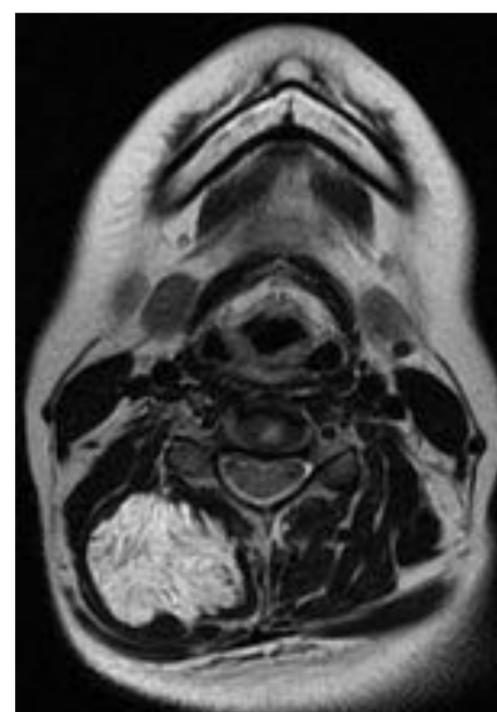
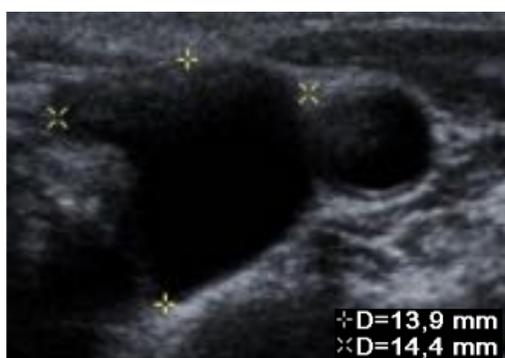
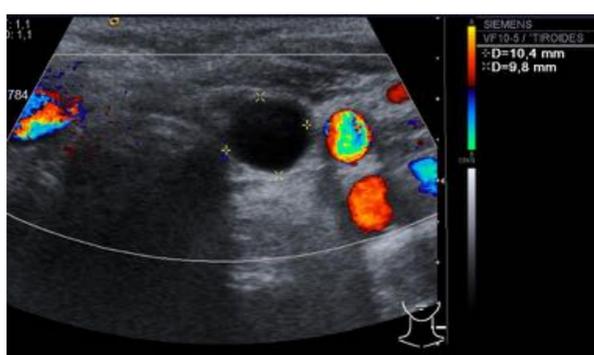


LESIONES QUÍSTICAS CERVICALES

Claves en imagen para el diagnóstico diferencial



Mónica Orgaz Álvarez¹, Verónica Gamero Medina², Yolanda del Valle Sanz¹, Cristina Amengual Aldehuela¹, Abdulhamit Batiray Polat¹, Josefa Galobardes Monge¹

¹Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla.
²Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS DOCENTES

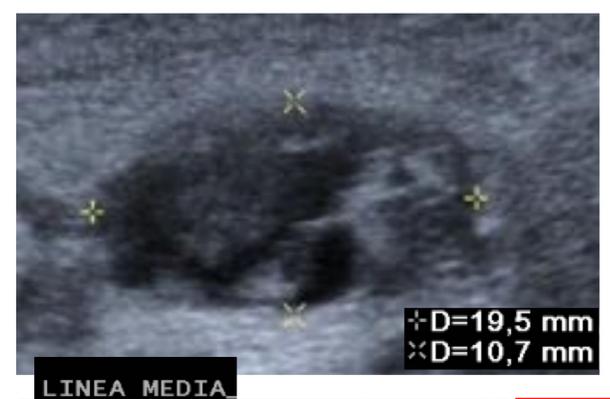
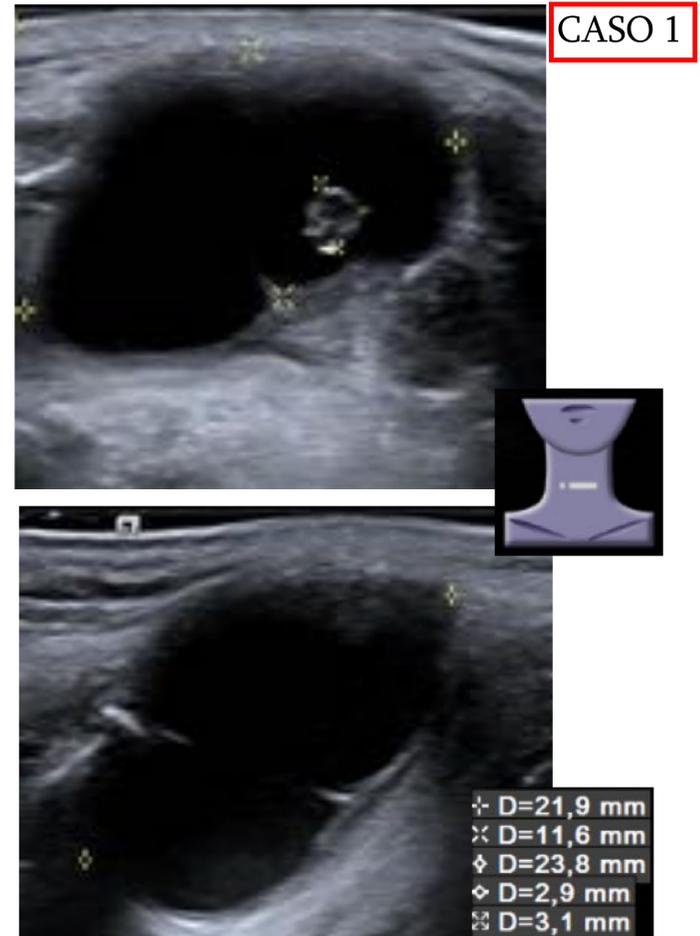
- La presencia de lesiones de contenido quístico en la región cervical representa un hallazgo frecuente, y en ocasiones, un reto diagnóstico para el radiólogo general.
- A través de una selección de casos clínicos ilustrativos, junto con una descripción de los hallazgos radiológicos característicos de cada entidad, se pretende facilitar el trabajo del radiólogo en la práctica clínica diaria ante estudios de la región cervical (ecografía, tomografía, resonancia) que presentan lesiones quísticas, con énfasis en la descripción de sus diagnósticos diferenciales y claves diagnósticas.

REVISIÓN DEL TEMA

- Las lesiones quísticas cervicales son frecuentes en imagen. Aunque la historia clínica y la exploración física sugieren el diagnóstico, la imagen es necesaria para confirmar su presencia y proporcionar la localización anatómica exacta antes del tratamiento.
- Suelen manifestarse como masas de lento crecimiento, que se diagnostican a edad temprana (infancia / adolescencia) o en adultos, de manera incidental o debido a que causan sintomatología por efecto de masa (si se trata de lesiones de gran tamaño) o se complican (sangran o se infectan), y frecuentemente se dividen en congénitas y adquiridas.
- Ecografía (US): Técnica de imagen inicial de elección. Permite determinar la naturaleza quística de la lesión.
- Tomografía Computarizada (TC): Muestra la relación de la lesión con estructuras adyacentes y es especialmente útil para demostrar contenido graso o calcio asociado.
- Resonancia Magnética (RM): Proporciona la extensión a planos profundos y áreas anatómicas complejas. Mayor resolución, diferenciando componentes quístico y sólido en el interior de la misma lesión.
- Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF): Es necesaria para confirmar el diagnóstico en algunos casos.

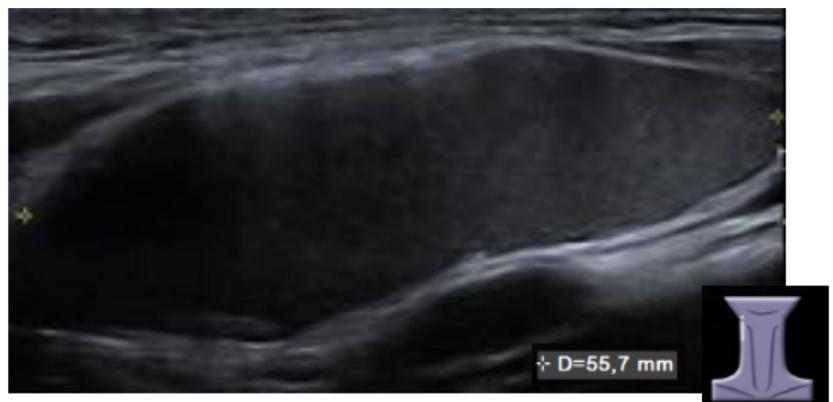
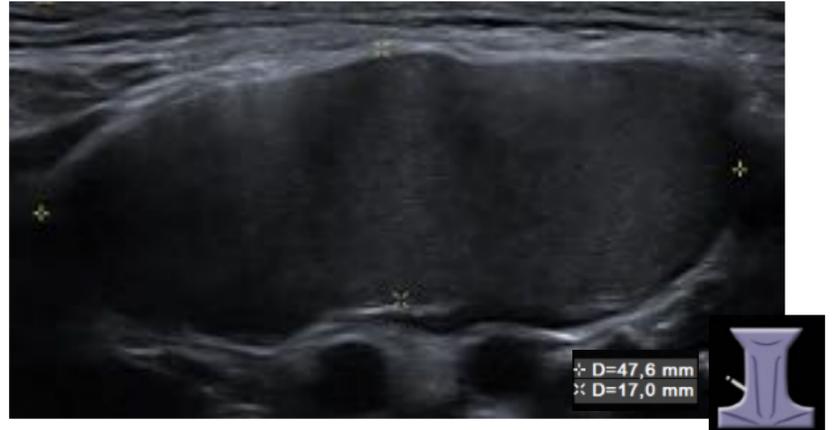
QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

- Quiste congénito más frecuente en el área de cabeza y cuello (CyC).
- Remanente del conducto tirogloso: desde el foramen ciego de la base de la lengua hasta el lóbulo piramidal de la glándula tiroides.
- Normalmente involuciona hacia la 8ª semana de gestación.
- Localización: en línea media, desde la base de la lengua hasta el espacio visceral del cuello.
- Mayoría son **infrahioideos**. **Movilización con la deglución**.
- US: Anecoico. Bien definido. Pared fina (caso 1). En ocasiones presenta ecos en su interior (caso 2).
- CT: Hipodenso. Entre 10-25 UH (caso 3). Si hemorragia, infección, contenido proteico: mayor densidad.
- MR: Hiperintenso en T2. Hipointenso en T1, salvo hemorragia / infección / proteínas, donde aumenta su señal.
- Clave 1: comprobar la presencia de la glándula tiroides en su situación habitual en el espacio visceral cervical, para descartar posible agenesia o tiroides ectópico.
- Clave 2: El 1% se asocia a **carcinoma tiroideo** subtipo **papilar**. Sospechar ante áreas nodulares o calcificaciones groseras asociadas y realizar PAAF.



QUISTES DE LOS ARCOS BRANQUIALES

- Ocurren por un fallo en la obliteración completa de las hendiduras branquiales entre la 8^a-9^a semana de la gestación.
- Se diferencian 4 subtipos.
- 95% son remanentes de la **segunda hendidura branquial**. Caso 1.
- Quistes: más frecuentes en adolescentes y niños mayores.
- Fístulas: más frecuentes en niños pequeños.
- Tratamiento: Resección quirúrgica.
- US: Anecoico / Hipoecoico. Pared fina.

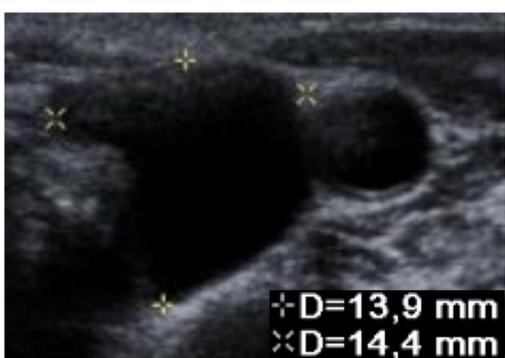
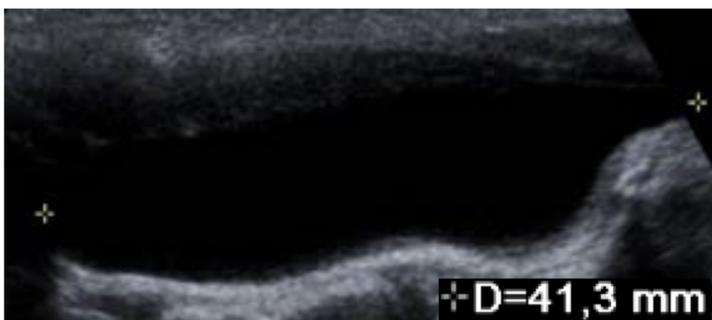


CASO 1. Tipo II



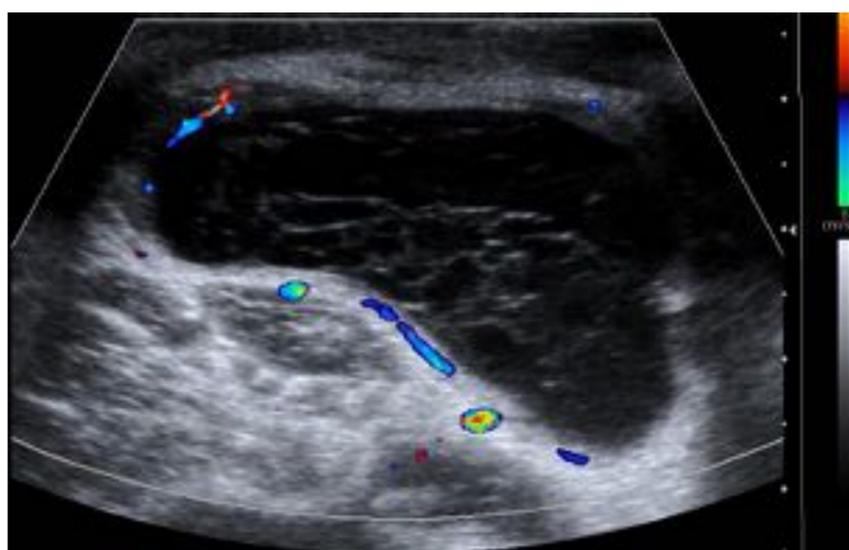
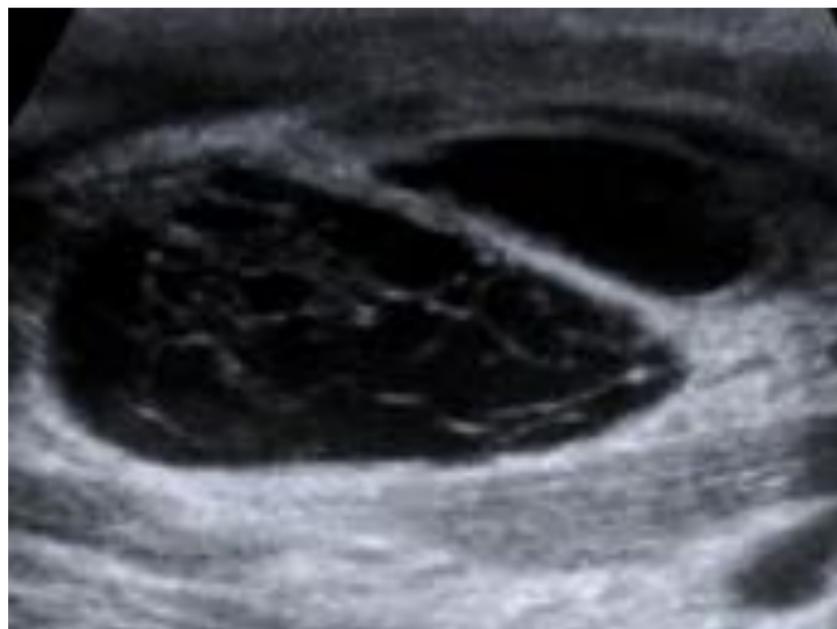
CT: Densidad agua. Si infección o hemorragia: puede existir engrosamiento mural con hipercaptación de CIV.
MR: Hipo T1. Hiper T2.

CASO 2. Tipo IV



LINFANGIOMA

- Denominación muy extendida, aunque incorrecta, ya que no se trata de un tumor verdadero.
- Mejor emplear la denominación de: **MALFORMACIÓN VASCULAR LINFÁTICA**.
- Pertenecen al grupo de las *malformaciones vasculares* según la clasificación de la ISSVA (International Society for the Study of Vascular Anomalies) que las divide en: Bajo flujo: Venosa, Linfática, Capilar y Mixta; y Alto flujo: Malformaciones arteriovenosas y fístulas arteriovenosas.
- Malformaciones de muy bajo flujo y contenido linfático.
- Se cree que se originan tras un secuestro del tejido linfático primitivo, que queda aislado de sus vías de drenaje.
- **75%** se desarrollan en **Cabeza y Cuello**.
- Localización: posterior al músculo esternocleidomastoideo en el triángulo laterocervical posterior.
- **90%** aparecen **antes de los 2 años de edad**.

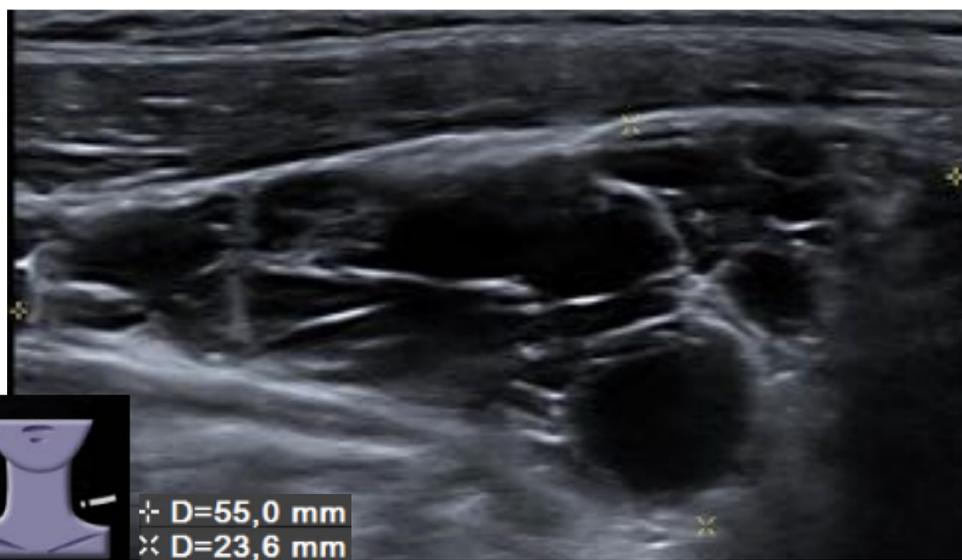
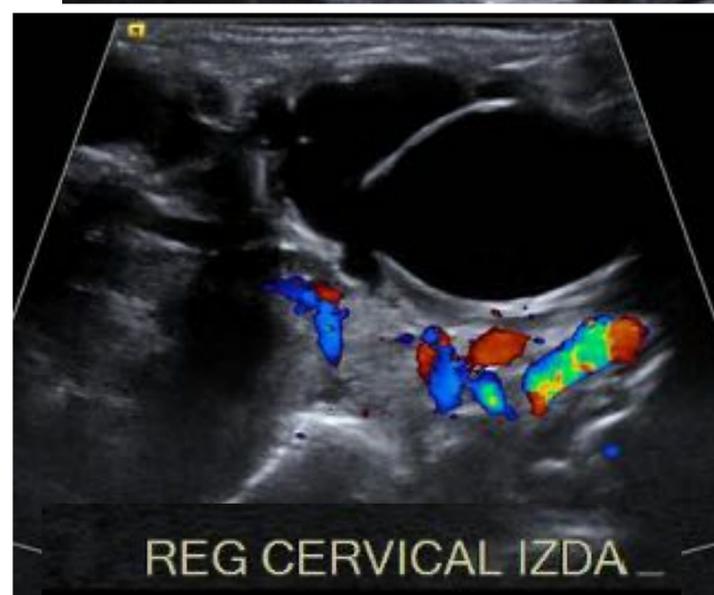
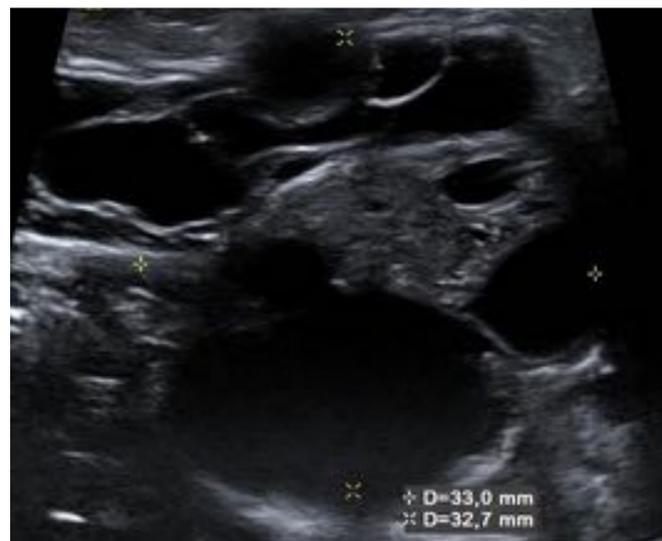


CASO 1

MALFORMACIONES VASCULARES LINFÁTICAS MACROQUÍSTICAS

CASO 1

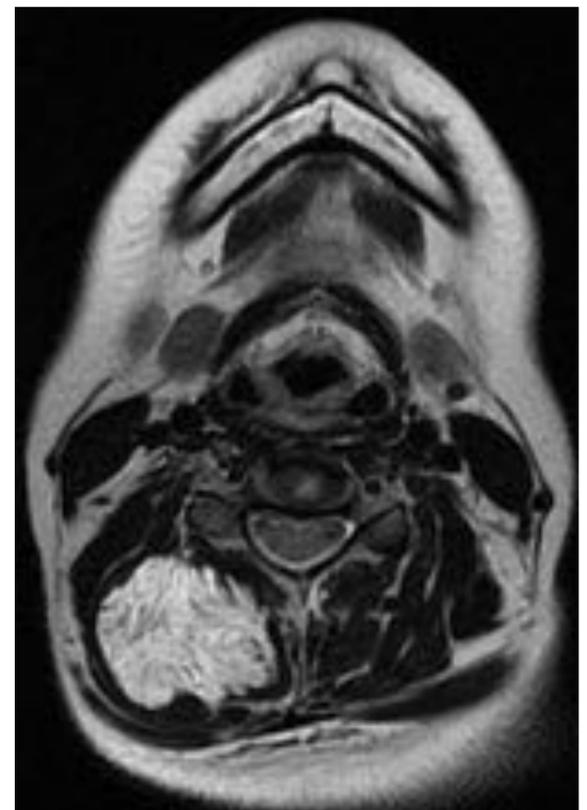
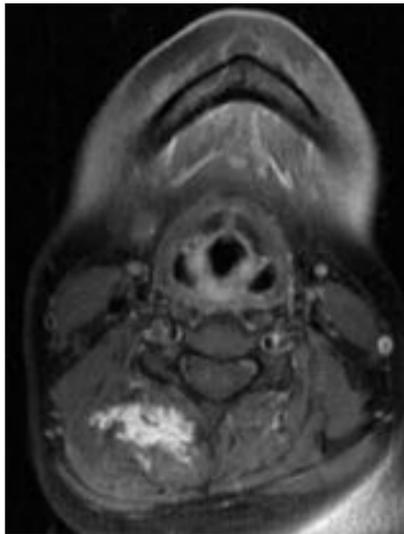
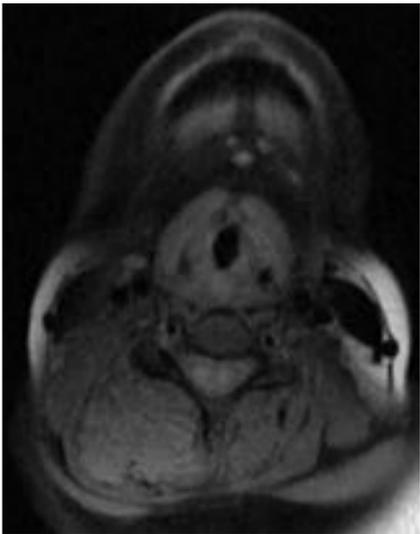
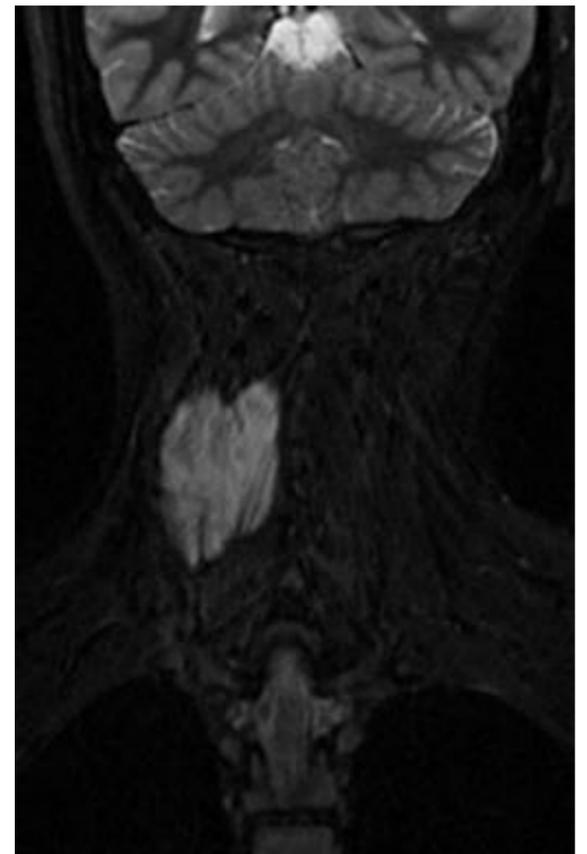
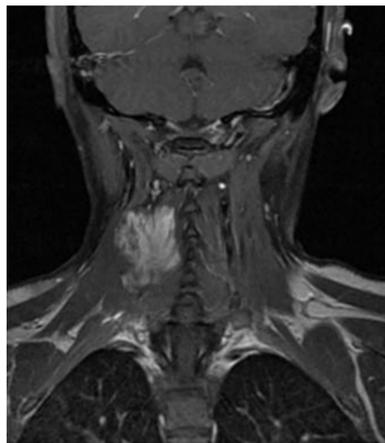
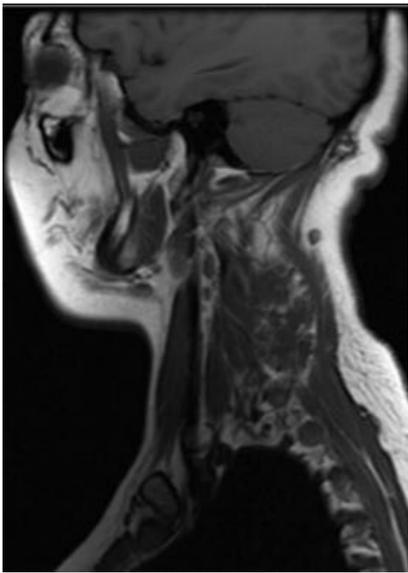
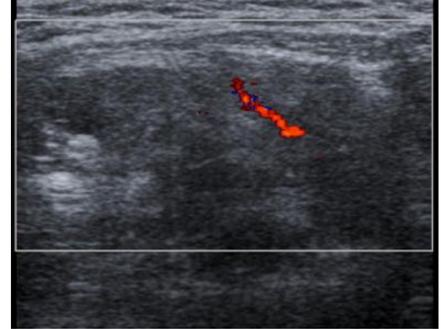
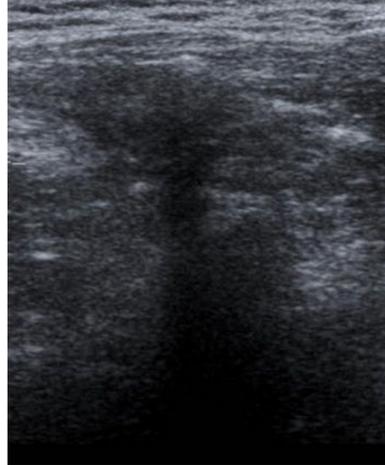
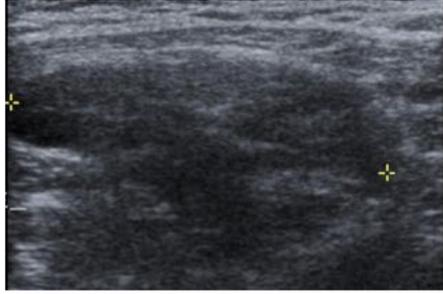
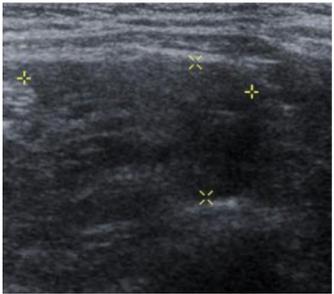
- Se diferencian 2 tipos:
- MICROQUÍSTICAS: Múltiples quistes < 2 cm.
- MACROQUÍSTICAS: Múltiples quistes > 2 cm.
- CLAVE en imagen: “Masas” de aspecto infiltrativo, con extensión a través de diversos planos, septadas y lobuladas, de aspecto multiquístico. En RM: hipo / isointensas en T1 y muy hiperintensas en T2.
- Pueden presentar niveles líquido-líquido, especialmente si existe sangrado.
- Tras CIV existe realce únicamente de la pared.
- CLAVE: Cuidado en las microquísticas, pues el menor tamaño de las cavidades con contenido líquido puede confundirse con la existencia de masas totalmente sólidas con realce de toda la lesión.



CASO 2



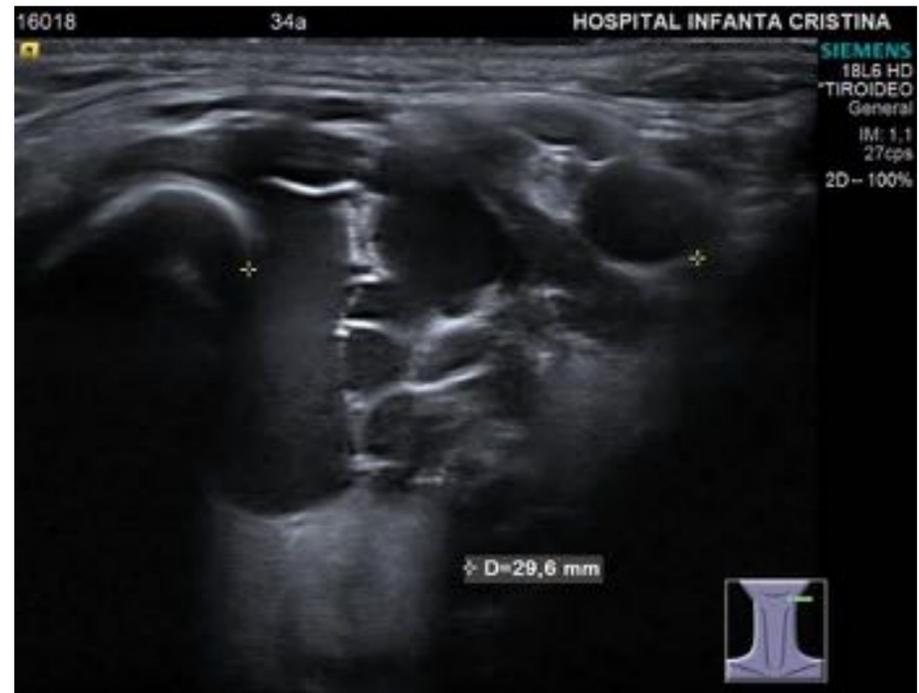
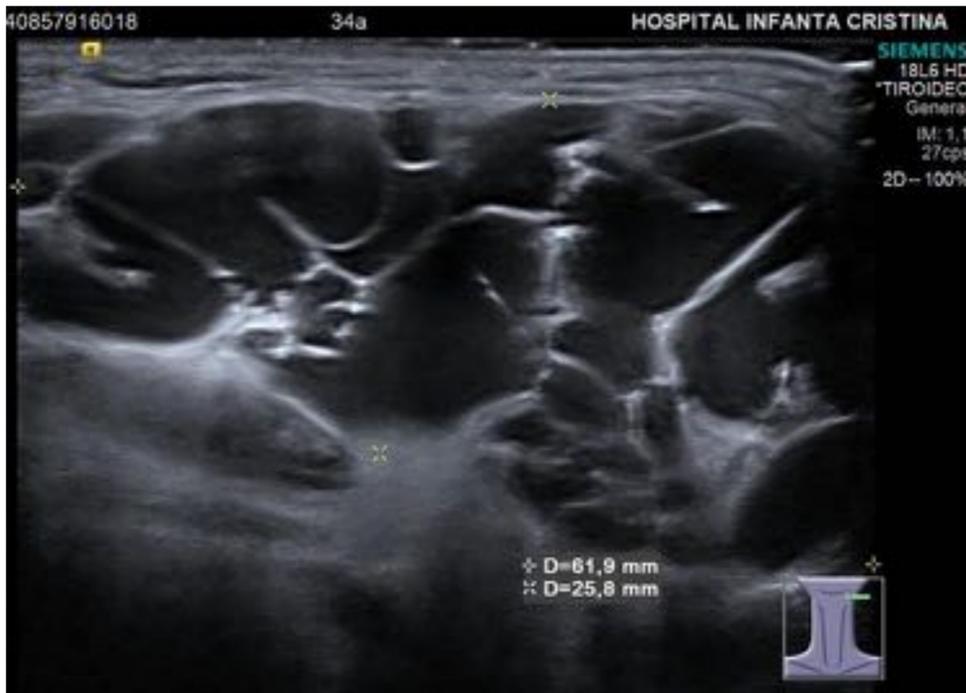
MALFORMACIÓN VASCULAR VENOLINFÁTICA



- Si las malformaciones son mixtas, es decir, veno-linfáticas, su componente vascular venoso hará que exista realce en el interior de las cavidades.

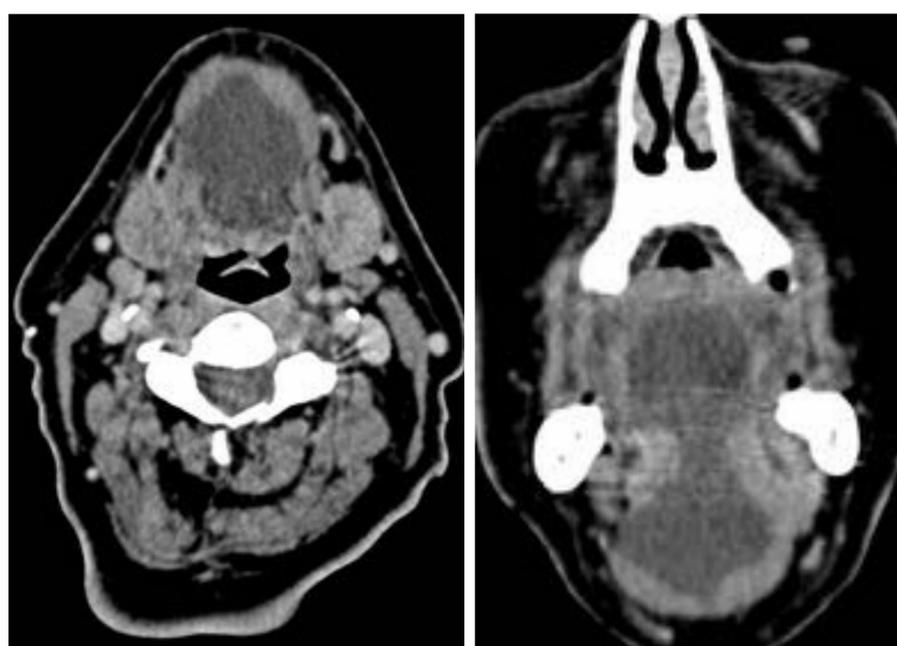
¿DIAGNÓSTICO?

- Mujer. 35 años
- Lesión quística de gran tamaño submandibular izquierda. DD: Malformación vascular linfática vs Quiste del segundo arco branquial.
- Resultado en AP: QUISTE SIMPLE



RÁNULA

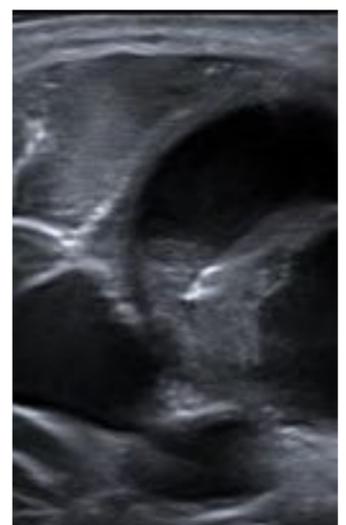
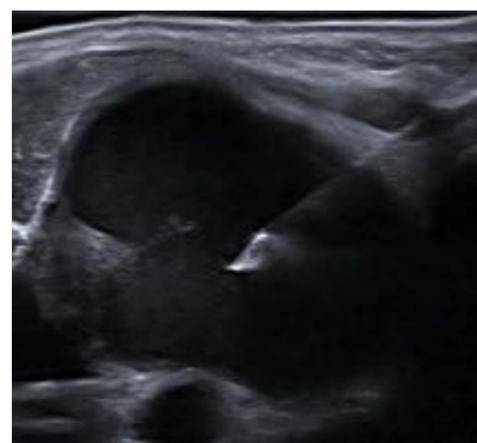
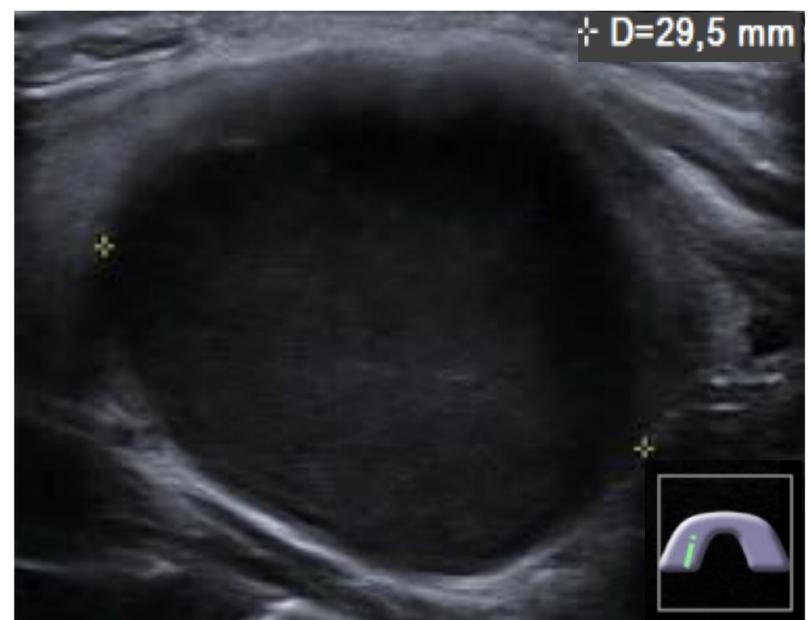
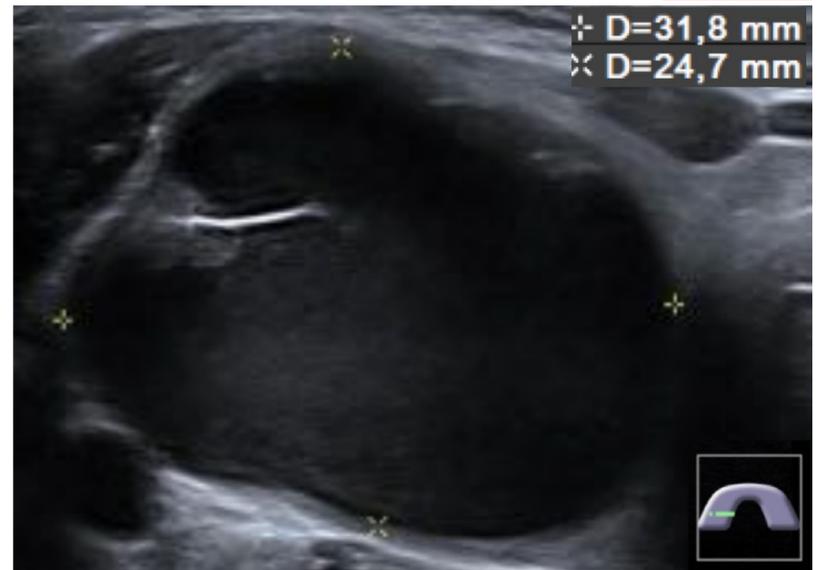
- **Quiste de retención mucoso** en el suelo de la boca secundario a obstrucción (más frecuente) / inflamación / traumatismo de la glándula sublingual o de su conducto, o más raramente de las glándulas salivares menores del espacio sublingual. También denominada **mucocele de la glándula sublingual**.
- Se distinguen 2 tipos:
- **SIMPLE**: Limitada al espacio sublingual. Superior al milohioideo. Blanda. Depresible. “Froggy belly”. Quiste verdadero, bordeado de epitelio.
- **COMPLEJA**: Ruptura de ránula simple: pseudoquiste. Se extiende a espacios submandibular o parafaríngeo. “Plunging / Diving ranula”. Tratamiento más complejo. Ver imágenes de esta diapositiva.
- **CLAVE**: Suele ser indolora y cuando es profunda suele presentarse como un masa submandibular.



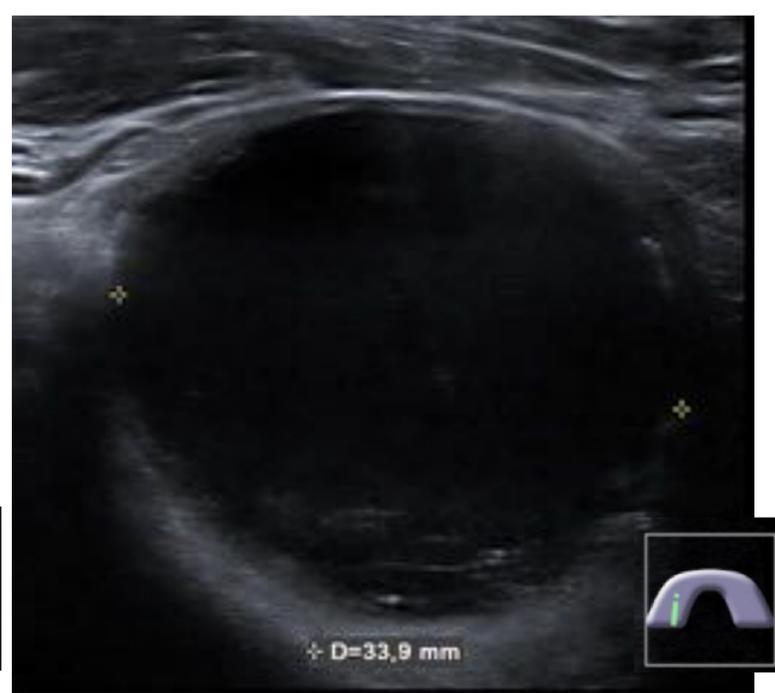
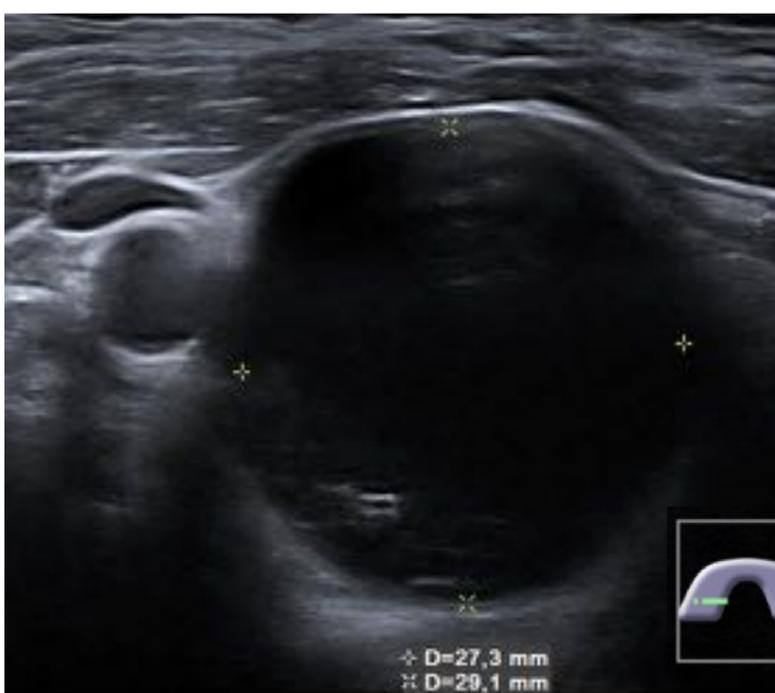
LESIONES QUÍSTICAS TIROIDEAS

CASO 1

- La **patología nodular tiroidea** es **extremadamente frecuente** y su prevalencia aumenta con la edad, por lo que representa la **indicación más frecuente de ecografía tiroidea**.
- Los **quistes tiroideos epiteliales verdaderos** son **raros**. La mayoría de las lesiones quísticas son debidas a hemorragia o degeneración.
- El **diagnóstico citológico más frecuente** es el **nódulo coloide** o adenomatoide con abundante coloide, de naturaleza benigna.
- Clave: Identificar el **artefacto en cola de cometa** en US = **nódulo coloide**.
- Su punción indiscriminada genera un aumento del coste sanitario y genera ansiedad y estrés adicional en los pacientes.
- US: **Márgenes bien definidos. Anecoico.** Podría existir algún septo en su interior. **PAAF indicada si existe algún polo sólido** asociado, como ocurre en el CASO 1.

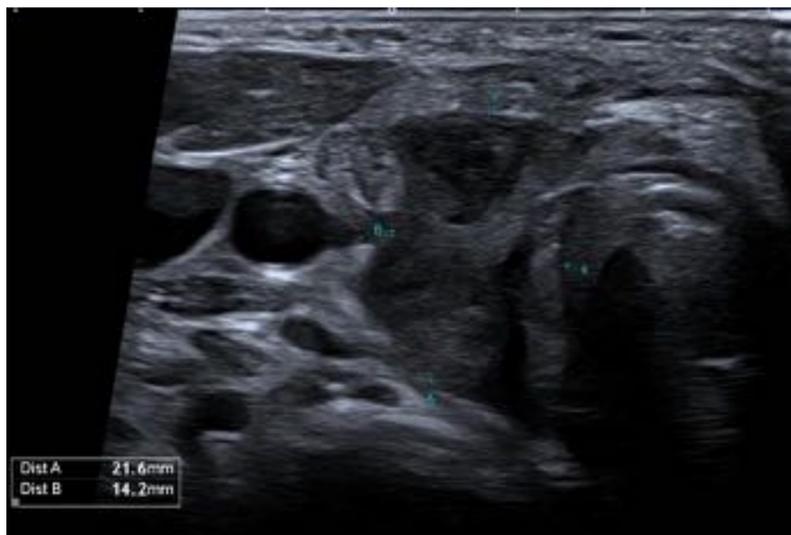
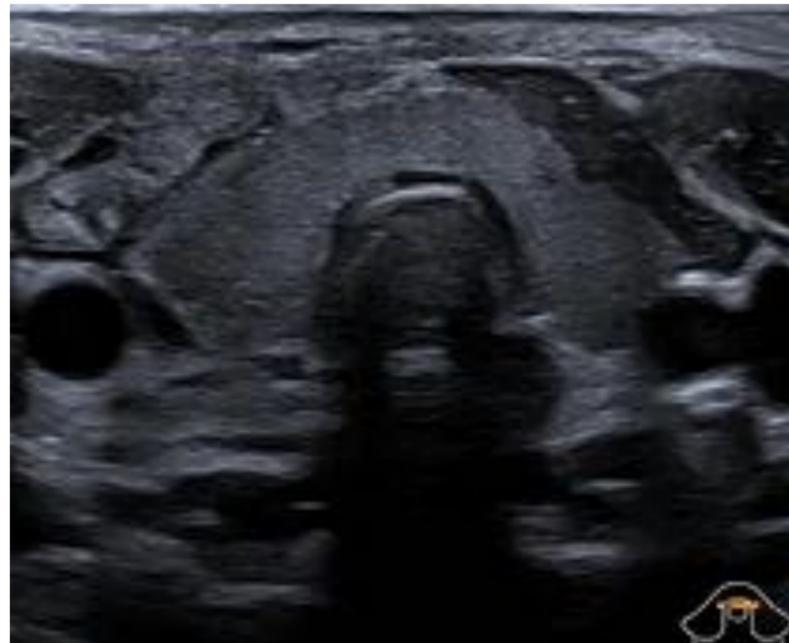


CASO 2



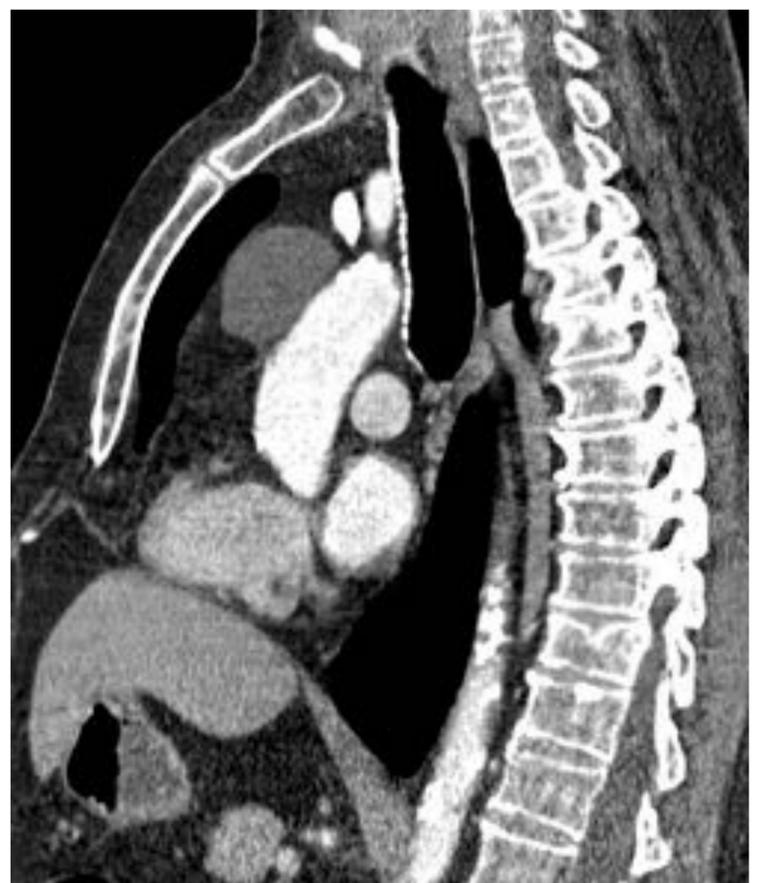
ABSCESO DE ORIGEN TIROIDEO

- Patología poco frecuente.
- Normalmente asociadas a tiroiditis agudas supurativas.
- La presencia de absceso asociado se observa especialmente en niños.
- US: Masa heterogénea mal definida con contenido ecogénico asociado (detritus) con trabeculación de la grasa peritiroidea, pérdida de la ecoestructura normal del parénquima tiroideo y adenopatías reactivas cervicales.
- TC: Área uni o multilocular de baja densidad con realce mural asociado, a veces con burbujas aéreas asociadas, en el interior de una glándula tiroides aumentada de tamaño.



QUISTE TÍMICO

- Lesión benigna **poco frecuente** y generalmente **asintomática**.
- Puede aparecer en el **mediastino (más frecuentes)** o en el cuello a cualquier edad.
- Mayoría: en la **primera década de la vida**, aunque pueden estar presentes desde el nacimiento. Su aparición después de la quinta década de la vida es excepcional. Clave: los quistes branquiales suelen verse entre la 2ª y 3ª década de la vida y los linfangiomas en niños muy pequeños.
- Dos tipos:
- **Uniloculares**: malformaciones del desarrollo, originados en remanentes embrionarios del conducto timofaríngeo y más frecuentes en cuello que en mediastino.
- **Multiloculares**: de naturaleza reactiva como resultado de inflamación con dilatación de las estructuras derivadas del epitelio ductal medular tímico, descritos en infecciones por VIH y sífilis (denominados abscesos de Dubois).
- Patogenia: El timo se origina a partir de la 3ª bolsa branquial, en la 6ª semana de gestación.
- Los primordios tímicos descienden a lo largo de una línea trazada entre el ángulo mandibular y el mediastino, fundiéndose en la línea media hacia la semana 8, y alcanzando éste hacia la semana 12. Las alteraciones de esta migración originan la presencia de quistes tímicos (cervicales o mediastínicos) que pueden contener no sólo tejido tímico sino también paratiroides.
- Mayoría son **infrahioideos**.
- Métodos de diagnóstico: US, TC, RM.
- TTO: **Resección quirúrgica**. Aunque usualmente son benignos, hay casos descritos asociados a malignidad.

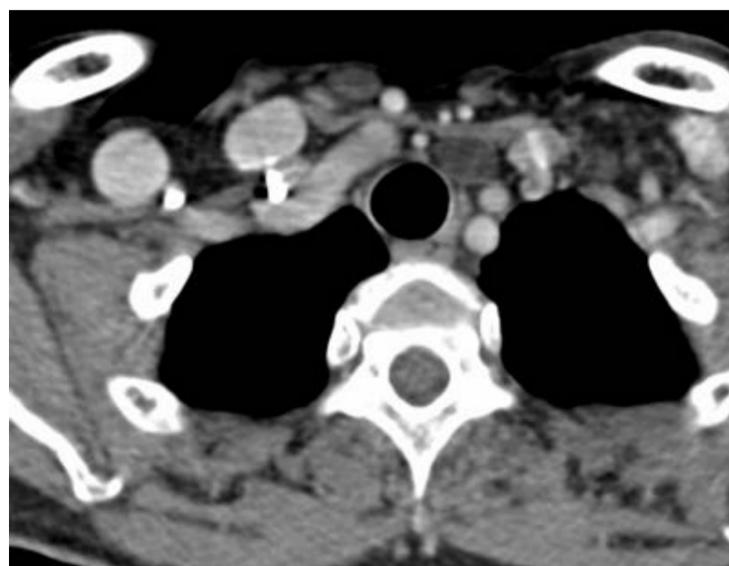
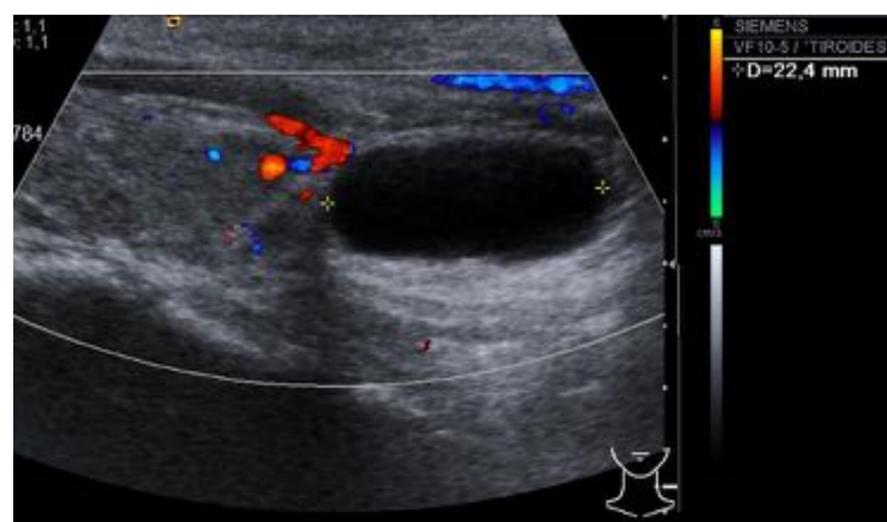
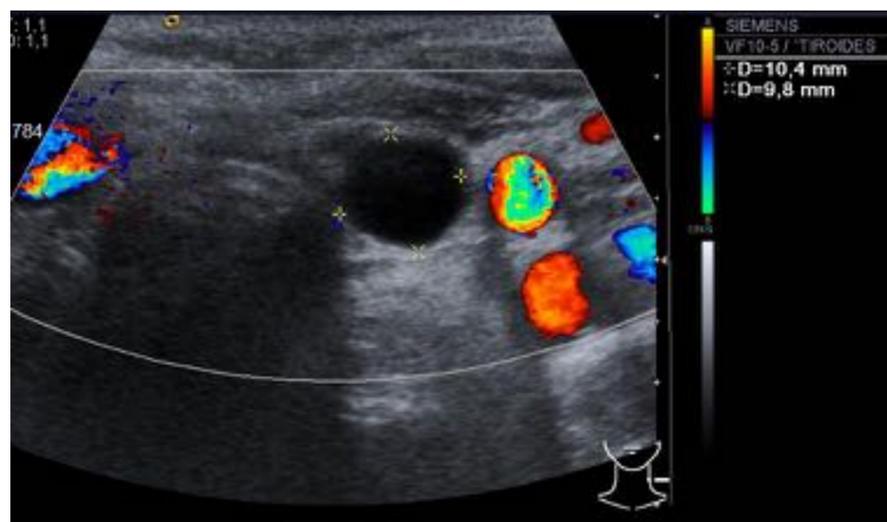


QUISTE CERVICAL DEL CONDUCTO TORÁCICO

- Anomalía **extremadamente infrecuente**.
- Se han comunicado casos aislados.
- También descrito en el mediastino y abdomen
- Dilatación quística de la porción terminal del conducto torácico o de una de sus 2 ramas principales.
- Localización habitual: región supraclavicular izquierda, justo sobre la confluencia venosa yúgulosubclavia.
- Clave: Tumoración quística supraclavicular izquierda (más frecuente) ante la que se obtiene tras **punción un líquido blanquecino lechoso, espeso, muy característico**, con alto contenido en linfocitos y triglicéridos.
- Tratamiento: Extirpación completa con ligadura de los aferentes linfáticos.
- Se forma por la unión de 2 troncos linfáticos lumbares, a los que se une un tronco intestinal, a nivel de las 2 primeras vértebras lumbares o de las últimas dorsales.
- Frecuentemente tiene un segmento inicial dilatado, que se conoce como cisterna de Pecquet.
- Desde su origen sube a lo largo del borde derecho de la aorta y sigue la cara posterointerna de la arteria subclavia izquierda; desde allí alcanza la base del cuello y forma una curva cóncava hacia abajo, que le lleva al confluente venoso yugulosubclavio izquierdo, donde desemboca.
- Presentación habitual: masa quística, habitualmente indolora y asintomática, en la región supraclavicular izquierda, en adultos, sin preferencia de sexo.
- Con menos frecuencia se pueden presentar síntomas en relación con compresión de estructuras vecinas, como dolor supraclavicular, disfagia, disnea, tos, insuficiencia respiratoria o compresión de vena cava superior.
- Los quistes en mediastino por encima del arco aórtico son los más frecuentemente sintomáticos.
- Patogenia: Desconocida.
- Posibles causas: angulación excesiva de la unión de la vena yugular interna con la subclavia en el lado izquierdo, que provocaría obstrucción en la entrada del conducto torácico, asociada a debilidad de la pared del conducto, congénita o bien adquirida por arterioesclerosis, traumatismo o infección.
- **Diagnóstico preoperatorio: difícil debido a su rareza.**
- Debe entrar en el **diagnóstico diferencial** de cualquier masa quística en la región supraclavicular izquierda o mediastínica, como metástasis quísticas de tumores malignos, malformaciones vasculares linfáticas, quistes branquiales o quistes tímicos o **paratiroides**.
- El diagnóstico se basa en la ecografía, que confirma la lesión quística, y la punción aspiración con aguja fina, con obtención de un líquido blanquecino amarillento o lechoso, espeso, muy característico, con alto contenido en linfocitos y triglicéridos.
- TC y RM son útiles para evaluar las relaciones anatómicas.
- Tratamiento: Resección quirúrgica, para aliviar la sintomatología y excluir malignidad.
- Es imprescindible la ligadura de todos los conductos linfáticos dilatados sobre la superficie del quiste para evitar la fístula de quilo en el postoperatorio.

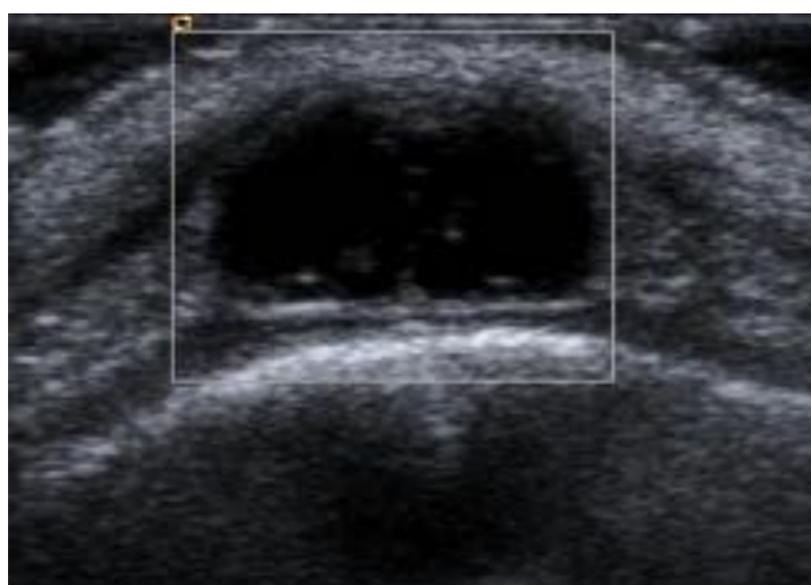
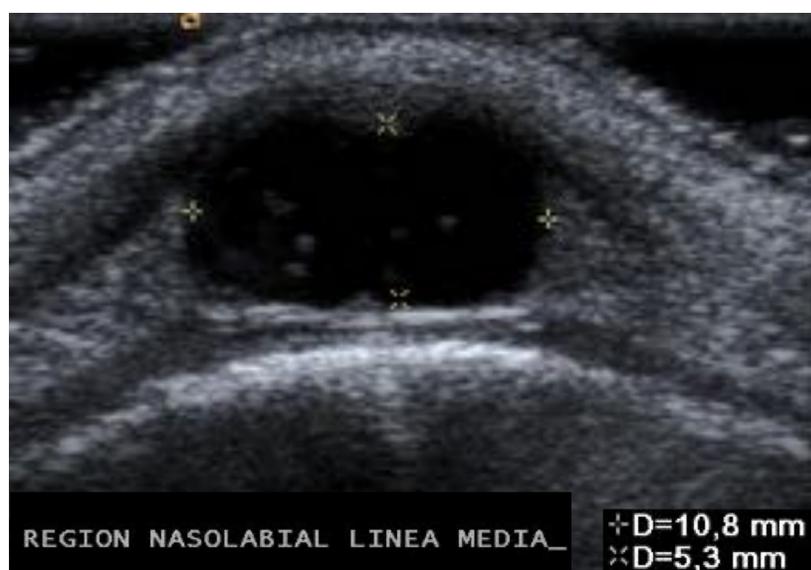
QUISTE PARATIROIDEO

- **Causa infrecuente de lesión quística cervical**
- Principalmente entre la 4^a - 5^a década de la vida.
- Pueden ser **funcionantes o no funcionantes**, dependiendo de su asociación con hipercalcemia.
- Si bien su origen es incierto, se catalogan en congénitos y adquiridos.
- Usualmente asintomático.
- No obstante, por compresión de estructuras vecinas pueden ocasionar disfonía, disfagia, algún grado de obstrucción respiratoria o dolor.
- **Diagnóstico preoperatorio: complejo** y puede resultar equivocado, puesto que no poseen manifestaciones clínicas específicas y pueden confundirse con nódulos tiroideos.
- Diagnóstico Diferencial: quiste tiroideo, de hendiduras branquiales y del conducto tirogloso.
- **PAAF: Importancia diagnóstica y terapéutica** (en los funcionantes).
- **Tratamiento: Resección quirúrgica.** Cuando se reseca el quiste desaparece el hiperparatiroidismo.



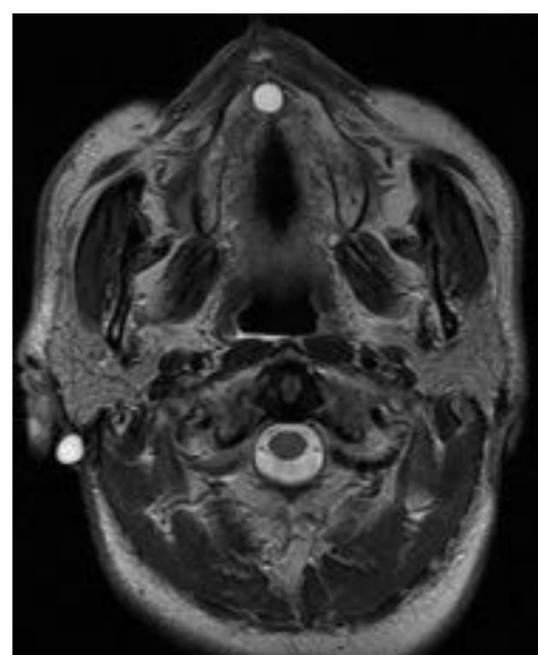
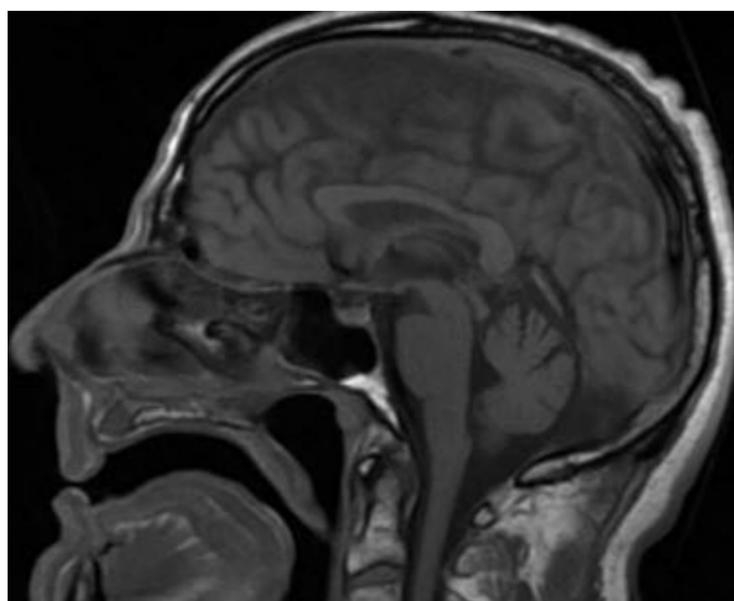
QUISTE EPIDERMÓIDE

- Quiste de inclusión epitelial congénito no neoplásico
- Se suelen diagnosticar entre 2ª-3ª década de vida.
- Generalmente asintomático.
- Clave en US: Masa cervical, móvil, en línea media **suprahioidea** (diagnóstico diferencial con el quiste del conducto tirogloso) que no sufre movilización con la protrusión lingual. Su localización sublingual los hace difíciles de diferenciar con la ránula.
- Clave en TC: Masa hipodensa o densidad agua sin signos de agresividad.
- Clave en RM: isointensos o levemente hiperintensos al LCR en T1 y T2; típicamente son hiperintensos en FLAIR y tienen la difusión restringida. No suelen realzar.



QUISTE DEL CONDUCTO NASOPALATINO

- Representa el **más frecuente** de los quistes no odontogénicos de la cavidad oral.
- Su origen sigue siendo motivo de controversia.
- Los quistes epiteliales no odontogénicos del maxilar incluyen el quiste nasopalatino (QNP) y el quiste nasolabial o nasoalveolar; y en conjunto representan el 5 % de los quistes maxilares.
- Puede presentarse a cualquier edad, pero la **mayoría** se diagnostica en **adultos** (40-60 años), varones (3/1), sin claro predominio racial.
- Se desarrolla en el trayecto del canal nasopalatino óseo situado en el margen anterior de la línea de sutura de las apófisis palatinas de los maxilares.
- Los mamíferos inferiores tienen en el interior un "conducto nasopalatino", permeable, que funciona como órgano olfatorio accesorio (órgano de Jacobson o vomeronasal). Aunque inicialmente se suponía que el origen del QNP era fisural, hoy se cree que deriva de restos epiteliales del conducto nasopalatino embrionario involucionado de forma incompleta. La causa de la involución incompleta y el origen del quiste a partir de estos restos epiteliales son desconocidos.
- Su tamaño medio oscila entre 6mm (si es menor, se considera un agujero incisivo normal) y 17mm.
- Generalmente es asintomática, y el diagnóstico es incidental.
- La clínica habitual suele ser la movilidad de los incisivos superiores medios y la derivada de una sobreinfección.
- El examen radiológico y el histológico constituyen las 2 pruebas indispensables para su diagnóstico.
- TC: lesión lítica entre los incisivos centrales superiores, redonda, oval o con la clásica forma de corazón de naipe.
- AP: el epitelio que tapiza el quiste es de tipo respiratorio, escamoso o una mezcla de ambos, según la localización.
- Tratamiento: enucleación quirúrgica. La vía de abordaje (palatina o vestibular) depende del tamaño, la situación y el estado bucodentario del paciente.



QUISTES NASOFARINGEOS

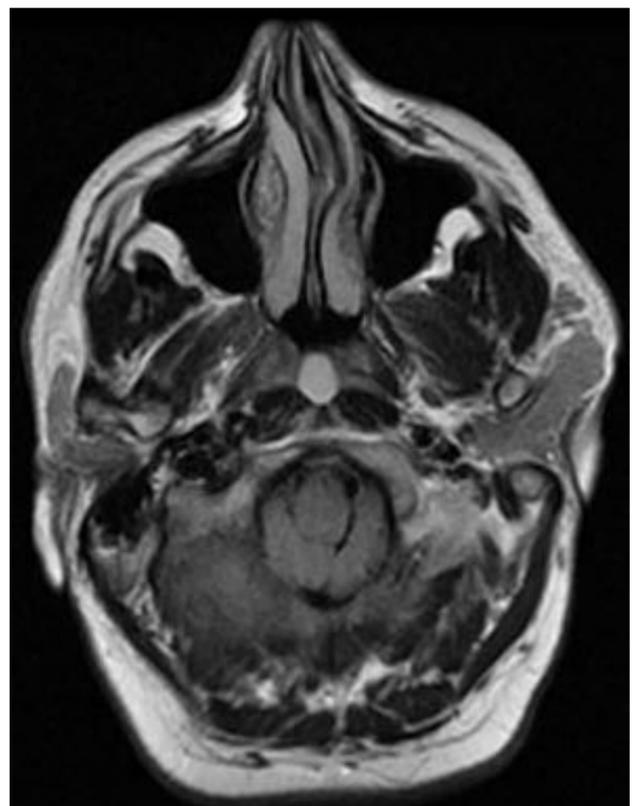
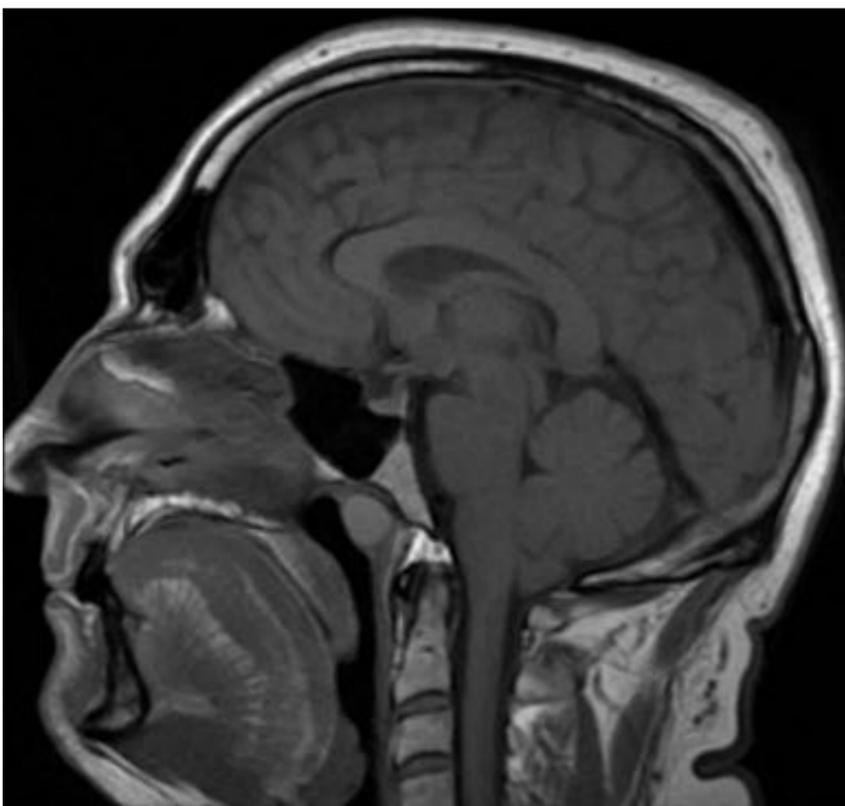
- Se clasifican según su localización (mediales y laterales) y origen (congénito y adquirido).
- Cuando los quistes congénitos se originan de la bolsa faríngea se denominan “**Quistes de Tornwaldt**”.
- Su origen es un remanente anterior de la notocorda y el endodermo faríngeo, se localizan en línea media, y aparecen como una lesión nasofaríngea submucosa.
- Presentación clínica: Entre la 2ª - 3ª décadas de la vida.
- Generalmente asintomático. Detección incidental.
- CLAVE: Suelen tener contenido proteináceo (mirar T1) y no realzan.
- CT: Hipodensas. Bien definidas. Pequeño tamaño.
- RM: Típica hiperintensidad en T1 por contenido proteico.

Quistes nasofaríngeos de la línea media

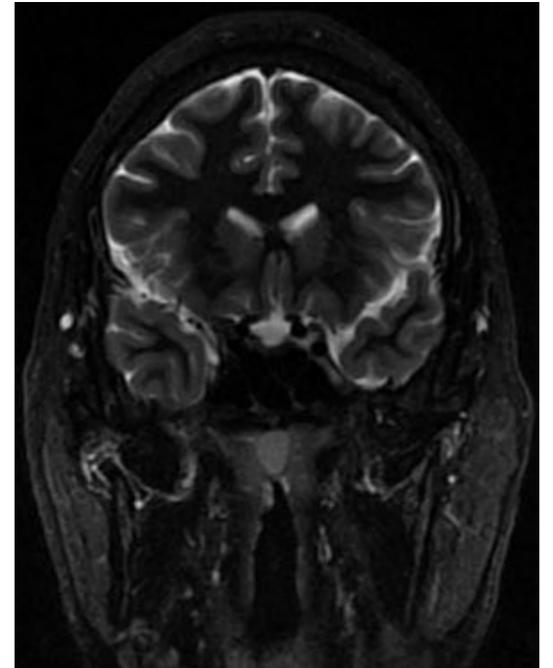
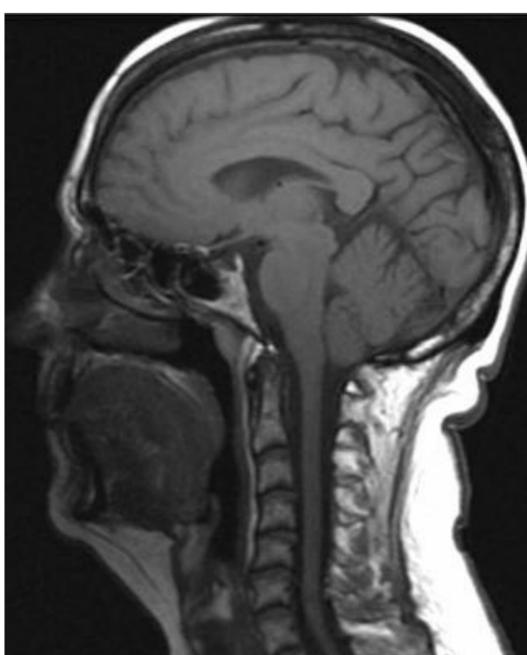
- Quistes congénitos:
 - Quistes de la bolsa faríngea embrionaria
 - Quistes de la bolsa de Rathke.
- Quistes adquiridos:
 - Quistes de retención del receso medial de la amígdala faríngea
 - Quistes de retención de las glándulas seromucosas

Quistes laterales

- Quistes congénitos:
 - Quistes de origen braquial.
- Quistes adquiridos:
 - Quistes de retención de las glándulas seromucosas.



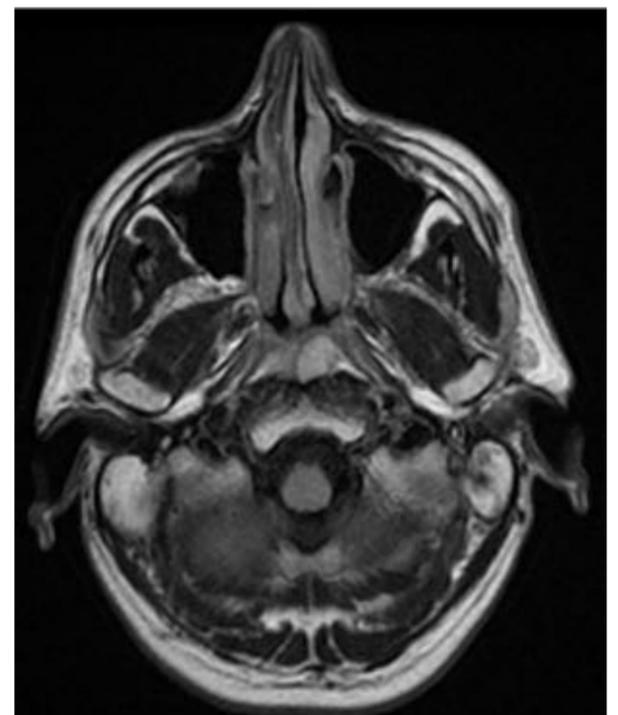
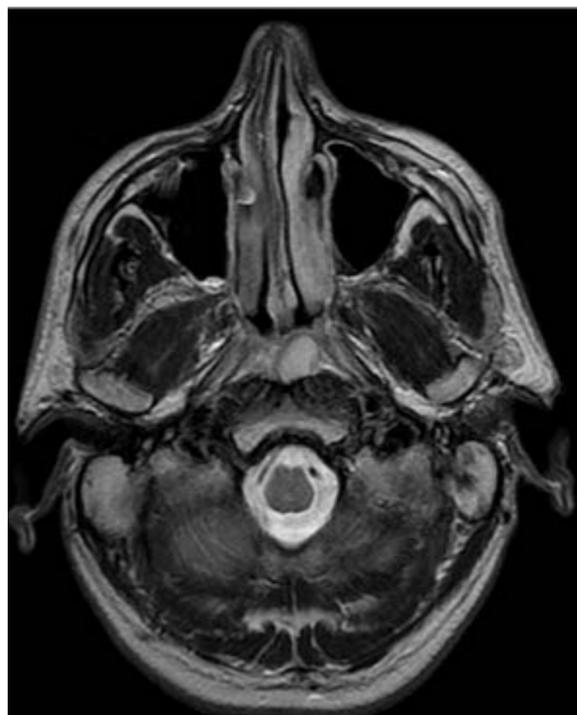
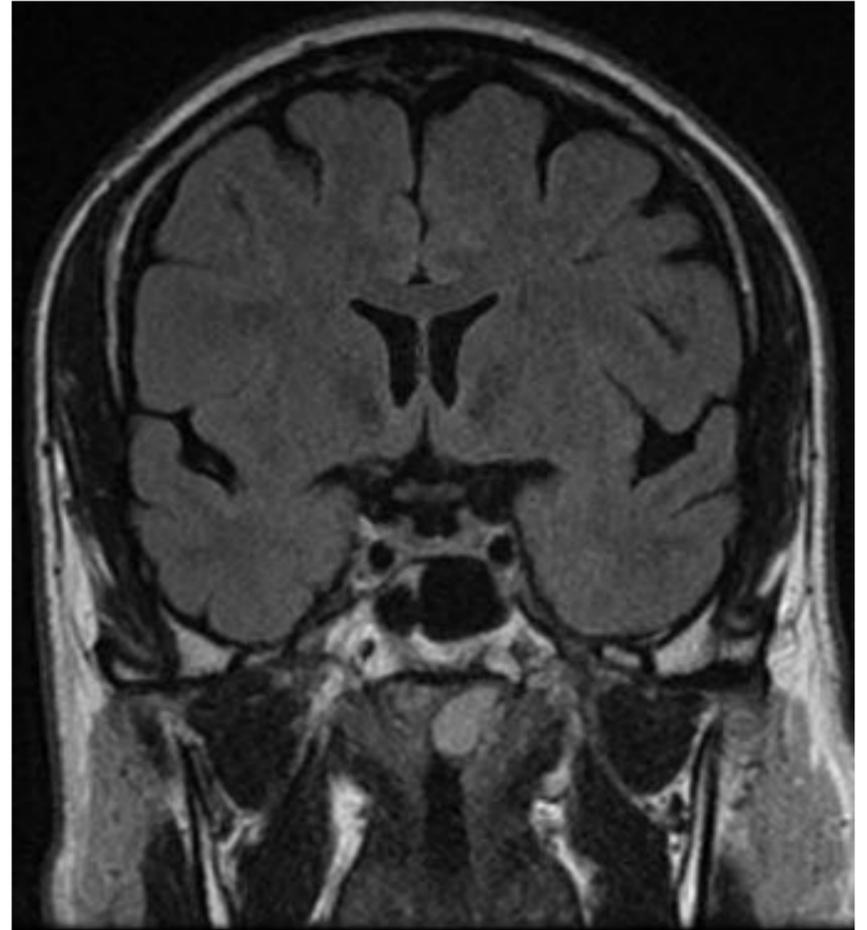
CASO 1



CASO 2

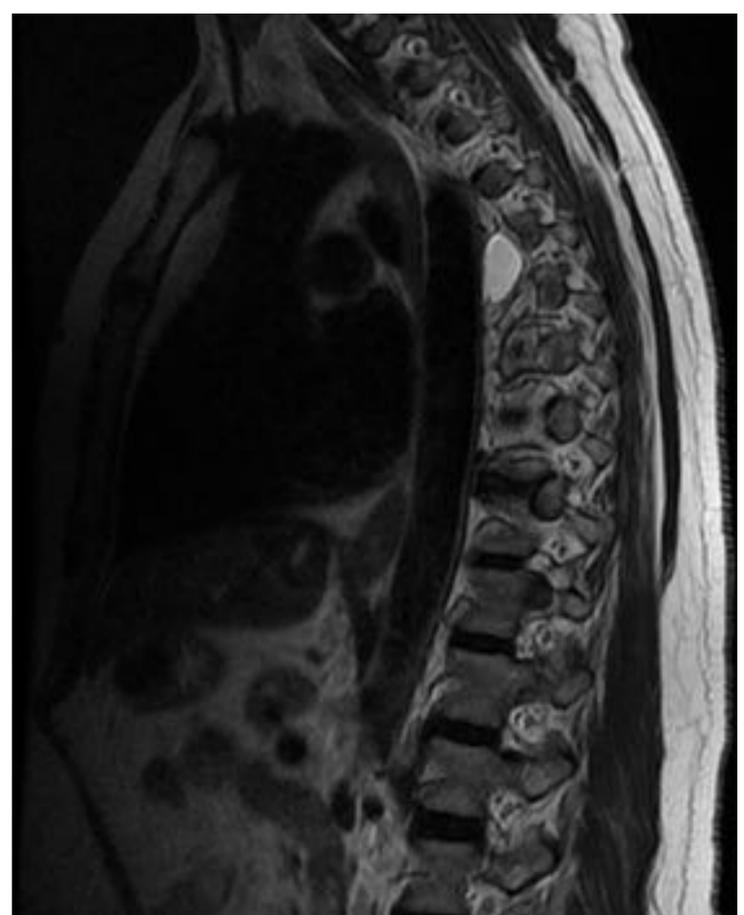
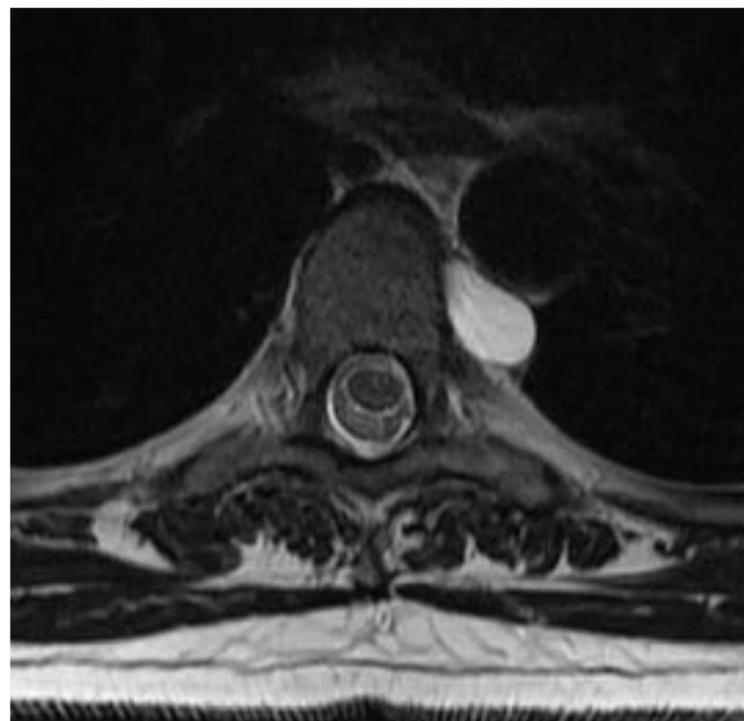
QUISTE DE RETENCIÓN

- Localización: Predominio parasagital posterior nasofaringe.
- Más frecuentes que los quistes de Tornwaldt.
- Detección incidental
- Asintomático
- Radiológicamente: ¡INDISTINGUIBLES DEL QUISTE DE TORNWALDT!



QUISTE BRONCOGÉNICO

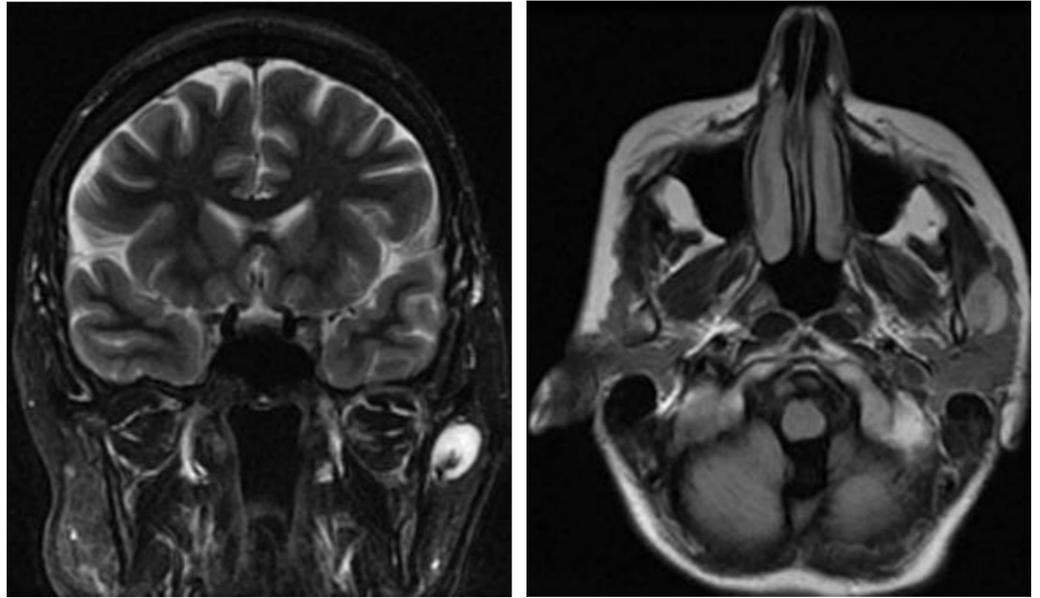
- Su **localización cervical** es **extremadamente rara**, normalmente localizados en región tiroidea o paratraqueal y raramente supraesternales o supraclaviculares.
- Derivan del crecimiento defectuoso del esbozo pulmonar y su **localización más frecuente** es en el **mediastino medio** y en la proximidad de la carina.
- Clave en imagen: **lesión hipodensa tubular anterior a la tráquea con nivel hidroaéreo asociado**.
- Representan yemas de intestino anterior.
- Se suelen ver en varones niños y adultos.
- **Diagnóstico: Anatomía Patológica.** Se basa en demostrar un epitelio respiratorio y su pared puede contener glándulas, músculo liso y cartílago.
- Radiológicamente se manifiestan como lesiones redondeadas o elípticas de contorno liso bien definido.
- **TC y RM: Densidad** homogénea próxima al **agua** pero al ser variable la composición del líquido que contienen (mezcla de contenido acuoso, hemorrágico, viscoso y/o mucoide) la atenuación puede ser similar a la de las partes blandas. En estos casos, para demostrar la naturaleza quística de la lesión, es necesario el empleo de **CIV** (permite confirmar la **ausencia de realce** en la lesión y delimitar una pared delgada bien definida) o **RM (hiperintensidad en T2)**.
- En el adulto los quistes broncogénicos pueden ser hallazgos incidentales en pacientes asintomáticos o pueden producir síntomas por compresión de estructuras adyacentes o por complicación de los mismos (generalmente infección).



GANGLIO VS ADENOPATÍA

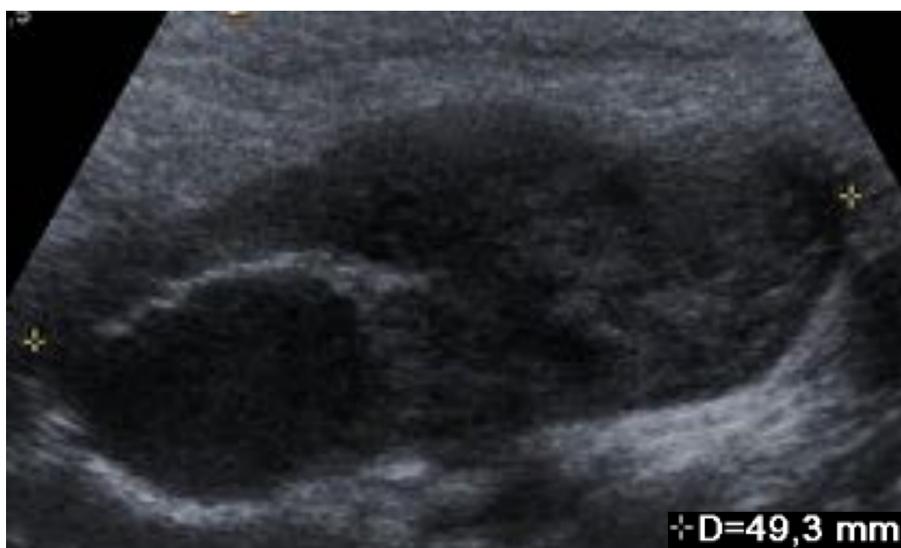
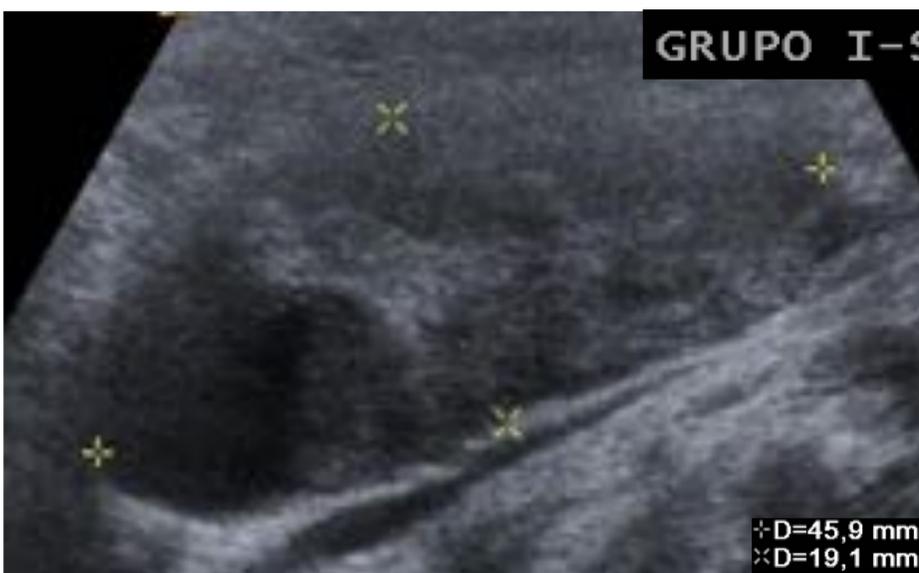
Características en imagen de los ganglios:

- Forma arriñonada
- Hilio graso: hiperecogénico en US, hiperintenso en T1 y T2 en RM, hipodenso en CT.
- Borde regular y bien definido
- Tamaño variable: el yugulodigástrico mayor, los demás en general hasta 1 cm de eje corto.
- Adenopatía = Ganglio aumentado de tamaño.



CASO 1. ADENOPATÍA REACTIVA

Componente quístico: las metástasis de neoplasias quísticas pueden reproducir la estructura del tumor primario, con escasa celularidad y grandes espacios acelulares con contenido líquido. Esto ocurre típicamente en adenopatías de carcinoma papilar de tiroides, y también se ha descrito en tumores ováricos.



ADENOPATÍA CON DEGENERACIÓN QUÍSTICA

ADENOPATÍAS ABSCESIFICADAS/CON DEGENERACIÓN QUÍSTICA / NECRÓTICA



CASO 1

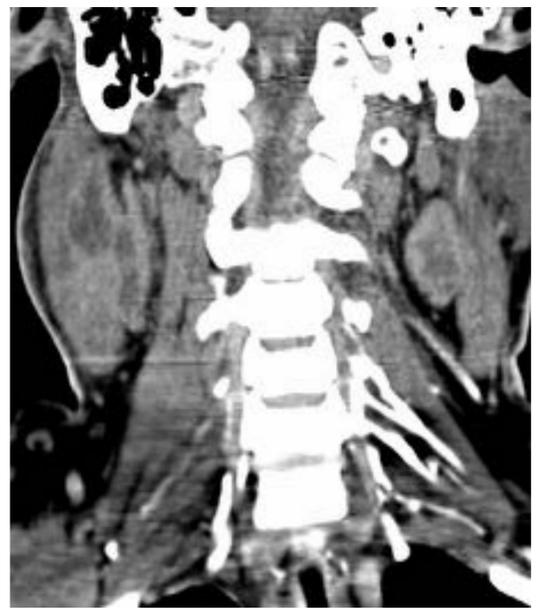


CASO 2

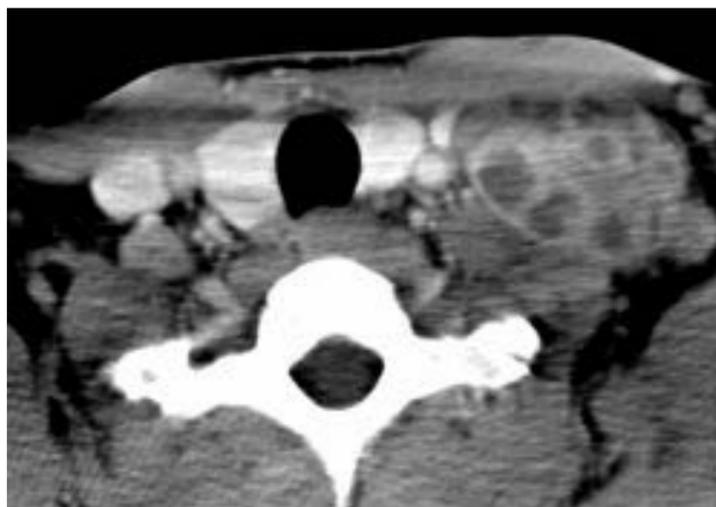


ADENOPATÍAS ABSCESIFICADAS BILATERALES: TBC

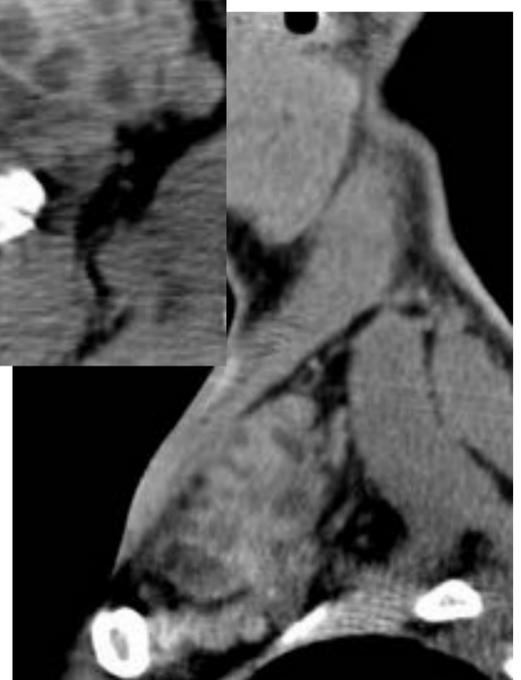
CASO 1



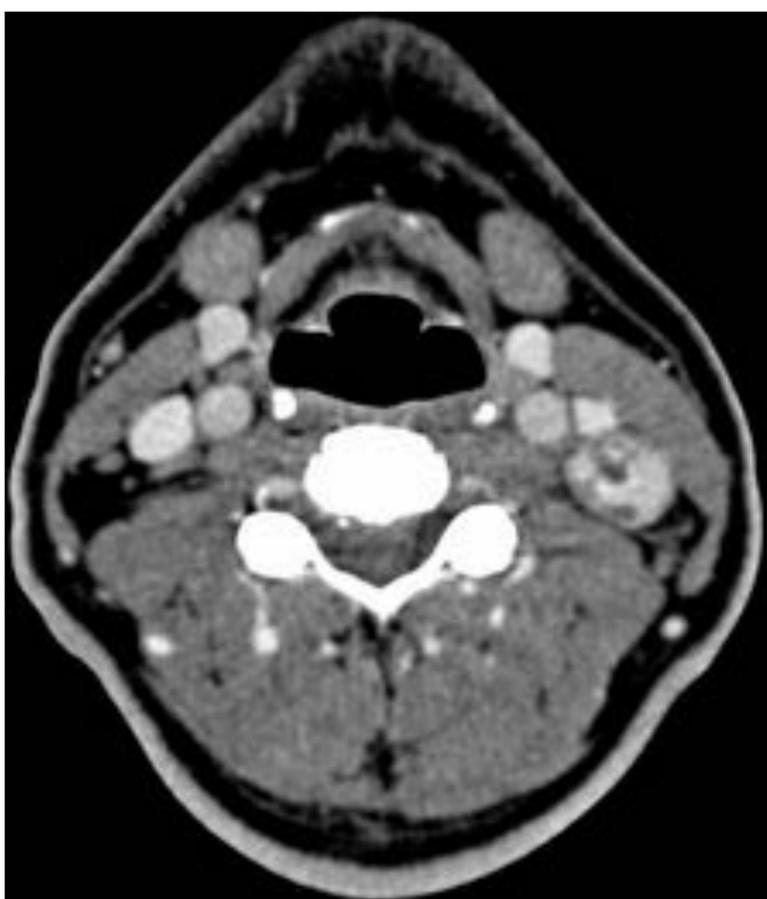
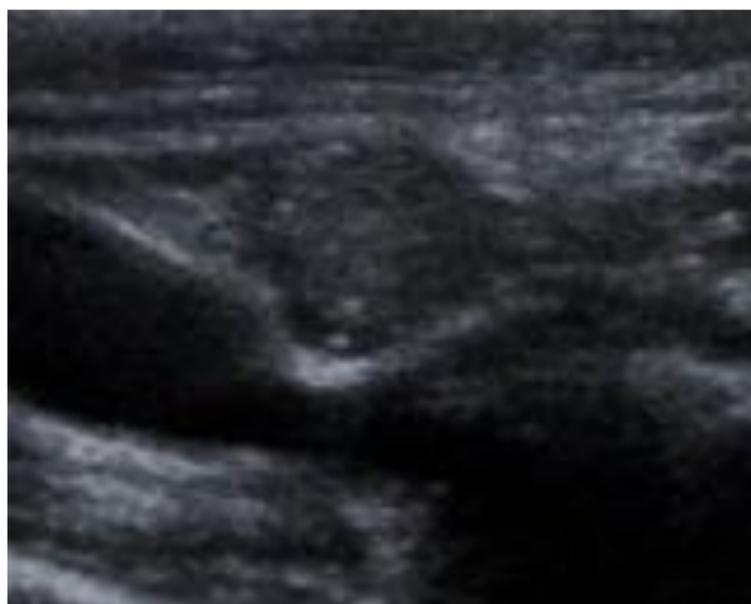
Necrosis caseosa: típica de la tuberculosis. Se caracteriza por la formación de un material de consistencia firme, el caseum, que en el curso de la enfermedad puede sufrir licuefacción.



CASO 2



ADENOPATÍAS METASTÁSICAS BILATERALES: CA PAPILAR TIROIDES

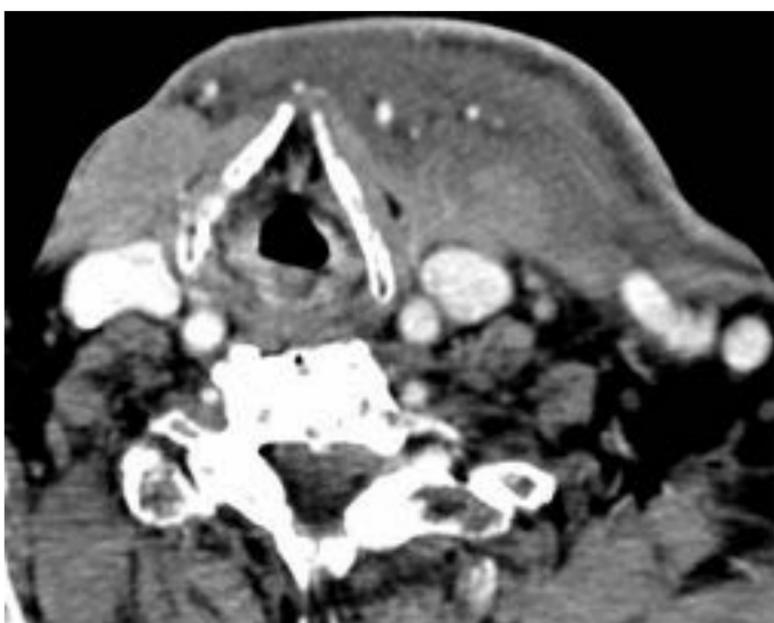
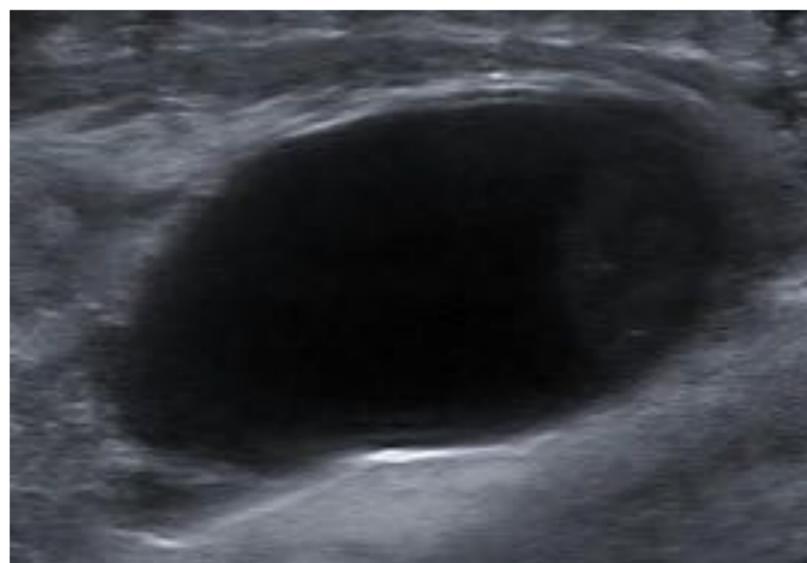


CLAVE EN IMAGEN

Adenopatías con calcificaciones en US y CT observando nódulo hipodenso milimétrico en LTI que tras PAAF confirmó la presencia de CA PAPILAR DE TIROIDES.

TUMOR NECROSADO /ABSCEESIFICADO

Necrosis tumoral: en las neoplasias la necrosis se debe generalmente a fenómenos isquémicos que ocurren en masas voluminosas y/o de crecimiento rápido, seguidas de licuefacción y abscesificación. Mayor frecuencia en las adenopatías metastásicas (especialmente de carcinomas epidermoides y en el microcítico de pulmón) que en linfomas.



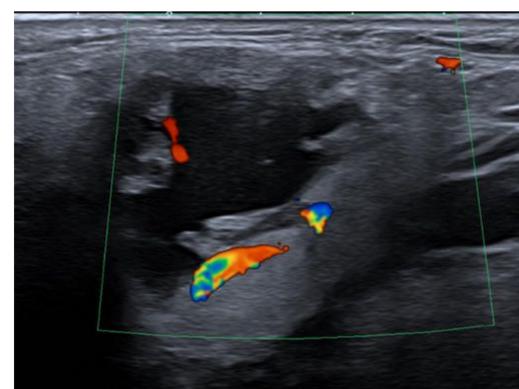
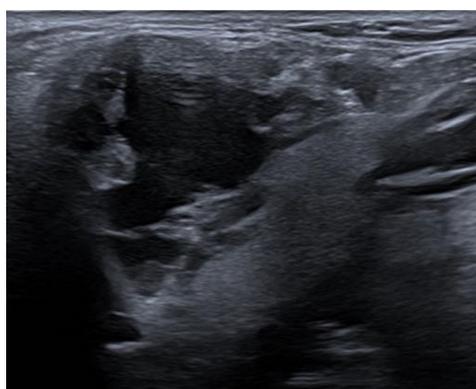
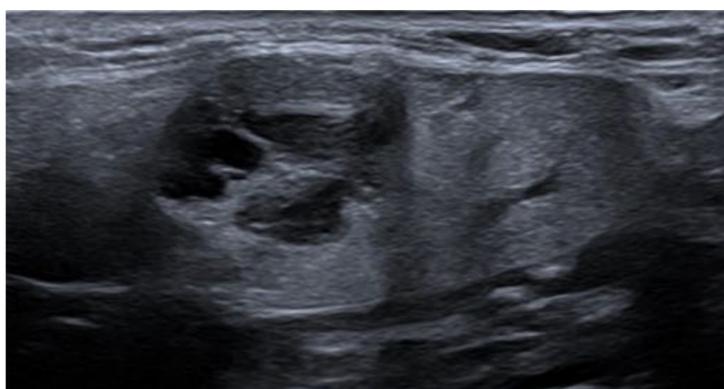
FASE 1. CELULITIS / FLEMÓN



FASE 2. ABSCEESIFICACIÓN

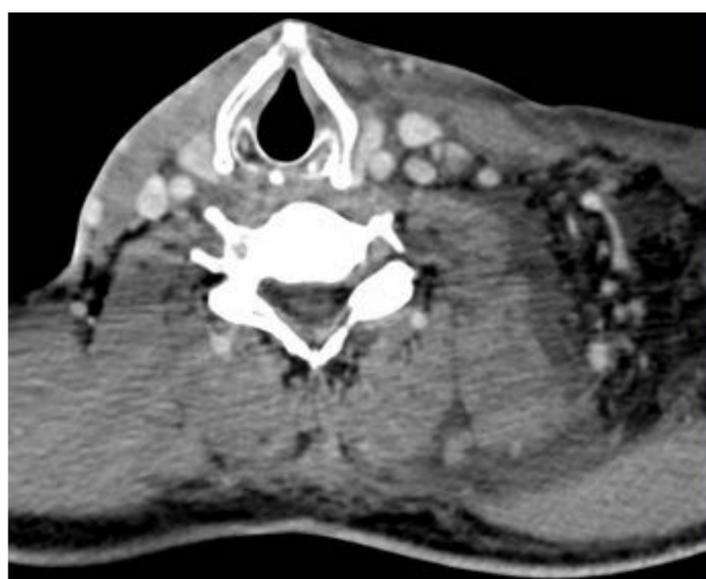
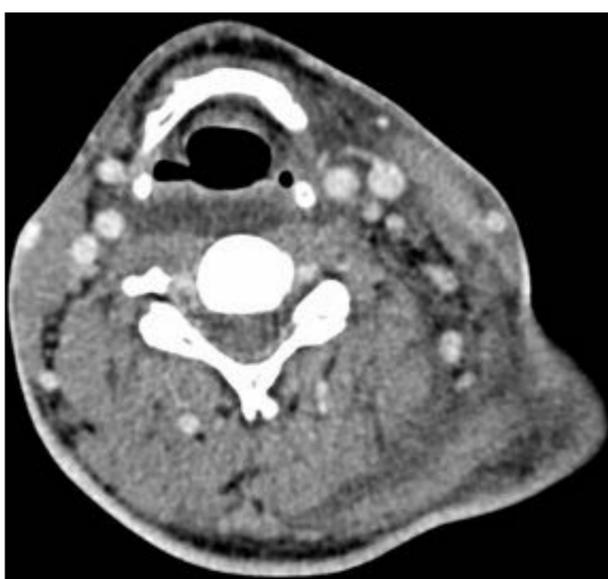
¿DIAGNÓSTICO?

- Hombre
- 15 años
- “Bultoma en arcada mandibular derecha de 1 mes de evolución con crecimiento progresivo. No signos inflamatorios agudos”.
- US: Colección heterogénea, septada, en íntima relación con la glándula submandibular derecha sugestiva de absceso.
- CT: Aumento de tamaño de la glándula submandibular derecha con colección hipodensa en su interior sin realce mural asociado, posiblemente de origen infeccioso, sugestiva de cambios flemonosos.
- TTO: Submaxilectomía.
- AP: LESIÓN ABSCESIFICADA.



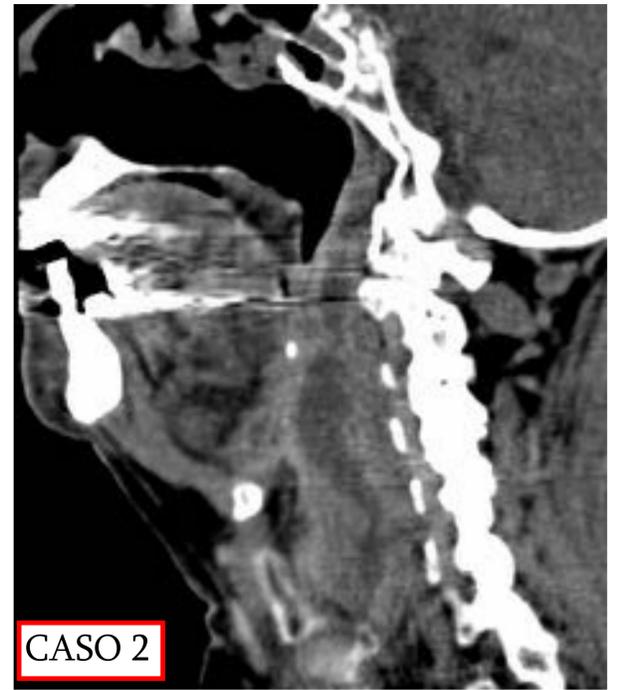
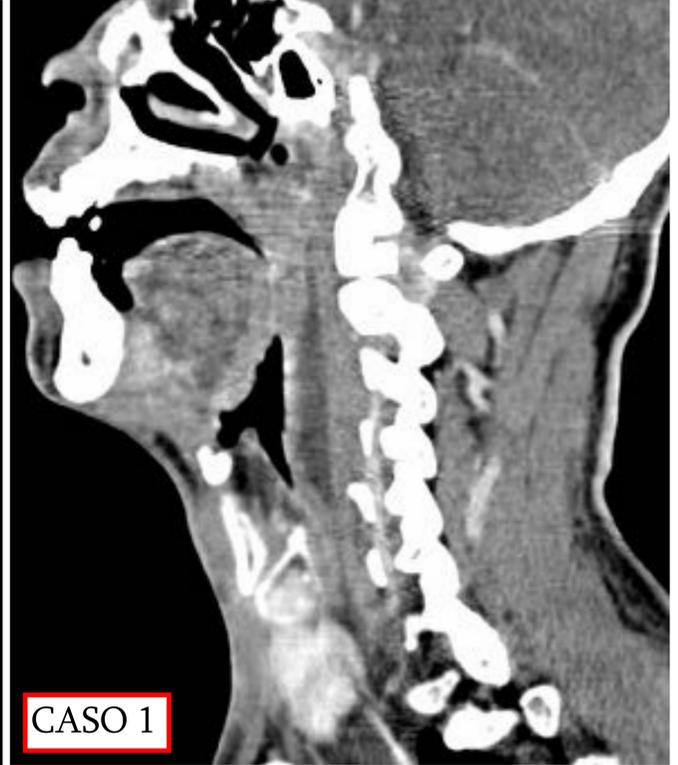
ABSCEOS CERVICALES

- Representan lesiones quísticas cervicales muy frecuentes.
- Clasificación según localización:
 - Submandibular-sublingual
 - Espacio masticador
 - Espacio mucoso faríngeo (amigdalino)
 - Espacio parafaríngeo
 - Retrofaríngeo (ver ejemplo en esta diapositiva)
 - Parotídeo
- Casos especiales: Angina de Ludwig, Postoperatorio inmediato y Miositis piógena (ver ejemplos).



Gran absceso retrofaríngeo con extensión al triángulo cervical posterior izquierdo y Síndrome de Lemierre con defecto de repleción en vena yugular izquierda.

ABSCEOS RETROFARINGEOS

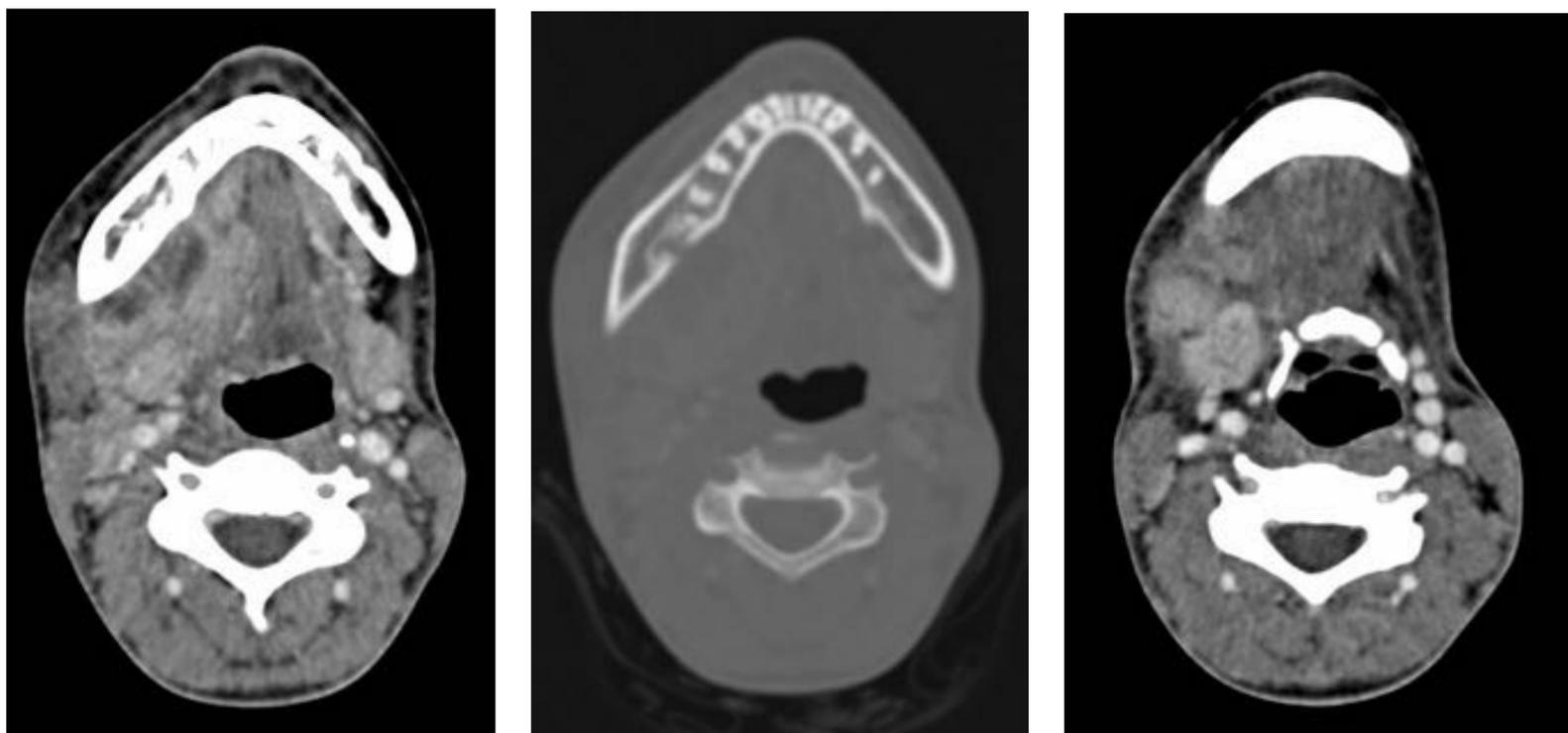


ABSCESO PERIAMIGDALINO



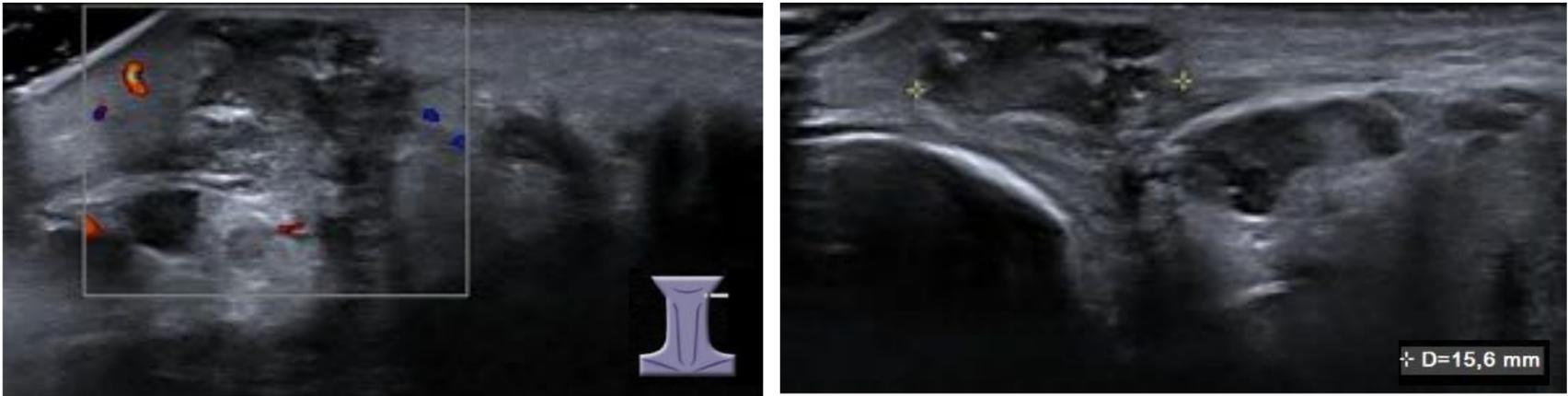
Etiopatogenia: Suele comenzar con una amigdalitis aguda en adolescente o adulto joven (la amígdala palatina supura y el absceso se forma dentro de la propia amígdala). Asocia trismus si afecta al músculo pterigoideo medial.

ABSCESO SUBMANDIBULAR



Etiopatogenia: Infección dental, manipulación odontógena, sialoadenitis sublingual o submandibular supurante. Puede observarse una dehiscencia de la corteza medial mandibular ipsilateral debido al drenaje de pus de un diente. CLAVE: La interrupción de la cortical mandibular y la esclerosis ósea son los principales signos radiológicos de osteomielitis (OML). Suelen asociarse adenopatías reactivas.

ABSCESO CON OSTEOMIELITIS MANDIBULAR Y FÍSTULA

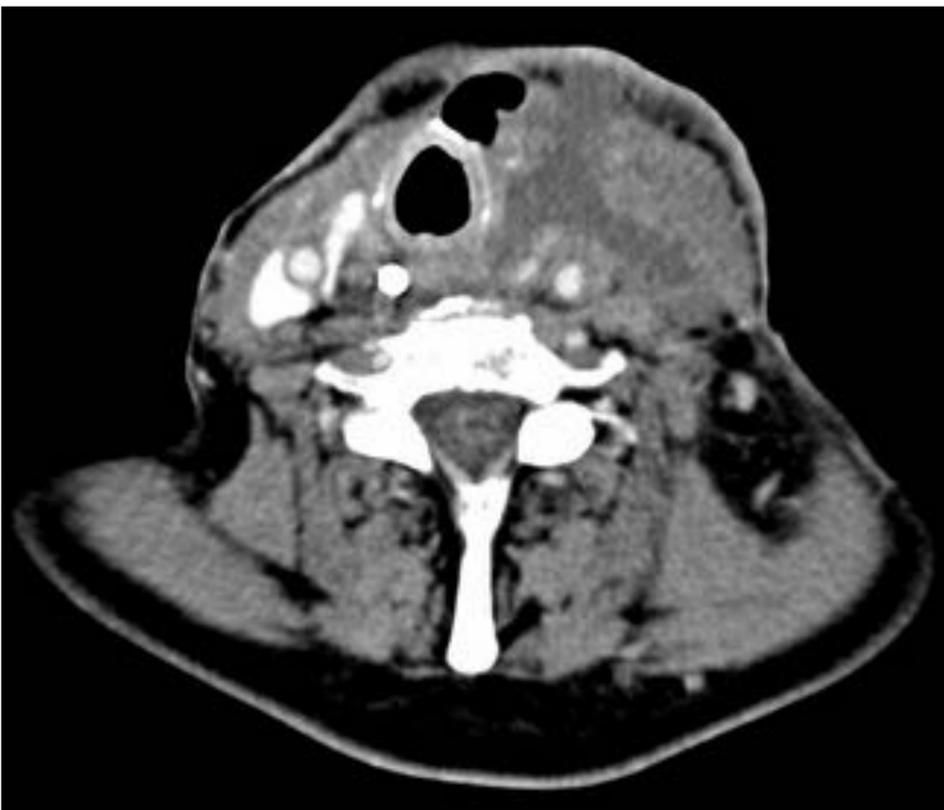


ANGINA DE LUDWIG

Celulitis flemonosa, difusa, de diseminación rápida, del espacio sublingual, partes blandas de la lengua y el espacio submandibular (normalmente como consecuencia de una infección en un molar). No abscesos. La hinchazón de los tejidos se produce rápidamente y puede bloquear la vía aérea. EMERGENCIA.



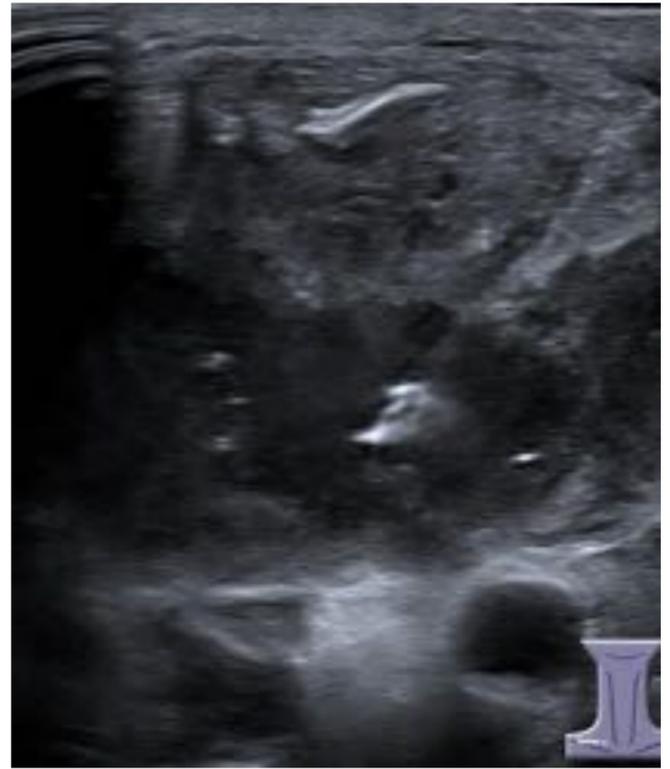
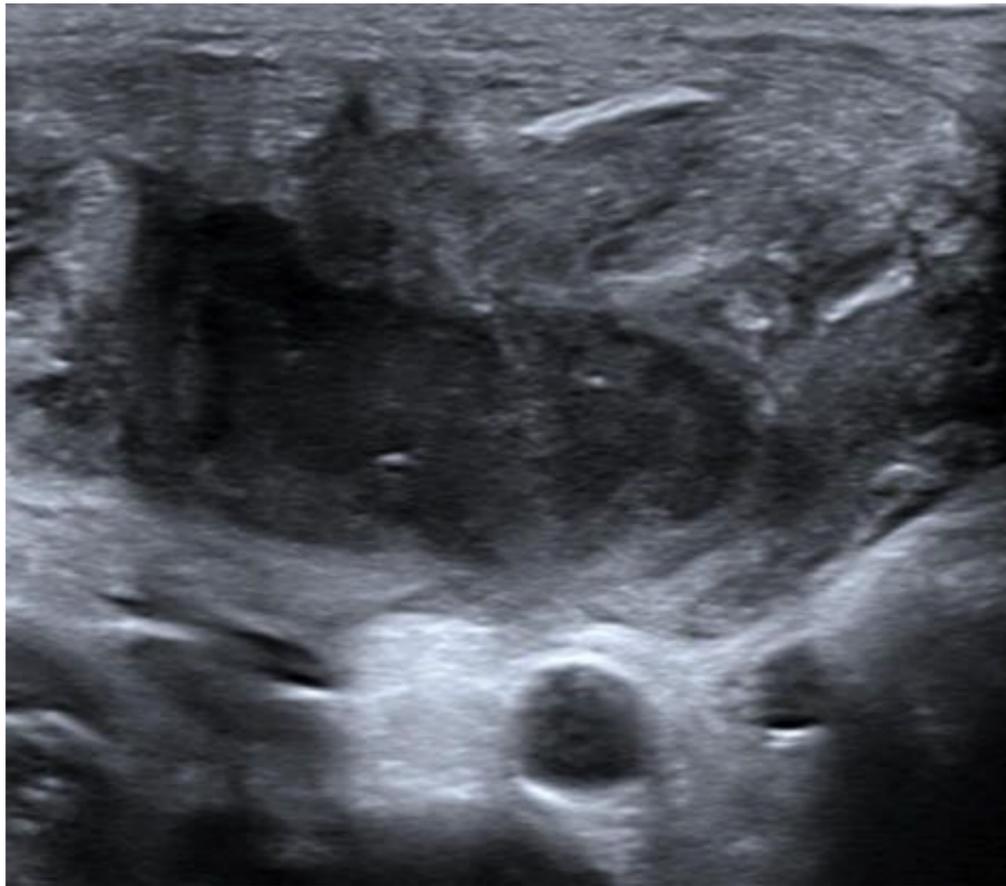
ABSCESO POSTOPERATORIO ¡CUIDADO CON FASCITIS NECROTIZANTE!



- Extensa colección cervical izquierda con múltiples burbujas aéreas en su interior, con afectación fundamentalmente infrahioidea, con epicentro en espacio cervical anterior y extensión transespacial: espacio visceral, carotídeo, triángulo cervical posterior y muscular (músculo ECM).
- Existe también extensión suprahioidea hacia espacios submandibular y parotídeo izquierdos.
- La colección se encuentra en íntima relación con el área de traqueostomía (paciente con laringuectomía subtotal) y presenta extensión superficial hasta el plano dérmico, próximo a fistulizarse a la piel.



PIOMIOSITIS DEL ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO

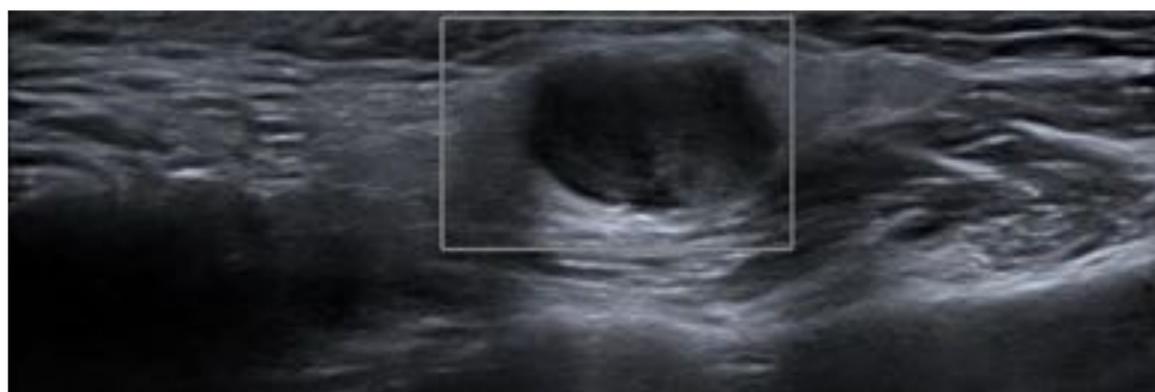
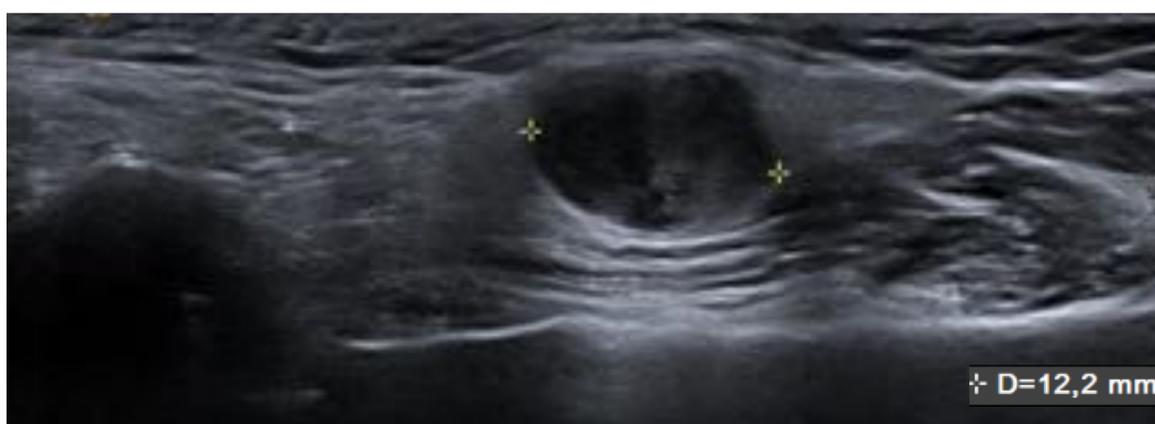


TUMOR PAROTIDEO

La mayoría de las lesiones de las glándulas salivares se localizan en las parótidas y son con mayor frecuencia benignas; al contrario que las lesiones en glándulas salivares menores.

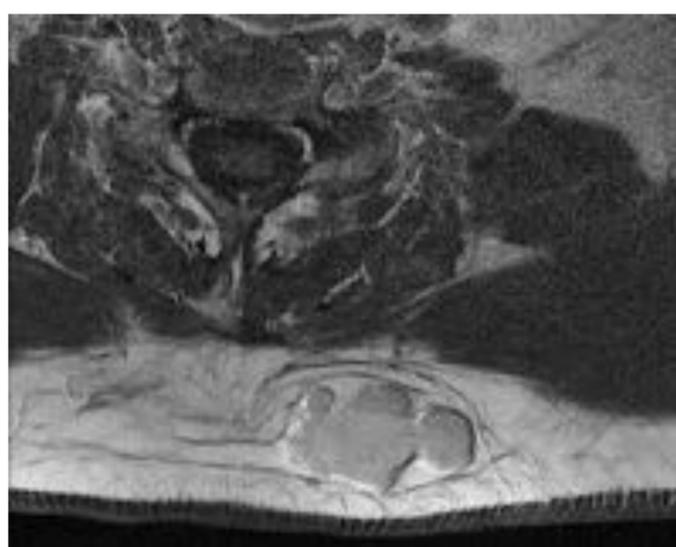
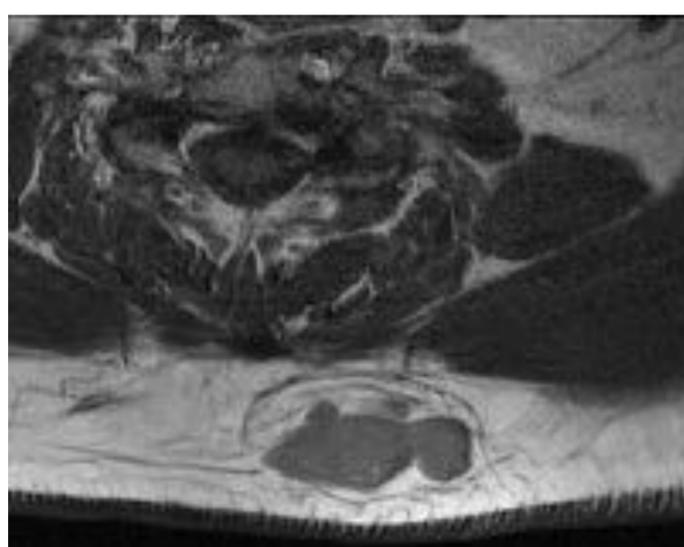
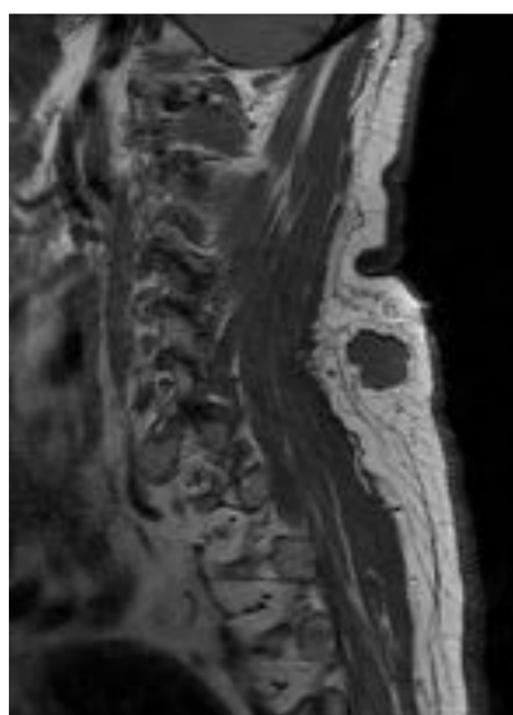
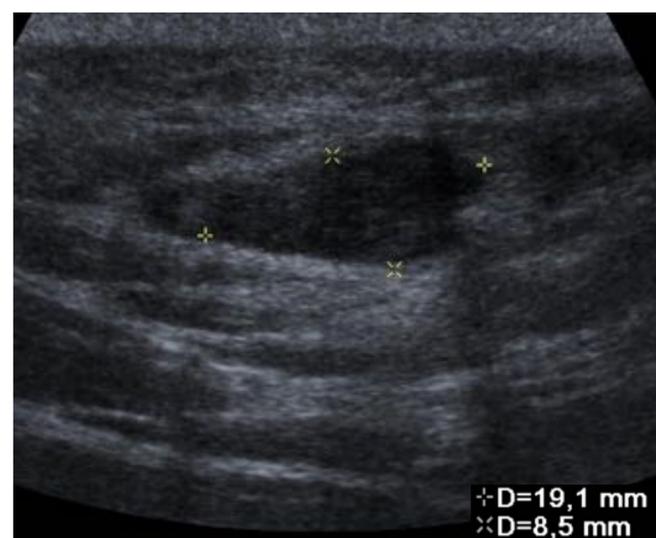
El **Adenoma pleomorfo vs tumor mixto de parótida** es la lesión benigna más frecuente.

Cuando son grandes, suelen ser heterogéneos con tendencia a la calcificación, **formación de quistes**, degeneración grasa y hemorragia, lo que dificulta el diagnóstico diferencial con neoplasias malignas.



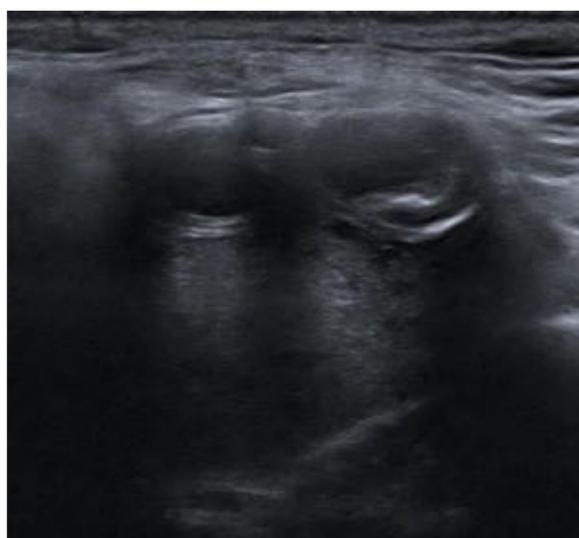
LIPOMA

- Es la neoplasia de origen mesenquimal más común.
- Mayoría: benignos.
- Crecimiento: lento
- Edad de presentación: 5^a-6^a década de la vida.
- Usualmente: esporádicos. Sin embargo, pueden asociarse a síndromes como la lipomatosis hereditaria múltiple, el síndrome de Gardner y la enfermedad de Madelung, etc.
- US: Predominantemente hiperecogénicos; aunque a veces son hipoecogénicos. Ver ejemplo ilustrativo.
- TC: baja densidad (entre -65 y -120 UH). Similar a la grasa del tejido celular subcutáneo. No realzan tras administración de CIV.
- RM: Hiperintensidad de señal en secuencias potenciadas en T1 y T2 y anulan su señal en las secuencias con saturación de la grasa. No suelen realzar tras administración de CIV; aunque en ciertos casos si captan, como el mostrado.



PARAGANGLIOMA CERVICAL

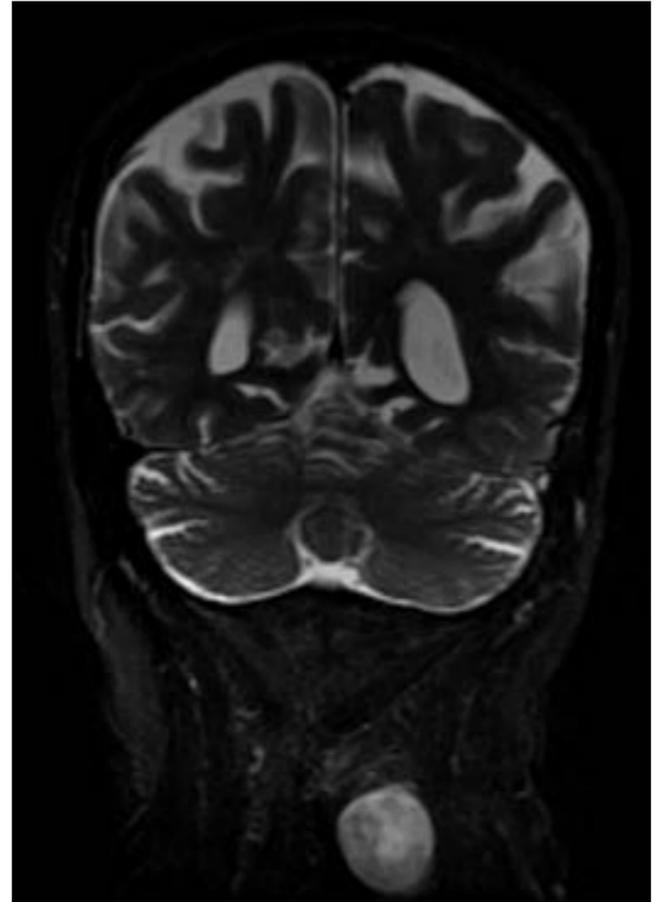
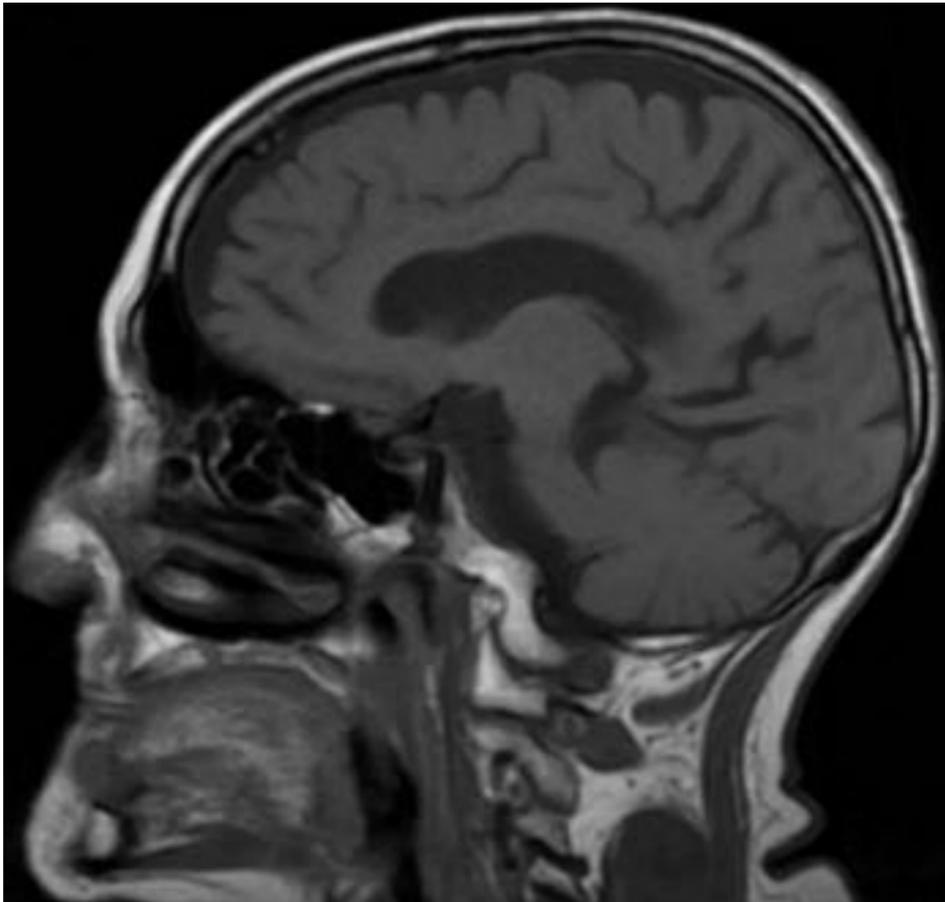
- Tumor infrecuente y de crecimiento lento.
- Deriva de las células paraganglionares de la cresta neural.
- Representan casi la mitad de todos los paragangliomas.
- El más frecuente es el glomus carotideo (78%), seguido de los yugulares (16%), vagales (4.5%), timpánicos (1.5%) y periaórticos.
- Mayoría de presentación esporádica, generalmente benignos y se presentan comúnmente como una masa cervical asintomática. Poco frecuente su apariencia quística.
- Clave: Pueden aparecer a lo largo del espacio carotídeo desde la base del cráneo a la bifurcación carotídea: Glomus Yugular (base de cráneo/foramen yugular), Glomus vagal (espacio carotideo oro y nasofaríngeo) y Glomus carotídeo (bifurcación carotídea).
- Imagen: Hiper captación de CIV significativa porque son hipervasculares.



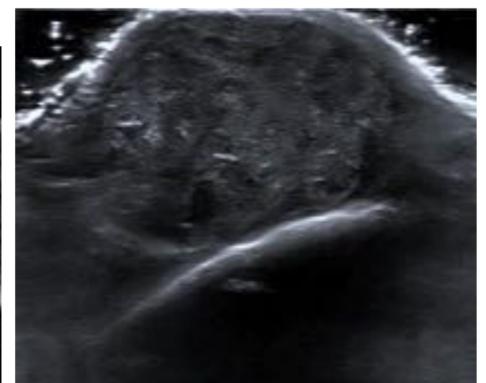
GLOMUS CAROTÍDEO



¡SIEMPRE MIRAR TODO!



CASO 1. TUMOR NEUROGÉNICO



CASO 2. HEMATOMA PARAESPINAL IZQUIERDO

CONCLUSIÓN

- La región cervical es un área compleja y resulta necesario realizar un enfoque diagnóstico adecuado, con base anatómica, para identificar las lesiones quísticas más probables.
- En ocasiones, al diagnosticar adecuadamente algunas de estas lesiones no será necesario realizar otras pruebas diagnósticas ni tratamiento alguno en el paciente; por lo que el papel del radiólogo resulta esencial en la orientación y manejo del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Cystic masses of neck: a pictorial review.
- Allard R. The thyroglossal cyst. *Head Neck Surg.* 1982;5:134-46.
- 5. Koeller KK, Alamo L, Adair CF, Smirniotopoulos JG. Congenital cystic masses of the neck: Radiologic-pathologic correlation. *Radio Graphics.* 1999;19:121-46.
- Bailey H. London, England: Lewis; 1929. *Branchial Cysts and Other Essays on Surgical Subjects in the Facio-Cervical Region.*
- Harnsberger HR, Wiggins RH, Hudgins PA, Davidson HC, Macdonald AJ, Glastonbury CM, et al. 1st ed. Altona: Amirsys; 2004. *Diagnostic Imaging Head and Neck*; pp. 30-3.
- Ibrahim M, Hammoud K, Maheshwari M, Pandya A. Congenital cystic lesions of the head and neck. *Neuroimag Clin North Am.* 2011;21:621-39.
- La'Porte SJ, Juttla JK, Ravi K, Lingam RK. Imaging the floor of the mouth and the sublingual space. *Radiographics.* 2011;31:1215-30.
- Friedman ER, John SD. Imaging of pediatric neck masses. *Radiol Clin North Am.* 2011;49:617-32.
- Wong KT, Lee YY, King AD, Ahuja AT. Imaging of cystic or cyst-like neck masses. *Clin Radiol.* 2008;63:613-22.
- Som P, Curtin HD. 4th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002. *Head and Neck Imaging*; pp. 2006-133.