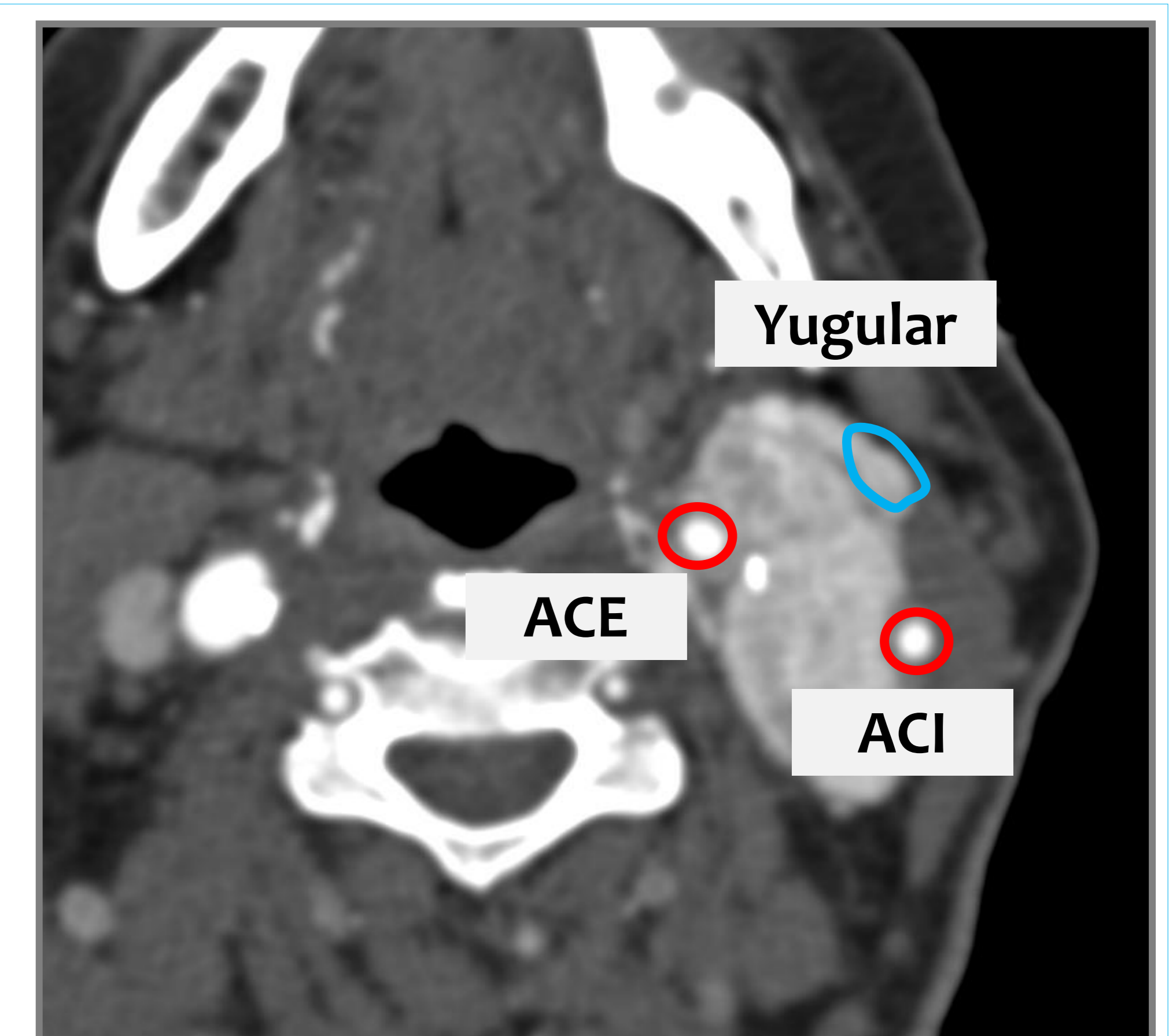
El origen anatómico de la lesión, por exclusión...

La **a. carótida** y la **v. yugular** están comprimidas, pero **PRESENTES**. Los **ganglios linfáticos** se encuentran típicamente **LATERALES** a los vasos y **NO** entre ellos

Los **restos congénitos** suelen ser lesiones **QUISTICAS**

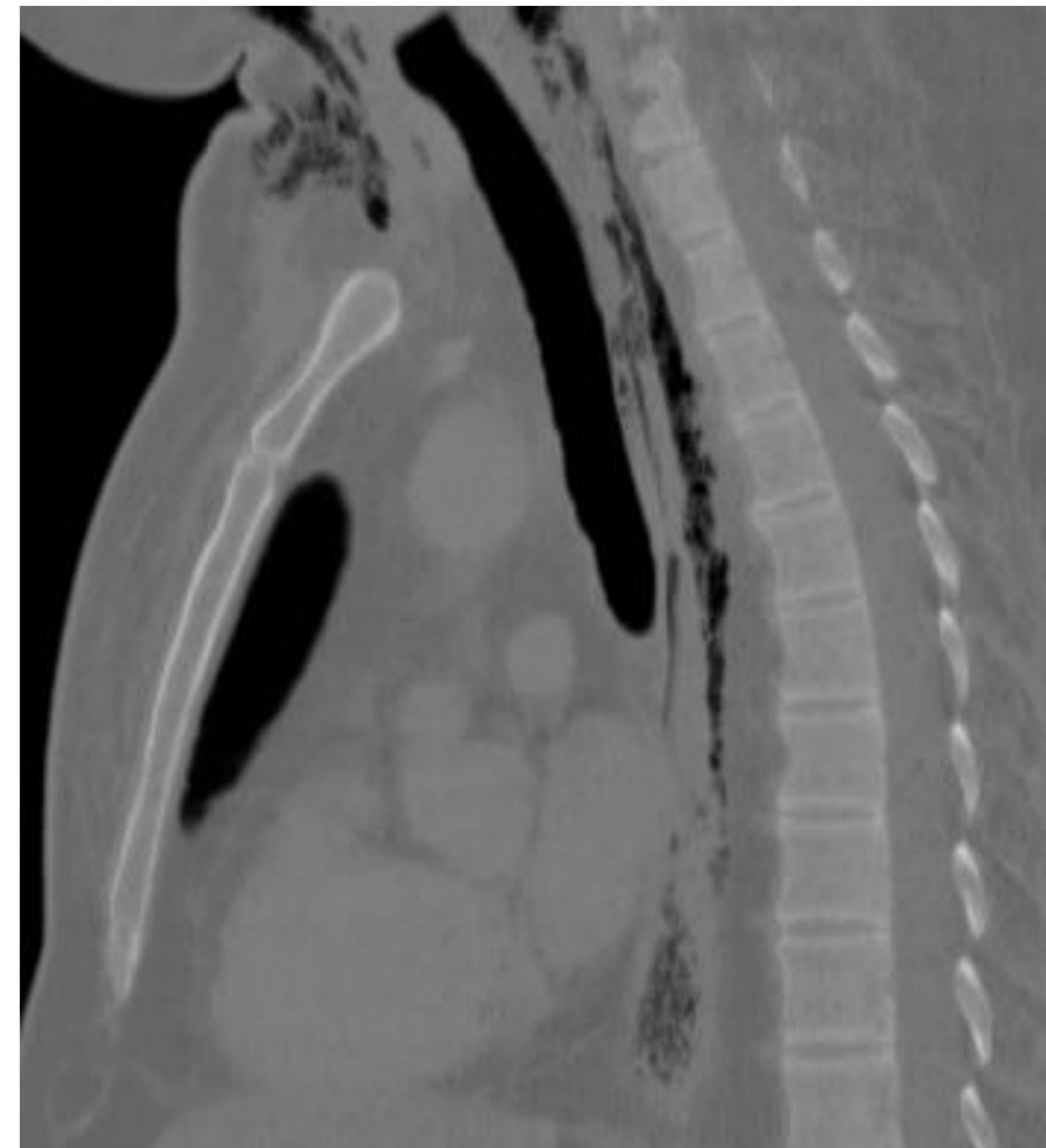
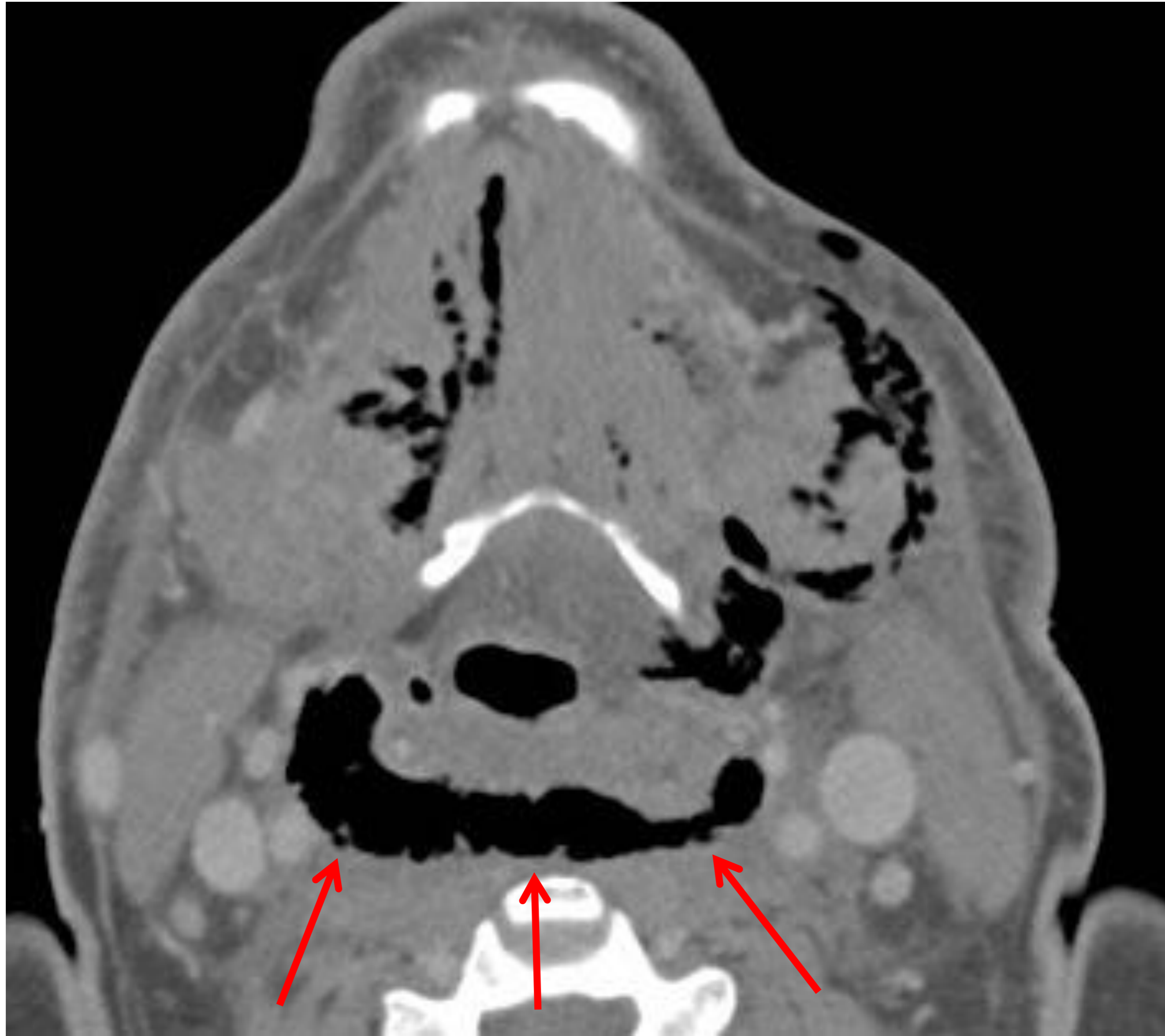
Las **estructuras neurales** como el nervio vago y el plexo simpático se encuentran **ENTRE** los grandes vasos

- Masa hipervascular.
- **Vacío de flujo** en RM
- Localización a nivel de la bifurcación carotídea
- **Separa la ACE y la ACI.**
- **Estructuras vasculares y calcificaciones** en su interior
- **DD: Paraganglioma del globo vagal** (Son más frecuentes. Localización a la altura de la nasofaringe, producen **destrucción ósea permeativa del agujero rasgado posterior**); *Schwannoma o neurofibroma* (**NO** separan la bifurcación carotídea, realce variable)



Caso 6

Paciente de 47 años acude a urgencias por un cuadro de dificultad respiratoria progresiva desde hace 4 días tras realizar un tratamiento dentario (endodoncia)



¿Qué espacio cervical se señala con la flecha roja? 

1. *Espacio cervical posterior*
2. *Espacio visceral*
3. *Espacio retrofaríngeo*

¿Sabes por que está afectado el mediastino?

1. *Claro, me suena algo el espacio peligroso*
2. *No tengo idea, por favor explícamelo*

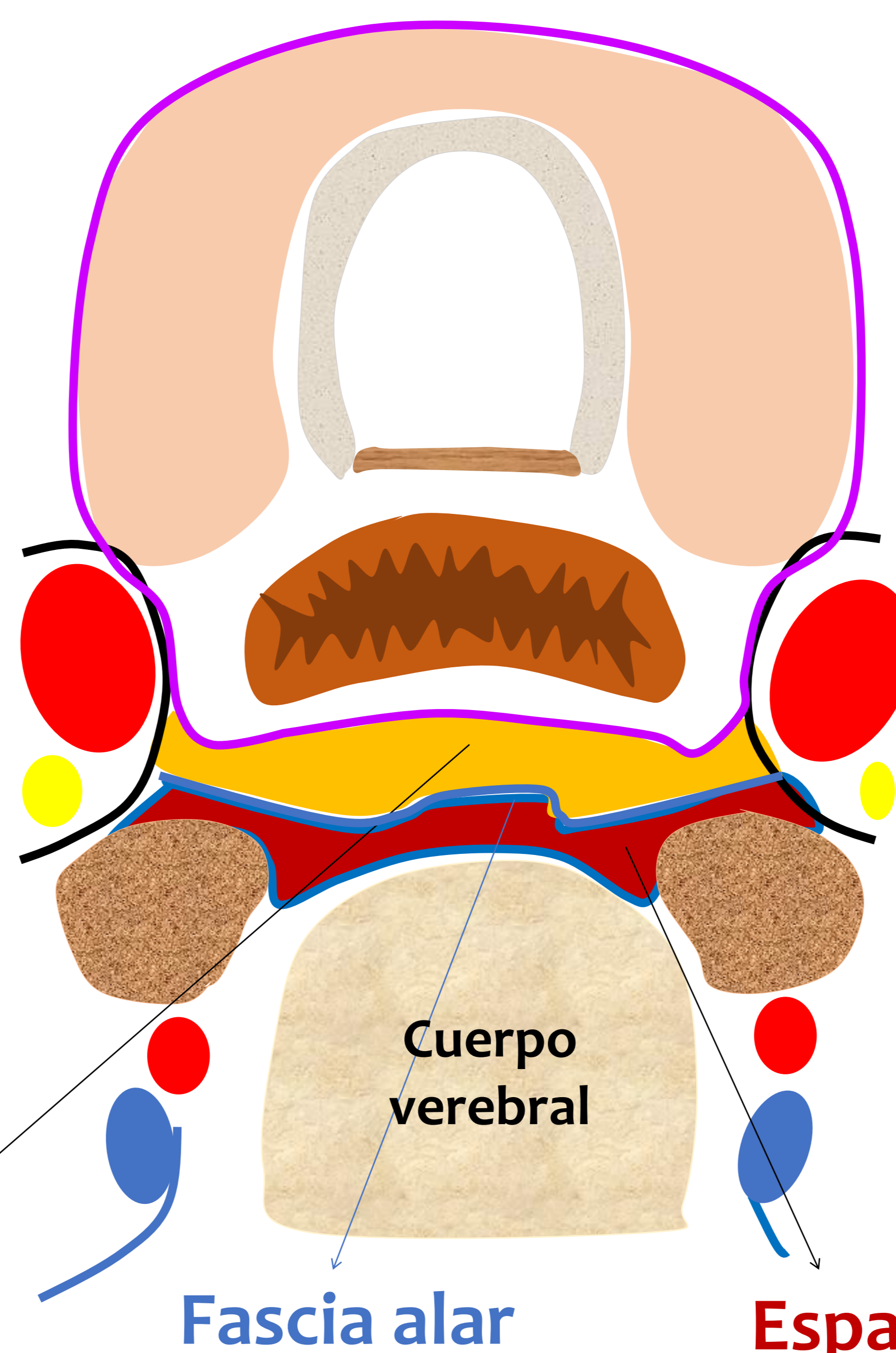
ESPACIO RETROFARINGEO

Espacio virtual que solo contiene **ganglios linfáticos y tejido adiposo**

La **FASCIA ALAR** divide el ERF en dos componentes:

- **ANTERIOR** (el **"verdadero ERF"**) que llega hasta la altura de T3
- **POSTERIOR** (el **"PELIGROSO"**) que llega hasta la altura del **DIAFRAGMA**

espacio retrofaringeo



Espacio peligroso

Esta división es solo anatómica, ya que radiológicamente no son separables

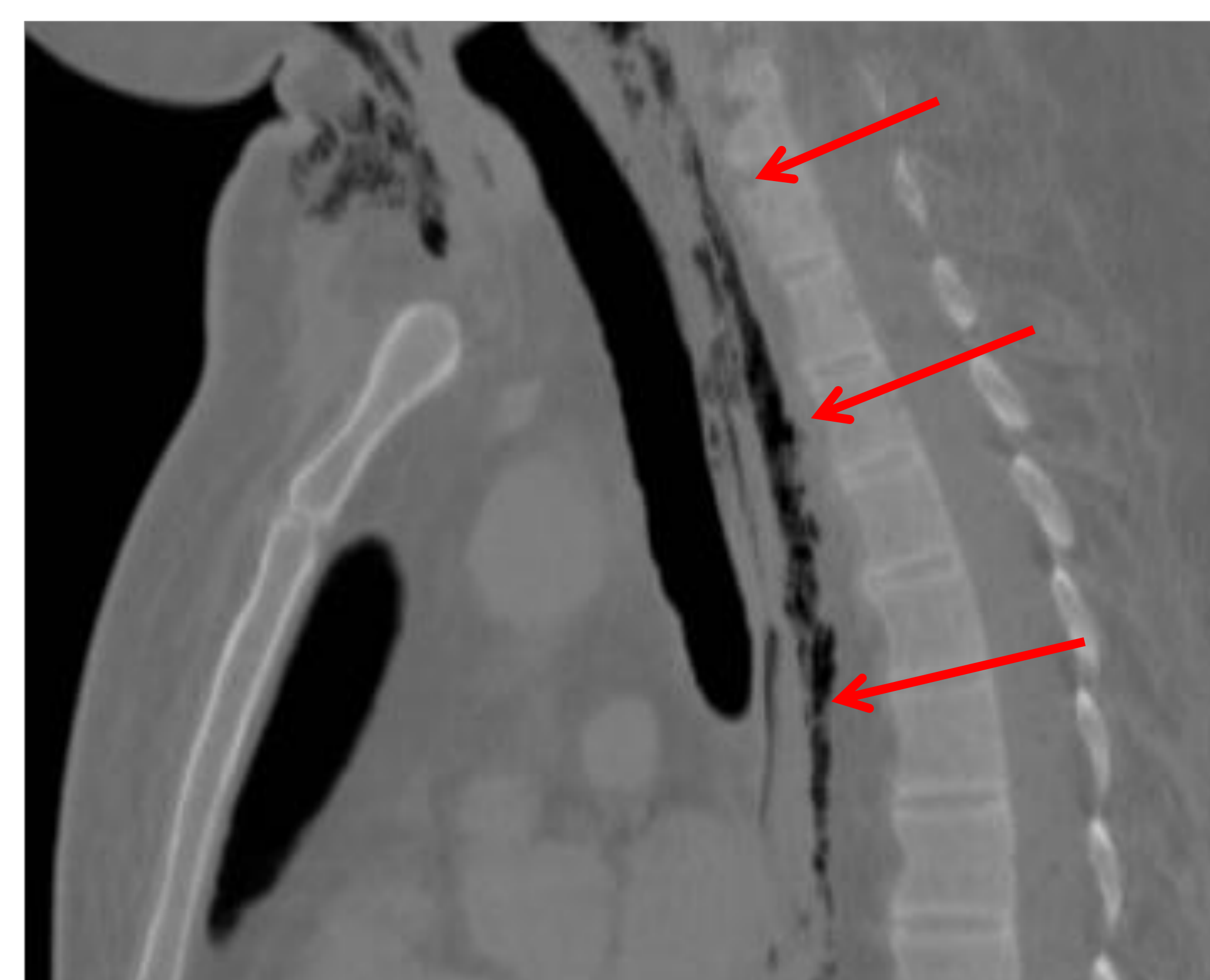
Cuando veas afectación de este espacio debes obtener imágenes hasta al menos la **bifurcación traqueal**



FASCITIS CERVICAL Y MEDIASTINITIS NECROTIZANTE

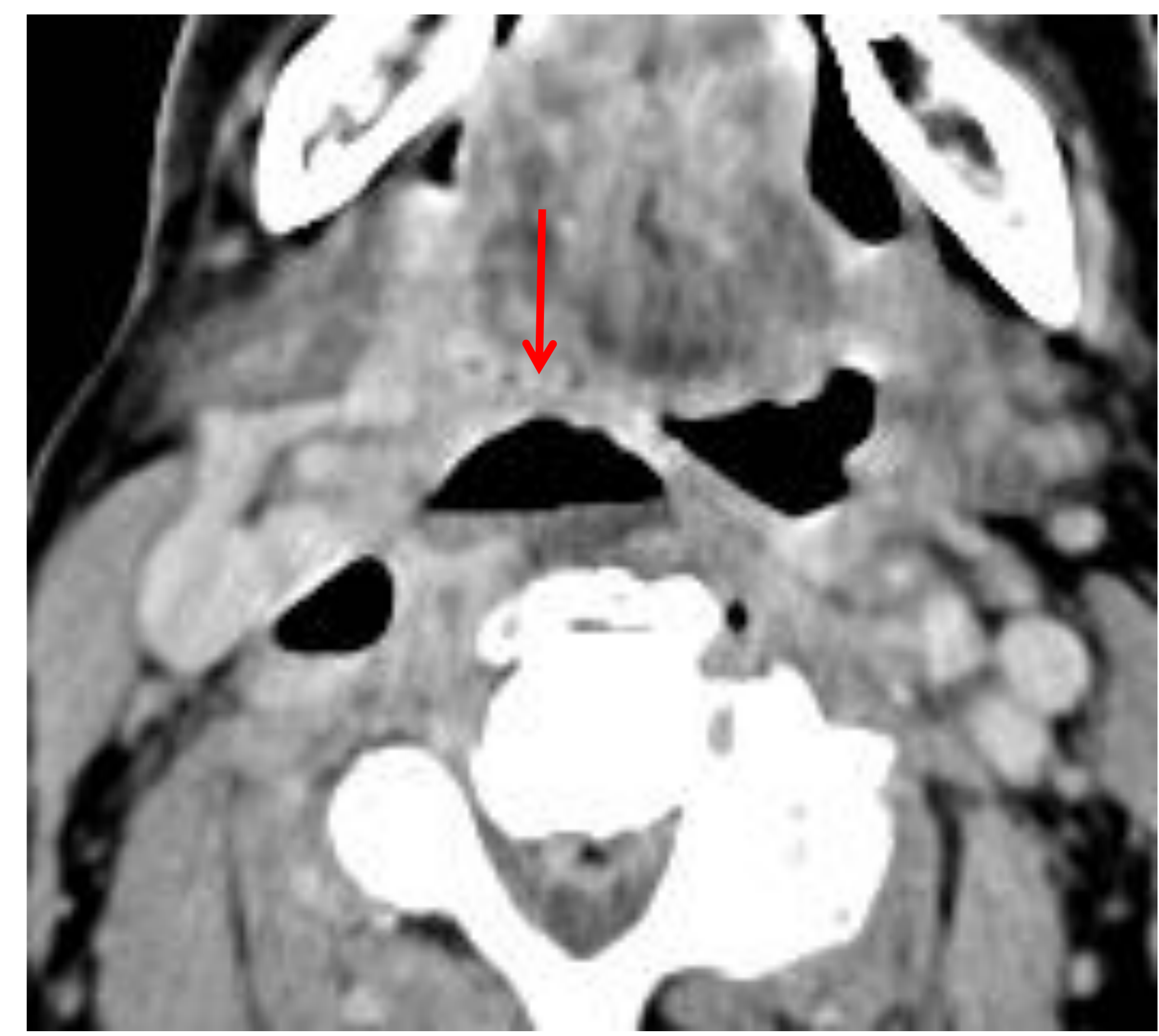
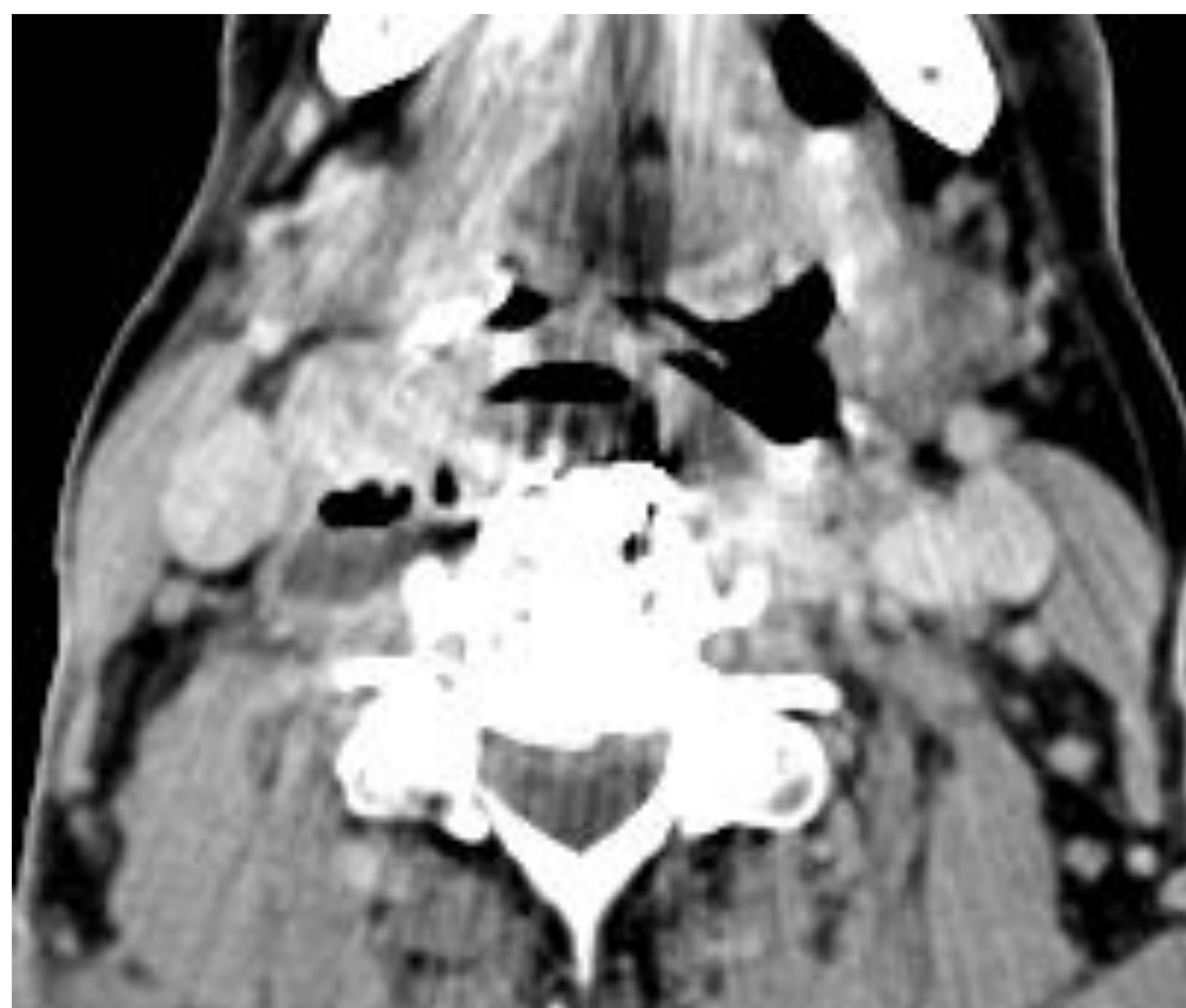
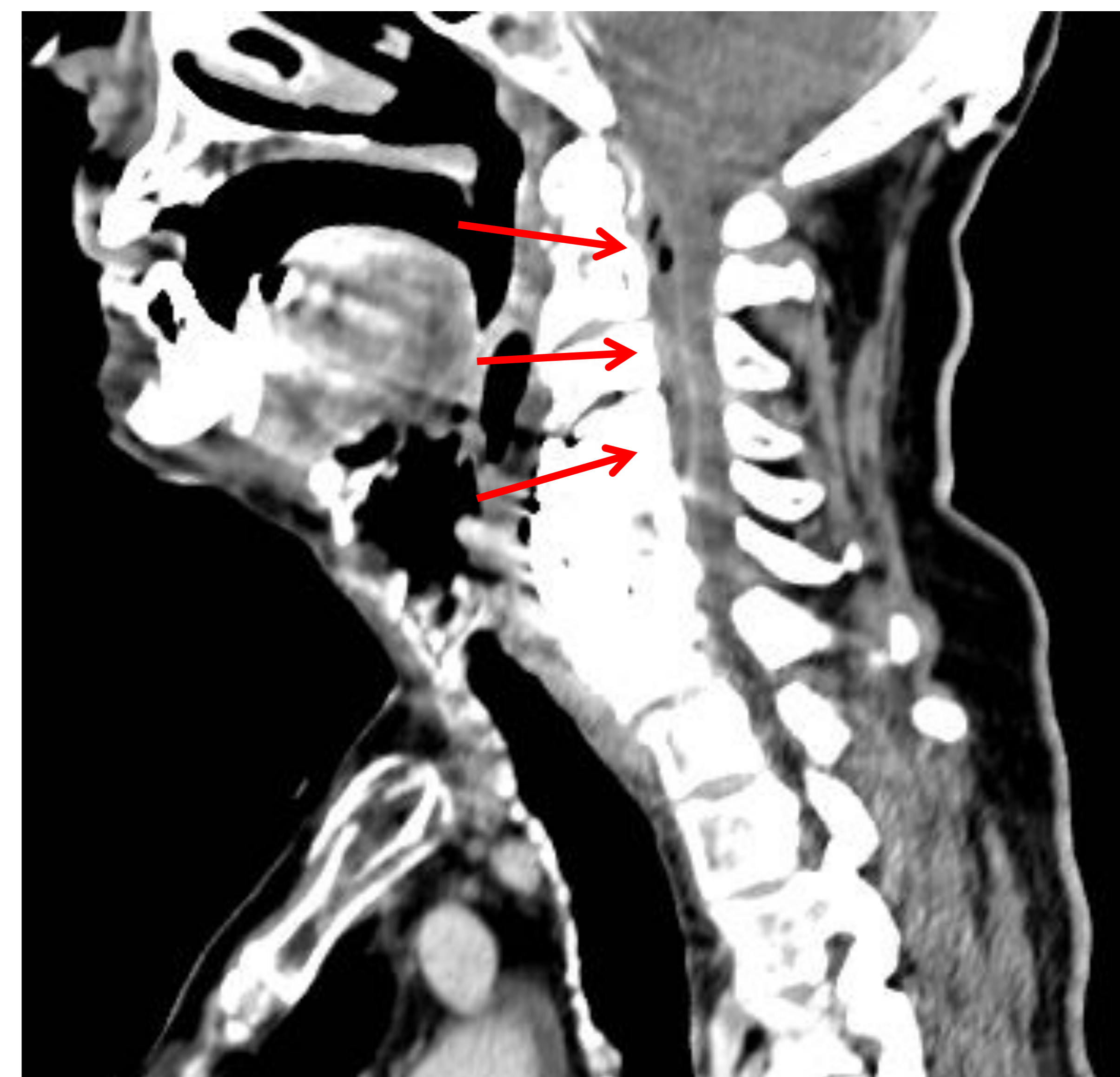
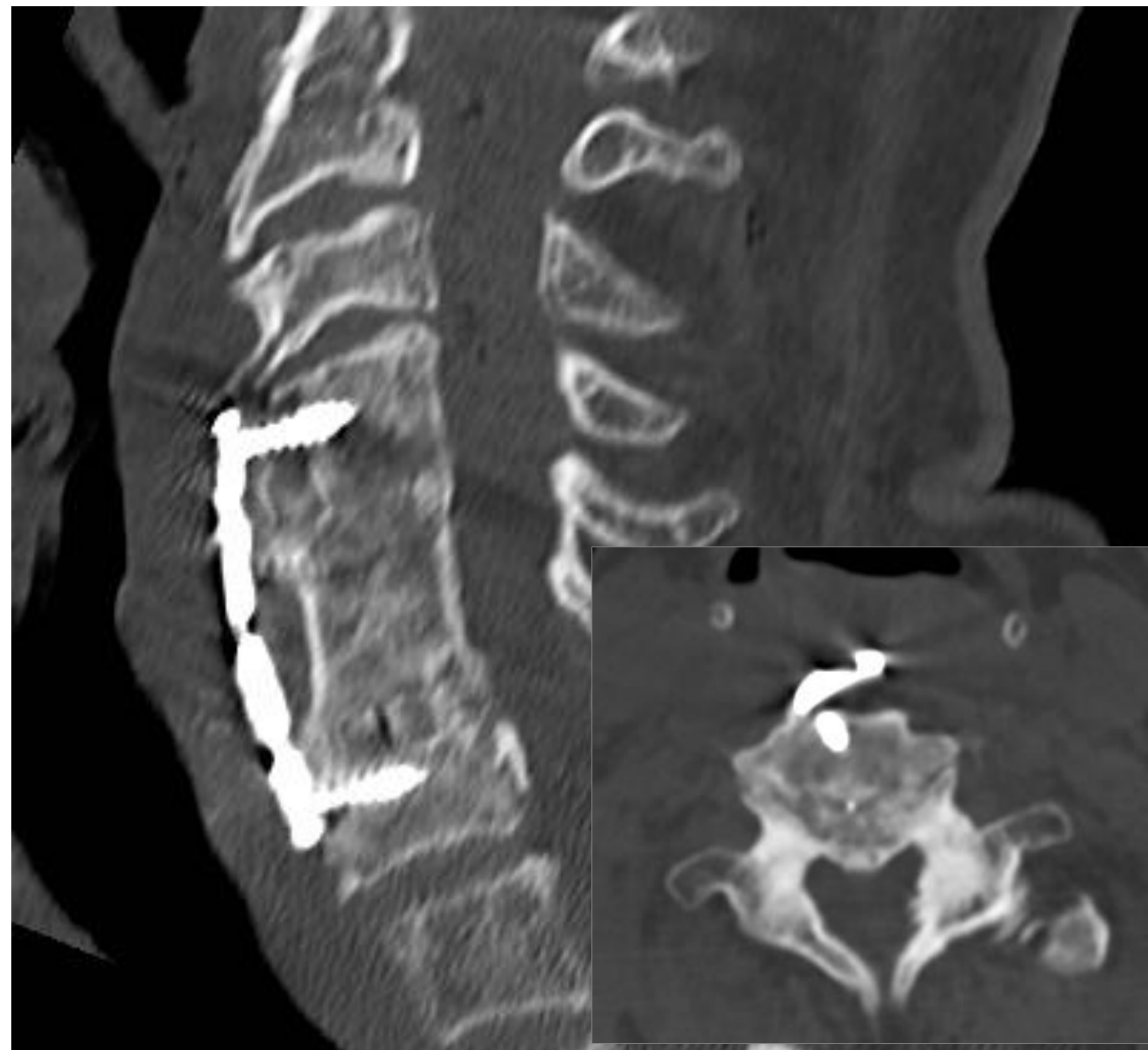
Hay que recordar que el **espacio parafaríngeo** tiene **múltiples relaciones anatómicas** que le permiten actuar como vía de propagación de infecciones.

En este caso la patología se inicia en la cavidad oral y se extiende hacia el espacio parafaríngeo y de ahí al espacio retrofaringeo y espacio peligroso, **alcanzando el mediastino.**



Caso 7

Paciente de 71 años con cervicalgia y tetraparesia de predominio proximal y braquial. Dolor a la palpación cervical. 17.000 leucocitos. Antecedente de artrodesis cervical anterior. Te ayudo con las flechas...



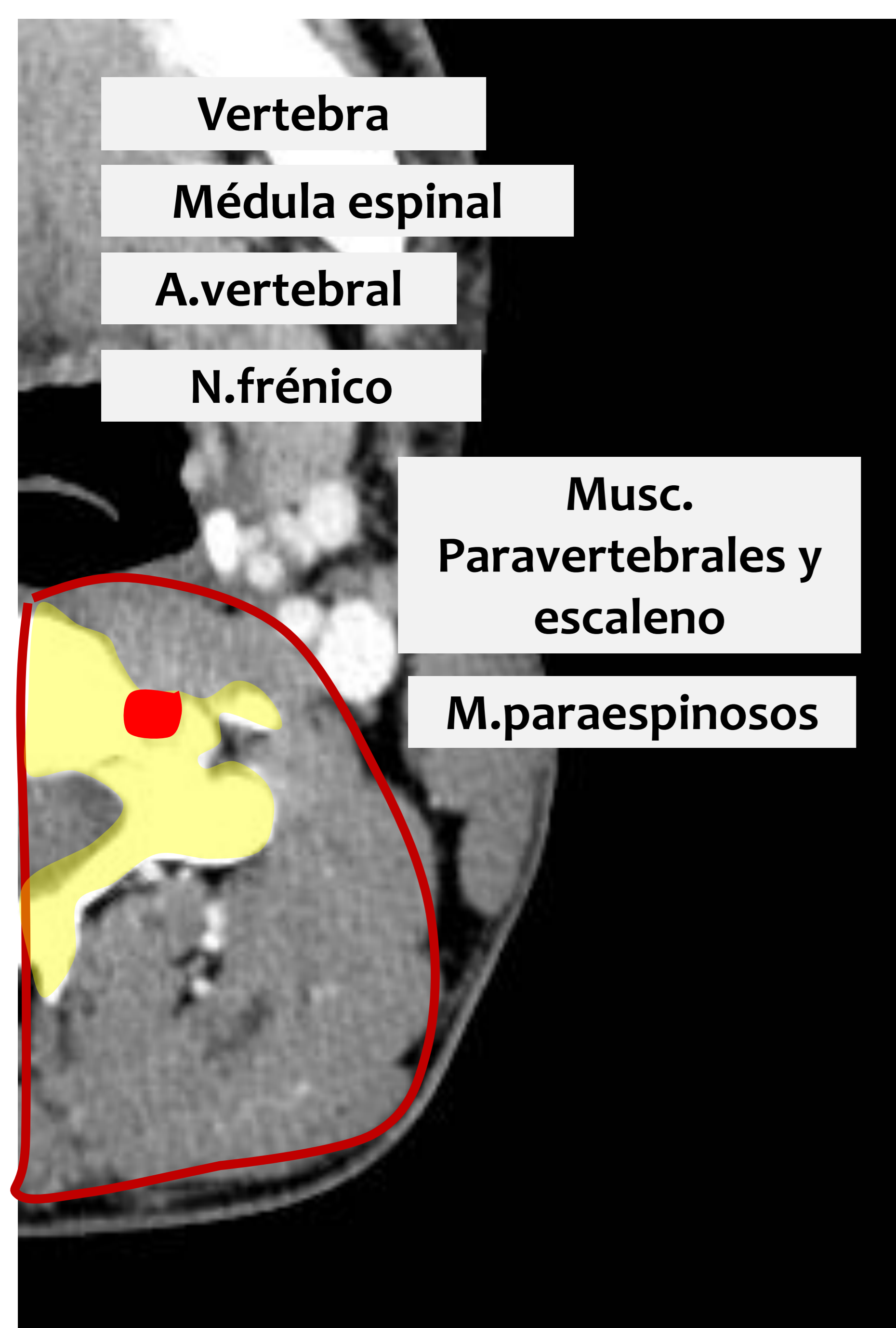
¿Qué espacio cervical está afectado?

1. *Espacio cervical posterior*
2. *Espacio perivertebral*
3. *Espacio visceral*

¿Cual es la patología más frecuente de este espacio?

1. *Los tumores*
2. *Las infecciones*
3. *Las lesiones congénitas*

ESPACIO PERIVERTEBRAL



Espacio cilíndrico que rodea la columna vertebral desde la base del cráneo hasta el mediastino superior (T4).

La mayoría de lesiones se originan en el **cuerpo vertebral**, siendo la **enfermedad metastásica** y la **infección** las causas más frecuentes de patología.

La capa profunda de la fascia cervical profunda rodea por completo este espacio e impide la diseminación de las lesiones (tumoraes o infecciosas) hacia delante, por lo que **diseminan hacia el sitio de menor resistencia (ESPACIO EPIDURAL** a través del agujero neural).

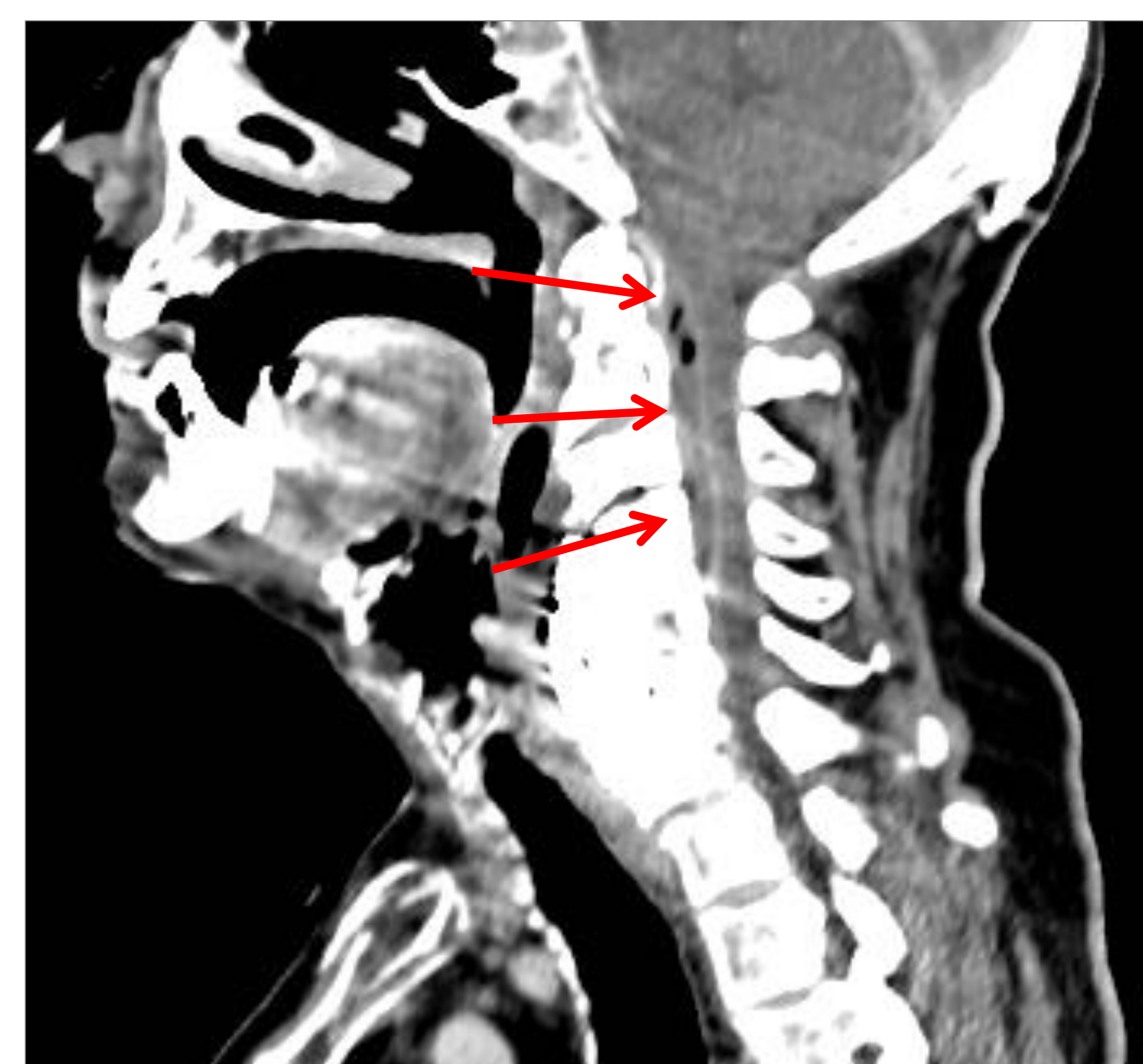
Cuando veas afectación del espacio perivertebral, siempre debes de fijarte si existe **afectación del espacio epidural**



EMPIEMA PERIVERTEBRAL Y EPIDURAL ANTERIOR

Cambios postquirúrgicos (artrodesis instrumentada anterior). Colecciones con pared hipercaptante y gas en el **espacio prevertebral** y en **espacio epidural anterior** compatibles con abscesos.

Recordar que la patología puede extenderse hacia el espacio epidural



Caso 8

Paciente de 74 años con astenia y disnea de esfuerzo. Analítica normal. Solicitan TC de cuello y tórax. Únicamente se muestran los hallazgos de la TC de cuello.



¿Cuál es tu diagnóstico?

1. *Carcinoma de amígdala*
2. *Linfoma*
3. *Carcinoma de glándula salival menor*

FARINGOMUCOSO



Espacio que comprende las superficies **MUCOSA** y **SUBMUCOSA** de la naso, orofaringe, cavidad oral e hipofaringe

NO ES UN VERDADERO ESPACIO

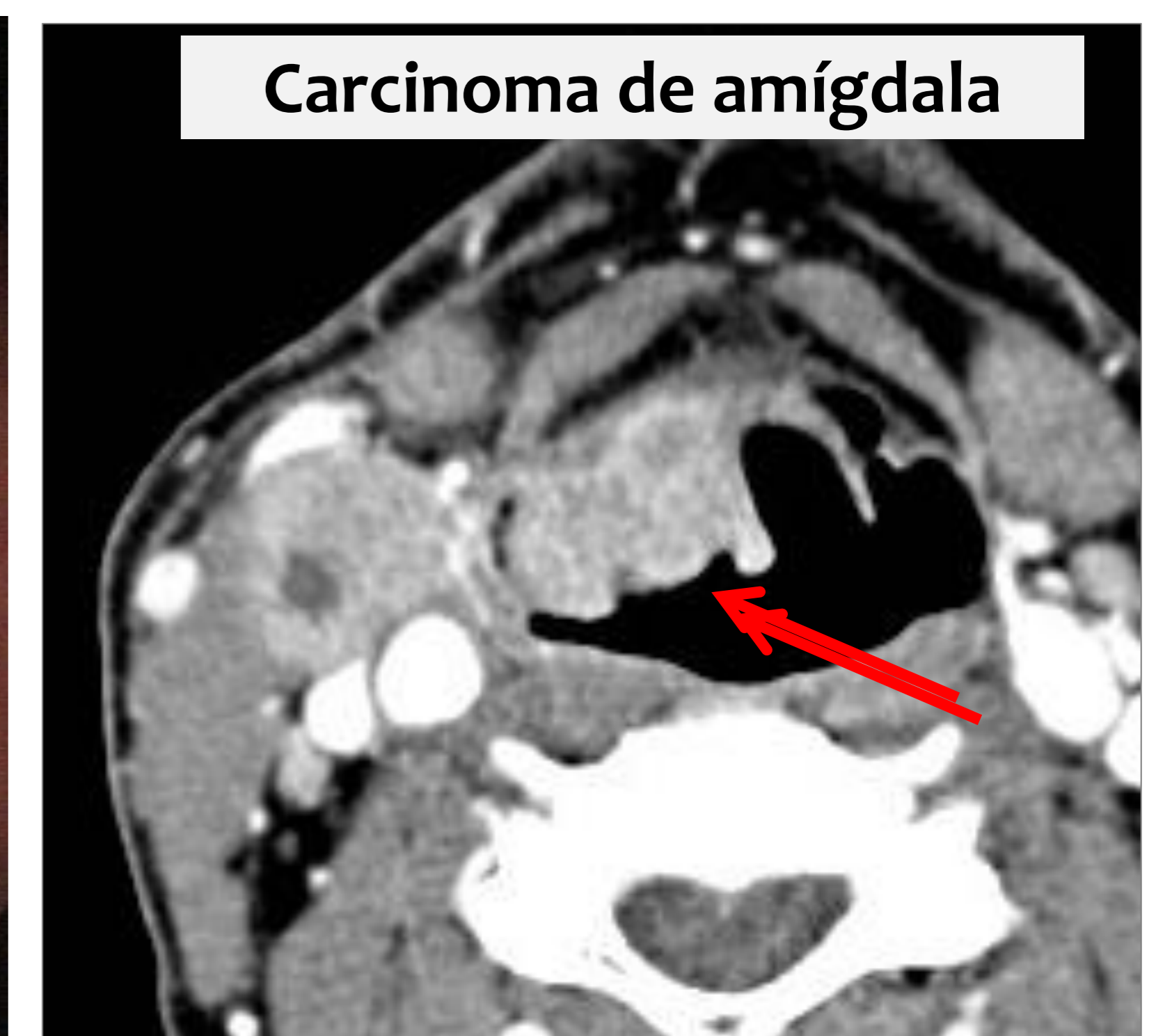
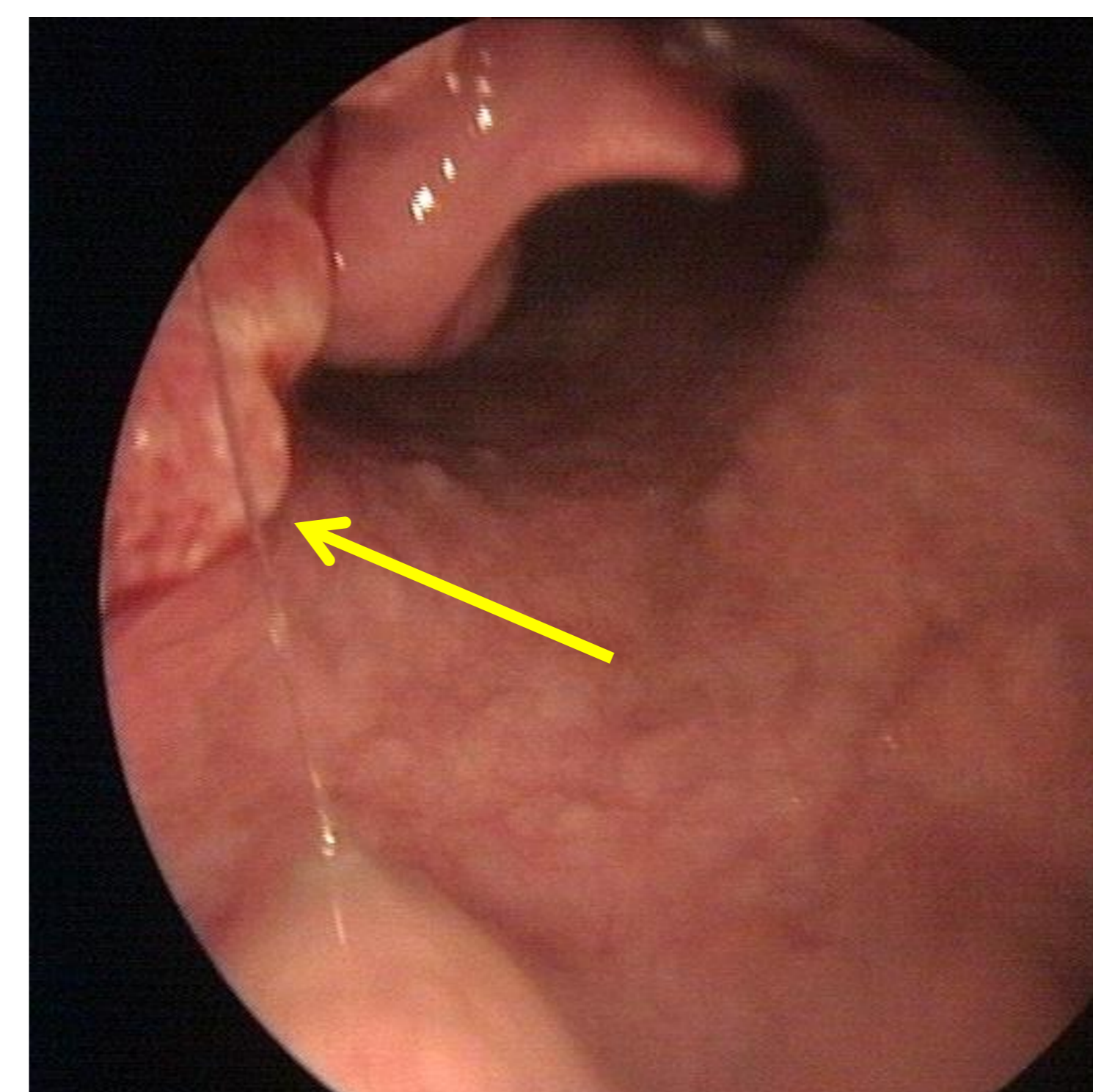
No se encuentra completamente rodeado por una fascia

Las neoplasias malignas mas importantes son el **CARCINOMA EPIDERMÓIDE** de la **superficie mucosa**, el **LNH** (del anillo linfático faríngeo) y un **carcinoma de la glándula salival menor**.



Recuerda que el médico que deriva al paciente también puede ver directamente una lesión del espacio mucosofaríngeo.

¡ Nuestro papel es valorar la extensión de lesión !



LINFOMA MALT

LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B

El **anillo de Waldeyer** comprende unared de tejido linfoide en la nasofaringe, la base de la lengua y las amígdalas (que incluye el paladar blando).

Es el **linfoma extranodal más común en cabeza y el cuello**.

El 10% se asocian con antecedente de linfoma de tracto digestivo.

El linfoma puede afectar a los tres sitios del anillo de Waldeyer o puede estar localizado en uno de ellos:

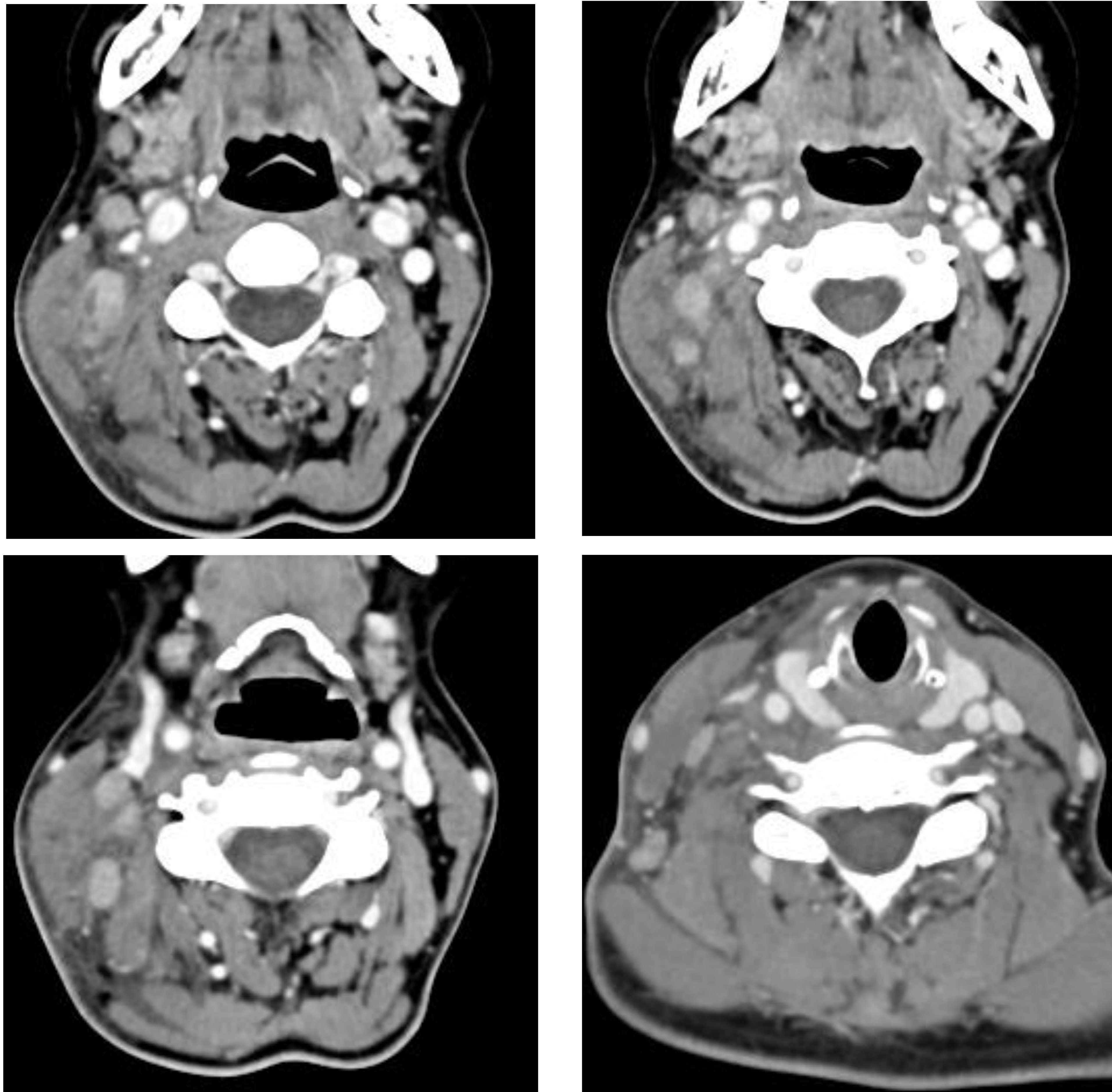
amígdala palatina > nasofaringe > amígdalas linguales.

Los **linfomas extraganglionares** se manifiestan como **MASAS SUBMUCOSAS** cubiertas por una mucosa intacta que pocas veces se *ulcera a diferencia de los carcinomas*.



Caso 9

Paciente mujer de 32 años, con odinofagia leve y fiebre de 39°. A la exploración tiene ganglios laterocervicales derechos.



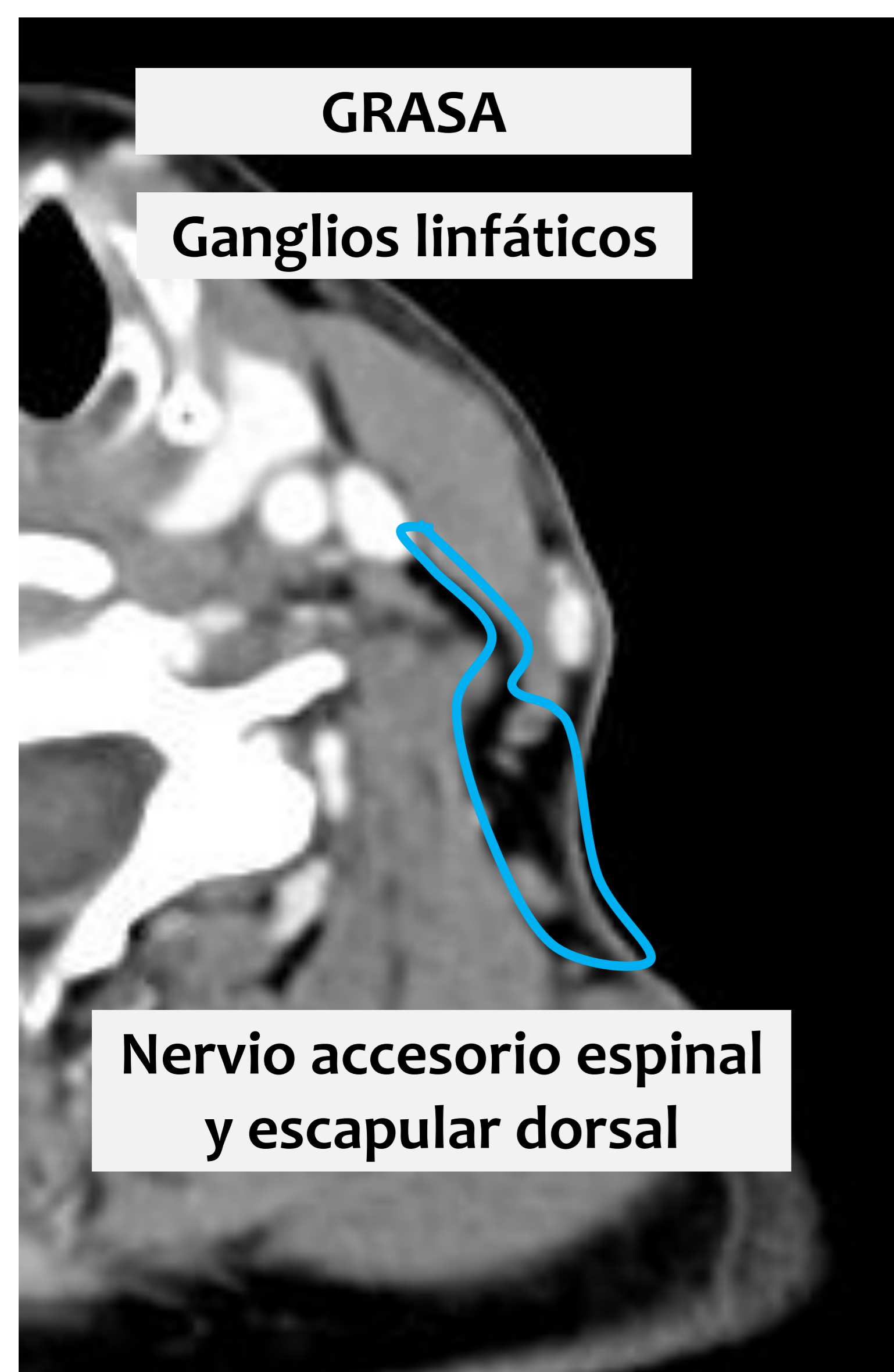
¿Qué espacio cervical está afectado?

1. *Espacio perivertebral*
2. *Espacio cervical posterior*
3. *Espacio paravertebral*

¿Cuál es tu diagnóstico?

1. *Son adenopatías unilaterales, así que linfoma*
2. *No puedo contestar a la pregunta, por que necesito saber si el resto del área ORL es normal*
3. *Adenopatías reactivas de etiología infecciosa*

CERVICAL POSTERIOR



Se encuentra en la zona lateral del cuello, profundo con respecto a los músculos esternocleidomastoideo y trapecio, e incluye el triángulo de grasa entre ellos.

Para decir que una lesión depende del espacio cervical posterior debe surgir dentro de la **GRASA**.

La patología más frecuente son las **ADENOPATIAS** tanto inflamatorias como malignas.

En ECP contiene ganglios desde el nivel V y niveles II y-IV.

La patología más frecuente son las adenopatías inflamatorias o malignas.

Identificar el origen más probable del tumor primario es de gran importancia



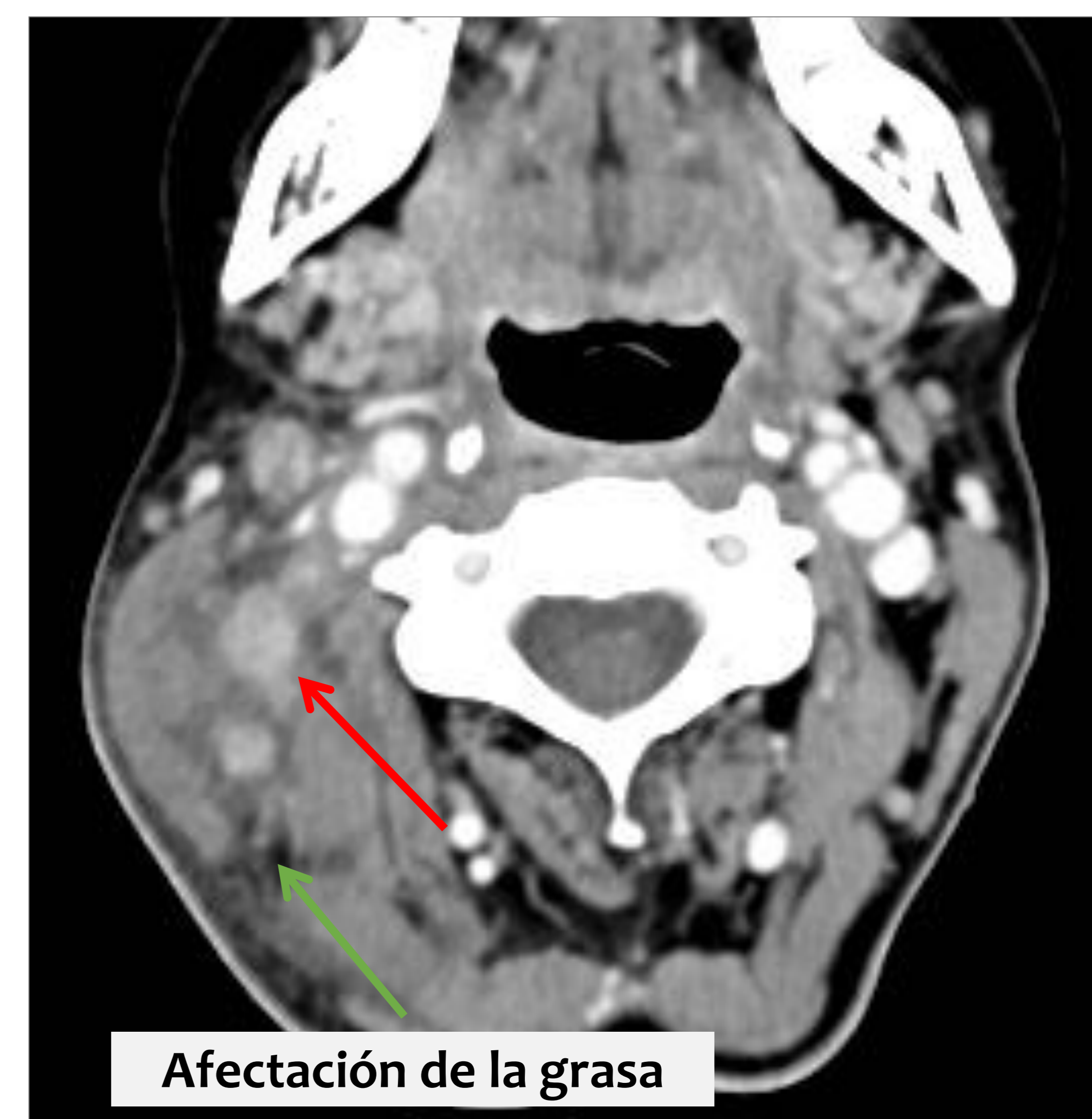
ENFERMEDAD DE KIKUCHI

LINFADENITIS NECROTIZANTE LINFOCITARIA

Enfermedad rara que afecta a adultos jóvenes.

Se manifiesta como adenopatías inflamatorias **AUTOLIMITADAS**.

Suelen ser **UNILATERALES** y suelen tener realce homogéneo, pero a veces puede existir necrosis central. Se suele asociar con engrosamiento de fascias y afectación de la grasa circundante.



Caso 10

Paciente de 42 años con cambios en la voz y disfonía de 6 meses de evolución. No tiene odinofagia



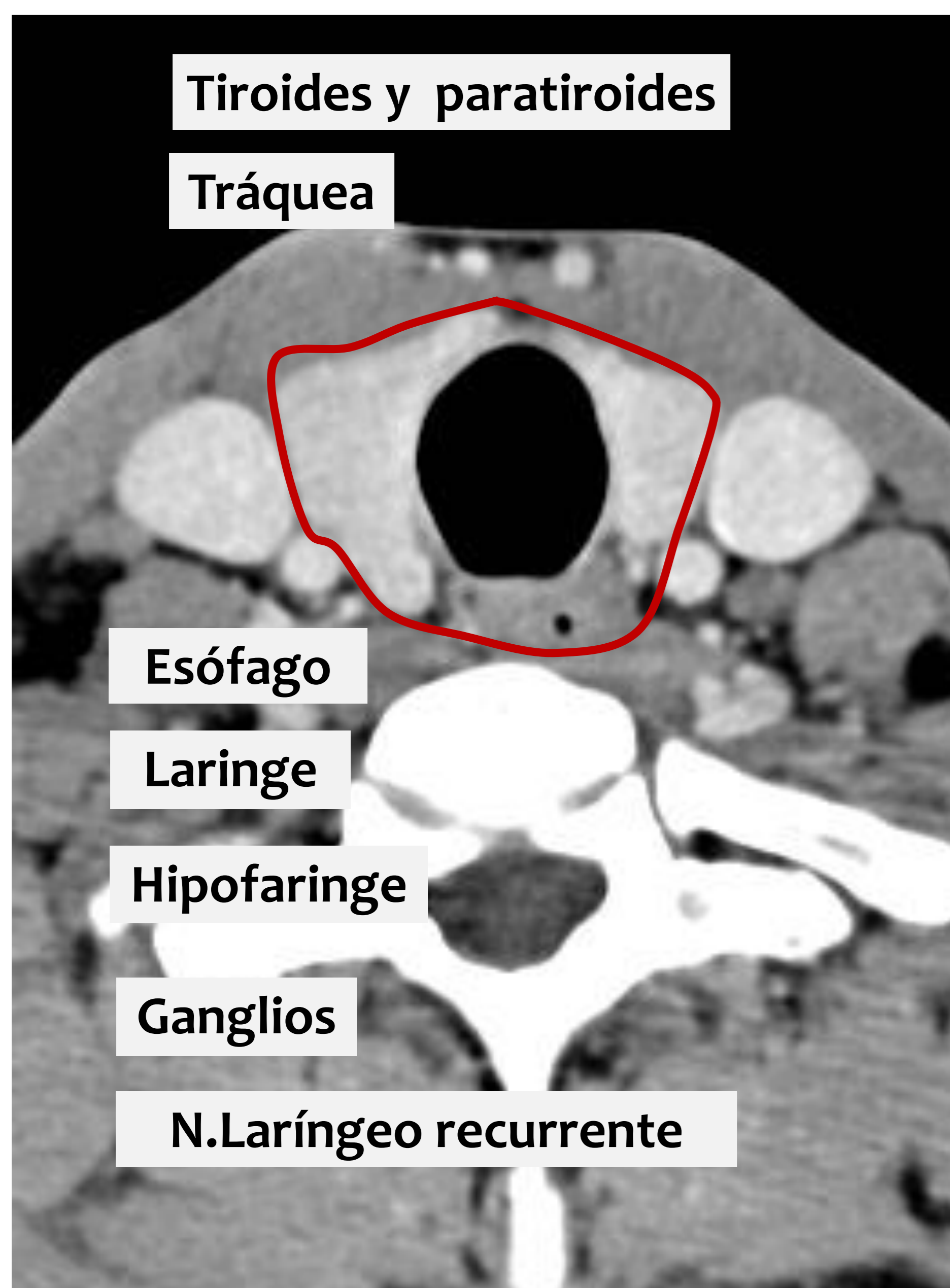
¿Qué espacio cervical está afectado?

1. *Espacio visceral*
2. *Espacio faringomucoso*
3. *Espacio retrofaríngeo*

¿Cuál **NO** es una característica de esta lesión?

1. *Localización en línea media o paramediana*
2. *Masa inmóvil*
3. *Puede tener asociada una fístula*

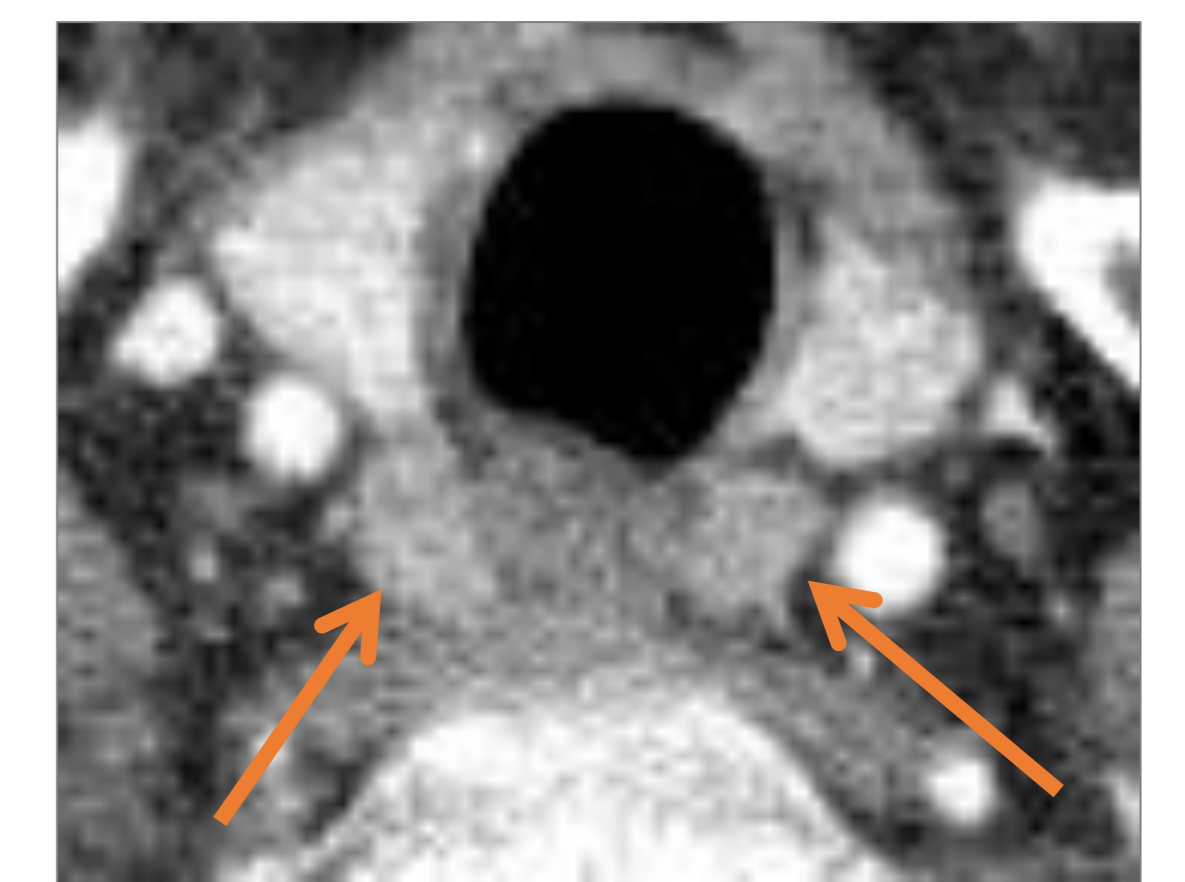
ESPACIO VISCERAL



El espacio visceral se extiende desde el hioides hasta el mediastino anterior.

Anterior al cartílago tiroides se encuentran los **músculos de la "correa"**: *esternotiroideo, esternohioideo, tirohioideo y omohioideo*. Todos están conectados al hioides y deprimen el hueso hioides y la laringe durante la deglución y el habla. Estos músculos son largos y planos como una "correa"

¡ OJO ! Las **glándulas paratiroides** solo son evidentes si son hiperplásicas o neoplásicas



Los nervios laríngeos recurrentes no se pueden ver, pero su recorrido debe evaluarse minuciosamente siempre que haya una parálisis de una cuerda vocal



QUISTE TIROGLOSO

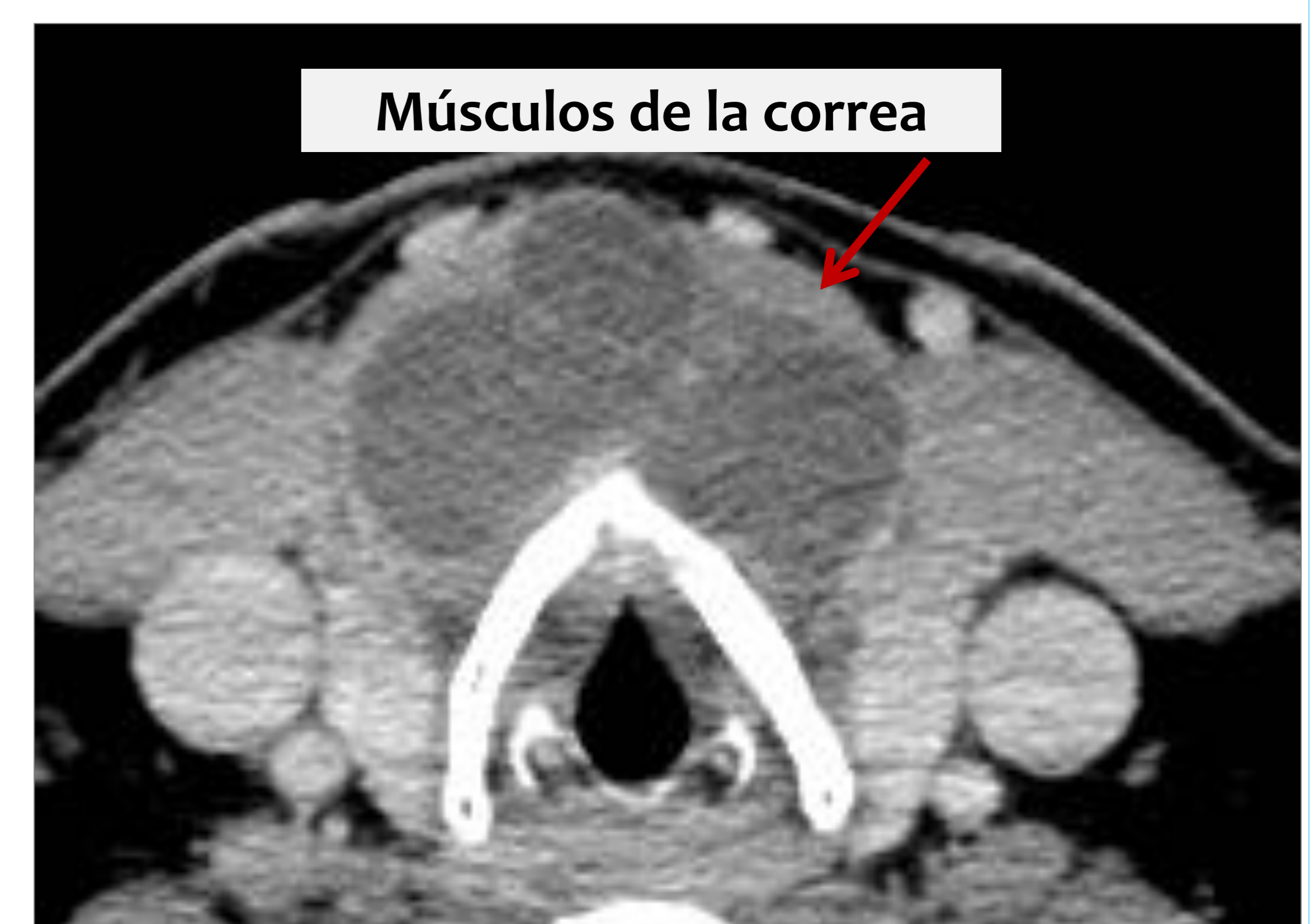
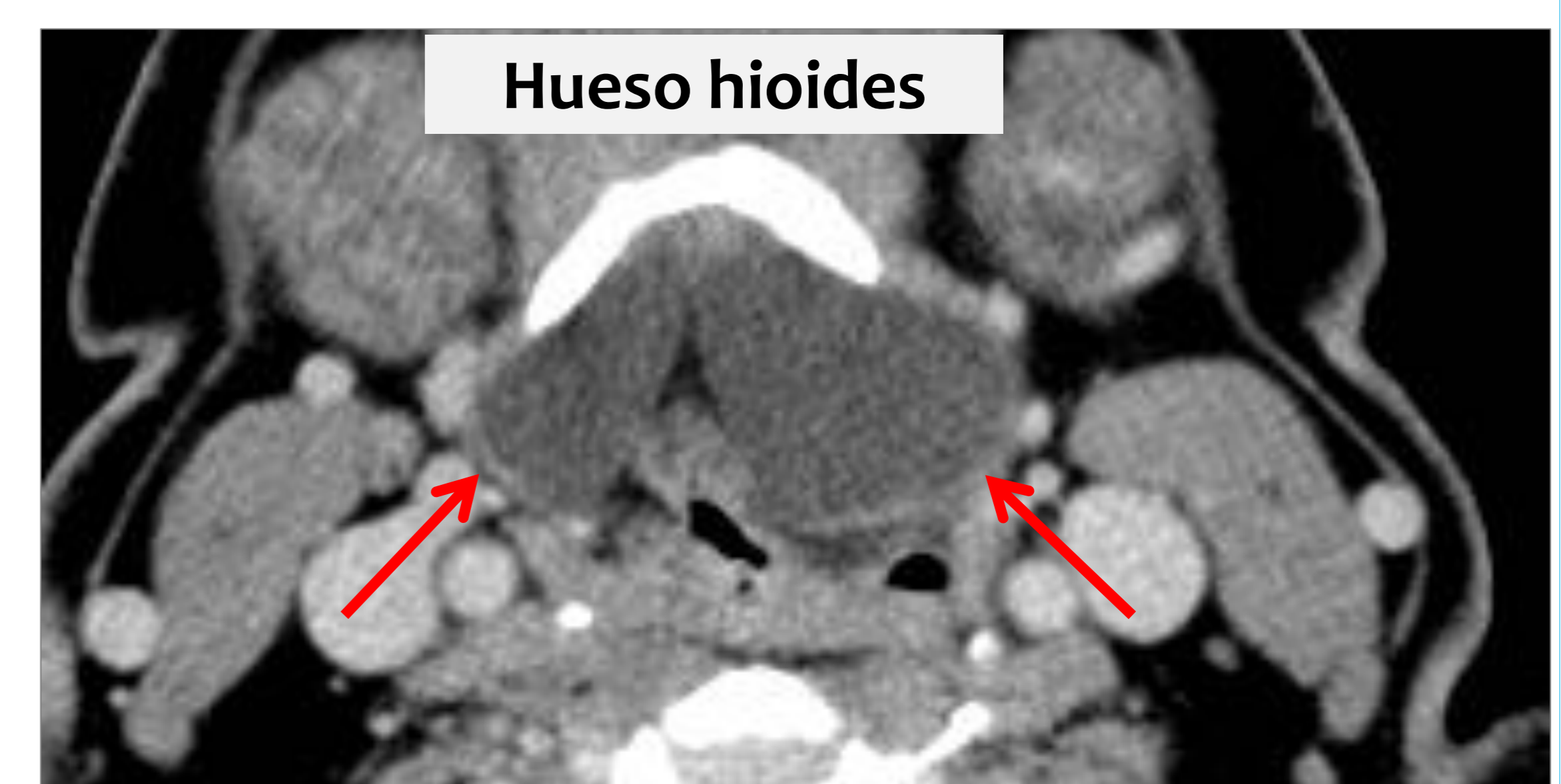
Lesión quística polilobulada en **LÍNEA MEDIA** con estrecha relación con el hueso hioides y localizada en el espesor de **los músculos de la "correa"**.

El *conducto tirogloso* va desde la base de la lengua en el agujero ciego hasta la glándula tiroides.

La glándula tiroides embrionaria viaja a través del conducto para alcanzar su posición normal final. Normalmente, el conducto tirogloso involuciona, pero si persiste, se puede desarrollar un quiste del conducto tirogloso en cualquier parte de este conducto.

La localización típica es en la **línea media o paramediana**.

Se moviliza con la deglución o con la protrusión de la lengua.



¡Enhorabuena!

¡Has finalizado este trabajo de modo brillante!

Las pruebas de imagen son fundamentales en el diagnóstico de la patología que afecta al cuello.

Es importante que conozcas la anatomía de esta compleja región para poder identificar las diferentes enfermedades que pueden aparecer.



¡USA SIEMPRE EL SENTIDO COMÚN!