

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KISTA RAHANG

2.1.1 Definisi

Kista didefinisikan sebagai rongga patologik yang dibatasi oleh epitelium.^{8,5,13,18} Kista berisi cairan atau setengah cairan yang bukan berasal dari akumulasi pus maupun darah.^{3,7,9,19,20} Lapisan epitelium itu sendiri dikelilingi oleh jaringan ikat fibrokolagen.⁵

Kista (yang berisi cairan, rongga yang dibatasi epitel pada tulang rahang dan jaringan lunak wajah, dasar mulut, dan leher) dapat menyebabkan pembesaran intraoral atau ekstraoral yang secara klinis dapat menyerupai tumor jinak.²¹

2.1.2 Etiologi dan Patogenesis

Meskipun patogenesis dari kista-kista ini masih belum banyak dimengerti, namun kista-kista tersebut dibagi ke dalam dua kelompok besar berdasarkan dugaan asal dinding epitelnya.³

1. Kista Odontogenik.

Dinding epitelnya berasal dari sisa-sisa epitel organ pembentuk gigi. Berdasarkan etiologinya, kista ini dapat dibagi lagi menjadi tipe *developmental* dan *inflammatory*.

2. Kista Nonodontogenik.

Dinding kista berasal dari sumber-sumber selain organ pembentuk gigi. Kelompok ini meliputi lesi-lesi yang sebelumnya diklasifikasikan sebagai kista fissural yang dianggap berasal dari epitel yang merupakan pembatas prosesus embrionik pada saat penutupan dan pembentukan wajah. Sebab keraguan ditemukan pada konsep pembentukan kantung epitelium selama fusi proses fasial dan asal lesi-lesi tersebut.

2.1.3 Klasifikasi

Klasifikasi Kista Rahang (WHO, 1992)²²

1. *Developmental*

a. Odontogenik

- 1) Kista Gingival pada Bayi (*Epstein's Pearls*)
- 2) Odontogenic Keratosis (Kista Primordial)
- 3) Kista Dentigerous (Kista Folikular)
- 4) Kista Erupsi
- 5) Kista Lateral Periodontal
- 6) Kista Gingival pada Dewasa
- 7) Kista Glandular Odontogenic ; Kista Sialo-Odontogenic

b. Nonodontogenik

- 1) Kista Duktus Nasopalatine (Kanal Insisiv)
- 2) Kista Nasolabial (Nasoalveolar)

2. *Inflammatory*

a. Kista Radikular (Apikal dan Lateral)

b. Kista Residual

c. Paradental (*Inflammatory Collateral, Mandibular Infected Buccal*)

2.1.4 Gambaran Klinis

Kista dapat menetap bertahun-tahun tanpa disertai gejala.²³ Mayoritas kista berukuran kecil, tidak menyebabkan pembesaran permukaan jaringan.²¹ Biasanya terlihat hanya pada saat pemeriksaan gigi rutin dan pemeriksaan radiografik atau ketika lesi terkena infeksi sekunder atau telah mencapai ukuran di mana terjadi pembesaran atau asimetri yang terlihat jelas secara klinis.²³ Saat tidak ada infeksi, secara klinis pembesarannya minimal dan berbatas jelas. Kista yang terinfeksi menyebabkan rasa sakit dan peka terhadap sentuhan dan semua tanda klasik infeksi akut dapat terlihat.²³ Pada beberapa kasus yang sangat jarang terjadi, adanya infeksi dalam kista yang membesar dengan posisi dekat dengan batang saraf dapat menyebabkan perubahan sensasi pada distribusi

saraf tersebut.²³ Pembesaran kista dapat menjadi asimetri wajah, pergeseran gigi dan perubahan oklusi, hilangnya gigi yang berhubungan atau gigi tetangga, serta pergeseran gigi tiruan. Pada mandibula, fraktur patologis dapat terjadi saat lesi kista telah menyebabkan resorpsi sebagian besar tulang.²³

Kista yang terletak di dekat permukaan, telah meluas ke dalam jaringan lunak, sering terlihat berwarna kebiruan dan membran mukosa yang menutupi sangat tipis.²³ Pada keadaan di mana telah terjadi ekspansi tulang meluas, ada penipisan tulang penutup di atas kista, yang pada palpasi, terasa lunak atau bercelah. Kista superfisial memiliki karakteristik fluktuasi.²³

2.1.6 Gambaran Radiografik

Kista dilihat dari gambar radiografik sering menunjukkan lapisan tipis radioopak yang mengelilingi radiolusensi yang membulat.²⁴⁻²⁵ Namun dapat terjadi kalsifikasi distrofik pada kista yang sudah lama berkembang, sehingga menyebabkan gambaran kista tidak sepenuhnya radiolusensi pada struktur internalnya.²⁵ Beberapa batas kista dapat terlihat jelas dan terkortikasi dengan baik, tetapi dalam beberapa kasus infeksi, batas menjadi lebih menyebar atau tidak jelas. Adanya proses kortikasi yang terlihat di radiografik, merupakan hasil dari kemampuan tulang di sekitarnya untuk membentuk tulang baru lebih cepat dibandingkan proses resorpsinya, hal inilah yang terjadi selama ekspansi lesi.¹⁸ Kista dapat berbentuk unilokular dan multilokular.²⁴⁻²⁵ Multilokular terjadi karena pada beberapa kista memiliki pembatas yang berupa dinding tulang.²⁵

2.2 KISTA ODONTOGENIK

2.2.1 Definisi

Kebanyakan kista pada rahang dibatasi epitel yang berasal dari epithelium odontogenik, yang disebut kista odontogenik, dimana berhubungan dengan perkembangan gigi.³⁻⁴

Kista odontogenik adalah kista yang berasal dari sisa-sisa epithelium pembentuk gigi (*odontogenic epithelium*). Seperti kista lainnya, kista odontogenik dapat mengandung cairan, gas atau material semisolid.⁴

Menurut definisinya, dinding epitel kista ini berasal dari sisa-sisa organ pembentuk gigi.³ Kista tulang yang dibatasi oleh epitel hanya terlihat pada kista yang ada di rahang.²⁶ Kista epitelial odontogenik merupakan kelompok kista rahang yang paling penting.²⁷ Tidak seperti kista lainnya yang dihasilkan dari inklusi epitel penyatuan garis embrionik, sebagian besar kista rahang dibatasi oleh epitel yang berasal dari epitel odontogenik, sehingga disebut sebagai kista odontogenik.²⁶ Kista ini dibatasi oleh epitel odontogenik yang berkemampuan berproliferasi dan potensial menjadi tumor.²⁷

Kista odontogenik disubklasifikasikan menjadi kista yang berasal dari developmental atau kista inflamatori.²⁶ Kista developmental yakni yang tidak diketahui penyebabnya, namun tidak terlihat sebagai hasil reaksi inflamasi. Kista inflamatori merupakan kista yang terjadi karena inflamasi.²⁶

2.2.2 Etiologi dan Pathogenesis

Asal mula kista odontogenik adalah dari elemen epithelial odontogenik, yang asalnya merupakan dari dental lamina, sel sisa *Malassez*, dental organ atau benih gigi, serta kemungkinannya dari epithelium oral basal.¹⁸

Ada tiga macam sisa yang masing-masing berperan sebagai asalnya³ :

1. *The epithelial rests* atau kelenjar *Serres* yang tersisa setelah terputusnya dental lamina. Ini merupakan penyebab *odontogenic*

keratocyst. Juga dapat menjadi penyebab beberapa kista gingival dan *periodontal lateral developmental*.

2. Epitel email tereduksi yang berasal dari organ enamel dan selubung gigi yang belum bererupsi namun telah terbentuk sempurna. Kista dentigerous (folikular) dan kista erupsi berasal dari jaringan ini, juga kista paradental inflammatory yang tidak banyak terjadi.
3. *The rests of Malassez* yang terbentuk melalui fragmentasi dari *epithelial root sheath of Hertwig*. Seluruh kista radikular berasal dari sisa-sisa jaringan ini.

2.2.3 Gambaran Umum

Dari studi – studi yang telah dilakukan sebelumnya, salah satunya adalah yang dilakukan di Pitie-salpetriere University Hospital, Paris Perancis oleh Jean Paul M tahun 2006, bahwa dari 695 kasus kista odontogenik ditemukan persentase berbagai tipe kista sebagai berikut .¹⁶

Kista Radikular (kista periodontal)	53,5 %
Kista Dentigerous	22,3 %
Odontogenik Keratosis	19,1 %
Kista Residual	4,6 %
Kista Lateral Periodontal	0,3 %
Kista Glandular odontogenik	0,2 %

2.3 KISTA DENTIGEROUS

2.3.1 Definisi

Kista dentigerous adalah kantung tertutup berbatas epitelium atau kantung jaringan ikat berbatas epitelium skuamosa berlapis yang terbentuk di sekeliling mahkota gigi yang tidak erupsi atau dental anomali dan terdapat cairan.⁶

2.3.2 Etiologi dan Pathogenesis

Ada 2 teori yang menerangkan proses terjadinya kista dentigerous yang asalnya dari folikel gigi. Teori pertama mengatakan diawali oleh pengumpulan cairan diantara REE dan permukaan email dari mahkota gigi. Pengumpulan cairan ini menimbulkan tekanan yang merangsang proliferasi REE untuk menjadi kista.²⁸ Teori kedua dikatakan awalnya adalah pecahnya retikulum stelata sehingga terjadi pengumpulan cairan antara lapisan inner dan outer dari REE sehingga tekanan cairan yang timbul akan menyebabkan proliferasi dari lapisan luar epitelium email. Pada kedua teori ini tampak proliferasi kistik ditimbulkan oleh cairan hiperosmolar, karena perbedaan tekanan osmotik, dapat menarik cairan masuk ke lumen kista.²⁸

Kista dentigerous merupakan kista yang berasal dari separasi folikel sekitar gigi yang belum erupsi atau impaksi.^{1,8,19,29} Kista terbentuk ketika cairan berakumulasi diantara epitel email tereduksi dengan mahkota gigi.^{8,9,30,31} Kista dentigerous berkembang dari proliferasi sisa organ email atau epitel email.⁷

Berdasarkan pernyataan di atas, kista dentigerous diasosiasikan dengan gigi yang impaksi. Begitu juga dengan gigi yang impaksi, banyak juga diasosiasikan dengan beberapa kondisi patologikal, hal ini termasuk pembentukan lesi kistik, dimana salah satunya adalah kista dentigerous, pembentukan neoplasma, pericoronitis, periodontitis dan patologikal resorpsi akar, serta begitu juga dengan efek detrimental pada gigi tetangganya.¹²

Menurut Daley dan Wycoski, kista dentigerous berhubungan dengan

jenis kelamin dikarenakan hubungannya dengan ukuran rahang yang kecil¹⁰. Sedangkan ukuran rahang yang kecil merupakan salah satu penyebab gigi impaksi.^{29,32}

2.3.3 Klasifikasi

Klasifikasi kista dentigerous yaitu tipe sentral, lateral, dan sirkumferensial sesuai posisi dimana kista terbentuk dalam hubungannya dengan mahkota gigi.^{13,27}

1. Tipe sentral : Kista mengelilingi mahkota secara simetris, bergerak ke arah berlawanan sampai kekuatan erupsi normalnya.¹³ Pada tipe sentral pembentukan kista terjadi sebelum degenerasi organ enamel yang meliputi mahkota gigi.²⁷ Kista dentigerous sentral yang mengelilingi keseluruhan mahkota gigi secara berangsur-angsur akan membesar



Gambar 2.1. Kista Dentigerous. Tipe sentral menunjukkan mahkota terproyeksi ke dalam rongga kista

(Sumber: Riden, K. *Key Topics in Oral and Maxillofacial Surgery*. 1998)

2. Tipe lateral : Kista terbentuk pada sisi mesial atau distal gigi dan meluas jauh dari gigi, hanya disekitar mahkota. Kista ini terbentuk pada bagian email yang menetap setelah bagian atas permukaan oklusal telah berubah menjadi dental kutikel.¹³



Gambar 2.2. Kista Dentigerous. Tipe lateral menunjukan kista yang besar sepanjang akar mesial gigi yang tidak erupsi.

(Sumber: Riden, K. *Key Topics in Oral and Maxillofacial Surgery*. 1998)

3. Tipe sirkumferensial : Seluruh email disekitar leher gigi menjadi kista, sering menyebabkan gigi untuk erupsi melalui kista (seperti lingkaran donat), menghasilkan gambaran yang mirip dengan kista radikular.¹³



Gambar 2.3. Kista Dentigerous. Tipe sirkumferensial menunjukan kista meluas sepanjang akar mesial dan distal gigi yang tidak erupsi.

(Sumber : Neville, Brad W, D.D.S. *Oral & Maxillofacial Pathology 2nd Ed.* 2002)

Menurut Archer kista dentigerous dibagi menjadi :

1. Kista Dentigerous (Folikular) Sentral

Bentuk paling umum; kista ini menutupi mahkota gigi secara sentral.

2. Kista Dentigerous (Folikular) Lateral

Perbedaan kista ini dengan kista dentigerous sentral hanya pada lokasinya. Kista tidak menutupi mahkota tetapi berpindah ke posisi yang lain.

3. Kista Dentigerous (Folikular) Multilokular

Kista ini berkembang dari gabungan beberapa kista-kista kecil; biasanya ditemukan pada area M3 mandibula.

2.3.4 Gambaran Klinis

Biasanya kista dentigerous terjadi sebelum usia 20 tahun dan lebih sering pada pria.^{5,8,36} Sedangkan menurut Freitas, range umur untuk laporan kasus kista dentigerous sangat bervariasi, dari usia 3 – 57 tahun.³⁷ Dan menurut Murad, lesi biasanya sering terjadi pada dekade hidup kedua dan ketiga.^{8,14} Dimana mayoritas pasien kasus kista ini berusia muda dibawah umur 30 tahun (72.7%). Lokasi paling banyak yakni ditemukan pada regio molar ketiga mandibula (56%).³⁶

Kasus kista dentigerous yang terjadi di Baghdad, Iraq, lebih sering terjadi pada pria dibandingkan wanita, dengan rasio 1,5 : 1.¹⁴ Sedangkan pada studi yang dilakukan di Sicily, Italia, ditemukan bahwa dari 149 kista yang didiagnosis, 91 kista ditemukan pada pria dan 58 pada wanita (rasio pria dan wanita 1,57 : 1).¹⁵ Hal ini berlaku sama dengan penelitian yang dilakukan di Enugu, Nigeria, disebutkan bahwa dari 100% kasus kista, 60% kasus terjadi pada pria, sedangkan sisanya terjadi pada wanita.

Pada studi yang dilakukan di Libia, dari 49 kasus kista dentigerous, 29 diantaranya didiagnosa pada pria.⁴ Begitu juga penelitian yang dilakukan di Mexico, bahwa kista dentigerous lebih banyak terdapat pada pria sebanyak 64,8 %.¹⁰ Tetapi dari beberapa penelitian yang dilakukan, ada juga penelitian yang menyatakan bahwa tidak adanya predileksi jenis kelamin yang terjadi pada kista dentigerous.¹⁷

Daley dan Wycoski mengatakan bahwa ditemukannya kecenderungan pada pria, dikarenakan hubungannya dengan ukuran rahang yang lebih kecil pada wanita sekaligus kesadaran yang lebih besar untuk melakukan

ekstraksi profilaktik pada gigi yang impaksi.¹⁰

Mourshed menemukan bahwa 4 dari setiap 500 pasien melakukan pemeriksaan full-mouth x-ray memiliki kista dentigerous.¹³ Ketika dihubungkan dengan gigi yang belum erupsi, ada 3,6 kista dentigerous per 100 pasien yang setidaknya memiliki 1 gigi yang belum erupsi. Secara bertentangan, 2,6 % pasien dengan gigi yang belum erupsi memiliki kista dentigerous. Kista dentigerous mengililingi mahkota gigi yang belum erupsi, biasanya 95 % gigi geligi supernumerari.¹³

Kista dentigerous hampir selalu melibatkan gigi geligi permanent, walaupun ada beberapa laporan mengenai keterlibatan gigi sulung.^{5,8,9,18} Gigi permanent yang paling sering terlibat adalah molar 3 mandibula dan kaninus maxilla, dimana gigi geligi tersebut yang paling sering mengalami impaksi. Insidensi kista dentigerous pada rahang sebesar 10-15 %.⁷ Terdapat kaitan antara perkembangan gigi impaksi dengan transformasi dari epitel email tereduksi.²² Investigator lainnya ada yang menyebutkan kaitan retikulum stelata dengan pembentukan kista dentigerous. Kadang-kadang berhubungan dengan gigi supernumerari atau odontoma.⁹

Kista yang kecil biasanya asimtomatik dan ditemukan hanya pada pemeriksaan radiografik rutin atau saat pengambilan film untuk menentukan penyebab gigi tidak erupsi.^{5,8} Secara klinis, lesi menunjukkan pembengkakan yang fluktuatif dan bulat dari alveolar *ridge* di atas daerah gigi yang sedang erupsi.⁶

Kista ini terbentuk di sekitar mahkota dan perlekatannya terdapat di cemento-enamel junction gigi tersebut. Ketika telah terbentuk sempurna, mahkota berprotusi ke dalam lumen dan akarnya memanjang keluar dari kistanya. Biasanya asimtomatik, kecuali jika kista berkembang menjadi besar sekali atau terinfeksi.⁷ Walaupun kista biasanya hanya melibatkan satu gigi, namun ketika kista tersebut membesar dapat melibatkan beberapa mahkota gigi yang berdekatan, sehingga gigi dapat tergeser dari posisi normalnya, khususnya di maksila.¹³

Kista ini dapat tumbuh menjadi cukup besar, dan kista yang besar dapat menyebabkan ekspansi tulang pada area sekitarnya yang disertai

rasa sakit.^{1,5,7} Lebih ekstensif lagi dapat menyebabkan asimetri wajah. Kista ini dapat terinfeksi melalui jalur hematogen, dan dapat terkait dengan adanya rasa sakit dan bengkak. Infeksi dapat terjadi karena erupsi gigi sebagian atau karena perluasan lesi periapikal atau periodontal yang mempengaruhi gigi sekitar.⁸ Kista dapat mencapai ukuran yang signifikan, biasanya berhubungan dengan perluasan tulang kortikal namun jarang mencapai ukuran yang dapat mempengaruhi pasien hingga terjadi fraktur patologis.⁷

Keterlibatan kista pada molar 3 rahang bawah yang tidak erupsi dapat menyebabkan gaung pada seluruh ramus hingga prosesus koronoid dan kondil dan ekspansi plate kortikal akibat tekanan dari lesi, menyebabkan pergerakan molar 3 ke arah yang dapat mengkompresi inferior border mandibula. Keterlibatan kista pada kaninus rahang atas menyebabkan terjadinya ekspansi anterior maksila dan secara superfisial mengakibatkan sinusitis akut atau selulitis.⁹

2.3.5 Gambaran Radiografik

Lesinya terlihat unilocular radiolusensi yang berhubungan dengan gigi yang tidak bererupsi atau odontoma.¹⁸ Bentuknya membulat atau melengkung dengan batas yang jelas.²⁵ Radiolusensi berbatas jelas dengan mengalami kortikasi, dengan adanya sklerotik atau osteitis, hanya muncul jika terjadi infeksi sekunder.²⁵

Radiograf kista terlihat sebagai pericoronal radiolucency yang diselubungi oleh jaringan kortikal dimana harus dibedakan dari ruang folikular normal.³⁶ Kadang terdapat pseudolokulasi sebagai hasil dari trabekulasi atau penggabungan dinding yang keras (tulang).³⁸ Lesi dapat menjadi cukup besar dan kemungkinan untuk terjadinya penetrasi kortikal lebih besar jika ukurannya bertambah. Pada gambar radiograf ruang follicular dari molar 3 besarnya sekitar 2 mm, dimana 3 mm merupakan batasan dari gigi kaninus yang impaksi.^{18,36}

Terdapat kesamaan tampilan antara kista dentigerous kecil dengan folikel yang hiperplastik.¹⁰ Odontogenik keratosis dan ameloblastoma juga

kadang menyelubungi mahkota gigi, dan keduanya dapat menciptakan tampilan radiografik seperti kista dentigerous.³⁸ Oleh karena itu identifikasi intraoperatif dari lesi kistik ini, paling baik dilakukan dengan cara dirujuk ke ahli oral pathologi.¹⁰ Sebagai petunjuk umum, jika ruang folikular di sekitar mahkota lebih besar dari 3 mm diagnosis dapat merupakan kista dentigerous.¹¹ Lebar ruang pericoronal 2,5 mm atau lebih merupakan daerah minimal yang dibutuhkan untuk diagnosis kista dentigerous.¹³ Karena itu diperlukan pengertian lebih lanjut mengenai folikel gigi itu sendiri.



Gambar 2.4. Kista Dentigerous. Lesi radiolusen melibatkan mahkota premolar mandibula yang tidak erupsi.

(Sumber : Neville, Brad W, D.D.S. *Oral & Maxillofacial Pathology 1st Ed.* 1995)

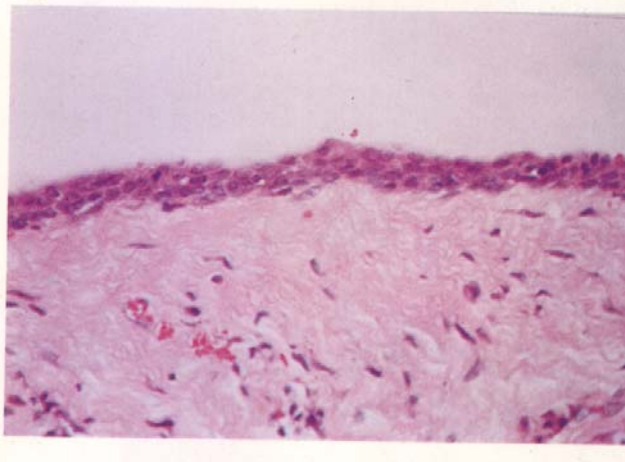
2.3.6 Gambaran Mikroskopik

Spesimennya menunjukkan jaringan ikat fibrokolagen yang padat sebagai gambar utamanya, dengan beberapa area yang lebih jarang dan myxomatous.¹⁸ Epithelial rest odontogenik biasanya tersebar di spesimennya, dengan konsentrasi di sekitar lumen atau batas epitelialnya meningkat. Batas luminalnya terdiri dari squamous epitelium yang bertingkat dan ber-nonkeratin.¹⁸

Pada gigi yang berkembang tidak wajar jika ditemukan reduced epitelium enamel dengan eosinofilik sitoplasma serta berbentuk kubus

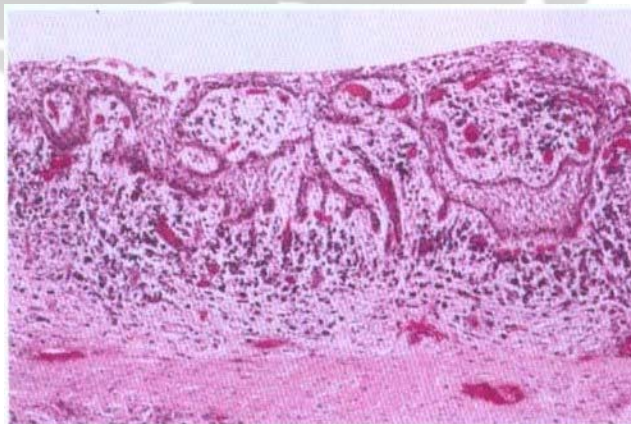
sampai perseg panjang.¹⁷ Tetapi pecahan kolesterol dan sel “Giant” yang multinukleus, dengan badan Rushton angular merupakan penemuan yang biasa. Keseluruhan lumen mungkin tidak dibatasi dengan epithelium, bahkan beberapa bagian terlihat dibatasi hanya oleh jaringan ikat.³⁰

Kadang juga ditemukan numerous mucous cells, sel bersilia, dan yang paling jarang yakni sel sebacea di sisi (lining) epitel.⁷



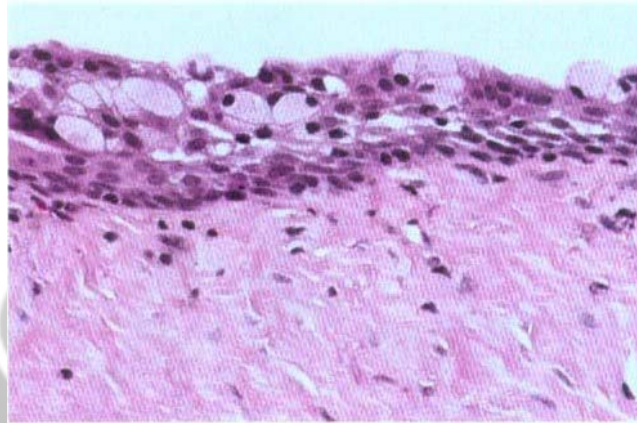
Gambar 2.5. Kista Dentigerous. Batas kista yang khas terdiri dari sel skuamos epithelium non-keratinisasi berlapis yang ditunjang oleh jaringan fibrous yang tidak meradang.

(Sumber : Lee, K. W. *Atlas Berwarna Patologi Mulut*.1989)



Gambar 2.6. Kista dentigerous. Kista dentigerous inflamasi menunjukkan epithelial lining yang lebih tebal dengan hyperplastic rete ridges.

(Sumber : Neville, Brad W, D.D.S. *Oral & Maxillofacial Pathology 1st Ed.* 1995)



Gambar 2.7. Kista dentigerous. Sel mukos yang tersebar tampak dalam epithelial lining.

(Sumber : Neville, Brad W, D.D.S. *Oral & Maxillofacial Pathology 1st Ed.* 1995)

2.3.7 Potensi Neoplastik

Kista dentigerous dapat bertransformasi menjadi neoplasma sebenarnya, dengan riset menunjukkan bahwa 17% dari ameloblastoma dihubungkan dengan kista dentigerous yang sudah ada.⁴⁰ Transformasi ameloblastik lebih sering terjadi dibandingkan transformasi malignan.¹⁸ Tetapi transformasi yang paling jarang terjadi adalah karsinoma ameloblastik. Transformasi malignan yang paling sering dihubungkan dengan kista dentigerous adalah karsinoma sel skuamosa; mucoepidermoid karsinoma juga memungkinkan.¹⁸

Beberapa komplikasi potensial yang dapat terjadi selain kemungkinan terjadinya rekurensi akibat pembedahan yang tidak sempurna, adalah⁹ :

1. Perkembangan ameloblastoma
 - Berkembang pada dinding kista dentigerous dari lapisan epitelium atau sisa epitelial.

- Hasil penelitian dari 641 kasus ameloblastoma, 17% kasus berkaitan dengan gigi impaksi / folikular / kista dentigerous. Disposisi dari proliferasi epitelial neoplastik dalam bentuk ameloblastoma ini lebih sering ditemui pada kista dentigerous dibandingkan kista odontogenik lainnya.
 - Manifestasi formasi tumor ini sebagai penebalan nodular pada dinding kista tetapi gambaran klinis yang jelas sulit ditentukan, sehingga perlu pemeriksaan mikroskopis dari jaringan kista dentigerous tersebut.
2. Perkembangan karsinoma epidermoid
 - Perkembangannya berasal dari lapisan epitelium.
 - Faktor predisposisi dan mekanisme perkembangan belum diketahui
 3. Perkembangan karsinoma mukoepidermoid
 - Merupakan bentuk dari tumor kelenjar saliva malignant dari lapisan epitelium kista dentigerous yang mengandung sel sekresi mukus
 - Lebih jarang terjadi dibandingkan karsinoma epidermoid
 - Sering terjadi pada kista dengan impaksi molar 3 rahang bawah.

2.3.8 Perawatan dan Prognosis

Kista dentigerous biasanya mudah untuk dilakukan enukleasi dengan gigi yang berhubungan dilakukan pula ekstraksi. Enukleasi dari kista tersebut dapat diikuti dengan perawatan ortodontik, untuk menahan gigi yang bersangkutan.¹⁸ Untuk kista yang lebih besar harus dimarsupialisasi jika enukleasi dan ekstraksi gigi dapat menghasilkan destruksi saraf dan pembuluh darah terhadap gigi serta struktur anatomi disekitarnya, seperti sinus maxillary, rongga nasal ataupun rongga orbita.¹⁸

Pada kasus di mana kista mempengaruhi sebagian besar mandibula, pendekatan awalnya meliputi marsupialisasi kista untuk memungkinkannya terjadi dekomresi (pengurangan tekanan udara) dan penyusutan pada lesi, dengan demikian mengurangi luas bagian yang dibedah nantinya.⁷ Untuk mendapat akses ke kistanya, diperlukan

pembuatan mukoperiosteal *flap* yang cukup.⁶ Alternatifnya gigi dapat ditransplantasi ke alveolar ridge atau diekstraksi, lalu kista dienukleasi.^{5,38}

Prognosisnya baik, dengan tanpa adanya rekurensi. Tetapi, kista residual mungkin dapat berkembang jika lesi tidak dienukleasi secara sempurna.¹⁸

2.3.9 Diagnosis Banding

Diagnosis banding radiolusensi perikoronar meliputi odontogenik keratosis, ameloblastoma, dan tumor odontogenik lainnya.⁷ Transformasi ameloblastik dari batas kista dentigerous juga bisa menjadi diagnosis banding. Bedanya jika ameloblastoma dapat berupa multikistik sedangkan untuk kista dentigerous biasanya unikistik. Tumor odontogenik adenomatoid bisa menjadi pertimbangan bila ada radiolusensi perikoronar anterior, dan fibroma ameloblastik bila ada lesi yang terjadi di rahang posterior pasien usia muda.⁷