

KISTA DENTIGEROUS PADA RAMUS MANDIBULA KANAN (Laporan Kasus)

***Rina Simamora,**Tis Karasutisna,**Alwin Kasim**

***Peserta Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis Bedah Mulut FKG UNPAD**
**** Staf Bagian Bedah Mulut FKG UNPAD/SMF Bedah Mulut Perjan RS Dr.Hasan
Sadikin Bandung**

Rina Simamora, Tis Karasutisna, Alwin Kasim: Kista Dentigerous pada Ramus Mandibula Kanan (Laporan Kasus). Jurnal Kedokteran Gigi Universitas Indonesia. 2003: 10 (Edisi Khusus): 816-820

Abstract

A male was 55 years old, came to Oral Surgery Department–Hasan Sadikin Hospital Bandung. He had complaining of the swelling on the right side of mandible and since 1 month ago, he has got the fistula with puss on the ramus region. From the clinical feature and radiologically finding the diagnostic was Dentigerous Cyst ed causa impacted teeth 48 and was treated by extirpation-biopsy by extra oral approach for removal the cyst and the impacted of teeth 48 in general anesthesia. After 3 months investigation it shown there was no recurrences of the cyst and the patient has not complaint.

Key words : Dentigerous Cyst, Extirpation-Biopsy Extra Oral

Pendahuluan

Kista adalah suatu rongga patologis yang dibatasi oleh suatu lapisan epitel dan biasanya berisi cairan atau bahan semi solid, yang dapat terjadi pada jaringan keras maupun jaringan lunak, dikelilingi oleh dinding atau kapsul dan jaringan ikat.^{1,7,8}

Kista dentigerous merupakan kista yang berhubungan dengan mahkota gigi atau gigi yang tidak erupsi atau gigi yang sedang dalam perkembangan. Dentigerous berarti berisi gigi. Kista ini mengelilingi mahkota gigi yang tidak erupsi sepanjang servikal gigi yang berasal dari pemisahan folikel sekeliling mahkota gigi yang tidak erupsi.^{6,8}

Kista ini selalu berhubungan dengan mahkota suatu gigi permanen dan

jarang melibatkan gigi desidui. Manifestasi klinis daerah yang lebih sering terkena adalah daerah molar ketiga mandibula dan maksila serta daerah kaninus maksila. Gigi molar ketiga rahang bawah merupakan gigi yang menempati urutan kedua terbanyak gigi impaksi setelah gigi molar ketiga rahang atas. Gigi ini biasanya menimbulkan karies yang menyebabkan timbulnya penyakit periodontal, perikoronitis, resorpsi akar gigi sebelahnya dan kista.^{2,7,8} Insidensi tertinggi pada dekade kedua dan ketiga. Perbandingan antara pria dan wanita adalah 1,6:1.⁸

Tinjauan Pustaka

Pada umumnya kista dentigerous tidak ada symptom, paling berpotensi menjadi suatu lesi yang agresif serta dapat mencapai ukuran yang besar, biasanya terjadi ekspansi pada tulang. Ekspansi pada tulang menimbulkan asimetri pada wajah kadang-kadang disertai adanya perpindahan gigi yang ekstrim dan esorpsi akar yang hebat dari gigi yang berdekatan. Kista dentigerous pada impaksi molar tiga mandibula dapat menghasilkan suatu rongga atau "hollowing-out" pada ramus yang dapat meluas sampai ke prosesus koronoid dan kondilus sebagai perluasan ke "kortikal plate" disebabkan adanya tekanan ke arah luar dari lesi. Lesi jarang mencapai ukuran besar yang menjadi predisposisi terjadinya fraktur patologis oleh karena erosi dari tulang kortikal. Pada palpasi terdapat adanya krepitasi karena penipisan kortek tulang.^{9,8}

Etiologi dari kista dentigerous umumnya berkembang diikuti suatu akumulasi cairan antara sisa dari enamel organ dan mahkota gigi disekitarnya. Sisa enamel organ atau epithelium enamel yang mengalami reaksi membentuk suatu permukaan yang membatasi kista dan pembentukan mahkota gigi yang lain.^{6,8} Patogenesis dimulai dengan degenerasi enamel organ sebagian yang memungkinkan pertumbuhan kista oleh separasi dari elemen enamel epithelium. Degenerasi yang terjadi terutama pada "stellate reticulum", yaitu pada tahap odontogenesis yang berhubungan dengan hipoplasia enamel, dapat terjadi pembentukan mahkota diikuti akumulasi antara struktur komponen dari epitel enamel yang mengalami reduksi. Ekspansi yang terjadi berhubungan dengan suatu peningkatan sekunder pada osmolaritas cairan kista hasil dari sel-sel inflamasi dan deskuamasi sel-sel epitel kedalam lumen kista.^{6,7,8,4}

Mikroskopis memperlihatkan adanya dinding jaringan ikat tipis dengan suatu lapisan "stratified squamous epithelium" yang melapisi lumen. Dinding jaringan ikat berisi jaringan fibrous atau sejumlah kecil jaringan "collagenized myxomatous". Terdapat gambaran stroma kolagenous, diantaranya mukopolisakarida.

Pada kista dentigerous yang tidak mengalami inflamasi lapisan epitel cenderung untuk menjadi empat sampai enam lapis sel, sedangkan jika terjadi inflamasi tampak adanya hiperplasia epitel.^{3,1,8}

Gambaran radiologis tampak gambaran daerah radiolusen dan gambaran mahkota gigi atau gigi yang impaksi. Biasanya lesi unilokuler, tetapi kadang-kadang tampak multilokuler. Daerah radiolusen dikelilingi oleh lapisan tipis sklerotik yang merupakan reaksi dari tulang sekelilingnya. Pada kista dentigerous multilokuler ada kemungkinan terjadinya "odontogenic keratocyst basal cell nevus bifid rib syndrome".^{3,6,7,8} Gambaran yang lain termasuk adanya gambaran demarkasi atau pembatasan antara lusensi dari kista dan tulang sekelilingnya, tepi radiolusen dipisahkan oleh garis radiopak yang tipis. Jika kista dentigerous sudah lama terjadi pelebarannya akan melibatkan akar gigi di sebelahnya dan biasanya menimbulkan resorpsi pada akar gigi tersebut.⁵

Penatalaksanaan terapi kista dentigerous pada lesi yang kecil dapat dilakukan pengangkatan secara bedah. Jika lesi besar yang meliputi adanya kehilangan tulang yang banyak dilakukan marsupialisasi dengan memasukkan "surgical drain". Prognosa pada umumnya baik dan rekurensi relatif jarang terjadi jika tidak ada fragmen kapsul kista yang tertinggal.^{1,9,7,8} Kemungkinan komplikasi yang terjadi adalah rekurensi karena pengangkatan yang tidak sempurna, perkembangan menjadi ameloblastoma, epidermoid carcinoma yang berasal dari lapisan epitel dan "rest epithelium odontogenic" pada dinding kista. Juga bisa berkembang menjadi mucoepidermoid carcinoma yang berasal dari suatu tumor malignan kelenjar ludah yaitu lapisan epitel kista dentigerous yang berisi sel-sel sekresi mukus.^{7,8}

Laporan Kasus

Seorang pria berusia 55 tahun datang ke poli Bedah Mulut Rumah Sakit

Hasan Sadikin Bandung dengan keluhan utama terdapat pembengkakan daerah pipi kanan, sering sakit dan keluar cairan seperti nanah. Dari anamnesa pada penderita, rasa sakit dan keluarnya cairan dari pipi tersebut dialami sejak lebih kurang 1 bulan sebelum datang ke Rumah Sakit.

Pada pemeriksaan klinis didapatkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, gizi cukup, nadi 48 x/menit, tensi 120/90mmHg dan suhu afebris. Pernafasan 25x/menit, turgor kulit cukup, konjungtiva tidak anemis dan sclera tidak ikterik, pupil isokor, refleks cahaya positif serta JVP tidak meninggi. Pemeriksaan pada kelenjar leher tidak teraba, bentuk dada simetris, paru-paru dan jantung serta fungsi hati berada dalam batas normal.

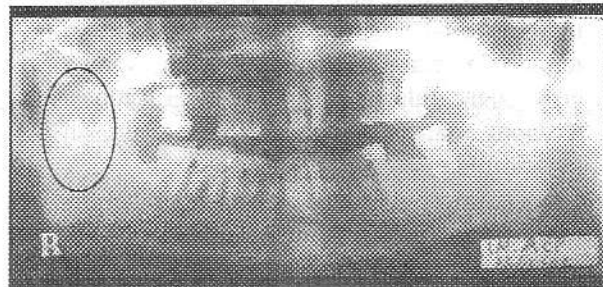
Pada pemeriksaan ekstra oral didapatkan fistel yang mengeluarkan pus pada daerah angulus mandibula kanan, didapatkan pembengkakan dari daerah preaurikular sampai angulus mandibula kanan dengan ukuran 5 X 8 X 2cm, permukaan licin, sifat difus, warna kemerahan dan pada palpasi tidak terdapat nyeri tekan, konsistensi keras, tidak dapat digerakkan dari dasarnya, fluktuasi dan krepitasi negatif (Gambar 1).



Gambar 1. Gambaran klinis awal penderita sebelum dilakukan operasi yang menunjukkan adanya fistel dan pembengkakan pada rahang bawah kanan.

Pada pemeriksaan intra oral didapatkan bibir, palatum, lidah, tonsil, mukosa bukal gingival dan dasar mulut dalam batas normal. Terdapat keadaan oral hygiene yang jelek, hal ini ditunjukkan dengan adanya kalkulus dan stain pada seluruh regio gigi geligi.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah pemeriksaan radiologi yaitu foto panoramik, foto thorax, juga pemeriksaan laboratorium yaitu darah lengkap dan urin rutin, EKG dan tes fungsi paru untuk screening sebelum operasi. Pemeriksaan laboratorium, EKG dan tes fungsi paru didapatkan hasil dalam batas normal. Hasil pemeriksaan foto panoramik tampak gambaran gigi molar ketiga rahang bawah kanan yang impaksi dan terletak pada ramus mandibula, serta terdapat gambaran radiolusen yang berbatas jelas meliputi ramus mandibula sampai dekat prosesus kondilus (Gambar 2).



Gambar 2. Gambaran radiografi foto panoramik sebelum operasi

Dari anamnesa dan pemeriksaan klinis ditegaskan suatu diagnosa klinis yaitu kista dentigerous disebabkan impaksi gigi 48. Rencana perawatan adalah ekstirpasi-biopsi dan odontektomi gigi 48 dengan anestesi umum. Penderita dikonsul ke bagian anestesi pada H-1 dan tidak ditemukan kemungkinan adanya hal-hal yang menyulitkan selama tindakan operasi. Penderita masuk rawat inap, dan tindakan operasi dilakukan pada tanggal 21-10-2002. Jalannya operasi sebagai berikut; insisi dilakukan pada margo inferior mandibula, kemudian pemisahan jaringan dan tulang, pengeboran tulang dan pengambilan gigi impaksi 48 dan pada massa kista dilakukan kuretase. Selanjutnya penghalusan tulang serta pemasangan pen rose drain, kemudian dilakukan penjahitan lapis demi lapis.

Pada hari 1 sampai ke-3 pasca operasi obat-obatan yang diberikan adalah Amoxan inj. 3 x 1gr, Dalacin C inj. 3 x 300mg, dan Profenid supp. 2 x 1' supp. Penderita diobservasi setiap hari meliputi tanda-tanda vital dan keadaan umum serta pemeriksaan klinis lainnya seperti dilakukan pergantian

perban dan drain serta aplikasi sofratril dan hipafix. Pada hari ke-2 pasca operasi obat-obatan injeksi diganti dengan per-oral yaitu Amoxan tab 3 x 500mg, Prolin cap. 3 x 300mg, Aulin tab 2 x 100mg. Pada hari ke-4 dilakukan pengangkatan pen rose drain dan penderita rawat jalan dengan instruksi kontrol setiap hari ke poli Bedah Mulut.

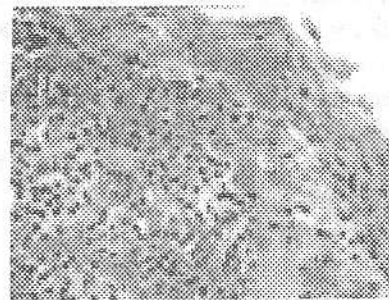
Pada hari ke-7 dilakukan pembukaan jahitan keseluruhan. Pada saat buka jahitan terdapat keadaan luka kering dan pus sudah tidak ada. Sesudah buka jahitan penderita kontrol kecsokan harinya, dan dilanjutkan 1 minggu kemudian. Pada kontrol hari ke-7 pasca buka jahitan penderita dirujuk ke bagian periodontologi untuk dilakukan pembersihan karang gigi. Penderita dianjurkan kontrol 1x seminggu, kemudian 1 bulan berikutnya, lalu setiap 3 bulan dan dilakukan foto panoramik juga dianjurkan untuk membersihkan karang gigi serta menjaga oral hygiene dengan kumur-kumur menggunakan obat kumur.

Pembahasan

Pada laporan kasus ini dikemukakan suatu kista dentigerous yang terdapat pada penderita pria berusia 55 tahun yang datang dengan keluhan ada pembengkakan pada rahang bawah kanan, sering sakit dan keluarnya cairan seperti nanah.

Kista dentigerous merupakan kista yang berhubungan dengan mahkota gigi atau gigi yang tidak erupsi atau gigi yang sedang dalam perkembangan, umumnya terjadi pada dekade kedua dan ketiga. Gigi molar ketiga rahang menempati urutan kedua yang paling banyak dari semua gigi yang mengalami impaksi dan yang sering menimbulkan masalah dikaitkan dengan proses erupsinya.^{1,9,7,8} Gambaran klinis pada kasus ini sesuai dengan yang dikatakan Regezi (1999), tampak pada foto panoramik gambaran gigi molar ketiga rahang bawah kanan yang impaksi dan terletak pada ramus mandibula serta terdapat gambaran radiolusen yang berbatas jelas.

Dari pemeriksaan klinis dapat ditegaskan suatu diagnosa klinis yaitu kista dentigerous disebabkan impaksi gigi 48, hal ini sesuai dengan hasil dari pemeriksaan histopatologis pasca operasi yaitu makroskopis: jaringan ekstirpasi berupa dinding kista sebanyak 5cc, berwarna kecoklatan, konsistensi kenyal disertai gigi; mikroskopis: sediaan biopsi mandibula berupa kista terdiri dari jaringan ikat yang edematous telah mengalami degenerasi hyaline yang bersebaran massif sel radang limfosit dan sel plasma disertai perdarahan. Rongga kista dilapisi oleh epitel kuboid, selapis yang crosif, inti dalam batas-batas normal. Rongga kista mengandung jaringan nekrotik, eritrosit dan limfosit (gambar 3). Sediaan gigi terdiri dari massa osseus, massa hyaline edematous bersebaran sel limfosit dan eritrosit dan tidak tampak sel ganas. Kesimpulan adalah kista dentigerous disebabkan impaksi gigi 48.



Gambar 3. Gambaran mikroskopis kista dentigerous

Pemeriksaan histopatologis pada kasus ini sesuai menurut Kramer (1992) dan Regezi (1999). Dikatakan juga bahwa tidak ada karakteristik mikroskopik gambaran histopatologis dengan tipe kista odontogenik lainnya. Pada kista dentigerous biasanya terdapat dinding jaringan ikat tipis dengan lapisan tipis "stratified squamous epithelium" yang melapisi lumen.

Pada laporan kasus ini dengan penderita yang berusia 55 tahun, karena dari awal tidak mempunyai keluhan sehingga tidak ada terapi yang diberikan sampai kemudian timbul keluhan adanya pembengkakan, rasa sakit dan keluarnya cairan nanah dari pipi kanan, penderita datang untuk dilakukan terapi. Keadaan ini

sesuai yang dikatakan Regezi (1999) umumnya tidak ada symptom dan terlambatnya erupsi gigi merupakan suatu indikasi terjadinya pembentukan kista dentigerous.

Kista dentigerous sangat berpotensi menjadi suatu lesi yang agresif, dapat berekspansi pada tulang sehingga menimbulkan asimetri wajah, adanya perpindahan gigi yang ekstrim, pembesaran ukuran kista dan kemungkinan lanjut yang terjadi adalah resorpsi akar pada gigi-gigi yang berdekatan.^{7,8}

Terapi yang diberikan pada kasus ini adalah tindakan ekstirpasi- biopsi kista dan odontektomi impaksi gigi 48 dengan anestesi umum. Durante operasi didapat suatu massa yang rapuh dari kapsul suatu rongga pada ramus mandibula yang meluas ke processus kondilus. Tidak ada perdarahan hebat dan komplikasi yang berarti selama operasi berlangsung.

Pada perawatan pasca operasi dilakukan kontrol yang meliputi keadaan umum penderita, penyembuhan luka operasi, ada tidaknya infeksi dan pemberian obat-obatan serta roburantia. Terakhir penderita kontrol dengan kondisi cukup memuaskan dimana pembengkakan tidak ada lagi, muka simetris, keluhan sakit tidak ada, luka ekstra oral kering dan baik (gambar 4). Penderita dianjurkan untuk menjaga oral hygiene dengan menggunakan obat kumur dan tetap kontrol setiap bulan kemudian setiap 3 bulan untuk observasi pasca operasi.



Gambar 4. Gambaran klinis penderita setelah operasi

Daftar Pustaka

1. Cumming, C.W., et al, *Otolaryngology – Head & Neck Surgery*, 2nd ed, St. Louis Mosby, 1993, hal : 1414 – 35.
2. Dimitroulis.G. *A Synopsis of Minor Oral Surgery* . Reed Educational & Profesional Publishing Ltd, Oxford, 1997, hal : 129 – 37.
3. I.R.H. Kramer, J.J. Pindborg, & M. Shear. *Histological Typing of Odontogenic Tumours*, 2nd ed, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Germany, 1992, hal : 447–9.
4. Kimura T et al., *Dentigerous Cysts Associated with Impacted Mesiodens Report of Case with Immunohistochemical Examination for Cytokeratin Expression in the Epithelial Linings*. *Asian Journal Oral Maxillofacial Surgery*, vol.13, 2001: 97–104.
5. Miles, et al, *Oral & Maxillofacial Radiology – Radiologic Pathologic Correlations*, 9th ed, W.B. Saunders Co, Philadelphia, 1991, hal : 23 – 5.
6. Neville, et al, *Oral & Maxillofacial Pathology*, 1st ed, Philadelphia London - Toronto Montreal Sydney Tokyo, W.B. Saunders, Co, 1995, hal : 493 – 6.
7. Peterson LJ et al, *Oral & Maxillofacial Surgery*, 3rd ed, St. Louis–Mosby, 1998: 264–8.
8. Regezi J & Sciubba. *Oral Pathology – Clinical Pathologic Correlation*, 3rd ed, W.B. Saunders Co, 1999, hal : 326 –32.
9. Topazian, R.G., et al. *Oral & Maxillofacial Infection*, 3rd ed, W.B. Saunders, Philadelphia, 1994, hal : 198 – 210.