

하악 후구치부에 발생한 주변성 법랑모세포종

유태훈¹⁾, 최승현¹⁾, 나중찬¹⁾, 안미영^{2,3)}, 이준^{1,3)}, 윤정훈^{2,3)}*

원광대학교 치과대학 대전치과병원 구강악안면외과¹⁾, 구강병리과²⁾, 원광골재생연구소³⁾

<Abstract>

Peripheral Ameloblastoma on the Retromolar Pad Area of the Mandible

Tae-Hoon Yu¹⁾, Seung-Hyun Cho¹⁾, Jong-Chan Na¹⁾, Mee-Young Ahn^{2,3)}, Jun Lee^{1,3)}, Jung-Hoon Yoon^{2,3)}

Department of Oral and Maxillofacial Surgery¹⁾, Department of Oral and Maxillofacial Pathology²⁾,
Daejeon Dental Hospital, College of Dentistry, Wonkwang University Wonkwang Bone Regeneration Research
Institute, Wonkwang University³⁾

Peripheral ameloblastoma, a rare and unusual variant of odontogenic tumor, representing 1% of all ameloblastomas. The extrasosseous location is the peculiar feature of this type of tumor, which is otherwise similar to the classical ameloblastoma. This paper describes a case of peripheral ameloblastoma in a 43-year-old female affecting the left retromolar pad area of the mandible which was clinically diagnosed as a pyogenic granuloma. Histologically, the tumor showed of follicular ameloblastoma in continuity with a surface oral epithelium.

Key words : Peripheral Ameloblastoma, Retromolar pad, Mandible

I. INTRODUCTION

법랑모세포종은 치성종양의 30%를 차지하여 가장 흔한 치성 종양이며, 임상 및 조직학적으로 다양한 특징이 있다¹⁾. 임상적으로 보통의 고형 및 다방성 형태, 단낭형, 결합조직형성형, 그리고 주변성 법랑모세포종으로 분류한다²⁾. 주변성 법랑모세포종은 연조직에 발생하는 골외 치성종양으로, 골내에 발생하는 법랑모세포종과 조직학적 소견이 유사하다³⁾. 임상적으로는 무증상으로 완만하게 증식하며, 정상 구강점막으로 덮인 고착성 내지 유경성의 분

홍의 단단하고 부드럽거나 유두상 표면을 갖는 종양이다. 주변성 법랑모세포종은 모든 법랑모세포종에서 약 1~5% 미만으로 발생하는 것으로 보고되고 있다⁴⁾. 주변성 법랑모세포종은 여성보다 남성에 더 호발하며 하악 견치와 소구치 설측 치은에 주로 발생한다⁵⁾. 저자들은 임상적으로 화농성 육아종으로 생각한 하악의 제 2대구치 후방에 발생한 주변성 법랑모세포종을 경험하여 보고한다.

II. CASE REPORT

43세 여자 환자가 하악 좌측 제 2대구치 후방 후구치부에 치은증식을 주소로 내원하였다. 종양은 크기는 약 1.5 cm 정도였으며, 표면은 경계가 뚜렷하고 분홍색의 매끈한 표면의 둥글고 단단한 결절형태를 띄었다(Fig. 1). 환자는 이 종양을 자각한 시기는 뚜렷하지 않았고, 특기

* Correspondence: Jung-Hoon Yoon

Department of Oral and Maxillofacial Pathology, Daejeon Dental Hospital, College of Dentistry, Wonkwang University 77 Dunsan-ro, Seo-gu, Daejeon, Korea.

Tel: +82-42-366-1146, Fax: +82-42-366-1115

E-mail: opathyon@wku.ac.kr

Received: Dec 16, 2014; Revised: Dec 27, 2014; Accepted: Jan 24, 2015

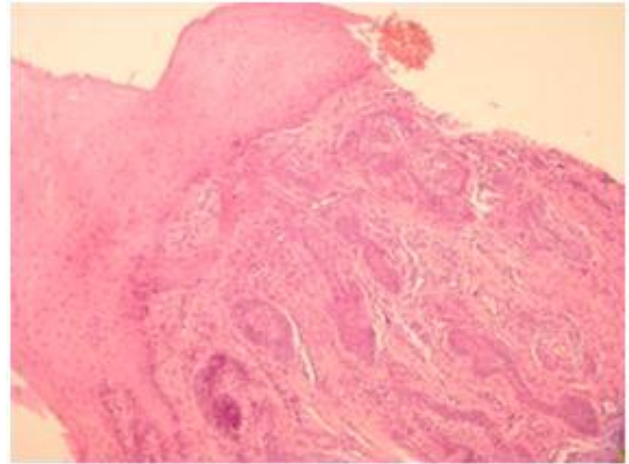


Figure 1. A nodular swelling on the retromolar pad area of the left mandibular second molar region.



Figure 2. Periapical radiograph showing no evidence of bone involvement. An impacted third molar tooth was noted.

A



B

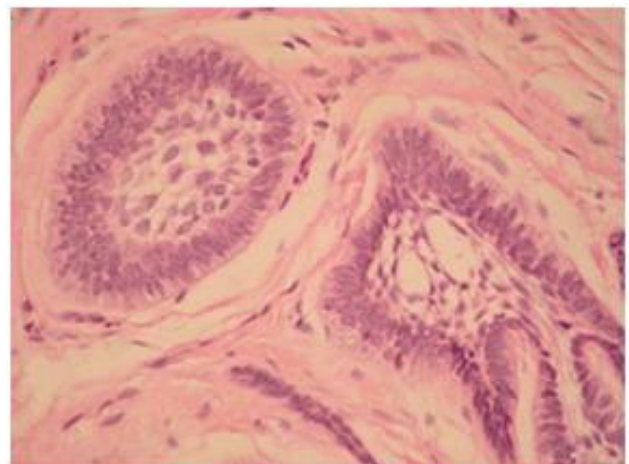


Figure 3. (A) There are tumor islands of follicular ameloblastoma in continuity with a surface oral epithelium. **(B)** Islands of ameloblastic epithelium demonstrate peripheral columnar differentiation. The inside of tumor islands consist of loosely arranged angular cells and resembles stellate reticulum. The columnar cells are located at the opposite pole to the basement membrane (reverse polarity).

할만한 과거 병력이나 가족력은 없었다. 치근단 방사선 사진에 골의 침범이나 침식은 관찰되지 않았으며, 수평 매복된 제3대구치를 관찰 할 수 있었다(Fig. 2). 임상적으로 화농성 육아종으로 생각하여 국소마취 하에 절개 생검을 시행하였다. 병리조직학적으로 정상 구강점막 상피와

연결되어 하부 결합조직에 여포형의 법랑모세포종의 종양 세포 섬이 관찰되었다(Fig. 3A). 종양세포 섬의 내부는 느슨한 성망망과 유사한 구조를 보이며, 바깥층은 원주형세포가 울타리 배열을 하며 역극성을 보이는 전형적인 여포형의 법랑모세포종의 소견을 보였다(Fig. 3B). 이러한 임상적 소견과 조직소견을 통해 여포형 양상의 주변성 법랑모세포종으로 진단하였다. 국소미취하에 종양의 완전절제를 포함하여 매복된 제 3대구치 발거 하였으며, 5년 후까지 재발되지 않았다.

III. DISCUSSION

주변성 법랑모세포종은 드문 골의 치성종양으로 1911년 Kuru의 논문에서 처음 기술된 종양이다⁶⁾. 주변성 법랑모세포종의 발생기전으로 크게 두 가지 이론으로 나뉜다. 첫번째로 골의 치관상피 잔사로부터 기원한다는 것이고, 두번째는 구강점막의 기저세포층에 있는 다능성 세포가 원인이라는 것이다^{7,8)}. 이 증례에서는 종양세포 섬들이 표층 구강상피와 연결되어 있어 두번째 이론에 합당한 소견을 보였다.

주변성 법랑모세포종의 호발 부위는 하악 설측 치은이지만 이와는 관계없이 점막, 혀바닥, 구강저 같은 드문 장소도 발병부위로 보고된 적이 있다^{5,9)}. 임상적으로 주변성 법랑모세포종과 감별해야할 질환으로는 화농성 육아종, 치은종, 유두종, 섬유종, 주변성 거대세포 육아종, 주변성 치성섬유종, 주변성 골화섬유종과 같은 주변성 반응성 병변이 있다³⁾.

조직학적으로 치성 상피 섬이 결합조직 내에 존재하고 종양세포가 울타리모양으로 배열되어 있어 골내 법랑모세포종과 유사한 소견을 보이지만, 이들의 임상적 특징과 행동 양상은 완전히 다르다. 주변성 법랑모세포종은 서서히 자라며 비침투성이며, 절제 후 재발은 흔치 않다⁷⁾. 대조적으로 골내 법랑모세포종은 침습적이고 재발이 흔하여 술 후 5년 이내 50%의 재발을 보인다. 주변성 법랑모세포종은 주로 양성이며, 서서히 자라며 비침습적이다. Buchner와 Sciubba는 치료 후 9%의 재발성을 보고하였다¹⁰⁾.

Wettan등은 주변성 법랑모세포종이 드물지만 이형성증이나 악성전환한 예를 보고하였다⁶⁾. 현재 선택되는 치료법은 보존적으로 적절하게 정상 조직을 포함하여 절제하는 것이다²⁾. 낮은 재발률과 비침투적인 특성을 갖고는 있지만 늦은 재발이 보고된 적이 있으므로 지속적인 후속 관리가 필요하다. 이 증례에서는 제 3대구치의 발거와 함께 완전한 절제가 이루어졌고, 지난 5년 동안 재발이 없었다. 결론적으로, 주변성 법랑모세포종은 흔하지 않은 치성종양으로, 구강에 흔히 발생하는 결절성 종양과의 감별진단이 필요하고, 정확한 진단을 위해 병리조직학 평가를 하는 것이 중요하다.

IV. REFERENCES

1. Jones AV, Franklin CD: An analysis of oral and maxillofacial pathology found in adults over a 30-year period. *J Oral Pathol Med* 2006;35:392-401.
2. Gardner DG: Some current concepts on the pathology of ameloblastomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996;82:660-669.
3. Philipsen HP, Reichart PA, Takata T, Kudo Y: Peripheral ameloblastoma: biological profile based on 160 cases from the literature. *Oral Oncol* 2001;37:17-27.
4. Lin SC, Lieu CM, Hahn LJ, Kwan HW: Peripheral ameloblastoma with metastasis. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1987;46:202-204.
5. Isomura ET, Okura M, Kishino M, Kogo M: Case report of extragingival peripheral ameloblastoma in buccal mucosa *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009;108: 577-579.
6. Wettan HL, Patella PA, Freedman PD: Peripheral ameloblastoma: review of the literature and report of recurrence as severe dysplasia. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59:811-815.
7. Redman RS, Keegan BP, Spector CJ, Patterson RH: Peripheral ameloblastoma with unusual mitotic activity

- and conflicting evidence regarding histogenesis. *J Oral Maxillofac Surg* 1994;52:192–197.
8. Mintz S, Anavi Y, Sabes WR: Peripheral ameloblastoma of the gingiva. A case report. *J Periodontol* 1990;61:649–652.
9. Rajesh BC, Vinayakumar AR, Valsaladevi S, Nair PP: Peripheral ameloblastoma involving tongue—a rare case. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;50:387–389.
10. Buchner A, Sciubba JJ: Peripheral epithelial odontogenic tumors: a review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1998;63:688–697.