

전이개 누공으로 오인된 표피 낭종 1예

부산성모병원 이비인후과
이형주 · 최치훈 · 김태현 · 명남숙

A Case of Epidermal Cyst Presenting as a Preauricular Fistula

Hyoung-Ju Lee, MD, Chi-Hoon Choi, MD, Tae-Heon Kim, MD and Nam-Suk Myung, MD
Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, St. Mary's Medical Center, Busan, Korea

—ABSTRACT—

Epidermal cyst of the preauricular region represents an unusual clinical lesion. It is intradermal or subcutaneous sac-like structure that is surrounded by keratinized stratified squamous epithelium. We report a case in which a 49-year-old man developed an epidermal cyst presenting as a large preauricular swelling causing pain and tenderness. The lesion was surgically excised, microscopic examination revealed the epidermal cyst. Therefore we report the case along with review of literature. (J Clinical Otolaryngol 2007;18:241-244)

KEY WORDS : Epidermal cyst · Preauricular area.

서 론

표피낭종(epidermal cyst)은 비교적 흔히 관찰되는 피부의 양성 질환으로 모피지 모낭의 염증과 진피내의 표피세포의 증식에 의해 발생한다. 병리학적으로 여러층의 상피세포로 구성된 낭종벽 내에 각화물질이 함유되어 있고 피부 부속기를 포함하지 않는다.¹⁾ 표피낭종에 관한 증례는 이전에 국내문헌에서 여러 차례 보고된 적이 있지만, 이번 사례는 전이개 누공으로 오인된 표피낭종으로 임상적으로 전이개 누공과 혼동되는 양상을 보이고 있다. 또한 종물을 외과적으로 절제 후 그 직경을 측정했을 때 5.0×3.5×1.0 cm으로 거대표피낭종으로 분류할 수 있었다. 이전의 국내문헌에 발표된 전이개부에 발

생한 거대표피낭종은 확인할 수 없었고, 그래서 저자들은 전이개 누공부에 발생한 종물을 의심하여 수술적 절제를 시행하고 병리 조직검사서 표피낭종으로 진단한 환자 1예를 치험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례

49세의 남자 환자가 수 십 년 전부터 서서히 성장해 온 좌측 전이개 누공부의 무통성 종물로 그동안 특별한 치료 없이 지내던 중 최근 전이개 누공부로부터 고름을 동반한 통증을 주소로 내원하였다. 과거력 및 가족력상 1996년도에 타병원에서 뇌경색으로 입원치료 받은 것 외에는 특이사항이 없었고 전신적 신체 증상의 호소도 없었다. 이학적 검사 상 좌측 전이개 누공이 관찰되었으며 누공 전방부에 약 5.0×3.5 cm의 경계가 명확하고 고정되어 있는 무통성의 단단한 종괴가 촉진되었고, 종물 표면의 피부는 정상 소견이었다(Fig. 1). 수술 전 심전도, 흉부단순촬영, 일반혈액검사, 소변검사는 모두 정상 범위였다. 컴퓨터단층촬영 상 좌측 전이개부 전방에 경계

논문접수일 : 2007년 8월 4일
심사완료일 : 2007년 9월 27일
교신저자 : 최치훈, 608-838 부산광역시 남구 용호동 538-41 부산성모병원 이비인후과
전화 : (051) 933-7214 · 전송 : (051) 956-1956
E-mail : hamcof2@naver.com



Fig. 1. Preoperative finding of the epidermal cyst. 5.0×3.5 cm sized ovoid, cystic mass is seen in left preauricular area.



Fig. 2. Contrast enhanced CT scan (axial view) shows about 5×1×4 cm sized, well-encapsulated, non-enhancing cyst mass along left preauricular area.

가 뚜렷하고 내부는 석회화나 피사가 보이지 않는 균일한 저음영을 보이는 5.0×1.0×4.0 cm의 낭성 종괴가 관찰되었다(Fig. 2). 주위 임파절 종대나 인접한 조직으로의 침윤은 보이지 않았다. 술 전 외래에서 세침흡인 세포 검사는 검체의 부적합으로 인하여 진단이 어려웠다. 이상의 소견으로 좌측 전이개 누공 전방부에 생긴 종물 의심하고 전신마취하에 종물 적출술을 시행하였다. 수술시 종물은 주변 조직이나 이개 연골막을 침범하지 않아 유착은 심하지 않았고, 특별한 피막 손상 없이 완전히 적출되었다. 종물은 피막에 잘 싸여진 5.0×3.5×1.0 cm의 낭성 종물이었다(Fig. 3). 조직학적 검사상 표피낭종(epider-



Fig. 3. Gross finding of the epidermal cyst after surgical excision. It is a cystic structure, measuring 5.0×3.5×1.0 cm in dimensions.

mal cyst)로 진단되었고 환자는 수술 후 5개월이 지난 지금 종물의 재발없이 외래 추적 관찰 중이다(Fig. 4).

고 찰

표피낭종은 일종의 진성 낭종(true cyst)로 정상 상피조직과 유사한 낭종 벽을 가지고 내부에는 잘 성숙된 각질화 과립을 함유하며, 병변이 진행됨에 따라 낭종벽은 위축된다.²⁾ 그리고 한선, 피지선, 모낭 등의 피부 부속기는 관찰되지 않고, 일부에서 이상각화 세포, 세균 군체, 석회화, 콜레스테롤 파편 등이 존재한다.³⁾ 발생 연령은 사춘기에서 장년기까지 어느 연령에서나 발생할 수 있지만 주로 성인에서 호발하고 소아에서는 드물다고 알려져 있으며, 남녀비는 차이가 없다. 호발 부위는 안면, 두피, 경부, 체부이고 보통 0.5 cm에서 수 cm의 직경을 가지지만, 5 cm 이상은 드물다.²⁾⁴⁾ 발생 기전으로 다양한 가설이 제시되고 있지만 현재까지도 정설은 없다. 모피지 모양의 막힘, 침투 외상(penetrating injury) 후 표피세포가 진피내로 이식된 후 증식이 되어서 발생한다는 가설이 가장 설득력이 있으며, 그 외 태생기 융합면(embryonal fusion plane)을 따라 표피세포가 진피내에 포착(trapping)되어 발생한다는 가설도 있다.¹⁾⁵⁾

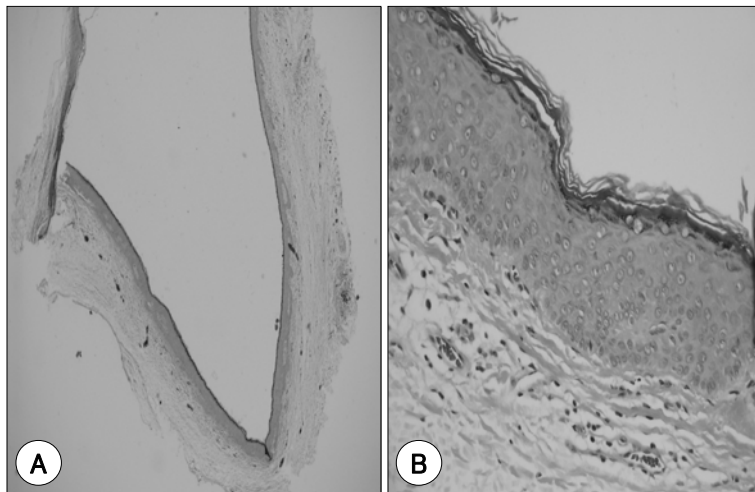


Fig. 4. Histopathologic findings. A : The cystic wall consists of well-vascularized fibrous tissue (H-E, ×40). B : The inner surface is lined by a keratinized stratified squamous epithelium (H-E, ×400).

선천성 전이개 누공(congenital preauricular fistula)은 이개(auricle)의 발생과정에서 이륜(helix)과 이주(tragus)사이의 이개 전상부에 작은 구멍을 형성하는 선천성 질환이다. 태생 6주경 제 1 새공과 제 2 새공에서 6개의 작은 결절이 생겨나, 태생 12주경 서로 융합하는 과정에서 이들이 완전히 융합하지 못하고 외배엽성 요소가 함몰하여 발생하는 일종의 낭입낭(inclusion cyst)이다.⁶⁾ 표피낭종과 선천성 전이개 누공의 차이점은 조직학적으로 중배엽성 기원의 연골과 피부 부속기가 표피낭종에서는 관찰될 수 없다는 것이며, 임상적으로는 전이개 누공의 경우 절개 배농술에 대해 재발이 흔하고 선천적으로 작은 함몰형태를 보이는 외측공이 존재하며 소식자(probe)를 통해 누공을 확인할 수 있다는 것이다.⁷⁾ 하지만 본례에서는 49세의 남자 환자가 선천성 전이개 누공부를 가졌고, 최근 전이개 누공부로부터 고름을 동반한 통증을 주소로 내원한 경우이기 때문에 임상에서 이러한 경우 감염된 전이개 누공부를 의심할 수 있다. 또한 전이개 누공부에 표피낭종이 발견된 경우는 문헌 고찰을 통해서 보더라도 드문 경우라는 것을 알 수 있고, 이러한 요인들로 진단이 어렵게 된다.

표피낭종의 중심부에 면포와 같은 개구부가 존재할 경우 이를 통해 치즈양 각질화된 분비물이 배출되기도 한다. 낭종의 크기는 보통 5 cm를 넘지 않는다고 알려져 있고, 5 cm 이상의 직경을 가진 경우를 거대표피낭종으

로 정의한다. 국내외 문헌상 고환, 두개골, 하지에 발생한 거대표피낭종이 보고되었고, 본 증례에서는 외과적 절제 후 5.0×3.5×1.0 cm의 크기여서 전이개부위의 거대표피낭종으로 판단할 수 있다.⁸⁻¹⁰⁾

일반적으로 특별한 증상이 없으나 본 증례에서처럼 이차적 감염이 유발되는 경우 낭종 주위의 피부에 홍반이 발생하고 압통이 생길 수 있다. 진단은 이학적 검사만으로는 특징적인 소견이 없고, 외과적 절제 후 조직검사로 확진된다. 병리조직 소견상 낭종벽은 케라토하이알린 과립을 함유하고 있는 여러 층의 상피세포로 구성된다.¹¹⁾ 낭종내에 조영제를 주입한 후 방사선 검사를 할 수 있으나 임상적으로 유용성이 떨어지고, 염증을 유발할 수 있다. 컴퓨터단층촬영은 낭종과 주변 구조물과의 관계를 확인할 수 있고 수술에 대한 계획을 세우는데 도움이 되지만, 표피낭종과 전이개 누공의 감별에는 도움이 되지 않고 조직검사를 통해서만 가능하다.¹²⁾ 외과적으로 절개하여 적출 혹은 제거하는 것이 가장 적합한 치료이고, 이차감염이 있을 경우는 절개 배농 후 항생제를 투여한다. 그 외에도 낭종내에 triamcinolone을 주사하는 방법도 보고되고 있다.⁵⁾

결론적으로 전이개부 누공이 있는 환자에 발생한 표피낭종은 감염된 전이개 누공으로 오인될 수 있고, 이 둘을 감별하기 위하여 술전에 철저한 병력 청취와 진찰 소견 및 조직학적 검사가 필요할 것으로 사료된다. 치료

는 낭종의 완전절제가 중요하며, 염증이 있는 경우는 적절한 항생제로 조절 후 수술을 시행한다.

중심 단어 : 표피낭종 · 전이개부.

REFERENCES

- 1) Lee SY, Moon KC. *A clinical and histopathologic study of epidermal cysts. Ann Dermatol* 1994;6:157-61.
- 2) Lever WF, Schaumburg Lever G. *Histopathology of the skin 7th ed. Philadelphia. JB Lippincott;1990 p.535-6.*
- 3) Chung J, Lee BJ, Ahn SK, Song DH, Lee WS and Kim SC. *A Clinical and histopathologic study of epidermal cysts. Korean J Dermatol* 1993;31 (4):517-22.
- 4) Magavran MH, Binnington B. *Keratinous cysts of the skin. Arch Dermatol* 1966;92:499-508.
- 5) Rios AS, Ocampo CJ. *Giant epidermoid cyst: clinical aspect and surgical management. J Dermatol Surg Oncol* 1986;12:734-46.
- 6) Ellies M, Laskawi R, Arglebe C, Altrogge C. *Clinical evaluation and surgical management of congenital fistulas. J Oral Maxillofac Surg* 1998;56:827-30.
- 7) Thisted E. *First branchial anomaly. J Laryngol Otol* 1985;99:901-2.
- 8) Tuncali D, Ates L, Aslan G. *Giant Keratinous cyst of the lower extremity. Plast Reconstr Surg* 2003;112:1733-4.
- 9) Benedetto G, Pierangeli M, Scalise A, Pauri F, Bertani A. *Gigantic epidermoid cyst of the skull. Plast Reconstr Surg* 1996;97:1246-8.
- 10) Shah SS, Varea EG, Farsaii A, Fernandez R, Richardson C, Schutte H. *Giant epidermoid cyst of penis Urology* 1979;14:389-91.
- 11) Brusati R, Galioti S, Cave AP. *The mid-line sagittal glosstomy for treatment of dermoid cyst of the mouth floor. J Oral Maxillofac Surg* 1991;142 (2):875-8.
- 12) Worthington JP, Sinclair JH. *Median dermoid cyst. N Z Dent J* 1992;88 (391):17-9.