

Artículo de Revisión

Análisis comparativo entre quiste dermoide y epidermoide

Comparative analysis between dermoid and epidermoid cyst

Piedad Elizabeth Acurio Padilla¹  , Alejandra Micaela Rodríguez Acurio¹ , José Fernando Trávez Valencia¹ ¹ Universidad Regional Autónoma de Los Andes. Ambato, Ecuador.

RESUMEN

Introducción: los quistes epidermoides y dermoides son lesiones benignas que muchas de las veces simulan un tumor cerebral clínica e imagenológicamente.

Objetivo: caracterizar comparativamente el quiste dermoide y epidermoide.

Método: se realizó una revisión narrativa de la bibliografía disponible utilizando los métodos analíticos sintético e histórico lógico mediante los artículos recuperados desde las bases de datos como PubMed, Scopus, Scielo, Google Scholar, realizada sobre los quistes epidermoides durante los meses Junio-Julio del 2022. Se seleccionaron un total de 24 artículos de referencia que abordaban las principales características clínico epidemiológicas de la enfermedad en cuestión.

Desarrollo: los quistes epidermoides, surgen de células epiteliales retenidas al momento del cierre del tubo neural y también se pueden presentar posterior a un traumatismo. Este tipo de quistes carecen de glándulas sebáceas y folículos pilosos, se encuentran llenos de células epiteliales, queratina, agua y colesterol, a diferencia de los quistes dermoides. La proximidad a los nervios craneales añade a la semiología características propias de su lesión por compresión en especial de la base del cráneo.

Conclusiones: los quistes epidermoides son lesiones nacaradas, congénitas y en ciertos casos adquiridas, carecen de folículos pilosos y de glándulas sebáceas, a diferencia de los dermoides. La edad de debut de los quistes dermoides generalmente es en la infancia, mientras que para los epidermoides es de 40 a 50 años. Las manifestaciones clínicas de los quistes dermoides y epidermoides dependen de su localización. El tratamiento recomendado para este tipo de quistes es de ser posible la resección quirúrgica total.

Palabras clave: Quiste Dermoide; Quiste Epidermoide; Anomalías Congénitas.

ABSTRACT

Introduction: epidermoid and dermoid cysts are benign lesions that often simulate a brain tumor, both clinically and imaging-wise.

Objective: to comparatively characterize dermoid and epidermoid cysts.

Method: a narrative review of the available literature was carried out using the synthetic and historical-logical analytical methods through articles retrieved from databases such as PubMed, Scopus, Scielo, Google Scholar, performed on epidermoid cysts during the months of June-July 2022. A total of 24 reference articles addressing the main clinical-epidemiological characteristics of the disease in question were selected.

Development: epidermoid cysts arise from epithelial cells retained at the time of neural tube closure and can also occur after trauma. This type of cysts lack sebaceous glands and hair follicles, they are filled with epithelial cells, keratin, water and cholesterol, unlike dermoid cysts. The proximity to the cranial nerves adds to the semiology characteristics of their lesion by compression, especially at the base of the skull.

Conclusions: epidermoid cysts are pearly lesions, congenital and in some cases acquired, they lack hair follicles and sebaceous glands, unlike dermoid cysts. The age of debut of dermoid cysts is usually in childhood, while for epidermoid cysts it is 40 to 50 years. The clinical manifestations of dermoid and epidermoid cysts depend on their location. The recommended treatment for this type of cysts is total surgical resection if possible.

Keywords: Dermoid Cyst; Epidermoid Cyst; Congenital Anomalies.

INTRODUCCIÓN

Los tumores en la bóveda craneana abarcan un grupo diversificado de lesiones, frecuentemente poco sistematizadas a causa de la rareza relativa que

Citar como: Acurio Padilla PE, Rodríguez Acurio AM, Trávez Valencia JF. Análisis comparativo entre quiste dermoide y epidermoide. Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2023 [citado Fecha de Acceso]; 19:e957. Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/957>

DOI: 10.5281/zenodo.7888482

Recibido: 20-12-2023

Aceptado: 08-03-2023

Publicado: 20-04-2023

Editor: Univ. Angel Echevarria Cruz 
Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Pinar del Río, Cuba.

© 2023 Autor(es). Este es un artículo en acceso abierto, distribuido bajo los términos de una licencia Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio siempre que la obra original sea correctamente citada.



los engloba. Según historiadores, estos han sido identificados y descritos desde tiempos prehistóricos, además de ser visualizados y detallados en momias egipcias y peruanas.⁽¹⁾ Los quistes epidermoides fueron definidos en primera instancia como tumores o quistes perlados por el anatomista francés Jean Cruveilhier en 1829. El “*tomour perlee*” (tumor perlado) hallado en la región temporal, fue denominado así por su característico brillo perlado metálico visible macroscópicamente.⁽²⁾

Más adelante, Johannes Müller, fisiólogo alemán, especificó acerca del quiste epidermoide intradiploico y acuñó el término “*colesteatoma*”. Pese a que, en su momento, el nombre indicado referenciaba la estadia de colesterol y grasa (steat-tejido adiposo y cole-colesterol), el término es erróneo etimológicamente puesto que actualmente el “*colesteatoma*” no posee ambos componentes.⁽³⁾ El primer caso identificado y reportado de un quiste epidermoide intradiploico gigante ubicado en la fosa craneal posterior fue reportada por Rengachary.⁽⁴⁾

Por otro lado, en 1883, Baker realizó una sugerencia, clasificando al quiste dermoide en: quiste medial o de la línea media y quiste dermoide lateral. Otros autores han concordado en dividirlo en relación con el músculo genioidio; aquellos que se encuentran debajo de éste se denominarán submentonianos; mientras que los que se encuentran por arriba se denominarán sublinguales.^(5, 6, 7)

Los quistes dermoides surgen de células epiteliales que contienen epitelio escamoso y además del epitelio escamoso tiene elementos retenidos de cabello, glándulas sebáceas y sudoríparas, folículos pilosos, entre otros. A nivel macroscópico se suele encontrar una pared lisa que encierra restos queratináceos consistentes con el quiste dermoide. Mientras tanto, a nivel microscópico, además de los elementos antes mencionados suele presentarse restos queratósicos junto con una perla de queratina. Estos hallazgos son consistentes con las estructuras anexiales que se encuentran frecuentemente dentro de los quistes dermoides y que los diferencian de los epidermoides.⁽⁸⁾

Los quistes epidermoides están conformados por epitelio escamoso estratificado queratinizado; conforme se genera descamación, la cavidad reboza de células epiteliales, además de queratina, colesterol y agua; lo que provoca en el tumor su aspecto nacarado.^(6,9)

Embriológicamente, en el sistema nervioso central, se generan debido a la migración errante de varias células del ectodermo superficial, las cuáles no se separan del neuroectodermo mientras se producía la formación del tubo neural, aproximadamente entre la tercera y quinta semana del desarrollo embriogénico o secundario a traumatismos craneales. Otras bibliografías afirman que estos tumores embrionarios disontogénicos se originan por la inclusión de elementos de origen mesodérmico durante el cierre del tubo neural. También, ciertos defectos en el cierre del tubo neural pueden generar dichas inclusiones de células ectodérmicas.^(2,4,6,10)

Los quistes epidermoides y dermoides son muy infrecuentes, representando menos del 0,25 % de la totalidad de los tumores intracraneales primarios, llegando a desarrollarse tanto a nivel extradural como intradural; la primera opción suele ser la localización más frecuente. Otra bibliografía argumenta que los quistes epidermoides y dermoides representan entre 0,3 % y 1,5 % de los tumores intracraneales; se adiciona información en la que los dermoides son de 4 a 9 veces menos frecuentes que los epidermoides. Otros autores, consideran que estos quistes están presentes entre el 0,1 % y 0,5 % de los tumores craneales.^(11,12)

El quiste dermoide no tiene predilección por ninguno de los dos sexos. Respecto a la edad, se denota una mayor probabilidad durante la segunda y tercera década de la vida. Algunos autores sostienen que los quistes dermoides visualizados en otras partes del cuerpo, como los que se encuentran en el piso de la boca, se registran ocasionalmente al momento del nacimiento; por lo que gracias a ello hay casos muy relevantes en recién nacidos registrados. Estos autores alegan que la lesión bucal aparenta existir desde el momento del nacimiento; pero clínicamente suele identificarse en las personas jóvenes.^(6,13)

La frecuencia de localización de los quistes epidermoides es mayor en las áreas frontoparietoccipitales de la base del cráneo; además de las ubicaciones calvarias; también se pueden encontrar en los senos maxilares y paranasales. El mayor porcentaje de los quistes epidermoides se localiza en el espacio extradural, sólo en el 3 % de los casos existe un reporte de extensión al espacio subdural y pueden localizarse en la zona del ángulo pontocerebeloso, ubicada en la región supraselar, fosa romboidal y canal espinal; con menor frecuencia también suelen ubicarse en otras zonas como la región cuadrigémica, pontina, intraventricular, talámica, cuerpo calloso y la cisura de Silvio. Por otro lado, la localización de los quistes dermoides es muy frecuente dentro de la línea media y en la fosa posterior, especialmente en el vermis, cuarto ventrículo y cisterna supraselar en algunas ocasiones se asocian a senos dermoides del occipucio, con complicaciones infecciosas como la meningitis bacteriana.^(7,9,14)

Los quistes dermoides podrían presentarse en el diploe, pericráneo o el cuero cabelludo en el caso de que las células epiteliales se queden estacadas superficialmente a causa del hueso membranoso en crecimiento; esto transcurre mientras los huesos del cráneo crecen y se unen para conformar la bóveda craneana. El quiste dermoide en la bóveda craneana debe diferenciarse de algunas lesiones expansivas cuyo crecimiento es lento como el quiste sebáceo, encefalocele, osteoma y meningioma. Dentro de la revisión, se sugiere que, en cualquier existencia de abultamiento local, es necesario pensar en alguna fractura creciente, como el quiste leptomeníngeo, alguna fractura evolutiva o meningocele.^(15,16)

Los quistes epidermoides son lesiones infrecuentes, de carácter benignos y se caracterizan por un crecimiento lento,² son de escaso tamaño y en su gran mayoría no se extienden al encéfalo. Sin embargo, su crecimiento continuo puede ocasionar afecciones craneales graves y compresión cerebral y/o de estructuras neurovasculares circundantes por la compresión extradural.⁽¹⁴⁾

Por lo antes planteado se traza como **objetivo** del presente artículo caracterizar comparativamente el quiste dermoide y epidermoide.

MÉTODO

Se realizó una revisión narrativa de la bibliografía disponible utilizando los métodos analítico sintético e histórico lógico mediante los artículos recuperados desde las bases de datos como PubMed, Scopus, Scielo, Google Scholar, realizada sobre los quistes epidermoides durante los meses Junio-Julio del 2022. Se emplearon filtros para la selección de artículos en los idiomas inglés y español; así como artículos publicados en el periodo 2018 a 2023. Se emplearon los términos “Quiste Dermoide”, “Quiste Epidermoide”, “Anomalías Congénitas” como palabras clave en el artículo. Se seleccionaron un total de 24 artículos de referencia que abordaban las principales características clínico epidemiológicas de la enfermedad en cuestión.

DESARROLLO

Los quistes epidermoides, también conocidos como tumores epidermoides o tumores nacarados, son benignos, congénitos y de crecimiento lento, de un tamaño aproximado de 1 a 5 centímetros de diámetro, con una incidencia de aproximadamente 0,2 % - 1,8 % de todos los tumores intracraneales.^(14,16) Están formados por una pared compuesta de epidermis verdadera, pero a diferencia de los quistes dermoides, los quistes epidermoides carecen de glándulas sebáceas y folículos pilosos.^(12,16) Este tipo de tumor pueden ser producidas en menor parte, anomalías adquiridas, y en mayor parte pueden ser anomalías congénitas, que surgen en el desarrollo embrionario. En el caso de anomalía embrionaria son producidas de los restos ectópicos de tejido ectodérmico que ocurren en el momento del cierre del tubo neural durante la tercera a quinta semana de embriogénesis, cuando las vesículas del prosencéfalo, mielencéfalo y metencéfalo se están desarrollando y diferenciando; sin embargo, en el caso de ser adquiridas, estos tumores pueden aparecer de manera secundaria a un trauma, en el que el tejido epitelial se deposita en una región ectópica.⁽¹⁷⁾

Desde el punto de vista histológico, los quistes están formados por epitelio escamoso estratificado queratinizado, y se encuentra lleno de células epiteliales, queratina, agua y colesterol; lo que le da al tumor una apariencia nacarada es la exfoliación progresiva de la pared del quiste hacia el interior de este, de ahí el nombre de tumores nacarados.⁽¹⁸⁾ La fuga del contenido del quiste puede producir una respuesta meníngea grave que es conocida como meningitis de Mollaret, con su cuadro clínico de fiebre, pleocitosis del líquido cefalorraquídeo y proteínas elevadas con cultivo de LCR negativo, más aumento de la presión intracraneal. Para poder hacer un diagnóstico claro de la meningitis de Mollaret producida por una fuga de contenido, se necesita de exámenes complementarios tales como imagen del sistema nervioso central.^(15,19)

Los quistes epidermoides se encuentran localizados con mayor frecuencia en el ángulo pontocerebeloso, la segunda localización más frecuente es el área supraselar y el cuarto ventrículo, aunque se han reportado escasos casos en los que se presentan en la fosa craneal media, diploe, tronco encefálico, parénquima cerebral, fisura de Silvio y columna vertebral.⁽²⁰⁾ Mientras que, los quistes dermoides tienen una predilección por la línea media y fosa posterior; en una minoría de pacientes adultos se produce una afectación espinal.⁽⁸⁾

Presentación clínica

La presentación clínica de los tumores epidermoides varía en sintomatología dependiendo su localización y la compresión ejercida sobre las estructuras adyacentes; los casos agudos pueden ser producidos por el efecto de la masa que obstruye el flujo del líquido cefalorraquídeo a nivel ventricular, lo que puede provocar hidrocefalia.⁽²¹⁾

Debido a su proximidad con los nervios craneales, este tipo de tumores se pueden acompañar de pérdida de audición, tinnitus o vértigo, al igual que de signos de afección a nivel facial, demostrado a través de espasmos faciales y parálisis progresiva. En el caso de una infiltración de la duramadre, el nervio trigémino también puede verse afectado por lo que se presentará un cuadro de neuralgia. A medida que el tumor crece, la semiología será de síntomas de hipertensión endocraneana, y si comprime al cerebelo, se presentarán síntomas cerebelosos vermicianos o hemisféricos; en el caso de compresión de estructuras críticas como la región selar y paraselar, el paciente presentará síntomas que van desde los trastornos del campo visual, disminución aguda de la visión, trastornos hormonales hasta la apoplejía hipofisaria.^(14,22)

En un análisis retrospectivo realizado con fines investigativos del tratamiento quirúrgico sobre los quistes; se analizaron los porcentajes de 34 pacientes en relación con los signos y síntomas que estos presentaban; los cuales fueron analizados y tabulados (tabla 1).⁽²³⁾

Tabla 1. Signos y síntomas obtenidos en el estudio⁽²³⁾

Signos y Síntomas	% de Pacientes
Cefalea	42
Astenia	20
Pérdida de Cabello	18
Diplopía	16
Trastornos de la marcha y Ataxia	12
Neuralgia del Trigemino	12
Entumecimiento Facial	10
Debilidad facial	10
Tinnitus y Vértigo	8
Dificultad para tragar	8
Convulsiones	6
Deterioro de la visión	6
Hidrocefalia	4
Espasmo hemifacial	2

Hay ciertos casos en los que los pacientes con estos tipos de tumores van a permanecer asintomáticos hasta su diagnóstico, que muchas de las veces son incidentales. Según una revisión de 23 casos publicados de pacientes con tumores epidermoides selares, la sintomatología más común fue cefalea y problemas visuales, y de manera escasa, la disfunción endócrina.⁽¹²⁾ Se pueden presentar entre los 40 a 50 años, sin embargo, también es común en hombres de 20-30 años.⁽²⁴⁾

Comúnmente, los quistes dermoides se vuelven sintomáticos en la infancia y en pocos casos se pueden presentar en la cuarta década de vida y su sintomatología tiene relación con su localización y la compresión de las estructuras adyacentes.⁽¹⁾

Imagenología

El gold estándar para el diagnóstico de los tumores dermoides y epidermoides es la resonancia magnética (RM) con secuencias convencionales y la introducción muy útil según nuestro criterio de las secuencias de difusión (DWI), permite visualizar realces superficiales de la lesión, útil en la valoración pre y post quirúrgica. No podemos dejar de lado la tomografía computarizada (TC) para lesiones con invasión ósea, donde se apreciará una masa bien definida hipoatenuada en la zona de la lesión.⁽²²⁾

Las lesiones pueden confundirse con un meningioma en el caso de que en la tomografía se muestren evidencias de calcificación o si la hemorragia en el quiste da una alta densidad homogénea en la tomografía sin contraste. Los tumores epidermoides difieren de los quistes aracnoideos en las imágenes por difusión, con imágenes de coeficiente de difusión de tumores epidermoides similares al parénquima, mientras que las de los quistes aracnoideos se aproximan al agua libre.⁽¹⁵⁾

El quiste dermoide se muestra hiperintenso en la resonancia magnética ponderada T1, mientras que en la imagen ponderada T2 puede ser variable su intensidad, debido a la presencia de grasa y no muestran realce de contraste, a comparación de la neurocisticercosis, una infección parasitaria, que se presenta como una lesión multiquística, con una señal parecida a la del líquido cefalorraquídeo en las imágenes ponderadas T1 y T2.⁽¹⁾

Los quistes dermoides, como ya ha sido previamente mencionados, tienen apéndices cutáneos con glándulas sudoríparas y sebáceas en la pared del quiste, las cuales secretan fluido aceitoso; en la resonancia magnética ponderada T1 este flujo producirá características hiperintensas.⁽²⁴⁾

De manera ocasional, los tumores epidermoides aparecerán hiperdensos en las tomografías computarizadas, mientras que se visualizarán hiperintensos en las resonancias magnéticas en secuencia ponderada T1. La intensidad de la señal ponderada en T2 es variable, puede ser desde hiperintensa hasta profundamente hipointensa.⁽¹⁷⁾ En el caso de una recidiva del tumor, la difusión por resonancia magnética sería la opción ideal para su estudio.⁽²⁰⁾

En la Imagen se pueden diferenciar imagenológicamente los hallazgos de diferentes tipos de quistes embrionarios. El quiste mostrado se encuentra ubicado en la zona pineal. En la tomografía (1A) las lesiones se mostraron hipodensas; esto asociado a la hidrocefalia. En la imagen de resonancia magnética con contraste (1B) se evidencian lesiones hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 (1C). Tras la administración de gadolinio no se evidenció realce (tabla 2).⁽²⁾

Tabla 2. Diagnóstico diferencial imagenológico.⁽²³⁾

Tipo de lesión	Pistas Diagnósticas Radiológicas
Quiste Epidermoide/ Queratinoso	Comúnmente en la cisterna del ángulo cerebropontino seguida de la región de la silla turca y el cuarto ventrículo; Masa similar al fluido cerebroespinal que se insinúa en la neurovasculatura adyacente; Hiperintenso al fluido cerebroespinal en imágenes de resonancia magnética ponderadas en T2; Muestra una señal superior a la del fluido cerebroespinal en recuperación de inversión de atenuación de fluidos (FLAIR) y DWI debido a la difusión restringida.
Quiste Dermoide	Las lesiones homogéneas en la línea media, sin embargo, el cabello y el contenido sebáceo pueden elevarse a un signo heterogéneo; se encuentra comúnmente en las regiones selar y frontonasal; Se parece a la grasa en lugar del líquido cerebroespinal, por lo que es hiperintenso en la RM T1.
Quiste Aracnoideo	Isointenso al LCR en todas las secuencias; Sin restricción de DWI; Oscuro tanto en FLAIR como en DWI, ya que no hay restricción de difusión; Desplaza las estructuras adyacentes en lugar de insinuarlas.
Craneofaringioma	Calcificaciones características en la TC; Aspectos heterogéneos en la resonancia magnética debido a componentes mixtos sólidos y quísticos; Hiperintenso en T1 MRI, debido a proteínas, colesterol o hemoderivados.
Quiste de Olivo de Rathke	Si el contenido de proteína es bajo --> Isointenso con líquido cerebroespinal en todas las secuencias en MRI; Si el contenido de proteína es alto --> hiperintenso en T1 MRI; Sin calcificación; Puede mostrar bordes y nódulos realzados al igual que los quistes epidermoides.

Tratamiento

El tratamiento de primera línea para pacientes con tumores dermoides y epidermoides es la resección quirúrgica y debe orientarse a realizar una exéresis lo más amplia posible, la cual no siempre se logra por las adherencias a estructuras importantes.^(17,19) A menudo se reseca un margen de hueso normal para evitar la ruptura de la cápsula del quiste. Los tumores epidermoides, debido a su localización profunda y su asociación con importantes estructuras neurovasculares circundantes, hacen que su resección quirúrgica sea compleja, y en algunos casos, la resección quirúrgica a través de un solo abordaje no siempre es factible.⁽²²⁾

El procedimiento dependerá si está asociado con un seno dérmico, en este caso la incisión en la piel debe ser elíptica alrededor de una abertura del tracto sinusal y su disección continuará alrededor del tracto fibroso hasta su origen. La necesidad de una laminectomía y durotomía dependerá de la ubicación y la terminación del tracto sinusal.⁽²³⁾

El tipo de abordaje dependerá de la localización del tumor; la técnica microquirúrgica tiene como finalidad resecar el tumor y su cápsula, ésta última dependiendo de si se encuentra adherida o no a las diferentes estructuras neurovasculares. La recidiva dependerá mucho de si la resección quirúrgica fue total o parcial, en el caso de ser parcial, se puede deber a contenido microscópico remanente que a menudo es difícil de resecar. El riesgo de recurrencia y meningitis será mayor en las resecciones parciales. Este tipo de quistes no presentan un crecimiento exponencial ya que tienen un patrón lineal de descamación, pueden requerir una reintervención según la sintomatología.⁽²²⁾

Dada la alta complejidad por la localización y relación neurovascular de estos tumores, para aumentar la seguridad neuroquirúrgica es aconsejable el apoyo de monitoreo neurofisiológico, así como de la neuronavegación. Para la resección quirúrgica de quistes localizados en la base del cráneo o en áreas elocuentes de forma total y segura se puede utilizar la neuronavegación o realizar una craneotomía con el paciente despierto, sin embargo, los abordajes mínimamente invasivos endoscópicos brindan ventajas en la extirpación de estos tumores tales como craneotomías pequeñas, menores tiempos quirúrgicos y complicaciones, mejor amplificación, visualización tridimensional con alta resolución y navegación cisternal, de esta forma se evita un exceso de manipulación de tejido cerebral sano.^(1,20)

La cirugía endoscópica para tumores dermoides y epidermoides es segura y efectiva en casos en que sea factible una resección total, además de una reconstrucción de la base del cráneo en varias capas para minimizar riesgos de residuos y fístulas de líquido cefalorraquídeo; la ventaja de este abordaje quirúrgico es que permite evitar el exceso de manipulación neurovascular y disminuir el riesgo de parálisis de nervios craneales ya que brinda una ruta directa a las lesiones ubicadas en el aspecto ventral de la base del cráneo. En el caso de que

las lesiones sean más grandes y se encuentren adheridas a las estructuras neurovasculares, se pueden realizar abordajes combinados.⁽¹⁵⁾

En un estudio realizado en 34 pacientes operados de tumores epidermoides, varios con compromiso de los nervios craneales, se utilizó monitoreo neurofisiológico intraoperatorio de los nervios craneales. En la técnica quirúrgica de resección tumoral, se evacuó el contenido de queratina mediante succión, se realizó una microdissección para separar la cápsula adherida a capa aracnoidea con la consiguiente liberación de las estructuras adyacentes; la biopsia por congelación es de utilidad en el caso de no identificar el límite tumoral aracnoideo, si se reporta ausencia de tejido epitelial, no se necesitará continuar con la resección. Se pudo notar que en pacientes con un tumor primario (de novo), la cápsula se encontraba delgada, avascular o fibrótica y su disección no era complicada, mientras que, en pacientes con tumores recurrentes la cápsula era gruesa y se encontraría adherida a estructuras adyacentes.⁽¹³⁾

CONCLUSIONES

Los quistes epidermoides son lesiones nacaradas, congénitas y en ciertos casos adquiridas, carecen de folículos pilosos y de glándulas sebáceas, a diferencia de los dermoides. La edad de debut de los quistes dermoides generalmente es en la infancia, mientras que para los epidermoides es de 40 a 50 años. Las manifestaciones clínicas de los quistes dermoides y epidermoides dependen de su localización. El gold estándar para el diagnóstico de estas lesiones es la resonancia magnética. El tratamiento recomendado para este tipo de quistes es de ser posible la resección quirúrgica total.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tablada RH, Pérez VS, Peña RD, Tamayo MR. Quiste dermoide de la bóveda craneana. Rev Cuba Neurol Neurocir [Internet]. 2012 [citado 01/03/2023]; 2(2):136-40. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3962152>
2. Fuster Cristian, Ferreira Mario, Condomi Alcorta Santiago, Mormandi Rubén, Cervio Andrés, Salvat Jorge. Quistes dermoides y epidermoides intracraneales. Rev. argent. neurocir. [Internet]. 2017 Sep [citado 01/03/2023] ; 21(3). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-15322007000300006&lng=es.
3. Vista de Quiste Epidermoide Intradiploico con Invasión Intracerebral: Reporte de Caso y Revisión de la Literatura [Internet]. Com.ar. [citado 01/03/2023]. Disponible en: <https://www.ranc.com.ar/index.php/revista/article/view/227/368>
4. Zambrano Lizcano DA, Reyes Graterol EO, Chacín González JP, Pérez Velásquez BV, Stock F, Petrosino Tepedino P, et al. Quiste epidermoide intradiploico parietal izquierdo. A propósito de un caso y revisión de la literatura. 2018 [citado 01/03/2023]; Disponible en: <http://bdigital2.ula.ve:8080/xmlui/handle/654321/2501>
5. Téllez Isla R, Mosquera Betancourt G, Betharte Sotomayor Y, Rodríguez Acevedo AN, Guerrero Rodríguez MA. Quiste epidermoide intraventricular. Presentación de un caso. Gac médica espirituaña [Internet]. 2021 [citado 01/03/2023]; 23(3):142-54. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212021000300142&lng=es
6. Ostrosky A, Luberti R, Mareso E, Klurfan Federico J. Presentación de un caso de quiste dermoide con ubicación poco frecuente. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac [Internet]. 2005 [citado 01/03/2023] ; 27(1): 37-42. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582005000100006&lng=es.
7. Rappoport Wurgaft D, Rau Moreno M. Quiste dermoide latero cervical. Rev Cirugia [Internet]. 2020 [citado 01/03/2023]; 72(5):472-5. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492020000500472&lng=es
8. Pereira RG, Ribeiro BN de F, Hollanda RT de L, Almeida LB de, Simeão TB, Marchiori E. Non-neoplastic intracranial cystic lesions: not everything is an arachnoid cyst. Radiologia Brasileira [Internet]. 2021 [citado 01/03/2023]; 54(1):49-55. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7863714/>
9. Ramírez García LK, Ortiz Ramos DL, Gómez Cabrera CG, Vígua Aranguren L, Rojas Rondón I, Abreu Perdomo FA. Quiste dermoide en la cola de la ceja. Rev Cuba Oftalmol [Internet]. 2014 [citado 01/03/2023];27(1):168-74. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762014000100018&lng=es

10. Zenonos GA, Fernandes Cabral DT, Olexa J, Friedlander RM. Left Sylvian fissure epidermoid cyst presenting with progressive aphasia. *World Neurosurg* [Internet]. 2018 [citado 01/03/2023]; 120:363-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878875018319478>
11. Vaz-Guimaraes F, Koutourousiou M, de Almeida JR, Tyler-Kabara EC, Fernandez-Miranda JC, Wang EW, et al. Endoscopic endonasal surgery for epidermoid and dermoid cysts: a 10-year experience. *J Neurosurg* [Internet]. 2018 [citado 01/03/2023];130(2):1-11. Disponible en: <https://thejns.org/view/journals/j-neurosurg/130/2/article-p368.xml>
12. de Macêdo Filho LJM, Aguiar GCM, Pessoa FC, Diógenes GS, Borges FS, Joaquim AF, et al. Intraparenchymal epidermoid cyst close to Broca area-awake craniotomy and gross total resection. *World Neurosurg* [Internet]. 2020 [citado 01/03/2023]; 141:367-72. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878875020313930>
13. Schiff D, Wen PY. Uncommon brain tumors. *Neurol Clin* [Internet]. 1995 [citado 01/03/2023]; 13(4):953-74. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0733861918300276>
14. ClinicalKey [Internet]. Clinicalkey.es. [citado 01/03/2023]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491138334000676?scrollTo=%23hl0001276>
15. Jamjoom D, Alamer A, Tampieri D. Correlation of radiological features of white epidermoid cysts with histopathological findings. *Sci Rep* [Internet]. 2022 [citado 01/03/2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8831518/>
16. Yasargil M, Abernathey C, Sarioglu A. Microneurosurgical treatment of intracranial dermoid and epidermoid tumors [Internet]. *Neurosurgery* [Internet]. 1989 [citado 01/03/2023]. Disponible en: <https://journals.lww.com/neurosurgery/pages/default.aspx>
17. Altschuler E, Jungreis C, Sekhar L, Jannetta P, Sheptak P. Operative treatment of intracranial epidermoid cysts and cholesterol granulomas: report of 21 cases. *Neurosurgery* [Internet]. 1990 [citado 19/07/2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2330082>
18. Fatterpekar G, Naidich TP, Som PM. The teaching files: Brain and spine. Philadelphia, PA: Elsevier - Health Sciences Division; 2011.
19. Hirsch B, Vaezi A. Cholesterol Granuloma and Congenital Epidermoid Tumors of the Temporal Bone [Internet]. *ScienceDirect*. 2008 [citado 19/07/2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9781416024453501308>
20. Mohyeldin A, Prevedello D. Epidermoid, Dermoid, and Neurenteric Cysts. *Youmans and Winn Neurological Surgery 8th* [Internet]. Elsevier; 2019 [citado 19/07/2022]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9780323661928001774>
21. Nottmeier E, Sonntag V, Ames C. Spinal Cord Tumors, Treatment of [Internet]. *Encyclopedia of the Neurological Sciences* [Internet]. 2003 [citado 19/07/2022]; 2003:362-368. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B0122268709006365?via%3Dihub>
22. Aboud E, Abolfotoh M, Pravdennkova S, Gokoglu A, Gokden M, Al-Mefty O. Giant intracranial epidermoids: is total removal feasible? [Internet]. *The j neuros*. 2015 [citado 19/07/2022]. Disponible en: <https://thejns.org/view/journals/j-neurosurg/122/4/article-p743.xml>
23. Balasundaram P, Garg A, Prabhakar A, Devarajan L, Gaikwad S, Khana G. Evolution of epidermoid cyst into dermoid cyst: Embryological explanation and radiological-pathological correlation. *Neuroradiol J.* [Internet]. 2019 [citado 19/07/2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6410456/>
24. Miller M, Chahlavi A. Intradural intramedullary dermoid cyst in a 42-year-old man at the L1-L2 region. *North American Spine Society Journal* [Internet]. 2022 [citado 19/07/2022];10:100124. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666548422000270>

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Los autores declaran no haber recibido financiación para el desarrollo de la presente.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Todos los autores participaron en la conceptualización, redacción - borrador inicial, redacción - revisión y edición.