

00973

**QUISTE NASOPALATINO:
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**

**EILEEN CAROLINA CASTILLO FORERO
ALEXANDRA MARCELA ECHEVERRY VARÓN
LUISA JOHANNA FLOREZ PULIDO
ALEJANDRA MARÍA MANOTAS QUIROZ
HERMA ANN MAY CORPUS
RUBY CLEMENCIA SOLANO
DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZÁLEZ
ANA CLEMENCIA ZARAZA NARANJO**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA
BOGOTÁ D.C.
2003**

4827

T.O. 1230

2003

**QUISTE NASOPALATINO:
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**

**EILEEN CAROLINA CASTILLO FORERO
ALEXANDRA MARCELA ECHEVERRY VARÓN
LUISA JOHANNA FLOREZ PULIDO
ALEJANDRA MARÍA MANOTAS QUIROZ
HERMA ANN MAY CORPUS
RUBY CLEMENCIA SOLANO
DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZÁLEZ
ANA CLEMENCIA ZARAZA NARANJO**

Trabajo de Grado presentado para optar al título de Odontóloga

Asesor Científico

CARLOS ARTURO VILLAMIZAR
Odontólogo Especialista en Cirugía, Implantología y Patología Oral

Asesor Metodológico

CLAUDIA HURTADO ARANGO
Odontóloga Especialista en Seguridad Social en Salud

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA
BOGOTÁ D.C.
2003**

El trabajo de grado QUISTE NASOPALATINO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO, elaborado por EILEEN CAROLINA CASTILLO FORERO, ALEXANDRA MARCELA ECHEVERRY VARÓN, LUISA JOHANNA FLOREZ PULIDO, ALEJANDRA MARÍA MANOTAS QUIROZ, HERMA ANN MAY CORPUS, RUBY CLEMENCIA SOLANO, DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZÁLEZ y ANA CLEMENCIA ZARAZA NARANJO, ha sido aprobado como requisito parcial para optar al título de Odontóloga.

Asesor Científico

Asesor Metodológico

Director del Departamento de
Investigación y Salud Pública

Bogotá D.C., 17 de septiembre de 2003.

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a todas y cada una de las personas que nos dieron su apoyo para salir adelante; a nuestros padres que gracias a su ayuda y esfuerzo lo pudimos culminar pero sobre todo a nuestro esfuerzo y ganas de salir adelante.

AGRADECIMIENTOS

Damos las gracias a Dios Todopoderoso por darnos la fortaleza para terminar este trabajo; a nuestros padres por el esfuerzo y el apoyo economico, nuestros profesores por la dedicación y a nuestros demás compañeros por su apoyo en los momentos mas difíciles.

RESUMEN

Las autoras presentan un caso clínico de quiste nasopalatino en un paciente hombre de 44 años. El quiste es típicamente asintomático y fue tratado quirúrgicamente con enucleación. La revisión postoperatoria realizada dos años después, mostró una buena cicatrización y la regeneración ósea completa de la cavidad quística. La presentación del caso clínico es acompañada con una exposición preliminar de los conceptos generales relacionados con esta patología.

ABSTRACT

The authors present a clinical case of cyst nasopalatino in a patient 44 year-old man. The cyst is typically asymptomatic and it was treated surgically with an extirpation. The revision postoperative carried out two years later, it showed a good cure and the complete bony regeneration of the cystic cavity. The presentation of the clinical case is accompanied with a preliminary exhibition of the general concepts related with this pathology.

TABLA DE CONTENIDO

	Pg.
INTRODUCCION	
1. ASPECTOS TEÓRICO – CIENTIFICOS	8
1.1 PROBLEMA	8
1.2 JUSTIFICACIÓN	9
1.3 PROPOSITO	9
1.4 MARCO TEORICO	9
1.4.1 La Región Palatina	9
1.4.2 El Conducto Nasopalatino	12
1.4.2.1 Formación del Conducto Nasopalatino	12
1.4.2.2 Histología, Anatomía y Fisiología del Conducto Nasopalatino	14
1.4.3 El Quiste del Conducto Nasopalatino	17
1.4.3.1 Definición	19
1.4.3.2 Etiología	22
1.4.3.3 Sintomatología	23
1.4.3.4 Histopatología	25
1.4.3.5 Imagenología y Apariencia Física	28
1.4.3.6 Incidencia	30
1.4.3.7 Tratamiento	31

1.4.3.8 Desarrollo del Quiste Nasopalatino	35
1.5 OBJETIVOS	40
1.5.1 Objetivo General	40
1.5.2 Objetivos Especificos	40
2. CASO CLINICO QUISTE NASOPALATINO	41
2.1 ANAMNESIS	41
2.2 REVISION POR SISTEMAS	41
2.3 EXAMEN FISICO GENERAL	42
2.4 EXAMEN FISICO ORAL	42
2.5 EXAMEN PERIODONTAL	42
2.6 EXAMEN DENTAL	42
2.7 EVALUACIÓN RADIOGRAFICA	43
2.8 DIAGNOSTICOS	43
2.9 TRATAMIENTO	44
2.10 EXAMEN HISTOPATOLOGICO	48
2.11 EVOLUCIÓN A LOS 2 AÑOS	50
2.12 DISCUSIÓN	50
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	58
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pg.
Tabla 1. Clasificación de los Quistes Maxilomandibulares	19
Figura 1. Localización del Conducto Nasopalatino	13
Figura 2. Localización del Quiste Nasopalatino	21
Figura 3. Vista de un Quiste Nasopalatino en Tejidos Blandos	24
Figura 4. Imagen Histológica a Bajo Aumento	27
Figura 5. Imagen Histológica a Gran Aumento	27
Figura 6. Imagen Histológica a Gran Aumento	28
Figura 7. Vista Oclusal de un Quiste Nasopalatino	30
Figura 8. Vista Radiográfica Frontal	31
Figura 9. Vista de un Quiste durante la Enucleación	32
Figura 10. Vista del Quiste durante la Enucleación	33
Figura 11. Vista del Quiste durante la Enucleación	33
Figura 12. Restos del Quiste Enucleado	34
Figura 13. Cápsula Quística Enucleada	34
Figura 14. Radiografía Oclusal superior mostrando el área Radiolúcida Correspondiente al quiste	43
Figura 15. Diseño de la Incisión Trapezoidal	44
Figura 16. Elevación del Colgajo Mucoperiostico	45

Figura 17.	Visualización de Liquido de Aspecto Amarillento	45
Figura 18.	Espécimen Extraído	46
Figura 19.	Cavidad Ósea Remanente	46
Figura 20.	Cavidad Ósea	47
Figura 21.	Colgajo Reposicionado y Sutura	48
Figura 22.	Microfotográfica Histológica de la Pared del Quiste	49
Figura 23.	Microfotografía Histológica de la Pared del Quiste	49
Figura 24.	Radiografía de Control a los 2 años	50
Figura 25.	Vista del Paladar	51
Figura 26.	Vista del Surco Bucal con Asimetría Leve Izquierda	52

INTRODUCCIÓN

El quiste del conducto nasopalatino fue descrito por primera vez por Meyer en 1914, como "seno paranasal". Este tipo de quiste es de tipo no odontogénico y surge de la proliferación de los restos epiteliales del conducto nasopalatino. Clínicamente se presenta como una inflamación asintomática de la parte anterior del paladar y al examen radiográfico se aprecia como una zona radiolúcida bien definida, redonda, ovoide o en forma de corazón, entre las raíces de los incisivos centrales.

A pesar de que es el quiste maxilomandibular más común, en Colombia existen pocos estudios específicos sobre el tema. Por tal razón, las autoras de la presente investigación decidieron realizar un estudio de un caso clínico, como un aporte inicial a estudios futuros dedicados de manera particular a esta patología. Este trabajo se divide en dos capítulos. En el primero de ellos se presentan los conceptos generales relacionados con el quiste nasopalatino y en el segundo se realiza la descripción y el análisis del caso clínico seleccionado.

1. ASPECTOS TEÓRICO-CIENTÍFICOS

1.1 PROBLEMA

El quiste nasopalatino tiene en Colombia los mismos niveles de ocurrencia que muestran las estadísticas generales para otros países (Cadavid, 2003). Según la Asociación Odontológica de los Andes y el Departamento de Odontología de la Fundación Santa Fe de Bogotá, en los últimos cinco años han atendido un promedio de 25 y 40 casos anuales, respectivamente.

Esta patología tiene origen a partir de epitelio atarapado durante el cierre de los procesos palatinos del maxilar superior en la vida intrauterina. Aunque numerosos especialistas consideran el quiste nasopalatino como el más común y su incidencia es relativamente alta entre la población, en la práctica clínica no es común.

¿Cuáles son las características generales del quiste nasopalatino y qué particularidades presenta el caso clínico seleccionado?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La realización de la presente investigación se justifica porque constituye una herramienta didáctica para la práctica clínica.

1.3 PROPÓSITO

Este estudio pretende proporcionar elementos teórico-prácticos para que los estudiantes de odontología en general y de manera particular los del Colegio Odontológico Colombiano, puedan tener elementos de juicio para el diagnóstico del quiste nasopalatino y conceptos técnicos para el tratamiento del mismo.

1.4 MARCO TEÓRICO

1.4.1 La región palatina

El paladar se divide en dos secciones, una más anterior que es el paladar duro y otra posterior que es el paladar blando. El paladar anterior o duro está limitado anterior y lateralmente por los bordes alveolares de los dientes superiores y posteriormente por el paladar blando. Su bóveda está formada por la lámina palatina del maxilar y la lámina horizontal del hueso palatino. La bóveda ósea está cubierta por periostio muy adherido y la membrana mucosa de la cavidad oral. La línea media del paladar duro está marcada por una ligera depresión o rafe que

termina anteriormente en una pequeña papila, denominada tubérculo palatino o papila palatina. La membrana mucosa que cubre el paladar presenta pliegues transversos en la parte anterior y en la parte posterior, es lisa y plana. Profundas, dentro de la membrana mucosa, se encuentran numerosas glándulas palatinas pequeñas de secreción mucosa (Espíndola, 2003).

El paladar posterior o blando cuelga como una cortina del borde posterior del paladar duro y separa la nasofaringe de la orofaringe posterior. Está formada por un pliegue de membrana mucosa entre cuyas capas, hay fibras musculares, nervios, vasos sanguíneos, glándulas mucosas y algo de tejido linfoide. La úvula se encuentra unida a la línea media del borde libre posterior del paladar blando. Durante la deglución y la succión, el paladar blando se eleva, cerrando completamente la cavidad nasal y nasofaringe desde la cavidad oral y la faringe intraoral (Espíndola, 2003).

El paladar blando también tiene un rafe medio. Las superficies laterales del paladar blando están limitadas por las paredes de la faringe. De cada lado de la base de la úvula, hay dos pliegues en forma de arco de membrana mucosa, los arcos de las fauces, los cuales se fusionan con las paredes laterales de la faringe. Unida al borde posterior del paladar duro, en el paladar blando hay una lámina fuerte de soporte que es la aponeurosis palatina (Espíndola, 2003).

El crecimiento del paladar está determinado por fuerzas internas, como aplicación de la lengua, que produce expansión transversal. En los respiradores bucales, debido a la falta de presión de la lengua sobre el paladar, se produce el paladar ojival, con el consiguiente apiñamiento de las estructuras dentarias o la inclusión del canino (Arriagada, 2003).

La región palatina ósea tiene en la zona anterior el foramen incisivo y rugas palatinas que son individuales y permanecen en el tiempo. El paladar se encuentra inervado por el nervio espinal a través del plexo faríngeo (Espíndola, 2003).

La irrigación en la zona anterior está dada por la rama interna de la arteria esfenopalatina que se distribuye por el foramen incisivo, que tiene de sector común 1 cm. de longitud. El conducto nasopalatino está recubierto en su desembocadura en el paladar por la papila incisiva, rodeada por un surco por el que se accede al conducto; si se sobrepasa se llega al pie de las fosas nasales, consiguiendo solo una anestesia parcial, ya que al conducto acceden las ramas derecha e izquierda que se anastomosan en toda la región ubicada por delante de los caninos. Esta distribución es válida para la arteria esfenopalatina interna y para el nervio nasopalatino (Arriagada, 2003).

A nivel del conducto palatino posterior se distribuye la arteria palatina superior o descendente, rama de la maxilar interna, y el nervio palatino anterior o mayor. En la zona posterior se ubican los conductos palatinos accesorios por donde emergen

los nervios palatino posterior y medio o accesorio. El velo del paladar está formado por un esqueleto aponeurótico al que se fijan los distintos músculos que lo conforman: la úvula, los pilares anteriores y posteriores, entre los que se ubica la fosa amigdalina en relación en su parte más profunda con el constrictor medio de la faringe, y por su parte intermedia, con el espacio laterofaríngeo, siendo potencialmente zona de distribución de procesos infecciosos (Arriagada, 2003).

1.4.2 El conducto nasopalatino

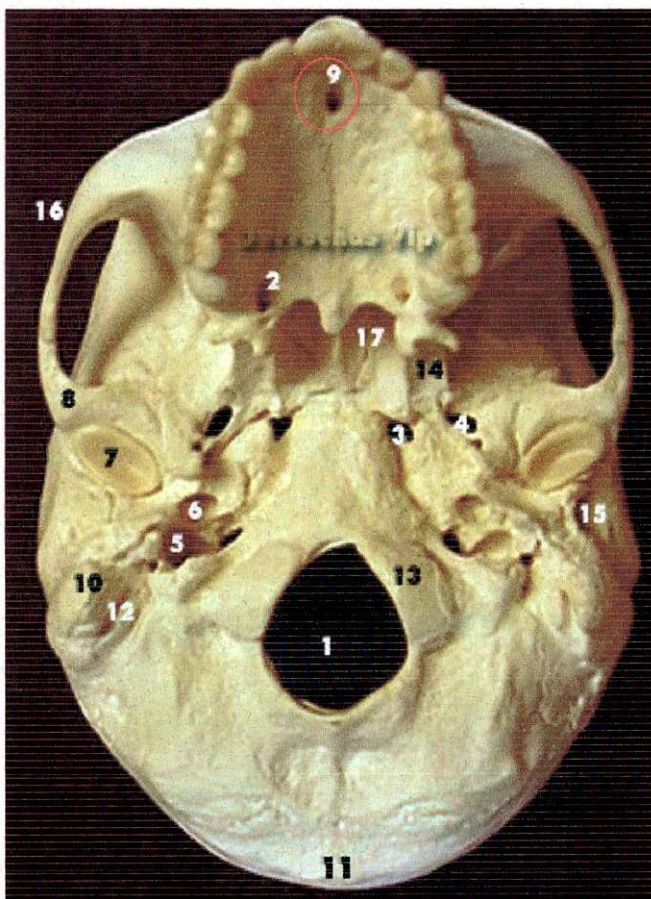
El *conducto nasopalatino*, también denominado *conducto palatino anterior* o *conducto incisivo*, se localiza en la línea media de la parte anterior del maxilar medio (porción anterior del paladar duro) e inmediatamente posterior a los dientes incisivos centrales superiores, por detrás de la espina nasal (figura 1). El conducto nasopalatino comunica las fosas nasales con la cavidad bucal (Allard *et al*, 1981).

1.4.2.1 Formación del conducto nasopalatino

El desarrollo de la cara y la cavidad oral tiene lugar entre las 4 y 8 semanas de vida intrauterina. El paladar secundario se forma durante las 8 y 12 semanas. En la línea media entre los paladares primarios y secundarios, 2 cauces (los canales incisivos) persisten. Los procesos palatinos probablemente en parte sobre desarrollan el paladar primario en cualquier de las caras del *septum* nasal. Así, los

canales incisivos representan los pasadizos en el paladar duro que se extiende hacia abajo y adelante de la cavidad nasal. Simplemente antes de terminar la superficie ósea del paladar duro (foramen incisivo o la fosa incisiva), los canales incisivos normalmente se funden para formar un canal común en forma de Y (Allard *et al*, 1981).

Figura 1. Localización del conducto nasopalatino (vista de la desde la escobase)



1. Agujero Occipital.
2. Conducto palatino posterior y accesorio.
3. Agujero rasgado anterior.
4. Agujero oval.
5. Fosa yugular.
6. Orificio externo del conducto carotídeo.
7. Cavidad glenoidea del temporal.
8. Tubérculo cigomático.
9. **Conducto nasopalatino.**
10. Apófisis mastoideas.
11. Protuberancia occipital externa.
12. Ranura digástrica.
13. Cóndilo del occipital.
14. Apófisis pterigoides y fosa pterigoidea.
15. Conducto auditivo externo.
16. Arcada cigomática.
17. Coana.

<http://www.derrochasvip.com.ar/Preparados/craneos3.htm>.

La fusión de procesos faciales en el desarrollo embriológico del maxilar produce la formación de un par de cuerdas epiteliales (los conductos del nasopalatino) que atraviesan los canales incisivos anteriores, conectando las cavidades nasal y oral (Allard *et al*, 1981).

1.4.2.2 Histología, Anatomía y Fisiología del Conducto Nasopalatino

El conducto nasopalatino está formado a su vez por la unión de dos canales palatinos del hueso maxilar superior de cada lado. En el fondo del conducto aparecen dos orificios, uno anterior y otro posterior, conocidos como *orificios de Scarpa*, por donde emergen los nervios nasopalatinos izquierdo y derecho (Allard *et al*, 1981).

En cuanto a su naturaleza histológica, los tipos de epitelios que delinean el conducto nasopalatino son muy variables, dependiendo de la proximidad relativa de las cavidades nasales y orales. La parte más superior de los conductos se caracteriza por un epitelio tipo respiratorio. A medida que se desciende, el revestimiento cambia a epitelio cuboidal. En la porción más inferior más cerca a de la cavidad oral, el epitelio es del tipo escamoso estratificado (Allard *et al*, 1981).

Como se mencionó anteriormente, la función principal del conducto nasopalatino es la de comunicar las cavidades nasal y bucal, para dar paso a los *nervios nasopalatinos*, también llamados *nervios esfenopalatinos internos* o *nervios del*

agujero incisivo, y a la *arteria nasopalatina*, que también se denomina *arteria palatina descendente* o *arteria palatina superior*. También glándulas mucossecretoras están presentes dentro de los canales incisivos (Arriagada, 2003).

El nervio nasopalatino

El nervio nasopalatino o del agujero incisivo es una rama del nervio esfenopalatino, el cual a su vez se desprende del nervio trigémino que es de tipo mixto (sensitivo, sensorial y motor) y es el de mayor tamaño de todos los nervios craneales. El trigémino es el encargado de conducir los estímulos motores a los músculos masticatorios, músculo tensor del tímpano y del velo palatino. Recoge la sensibilidad de la cara y sus mucosas (Alfinal.com, 2003).

El nervio nasopalatino descienden y alcanzan el agujero palatino posterior, al salir emite ramas para la bóveda palatina y para el velo del paladar, además en ocasiones son acompañados por el nervio palatino medio el cual se distribuye por la mucosa del velo del paladar. En esa misma zona y por los conductos palatinos accesorios sale el nervio palatino posterior, dando una rama anterior sensitiva a la mucosa de la cara superior del velo del paladar y otra posterior que inerva el músculo peristafilino interno, el músculo palatogloso y el músculo faringostífilino. El nervio nasopalatino inerva la parte anterior del paladar, hasta la altura del canino (Macouzet y Tijerina, 2000).

A nivel anestesiológico el nervio nasopalatino se bloquea 1 cm. por detrás de los dos incisivos centrales superiores (Germanin, 1986). Se utiliza para complemento del bloqueo de los nervios dentarios, anterior y medio, y para anestesia de la pirámide nasal (Anadón y Leyún, 1999).

La arteria nasopalatina

La arteria nasopalatina es una rama de la arteria maxilar interna, que a su vez se desprende de la arteria esfenopalatina; ésta se divide en dos ramas a partir de su desembocadura en la fosa nasal. La rama interna se orienta hacia la línea media en dirección al tabique nasal, cruzando la pared posterior de la fosa nasal por encima de la coana. Al llegar al *septum* toma una dirección oblicua de atrás hacia adelante y de arriba hacia abajo siguiendo un trayecto diagonal que corresponde con el borde superior del vómer. Allí recibe el nombre de arteria nasopalatina (Mediagraphic.com, 2003).

Después de proveer irrigación a la mucosa del tabique por medio de numerosas ramificaciones, esta arteria se introduce en un agujero próximo a la espina nasal. En el trayecto óseo se anastomosa con la del lado opuesto para aparecer en la parte anterior del paladar duro constituyendo un tronco único que es la arteria palatina anterior (Mediagraphic.com, 2003).

1.4.3 El quiste del conducto nasopalatino

Antes de abordar de lleno el tratamiento de los conceptos generales sobre el quiste nasopalatino, se ha considerado relevante detenerse en la noción general de quiste en odontología y la clasificación de los quistes de los maxilares, también llamados *quistes maxilomandibulares* o *quistes epiteliales de los maxilares* (Arenas, 1982).

Los maxilares son huesos únicos en el esqueleto por su íntima relación con los dientes y las estructuras faciales. Cuando en el proceso de desarrollo dentario ocurren anomalías, o inflamaciones, puede originarse lesiones quísticas. La importancia de estas lesiones radica en su alta incidencia en la región maxilofacial. Existe controversia en cuanto a la exacta definición de "quiste". La más aceptada por los patólogos orales es una cavidad patológica delimitada por un epitelio y que tiene un material fluido o semifluido (Arenas, 1982).

Sin embargo, aunque todos los quistes odontogénicos y no odontogénicos están dentro de esta descripción, no lo son otras lesiones como el quiste óseo solitario y el quiste óseo aneurismático, los cuales carecen de revestimiento epitelial. La definición más apropiada, y aceptada por patólogos es: cavidad anormal en tejido blando o duro la cual contiene un fluido, un semifluido o gas y que puede o no presentar epitelio (Arenas, 1982).

Las lesiones quísticas de los maxilares revisten de importancia al presentar como recubrimiento interno de su pared un epitelio que le confiere características especiales en relación a su comportamiento clínico. El origen de este epitelio puede ser *odontogénico*, es decir proviene de restos celulares que participaron en la formación de diversas estructuras dentarias, o *no odontogénico*, proveniente de epitelios diferentes al de la odontogénesis (por ejemplo: fisurales). Este tejido epitelial responde proliferando ante diversos estímulos (infecciosos, traumáticos, etc.), para sufrir luego un proceso de degeneración en el centro del nido epitelial en crecimiento debido a la falta de irrigación adecuada, formando así el quiste propiamente dicho (Molina, 1997).

Aunque existen varias propuestas de clasificación de los quistes maxilomandibulares, quizás la más adecuada es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992; que incluye aquellos quistes de origen inflamatorio (tabla 1) (Shear, 1994). Un quiste no incluido en esta clasificación es el quiste folicular inflamatorio, que en opinión de Claudio Molina debería estar en el grupo de quistes inflamatorios o como variedad del quiste paradental. Además en los huesos maxilares podemos encontrar, al igual que en cualquier hueso, otros quistes, pero no tienen epitelio, y se denominan *seudoquistes*. Dichos *seudoquistes* son (Molina, 1997):

- Quiste óseo traumático o hemorrágico.
- Quiste óseo aneurismático.

1.4.3.1 Definición del Quiste Nasopalatino

El quiste del conducto nasopalatino o quiste nasopalatino es un quiste de desarrollo del maxilar que se considera como el más común de los quistes no odontogénicos (Gnanasekhar, 1995). Fue descrito por primera vez por A.W. Meyer, quien lo definió como un seno paranasal único ubicado directamente por encima de los incisivos superiores (Meyer, 1914). El quiste nasopalatino es uno de los procesos patológicos que pueden ocurrir dentro de los maxilares, pero es el único que se desarrolla en una localización determinada: el maxilar medio anterior (Kurnatowski, 2003).

Tabla 1. Clasificación de los quistes maxilomandibulares

- | |
|--|
| 1.- Del Desarrollo |
| 1.1.- Odontogénicos |
| 1.1.1.- Quiste gingival del recién nacido (Perlas de Epstein) |
| 1.1.2.- Queratoquiste odontogénico (Quiste primordial) |
| 1.1.3.- Quiste dentífero (Folicular) |
| 1.1.4.- Quiste de erupción |
| 1.1.5.- Quiste periodontal lateral |
| 1.1.6.- Quiste gingival del adulto |
| 1.1.7.- Quiste glandular odontogénico, quiste sialo-odontogénico |
| 1.2.- No Odontogénicos |
| 1.2.1.- Quiste del conducto nasopalatino |
| 1.2.2.- Quiste nasolabial (Nasoalveolar) |
| 2.- Inflamatorios |
| 2.1.- Quiste radicular |
| 2.1.1.- Apical y lateral |

2.1.2.- Residual

2.2.- Quiste paradental (Colateral inflamatorio, mandibular infectado)

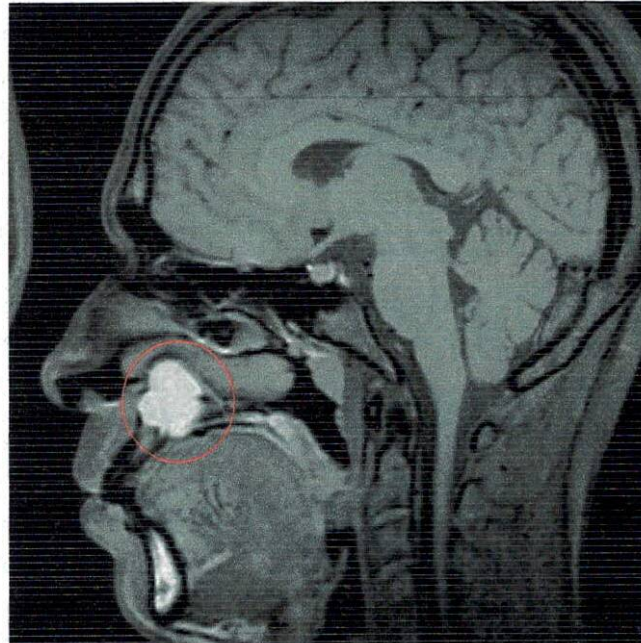
Modificado de Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. *Histological typing of odontogenic tumours*. Berlin: Springer Verlag, 1992. Citado en Shear M. *Developmental odontogenic cysts. An update*. J. Oral Pathol. Med. 1994; 23, 1-11.

El quiste nasopalatino es conocido también con nombres como *quiste del conducto palatino anterior*, *quiste del conducto incisivo*, *quiste maxilar medio anterior* o *quiste de la papila palatina*. El quiste nasopalatino se deriva de residuos epiteliales embriológicos del conducto nasopalatino (Mermer, 1995).

El quiste nasopalatino se puede presentar en el conducto nasopalatino mismo o en los tejidos blandos del paladar, en las cercanías del orificio del conducto. Cuando se encuentra en los tejidos blandos, se denomina *quiste de la papila palatina*. Antes se consideraba como dos entidades separadas el *quiste palatino medio* y el quiste nasopalatino, pero hoy se acepta que el quiste palatino medio solo representa una extensión posterior del quiste nasopalatino y por esto ha sido excluido de la clasificación de la OMS. Sin embargo, como se dice que la única parte donde hay verdadera fusión es durante la formación del paladar duro, es posible que queden restos epiteliales después de tal fusión, los que posteriormente proliferarían y darían origen a un quiste palatino medio. De esta manera sería independiente del quiste nasopalatino (Eversole, 1992).

El quiste nasopalatino puede desarrollarse en cualquier punto a lo largo del canal, pero principalmente se localiza en la parte más inferior. Debido quizás al constante drenaje del fluido, este quiste se desarrolla lentamente y puede permanecer estático en tamaño por mucho tiempo. El quiste nasopalatino se puede formar dentro del canal incisivo que se localiza en el hueso palatino y detrás de la zona alveolar de los incisivos centrales superiores o en el tejido blando del paladar (Gnanasekhar, 1995). En la figura 2 se muestra un corte transversal de la cabeza, en el cual se puede apreciar un quiste nasopalatino (dentro del círculo rojo) en localización más común.

Figura 2. Localización del quiste nasopalatino



<http://xray10.dent.okayama-u.ac.jp/~orad/e-nasopalatin.html>

1.4.3.2 Etiología

La etiología exacta del quiste nasopalatino aún es desconocida y se han sugerido factores genéticos, trauma de la región incisiva durante la masticación o por desajustes en prótesis, infección bacteriana o proliferación espontánea como posibles causas del mismo (Velásquez, 1999).

Otros autores opinan que el bloqueo por retención mucosa dentro de los ductos de las glándulas salivales, también puede ser un factor etiológico (Gnanasekhar, 1995); sin embargo, la mayoría de especialistas cree que la degeneración quística espontánea de los residuos del epitelio ductal es el más probable factor de patogénesis, tesis que se apoya en la observación de quistes en canales incisivos fetales (Kurnatowski, 2003).

Los conductos nasopalatinos ordinariamente sufren la degeneración progresiva, pese a lo cual, la persistencia de remanentes epiteliales pueden volverse la fuente de epitelios que dan lugar al quiste nasopalatino. Las glándulas mucosas que proliferan entre el epitelio puede contribuir a la formación del quiste secundario (Regezi y Sciubba, 1999).

1.4.3.3 Sintomatología

Los quistes nasopalatinos pequeños, en las fases tempranas de su desarrollo generalmente son asintomático a menos que estén infectados o se esté ejerciendo presión sobre el nervio nasopalatino. Cuando hay dolor por infección secundaria puede estar bien localizado o ser neurálgico en la parte anterior del maxilar, irradiándose hasta el puente de la nariz y las órbitas oculares. Se observa una inflamación en la papila incisiva, de aproximadamente dos días de evolución y el examen extraoral es normal (Swanson *et al*, 1991).

Los incisivos centrales y laterales permanecen firmes sin sensibilidad a la percusión, de color normal y con respuesta positiva a las pruebas de vitalidad (Vasconcelos *et al*, 1999). Sin embargo algunos estudios, por el contrario, muestran el desplazamiento del diente como un hallazgo común (ocurrencia en 78% de los pacientes), mientras que la expansión ósea sólo se ha presentado en un 1,4% de pacientes. Los quistes nasopalatinos localizados en áreas inferiores generan una inflamación más temprana de la papila palatina que las ubicadas en áreas superiores (Swanson *et al*, 1991).

En el estudio realizado por Swanson en 1991, éste determinó que los quistes grandes pueden ser responsables de una variedad de síntomas que incluyen inflamación (52%), drenaje (25%) y dolor (20%). Aproximadamente 70% de los pacientes experimentan una combinación de estos síntomas. Paradójicamente,

varios pacientes con quistes pequeños pueden desarrollar los síntomas severos desproporcionadamente, mientras que algunos pacientes con quistes grandes pueden experimentar alguno o ningún síntoma.

De otro lado, se han reportado también la experimentación de sabor salado en la boca y desvitalización de los dientes. En los quistes más grandes y destructivos se ha reportado la perforación de las paredes óseas vestibulares y palatinas. Los quistes que se desarrollan dentro de los tejidos blandos del área de la papila incisiva del paladar duro anterior pueden presentar inflamación en forma de domo, de color translúcido o azulado (figura 3) (Gnanasekhar, 1995).

Figura 3. Vista de un quiste nasopalatino en tejidos blandos



PERRI de Carvalho, Paulo Sérgio et al. *Cisto do canal nasopalatino*. En: *Revista APCD*, marzo - abril de 2000, p. 126.

1.4.3.4 Histopatológica

El examen histopatológico muestra una cavidad recubierta por epitelio, rodeado a su vez por una pared fibrosa gruesa de tejido conjuntivo. La superficie laminar está revestida por epitelio cuboidal hasta epitelio de tipo ciliado columnar. Los estudios de Abrams y Gnanasekhar reportan un 71,8% quistes que presentan epitelio escamoso, columnar, cuboidal o alguna combinación de estos tipos. El epitelio de tipo respiratorio se ve en 9,8% de los casos (Abrams *et al*, 1963). El tipo de epitelio depende de la localización del quiste (Kurnatowski, 1995). Raramente se han reportado los melanocitos dentro del epitelio (El-Bardaie *et al*, 1989) o la transformación maligna del epitelio (Shafer *et al*, 1983).

Vasconcelos en 1999 reportó que a menudo (81% de casos), se presenta una reacción inflamatoria crónica que consiste en la presencia de linfocitos y células del plasma que se observa en la pared del quiste. La hemorragia la reportó en 71% de casos. Así mismo encontró infiltrado inflamatorio crónico difuso y leve en las porciones superficiales del quiste (Vasconcelos, 1999). Allard, en 1981, detectó en sus estudios la presencia en el quiste de eritrocitos, leucocitos, células descamativas epitelial, restos de tejido y bacterias (Allard, 1991).

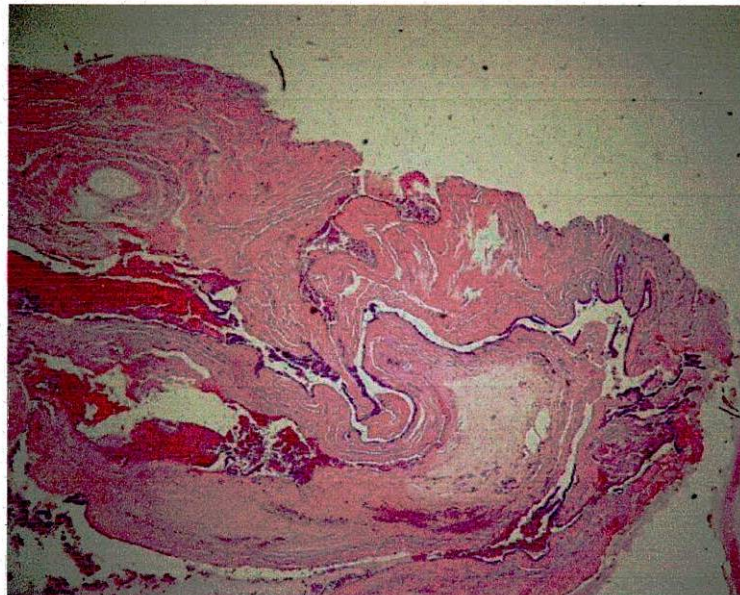
El epitelio que cubre el quiste nasopalatino es delgado pero puede presentar un epitelio escamoso estratificado, cilíndrico pseudoestratificado, cuboide, plano o combinaciones y es frecuente la presencia de nervios y grandes vasos sanguíneos

en la cápsula fibrosa. Esto se explica porque al eliminarlo es removido el paquete vasculonervioso del conducto nasopalatino (Universidad Mayor, 2003). Si el quiste se ubica más cerca de la boca el epitelio será plano pluriestratificado no queratinizado. Si se ubica más hacia las fosas, será epitelio de tipo respiratorio. Si estuviera en la mitad, puede tener de los dos (Arriagada, 2003).

El tipo variable de epitelio enfatiza el origen del quiste en el conducto nasopalatino con epitelio respiratorio en la porción nasal y epitelio escamoso en la porción bucal. La pared del quiste frecuentemente muestra infiltración de células inflamatorias (Arriagada, 2003).

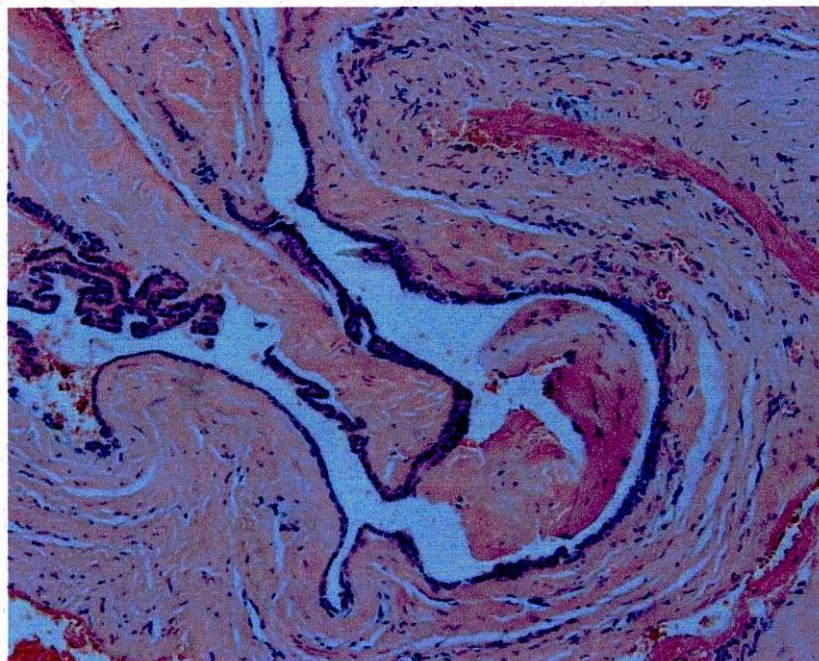
En la figura 4 se aprecia una imagen histopatológica de un quiste nasopalatino donde se ve, al microscopio de bajo aumento, la cavidad mística con abundante tejido fibroso, hemorragia y delgado recubrimiento del epitelio. En la figura 5 se ve, en el mismo quiste, el aspecto del epitelio de pocas capas, sin papilas y con estrato basal cúbico. En la figura 6 se aprecia otro quiste en donde la lesión reveló una imagen con un delgado epitelio pseudo estratificado, epitelio ciliado columnar que se apoya por el tejido conjuntivo muy vascular. Otras porciones de la lesión demostraron la presencia de tejido adiposo, nervios y vasos.

Figura 4. Imagen histológica a bajo aumento



<http://email.umayor.cl/~bmartinez/private/quismax/quismax.html#racional>.

Figura 5. Imagen histológica a gran aumento



<http://email.umayor.cl/~bmartinez/private/quismax/quismax.html#racional>.

Figura 6. Imagen histológica a gran aumento



<http://email.umayor.cl/~bmartinez/private/quismax/quismax.html#racional>.

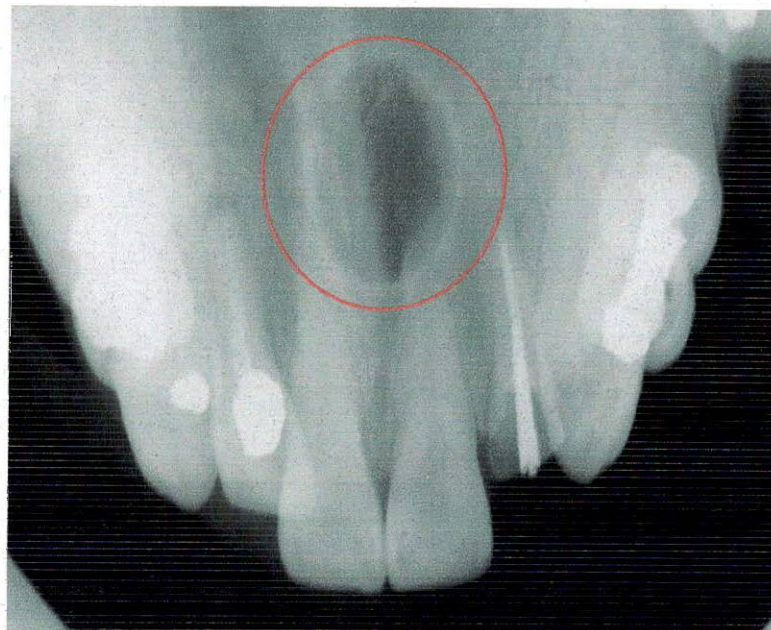
1.4.3.5 Imagenología y Características Clínicas.

La inflamación es fluctuante no pedunculada en el área de la papila palatina, con una longitud aproximada de 10 mm de largo por 5 mm de ancho. La panorámica, oclusal y periapical son usadas en el diagnóstico (figuras 7 y 8). En algunos casos, puede ser necesario obtener una vista en tercera dimensión de la lesión. Harris y Brown abogan por una segunda radiografía periapical perpendicular a la tomada al primero y una tomografía lineal a través del área de interés es también una alternativa (Arriagada, 2003).

El examen radiográfico periapical y oclusal muestra la típica y bien definida imagen del área radiolúcida ovoide, redonda o en forma de pera invertida, localizada en la línea media del maxilar, la cual es interradicular y apical a las raíces de los incisivos centrales superiores. La imagen superpuesta de la espina nasal puede impartir una apariencia de forma de corazón al quiste. La apariencia radiográfica del quiste es bilateralmente simétrica y bien delimitada (figura 7) (Arriagada, 2003).

La esclerosis periférica, es una indicación de lento crecimiento y puede o no estar presente. Las raíces de los incisivos centrales muestran divergencia. La destrucción del suelo del *antrum* maxilar se ha presentado en algunos casos. En algunos individuos, un canal incisivo prominente puede aparecer como imagen de un área radiolúcida. La mayoría de los autores consideran un agujero incisivo normal de 6 mm; si se observa un área mayor debe ser una investigación más profunda (Arriagada, 2003).

Figura 7. Vista oclusal de un quiste nasopalatino



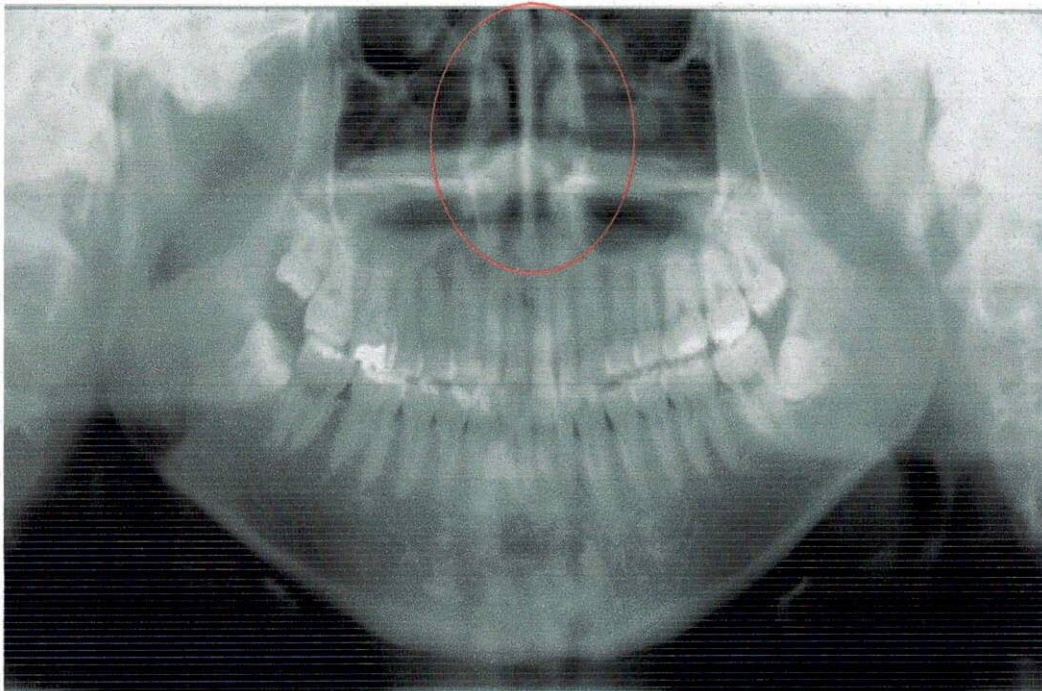
<http://email.umayor.cl/~bmartinez/private/quismax/quismax.html#racional>.

1.4.3.6 Incidencia

Los datos de diversos estudios acerca de la incidencia de quiste nasopalatino difieren considerablemente, desde 0,08% a 3,3% de la población. La mayoría de especialistas acepta que el quiste del conducto incisivo puede encontrarse en el 1% de los individuos. No se ha determinado una diferenciación del nivel de incidencia en función del género, pero algunos autores afirman que afecta más a hombres que a mujeres, aunque no se ponen de acuerdo en la proporción. Unos afirman que es de 1:3 pero otros estudios han arrojado incluso una proporción 1,8:2. Puede ocurrir en cualquier edad, incluso en fetos, aunque se descubre

entre la cuarta y la sexta décadas de vida. No se ha encontrado una diferenciación en función de la raza (Kurnatowski, 1995).

Figura 8. Vista radiográfica frontal



<http://email.umayor.cl/~bmartinez/private/quismax/quismax.html#racional>.

1.4.3.7 Tratamiento

El quiste nasopalatino es tratado vía enucleación. La recidiva es rara, y sólo en un estudio se informó de un 0,11% de pacientes en los que el quiste reapareció. Se espera la regeneración completa del hueso dentro del defecto óseo en el período postoperatorio. La parestesia del paladar anterior puede ocurrir. El fracaso para diagnosticar este tipo de quiste puede producir el daño dental permanente (Perri *et al*, 2002).

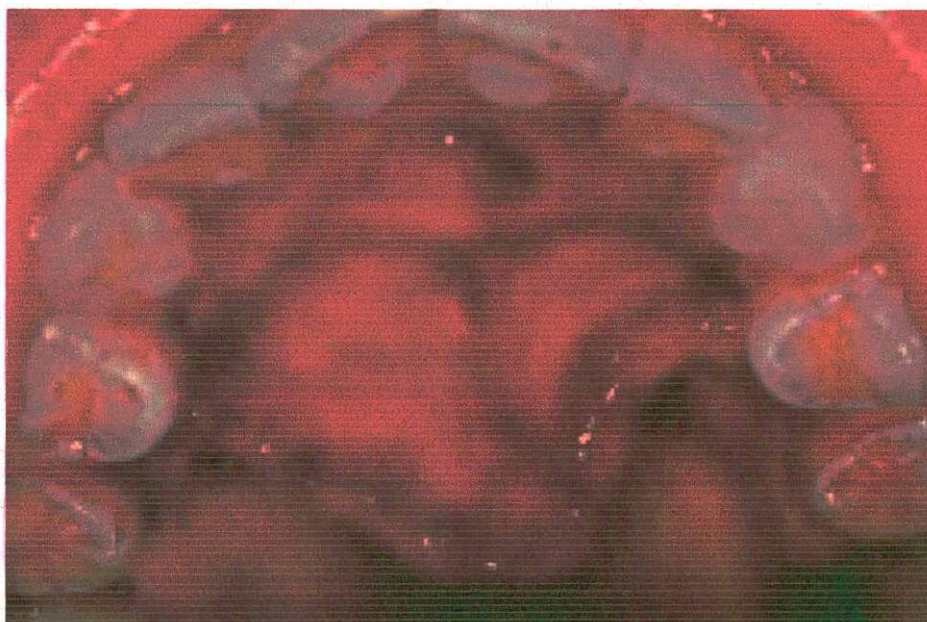
En las figuras 9 a 13 se aprecian algunas imágenes del tratamiento. En las figuras 9 y 10 se puede observar un quiste nasopalatino durante su enucleación, realizada a través de una ventana abierta en la pared ósea palatina anterior. En la figura 11, el odontólogo revisa la cavidad quística después de la enucleación, en la figura 12 se muestran restos del tejido del quiste y en la figura 13 se aprecia la cápsula quística después de ser enucleada.

Figura 9. Vista del quiste durante la enucleación



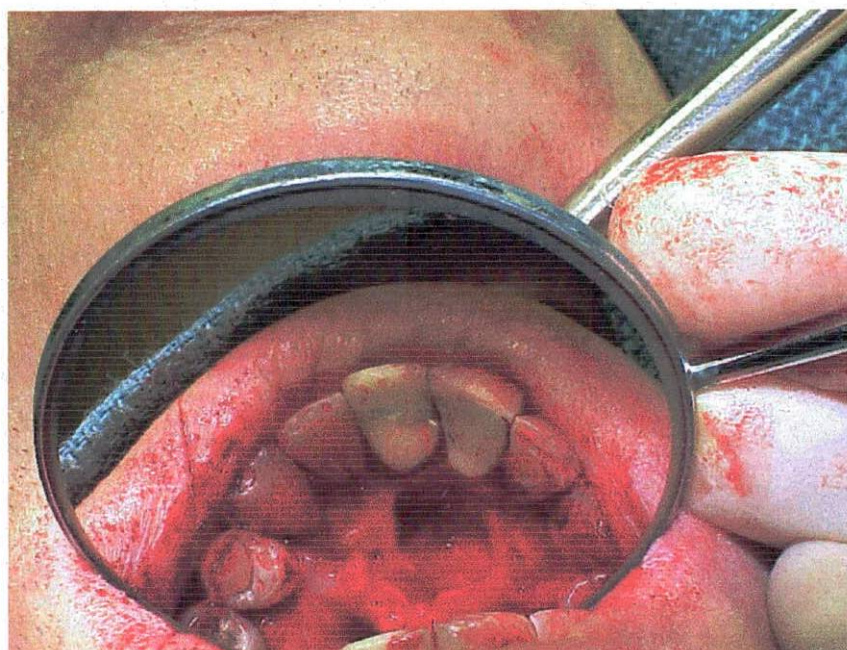
<http://email.umayor.cl/~bmartinez/private/quismax/quismax.html#racional>.

Figura 10. Vista del quiste durante la enucleación



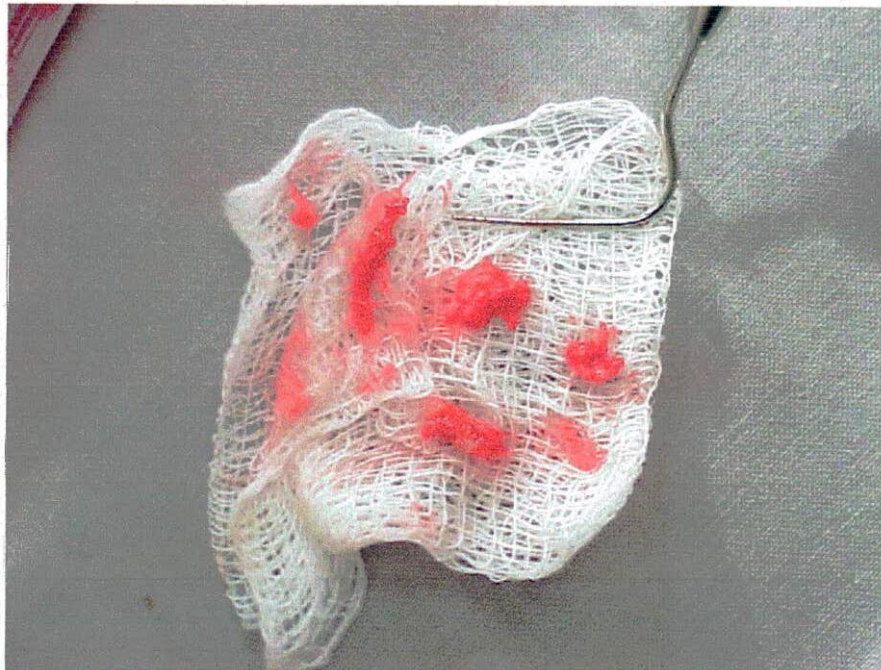
<http://email.umayor.cl/~bmartinez/private/quismax/quismax.html#racional>.

Figura 11. Vista del quiste durante la enucleación



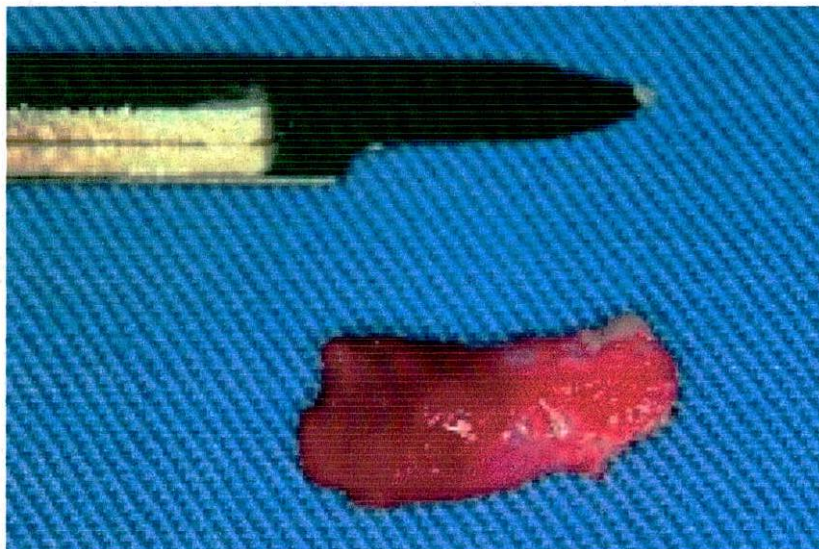
<http://email.umayor.cl/~bmartinez/private/quismax/quismax.html#racional>.

Figura 12. Restos del quiste enucleado



<http://email.umayor.cl/~bmartinez/private/quismax/quismax.html#racional>.

Figura 13. Cápsula quística enucleada



<http://email.umayor.cl/~bmartinez/private/quismax/quismax.html#racional>.

1.4.3.8 Desarrollo del Quiste Nasopalatino

En términos generales el desarrollo del quiste nasopalatino está mediado por los mecanismos del crecimiento quístico comunes a todos los tipos de estas formaciones. Se postulan para las lesiones quísticas en general, tres mecanismos de crecimiento (Sharfetter, 1989):

- Crecimiento mural.
- Crecimiento hidrostático.
- Factores reabsorbentes de hueso.

Crecimiento mural

Se compone de 2 variables: división celular periférica y acumulación de contenidos celulares.

División celular periférica: El crecimiento periférico es atribuido a una activa división celular por parte del epitelio quístico ante un factor de diversa etiología: irritativo, infeccioso, mecánico e incluso de origen desconocido. Estudios realizados por Scharfetter y colaboradores en 1989, usando radiografía y citofotometría de DNA, en cortes seriados de diferentes tipos de quistes, mostraron que los primeros tenían un mayor patrón de crecimiento tanto epitelial como del tejido conectivo de la pared quística. Concluyendo que el crecimiento

invasivo de los quistes dependería del crecimiento activo de su pared (Sharfetter *et al*, 1989).

Algo similar se había propuesto ya en 1984, señalando que el queratoquiste debería ser considerado como una neoplasia benigna, considerando su gran potencial de crecimiento, en este mismo reporte llama la atención el hecho de que esta lesión presenta crecimientos epiteliales hacia el interior de la cápsula conjuntiva acompañados de actividad colagenolítica y reabsorción ósea (Ahlfors *et al*, 1984).

Acumulación de contenidos celulares: Se produce por acumulación de células y líquido en el interior de la cavidad quística, lo que aumentaría la presión osmótica del quiste, favoreciendo la entrada de líquido al interior de la cavidad (Ahlfors *et al*, 1984).

Los dos factores antes mencionados son importantes en el crecimiento de los quistes (incluyendo los quistes nasopalatinos). Las zonas hacia donde se desarrollaría el crecimiento serían aquellas en donde hay menor resistencia a la expansión (Ahlfors *et al*, 1984).

Crecimiento hidrostático

Las moléculas en el interior de la cavidad son osmóticamente activas, lo que atrae líquido al interior del lumen por diversos mecanismos, originando una presión que distiende las paredes óseas. Estos mecanismos son:

Secreción: Se realiza con el aporte de células secretoras encontradas en algunos tipos de quistes, aunque no se ha encontrado evidencia morfológica de secreción intraquística. No se considera factor de crecimiento en queratoquistes (Smith *et al*, 1984).

Exudación: Citado en relación al crecimiento de quistes foliculares y periodontales respectivamente. La presencia de fibrina y colesterol sugiere que la hemorragia también contribuye al crecimiento quístico (Smith *et al*, 1988).

Diálisis: La diferencia de osmolaridad entre el interior y el exterior de la cavidad quística, dada por la acumulación de moléculas de bajo peso molecular junto a los desechos celulares sumado a un inadecuado drenaje linfático determinan una presión osmótica elevada en relación al suero (Smith *et al*, 1988).

La osmolaridad de los fluidos quísticos es mayor que la del suero, se afirma que esto puede ser debido más a la mayor cantidad de productos del metabolismo que a la de proteínas presentes en el contenido de los quistes, y que esto podría ser

un factor importante en crecimiento expansivo de los quistes. Si tal mecanismo existe, los glicosaminoglucanos y proteoglucanos observados, tendrían participación significativa (Smith *et al*, 1988).

La presencia de glicosaminoglucanos en el interior de quistes odontogénicos no queratinizados y también del queratoquiste ha sido demostrada por varios autores. Ácido hialurónico es el que está presente en mayor cantidad, aunque también se describen otros como dermatán sulfato, heparán sulfato, condroitin 4 sulfato y condroitin 6 sulfato. También se cree que estos glicosaminoglucanos están unidos a proteínas formando grandes complejos (proteoglucanos) (Universidad Mayor, 2003).

El origen de estos glicosaminoglucanos es incierto, se cree provenían del tejido conjuntivo de la cápsula, pero es difícil que estas moléculas por su tamaño puedan atravesar el epitelio quístico. Se ha observado una banda subepitelial que se tiñe con Azul de Alcian y al parecer se debe a la presencia de heparina o heparán sulfato. El heparán sulfato no es un componente que se encuentra en cantidades apreciables en la matriz extracelular de los tejidos conjuntivos aunque se encuentra en las membranas basales (Universidad Mayor, 2003).

Se ha notado una apreciable cantidad de células cebadas en posición cercana al epitelio quístico. La heparina que se encuentra en estas células al liberarse al medio exterior podría producir esta banda de tinción observada. La degranulación de estas células podría desencadenar la liberación de enzimas hidrolíticas al

medio extracelular y así producir una alteración en la permeabilidad de la membrana basal permitiendo el paso de moléculas de gran tamaño al alterar la permeabilidad de la membrana basal (Universidad Mayor, 2003).

Factor reabsorbente de hueso

Las teorías biomecánicas de expansión tales como crecimiento debido a presión hidrostática, ignoran los aspectos celulares del crecimiento y los aspectos bioquímicos de la destrucción del tejido óseo adyacente al quiste. Es necesaria una reabsorción de las paredes óseas que contienen al quiste para permitir su crecimiento. La expansión de los quistes esta influenciada en gran medida por el crecimiento del epitelio quístico, y por el grado o rapidez en que el tejido óseo que lo contiene es reabsorbido. Los hallazgos de producción de prostaglandinas en 1975 hechos por Harris y colaboradores (Harris *et al*, 1975), y de colagenasa hechas por Donoff, Harper y Guralnick en 1972 han ayudado a clarificar algunos aspectos en relación a la bioquímica del crecimiento quístico (Donoff *et al*, 1972).

En relación al crecimiento quístico se han descrito diferentes factores bioquímicos que participarían en forma activa en la reabsorción ósea, tales como prostaglandinas, colagenasas y citoquinas (Universidad Mayor, 2003).

En el anexo se presenta la matriz bibliográfica, por medio de la cual se analizó la información obtenida en las fuentes bibliográficas y se desarrolló el marco teórico mostrado anteriormente.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo general

Establecer el manejo, diagnóstico y tratamiento del quiste nasopalatino mediante la presentación de un caso clínico.

1.5.2 Objetivos específicos

Describir:

- La anatomía del conducto nasopalatino.
- Los conceptos generales sobre la etiología del quiste nasopalatino.
- Las características clínicas, histológicas e imagenológicas del quiste nasopalatino.

Ilustrar con un caso clínico el manejo adecuado del quiste nasopalatino.

2. CASO CLÍNICO QUISTE NASOPALATINO

En el siguiente capítulo se presenta el estudio de un caso clínico de quiste nasopalatino, tratado en el Colegio Odontológico Colombiano, el cual permite ilustrar algunos de los conceptos generales descritos en el capítulo anterior. El caso se presentó en un paciente que acudió el 12 de julio de 2000 a una consulta de rutina para revisión general.

Paciente de sexo masculino de 40 años de edad cuyo motivo de consulta es: “tratamiento general”.

2.1 ANAMNESIS

- ⇒ Historia personal: Hospitalización en mayo de 1995 debido a una luxación a nivel de la columna vertebral.
- ⇒ Historia familiar: Reporta diabetes controlada en hermana.

2.2 REVISIÓN POR SISTEMAS

El paciente no reporta ningún compromiso sistémico.

2.3 EXAMEN FÍSICO GENERAL

- ⇒ Presión arterial: 120/80 mmHg
- ⇒ Pulso: 60 P.P.M.
- ⇒ Peso: 70 Kg.
- ⇒ Talla: 1,68 mts.

2.4 EXAMEN FÍSICO ORAL

En tejidos blandos presenta una asimetría en el fondo del surco vestibular en zona de anteriores superiores.

2.5 EXAMEN PERIODONTAL

Al sondaje periodontal se observan bolsas periodontales generalizadas. Además presenta cálculos subgingivales.

2.6 EXAMEN DENTAL

- ⇒ Ausencia de: 18-15-14-12-11-21-22-24-26-28-38-36-35-34-46-48.
- ⇒ Caries en: 16 (o)- 13(v-p)- 23(v)- 25(o)- 37(o) -41(d)- 42(m)-45(o)-47(o).

2.7 EVALUACIÓN RADIOGRÁFICA

Al presentar asimetría en el fondo del surco vestibular se ordena una radiografía oclusal, en la cual se observa un área radiolúcida bien definida unilocular, ubicada en zona anterior de los procesos palatinos, superpuesta a la espina nasal anterior. El área radiolúcida tiene forma oval de aproximadamente 15 mm. de diámetro supero-inferior por 10 mm. de diámetro mesodistal (figura 14); la cual no se observaba en la radiografía panorámica.

Figura 14. Radiografía oclusal superior mostrando el área radiolúcida correspondiente al quiste



2.8 DIAGNÓSTICOS

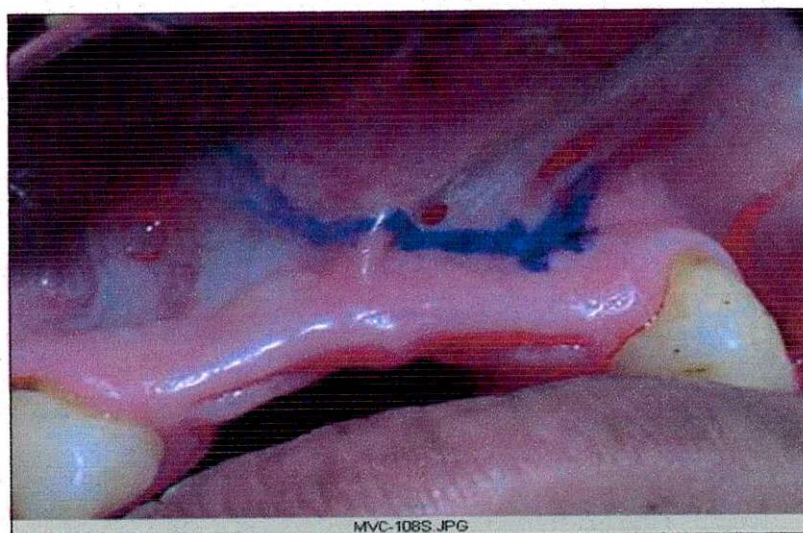
⇒ Cranomandibulares: Desarmonias oclusales causada por ausencias dentarias.

- ⇒ Tejidos Blando y Óseo: Presuntivo: Quiste Nasopalatino cuya etiología es multifactorial.
 - ⇒ Periodontales: Gingivitis inducida por placa bacteriana debido a placa bacteriana y deficiente higiene oral.
 - ⇒ Dentales: Caries activa en: 16-13-23-25-37-41-42-45-47 causada por el streptococo mutans.
- Ausencias Dentales: 18-15-14-12-11-21-22-24-26-28-38-36-35-34-46-48 por caries de larga evolución.

2.9 TRATAMIENTO

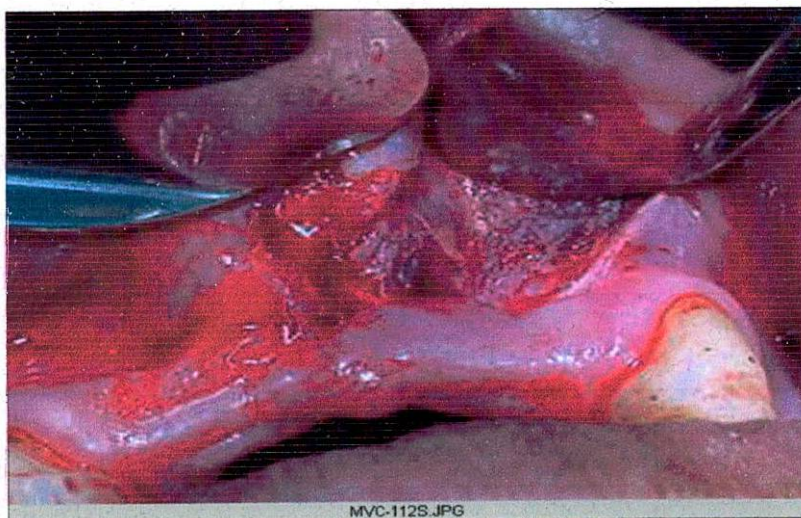
Una vez realizados los correspondientes procedimientos de asepsia, antisepsia y anestesia infiltrativa al Nervio Nasopalatino e Incisivo Anterior, se diseñó la incisión trapezoidal a nivel vestibular de los incisivos centrales superior (figura 15).

Figura 15. Diseño de la incisión trapezoidal demarcada con azul de Toluidina



Posteriormente se llevó a cabo la elevación del colgajo mucoperióstico con el fin de visualizar la pared del quiste, tal como se ve en la figura 16.

Figura 16. Elevación del colgajo mucoperióstico visualizándose la pared del quiste



Debido a que se perforó la pared del quiste se observa un líquido de color amarillento o ámbar característico de este quiste (figura 17)

Figura 17. Pared del quiste con visualización del líquido de aspecto amarillento

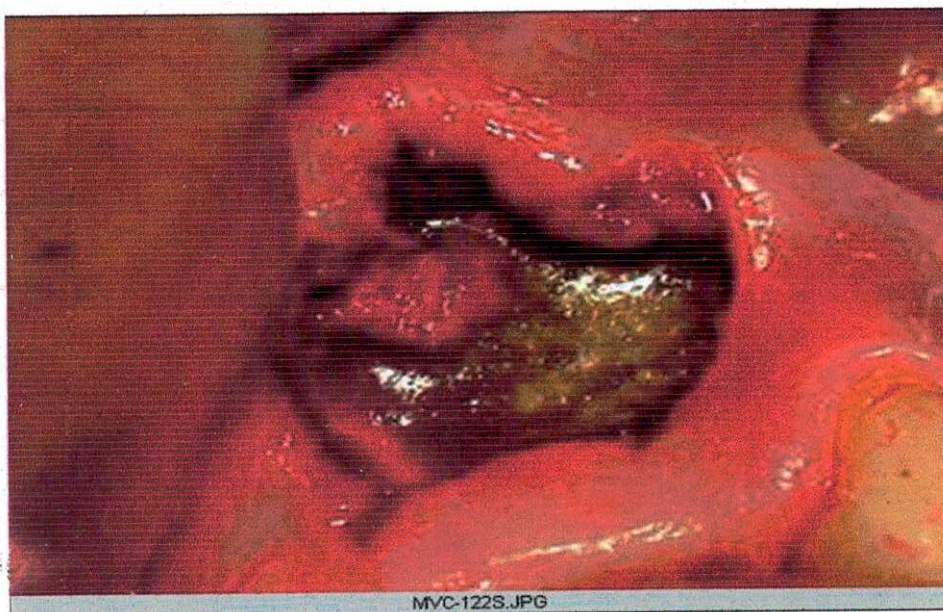
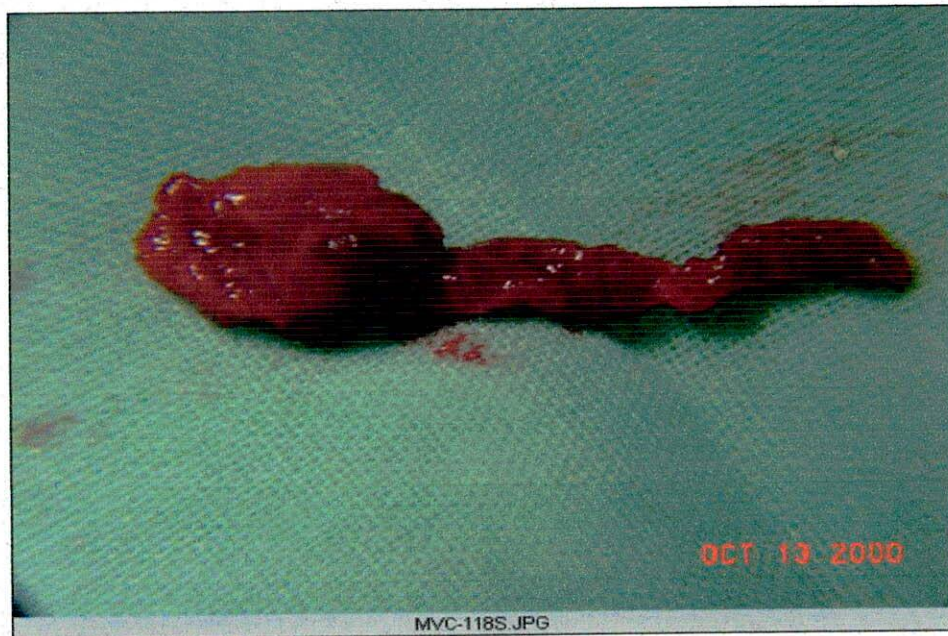
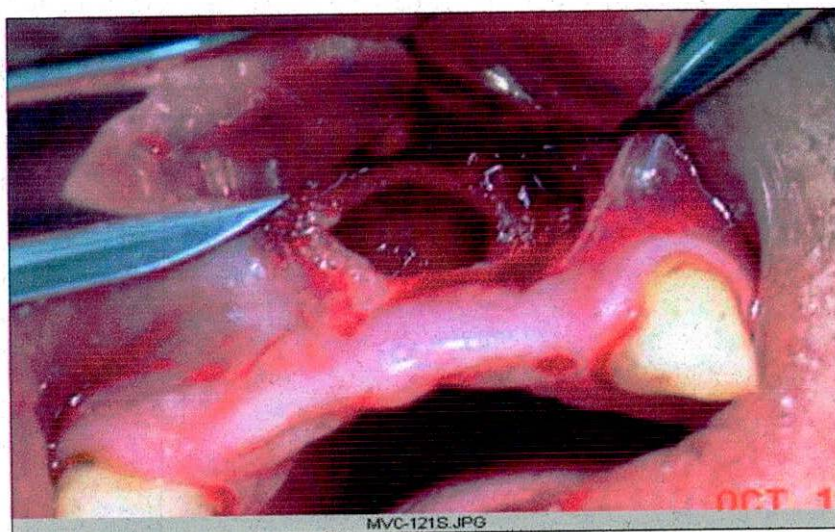


Figura 18. Especimen extraído



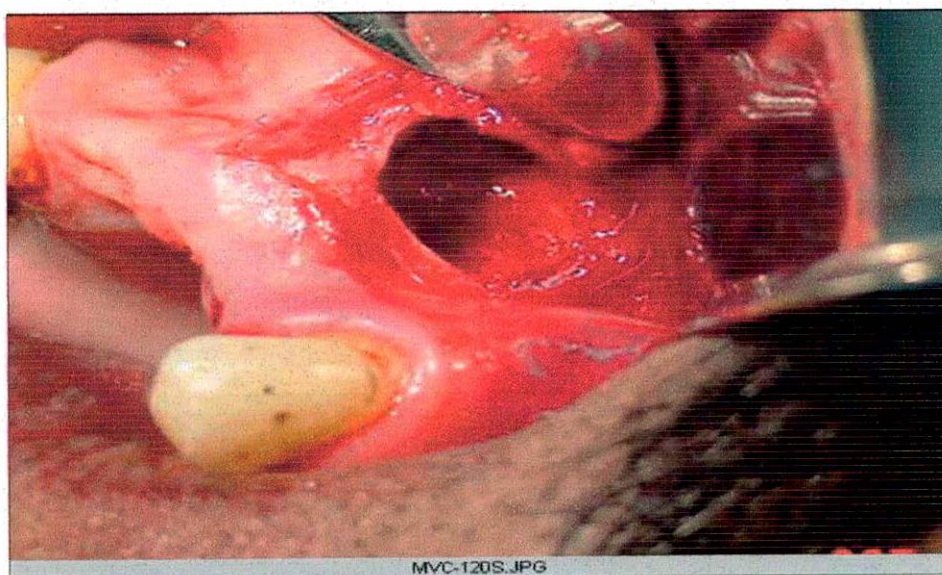
Seguidamente se realizó la revisión e irrigación con suero fisiológico de la cavidad ósea remanente (figura 19).

Figura 19. Cavidad ósea remanente



Se pudo constatar la presencia de una capa intacta de hueso palatino en el área de las raíces de los incisivos centrales superiores (figura 20). Las relaciones anatómicas de la lesión fueron confirmadas como se habían diagnosticado preoperatoriamente.

Figura 20. Cavity ósea



Finalmente, se llevo a cabo la reposición del colgajo y se realizaron puntos simples con sutura 000, tal como se ve en la figura 21.

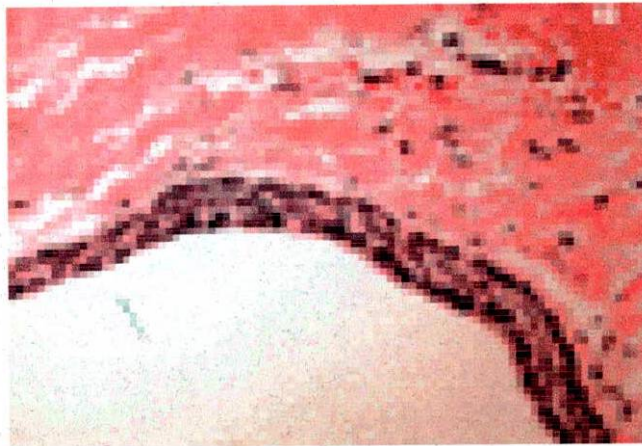
Figura 21. Colgajo reposicionado y sutura



2.10 EXAMEN HISTOPATOLÓGICO DESPUÉS DE LA ENUCLEACIÓN

El espécimen fue llevado al Departamento de Patología Oral del Colegio Odontológico Colombiano. Al examen microscópico con coloración de hematoxilina-eosina se observó, un epitelio quístico que en algunos sitios correspondía a epitelio cilíndrico ciliado con células caliciformes. En otros sitios hay predominio de epitelio escamoso estratificado con atrofia y acantosis (figura 22). En algunas regiones del epitelio también se observa infiltrado inflamatorio crónico.

Figura 22. Microfotografía histológica mostrando la pared del quiste



Por debajo del epitelio quístico se observa un estroma de tejido conectivo fibroso con abundantes glóbulos rojos extravasados y algunos vasos sanguíneos. Dentro del estroma de tejido conectivo también se observa infiltrado inflamatorio crónico formado por linfocitos y células plasmáticas (figura 23). El examen histopatológico confirmó el diagnóstico de quiste nasopalatino.

Figura 23. Microfotografía histológica mostrando la pared del quiste



2.11 EVOLUCIÓN A 2 AÑOS

El paciente fue controlado dos años después de la cirugía y presentó cicatrización completa. En el examen radiográfico se observó una radiopacidad normal de hueso lo que indica una correcta regeneración ósea de la cavidad quística, como se aprecia en la figura 24.

Figura 24. Radiografía de control postoperatoria 2 años después



2.12 DISCUSIÓN

Según Velásquez en 1999 la etiología del quiste nasopalatino es desconocida, Gnanasekhar en 1995 opinó que el bloqueo por retención dentro de los conductos de las glándulas salivales puede ser un factor etiológico; Knumatowski en el 2003

cree que la degeneración quística espontánea de los residuos del epitelio ductal es el mas probable factor de patogénesis, pero en el caso clínico el quiste es producido por epitelio atrapado durante el cierre de los procesos palatinos del maxilar superior en la vida intrauterina que lo sostiene Regezi y Sciubba en 1999. Según Swanson en 1991 observó una ligera inflamación en la papila incisiva de dos días de duración y se muestra el desplazamiento de los dientes, para Vasconcelos en 1999, los incisivos centrales permanecen firmes, de color normal, sin sensibilidad a la percusión y con vitalidad positiva; en caso clínico el paciente no presentó ninguna sintomatología, solo a nivel de tejidos blandos se observaba una asimetría en el fondo del surco vestibular en la zona de los dientes anteriores superiores, el quiste se diagnosticó radiográficamente (figuras 25 y 26).

Figura 25. Vista del paladar

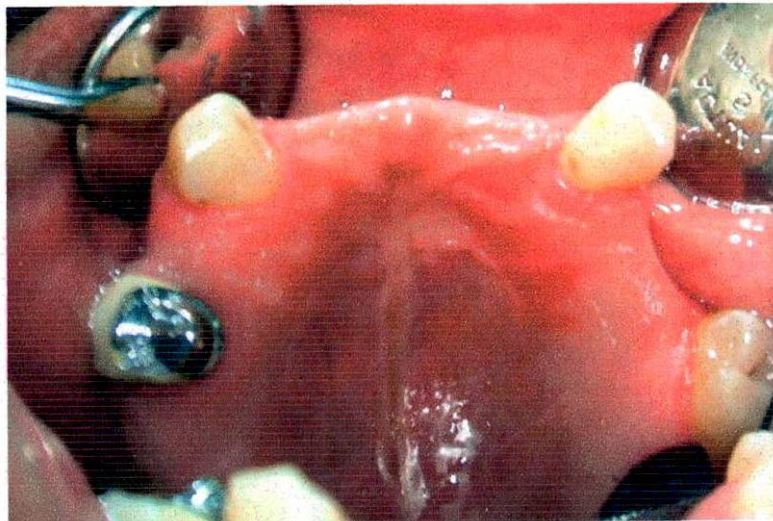
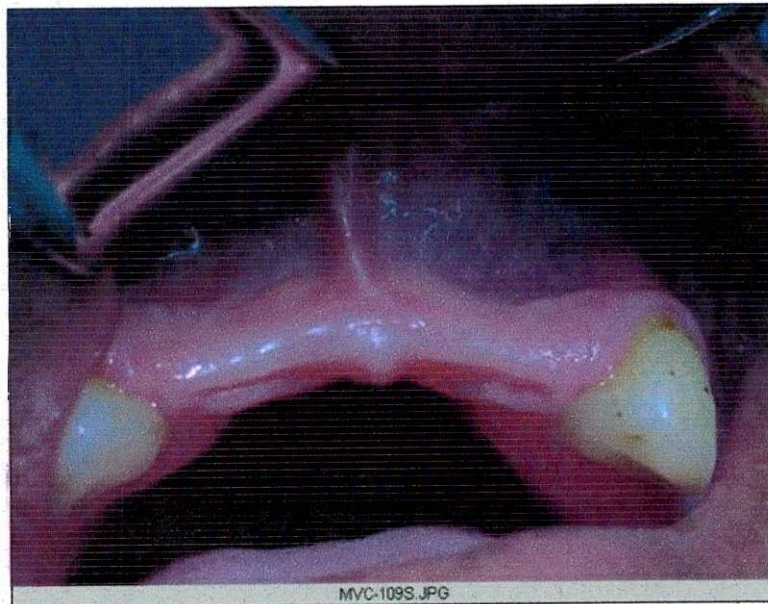


Figura 26. Vista del surco bucal con asimetría leve del lado izquierdo



Según Swanson en 1991 el quiste puede presentar una ligera inflamación, drenaje y dolor, pero para Gnanasekhar en 1995 se puede presentar un sabor salado en la boca y desvitalización de los dientes; una ligera inflamación en forma de domo, color translucido o azulado. En el caso clínico no presentó ninguna sintomatología. Para Abrams en 1963 y Gnanasekhar en 1995 el quiste puede presentar un epitelio escamoso estratificado, columnar, cuboidal o alguna combinación de estos tipos, dependiendo de la localización del quiste. También se pueden observar nervios y vasos sanguíneos en la cápsula fibrosa del quiste que fué lo que postuló Arriagada en el 2003.

Un quiste nasopalatino puede parecerse clínicamente a una lesión periapical, en virtud a la presencia de una inflamación, o radiográficamente en virtud de la asociación de un área radiolúcida en las raíces de los incisivos e incluso a la probabilidad de la presencia de un agujero incisivo más grande de lo normal. Ello podría llevar a confundir la patología quística nasopalatina con otras. En el caso clínico expuesto no existía inflamación y la apariencia radiográfica clara propició la fácil interpretación de la lesión quística.

La mayoría de textos de odontología enfatizan la importancia de una historia clínica apropiada y del uso de pruebas diagnósticas adecuadas. En endodoncia se recomienda para diferenciar la inflamación periapical, de otras condiciones patológicas como el quiste nasopalatino, pruebas de vitalidad térmicas y eléctricas. Esto incluye la obtención de un recuento detallado de la historia de síntomas, un examen clínico completo y una evaluación de la evidencia radiográfica.

Debido a su localización, estos quistes deberían ser distinguidos de otras dos condiciones: un agujero incisivo normal pero amplio y un quiste periodontal apical. En general, hay acuerdo en que un área radiolúcida asintomático en esta región, con un diámetro de 6 mm. o menos, probablemente no es un quiste, y que un agujero incisivo normal pero amplio, puede tener un diámetro de aproximadamente 6 a 8 mm. Por lo tanto, cuando se diagnostica una lesión

radiolúcida similar a un quiste, con un diámetro de 8 mm. o menos y está cerca de los ápices radiculares de los incisivos con pulpa vital, la presencia o ausencia de los síntomas es probablemente el factor decisivo en el diagnóstico de si la lesión tiene una condición patológica o no.

La enucleación quirúrgica es el procedimiento más común y adecuado para el tratamiento de un quiste nasopalatino. Aunque suele ser de tipo ambulatorio con anestesia local, en algunos casos el tamaño de la lesión quística obliga a una hospitalización de uno a dos días, y a la aplicación de anestesia general. La evolución postoperatoria es generalmente satisfactoria con cicatrización total de la herida y relleno óseo completo de la cavidad quística.

CONCLUSIONES

Las lesiones quísticas de la cavidad bucal normalmente son tratadas quirúrgicamente. A pesar de ser consideradas como entidades benignas y sintomáticas, deben ser tratadas, porque se constituyen, para determinadas regiones, en zonas de fragilidad, principalmente por la reabsorción lenta y progresiva del tejido óseo maxilar pudiendo causar fracturas patológicas. Adicionalmente existe la posibilidad de involucramiento de estructuras vecinas, como son los dientes, el seno maxilar o la cavidad nasal, o porque aumentan de tamaño y eventualmente se tornan infectadas.

En los casos en que se presenta infección existe la posibilidad de que se produzca dolor en la región maxilar anterior. El quiste nasopalatino se caracteriza por la formación de una minúscula fístula en la papila incisiva. El proceso de curación postoperatoria se lleva a cabo sin mayores complicaciones, incluyendo la regeneración del tejido óseo en la cavidad quística.

El quiste nasoplatino puede tener su origen en epitelio atrapado durante el cierre de los procesos palatinos del maxilar superior en la vida intrauterina y generalmente es una lesión asintomática. Se manifiesta como una inflamación fluctuante no pedunculada en el área de la papila palatina, con una longitud aproximada de 10 mm de largo por 5 mm de ancho. El examen radiográfico

periapical y oclusal muestra una típica y bien definida imagen del área radiolúcida ovoide, redonda o en forma de pera invertida, localizada en la línea media del maxilar, la cual es interradicular y apical a las raíces de los incisivos centrales superiores.

RECOMENDACIONES

El quiste nasopalatino, por ser el quiste maxilomandibular más común y porque constituye una patología de una presencia relativamente elevada en la población mayor de 40 años, genera la necesidad de comenzar a realizar en Colombia estudios estructurados que permitan conocer la dimensión de la cantidad de casos que suceden en el país.

Ello permitirá, de un lado, que los estudiantes adquieran la capacidad de diagnosticar y tratar esta patología en forma oportuna, y de otro lado, obtener datos que permitan tener información estadística comparativa a nivel nacional. Realizar estudios sobre la incidencia y prevalencia de las diferentes patologías en tejidos blandos en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMS AM, Howell FV, Bullock WK: *Nasopalatine cysts*. Revista Oral Surg. Vol. 16, 1963, pp. 306-332.

AHLFORS, E.; LARSSON, A. y SJÖGREN, S. *The odontogenic cyst: a benign cystic tumor?*. Revista Oral Maxillofacial Surgery. 1984, pp. 9 - 10. En: http://email.umayor.cl/~bmartinez/private/quismax/crec_quistes/index.htm.

ALFINAL.COM. <http://www.alfinal.com/orl/trigemino.shtml>, 2003.

ALLARD, RH; KWAAT, WA Van der, y WAAL, I Van der. *Nasopalatine duct cyst. Review of the literature and report of 22 cases*. Revista Oral Surgery. No. 234, 1981.

ARENAS, C. *Nuevos conceptos en quiste de los tejidos duros y blandos de la cavidad oral*. Tesis de Grado.

<http://email.umayor.cl/~bmartinez/private/quismax/quismax.html#racional>.

Universidad de Chile, Santiago de Chile, 1982.

ARRIAGADA, Esteban. *Patología. Quistes*.

[http://www.idap.com.mx/Apuntes/Patologia/Quistes\(7\).doc](http://www.idap.com.mx/Apuntes/Patologia/Quistes(7).doc), 2003.

_____ *Anatomía topográfica*.

<http://www.idap.com.mx/Apuntes/Anatomia/Topografica3.doc>, 2003.

CADAVID M., Juan E. Entrevista realizada con el especialista el 28 de agosto de 2003.

DONOFF R.B., Harper E. and Guralnick W.C. *Collagenolytic activity in keratocyst*. http://email.umayor.cl/~bmartinez/private/quismax/crec_quistes/index.htm, 1972.

EL-BARDAIE A, Nikai H, Takata T. *Pigmented nasopalatine duct cyst. Report of 2 cases.* Revista Oral Maxillofacial Surgery. Vol. 18. 1989, pp. 138-139.

ESPÍNDOLA Miguel Angel. *La cavidad oral.*

<http://www.iespana.es/trabajosdemedicina/boca.PDF>, 2003.

EVERSOLE, L. R. *Clinical outline of oral pathology. Diagnosis and Treatment.*

<http://email.umayor.cl/~bmartinez/private/quismax/quismax.html#racional>,

Philadelphia, 1992.

GERMANIN, H. *Anestesia regional de cabeza y cuello.* En: GAUTHIER-LAFAYE, P. *Anestesia locorreional.* Editorial Masson, Barcelona, 1986. Citado en: ANADÓN, M.P.; LEYÚN, R.M. y ANADÓN, M.T. *Nerve blocks of the head, neck and trunk.* Revista ANALES Sis San Navarra. Vol. 22, Suplemento 2, 1999, p. 44.

GNANASEKHAR, Jonson David *et al.* *Misdiagnosis and mismanagement of a nasopalatine duct cyst and its corrective therapy. A case report.* Revista Oral surgery, oral medicine, oral pathology. St. Louis, MO, 1995.

HARRIS M., Jenkins M.V., Bennett A. and Wills M.R. *Prostaglandins production and bone resorption by dental cysts.* Revista Nature. No. 245, 1975, pp. 213-215.

http://email.umayor.cl/~bmartinez/private/quismax/crec_quistes/index.htm.

DERROCHASVIP.COM. <http://www.derrochasvip.com.ar/Preparados/craneio3.htm>, 2003.

<http://xray10.dent.okayama-u.ac.jp/~orad/e-nasopalatin.html>, 2003.

KURNATOWSKI, Piotr. *Nasopalatine duct cyst.*

<http://www.emedicine.com/derm/topic738.htm>, 2003.

MACOUZET Olivar, Carlos y TIJERINA González, Liliana. *Prevención de reacciones farmacológicas adversas (RFA) y molestias postoperatorias utilizando la técnica de anestesia local a los nervios dentarios posteriores*. Revista ADM. Volúmen LVII, No. 3. Madrid, 2000, p. 98.

MEDIAGRAPHIC.COM. <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2000/od003e.pdf>. 2003.

MERMER, Robert W.; RIDER, Cynthia A. y CLEVELAND, Deborah B. *Nasopalatine canal cyst: A rare sequelae of surgical rapid palatal expansion*. Revista Oral surgery, oral medicine, oral pathology. St. Louis, MO., 1995, p. 620.

MEYER, A. W. *A unique paranasal directly above de superior incisors*. Ed. Anat, 1914, pp. 118-129.

MOLINA, Claudio. *Mecanismos de crecimiento quístico. Algunos aspectos en relación a queratoquistes*. <http://email.umayor.cl/~bmartinez/private/quismax/quismax.html#racional>, 2003.

PERRI de Carvalho, Paulo Sérgio et al. *Cisto do canal nasopalatino*. Revista APCD, 2000, p. 126.

REGEZI, J. A. y SCIUBBA, J. J. *Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations*. Ed. WB Saunders Co, 1999. <http://www.emedicine.com/derm/byname/nasopalatine-duct-cyst.htm>.

SCHARFETTER K, Balz-Hermann et al. *Proliferation kinetics-study of the growth of cyst*. 1989, pp. 226 - 233. http://email.umayor.cl/~bmartinez/private/quismax/crec_quistes/index.htm.

SHAFER WG, Hine MK, Levy BM. *A Textbook of Oral Pathology*. Ed. WB Saunders Co, 1983.

SHEAR M. *Developmental odontogenic cysts. An update*. Ed. Oral Pathol. Med, 1994.

SMITH, G.; SMITH A.J. and BROWNE, M. *Glycosaminoglycans in fluid aspirates from nonodontogenic cysts*. Ed. Oral Pathol, 1984, pp. 614 - 621.

_____. *Histochemical studies on glycosaminoglycans of nonodontogenic cysts*. Ed. Oral Pathol. 1989.

_____. *Quantification and analysis of the glycosaminoglycans in human odontogenic cysts linings*. Revista Oral Biology, 1988.

SWANSON K. S., Kaugars G. E., Gunsolley J. C. *Nasopalatine duct cyst: an analysis of 334 cases*. Revista Oral Maxillofacial Surgery. Vol. 49. 1991, pp. 268-271.

UNIVERSIDAD

MAYOR

<http://email.umayor.cl/~bmartinez/private/quismax/quismax.html#racional>, 2003.

VASCONCELOS R, de Aguiar MF, Castro W, et al. *Retrospective analysis of 31 cases of nasopalatine duct cyst*. Revista Oral Dis. Vol. 5. 1999, pp. 325-328.

VELÁSQUEZ, M. T. et al. *A nasopalatine cyst in an 8-years-old child*. International Journal of Pediatric Dentistry. Vol. 9, 1999.

Matriz bibliográfica

AUTOR AÑO	UNIDADES TEMÁTICAS											TIPO DE ESTUDIO	CONCLUSIONES
	AN	EM	HI	DE	ET	SI	HS	IM	IN	TR	EV		
Meyer 1914	X			X	X							Exploratorio y descriptivo	Existe una patología que se manifiesta como un seno paranasal único ubicado directamente por encima de los incisivos superiores.
Abrams 1963			X	X	X	X	X		X	X	X	Descriptivo	Un 71,8% de los quistes nasopalatinos presentan epitelio escamoso, columnar, cuboidal o alguna combinación de estos tipos. El epitelio de tipo respiratorio se ve en 9,8% de los casos.
Donoff 1972			X	X	X		X			X	X	Descriptivo	Es necesaria una reabsorción de las paredes óseas que contienen a un quiste para permitir su crecimiento.
Harris 1975	X	X	X	X	X	X	X			X	X	Descriptivo y analítico	La expansión de los quistes esta influenciada en gran medida por el crecimiento del epitelio quístico, y por el grado o rapidez en que el tejido óseo que lo contiene es reabsorbido.
Allard <i>et al</i> 1981	X	X	X	X	X	X	X			X	X	Exploratorio y descriptivo	El conducto nasopalatino comunica las fosas nasales con la cavidad bucal. El conducto nasopalatino está formado a su vez por la unión de dos canales palatinos del hueso maxilar superior de cada lado.
Arenas 1982			X	X	X		X			X	X	Descriptivo	Los quistes de los maxilares son también llamados <i>quistes maxilomandibulares</i> o <i>quistes epiteliales de los maxilares</i> . La definición de quiste más aceptada por los patólogos orales, es una cavidad patológica delimitada por un epitelio y que tiene un material fluido o semifluido
Shafer <i>et al</i> 1983			X	X	X	X	X		X	X	X	Descriptivo	No se ha reportado hasta el día de hoy la transformación maligna del revestimiento del epitelio de un quiste nasopalatino.
Ahlfors <i>et al</i> 1984			X	X	X	X	X		X	X	X	Descriptivo y analítico	La división celular periférica y la acumulación de contenidos celulares son los dos factores importantes en el crecimiento de los quistes (incluyendo los quistes nasopalatinos). Las zonas hacia donde se desarrollaría el crecimiento serían aquellas en donde hay menor resistencia a la expansión.
Germanin 1986			X	X	X	X	X		X	X	X	Descriptivo y analítico	A nivel anestesiológico los nervios nasopalatinos se bloquean 1 cm. por detrás de los dos incisivos mediales superiores.
El-Bardaie 1989			X	X	X	X	X		X	X	X	Exploratorio y descriptivo	Raramente se ha reportado la presencia de melanocitos dentro del epitelio de un quiste nasopalatino.
Scharfetter 1989	X	X	X	X	X	X	X			X	X	Exploratorio y descriptivo	El crecimiento celular periférico es atribuido a una activa división celular por parte del epitelio quístico ante un factor de diversa etiología: irritativo, infeccioso, mecánico e incluso de origen desconocido.

	UNIDADES TEMÁTICAS											TIPO DE ESTUDIO	CONCLUSIONES
	AN	EM	HI	DE	ET	SI	HS	IM	IN	TR	EV		
Swanson <i>et al</i> 1991			X	X	X		X			X	X	Descriptivo y analítico	Los quistes nasopalatinos pequeños, en las fases tempranas de su desarrollo generalmente son asintomáticos a menos que estén infectados o se esté ejerciendo presión sobre el nervio nasopalatino. Los quistes grandes pueden ser responsables de una variedad de síntomas que incluyen hinchazón (52%), drenaje (25%) y dolor (20). Aproximadamente 70% de los pacientes experimentan una combinación de estos síntomas.
Eversole 1992	X	X	X	X	X	X	X			X	X	Descriptivo	El quiste nasopalatino se puede presentar en el conducto nasopalatino mismo o en los tejidos blandos del paladar, en las cercanías del orificio del conducto. Antes se consideraba como dos entidades separadas el <i>quiste palatino medio</i> y el quiste nasopalatino, pero hoy se acepta que el quiste palatino medio solo representa una extensión posterior del quiste nasopalatino.
Shear 1994			X	X	X	X	X		X	X	X	Exploratorio y descriptivo	Aunque existen varias propuestas de clasificación de los quistes maxilomandibulares, quizá la más adecuada es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992; que incluye aquellos quistes de origen inflamatorio.
Gnanasekhar <i>et al</i> 1995	X	X	X	X	X	X	X			X	X	Exploratorio y descriptivo	El quiste nasopalatino es un quiste de desarrollo del maxilar que se considera como el más común de los quistes no odontogénicos. El quiste nasopalatino se puede formar dentro del canal incisivo que se localiza en el hueso palatino y detrás de la zona alveolar de los incisivos centrales superiores o en el tejido suave del paladar.
Mermer <i>et al</i> 1995	X	X	X	X	X	X	X			X	X	Exploratorio y descriptivo	El quiste nasopalatino es conocido también con nombres como <i>quiste del conducto palatino anterior</i> , <i>quiste del conducto incisivo</i> , <i>quiste maxilar medio anterior</i> o <i>quiste de la papila palatina</i> . El quiste nasopalatino se deriva de residuos epiteliales embriológicos del conducto nasopalatino.
Molina 1997	X	X	X	X	X	X	X			X	X	Descriptivo y analítico	Las lesiones quísticas de los maxilares revisten de importancia al presentar como recubrimiento interno de su pared un epitelio que le confiere características especiales en relación a su comportamiento clínico. El origen de este epitelio puede ser <i>odontogénico</i> o <i>no odontogénico</i> .
Anadón y Leyún 1999	X			X	X							Descriptivo	El bloqueo del nervio nasopalatino se utiliza para complemento del bloqueo de los nervios dentarios, anterior y medio, y para anestesia de la pirámide nasal.

AUTOR AÑO	UNIDADES TEMÁTICAS												TIPO DE ESTUDIO	CONCLUSIONES
	AN	EM	HI	DE	ET	SI	HS	IM	IN	TR	EV			
Regezi y Sciubba 1999			X	X	X		X			X	X	Descriptivo y analítico	Los conductos nasopalatinos ordinariamente sufren la degeneración progresiva, pese a los cual, la persistencia de remanentes epiteliales pueden volverse la fuente de epitelios que dan lugar al quiste nasopalatino.	
Vasconcelos <i>et al</i> 1999	X	X	X	X	X	X	X			X	X	Descriptivo y analítico	En el quiste palatino a menudo (81% de casos), se presenta una reacción inflamatoria crónica que consiste en la presencia de linfocitos y células del plasma se observa en la pared del quiste. La hemorragia la reportó en 71% de casos. Así mismo se encontró infiltrado inflamatorio crónico difuso y leve en las porciones superficiales del quiste.	
Velásquez <i>et al</i> 1999			X	X	X	X	X		X	X	X	Exploratorio y descriptivo	La etiología exacta del quiste nasopalatino aún es desconocida y se han sugerido factores genéticos, trauma de la región incisiva durante la masticación o por desajustes en prótesis, infección bacterial o proliferación espontánea como posibles causas del mismo.	
Macouzet y Tijerina 2000	X		X	X								Descriptivo y analítico	El nervio nasopalatino inerva la parte anterior del paladar, hasta la altura del canino.	
Perri <i>et al</i> 2000	X	X	X	X	X	X	X			X	X	Descriptivo	El quiste nasopalatino es tratado vía enucleación. La recidiva es rara, y sólo en un estudio se informó de un 0,11% de pacientes en los que el quiste reapareció. Se espera la regeneración completa del hueso dentro del defecto óseo en el período postoperatorio. El fracaso para diagnosticar este tipo de quiste puede producir el daño dental permanente.	
Alfinal.com 2003	X	X	X	X	X	X	X			X	X	Exploratorio y descriptivo	El nervio nasopalatino o del agujero incisivo es una rama del nervio esfenopalatino, el cual a su vez se desprende del nervio trigémino que es de tipo mixto (sensitivo, sensorial y motor) y es el de mayor tamaño de todos los nervios craneales.	
Arragada 2003			X	X	X	X	X		X	X	X	Exploratorio y descriptivo	El velo del paladar está formado por un esqueleto aponeurótico al que se fijan los distintos músculos que lo conforman: la úvula, los pilares anteriores y posteriores, entre los que se ubica la fosa amigdalina en relación en su parte más profunda con el constrictor medio de la faringe, y por su parte intermedia, con el espacio laterofaríngeo, siendo potencialmente zona de distribución de procesos infecciosos.	
Cadavid 2003			X	X	X	X	X		X	X	X	Descriptivo y analítico	El quiste nasopalatino tiene en Colombia los mismos niveles de ocurrencia que muestran las estadísticas generales para otros países.	

AUTOR AÑO	UNIDADES TEMÁTICAS											TIPO DE ESTUDIO	CONCLUSIONES
	AN	EM	HI	DE	ET	SI	HS	IM	IN	TR	EV		
Espíndola 2003			X	X	X	X	X		X	X	X	Descriptivo y analítico	El paladar se divide en dos secciones, una más anterior que es el paladar duro y otra posterior que es el paladar blando. Durante la deglución y la succión, el paladar blando se eleva, cerrando completamente la cavidad nasal y nasofaringe desde la cavidad oral y la faringe intraoral.
Kurnatowski 2003	X	X	X	X	X	X	X			X	X	Exploratorio y descriptivo	El quiste nasopalatino es uno de muchos procesos patológicos que pueden ocurrir dentro de los maxilares, pero es el único que se desarrolla en una localización determinada: el maxilar medio anterior. La mayoría de especialistas cree que la degeneración quística espontánea de los residuos del epitelio ductal es el más probable factor de patogénesis, tesis que se apoya en la observación de quistes en canales incisivos fetales.
Mediagraphic.com 2003			X	X	X		X			X	X	Exploratorio y descriptivo	La arteria nasopalatina es una rama de la arteria maxilar interna, que a su vez se desprende de la arteria esfenopalatina.
Universidad Mayor 2003	X	X	X	X	X	X	X			X	X	Descriptivo y analítico	El epitelio que cubre el quiste nasopalatino es delgado pero puede presentar un epitelio escamoso estratificado, cilíndrico pseudoestratificado, cuboide, plano o combinaciones y es frecuente la presencia de nervios y grandes vasos sanguíneos en la cápsula fibrosa.

AN: Anatomía.
EM: Embriología.
HI: Histología.
DE: Definición.
ET: Etiología.
SI: Sintomatología.
HS: Histopatología.
IM: Imagenología.
IN: Incidencia.
TR: Tratamiento.
EV: Evolución.

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA CLÍNICA
CLÍNICA DE ADULTOS**

**ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Basado en la Resolución 8430 de 1993**

El (La) suscrito (a) Andres Buitrago Corredor
con c.c. N. 7'215.900 de Duitama paciente
que llegó al Colegio Odontológico Colombiano en el año 2000 para que se le
realizara un tratamiento odontológico.

Durante su examen clínico, radiológico e histopatológico, se diagnosticó un Quiste Nasopalatino el cual fue sometido al tratamiento indicado.

La presentación de éste caso clínico se realizará ya que ésta patología no es muy frecuente en la consulta odontológica y representará un aporte significativo para los estudiantes y los profesionales del área de salud oral.

De acuerdo a lo expuesto, el paciente declara estar conforme a que dicho caso sea presentado en la sustentación del proyecto de investigación que lleva como nombre Quiste Nasopalatino, en el que se presentarán diapositivas y fotografías de todo el tratamiento que se realizó.

La identidad del paciente será protegida por lo cual no se dará nombre, documento de identificación ni número de historia clínica.

Se aclara que en las diapositivas presentadas donde aparezcan fotografías del paciente su identidad quedará protegida porque se cubrirán los ojos.

Yo Andres Buitrago Corredor identificado con
c.c N. 7'215.900 de Duitama autorizo la presentación del
caso clínico "Quiste Nasopalatino".

Testigo 1. Nombre Stanna Palacios León
Cédula N. 52.730.589.

Testigo 2. Nombre Josandro Daza
Cédula N. 52.833.463 Bta.