

구강내 개화성 유두종증을 가진 악성 흑색극세포증의 증례보고

경북대학교 치의학전문대학원 구강내과학교실¹, 경북대학교 치의학전문대학원 구강병리학교실²

정재광¹ · 신흥인² · 민보경¹

흑색극세포증은 대개 피부가 접히는 부위에서 짙은 색의 반점과 함께 벨벳양상을 가진 두꺼워진 피부 그리고 혀, 치은, 점막, 구개를 포함하는 구강내 및 입술부위의 유두종증의 특징을 가진다. 그중에서도 악성 흑색극세포증은 기저 암종과 연관되어 발생되며 특징적으로 입술과 눈꺼풀의 개화성 유두종증, 손바닥 및 발바닥의 저명한 과각화증, 레제르-트렐라 증후와 같은 세가지 특징이 나타난다. 본 증례의 환자에서 악성 흑색극세포증의 전형적인 임상적 그리고 조직학적 특징과 함께 악성 위장 선암종의 병력을 가지고 있었다.

주제어: 구강내 개화성 유두종증, 악성 위장 선암종, 악성 흑색극세포증

I. 서 론

흑색극세포증은 주로 목이나 겨드랑이와 같이 피부에서 접히는 부위나 눈꺼풀부위, 손발바닥 그리고 간혹 입 주변에 과다색소침착되고 두꺼워진 벨벳 양상의 표면을 가진 피부병소나 유두종증(papillomatosis)병소가 발생하는 흔치 않는 피부점막질환의 일종이다. 1890년 Politzer가 흑색극세포증에 대해 처음 보고한 이래로 흑색극세포증은 국소적인 원인보다는 주로 다양한 전신적인 기저질환이나 요인에 의해 발생하는 것으로 보고되었다. 흑색극세포증의 분류는 저자에 따라 다르나 Curth는 그 기저질환의 종류에 따라 악성, 양성, 증후군성(syndromic), 위성(pseudo) 흑색극세포증으로 구분하였다.¹⁾

악성 흑색극세포증은 그 이름에 악성이란 용어가 포함됨에도 피부병소나 점막병소 그 자체가 악성병

소임을 의미하는 것은 아니고 흑색극세포증의 발생과 연관되어 있는 기저질환이 악성임을 의미한다. 악성 흑색극세포증에 있어서는 1890년 Politzer가 복부의 악성 종양과의 관련 가능성에 대해 처음으로 언급하였으며 이어 1909년에는 계속적인 연구를 통해 흑색극세포증은 악성종양의 발생과 연관되어 발생함을 주장하였다.^{2,3)} 이후 많은 저자들이 그의 주장을 지지하는 연구들은 보고하였으며 보고된 악성 종양들 중에서는 위장 선암종이 가장 빈번하게 관련되는 것으로 보고하였다.⁴⁾ 또한 위장관의 다른 부위나 난소, 자궁, 유방, 폐와 같은 다른 장기에서의 악성종양과 연관된 증례 또한 보고되고 있다.⁵⁾ 이에 따라 20세기 초, 중반까지 흑색극세포증은 주로 내부에 존재하는 악성 종양의 표시자(marker)로 여겨져 왔다.⁴⁾ 그러나 1976년 Kahn등이 처음으로 전신적인 인슐린 저항성 상태에서의 비악성 흑색극세포증-즉 양성 또는 증후군성 흑색극세포증-에 대해 처음 언급한 이후 악성종양과의 관련성에 과도하게 치우친 원인론적인 연구와 임상적인 접근법이 이전보다 다양해지게 되는 계기가 되었으며 지금까지의 연구 결과에서 다행히도 악성종양과 관련된 흑색극세포증보다 악성종양과 관련되지 않은 비악성 흑색극세포증이 더 많은 것으로 보고되고 있다.⁶⁾ 이러한 비악성 흑색극세포증이 관련된 전신적인 상태로는 가장 먼저 인슐린 저항성 2형

교신저자 : 정재광
대구광역시 중구 삼덕동 2가 700-412
경북대학교 치의학 전문대학원 구강내과학교실
전화: 053-600-7311
팩스: 053-426-2195
E-mail: widenmy@knu.ac.kr

원고접수일: 2010-09-12
심사완료일: 2010-10-15

당뇨를 비롯하여, 비만, 다낭성 낭소증후군 등을 들수 있으며 그 외에서 선천적인 흑색극세포증이 보고되고 있으며 그 중에서도 고인슐린혈증상태가 비악성 흑색극세포증의 발생에 있어 가장 중요한 요인으로 여겨지고 있다.

그럼에도 불구하고 악성종양의 표지자로서의 의미는 간과될 수 없으며 이러한 흑색극세포증의 발견시 반드시 전신적인 상태에 대한 주의 깊은 조사가 필요하며 특히 악성종양의 존재 가능성을 염두에 두면서 접근하는 것이 중요하다. 이는 환자의 예후에 결정적인 역할을 하는 악성종양의 발견 시기를 앞당길 것이며 향후 환자의 생명 연장에 기여하게 된다.

이에 저자는 8년 전 위장선암종의 병력을 가진 환자에서 발생한 악성 흑색극세포증 증례를 통해서 악성 흑색극세포증의 구강내 및 다른 신체부위의 특징적 양상을 소개하고 이에 대한 국소적 치료 시도에 대한 결과를 보고하고자 한다.

II. 증례보고

본 환자는 73세 된 여자 환자로 7년 전 분실한 의치를 재 제작키 위해 개인 치과의원을 내원하였다가 입술 및 구강내 전반의 광범위한 수포성 병소가 있는 것 같다는 소견과 함께 본원으로 의뢰되었다. 그러나 구강내 검진시에는 입술 및 구강내 점막에 광범위한 개화성 유두병증(oral florid papillomatosis)(Fig. 1)이 특징적으로 관찰되었다. 구강의 피부 병소로는 손바닥의 전반적인 과각화 양상(Fig. 2)과 함께 안면 및 상완부에서는 짙은 갈색의 과다 색소침착양상을 띄는 과각화피부병소(Fig. 3)가 다수 관찰되었다. 입술 및 구강내 점막의 개화성 유두병증은 상하순 부위에서 가장 뚜렷하게 나타났으며 이로 인해 상하순 부위는 약간 부어 있는 것처럼 보였다. 또한 이러한 유두병증은 상하순뿐만 아니라 구개 및 협점막, 혀, 치은에 걸쳐 광범위하게 발생된 양상을 보여 주고 있었다.



Fig. 1a.



Fig. 1b.



Fig. 1c.



Fig. 1d.

Fig. 1. Intraoral findings of florid papillomatosis.

a. lower lip, b. palate, c. right buccal mucosa, d. left buccal mucosa



Fig. 2a.



Fig. 2b.

Fig. 2. velvety appearance on the palm.

전신병력으로는 7년 전 대구의 모대학병원에서 악성종양인 위장 선암종으로 인해 위절제술(subtotal gastrectomy)을 시행받은 후 항암치료를 받은 병력을 가지고 있었다. 또한 악성종양의 재발여부를 확인키 위해 지금까지 4개월마다 정기적으로 검진을 받고 있으며 지금까지 악성종양의 재발은 없었다고 보고하였다. 또한 피부에 발생한 짙은 색의 과각화병소는 위장 선암종의 발견 4개월전 갑작스럽게 안면부 및 겨드랑이 부위에서 가장 먼저 발생하였다고 하며 7년 전부터 피부과에 내원하여 약물치료를 받았으나 큰 변화없이 호전과 악화를 반복했다고 하였다. 구강 병소는 4년 전부터 발생하였으며 이로 인해 환자는 외출시 비심미적인 입술의 외형을 가리기 위해 마스크

를 착용하였으며 구강내의 따가운 증상으로 인해 자극성 음식의 섭취가 힘들다고 호소하였다. 또한 7년 전 의치를 분실한 이후 의치를 재제작하지 못해서 부드러운 음식 밖에 먹지 못하는 상태였다. 그 외 비교적 왜소한 체형을 가지고 있었으며 당뇨병의 병력은 가지고 있지 않았다.

내원 첫날 파노라마 방사선 검사 및 혈액 검사를 시행하였으나 특이소견은 나타나지 않았다. 두 번째 내원시에는 조직 검사를 시행하였으며 조직 검사 결과 각화성 유두종의 소견(Fig. 4)을 보였으며 조직 자체의 악성 양상은 관찰되지 않았다. 세 번째 내원시에는 따가운 증상의 조절을 위해 clonazepam을 처방하였다. 항진균제는 타 대학 병원에서 처방하였기 때문



Fig. 3a.



Fig. 3b.

Fig. 3. Dark seborrheic keratoses on the face and lips. a. face b. lips

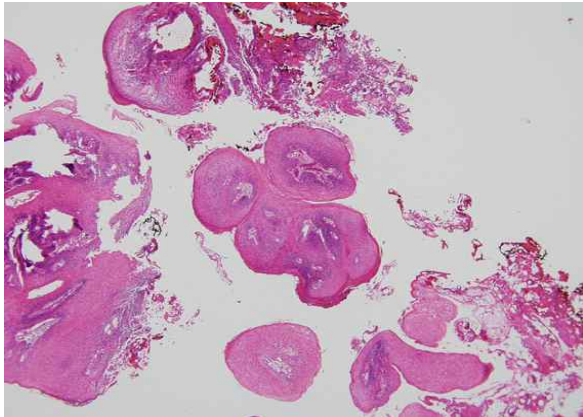


Fig. 4. photomicrograph of upper lip biopsy showing squamous papilloma—horizontal section view (Hematoxylin-eosin stain; original magnification ×40)

에 추가로 처방하지는 않았다. 의치 재제작을 위해 본원 보철과에 의뢰한 결과 점막 및 구개부의 심한 유두병증으로 인해 현 상태에서 의치 제작이 불가능함을 회신 받았다. 네 번째 내원시에는 구강내의 불편감이 많이 감소하여 저작이 보다 편안하다고 보고하였으며 과도한 유두병증의 개선을 위해 Tretinoin 0.05% cream(Retacnyl[®])을 상하순에 하루 2-3회씩 국소 도포하도록 처방하였으며 clonazepam도 계속 처방을 하였다. 그러나 다섯 번째 내원시에는 오히려 입술 부위가 따갑고 간지러운 증상이 더욱 심해지고 상하순 부위에는 약간의 출혈양상과 함께 가피(crust)가 주변 피부에서 증가된 양상이 나타나서 Tretinoin 0.05% cream(Retacnyl[®])의 사용을 중단시키고 상하순 부위에 생리식염수를 이용하여 드레싱을 실시하였다. 그 다음 내원시부터는 따가운 증상이 다시 호전되었음을 보고하였으며 이후 지속적인 관찰을 하면서 clonazepam을 처방함과 동시에 생리식염수를 이용하여 드레싱을 하고 있는 중으로 유두병증이 해소되지는 않으나 구강내 불편감은 이전에 비해 감소한 상태이다.

III. 토론 및 고찰

여러 종류의 흑색극세포증 중 악성 흑색극세포증은 암에 의해 발생하지 않은 비악성 흑색극세포증에 비해 발생률이 높진 않으나 암종의 존재와 매우 밀접하게 연관이 되어 있으므로 악성 흑색극세포증의 조

기 발견 및 진단은 기저 암종의 치료 예후 및 환자의 수명 연장에 있어 매우 중요하다. 관련된 기저 암종 중 복부에서 발생하는 암종이 92%로 가장 흔하고 특히 위장의 암종이 69%로 가장 많은 비율을 차지하고 있다.⁷⁾ 또한 이러한 암종과 흑색극세포증과의 발생시기를 비교해 본 결과, 17%에서는 암종이 흑색극세포증보다 선행하여 발생하고 61%에서는 거의 동시에 발생하며 22%에서는 흑색극세포증이 선행하여 발생하는 것으로 보고하였다.⁸⁾ 이에 비해 Gross 등은 69%(74명의 환자 중 51명)에서 악성 종양에 비해 악성 흑색극세포증이 먼저 발견되는 것으로 보고하였다.⁹⁾ 이처럼 악성 흑색극세포증이 악성 종양의 발견에 있어 매우 의미 있는 정보를 제공하며 때론 구강내의 광범위한 유두병증 양상이 다른 피부증상 없이 나타나는 경우도 있으므로 이를 가장 먼저 접하게 될 치과의사들의 흑색극세포증에 대한 진단 및 기저질환들에 대한 이해 여부가 환자의 예후를 좌우하는 매우 중요한 의미를 가진다.¹⁰⁾ Sedano와 Gorlin은 신생물과 연관된 200례의 흑색극세포증에서 약 40% 이상이 구강내 병소를 가지는 것으로 보고하였으며 이중 입술과 혀가 가장 빈번하게 이환되며 구개부 점막과 치간부 치은에서도 나타날 수 있는 것으로 보고하였다.¹¹⁾ 구강내 병소는 피부병소와는 달리 색소과다침착은 잘 나타나지 않으며 주로 광범위한 개화성 유두병증 양상으로 나타나며 특히 입술부위는 약간 부풀어 있는 양상을 나타낸다.

악성 극세포증은 다른 비악성 극세포증에 비해 피부 병소가 보다 광범위하고 저명하게 나타나는 것으로 보고되고 있으며 주로 다음과 같은 3가지 특징적인 양상을 가진다. 첫 번째는 개화성 피부 유두병증으로 주로 입술과 눈꺼풀 부위에 호발하며 간혹 구강내 점막에서도 발생하기도 한다. 두 번째로는 손바닥 및 발바닥의 과각화증(굳은살화), 세 번째로는 수많은 지루성 각화증이 갑자기 발생하는 레제르-트렐라 징후(Leser-Trelat sign)가 나타난다.¹²⁾

본 증례에서 환자는 입술 및 구강내 점막에서 광범위한 개화성 유두병증의 양상 과 함께 손바닥의 과각화증, 그리고 안면부 및 전완부의 피부의 레제르-트렐라 징후가 관찰되는 전형적인 악성 극세포증의 소견을 보이고 있었으며 또한 입술 및 구강내의 따가운 증상으로 인해 자극성 음식을 섭취하기 힘들어 하였다. 따가운 증상의 정확한 원인은 알려지지 않고 있으나 개화성 유두병증에 의해서 발생한 유두양 병소의 기저부에 저류된 치태로 인한 캔디다 증식의 가능성

을 제거하기 위해 항진균제를 국소적으로 적용하였으며 또한 구강작열감증후군의 증상을 완화시키는데 효과적인 것으로 알려진 클로나제팜을 처방하였다. 그러나 환자가 항진균제는 임의로 사용하지 아니하고 클로나제팜만을 복용하였음에도 클로나제팜의 사용 1주후 내원시 입술 및 구강내의 따가운 증상이 상당히 호전되었음을 보고하였다. 또한 과도한 개화성 유두병증의 개선을 위해 레티노이드의 일종인 Tretinoin 0.05% cream(Retacnyl[®])을 하루 2-3회씩 1주일동안 사용하도록 처방하였으나 유두병증은 호전되지 않고 오히려 입술부위의 간지러운 증상과 함께 입안 점막의 따가운 증상의 증가를 호소하여 Tretinoin의 사용중단과 함께 이전에 피부과에서 처방받은 항진균제의 사용을 권하면서 입술 및 구강내의 치태의 세정을 위해 생리식염수를 이용하여 드레싱을 하였고 특히 입술부위의 갈라진 부위는 거즈를 이용하여 미세한 치태의 제거를 시도하였다.

악성 흑색극세포종의 확실한 치료제는 아직까지 없으며 기저 악성 종양의 절제시 호전되는 것으로 보고되고 있다.¹³⁾ 하지만 악성 종양의 재발 및 전이와 함께 다시 재발하는 양상을 보이므로 악성 종양의 제거 후 악성 극세포종의 재발 및 악화가 나타날 때에는 악성 종양의 재발가능성에 대한 주의 깊은 검진을 요한다. 그러나, 본 증례에서는 악성종양을 제거한지 수년 후에 구강내 병소가 추가로 발생하였으나 다행히도 정기적인 검진 시에 악성종양의 재발소견은 없었다. 전신적인 기저 종양의 제거 외에 몇 가지 치료법들이 시도되었으나 명확하게 우수한 결과를 나타내는 치료법은 아직 소개되지 않고 있다. 이전에 시도되었던 치료법들을 살펴보면 종양물질 분비의 차단을 통해 악성 극세포종의 치료하기 위해 cyproheptadine의 경구투여가 시도되었으며¹⁴⁾ 항암화학요법에 사용되는 methotrexate를 이용한 치료 또한 시도되었다. 그 외에도 레티노이드의 사용을 통한 비교적 다양한 치료 증례들이 소개되었는데 이러한 치료는 레티노이드가 가지는 세포의 성장 촉진 인자에 대한 작용 및 항각화 작용이라는 치료 특성을 기대하고 사용되었으며 효과가 다소 있는 것으로 보고되었다.¹⁵⁾ Darmstadt에 의하면 Tretinoin 0.1% 겔을 국소적으로 2주 동안 하루 2번씩 적용시에 좋은 효과가 나타났다고 하였다.¹⁶⁾ 그 외에도 몇몇 저자들은 Tretinoin의 경구투여 또는 국소적 도포시 일부 환자에서 효과가 있는 것으로 보고하였다. 그리고 일부 저자에서는 retinoid의 전신적인 투여시 부작용을 일으킬 가능성이 있으므로 국소적인

적용이 지금까지 시도된 여러 치료법 중에서 가장 합리적인 치료법이라 결론짓기도 하였다.¹⁷⁾ 하지만 앞서 언급한 것 같이 효과에 대한 충분한 자료는 여전히 부족한 상태이다.

본 증례에서 입술의 비정상적인 형태로 인해 환자가 심리적으로 매우 위축됨을 호소하여 상담 후 일단 입술 부위에 Tretinoin 0.05% cream(Retacnyl[®])을 국소적으로 적용하였으나 적용 후 오히려 가려움증이 증가되고 입술 주위 피부에서 가피(crust)가 형성된 양상을 보여서 중단하였다. 이전의 Tretinoin을 이용한 치료들은 주로 피부병소에 대한 치료 중심으로 행해졌으며 구강내 병소에 선택적으로 적용할 만한 다른 약제는 소개되지 않고 있다. 따라서 피부병소와 구강내 병소의 양상이 분명히 차이가 나고 또한 발생 기전의 차이가 있으리라 예상되므로 Tretinoin의 적용은 한계를 가지고 있다고 생각된다. 더욱이 구강 및 입술은 비교적 각화가 일어나지 않은 조직임을 감안할 때 Tretinoin의 각화층 용해작용은 구강 및 입술조직에는 적합지 않을 것으로 생각된다.

악성 흑색극세포종의 발생연령은 주로 중년 또는 그 이상이었으며 성별, 인종별, 지역별 차이는 없었다.^{4,18,19)} 구강내 병소에 관련된 악성 종양의 특성상 과거에는 악성 극세포종이 발생한 환자에서 대부분 1년 이내에 사망하는 것으로 보고되었으나 최근에 들어서는 생존기간이 조금 더 길어지는 양상을 보이고 있다.

본 증례에서 피부병소는 악성 종양의 발견 4개월 전에 발생하여 악성 종양의 선행 표시자로서의 역할을 하는 전형적인 악성 흑색극세포종의 양상을 보여주고 있으나 구강병소는 오히려 악성 종양의 절제 3년 후에 발생하였다. 이처럼 구강내 병소가 기저질환인 악성종양의 절제 수년 후에 발생한 점은 특기할 만한 소견이라 할 수 있다. 이러한 경우 악성종양의 재발 가능성을 의심할 수도 있지만 다행히 본 증례에선 악성종양의 제거 후 지금까지 4개월마다 실시한 주기적인 검진에서 재발이 없었으며 악성 극세포종의 발생 후에도 지속적 검진을 통해 있을 수 있는 악성종양의 전이 여부를 지속적으로 확인하였으나 아직까지 전이는 발견되지 않았다. 본 증례에서는 비악성 극세포종을 유발할 수 있는 또다른 기저 질환인 고인슐린혈증과 연관된 비만이나 당뇨와 같은 소견이나 병력이 보이지 않고 악성 극세포종에서 주로 나타나는 특징적인 소견들을 모두 가지고 있을 뿐만 아니라 앞서 살펴본 바와 같이 종양의 발생과 시기적으로 일치하

고 있다는 점 등을 고려할 때 악성 극세포증으로 진단하였다. 하지만 악성 극세포증의 진단에 있어 악성 병소의 병력 및 병소의 외형적인 양상 외에 악성 극세포증만이 가지는 고유한 조직학적 특징이나 혈액학적 특성이 없음을 고려할 때 보다 객관적인 진단학적 기준이 확립될 필요가 있을 것으로 생각된다.

악성 흑색극세포증의 발생기전은 전환성장인자(transforming growth factor: TGF- α)와 같은 성장인자의 증가에 의해 발생하는 것으로 알려져 있다. 그리고 이러한 전환성장인자의 증가는 표피성장인자 수용기(epidermal growth factor receptor: EGFR)에 영향을 끼치고 그 결과 각화세포 및 섬유모세포의 과도한 활성화로 인해 표피의 비정상적이 성장이 발생하는 것으로 여겨진다.²⁰⁾ 또한 중앙 산물 중 멜라닌세포자극 호르몬의 분비를 통해 멜라닌세포의 과활성화와 이로 인한 색소과다침착이 발생하는 것으로 여겨진다. 그러나 구강내 병소와 피부 병소의 형태적인 차이를 발생시키는 다른 기전이 있는 지에는 지속적인 연구가 필요하리라 생각되며 이를 통해서 피부병소와 다른 양상을 가진 입술 및 구강점막의 광범위한 유두병증에 대한 선택적 치료제 개발이 이루어지길 기대한다.

이번 증례에서는 다행히도 환자가 정기적인 검진을 통해 악성종양의 재발 여부를 점검하고 있는 상태이나 혹 악성종양의 존재를 모르거나 정기적인 검진을 하고 있지 않는 경우에는 가급적 빨리 의과 전문의에게 의뢰해야 하는데, 이는 환자에 대한 치과의사로서 매우 중요한 의무라 생각된다. 구강내에 흔하진 않으나 이처럼 중요한 의미를 지닌 악성 극세포증을 이해하는 데 있어 본 증례가 좋은 정보를 줄 수 있다고 판단되었다.

참 고 문 헌

1. Curth HO. The necessity of distinguishing four type of acanthosis nigricans. In: Jadassohn W, Schirren CG, eds. XIII Congressus Internationalis Dermatologiae 31.7-5.8.1967 München. Berlin: Springer-Verlag, 1968: 557-558.
2. Pollitzer S. Acanthosis nigricans. In: Unna PG, Morris M, Besnier E, et al., editors. International atlas of rare skin disease. London: HK Lewis&Co, 1890:1-3. Cited in: Schwartz RA. Acanthosis nigricans. J Am Acad Dermatol 1994;31:1-19.
3. Pollitzer S. Acanthosis nigricans: a symptom of a disorder of the abdominal sympathetic. JAMA

- 1909;53:1369-1373.
4. Curth HO, Hilberg AW, Machacek GF. The site and histology of the cancer associated with malignant acanthosis nigricans. Cancer 1962;15:364-382.
5. Rogers DL. Acanthosis nigricans. Sem Dermatol 1991;10:160-10163.
6. Kahn CR, Flier JS, Bar RS *et al.* The syndromes of insulin resistance and acanthosis nigricans: Insulin-receptor disorders in man. N Engl J Med 1976;294: 739-745.
7. Curth HO. Cancer associated with malignant acanthosis nigricans: review of literature and report of a case of acanthosis nigricans with cancer of the breast. Arch Surg 1943;47:517-552.
8. Curth HO. Skin lesions and internal carcinoma. In: Andrade R, Gumpert SL, Popkin GL, et al, eds. Cancer of the skin:biology-diagnosis-management. Philadelphia:WB Saunders, 1976:1308-1341.
9. Gross G, Pfister H, Hellenthal B, et al. Acanthosis nigricans maligna: clinical and virological investigations. Dermatologica 1984;168:265-272.
10. Ramirez-Amador V, Esquivel-Pedraza L, Caballero-Mendoza E, Berumen-Campos J, Orozco-Topete R, Angeles-Angeles A. Oral manifestations as a hallmark of malignant acanthosis nigricans. J Oral Pathol Med. 1999 Jul;28(6):278-281.
11. Sedano HO, Gorlin RJ. Acanthosis nigricans. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1987;63:462-467.
12. Schwartz RA. Acanthosis nigricans. J Am Acad Dermatol 1994;31:1-19.
13. Janier M, Blanchet-Bardon C, Bonvalet D, et al. Malignant acanthosis nigricans associated with non-Hodgkin's lymphoma: report of 2 cases. Dermatologica 1988;176:133-137.
14. Greenwood R, Tring FC. Treatment of malignant acanthosis nigricans with cyproheptadine. Br J Dermatol 1982;106:705-710.
15. Tyler MT, Ficarra G, Silverman S Jr, Odom RB, Regezi JA. Malignant acanthosis nigricans with florid papillary oral lesions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1996 Apr;81(4):445-449.
16. Darmstadt GL, Yokel BK, Horn TD, et al. Treatment of acanthosis nigricans with tretinoin. Arch Dermatol 1991;127:1139-1140.
17. Higgins SP, Freemark M, Prose NS. Acanthosis nigricans: a practical approach to evaluation and management. Dermatol Online J. 2008 Sep 15;14(9):2.
18. Kierland RR. Acanthosis nigricans: an analysis of data in twenty-two cases and a study of its

- frequency in necropsy material. *J Invest Dermatol* 1947;9:299-305.
19. Zaerko VV. Acanthosis nigricans in patients with stomach cancer. *Klin Med (Mosk)* 1992;70:50-52.
20. Ellis DL, Kafka SP, Chow JC, Nanney LB, Inman WH, McCadden ME, et al. Melanoma, growth factors, acanthosis nigricans, the sign of Leser-Trelat, and multiple acrochordons. A possible role for alpha-transforming growth factor in cutaneous paraneoplastic syndromes. *New Engl J Med* 1987;317:1582-1587.

ABSTRACT

Malignant Acanthosis Nigricans with Oral Florid Papillomatosis ; A Case Report

Jae-Kwang Jung,¹ D.D.S.,M.S.D., Hong-Ihn Shin,² D.D.S.,M.S.D.,Ph.D.,
Bo-Kyung Min,¹ D.D.S.,M.S.D.

¹*Department of Oral Medicine, School of Dentistry, Kyungpook National University*

²*Department of Oral Pathology, School of Dentistry, Kyungpook National University*

Acanthosis nigricans usually has the characteristics that involve the development of darker pigmented patches and thickened skin with velvety texture on the body folds, and papillomatosis on lip and intraoral regions including tongue, gingiva, mucosa, palate. Malignant acanthosis nigricans, a type of acanthosis nigricans, occurs most commonly in association with underlying malignancy and characterically appears with three characteristic mucocutaneous lesion : especially of the lips and eyelids, hyperkeratosis of the palms and soles, the sign of Leser-Trelat. In the present report, the patient had typical clinical and histological findings of oral acanthosis nigricans, as well as past medical history associated with malignant gastric adenocarcinoma.

Key words: Malignant acanthosis nigricans, Malignant gastric adenocarcinoma, Oral florid papillomatosis,
