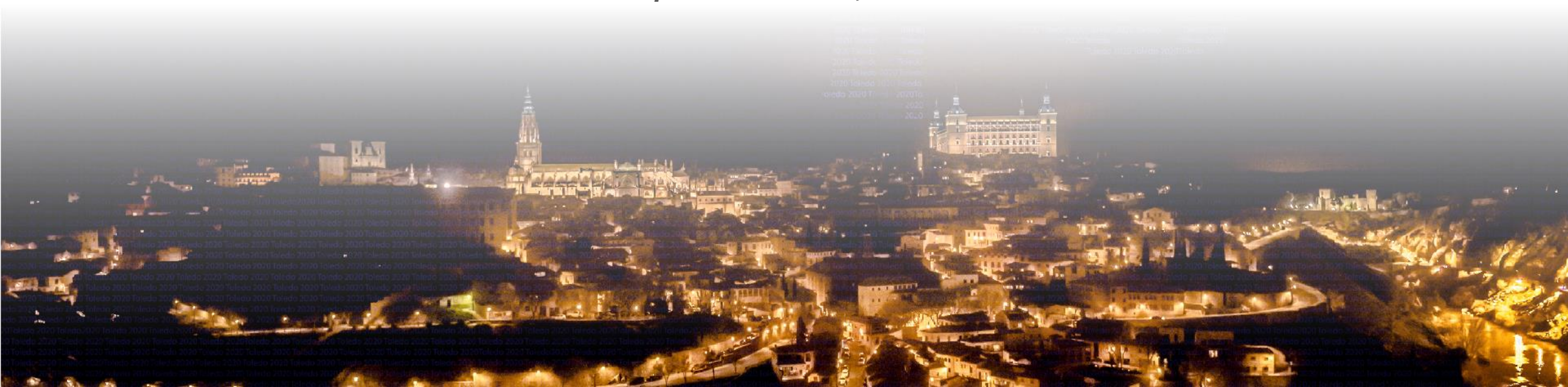


Urgencias no traumáticas de cabeza y cuello: puntos clave

Antonio Revert

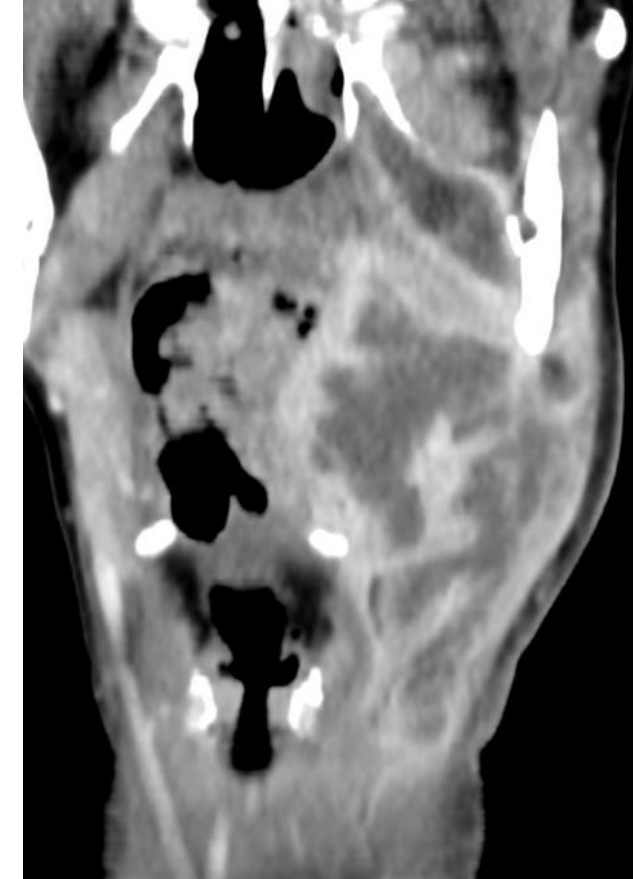
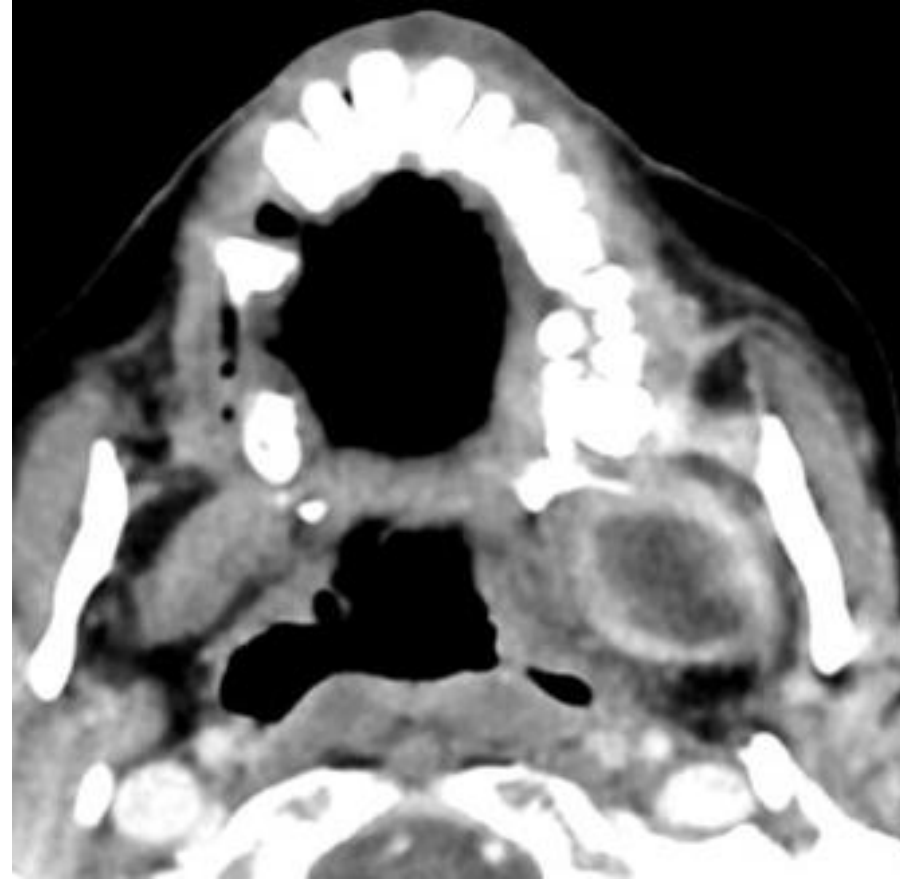
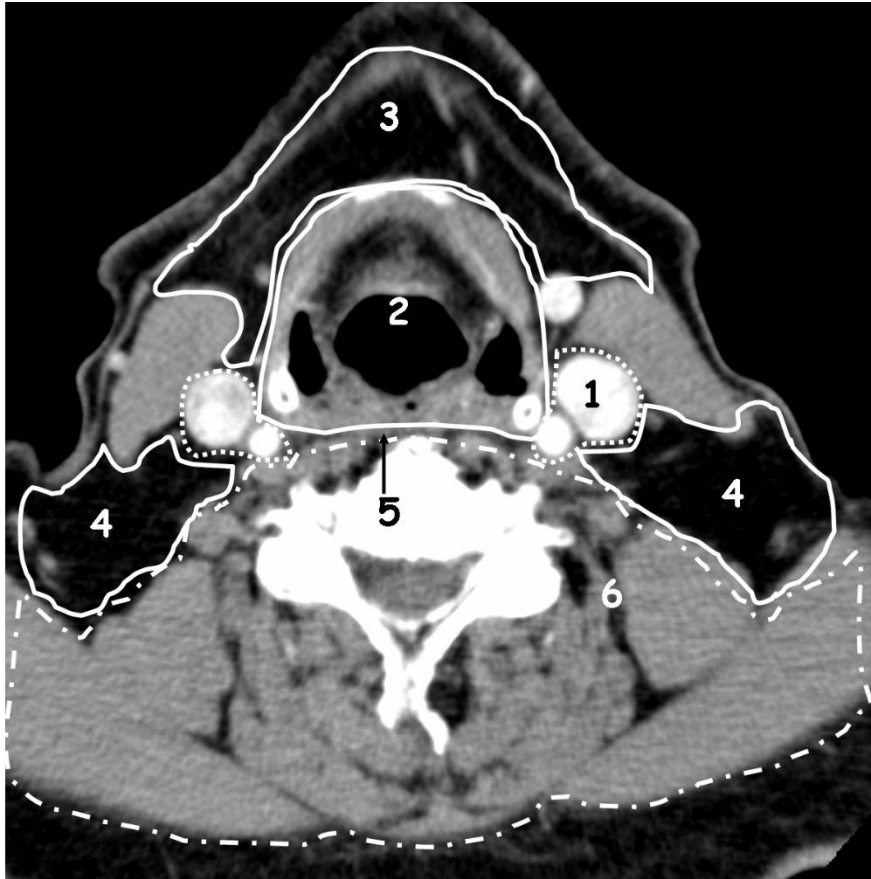
Hospital de Manises, Valencia



Guión

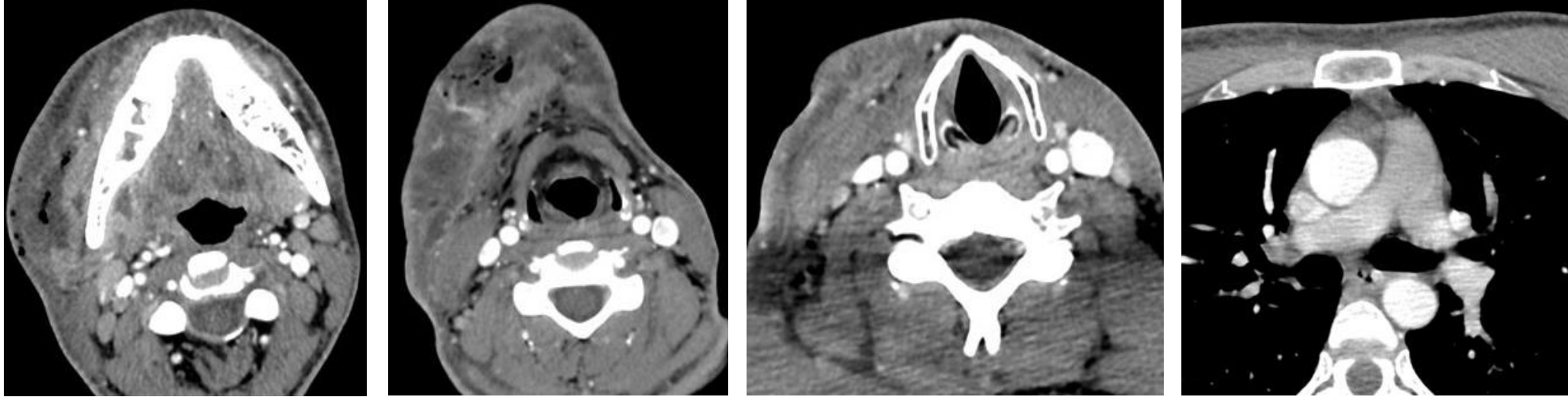
- Anatomía
- Patología región cráneo-facial: senos, órbitas y peñascos
- Patología región: cuello
- Planificación y realización del estudio
- Localización, extensión y origen
- Complicaciones: intracraneales, vía aérea, arteriales, venosas, mediastínicas

Anatomía



“Entender” la anatomía

Caso: TC de cuello. Exodoncia 72 horas antes. Paciente diabético.

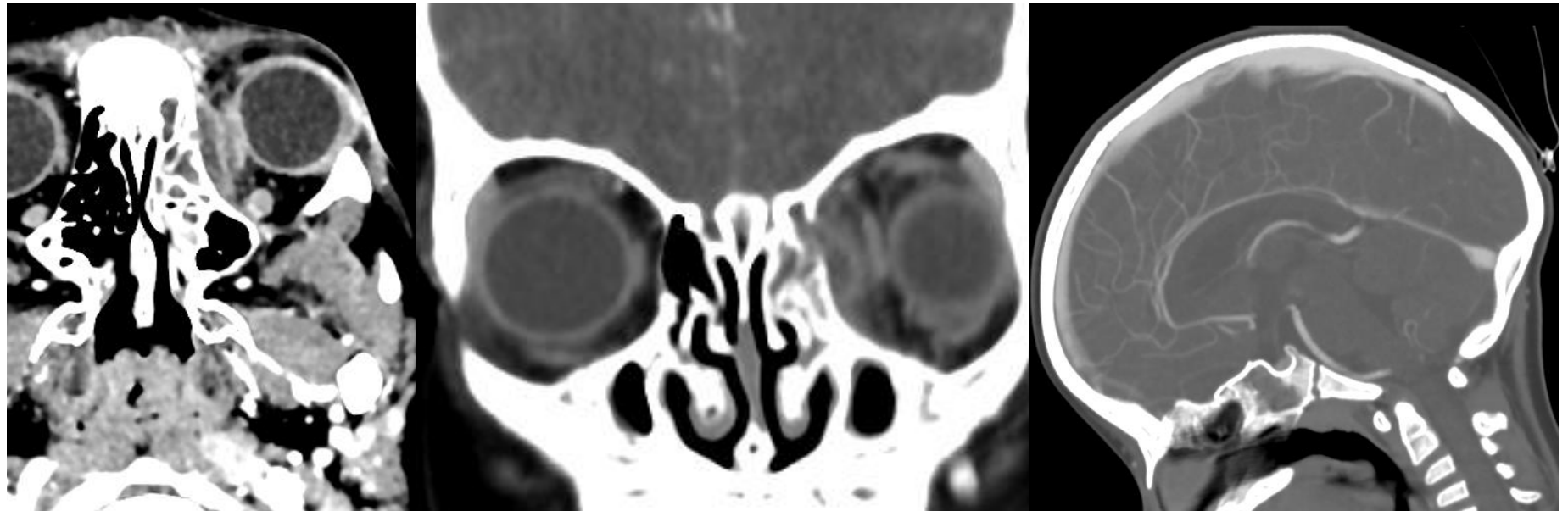


Fascitis necrotizante

- Infección aguda y muy grave aunque es rara
- Destrucción y necrosis de los tejidos con progresión muy rápida
- Habitualmente es un foco odontogénico
- Puede evolucionar a sepsis y mediastinitis necrosante descendente
- **Requiere desbridamiento quirúrgico precoz y agresivo + ATB**

Caso: TC orbitas con contraste. Sospecha de celulitis postseptal. Comentado con Radiólogo.

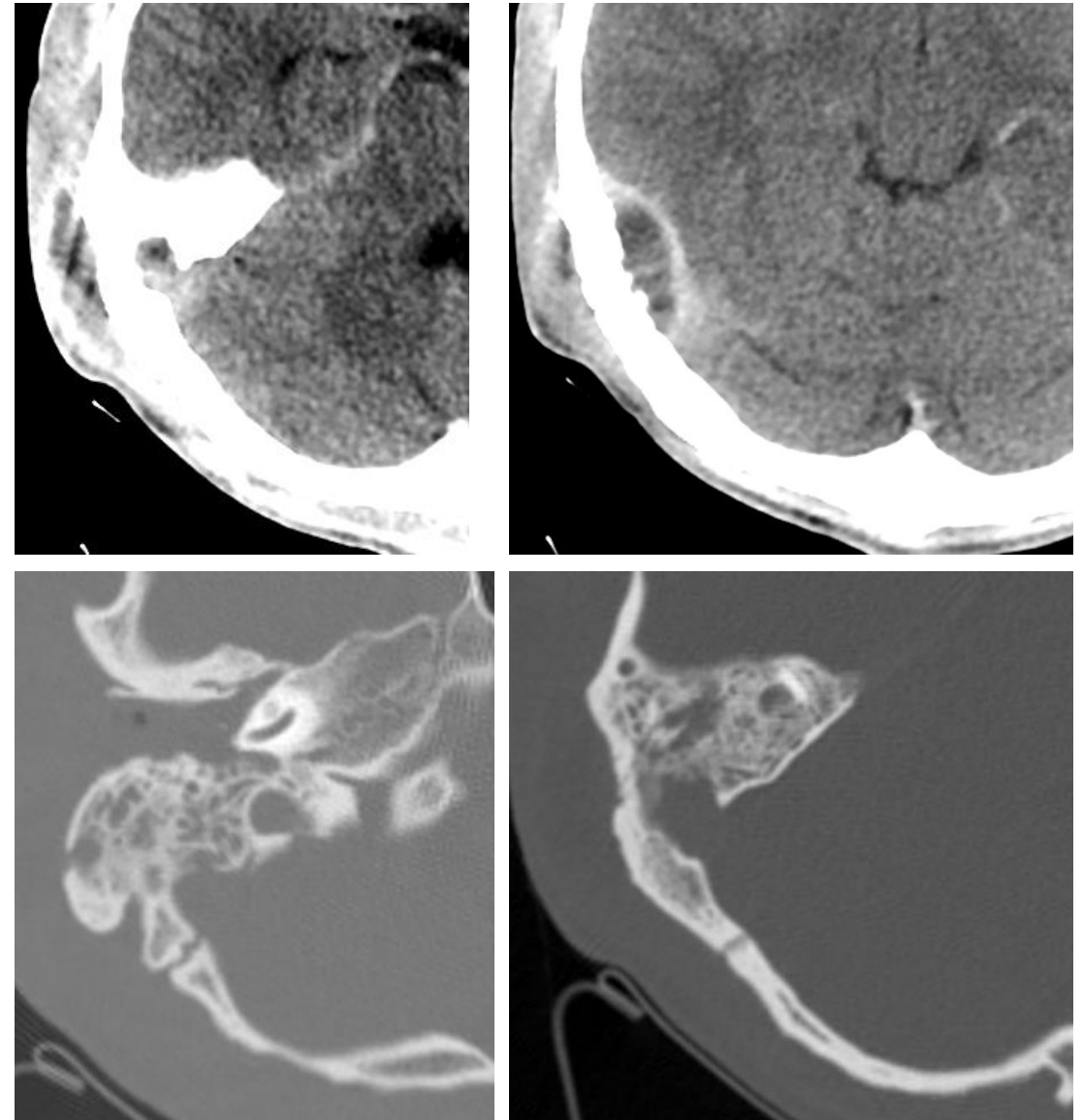
- Confirmación
- Localización
- Extensión
- Origen
- Complicaciones



Invertir tiempo en conocer qué le sucede al paciente y qué necesita el médico

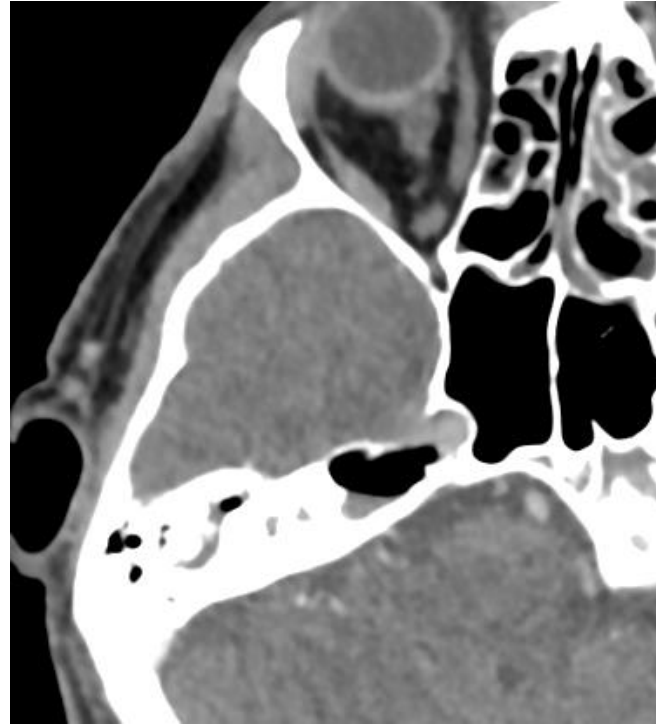
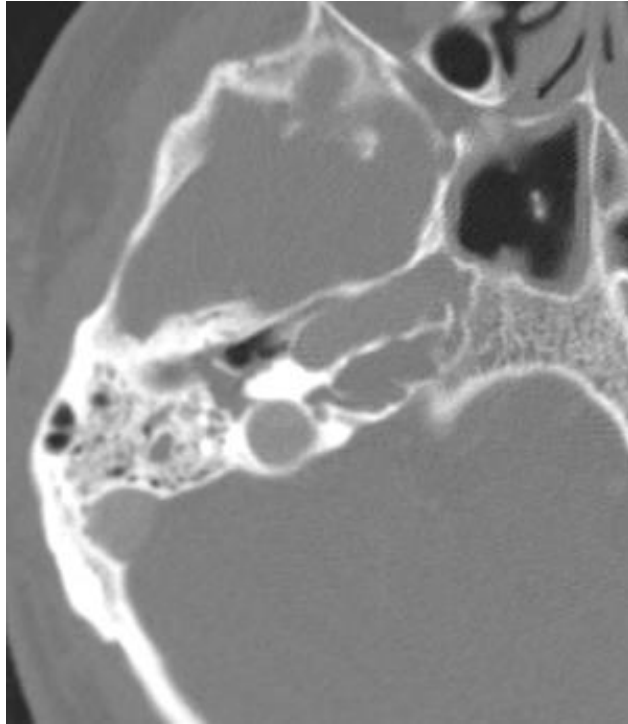
¿Cómo hacer el estudio? Cráneo-facial

- **Siempre con contraste intravenoso**
- Adquisición volumétrica. Reconstrucción partes blandas y hueso y multiplanar
- *Volumen 80cc. Flujo 2cc/seg*
- *Retardo adquisición 60 segundos*
- *Niños: ajustar al peso 2cc/kg.*
- **Incluir desde vértex a clavícula**



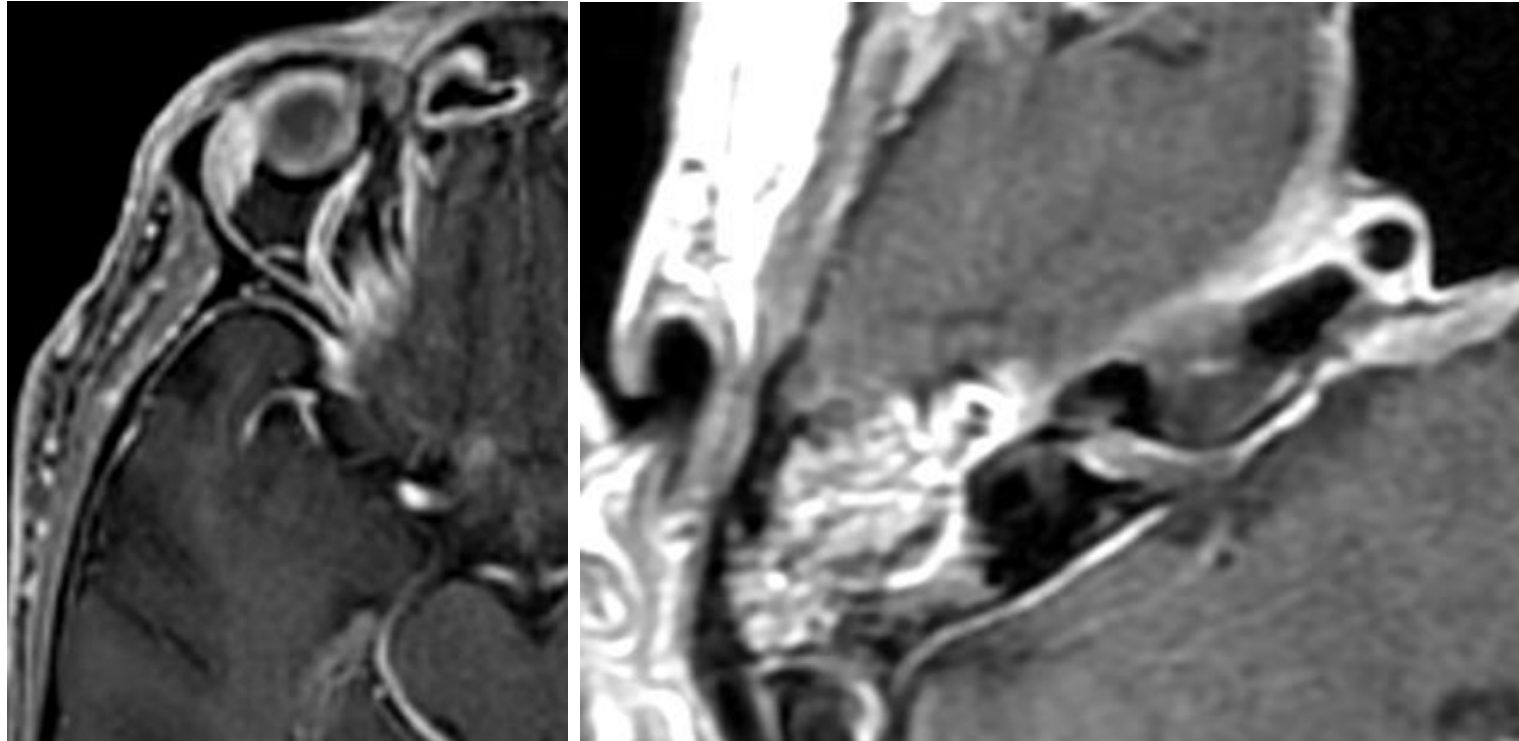
Caso: TC Peñascos sin contraste. Otomastoiditis..... interconsulta ORL, pide TC.

¿Cómo estudiar la patología en Urgencias?



Puede diseminarse sin provocar destrucción ósea

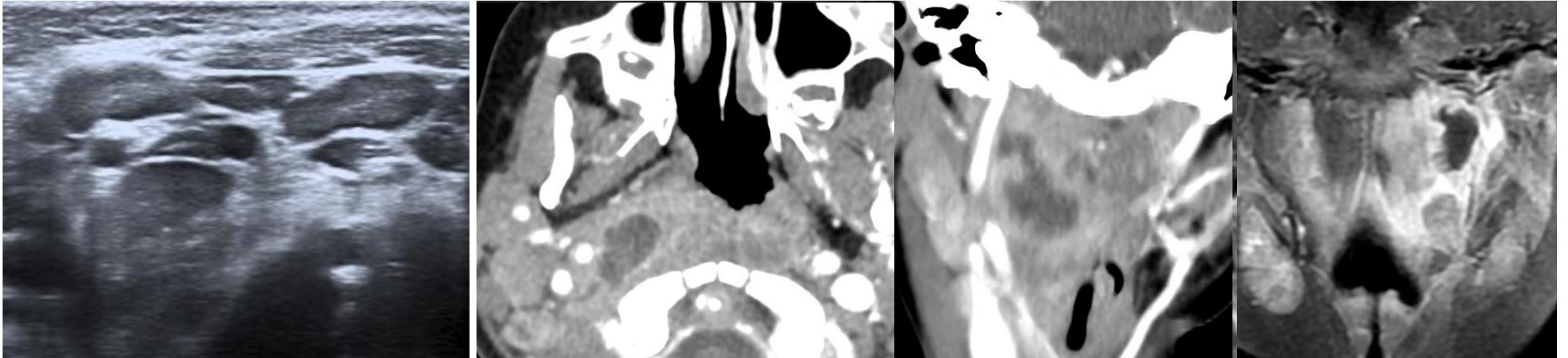
¿Cómo terminar de estudiar la patología?



Completar el estudio inicial con RM con contraste:

- Si hay lesión en el TC con contraste y no está claramente caracterizada
- Si hay sospecha clínica alta y el TC con contraste es normal

Caso: Ecografía cuello. Paciente de 6 años con adenopatías, fiebre y tortícolis



Es una técnica muy accesible.

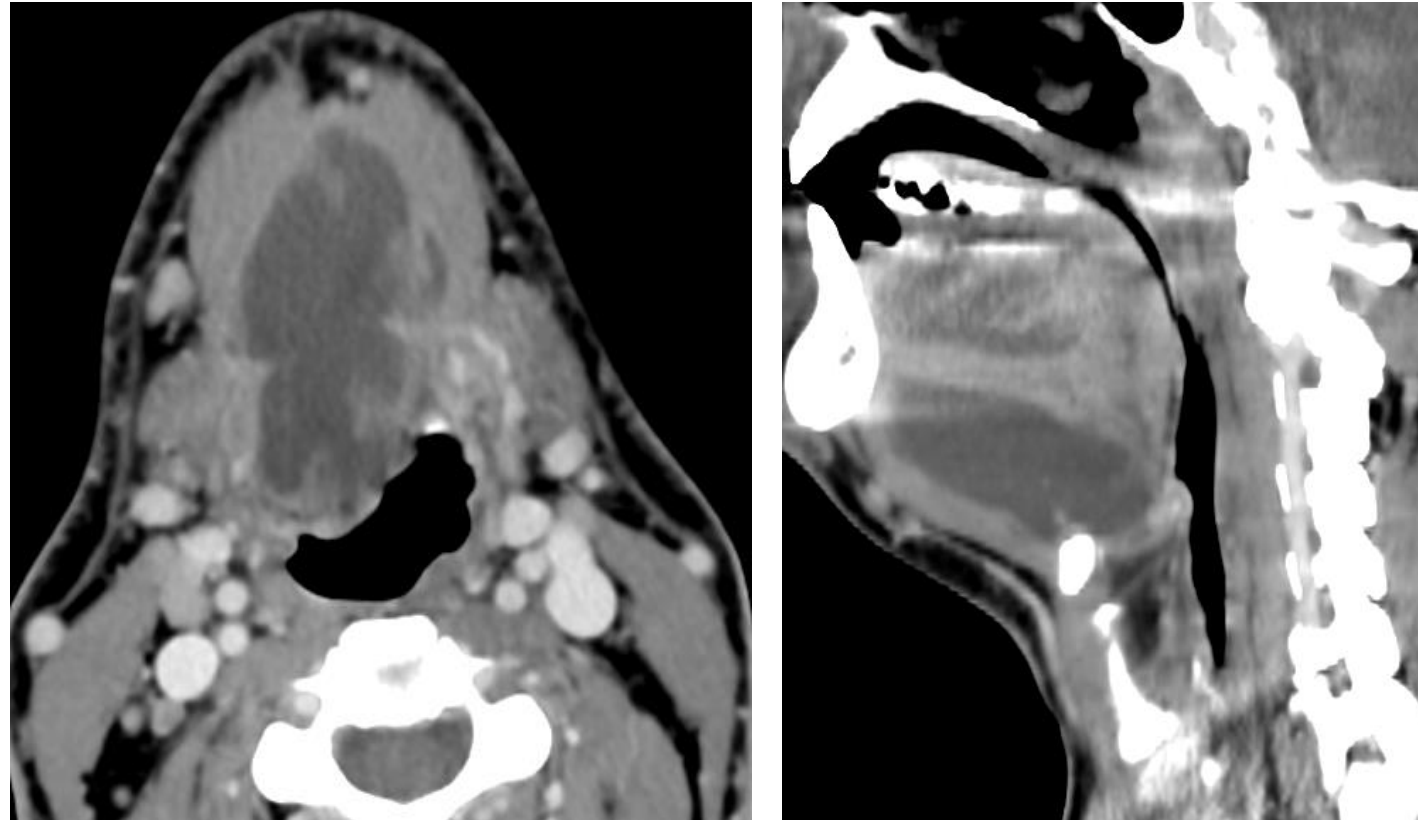
Diferencia sólido de líquido.

Permite tomar muestras

No consigue ver los espacios profundos

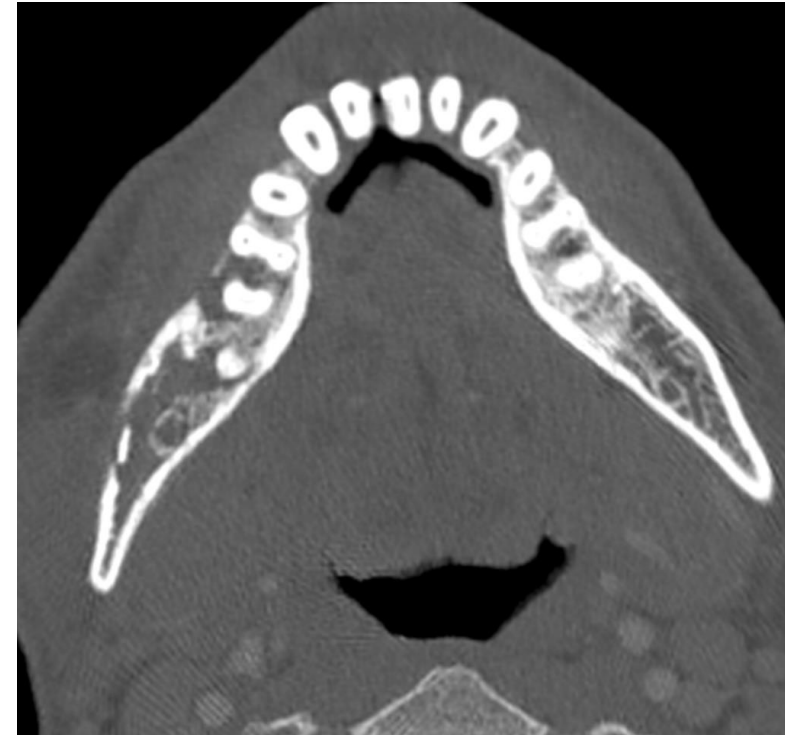
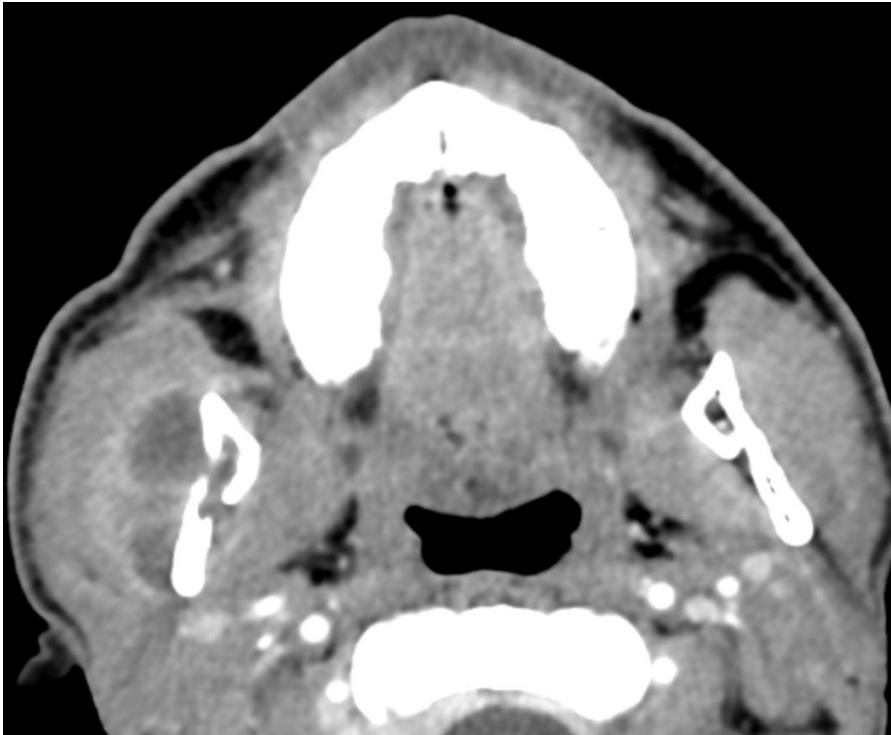
Caso: TC de cuello. Tumefacción en el suelo de la boca y abombamiento de la hipofaringe

- Confirmación
- Localización
- Extensión
- Origen
- Complicaciones



Absceso del suelo de la boca, submandibular o Angina de Ludwig

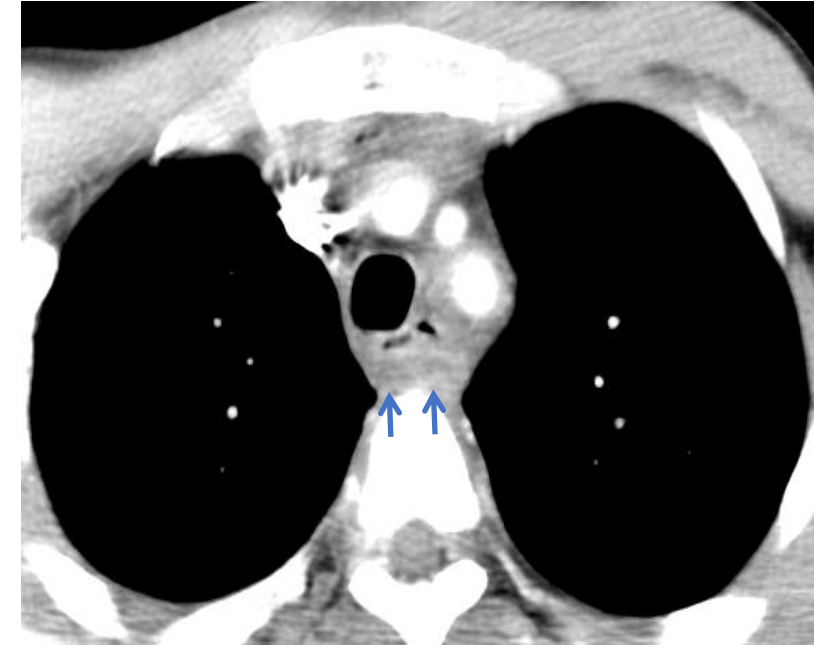
Complicación local



**No conformarse con “absceso odontogénico”.
Demostrar osteomielitis cambia el manejo**

¿Cómo hacer el estudio?

- **Siempre con contraste intravenoso**
- Adquisición volumétrica. Reconstrucción partes blandas y hueso y multiplanar
- *Volumen 80cc. Flujo 2cc/seg*
- *Retardo adquisición 60 segundos*
- *Niños: ajustar al peso 2cc/kg.*
- **Incluir desde base cráneo a diafragma**

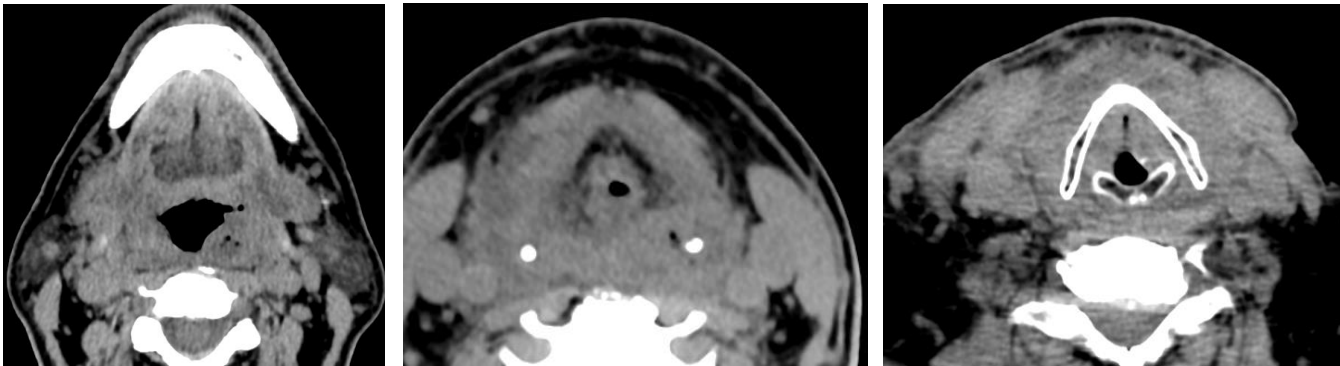


Vías de diseminación

- Espacio retrofaríngeo, peligroso, prevertebral
- Espacio visceral: peritrahacheal, periesofágico
- Espacio vascular

Caso: TC de cuello SIN CONTRASTE. Odinofagia. Protrusión en la luz aérea pero sin riesgo de asfixia en el momento actual. ATB intravenoso. Recomendación de nefrología: hacer sin contraste

Problemas con la administración del contraste iodado



Mediastinitis procedente del cuello.

Rara pero con mortalidad muy alta

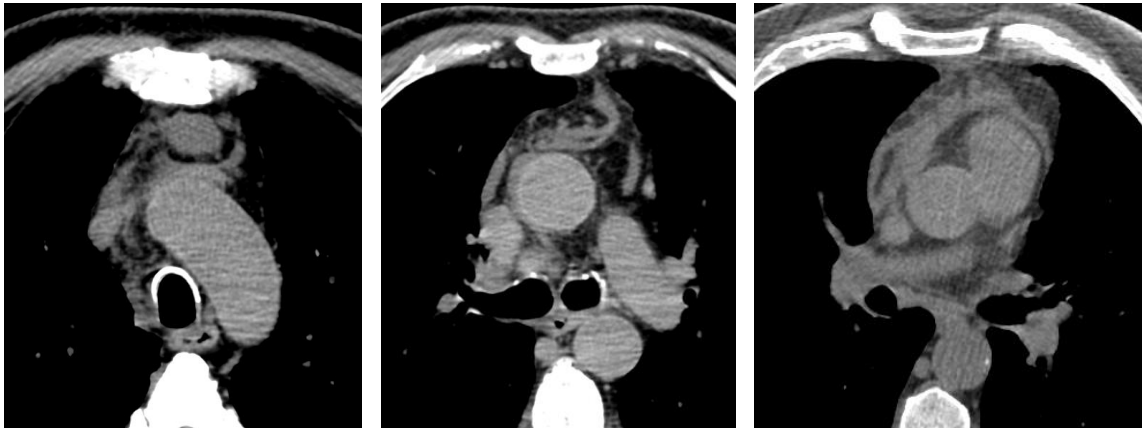
Hallazgos:

Colecciones

Aumento de atenuación de la grasa

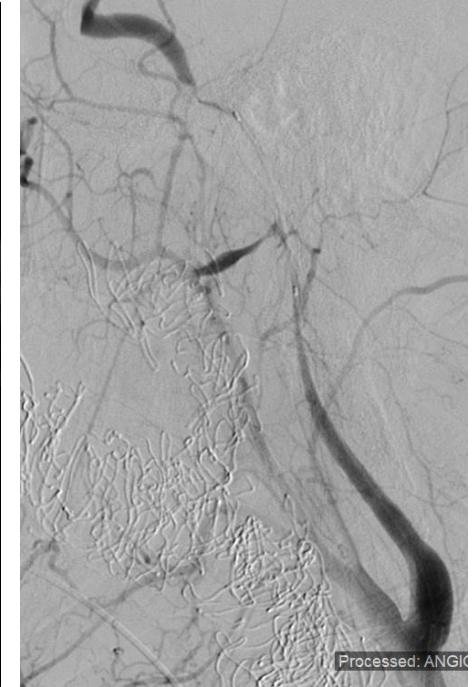
Gas

Derrame pericárdico o pleural



¿Complicaciones?

- Extensión mediastínica
- Arteriales
- Sistema venoso
- Vía aérea



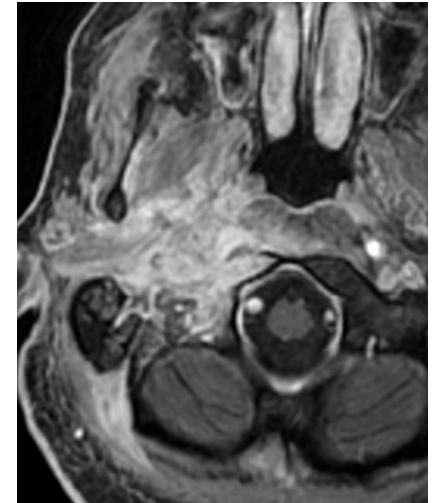
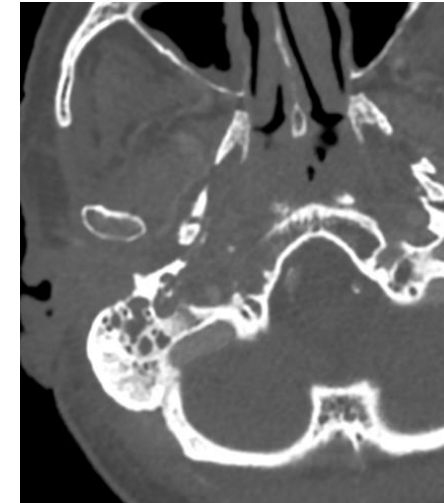
Causas de rotura arterial no traumática:

Necrosis tisular tras Radioterapia
Infiltración por tumor
Infecciones

Urgencias no traumáticas de cabeza y cuello: puntos clave

Complicaciones arteriales:

Rotura
Pseudoaneurisma
Fístulas arteriovenosa
Obstrucción

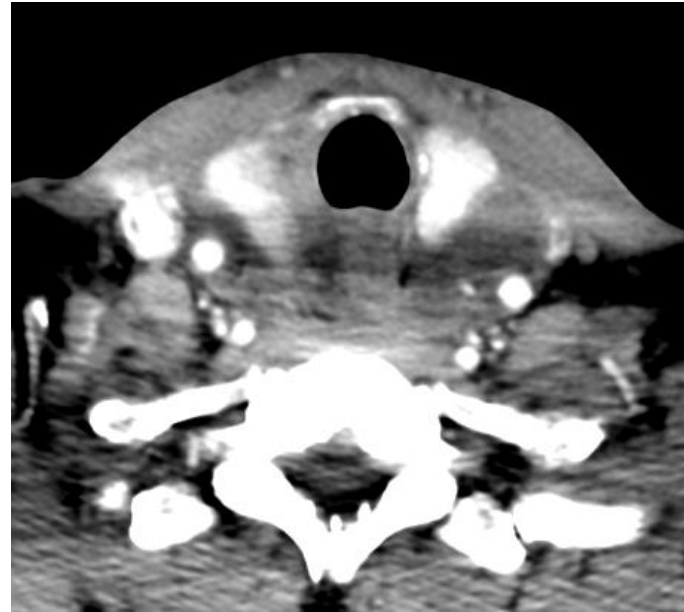


Caso A: fístula arteriovenosa

Caso B: Otitis necrotizante

¿Complicaciones?

- Extensión mediastínica
- Arteriales
- Sistema venoso
- Vía aérea



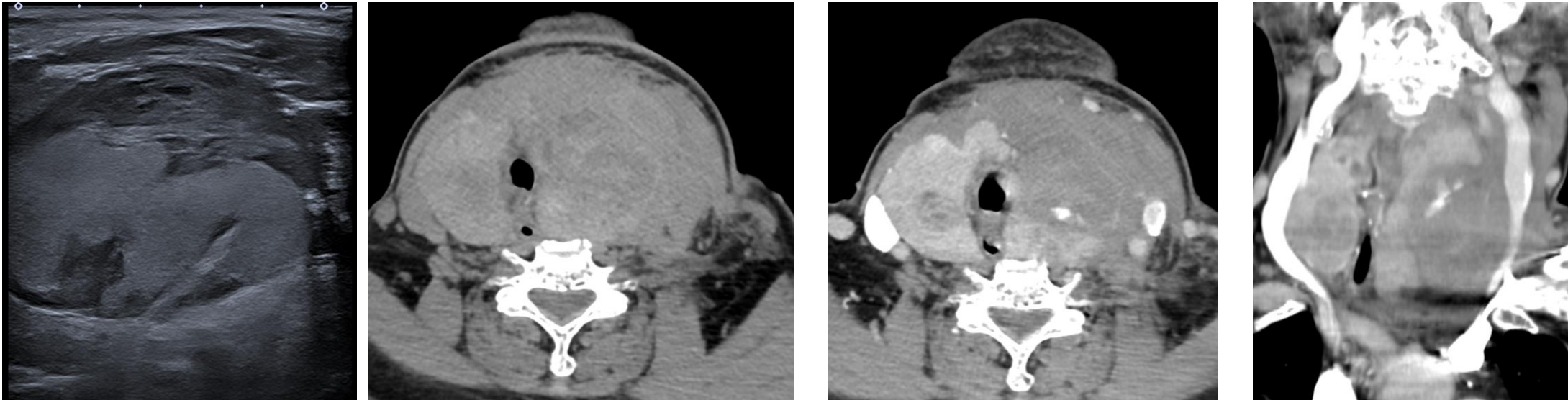
Yugular interna



Vía aérea

Urgencias no traumáticas de cabeza y cuello: puntos clave

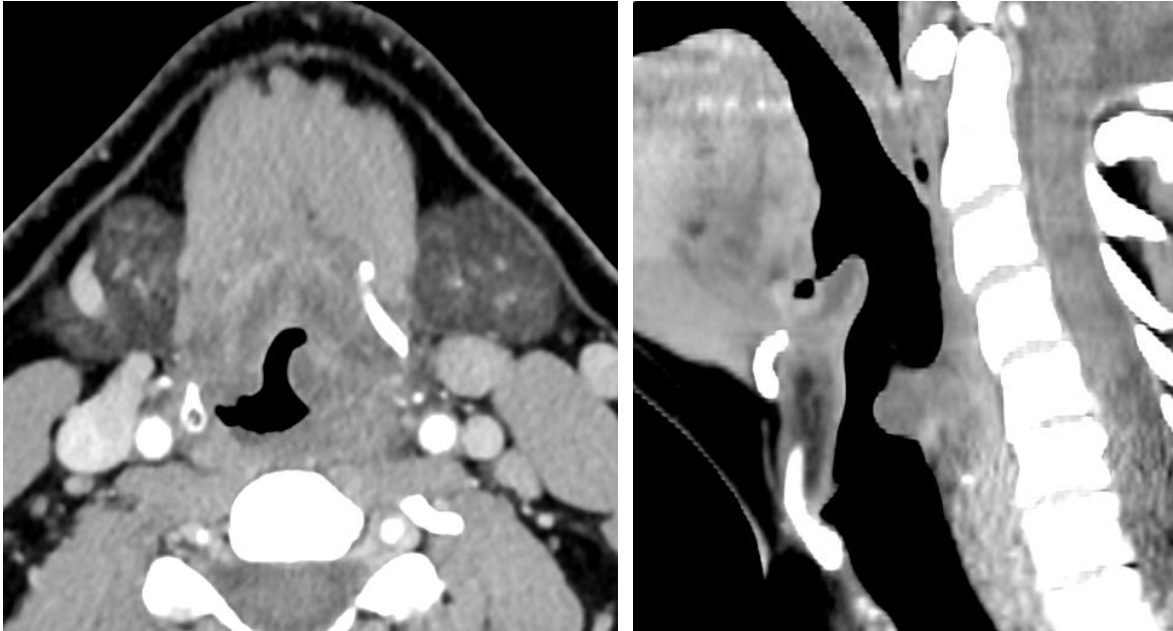
Caso : Eco cuello. Paciente con bocio, aumento del perímetro del cuello y disnea súbita. Toma anticoagulantes.



Bocio con sangrado activo

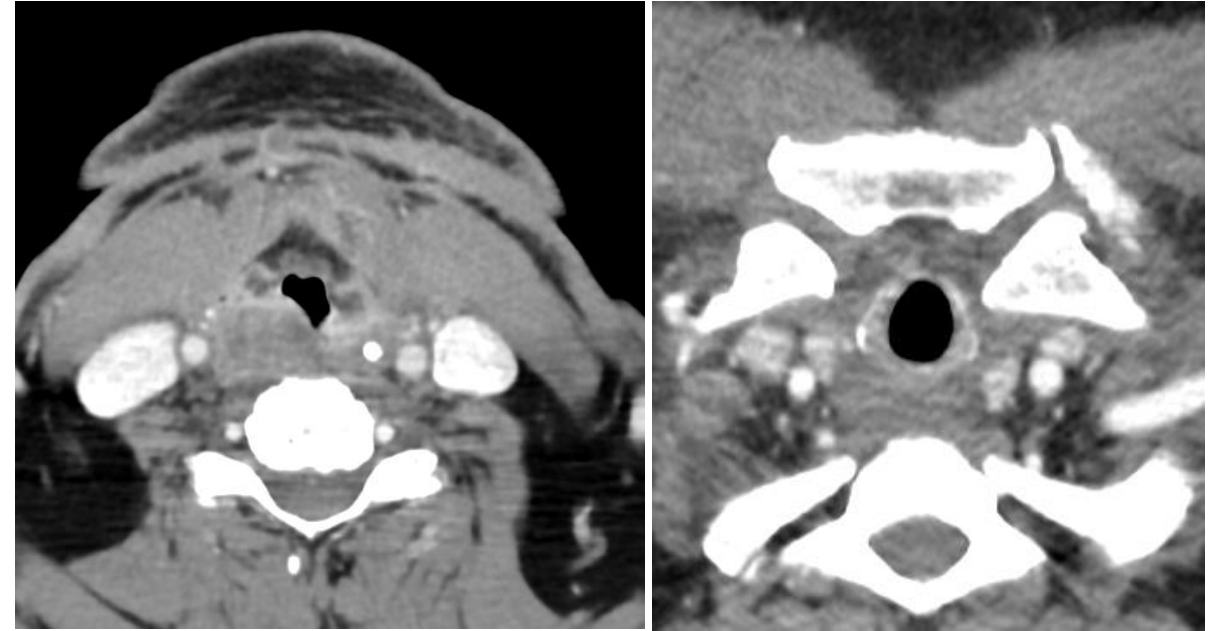
Urgencias no traumáticas de cabeza y cuello: puntos clave

Caso : TC cuello. Paciente de 42 años con fiebre, disfonía, ESTRIDOR, leucocitosis.



Epiglotitis de adulto. Es una supraglotitis

Caso : TC cuello. Paciente de 67 años edema en cara y cuello. Disfagia. Escasa dificultad respiratoria. Afebril. Descartar síndrome de vena cava superior



Angioedema, asociado a la toma IECA

Flemón vs absceso

Flemón: tejido con baja atenuación pero sin captación periférica.



Absceso: colección con captación periférica. Gas intralesional.

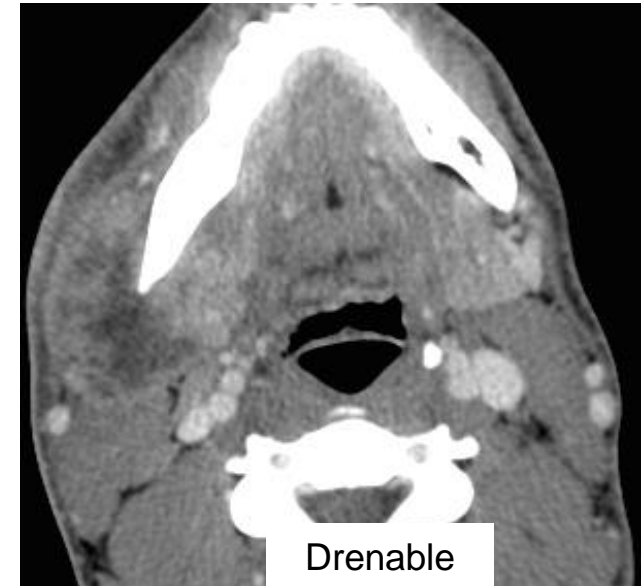
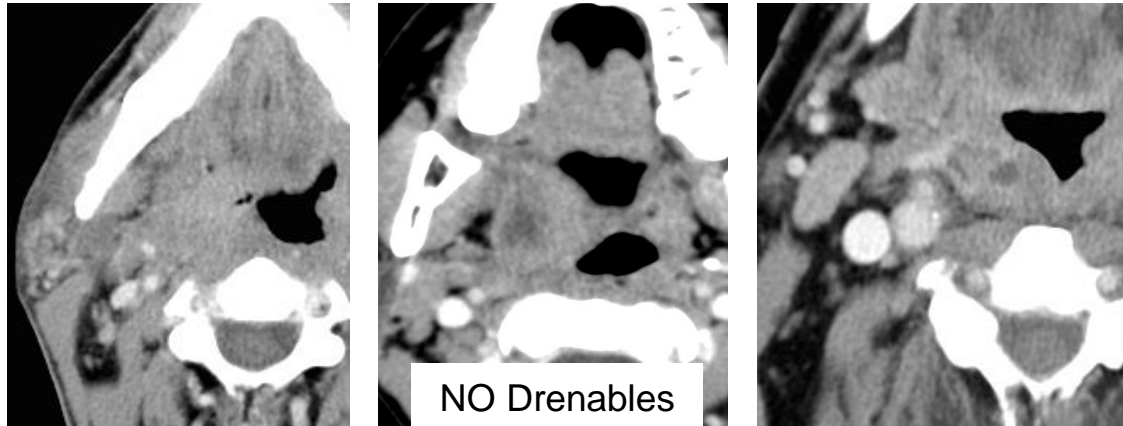


- Flemón – Absceso. **Objetivo** de las técnicas de imagen

Flemón vs absceso

Diagnóstico: Absceso

- VPP del TC 71-83% . *RM 95%*
- VPN elevado. Excluye absceso
- Falsos positivos, la mayoría en <3,5cm



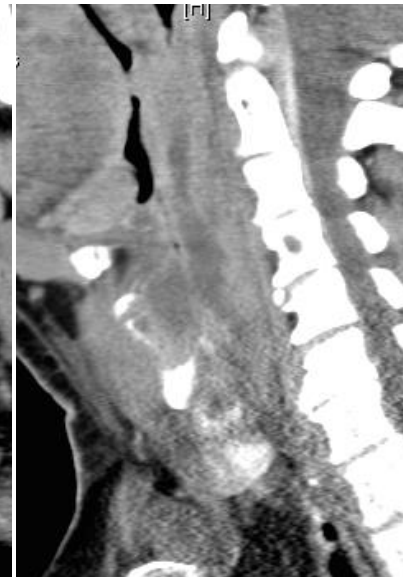
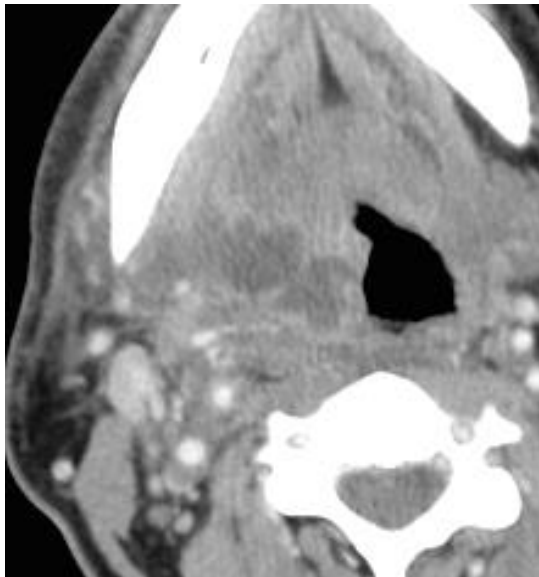
¿Es drenable?

Factores radiológicos predictores :

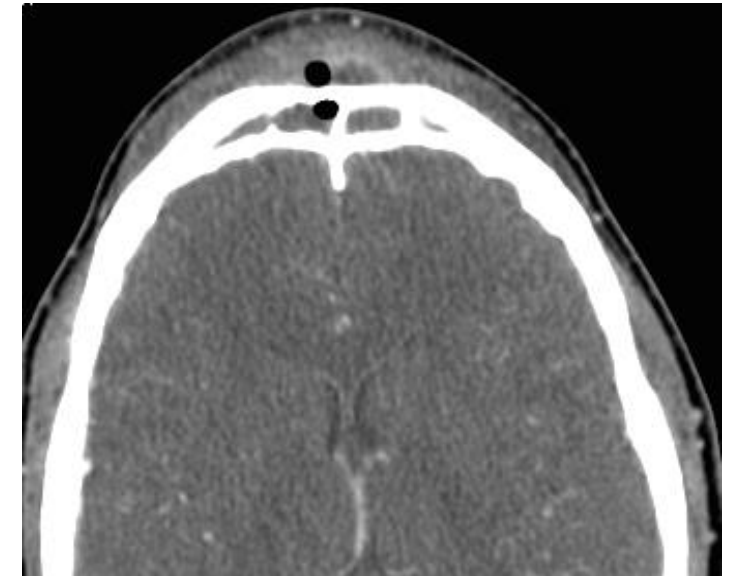
Colecciones > 3,5cm

Colecciones en más de un espacio

Colecciones extensión vertical



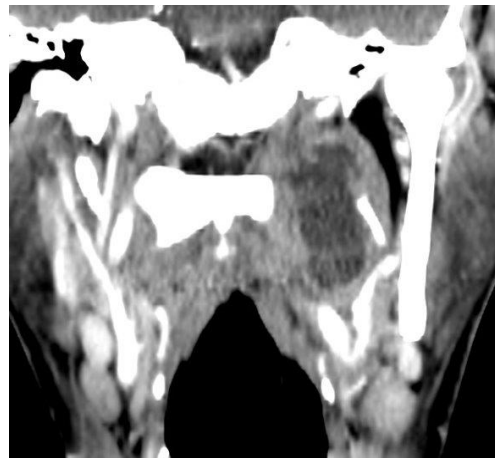
Indicación clínica



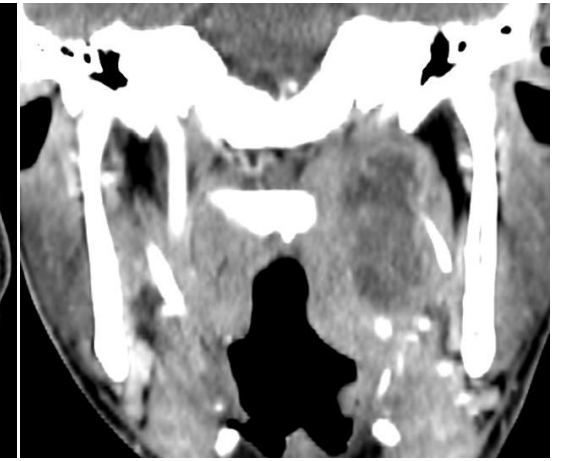
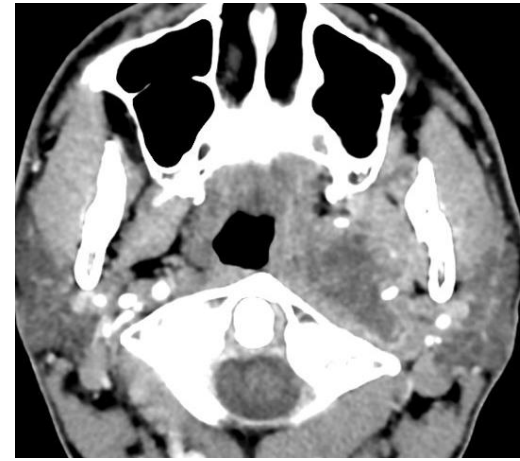
Infección vs tumor

No es raro en Urgencias. Más frecuentes en la vía aérea y digestiva alta. Curso clínico diferente pero..... plantea problemas

Caso: TC de cuello 3-4-2020. faringoamigdalitis con fiebre y abombamiento de la pared faríngea izquierda.



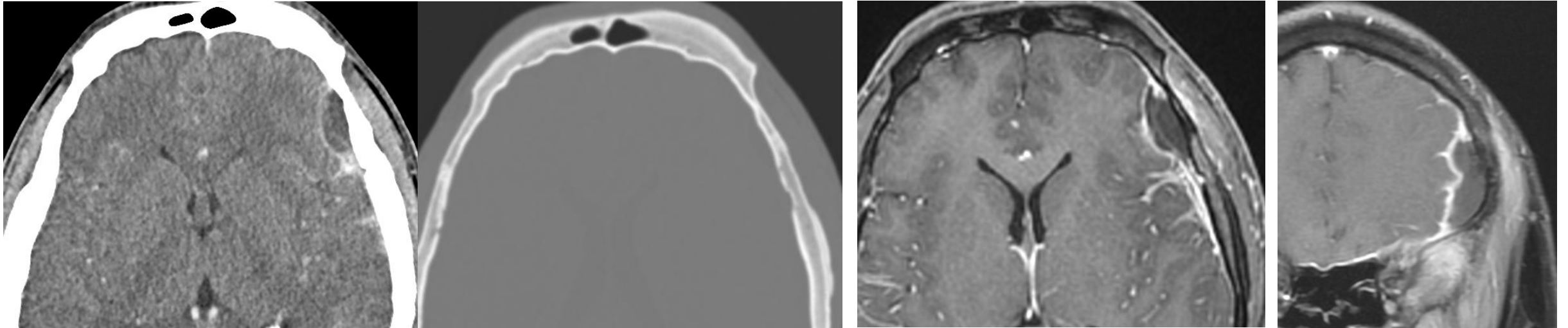
Infección vs tumor: Considerar como primera opción, la infección.
Evolución más rápida a la complicación



Infección recurrente: reevaluar el caso
Considerar la biopsia

¡¡NO BAJAR LA GUARDIA!!

Caso : 24 años, absceso en cuero cabelludo ya resuelto. Fiebre, somnolencia y convulsión.



Urgencias no traumáticas de cabeza y cuello: puntos clave

Entender la anatomía

Realizar el estudio de TC con contraste intravenoso

Incluir el estudio **cerebral y/o mediastino**

Adquisición volumétrica que permite reprocesar

Localización, extensión y origen

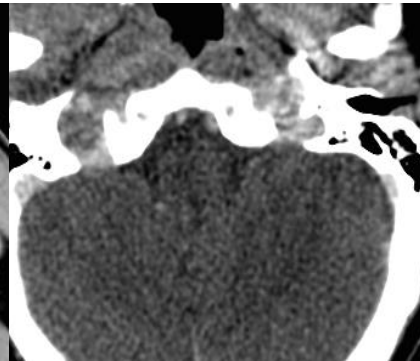
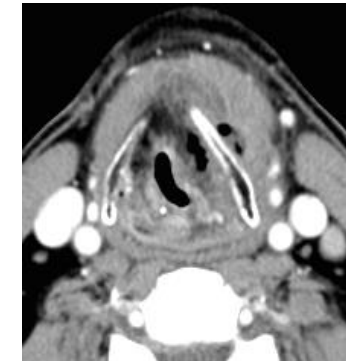
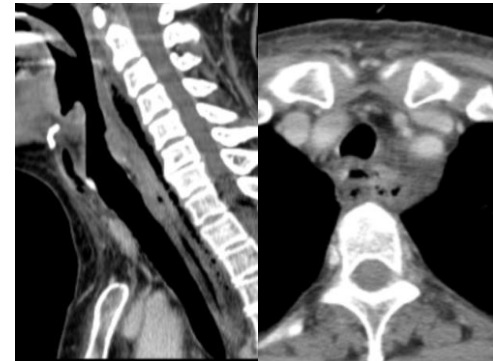
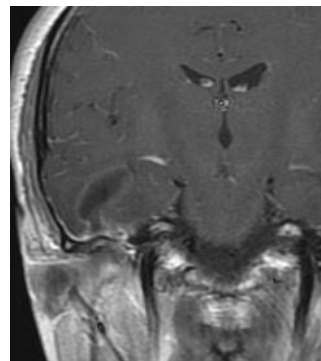
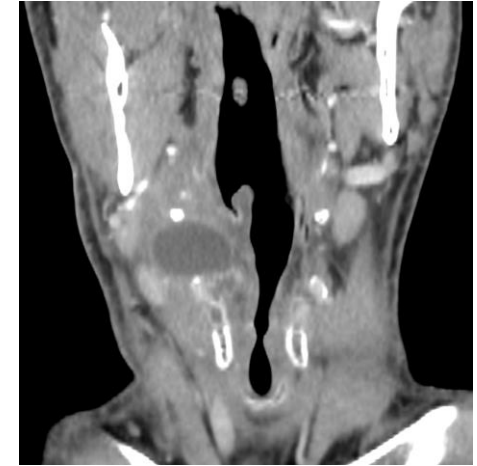
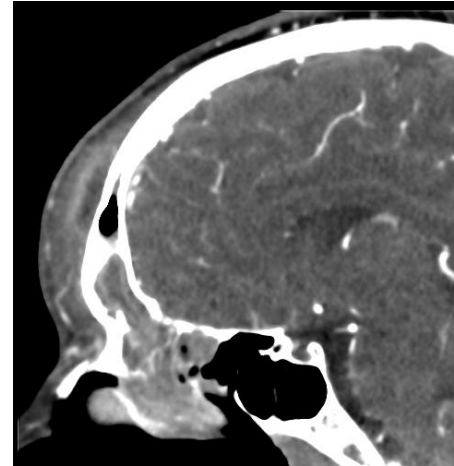
Atentos a potenciales **complicaciones**:

Intracraneales o mediastínicas.

Vía aérea

Vasculares: venas o arterias

Completar con RM, si es necesario.



CT of the Neck: Image Analysis and Reporting in the Emergency Setting

Alain Cunqueiro, MD
William A. Gomes, MD, PhD
Peter Lee, MD
R. Joshua Dym, MD
Meir H. Scheinfeld, MD, PhD

Abbreviations: EAC = external auditory canal,
PTA = peritonsillar abscess

RadioGraphics 2019; 39:1760–1781

Interpreting findings seen at CT of the neck is challenging owing to the complex and nuanced anatomy of the neck, which contains multiple organ systems in a relatively small area. In the emergency department setting, CT is performed to investigate acute infectious or inflammatory symptoms and chronic processes. With few exceptions, neck CT should be performed with intravenous contrast material, which accentuates abnormally enhancing phlegmonous and neoplastic tissues and can be used to delineate any abscesses

Emergency Imaging Assessment of Acute, Non-traumatic Conditions of the Head and Neck¹

CME FEATURE

See www.rna.org/education/rig_cme.html

Erin Frankie Capps, MD • James J. Kinsella, MD • Manu Gupta, MD
Amol Madhav Bhatki, MD • Michael Jeffrey Opatowsky, MD

Patients often present to the emergency department with a wide variety of nontraumatic infectious, inflammatory, and neoplastic conditions

Nontraumatic Head and Neck Emergencies

Shervin Kamalian, MD, MSc
Laura Avery, MD
Michael H. Lev, MD
Pamela W. Schaefer, MD
Hugh D. Curtin, MD
Shahmir Kamalian, MD

Abbreviation: ACE = angiotensin-converting enzyme

RadioGraphics 2019; 39:1808–1823

Head and neck imaging is an intimidating subject for many radiologists because of the complex anatomy and potentially serious consequences of delayed or improper diagnosis of the diverse abnormalities involving this region. The purpose of this article is to help radiologists to understand the intricate anatomy of the head and neck and to review the imaging appearances of a variety of nontraumatic head and neck conditions that bring patients to the emergency department, including acute infectious and inflammatory diseases and acute complications of head and neck neoplasms.

Radiologia. 2016;58(5):329–342

seram
Sociedad Española de Radiología Médica

RADIOLOGÍA

www.elsevier.es/rx

ACTUALIZACIÓN

Urgencias no traumáticas de cabeza y cuello. Aproximación desde la clínica. Parte 1: tumefacción cervicofacial, disfagia y disnea

B. Brea Álvarez*, M. Tuñón Gómez, L. Esteban García, C.Y. García Hidalgo y R.M. Ruiz Peralbo

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid, España

ACTUALIZACIÓN

Urgencias no traumáticas de cabeza y cuello: aproximación desde la clínica. Parte 2

B. Brea Álvarez*, L. Esteban García, M. Tuñón Gómez y Y. Cepeda Ibarra

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

Imaging of Head and Neck Emergencies

Justin L. Brucker, MD, Lindell R. Gentry, MD*

Radiol Clin N Am 53 (2015) 215–252

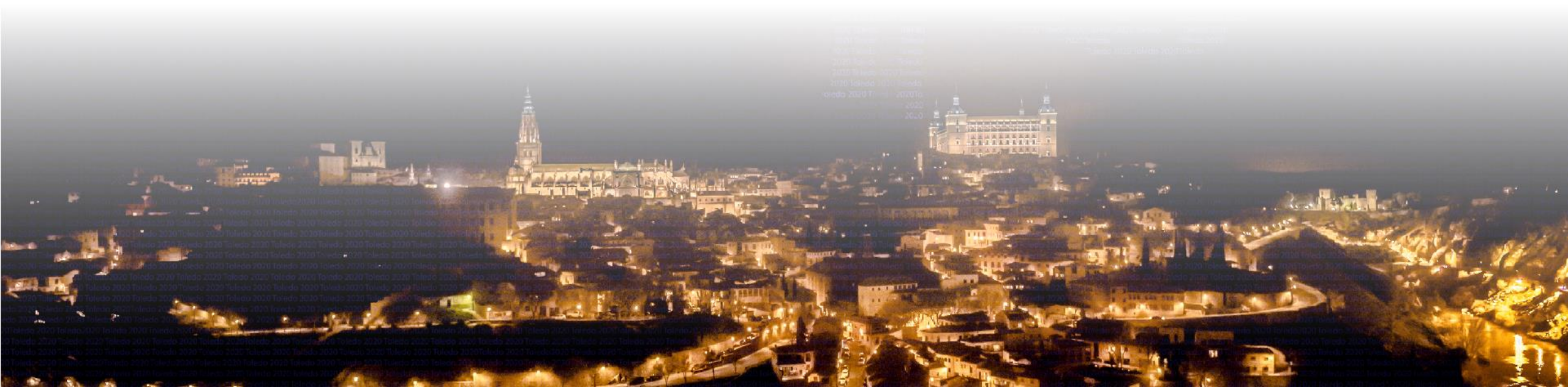
Imaging of Acute Head and Neck Infections

Aldo Gonzalez-Beicos, MD, Diego Nunez, MD, MPH*

Radiol Clin N Am 50 (2012) 73–83

Urgencias no traumáticas de cabeza y cuello: puntos clave

Pregunta



Señale la afirmación falsa

En el estudio de la otomastoiditis aguda en urgencias

1. Es necesario administrar contraste intravenoso
2. Las complicaciones intracraneales precisan de afectación ósea
3. La tromboflebitis de los senos es posible aunque rara
4. Si hay sospecha clínica de complicación intracraneal debe hacerse RM aún con TC con contraste normal

Señale la afirmación falsa

En el estudio de la otomastoiditis aguda

1. Es necesario administrar contraste intravenoso
2. **Las complicaciones intracraneales precisan de afectación ósea**
3. La tromboflebitis de los senos es posible aunque rara
4. Si hay sospecha clínica de complicación intracraneal debe hacerse RM aún con TC con contraste normal