

CÓDIGO ROJO EN EL CUELLO: URGENCIAS NO TRAUMÁTICAS DE CABEZA Y CUELLO.

Ángela Guitián Pinilla^{1,2}, Pilar Cifrián Casuso^{1,2}, César Antonia López López^{1,2}, Álvaro Sánchez Mulas^{1,2}, Elena Marín Díez^{1,2}, Javier García Poza^{1,2}, David Castanedo Vázquez^{1,2}, Zenova Zailen González Rodríguez¹.

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

²Instituto de Investigación de Valdecilla (IDIVAL)

1

OBJETIVOS DOCENTES

- ✓ Revisar las principales patologías urgentes de cabeza y cuello que constituyen un “código rojo” por su riesgo vital inmediato y alta morbi-mortalidad.
- ✓ Evaluar el papel de las técnicas de imagen en su detección.
- ✓ Identificar los principales escenarios clínicos críticos.
- ✓ Describir los hallazgos radiológicos clave que permiten un diagnóstico rápido y orientar el manejo terapéutico urgente.
- ✓ Reconocer los principales pitfalls diagnósticos que pueden retrasar el diagnóstico o condicionar errores interpretativos.
- ✓ Proponer un esquema práctico de actuación radiológica en forma de checklist o algoritmo de triaje (“Code Red”), que facilite la priorización diagnóstica.

2

CONTEXTO ANATÓMICO Y ESPACIOS CERVICALES

FASCIAS DEL CUELLO

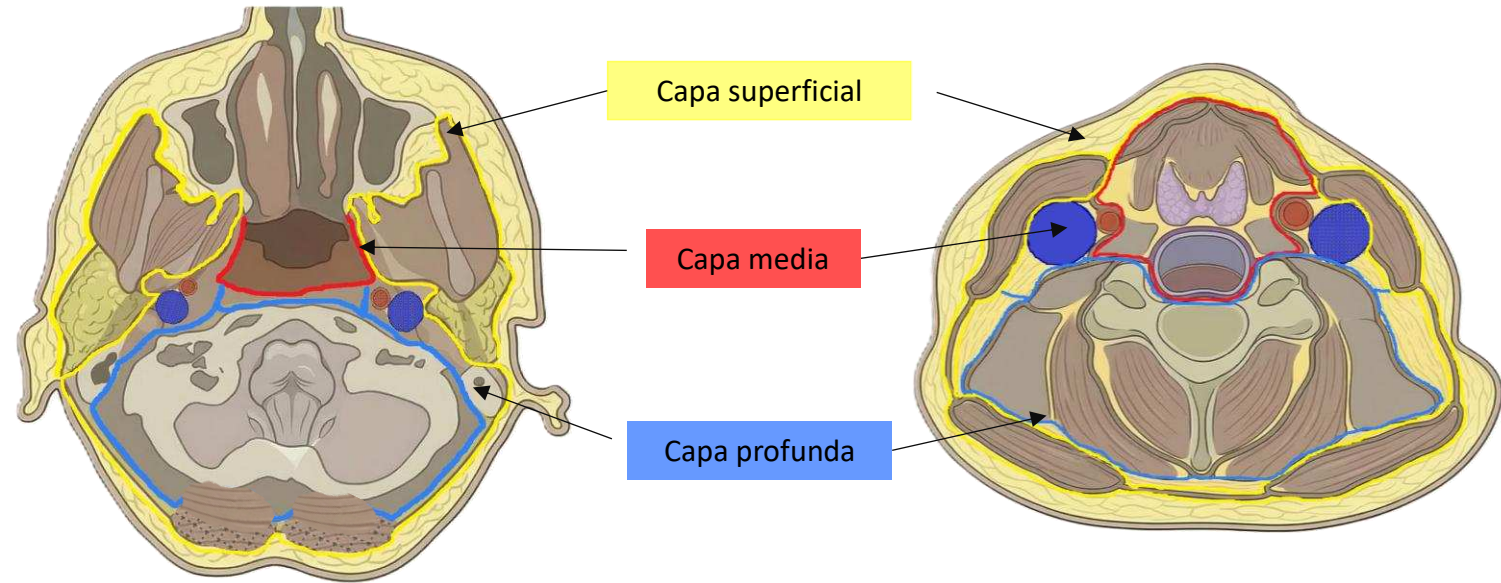
- Barreras anatómicas que delimitan los espacios cervicales.
- Condicionan unas vías de diseminación específicas.
- No son visibles mediante imagen.

FASCIA SUPERFICIAL:

- **Extensión:** desde la piel hasta la capa superficial de la fascia profunda.
- **Contiene:** grasa, músculo platisma y sistema linfático, vasos sanguíneos y estructuras nerviosas.

FASCIA PROFUNDA: delimita los **espacios profundos** del cuello. Se compone de tres capas: **superficial, media y profunda.**

CAPAS DE LA FASCIA PROFUNDA Y ESPACIOS



SUPRAHIOIDEO

- Parafaríngeo
- Faríngeo
- Masticador
- Parotídeo
- Submandibular
- Sublingual

AMBOS

- Carotídeo
- Retrofaríngeo
- Prevertebral y paravertebral
- Espacio cervical posterior

INFRAHIOIDEO

- Visceral

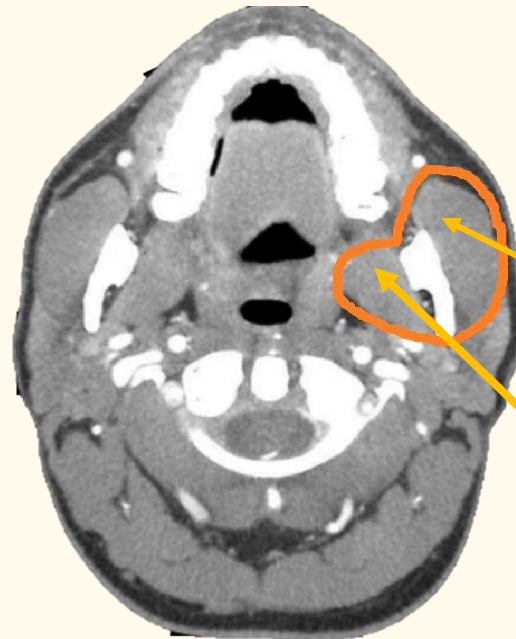
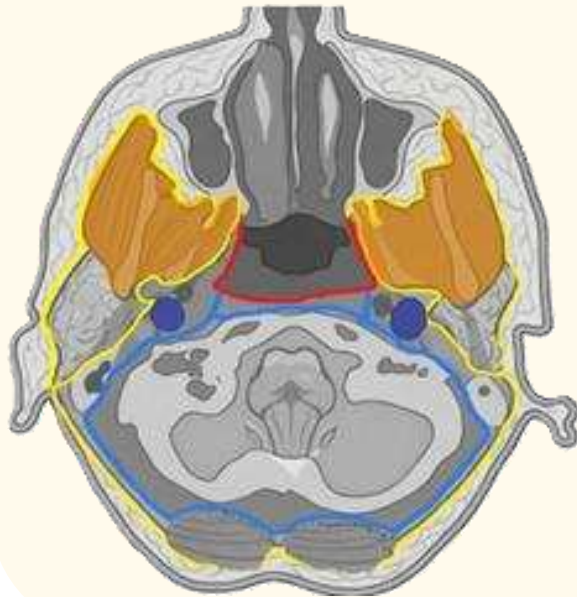
2

ESPACIOS CERVICALES

A CAPA SUPERFICIAL DE LA FASCIA PROFUNDA

- Extensión: Engloba el cuello por debajo del músculo platisma, incluyendo los músculos esternocleidomastoideos y trapecio, y se dirige hacia atrás hasta el ligamento nual.
- Espacios:

ESPACIO MASTICADOR



Músculo temporal

Masetero

Pterigoideos medial y lateral

En su parte más craneal se encuentra el **agujero oval** (salida de la rama V3) → riesgo de diseminación intracraneal



2

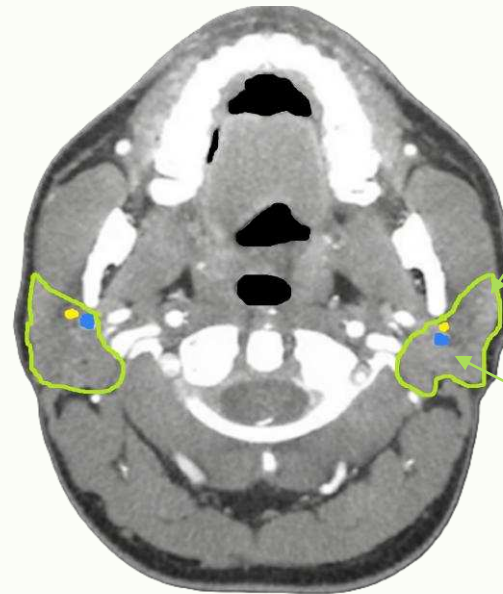
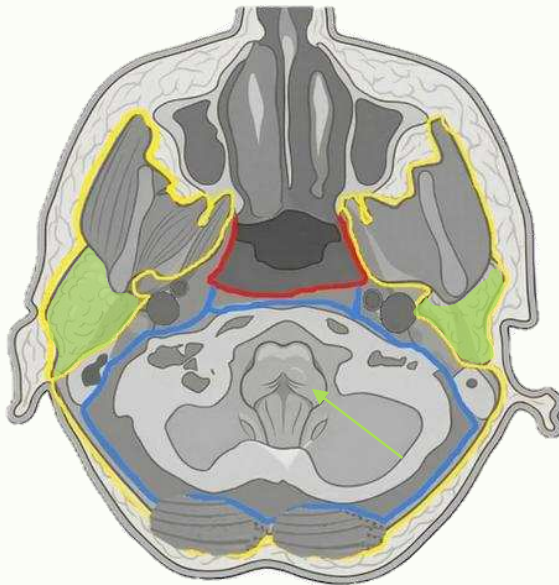
ESPACIOS CERVICALES

A CAPA SUPERFICIAL DE LA FASCIA PROFUNDA

ESPACIO PAROTÍDEO

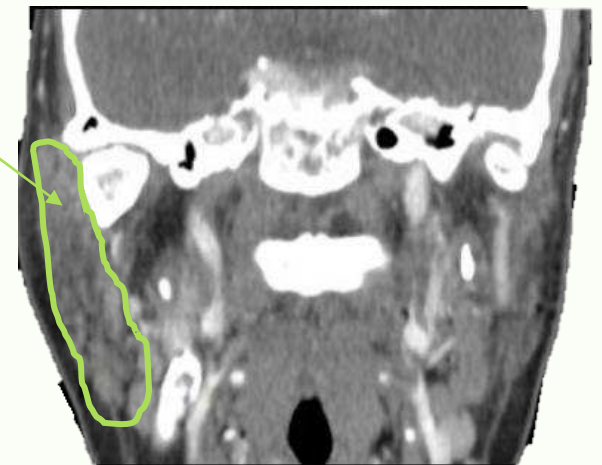
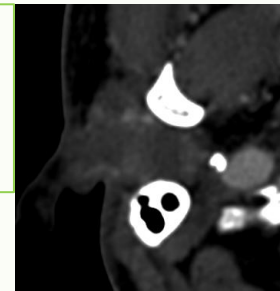
Estructuras anatómicas relevancias:

- El **agujero estilomastoideo**, por donde emerge el nervio facial.
- El **conducto estilo-mandibular** que establece comunicación con el espacio mandibular.



Glándula parótida

Nervio facial
Vena retromandibular

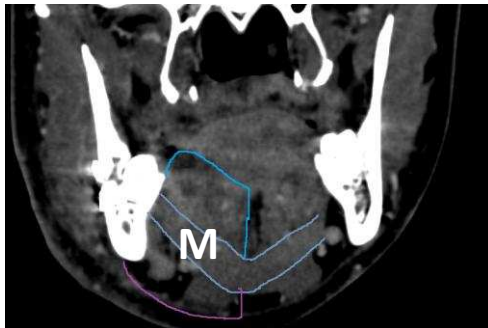


2

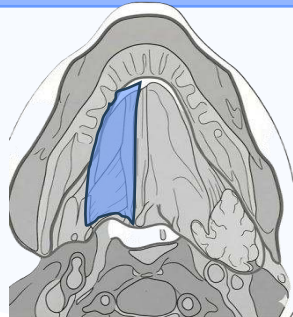
ESPACIOS CERVICALES

A CAPA SUPERFICIAL DE LA FASCIA PROFUNDA

- El músculo milohioideo (M) separa el espacio sublingual (azul) del espacio submandibular (morado). Algunos autores consideran el espacio sublingual parte del submandibular, al no estar delimitado el primero por la fascia

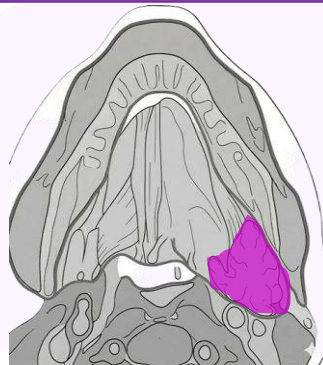


ESPACIO SUBLINGUAL



- Glándula y conducto sublingual.
- Nervio lingual
- Arteria y vena lingual
- Nervio glossofaríngeo (IX) e hipogloso (XII).
- Conducto submandibular o de Warthon.

ESPACIO SUBMANDIBULAR



- Glándula submandibular
- Ganglios linfáticos submandibulares (nivel IB)
- Arteria y venas faciales
- Asa inferior del nervio hipogloso

• Piezas dentarias mandibulares:

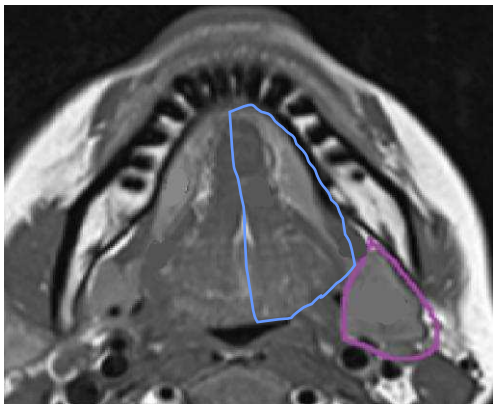
- Por delante del 1er molar:

ESPACIO SUBLINGUAL

- 2º molar hacia posterior:

ESPACIO SUBMANDIBULAR

En su parte posterior comunica con el
ESPACIO PARAFARÍNGEO



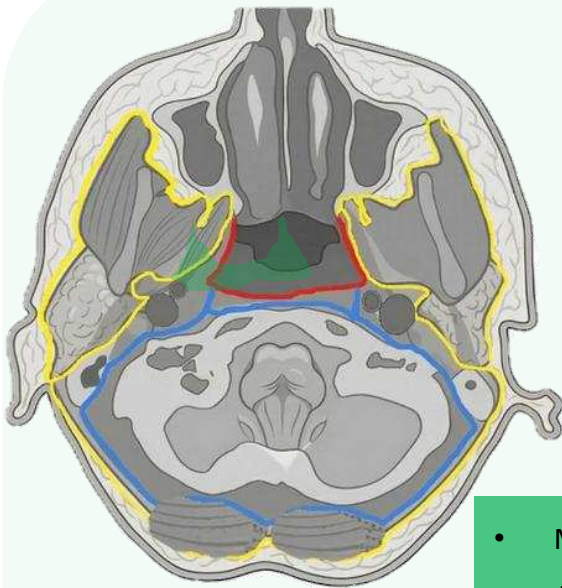
2

ESPACIOS CERVICALES

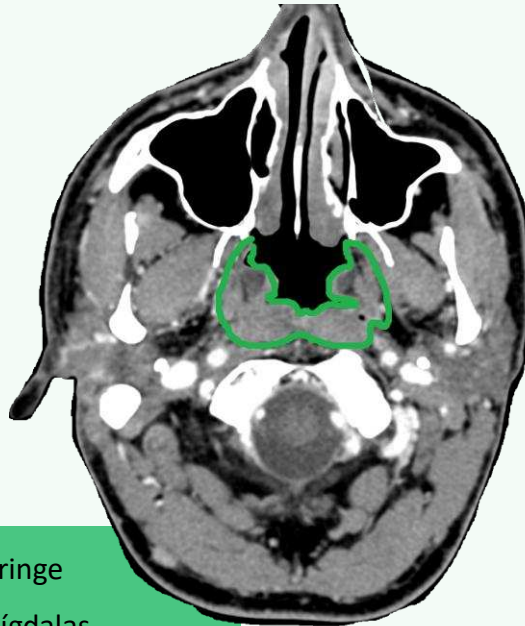
B CAPA MEDIA DE LA FASCIA PROFUNDA

En la región suprahióidea delimita el espacio faríngeo mucoso

ESPACIO FARÍNGEO MUCOSO



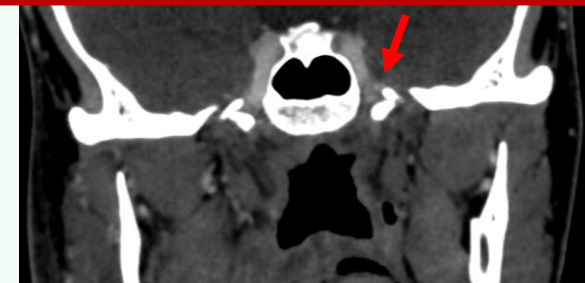
- Mucosa de la faringe
- Adenoides y amígdalas
- Glándulas salivares menores
- Músculos constrictores faríngeos



LÍMITES

- Anterior: cavidad nasal / oral
- Posterior: espacio retrofaríngeo
- Lateral: espacio parafaríngeo
- Inferior: continua con la laringe

Su límite superior es el **foramen lacerum**, defecto de cierre lateral al esfenoides (entre el espacio petroso y el seno cavernoso), suele estar formado por cartílago, pero puede ser una zona de **diseminación al SNC**.



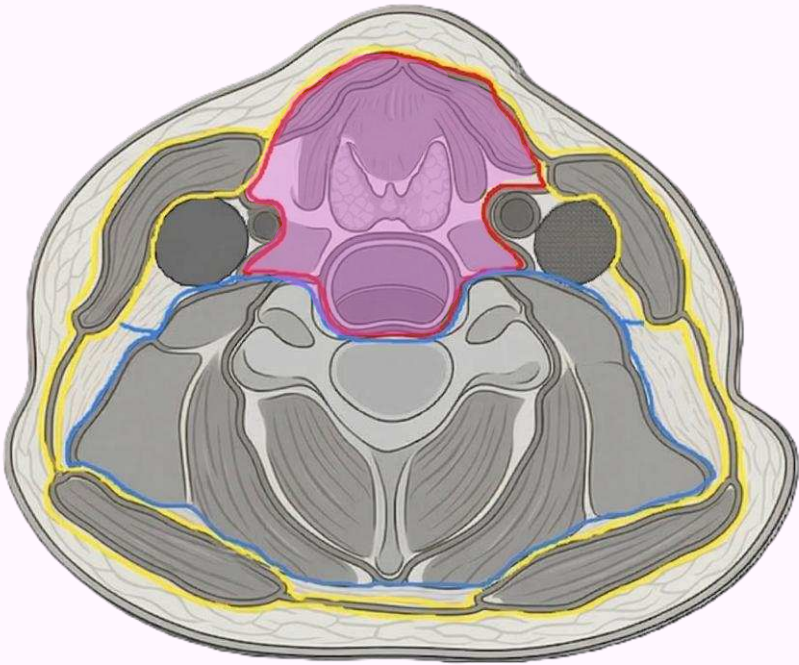
2

ESPACIOS CERVICALES

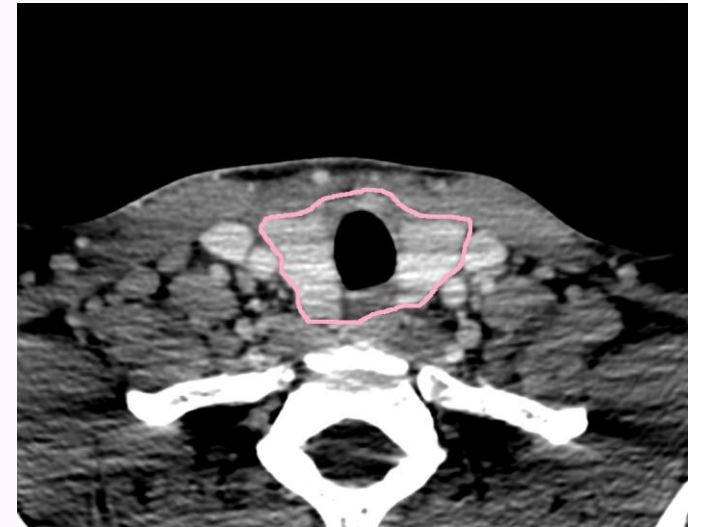
B CAPA MEDIA DE LA FASCIA PROFUNDA

En la región infrahioideo delimita el espacio visceral

ESPACIO VISCERAL



- Hipofarínge – Laringe
- Tráquea
- Esófago
- Tiroides y glándulas paratiroides
- Nervios laríngeos recurrentes
- Ganglios linfáticos pre y paratraqueales



IV

2

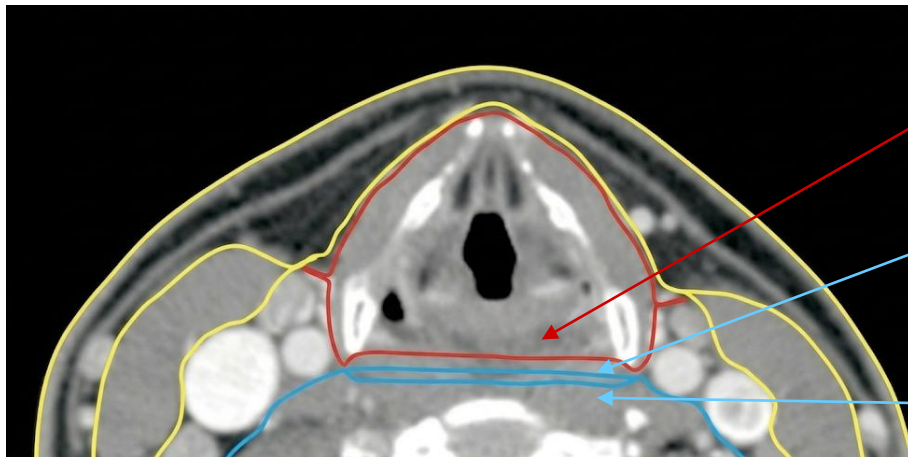
ESPACIOS CERVICALES

C CAPA PROFUNDA DE LA FASCIA PROFUNDA

Una lámina de la fascia (*línea discontinua verde*) que se dirige hacia posterior por delante de las apófisis transversas y detrás de los músculos escalenos lo divide en:

- **Compartimento anterior o prevertebral**
- **Compartimento posterior o paraespinal.**

En su parte más anterior y medial se desdobra en dos hojas, que delimitan distintos espacios:



Fascia bucofaríngea capa media

Fascia alar de la capa profunda

Fascia prevertebral de la capa profunda

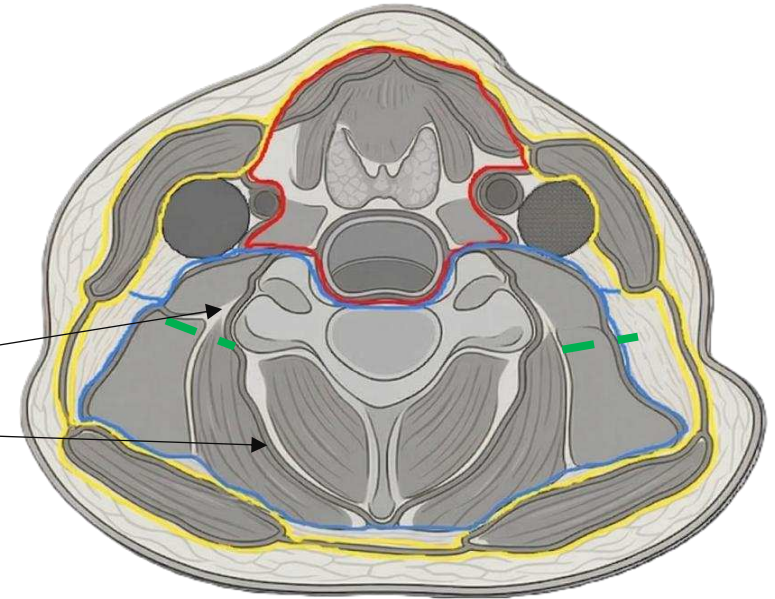
Espacio retrofaríngeo

Danger space

Espacio prevertebral

Prevertebral

Paraespinal



2

CONTEXTO ANATÓMICO

C CAPA PROFUNDA DE LA FASCIA PROFUNDA

ESPACIO RETROFARÍNGEO

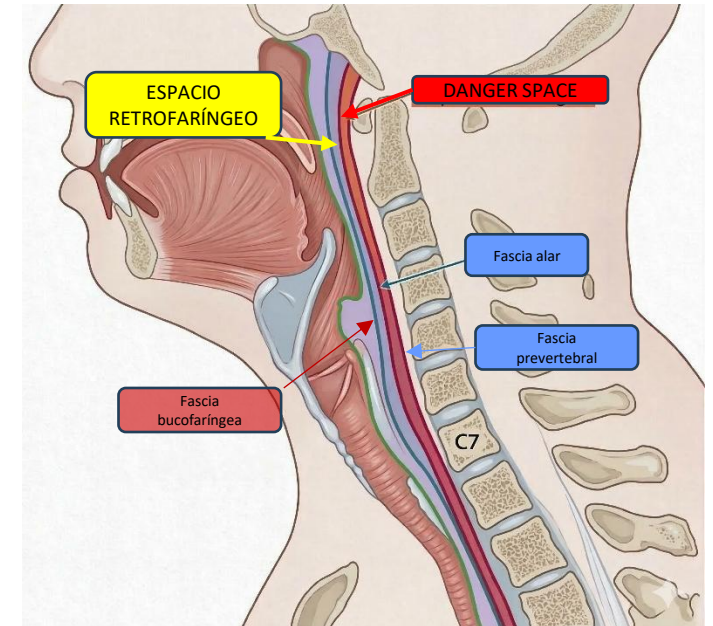
Fascia bucofaríngea (media) – fascia alar (profunda).

- **Extensión:** Base del cráneo → a la unión C-T (fascia bucofaríngea acaba entre C6-T4) MEDIASTINO SUPERIOR
- **Incluye:** grasa y ganglios profundos retrofaríngeos
- **Origen:** infección por diseminación o trauma penetrante

DANGER SPACE

Fascia alar y fascia prevertebral (profunda)

- **Extensión:** Fascia alar desde la línea media de C1 (No alcanza lateralmente la base del cráneo) hasta el diafragma → **POTENCIAL AFECTACIÓN DEL MEDIASTINO**
- **Incluye:** tejido conectivo.
- **Origen:** infección directa del espacio o **a través del hueco lateral** de la base del cráneo



ESPACIO PREVERTEBRAL

fascia prevertebral (profunda) al cuerpo vertebral

- **Extensión:** Base del cráneo → Cóccix
- **Incluye:** músculos prevertebrales, arterias vertebrales y parte del plexo

2

CONTEXTO ANATÓMICO

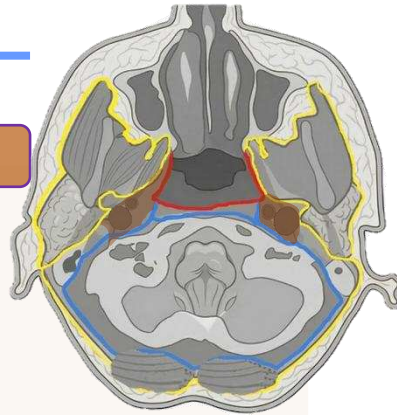
C CAPA PROFUNDA DE LA FASCIA PROFUNDA

ESPACIO PARAFARÍNGEO

Espacio suprahioideo con forma de pirámide invertida, lateral a la faringe. La **apófisis estiloides** (línea verde) divide este espacio en:

- Compartimento preestiloideo
- Compartimento retroestiloideo

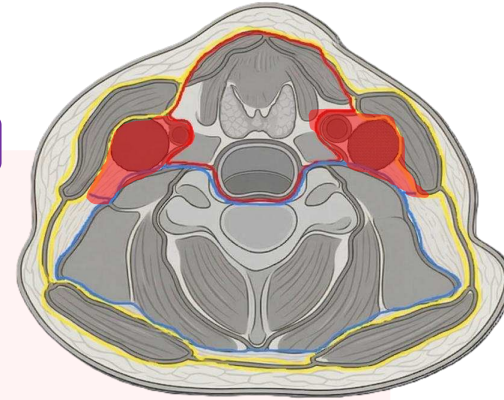
Está compuesto predominantemente por **grasa**, convirtiéndolo en un punto de referencia anatómico en el TC y la RM.



ESPACIO CAROTÍDEO

Rodeado por la **vaina carotídea**.

En algunas descripciones anatómicas, se considera parte del compartimento retroestiloideo parafaríngeo (en la región suprahioidea).



Nervio vago y ganglios linfáticos profundos

Arteria carótida interna

Vena yugular interna



3

EVALUACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE IMAGEN

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

Uso limitado **principalmente a la edad pediátrica y a la valoración inicial de partes blandas cervicales**, especialmente en el contexto de sospecha de cuerpos extraños o aumento del espacio retrofaríngeo.

ECOGRAFÍA DEL CUELLO

Útil para **lesiones superficiales y patología glandular**, pero **limitada para espacios profundos del cuello**.

TC DE CUELLO CON CONTRASTE

- Exploración clínica **limitada o dudosa** (trismus).
- **Sospecha de absceso o extensión a otros espacios.**
- Sospecha de **compromiso de vía aérea**
- Planificación del **drenaje**.

ANGIO TC TORÁCICO CON CONTRASTE BIFÁSICO:

- **Field of view:**

- Desde el techo orbitario hasta el arco aórtico.
- Extensión adicional: Incluir mediastino si se sospecha afectación.

- **Adquisición bifásica:** adquisición a los 10 segundos de la segunda fase (90 – 100 s en total)

Fase	Volumen	Velocidad	Tiempo
1	60 ml	2 ml/s	Inyección inicial
2	40 ml	2 ml/s	1 min después de la primera

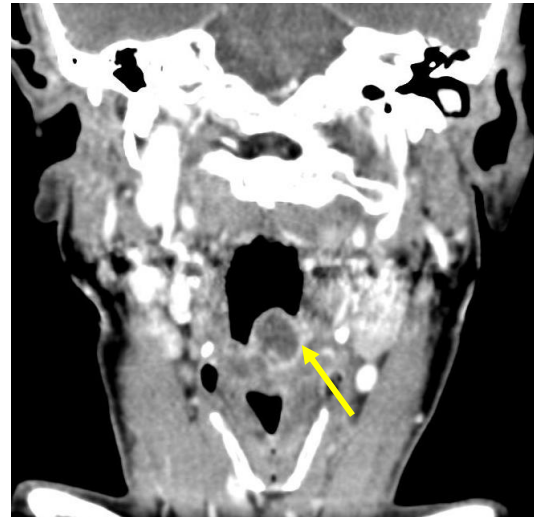
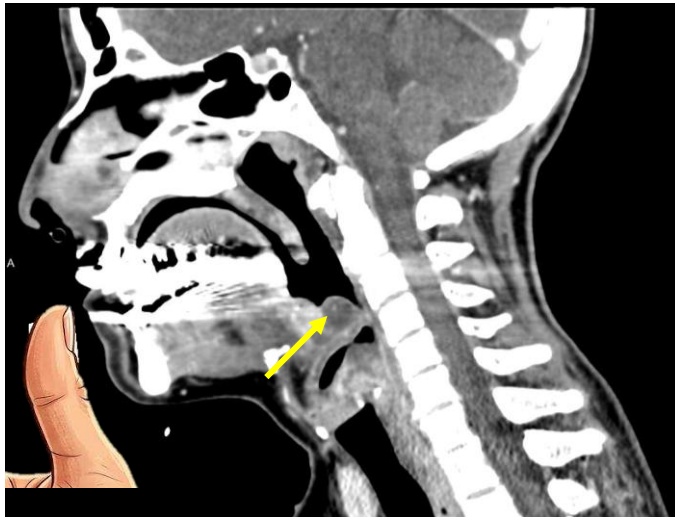
COMPROMISO DE LA VÍA AÉREA

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS CRÍTICOS QUE BUSCAR EN LAS PRUEBAS DE IMAGEN

1. Edema y engrosamiento crítico:

- Engrosamiento de la epiglotis (> 8 mm) y de los repliegues ariteno epiglóticos: "**Signo del pulgar**" – en la RX cervical lateral.
- Invasión del Espacio Paraglótico: Sustitución de la grasa normal por densidad de partes blandas o líquido, lo que indica extensión profunda del proceso.

Varón de 47 años con dificultad respiratoria, estridor inspiratorio y fiebre.



Engrosamiento de la epiglotis y repliegues aritenoepiglóticos con un absceso en la parte más caudal de la epiglotis. Condiciona un estrechamiento significativo de la luz de la vía aérea. En la imagen de la izquierda se observa una apertura y extensión del absceso hacia el espacio paraglótico (*flecha roja*)

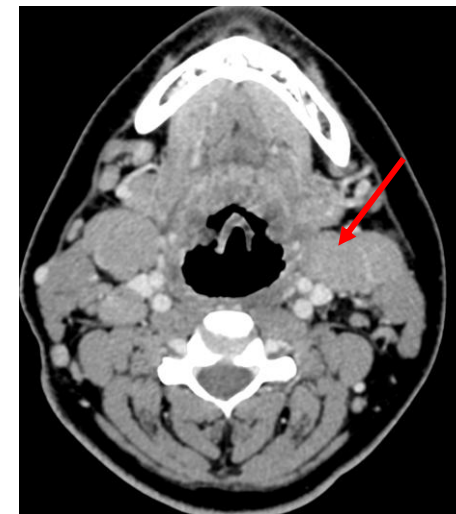
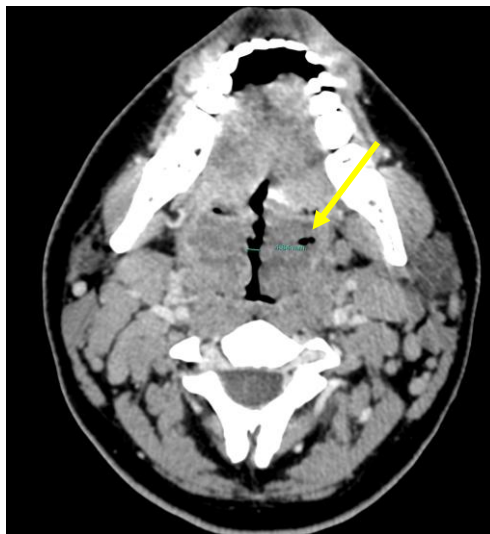
COMPROMISO DE LA VÍA AÉREA

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS CRÍTICOS QUE BUSCAR EN LAS PRUEBAS DE IMAGEN

2. Signos de obstrucción inminente:

- Colapso u obliteración casi completa de la luz aérea.
- Reducción significativa del calibre de la vía aérea (> 50 %).

Varón de 15 años con mononucleosis. Dificultad para respirar en decúbito supino.



Severo compromiso del luminograma aéreo por agrandamiento bilateral de ambas amígdalas, con una dudosa área de abscesificación (flecha amarilla) en la amígdala izquierda. Voluminosas adenopatías en todas las estaciones ganglionares (flechas rojas).

4

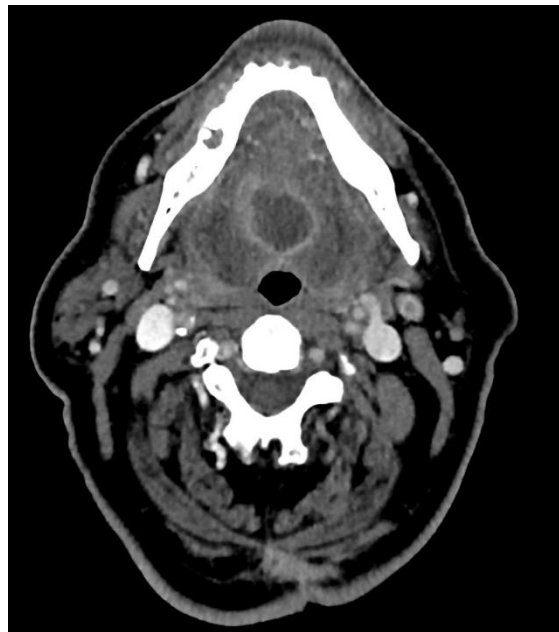
PATOLOGÍA EMERGENTE DE CABEZA Y CUELLO

COMPROMISO DE LA VÍA AÉREA

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS CRÍTICOS QUE BUSCAR EN LAS PRUEBAS DE IMAGEN

3. Desplazamiento de estructuras: Compresión extrínseca de la vía aérea (tráquea o laringe) por masas / colecciones adyacentes.

Varón de 82 años con dolor con la deglución y al hablar, y dificultad respiratoria



Absceso en el suelo de la boca localizado en el interior de los músculos intrínsecos de la lengua, de origen desconocido. Condiciona un aumento de su volumen y desplazamiento posterior de la lengua hacia la orofaringe.

4

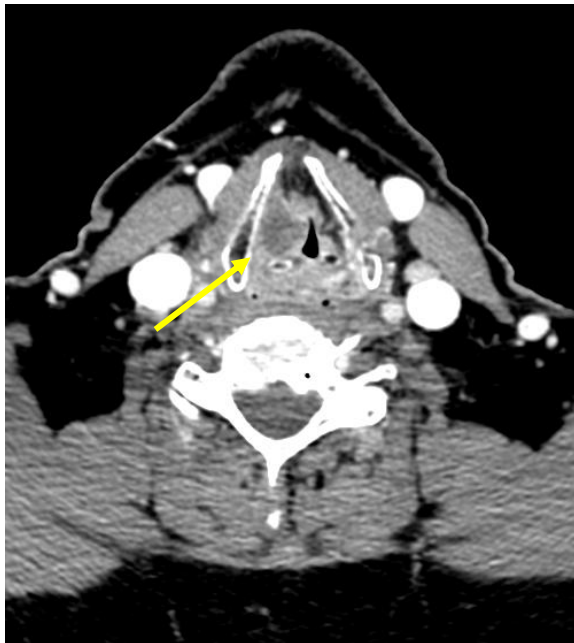
PATOLOGÍA EMERGENTE DE CABEZA Y CUELLO

COMPROMISO DE LA VÍA AÉREA

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS CRÍTICOS QUE BUSCAR EN LAS PRUEBAS DE IMAGEN

3. Desplazamiento de estructuras: Compresión extrínseca de la vía aérea (tráquea o laringe) por masas / colecciones adyacentes.

Varón de 63 años con odinofagia, disofonía, dificultad respiratoria y fiebre. En el fibroscopio se objetiva un abombamiento de la vallécula.



Colección en el sáculo laríngeo y espacio paraglótico, con realce periférico compatible con **piolaringocele**.

4

PATOLOGÍA EMERGENTE DE CABEZA Y CUELLO

COMPROMISO DE LA VÍA AÉREA

PITFALLS

ERROR TÉCNICO

- **Falsos positivos por posición:** En un TC realizado con el cuello en flexión, puede estrecharse el calibre sin ser real.
 - **Truco:** Comprobar en el scout la correcta colocación y simetría.
- **Inadecuada adquisición** del estudio en inspiración.

ERROR INTERPRETACIÓN

- **Confundir colapso fisiológico con estenosis real** (espiración o pacientes no colaboradores)
- **Sobreestimar el estrechamiento por artefactos de movimiento.**
- El "**Pus sin realce**": En fases muy precoces, un absceso puede no todavía no estar encapsulado y no realzar tras la administración de contraste, confundiendo flemón con absceso. No descartar una infección potencialmente grave, con potencial compromiso de la vía aérea de forma precoz, solo por la ausencia de realce periférico si hay clínica sugestiva.

4

PATOLOGÍA EMERGENTE DE CABEZA Y CUELLO

COMPROMISO DE LA VÍA AÉREA

CHECK – LIST DE LA VÍA AÉREA

- ✓ **"Check the Airway First":** Antes de buscar la causa, identificar precozmente signos de estrechamiento de la vía aérea (estrechamiento de la vía $> 50\%$ de su calibre, desplazamiento de estructuras)
 - ✓ Si el diámetro es < 5 mm en cualquier punto, el informe debe ser una comunicación verbal inmediata al clínico/ORL.
- ✓ **Describir el nivel, el grado y la causa de la obstrucción.**
- ✓ **Reconstrucción Sagital:** En los cortes axiales se puede perder la perspectiva del compromiso longitudinal de la vía aérea.



4

PATOLOGÍA EMERGENTE DE CABEZA Y CUELLO

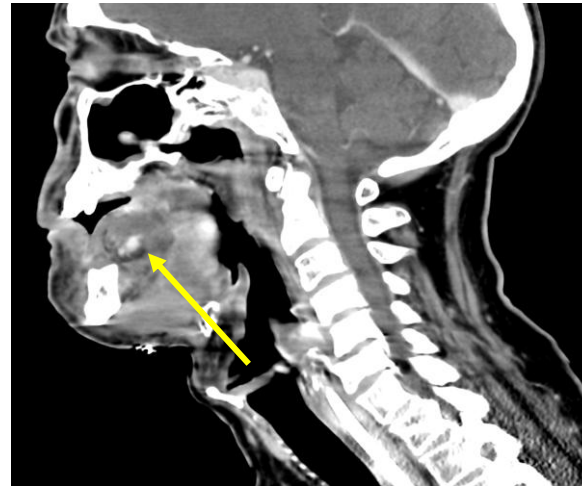
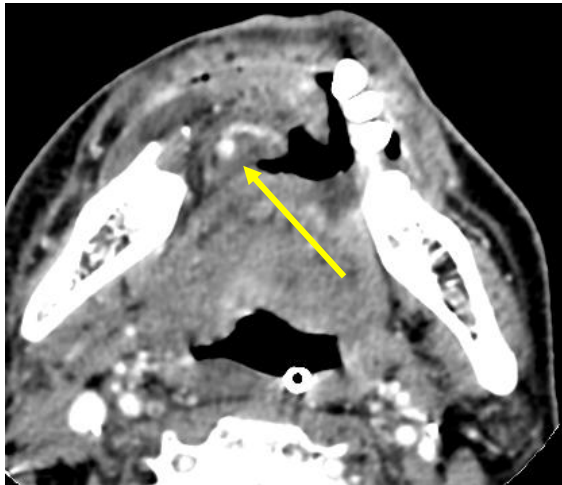
COMPROMISO DE ESTRUCTURAS VASCULARES

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS CRÍTICOS QUE BUSCAR EN LAS PRUEBAS DE IMAGEN

1. Defecto de repleción luminal: sugestivo de trombosis.

- En el caso de la vena yugular interna, puede acompañarse de un engrosamiento de su pared y tenue realce, hallazgos sugestivos de tromboflebitis.
- Si la etiología es infecciosa → Síndrome de Lemierre o trombosis séptica venosa.

2. Dilatación focal vascular (saco) que se rellena de contraste y no cambia de morfología entre fases → pseudoaneurisma o extravasación contenida.



Varón de 65 años con resección lingual y colgajo, que recibió RT por lesión concomitante en región laríngea

Pseudoaneurisma dependiente de la arteria lingual, en la zona del colgajo. Cuidado con los sangrados en esta localización, porque pueden comprometer la vía aérea.

4

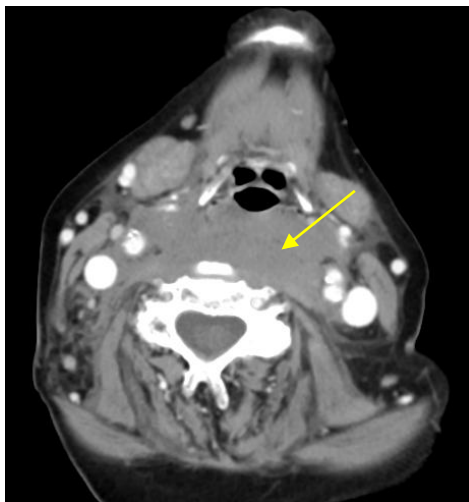
PATOLOGÍA EMERGENTE DE CABEZA Y CUELLO

COMPROMISO DE ESTRUCTURAS VASCULARES

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS CRÍTICOS QUE BUSCAR EN LAS PRUEBAS DE IMAGEN

3. Extravasación de Contraste que aumenta progresivamente en estudios multifásicos: fuera de la luz vascular indica sangrado activo (emergencia quirúrgica o de radiología intervencionista). Puede acompañarse de un hematoma asociado y condicionar una compresión secundaria de la vía aérea.

Mujer de 57 años con edema bilateral del cuello, leucocitosis y disfagia



Colección hiperdensa que se extiende por el espacio retrofaríngeo hacia mediastino, que comprime y desvía la tráquea anteriormente, sin foco de extravasación de contraste documentado. Hallazgos compatibles con **hematoma retrofaríngeo espontáneo**.

4

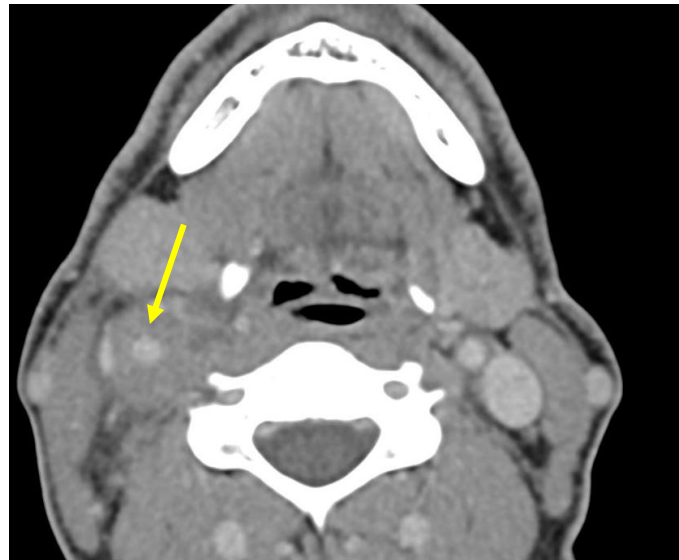
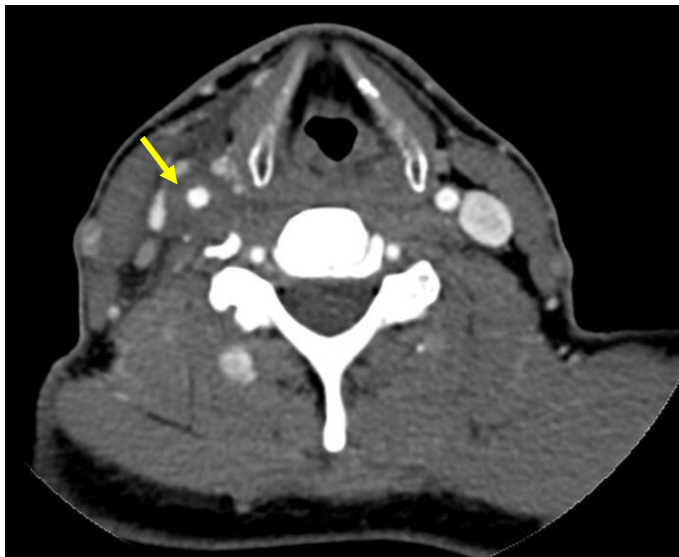
PATOLOGÍA EMERGENTE DE CABEZA Y CUELLO

COMPROMISO DE ESTRUCTURAS VASCULARES

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS CRÍTICOS QUE BUSCAR EN LAS PRUEBAS DE IMAGEN

4. **Infiltración de la Vaina Carotídea:** La pérdida de los planos grasos alrededor de la carótida ("stranding") indica que el proceso infeccioso puede comprometer el vaso.

Mujer de 40 años con dolor en la región laterocervical desde hace varios días.



Engrosamiento concéntrico (hasta 8,1 mm) de la carótida común derecha en sus tercios medio y distal, extendiéndose a la región más proximal de las carótidas interna y externa, que disminuye levemente su calibre en comparación con la contralateral, sin condicionar estenosis significativa. Comprime extrínsecamente la vena yugular interna ipsilateral. Hallazgos compatibles con **carotidinia, síndrome de Ray o de inflamación perivascular transitoria de la arteria carótida (TIPIC)**

4

PATOLOGÍA EMERGENTE DE CABEZA Y CUELLO

COMPROMISO DE ESTRUCTURAS VASCULARES

PITFALLS

ERROR TÉCNICO

- **Inadecuada adquisición** del estudio en la fase correspondiente o **estudio sin contraste**: mala valoración arterial / venosa.

ERROR INTERPRETACIÓN

- **Válvulas Yugulares**: No confundir una válvula venosa prominente en la base del cuello con un trombo o disección. Las válvulas suelen ser biconvexas y de corta longitud.
- **Interpretar asimetría fisiológica** como patológica: las venas yugulares son frecuentemente asimétricas.
- **Mezcla de Contraste**: El flujo turbulento de contraste no mezclado en la yugular puede simular un trombo (pseudotrombo).
- **Ganglios vs. Pseudoaneurismas**: Un ganglio muy hiperdenso próximo a los vasos puede simular un pseudoaneurisma. El uso de **reconstrucciones multiplanares (MPR)** y la evaluación detallada del vaso son claves.

4

PATOLOGÍA EMERGENTE DE CABEZA Y CUELLO

COMPROMISO DE ESTRUCTURAS VASCULARES

CHECK – LIST DE LA SISTEMÁTICA VASCULAR

- ✓ **Simetría vs asimetría:** Comprobar siempre de forma completa ambas yugulares y carótidas.
- ✓ **Identificar ausencia de opacificación,** y en caso de presentarlo comprobar si el relleno es homogéneo o heterogéneo.
- ✓ En caso de identificar una trombosis de la yugular, revisar adecuadamente los pulmones en el mismo estudio para descartar la presencia de nódulos cavitados (émbolos sépticos).
- ✓ **Fase Arterial:** en caso de masa cervical, antecedentes de cirugía o radioterapia, protocolizar siempre una fase arterial para descartar pseudoaneurismas.

4

PATOLOGÍA EMERGENTE DE CABEZA Y CUELLO

INFECCIONES CON POTENCIAL RIESGO

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS CRÍTICOS QUE BUSCAR EN LAS PRUEBAS DE IMAGEN

1. Gas ectópico en partes blandas:

1. Sugiere infección por anaerobios
2. Signo más específico de **infección necrotizante** (no siempre presente), asociado a rápida progresión y alta mortalidad

Mujer de 43 años con dificultad respiratoria y empastamiento cervical



Colección en el **espacio submandibular** de origen odontogénico (2º premolar inferior derecho) con contenido aéreo, que sobrepasa el músculo miloihoideo y afecta al **espacio sublingual** (suelo de la boca), y oblitera parcialmente la luz de la vía aérea. Se extiende posteriormente hacia el espacio parafraíngeo. Los cambios inflamatorios del tejido celular subcutáneo se extienden hasta el opérculo torácico (flecha roja).

Hallazgos compatibles con **angina de Ludwig**.

INFECCIONES CON POTENCIAL RIESGO

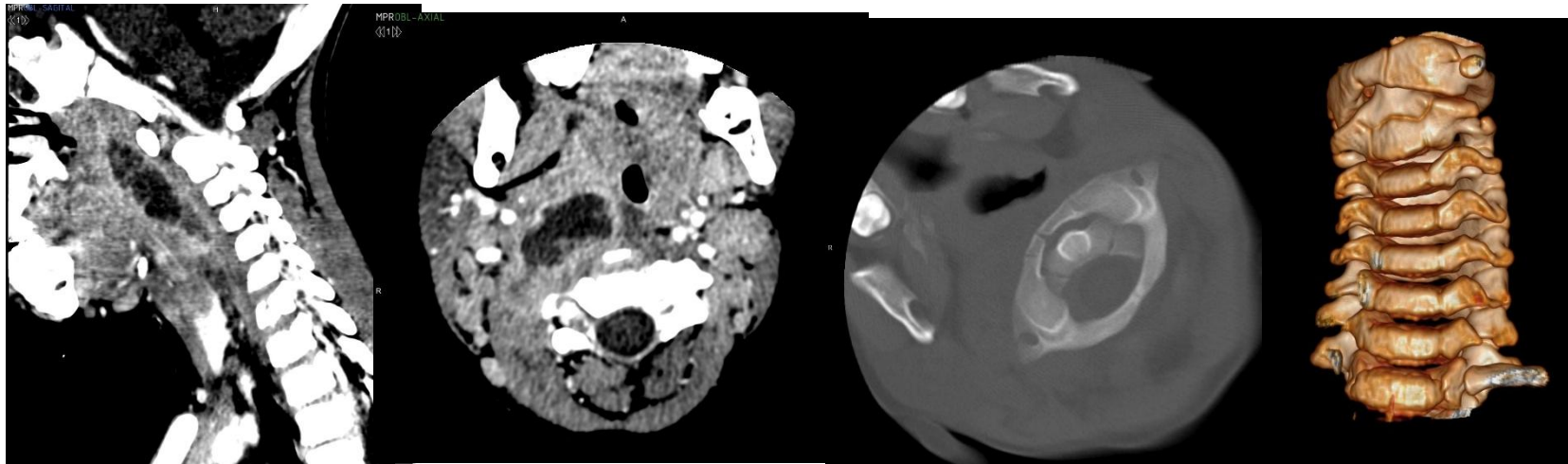
HALLAZGOS RADIOLÓGICOS CRÍTICOS QUE BUSCAR EN LAS PRUEBAS DE IMAGEN

2. Afectación multiespacial profunda.

- La extensión a 2 o más espacios cervicales profundos (parafaríngeo, retrofaríngeo y submandibular) es un fuerte predictor de diseminación agresiva.
- Mayor riesgo de mediastinitis y sepsis

3. Progresión rápida en controles.

Niño de 5 años con dolor y limitación de la movilidad desde hace 24 horas, que presenta fiebre de 4 días de evolución



Absceso para y retrofaríngeo lateralizado hacia la derecha, desde C1 a C5, con **compromiso del luminograma**. Asocia una subluxación atloaxoidea no traumática. Hallazgos compatibles con **Síndrome de Grisel**

4

PATOLOGÍA EMERGENTE DE CABEZA Y CUELLO

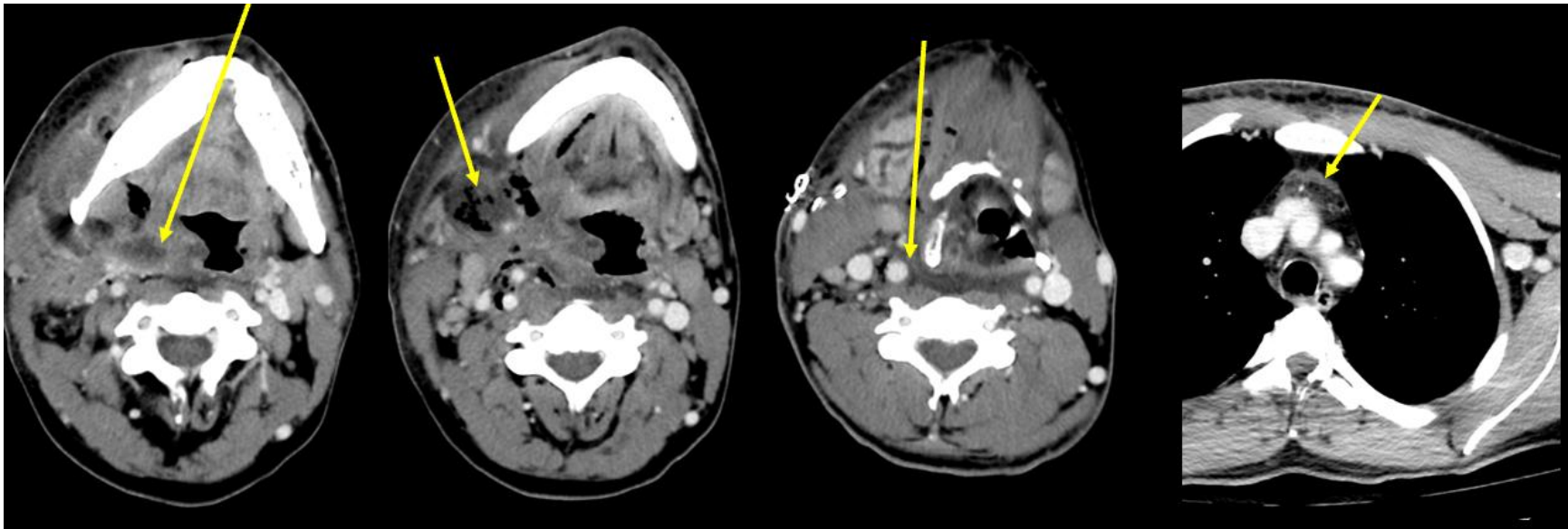
INFECCIONES CON POTENCIAL RIESGO

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS CRÍTICOS QUE BUSCAR EN LAS PRUEBAS DE IMAGEN

4. Compromiso del danger space: vía directa de comunicación con el mediastino. Asocia una alta mortalidad.

5. Extensión mediastínica: líquido, gas o colecciones por debajo de T4, es una emergencia quirúrgica. Mortalidad significativamente elevada si diagnóstico tardío

Paciente de 35 años, con flemón periamigdalino derecho con mala evolución con antibioterapia. Empeoramiento del trismus, contractura del esternocleidomastoideo derecho, empastamiento cervical y dolor a la palpación y movilización cervical



Absceso periamigdalino abierto hacia el espacio parafaríngeo y retrofaríngeo, con probable compromiso del danger space y extensión hacia el mediastino.

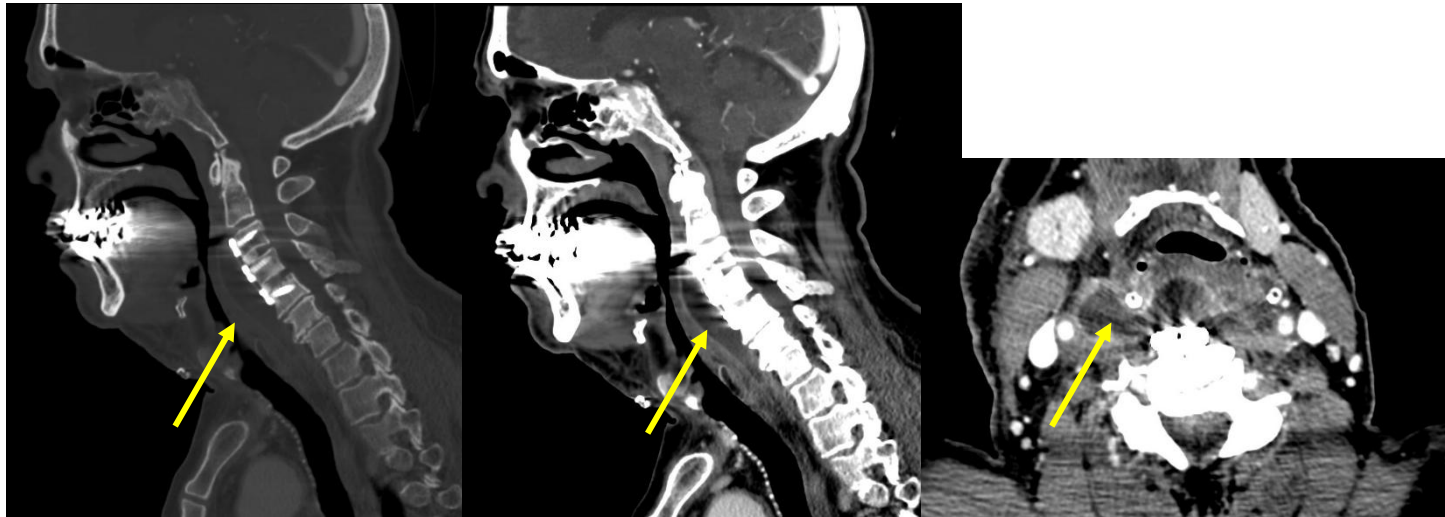
INFECCIONES CON POTENCIAL RIESGO

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS CRÍTICOS QUE BUSCAR EN LAS PRUEBAS DE IMAGEN

6. Afectación vascular:

- **Trombosis venosa séptica:** riesgo de embolismos sépticos.
- Afectación arterial: pseudoaneurisma secundario a infección con riesgo de hemorragia (raro, pero potencialmente grave)

7. Colecciones profundas con efecto masa: pueden condicionar el desplazamiento de estructuras cervicales, especialmente importante si afecta a la vía aérea, que requiere una necesidad de drenaje urgente.



Varón de 75 años con dificultad respiratoria y fiebre, en el postoperatorio inmediato de una artrodesis cervical

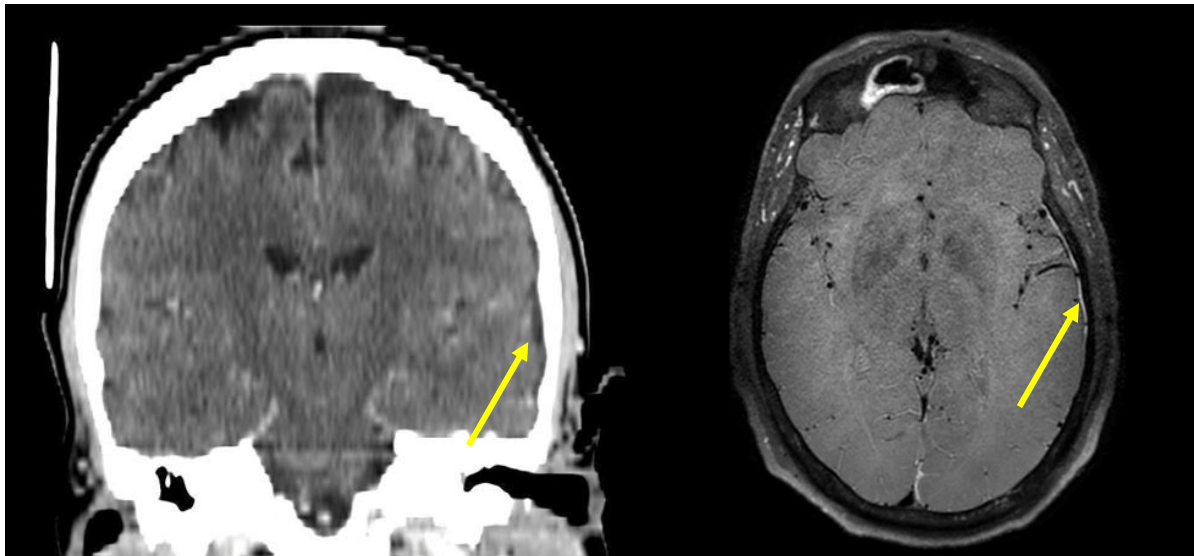
Colección prevertebral con realce periférico, anterior al material de artrodesis, que se extiende predominantemente desde C3-C7. **Comprime extrínsecamente por efecto de masa la vía aérea.**

INFECCIONES CON POTENCIAL RIESGO

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS CRÍTICOS QUE BUSCAR EN LAS PRUEBAS DE IMAGEN

8. Extensión intracraneal:

- Realce leptomeníngeo.
- Empiema subdural / epidural
- Trombosis de senos venosos.



Varón de 37 años con ocupación del conducto auditivo medio en relación con otitis media aguda izquierda, con perforación del tegmen tympani y pequeñas burbujas de gas intracraneales.

A los días comienza con focalidad neurológica y se identifica una colección laminar subdural, confirmada en la secuencia sangre negra, **compatible con absceso**.

4

PATOLOGÍA EMERGENTE DE CABEZA Y CUELLO

INFECCIONES CON POTENCIAL RIESGO

PITFALLS

ERROR TÉCNICO

- **Estudios sin contraste:** reduce la detección de abscesos.
- **Artefactos respiratorios / movimiento:** pueden dificultar la valoración de algunos espacios de pequeño tamaño.

ERROR INTERPRETACIÓN

- **Infraestimar la celulitis o el edema leve:** en pacientes diabéticos o inmunocomprometidos, la ausencia de colección purulenta bien delimitada no excluye una infección con riesgo vital.
- **Pasar por alto gas en los planos fasciales profundo o confundirlo con gas de forma iatrogénica** – si ha sido intubado recientemente de forma traumática, tiene una vía central reciente.
- **No inspeccionar la región intracraneal y el mediastino**

4

PATOLOGÍA EMERGENTE DE CABEZA Y CUELLO

INFECCIONES CON POTENCIAL RIESGO

CHECK – LIST DE LA SISTEMÁTICA VASCULAR

- ✓ **¿Existe gas ectópico?**
 - ✓ **¿Localización?:** Está confinado a una colección o diseminado por planos fasciales
 - ✓ **¿Origen?:** proviene de novo (sospechar causa bacteriana) o ha habido una manipulación de vía aérea, vía central, etc.
- ✓ **Mapeo de colecciones:**
 - ✓ Localizar las colecciones
 - ✓ Determinar su extensión
- ✓ Revisar la “ruta del peligro”:
 - ✓ Hacia abajo o mediastino.
 - ✓ Hacia arriba o base de cráneo. En caso de identificar una trombosis de la yugular, revisar adecuadamente los pulmones en el mismo estudio para descartar la presencia de nódulos cavitados (émbolos sépticos).

CONCLUSIONES

- En las urgencias no traumáticas de cuello, la rapidez en el diagnóstico radiológico se correlaciona directamente con la supervivencia.
- El TC con contraste es el gold standard. Permite identificar la infección, detectar si existe compromiso de la **vía aérea**, evaluar la **integridad vascular** y detectar la **extensión mediastínica o intracraneal**, hallazgos que cambian el manejo.
- La implementación de un esquema práctico de lectura (vía aérea → vasos → espacios profundos) minimiza los *pitfalls* diagnósticos y reduce el tiempo hasta el tratamiento definitivo.
- **Es importante el reconocimiento de "Red Flags"**- la presencia de **gas ectópico**, el estrechamiento de la luz aérea < **5 mm** o la formación de **pseudoaneurismas** son signos de alarma que definen el escenario de riesgo vital inmediato.

1. Nontraumatic head and neck emergencies. S. Kamalian, L. Avery et al. Radiographics 2019; 39:1808-1823.
2. CT of the Neck: image análisis and reporting in the emergency setting. A. Cunquerio, W.A.Gomes, P.Lee, R.Joshua. RadioGraphics 2019; 39: 1760-1781.
3. Emergency Imaging Assessment of Acute, Non- traumatic Conditions of the Head and Neck. E.F. Capps, J.J Kinsella, M. Gupta, A.Madhav Bhatki, M. Jeffrey Opatowsky. Radiographics. 2011 Jan-Feb;31(1):316.
4. Urgencias no traumáticas de cabeza y cuello: aproximación desde la clínica. Parte 1 y Parte 2. ELSEVIER. Junio 2017. Volumen 59, Nº3: 182 - 195. B. Brea Álvarez, L. Esteban García, M. Tuñón Gómez, Y. Cepeda Ibarra.
5. Imaging the Floor of the Mouth and the Sublingual Space. La'Porte, S. J., Juttla, J. K., & Lingam, R. K. (2011). RadioGraphics, 31(5), 1215–1230. doi:10.1148/rg.315105062