

REVISIÓN PICTÓRICA DE LAS LESIONES QUÍSTICAS DEL CUELLO

Isabel Hueso Heredia, Gabriel Padilla Peñas, Cristina Guerra Monte, Almudena
Pérez Lara
Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos

Presentar una revisión pictórica de las principales lesiones quísticas de cuello

Describir sus características en ecografía, tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM)

Proponer un enfoque práctico para orientar el diagnóstico diferencial y la toma de decisiones clínicas

Los autores declaran no tener conflicto de interés

Índice

1. Enfoque diagnóstico rápido (claves clínicas y radiológicas).
2. Lesiones congénitas y lesiones benignas.
3. Lesiones inflamatorias e infecciosas.
4. Lesiones neoplásicas con componente quístico.
5. Conclusiones.
6. Bibliografía.

Enfoque diagnóstico rápido

CLAVES CLÍNICAS

- Valorar línea media vs lateral.
- Movilidad con deglución/protrusión lingual: pensar en quiste tirogloso.
- >40 años: la mayoría de masas quísticas cervicales son ganglios necróticos/metastásicos.

CLAVES DE IMAGEN

- Pared fina y contenido homogéneo: más probable benigno.
- Pared gruesa, irregular o componente sólido excéntrico: sospechar metástasis.
- Multiloculado o infiltrativo que cruza espacios: malformación linfática.
- Realce en anillo junto con gas y edema: absceso (confirmar con difusión en RM si disponible).

Algoritmo basado en Localización, Edad y Hallazgos Radiológicos (ecografía (US), TC, RM)

LÍNEA MEDIA / PARAMEDIAL

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

PEDIÁTRICO > ADULTO JOVEN

Clave: Movilidad con deglución/protrusión lingual.
Loc: Infra-hioideo (65%), nivel hioides (15-20%).
US: Anecoico, refuerzo acústico posterior.
TC/RM: Pared fina, no realza (salvo infección).
¡Ojo! Buscar nódulo sólido (Ca. Papilar 1%).

QUISTE DERMOIDE / EPIDERMOIDE

ADULTOS JÓVENES (20-30 AÑOS)

Loc: Suelo boca, submentoniano.
TC: "Sack of marbles" (nódulos grasos - Dermoide).
RM: Restricción difusión (DWI brillante - Epidermoide).
US: Pseudo-sólido, ecogenicidad mixta.

RÁNULA (SIMPLE O PLUNGING)

Origen: Obstrucción glándula sublingual.
Loc: Espacio sublingual → Submandibular (Plunging).
Signo Clave: "Tail sign" (cola hacia espacio sublingual).
TC/RM: Unilocular, pared imperceptible, líquido homogéneo.

Otras: Quiste de Thornwaldt (nasofaringe), Quiste Tímico (cervical bajo/mediastino), Laringoceles (aire/líquido).

LATERAL (TRIÁNGULOS ANT/POST)

QUISTE DE HENDIDURA BRANQUIAL

2ª HENDIDURA (95%) - ADULTO JOVEN

Loc: Nivel IIA, anterolateral a esternocleidomastoideo.
Signo Clave: "Beak sign" (pico entre carótidas int/ext).
TC: Unilocular, baja densidad. Pared fina (si no infectado).
DDx: Metástasis quística (si pared gruesa/irregular o >40a).

MALFORMACIÓN LINFÁTICA (HIGROMA)

PEDIÁTRICO (< 2 AÑOS: 90%)

Loc: Triángulo posterior, espacio carotídeo.
Morfología: Multiloculado, septos finos, infiltrativo.
US/RM: Niveles líquido-líquido (si hemorragia).
Comportamiento: Cruza planos fasciales, no respeta límites.

ADENOPATÍA QUÍSTICA / METÁSTASIS

ADULTO > 40 AÑOS = MALIGNO HASTA DEMOSTRAR LO CONTRARIO

VPH+ Orofaringe: Quistes pared fina, aspecto "benigno".
Ca. Papilar Tiroides: Quístico + componente sólido, calcificaciones, tiroglobulina alta en punción.
Escamoso (VPH-): Pared gruesa irregular, necrosis central.

Otras: Tumor de Warthin (polo inferior parótida), Absceso (gas, edema).

PERLAS DIAGNÓSTICAS Y TIPS



REGLA DE LA EDAD

< 15 años: Congénito (90%) > Inflamatorio.
16 - 40 años: Inflamatorio > Congénito > Neoplásico.
> 40 años: Neoplásico/Maligno es la 1ª sospecha.



¿INFECCIÓN O ABSCESO?

Cualquier quiste congénito puede infectarse.
Pared engrosada con realce periférico.
Edema (reticulación grasa) adyacente.
Restricción central a la difusión (baja ADC).

SIGNOS RADIOLÓGICOS "TOP"

1. Beak Sign (Pico)

Pico de la lesión apuntando entre carótida interna y externa.
Dx: Quiste 2ª Hendidura Branquial.

2. Sack of Marbles (Saco de Canicas)

Múltiples nódulos grasos coalescentes hipodensos/hiperecogénicos.
Dx: Quiste Dermoide (suelo boca).

3. Tail Sign (Cola)

Extensión cónica anterior hacia espacio sublingual.
Dx: Ránula Plunging.

4. Microcalcificaciones

Puntos ecogénicos o hiperdensos dentro de lesión quística.
Dx: Metástasis Ca. Papilar Tiroides.

2. Lesiones congénitas y lesiones benignas

Quiste nasopalatino

- Lesión quística benigna no odontogénica derivada de restos epiteliales del conducto nasopalatino (canal incisivo).
- Localización típica: Línea media del maxilar anterior, en el canal incisivo.
- Epidemiología: Es el quiste no odontogénico más frecuente del maxilar; predomina en varones (3ª–6ª década).

Hallazgos por imagen:

- TC: Lesión bien delimitada, hipodensa, en línea media del paladar anterior; puede producir expansión del canal incisivo y adelgazamiento cortical; ocasional realce periférico.
- RM: Señal variable según contenido; generalmente hiperintensa en T2 y de intensidad variable en T1; permite valorar extensión y relación con estructuras adyacentes.

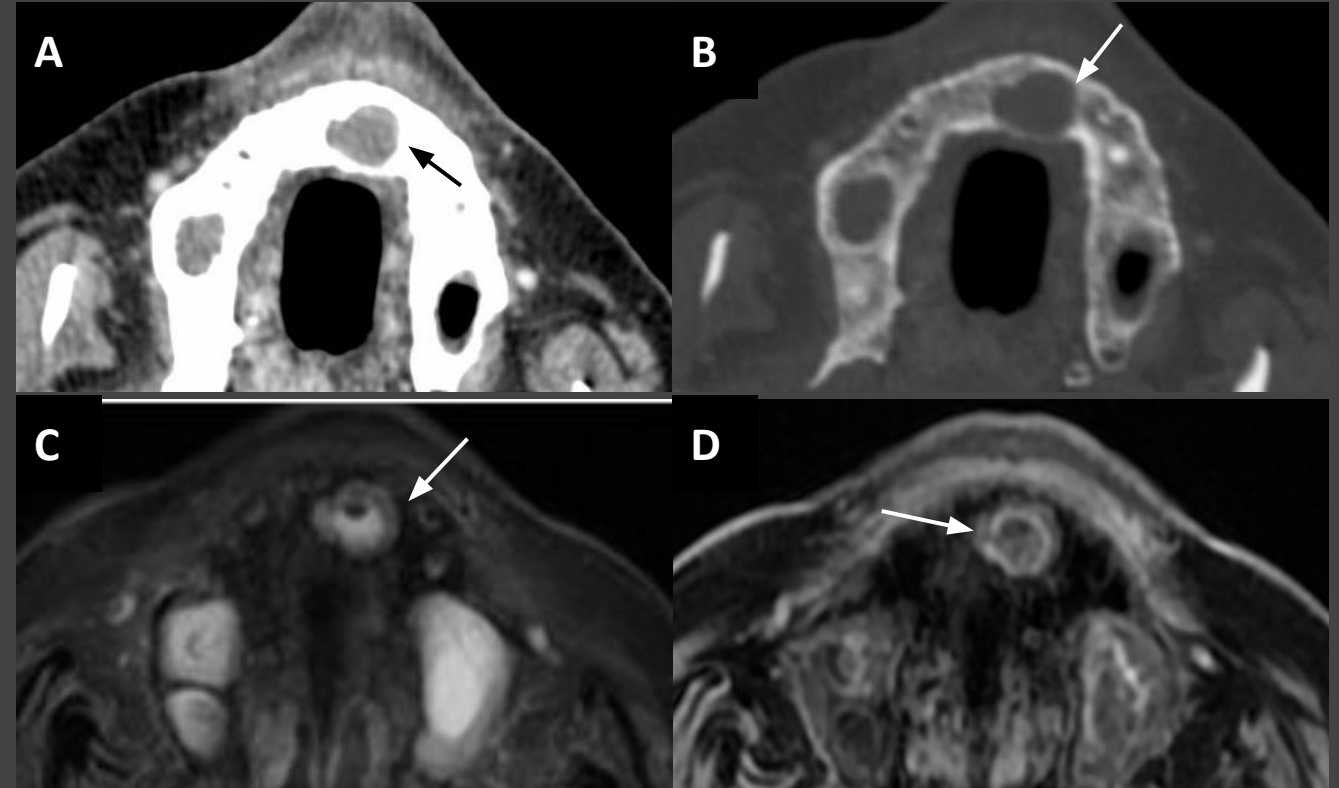


Imagen 1. Quiste nasopalatino.

A y B: TC axial (ventana de partes blandas y ósea): lesión quística bien delimitada, hipodensa, en la línea media del maxilar anterior a nivel del canal incisivo, que condiciona expansión del conducto nasopalatino con adelgazamiento y remodelación de la cortical ósea adyacente. C y D: RM axial (STIR y T1 postcontraste): lesión hiperintensa en STIR, bien circunscrita, en línea media del paladar anterior, sin realce interno y con discreto realce periférico.

Quiste nasolabial

- Lesión quística benigna de origen no odontogénico, derivada de restos epiteliales del conducto nasolagrimal.
- Región nasolabial lateral a la línea media y anterior al maxilar, por debajo del ala nasal.
- Epidemiología: Poco frecuente; predomina en mujeres (4ª–5ª década).

Hallazgos por imagen:

- Ecografía: Lesión quística bien delimitada en partes blandas, anecoica o con contenido interno, sin afectación ósea.
- TC: Masa de densidad líquida en tejidos blandos nasolabiales, bien definida, sin erosión ósea).
- RM: Señal hiperintensa en T2 y variable en T1 según contenido; sin realce interno, posible realce periférico; útil para confirmar su localización extraósea.

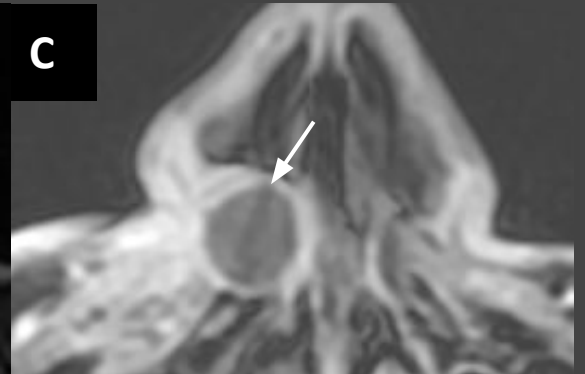
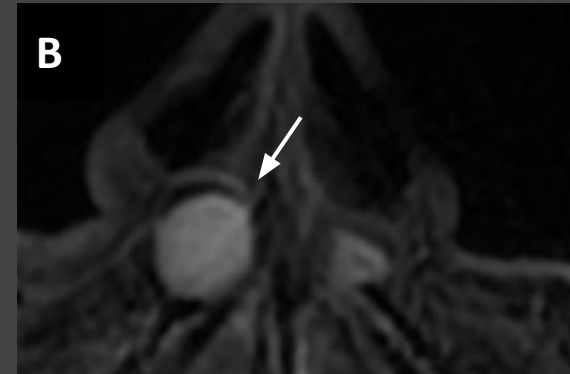
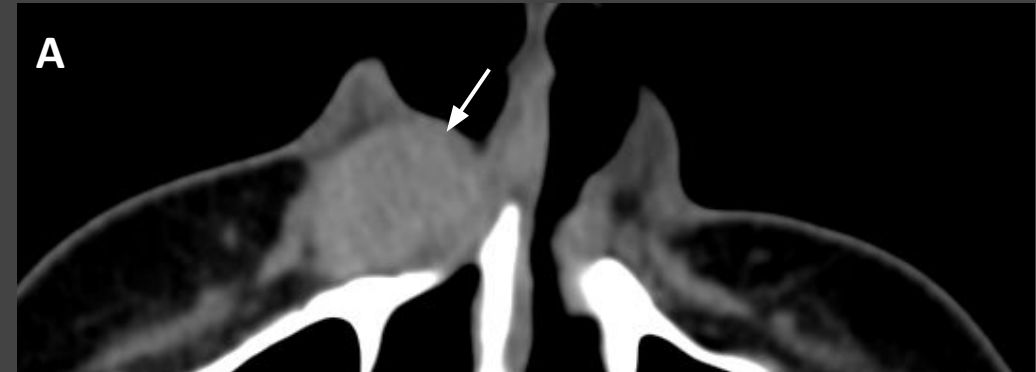


Imagen 2. Quiste nasolabial.

A: TC axial: lesión bien delimitada, densidad líquida, localizada inferior a ala nasal derecha, lateral a la línea media y anterior al maxilar, sin erosión ósea ni componente sólido. B y C: RM axial (secuencias STIR y T1 con contraste): lesión quística bien circunscrita, hiperintensa y homogénea, en tejidos blandos nasolabiales, confirmando su naturaleza quística y localización extraósea, sin componente sólido.

Ránula (simple) y ránula plunging

- Lesión quística por retención de saliva originada en la glándula sublingual.
- Localización típica: Ránula simple por encima del milohioideo. Ránula plunging: por debajo del milohioideo con extensión a espacio submandibular o parafaríngeo.
- Entidad rara; las plunging tienden a ser mayores e irregulares.

Hallazgos por imagen:

- Ecografía: Habitualmente hipoecoica-anecoica, avascular. La relación con el milohioideo ayuda a clasificar.
- TC: lesión quística unilocular homogénea, no realza, en espacio submandibular con posible continuidad al sublingual.
- RM: hiperintenso en T2; “tail sign” (continuación afilada hacia espacio sublingual) sugiere origen sublingual.
- Riesgos y complicaciones: Recurrencia postquirúrgica, rotura, infección.

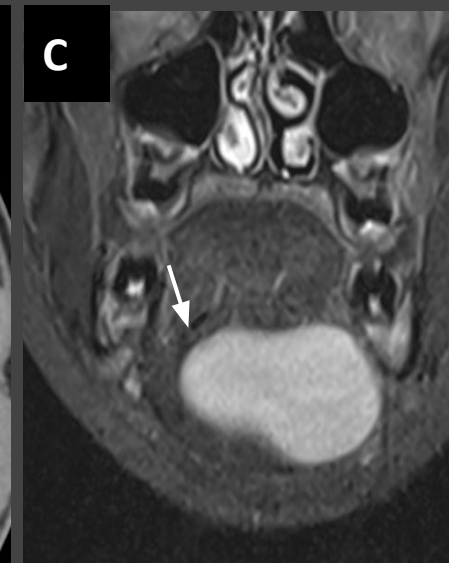
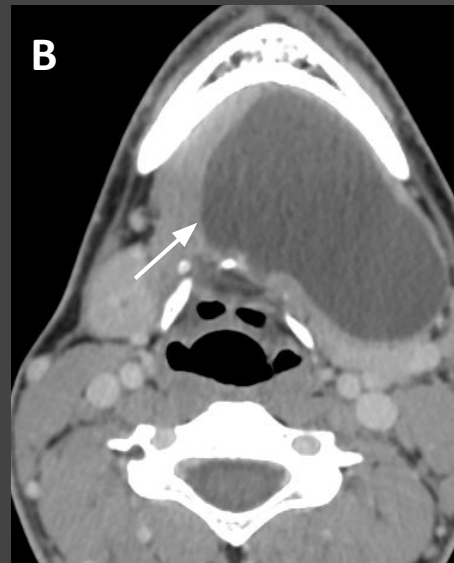
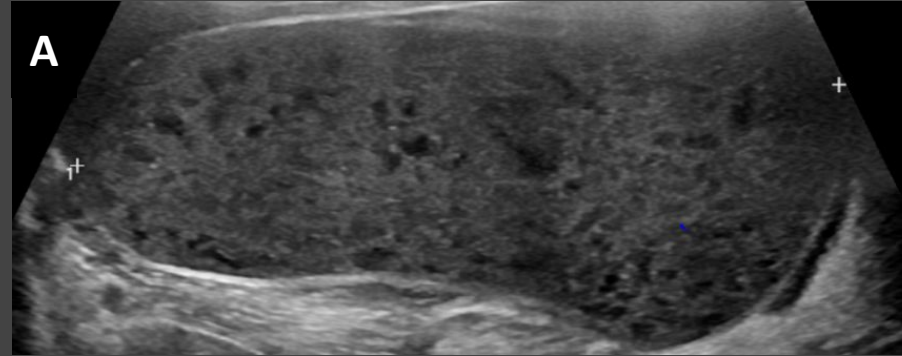


Imagen 3. Ránula

A: Ecografía: lesión quística bien delimitada, hipoecoica heterogénea, localizada en el suelo de la boca.
B: TC axial con contraste: lesión quística homogénea, de baja atenuación, en espacio submandibular, con extensión desde el espacio sublingual.

C: RM coronal STIR: lesión marcadamente hiperintensa, bien delimitada, con morfología quística y continuidad hacia el espacio sublingual, sugestiva de origen en glándula sublingual.

Quiste dermoide del suelo de boca (submentoniano)

- Lesión quística benigna con contenido graso o queratínico; puede mostrar corpúsculos intracísticos.
- Línea media del suelo de boca, por encima o por debajo del milohioideo (condiciona abordaje).
- Epidemiología: Suele manifestarse en 2ª-3ª décadas.
- Riesgo y complicaciones: Efecto masa, complicaciones por infección ocasional.

Hallazgos por imagen:

- Ecografía: Masa heterogénea (a menudo hiperecogénica) con corpúsculos hiperecogénicos con sombra (si calcificados).
- TC: Puede mostrar grasa y calcificaciones: saco de canicas (nódulos grasos intraquísticos).
- RM: T1 bajo y T2 alto; corpúsculos hipointensos más visibles en T2; típicamente sin realce.



Imagen 4: Quiste dermoide del suelo de la boca.

A y B: TC de cuello con contraste, imágenes sagital y axial respectivamente.

Se identifica una lesión quística bien circunscrita en línea media del suelo de boca, de baja atenuación, con efecto masa sobre estructuras adyacentes y sin realce interno significativo.

Abomba posteriormente la base de la lengua, y caudalmente colinda con hioides. Esta imagen es característica del quiste dermoide.

Quiste de Thornwaldt

- Lesión quística benigna congénita derivada de la persistencia de la bursa faríngea (receso nasofaríngeo), por obstrucción de su drenaje.
- Línea media de la nasofaringe, en la pared posterior del cavum, a nivel del techo nasofaríngeo.
- Frecuente como hallazgo incidental; más habitual en adultos jóvenes y de mediana edad; rara vez sintomático.

Hallazgos por imagen:

- TC: Lesión bien delimitada en línea media, hipodensa, sin realce significativo o con leve periférico si inflamación.
- RM: Señal habitualmente hiperintensa en T2 y variable en T1 (frecuentemente intermedia-alta por contenido proteináceo); sin realce interno, posible realce periférico. Excelente para definir localización y extensión.

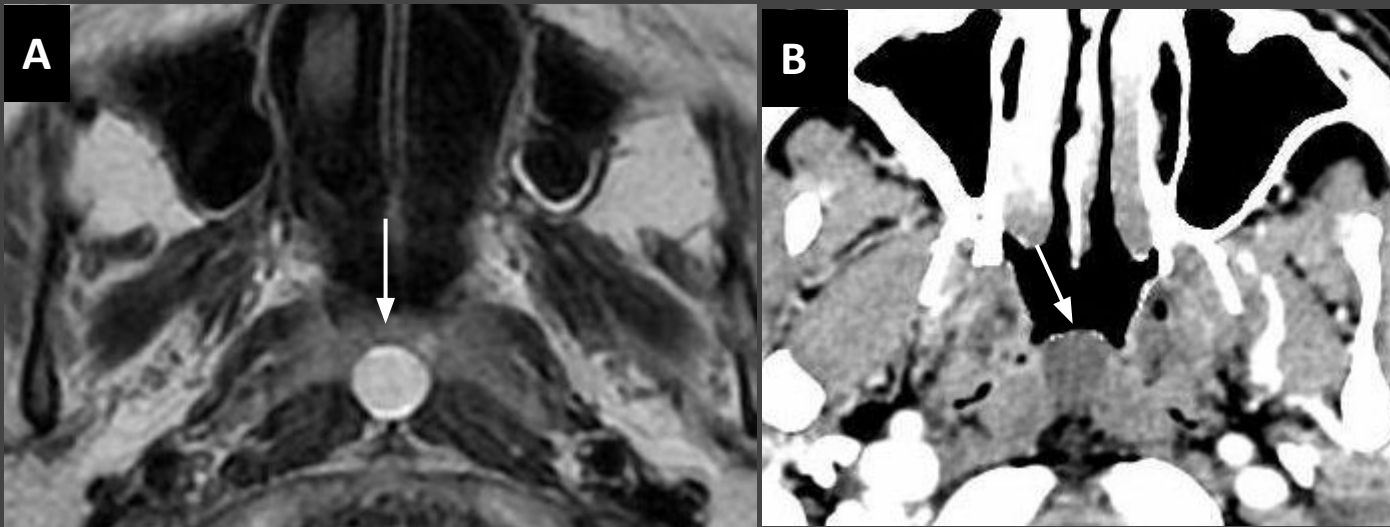


Imagen 5. Quiste de Thornwaldt.

A: RM de cuello corte axial, secuencia T2. Se observa una lesión de aspecto quístico bien definida en línea media a nivel de nasofaringe, sugestiva de quiste de Thornwaldt.

B: TC de cuello con contraste. Se identifica nuevamente la imagen quística en línea media de la nasofaringe, sin apreciar realce ni componentes nodulares sólidos en su interior.

Quistes amigdalinos

- Lesión quística benigna adquirida secundaria a la obstrucción de criptas o glándulas mucosas de la amígdala palatina, con acumulación de material mucoso o detritus.
- Localización típica: Amígdala palatina, en el espesor del tejido amigdalino o en sus criptas.
- Epidemiología: Frecuentes; a cualquier edad, más comunes en adultos.

Hallazgos por imagen:

- TC: Pequeñas lesiones hipodensas bien delimitadas en la amígdala palatina; generalmente sin realce significativo.
- RM: Señal hiperintensa en T2 y variable en T1 según contenido; sin realce interno; mejor valoración de tejidos blandos y diferenciación de lesiones sólidas.



Imagen 6. Quiste amigdalino.

A y B: TC axial y sagital con contraste: pequeña lesión hipodensa, bien delimitada, localizada en el espesor de la amígdala palatina, sin componente sólido ni realce significativo. Tampoco se observan signos inflamatorios ni otros hallazgos que sugieran infección o tumor.

Divertículo de Zenker

Pseudodivertículo faringoesofágico con contenido aéreo/líquido.

- Puede simular masa quística cervical.

Localización:

- Retrofaríngeo, por encima del esfínter esofágico superior (triángulo de Killian).

Epidemiología:

- Ancianos; disfunción cricofaríngea.

Hallazgos por imagen:

- **TC:** Lesión sacular con nivel hidroaéreo; comunicación con hipofaringe.
- **RM:** Señal variable según contenido. Relación con hipofaringe.
- **Tránsito baritado (clave):** Confirma comunicación con faringe.

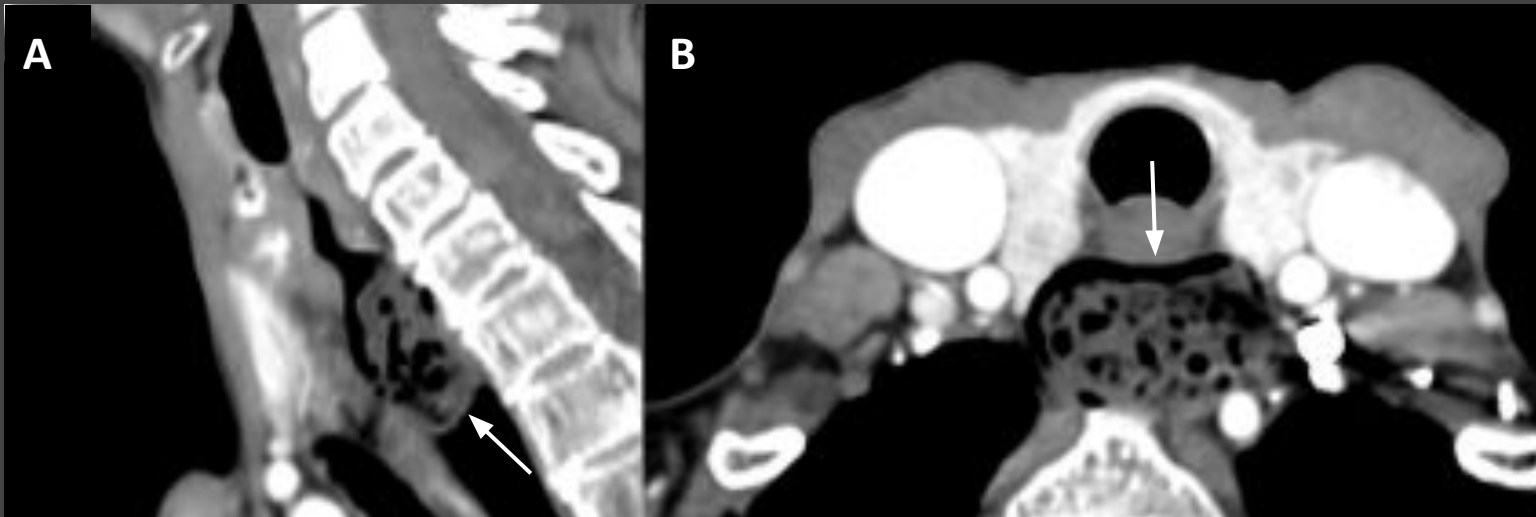


Imagen 7. Divertículo de Zenker.

A y B: TC sagital y axial con contraste: formación sacular retrofaríngea, localizada por encima del esfínter esofágico superior, con contenido heterogéneo aéreo y detritus, que protruye posteriormente desde la hipofaringe, en comunicación con la luz digestiva, compatible con divertículo de Zenker.

Laringoceles con líquido

- Dilatación quística del sáculo laríngeo-ventrículo; puede contener aire o líquido (mucocelo o piocele).
- Suele estar en espacio paraglótico; puede extenderse a través de la membrana tirohioidea (externo o mixto).
- Entidad poco frecuente; se ha descrito asociación con carcinoma laríngeo (serie clásica: aprox 15%).

Hallazgos por imagen:

- Ecografía: papel limitado.
- TC: Método de elección. Lesión bien definida con aire / nivel hidroaéreo y comunicación con cavidad laríngea.
- RM: Define límites y relación con membrana tirohioidea; útil para diferenciar laringocele vs mucocelo o piocele y valorar malignidad asociada.
- Riesgos y complicaciones: Infección (laringopiocele), disfagia y obstrucción aguda de vía aérea; considerar neoplasia concomitante.

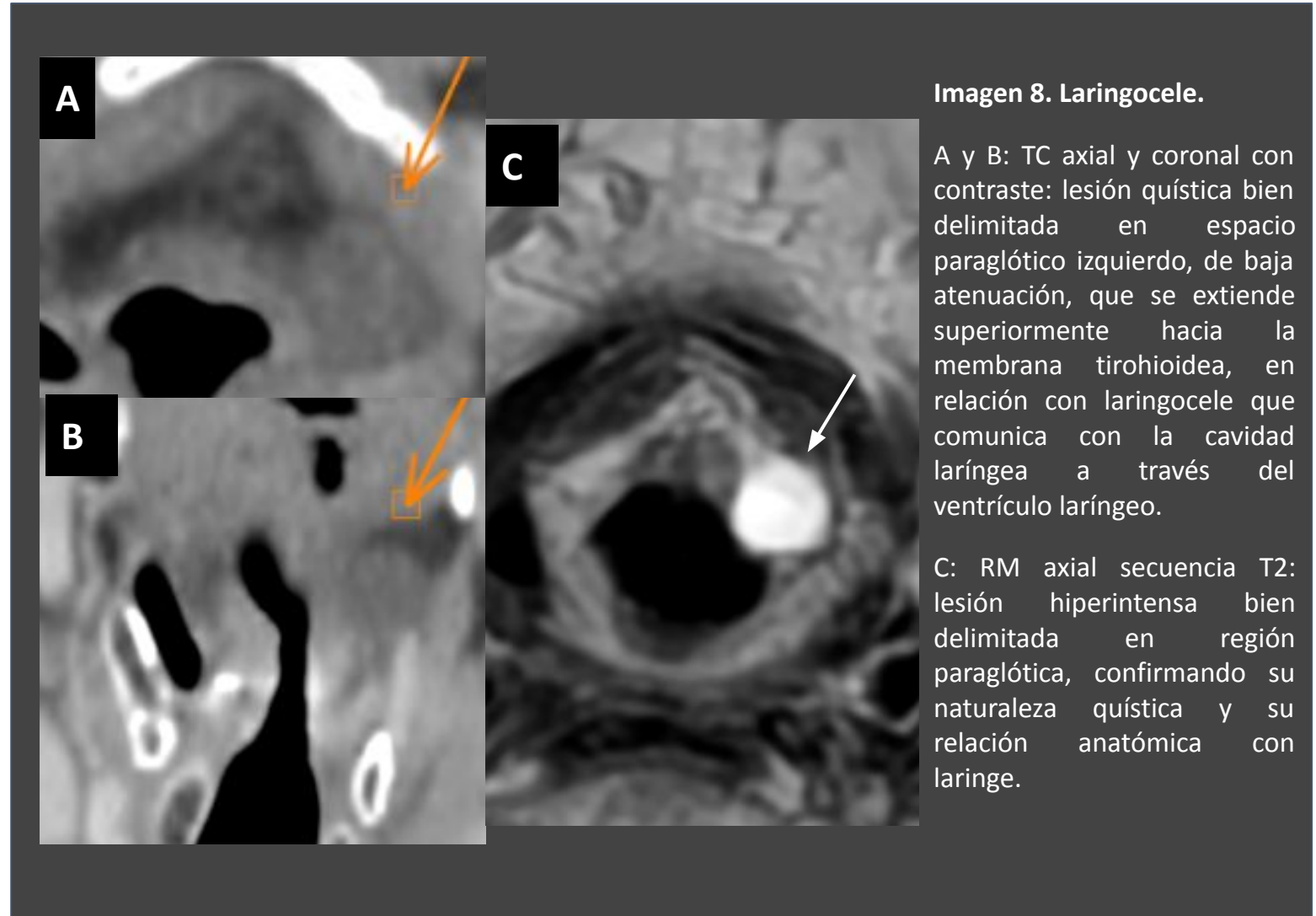


Imagen 8. Laringocele.

A y B: TC axial y coronal con contraste: lesión quística bien delimitada en espacio paraglótico izquierdo, de baja atenuación, que se extiende superiormente hacia la membrana tirohioidea, en relación con laringocele que comunica con la cavidad laríngea a través del ventrículo laríngeo.

C: RM axial secuencia T2: lesión hiperintensa bien delimitada en región paraglótica, confirmando su naturaleza quística y su relación anatómica con laringe.

Quiste del conducto tirogloso (TGDC)

Anomalía congénita más frecuente del cuello; remanente del trayecto de migración tiroidea.

- Habitualmente en línea media, en relación con el hioides. Puede identificarse trayecto hacia base de lengua.
- 70% de lesiones congénitas cervicales; diagnóstico habitual a los 1-10 años.
- Carcinoma papilar en TGDC en aprox 1% de los casos.

Hallazgos por imagen:

- Ecografía: Lesión redonda u oval anecoica de pared fina. Si infección o hemorragia: ecos internos, septos.
- TC: Lesión de baja densidad (<20 HU), unilocular, pared fina a lo largo del trayecto embrionario; puede realzar si complicación.
- RM: T1 baja y T2 alta (no complicado). T1 hiperintenso si contenido proteico o hemorragia. Posible identificación de tracto en T2.
- Riesgos y complicaciones: Infección o hemorragia; sospechar carcinoma si componente sólido, nódulo que realza o calcificaciones.

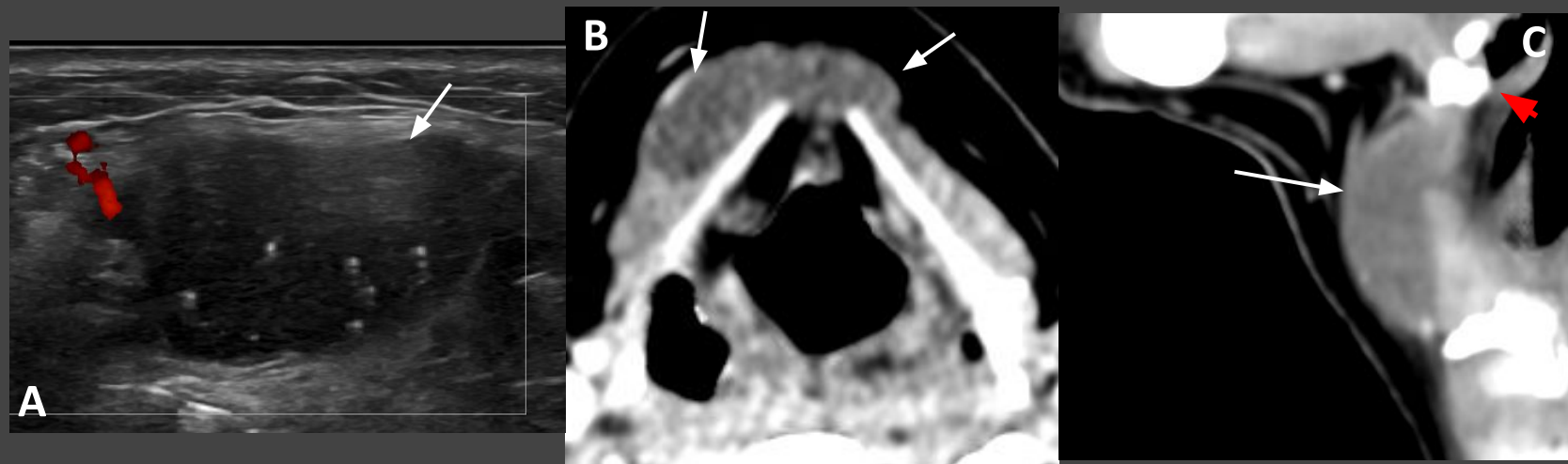


Imagen 9. Quiste del conducto tirogloso. A: imagen ecográfica que muestra una lesión anecoica y sin vascularización interna, superior a hioides. B y C: imagen axial y sagital de TC de cuello con contraste, donde se muestra una imagen quística caudal a hioides (punta de flecha) en línea media que se desplaza sobre el cartílago tiroideo derecho.

Quiste branquial

Lesión congénita derivada de anomalías de los arcos branquiales.

- Localización en función del tipo de quiste.
- Las anomalías del 2º arco representan el 95% de las anomalías branquiales.
- Puede aumentar de tamaño y doler si se infecta.

Hallazgos por imagen:

- Ecografía: lesión anecoica o hipoecoica con detritus finos y refuerzo posterior; puede parecer pseudo-sólida con septos si complicada.
- TC: lesión bien circunscrita, homogénea, de baja atenuación y sin realce; en algunos casos “beak sign” apuntando entre carótidas.
- RM: Contenido quístico (hiperintenso en T2), señal variable según contenido; “beak sign” también puede verse en RM.
- Riesgos y complicaciones: infección, recurrencia; confusión diagnóstica con metástasis quística.

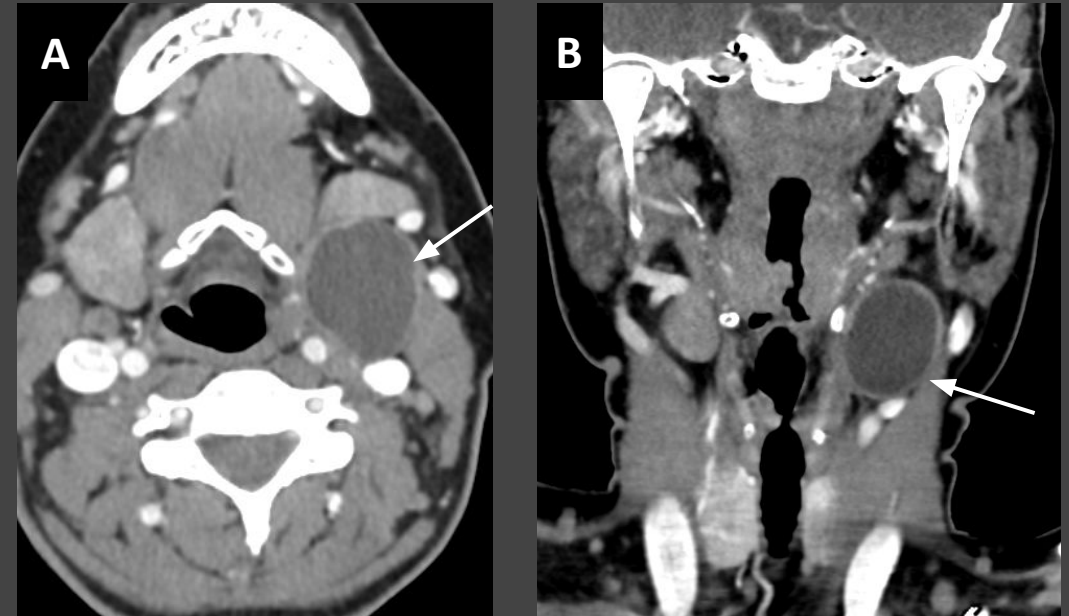


Imagen 10: Quiste del segundo arco branquial.

A y B: Imagen axial y coronal de TC de cuello con contraste.

Lesión quística bien delimitada, de baja atenuación, localizada en región lateral izquierda del cuello, anterior al músculo esternocleidomastoideo (nivel II) y al espacio carotídeo, entre ramas de la arteria carótida interna y externa izquierdas y en el nivel del ángulo de la mandíbula, localización típica de esta lesión.

Malformación linfática (higroma quístico)

- Malformación linfática congénita benigna (macrocística/microcística).
- Frecuente en región cervical; puede centrarse en triángulo posterior o espacio submandibular y cruzar planos.
- Predomina en población pediátrica; en adultos es rara. Puede causar deformidad estética y complicaciones..

Hallazgos por imagen:

- Ecografía: Masa anecoica o hipoecoica con detritus finos y refuerzo posterior; puede parecer pseudo-sólida con septos si complicada.
- TC: lesión bien circunscrita, homogénea, de baja atenuación y sin realce; en algunos casos "beak sign" apuntando entre carótidas.
- RM: Contenido quístico (hiperintenso en T2o), con hallazgos variables según contenido; "beak sign" también puede verse en RM.

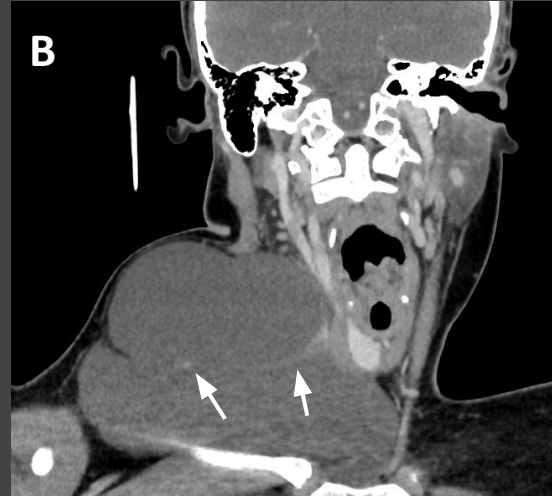


Imagen 11: Higroma quístico.

A y B: Imagen axial y coronal de TC de cuello con contraste.

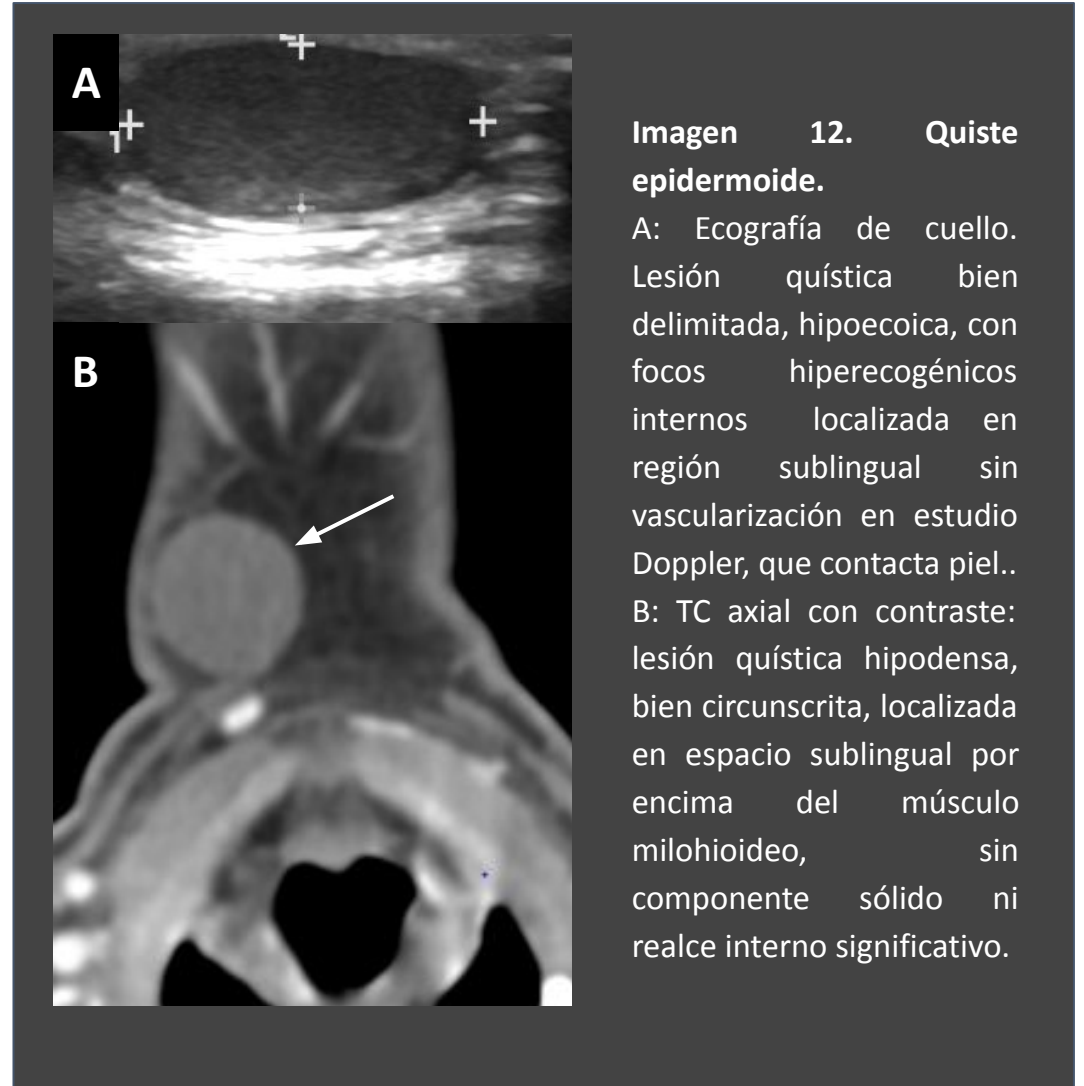
Lesión quística laterocervical derecha, lobulada con márgenes bien definidos y densidad líquido, con septos en su interior (flechas) pero sin nódulos con realce significativo, presente desde la infancia con un crecimiento lento progresivo.

Quiste epidermoide

- Quiste de inclusión no neoplásico (epitelio escamoso) con contenido queratínico.
- Puede aparecer en cualquier localización; a menudo en línea media (suelo de boca o cuello).
- Suele evidenciarse en la infancia; se ha descrito degeneración maligna a carcinoma escamoso hasta en 5% de los casos.
- Riesgos y complicaciones: Crecimiento lento y efecto masa; rara degeneración maligna descrita.

Hallazgos por imagen:

- Ecografía: Lesión quística bien definida, hipoeoica o con focos hiperecogénicos sin vascularización en estudios Doppler.
- TC: Lesión hipodensa, ocasionalmente con realce periférico post-contraste.
- RM: Lesión bien delimitada, no realzante; T2 hiperintensa y T1 iso-hipointensa con restricción a la difusión.



Quiste tímico cervical

- Lesión quística rara asociada al descenso del timo; puede ser continua con timo mediastínico.
- Típicamente en lado izquierdo, anterior y profundo al tercio medio del esternocleidomastoideo; puede aparecer desde mandíbula a mediastino.
- Representan 1% de masas quísticas cervicales; 2/3 se diagnostican en primera década de la vida; muy raro en adultos.

Hallazgos por imagen:

- Ecografía: Útil para confirmar naturaleza quística y relación con vaina carotídea; en algunos casos identifica patrón de eco tímico.
- TC: Masa hipodensa homogénea con mínimo realce periférico; ayuda a diferenciar de quiste branquial y linfangioma por localización.
- RM: Señal baja en T1 y alta en T2; excelente definición de tejidos blandos y tractos.
- Riesgos y complicaciones: efecto masa (disfagia, disnea) según tamaño.

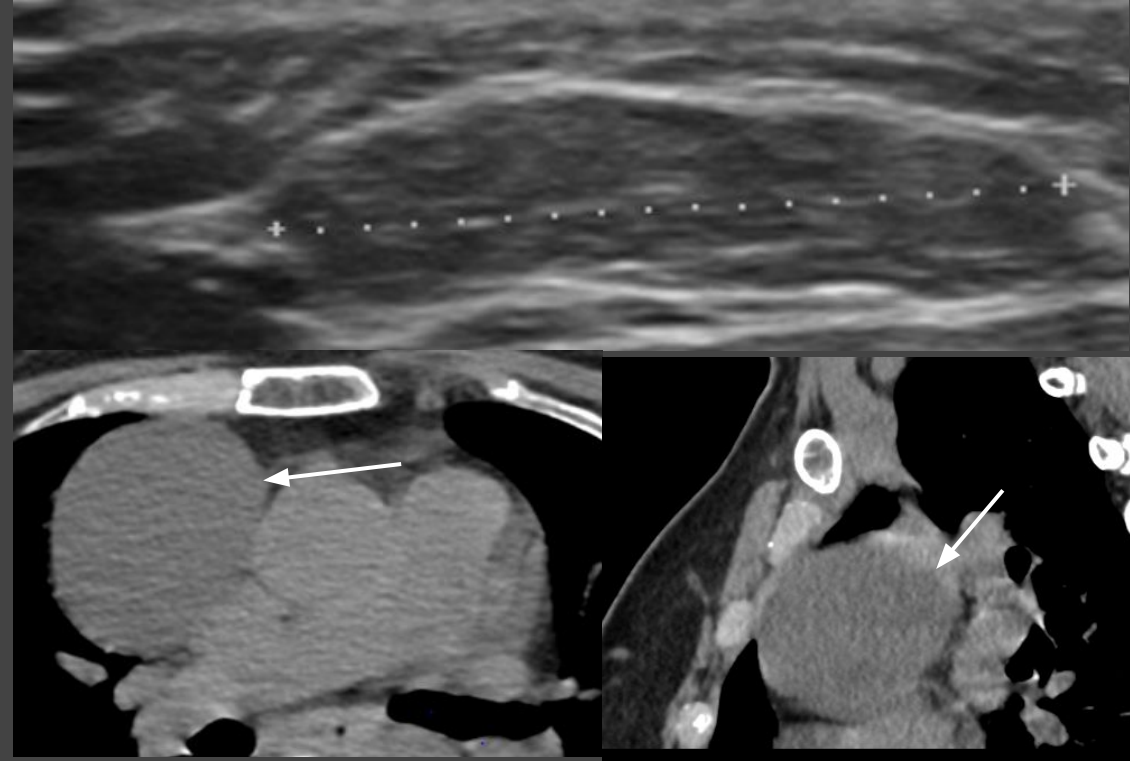


Imagen 13. Quiste tímico cervical.

A: Ecografía: lesión quística bien delimitada, hipoeecoica, alargada, localizada en región cervical inferior profunda, B y C: TC axial y sagital: lesión hipodensa, bien circunscrita, en el compartimento cervical lateral, anterior y profunda al músculo esternocleidomastoideo, que se extiende caudalmente en continuidad hacia el mediastino, compatible con quiste tímico cervical.

Dacriocistocele

- Lesión quística benigna secundaria a la obstrucción del conducto nasolacrimal, con dilatación del saco lagrimal (puede ser congénita o adquirida).
- Región medial de la órbita, en el canto interno.
- Epidemiología: Más frecuente en recién nacidos (forma congénita).

Hallazgos por imagen:

- Ecografía: Lesión quística anecoica o con contenido interno en región medial orbitaria; útil en lactantes.
- TC: Lesión hipodensa bien delimitada en el saco lagrimal, con posible extensión intranasal; puede expandir el conducto lacrimonasal.
- RM: Señal hiperintensa en T2 y variable en T1 según contenido; sin realce interno, posible realce periférico; define extensión orbitaria y nasal.

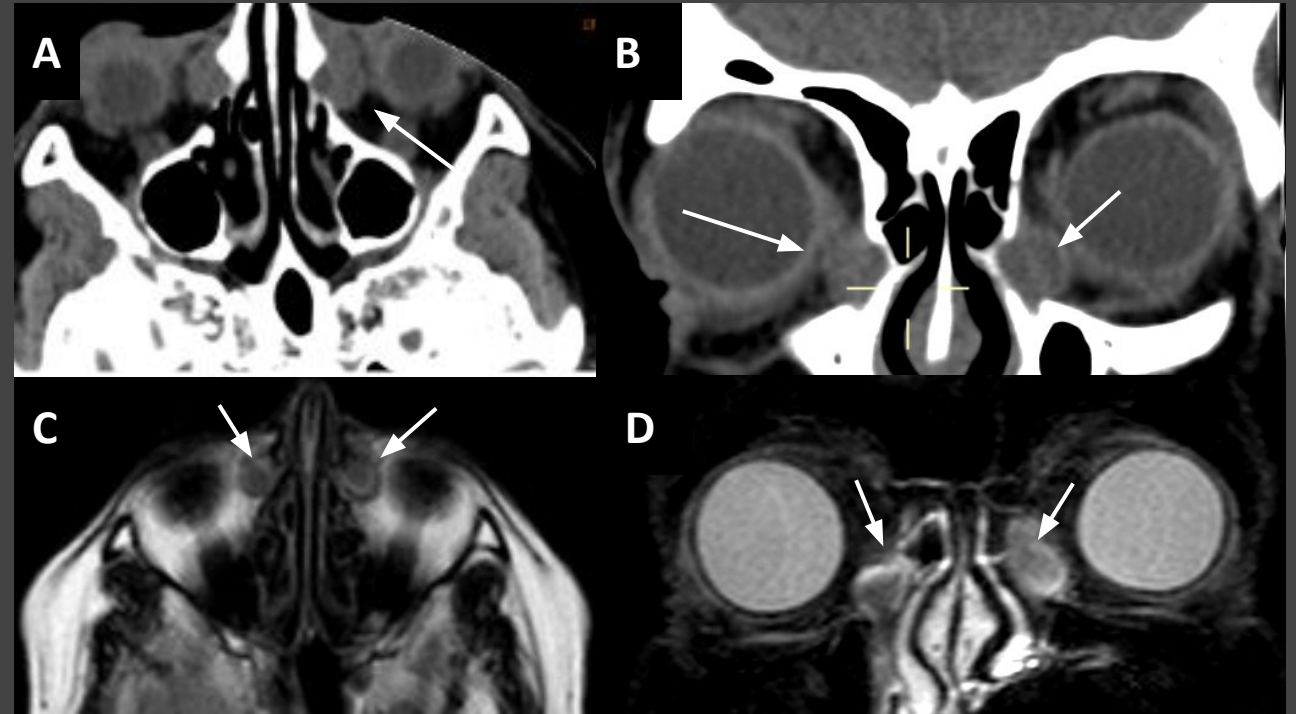


Imagen 14. Dacriocistocele adquirido.

A y B: TC axial y coronal: lesiones quísticas bien delimitadas, hipodensas, localizadas en el canto interno orbitario en relación con el saco lagrimal, con dilatación del conducto nasolagrimal, sin componente sólido ni destrucción ósea (flechas).

C y D: RM axial (secuencias FLAIR y T1): lesión bien circunscrita, hiperintensa en FLAIR y de señal baja-intermedia en T1, localizada en la región medial orbitaria bilateral.

Tumor de Warthin (cistoadenoma papilar linfomatoso)

- Tumor benigno salival con componente quístico y estroma linfoide.
 - Segunda neoplasia benigna más frecuente de la parótida.
 - Fuerte asociación con tabaquismo.
- Parótida, típicamente en polo inferior. Puede ser bilateral o multifocal
- Varones, 5ª–7ª década.

Hallazgos por imagen:

- **Ecografía:** Lesión bien delimitada, hipoeoica/heterogénea, con áreas quísticas.
- **TC:** Masa bien circunscrita, quístico-sólida, con realce del componente sólido.
- **RM:** Lesión heterogénea: quístico hiperintenso en T2, sólido con realce, restricción leve posible.

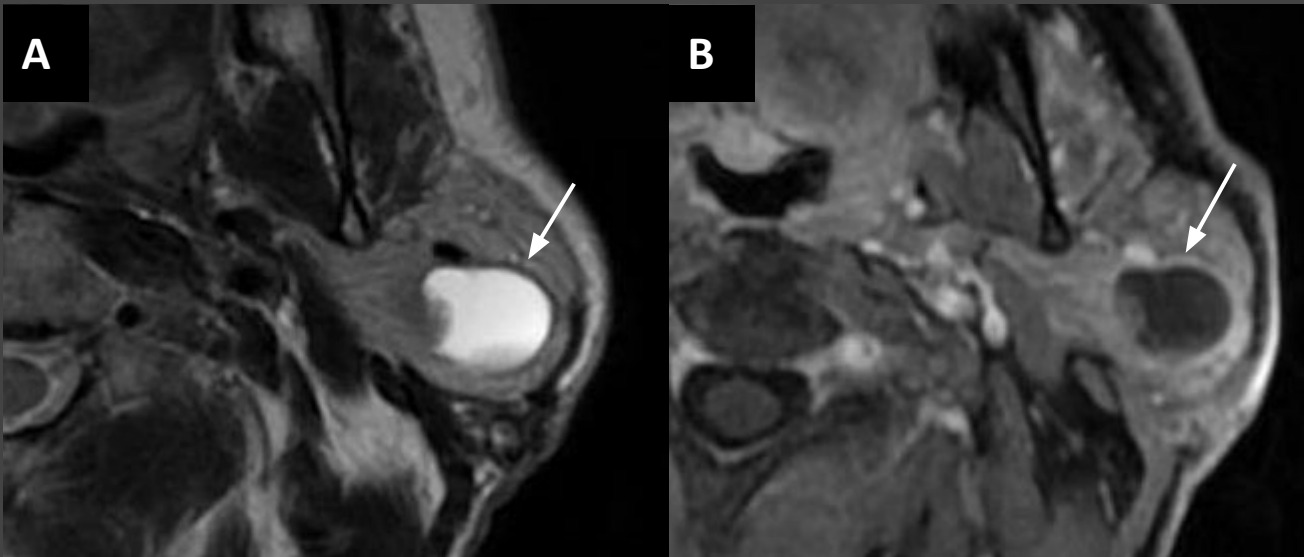


Imagen 15. Tumor de Warthin (cistoadenoma papilar linfomatoso).

A y B: RM de cuello, secuencia axial potenciada en T2 y secuencia axial potenciada en T1 con contraste: lesión bien delimitada, de morfología ovoidea, localizada en la porción posterior del lóbulo superficial de la glándula parótida izquierda, hiperintensa en T2 por su componente quístico y con realce de la porción sólida y de las paredes del quiste, en relación con tumor de Warthin.

Síndrome de Sjögren

- Enfermedad autoinmune crónica caracterizada por infiltración linfocitaria de las glándulas exocrinas. Asociada a mayor riesgo de linfoma no Hodking.
- Produce destrucción glandular progresiva con formación de múltiples lesiones quísticas (sialectasias/seudoquistes).

Localización: Glándulas parótidas (frecuentemente bilateral) y submandibulares.

Hallazgos por imagen:

- **Ecografía:** Glándulas heterogéneas con múltiples áreas hipoecoicas/quísticas, aumento de vascularización.
- **TC:** Parótidas aumentadas de tamaño con lesiones quísticas bilaterales, cambios grasos y heterogeneidad glandular.
- **RM:** Patrón heterogéneo con múltiples áreas quísticas hiperintensas en T2 ("salt and pepper"); señal variable en T1 con áreas grasas; puede asociar realce heterogéneo.

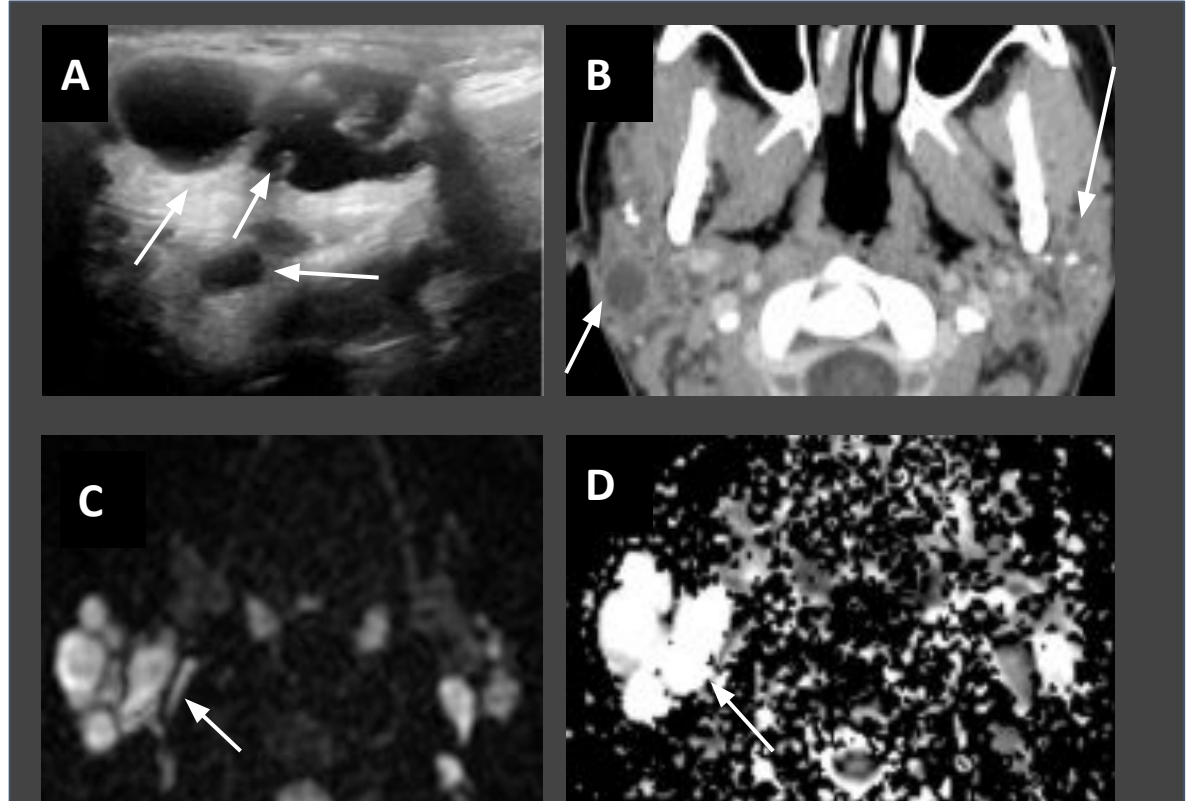


Imagen 16. Síndrome de Sjögren

A: Ecografía: parótida heterogénea con múltiples áreas hipoecoicas/quísticas difusas. B: TC axial: parótidas aumentada de tamaño, con lesiones quísticas. C y D: RM (difusión y mapa ADC): focos hiperintensos en difusión con ADC alto, sin restricción, en relación con contenido quístico.

3. Lesiones inflamatorias e infecciosas

Absceso cervical

- Colección purulenta en espacios cervicales profundos; puede simular masa quística.
- Espacios parafaríngeo/retrofaríngeo/submandibular, según foco (odontógeno/faringoamigdalario, etc.).
- Epidemiología: Infecciones faringoamigdalares y odontógenas son las más frecuentes en infecciones cervicales agudas.

Hallazgos por imagen:

- Ecografía: Colección hipo/anecoica (dependiente de accesibilidad); útil para guía en drenaje..
- TC: Criterios de absceso: hipodensidad central, realce en anillo, efecto masa, edema y posible contenido de gas.
- RM: Criterios: colección T2 iso/hiperintensa con realce periférico/tejidos adyacentes + difusión restringida (bajo ADC).

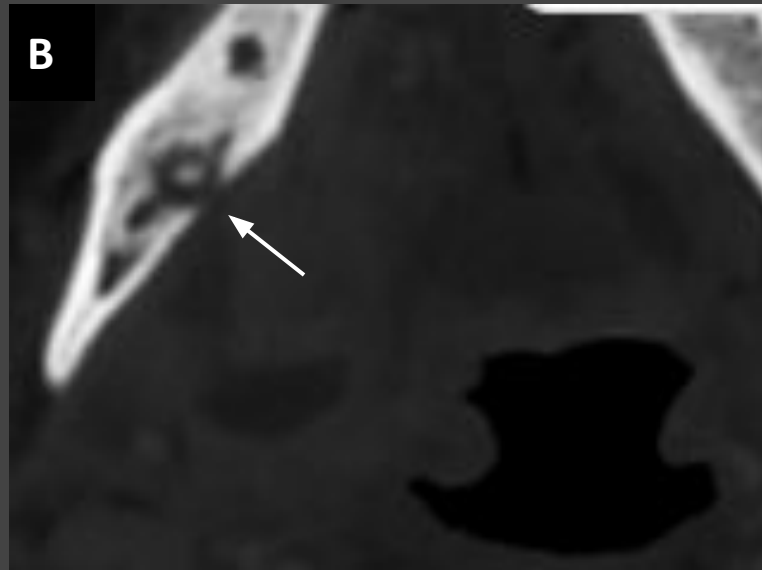
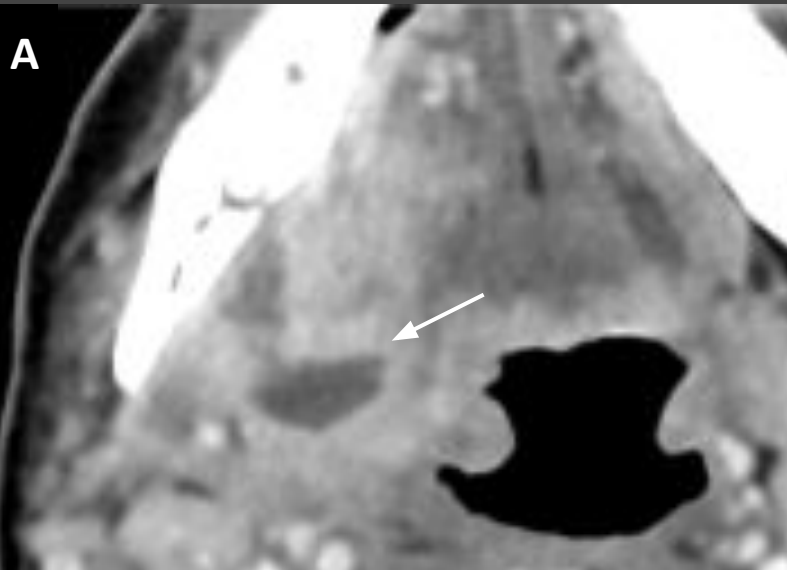


Imagen 17. Absceso cervical profundo de origen odontógeno.

A y B: TC axial con contraste en ventana partes blandas y hueso: colección hipodensa bien definida, con realce periférico en anillo, localizada en espacio submandibular (flecha), asociando cambios inflamatorios en la grasa adyacente. Se identifica discontinuidad de la cortical bucal mandibular, en relación lucencia periapical que erosiona el hueso, lo que sugiere origen odontógeno del absceso.

Adenitis supurativa

- Proceso inflamatorio-infeccioso de los ganglios linfáticos cervicales con formación de absceso, generalmente secundario a infecciones bacterianas de vías aerodigestivas superiores.
- Localización típica: Cadenas ganglionares cervicales, con mayor frecuencia en región submandibular, yugulodigástrica o cervical profunda.
- Frecuente en población pediátrica, aunque puede presentarse a cualquier edad.

Hallazgos por imagen:

- **Ecografía:** Ganglios aumentados de tamaño con áreas hipoecoicas o anecoicas centrales (necrosis/licuefacción), pérdida del hilio graso y posible colección con refuerzo posterior.
- **TC:** Adenopatías aumentadas de tamaño con centro hipodenso y realce periférico en anillo; puede asociar cambios inflamatorios en la grasa adyacente y formación de abscesos.
- **RM:** Centro necrótico hiperintenso en T2 e hipointenso en T1, con realce periférico tras contraste.



Imagen 18. Adenitis supurativa.

A y B: TC axial y coronal con contraste: adenopatías cervicales aumentadas de tamaño (nivel II izquierdo), con centro hipodenso en relación con necrosis/licuefacción y realce periférico en anillo, asociando cambios inflamatorios en la grasa adyacente, compatibles con adenitis supurativa en paciente con faringitis bacteriana.

Linfadenitis tuberculosa cervical

- Afectación ganglionar por tuberculosis; puede presentarse como ganglios necróticos.
- Cadenas cervicales; puede formar conglomerados.
- Hallazgos de imagen variables y no específicos; requiere confirmación citológica/microbiológica/histológica.

Hallazgos por imagen:

- Ecografía: Criterios inespecíficos (tamaño, morfología, hilio/corteza); muy útil para guiar PAAF/biopsia.
- TC: Tres patrones: (1) realce homogéneo (temprano), (2) necrosis central con realce periférico (más común), (3) ganglio fibrocalcificado.
- RM: En patrón necrótico: áreas que realzan con señal intermedia en T1 e hipointensa en T2; necrosis: T1 hipo y T2 marcadamente hiperintensa; fibrocalcificado hipointenso T1/T2 sin realce.

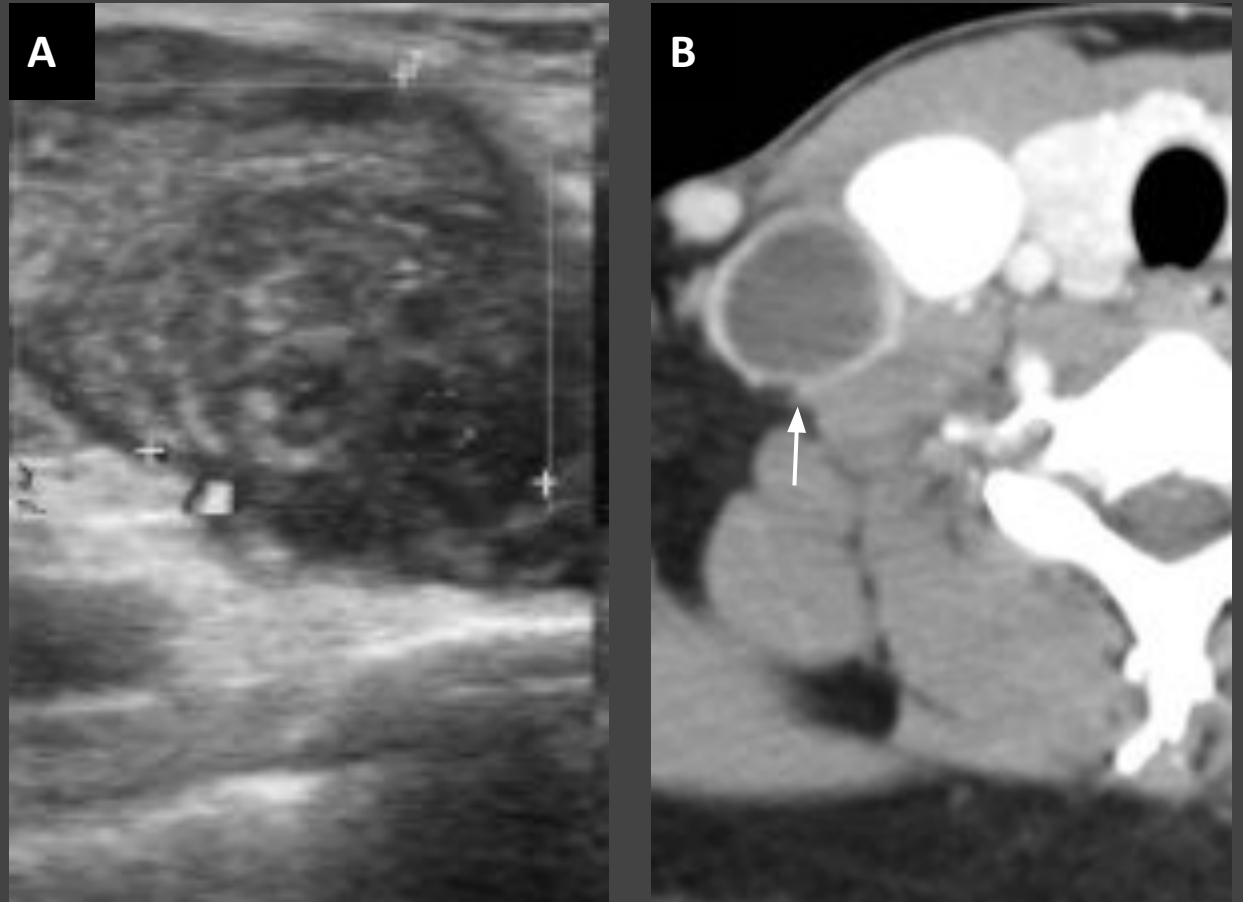


Figura 19. Linfadenitis tuberculosa cervical.

A: Ecografía: conglomerado adenopático heterogéneo, con áreas hipoeoicas centrales en relación con necrosis, pérdida de la arquitectura ganglionar y del hilio graso.

B: TC axial con contraste: adenopatía aumentada de tamaño, con centro hipodenso y realce periférico en anillo, compatible con necrosis central, en cadena cervical lateral.

4. Lesiones neoplásicas con componente quístico

Metástasis ganglionares quísticas carcinoma escamocelular

- Ganglios metastásicos con componente quístico.
- Habitualmente cadenas laterales; contexto de tumor orofaríngeo (amígdala/base de lengua).
- Epidemiología: Más prevalentes en p16-positivo.

Hallazgos por imagen:

- Ecografía: área quística central; pared irregular, componente sólido.
- TC: contenido líquido homogéneo con áreas complejas/sólidas y cápsula con realce <2 mm.
- RM: cápsula con realce fina (<2 mm) + señal líquido central homogénea; foco quístico liso bien definido ($>70\%$ circunferencia).

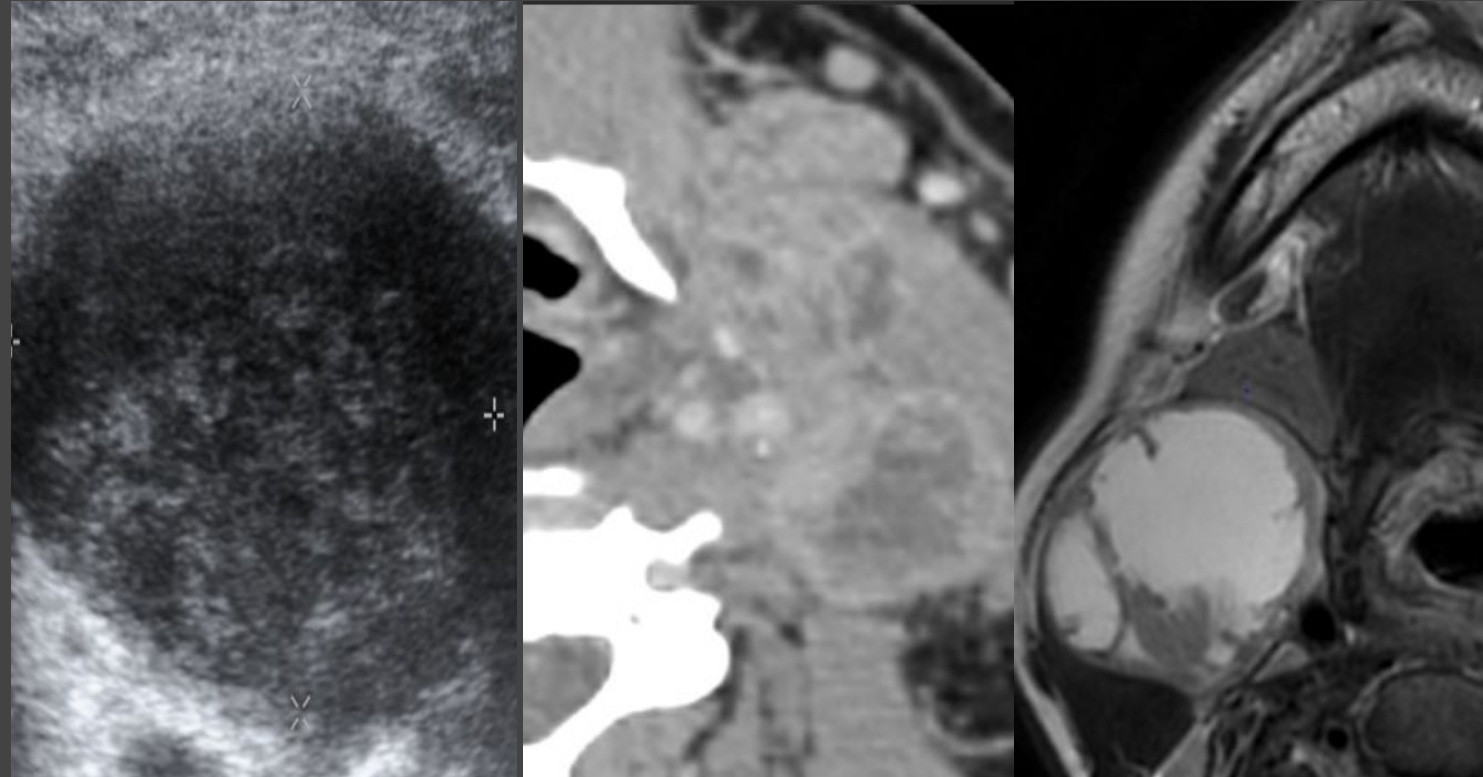


Imagen 20. Metástasis ganglionares quísticas (carcinoma orofaríngeo asociado a HPV).

A: Ecografía: adenopatía quística en cadena cervical lateral derecha, sin hilio graso.

B: TC axial con contraste: adenopatía en nivel II derecho, con centro hipodenso y cápsula fina realzante.

C: RM axial T2: lesión hiperintensa bien delimitada, sin componente sólido.

Metástasis ganglionares quísticas carcinoma papilar de tiroides

- Metástasis ganglionar con degeneración quística; puede presentarse como masa quística cervical.
- Ganglios cervicales laterales, a veces cerca de vasos carotídeos; puede comprimir yugular.
- Epidemiología: Debe considerarse en diferenciales de masas quísticas en cuello.

Hallazgos por imagen:

- Ecografía: Quistes con septos internos, calcificaciones, nódulos internos (componentes sólidos).
- TC: Lesión quística de pared fina, focos calcificados dentro del ganglio.
- RM: Puede mostrar cambios intracísticos inhomogéneos.

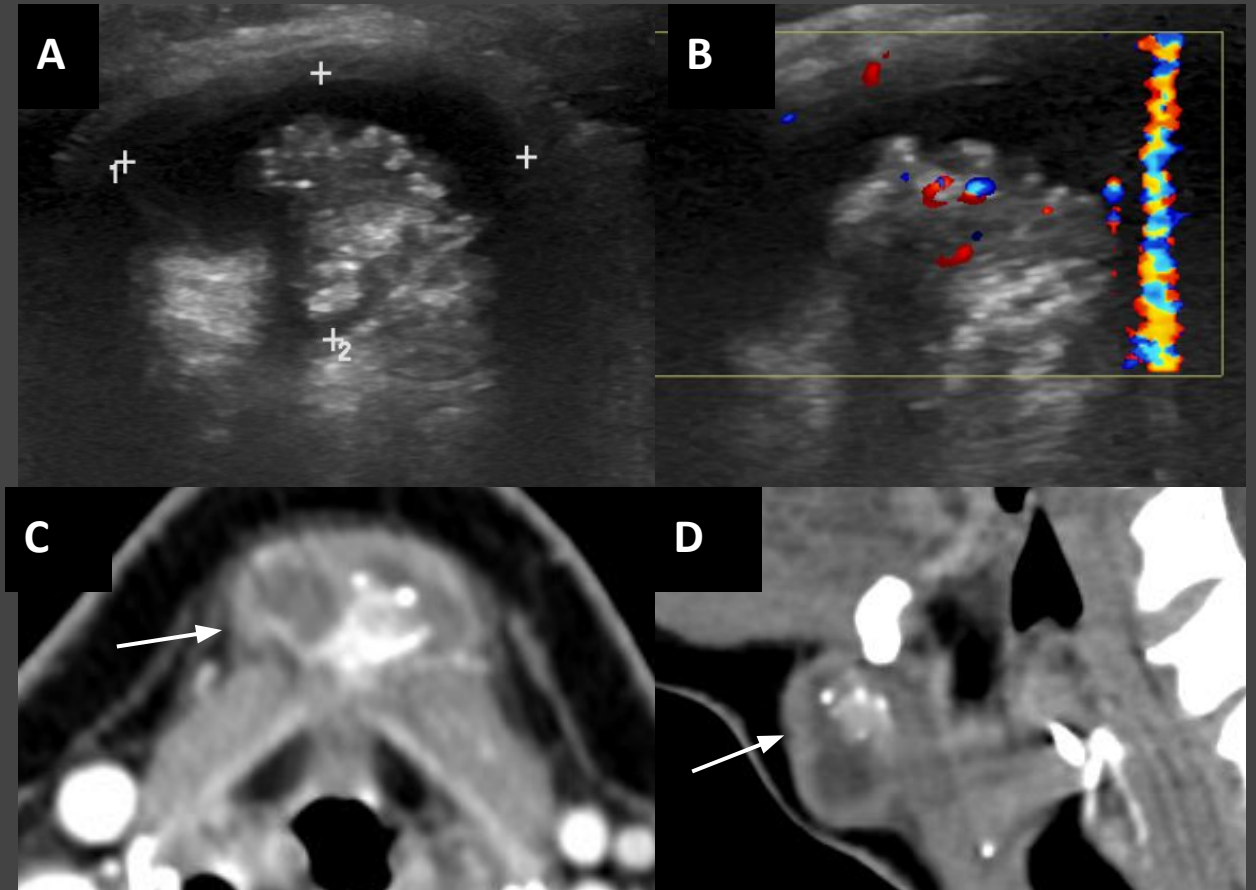


Imagen 21. Metástasis ganglionares quísticas (carcinoma papilar de tiroides).

A y B: Ecografía: adenopatía quística en compartimento cervical central (nivel VI), región pretraqueal, con contenido heterogéneo, septos y focos hiperecogénicos (microcalcificaciones), con vascularización en el componente sólido.

C y D: TC axial y sagital con contraste: lesión en la misma localización con áreas quísticas y focos hiperdensos compatibles con calcificaciones.

5. Conclusiones

Un enfoque sistemático basado en localización, edad y patrón de imagen mejora la precisión diagnóstica en la valoración de lesiones quísticas del cuello.

En adultos, una masa quística lateral debe hacer pensar en ganglio necrótico/metastásico hasta demostrar lo contrario.

La ecografía suele ser la primera prueba para valorar una lesión quística; la TC facilita la definición de extensión; la RM aporta mejor contraste de tejidos y DWI es clave para absceso.

Conocer signos específicos (p. ej., beak sign, tail sign, sack-of-marbles) de ciertas lesiones orienta el diagnóstico diferencial.

6. Bibliografia

1. Koeller KK, Alamo L, Adair CF, Smirniotopoulos JG. Congenital cystic masses of the neck: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 1999;19(1):121-146.
2. Vazquez E, Enriquez G, Castellote A, Lucaya J, Creixell S, Aso C, et al. US, CT, and MR imaging of neck lesions in children. *Radiographics*. 1995;15(1):105-122.
3. Wong KT, Lee YYP, King AD, Ahuja AT. Imaging of cystic or cyst-like neck masses. *Clin Radiol*. 2008;63(6):613-622.
4. Mittal MK, Malik A, Sureka B, Thukral BB. Cystic masses of neck: a pictorial review. *Indian J Radiol Imaging*. 2012;22(4):334-343.
5. Woo EK, Connor SEJ. Computed tomography and magnetic resonance imaging appearances of cystic lesions in the suprahoid neck: a pictorial review. *Dentomaxillofac Radiol*. 2007;36(8):451-458.
6. Zander DA, Smoker WRK. Imaging of ectopic thyroid tissue and thyroglossal duct cysts. *Radiographics*. 2014;34(1):37-50.
7. Patel S, Bhatt AA. Thyroglossal duct pathology and mimics. *Insights Imaging*. 2019;10:12.
8. Ahuja AT, Wong KT, King AD, Yuen EH. Imaging for thyroglossal duct cyst: the bare essentials. *Clin Radiol*. 2005;60(2):141-148.
9. Adams A, Mankad K, Offiah C, Childs L. Branchial cleft anomalies: a pictorial review of embryological development and spectrum of imaging findings. *Insights Imaging*. 2016;7(1):69-76.
10. Bagchi A, Hira P, Mittal K, Priyamvara A, Dey AK. Branchial cleft cysts: a pictorial review. *Pol J Radiol*. 2018;83:e204-e209.
11. Brown RE, Harave S. Diagnostic imaging of benign and malignant neck masses in children: a pictorial review. *Quant Imaging Med Surg*. 2016;6(5):591-604.
12. Friedman ER, John SD. Imaging of pediatric neck masses. *Radiol Clin North Am*. 2011;49(4):617-632.
13. Huang YH, Yeh CH, Cheng NM, Lin CY, Wang HM, Ko SF, et al. Cystic nodal metastasis in patients with oropharyngeal squamous cell carcinoma receiving chemoradiotherapy: relationship with human papillomavirus status and failure patterns. *PLoS One*. 2017;12(7):e0180779.