

Diagnóstico diferencial de las masas cervicales

A. Plaza-Martínez, I. Martínez-Perelló, B. Al-Raies Bolaños,
J.L. Briones-Estébanez, C. Martínez-Parreño, V.A. Sala-Almoacil,
J.M. Zaragoza-García, A. Torres-Blanco, I. Crespo-Moreno,
J.I. Blanes-Mompó, F.J. Gómez-Palónés, E. Ortiz-Monzón

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS MASAS CERVICALES

Resumen. Introducción. Algunas patologías vasculares se manifiestan como masas cervicales (tumores de glomo, aneurismas o elongaciones carotídeas) que requieren un diagnóstico diferencial con masas de otras características. Casos clínicos. Se presentan dos casos correspondientes a confusiones diagnósticas de la naturaleza de la masa cervical, a pesar de haberse estudiado preoperatoriamente de forma completa. El primer caso es un varón de 52 años en el que se realizó el diagnóstico intraoperatorio de aneurisma de la arteria carótida interna en el transcurso de una intervención para extirpar una supuesta adenopatía cervical. En el estudio preoperatorio se realizó una ecografía, una tomografía computarizada (TC) sin contraste e incluso la punción de la masa. Se procedió a la resección del aneurisma y la interposición de un segmento de vena safena carotidocarotídeo, sin complicaciones postoperatorias. El segundo caso es una mujer de 42 años, en la que se realizó el diagnóstico histológico de metástasis cervical de un carcinoma de tiroides al estudiar la pieza de un supuesto tumor de glomo carotídeo que dependía del nervio vago. El estudio preoperatorio incluyó la realización de una ecografía, una resonancia magnética cervical e incluso una arteriografía. En el estudio de extensión se realizó una TC cervical que evidenció una glándula tiroidea heterogénea y adenopatías cervicales bilaterales, por lo que se realizó una tiroidectomía total con vaciamiento funcional bilateral. Conclusiones. Las masas cervicales requieren la realización de varias pruebas tras las cuales se suele llegar al diagnóstico correcto. Sin embargo, en ocasiones se puede producir una confusión diagnóstica y someter al paciente a riesgos potencialmente graves. [ANGIOLOGÍA 2007; 59: 325-32]

Palabras clave. Diagnóstico diferencial. Neoplasias cervicales.

Introducción

El algoritmo diagnóstico ante la presencia de una masa cervical es claro y seguirlo implica una actuación correcta. Estos protocolos incluyen la realiza-

ción de pruebas de imagen –ecografía, tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM), arteriografía, gammagrafía–, que suelen dar el diagnóstico preciso de la naturaleza de la masa y permiten planificar un tratamiento quirúrgico correcto [1]. Sin embargo, hay casos en los que, a pesar de seguir este algoritmo, no se diagnostica de forma correcta el origen de la masa cervical y se puede exponer al paciente a consecuencias potencialmente graves.

Aquí se describen dos casos clínicos en los que, a pesar de haber seguido el algoritmo diagnóstico y terapéutico, los hallazgos macroscópicos intraoperatorio-

Aceptado tras revisión externa: 09.07.07.

Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia, España.

Correspondencia: Dr. Ángel Plaza Martínez. Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Universitario Doctor Peset. Gaspar Aguilar, 90. E-46017 Valencia. Fax: +34 963 987 519. E-mail: plaza_ang@gva.es

© 2007, ANGIOLOGÍA

rios o microscópicos postoperatorios cambiaron el diagnóstico y el tratamiento, y descubrieron anomalías en el manejo de esta patología.

Casos clínicos

Caso 1

Varón de 52 años en el que se realizó el diagnóstico intraoperatorio de aneurisma de la arteria carótida interna derecha en el transcurso de una intervención para extirpar una hipotética adenopatía cervical (Fig. 1). Se procedió a la resección del aneurisma y la interposición de un segmento de vena safena desde la carótida primitiva hasta la carótida interna distal, sin complicaciones postoperatorias. Los detalles técnicos más relevantes fueron la realización con anestesia general (ya estaba anestesiado para la resección de la supuesta adenopatía), la sección del músculo digástrico, el control de los nervios hipogloso, facial y vago derechos, el control de la carótida interna distal al aneurisma, la heparinización sistémica, la resección del aneurisma con sección de la carótida interna y medición de la presión arterial media de reflujo del muñón carotídeo (que fue de 60 mmHg, por lo que no se utilizó un *shunt*), 40 minutos de clampaje carotídeo y el despertar sin focalidad neurológica.

El paciente presentaba los siguientes antecedentes patológicos: ex adicción a drogas por vía parenteral, tabaquismo importante, hipertensión arterial, enfermedad por reflujo gastroesofágico, úlcera duodenal, poliquistosis hepatorrenal, hepatopatía crónica por virus C y diverticulosis del colon. La única sintomatología vascular referida era la presencia de una claudicación gluteocruromelar invalidante, por obstrucción aortoiliaca bilateral. Consultó previamente a otro servicio por haberse notado la presencia de una masa cervical lateral derecha desde unos meses antes a la consulta, no dolorosa al tacto, sin pulso (aunque no consta la presencia de frémito), próxima a las estructuras vasculares, fija a planos profundos y

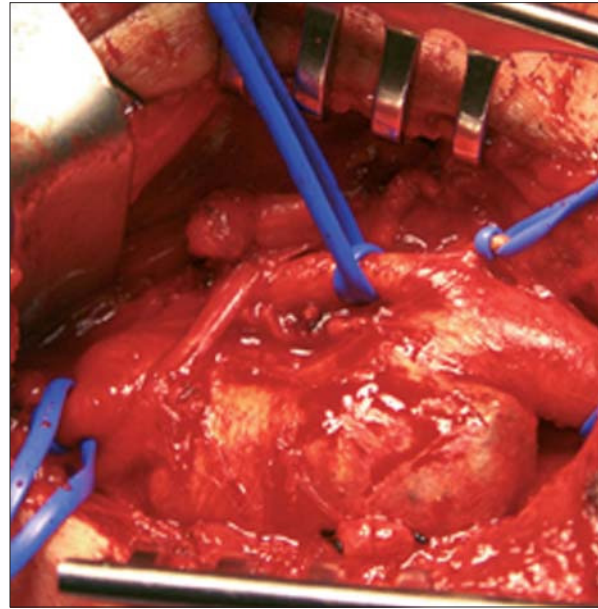


Figura 1. Imagen intraoperatoria: aneurisma de la arteria carótida interna derecha, que sobresale el nervio hipogloso.

con la sospecha de adenopatía cervical. Se realizó una TC cervical sin contraste que informó de la presencia de una ‘tumoración sólida en íntimo contacto con la arteria carótida’ (Fig. 2). También se realizó una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de la masa y el estudio histológico del material extraído se informó como ‘material inespecífico compatible con una adenopatía necrosada’.

El postoperatorio transcurrió de forma correcta, la estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) fue de 24 horas y el paciente fue dado de alta hospitalaria a las 72 horas de la intervención, asintomático, sin focalidad neurológica y con el injerto permeable comprobado mediante un eco-Doppler carotídeo.

El estudio anatomopatológico de la masa se informó como un ‘aneurisma verdadero de la arteria carótida interna con cambios degenerativos de la pared y trombo en varias fases de evolución’. El estudio microbiológico fue negativo. Por ello, se diagnosticó como un aneurisma arteriosclerótico degenerativo de la carótida interna derecha.

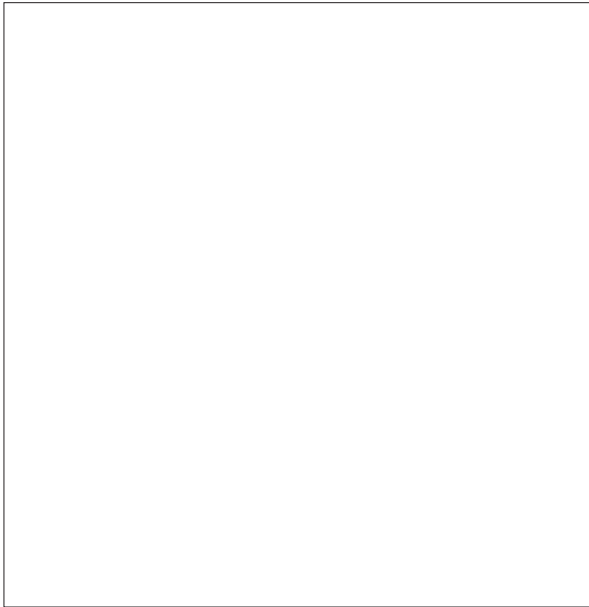


Figura 2. Tomografía computarizada cervical sin contraste, informada como 'tumoración sólida en íntimo contacto con la arteria carótida' (flechas).

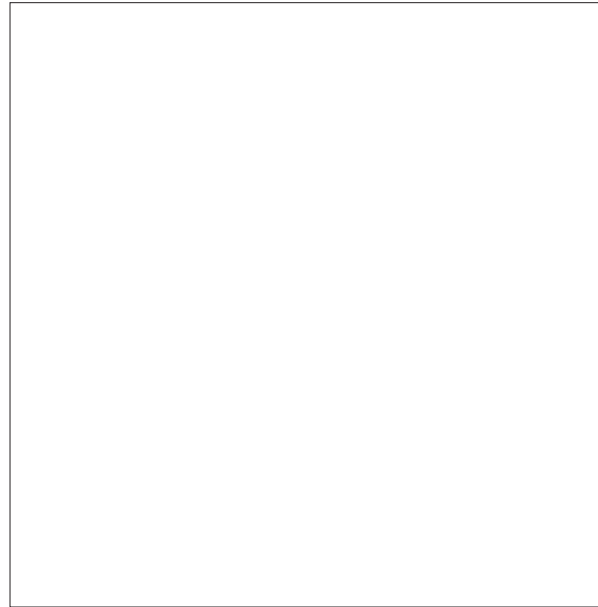


Figura 3. Angiorresonancia magnética cervical: masa cervical posterior a la carótida primitiva compatible con paraganglioma dependiente del vago (flecha).

Ya de forma ambulatoria, se descartó la presencia de aneurismas en otras localizaciones (de la aorta torácica o abdominal, de las poplíteas o de la carótida izquierda) y se comprobó la permeabilidad del injerto carotidocarotídeo mediante eco-Doppler.

Caso 2

Mujer de 42 años de edad, remitida desde otro centro por la presencia de una masa laterocervical derecha palpable y visible, de crecimiento progresivo y de años de evolución, indurada y fija a planos profundos, sin soplos ni frémito, ya diagnosticada como paraganglioma del nervio vago derecho. La paciente no presentaba antecedentes de interés y no mostraba una sintomatología compatible con un tumor productor de hormonas. Los estudios realizados incluyeron una RM y una angiorresonancia (angio-RM) cervicales (Fig. 3) que mostraron la presencia de una masa de 40 × 35 mm, posterior a la carótida primitiva derecha, con desplazamiento anterior y medial de ésta, muy vascularizada y compatible con un paragan-

glioma dependiente del nervio vago derecho. En el lado izquierdo también se apreciaba una masa de 20 × 20 mm de las mismas características. El estudio hormonal (concentración de catecolaminas en sangre y de sus metabolitos en la orina de 24 horas) fue negativo.

Preoperatoriamente, el día antes de la intervención se realizó una arteriografía selectiva de la carótida derecha que corroboró la hipervascularización de la masa, dependiente de ramas de la arteria tiroidea superior y de la carótida externa, y se procedió a la embolización de esas ramas nutrientes del tumor para reducir la pérdida hemática durante la intervención. Intraoperatoriamente se apreció una tumoración hipervascularizada, dura, que se nutría a partir de ramas de la arteria tiroidea superior y que no dependía ni de la carótida ni del nervio vago, a los que rechazaba (Fig. 4). Se ligaron las arterias nutricias y se resecó el tumor. Se envió toda la pieza a anatomía patológica. La recuperación postoperatoria fue satisfactoria, la paciente fue dada de alta tras un día de es-

tancia en la UCI y dos en total, asintomática, con la herida cicatrizando por primera intención y sin complicaciones locales o sistémicas.

El estudio anatomopatológico de la tumoración reveló que se trataba de una metástasis ganglionar de un carcinoma papilar de tiroides. Se completó el estudio con una TC cervical, que informó de un tiroides heterogéneo, con adenopatías cervicales bilaterales sospechosas de nuevas metástasis ganglionares.

La paciente fue nuevamente intervenida por el servicio de otorrinolaringología y se le practicó una tiroidectomía total con vaciamiento cervical ganglionar funcional bilateral. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, con alta al cuarto día postoperatorio y sin complicaciones.

El estudio anatomopatológico definitivo confirmó el hallazgo previo, con tres focos de carcinoma papilar en el tiroides extirpado y metástasis en ocho de las 35 adenopatías resecaadas. La paciente se encuentra, nueve meses después de la cirugía oncológica, con tratamiento sustitutivo de la función tiroidea y sin evidencia clínica ni por TC de recidiva de la enfermedad.

Discusión

La presencia de una masa cervical como motivo de consulta en atención primaria o especializada es muy frecuente. Existen algoritmos diagnósticos precisos y detallados que permiten diferenciar la etiología benigna o maligna de la masa según los datos de la historia clínica, la exploración física y exploraciones complementarias, asequibles en la mayoría de los hospitales (TC, ecografía, gammagrafía, PAAF) [1, 2]. Hasta un 60% de las tumoraciones cervicales en pacientes mayores de 40 años es resultado de una neoplasia maligna, habitualmente por metástasis de adenocarcinomas o linfomas [2]. Siguiendo el algoritmo es difícil llegar a una confusión diagnóstica, aun sabiendo que en muchos casos el diagnóstico de-

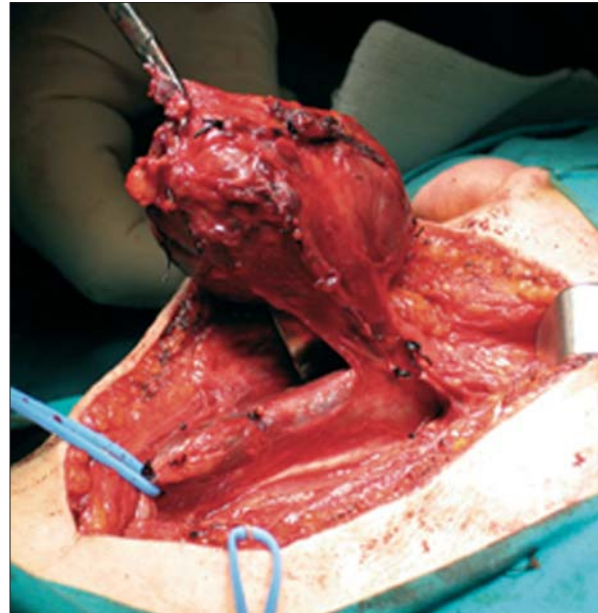


Figura 4. Imagen intraoperatoria: tumoración cervical anterior a la vena yugular interna.

finitivo es anatomopatológico tras resecaar completamente la masa cervical y como consecuencia de éste es frecuente tener que estudiar otras zonas cervicales o extracervicales para llegar a la lesión inicial fuente de la metástasis, como ha ocurrido en nuestro segundo caso clínico.

Sin embargo, una confusión diagnóstica puede exponer al paciente a unos riesgos potencialmente graves (en nuestro primer caso, una hemorragia al realizar la PAAF, una sección accidental de la carótida con hemorragia intraoperatoria, la ligadura accidental de la carótida con un ictus intraoperatorio) o retrasar el tratamiento definitivo de una neoplasia maligna (en nuestro segundo caso, un carcinoma papilar de tiroides). Ambos casos presentan en común el haber realizado las pruebas consecuentes con el diagnóstico preoperatorio de sospecha; sin embargo, la confusión puede encontrarse a la hora de realizar una correcta anamnesis y exploración cervical, y estar todo el proceso viciado desde el origen. Todos los algoritmos diagnósticos comienzan con las características

del paciente (edad, existencia de hábitos tóxicos o consumo habitual de fármacos, modo de presentación de la masa cervical, antecedentes familiares de lesiones cervicales similares, episodios de infección y drenaje de material purulento, dolor local y crecimiento de la masa) y la exploración física cervical (tamaño, consistencia, dolor a la palpación, forma de la masa y de sus límites, adherencia a planos profundos, latido, frémito y presencia de fístulas cutáneas) y extracervical (cavidad oral, fosas nasales, faringe, laringe y tórax). Con ello se realiza un diagnóstico de sospecha de la naturaleza benigna o maligna y del origen de la masa, que se confirma con las pruebas de imagen oportunas (ecografía, TC, RM, arteriografía y PAAF). A menudo es necesario reseca la masa y estudiarla desde el punto de vista histológico para conocer realmente de qué se trata [1,2]. Según lo anteriormente expuesto, en el primer caso de ellos hubiera sido más correcto realizar una TC cervical con contraste, que hubiera valorado la dependencia de la masa de la arteria carótida interna; la PAAF, como se ha manifestado anteriormente, no estaba indicada y sometió al paciente a un riesgo de sangrado arterial. En el segundo caso, se debería haber realizado un estudio cervical completo con RM o, mejor aún, con TC con contraste antes del tratamiento.

Al hacer una revisión en Medline no se ha encontrado ni un solo trabajo que refiera confusiones diagnósticas similares a las descritas en el presente artículo, seguramente no porque no se produzcan, sino porque se tiende a infracomunicar estos casos contrarios. Sin embargo, nos parece muy interesante exponer los motivos de confusión en el diagnóstico de estos pacientes como motivo de aprendizaje. Además, en ninguno de los casos esta confusión diagnóstica trajo consecuencias para los pacientes, aunque sí los sometió a riesgos innecesarios.

Las adenopatías cervicales [1,2] son muy frecuentes. Se suelen asociar a procesos inflamatorios e infecciosos de las zonas vecinas al cuello (área otorrinolaringológica o boca), ya que el drenaje linfático de

estas zonas confluye a nivel cervical; de hecho se considera que la adenitis cervical es la causa más frecuente de masas cervicales de características inflamatorias. Sin embargo, si el paciente tiene más de 45 años y/o presenta ciertos factores de riesgo (tabaquismo, alcoholismo, presencia de una boca séptica o historia familiar de cáncer de cabeza y cuello), se debe pensar en un origen maligno de la masa cervical, bien primario (sobre todo linfomas) o bien metastático de un primario conocido o no en la cabeza y el cuello. A menudo es imprescindible reseca la adenopatía para su análisis histopatológico y conocer su naturaleza.

Los aneurismas de la arteria carótida extracranial, a diferencia de las adenopatías cervicales, son extremadamente infrecuentes [3,4]. Se considera que suponen entre el 0,5 y el 1% de todos los aneurismas y el 4% de los aneurismas periféricos. Afectan por orden de frecuencia descendente a la carótida primitiva, al bulbo carotídeo y, finalmente, a la carótida interna distal. Pueden ser bilaterales y con frecuencia se asocian a aneurismas de otras localizaciones (aórticos o periféricos). Su etiología más frecuente es la arteriosclerótica degenerativa, que corresponde hasta al 70% de los aneurismas, aunque también se han descrito casos de etiología traumática (entonces son falsos aneurismas, como los producidos tras una endarterectomía carotídea o por traumatismos cervicales cerrados), por debilidad intrínseca de la pared (displasia fibromuscular, necrosis quística de la capa media o síndrome de Marfan) o infecciosos (también son falsos aneurismas, por rotura de las capas íntima y media del vaso). Suelen ser totalmente asintomáticos y sólo se reconocen por la presencia de una masa laterocervical, por debajo del ángulo de la mandíbula, profunda y adherida, que late y expande. Sin embargo en algunos casos el diagnóstico se hace mediante un estudio de eco-Doppler de troncos supraaórticos debido a la presencia de clínica neurológica por embolización cerebral o por compresión de nervios vecinos (facial, recurrente laríngeo, glossofaríngeo o hipogloso) [5,6]; su rotura es excepcional pero

muy grave, por producir una hemorragia muchas veces fatal o un hematoma cervical a tensión que puede comprimir la vía aérea [3]. El diagnóstico se confirma con una TC cervical con contraste o una RM cervical y para planificar un adecuado tratamiento quirúrgico o endovascular se requiere la realización de una arteriografía o una angio-RM [4]. El tratamiento puede ser conservador, mediante el uso de fármacos antiagregantes, anticoagulantes e incluso antibióticos, aunque los resultados de este tratamiento son nefastos, con unas tasas de mortalidad entre el 60 y el 70%, y de incidencia de ictus incapacitante de más del 50% [7]. Por ello, cuando los aneurismas carotídeos han producido síntomas o son mayores de 2 cm, aunque sean asintomáticos, se debe considerar la realización de un tratamiento quirúrgico. Las estrategias quirúrgicas deben tener en cuenta no sólo el tamaño del aneurisma, sino también su localización, su extensión proximal y distal, su etiología y el estado de la circulación colateral proveniente fundamentalmente de la carótida contralateral. Entre las estrategias quirúrgicas utilizadas destacan la ligadura simple de la carótida (en casos de aneurismas micóticos, aneurismas que se extiendan distalmente hasta zonas incontrolables o aneurismas que produzcan una hemorragia incoercible), que se acompaña de tasas de mortalidad postoperatoria cercanas al 50% y de ictus incapacitante de prácticamente el 100%. Por ello, la técnica preferida es la resección del aneurisma y la restauración del flujo sanguíneo carotídeo mediante una sutura terminoterminal si la carótida está elongada o mediante un injerto habitualmente venoso (como en nuestro caso) o de politetrafluoroetileno expandido (PTFE); estas técnicas se asocian con una tasa de lesión de pares craneales (hipogloso, facial, glossofaríngeo o recurrente laríngeo) superiores al 15% de los casos por la extensión del aneurisma y la disección anatómica de la zona [4]. Recientemente se han introducido soluciones endovasculares como alternativa al tratamiento quirúrgico convencional; se trata de excluir el aneurisma mediante endopróte-

sis cubiertas y dispositivos de protección cerebral o bien de embolizar con *coils* el saco aneurismático (con indicaciones similares a las descritas para la revascularización quirúrgica convencional y para la ligadura, respectivamente) [8]. Estas técnicas presentan la ventaja de poder realizarse mediante anestesia local en el sitio de punción arterial y evitan las lesiones de los pares craneales que se pueden producir durante la cirugía abierta, aunque presentan la limitación de requerir una infraestructura logística y de recursos humanos disponible para actuar en situaciones de urgencia, como en nuestro primer caso. Además, al haber poca experiencia mundial con estos dispositivos y su comportamiento a medio plazo, estas técnicas aún se consideran una alternativa al tratamiento quirúrgico tradicional.

Los paragangliomas cervicales [9-11] también son tumores infrecuentes que se originan del tejido ectodérmico de la cresta neural embrionaria. Pueden originarse a partir del tejido neural del glomo carotídeo, yugular, vagal o timpánico. Los más frecuentes son los derivados del cuerpo carotídeo, mientras que los derivados del glomo vagal constituyen alrededor del 3% de los paragangliomas cervicales. Como se originan de tejido de la cresta neural, pueden secretar catecolaminas (igual que lo hacen los feocromocitomas), aunque sólo alrededor del 1% de los paragangliomas cervicales son secretores. Suelen ser únicos, aunque en aproximadamente el 10% de los casos esporádicos y entre el 30 y el 40% de los casos familiares son múltiples. Más del 95% benignos, con un crecimiento local lento, aunque hasta un 5% de estos tumores pueden ser malignos y producir metástasis habitualmente a ganglios linfáticos cervicales. Clínicamente son asintomáticos y se manifiestan como una masa cervical indolora, adherida a planos profundos y en contacto con el plano vascular cervical. Si la masa es grande, puede producir alteraciones por compresión de los pares craneales (vago o hipogloso) o de la cadena simpática cervical; en caso de ser tumores secretores, pueden pro-

ducir además episodios de rubor facial, taquicardias, palpitaciones, arritmias, cefaleas o fotofobia. En el diagnóstico mediante pruebas complementarias, es importante tener en cuenta varios aspectos: se debe realizar una TC o una RM cervical para valorar la relación del tumor con las estructuras vasculares y nerviosas, y para descartar la presencia de paragangliomas múltiples o la afectación de los ganglios linfáticos cervicales; el eco-Doppler en modo color es una prueba útil para diagnosticarlos y muestra la presencia de una masa hipervascularizada; no se deben realizar maniobras de punción de la masa por el riesgo de hemorragia; se debe investigar la producción inapropiada de catecolaminas por el tumor en caso de sospecha clínica y medir los niveles plasmáticos de catecolaminas y los niveles urinarios de sus metabolitos; y la arteriografía permite una correcta planificación del tratamiento del tumor. El tratamiento de elección de estos tumores es quirúrgico y consiste en la resección quirúrgica completa del tumor. La embolización previa del tumor, en nuestra opinión, ofrece una mejor hemostasia intraoperatoria y una menor pérdida hemática, aunque esta posición es controvertida. La complicación más frecuente del tratamiento quirúrgico es la lesión de los pares craneales, que llega hasta el 40% de los casos, sobre todo en tumores de gran tamaño y en tumores con gran extensión distal.

El carcinoma papilar de tiroides [12,13] es el tipo más frecuente de cáncer tiroideo y se caracteriza por su tendencia a metastatizar por vía linfática a los ganglios de la cadena cervical yugular inferior o supraclavicular aún en fases precoces de la enfermedad; entre el 30% y el 90% de los pacientes presentarán metástasis ganglionares en su evolución. Se ha descrito que el diagnóstico del carcinoma se haga después de reseca la adenopatía, tal y como ha ocurrido en nuestro segundo caso. El tratamiento de la enfermedad primaria, es decir, del cáncer tiroideo, es practicar una tiroidectomía total y un vaciamiento cervical radical bilateral; no es preciso completar el tratamiento con radioterapia y/o quimioterapia. El comportamiento de este cáncer es relativamente benigno, con un crecimiento local lento y escasa capacidad para metastatizar por vía hematológica, lo que hace que la supervivencia global a los 10 años alcance más del 80%.

En conclusión, las masas cervicales requieren la realización de varias pruebas, tras las cuales habitualmente se llega al diagnóstico de la patología responsable y a un tratamiento correcto. Sin embargo, a través de los dos casos presentados se puede apreciar que con el manejo habitual se puede producir una confusión diagnóstica y someter al paciente a riesgos potencialmente graves.

Bibliografía

1. Schwetschenau E, Kelley DJ. The adult neck mass. *Am Fam Physician* 2002; 66: 831-8.
2. Martínez-Novoa MD, Mas-Mercant S, Sarriá-Echegaray P, Gallego M. Diagnóstico diferencial de las masas cervicales. *Semergen* 1998; 24: 926-30.
3. El-Sabrouh R, Cooley DA. Extracranial carotid artery aneurysms: Texas Heart Institute experience. *J Vasc Surg* 2000; 31: 701-12.
4. Longo GM, Kibbe MR. Aneurysms of the carotid artery. *Semin Vasc Surg* 2005; 18: 178-83.
5. Wilding LJ, Howlett DC, Anderson HJ, Sangle PD, Violaris N, Evans GH. Extracranial internal carotid artery aneurysm presenting as symptomatic hypoglossal and glossopharyngeal nerve paralysis. *J Laryngol Otol* 2004; 118: 150-2.
6. Lim YM, Lee SA, Kim DK, Kim GE. Aneurysm of the extracranial internal carotid artery presenting as the syndrome of glossopharyngeal pain and syncope. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 73: 87-8.
7. Hertzner NR. Extracranial carotid aneurysms: a new look at an old problem. *J Vasc Surg* 2000; 31: 823-5.
8. Bergeron P, Khanoyan P, Meunier JP, Graziani JN, Gay J. Long-term results of endovascular exclusion of extracranial internal carotid artery aneurysms and dissecting aneurysms. *J Interv Cardiol* 2004; 17: 245-52.

9. Sharma PK, Massey BL. Avoiding pitfalls in surgery of the neck, parapharyngeal space and infratemporal fossa. *Otolaryngol Clin N Am* 2005; 38: 795-808.
10. González-Fueyo MJ, Ballesteros-Pomar M, Domínguez-Bahamonde J, Zarco-Castillo J, Fernández-Samos R. Tumores del *glomus* carotídeo: estudio de 11 años. *Angiología* 2006; 58: 91-7.
11. Rodríguez-Bustabad MT, Pérez-García E, Ysa-Figueras AY, Bardón-Valcarce F, Vela-Orus P, Del Campo-Garrido A, et al. Paraganglioma de nervio vago. *Angiología* 2006; 58: 151-5.
12. Caron NR, Clark OH. Papillary thyroid cancer: surgical management of lymph node metastases. *Curr Treat Options Oncol* 2005; 6: 311-22.
13. Kloos RT. Papillary thyroid cancer: medical management and follow-up. *Curr Treat Options Oncol* 2005; 6: 323-38.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF NECK MASSES

Summary. Introduction. *Some vascular conditions manifest as neck masses (glomus tumours, aneurysms or carotid elongations) that require a differential diagnosis to distinguish them from masses with other characteristics. Case reports. We report two cases involving confusion with regard to the diagnosis of the nature of neck masses, despite having studied them thoroughly in the pre-operative period. The first case involved a 52-year-old male who was diagnosed intra-operatively as having an aneurysm in the internal carotid artery while undergoing an operation to remove what was supposed to be a cervical adenopathy. The pre-operative study included ultrasound imaging, a computed tomography (CT) scan without contrast and even puncture of the mass. Resection of the aneurysm and placement of a carotid-carotid segment of saphenous vein were performed, with no post-operative complications. The second case involved a 42-year-old female who was diagnosed, histologically, as suffering from cervical metastasis of a thyroid carcinoma on studying a piece taken from a supposed tumour of the carotid glomus that was dependent on the vagal nerve. The pre-operative study included ultrasound imaging, magnetic resonance imaging of the neck and even arteriography. In the extension study, a CT scan of the neck was performed that showed a heterogeneous thyroid gland and bilateral cervical adenopathies; in consequence, a total thyroidectomy was performed with bilateral functional emptying. Conclusions. Several tests have to be conducted in cases of neck masses, but these usually lead to a correct diagnosis. Nevertheless, confusion can sometimes occur in the diagnosis and the patient can be submitted to potentially severe risks. [ANGIOLOGÍA 2007; 59: 325-32]*

Key words. *Cervical neoplasias. Differential diagnosis.*