

# WRODZONE TORBIELE SKÓRNE W OKOLICY ŁUKU BRWIOWEGO

## CONGENITAL DERMOID CYSTS OF THE EYEBROW

Marcin Wiszniewski, Julia Kruk-Jeromin

Klinika Chirurgii Plastycznej Instytutu Chirurgii UM w Łodzi

**Streszczenie: Cel pracy:** Torbiel skórna jest wrodzoną zmianą o charakterze guzowatym zlokalizowaną w tkance podskórnej. Widoczna jest ona u dzieci już w pierwszym roku życia w postaci powoli powiększającego się, niebolesnego, oddzielnego od otoczenia podskórnego guzka, stanowiącego przede wszystkim problem kosmetyczny. Jej zawartość stanowi treść serowata i elementy pochodzenia skórnego. Należy ją różnicować z innymi zmianami guzowatymi. Jediną skuteczną metodą leczenia jest chirurgiczne, całkowite usunięcie torbieli. **Materiał i metody.** W Klinice Chirurgii Plastycznej, w latach 1972-2003, operacyjnemu wycięciu wrodzonej torbieli naskórkowej okolicy łuku brwiowego poddano 25 pacjentów w wieku od 1 roku do 24 lat. Jako metodę leczenia zastosowano wyluszczenie torbieli z cięcia na granicy włosów brwiowych. Zwracano szczególną uwagę na całkowite usunięcie torbieli i ewentualnych przetok drążących do okolicznych struktur. **Wyniki.** We wszystkich przypadkach leczenie przebiegało bez powikłań. Wynik badania histopatologicznego potwierdził rozpoznanie torbieli skórnej. Badanie kontrolne u leczonych chorych przeprowadzono po 1 i 6 miesiącach. Błizny oceniano według ogólnie przyjętych kryteriów: przebieg, kolor, wyniosłość, ewentualne zniekształcenie najbliższej okolicy. Wszystkie błizny były kosmetyczne i słabo widoczne. **Wnioski.** Dane z piśmiennictwa są zbieżne z naszymi obserwacjami dotyczącymi rozpoznania klinicznego i histopatologicznego, konieczności leczenia chirurgicznego wrodzonych torbieli skórnych oraz dbałości o wynik kosmetyczny zabiegu. Różnice dotyczą wieku leczonych chorych, którzy za granicą operowani byli do 2 roku życia, zaś średnia wieku naszych pacjentów wynosi 9 lat. **Słowa kluczowe:** wrodzona torbiel skórna, łuk brwiowy, leczenie chirurgiczne

**Abstract: The aim of the study.** The dermoid cyst is a congenital cystic tumor located in the subcutaneous tissue. The dermoid cyst appears during the first year of life as a slow-growing, painless, nonfixed subcutaneous tumor. Visible deformity of the skin causes aesthetic problems. The content is a cheesy material which is often mixed with dermoid elements. The dermoid cyst is to be distinguished from another tumor lesions. The only effective treatment is complete surgical removal of the cyst. **Material and methods.** Between the years 1972-2003 25 patients aged 1-24 years were operated in the Plastic Surgery Clinic in Lodz. Treatment consisted of surgical excision of the cyst just below the eye-brow line. Special attention was paid to complete removal of the cysts together with draining fistulas if they already existed. **Results.** The treatment was successful in all cases. Histopatology confirmed dermoid cyst in every case. Postoperative examination was performed after 1 and 6 months. Cicatrices were examined according to generally accepted standards: shape, colour, deformation of the nearest tissue; all were aesthetic and hardly noticeable. **Conclusion.** Patient's treatment in the Plastic Surgery Clinic in Lodz is very similar to the treatment described in the world's literature. The only difference is the age of the operated patients, averaging in the analyzed cases at 9 years, whereas abroad the patients are operated before the second year of life.

**Key words:** congenital dermoid cyst, eye-brow, surgical treatment

### Wstęp

Torbiel skórna jest wrodzoną zmianą o charakterze guzowatym, najczęściej usytuowaną w tkance podskórnej. Powstaje ona w wyniku odszczepienia od macierzy, w trakcie rozwoju wewnątrzmacicznego, części komórek pochodzących z ek-

todermy, a następnie otoczenia ich i niejako „uwięziona” przez komórki mezenchymalne. W sytuacji niepełnej izolacji komórek ektodermy mogą powstawać przetoki łączące jamę torbieli ze strukturami położonymi głębiej (1, 3, 5).

Okolo 7% wszystkich torbieli skórnych znajduje się w okolicy głowy i szyi, przy czym połowa z nich występuje

w okolicy łuku brwiowego, najczęściej w 1/3 zewnętrznej części (ryc. 1a, 2a).

Torbiel skórna z reguły widoczna jest już u dzieci w pierwszym roku życia jako wolno powiększający się guzek w tkance podskórnej. Guzek jest elastyczno-twardy, gładki, ruchomy i niebolesny. Skóra nad nim nie jest zmieniona. W sytuacji, gdy torbiel skórna znajduje się w bliskim sąsiedztwie kości, może powodować w niej zagłębienie wskutek ucisku. Zewnętrzna torebka torbieli jest cienka i ma budowę łączno-włóknistą. Jej zawartość stanowi treść serowata i elementy pochodzenia skórniego (1, 4, 7).

Torbiele skórne należy różnicować z innymi zmianami guzowatymi (nerwiako-włókniakami, naczyniakami, otorbiionymi ciałami obcymi). Bardzo często są błędnie rozpoznawane jako popularny kaszak, choć występuje on u dzieci niezmiernie rzadko (1).

Torbiele skórne stanowią głównie problem kosmetyczny, gdyż powodują widoczne uwypuklenie powłok. Wzrost podskórnego guzka, choć powolny, zwykle budzi niepokój opiekunów dziecka lub pacjenta.

Jedyną skuteczną metodą leczenia jest chirurgiczne, całkowite usunięcie torbieli (1-4). Najczęściej stosuje się cięcie wzdłuż linii Langera przebiegające bezpośrednio nad, powyżej lub poniżej guzka. Torbiele w okolicy łuku brwiowego

**Rycina 1 a, b.** Wrodzona torbiel naskórkowa usytuowana nad brwią, w jej zewnętrznej części (a); 6 miesięcy po wyluszczeniu torbieli, rany zeszyto szwami (b).



wyluszcza się z cięcia na granicy owłosienia brwiowego. W piśmiennictwie opisane są metody dojścia do torbieli przez powiekę górną i mięsień okrężny oka. Wszystkie działania chirurgiczne mają na celu uzyskanie słabo widocznej i kosmetycznej blizny (2, 4, 6).

### Materiał, metoda i wyniki

W Klinice Chirurgii Plastycznej, w latach 1972-2003, operacyjnemu wycięciu wrodzonej torbieli skórnej okolicy łuku brwiowego poddano 25 pacjentów w wieku od 1 roku do 24 lat (w tym było 12 dziewczynek i kobiet oraz 13 chłopców i mężczyzn). Zmiana w postaci wygórowania zauważona była w wieku kilku miesięcy lub kilku lat. Większość – 20 torbieli – była zlokalizowana w okolicy lewego łuku brwiowego, a 5 (20%) po stronie prawej. W 80% torbiel była usytuowana w 1/3 zewnętrznej łuku, nad lub pod brwią. Badaniem palpacyjnym potwierdzono torbielowaty charakter guzków, których średnica wynosiła od 1 do 2,5 cm. Skóra nie wykazywała zmian o charakterze zapalnym. We wszystkich przypadkach w badaniu histopatologicznym stwierdzono torbiel skórnią.

Jako metodę leczenia zastosowano wyluszczenie torbieli z cięcia na granicy włosów brwiowych. Zwracano uwagę na całkowite usunięcie torbieli. Ranę zeszywano szwami lub sklejało klejem skórny (ryc. 1b, 2b) (8). U dzieci do 14

**Rycina 2 a, b.** Wrodzona torbiel naskórkowa pod łukiem brwiowym (a); 1 miesiąc po usunięciu torbieli i sklejeniu brzo- gów rany klejem skórny (b).



roku życia zastosowano znieczulenie ogólne dożylnie, natomiast u pozostałych chorych wystarczyło znieczulenie miejscowe nasiękowe. Pobyt w szpitalu trwał od 1 do 3 dni.

We wszystkich przypadkach leczenie przebiegało bez powikłań. Badanie kontrolne u leczonych chorych przeprowadzono po 1 i 6 miesiącach. Blizny oceniano według ogólnie przyjętych kryteriów: przebieg, kolor, wyniosłość, ewentualne zniekształcenie najbliższej okolicy. Brano pod uwagę nie tylko opinię lekarza, ale także pacjentów lub ich opiekunów. U wszystkich naszych pacjentów blizny były estetyczne i słabo widoczne.

## Dyskusja

Torbiel skórna łuku brwiowego jest rozpoznawana u dzieci już w pierwszym roku życia. W piśmiennictwie, średni wiek operowanych pacjentów nie przekraczał 2 lat (2, 4). W naszym materiale średni wiek chorych był wyższy i wynosił 9 lat. U naszych pacjentów większość torbieli umiejscowiona była po stronie lewej (80%). Inni autorzy także zaznaczyli częstsze lewostronne usytuowanie torbieli, ale opisano również ich obustronne występowanie (2, 4). W rozpoznaniu różnicowym należy brać pod uwagę inne guzowate zmiany podskórne (kaszak, nerwiko-włókniak, naczyniak, ciało obce, rozrost złośliwy), choć rozwój i kliniczny wygląd opisanych torbieli jest charakterystyczny (1, 4).

W naszym materiale badanie histopatologiczne w 100% potwierdziło rozpoznanie wstępne. W piśmiennictwie także

podkreślana jest wartość badania przedmiotowego, z reguły bez konieczności wykonywania skomplikowanych badań dodatkowych (2, 4).

Wszyscy autorzy uważają, co jest zgodne z naszymi poglądami, że jedynym skutecznym leczeniem jest chirurgiczne wyłuszczenie torbieli, z dbałością o całkowite usunięcie torebki oraz taki wybór cięcia aby powstała blizna była jak najmniej widoczna (2, 4). Inni chirurdzy, podobnie jak w naszej Klinice, rodzaj znieczulenia dostosowują do wieku pacjenta (2).

Nie stosowaliśmy nigdy cięcia przez bruzdę powieki górnej, opisywanego w piśmiennictwie, ponieważ metoda jest trudniejsza technicznie i nie wydaje się konieczna dla uzyskania lepszego wyglądu blizny (2, 4, 6). Wszystkie blizny, powstałe u naszych pacjentów na granicy brwi, były kosmetyczne i słabo widoczne.

## Wnioski

1. Guzek podskórny, zlokalizowany w okolicy łuku brwiowego, widoczny już w pierwszym roku życia i rosnący bardzo powoli, powinien budzić podejrzenie wrodzonej torbieli skórnej.

2. W rozpoznaniu różnicowym wrodzonej torbieli naskórkowej z kaszakiem należy wziąć pod uwagę wyjątkowe występowanie kaszaka u dzieci, szczególnie w okolicy łuku brwiowego.

3. Podczas wyłuszczenia wrodzonej torbieli skórnej należy dbać o całkowite usunięcie torebki i ewentualnych przetok drążących do okolicznych struktur.

## PIŚMIENNICTWO:

1. Wang M. K., Macomber W. B., Elliott R. A. Jr. Tumors of the eyelids and orbit. W: Reconstructive plastic surgery, red. J. M. Converse. Philadelphia, Saunders 1964, T. 2, 668-670.
2. A. Ruskowski, L. Calette-Laberge, P. Bortoluzzi, E. Egerszeri. Superior eyelid incision: an alternative approach for frontozygomatic dermoid cyst excision. *Ann. Plast. Surg.* 2000, 44 (6), 591-594.
3. S. W. Hong. Deep frontotemporal dermoid cyst presenting as a discharging sinus: a case report and review of literature. *Br. J. Plast. Surg.* 1998, 51 (3), 255-257.
4. S. Barlet, K. Lin, R. Grossman, J. Katowitz. The surgical management of orbitofacial dermoids in the pediatric patient. *Plast. Reconstr. Surg.* 1993, 91 (7), 1208-1215.
5. J. Pensler, B. Bauer, T. Naidich. Craniofacial dermoids. *Plast. Reconstr. Surg.* 1988, 82 (6), 953-958.
6. Kersten R. C. The eyelid crease approach to superficial lateral dermoid cyst. *J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus.* 1988, 25 (1), 48-51.
7. J. A. Shields, I. H. Kaden, R. C. Eagle, C. L. Shields. Orbital dermoid cysts: clinicopathologic correlations, classification, and management. *Ophthalm. Plast. Reconstr. Surg.* 1997, 13 (4), 265-276.
8. Kruk-Jeromin J., Lik K. Wczesne wyniki estetyczne po zastosowaniu kleju do skóry Dermabond. *Pol. Prz. Chir.* 2001, 73 (3), 240-245.

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. med. Julia Kruk-Jeromin  
Klinika Chirurgii Plastycznej  
Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego  
ul. Kopcińskiego 22  
90-153 Łódź  
tel. (0-42) 6776-741  
e-mail: Marcin.Wiszniewski@eranet.pl

