

Dpto. de Medicina Operatoria. — Facultad de Medicina

QUISTES PARATIROIDEOS (*)

Dres. Walter Suiffet, Pedro Paseyro y Juan J. Scandroglio

Los Quistes Paratiroideos constituyen una entidad patológica infrecuente, pero existen múltiples aspectos de interés que justifican su consideración.

Un primer punto a distinguir son los quistes microscópicos o macroscópicos pequeños que no tienen traducción clínica, de aquellos que se expresan por una tumefacción del cuello que llevan a la consulta.

En el primer grupo se pueden englobar los hallazgos necróticos que muestran una frecuencia relativa de quistes pequeños sin traducción clínica.

GILMOUR ⁽⁹⁻¹⁰⁾ en 428 necropsias encuentra 11 casos de Quistes Paratiroideos. Las dimensiones máximas de los visibles macroscópicamente (5 casos) eran de 1,8 x 0,6 x 0,4 cms. lo que da una idea clara de su tamaño. THOMPSON y HARRIS ⁽²¹⁾ relatan que los quistes microscópicos están presentes en 5% de las necropsias de rutina. En 250 necropsias, sólo 2 Quistes Paratiroideos tenían un tamaño apreciable: 2x2 x 0,5 y 0,7 x 0,4 x 0,3 cms. PETERSEN ⁽¹⁹⁾ los encuentra en 6% y Von VEREBELY ⁽²²⁾ en 12% de las necropsias. GLASTLEMAN y MALLORY ⁽⁵⁾ encuentran quistes de tamaño variado en 50% de 150 necropsias de pacientes que han pasado la pubertad. En 2 casos la glándula paratiroides había sido reemplazada totalmente por un quiste único.

RIENHOFF ⁽²⁰⁾ hace notar que se observan quistes de tamaño variado en las paratiroides de la mitad de los casos que pasan la pubertad.

BLACK y WATTS ⁽³⁾ interesados en el problema, estudian las paratiroides en 100 necropsias de rutina. Encuentran vesículas bien desarrolladas conteniendo coloide, por lo menos en una de las paratiroides, en 84% de los casos. Sólo 6 casos (6%) tenían formaciones quísticas de más de 1 milímetro (de 0.12 a 0.46 cms.). Desde luego que éstas formaciones no tienen expresión clínica.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 10 de julio de 1963.

En cambio, aquellas formas que las tienen y son intervenidas, son poco frecuentes en contraste con las cifras antedichas.

Según HOFFMANN⁽¹⁾ sólo 14 casos habían sido referidos hasta 1952.

CRILE⁽⁶⁾ revisa la bibliografía en 1953 y agrega cinco casos personales, con lo cual el número de casos publicados asciende a 20 (Cuadro 1), a los cuales le agregamos dos casos personales cuya documentación mostraremos más adelante.

La primera observación clínica publicada parece ser la de

QUISTES PARATIROIDEOS CASUISTICA

AUTOR	S	E	LOCALIZACION del QUISTE	TAMAÑO	DIAGNOSTICO CLINICO
GORIS 1906	M	12	POLO INFERIOR de LOBULO TIROIDES IZQ.	TRES QUISTES EN INTIMO CONTACTO	TUMEFACCION de CUELLO. BOCIO?
ANZILOTTI 1909	M	25	PARATIROIDES INFERIOR IZQ.	HUEVO de GALLINA.	QUISTE BRANQUIAL
De QUERVAIN 1925	F	55	MEDIASTINO ANT. SUPERIOR IZQ.		ADENOMA TIROIDES SUBSTERNAL LOBULO TIROIDES IZQUIERDO
NYLANDER 1929	M	46	ENTRE ANGULO de MAXILAR Y E.C.M.	HUEVO de GANSO	QUISTE CERVICAL ORIGEN BRANQUIAL
WELTI 1946	F	53	PARATIROIDES INFERIOR IZQUIERDA		BOCIO.
McKNIGHT 1946	M	17	PARTE LATERAL del TIROIDES INF. IZQ.	PELOTA de GOLF	BOCIO
BLACK Y WATTS 1949	F	32	DETAS del POLO INFERIOR HEMI-TIROIDES IZQUIERDO.	4 cm de diametro	BOCIO.
	M	30	PARATIROIDES SUPERIOR DERECHA.	1cm. de diametro	HIPERTIROIDISMO
McGOON COOLEY 1951	M	66	PARATIROIDES INFERIOR DERECHA.	4 x 2 x 2 cms	BOCIO ADENOMATOSO
	F	49	PARATIROIDES INFERIOR DERECHA	5 cm de diametro.	BOCIO ADENOMATOSO LOBULO TIROIDES DERECHO
	F	43	PARATIROIDES INFERIOR IZQUIERDA	3 x 4 cms	BOCIO. ADENOMA LOBULO IZQUIERDO

QUISTES PARATIROIDEOS CASUISTICA

AUTOR	S	E	LOCALIZACION del QUISTE	TAMAÑO	DIAGNOSTICO CLINICO
GREENE 1952	M	38	LOBULO DERECHO TIROIDES.	9x5 x 4 cms.	QUISTE TIROIDES.
MAXWELL 1952	F	39	PARTE INFERIOR de LOBULO IZQUIERDO TIROIDES INVAD. DIENDO MEDIASTINO	2 a 3 cms.	TUMEFACCION de CUELLO.
	F	33	POLO INFERIOR de LOBULO DERECHO TIROIDES INVAD. DIENDO MEDIASTINO	9 x 4 x 3 cms	TUMEFACCION de CUELLO.
	F	29	POLO INFERIOR de LOBULO DERECHO de TIROIDES.	12 x 1 x 0.9 cms	TUMEFACCION de CUELLO.
CRILE 1953	F	34	LOBULO IZQUIERDO TIROIDES.	2.5 cm. de diametro	ADENOMA LOBULO IZQUIERDO TIROIDES
	M	56	PARATIROIDES IZQUIERDO.	7cms. de diametro	CARCINOMA de TIROIDES.
	F	69	PARATIROIDES INFERIOR DERECHA.	6 x 3 cms.	BOCIO INTRA-TORACICO.
	M	32	LOBULO IZQUIERDO TIROIDES.	3 x 4 cms.	NOBULO TIROIDES IZQUIERDO.
	F	79	LOBULO IZQUIERDO TIROIDES.	6 x 1.5 cms. x 1 cm.	NOBULO TIROIDES IZQUIERDO.
SUIFFET 1963	F	25	PARATIROIDES INFERIOR DERECHA	1.5 cms. diametro.	NOBULO CERVICAL DERECHO. QUISTE PARATIROIDES?
	F	44	PARATIROIDES INFERIOR IZQUIERDO.	2.5 cms. diametro	NOBULO CERVICAL IZQUIERDO. QUISTE PARATIROIDES?

CUADRO 1
Casuística de los Quistes Paratiroides

GORIS⁽⁷⁾ en 1905. Es de notar que en los últimos años, la frecuencia ha aumentado lo que está acorde con una mayor pesquisa y estudio de todos los procesos nodulares del cuello. (1, 3, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 18, 23).

Las características patológicas de las formaciones Quísticas de las Paratiroides son muy similares.

Topográficamente están situados en la mayoría de los casos, en relación con las Paratiroides inferiores, aún cuando se han descripto casos en relación con las Paratiroides superiores (BLACK⁽⁸⁾); a la altura del ángulo del Maxilar (NYLANDER⁽¹⁵⁾); y en el Mediastino superior (MAXWELL⁽¹²⁾); (de QUERVAIN⁽¹⁸⁾). El tamaño por

lo general es pequeño aún cuando pueden alcanzar dimensiones apreciables como en un caso de MAXWELL ⁽¹²⁾ 9 x 4 x 3 cms. y el de GREENE ⁽⁸⁾ 9 x 5 x 4 cms. El promedio es de 1 a 5 cms. de diámetro (Mc GOON ⁽¹⁴⁾).

No tienen vinculación directa con la Glándula tiroides de la cual pueden ser fácilmente separados durante la exposición quirúrgica. Un plano celular por lo general, los separa de las estructuras vecinas y de la Glándula tiroides.

Los de la zona de la Paratiroides inferior, están situados por delante de la arteria tiroidea inferior y del nervio recurrente. Sobre este elemento nervioso, no producen mayor perturbación, aún cuando WELTI ⁽²³⁾ ha insistido en la posibilidad de la parálisis recurrencial

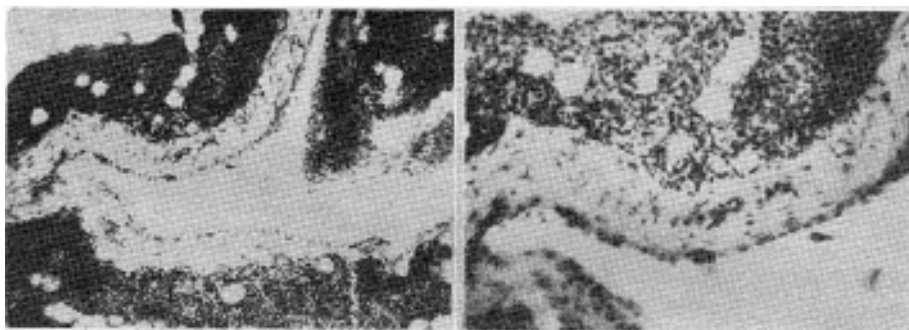


Fig. 1

Fig. 2

Microfotografías ●bs. 1. — Se observa la pared conjuntivo fibrosa de la formación quística con un recubrimiento epitelial aplanado. Tejido paratiroideo de aspecto normal rodeando la pared quística.

en esta situación y GREENE ⁽⁸⁾ la ha observado luego de la intervención quirúrgica.

Macroscópicamente tiene un color blanco amarillento y una pared, que si bien es delgada, es firme y relativamente resistente al manejo quirúrgico.

Esto es uno de los hechos más llamativos del punto de vista quirúrgico. El color blanquecino amarillento nos sorprendió en nuestras intervenciones, como un elemento completamente distinto a los Quistes Tiroides, de pared más fina y de color gris azulado. El color y la topografía deben hacer sospechar el diagnóstico operatorio de Quiste Paratiroideo.

Microscópicamente la lesión está constituida por una pared conjuntiva fibrosa revestida de un epitelio cúbico o aplanado, rodeado de tejido paratiroideo normal o con pequeños quistes o zonas de atrofia grasa (Fig. 1-2-3-4).

Los hechos salientes para reconocer esta lesión son según MAXWELL ⁽¹²⁾ :

- 1) Campos de células paratiroides típicas en la pared del quiste;
- 2) Un revestimiento quístico con epitelio columnar o cuboideo y 3)
- la localización en la zona correspondiente a las glándulas paratiroides.

Esta descripción macro y microscópica corresponde exactamente a la observada en los dos casos que luego relataremos.

Del punto de vista clínico, los Quistes Paratiroides no tienen una sintomatología específica. Se presentan como tumefacciones o formaciones nodulares localizadas frecuentemente en la zona infrahioidea lateral, aún cuando pueden observarse desde el ángulo del maxilar al mediastino superior. Como el 70% toman la zona de las paratiroides

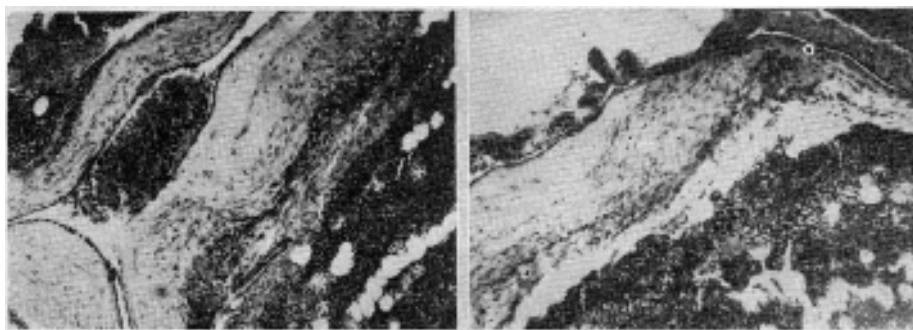


Fig. 3

Fig. 4

Microfotografías Obs. 2. — Se observa la pared conjuntivo fibrosa de la formación quística con un recubrimiento epitelial aplanado. Tejido paratiroideo de aspecto normal rodeando la pared quística.

inferiores ⁽¹¹⁾, la topografía más frecuente es la lateral inferior de la zona infrahioidea. Su tamaño, habitualmente pequeño, hace que la tumefacción sea de volumen moderado. No hay repercusión sobre la actividad funcional de la glándula. En la Obs. 2 de BLACK ⁽³⁾ existía hiperparatiroidismo, pero era debido a su adenoma de la paratiroides superior izquierda, mientras que el quiste estaba situado en la paratiroides superior derecha.

Los signos de compresión de elementos locales son mínimos; el tamaño del proceso lo justifica. WELTI ⁽²³⁾ ha descripto la repercusión sobre el nervio recurrente.

El diagnóstico es imposible por la clínica. Como dato positivo deben considerarse la topografía, el tamaño y la ausencia de repercusión funcional. El elemento básico para orientar el diagnóstico es la punción, que permitió en nuestras observaciones orientar las posibilidades de diagnóstico. A este aspecto es conveniente precisar la

semiología del material obtenido por punción en las tumefacciones cervicales.

Cuando se obtiene líquido por punción citológica, realizada con una aguja fina, tipo B. D. calibre 21, de una tumoración cervical de evolución crónica, pueden obtenerse diferentes muestras, a saber:

a) *Linfa* procedente de un linfangioma, la que se presenta con el aspecto de un líquido hialino, rico en linfocitos, que coagula espontáneamente. Cuando existe además, una hemorragia agregada, se observan células reticulares, macrófagos y eritróforos, así como glóbulos rojos semidigeridos.

b) *Coloide* cuando se trata de un nódulo tiroideo quístico, de evolución coloide, correspondiente a un adenoma coloide quistificado o a un nódulo de evolución coloide de un bocio multinodular. La sustancia coloide puede identificarse inmunológicamente por su contenido tiroglobulínico ⁽¹⁶⁾; además pueden observarse células tiroideas, cristales de colesterol, macrófagos y cuando hay hemorragia agregada, eritróforos y glóbulos rojos alterados.

c) *Sangre semidigerida* en casos de nódulos tiroideos quístico-hemorrágicos, como puede observarse en el adenoma, carcinoma papilar y en los nódulos de evolución con hemorragia agregada, de los bocios multinodulares ⁽⁴⁾.

d) *Líquido amarillento*, bien ligado, irisado cuando se le observa extendido en una caja de Petri, procedente de los quistes branquiales, de la variedad amigdaloides. En estos casos el examen microscópico muestra numerosas células malpighianas y cristales de colesterol ⁽¹⁷⁾.

e) *Líquido hidático*, agua de roca, con los caracteres conocidos,

f) *Líquido de los quistes paratiroides*. Se trata de un líquido claro, casi agua de roca, pero en realidad ligeramente opalescente cuando se le observa con una incidencia apropiada de la luz. Esta tenue opalescencia persiste aún después de una intensa centrifugación, lo que nos indica que no es debida a la presencia de células o cristales en suspensión, sino a un estado coloidal especial. La investigación de proteínas es positiva, lo que permite diferenciarlo del líquido hidático. La investigación inmunológica de tiroglobulina es negativa, lo que permite diferenciarlo del líquido de los nódulos tiroideos quistificados y la citología solamente está representada por escasos detritus celulares no identificables, por lo que se diferencia de las demás formaciones quísticas del cuello de evolución crónica.

El origen de esta estructura patológica tan particular ha sido muy discutido. Las hipótesis son diversas:

THOMPSON ⁽²¹⁾ clasifica los quistes en conexión con las glándulas paratiroides en tres tipos:

- quistes simples por retención de secreción;
- degeneración poliquística, con coalescencia de pequeños quistes;

—quistes congénitos originados en las glándulas paratiroides o en su vecindad, desarrollándose como elementos embrionarios en forma similar a la de los quistes branquiales.

Las dos primeras posibilidades son indiscutibles luego de las investigaciones de BLACK⁽³⁾ GILMOUR⁽⁹⁻¹⁰⁾ PETERSEN⁽¹⁸⁾ y THOMPSON⁽²¹⁾, que han reconocido la presencia de quistes macro y microscópicos en las paratiroides de autopsia. Se ha discutido si son resultado de retención de secreciones o si como insiste ALAGNA⁽²⁾, los quistes son producto de degeneración y no de retención de secreciones.

Las paratiroides se originan del 3º y 4º arco branquial⁽¹⁰⁾. Restos embrionarios de estos arcos, pueden dar lugar a formaciones quísticas que se desarrollan en contacto con las glándulas paratiroides o que desarrollan tejido paratiroideo en su pared⁽¹⁻¹⁰⁻¹⁵⁾. Esto explicaría algunos de los hechos relatados en la bibliografía, como ser las localizaciones alejadas de la topografía de las paratiroides⁽¹⁵⁻¹⁸⁾, o casos donde se reconocieron formaciones quísticas en la zona de las glándulas paratiroides, pero en las cuales no se pudo encontrar tejido paratiroideo en su pared. BLACK y WATTS⁽³⁾ relatan cuatro casos de este tipo y la Obs. N° 2 de MAXWELL⁽¹²⁾ corresponde también a esta forma. GILMOUR⁽⁹⁻¹⁰⁾ ha estudiado la última relación del desarrollo embrionario de las paratiroides y el timo, y ha encontrado formaciones vesiculares, canaliculares o glandulares rudimentarias en el feto y en el adulto, más comúnmente asociados a las paratiroides inferiores. BLACK⁽³⁾ ha encontrado estructuras similares en uno de su serie de 100 necropsias estudiando paratiroides. Estas formaciones de origen embrionario podrían dar lugar a quistes que tuvieron tejido paratiroideo, tejido tímico o ambos en su estructura parietal.

Estas dudas sobre exacta patogenia del proceso hacen difícil designarlos con una expresión correcta. Si se trata de formaciones originadas en la Glándula Paratiroidea, corresponde nombrarlos como quistes de las Glándulas Paratiroides, pero como puede tratarse de Quistes embrionarios en contacto con la Paratiroides o con tejido paratiroideo en su pared, es preferible englobarlos genéricamente en la expresión de Quistes Paratiroideos. Aún cuando esto pueda no ser correcto y adecuado a todos los casos, tiene el valor de precisar una entidad patológica con elementos macro y microscópicos netos y que por sus caracteres pueden ser perfectamente individualizados. Desde luego que como dice Mc. GOON⁽¹⁴⁾ no es justificable considerar estos quistes como de origen paratiroideo estricto y sería mejor clasificarlos, según MAXWELL⁽¹²⁾ como un tipo especial de quistes laterales del cuello, posiblemente de origen congénito, en relación con la Glándula Paratiroides. A pesar de todas las reservas, es preferible seguir llamándolos Quistes Paratiroideos o de origen paratiroideo, porque a pesar de todas las dudas patogénicas, definen concretamente esta in-

interesante formación patológica del cuello al designar el elemento que está vinculado directamente a su pared limitante.

Las observaciones estudiadas son las siguientes:

Obs. N° 1. — N. M. E. Sexo Fem. 25 años. 12-II-60.

Desde hace un mes nota tumefacción de cuello inferior lateral derecho. No hay ninguna repercusión general. No hay antecedentes.

Examen: Muestra tumefacción de polo inferior de lóbulo derecho de tiroides; lisa, regular, redondeada de 1 cm. a 2 cm. de diámetro, aproximadamente.

Los exámenes de laboratorio son normales. M. B. —5%, Laringoscopia normal.

Citograma tiroideo (Dr. PASEYRO). Se obtienen 5 cc. de líquido claro, incoloro, ligeramente turbio. La microscopia no muestra elementos celulares, salvo algunos glóbulos rojos. El líquido contiene escasísima proteína (0.45 grs. por mil). No se observan ganchos equinocócicos.

Intervención: Anestesia gral. Incisión de Kocher. La exploración muestra lóbulo tiroideo izquierdo normal. En el lóbulo derecho se observa una formación quística de paredes blanquecinas, en la cara posterior del lóbulo, en la zona de las paratiroides inferiores. Se realiza excéresis del proceso, separándolo con facilidad de la glándula tiroides que no muestra ningún proceso patológico. Dren. Cierre. Evolución Post operatoria normal. Laringoscopia normal.

23/III/60.

Examen Anatomopatológico (Dr. SCANDROGLIO)

Micro: 15924.

Pieza operatoria: QUISTE PARATIROIDEO

Ex. Macroscópico: Pared de naturaleza conjuntiva en su parte externa y de color pardo rojizo en la zona interna. Tiene un recubrimiento profundo de aspecto fibroso.

Ex. Microscópico: Toda la pared está constituida por tejido paratiroideo de aspecto normal. Existe en relación con el tejido paratiroideo una formación quística a pared fibrosa y recubrimiento epitelial aplanado. No se observan elementos hidáticos. (Fig. 1 - 2)

RESUMEN: QUISTE A PARED FIBROSA DE ORIGEN PARATIROIDEO. NO EXISTEN ELEMENTOS HIDATICOS.

Obs. N° 2. — J. T. Sexo Fem. 44 años. 2/XII/61.

Desde hace varios meses nota tumefacción de cuello inferior lateral izquierdo. No hay repercusión general. No hay antecedentes.

Examen: Muestra tumefacción de Polo inferior de Tiroides Izquierdo, lisa y regular, redondeada de 2 cms. de diámetro aproximadamente.

Los exámenes de laboratorio son normales.

Citograma tiroideo (Dr. PASEYRO). Se obtienen 5cc. de líquido claro, prácticamente agua de roca. Centrifugado, el sobrenadante casi agua de roca.

El sedimento es casi inexistente. En el mismo no se observan elementos hidáticos. Este líquido contiene proteínas 1 gr. ‰.

Intervención: Anestesia Gral. Incisión de Kocher. La exploración muestra lóbulo tiroideo derecho normal. Formación quística de Polo inferior posterior de lóbulo izquierdo, sin relación con la glándula tiroidea, del tamaño de 2 cms. y ½ de diámetro, de paredes blanquecinas, en relación con las paratiroides inferiores. Se separan de la glándula tiroides y se extirpa. El lóbulo tiroideo

izquierdo no tiene lesiones. Cierre. Evolución Post Operatoria: Normal.

15/II/61

Examen Anatomopatológico. (Dr. SCANDROGLIO)

Pieza Operatoria: QUISTE PARATIROIDEO

Pieza Operatoria:

Ex. Macroscópico: Trozo alargado de tejido de consistencia blanda, color pardo negruzco, que tiene una forma alargada a la manera de una pared.

La sección muestra una estructura cavitaria plegada irregularmente limitada por la pared antes descripta.

Ex. Microscópico: Formación quística a pared conjuntiva fibrosa, con un recubrimiento epitelial aplanado, rodeada por tejido de tipo paratiroideo, y por tejido adiposo. (Fig. 3-4).

RESUMEN: QUISTE DE ORIGEN PARATIROIDEO. NO EXISTEN ELEMENTOS HIDÁTICOS.

Como síntesis de los casos estudiados podemos decir:

Los quistes de origen paratiroideo con expresión clínica son muy poco frecuentes;

El diagnóstico no es posible por la clínica. Se diagnostican habitualmente como nódulos tiroideos de naturaleza diversa;

No dan mayores síntomas de compresión, por su tamaño habitualmente pequeño y no tienen actividad funcional;

La punción es básica para el diagnóstico. En nuestras observaciones permitió obtener datos que orientaron al diagnóstico y alertaron al cirujano de la posibilidad de tratarse de quistes de origen paratiroideo. Los elementos básicos del diagnóstico son: líquido claro o ligeramente opalescente; presencia de proteínas (0.45 y 1 gr.% en nuestros casos); ausencia de elementos hidáticos; ausencia de tiroglobulina; ausencia de elementos celulares identificables. Insistimos en la importancia de los datos proporcionados por la punción citológica.

La exploración operatoria permite reconocerlos en base a elementos fundamentales:

— Topografía más frecuente en la zona de las paratiroides inferiores;

— Pared de color blanquecino, delgada y lisa;

— Vecindad con la glándula tiroides de la cual pueden ser fácilmente separados;

— Ausencia de lesión en la glándula tiroides.

La Anatomía Patológica permite reconocer una pared conjuntiva con un epitelio cúbico o aplanado, rodeados de tejido paratiroideo normal, o con pequeños quistes;

La extirpación no produce trastornos locales ni generales y el diagnóstico es excelente.

RESUMEN

Se estudian dos casos de Quistes Paratiroideos. Con ese motivo se hace una revisión Casuística de los casos presentados que alcanzan

a 22 y de las formaciones quísticas reconocidas en necropsias de rutina.

Se analiza la Anatomía topográfica, macroscópica y microscópica de los Quistes Paratiroides.

El diagnóstico clínico es muy difícil, pero se insiste en la importancia de la punción citológica, como elemento de diagnóstico.

Los conceptos patogénicos son diversos, y el mecanismo exacto de su producción es de difícil determinación. Esto hace compleja la exacta terminología a usarse para clasificar este proceso patológico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) ANZILOTTI G. — Contributo alla Patogenesi delle Cisti parabranchiale del collo. Ciste del Ductus Parathyroideus. Clin. Chir. Milano. 17: 611, 1909.
- 2) ALAGNA, G. — Cisti Paratiroides. Anat. Anz., 33:406, 1908.
- 3) BLACK, B. M. and WATTS, C. F. — Cysts of Parathyroid Origin. Surgery, 25:941, 1949.
- 4) CERVIÑO, J. M. PASEYRO, P. GROSSO, O. F. y MAGGIOLO, J. — La exploración citológica de la glándula tiroides y sus correlaciones anatómicas. An. Fac. Med. Montevideo, 47:128, 1962.
- 5) CASTLEMAN, B. and MALLORY, T. B. — Pathology of Parathyroid Gland in Hiperparathyroidism. Am. J. Path. 11: 1, 1935.
- 6) CRILE, G. (Jr.) and PERRYMAN, R. G. — Parathyroid Cysts. Surgery, 34:151, 1953.
- 7) GORIS, D. — Extirpation de trois lobules paratiroides Kystiques, J. Chir et Ann. Soc. Belge de Chir., 8: 1905.
Exstirpation von drei cytotischen Nebenschilddrüsenlagern. (Abst. from Internat. Centralbl. f. Laryngol. Rhinol. u. v. Wissensch. Berl. 22: 190, 1906) Citado por: (3-6-12-14).
- 8) GREENE, B. I. GREENE, J. M. and BUSCH, R. C. — Unusual Manifestation After Removal of Parathyroid Cysts. J.A.M.A. 150:853, 1952.
- 9) GILMOUR, J. R. — The Normal Histology of the Parathyroid Gland. J. Path. and Bact. 48:187, 1939.
- 10) GILMOUR J. R. — The Embryology of the Parathyroid Glands the Thy-mus and Certain Associated Rudiments. J. Path. and Bact., 45: 507, 1937.
- 11) HOFFMANN, G. T. — The Parathyroid Glands. Int. Abst. Surg., 95: 417, 1952.
- 12) MAXWELL, D. B. HORN, R. C. and BROADS, J. E. — Cysts of the Parathyroid. Arch. Surg., 64: 208, 1952.
- 13) MCKNIGHT, R. B. — Parathyroid Cyst. South Surgeon, 12: 179, 1946.
- 14) MC GOON, D. C. and COOLEY, D. A. — Parathyroid Cist. An Unusual Cervical Tumor. Surgery, 30: 725, 1951.
- 15) NYLANDER, P. E. A. — Über Parathyroidale Halszysten. Acta Chir. Scan. 64: 539, 1928-29.
- 16) PASEYRO, P. NEGRIN, E. MORATO, J. y GROSSO, O. F. — Antithyroid antibodies: their utilization in the investigation of antigenic Thyroid substances in material obtained by cytologic aspiration. J. Clin. Endocrinol. y Metab., 23: 387, 1963.
- 17) PIAGGIO BLANCO, R. A. PASEYRO, P. y GROSSO, O. F. — Importancia del estudio citológico realizado por punción en el diagnóstico de los quistes congénitos del cuello de origen branquial. Día Médico Urug., 19: 1, 1952.
- 18) de QUERVAIS, F. — Epithel-Körpchen Cyste. Schweiz. Med. Wchnsschr. 55: 1169, 1925. (Citado por: 3-6-14).

- 19) PETERSEN, H. — Anstomische Studie über die Glandulae Parathyroidae des Menschen. Virchows Arch. f. Path. Anat. 174: 413, 1903. (Citado por: (12)).
- 20) RIENHOFF, W. F. (Jr.). — Diseases of the Parathyroid Glands in Lewis' Practice of Surgery. Vol. VI. Chap. 2. PRIOR Co. 1952.
- 21) THOMPSON, R. L. and HARRIS, D. L. — A Consideration of the Pathological Histology of the Parathyroid Glandula. J. Med. Research, 19: 135, 1908. (Citado por (3-12)).
- 22) VON VEREBELY T. — Beiträge zur Pathologie der branchialen Epithel Körperchen Virchows Arch. f. Pathh. Anat., 187: 80, 1907. (Citado por (9-12-15)).
- 23) WELTI, H. — A propos des Kystes parathyroïdiens. Mem. Acad. Chir. 72: 33, 1946.

Dr. Héctor Ardao: "Debo felicitar a los autores por el importante trabajo presentado. Es evidente que no está dentro del pensamiento del clínico en general, la consideración de la existencia de estas lesiones, cuando se trata de un tumor localizado a nivel del cuello y que ha sido, como relata la estadística mostrada por el Br. Suiffet, casi siempre referido a lesiones del tiroides. Es en realidad una rareza esta lesión. De los recuerdos de autopsias hechas en el Hospital Maciel, y siendo la paratiroides una glándula que se estudiaba con detención por parte del Dr. Larnier en vista de los trabajos que hacía Navarro sobre las paratiroides, yo no recuerdo haber visto ni oído sobre la existencia de un porcentaje tan alto de quistes paratiroides en observaciones de necropsia que si entendí bien, en algunas estadísticas llega hasta 80 %.

Parecería pues que es una lesión que hay que tenerla en cuenta, y debemos agradecerle al Dr. Suiffet que haya traído este problema a la consideración de la Sociedad de Cirugía.

Dr. Alberto Valls: Quiero felicitar a los autores por la presentación de ese tema, porque es de gran interés para los cirujanos, no obstante su rareza, porque el cirujano que va a operar a un enfermo con una tumefacción de cuello a ese nivel, piensa que va a operar un bocio nodular y se encuentra que va a operar otra lesión, y tiene que cambiar la orientación quirúrgica en ese momento, si hace el diagnóstico, porque cuando uno opera un bocio nodular, tiene que hacer una buena extirpación de parénquima para evitar las recidivas. En cambio, tratándose de una lesión de las paratiroides, tiene que extirpar nada más que esa paratiroides que se puede pediculizar perfectamente. Y es por eso que resalta tan bien la importancia del diagnóstico previo por la punción citológica. Eso llevaría a hacer en los enfermos con nódulos aislados, en las zonas sospechosas, por lo menos en las zonas sospechosas, la punción citológica. Además, teniendo en cuenta lo que dijo de su repercusión y sus relaciones que existe con los recurrentes, eso lleva a hacer a todos los enfermos, en forma previa, un examen otorrinolaringológico, para demostrar si existe o no previamente una parálisis de recurrente que se pueda poner en evidencia en el post operatorio. Nada más.