

PERAWATAN PERIKORONITIS REGIO MOLAR SATU KANAN BAWAH PADA ANAK LAKI-LAKI USIA 6 TAHUN (Laporan Kasus)

Laily Kadaryati* , Ike S. Indiarti **

*Peserta Program PPDGS Bagian Ilmu Kesehatan Gigi Anak Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Indonesia

** Staf pengajar Bagian Ilmu Kesehatan Gigi Anak Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia

Abstract

Pericoronitis is non specific infection at gingival around the crown of the tooth which imperfect eruption. Clinical appearance of pericoronitis is reddish and refined swelling at the gingival around the tooth that involved with disseminating of painful extend to ear, throat and mouth base. Many effects caused by pericoronitis such as unpleasant feeling caused of pain when chewing and occlusion, come out of purulent exudates from the edge of the gingival, and also can find cheek swollen and lymphadenitis. The management of pericoronitis consists of infection control phase and tooth extraction based on indication or removing of operculum tissue that covered the tooth. This paper reported a 6 years old boy that coming with complaint of gusi rahang bawah belakang kanan terasa bengkak dan mengganggu The treatment that be done is excision of the operculum tissue.

Key words: Pericoronitis; excision

Pendahuluan

Perikoronitis merupakan infeksi non spesifik pada jaringan lunak di sekitar mahkota gigi yang erupsinya tidak sempurna.¹⁻⁴ Peradangan ini disebabkan oleh infeksi bakteri yang berkembang biak akibat retasi makanan dibawah operkulum molar dibawah, karena pada saat erupsi, gusi yang menutupi gigi yang menjadi media pertumbuhan bakteri yang baik.⁵ Perikoronitis sering ditemukan pada molar 3 yang impaksi, namun dapat pula terjadi pada anak yang sedang mengalami proses erupsi gigi molar tetap. Keadaan ini umumnya lebih sering pada gigi tersebut masih tampak.⁶ Prevalensi terjadinya perikoronitis bervariasi antara 8-59%.^{7,8,9}

Perikoronitis dapat ditemukan dalam kondisi akut dengan disertai tanda-tanda keterlibatan sistemik seperti demam dan malaise maupun dalam

kondisi kronik yang berkembang selama beberapa minggu atau bulan. Hal tersebut mungkin berhubungan dengan kondisi kebersihan mulutnya, stres dan adanya infeksi saluran pernafasan bagian atas.^{4,10,11} Perikoronitis dapat ditangani dengan melakukan irigasi pada daerah di bawah jaringan yang meradang, pemberian antibiotik, dan eksisi ketika kondisi akut telah teratasi.¹

Permukaan oklusal gigi yang terlibat sebagian tertutup lapisan operkulum selama gigi erupsi dan akan tetap tertinggal setelah gigi erupsi. Derajat kemiringan erupsi, malposisi atau impaksi dapat mempengaruhi bentuk jaringan lunak.¹² Operkulum yang terdapat di permukaan gigi yang telah erupsi dapat menjadi tempat retensi dan impaksi makanan serta media pertumbuhan bakteri yang baik.⁵ Jaringan operkulum ini memberikan

*Alamat Korespondensi: Bagian Ilmu Kesehatan Gigi Anak Fakultas Kedokteran Gigi-Universitas Indonesia

perlindungan, kelembaban, suhu yang hangat, sumber makanan dan suasana yang gelap yang sangat cocok untuk berkembang biakan bakteri.¹⁰

Bakteri yang sering ditemukan adalah *fusiform bacillus* dan *spirillum*.¹¹ Selain itu juga sering ditemukan golongan *Streptococci*, *Staphylococci* serta bakteri anaerob lain yang biasa ditemukan pada poket periodonsia.^{10,13} Pada beberapa kasus perikoronitis akut, juga dapat disebabkan adanya iritasi traumatik mukosa yang menutupi gigi

yang sedang erupsi selama proses mastikasi.¹¹ Adanya infeksi *Vincent* dapat ditemukan di sepanjang tepi operkulum yang berasal dari poket perikoronitis.^{11,14} Berkurangnya daya tahan tubuh akibat adanya penyakit sistemik dapat memperburuk keadaan ini.¹⁴

Perikoronitis dapat muncul dengan gambaran inflamasi akut yang berkembang dalam hitungan jam hingga beberapa hari, dapat disertai dengan gejala seperti menggigil, demam, malaise, konstipasi dan bau nafas tak sedap.^{10,11} Gambaran klinisnya berupa kemerahan dan pembengkakan yang halus berkilat pada gingiva sekitar mahkota yang terlibat dengan penyebaran nyeri hingga telinga, tenggorokan dan dasar mulut.^{1,2,15} Pasien sering kali merasa tidak nyaman karena gangguan nyeri saat pengecap dan oklusi. Eksudat purulen dapat keluar dari tepi gingiva dengan insersi kuret secara lembut.² Sering pula ditemukan pembengkakan pipi dan adanya limfadenitis.

Komplikasi sistemik yang dapat terjadi ialah demam, leukositosis maupun malaise.^{1,15,16} Kelenjar limfe submaksilar dan servikal teraba dan terasa sakit.^{11,17} Cairan inflamasi dan eksudat seluler yang dihasilkan menambah kecembungan lapisan operkulum, sehingga dapat mengganggu oklusi serta dapat teriritasi secara traumatik saat pengunyahan dan memperburuk peradangan yang terjadi.¹⁵ Inflamasi dapat menyebar ke jaringan lunak sekitarnya yang meliputi serat otot buksinator dan konstriktor superior pada faring sehingga mengakibatkan trismus. Pasien mengeluhkan kesulitan makan dan adanya pembengkakan.¹¹

Selain itu dapat muncul secara kronik dengan kemerahan dan adanya pus yang keluar dengan sedikit gejala akut selama beberapa minggu atau bulan.^{4,10} Keadaan ini dapat terjadi dengan buruknya kebersihan mulut, stres dan adanya infeksi saluran pernafasan bagian atas.⁴ Jika kondisi ini tidak ditangani, maka infeksi dapat menyebar ke jaringan yang lebih dalam dan meluas ke area wajah dan leher.¹⁰ Pembengkakan dapat menyebar ke lateral pada perlekatan buksinator yang nampak sebagai

pembengkakan pada sudut mandibula. Pada kondisi yang parah, infeksi dapat menyebar melalui ruang anatomis pada kepala dan leher. Baik kondisi akut maupun kronis dapat menyebabkan kehilangan jaringan periodontal.⁵

Perawatan yang pertama kali dilakukan pada kasus perikoronitis adalah melakukan kontrol infeksi dengan irigasi menggunakan salin hangat atau cairan kumur antimikrobia.^{16,18} Secara perlahan debri dibersihkan dengan menggunakan kuret atau probe sehingga memungkinkan keluarnya pus.³ Setelah diberi anestesi topikal dan dioles dengan antiseptik, kotoran diangkat perlahan dari gigi dengan *scaler*. Debrida di bawahnya dibersihkan dan daerah tersebut diirigasi dengan air hangat. Kuretase yang berlebihan dan prosedur bedah merupakan kontraindikasi pada kunjungan awal.¹ Pasien diinstruksikan untuk berkumur air garam dengan mencampurkan satu sendok teh garam dan satu gelas air hangat setiap jam, memperbanyak istirahat dan asupan cairan, serta pemberian antibiotik untuk menurunkan demam. Pasien dijadwalkan kembali 24 jam berikutnya untuk dilakukan irigasi kembali, kemudian dijadwalkan lagi 24 jam berikutnya.¹ Pada kunjungan ke tiga ditentukan apakah gigi yang terlibat diekstraksi atau tidak sesuai dengan indikasinya. Bila gigi tidak diekstraksi maka yang harus dilakukan ialah memotong jaringan operkulum yang menutupi gigi. Pilihan ini dapat dilakukan bila kondisi akut sudah teratasi.¹ Bagian operkulum dapat diangkat dengan *electrosurgery* atau menggunakan skalpel. Operkulum harus diangkat secara keseluruhan karena dapat mengakibatkan rekurensi.³ Pengangkatan ini juga dilakukan pada kondisi tanpa gejala sebagai tindakan preventif terjadinya gejala infeksi akut maupun kronis.¹ Insisi dengan *electrosurgery* dapat dilakukan lebih akurat karena dapat mencegah pergerakan lateral jaringan lunak. Selain itu lebih sedikit darah yang keluar sehingga lapang pandang lebih jelas. Penyebaran infeksi akibat pemotongan jaringan tersebut juga dapat diminimalisir.¹¹ Setelah jaringan dipotong, dipasang *periodontal pack* yang meliputi permukaan fasial dan lingual serta interproksimal gigi. Pack dapat dibuka seminggu kemudian.¹

Selain itu dapat pula dilakukan pengasahan pada gigi antagonis agar mengurangi iritasi traumatik pada operkulum saat peradangan akut terjadi.³ Bila perikoronitis melibatkan gigi yang impaksi, maka gigi tersebut harus diekstraksi karena terdapat kemungkinan rekurensi bila tidak dilakukan eksteaksi.¹⁸ Instruksi untuk berkumur air garam hangat setiap 2 jam sekali diberikan kepada pasien.¹⁶ Pada kasus dengan keterlibatan sistemik seperti

demam dan limfadenopati dapat diberikan antibiotik seperti *amoxicillin* dan *metronidazole*.^{4,12} Seringkali pasien tidak membersihkan daerah yang meradang karena ketidaknyamanan yang dirasakan, sehingga perlu diinstruksikan pada pasien untuk tetap melakukan prosedur sikat gigi secara lembut dan hati-hati sebagai kontrol infeksi.¹⁸

Pada kasus yang sedikit parah dengan disertai trismus ringan akibat inflamasi serta demam ringan, selain irigasi, diberikan antibiotik dan dipertimbangkan dilakukannya ekstraksi.¹³ Pada kasus yang lebih parah maka dibutuhkan hospitalisasi karena melibatkan bidang fasial dan mengganggu jalan nafas.⁴ Pada keadaan ini infeksi telah menyebar ke ruang fasial, ramus mandibular dan lateral leher. Pasien mengalami trismus (ketidakmampuan membuka mulut lebih dari 20 mm) disertai temperatur yang meningkat hingga 101° F, pembengkakan fasial, nyeri dan malaise.¹³

Pada makalah ini akan dibahas mengenai mekanisme terjadinya perikoronitis, penyebab, serta perawatan yang dilakukan pada kasus perikoronitis yang dialami oleh seorang anak laki-laki usia 6 tahun pada regio 46.

Laporan Kasus

Seorang anak laki-laki umur 6 tahun datang ke klinik gigi anak Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia bersama ibunya pada tanggal 26 September 2006 dengan keluhan gusi rahang bawah belakang kanan terasa bengkak dan mengganggu. Tinggi badan 115,5 cm, dengan berat badan 18,5 kg.

Dari anamnesis diketahui bahwa kemarin malam pasien datang ke dokter gigi dekat rumahnya dan dianjurkan untuk datang ke klinik FKG UI untuk mengatasi keluhannya. Sampai saat ini pasien tidak pernah merasa sakit, namun merasa terganggu dengan adanya gusi yang membesar tersebut.

Pada pemeriksaan ekstra oral tidak ditemui adanya kelainan. Pemeriksaan kelenjar getah bening kanan dan kiri teraba, lunak dan tidak sakit. Pemeriksaan intra oral dijumpai kelainan jaringan lunak berupa pembengkakan dan kemerahan pada regio 46 karena gigi tersebut erupsi sebagian, sehingga gusinya menutupi sebagian gigi. Status kebersihan mulut dijumpai adanya debris pada regio rahang atas dan rahang bawah dengan indeks plak 2,8.

Diagnosis keluhan utama adalah perikoronitis yang disebabkan oleh erupsi sebagian

gigi 46. Pemeriksaan gigi geligi serta diagnosis dijumpai regio 65 DAAK karena gigi 65 KMP non vital, 84 DAAK karena gigi 84 KMP non vital, 75 85 karies dentin.



Gambar 1a dan 1b: Gambaran intraoral pasien tanggal 26-9-2006

Urutan rencana perawatan adalah sebagai berikut regio 46 eksisi gingiva yang menutupi gigi, kemudian 65 84 dilakukan perawatan saluran akar dengan restorasi metal crown, 85 metal crown dan 75 GIC, terakhir dilakukan topikal aplikasi dengan larutan fluor.

Tahapan perawatannya adalah sebagai berikut, tanggal 26 September 2006 dilakukan pemeriksaan lengkap, dilanjutkan dengan DHE dan oral profilaxis, pasien diberi premedikasi dengan Amoxicillin 250 mg 3 kali sehari, pada tanggal 27 September 2006 dilakukan eksisi, prosedurnya adalah aseptis dan antiseptis daerah operasi dengan bethadine, kemudian anastesi infiltrasi dengan pehacaine 2%. Eksisi dilakukan dengan memotong gusi pada bagian gusi yang menutupi gigi sampai permukaan gigi bebas sesuai dengan garis tepi gigi 46. Diberi tampon dan pasien diinstruksikan menggigit tampon sampai perdarahan berhenti, tidak boleh berkumur, tidak boleh memainkan lidah ke daerah luka serta memegangnya, tidak boleh berkumur selama 1 hari, makan pada sisi rahang sebelahnya, pasien disuruh melanjutkan obat Amoxicillin yang diberikan dan ditambah dengan parasetamol 250 mg 3 kali sehari selama 5 hari. Jika ada perdarahan diminta untuk datang kontrol segera.



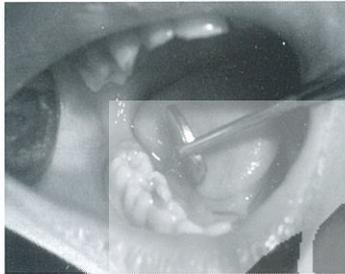
Gambar 2: Gambaran tindakan eksisi yang dilakukan pada tanggal 27-9-2006



Gambar 3: Gambaran hasil eksisi

Pada tanggal 29 september pada pemeriksaan tidak tampak adanya pembengkakan, walaupun masih ada sedikit kemerahan. Tanggal 6

Oktober 2006 dilakukan kontrol kembali, pada pemeriksaan tidak tampak adanya pembengkakan dan kemerahan. Pada kontrol terakhir pasien memohon agar perawatan gigi yang lainnya dilakukan oleh dokter gigi keluarga yang berada dekat rumahnya.



Gambar 4: Gambaran intra oral pada kontrol tanggal 29-9-20

Pembahasan

Perikoronitis adalah infeksi non spesifik pada gingiva di sekitar mahkota gigi yang erupsinya tidak sempurna, terjadi karena adanya akumulasi debri dan bakteri di bawah operkulum gigi yang sedang erupsi.² Penyebab perikoronitis antara lain adanya bakteri *fusiform* dan *spirillum*, *Streptococci*, *Staphylococci* serta bakteri anaerob lain yang biasa ditemukan pada poket periodontal.^{10,13} Bakteri *vincent* dapat ditemukan di sepanjang tepi operkulum yang berasal dari poket perikoronar.^{11,14}

Operkulum menjadi tempat retensi dan impaksi makanan serta media pertumbuhan bakteri yang baik.⁵ Jaringan operkulum ini memberikan perlindungan, kelembaban, suhu yang hangat, sumber makanan dan suasana yang gelap yang sangat cocok untuk perkembangan biakan bakteri.

Perikoronitis dapat menimbulkan gejala akut, kronis maupun tanpa gejala. Gejala tersebut dapat berupa lokal maupun sistemik. Pada kasus ini pasien mengalami perikoronitis yang timbul tanpa disertai gejala sistemik, hanya dijumpai gejala lokal yang ringan berupa pembengkakan dan kemerahan tanpa adanya rasa sakit. Namun pasien datang ke klinik IKGA FKG UI disebabkan karena adanya rasa tidak nyaman, terutama saat mengunyah.

Perawatan pada kasus perikoronitis yang pertama adalah melakukan kontrol infeksi dengan irigasi menggunakan salin hangat atau cairan kumur antimikrobal.^{16,18} Saat kunjungan pertama pasien dilakukan DHE OP serta kuretase dan irigasi dengan larutan Betadine pada daerah operkulum. Diberikan premedikasi dengan Amoksisilin 250 mg tiga kali sehari, dan diinstruksikan agar menjaga kebersihan

mulutnya serta berkumur air garam dengan mencampurkan satu sendok teh garam dan satu gelas air hangat setiap jam.

Bagian operkulum diangkat dengan *electrosurgery* atau menggunakan skalpel. Operkulum harus diangkat secara keseluruhan karena dapat mengakibatkan rekurensi.³ pengangkatan ini juga dilakukan pada kondisi tanpa gejala sebagai tindakan preventif terjadinya gejala infeksi akut maupun kronis.¹

Eksisi dilakukan keesokan harinya sebagai tindakan preventif, dengan pertimbangan peradangan yang telah mereda dan telah dilakukan pembersihan daerah sekitar rongga mulutnya, sehingga dapat mengurangi kemungkinan timbulnya infeksi setelah operasi. Untuk mencegah terjadinya infeksi dan mengurangi rasa sakit akibat eksisi yang dilakukan maka diinstruksikan agar meminum antibiotik yang telah diberikan sebelumnya yaitu Amoksisilin dan ditambah dengan parasetamol 250 mg tiga kali sehari. Pada daerah eksisi tidak diberikan periodontal pack karena luka yang kecil dan perdarahan hanya sedikit.

Jika kasus disertai gejala yang lebih parah, hendaknya mengurangi atau menghilangkan peradangan yang ada terlebih dahulu, kemudian pemberian antibiotik penisilin dan anti inflamasi bahkan hospitalisasi.

Setelah satu minggu dilakukan kontrol, ternyata luka membaik dan peradangan telah hilang, selanjutnya dilakukan perawatan gigi lainnya, namun karena lokasi rumah yang jauh pasien meminta ijin untuk melakukan perawatan pada dokter gigi terdekat.

Kesimpulan

Perikoronitis adalah infeksi non spesifik pada gingiva di sekitar mahkota gigi yang erupsinya tidak sempurna yang terjadi karena adanya akumulasi debri dan bakteri di bawah operkulum gigi yang sedang erupsi. Bakteri yang menyertai perikoronitis adalah *fusiform* dan *spirillum*, *Streptococci*, *Staphylococci* serta bakteri anaerob lain, sedang pada tepi operkulum dijumpai adanya bakteri *vincent*. Pada kasus ini dilakukan eksisi dengan skalpel yang sebelumnya telah dilakukan irigasi dan pemberian antibiotik untuk meredakan peradangan. Eksisi berjalan lancar dan telah terjadi penyembuhan luka bekas eksisi.

Daftar Acuan

1. Glickman I. *Clinical Periodontology*. Prevention, Diagnosis and Treatment of Periodontal Disease in the Practice of General Dentistry. Philadelphia: WB Saunders Company. 1972:143-5; 809-11 ; 572-3
2. Baer PN, Benjamin SD. *Periodontal Disease in Children and Adolescents*. Philadelphia: JB Lippincott Co. 1974: 50-1
3. Manson JD. *Periodontics for the Dental Practitioner*. A Manual of Practical Periodontics. 2nd ed. London: Henry Kimpton. 1970: 201
4. Pedlar J, Frame JW. *Oral and Maxillofacial Surgery*. An Objective-Based Textbook. Edinburg: Churchill Livingstone. 2001: 51
5. Glickman, Irving, Smulow JB. *Periodontal Disease: Clinical, Radiographic and Histopathologic Features*. Philadelphia: WB Saunders Company. 1974: 57-59
6. Smith.IF. *Periodontal disease*. <http://www.chclibrary.org/>.
7. Lysell L and Rohlin M. A study of indications used for removal of the mandibular third molar. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1988;17:161-4.
8. Osborn TP, Frederickson G, Small IA, Torgerson S. A prospective study of complications related to third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg*. 1985;43:767-69.
9. Richardson ME. Changes in lower third molar position in the young adult. *Am J Orthod Dentofac Orthop*. 1992; 102: 320-327
10. Topazian RG, Goldberg MH. *Management of Infections of the Oral and Maxillofacial Regions*. Philadelphia: WB Saunders Company. 1981: 72-3; 158
11. Archer WH. *Oral Surgery*. A Step by Step Atlas of Operative Techniques. 4th ed Philadelphia: WB Saunders Company. 1975: 223-6
12. Grant DA, Stern IB, Everett FG. *Orban's Periodontics*. A Concept-Theory and Practice. St Louis: CV Mosby Company. 1972: 349-51
13. Peterson LJ. *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery*. 3rd ed. St. Louis: Mosby. 1998: 216
14. Cawson RA. *Essentials of Dental Surgery and Pathology*. London: JA Churchill. 1968:153-4
15. Newman, Takei, Carranza. *Carranza's Clinical Periodontology*. 9th ed. Philadelphia: WB Saunders Co. 2002: 305-6
16. Fredi PF, Vernino AR, Gray JL. *The Periodontic Syllabus*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins. 2000: 205
17. Welbury, RR. *Paediatric Dentistry*. Oxford University Press. 2001: 145
18. Nield-Gehrig JS, Willmann DE. *Foundations of Periodontics for the Dental Hygienist*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2003: 338-39