

Presentación sincrónica de tumor epidermoides intracraneal y absceso cerebral. Reporte de un caso

Synchronous presentation of intracranial epidermoid tumor and brain abscess. Case report

Ariel Varela Hernández¹, Patricio Herrera Astudíño¹, Claudio Martínez Terreu¹, Reinaldo Torres Aravena¹, Félix Orellana Cortez¹, Rodolfo Muñoz Gajardo¹, Luis Lamus Aponte¹, Ana Arellano Alcantara², Tamara Aliaga Saravía²

¹ Especialistas en Neurocirugía. Departamento de Neurocirugía. Hospital Regional de Talca. Maule. Chile.

² Internas de Medicina. Hospital Regional de Talca.

Rev. Chil. Neurocirugía 42: 128-132, 2016

Resumen

Introducción: Un paciente con tumor epidermoides intracraneal extradural con presentación sincrónica con absceso cerebral, sin antecedentes de trauma craneal penetrante, no ha sido reportado con anterioridad en la revisión del tema realizada por los autores. Se presenta un caso con estas características y se exponen consideraciones sobre el diagnóstico y el tratamiento. **Caso clínico:** Paciente femenina, de 48 años de edad, con antecedentes de cefalea crónica y tumor craneal palpable en región frontal izquierda. Los estudios humorales fueron normales. La RNM craneal mostró dos imágenes en anillo yuxtapuestas, extra e intraaxial de forma respectiva. En la cirugía se encontró tumor perlado extradural sin evidencia a la inspección de tumor intradural, se comprobó en el examen histopatológico tumor epidermoides. En los controles imagenológicos posoperatorios se descubrió la persistencia de la lesión intraaxial, en anillo, frontal izquierda. Una segunda cirugía evidenció un absceso cerebral de ubicación subcortical y se efectuó la resección radical. La evolución fue favorable, sin secuelas después de cuatro meses de seguimiento. **Conclusiones:** Se reportó un caso infrecuente, donde se presentó de forma sincrónica un tumor epidermoides extradural frontal izquierdo y absceso cerebral frontal ipsilateral, sin relación de continuidad ni comunicación fistulosa demostrada en las neuroimágenes ni en la exploración quirúrgica.

Palabras clave: Tumor epidermoides, absceso cerebral, imagen por resonancia magnética, tratamiento quirúrgico.

Abstract

Introduction: A patient with intracranial extradural epidermoid tumor with synchronous presentation with brain abscess and no history of penetrating head trauma, has not been previously reported in the revision of the subject made by the authors. A case with these characteristics is presented and also considerations about diagnosis and treatment. **Case report:** A 48-year-old female patient, with a history of chronic headache and cranial palpable tumor in left frontal region. Humoral studies were normal. Cranial MRI showed two juxtaposed, extra and intraaxial ring images. At surgery an extradural pearly tumor without evidence of intradural tumor on inspection was found, biopsy showed an epidermoid tumor. Persistence of intraaxial ring lesion in left frontal lobe was showed in postoperative imaging controls. A second surgery discovered a subcortical brain abscess and radical resection was done. Patient outcome has been without sequelae after four months of follow-up. **Conclusions:** An uncommon case where reported with extradural left frontal epidermoid tumor and ipsilateral frontal brain abscess synchronously presented, neither continuity nor fistulous communication were demonstrated on neuroimaging or surgical exploration.

Key words: Epidermoid cyst, brain abscess, magnetic resonance images, surgical treatment.

Introducción

Los tumores epidermoides intracraneales (TEI) fueron descritos por primera vez por Cruveilhier en el siglo XIX; su apariencia perlada motivó a Dandy (citado por Hassaneen et al)¹² a calificarlos como los tumores más bellos del cuerpo humano.

Son lesiones raras, reportadas sólo en un rango del 0,2 al 1,8% de los pacientes con neoplasias intracraneales. Aquellos de localización extradural son aún más infrecuentes y representan sólo el 10% de los enfermos con TEI y el 0,25% de todos los tumores intracraneales¹⁵.

Dentro de las complicaciones inflamatorias o infecciosas relacionadas con dichas lesiones, es la meningitis aséptica la más frecuente¹⁴. La ocurrencia de absceso cerebral contiguo, sincrónico con dicho tumor y sin relación con trauma craneal penetrante, no ha sido reportado en ninguna de las series recientes de pacientes portadores de TEI revisadas por los autores de este artículo.

En este reporte se presenta un caso con estas características y se exponen consideraciones sobre el diagnóstico y el tratamiento de estas lesiones.

Caso clínico

Paciente de 48 años, femenina. Antecedentes de haber sido consultada por primera vez 14 años atrás por cefalea crónica de localización frontal izquierda, no pulsátil, aumento insidioso de la misma en intensidad y frecuencia. Al examen físico no se detectaron signos focales neurológicos; se comprobó aumento de volumen temporal izquierdo, duro, no móvil e indoloro, piel suprayacente normal, crecimiento lento. En dicha oportunidad se estudió con Tomografía Computarizada (TC) de cráneo que mostró imagen hipodensa, extraaxial, frontal izquierda, con lesión osteolítica craneal y herniación hacia el tejido subcutáneo, efecto de masa sobre el cerebro sin edema franco. La paciente rechazó la cirugía en esa oportunidad.

Se hospitalizó por cuadro de empeoramiento súbito de la cefalea, ahora hemisferial izquierda, asociada a vómitos explosivos. Al examen físico se detectó escala de Glasgow de 15 puntos, sin signos focales neurológicos; se

palpó tumoración frontal izquierda con iguales características. Los estudios hematológicos y hemoquímicos fueron normales, incluyendo la velocidad de sedimentación eritrocitaria (VSE) y la proteína C reactiva (PCR). Se practicó TC de cráneo que mostró imagen hipodensa extraaxial frontal izquierda, homogénea, rodeada de anillo hiperdenso y otra lesión de similares características de localización intraxial, yuxtapuesta a la anterior. La Resonancia Magnética (RM) cerebral comprobó ambas lesiones en anillo, con centro hipointenso en T₁ y captación periférica de gadolinium e hiperintenso en T₂ y en la técnica de difusión (DWI) (Figura 1). Se intervino quirúrgicamente mediante incisión arciforme temporo-frontal izquierda. Al reflejar el flap musculocutáneo se evidenció lesión osteolítica craneal con tumor de apariencia perlada. Se realizó craneotomía y se expuso el tumor de aspecto encapsulado, blanco, de localización extradural. Se realizó la resección total del contenido caseoso y de la capsula, a excepción de algunas delgadas porciones de la misma que se adherían firmemente a la duramadre. No se descubrió ninguna laceración dural ni tampoco tensión de la misma, no obstante se realizó durtomía para explorar la corteza cerebral que mostró una apariencia totalmente normal, sin ningún signo sugerente de

tracto fistuloso con el tumor extradural ni tumor intradural. Ante la no disponibilidad de al menos ultrasonografía transoperatoria se decidió realizar la síntesis quirúrgica por planos y colocación de plastia craneal con malla de titanio.

La evolución posoperatoria transcurrió sin complicaciones. La biopsia mostró un tumor formado por keratina, colessterol y células epiteliales estratificadas, típico de tumor epidermoides. No obstante a la evolución favorable se tomaron estudios hematológicos y hemoquímicos de control, totalmente normales, incluyendo los resultados de la VSE y la PCR. También se practicó TC de cráneo que mostró la persistencia de la imagen en anillo, intraaxial, frontal izquierda. Varias semanas después pudo ser completado el estudio con RM cerebral que corroboró la persistencia de la imagen hipodensa con captación marginal de gadolinium en T₁ e hiperintensa homogénea tanto en T₂ como DWI, dicha lesión había aumentado de diámetro respecto al estudio preoperatorio, manteniendo zona de edema perilesional y efecto de masa (Figura 2).

En esos momentos se había instalado cefalea intensa, de empeoramiento progresivo, acompañada de vómitos y confusión mental. Al examen físico de comprobó escala de Glasgow en 14

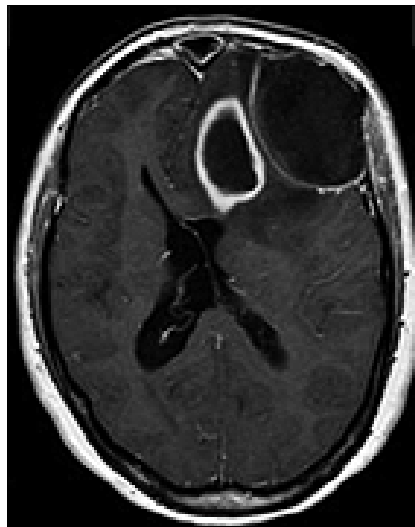


Figura 1a. RM cerebral preoperatoria en T1 con gadolinium. Lesiones hipointensas homogéneas yuxtapuestas extra e intraxial fontales izquierdas, con captación periférica de contraste. Zona de edema perilesional y colapso del asta frontal del ventrículo lateral izquierdo. Leyenda: RM, Resonancia Magnética.



Figura 1b. RM cerebral preoperatoria en T2. Imágenes hiperintensas homogéneas frontales yuxtapuestas extra e intraxial, con edema perilesional y colapso del asta frontal del ventrículo lateral izquierdo. Leyenda: RM, Resonancia Magnética.

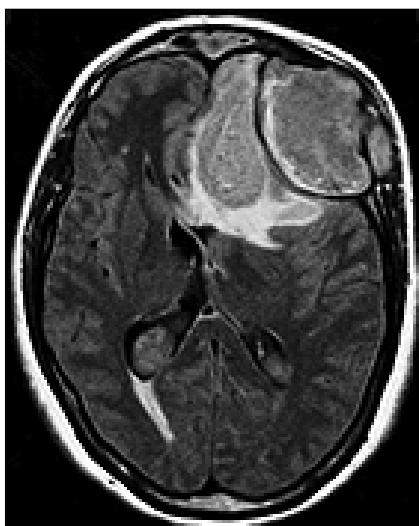


Figura 1c. RM cerebral preoperatoria en DWI. Imágenes descritas con apariencia hiperintensa, homogéneas, edema perilesional y efecto de masa. Leyenda: RM, Resonancia Magnética. DWI, técnica de difusión.

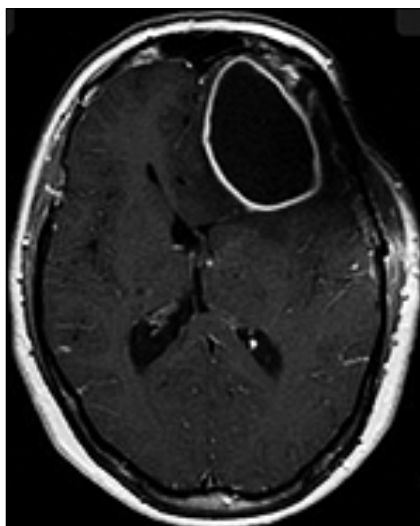


Figura 2a. RM cerebral posoperatoria en T1 con gadolinium. Imagen hipodensa intraxial frontal izquierda, homogénea, con captación periférica de contraste, edema perilesional y colapso del asta frontal del ventrículo lateral izquierdo. Leyenda: RM, Resonancia Magnética.



Figura 2b. RM cerebral posoperatoria en T2. Imagen hiperdensa intraxial, homogénea, edema perilesional y colapso del asta frontal del ventrículo lateral izquierdo. Leyenda: RM, Resonancia Magnética.



Figura 2c. RM cerebral posoperatoria en DWI. Imagen hiperdensa intraxial, homogénea, edema perilesional y colapso del asta frontal del ventrículo lateral izquierdo. Leyenda: RM, Resonancia Magnética. DWI, técnica de difusión.



Figura 3. TC de cráneo contrastada posoperatoria (segunda intervención). Sin evidencia de tumor intracranial. Normalización del asta frontal del ventrículo lateral izquierdo. Leyenda: TC, tomografía computarizada.

Se mantuvo tratamiento por cuatro semanas con Ceftriaxona y Vancomicina intravenosos, seguido por dos semanas de tratamiento con Amoxicilina 3 g diarios por vía oral. A las dos semanas de operada se tomó control con TC de cráneo contrastada (Figura 3), sin evidencia de lesión tumoral intracranial y normalización del asta frontal del ventrículo lateral. Los controles humorales también se mostraron normales. Actualmente se ha seguido por cuatro meses, totalmente asintomática, se mantiene tratamiento profiláctico con Fenitoína 300 mg diarios por vía oral.

Discusión

Los TEI forman parte, junto con los quistes dermoides, neuroentérico y teratomas, de los llamados tumores de inclusión. Se originan cuando quedan atrapados elementos epidérmicos durante la fase de gastrulación, entre la quinta y séptima semanas del desarrollo embrionario. El hecho de la formación concomitante en esta etapa de las vesículas óticas y ópticas explican la ubicación predominantemente lateral de los mismos, en contraposición con la localización en línea media típica de los quistes dermoides intracraniales; los cuales además debutan con mayor frecuencia en edades pediátricas. Un

puntos. Se planificó otra intervención quirúrgica en la que se practicó reapertura de la craneotomía anterior, con durtomía y corticotomía. En ubicación subcortical se descubrió lesión encapsulada con evidente plano de clivaje. Se aisló la lesión del tejido cerebral circundante y se puncionó evacuando abundante contenido purulento, aproxi-

madamente 50 ml, después se realizó la resección en bloque de la capsula y se repuso la malla de titanio para craneoplastía. No ocurrieron complicaciones trans ni posoperatorias. El cultivo del material purulento aisló un *estrep-tococo pneumoniae* multisensible. La biopsia confirmó el diagnóstico de absceso cerebral.

reducido grupo de estos tumores constituyen lesiones adquiridas, relacionadas con traumatismos penetrantes o procedimientos percutáneos que inoculan elementos epidérmicos en los espacios intracraneal o intrarraquídeo²⁰.

Los TEI muestran un crecimiento insidioso, dado por la disposición laminar de la queratina y otros productos de secreción epitelial, delimitados por una capsula que puede estar estrechamente adherida a la duramadre o a estructuras neurovasculares. Este hecho explica la poca intensidad de los síntomas y el diagnóstico más frecuente alrededor de la quinta década de la vida¹¹, tal y como ocurrió en el caso presentado. La gran mayoría de los TEI se localizan a nivel de las cisternas del ángulo punto cerebeloso o paraselares; la minoría de los mismos son de localización extradural, como corresponde con la paciente presentada, en cuyo caso se acepta el origen del tumor a nivel del diploe craneano¹.

Debido a su rareza y a las variaciones que pueden ocurrir en la composición química del contenido del quiste, el diagnóstico imagenológico de los TEI puede ser todo un reto. La técnica neuroimagenológica de elección es la RM, la cual con las técnicas estándares suele mostrar en T₁ una lesión hipointensa central rodeada de halo iso o hiperintenso y contenido hiperintenso en T₂. Este patrón conocido como imagen en anillo obliga a considerar en el diagnóstico diferencial un grupo amplio de otras lesiones, tales como: otros quistes (quiste aracnoideo, quiste dermoides, quiste neuroentérico, quiste óseo aneurismático), infecciones (absceso cerebral), neoplasias (gliomas quísticos o con centro necrótico, metástasis, linfoma, craneofaringioma, meningioma, lipoma), neuroparasitosis (cisticercosis, toxoplasmosis, hidatidosis, etcétera), granulomas (tuberculoma, granuloma eosinófilo), vasculas (infarto cerebral subagudo, hematomas en reabsorción) e inclusive enfermedades desmielinizantes^{9,28}.

En este sentido la incorporación al estudio con RM de las técnicas de Fluid Attenuation Inversion Recovery (FLAIR), DWI y la espectroscopía, eleva considerablemente el rendimiento diagnóstico del examen. La obtención de señales brillantes en FLAIR excluyen la posibilidad de quiste aracnoideo, dichas señales brillantes en la DWI también excluyen la posibilidad de

quiste aracnoideo y la mayoría de las neoplasias con centro necrótico pero no el absceso cerebral, en cuyo caso es típico la detección de picos de lactato, acetato, succinato y aminoácidos en la espectroscopía^{6,7,21}.

No obstante, como ya se había referido, los TEI pueden mostrar imágenes atípicas, relacionadas fundamentalmente con procesos inflamatorios o infecciosos en el tumor, degeneración quística o hemorragia intratumoral, en cuyo caso es frecuente el diagnóstico presuntivo de otros tumores hasta tanto se efectúe el estudio anátomo-patológico^{4,5,23,24}.

El tratamiento definitivo de los TEI reside en la cirugía radical, la cual ha demostrado eficacia en la reducción de las recidivas. Durante la misma se recomienda en primer lugar la extracción del contenido y después la disección microquirúrgica de la capsula, no obstante es prudente en ocasiones dejar porciones de la misma si se comprueba una íntima relación con estructuras neurovasculares que puede ser causa de morbilidad posoperatoria significativa. Es esencial aislar el contenido del quiste de las estructuras neurológicas y el líquido cefalorraquídeo para evitar la meningitis aséptica, para lo cual es también útil la administración de esteroides intravenosos y tópicos mediante irrigación del campo quirúrgico¹⁹.

Los TEI son lesiones casi siempre benignas, con buen pronóstico, no obstante puede ocurrir la degeneración maligna, en cuyo caso se detecta un patrón de captación no uniforme de contraste del tumor en la RM y crecimiento acelerado³.

Comentando sobre el absceso cerebral (AC), también diagnosticado en esta paciente, cabe decir que a pesar de que su incidencia se ha reducido considerablemente en relación a décadas precedentes, continúa siendo un problema de salud muy significativo por su elevada morbilidad y mortalidad. La mayoría ocurre por contigüidad a partir de focos infecciosos parameningeos, óticos y de senos paranasales fundamentalmente; por diseminación hematógena en el caso de enfermedades cardíacas o pulmonares; por continuidad como puede ocurrir en traumatismos craneales penetrantes, entre otras. Cabe decir que aun hoy en día cerca de un 40% pueden permanecer sin causa aparente (criptogénicos)^{2,16,27}.

No resulta raro que en la paciente pre-

sentada no se detectara fiebre ni alteración de los parámetros humorales inflamatorios, lo cual se registra solo en el 50 % de los AC^{13,26}.

Aunque los TEI han sido relacionados como causantes de AC, en la amplia revisión de varias series recientes de pacientes con estas dolencias, llevada a cabo por los autores de este reporte, no se encontró ningún caso similar al presentado^{18,22,25}. Sólo Kalfas et al¹⁷ reportan un paciente con asociación de tumor epidermoides mastoideo y abscesos del hemisferio cerebeloso ipsilateral, sin embargo, a diferencia del caso reportado en este artículo, existía antecedentes de trauma permanente que comunicó de forma permanente mediante un trayecto fistuloso el conducto auditivo externo con la fosa posterior.

El desarrollo de técnicas neuroquirúrgicas de mínima invasión motiva que la mayoría de los AC con diámetro superior a 2,5 cm o con fallo del tratamiento conservador, se operen mediante punción y aspiración³. Sin embargo, la resección de la capsula continúa siendo el tratamiento más radical en lesiones superficiales y localizadas en áreas poco elocuentes. Con esta técnica es posible reducir el número de pacientes con recolecciones, de días de tratamiento antimicrobiano y de hospitalización; también es recomendable en AC recurrentes, los relacionados con cuerpos extraños intracraneales o producidos por hongos u otros gérmenes específicos¹⁰. Estas fundamentaciones, unido a la fácil accesibilidad quirúrgica, motivó el empleo de esta técnica en el caso presentado y además se mantuvo el tratamiento antimicrobiano, guiado por los resultados del antibiograma y la respuesta clínica, por 6 semanas, en congruencia con el período mínimo de tratamiento antimicrobiano de 6 a 8 semanas recomendado en la literatura. En la opinión de los autores el enfrentamiento con este caso nos aportó al menos dos elementos útiles. En primer lugar el complemento de las técnicas estándar de RM, FLAIR y DWI con la espectroscopía hubiera permitido tener una mejor aproximación diagnóstica preoperatoria de las dos lesiones encontradas en la paciente. En segundo lugar la disponibilidad de técnicas de imagen transoperatorias como la ultrasonografía o de forma más moderna la RM es de gran ayuda para decidir con mayor seguridad la resección de

ambas lesiones en el mismo acto quirúrgico.

Conclusiones

Se reportó un caso infrecuente donde se presentó de forma sincrónica un tumor epidermoides extradural frontal

izquierdo y absceso cerebral frontal ipsilateral, sin relación de continuidad ni comunicación fistulosa demostrada en las neuroimágenes ni en la exploración quirúrgica. Para optimizar el rendimiento diagnóstico preoperatorio de la RM es muy útil apoyar las técnicas estándares con el FLAIR, DWI y la espectroscopia. En casos como este,

la disponibilidad de alguna técnica de neuroimagen transoperatoria permite al equipo quirúrgico tomar decisiones de forma más segura y efectiva.

Recibido: 22 de marzo de 2016

Aceptado: 26 de abril de 2016

Bibliografía

1. Agarwal V, Vijayan A, Velho V, Mally R. Pearl in interhemispheric fissure: A rare phenomenon. *Asian J Neurosurg.* 2012; 7: 229-232.
2. Alvis-Miranda H, Castellar-Leones MS, Awad EM, Moscote-Salazar RL. Absceso cerebral. *Rev Cubana Neurol Neurocir.* 2013; 3 (2): 162-171.
3. Aras Y, Sabanci AP, Izgi N, et al. Surgery for Pyogenic Brain Abscess over 30 years: Evaluation of the Roles of Aspiration and Craniotomy. *Turk Neurosurg.* 2016; 26 (1): 39-47.
4. Bernabeu A, López-Celada S, Alenda C, Baño E. Epidermoid Cyst with a Metabolic Pattern mimicking a Brain Abscess. A Magnetic Resonance Spectroscopy Study. *J Neuroimaging.* 2013; 23: 145-148.
5. Bohara M, Yovezawa H, Hanaya R, Takeshita S, Sumida M, Arita K. Posterior Fossa Epidermoid Cysts Presenting With Unusual Radiological Appearances. Two Case Reports. *Neurol Med Chir (Tokyo).* 2011; 51: 85-88.
6. Chatterjee S, Shivakumar DK, Banuprakash S, et al. T₁ Hyperintense Cystic Lesion - an Epidermoid or Abscess? *Clin Neuroradiol.* 2016; 20: 66-69.
7. Derkaoui HF, Bouchaouch A, El Fatemi N, Gana R, El Abbadi N, Maaqili RM. Pineal epidermoid cyst: case report and review of the literature. *Pan African Medical Journal.* 2014; 18: 259-264.
8. Feng R, Gu X, Hu J, et al. Surgical treatment and radiotherapy of epidermoid cyst with malignant transformation in cerebellopontine angle. *Int J Clin Exp Med.* 2014; 7 (1): 312-315.
9. Firelli FP, Foxman BE. The Etiology of Ring Lesions on Diffusion-Weighted Imaging. *The Neuroradiology Journal.* 2014; 27: 280-287.
10. Gadgil N, Patel JA, Gopinath PS. Open Craniotomy for brain abscess: A forgotten experience? *Surg Neurol Int.* 2013; 4: 34-42.
11. Gupta P, Radheyyam M, Gandhi A. Incidental frontal lobe mixed density epidermoid tumor in a patient of head injury: A rare case report. *Asian J Neurosurg.* 2015; 10 (4): 338-340.
12. Hassaneen W, Sawaya R. Epidermoid, Dermoid and Neuroenteric Cysts. En: Winn HR, eds. *Youmans Neurological Surgery.* Philadelphia: Saunders; 2012. p. 1523-1528.
13. Helweg LJ, Astradsson A, Richhall H, Erald J, Laursen A, Brennum J. Pyogenic brain abscess, a 15 year survey. *BMC Infectious Diseases.* 2012; 12: 332-342.
14. Horvath A, Nagy SA, Perlaki G, Orsi G, Bogner P, Dózi T. Multimodal Quantitative Characterization of Intracranial Epidermoid Cysts: Preliminary Results. *Ideggyogy Sz.* 2015; 68: 347-355.
15. Hossain CF, Raziul HM, Haque SM. Intracranial epidermoid tumor; microsurgical management: An experience of 23 cases. *Asian J Neurosurg.* 2013; 8: 21-28.
16. Idowu OE, Majekodunmi AA. Relationship between demography, etiology, level of consciousness and outcome of surgical intracranial suppurations of bacterial origin in a tropical tertiary center. *Asian J Neurosurg.* 2016; 11 (1): 41-45.
17. Kalfas F, Ramanathan D, Mai J, Schwartz S, Sekhar LN. Petrous bone epidermoid cyst caused by penetrating injury to the external ear: Case report and review of literature. *Asian J Neurosurg.* 2012; 7: 93-97.
18. Kothari M, Goel A, Muzumdar D. Brain abscess: Heuristics, principles, pathobiology, practice. *Neurol India.* 2015; 63: 329-337.
19. Lynch J C, Aversa A, Pereira C, Nogueira J, Gonçalves M, Lopes H. Surgical strategy for intracranial dermoid and epidermoid tumors: An experience with 33 patients. *Surgical Neurology International.* 2014; 5: 163-173.
20. Mahajan SP, Mahajan PA, Al Moosawi MN. Computed tomography and magnetic resonance imaging features of a rare case of a primary epidermoid tumor of the jugular foramen. *Jnsbm.* 2015; 6(1): 236-239.
21. Patel K, Clifford BD. Bacterial Brain Abscess. *The Neurohospitalist.* 2014; 4 (4): 196-204.
22. Radoi M, Ciubotaru V, Tataranu L. Brain Abscess: Clinical Experience and Outcome of 52 Consecutive Cases. *Chirurgia.* 2013; 108: 215-225.
23. Ren X, Lin S, Wang Z, et al. Clinical, radiological and pathological features of 24 atypical intracranial epidermoid cysts. *J Neurosurg.* 2012; 116: 611-621.
24. Sarkar H, Vijaya G, Mitta S. Rare occurrence of intracranial epidermoid tumor in an unusual location with atypical radiological features. *Asian J Neurosurg.* 2015; 10(4): 319-321.
25. Seok-Jin K, Kyung-Jae P, Dong-Hyuk P, et al. Risk Factors Associated with Poor Outcomes in Patients with Brain Abscess. *J Korean Neurosurg Soc.* 2014; 56 (1): 34-41.
26. Torres Campo-Santamarina MJ, Meana LL, Rodríguez GA. Abscesos cerebrales y empiemas subdurales. En: Mateos MV, Porto EJ, eds. *Meningitis, encefalitis y otras infecciones del SNC.* Barcelona: Elsevier. 2014. p. 33-51.
27. Tunkel RA, Scheld MW. Brain Abscess. En: Winn HR, eds. *Youmans Neurological Surgery.* Philadelphia: Saunders; 2012. p. 588-599.
28. Žiukovic N, Markovic M, Mihailovic G, Jovanovic M. Surgical treatment of Intradiploic Epidermoid Cyst Treated as Depression. *Srp Arch Celok Lek.* 2014; 142 (1-2): 67-71.

Correspondencia a:

Dr. Ariel Varela Hernández
San Martín 1713. Pob. Argentina. Talca. Maule. Chile.
varelahernandezariel@gmail.com