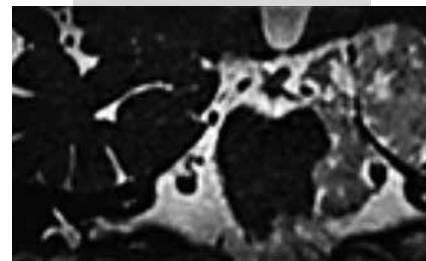


Presentación de un caso de quiste epidermoide: evaluación mediante resonancia magnética



Silvia Sotelo-Ramírez,¹ David Alfaro-Lossio¹ y Genaro Herrera-García²

RESUMEN

El quiste epidermoide (QE) no es una neoplasia. Es un quiste de inclusión compuesto por elementos dérmicos. Representa alrededor del 1 % de todos los procesos expansivos intracraneales y a nivel del ángulo pontocerebeloso (APC) es el tercero en frecuencia, después del schwannoma y el meningioma. El estudio de imagen de elección para el diagnóstico y la evaluación del QE es la resonancia magnética (RM), pues ofrece una alta resolución y precisión, la que será de gran utilidad para el planeamiento quirúrgico. La RM diferencia al QE del quiste aracnoideo y de otras lesiones expansivas extraaxiales quísticas, en especial con la secuencia FLAIR, la Difusión (DWI)¹ y la secuencia FIESTA. Se presenta el caso de un varón de 61 años, que fue estudiado por RM.

PALABRAS CLAVE. Quiste epidermoide, Ángulo pontocerebeloso, Resonancia magnética

PRESENTATION OF AN EPIDERMOID CYST CASE: EVALUATION BY MAGNETIC RESONANCE

The epidermoid cyst (QE) is not a true neoplasm, but an inclusion cyst composed of dermal elements. This lesion represents approximately the 1 % of all intracranial expansive processes and at the level of the pontocerebellar angle is the third in frequency after schwannoma and meningioma. The imaging study of choice for the diagnosis and detailed evaluation of QE is magnetic resonance imaging (MRI), as it offers high resolution and accuracy that will be very useful for surgical planning. In addition, MRI allows to differentiate QE from arachnoid cyst and other cystic extra-axial expansive lesions, especially by sequences FLAIR, FIESTA and Diffusion (DWI). We present the case of a 61-year-old male, who is undergoing a brain MRI study.

KEY WORDS. Epidermoid cyst, Pontocerebellar angle, Magnetic resonance imaging

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Sotelo-Ramírez S, Alfaro-Lossio D, Herrera-García G. Presentación de un caso de quiste epidermoide: evaluación mediante resonancia magnética. Rev Per Radiol. 2019;19:75-77.

CORRESPONDENCIA

Correspondencia: Silvia Elena Sotelo Ramírez
silviasotelor@gmail.com

1 Médico radiólogo
2 Médico neurorradiólogo

PRESENTACIÓN DE CASO

A continuación, se presenta el caso de un varón de 61 años, a quien se le realiza un estudio de RM de encéfalo en Cerema (Centro de Resonancia Magnética), en un resonador de 1.5 Tesla de la marca General Electric. El paciente presenta caída del párpado izquierdo, cefalea y dolor facial izquierdo.

Se realizó el protocolo de RM de encéfalo, incluida además Difusión (DWI), administración de gadolinio y la secuencia FIESTA con cortes finos en 3D.

Las imágenes mostraron una lesión expansiva quística extraaxial, localizada en la fosa temporal izquierda que se extiende hacia el hiato del tentorio y se hace infratentorial. En su trayecto sigue el contorno del parénquima, invade a la cisterna perimesencefálica, en la que desplaza en sentido medial al III nervio craneal izquierdo. En la cisterna prepontica desplaza medialmente al VI nervio craneal izquierdo y el nervio trigémino izquierdo es desplazado en sentido externo. Se observa leve compresión del borde lateral del pedúnculo cerebral izquierdo y de la protuberancia (Figura 1).

Las características de imagen de la lesión fueron isointensidad de señal con respecto al líquido cefalorraquídeo (LCR) en las secuencias T1 y T2, leve hipointensidad de señal en la secuencia FLAIR, realce en anillo posterior a la administración de gadolinio (Figura 2) y restricción de la difusión (Figura 3). Además,

la secuencia FIESTA permitió visualizar la relación existente entre la lesión y los nervios craneales III, V y VI del lado izquierdo (Figura 1). Con estos hallazgos se planteó el diagnóstico de quiste epidermoide.

DISCUSIÓN

El quiste epidermoide (QE) constituye una inclusión ectodermal que se desarrolla durante el proceso del cierre de tubo neural. Es un saco de queratina exfoliado cubierto por epitelio escamoso estratificado. Su crecimiento es lento y, por lo general, no da síntomas sino hasta la edad adulta, pese a su etiología congénita.² El QE es un tumor se presenta entre los 3 y 57 años, con promedios entre 15, 24 y 40 años, según las estadísticas (Schiffer, 1993; Zülch, 1986). No hay preferencia de sexo, salvo en algunas series aisladas.³

La localización más frecuente de los QE intracraneales es el ángulo pontocerebeloso, representa de 40 % a 50 % de los casos y es la tercera lesión tumoral más común en esta localización,⁴ después del schwannoma y el meningioma. Sin embargo, este tumor puede localizarse también en la fosa media, en las cisternas supraselar y cuadrigeminal y en otras localizaciones.⁵ Los QE no causan síntomas, sino hasta que se hacen muy grandes. Se extienden hacia las vías de menor resistencia, siguen el contorno del parénquima y tienden a rodear o, en algunos casos, a envolver a las estructuras vasculares y nerviosas y, no tanto a desplazarlas. Esto dificulta la resección quirúrgica.²

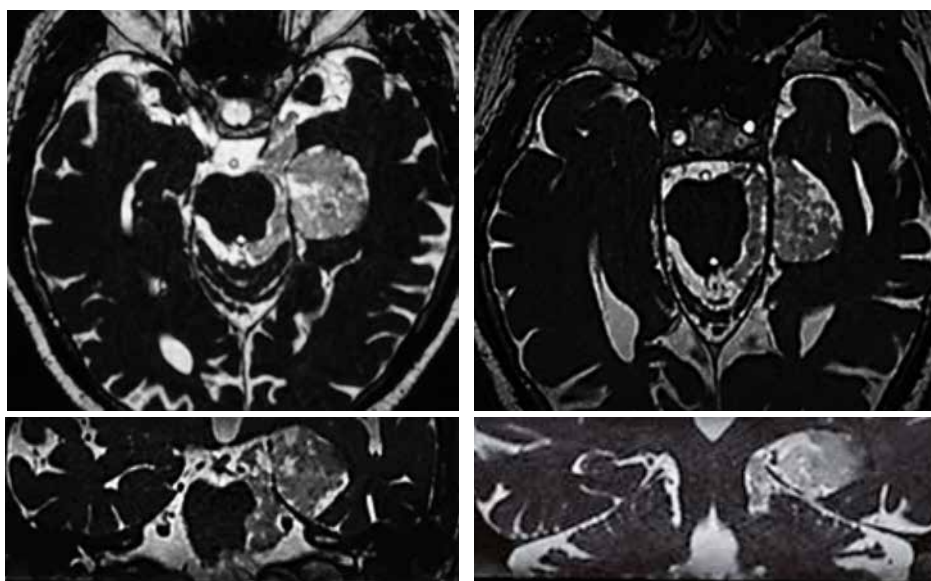


Figura 1. Secuencia FIESTA: La lesión desplaza al III nervio craneal izquierdo en sentido medial (A) y al VI nervio craneal izquierdo (B) y desplaza lateralmente al V nervio craneal izquierdo (C). La lesión quística ocupa parcialmente la fosa temporal izquierda, invade las cisternas perimesencefálica y prepontica y atraviesa el hiato del tentorio y se hace infratentorial (D).

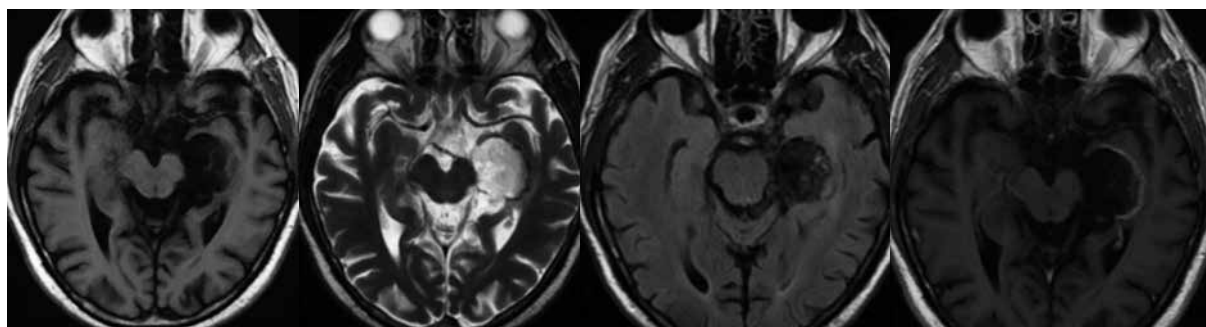


Figura 2. Cortes axiales en las secuencias T1, T2 y FLAIR (A, B, C y D) y T1 con gadolinio, con el que se observa realce en anillo (D).

En las imágenes de RM los QE presentan isointensidad de señal en las secuencias T1 y T2 con respecto al LCR e intensidad de señal relativamente mayor al LCR en FLAIR. Por lo general, no realzan con el contraste, aunque en hasta un 25 % de los casos presenta realce en anillo. Si en las imágenes de seguimiento se observa un incremento de la intensidad del realce, se debe considerar transformación maligna del proceso, aunque esta es muy rara.

El principal diagnóstico diferencial del QE es el quiste aracnoideo. Aún cuando los QE pueden tener un aspecto similar al quiste aracnoideo con las imágenes en secuencias T1 y T2, existen otras secuencias que ponen de manifiesto sus diferencias, como la secuencia *Fast Imaging Employing STady-state Acquisition* (FIESTA, GE HealthCare). En FIESTA, los QE muestran zonas internas de intensidad variada, que permiten visualizar

su estructura interna heterogénea, hallazgo ausente en los quistes aracnoideos. Además, los QE presentan un brillo marcado en Difusión (DWI), es decir, muestran restricción de la difusión, mientras que en el quiste aracnoideo no hay restricción. Por tanto, la secuencia FIESTA se convierte en una herramienta muy útil para el diagnóstico diferencial entre ambos procesos.⁶

En el presente caso, además del protocolo habitual se ha empleado la secuencia FIESTA con cortes milimétricos en 3D, permitiéndonos una mejor visualización de la extensión, morfología y características del QE, así como su relación con las estructuras vasculares y nerviosas adyacentes.

En conclusión, la resonancia magnética es la técnica de imagen que permite diagnosticar con precisión el quiste epidermoide, y es la más útil para el planeamiento quirúrgico.

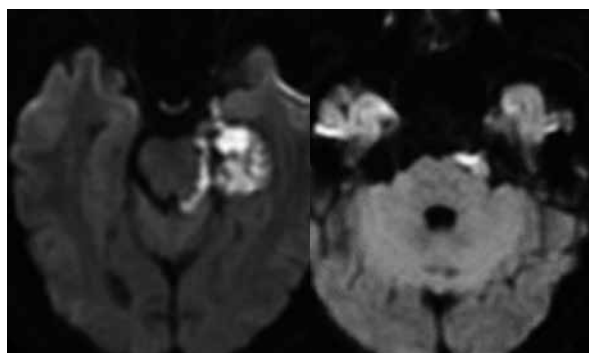


Figura 3. Difusión (DWI). La lesión presenta restricción de la Difusión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz R, Balhen C, Revuelta R. Quistes epidermoides del ángulo pontocerebeloso. *ArchNeurocién (Mex)*. 2009;14(2):85-93.
2. Drayer B. Brain tumors. *Neuroimaging Clin North America*. November 1993.
3. Escalona Z. Tumores del sistema nervioso central. Madrid: Complutense; 1996.
4. Fook V, Chong H. Skull base and temporal bone imaging. *Neuroimaging Clin North America* Vol.19, N° 3. August 2009
5. Smirniotopoulos J, Chang N, Rushing E. From de Archives of the AFIP. Cerebellopontine angle masses: radiologic-pathologic correlation. *RadioGraphics*. 1993;13:1131-1147.
6. Castillo M. *Neuroradiología*. Journal. 2004;13.