

**ДЕРМОИДНА КИСТА В ТЕМЕННАТА ОБЛАСТ НА ГЛАВАТА, ИМИТИРАЩА
ОГНЕСТРЕЛНО НАРАНЯВАНЕ- КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ**

Пламена Динева¹, Кристина Хаджиева¹, Светлозар Спасов¹, Тодор Добрев¹

*Медицински университет- Пловдив, Катедра по съдебна медицина и деонтология, бул.
„Васил Априлов“ 15 А, Пловдив, България, П.К. 4000,*

e-майл: tsranchev@inbox.ru

РЕЗЮМЕ:

PARIETAL DERMOID CYST WITH CRANIAL BONE DEFECT MIMICKING FIREARM INJURY- A CASE REPORT

Purpose: To report an unusual case of dermoid cyst in the area of the parietal bone.

Case report: We report an unusual case of a man, who has dermoid cyst that mainly involves left parietal bone with specific destruction of the surrounding bone tissue mimicking firearm injury. Dermoid cysts are an abnormal growth usually containing epidermis, hair follicles, and sebaceous glands, derived from residual embryonic cells. Typically, orbital dermoid cysts involve the orbital cavity and may compress the nearby structures or erode the orbital walls. In some cases they are located in the area of parietal bones and may compress the bone eroding the bone structure. Conclusion: Appropriate diagnosis of unusual cases of dermoid cysts can prevent pathologists from making mistakes in the forensic anthropology.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: *dermoid cyst, bone defect, firearm injury, mimicking finding*

ВЪВЕДЕНИЕ:

Някои патологични промени на костите на черепа или нормални вариации в тяхното развитие могат да симулират премортални травми, което може да доведе до грешки в интерпретирането им в съдебномедицинската практика. Съществуват няколко групи вродени и придобити структурни промени, свързващи се с проява на овални дефекти в областта на черепа (1):

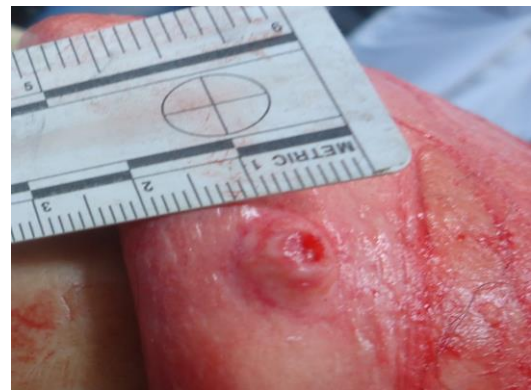
1. Вродени малформации (напр. Арнолд-Чиари синдром, пълна или частична дизостоза, венозни анастомози между интра- и екстракраниалните съдове и др.) (1,2, 3);
2. Патологични лезии (мултиплен миелом, първични доброкачествени тумори, лептоменингеална херния (4), метастази, дермоидна киста и др.);

3. Инфекциозни заболявания (третичен сифилис, остеомиелит);
4. Метаболитни заболявания (хиперпаратиреоидизъм, липса на вит. Д);
5. Хирургични интервенции (трепанация);
6. Травми (огнестрелни наранявания) (5);
7. Послесмъртни увреждания в резултат на външното въздействие на животни;

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ:

Представяме случайна патологоанатомична находка, изразяваща се с овален кратерообразен дефект в лявата теменна кост на черепа, на границата ѝ с челната кост с диаметър 9 мм. в областта на вътрешната костна пластина и 15 мм. по външната костна пластина.

Външният оглед на описания дефект идеално отговаря на изходно огнестрелно нараняване от проектил с диаметър 9 мм. По вътрешната част на скалпа, непосредствено над дефекта се установява рязко ограничено меко-еластично, туморообразно образуване с диаметър 20 мм.



Снимка № 1, показваща овалният кратерообразен дефект на костта, и Снимка 2, показваща макроскопския вид на кистата.

Биопсичните материали за хистология са фиксирани във формалин 10%, обработени по рутинна парафинова методика и срези с дебелина 4 микрона. При хистологично изследване с оцветяване с хематоксилин- еозин, образуването е покрито с многослоен, плоскоклетъчен епител с асоциирани космени фоликули и мастни жлези, на места с гладка мускулатура /наличие на структурни елементи на кожата/.

ДИСКУСИЯ:

Дермоидната и епидермоидната кисти са сходни лезии, които могат да се установят навсякъде по калвариума, но най- често се локализируют надорбитално, слепоочно или в близост до вертекса. Случаите, в които дермоидната киста се представя като своеобразен свързващ синус в челно- слепоочната област по костта са редки и са описани само няколко случая (6). Увеличавайки размерите си, те притискат заобикалящите ги костни тъкани, нарушават изхранването им и образуват склеротични ръбове. По- добре това се среща при лезии разположени около срединната линия на главата. Ръбовете на костния дефект са с резки граници и са кратерообразно подкопани (1,7).

Kaufman и колектив (1997) създават алгоритъм за работа с костни останки, особено в случаите, когато се касае за наличие на дефекти в черепа. Този алгоритъм намалява значително вероятността за допускане на грешки в съдебно- антропологичната практика и включва следните критерии: 1. Наличие на артефакти (дегенерации или постмортални увреждания), 2. Възрастта на костните останки и локализацията на дефекта. Ако костните останки са на дете, най- вероятно се касае за вродена причина. 3. Пол на костните останки, 4. Наличие на свързани скелетни лезии (например липсата на ключици, потвърждава клейдокраниалната дизостоза), 5. Размер, форма и дебелина на черепния дефект.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

В съдебномедицинската практика при работа с костни останки, редица дефекти по черепа могат да бъдат интерпретирани като огнестрелни наранявания. Поради това съдебният лекар е необходимо да има предвид всички заболявания, включително и вродените малформации по костите на черепа, които могат да имитират прижизнени травматични увреждания. Надяваме се, че с опита си да направим детайлно клинично и хистологично описание, макар само на единичен случай, ще спомогнем за правилната диагностика на костните дефекти в областта на черепа.

БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Kaufman M., Whitaker D., McTavish J. Differential Diagnosis of Holes in the Calvarium: Application of Modern Clinical Data to Palaeopathology. *Journal of Archaeological Science* (1997) 24,193–218
2. Jarvis, J., Keats, T. Cleidocranial dysostosis: a review of 40 new cases. *American Journal of Roentgenology* (1974). 121,5–16.
3. Steinbach H., Obata W The significance of thinning of the parietal bones. *American Journal of Roentgenology, Radium Therapy and Nuclear Medicine* (1957). 78,39–45.
4. Timonov P., Fasova A., Tsranchev I., Koleva M., Brainova-Michich I., Oluk A. Assessment of traumatic leptomenigeal cyst in forensic anthropology – A case report. *Egyptian Journal of Forensic Sciences* (2016) 6, 513–514.
5. Di Maio V., Di Maio D. *Forensic pathology*. Second Edition, 2001.
6. Hong S. Deep frontotemporal dermoid cyst presenting as a discharging sinus: a case report and review of literature. *British Journal of Plastic Surgery*(1998), 51, 255-257.
7. Taveras J.,Wood E.. *Diagnostic Radiology*. Baltimore: Williams and Wilkins Co., (1964).