

LA IMAGEN EN PRIMERA LÍNEA: EMERGENCIAS ONCOLÓGICAS DE CABEZA Y CUELLO

María Luz Parra Gordo, Josima Andrea Luchsinger Heitmann, Áurea Díez Tascón, Beatriz Gutiérrez Martínez, Adela Carballo Delgado, Sara Arrayago Garro, Irene Miguelsanz Martínez, Milagros Martí de Gracia

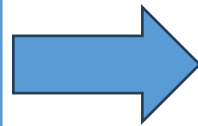
Hospital Universitario La Paz, Madrid (España)

INTRODUCCIÓN

- Una urgencia oncológica puede ser la primera manifestación de una neoplasia.
- 5-10% de los pacientes que acuden a urgencias son pacientes oncológicos.
- Alto porcentaje de ingresos debido al desconocimiento de estas patologías.



¿QUÉ SE CONSIDERA UNA EMERGENCIA ONCOLÓGICA?



Cualquier **evento agudo** que suponga un **riesgo potencial** para la vida de un paciente con cáncer, que se produce secundario a los **efectos directos o indirectos del cáncer o relacionado con su tratamiento**.

- Los pacientes oncológicos pueden sufrir complicaciones derivadas de:

1. Infiltración tumoral
2. Inmunosupresión
3. Sangrado
4. Trombosis
5. Complicaciones postratamiento
6. Alteraciones metabólicas
7. Síndrome paraneoplásico
8. Quimioterapia

TÉCNICAS DE IMAGEN

TC con CIV

- Pacientes inestables
- Complicaciones que requieran cirugía urgente
- Valoración de la vía aérea
- Diferenciación tumor/infección
- AngioTC: sangrado activo, oclusión, pseudoaneurisma, trombosis, guía de tratamiento endovascular

RM

- Pacientes estables
- Mejor caracterización tisular
- Complicaciones infecciosas/inflamatorias
- Emergencias de SNC

ANGIOGRAFÍA

- Obstrucción vascular
- Sangrado activo

SNC	Herniación cerebral
	Hidrocefalia aguda
	Meningitis carcinomatosa
	Hemorragia
	Estados de hipercoagulabilidad
	Complicaciones metabólicas
ORBITARIAS Y MAXILOFACIALES	Infecciones fúngicas agudas
	Hemorragias oculares
	Osteonecrosis mandibular
	Exoftalmos
COMPLICACIONES CERVICALES	Obstrucción de vía aérea
	Complicaciones postratamiento
	Compresión cervical

COMPLICACIONES DE SNC

HERNIACIÓN CEREBRAL

Hernia subfalcial (2)

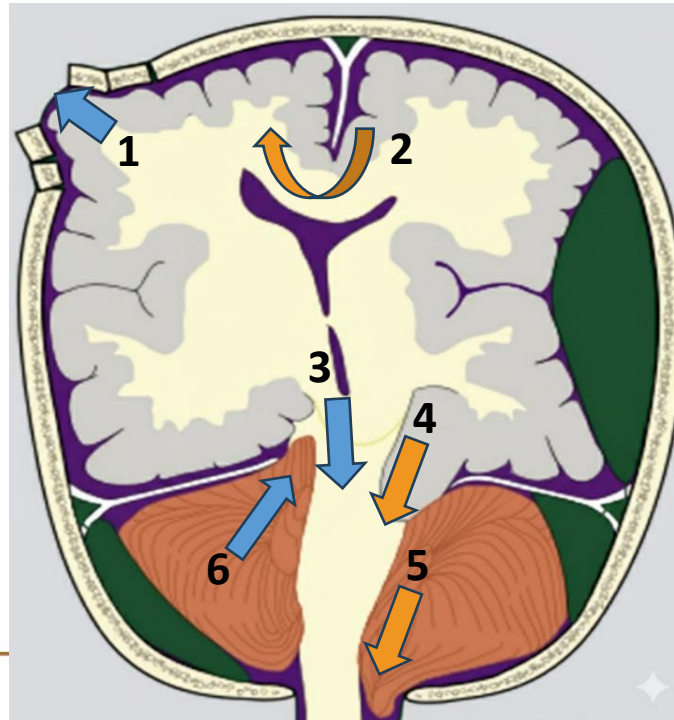
- La más frecuente
- Cuantificación de la Gravedad: Desviación del septum pellucidum desde la línea media.
 - < 5 mm: Buena evolución.
 - 15 mm: Peor pronóstico.
- Complicaciones:
 - ✓ Compresión del cuerpo calloso, cíngulo contralateral y agujero de Monro.
 - ✓ Compresión de la arteria cerebral media.
 - ✓ Infarto cerebral y pérdida de fuerza en la pierna contralateral.

Hernia amigdalina (5)

- Referencia de Desplazamiento: Descenso de amígdalas por debajo del foramen magnum.
 - < 3 mm: Normal.
 - 5 mm: Patológico.
- Complicaciones:
 - ✓ Compresión del IV ventrículo.
 - ✓ Hidrocefalia supratentorial.
 - ✓ Infartos cerebelosos.

TIPOS

1. Hernia transcraneal
2. Hernia subfalcial o cingular
3. Hernia central o diencefálica
4. Hernia uncal.
5. Hernia transtentorial ascendente
6. Hernia amigdalina.



Tipos de herniación cerebral. Imagen adaptada de Wikimedia Commons

Hernia transtentorial descendente (3, 4)

- Segunda más frecuente
- Tipos:
 - ✓ Unilaterales o uncales.
 - ✓ Bilaterales o centrales.
- Complicaciones:
 - ✓ Compresión de III par, arteria cerebral posterior, y acueducto de Silvio.
 - ✓ Hemorragia en el mesencéfalo.
 - ✓ Hallazgos tardíos y pronóstico desfavorable.

Hernia transtentorial ascendente (6)

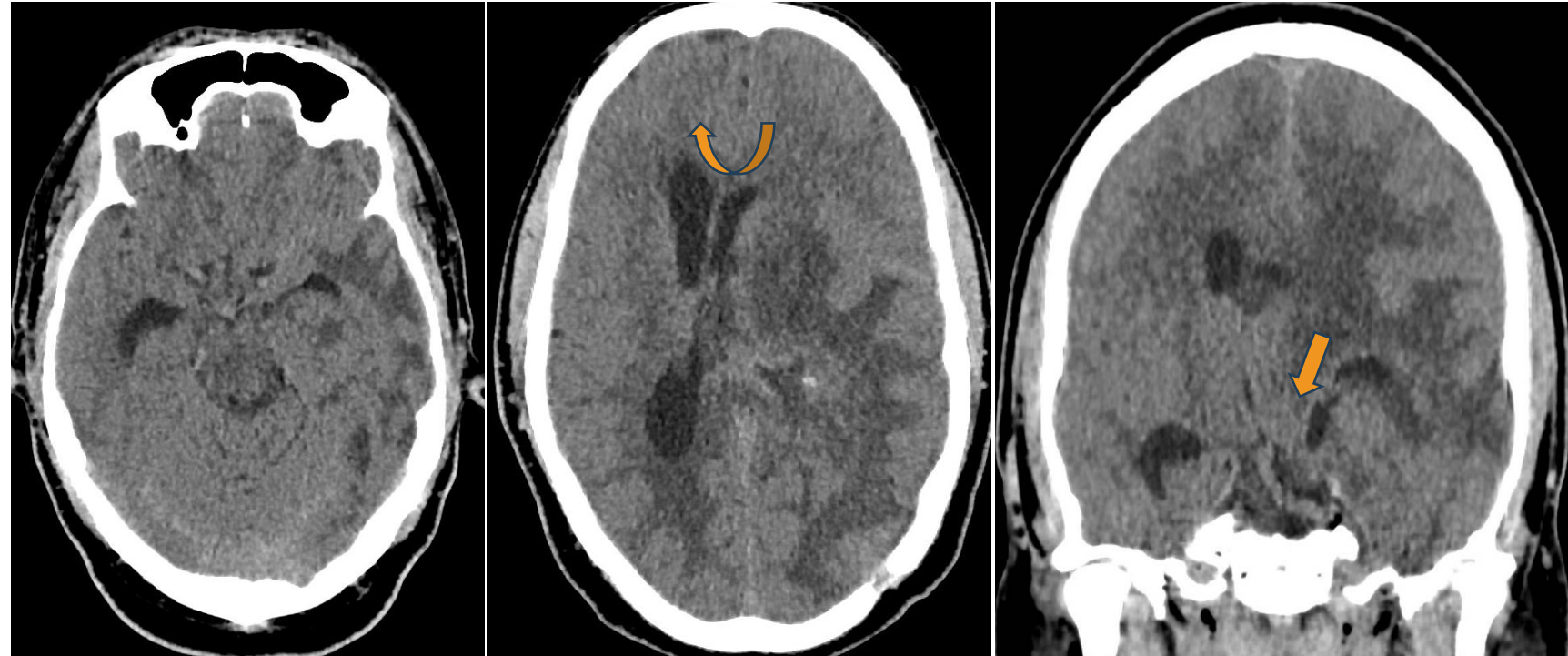
- El desplazamiento anterior del mesencéfalo produce hidrocefalia obstructiva.
- Se produce compresión de las ramas hemisféricas de arterias cerebelosas superiores y arteria cerebral posterior con infarto isquémico de la porción superior de los hemisferios cerebelosos y lóbulo occipital

COMPLICACIONES DE SNC

HERNIACIÓN CEREBRAL

Causas de hernias cerebrales

- Tumor 1º SNC (50%)
- Metástasis (25-40 %)
- Hemorragia intracraneal masiva
- Hematoma subdural
- Hidrocefalia aguda
- Absceso cerebral



Varón de 58 años con neoplasia glial de alto grado temporal profunda izquierda con edema vasogénico. El efecto de masa produce hernia subfalcial (flecha curva) y uncal izquierda (flecha recta).

COMPLICACIONES DE SNC

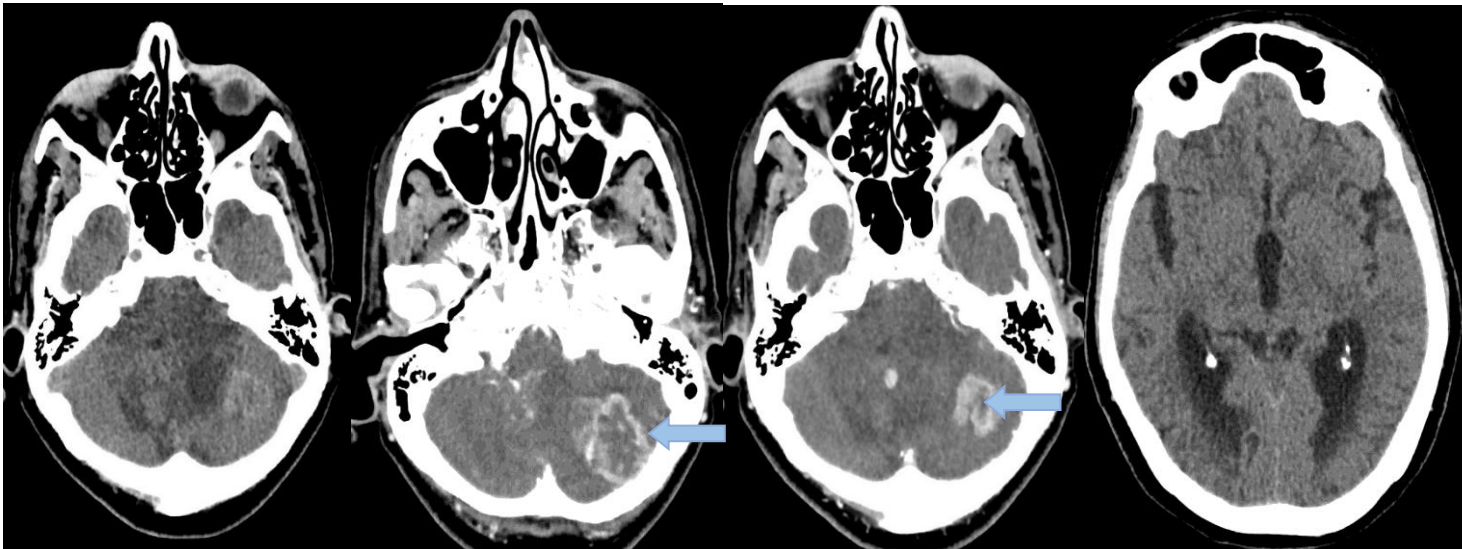
HIDROCEFALIA AGUDA

Los mecanismos principales son:

- Obstrucción mecánica por tumor primario o metastásico.
- Hemorragia tumoral.
- Carcinomatosis leptomeningea.
- Infiltración meníngea o ventricular.
- Complicaciones del tratamiento.

Tumores que obstruyen directamente el flujo del LCR

- **Tumores intracraneales primarios:** meduloblastoma, ependimoma, astrocitoma del tronco o cerebelo, gliomas intraventriculares, tumores de la región pineal, meningiomas intraventriculares
- **Tumores metastásicos:** las metástasis de pulmón, mama, melanoma y riñón son las más propensas a producir masas obstructivas.



Mujer de 59 años con carcinoma de pulmón en tratamiento. Inestabilidad de la marcha y cefalea. En TC, LOES cerebelosas con efecto masa sobre 4º ventrículo e hidrocefalia supratentorial.

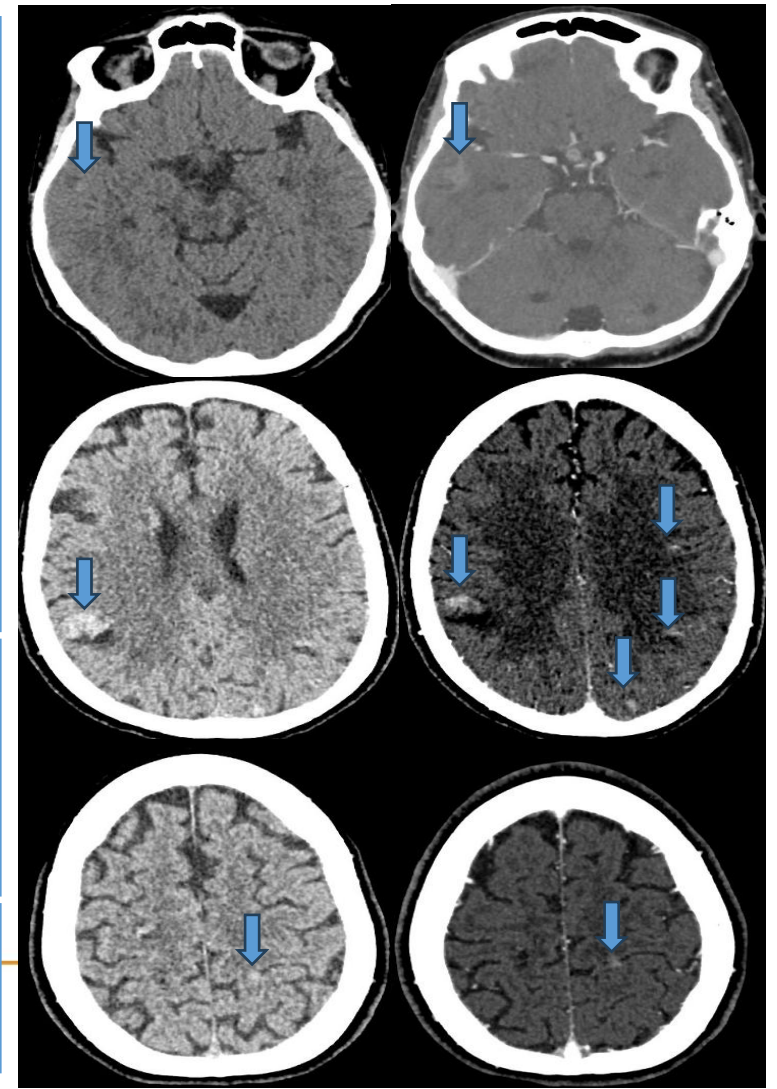
CARCINOMATOSIS MENÍNGEA

- La infiltración difusa de las leptomeninges por células tumorales puede producir:
 - ✓ Bloqueo de las granulaciones aracnoideas → hidrocefalia comunicante.
 - ✓ Engrosamiento meníngeo que dificulta la circulación del LCR.
 - ✓ Aumento de la viscosidad del LCR.
- Las neoplasias que producen carcinomatosis meníngea son mama, pulmón, melanoma, LNH y leucemia.
- Se asocia con hipertensión intracraneal y metástasis parenquimatosas en el 20% de los casos.

- **Hallazgos TC/RM**

- ✓ Realce nodular o lineal en surcos, espacios cisternales y ventrículos.
- ✓ Hidrocefalia.
- ✓ Realce de nervios craneales.

Mujer de 62 años con cáncer de mama metastásico y en tratamiento activo, con cefalea y debilidad de MSI. En TC con CIV, se identifican lesiones nodulares extraaxiales hipervasculares (flechas) en relación con metástasis meníngeas.



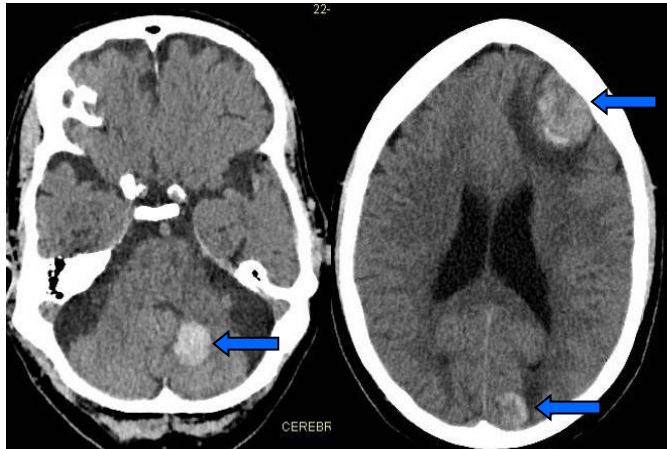
HEMORRAGIAS

A/HEMORRAGIAS INTRATUMORALES

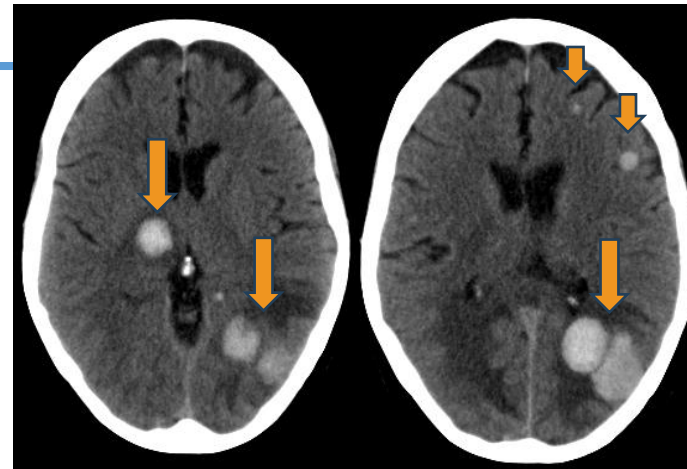
- Incidencia 25-61 %.
- Los tumores cerebrales sangran espontáneamente 3,5-14%.
- Tumores con más riesgo de sangrado son los glioblastomas y las metástasis.

Hallazgos de TC/RM

- ✓ Edema vasogénico desproporcionado.
- ✓ Lesión hipervascular subyacente en TC/RM.
- ✓ Localización lobar o en unión cortico-subcortical.



• Varón de 72 años con carcinoma testicular, que presenta cefalea y alteraciones visuales. Se identifican varias lesiones intraparenquimatosas en cerebelo, frontal y occipital izquierdas de alta atenuación en relación con metástasis con sangrado.



Mujer de 60 años con neoplasia pulmonar en tratamiento y crisis epiléptica. En TC se aprecian metástasis hemorrágicas bilaterales.

TUMORES BENIGNOS

- Meningioma
- Schwannoma
- Hemangioblastoma
- Astrocitoma pilocítico
- Ependimoma mixopapilar

TUMORES MALIGNOS

- Glioblastoma
- Oligodendroglioma
- Ependimoma

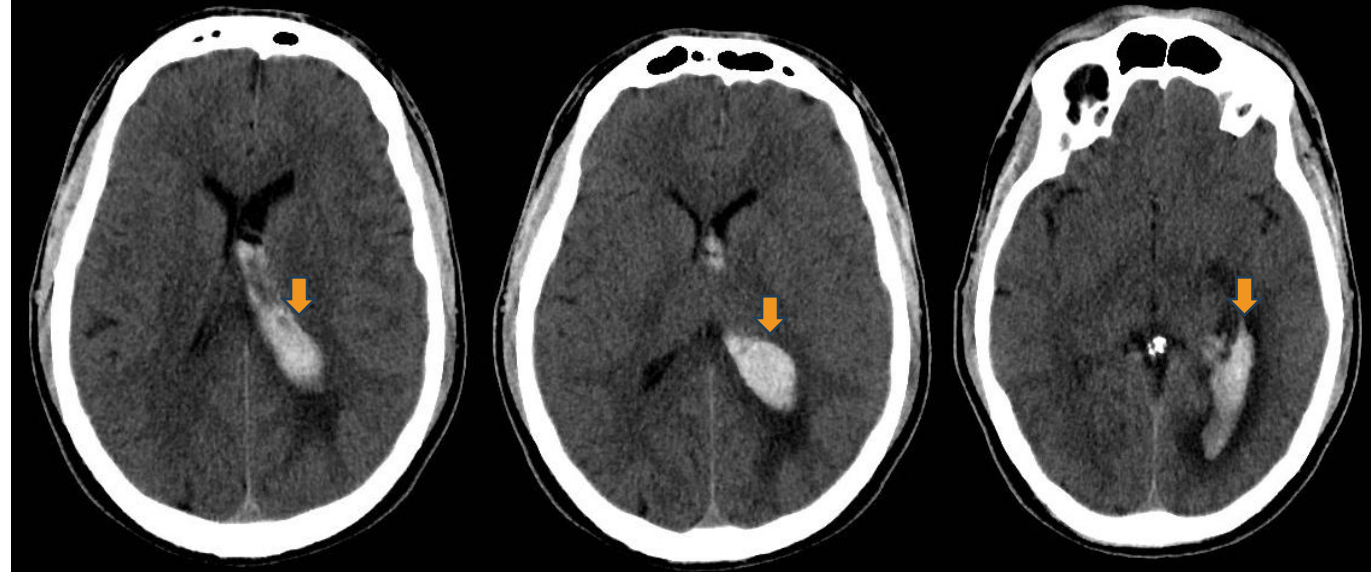
METÁSTASIS

- Melanoma
- Pulmón
- Mama
- Tumor de celular germinales
- Carcinoma tiroideo
- Carcinoma de células renales

HEMORRAGIAS

B/ TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS

- Segunda causa de sangrado intracraneal en paciente oncológico
- Asociación con leucemia, linfoma, mieloma
- Factores predisponentes: sepsis, trombocitopenia.
- Multifocales en el 46%.
- Multicompartimentales:
 - ✓ intraparenquimatosas (cortical, ganglios basales, cerebelo).
 - ✓ Hemorragia subaracnoidea.
 - ✓ Hemoventrículo.

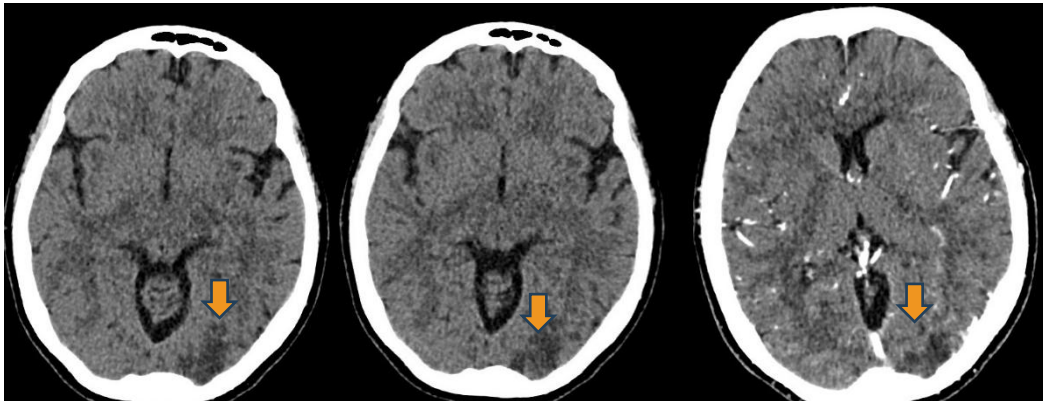


Paciente de 59 años con leucemia y trombopenia. Presenta cefalea de instauración brusca. En TC cerebral sin CIV, se identifica hemoventrículo (flechas).

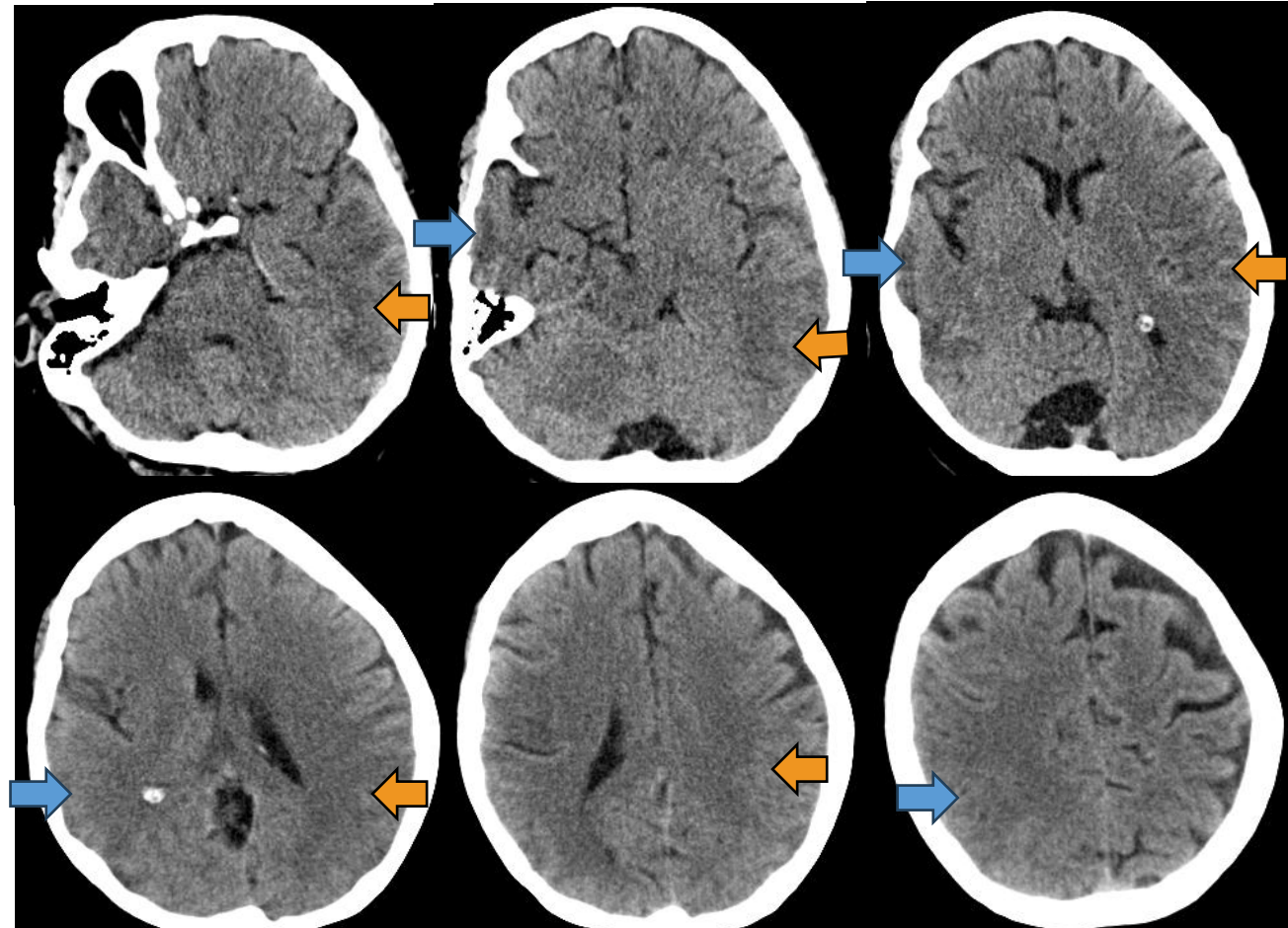
ESTADOS HIPERCOAGULABILIDAD

A/ COMPLICACIONES ISQUÉMICAS

- Incidencia 5-10 % de pacientes con cáncer activo.
- Ictus embólicos de origen indeterminado.
- Frecuente en tumores de mama, pulmón, próstata y gastrointestinales.
- Múltiples infartos agudos con afectación de varios territorios vasculares.
- Trombo flotante en art. carótida extracraneal aumenta el riesgo de AIT, infarto o muerte (17%).



Paciente mujer de 58 años con cáncer de cérvix en tratamiento con ceguera cortical e infarto isquémico occipital izquierdo en TC.

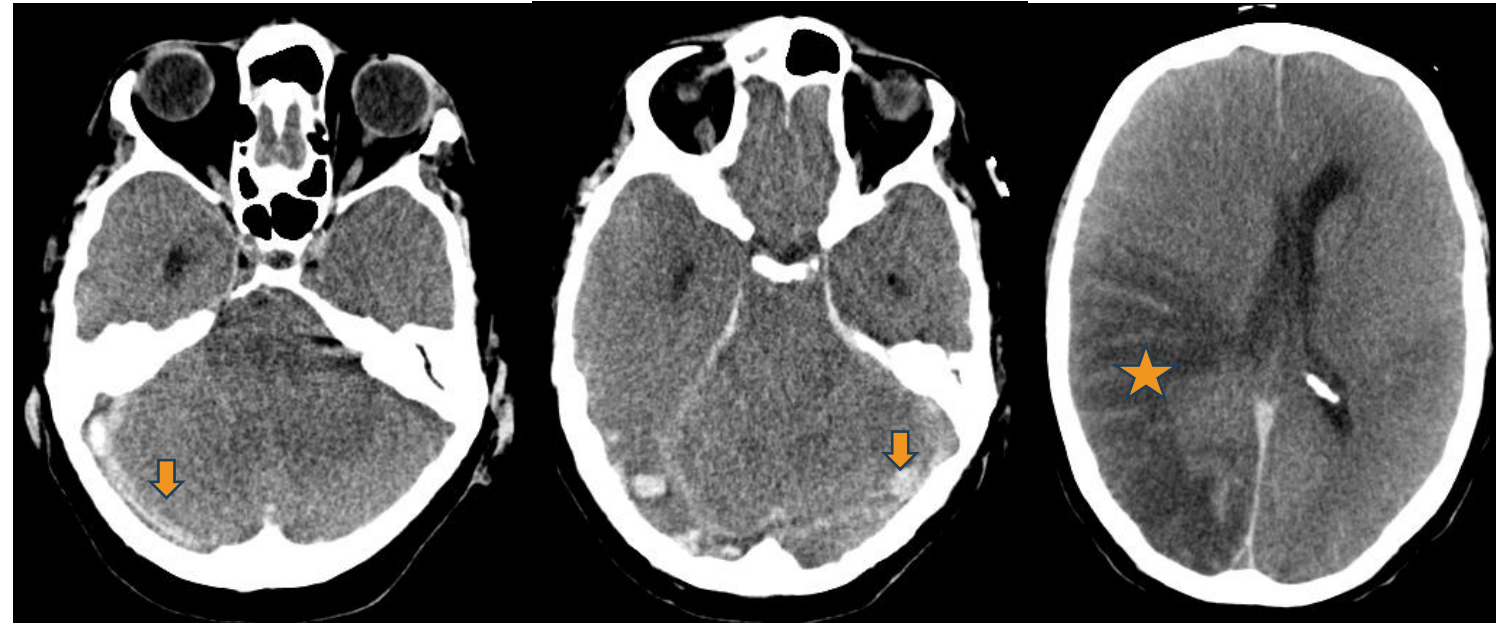


Paciente varón de 65 años con cáncer de pulmón y paraparesia. En TC sin CIV, se identifican múltiples infartos corticales en territorio ACM derecho (flechas azules) y ACM izquierdo (flechas naranjas).

ESTADOS HIPERCOAGULABILIDAD

B/ TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL

- Riesgo 5 veces mayor en el primer año tras el diagnóstico de cáncer.
- Más riesgo en neoplasias hematológicas que en tumores sólidos.
- Clínica:
 - ✓ Cefalea.
 - ✓ Déficit neurológico focal.
 - ✓ Crisis epilépticas.



Paciente mujer de 35 años con leucemia promielocítica aguda en tratamiento, con bajo nivel de conciencia. El TC craneal muestra hiperatenuación de los senos venosos (flechas), extenso infarto venoso parietooccipital derecho (estrella), con edema cerebral difuso, desviación de línea media e hidrocefalia.

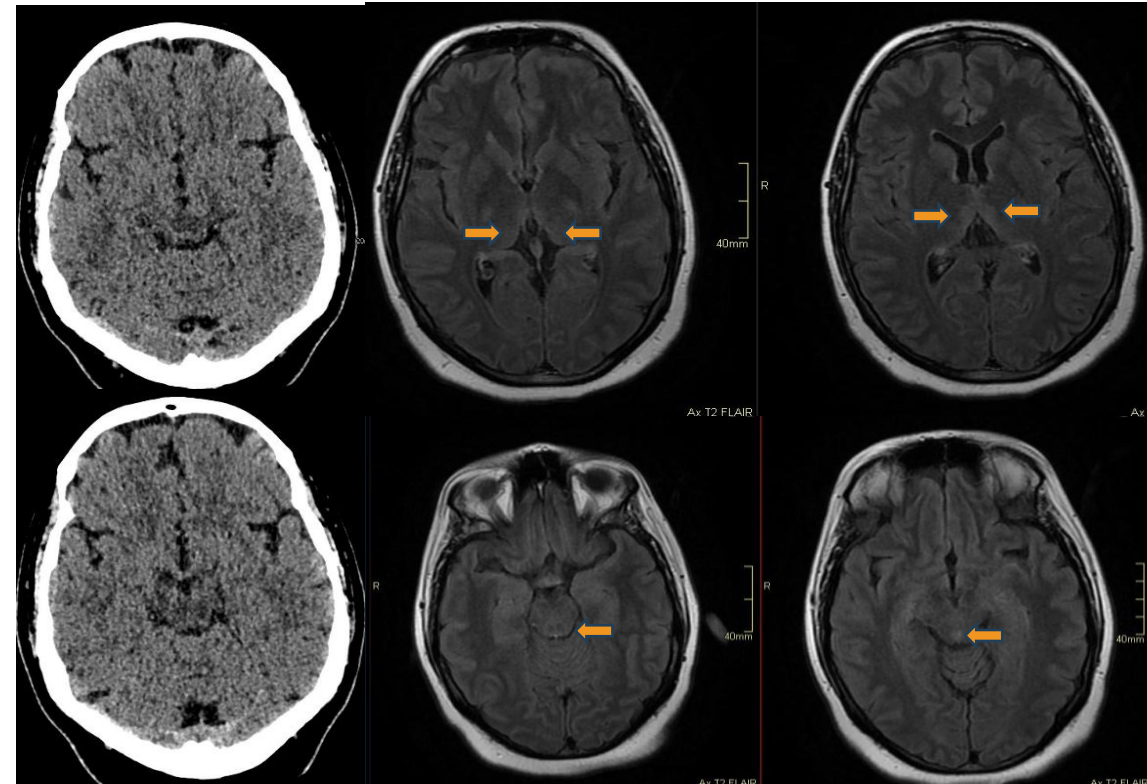
COMPLICACIONES METABÓLICAS

ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE

- Triada: confusión, ataxia y oftalmoplejía
- En pacientes oncológicos, se debe a:
 - ✓ Malabsorción en tumores gastrointestinales y malnutrición (déficit de tiamina).
 - ✓ Sobreuso (recambio celular alto).
 - ✓ Metabolitos secundarios de la quimioterapia.

Hallazgos de RM

- 80% presenta áreas de hiperseñal en T2 y FLAIR, y realce de gadolinio.
 - ✓ Afectación atípica: tectum, sustancia gris periacueductal, tálamo, cuerpos mamilares y alrededor del tercer ventrículo.
 - ✓ Afectación atípica: médula, protuberancia, lóbulo frontal y nervios craneales.



Paciente mujer de 28 años con LLA en tratamiento quimioterápico intensivo con cuadro confusional, nistagmo horizontal y vertical sugerente de origen central. En TC, no se aprecian alteraciones significativas. En RM T2 FLAIR, se observa hiperseñal simétrica de la porción medial de ambos tálamos, cuerpos mamilares, lámina tectal y alrededor del acueducto de Silvio (flechas), sin restricción en difusión. Dado el contexto clínico de la paciente, corresponde a encefalopatía de Wernicke.

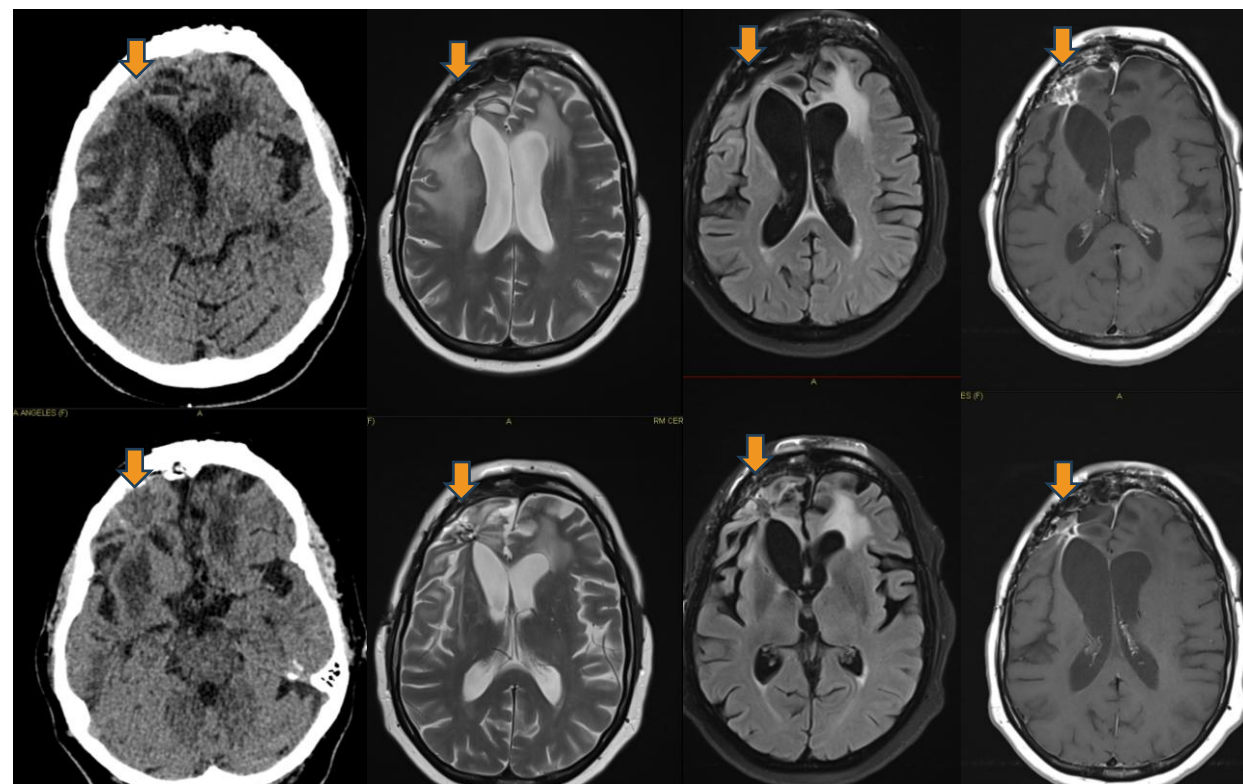
RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO

A/RADIONECROSIS

- Es la 2ª complicación más severa tras radioterapia (RT)
- Más frecuente en lóbulos temporales en paciente con RT de tumores de cabeza y cuello (35%).
- Clínica: crisis, deterioro cognitivo, disminución de habilidades verbales, disminución de memoria visual.
- Afectación temporal bilateral asimétrica (70%) con síntomas desproporcionados a la clínica.
- La RT de intensidad modulada disminuye la radionecrosis temporal un 16%.

Hallazgos de TC/RM cervical con CIV

- Lesiones intraaxiales heterogéneas, con realce en anillo, paredes irregulares rodeadas de edema vasogénico
- Realce de gadolinio en queso suizo o en onda expansiva (“**swiss cheese**” o “**spreading wavefront**”)



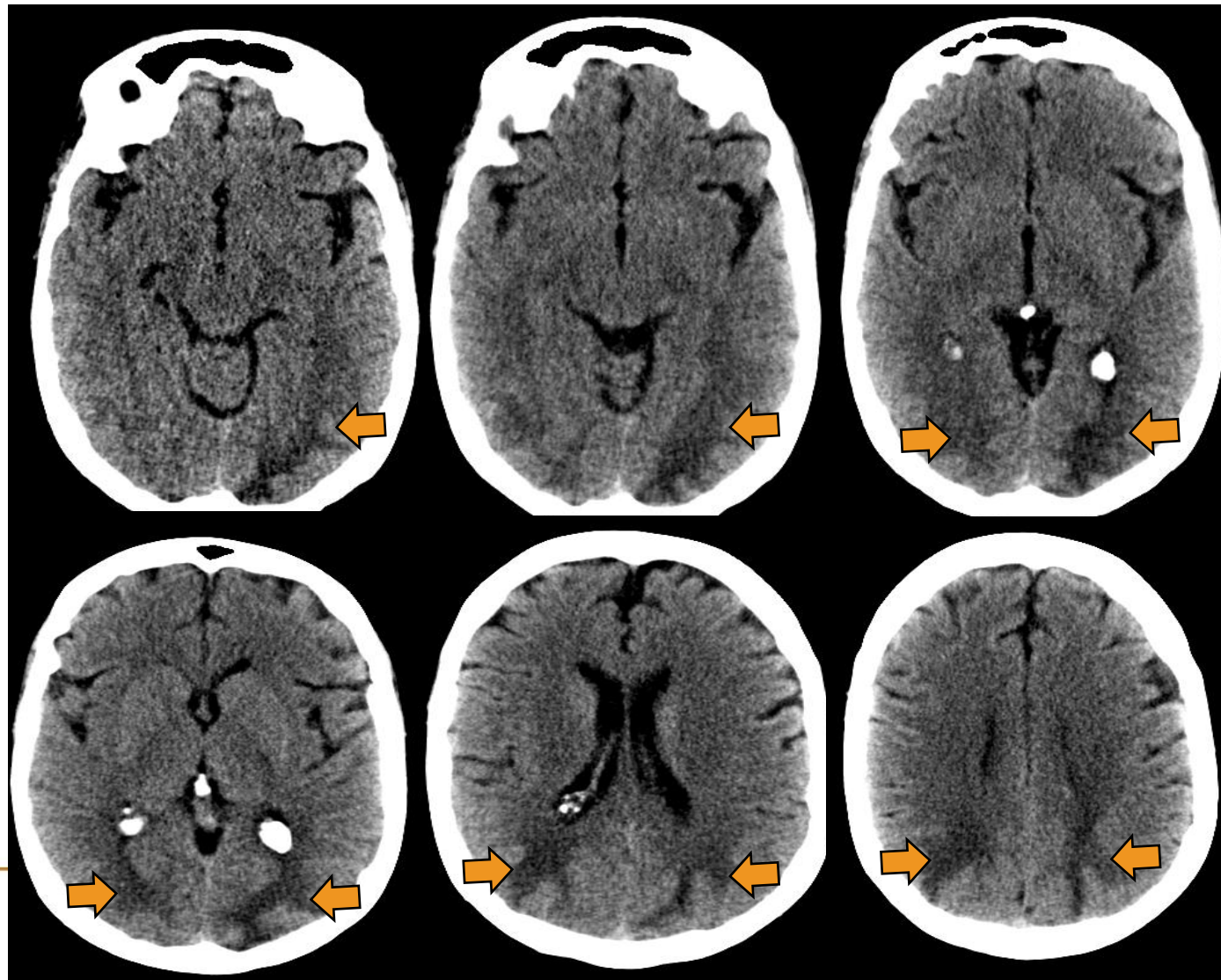
Mujer de 47 años con astrocitoma grado IV. Resección parcial (2021) IDH mutado positivo para delección de CDKN2A. MGMT metilado. Ha realizado tratamiento RT-QT concomitante, que finalizó en 2022. Acude a urgencias por cefalea y crisis epiléptica. En TC, hay cambios postquirúrgicos de craneotomía frontal bilateral y colección extraaxial subyacente. En RM, se aprecia una cavidad quirúrgica parenquimatosa en lóbulo frontal derecho, abigarrada de morfología estrellada, con restos hemosiderínicos asociados y realce heterogéneo de predominio periférico, en relación con área de radionecrosis.

RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO

B/ SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (SEPR)

- Asociado a HTA, preeclampsia/eclampsia, enfermedades autoinmunes, agentes citotóxicos.
- Los fármacos antineoplásicos asociados son: platinos, gemcitabina, citarabina, metotrexato, vincristina, fluoropirimidinas y terapias dirigidas (bevacizumab, sorafenib, sunitinib)
- Clínica: confusión, crisis, trastornos visuales, cefalea
- **TC/RM:** 50% patrón clásico parietooccipital y 50% patrón atípico frontotemporal, tálamo, ganglios basales, tronco cerebral.

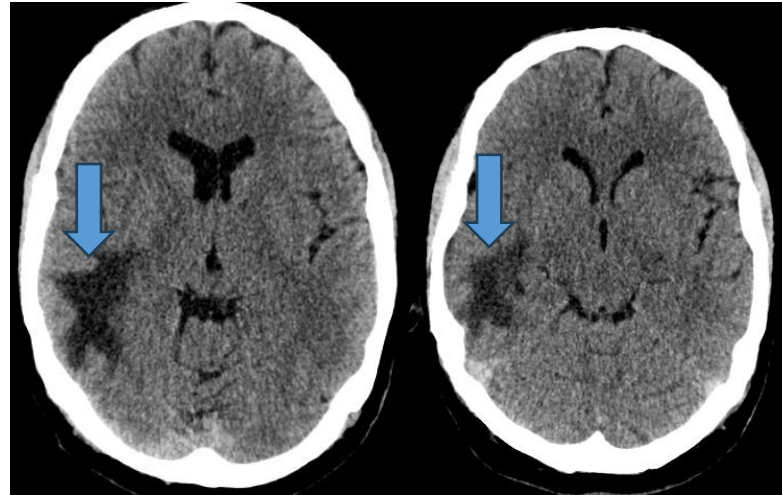
Paciente mujer de 76 años con adenocarcinoma de páncreas en tratamiento activo con gemcitabina y capecitabina. Presenta cefalea y pérdida de la visión binocular. En TC craneal sin CIV, se observa edema vasogénico en los lóbulos parietal y occipital, de distribución típicamente bilateral. Tras el diagnóstico de PRES y el ajuste de tratamiento, el cuadro se resolvió en 3 semanas.



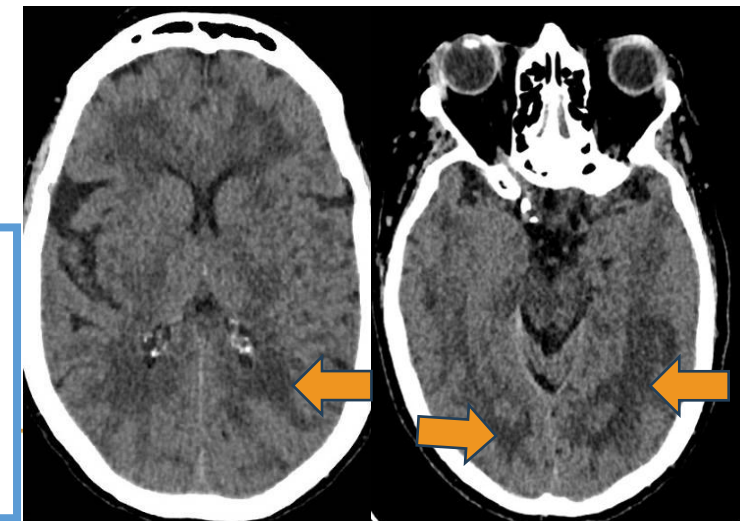
RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO

C/ LEUCOENCEFALOPATÍA AGUDA

- Inducida por quimioterapia.
- Enfermedad progresiva de la SB por daño de la mielina por MTX y por RT craneal.
- Factores de riesgo: QT intratecal, dosis, RT, malnutrición, hepatopatía.
- Clínica: depresión, crisis, cefalea, ictus
- **TC/RM:** lesiones en SB profunda y cuerpo calloso.
- Leucoencefalopatía inducida por MTX: restricción de la difusión en centros semiovais.



Varón de 70 años con mieloma múltiple en tratamiento con carmustina y corticoides con cefalea y síntomas de alarma. En TC, se aprecia hipodensidad subcortical temporal derecha en relación con leucoencefalopatía por carmustina.

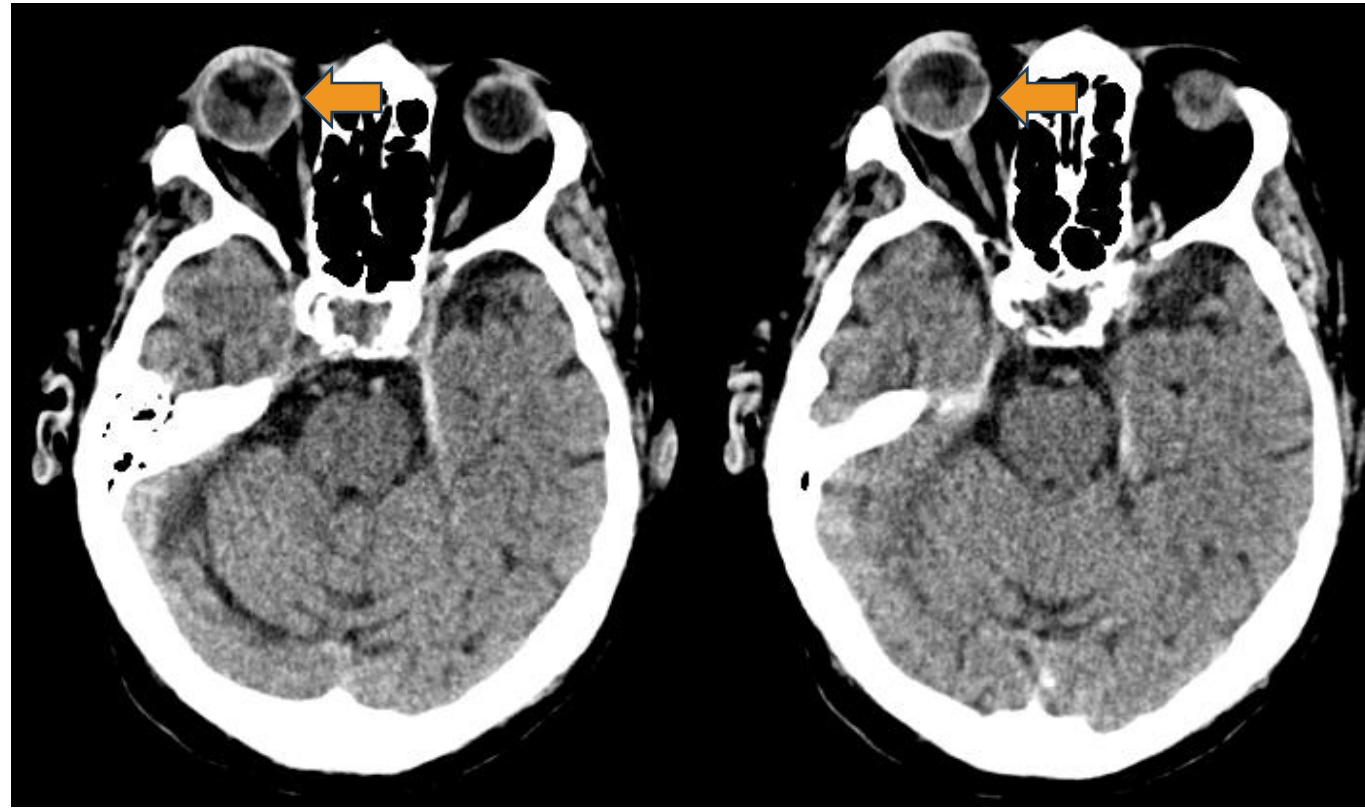


Mujer 69 años. Cáncer gástrico. Disminución brusca nivel conciencia. En TC, se aprecia afectación occipitotemporal bilateral asimétrica por leucoencefalopatía por 5-fluoracilo.

COMPLICACIONES OCULARES

HEMORRAGIA OCULAR

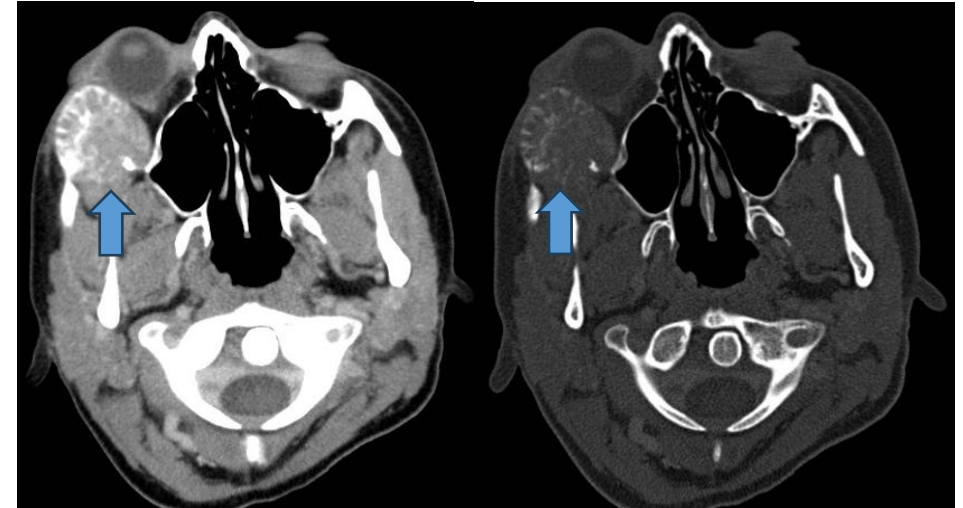
- El ojo es un órgano raro de metástasis hematógenas, generalmente en coroides.
- Las metástasis coroideas pueden producir desprendimiento de retina
- Las metástasis son las lesiones más frecuentes, generalmente de pulmón, mama, tumores gastrointestinales
- Tumores primarios del ojo son melanomas, retinoblastomas
- Hemorragia intraocular aparece en 3% de los melanomas uveales
- El diagnóstico se lleva a cabo con ecografía, TC o RM.



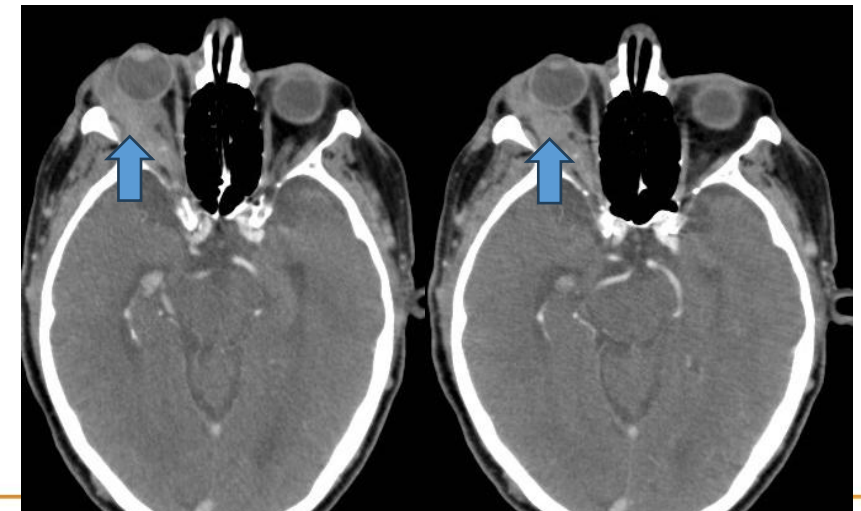
Paciente con leucemia y plaquetopenia. Tras esfuerzo físico, presenta pérdida de visión del ojo derecho. Se realizó TC para descartar complicación intracraneal, pero se apreció sangrado y desprendimiento de retina en ojo derecho.

EXOFTALMOS

- La sospecha etiológica depende del inicio del cuadro:
 - ✓ rápido + dolor: sospechar metástasis, hemorragia o infección.
 - ✓ progresivo e indoloro: linfoma o tumor primario.
- Si el exoftalmos es bilateral: pensar en enfermedad tiroidea o infiltración sistémica.
- En un niño con exoftalmos agudo → descartar rhabdomyosarcoma o neuroblastoma metastásico.
- Metástasis orbitarias: en tumores de mama, pulmón, próstata, riñón y melanoma.
- Tumores que invaden la órbita por contigüidad: neoplasias en senos paranasales, nasofaríngeos y tumores de base de cráneo.



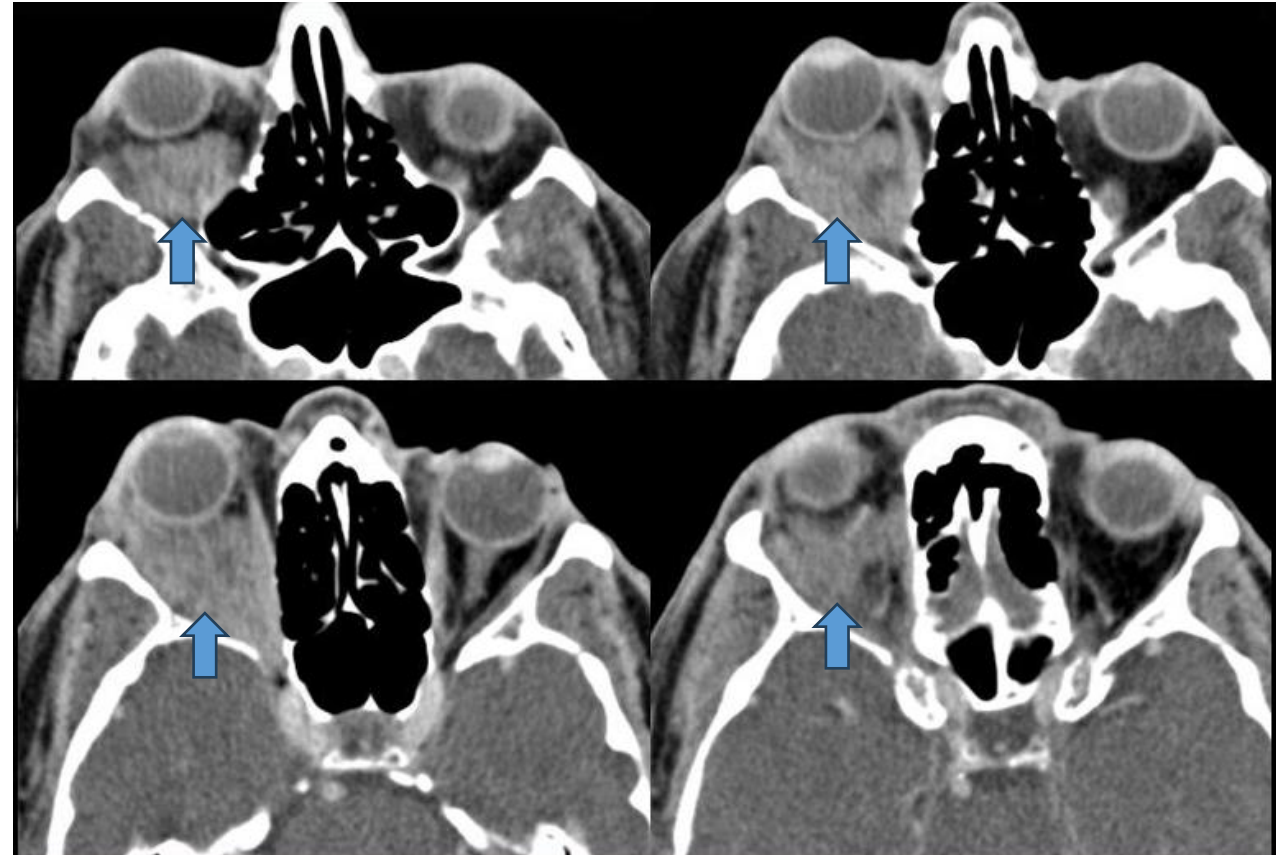
Varón de 55 años con exoftalmos derecho secundario a metástasis de carcinoma de riñón.



Varón de 40 años con exoftalmos derecho secundario a recidiva de LNH.

EXOFTALMOS

- El exoftalmos es la primera manifestación en linfoma orbitario, rabdomiosarcoma y meningioma del ala esfenoidal.
- Leucemia y linfoma pueden producir exoftalmos por:
 - ✓ Infiltración orbitaria.
 - ✓ Masas retroorbitarias.
 - ✓ Hemorragia orbitaria.
- Causas relacionadas con tratamiento oncológico:
 - ✓ Hemorragia retroorbitaria por trombocitopenia.
 - ✓ Infecciones orbitarias en pacientes inmunosuprimidos.
 - ✓ Trombosis del seno cavernoso.
 - ✓ Pseudotumor inflamatorio secundario a radioterapia.

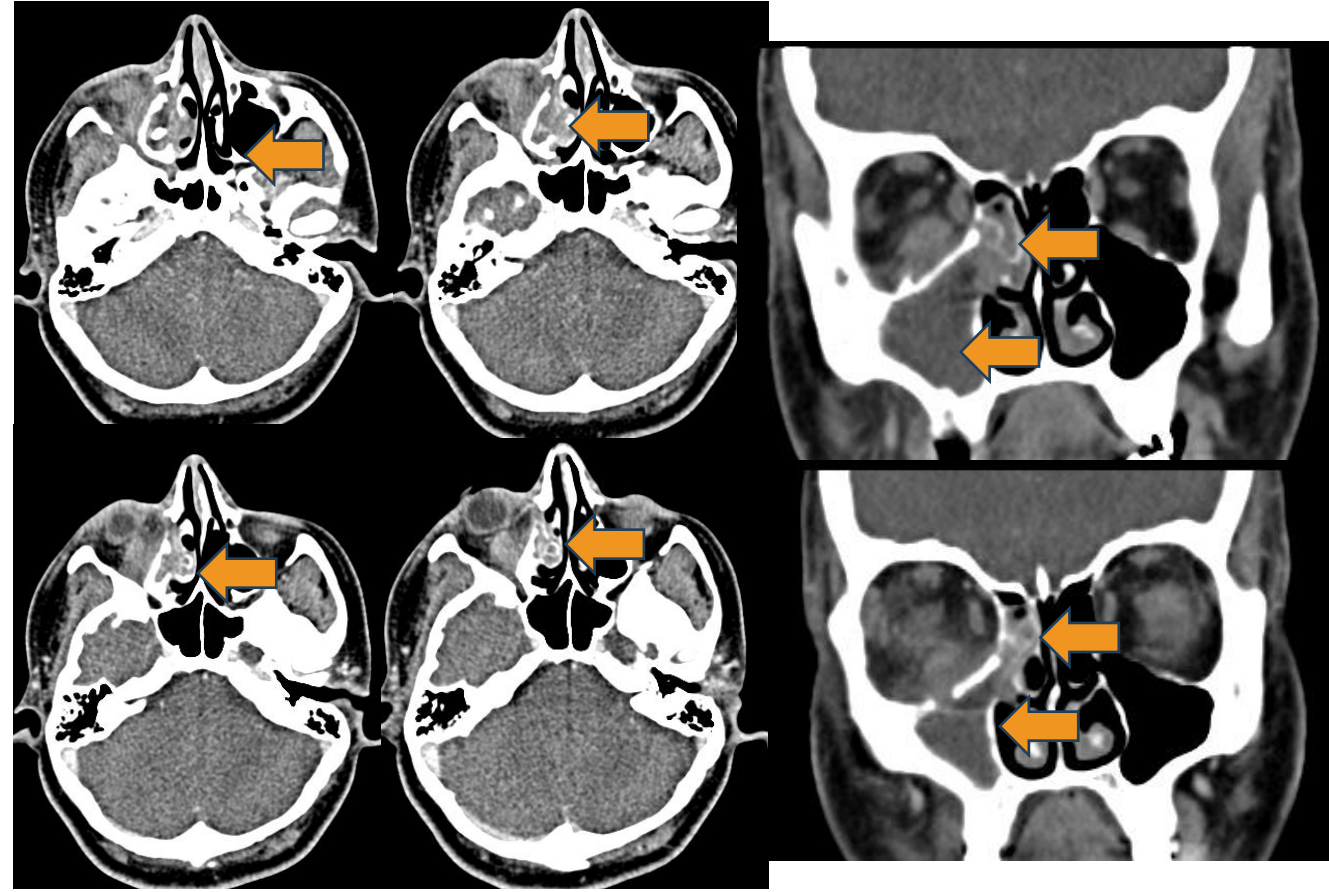


Varón de 63 años con exoftalmos de 1 mes de evolución. Masa orbitaria derecha intra y extraconal, con engrosamiento de la musculatura extrínseca. La biopsia quirúrgica diagnosticó LNH marginal.

COMPLICACIONES MAXILOFACIALES

INFECCIÓN FÚNGICA AGUDA

- Los pacientes oncológicos son propensos a las infecciones por hongos angioinvasivos (*Aspergillus*, *Mucor*, *Fusarium*) que causan infección nasosinusal con extensión orbitaria e intracraneal.
- Son factores de riesgo: neutropenia, diabetes, inmunosupresión.
- Alta mortalidad a pesar de cirugía y antifúngicos.
- **Clínica:** fiebre, rinorrea, congestión, dolor. Edema periorbitario, proptosis y alteración de la motilidad ocular.
- **TC/RM:** cambios inflamatorios sinusales, periantrales y periorbitarios.



Mujer de 34 años con trasplante cardíaco y tratamiento con tacrolimus. Presenta fiebre y cefalea. En TC craneal, se aprecia ocupación de senos maxilar y celdillas etmoidales derechas con extensión orbitaria. Se aisló *Aspergillus*.

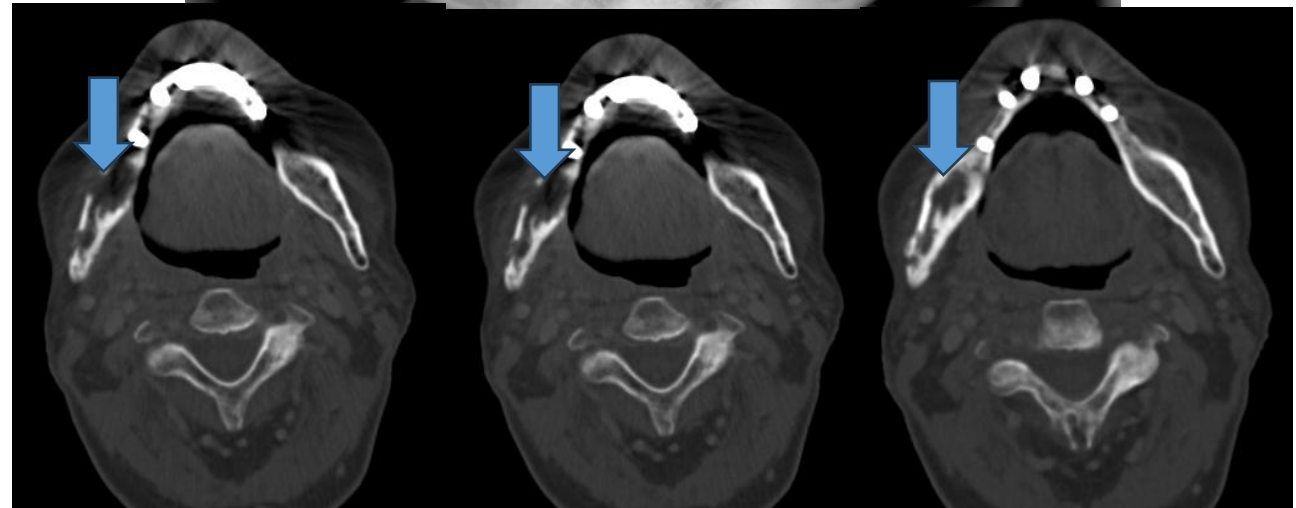
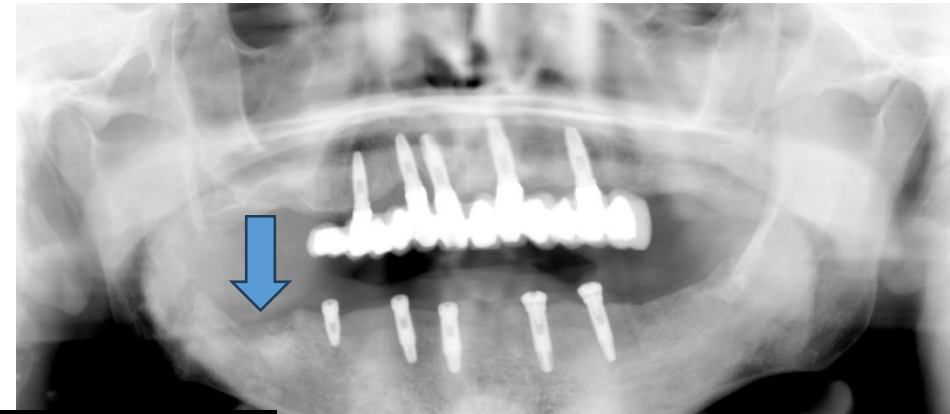
COMPLICACIONES MAXILOFACIALES

OSTEORADIONECCROSIS MANDIBULAR

- Es una complicación grave por radioterapia de tumores de cabeza y cuello.
- Se sospecha si hay hueso expuesto persistente más de 3-6 meses en ausencia de recurrencia local. Incidencia de 4-9%.
- Casos graves: dolor severo, hemorragia, fractura, infección, fístulas, sepsis.
- Cuerpo mandibular > ángulo > ramas > sínfisis.

Hallazgos de TC/RM

- Áreas líticas y escleróticas
- Cambios óseos permeativos
- Pérdida de hueso cortical y trabecular
- Secuestro óseo en la superficie bucal o lingual
- Afectación bicortical → riesgo de fractura

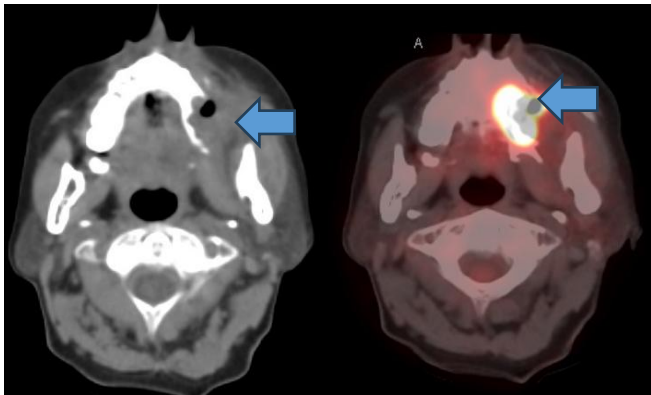
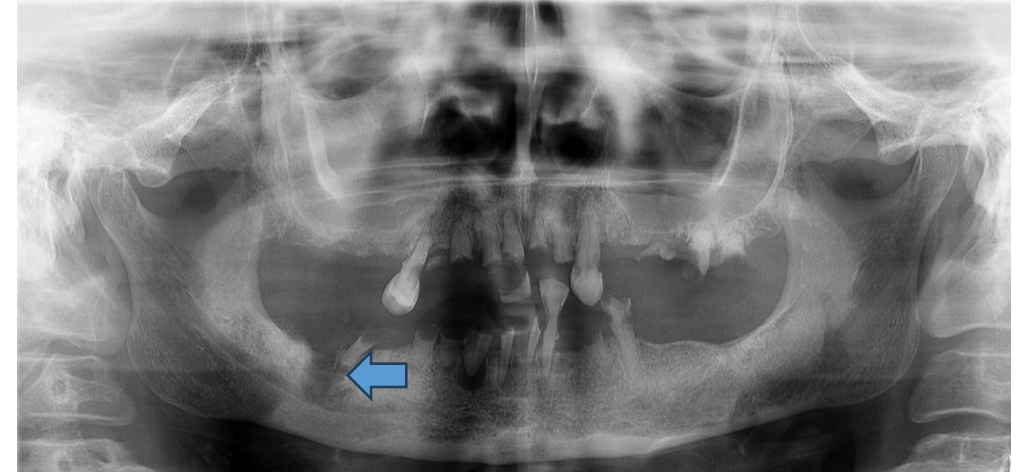


Varón de 75 años con cáncer de laringe, con recidiva local. Se realizó laringectomía radical y radioterapia adyuvante. A los 10 meses comienza con dolor mandibular derecho. Se identifica un área lítica en la rama mandibular derecha observada en ortopantomografía y confirmada mediante tomografía computada, mostrando pérdida de trabeculación y compromiso cortical, en relación con osteoradionecrosis (flechas).

COMPLICACIONES MAXILOFACIALES

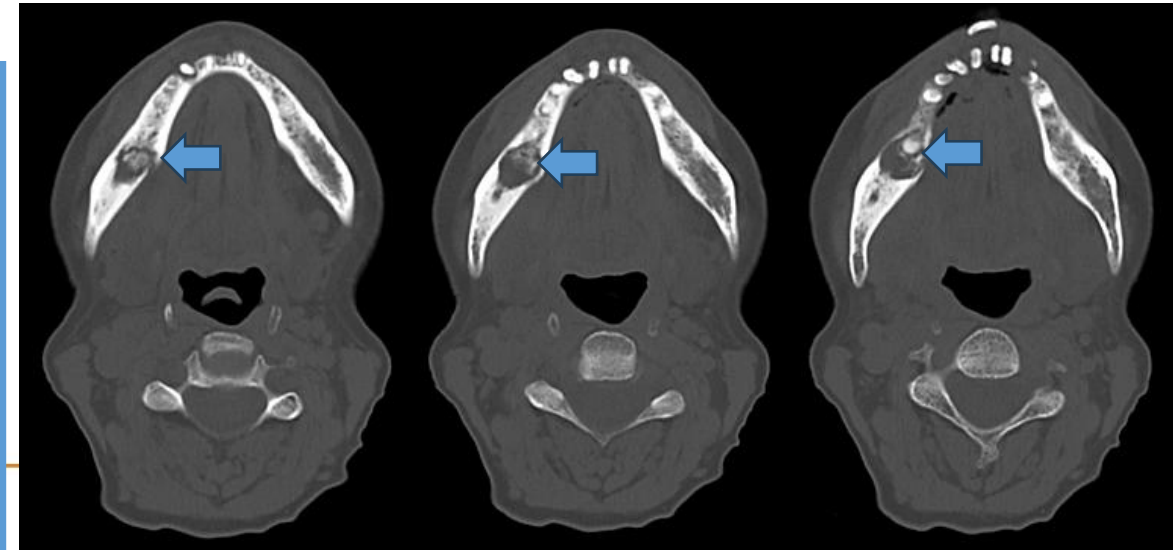
OSTEONECROSIS MANDIBULAR

- La osteonecrosis en pacientes oncológicos se asocia a bisfosfonatos, denosumab y antiangiogénicos (bevacizumab, sunitinib, sorafenib)
- El riesgo es mayor con tratamientos prolongados, dosis altas, procedimientos dentales invasivos, infecciones o trauma local.
- Afecta a cuerpo mandibular > ángulo > ramas > sínfisis.
- **Ortopantomografía (OPG) y TC**
 - ✓ Cambios óseos permeativos.
 - ✓ Áreas líticas y escleróticas.
 - ✓ Pérdida de hueso cortical y trabecular.
 - ✓ Secuestro óseo en la superficie bucal o lingual.
- La afectación bicortical aumenta el riesgo de fractura.



Osteonecrosis maxilar por bifosfonatos en paciente con mieloma múltiple.

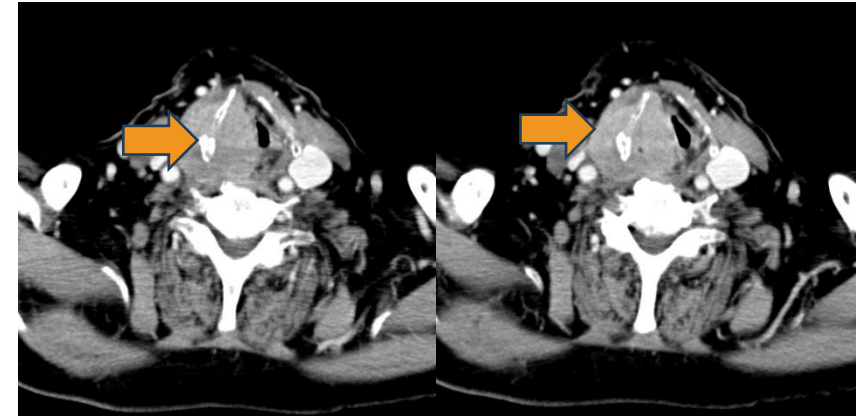
Mujer de 78 años con cáncer de mama en tratamiento con ácido zoledrónico. Comienza con dolor mandibular derecho. Como antecedente, refería endodoncia dos meses antes de la pieza dentaria 46. En OPG y TC, se identifica lesión lítica expansiva con pieza dentaria en su interior, compatible con necrosis inducida por fármacos.



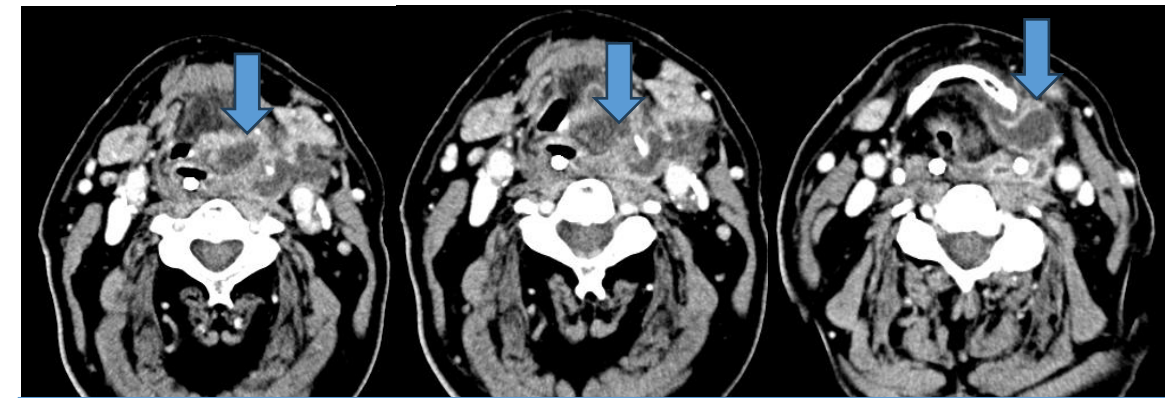
COMPLICACIONES CERVICALES

COMPROMISO DE VÍA AÉREA

- Es frecuente por avance de tumores de base de lengua, laringe e hipofaringe.
- Puede tener diferentes etiologías:
 - ✓ obstrucción mecánica directa.
 - ✓ hemorragia e infección añadida.
 - ✓ edema e inflamación las primeras 2 semanas postradioterapia.
 - ✓ disminución de saliva con alteración de la integridad mucosa.
 - ✓ aumento de secreciones y dificultad de deglución.
 - ✓ metástasis de tumores extracervicales.
- TC con CIV: técnica de imagen de elección.



Cortes axiales de tomografía computerizada con CIV de un paciente de 46 años con estridor, que muestra neoplasia laríngea con infiltración del cartilago tiroides, evidenciando estenosis de vía aérea y extensión tumoral hacia los tejidos adyacentes.



Paciente con vaciamiento ganglionar cervical oncológico, fiebre y dificultad respiratoria. En TC cervical, se apreciaron multiples colecciones con realce en relación con abscesos que producen estenosis de vía aérea.

COMPLICACIONES CERVICALES

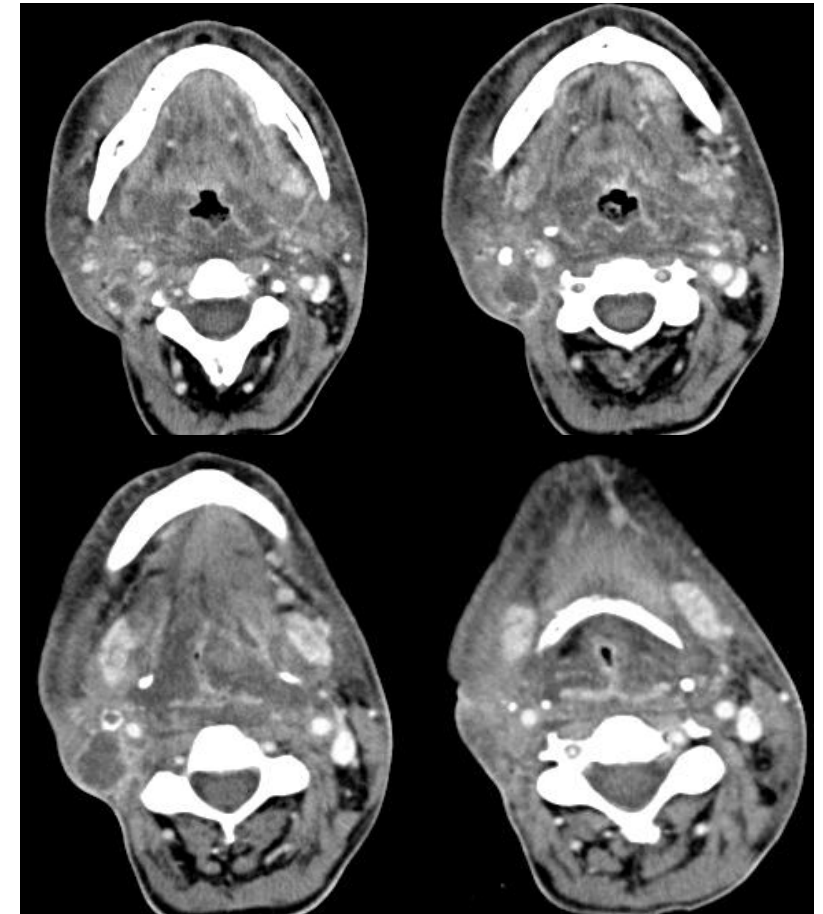
COMPLICACIONES POSTRATAMIENTO

EDEMA/MUCOSITIS POSTRADIOTERAPIA

- Más frecuente en tratamiento combinado RT + QT o sólo tras radioterapia.
- Es más probable si la dosis > 50 Gy.
- Clínica: Disfagia y neumonía por aspiración.
- Técnica de elección → TC con CIV.

Hallazgos de TC cervical con CIV

- Engrosamiento y edema de estructuras faríngeas y laríngeas, simétrica.
- Baja atenuación por edema.
- Líquido/edema retrofaríngeo.
- Aumento de la vascularización por hiperemia.



Paciente de 60 años, con carcinoma nasofaríngeo localmente avanzado en tratamiento con radioterapia externa (65 Gy) y cisplatino. A las 4 semanas, comienza con dolor y disfagia severa. La TC Cervical con contraste muestra severa mucositis (grado 3)

COMPLICACIONES CERVICALES

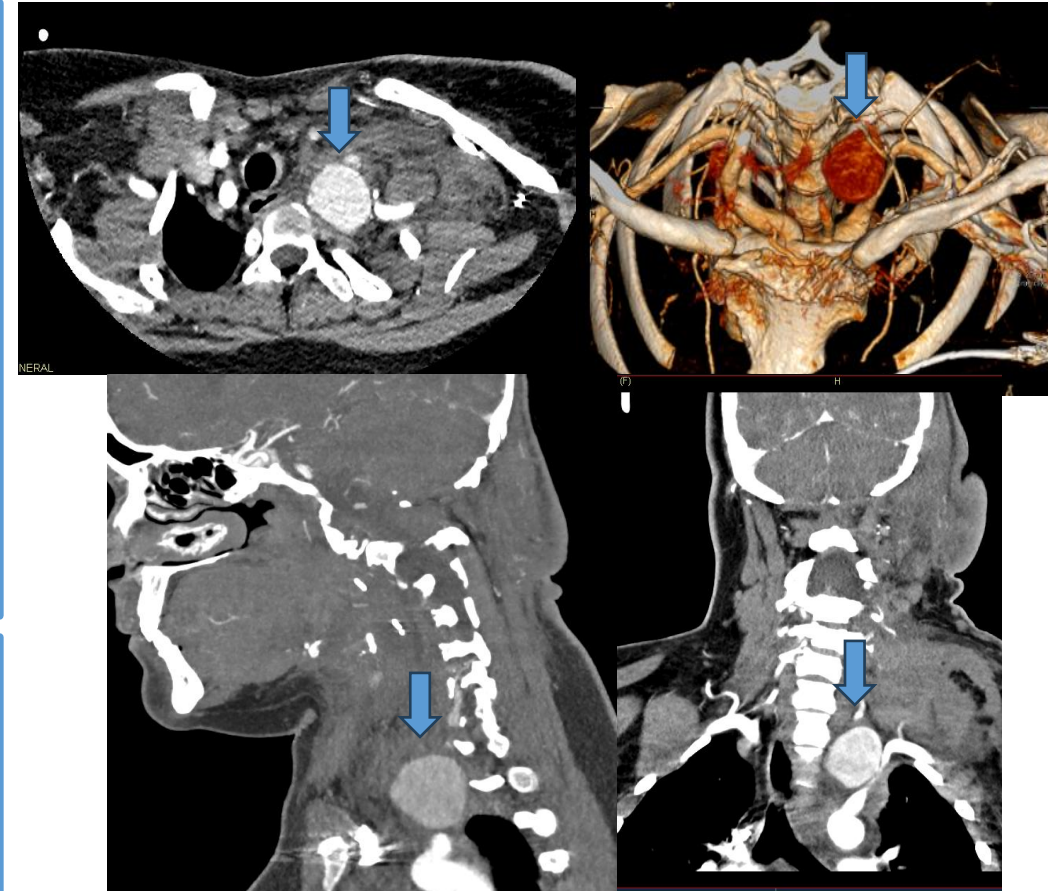
COMPLICACIONES POSTRATAMIENTO

LESIONES VASCULARES

- Rotura carotídea → es la complicación más grave. Mortalidad 40%; lesión neurológica permanente 60%.
- Factores de riesgo:
 - ✓ cobertura insuficiente de tejidos blandos.
 - ✓ adelgazamiento de pared vascular.
 - ✓ fístulas con degradación enzimática de la pared por la saliva.
 - ✓ infiltración tumoral por adenopatías o tumor primario.

Hallazgos de TC cervical con CIV

- contorno irregular de la arteria carótida.
- pseudoaneurisma.
- extravasado de contraste.
- hemorragia inminente sin rotura vascular (hemorragia centinela).
- rotura completa carotídea.



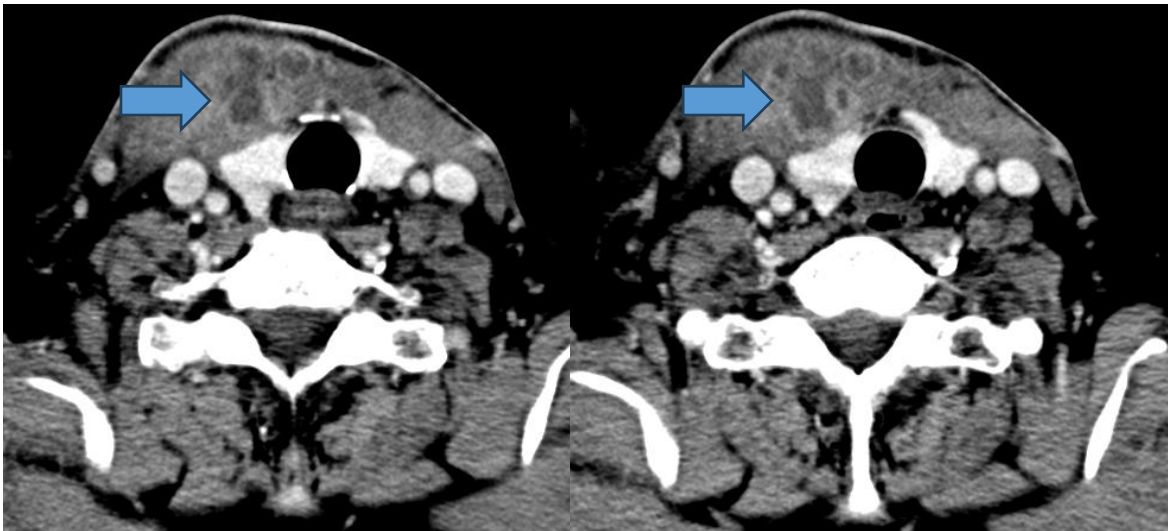
Paciente de 55 años con carcinoma epidermoide de laringe tratado con radioterapia cervical. Tras acceso de tos mantenido, el paciente nota tumoración supraclavicular izquierda. El TC cervical muestra pseudoaneurisma de la arteria vertebral izquierda secundario a fragilidad de la pared arterial inducida por radiación.

COMPLICACIONES CERVICALES

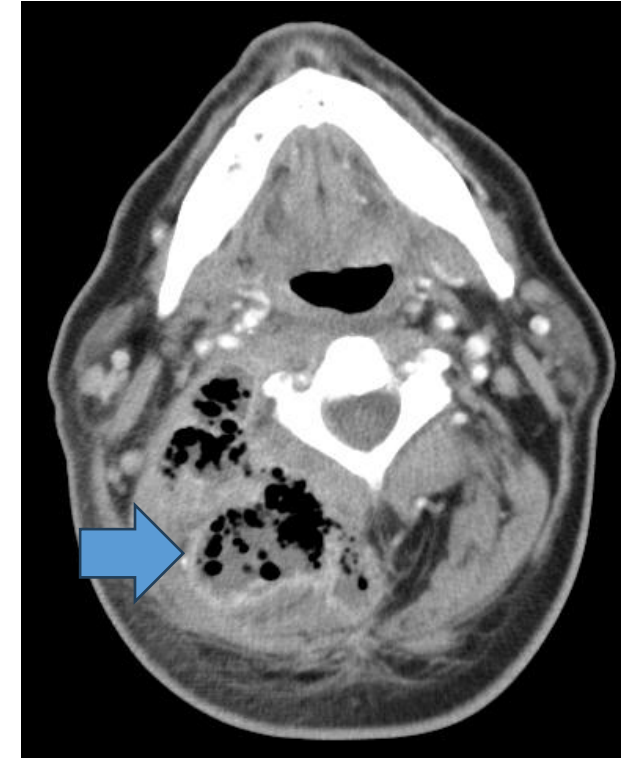
COMPLICACIONES POSTRATAMIENTO

INFECCIÓN

- Frecuente por cirugía que afecta al tracto aerodigestivo, cirugías agresivas, osteonecrosis postradioterapia, dispositivos de drenaje, catéteres venosos.
- TC: cambios flemonosos o abscesos, presencia de gas, realce.
- Diagnóstico diferencial con mucositis postradioterapia o recidiva tumoral.



Paciente con cáncer de suelo de boca con infiltración de estructuras vecinas y adenopatías submandibulares tumorales. El paciente comienza con eritema cervical anterior. En TC cervical con CIV, se apreció conglomerado adenopático sobreinfectado (flechas).



Paciente con fiebre, enrojecimiento y crepitación cervical posterior tras vaciamiento ganglionar derecho. En TC cervical con CIV, se apreció absceso cervical (flecha).

COMPLICACIONES CERVICALES

COMPLICACIONES POSTRATAMIENTO

FÍSTULAS AERODIGESTIVAS/FARINGOCUTÁNEAS

Introducción

- Comunicación anómala entre vía aérea (laringe/tráquea) y vía digestiva (faringe/esófago)
- Puede extenderse hacia piel cervical
- Asociada a tumores avanzados de cabeza y cuello

Manifestaciones clínicas

- Salida de saliva o aire por herida cervical
- Enfisema subcutáneo
- Disfagia / odinofagia
- Tos al tragar
- Eritema o colección purulenta

Factores de riesgo

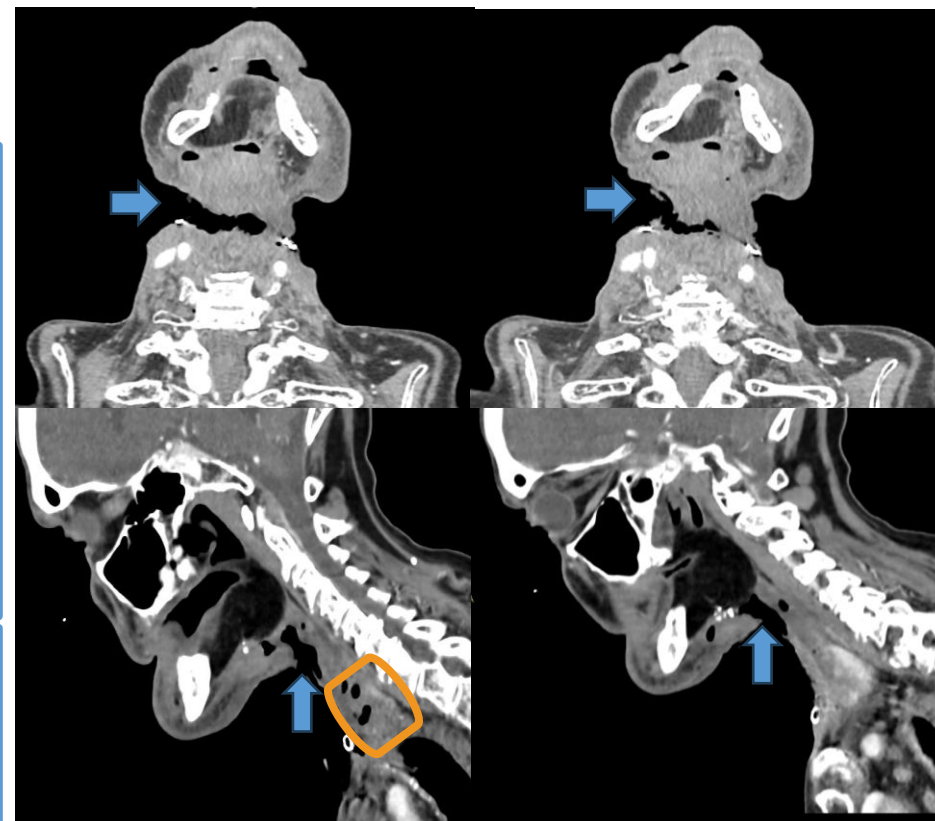
- Cirugía oncológica extensa
- Radioterapia previa
- Infiltración tumoral
- Necrosis e infección
- Alteración de la vascularización

Impacto

- ↑ Morbilidad
- ↑ Estancia hospitalaria
- Retraso del tratamiento oncológico

Tratamiento

- Control de infección
- Nutrición enteral
- Reconstrucción quirúrgica (colgajos vascularizados)



Varón de 59 años, con antecedentes de cáncer glótico, de orofaringe y base lengua operado. Se realizó laringectomía total con reconstrucción faríngea con flap mucoso. Postoperatorio tórvido con aspecto necrótico del injerto y fiebre. En TC de cuello con CIV, se identifica fístula faringocutánea (flechas) con necrosis y absceso cervical (recuadro naranja).

COMPLICACIONES CERVICALES

COMPLICACIONES POSTRATAMIENTO

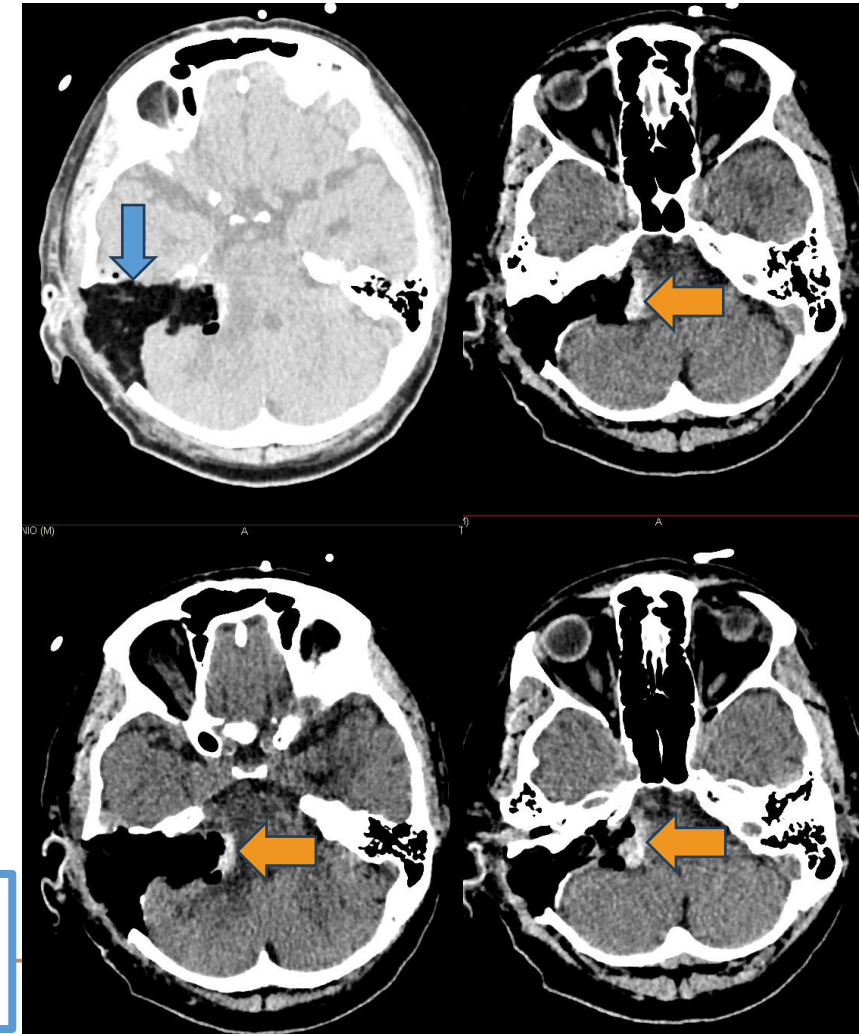
COMPLICACIONES DE INJERTOS (5%)

- Tras vaciamientos agresivos, son necesarios flap vascularizados que tienen riesgo de necrosis e infección, sobre todo entre el 2º y 5º día postcirugía.
- FC de riesgo: tabaquismo.

Hallazgos en TC

- Edema severo o progresivo del flap y/o gas pueden indicar necrosis y/o infección.
- Sangrado del flap.

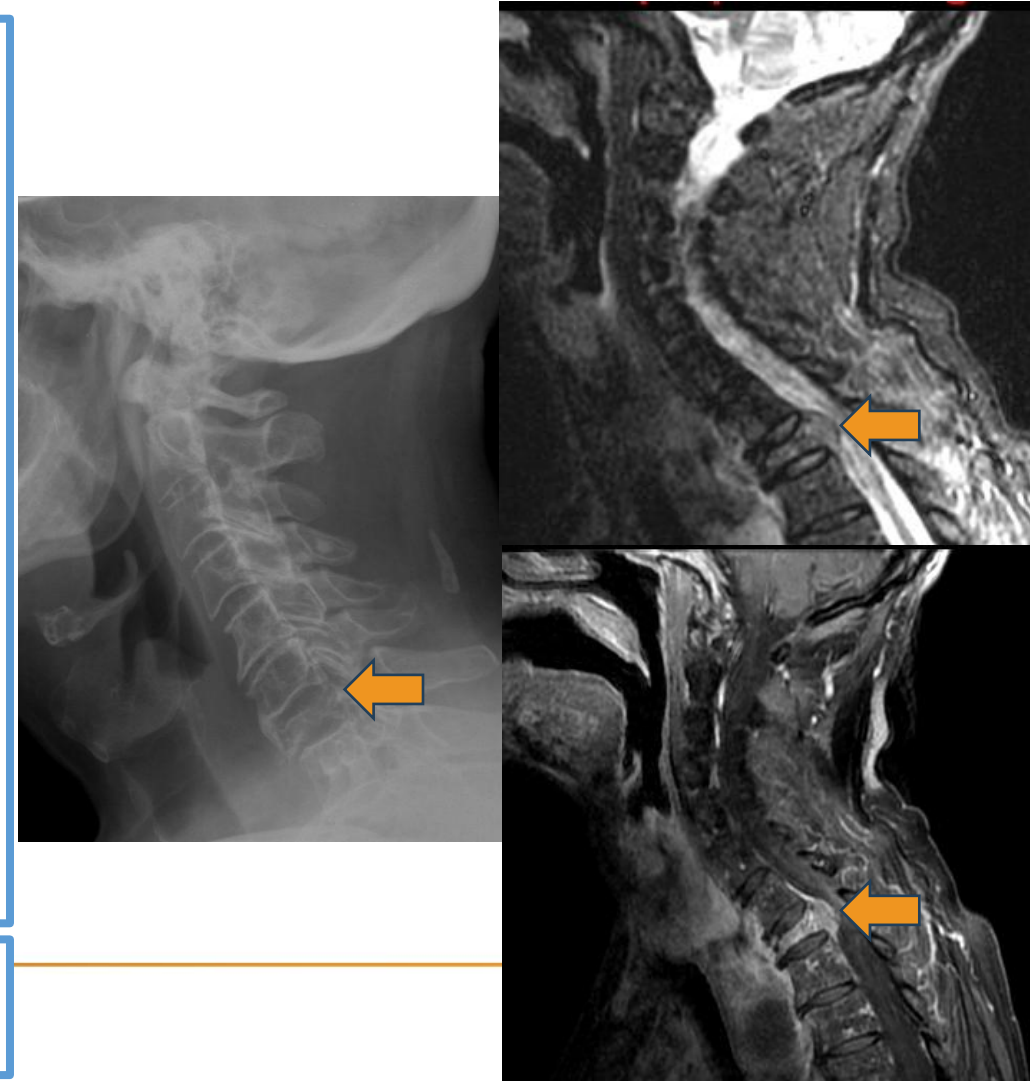
Paciente mujer de 35 años con cirugía reciente de schwannoma vestibular y cefalea. En TC craneal, se observa lecho quirúrgico con flap vascularizado laterocerebeloso derecho (flecha azul), con hemorragia en la porción más medial del injerto (flechas naranjas).



COMPLICACIONES CERVICALES

COMPRESIÓN ESPINAL

- Las neoplasias de mama, pulmón, próstata afectan a cuerpos vertebrales por vía hematógena.
- Los linfomas, sarcomas y neoplasias de pulmón afectan por contigüidad..
- La afectación de las vértebras: Torácicas > Lumbares > Cervicales
- **Hallazgos en TC**
 - ✓ Colapso vertebral.
 - ✓ Desplazamiento de muro posterior.
 - ✓ Masa epidural/paraespinal.
 - ✓ Compresión medular/saco tecal.



Varón de 70 años con carcinoma de pulmón, con dolor cervical e irradiado a ambos brazos. En radiografía se aprecia imagen sospechosa de metástasis en C6, que se confirma en RM donde se aprecia masa epidural posterior.

PARA LLEVAR

- Las emergencias oncológicas son poco frecuentes, pero una causa importante de muerte en pacientes con cáncer.
- Las pruebas de imagen permiten el diagnóstico rápido y preciso en las emergencias estructurales.
- TC es la modalidad inicial de evaluación para las complicaciones oncológicas en cabeza y cuello.

BIBLIOGRAFÍA

- Riveros Gilardi B, Muñoz López JI, Hernández Villegas AC, Garay Mora JA, Rico Rodríguez OC, Chávez Appendini R, De la Mora Malvárez M, Higuera Calleja JA. Types of Cerebral Herniation and Their Imaging Features. Radiographics. 2019 Oct;39(6):1598-1610. DOI: [10.1148/rg.2019190018](https://doi.org/10.1148/rg.2019190018)
- Iacobellis F, Perillo A, Iadevito I, Tanga M, Romano L, Grassi R, Nicola R, Scaglione M. Imaging of Oncologic Emergencies. Semin Ultrasound CT MR. 2018;39(2):151-166. DOI: [10.1053/j.sult.2017.12.001](https://doi.org/10.1053/j.sult.2017.12.001)
- Katabathina VS, Restrepo CS, Betancourt Cuellar SL, Riascos RF, Menias CO. Imaging of oncologic emergencies: what every radiologist should know. Radiographics. 2013;33(6):1533-53. DOI: [10.1148/rg.336135508](https://doi.org/10.1148/rg.336135508)
- Dormagen JB, Verma N, Fink KR. Imaging in Oncologic Emergencies. Semin Roentgenol. 2020;55(2):95-114. DOI: [10.1053/j.ro.2019.11.001](https://doi.org/10.1053/j.ro.2019.11.001)
- Handa A, Nozaki T, Makidono A, Okabe T, Morita Y, Fujita K et al.. Pediatric oncologic emergencies: Clinical and imaging review for pediatricians. Pediatr Int. 2019 Feb;61(2):122-139. DOI: [10.1111/ped.13755](https://doi.org/10.1111/ped.13755)
- Khanna L, Vargas D, Menias C, Katabathina V. Oncologic Emergencies in the Chest, Abdomen, and Pelvis. Radiol Clin North Am. 2023;61(1):91-110. DOI: [10.1016/j.rcl.2022.09.003](https://doi.org/10.1016/j.rcl.2022.09.003)