

Procesos inflamatorio- infecciosos de cabeza y cuello. Hallazgos en TC y RM.

Iván Vicaría Fernández¹, Guillermo Unzué García-Falcés¹, Paul López Sala², Nerea Alberdi Aldasoro², Loreto Ana de Llano Ibisate², Héctor Lajusticia Andrés²

¹⁻²Complejo Hospitalario de Navarra (CHN), Pamplona.

Objetivos docentes:

1. Mostrar por medio de ejemplos, el papel de las diferentes técnicas de imagen en el diagnóstico de los procesos inflamatorio-infecciosos de cabeza y cuello, haciendo especial hincapié en el TC.
2. Representar los diferentes hallazgos radiológicos en dichas patologías, así como las claves para un correcto diagnóstico de las mismas.

Procesos infecciosos según los espacios anatómicos:

El cuello presenta una anatomía compleja dadas las diferentes estructuras que contiene y sus interrelaciones. Realizaremos un repaso anatómico de los diversos espacios radiológicamente reconocibles, puesto que su conocimiento nos va a permitir establecer qué localización-extensión presentan los diferentes procesos inflamatorio-infecciosos agudos que pueden comprometerlos, así como inferir el origen de los mismos.

Fascias cervicales:

- **Fascia cervical superficial:** tejido conectivo subcutáneo del cuello situado entre la dermis y la fascia cervical profunda.
- **Fascia cervical profunda:** consta de 3 capas diferentes pero relacionadas que rodean diferentes estructuras y permiten la compartimentalización de los diferentes espacios cervicales profundos. El único espacio cervical profundo al que contribuyen las 3 capas es el espacio carotídeo.
 - Capa superficial: recubre todas las estructuras del cuello inferiores al músculo platisma, y la glándula parótida. Incluye la fascia masticatoria, la submandibular y la ECM-trapecio.
 - Capa media: es la que más íntimamente recubre los órganos viscerales cervicales.
 - Capa profunda: reviste la musculatura paravertebral y forma el espacio perivertebral. Consta de la fascia perivertebral y la fascia alar o vertebral.

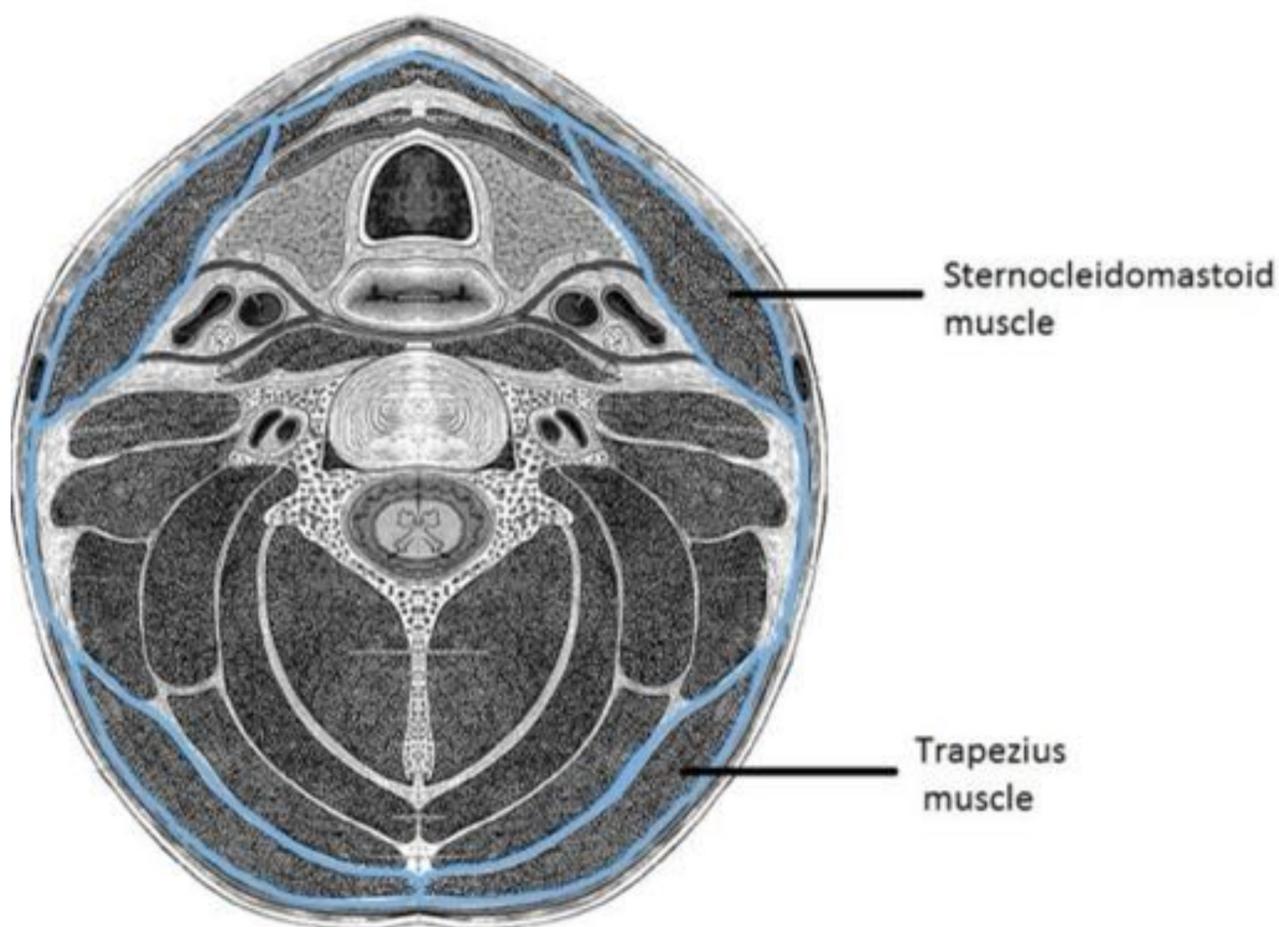


Figura 1. Corte anatómico transversal del cuello a nivel infrahioideo donde se señala la fascia cervical superficial.

Fascias cervicales:

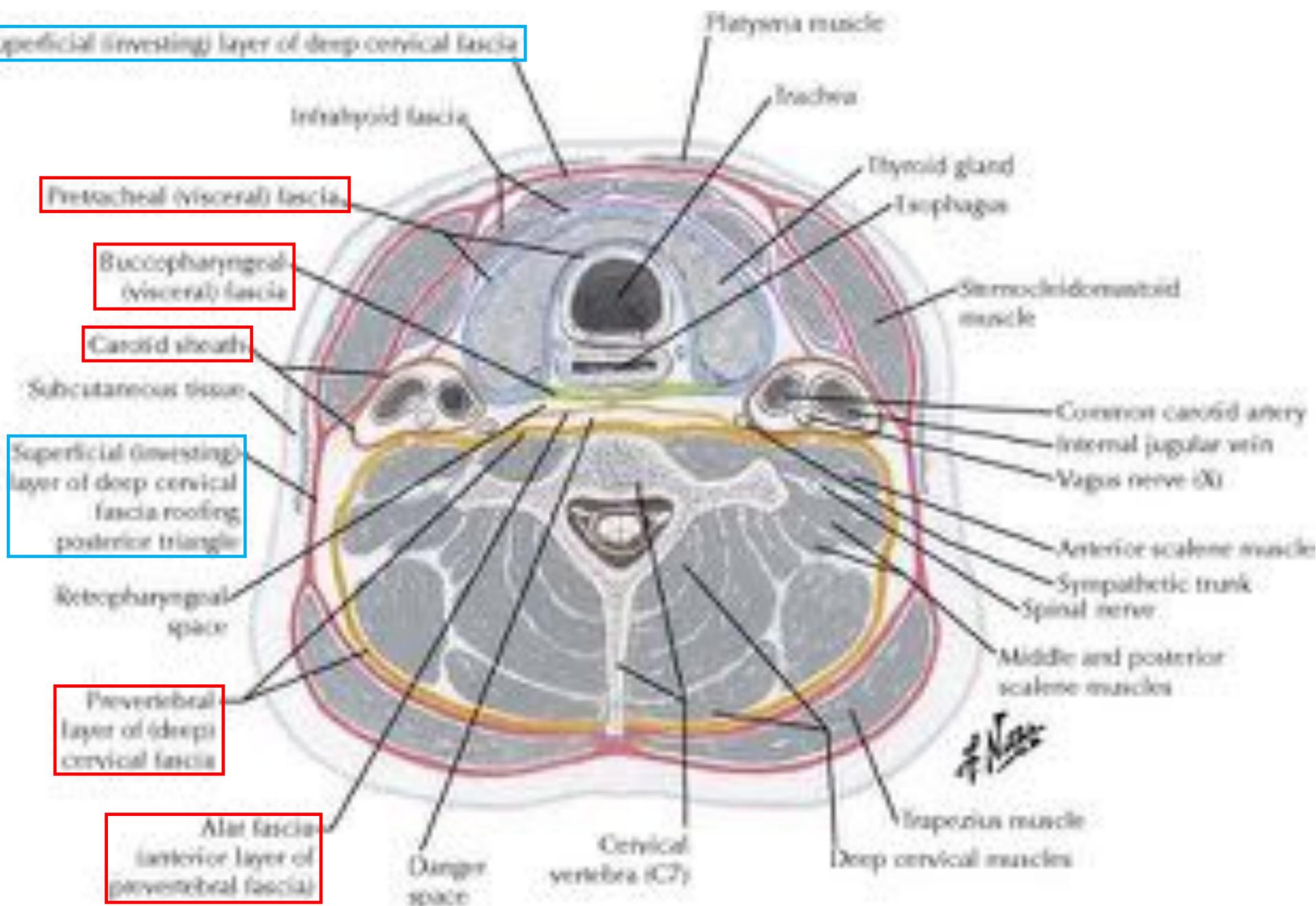


Figura 2. Corte anatómico transversal del cuello a nivel infrahioideo donde se señala la fascia cervical profunda. Capa superficial (cuadros azules) y capas profundas (cuadros rojos).

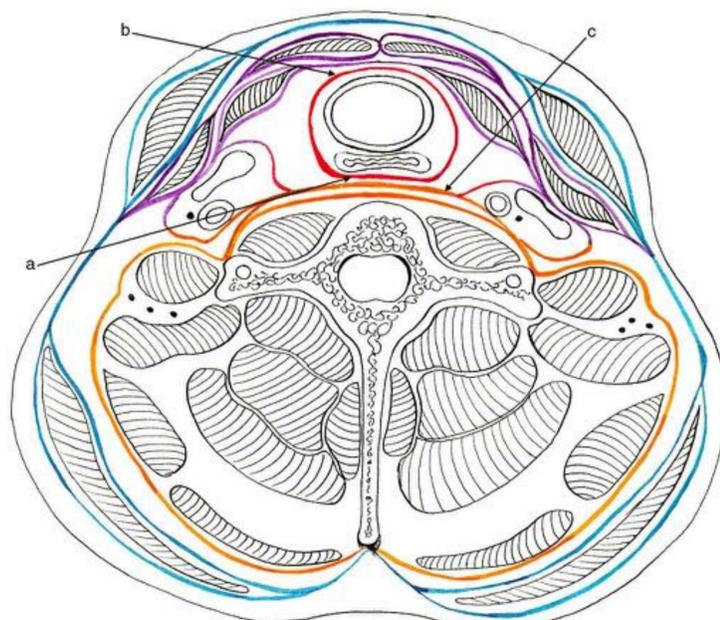


Figura 3. Corte anatómico transversal del cuello a nivel infrahioideo donde se señala la fascia cervical superficial (azul) y la profunda con sus 3 capas: capa superficial (a, lila), capa media (b, roja) y capa profunda (c, naranja).

Espacio submandibular:

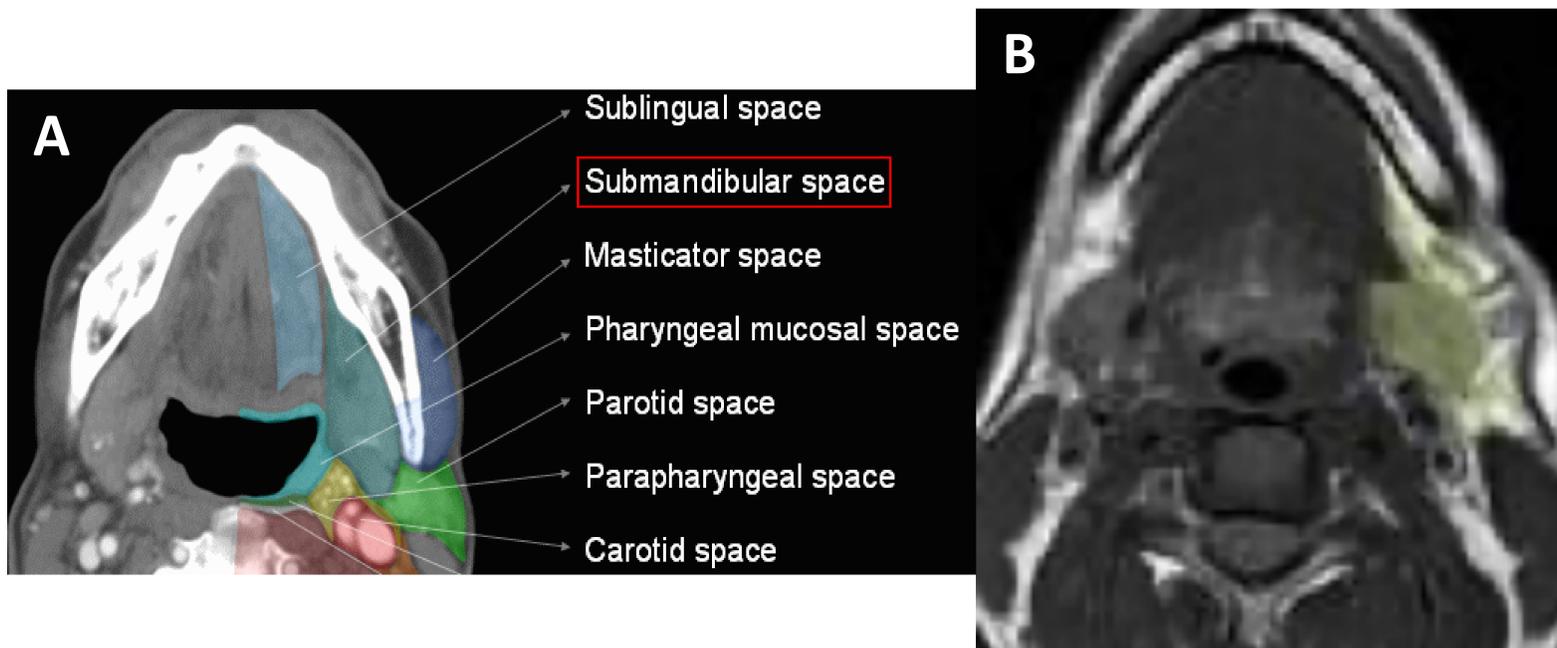


Figura 4. A) TC facial axial en el que se representa el espacio submandibular (azul, cuadro rojo). **B)** RM axial secuencia T1 (amarillo).

Se trata de un espacio triangular situado inferiormente a la mandíbula y abarcando el territorio circundante a la glándula submandibular. Algunos autores incluyen dentro de este espacio a los espacios sublingual y submentoniano, con los cuales se comunica libremente, así como con el espacio parafaríngeo. Nosotros los consideraremos espacios independientes.

- Sus **límites** son:
 - Inferior: hueso hioides (suprahioideo).
 - Superior: músculo milohioideo.
 - Anterolateral: mandíbula.
 - Posterior: musculature intrínseca de la lengua.
 - Medial: vientre anterior del músculo digástrico.
- Su **contenido** es:
 - Glándula submandibular.
 - Ganglios linfáticos submandibulares (nivel Ib).
 - Grasa.
 - Arteria y vena faciales.
 - Giro inferior del nervio hipogloso (XII par).
- **Comunicaciones:**
 - Superiormente: espacio sublingual.
 - Medialmente: espacio submentoniano.
 - Posteriormente: espacio parafaríngeo.

Espacio sublingual:

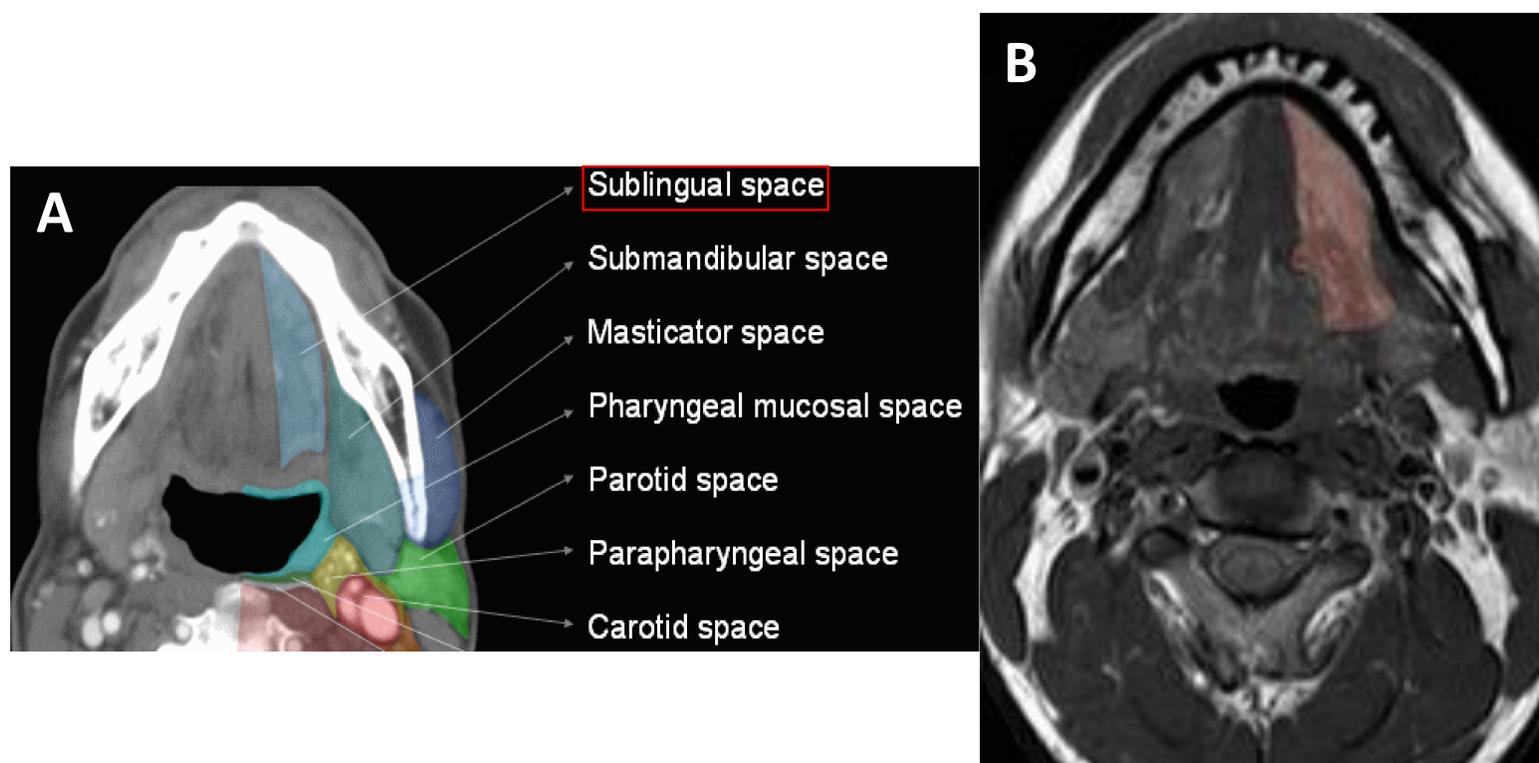


Figura 5. A) TC facial axial en el que se representa el espacio sublingual (azul). **B)** RM axial secuencia T1 (rojo).

Se ubica en la cavidad oral inferiormente a la lengua, formado parte del suelo de la boca. Tiene forma de “V invertida” y se subdivide en izquierdo y derecho por los músculos geniogloso y geniohiodeo.

- Sus **límites** son:
 - Inferior: músculo milohiideo.
 - Superior: mucosa oral-musculatura intrínseca de la lengua.
 - Anterolateral: mandíbula.
 - Posterior: hueso hioides.
 - Medial: complejo muscular geniogloso-geniohiodeo.
- Su **contenido** es:
 - Músculo hiogloso.
 - Glándula y conducto sublingual.
 - Conducto submandibular o de Wharton.
 - Arteria, vena y nervio linguales.
 - Porción distal de los nervios hipogloso (XII par) y glossofaríngeo (IX par).
 - Glandulas salivales menores.

Espacio submentoniano:

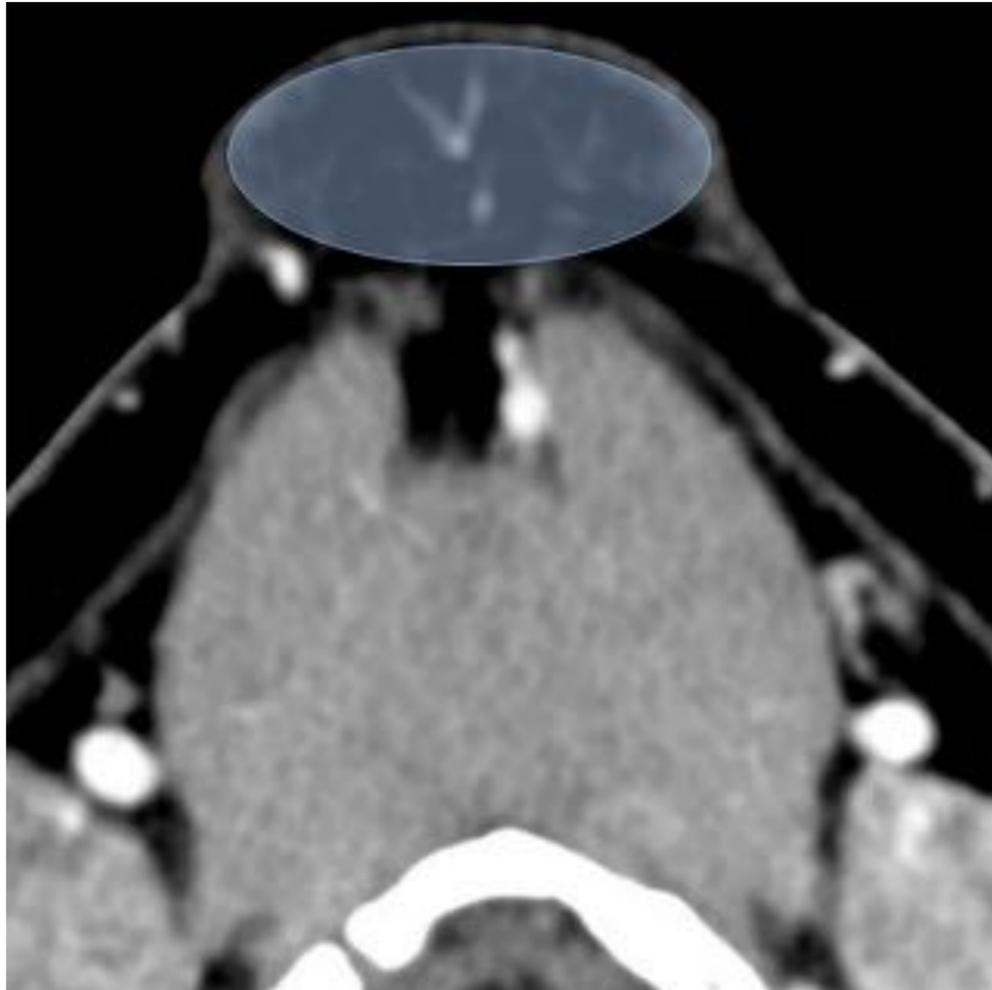


Figura 6. TC facial axial en el que se representa el espacio submentoniano (azul).

Se trata de un espacio triangular ubicado inferiormente al mentón y medialmente al espacio submandibular, con el cual se comunica libremente.

- Sus **límites** son:
 - Inferior: capa superficial de la fascia cervical profunda.
 - Superior: músculo milohioideo.
 - Anterior: mandíbula.
 - Lateral: vientres anteriores del músculo digástrico.
 - Posterior: hueso hioides.
- Su **contenido** es:
 - Vena yugular anterior.
 - Ganglios linfáticos submentonianos (nivel Ia).

Espacio bucal:

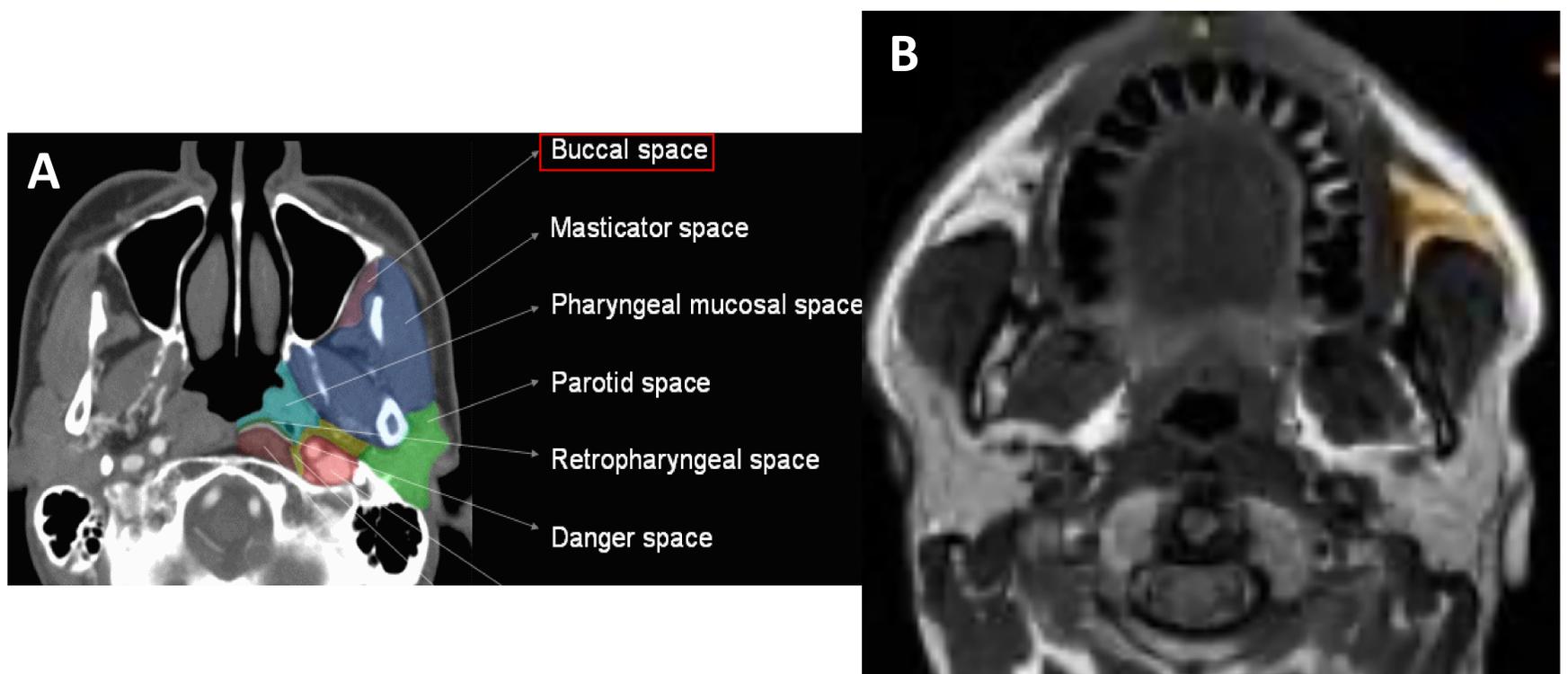


Figura 7. A) TC facial axial en el que se representa el espacio bucal (azul, cuadro rojo).
B) RM axial secuencia T1 (amarillo).

También conocido como espacio buccinador. Contiene fundamentalmente grasa y constituye los popularmente denominados “carrillos”. Está envuelto por la capa superficial de la fascia cervical profunda. Se ubica entre los músculos buccinador y platysma.

- Sus **límites** son:
 - Superior: arco y músculo cigomáticos.
 - Inferior: músculo depresor del ángulo de la boca.
 - Lateral: músculo platysma.
 - Anterior: músculo orbicular de la boca.
 - Posterior: músculos masetero, pterigoideos medial y lateral, y mandíbula.
 - Medial: músculo buccinador.
- Su **contenido** es:
 - Grasa.
 - Conducto de Stenon o parídeo.
 - Glándula parótida accesoria (20%, variante anatómica).
 - Arterias facial y buccal.
 - Rama bucal del nervio facial (VII par).
 - Nervio bucal del nervio trigémino (rama mandibular, V par).

Espacio parotídeo:

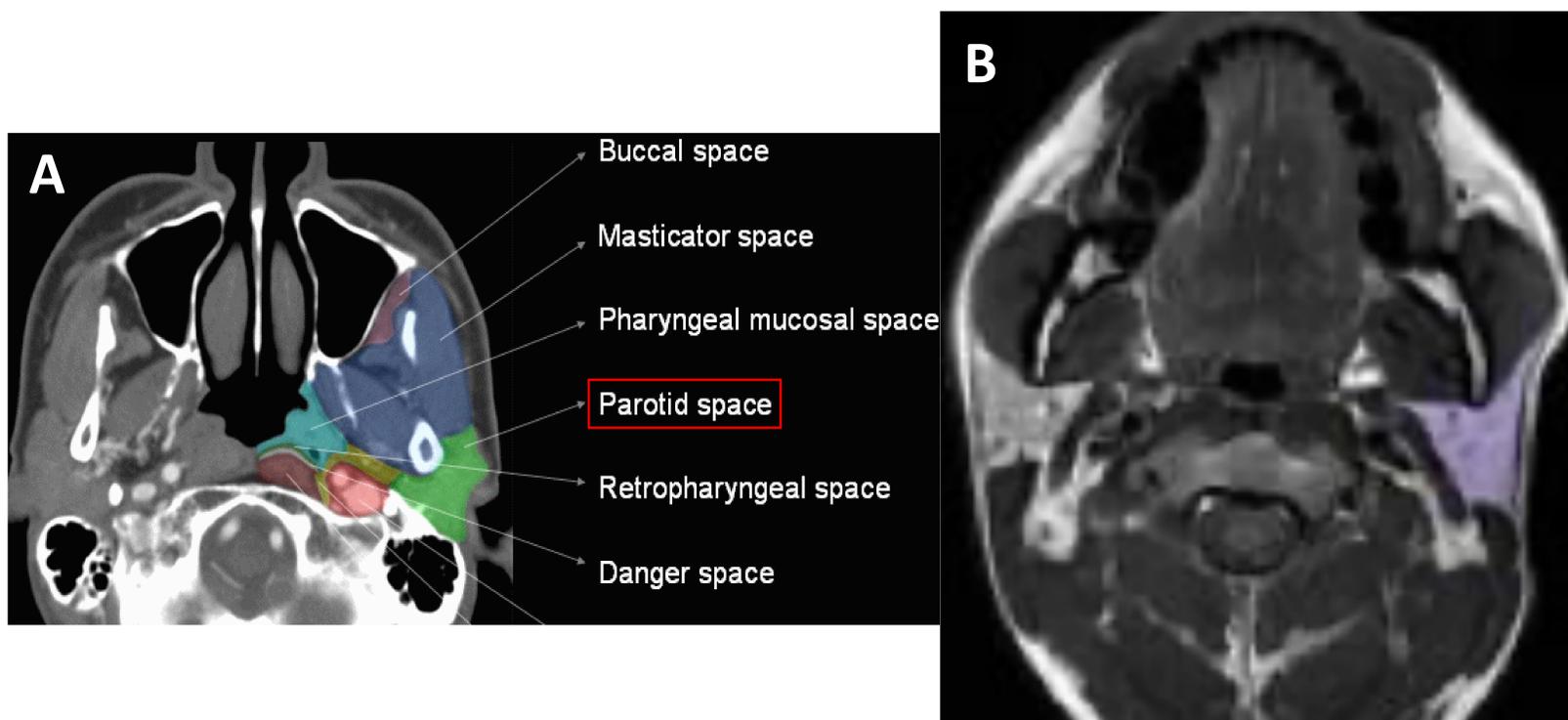


Figura 8. TC facial axial en el que se representa el espacio parotídeo (azul, cuadro rojo). B) RM axial secuencia T1 (lila).

Es el más lateral de los espacios cervicales suprahioides. Es un espacio de morfología piramidal cuya mayor parte está constituida por la glándula parótida. Está formado por la capa superficial de la fascia cervical profunda que se encuentra recubriendo el lóbulo parotídeo superficial.

- Sus **límites** son:
 - Inferior: ángulo mandibular inferior.
 - Superior: CAE, ápex mastoideo.
 - Anterior: espacio masticador.
- Su **contenido** es:
 - Glándula parótida.
 - Ganglios linfáticos intraparotídeos.
 - Nervio facial intraparotídeo (VII par).
 - Arteria carótida externa.
 - Vena retromandibular.
- **Relaciones:**
 - Lateral a los espacios parafaríngeo y carotídeo.
 - Posterior al espacio masticador.

Espacio masticador:

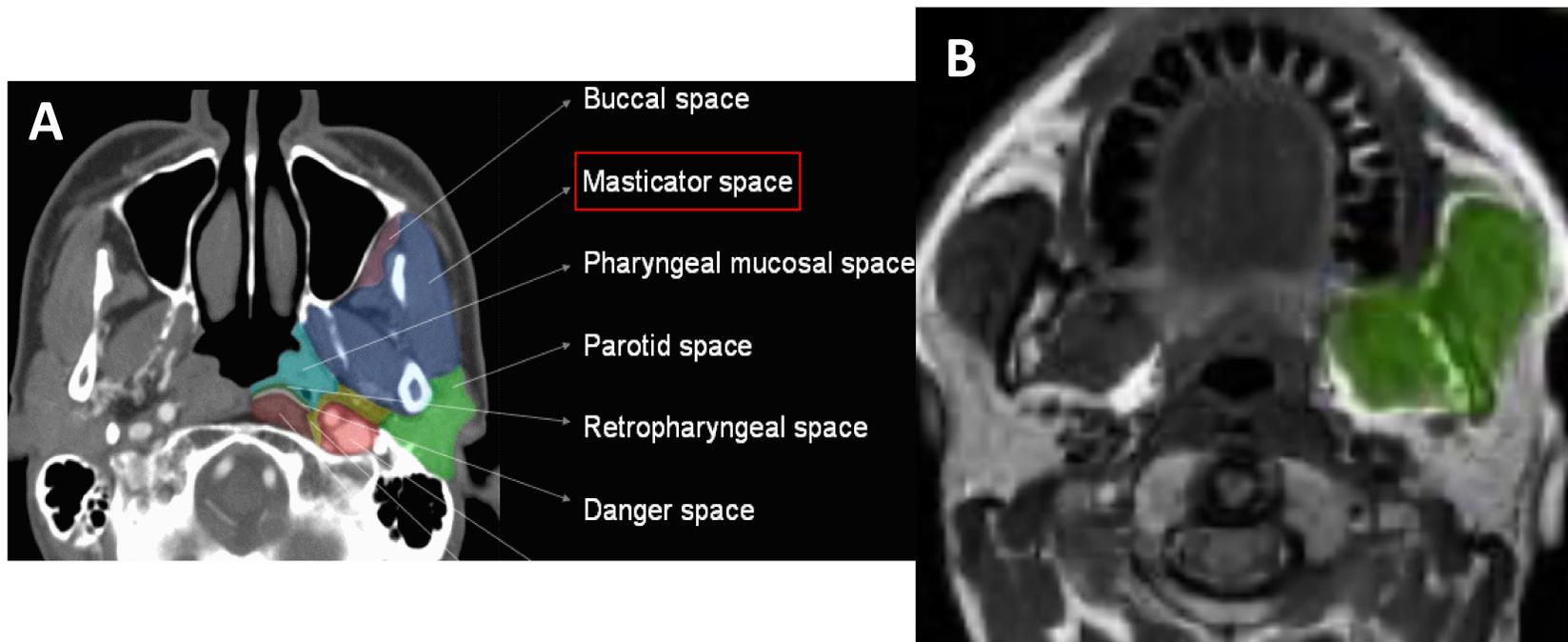


Figura 9. TC facial axial en el que se representa el espacio masticador (azul, cuadro rojo). **B)** RM axial secuencia T1 (verde).

Se trata de un espacio cervical profundo suprahioides recubierto por la capa superficial de la fascia cervical superficial.

- Su **contenido** es:
 - Musculatura masticatoria (masetero, temporal y pterigoideos medial y lateral).
 - Rama y cuerpo mandibulares.
 - Rama mandibular del nervio trigémino (V_3).
 - Arteria, vena y nervio alveolares inferiores.
 - Plexo venoso pterigoideo.
- **Relaciones:**
 - Posterior al espacio bucal.
 - Anterior al espacio parotídeo.
 - Lateral al espacio parafaríngeo.

Espacio parafaríngeo:

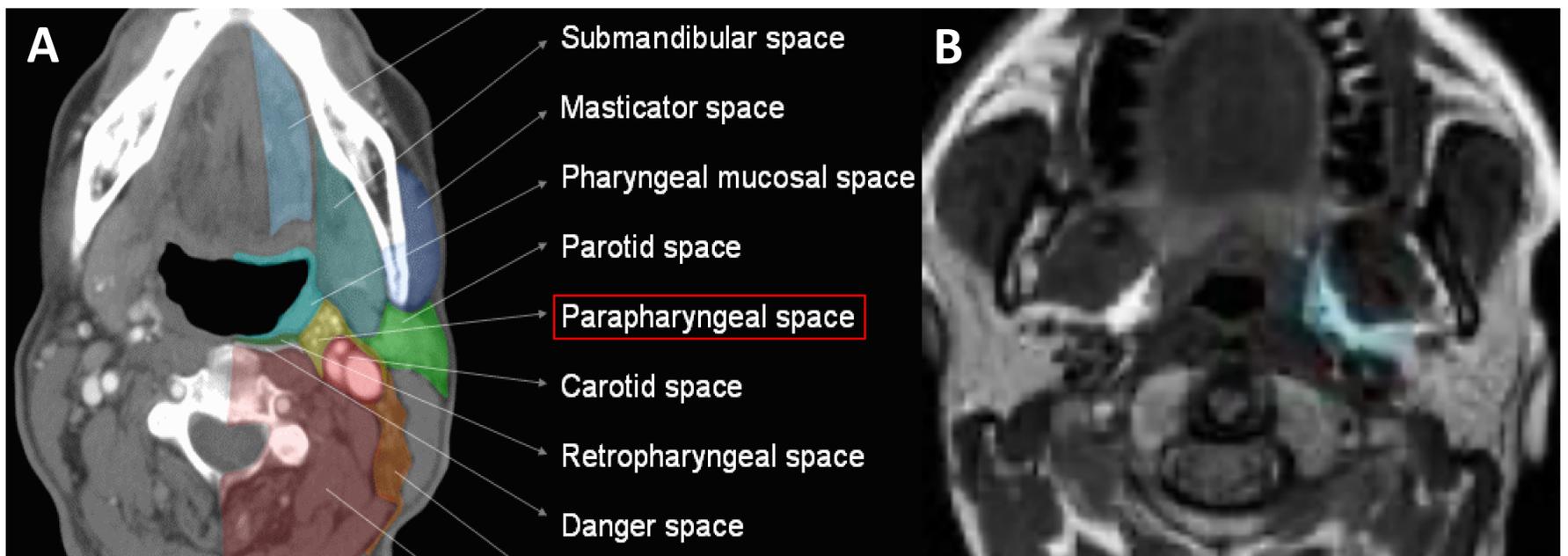


Figura 9. TC facial axial en el que se representa el espacio parafaríngeo (amarillo, cuadro rojo). **B)** RM axial secuencia T1 (azul).

También conocido como espacio parafaríngeo preestiloideo. Consta fundamentalmente de grasa y contiene estructuras neurovasculares y la porción retromandibular del lóbulo parotídeo profundo.

- Sus **límites** son:
 - Inferior: hueso hioides.
 - Superior: base del cráneo.
 - Anterior: rafe pterygomandibular.
 - Lateral: capa superficial de la fascia cervical profunda.
 - Medial: capa media de la fascia cervical profunda.
- Su **contenido** es:
 - Grasa.
 - Arteria maxilar interna.
 - Arteria faríngea ascendente.
 - Plexo venoso pterigoideo.
 - División mandibular del nervio trigémino (V_3).
 - Glándula salival menores o ectópicas.
 - Porción retromandibular del lóbulo parotídeo profundo.

Espacio carotídeo:

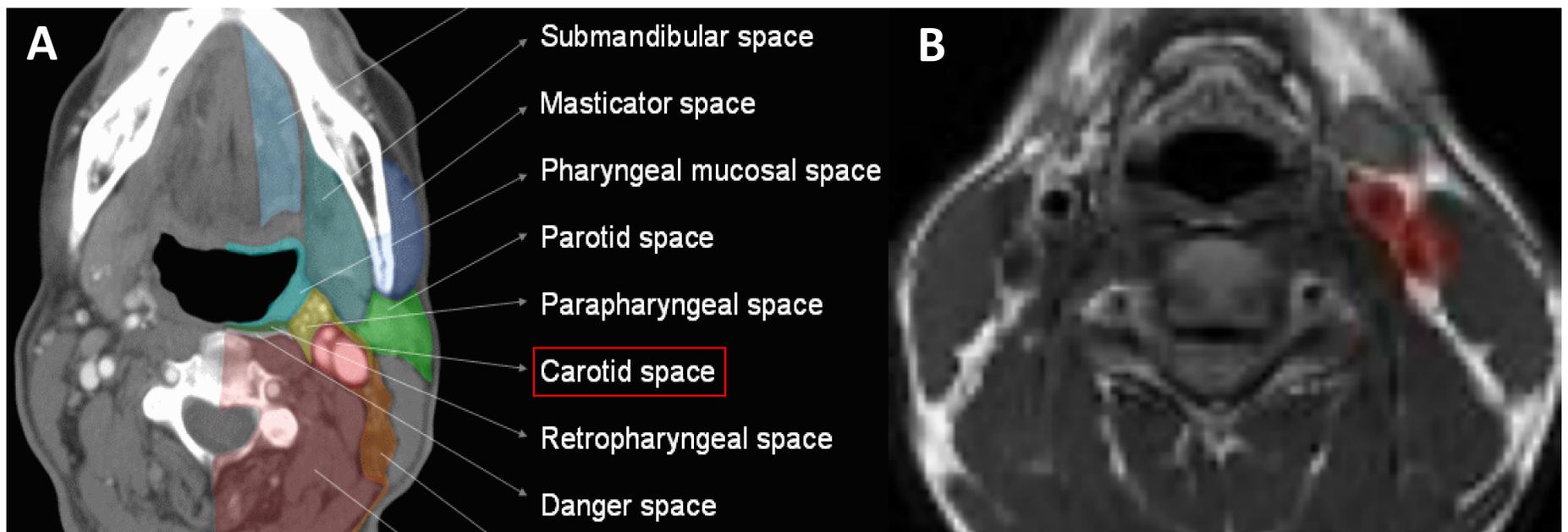


Figura 9. TC facial axial en el que se representa el espacio carotídeo (rojo, cuadro rojo). B) RM axial secuencia T1 (rojo).

Su porción suprahioides también se conoce como espacio parafaríngeo postestiloideo. Es el único de los espacios cervicales profundos que es recubierto por las 3 capas de la fascia cervical profunda.

- Sus **límites** son:
 - Inferior: arco aórtico.
 - Superior: foramen yugular.
- Su **contenido** es:
 - Arteria carótida común (inferiormente) y arteria carótida interna (superiormente).
 - Vena yugular interna.
 - Nervio vago (X par), posterior a los vasos.
 - Nervios glosofaríngeo (IX par), accesorio (anterior a los vasos, XI par) e hipogloso (XII par).
 - Nervios simpáticos, mediales a los vasos.
 - Cadena ganglionar cervical profunda (niveles II, III y IV).

Espacio mucoso faríngeo:

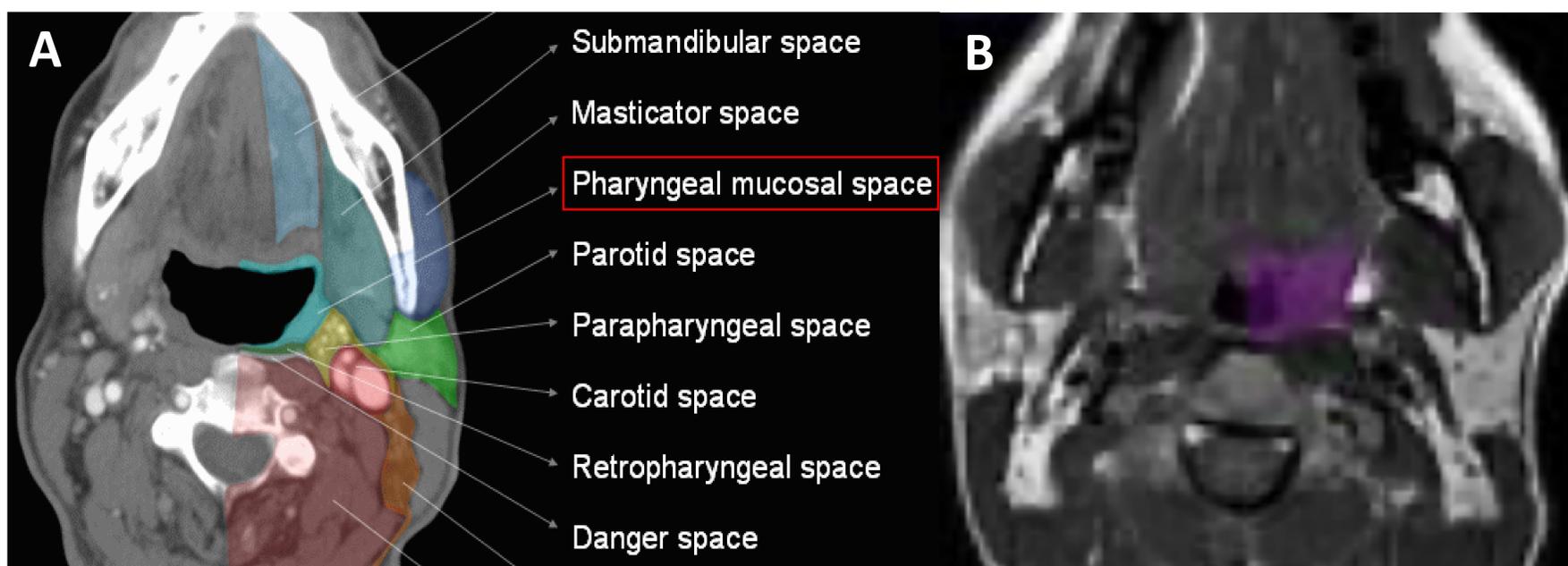


Figura 10. TC facial axial en el que se representa el espacio mucoso faríngeo (azul, cuadro rojo). B) RM axial secuencia T1 (morado).

Se trata del compartimento cervical más profundo (el más próximo a la vía aérea). Se localiza entre la fascia bucofaríngea (visceral o capa media de la fascia cervical profunda) y la superficie mucosa de la nasofaringe, orofaringe e hipofaringe. Se extiende desde la base del cráneo hasta el cartílago cricoides. Incluye el espacio periamigdalino.

Sus **límites** son:

- Inferior: cartílago cricoides.
- Superior: músculo constrictor faríngeo superior.

• Su **contenido** es:

- Mucosa escamosa.
- Anillo de Waldeyer (amígdalas faríngeas, palatinas y linguales).
- Glándulas salivales menores.
- Porción cartilaginosa de la trompa de Esutaquio.
- Músculos constrictores faríngeos superior y medio.
- Músculo elevador del velo del paladar.

• **Relaciones:**

- Medial al espacio parafaríngeo.
- Anterior al espacio retrofaríngeo.

Espacio retrofaríngeo:

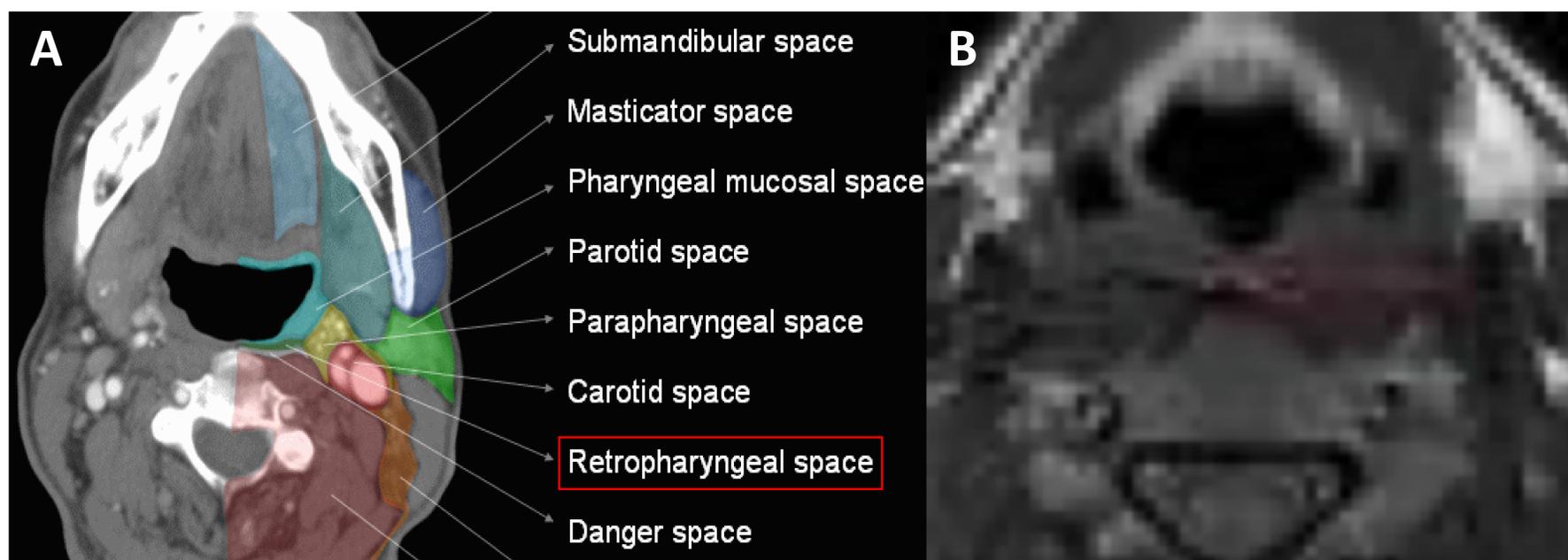


Figura 11. TC facial axial en el que se representa el espacio retrofaríngeo (verde oscuro, cuadro rojo). **B)** RM axial secuencia T1 (granate).

Se ubica entre la fascia bucofaríngea y la fascia prevertebral. Aquí se localizan dos espacios separados por la fascia alar, anteriormente a la cual se encuentra el “verdadero” espacio retrofaríngeo, y posterior a dicha fascia alar se encuentra el espacio de Danger.

Es un espacio posterior a la faringe y al esófago que se extiende desde la base del cráneo hasta la unión toracocervical, donde la fascia alar se une a la bucofaríngea (variable entre C6-D6, habitualmente D4).

- Sus **límites** son:
 - Inferior: unión cervicotorácica (D4).
 - Superior: clivus.
 - Anterior: capa media de la fascia cervical profunda (bucofaríngea).
 - Posterior: fascia alar.
 - Lateral: capa profunda de la fascia cervical profunda.
- Su **contenido** es:
 - Grasa (componente mayoritario).
 - Ganglios linfáticos retrofaríngeos.
 - Pequeños vasos.
- **Relaciones:**
 - Anterior al espacio de Danger.
 - Posterior al espacio mucoso faríngeo.
 - Anteromedial al espacio carotídeo.
 - Posteromedial al espacio parafaríngeo.

Espacio de Danger:

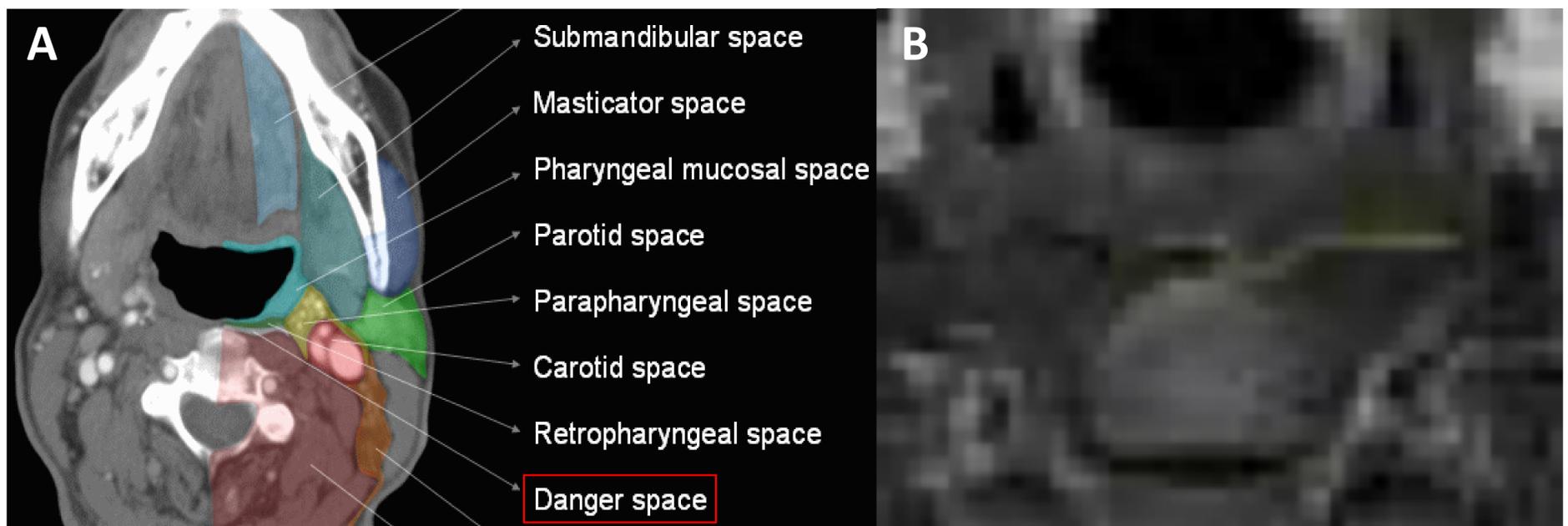


Figura 12. TC facial axial en el que se representa el espacio de Danger (amarillo, cuadro rojo). **B)** RM axial secuencia T1 (amarillo).

Se localiza entre el espacio retrofaríngeo “verdadero”, extendiéndose desde la base del cráneo hasta el mediastino. Se trata de una potencial vía de diseminación de los procesos infecciosos faríngeos hacia el mediastino.

Sus **límites** son:

- Inferior: mediastino posterior (a nivel diafragmático).
 - Superior: clivus.
 - Anterior: fascia alar.
 - Posterior: capa prevertebral de la fascia cervical profunda.
- Su contenido es graso fundamentalmente, y por imagen en individuos sanos es indistinguible del espacio retrofaríngeo.

Espacio visceral:

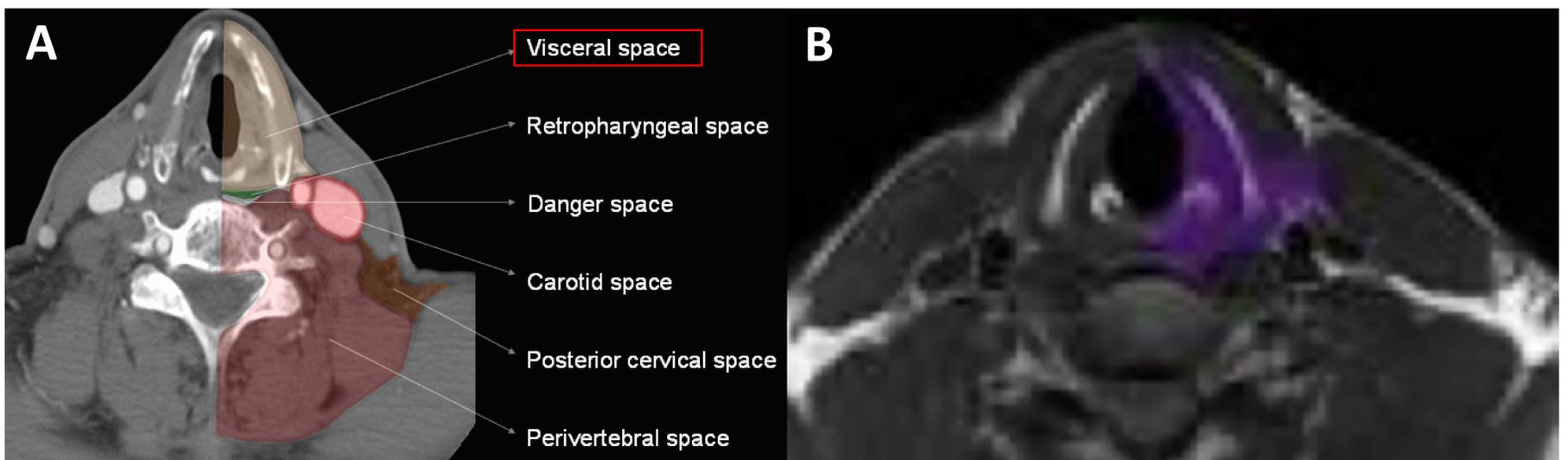


Figura 13. TC facial axial en el que se representa el espacio visceral (naranja, cuadro rojo). **B)** RM axial secuencia T1 (morado).

Este espacio se extiende desde el hueso hioides hasta el mediastino superior a nivel del arco aórtico, aproximadamente a nivel de D4, zona de unión de las fascias bucofaríngea y alar.

Sus **límites** son motivo de controversia pues se trata del espacio cervical más polémico a la hora de establecer sus límites.

- Límite superior: algunos autores lo establecen en función del límite de la fascia visceral. Algunos lo sitúan a nivel del hueso hioides y otros en la base del cráneo. Por ello, bien puede incluirse el cuello infrahioides, o bien abarcar además el espacio mucoso faríngeo, incluyendo la naso y orofaringe.
- Límite posterior: algunos autores lo dividen en “espacio pretraqueal” (anterior) y “espacio retrovisceral” (posterior).
- Su **contenido** es:
 - Glándula tiroides.
 - Glándulas paratiroides.
 - Hipofaringe.
 - Esófago.
 - Laringe.
 - Tráquea.
 - Nervio laríngeo recurrente.
 - Ganglios linfáticos (nivel VI).

Espacio cervical posterior:

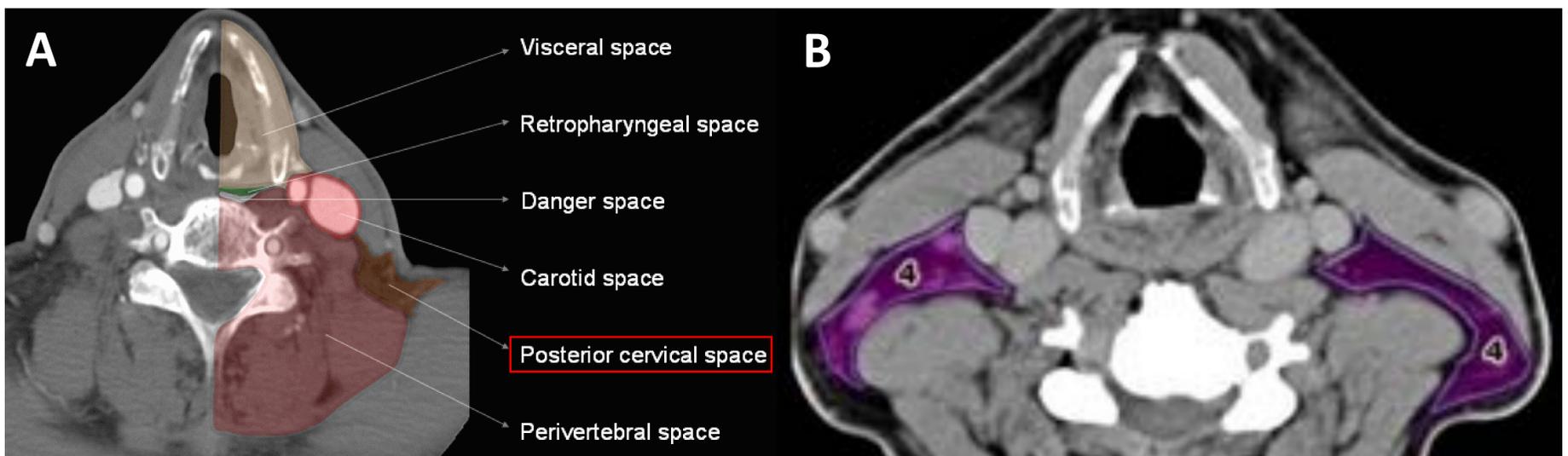


Figura 13. TC facial axial en el que se representa el espacio cervical posterior (marrón, cuadro rojo). **B)** RM axial secuencia T1 (morado).

Se localiza posterolateralmente en el cuello, extendiéndose desde la mastoides-base craneal hasta las clavículas. Su mayor parte es infrahioidea. Se sitúa entre la capa superficial y la capa profunda de la fascia cervical profunda.

- Sus límites son:
 - Inferior: clavículas.
 - Superior: mastoides-base craneal.
- Su contenido es:
 - Nervio accesorio (XI par).
 - Plexo braquial preaxilar.
 - Nervio escapular dorsal.
 - Ganglios linfáticos accesorios.
 - Grasa.
- Relaciones:
 - Posterolateral al espacio carotídeo.
 - Anterolateral al espacio perivertebral.

Espacio perivertebral:

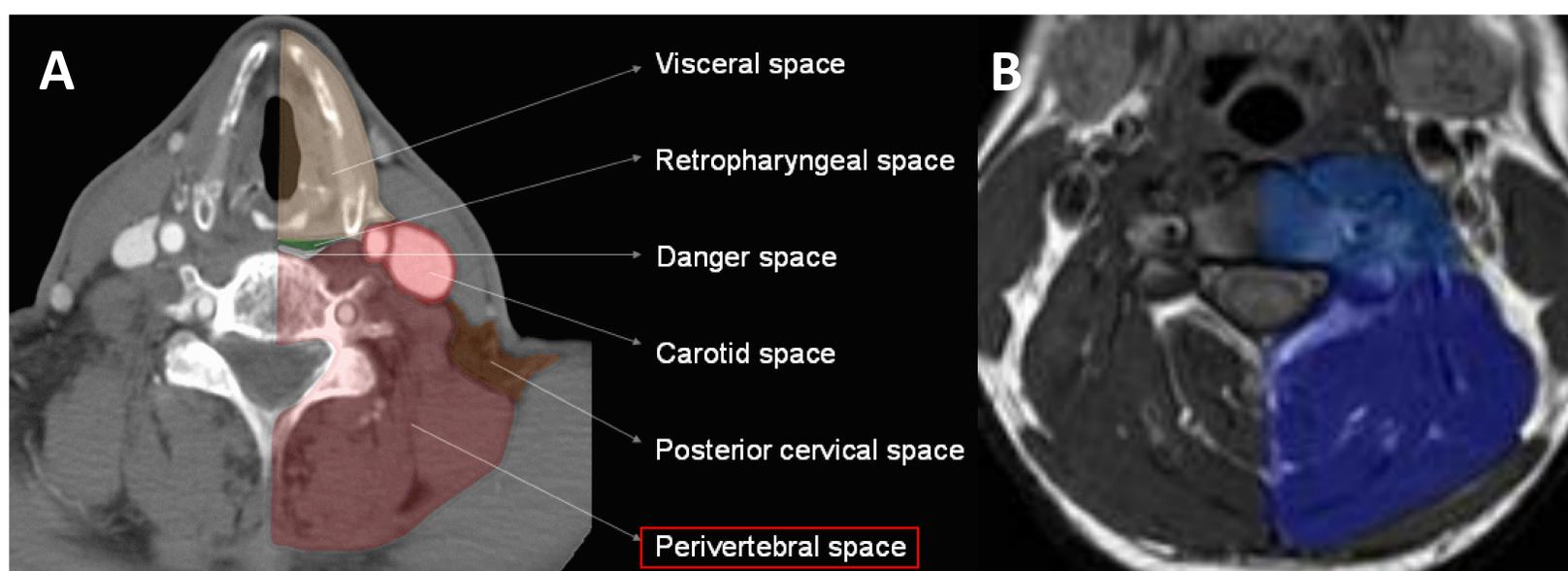


Figura 14. TC facial axial en el que se representa el espacio cervical posterior (rojo, cuadro rojo). **B)** RM axial secuencia T1 (azul claro prevertebral, azul oscuro paraespinal).

Incluye los espacios prevertebral (anterior) y paraespinal (psoterior).

- Sus **límites** son:
 - Inferior: mediastino superior (aunque puede extenderse hasta el cóccix).
 - Superior: base del cráneo.
 - Anterior: espacios de Danger y retrofaríngeo.
 - Posterior: fascia unida a apófisis espinosas y ligamento nual.
 - Lateral: espacio cervical posterior.
- Su **contenido** es:
 - Espacio prevertebral:
 - Cuerpo vertebral y disco intervertebral.
 - Musculatura prevertebral.
 - Músculos escalenos.
 - Arteria y vena vertebrales.
 - Nervio frénico.
 - Plexo braquial.
 - Espacio paraespinal:
 - Elementos posteriores de las vértebras cervicales.
 - Musculatura paraespinal cervical.
 - Musculatura extrínseca de la espalda.
 - Capas superficial, media y profunda de la musculatura intrínseca de la espalda.

Casos clínicos:

Micetoma:



Figura 15. TC craneocervical axial con CIV en el que se observa una ocupación heterogénea del seno maxilar izquierdo (flecha blanca). Asimismo se aprecia remodelación con interrupción de la cortical ósea de la pared medial de dicho seno y del tabique nasal (flecha roja).



Figura 16. TC craneocervical coronal con CIV en el que se visualizan los mismo hallazgos que los descritos previamente en la figura 15.

Absceso amigdalino I:



Figura 17. TC cervicofacial axial con CIV. A nivel amigdalario derecho se observa una imagen hipodensa en su centro con un septo interno hiperdenso y realce en periferia (flecha blanca), bien definida sugestiva de absceso amigdalino. Nótese el compromiso de la vía aérea que ocasiona (flecha roja) y la disminución del espesor de la grasa en el espacio parafaríngeo ipsilateral (flecha azul) respecto al contralateral.

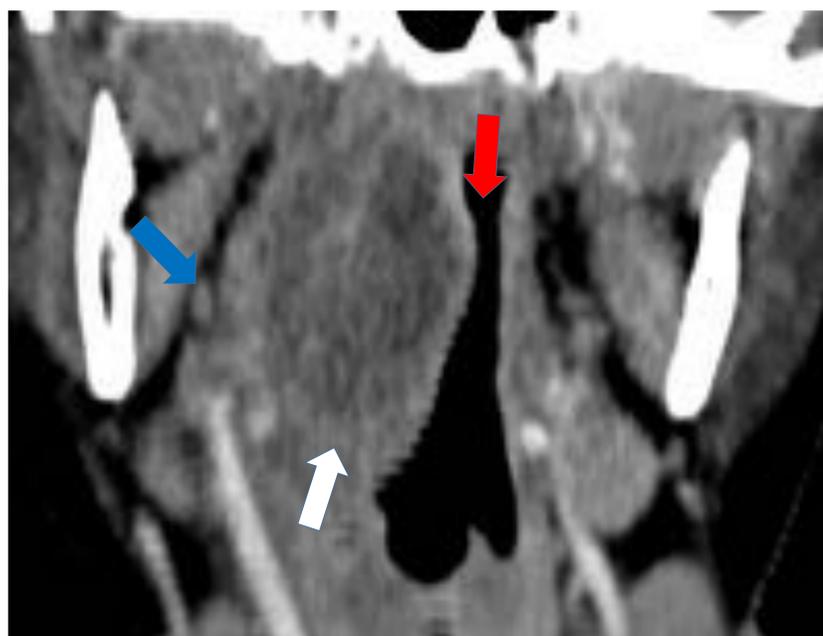


Figura 18. TC cervicofacial coronal con CIV en el que se observa la lesión descrita previamente en la figura _ (flecha blanca). Nótese el compromiso aéreo (flecha roja) ocasionado por la lesión, así como la asimetría y el desplazamiento lateral del espesor de la grasa del espacio parafaríngeo derecho (flecha azul) con respecto al lado izquierdo.

Absceso amigdalino II:



Figura 19. TC cervicofacial axial con CIV. A nivel amigdalino derecho se observa una imagen hipodensa en su centro con realce en periferia (flecha blanca), bien definida sugestiva de absceso amigdalino. Nótese el compromiso de la vía aérea que ocasiona (flecha roja).



Figura 20. TC cervicofacial sagital con CIV en el que se observa la lesión descrita previamente en la figura 19 (flecha blanca).

Absceso amigdalino con extensión mediastínica:

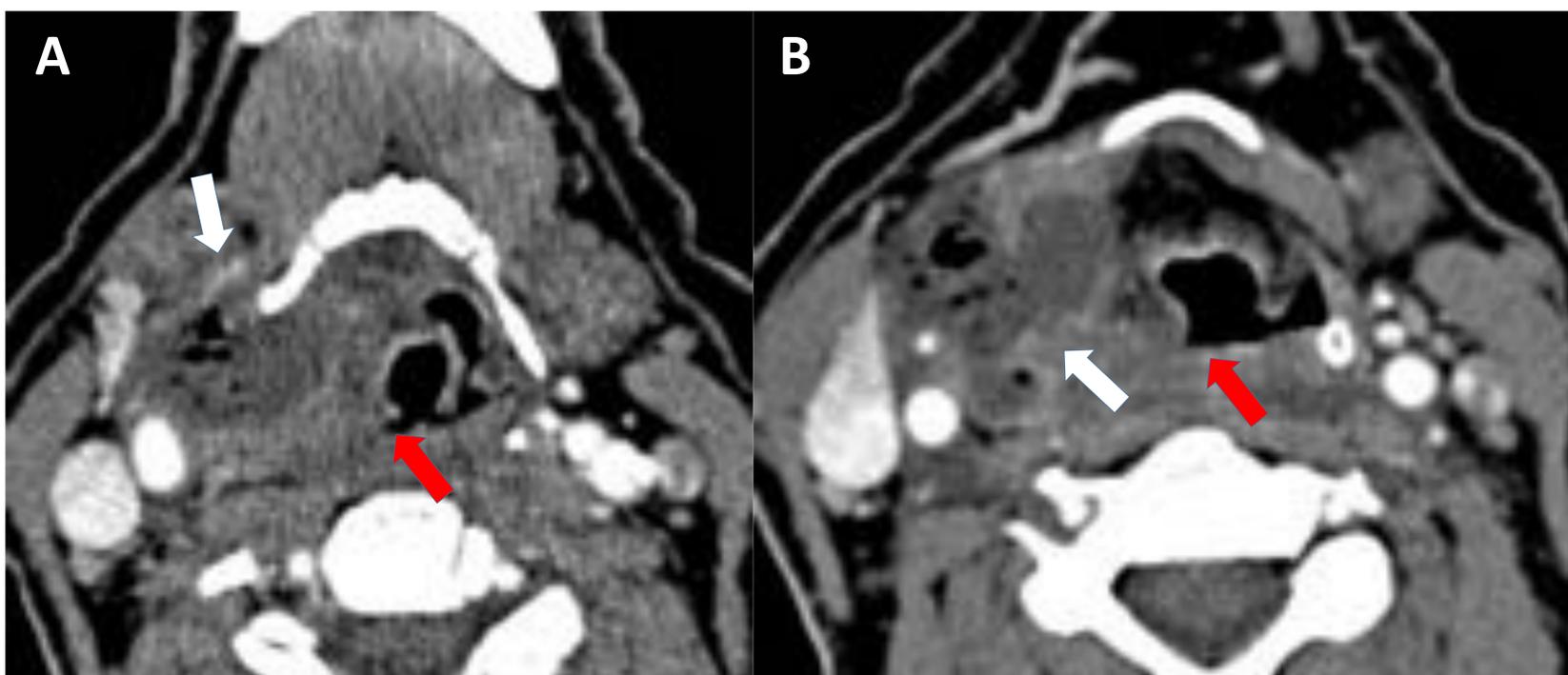


Figura 21. TC cervicofacial axial con CIV. **A)** Corte a nivel submandibular en el que se observa una lesión hipodensa con discreto realce periférico y burbujas aéreas en su interior (flecha blanca), localizada en la región amigdalina derecha. Podemos apreciar cómo ocasiona una estenosis parcial de la vía aérea (flecha roja) con abombamiento del espacio mucoso faríngeo. **B)** Corte a nivel del hueso hioides en el que observamos con más claridad el realce periférico de la lesión descrita en A).

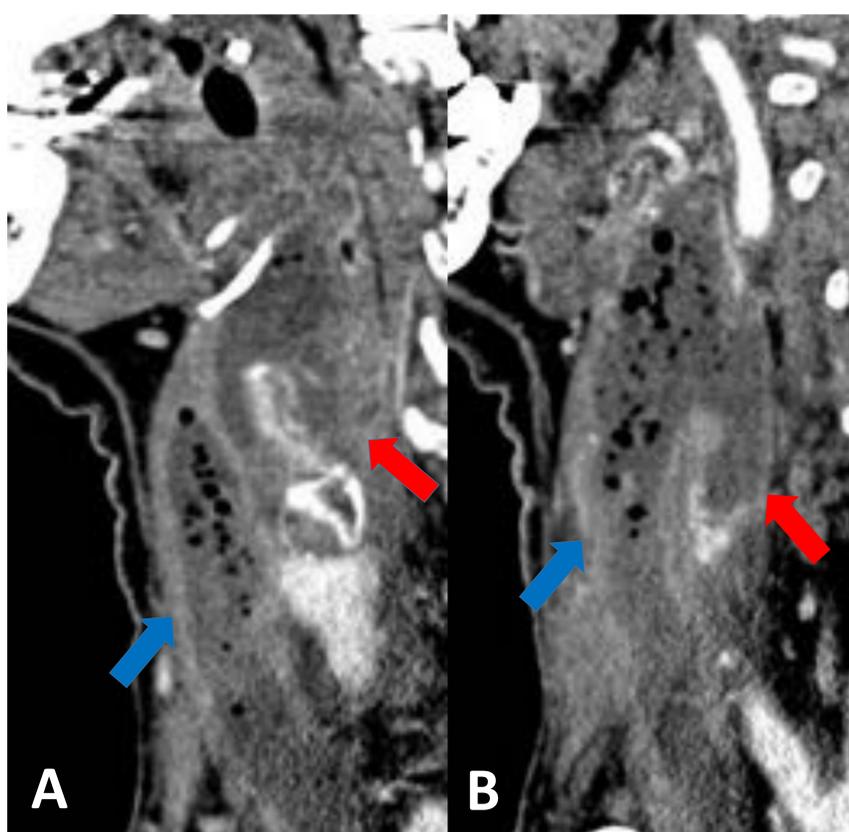


Figura 22. TC cervicofacial sagital con CIV. **A)** Se observa la lesión de las características descritas en la figura 21, en la que se aprecia su extensión a través de los espacios visceral (flecha azul, anteriormente) y de Danger (flecha roja, posteriormente). **B)** Diferente corte en el que se aprecian los mismos hallazgos que los descritos en A).

Absceso amigdalino con extensión mediastínica:



Figura 23. TC cervicotorácico sagital con CIV en la que se observa la lesión descrita con anterioridad en las figuras 21 y 22 (flecha blanca), en la que se aprecia su extensión mayoritariamente a través del espacio visceral, alcanzando el mediastino anterior.

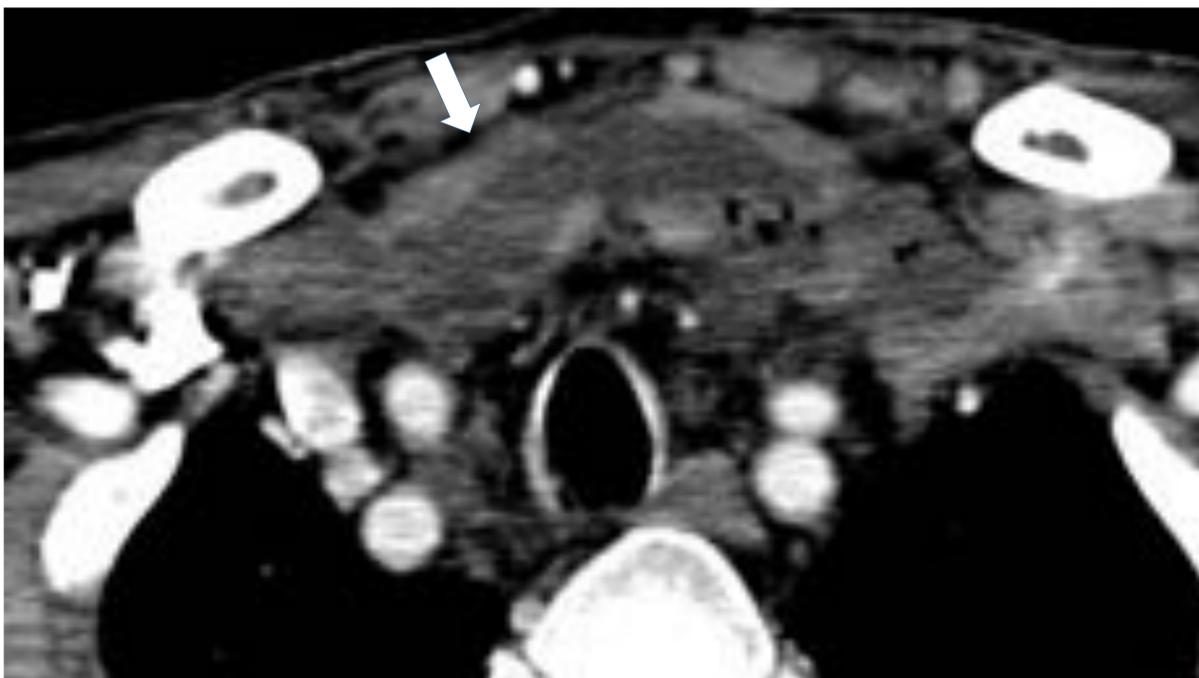


Figura 24. TC cervicotorácico axial con CIV. Apreciamos la lesión (flecha blanca) con extensión y ocupación del mediastino anterior como consecuencia de su diseminación fundamentalmente a través del espacio visceral. El diagnóstico final fue un absceso de origen amigdalino derecho con diseminación hacia el mediastino anterior a través de los espacios visceral (anterior) y de Danger (posterior).

Flemón periamigdalino:

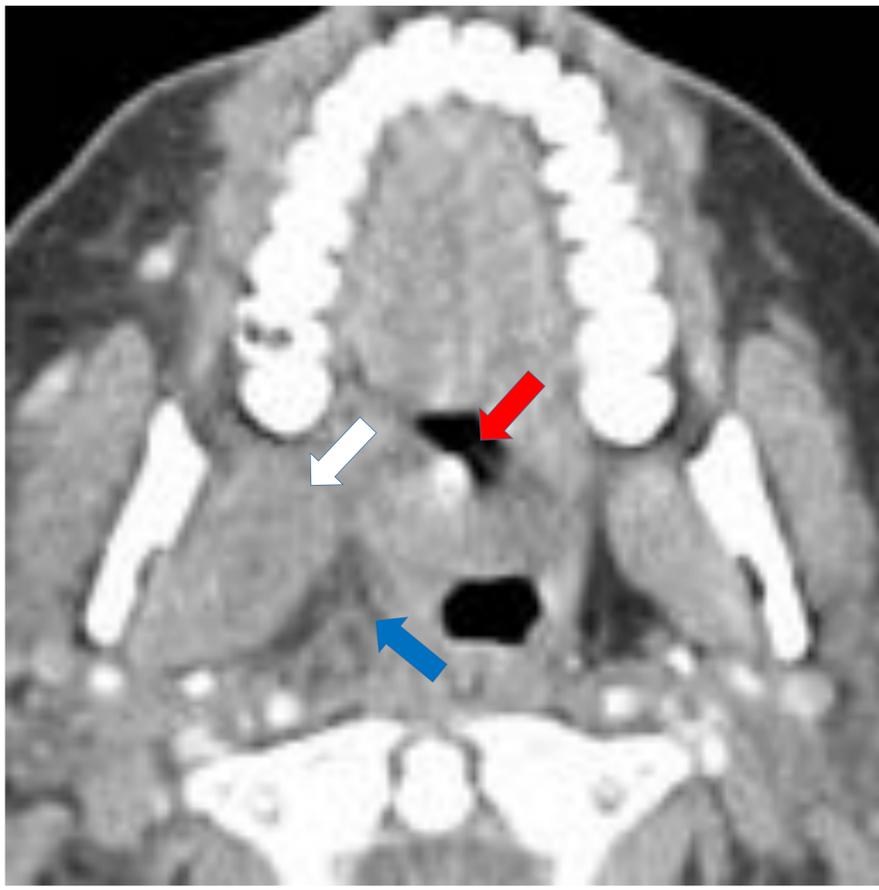


Figura 25. TC cervicofacial axial con CIV en el que se observa una asimetría del músculo pterigoideo lateral derecho (flecha blanca) con respecto del izquierdo. Además se observa desplazamiento hacia el lado izquierdo (flecha roja) y rarefacción de la grasa del espacio parafaríngeo derecho (flecha azul).



Figura 26. TC cervicofacial axial con CIV en el que se observan adenopatías reactivas (flechas blancas) al proceso infeccioso periamigdalino descrito.

Flemón periamigdalino:



Figura 27. TC cervicofacial axial con CIV en el que se observa una hipodensidad a nivel amigdalario izquierdo compatible con colección a este nivel (flecha blanca).



Figura 28. TC cervicofacial sagital con CIV en el que se observa extensión del proceso infeccioso periamigdalino hacia el espacio retrofaríngeo condicionando con engrosamiento de las partes blandas (círculo) del espacio retrofaríngeo que condiciona cierto compromiso de la vía aérea (flecha azul).

Flemón maseterino:



Figura 29. TC cervicofacial coronal con CIV en el que se observa asimetría entre ambos músculos maseteros, siendo mayor el del lado derecho (flecha blanca). Además se observa una adenopatía reactiva en el espacio submandibular derecho (flecha roja).



Figura 30. TC cervicofacial axial con CIV en el que se observa mayor volumen del músculo masetero derecho (flecha blanca), asimétrico respecto al contralateral, así como estriación de la grasa superficial del espacio masticador derecho (flecha azul).

Colección sublingual:



Figura 31. TC cervicofacial con CIV. **A)** Plano axial y **B)** Plano coronal, en los que se observan hipodensidades en el espacio sublingual (flechas blancas) adyacentes a la rama mandibular derecha compatibles con colecciones.

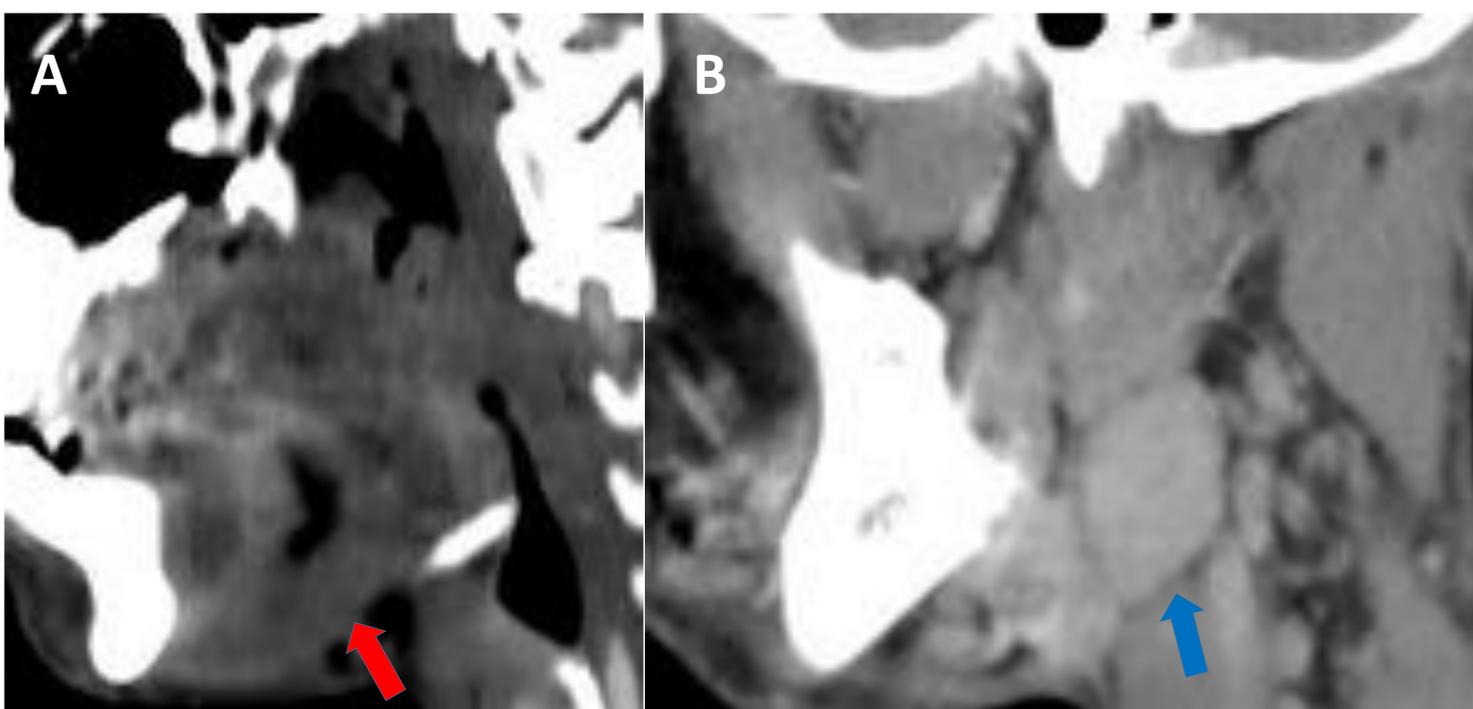


Figura 32. TC cervicofacial sagital con CIV. **A)** Se observa extensión del proceso infeccioso sublingual al espacio submandibular derecho (flecha roja). **B)** Adenopatía reactiva en el espacio submandibular derecho.

Tumor lingual sobreinfectado:

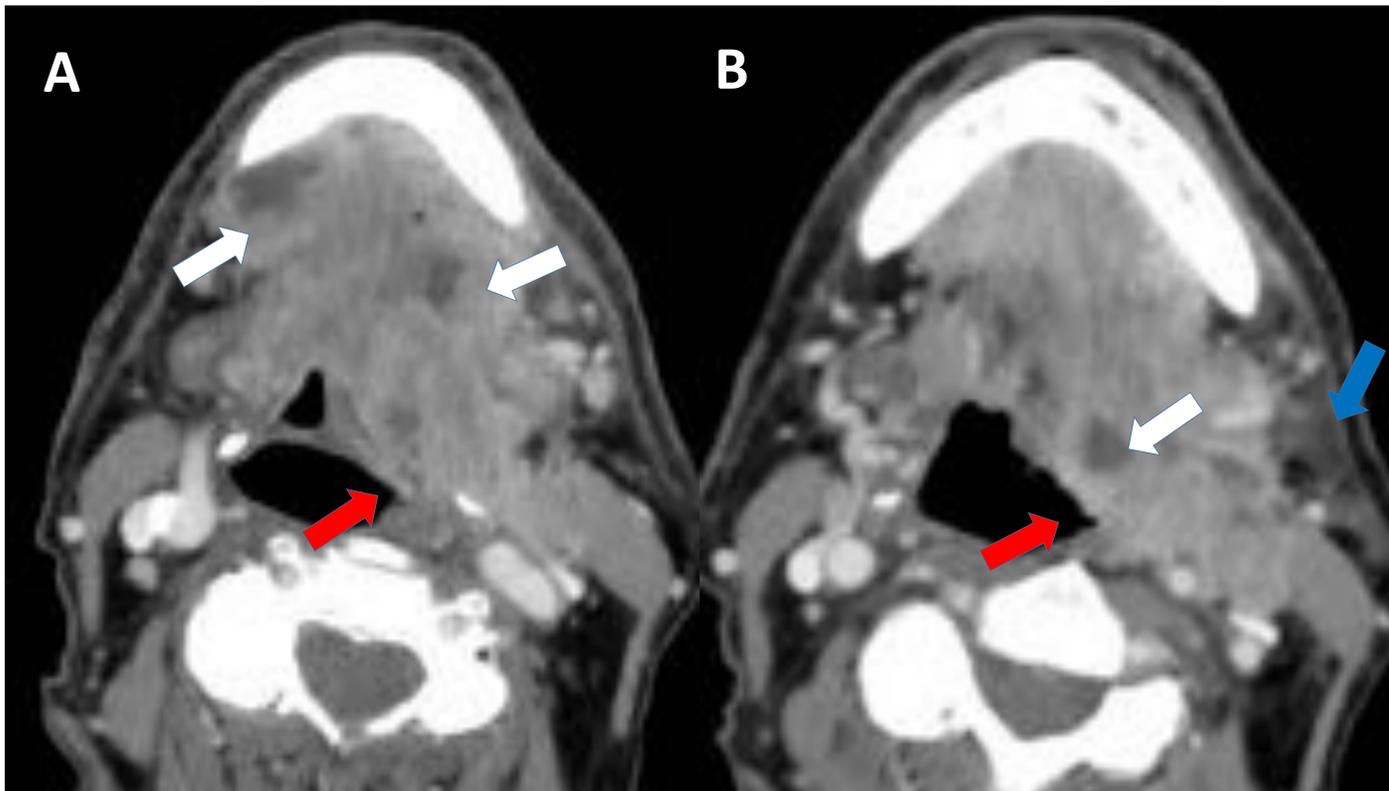


Figura 33. TC cervicofacial axial con CIV. **A)** Se observan dos imágenes hipodensas (flechas blancas) en el espacio sublingual, con desplazamiento del espacio mucoso faríngeo izquierdo hacia el lado derecho (flecha roja), compatibles con colecciones. **B)** Corte más craneal en el que se observa otra hipodensidad (flecha blanca) con desplazamiento del espacio mucoso faríngeo al lado derecho (flecha roja). Además se observa rarefacción de la grasa adyacente a la rama mandibular izquierda (flecha azul). El diagnóstico final del paciente se trata de un tumor lingual sobreinfectado.



Figura 34. TC cervicofacial sagital con CIV en el que se observa extensión del proceso infeccioso al espacio submandibular (círculo).

Sinusitis fúngica:



Figura 35. TC craneocervical axial con CIV en el que se observa una ocupación hiperdensa y algo heterogénea de los senos esfenoidal y de las celdillas mastoideas bilaterales (flecha blanca).

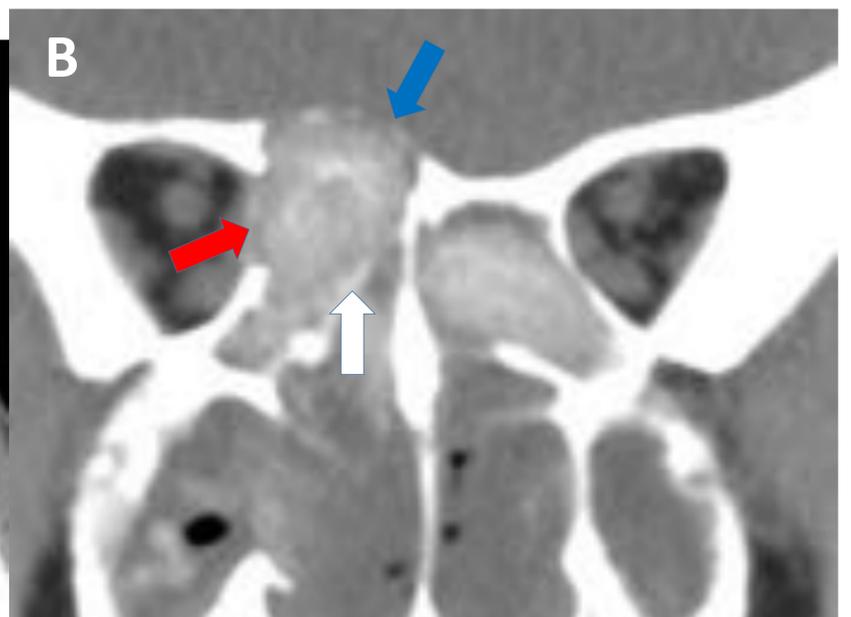
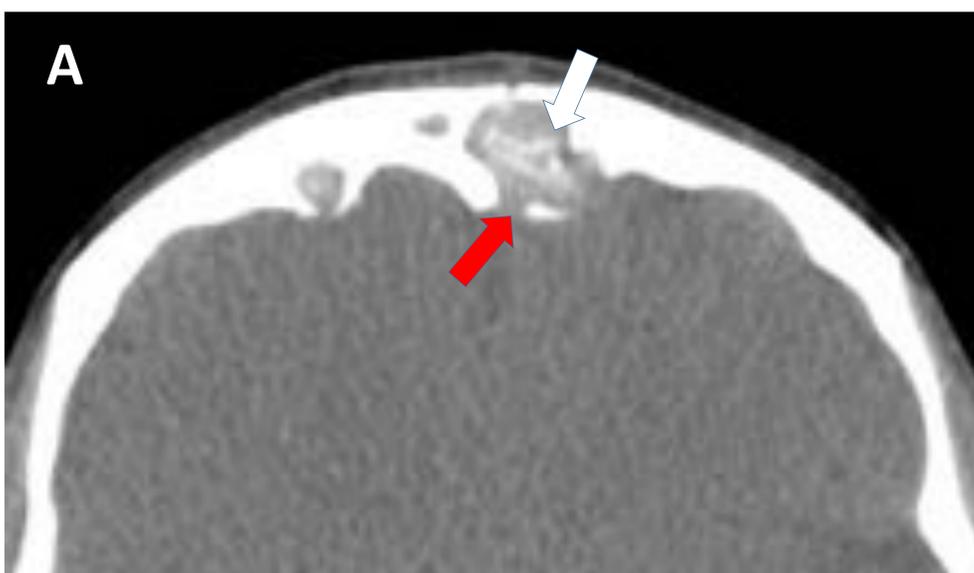


Figura 36. TC craneocervical con CIV. **A)** Plano axial. Se observa una ocupación del seno frontal (flecha blanca) con las mismas características que las descritas previamente en la figura 33. Además se observa disrupción de la cortical ósea del hueso frontal (flecha roja). **B)** Ocupación de similares características a nivel de ambos senos maxilares (flecha blanca), que ocasiona disrupción de la cortical ósea de la pared medial de la órbita derecha (flecha roja) y también disrupción con abombamiento de la cortical ósea del hueso frontal (flecha azul).

Sinusitis fúngica:

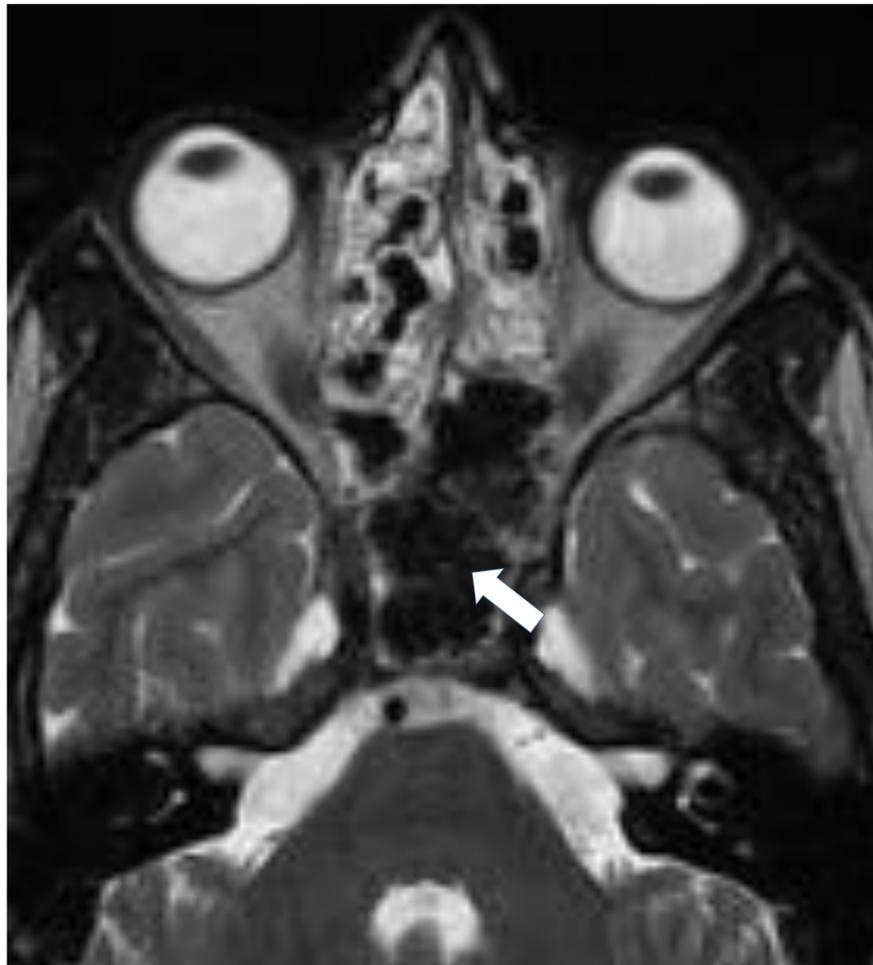


Figura 37. RM craneal secuencia T2 axial. Se observa una ocupación hipointensa del seno esfenoidal y de las celdillas etmoidales bilaterales (flecha blanca) que finalmente resultó corresponderse con ocupación sinusal fúngica.

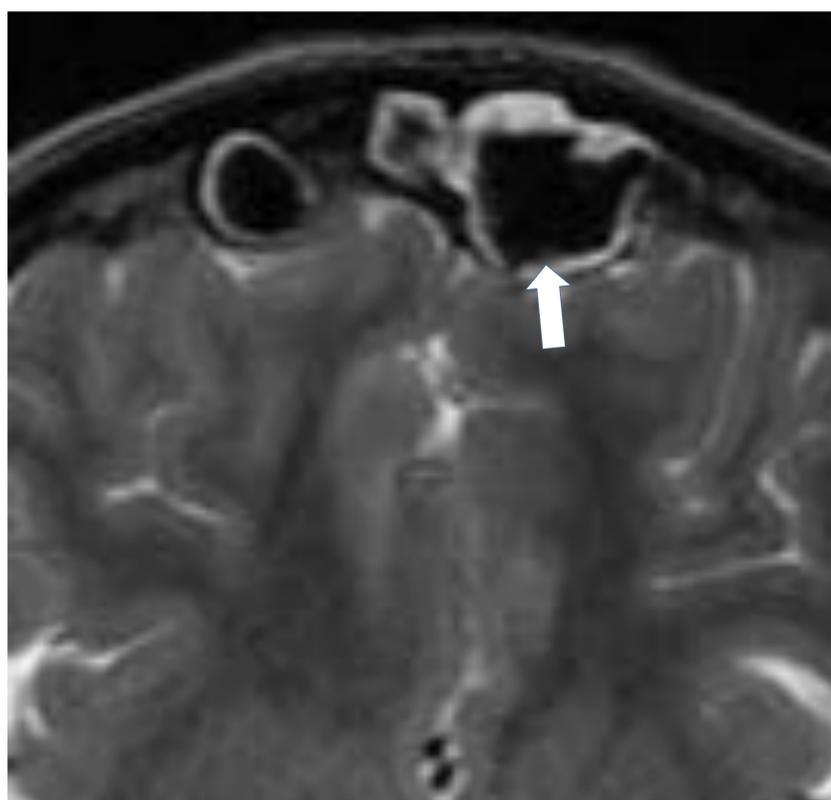


Figura 38. RM craneal secuencia T2 axial. Se observa una ocupación hipointensa del seno frontal (flecha blanca) de las mismas características que las descritas en la figura 35.

Tromboflebitis del seno cavernoso (Sd Lemierre):

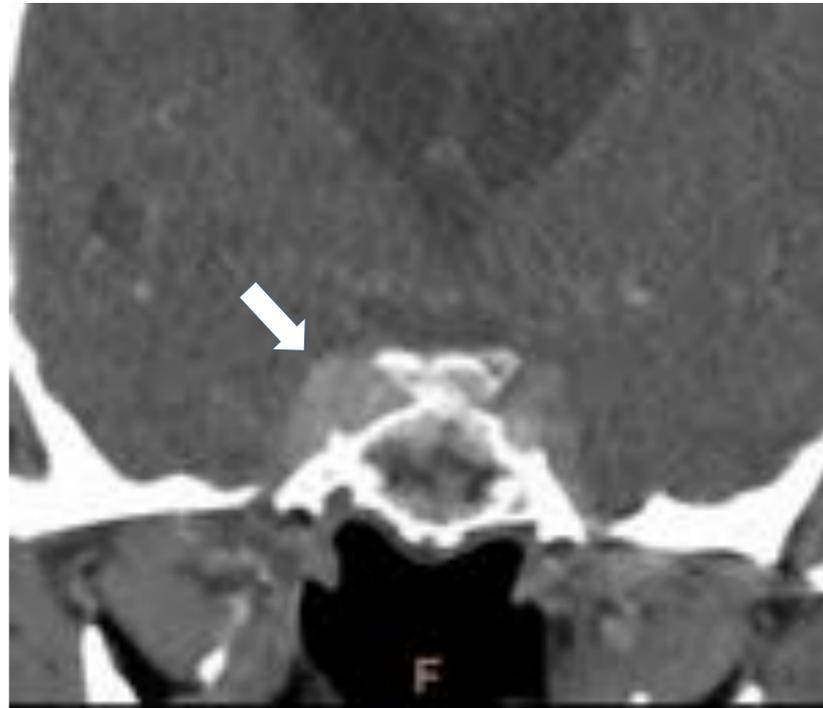


Figura 39. TC craneocervical coronal con CIV en el que se observa una asimetría de ambos senos cavernosos, siendo de mayor volumen el del lado derecho (flecha blanca). Asimismo, presenta mayor densidad con respecto al seno cavernoso contralateral. Estos hallazgos son sugestivos de una tromboflebitis del seno cavernoso derecho.

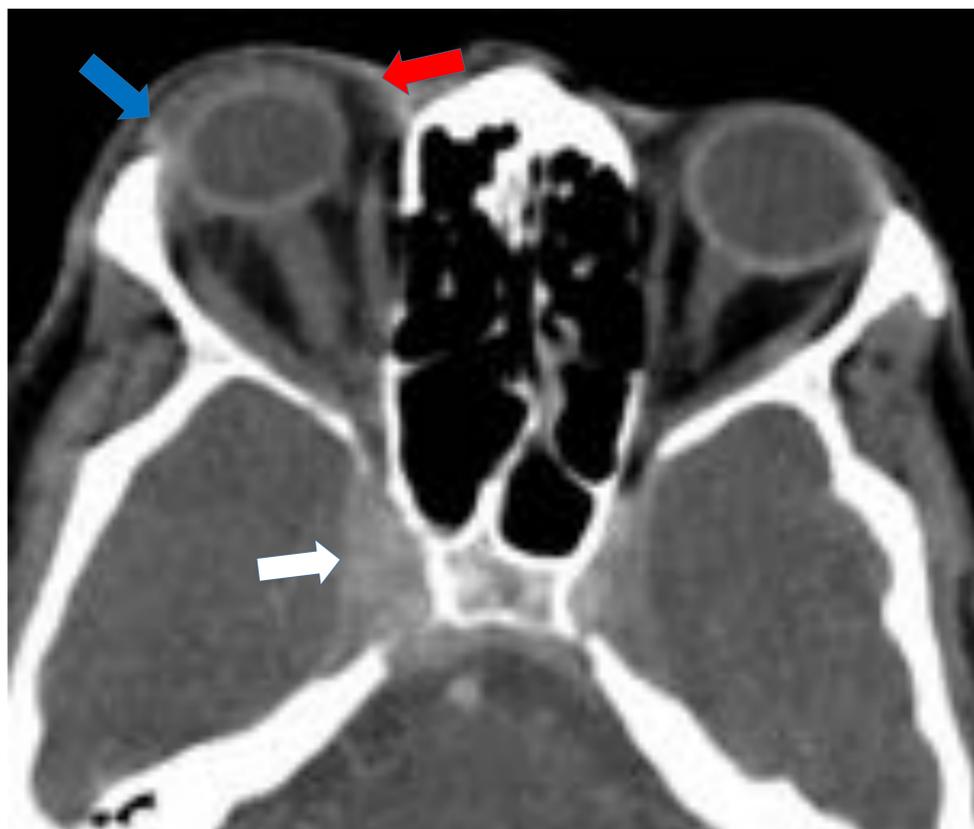


Figura 40. TC craneocervical axial con CIV. Se observan los hallazgos descritos previamente en la figura 37 (flecha blanca). Además podemos observar una proptosis grado 1 del ojo derecho (flecha roja) con un aumento en el volumen y en la densidad de las partes blandas (flecha azul). Hallazgos sugestivos de una posible celulitis orbitaria asociada.

Tromboflebitis del seno cavernoso (Sd Lemierre):

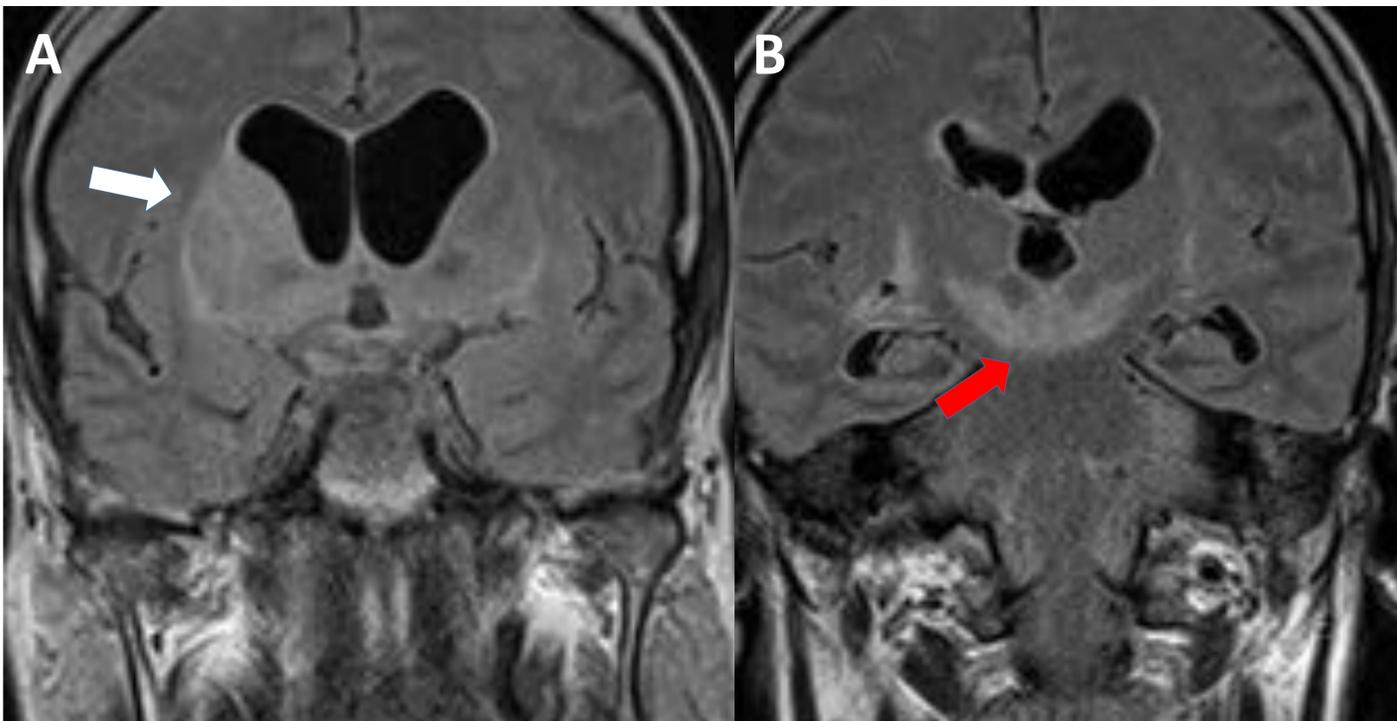


Figura 41. RM cerebral secuencia FLAIR en plano coronal. **A)** Observamos una hiperintensidad periventricular bilateral de sustancia blanca (SB) con predominio derecho y afectación de ganglios basales (GGBB), (flecha blanca). **B)** Hiperintensidad de SB periventricular y adyacente a GGBB que se extiende hacia tronconecéfalo (flecha roja).



Figura 42. RM cerebral secuencia T2 axial. Observamos una hiperintensidad de la SB bilateral periventricular y adyacente a GGBB (flechas blancas) de predominio derecho. En el contexto clínico del paciente estos hallazgos son sugestivos de meningoencefalitis.

Osteonecrosis mandibular:

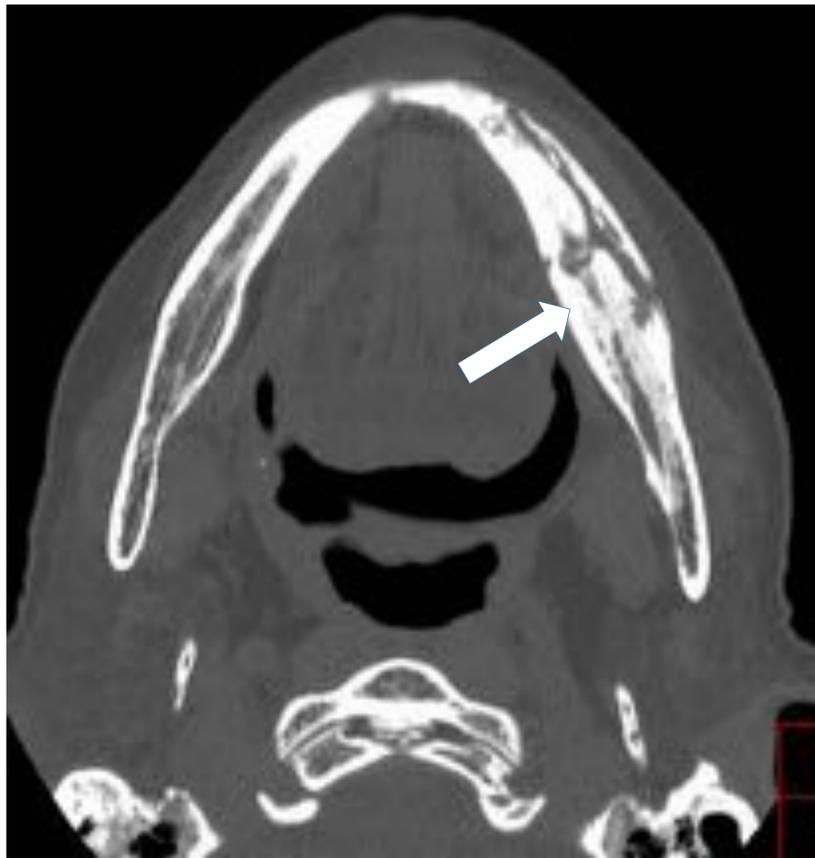


Figura 43. TC facial axial con CIV en la que se observa una lesión ósea con componente tanto escleroso como lítico (flecha), que presenta interrupción de las corticales interna y externa de la rama mandibular izquierda. Dado el contexto clínico del paciente y sus terapias previas (bisfosfonatos), estos hallazgos son compatibles con osteonecrosis mandibular.

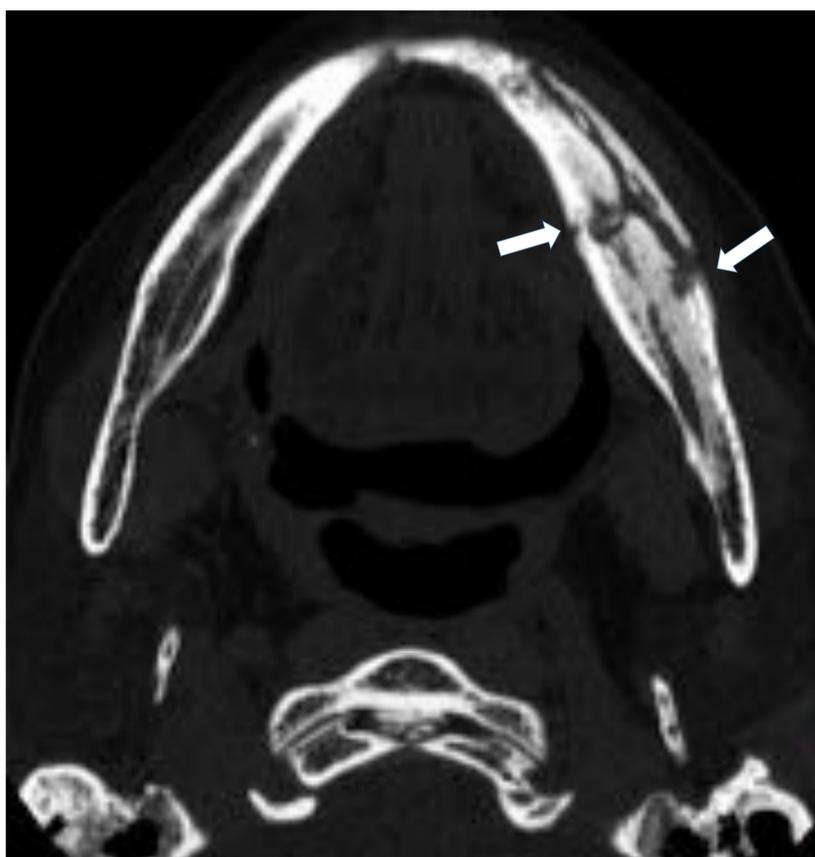


Figura 44. Reconstrucción ósea en la que se observan con mayor nitidez las zonas de interrupción cortical mencionadas anteriormente (flechas).

Conclusiones:

1. Es de suma importancia saber reconocer las diferentes manifestaciones radiológicas que envuelven a los procesos inflamatorio-infecciosos de cabeza y cuello con el objeto de caracterizarlos adecuadamente.
2. El TC supone la técnica de elección en el proceso diagnóstico de estas entidades.

Bibliografía:

1. La Porte, Sarah et al. Imaging the Floor of the Mouth and the Sublingual Space. RadioGraphics 2011; 31:1215–1230.
2. Tortajada Bustelo, JC et al. Infecciones en cabeza-cuello según los espacios anatómicos. SERAM 2012. S-0657.
3. M. A. Haouari et al. Computed tomography imaging of deep neck space infections. ECR 2017. C-2109.