

염증성 경부 종괴로 오인된 구강피부누공 1예

가톨릭대학교 의과대학 이비인후과학교실
채수량 · 남인철 · 전범조 · 조광재

A Case of Orocutaneous Fistula Misdiagnosed as an Inflammatory Cervical Mass

Soo Ryang Chae, MD, Inn Chul Nam, MD, Beom Cho Jun, MD and Kwang Jae Cho, MD

Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, College of Medicine,
The Catholic University of Korea, Seoul, Korea

— ABSTRACT —

Odontogenic cutaneous fistula is rarely reported in otolaryngologic literature. As the lesion mimics other common cutaneous skin lesion, accurate diagnosis is challenging problem. We report a case of a 39-year-old man who presented with relapsing nodular mass in submental region. Physical, radiological, and cytological examination suggested recurrent cervical lymphadenitis and excisional biopsy was performed. The fistula tract penetrating deep to the oral floor was found on surgical field and lower right second molar tooth was identified as the origin site of fistula by fistulography. A tooth extraction and root canal treatment was performed and the patient remained disease free. (J Clinical Otolaryngol 2011;22:121-125)

KEY WORDS : Inflammatory cervical mass · Orocutaneous fistula · Periodontitis.

서 론

치주염에서 유발되는 피부누공은 치의학에서는 흔히 보고 되는 질환이지만, 이비인후과 등 일반 임상 의학에서 보고되는 경우는 드물다. 그러나 병변의 위치가 주로 안면, 턱, 악하부위 주변의 피부이기 때문에, 환자들이 치과 진료를 받기보다 이비인후과 또는 피부과 의사를 찾는 경우가 많고 치주 질환과의 연관성을 간과하게 된다.¹⁾

임상에서 피부누공은 진단하기 쉽지 않은데 그 이유

는, 결절, 궤양 혹은 여드름 모양의 피부 병변으로 나타나는 경우가 많아, 다른 비교적 흔한 피부질환들과 감별하기가 쉽지 않기 때문이다. 원인이 되는 치주질환을 제거하지 않는 한 재발하기 때문에 정확한 진단이 치료에 제일 중요하며 이를 통하여 불필요한 항생제 사용을 피할 수 있다.²⁾

최근 저자들은 염증성 경부 종괴로 오인하여 수술 후 재발된 구강 피부누공 1예를 경험하였기에 문헌고찰과 함께 보고하는 바이다.

증 례

39세 남자 환자가 4개월 전부터 발생한 우측 턱밑(submental)종괴를 주소로 내원하였다. 환자는 수 년 전부터 이따금씩 발생하는 우측 하악(lower molar)부위 치아 통증으로 진료 받은 과거력 있었다. 우측 턱밑

논문접수일 : 2011년 3월 7일
논문수정일 : 2011년 3월 22일
심사완료일 : 2011년 4월 13일
교신저자 : 조광재, 480-717 경기도 의정부시 금오동 65-1
가톨릭대학교 의과대학 이비인후과학교실
전화 : (031) 820-3797 · 전송 : (031) 847-0038
E-mail : entckj@catholic.ac.kr

종괴는 크기가 자주 커졌으며, 개인 병원에서 항생제 치료를 받으면 크기가 감소하는 양상을 보였다. 내원 시 시행한 이학적 검사에서 피부 결손을 동반한 딱딱하게 만져지는 1×1 cm 크기의 돌출된 붉은색의 종물이 촉진되었다(Fig. 1). 경부 컴퓨터 단층 촬영 결과 우측 level la 부위에서 경부 림프절염으로 의심되는 경계가 불명확한



Fig. 1. Opening of a cutaneous fistula on the right submentum.

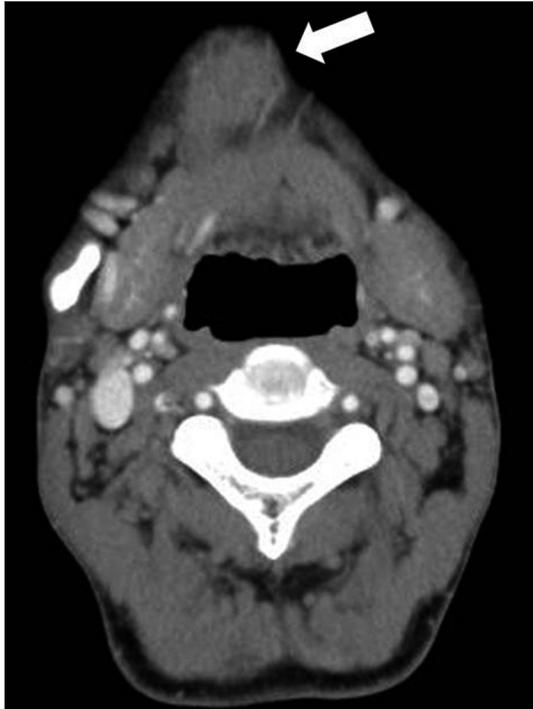


Fig. 2. Computed tomography showed a 2.6×2.0 cm soft tissue mass (white arrow) with low density protruding from the subcutaneous tissue, with no adjacent invasion at the submental area.

2.6×2.0 cm 크기의 연조직 음영의 종물이 관찰되었다(Fig. 2). 경피적 미세침 흡인 생검술 결과 단순 염증 소견 이외에 특이소견 관찰되지 않았다. 1주간 외래에서 항생제와 진통소염제로 치료 하였으나 종물크기 감소되지 않아 종물제거 및 병리조직학적 확진을 위하여 종괴 절제술을 계획하였다.

전신마취 하에 종괴를 박리하던 중 피부에서부터 턱목뿔근(mylohyoid)과 이복근의 전복(anterior belly of digastrics muscle)사이를 뚫고 심부로 진행되는 누공이 관찰되었다. 탐침(probe)을 이용하여 확인하여 본바 누공은 우측 구강저 및 잇몸 방향으로 진행 하였으며, 피부 누공의 입구에서 gentian violet을 주사한 후 구강 및 구인두, 하인두를 관찰하여 개구공을 찾으려 시도했으나 실패하였다. 탐침을 이용하여 구강저를 따라 최대한 절제하였으며 턱목뿔근 주변에서 혈관검자를 이용하여 누공의 원위부를 봉합하였다(Fig. 3). 병리조직 검사 결과 만성 염증 세포침윤과 동반하여 형성된 누공이 관찰 되었다(Fig. 4).

술 후 2주일째 수술 봉합 부위 파열과 함께 장액성의 분비물 관찰되었다. 누공의 재발이 의심되어 누공조영술을 시행한 결과 턱밑 우측 하단 피부와 우측 하악 제 2대구치 사이에 형성된 누공이 관찰되었다(Fig. 5). 누공의 원발 부위가 우측 하악 대구치라 판단되어 본원 치과와 협진진료 하였다. 시행한 파노라마 방사선촬영술 결과(Fig. 6)우측 하악 제 2대구치 주변에 치주염을 시사하는 치조골 파괴된 소견 보여 발치 및 치근관 치료(root canal treatment)를 시행하였다. 치과 치료 4주



Fig. 3. The fistula tract penetrated deep into the mylohyoid and anterior belly of the digastrics muscles.

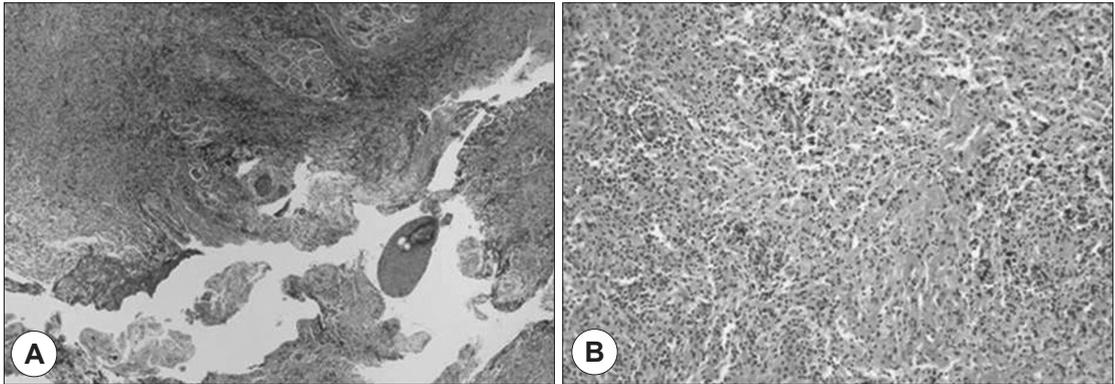


Fig. 4. (A, $\times 40$) Histopathological result showed chronic inflammation with fistula tract formation and (B, $\times 100$) chronic inflammation and vascular proliferation. H&E staining.



Fig. 5. Fistulography showed a contrast-filled tract between the right submental skin and beneath the right molar tooth.

후 턱밑 피부부위의 경미한 흉터만을 남긴 채 재발 소견 없이 누공은 치유되었다(Fig. 7).

고 찰

치주염에서 유래하는 누공은 여성보다 남성에서 흔하게 발생한다.³⁾ 구강 내로 대부분 발생하며 특히 감염된 치아주위의 구강전정에 흔히 발생한다.⁴⁾ 염증의 병소와



Fig. 6. A panoramic radiograph revealed a periapical radiolucency on the lower right second molar tooth, consistent with apical periodontitis.

주변 구조물의 관계에 따라 안면부 혹은 경부에도 종종 발생하며 세균의 독성 또한 누공의 발생 위치에 영향을 미친다.^{4,5)} 위턱니 보단 아래턱니에서 더 흔하게 발생하기 때문에 누공의 위치로 구강 이외의 부위에서는 턱밑이 흔하다.⁶⁾ 화농성 육아종(pyogenic granulomas), 종기(furuncles), 피지낭(sebaceous cysts), 이물반응(foreign body reactions)등과 감별하여야 하며 바닥 및 편평세포암종(basal and squamous cell carcinomas)등과 같은 악성 신생물, 골수염(osteomyelitis), 방선균증(actinomycosis), 매독 고무종(tertiary syphilis gumma)등도 고려하여야 한다. 비교적 흔한 피부 질환과 감별이 쉽지 않기 때문에 실제 한 보고에 의하면 최종적으로 피부누공으로 진단받은 환자의 반수에서 잘못된 진단으로 인하여 부적절한 수술적 치료 나 불필요한 항생제 치료를 시행받았다.⁶⁾ 피부 누공 주변 조직을 촉진 시 화농성 고름 같은 분비물이 흘러 나올 수 있다. 그러나 환자가 치과적 증상을 호소하는 경우가 드물

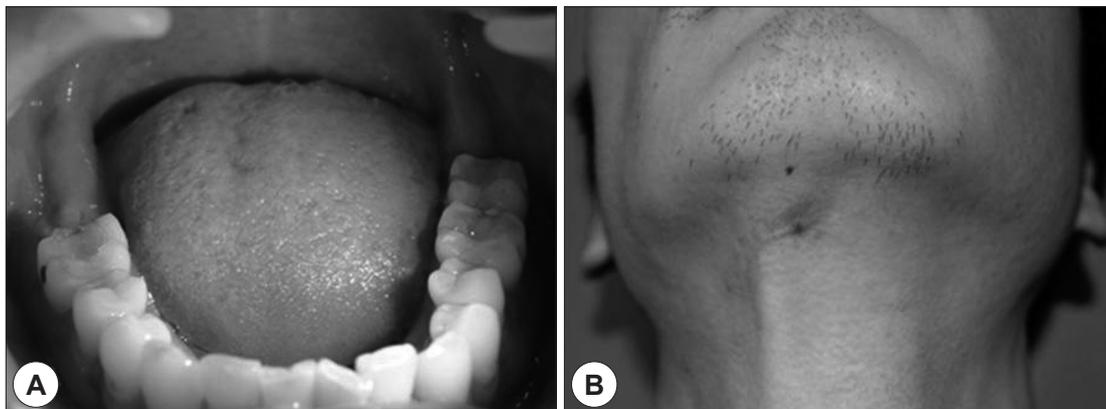


Fig. 7. A : Gingiva at the lower right second molar tooth after extraction. B : The skin of the fistula opening after the right submentum had healed.

기 때문에 진단에 있어 구강 내 치아의 이학적 검사가 필요하며 정상 치아처럼 보이는 경우도 많기 때문에 치과적 방사선 검사가 필수적이다.⁷⁾ 진산화 단층촬영이 파노라마 방사선촬영술보다 유용하다고 알려져 있다.⁸⁾

감염으로 인한 치수의 괴사(pulp necrosis)는 치근단(periapical)농양을 형성할 수 있다. 치수염(periodontitis)이 진행되어 조직이 괴사되고 이틀뼈(alveolar bone)가 풀린 후 인근에 가장 저항이 적은 연부조직을 통하여 침범함으로써 누공이 만들어진다.⁹⁾ 일단 셋길기 형성되면 염증 삼출물이 외부로 배출되기 때문에 치아의 통증은 상대적으로 덜하고 이는 진단이 느려지는 원인이 될 수 있다. 실제 한 보고에 따르면 치주염으로 인한 피부누공 환자의 반수에서만 치통을 호소하였다.¹⁰⁾ 조직학적 검사에서도 만성 염증성 세포, 육아조직, 거짓상피종증식(pseudoepitheliomatous hyperplasia)등의 비특이적인 소견을 보여 진단의 어려움을 가중시킨다.¹¹⁾ 배양 검사 결과로는 대부분 복수균(polymicrobial)감염이며 혐기성균(anaerobes)또는 사슬알균(*Streptococcus* species)등의 조건 무산소성균(facultative anaerobes)이 주로 배양된다.^{12,13)} 혐기성균(obligate anaerobes)만 배양되는 경우가 60% 정도를 차지하며 특히 심한 치통과 연관된 감염에서 주로 나타난다.¹⁴⁾

치료로는 원인이 되는 치아를 발치하고 치근관 치료가 일차적 선택이며 수술적 치료 이후 대개 1~2주 이내에 완치된다.^{12,13)} 당노나 면역 저하력이 있거나 발열 등의 전신적 증상이 있는 환자에선 항생제 치료가 필요하

며 항생제는 penicillin V potassium 이 일차선택제이고 효과가 없을 때에는 clindamycin, amoxicillin-clavulanate 등을 고려할 수 있다.^{1,12)} 미용적 문제로 피부 병변의 성형술이 때로 필요하기도 하며 불필요한 조직 검사는 염증 및 피부 흉터를 악화 시킬 수 있으므로 피하여야 한다.¹⁾

환자의 안면이나 목에 생긴 만성적인 피부 병변이 있으며 특히 치과 치료를 받았던 과거력이 있을 경우에는 치주염에 의한 피부누공의 가능성을 염두에 두어야 하며 치과의사와의 협진 하에 원인 염증을 제거하는 것이 근본적인 치료방법이다. 또한 이와 같이 피부누공에 대한 정확한 진단을 통하여 불필요한 항생제 사용과 잘못된 수술적 치료를 막을 수 있다.

중심 단어 : 염증성 경부 종물 · 구강피부 누공 · 치주염.

REFERENCES

- 1) Barrowman RA, Rahimi M, Evans MD, Chandu A, Parashos P. *Cutaneous sinus tracts of dental origin. Med J Aust* 2007;186(5):264-5.
- 2) Sheehan DJ, Potter BJ, Davis LS. *Cutaneous draining sinus tract of odontogenic origin: unusual presentation of a challenging diagnosis. South Med J* 2005;98(2):250-2.
- 3) Sharma JK, Sharma B, Chauhan VK. *Extraoral sinus and its management. A clinical study. Int J Oral Surg* 1985;14(4):346-9.
- 4) Al-Kandari AM, al-Quoud OA, Ben-Naji A, Gnanasekhar JD. *Cutaneous sinus tracts of dental origin to the chin and cheek: case reports. Quintessence Int* 1993;24(10):729-33.
- 5) Kaban LB. *Draining skin lesions of dental origin: the path of spread of chronic odontogenic infection. Plast Reconstr*

- Surg* 1980;66(5):711-7.
- 6) Cantatore JL, Klein PA, Lieblich LM. *Cutaneous dental sinus tract, a common misdiagnosis: a case report and review of the literature. Cutis* 2002;70(5):264-7.
 - 7) Witherow H, Washan P, Blenkinsopp P. *Midline odontogenic infections: a continuing diagnostic problem. Br J Plast Surg* 2003;56(2):173-5.
 - 8) Bodner L, Bar-Ziv J. *Cutaneous sinus tract of dental origin--imaging with a dental CT software programme. Br J Oral Maxillofac Surg* 1998;36(4):311-3.
 - 9) Cioffi GA, Terezhalmay GT, Parlette HL. *Cutaneous draining sinus tract: an odontogenic etiology. J Am Acad Dermatol* 1986;14(1):94-100.
 - 10) McWalter GM, Alexander JB, del Rio CE, Knott JW. *Cutaneous sinus tracts of dental etiology. Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988;66(5):608-14.
 - 11) Stoll HL Jr, Solomon HA. *Cutaneous sinuses of dental origin. JAMA* 1963;184:120-4.
 - 12) Swift JQ, Gulden WS. *Antibiotic therapy--managing odontogenic infections. Dent Clin North Am* 2002;46(4):623-33.
 - 13) Johnson BR, Remeikis NA, Van Cura JE. *Diagnosis and treatment of cutaneous facial sinus tracts of dental origin. J Am Dent Assoc* 1999;130(6):832-6.
 - 14) Gomes BP, Drucker DB, Lilley JD. *Associations of specific bacteria with some endodontic signs and symptoms. Int Endod J* 1994;27(6):291-8.