



Serial Kasus : Penegakkan Diagnosis dan Manajemen Tatalaksana Kista Odontogenik Regio Maksilla Anterior di RSUP Dr. Kariadi Semarang

Christin Rony Nayoan, Riece Hariyati, Anna Mailasari Kusuma Dewi, Dwi Antono

Departemen IK THT-KL Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro / SMF K THT–KL RSUP Dr. Kariadi Semarang

Abstrak

Latar belakang : Kistaodontogenic adalah kista dengan struktur epitel berasal dari struktur gigi. Kistaodontogenic sering terjadi di daerah rahang, terutama di regio maksilla anterior. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan informasi penegakkan diagnosis kista odontogenik terutama di regio maksilla anterior yang sering memberikan gambaran tumor jinak.

Laporan kasus : Serial kasus kistaodontogenic di regio maksilla anterior pada 2 pasien dewasa dengan tatalaksana berupa tindakan ekstirpasi dengan cara enukleasi menggunakan pendekatan *midfacial degloving* dan *Denkerrhinotomy*.

Simpulan : Kasus yang dilaporkan menunjukkan bahwa kista odontogenik regio maksilla anterior sering tidak terdiagnosis karena penampakkannya menyerupai massa jinak.

Kata kunci : Kistaodontogenik, maksilla, diagnosis, enukleasi

Case serial :

Establishing diagnosis and therapy management of odontogenic cyst anterior maxillary regio in Dr. Kariadi General Hospital Semarang

Abstract

Background : Odontogeniccystis is acyst derived from tooth forming structures. Odontogeniccysts are common occurrence in anterior maxilla region. The purpose of this case report is to give information about diagnosis odontogenic cyst in anterior maxilla because sometimes it appears like benign mass.

Case report : A serial case of odontogeniccysts in anterior maxillary region was found in 2adult patients and the treatment is Cysts extirpated by enucleate with midfacial degloving and Denker rhinotomy approaches.

Conclusion : Cases that had been reported show odontogenic cyst often miss diagnosis because it appears like benign mass.

Keywords : Odontogenic cyst, maxilla, diagnosis, enucleation

PENDAHULUAN

Lokasi kista odontogenik dapat rahang bawah dan rahang atas yang dapat sampai ke daerah maksilla anterior, posterior dan antrum maksilla.¹⁻⁴ Kista odontogenik terdiagnosis sekitar 7–12% dari semua hasil biopsi didaerah oral dan maksillofasial.¹ Prevalensi kista odontogenik lebih sering pada laki laki dibanding pada perempuan (1,23:1) dan tersering kelompok umur 21–50 tahun.^{2,5} Kista radikuler merupakan kista yang paling sering ditemukan dan kedua terbanyak adalah kista dentigerosa.^{2,5} Lokasi tersering adalah maksilla

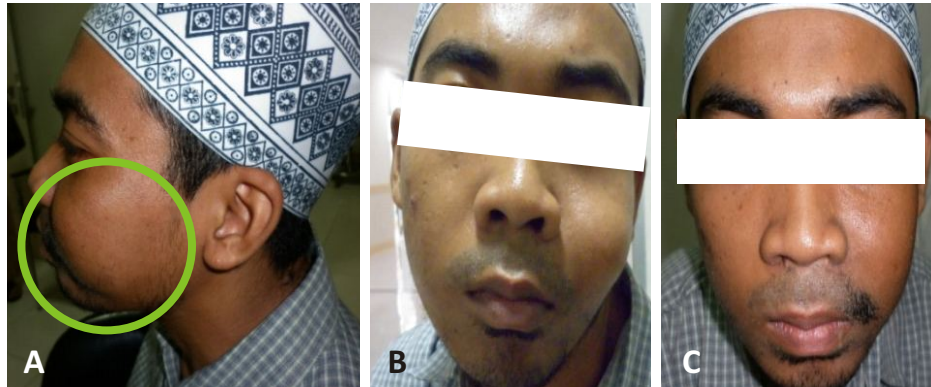
anterior yaitu 35-40 % dari seluruh kista rahang.^{3,5}

Pada tulisan ini dilaporkan serial kasus mengenai kista odontogenik yang berlokasi di regio maksilla anterior. Melalui tulisan ini, penulis bertujuan untuk memberikan informasi penegakkan diagnosis kista odontogenik di maksilla anterior yang kadang kala akan memberikan penampakan menyerupai massa jinak.

LAPORAN KASUS

Pasien 1

Seorang laki-laki berusia 25 tahun datang ke RSUP



Gambar 1. Profil pasien 1, A. Tampak samping kiri, B. Tampak depan sebelum operasi, C. Tampak depan sesudah operasi.



Gambar 2. CT-Scan SPN dengan kontras.

Dr. Kariadi dengan keluhan utama benjolan di pipi kiri. Sejak 1 tahun pasien mengeluh muncul benjolan di pipi kiri yang semakin membesar, sampai saat ini berukuran bola pingpong, teraba keras, dan tidak terasa nyeri, pipi kiri terasa tebal. Terdapat riwayat sakit gigi dan gigi goyang.

Pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik sadar compos mentis. Pada wajah terlihat asimetris dengan benjolan di regio maksila sinistra, berukuran 3 x 3 x 3 cm, tidak hiperemis, perabaan keras, terfiksir, tidak ada nyeri tekan, batas tidak tegas, perabaan tidak hangat. (Gambar 1).

Hasil pemeriksaan telinga, hidung dan tenggorok dalam batas normal. Pada inspeksi *cavum oris* tampak sisa akar pada gigi 2.6. Hasil pemeriksaan X-foto Waters memberi kesan gambaran *radioopak* di regio sinus maksilla sinistra, dengan batas tidak jelas terhadap struktur sekitarnya. Hasil nasofaringoskopi didapatkan kesan tidak ada massa atau tanda peradangan di daerah *cavum nasi*, ostium sinus dan nasofaring. Untuk melihat perluasan massa dilakukan pemeriksaan *Computed Tomografi Scan* (CT-Scan) sinus paranasal dengan kontras, didapatkan kesan massa isodens ukuran 3,07 x 3,33 x 2,95 cm. *Ekspansil* ke dinding anterior sinus maksilaris sinistra disertai destruksi dinding anterior maksilla, mendesak sinus maksilaris ke medio posterior (Gambar 2).

Pasien didiagnosis dengan massa padat regio maksilaris dengan diagnosis banding berupa *ossifying fibroma*. Pasien diprogramkan untuk operasi ekstirpasi massa dengan pendekatan *midfacial degloving*. Intra operatif tampak massa berkapsul keputihan menyerupai kista, permukaan rata, tidak berbenjol-benjol dan terlokalisir memenuhi sinus maksila sinistra, tidak meluas ke *cavum nasi* dan sinus ethmoid. Tampak dinding anterior sinus maksila telah terdestruksi. Kista dilepaskan dari perlekatannya pada dinding latero-inferior maksilla. Kista berisi cairan putih kental, tidak berbau.

Pasien kemudian dikonsulkan ke departemen gigi dan mulut dan jawaban konsulan tersebut adalah; ditemukan periodontitis kronik gigi 2.6 e.c gangrenediks yang dicurigai menjadi penyebab kista odontogenik. Saran ekstraksi gigi 2.6, dan telah dilakukan. Hasil pemeriksaan patologi anatomi dari jaringan yang diambil saat operasi adalah ditemukan jaringan dilapisi epitel thorax semu berlapis dengan bagian bagian yang atipik, stroma jaringan ikat sembab hiperemis, bersebaran leukosit PMN, limfosit dan makrofag yang mengandung hemosiderin. Tak tampak tanda ganas pada sediaan ini. Sesuai dengan : Proses radang non spesifik disertai selatipik yang masih mungkin merupakan kista radikuler. Pasien disarankan kontrol berkala atau bila ada keluhan.

Pasien 2

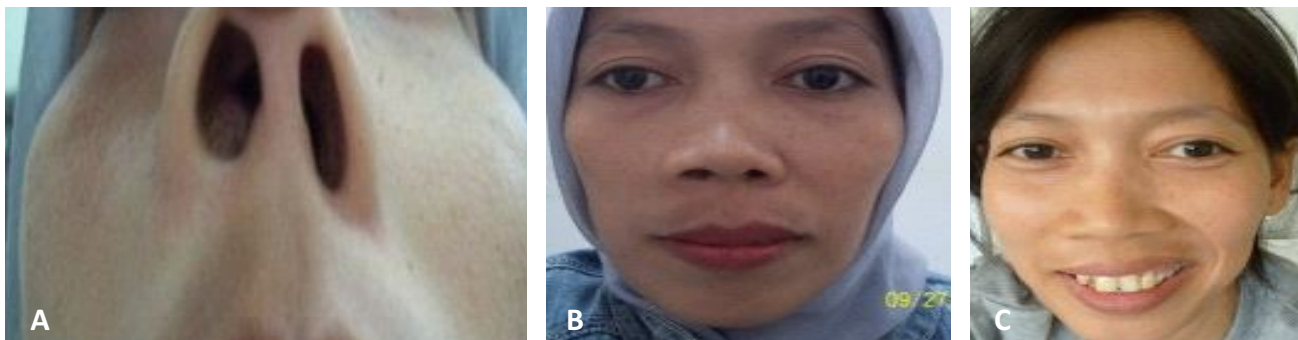
Seorang wanita berumur 32 tahun datang ke klinik THT-KL RSUP Dr. Kariadi Semarang dengan keluhan utama benjolan di dalam hidung kanan. Sejak 15 tahun pasien merasa ada benjolan kecil yang bertambah ukurannya, awalnya hanya sebesar biji jagung kemudian menjadi sebesar kelereng. Pasien merasakan nyeri di sekitar benjolan yang menjalar ke pipi sebelah kanan, nyeri dirasakan hilang timbul dan tidak bertambah berat, pipi kanan terasa tebal. Keluhan sakit gigi ataupun riwayat trauma pada daerah mulut dan pipi disangkal.

Pemeriksaan fisik pada pasien didapatkan; keadaan umum baik, kesadaran *compos mentis*. Penampakan wajah penderita kesan asimetris, Pemeriksaan telinga dalam batas normal, hidung; dari penampakan kesan daerah vestibulum nasi kanan lebih lebar daripada vestibulum nasi kiri, terdapat massa dari dasar kavum nasi kanan, massa terlokalisir di daerah dasar vestibulum kavum nasi kanan, berdiameter 2 cm, teraba kenyal keras, nyeri tekan ringan, tidak teraba hangat, tidak ditemukan fluktuasi (Gambar 3 A).

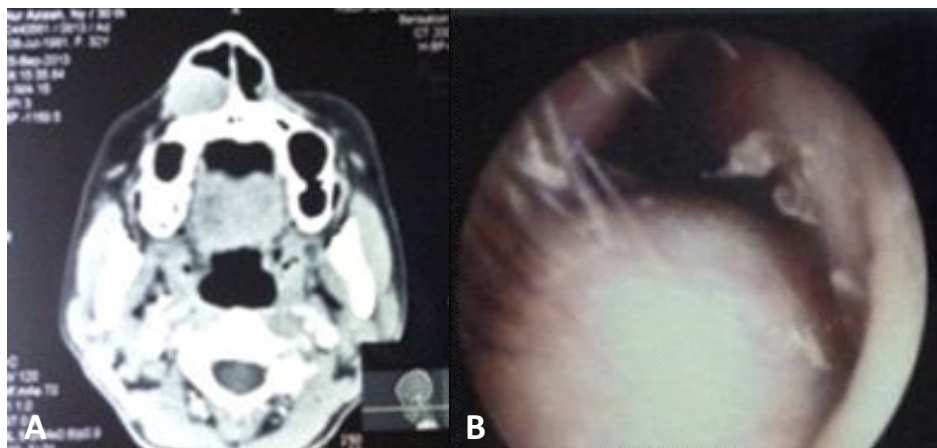
Pemeriksaan tenggorokan dalam batas normal, Pemeriksaan intraoral ditemukan gigi 1.2 bertumpukan dengan 1.1, gigi 2.8 tidak ada, sisa akar pada gigi 3.7 dan

4.8, gigi goyang. Pemeriksaan nasoskopi didapatkan kavum nasi kanan menyempit karena terdesak oleh massa yang berada di dasar vestibulum nasi dekstra, massa teraba kenyal keras, tidak berfluktuasi, ditutupi oleh mukosa kavum nasi. (Gambar 4 B). Untuk melihat perluasan massa dilanjutkan pemeriksaan CT-scan SPN dengan kontras dan didapatkan gambaran massa padat pada cavum nasi dekstra bagian inferior dengan ukuran 1,3 x 1,75 x 3,9 cm yang menonjol pada kavum nasi dekstra, massa tampak menempel pada os maksilla dekstra tetapi tidak menyebabkan destruksi os maksilla dekstra. Setelah pemberian kontras tampak *enhancement* pada massa tersebut (Gambar 4 A).

Pasien didiagnosis dengan massa vestibulum nasi dekstra dan didiagnosis banding dengan kista mukosal jinak dari antrum maksilla kanan dan kista odontogenik. Operasi ekstirpasi massa dengan cara enukleasi pendekatan *denker rinotomi*. Intra operatif didapatkan massa berkapsul menyerupai kista berdinding tipis dan berisi cairan kuning kental tidak berbau. Kista dilepaskan dari perlekatannya pada dinding depan maksila kanan. Kapsul yang ditemukan diperiksa ke laboratorium patologi anatomi. Diagnosis post operasi menjadi kista regio maksilla anterior curiga merupakan kista



Gambar 3. A. Inspeksi daerah hidung, B. Profile pasien sebelum operasi, C. Profil pasien sesudah operasi



Gambar 4. A. Hasil MSCT Scan SPN dengan kontras, B. Massa yang diduga kista di dasar vestibulum nasi dekstra.

odontogenik.

Hasil CT-scan pasien dikonsulkan ke radiologi untuk dilakukan rekonstruksi dengan tujuan untuk mengetahui keterlibatan gigi yang menyebabkan kista odontogenik. Hasil rekonstruksi didapatkan kemungkinan kista menempel ke gigi incisivus 2 kanan atas yang erupsi tidak sempurna. Hasil PA menyebutkan secara mikroskopis potongan jaringan berupa kista dilapisi epitel dentigerous dengan stromafibrokolagen bersebaran ringan limfosit histiosit, tak tampak tanda ganas. Sesuai untuk kista dentigerous. Pasien dikonsulkan ke departemen gigi dan mulut dan disarankan untuk ekstraksi gigi 3.7 dan 4.8, kemudian untuk gigi lain tidak ada tata laksana karena kesan masih baik. Pasien disarankan kontrol berkala atau bila ada keluhan.

DISKUSI

Prevalensi kista odontogenik dari seluruh kista rahang menurut beberapa kepustakaan adalah 7-12%, tetapi menurut penelitian Tekkesin, dkk tahun 2011, diantara 5088 kista rahang terdapat 5003 kasus kista odontogenik (98,3%), dan 1801 kasus (35,40%) tersebut berlokasi di maksilla anterior.⁵ Kista odontogenik dapat disubklasifikasikan menjadi kista peradangan dan kista perkembangan.

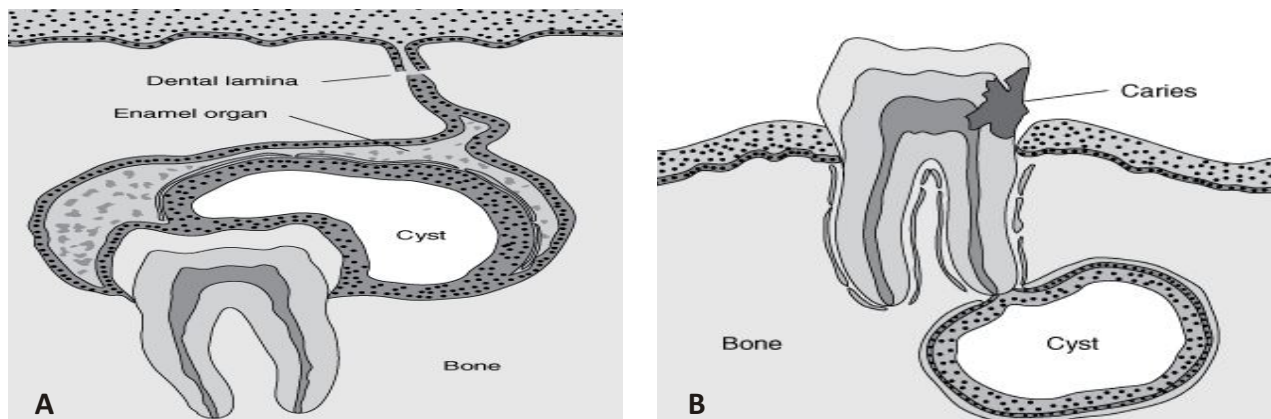
Kista peradangan yang paling sering terjadi adalah kista radikuler, kista ini terbentuk dari stimulasi akibat peradangan dan proliferasi dari sisa sel malassez pada ligamen periodontal. Seperti pada pasien 1, adanya gangren radiks gigi 2.6 yang meradang sehingga menstimulasi pembentukan kista di sekitar akar gigi tersebut dan meluas ke daerah maksilla anterior. Sedangkan kista perkembangan yang paling sering terjadi adalah kista dentigerosa, kista ini berkembang dari sekitar mahkota gigi yang mengalami erupsi tidak sempurna, mengalami proliferasi dari enamel yang

tereduksi. Patogenesis ini sesuai dengan pasien 2, dimana gigi 1.2 mengalami erupsi tidak sempurna karena bertumpukkan dengan gigi 1.1 sehingga di sekitar mahkota gigi yang belum erupsi terbentuk proliferasi dari enamel yang tereduksi membentuk kista (Gambar 5).^{3,6-8}

Pada umumnya kista odontogenik tidak akan menimbulkan gejala, seperti pada pasien dalam laporan kasus ini, datang saat mulai muncul keluhan asimetri wajah oleh karena adanya benjolan pada pipi dan hidung, menunjukkan adanya massa dimana saat perkembangan kista tersebut tidak memberikan gejala. Gejala muncul saat kista bertambah besar dan meluas ke sekitarnya, sehingga akan memberikan gejala asimetri wajah, nyeri dan pembengkakan terutama jika kista terinfeksi. Gejala lainnya adalah rasa nyeri dan rasa tebal pada pipi tempat benjolan tersebut berada yang disebabkan penekanan pada saraf maupun struktur tempat benjolan tersebut berada juga karena terjadinya peradangan lokal. Gejala lainnya bau mulut atau nafas berbau jika discharge dari kista mengalir ke mulut dari sinus yang terinfeksi, perubahan posisi gigi, nyeri didaerah gigi, ataupun hilangnya gigi baik satu buah atau satu regio.^{3,8}

Kista yang meluas ke daerah anterior maksilla akan menyebabkan cavum nasi melebar seperti pada pasien karena benjolan berada di daerah maksilla anterior yang meluas ke arah cavum nasi menyebabkan lubang hidung kanan tampak lebih lebar dan mengganggu aliran udara di cavum nasi.⁸ Lokasi kista pada laporan kasus ini berada di regio maksilla anterior dikarenakan gigi yang terlibat berada di rahang atas.

Hasil pemeriksaan radiologi didapatkan unilokuler atau multilokuler kista radiolusen berbentuk bulat atau ovoid, berbatas tegas, dan berdekatan dengan gigi yang terlibat. X-foto panoramic/orthopantomograph biasanya cukup untuk mendeteksi gambaran lesi kista ukuran kecil sampai menengah. CT-scan diindikasikan



Gambar 5. A. Perkembangan kista dentigerosa di sekitar mahkota gigi, B. Perkembangan kista radikuler di sekitar gigi yang non-vital⁴

untuk lesi yang luas.^{6-8,10} CT-scan akan memberikan gambaran lesi bulat atau oval, *hipodens*, berbatas tegas (*sclerotic border*) dapat disertai gigi yang terlibat dan dapat memberikan gambaran *air fluid level* bila terinfeksi. Bila menempel ke tulang akan memberikan gambaran penipisan korteks tulang dan bila meluas ke sinus akan mengubah bentuk sinus oleh karena sinus terisi dengan kista (Gambar 6).¹¹ Gambaran CT-scan inilah yang menyebabkan kista odontogenik didiagnosis menjadi massa padat. Seperti halnya pada pasien dalam laporan kasus ini, hasil pemeriksaan CT-scan menunjukkan gambaran massa padat yang *ekspansil* dan menempel di tulang, bahkan mulai tampak gambaran destruksi tulang, sehingga pasien terdiagnosis menjadi massa di regio maksilla anterior.

Tatalaksana pada kista odontogenik tergantung dari lokasi, ukuran, bentuk kista dan kadang membutuhkan pengangkatan sebagian tulang, kemudian dilanjutkan operasi ekstraksi gigi yang terlibat. Pilihan paling utama adalah enukleasi dan kuretase. Pilihan lain adalah dengan marsupialisasi terutama pada kista yang ukurannya sangat besar, dengan tujuan untuk dekomresi dan mengecilkan ukuran kista, marsupialisasi juga menjadi pilihan pada anak-anak karena gigi lain masih dalam masa pertumbuhan.^{1,3,8}

E nukleasi kista adalah tindakan untuk mengangkat seluruh kista termasuk epitel dan kapsul pembungkusnya dari dinding kavitas tulang dengantidak menyisakan jaringan patologis. Resikodari operasi adalah merusak banyak pembuluh darah dan jaringan saraf yang dapat menimbulkan parastesia. Marsupialisasi adalah tindakan pengangkatan kista yang lebih sederhana dimana dibuat jendela operasi menuju dinding kista dan mengangkat kista dan seluruh lapisannya. Tehnik ini sangat berguna karena menjaga struktur di sekitarnya seperti nervus alveolar inferior, antrum maksilla dan hidung, yang dapat rusak bila dilakukan tindakan enukleasi, juga tehnik ini dapat membuat gigi yang belum erupsi menjadi erupsi sempurna karena telah didekomresi. Resiko dari tehnik ini adalah jaringan untuk pemeriksaan histopatologis tidak banyak sehingga kadang tidak representatif.³

Penanganan kista pada pasien dalam laporan kasus ini adalah dengan cara enukleasi untuk mengekstraksi kista. Pada pasien 1 pendekatan yang dilakukan dengan *midfacial degloving* sedangkan pada pasien 2 dengan pendekatan *denker rhinotomy*. Pada kedua operasi ini didapatkan massa berkapsul cairan kental yang tidak berbau dan dicurigai kista. Pada kedua operasi ini dilanjutkan dengan kuretase sampai ke dasar perlekatannya.

Penatalaksanaan selanjutnya pada kista odontogenik adalah mengekstraksi gigi yang terlibat. Ekstraksi gigi tanpa membuang kista menyebabkan kista

akan tetap tumbuh. Jika kista tidak bersih dibuang, kista residual dapat terbentuk.^{1,7} Pada pasien 1, penanganan gigi yang terlibat adalah ekstraksi gigi 2.6 (e.c gangren radiks) sedangkan pada pasien 2 kemungkinan gigi yang terlibat adalah insisivus 2 kanan atas dan saat dikonsulkan tidak disarankan untuk diekstraksi karena gigi tersebut telah erupsi sempurna.

Diagnosis pasti sebuah kista adalah dengan pemeriksaan histopatologi, gambaran kista radikuler adalah dinding kista dibatasi oleh epitel skuamosa berlapis dengan ketebalan yang bervariasi, mengandung infiltrat sel inflamasi yang bervariasi, termasuk limfosit, dan netrofil. Lumen kista sering mengandung debris nekrotik selular. Biasanya disertai dengan badan hialin yang berbentuk bulan sabit (*Rushton bodies*), kolesterol, hemosiderin dan jaringan ikat dalam lapisan epitel. Sedangkan gambaran histopatologi kista dentigerosa adalah kista dengan lumen kistik dibatasi epitel skuamosa kompleks tak berkeratin, sisa-sisa epitel enamel, dengan jaringan ikat fibrosa yang disertai sel radang dan kelenjar sebacea. Lumen kista dapat terisi cairan kental kekuningan dapat juga disertai titik-titik darah.^{1,3,6} Hasil pemeriksaan histopatologi pada kedua pasien ini sesuai untuk gambaran kista odontogenik yaitu kista radikuler untuk pasien 1 dan dentigerosa untuk pasien 2.

Kunjungan setelah operasi dilakukan untuk memantau penyembuhan luka operasi, komplikasi yang terjadi, dan *follow up* radiologis untuk memantau kekambuhan. Pada kedua pasien dilakukan evaluasi untuk melihat penyembuhan luka, dan karena penyembuhan baik, pasien disarankan untuk kontrol bila ada keluhan atau muncul benjolan baru, dan sampai laporan ini dibuat, belum didapatkan kekambuhan pada kedua pasien dalam laporan kasus ini.

SIMPULAN

Angka kejadian kista odontogenik di regio maksilla anterior cukup tinggi, jadi bila didapatkan massa di regio maksilla anterior dengan gejala yang tidak spesifik maka untuk menegakkan diagnosis awal dapat dengan *orthopantomograph* yang akan memberikan gambaran kista lebih jelas dibandingkan CT-scan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Larsen PE. Odontogenesis and odontogenic cysts and tumors. In: Cummings CW, Flint PW, Haughey BH, Robbins KT, Thomas JR, Harker LA, et al., editors. Cummings : Otolaryngology: Head and neck surgery. Fourth ed. Philadelphia: Mosby, Inc; 2005.
2. R EG, B K, H O. The prevalence of inflammatory and developmental odontogenic cysts in a Libyan population. *Libyan J Med.* . 2007(AOP : 071216):75-7.
3. Coulthard P, Horner K, Sloan P, Theaker ED. Cysts. Master dentistry, oral and maxillofacial surgery, radiology, pathology and oral medicine. British: Churchill Livingstone; 2003. p. 149-57.

4. Seno S, Ogawal T, Shibayama M, Ogawa F, Fukui J, Owaki S, *et al.* Endoscopic sinus surgery for the odontogenic maxillary cysts. *Rhinology*. 2009(47):305-9.
5. Tekkesin MS, Olgac V, Aksakalli N, Alatli C. Odontogenic and nonodontogenic cysts in Istanbul : Analysis of 5088 cases. *Head & Neck* 2012(June 2012):852-5.
6. Chung WL, Cox DP, Ochs MW. Odontogenic cysts, tumors and related jaw lesions. In: Bayley BJ, Johnson JT, Newlands SD, editors. *Head and neck surgery - otolaryngology*. Fourth ed. Philadelphia: Lippincott williams and wilkins 2006. p. 1570-83.
7. Nunez-Urrutia S, Figueiredo R, Gay-Escoda C. Retrospective clinicopathological study of 418 odontogenic cysts. *Med Oral Patol Cir Bucal*. 2010(Sep):767-73.
8. Smith RA. Jaw cysts. In: Lalwani AK, editor. *Current diagnosis and treatment* New York: McGraw Hill; 2007.
10. Meningaud J-P, Oprean N, Pitak-Arnrop P, Betrand J-C. Odontogenic cysts: a clinical study of 695 cases. *Journal of Oral Science*. 2006;48(2):59-62.
11. Prabhu SP, Padwa BL, Robson CD, Rahbar R. Dentigerous cyst associated with a displaced tooth in the maxillary sinus: an unusual cause of recurrent sinusitis in an adolescent. *Pediatr Radiol*. 2009;39:1102-4.