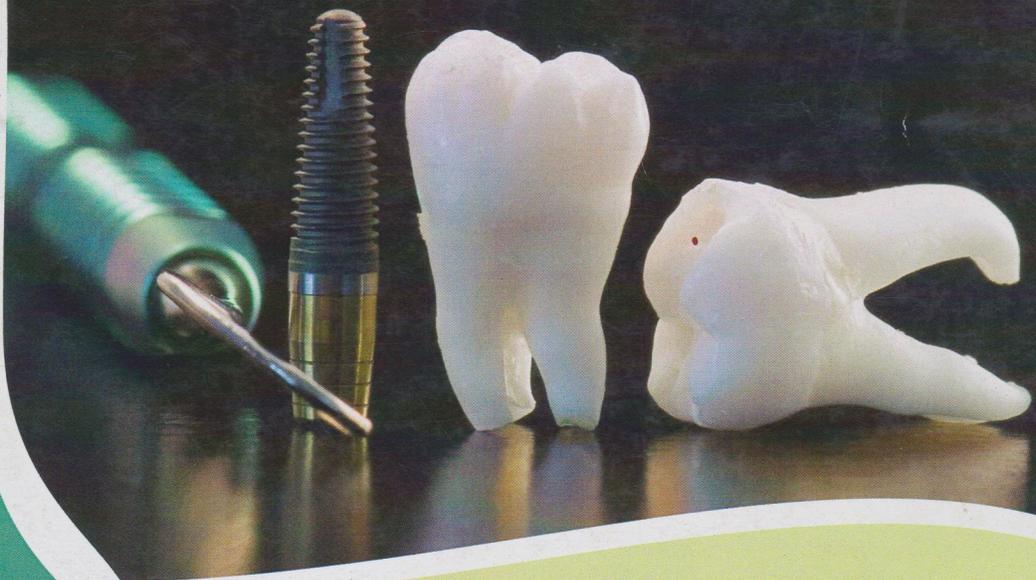


ISBN 978-602-74798-7-6



Proceedings Book

"The ABC's of Dentistry :
Knowledge and Skill"



FORKINAS VI

FORUM KOMUNIKASI ILMIAH NASIONAL VI

Editor :

Dr. F.X. Adi Soesetijo, drg., MKes., SpPros | Dr. Didin Erma Indahyani, drg., MKes
Leliana Sandra Devi, drg., SpOrt | Sri Lestari, drg., MKes | Dr. Masniari Novita, drg., MKes, SpOF
Zainul Cholid, drg., SpBM | Dr. Atik Kurniawati, drg., Mkes | Dr. Ristya Widi Endah Yani, drg., MKes

DENTAL FACULTY UNIVERSITY OF JEMBER

OCTOBER 14th-15th 2016

BALAI SERBA GUNA GOR KALIWATES JEMBER
JL. NUSANTARA (GOR PKPSO KALIWATES), JEMBER, EAST JAVA, INDONESIA

ISBN: 978-602-74798-7-6

PROCEEDINGS BOOK

THE ABC'S OF DENTISTRY : KNOWLEDGE AND SKILL

**FORKINAS VI
FORUM KOMUNIKASI ILMIAH NASIONAL VI**

EDITOR

Dr.drg. Fx.Ady Soesetyo, Sp. Prost
Dr.drg. Didin Erma Indahyani, M.Kes
Drg. Leliana Sandra Devi, Sp.Prost
Drg. Sri Lestari, M.Kes.
Dr.drg. Masniari Novita, M.Kes.
Drg. Zainul Arifin, Sp.BM.
Dr. drg. Atik Kurniawati, M.Kes.
Dr. drg. Ristya Widi Endah Yani, M.Kes

DENTAL FACULTY UNIVERSITY OF JEMBER

OCTOBER 14TH – 15TH 2016

BALAI SERBAGUNA GOR KALIWATES JEMBER

JL. NUSANTARA (GOR PKPSO) KALIWATES JEMBER, EAST JAVA, INDONESIA

Proceedings Book FORKINAS VI FKG UNEJ 14th-15th 2016

TABLE OF CONTENTS

	Hal
Title Page	
Foreword.....	3
Table of Contents.....	4
Main Lecture Program	5
Hands On	6
Oral Presentation	7
Poster Presentation	8
Paper Submit	
1. Distress Potentially Causing The Oral Cavity Diseases Zahreni-Hamzah.....	15
2. Botox in Dentistry Ulfa Elfiah.....	25
3. Adenomatoid Odontogenic Tumor Maxilla Dextra – Local Excision (Case Report) Nugroho Setyawan, David B. Kamadjaja.....	29
4. Actinic Cheilitis in Fishpond Worker Toni Masruri, Rindang Tanjungsari, Hening Tuti Hendarti.....	40
5. Oral ulceration due to drug medications (a case report) Manuel D H Lugito.....	50
6. Pertimbangan Laboratoris Dan Klinis Nilon Termoplastis Sebagai Basis Gigi Tiruan Sebagian Lepas FX Ady Soesetijo	57
7. Unusual Submandibular Abscess caused by first molar radix : A Case Report Teuku Ahmad Arbi	66
8. Penatalaksanaan Fraktur Simfisis Mandibula Dengan Metode <i>Closed Reduction</i> (Laporan Kasus) Riska Diana, David Kamadjaja.....	73
9. Kista Dentigerous Beradang Pada Maksila Ikhran kharis, Fika Rah Ayu, David B. Kamadjaja.....	88
10. Analysis Effects Of Caffeine On Improvement Osteoclastogenesis And Oriodontic Tooth Movement Herniyati, Leliana Sandra Devi, Happy Harmono.....	104
11. Learn About The Cause, Symptoms, And Treatment For Infeksi Virus Herpes Simplex Tipe I Cintya Rizki Novianti, Dyah Indartin Setyowati.....	115
12. Gingivitis Severity of Contraceptives Injection Users Containing Progesteron and Estrogen-Progesteron Hormones on Puskesmas Summersari Jember Regency Anjayani Sri Utami, Depi Praharani, Peni Pujiastuti.....	121
13. Chronic Periodontitis Versus Aggressive Periodontitis: Clinical Case Report Widowati	132
14. Fibroma Pada Regio 11 dan 12 Budi Yuwono.....	147

Kista Dentigerous Beradang Pada Maksila

Ikhran kharis*, Fika Rah Ayu**, David B. Kamadjaja***

*Residen Program Studi Bedah Mulut dan Maksilofasial Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga; **Residen Program Studi Bedah Mulut dan Maksilofasial Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga; *** Staf Departemen Bedah Mulut dan Maksilofasial Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga

Correspondence : ikhram.kharis@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang : Kista dentigerous merupakan kista dari lapisan epitel pada rahang yang berasal dari dental folikel gigi yang tidak mengalami erupsi. Kista yang berukuran kecil biasanya secara klinis tidak terdeteksi dan akan ditemukan pada saat pemeriksaan radiografis rutin. Kista dentigerous biasanya asimtomatik kecuali bila ukurannya menjadi sangat besar atau bila mengalami infeksi sehingga akan memberikan keluhan sakit. **Tujuan :** Menyajikan tata laksana kasus kista dentigerous beradang pada maksila secara bertahap dengan marsupialisasi dan enukleasi kista. **Laporan kasus :** Pasien wanita usia 18 tahun datang ke Klinik Bedah Mulut dan Maksilofasial Rumah Sakit Gigi dan Mulut UNAIR dengan keluhan nyeri pada pipi kiri atas yang bengkak sejak 2 minggu sebelum datang ke Rumah sakit. Pada pemeriksaan fisik didapatkan pasien dengan keadaan umum baik, status generalis dalam batas normal. Hasil pemeriksaan klinis ekstra oral tampak asimetris wajah pada regio maksila kiri, tampak pembengkakan batas difus mulai dari infraorbita ke maksila, kemerahan, konsistensi padat kenyal, dan nyeri tekan. Pada pemeriksaan intra oral tampak pembengkakan berbatas jelas pada region gigi 21, 63, 24,25, ukuran 8x3cm, konsistensi padat keras, nyeri tekan, terdapat daerah fluktuasi, serta mobilitas gigi 63, 24 dan 25. Pada foto panoramik, lesi tampak radiolusen dengan batas jelas, dan ditandai dengan garis batas radiopak yang tipis, ditepi massa tampak gigi kaninus impaksi yang terdesak ke apikal. Setelah dilakukan insisi drainage dan evaluasi sampai tanda inflamasi menghilang, pasien dilakukan Insisional biopsi dan marsupialisasi. Evaluasi 3 bulan post Marsupialisasi, rongga kista mengecil lalu dilakukan enukleasi kista dan ekstraksi gigi kaninus yang impaksi. Hasil pemeriksaan HPA post enukleasi disimpulkan lesi sesuai dengan kista dentigerous. **Kesimpulan :** Kista dentigerous yang luas dapat diterapi dengan marsupialisasi dan diikuti dengan enukleasi kista.

Kata kunci : *kista dentigerous, marsupialisasi, enukleasi.*

Pendahuluan

Kista didefinisikan sebagai rongga patologis yang berisi cairan, bahan setengah cair atau gas dan sering kali dibatasi oleh lapisan epitel dan bagian luarnya dilapisi oleh jaringan ikat dan pembuluh darah.¹ Kista odontogenik adalah kista yang paling sering terjadi pada maksila.^{2,3}

Kista dentigerous adalah rongga patologis yang dibatasi oleh epitelium atau kantung jaringan ikat yang berbatas epitelium skuamosa berlapis yang terbentuk di sekeliling mahkota gigi yang tidak erupsi dan terdapat cairan¹. Berdasarkan klasifikasi WHO kista dentigerous merupakan kista dari lapisan epitel pada rahang yang terjadi karena proses pertumbuhannya berasal dari dental folikel gigi yang tidak mengalami erupsi atau sedang dalam pertumbuhan (setelah proses kalsifikasi)¹.

Kista dentigerous biasanya terdeteksi pada anak-anak, remaja atau dewasa, walaupun terkadang dapat ditemukan pada orang yang lebih tua⁴. Kista dentigerous dapat terjadi pada kisaran tahun 3-57 tahun, dan pada penelitian di Brazil ditemukan 10 dari 17 kasus kista dentigerous terjadi pada anak di bawah 15 tahun⁵. Kista dentigerous lebih banyak ditemukan pada laki-laki dibanding wanita dan hampir 60% dari kista ini terjadi pada dekade dua hingga dekade tiga kehidupan. Sekitar 70% dari lesi terjadi pada mandibula dan 30% pada maksila⁴. Hampir 62% terjadi pada gigi molar, 12% terjadi pada premolar dan 12% pada gigi kaninus dan sisa 14% muncul pada tempat lain di dalam tulang rahang. Prevalensi kista dentigerous pada populasi kulit putih lebih tinggi dibandingkan populasi kulit hitam⁴.

Gejala klinis yang terlihat adanya pembengkakan yang tumbuh lambat, tidak sakit, palpasi keras menunjukkan adanya ekspansi kortikal. Jika ada rasa sakit dan pembengkakan yang tumbuh cepat mengindikasikan adanya peradangan. Jika kista ini diaspirasi akan diperoleh cairan jernih kekuningan.³ Gambaran histologis dinding kista memperlihatkan bahwa kista dilapisi oleh *reduced enamel epithelium*. Stroma jaringan ikat menunjukkan gambaran tipe primitif ektomesenkim. Temuan tersebut tergantung ada tidaknya komponen inflamasi pada kista. Kista yang tidak terinfeksi memiliki lapisan epitelium yang padat 2-4 lapis tersusun oleh ektomesenkim primitif. Lapisan sel ini sedikit kuboid dibanding kolumnar dan terlihat *rete peg*. Stroma jaringan ikat longgar dan kaya akan *acid mucopolysaccharides*. Karakteristik kista dentigerous terinflamasi adalah *rete ridge* yang hiperplastik dan dinding kista memperlihatkan infiltrasi inflamatori.

Kista odontogenik dan non odontogenik yang berasal dari ekstraoseus dan intraoseus dapat menyebabkan perforasi dengan saluran ke mukosa oral. Infeksi sekunder atau perluasan langsung dari tulang biasanya menyebabkan lesi ini. Kista inflamatori dan

kista lain yang membesar seperti kista dentigerous dan odontogenik keratosis bisa sebagai penyebab utama. Kebanyakan abses dentoalveolar ini merupakan hasil perluasan langsung dari pulpitis akut, periodontitis non supuratif akut, atau eksaserbasi akut *periapical granuloma*, kista atau abses kronis.¹

Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk memberikan informasi pada klinisi tentang tindakan bedah bertahap pada penanganan kista dentigerous maksila dengan tindakan marsupialisasi, enukleasi kista, pengambilan gigi kaninus yang tidak erupsi.

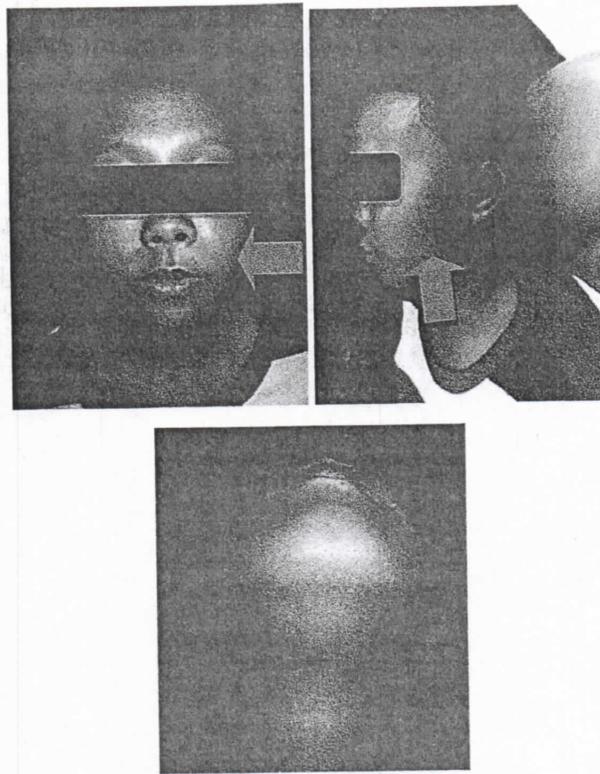
Tatalaksana Kasus

Seorang wanita berusia 18 tahun datang ke Klinik Bedah Mulut dan Maksilofasial RSGM UNAIR pada tanggal 13 oktober 2015. Pasien mengeluhkan bengkak pada pipi sebelah kiri. Pasien mengatakan 5 tahun yang lalu, pernah dilakukan operasi untuk mengambil gigi taringnya yang tertanam. Setelah itu, pasien sudah tidak merasakan rasa sakit lagi. 1 tahun yang lalu, pasien terbentur bola di daerah pipi kiri atas dan pasien mulai pusing. Kemudian 2 minggu yang lalu, pipi kiri pasien terbentur pagar di daerah yang sama. 1 minggu terakhir timbul rasa sakit kemudian minum obat asam mefenamat untuk menghilangkan rasa sakit, rasa sakit menghilang namun bengkak masih ada. Pasien merasakan sakit saat mengunyah. Pasien menyangkal memiliki riwayat tekanan darah tinggi, kencing manis, dan alergi obat.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan pasien dengan keadaan umum baik, status generalis dalam batas normal.

Hasil pemeriksaan klinis ekstra oral (**gambar 1**) didapatkan :

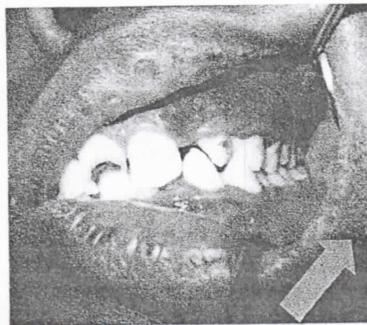
- Inspeksi : Tampak asimetris wajah pada regio maksila kiri, tampak pembengkakan berbatas *diffuse* mulai dari infraorbita ke maksila, kemerahan (+)
- Palpasi : Teraba pembengkakan, batas *diffuse*, konsistensi padat kenyal, nyeri tekan (+)



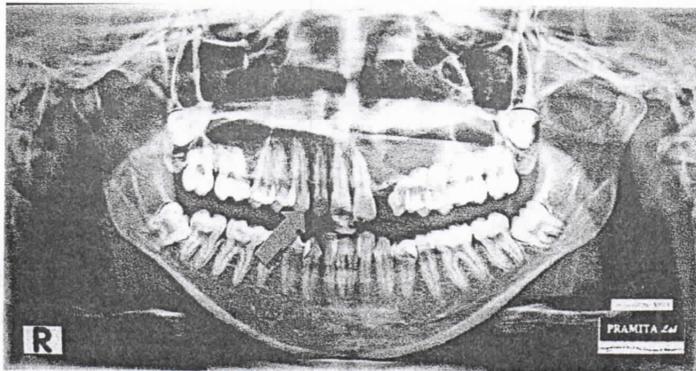
Gambar 1. Foto Klinis ekstra oral tampak asimetris wajah pada regio maksila kiri disertai pembengkakan berbatas *diffuse* mulai dari infraorbital ke maksila

Pada pemeriksaan intra oral (**gambar 2**) didapatkan :

- Inspeksi : Tampak pembengkakan berbatas jelas pada regio gigi 21, 63, 24,25, ukuran $\pm 8 \times 3 \times 2$ cm, warna mukosa disekitar *slight hiperemi*
- Palpasi : Teraba pembengkakan padat keras, disertai nyeri tekan, terdapat daerah fluktuatif, mobilitas gigi 63 (2°), 24 (2°), 25 (2°)



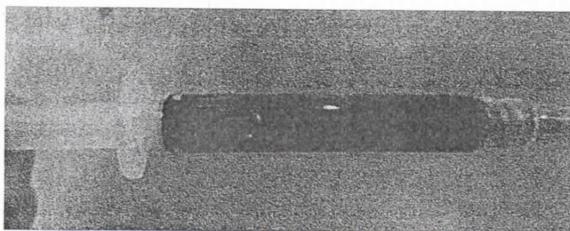
Gambar 2. Foto klinis Intra Oral tampak massa berbatas jelas pada regio gigi 21, 63, 24,25, warna mukosa disekitar *slight hiperemi*



Gambar 3. Foto Radiologi Panoramik tampak gambaran lesi radiolusen pada apikal gigi rahang atas kiri disertai impaksi gigi 23 yang terdesak ke arah apikal

Pada pemeriksaan panoramik tampak gambaran radiolusen unilokuler berbatas jelas pada regio apikal gigi 21 sampai gigi 26, tampak impaksi gigi 23 yang terdesak oleh massa ke arah apikal, mahkota gigi 23 tampak terlibat dalam massa kista, tampak tepi lesi sklerotik dengan korteks yang jelas, dan ditandai dengan garis batas radiopak yang tipis (**gambar 3**).

Pada pemeriksaan awal tersebut didapatkan infeksi sekunder pada massa, sehingga kemudian dilakukan test pungsi pada benjolan tersebut. Pada pungsi awal didapatkan cairan kuning kecoklatan jernih sebanyak 30cc (**gambar 4**). Setelah itu pasien dipulangkan dan diberi medikasi antibiotik (Amoxicillin 500mg) dan NSAID (asam Mefenamat 500mg) dan direncanakan insisional biopsi bila inflamasi mereda.



Gambar 4. Hasil test pungsi pada massa tampak cairan kuning kecoklatan

Pada tanggal 16 oktober 2015 pasien datang untuk kontrol kembali setelah pengobatan dengan antibiotik selama tiga hari. Pada anamnesa diperoleh informasi bahwa masih ada rasa sakit pada pipi kiri. Hasil pemeriksaan intra oral dan ekstra oral tidak ada

perubahan yang signifikan. Masih terdapat tanda-tanda inflamasi. Sehingga diputuskan untuk melanjutkan obat dan pasien tetap diacarakan untuk dilakukan insisional biopsi setelah tanda-tanda inflamasi mereda.

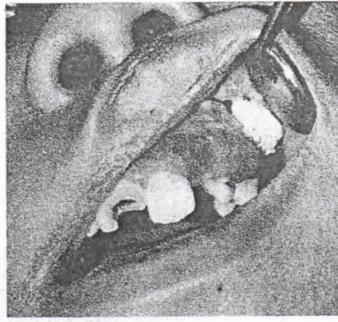
Pada tanggal 18 februari 2016, pasien datang lagi ke klinik Bedah Mulut Dan Maksilofasial RSGM UNAIR setelah 3 bulan tidak datang kontrol. Dari anamnesa didapatkan bahwa pasien masih merasa nyeri dan sudah tidak meminum obat. Ukuran benjolan masih tetap sama, maka di lakukan insisi drainase.

Pada tata laksana insisi drainase, insisi dilakukan pada daerah yang paling fluktuatif di regio gigi 24-25, didapatkan cairan kuning jernih (cairan kista) \pm 5cc bercampur darah. Dilanjutkan irigasi PZ dan povidone iodine \pm 30cc, lalu dibilas PZ lagi. Benjolan terlihat mengecil. Setelah itu dilakukan insersi *rubber drain* dan difiksasi dengan 2 jahitan *silk* 3.0 (**gambar 5**).



Gambar 5. Gambaran klinis intra oral paska insisi drainage

Pada tanggal 24 Februari 2016 kemudian pasien dilakukan Insisional biopsi disertai marsupialisasi dengan anestesi lokal. Insisi dilakukan pada bagian mesial dan distal dari *window* post marsupialisasi. Kemudian *window* diperlebar, dan didapatkan dinding kista. Dilakukan insisi pada dinding kista dan dilanjutkan irigasi dengan larutan PZ steril. Dilakukan pemasangan kassa tampon kamicetin dan difiksasi dengan jahitan benang *silk* 4.0 (**gambar 6**). Sampel jaringan kemudian dikirim ke bagian Patologi Anatomi RSUD dr.Soetomo Surabaya.



Gambar 6. Gambaran klinis intra oral paska insisional biopsi dan marsupialisasi

Hasil pemeriksaan HPA post insisional biopsi (02/03/2016) menunjukkan potongan jaringan sebagian dilapisi *epithel squamous*, *stroma* terdiri dari jaringan ikat *fibrous* dengan infiltrasi sel radang limfosit, histiosit dan sel plasma. Tidak tampak proses spesifik maupun tanda-tanda keganasan. Kesimpulan hasil HPA lebih sesuai *radicular cyst*.

Pada tanggal 1 Maret 2016 pasien dijadwalkan untuk kontrol pemasangan obturator, setelah sebelumnya dilakukan pencetakan obturator dan penggantian kasa kamicetin secara berkala pada tanggal 26 Februari 2016.

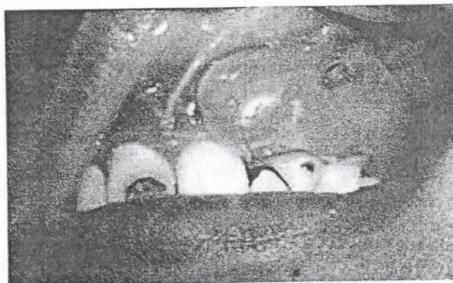
Evaluasi bulan ke-3 setelah pemasangan obturator, pasien sudah tidak mengalami keluhan sama sekali, tidak ada rasa nyeri saat pemasangan obturator, serta sudah tidak ada cairan yang keluar dari window. Pasien masih merasakan nyeri ketika pipinya ditekan. Bengkak di pipi sudah berkurang dibanding sebelumnya.

Pada pemeriksaan ekstra oral didapatkan pada Inspeksi : masih tampak pembengkakan di pipi kiri minimal, *diffuse*, kemerahan (-). Pada palpasi : teraba massa, konsistensi padat kenyal, dengan nyeri tekan minimal (**gambar 7**).

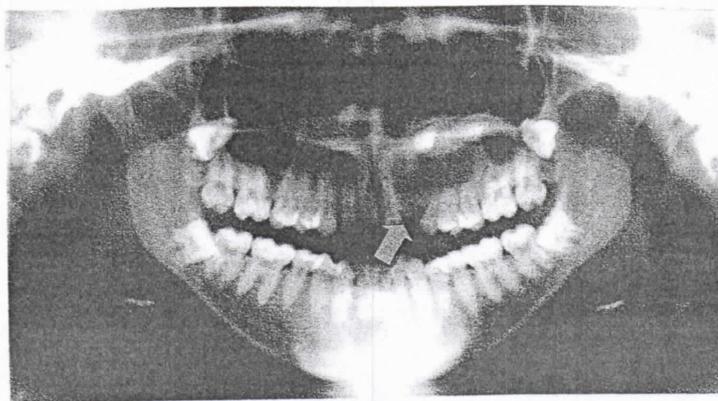
Klinis Intra Oral tampak pembengkakan pada regio 21-22, *window* (+), batas *diffuse*, kemerahan (-). Pada palpasi teraba pembengkakan, batas *diffuse*, konsistensi padat kenyal, nyeri tekan minimal, obturator *fixed*. (**gambar 8**).



Gambar 8. Gambaran ekstra oral 12 hari paska insisi drainage tampak penurunan pembengkakan di regio pipi kiri



Gambar 9. Gambaran klinis intra oral pemasangan obturator

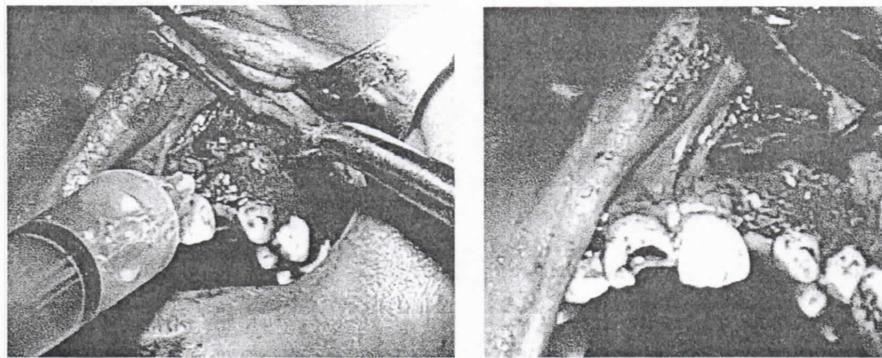


Gambar 10 . Foto radiologi panoramik bulan ke-3 paska marsupialisasi tampak ukuran massa kista menjadi lebih kecil

Pada evaluasi radiologis dengan foto panoramik, masih tampak gambaran radiolusen berbatas jelas pada regio apikal gigi 21 sampai gigi 26, tampak impaksi gigi 13,

tepi sklerotik yang berbatas tegas, dengan korteks yang jelas, dan terdapat peningkatan radiopasitas yang lebih menebal pada tepi lesinya. Hal ini menunjukkan peningkatan kalsifikasi tulang sebagai dampak dari penurunan volume massa kista yang terjadi setelah marsupialisasi (**gambar 10**).

Pada tanggal 13 Mei 2016 pasien dilakukan enukleasi kista. Insisi berbentuk trapesium dilakukan dari distal gigi 21 sampai distal gigi 25. Pembuatan flap berbentuk trapezium menggunakan rasparatorium. Didapatkan epitel kista dari regio distal gigi 21 sampai distal gigi 25. Dilakukan kuretase agar epitel kista terpisah dari rongga kista. Epitel kista dapat dipisahkan dalam kondisi terpecah-pecah. Tulang dikurangi menggunakan round bur dan irigasi PZ. Gigi impaksi pada regio 23 diungkit menggunakan bein. Gigi dikeluarkan menggunakan klem, kemudian dilakukan kuretase dan irigasi. Aplikasi spongostan dan flap dikembalikan, dan dijahit menggunakan benang *silk* 4.0 (**gambar 11**). Sampel Jaringan diperiksa ke Patologi Anatomi (**gambar 12**).

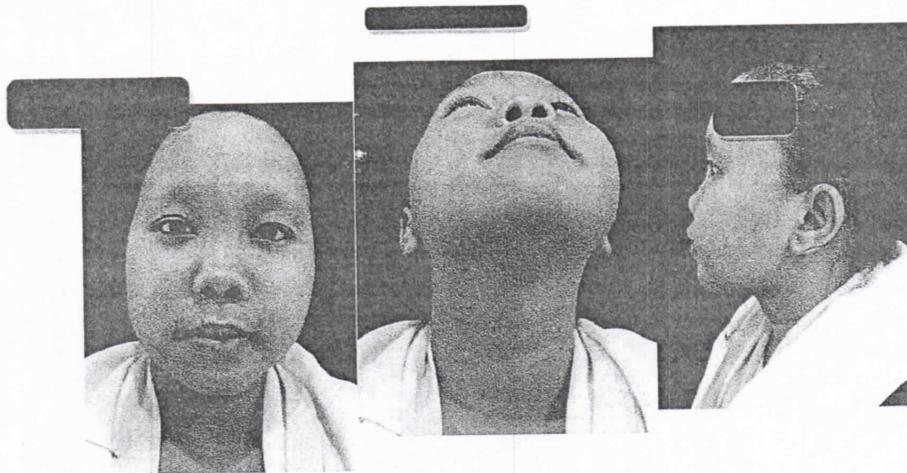


Gambar 11. E nukleasi Kista



Gambar 12. Sample jaringan kista

Evaluasi ke 2 hari ke 11 post enukleasi, pasien mengatakan tidak ada rasa nyeri dan bengkak di pipi berkurang. Pasien sudah bisa membuka dan menutup mulut secara normal. Pada pemeriksaan klinis ekstra oral tidak didapatkan pembengkakan dan asimetri wajah, serta nyeri tekan (-). Pada pemeriksaan klinis intra oral regio gigi 22, 24, 25 dan 26, inspeksi: tampak luka post operasi baik, jahitan lengkap, debris (+), pembengkakan (-), kemerahan (-). Palpasi : teraba massa luka post operasi, jahitan lengkap, massa (-), nyeri tekan (-). Kemudian dilakukan pengambilan jahitan.



Gambar 13. Evaluasi klinis ekstra oral hari ke 11 paska enukleasi kista tampak tidak terlihat asimetri wajah



Gambar 14. Evaluasi Klinis intra oral hari ke 11 paska enukleasi kista, tampak luka operasi telah sembuh sempurna dan tidak tampak benjolan baru

Hasil HPA post enukleasi kista (19/05/16), menunjukkan potongan jaringan dilapisi *epitel squamous* berstratifikasi dengan beberapa sel-sel radang limfosit dan neutrofil,

stroma berupa jaringan ikat *fibrous* dengan infiltrasi sel-sel radang limfosit. Tidak tampak proses spesifik maupun tanda-tanda keganasan. Kesimpulan maksila sinistra sesuai kista dentigerous.

Pembahasan

Pada laporan kasus ini dikemukakan suatu kista dentigerous yang terdapat pada penderita perempuan berusia 18 tahun yang datang dengan keluhan pembengkakan pada pipi atas kiri yang makin lama makin membesar dan terasa sakit.

Kista dentigerous merupakan kista yang berhubungan dengan mahkota gigi atau gigi yang tidak erupsi atau gigi yang sedang dalam perkembangan. Berdasarkan klasifikasi WHO kista dentigerous merupakan kista dari lapisan epitel pada rahang yang terjadi karena proses pertumbuhannya berasal dari dental folikel gigi yang tidak mengalami erupsi atau sedang dalam pertumbuhan (setelah proses klasifikasi).¹

Kista dentigerous biasanya asimtomatik kecuali bila ukurannya menjadi sangat besar (10-15 cm) sehingga bila terjadi infeksi sekunder maka akan terasa sakit. Infeksi dapat juga menyebabkan gejala umum seperti bengkak yang membesar dan rasa sakit. Infeksi sekunder sering terjadi dan dapat mengakibatkan ekspansi rahang, sehingga ada kemungkinan terjadi fraktur patologis¹. Pada kasus ini, kista dentigerous yang diderita pasien pada awalnya tumbuh perlahan tanpa keluhan, sampai akhirnya kista tersebut mengalami peradangan sehingga menimbulkan keluhan dan mengakibatkan pembengkakan pada maksila.

Kista dapat memiliki berbagai macam ukuran, dari yang pembesarannya berlangsung lambat pada kantong perikoronar hingga yang meliputi sebagian tulang rahang. Kista umumnya berkembang pada satu gigi, tetapi dapat juga meliputi beberapa gigi yang berdekatan bila kista tersebut membesar. Selanjutnya akan menyebabkan pergeseran gigi jauh dari posisinya yang normal terutama pada kista yang mengenai gigi-geligi dirahang atas sehingga tidak mungkin menentukan gigi asal kista.^{1,6,8,10} Sesuai dengan kasus ini, gigi 23 impaksi yang terlibat dalam kista, tampak bergeser ke arah apikal karena terdesak oleh massa kista.

Impaksi gigi menghambat aliran vena keluar dari sel dan kemudian menyebabkan transudasi cairan yang melintasi dinding kapiler. Tekanan hidrostatis membuat folikel terpisah dari mahkota sehingga menyebabkan perluasan kista. Pada dasarnya kista ini terjadi akibat dilatasi ruang folikuler normal disekitar mahkota gigi yang sedang erupsi disebabkan akumulasi cairan jaringan atau darah. Proliferasi kista terjadi oleh suatu proses hiperosmolaritas sehingga akan terjadi kerusakan sel-sel kista dibagian tengah dan selanjutnya akan terjadi tekanan *gradient osmotic* yang akan memompa cairan di luar kista menuju lumen kista.^{5,6,7,8,9}

Kista dentigerous memiliki potensi membesar, menyebabkan kerusakan medulla tulang dan ekspansi rahang. Kista dentigerous memiliki kecenderungan untuk menggeser dan meresorpsi gigi tetangga. Gigi yang terkena kista biasanya berpindah tempat dengan jarak tertentu.^{6,12} Pada kasus ini tidak terjadi resorpsi gigi tetangga sehingga klinis tidak terjadi kegoyangan pada gigi tetangga sehingga tidak perlu dilakukan pencabutan, hanya menggeser gigi 23 yang terlibat ke arah apikal.

Kista dentigerous dapat diidentifikasi secara radiologis dengan mudah karena gambaran radiografisnya sangat khas. Biasanya tampak berupa gambaran radiologis simetris, unilokuler, berbatas tegas, dan mengelilingi mahkota gigi yang tidak erupsi (impaksi). Kecuali untuk kista yang terinfeksi sehingga tepinya berbatas tidak jelas. Pertumbuhan kista yang lambat dan teratur, membuat kista dentigerous mempunyai tepi sklerotik yang berbatas tegas, dengan korteks yang jelas, dan ditandai dengan garis batas radiopak yang tipis, terutama jika kista relatif besar ukurannya atau jika telah terjadi perubahan posisi gigi dari tempatnya.^{2,10,11,12}

Pada pemeriksaan panoramik kasus ini, tampak gambaran radiolusen unilokuler berbatas jelas pada regio apikal gigi 21 sampai gigi 26, tampak impaksi gigi 23 yang terdesak oleh massa ke arah kranial, mahkota gigi 23 tampak terlibat dalam massa kista, tampak tepi lesi sklerotik dengan korteks yang jelas, dan ditandai dengan garis batas radiopak yang tipis lesi tampak radiolusen dengan batas jelas.

Dari pemeriksaan klinis dan radiologis dapat ditegaskan suatu kista dentigerous yang disebabkan oleh impaksi gigi 23. Hal ini sesuai juga dengan hasil pemeriksaan histopatologis paska operasi yang menunjukkan potongan jaringan dilapisi *epitel squamous*

berstratifikasi dengan beberapa sel-sel radang limfosit dan neutrofil, *stroma* berupa jaringan ikat fibrous dengan infiltrasi sel-sel radang limfosit. Tidak tampak proses spesifik maupun tanda-tanda keganasan. Kesimpulan maksila sinistra sesuai kista dentigerous.

Pada kista dentigerous yang tidak meradang, lapisan epitelnya terdiri atas 2 sampai 4 lapisan sel epithelium tak berkeratin serta jaringan ikat dibawahnya menjadi rata. Dinding jaringan ikat subepitel tidak tersusun baik dan mengandung bahan dasar glikosaminoglikan yang banyak. Dinding jaringan ikat subepitel berbentuk kapsul yang biasanya tersusun dari jaringan kolagen yang agak padat, dengan disertai sel datia benda asing. Biasanya sel radang kronis dapat dijumpai, tetapi bila dijumpai ulserasi, dapat dijumpai campuran sel radang kronis dan akut. Dinding jaringan ikat kista kadang-kadang menebal dan terdiri atas jaringan penghubung rapuh yang banyak mengandung jaringan kolagen yang menyebar sehingga didiagnosa kista ini sebagai tumor odontogenik fibroma atau odontogenik miksoma.^{8,1}

Pada kista dentigerous yang mengalami peradangan atau infeksi sekunder, lapisan epitel mengalami hiperplasia, terjadi akantosis dengan perkembangan *rete peg* dari epitel squamosa, dinding fibrosa lebih padat kolagen sehingga lebih kenyal, dengan bermacam-macam infiltrasi sel radang kronis. Gambaran permukaan epitel yang berkeratin kadang dapat terlihat dan harus dibedakan dengan kista keratosis odontogenik.^{6,8}

Penatalaksanaan terapi kista dentigerous pada lesi yang kecil dapat dilakukan pengangkatan secara bedah. Perawatan pilihan untuk kista adalah E nukleasi yaitu dilakukan dengan cara pengerokan mukosa dinding kista disertai pencabutan gigi yang bersangkutan dan pembuangan dinding kista yang menonjol. Pengerokan mukosa dinding kista disertai pencabutan gigi yang bersangkutan dan pembuangan kapsul/dinding kista serta tulang yang menonjol, untuk mencegah terbentuknya kista residual yang mengakibatkan rekurensi.^{10,15} Jika lesi besar yang meliputi adanya kehilangan tulang yang banyak maka dilakukan marsupialisasi dengan memasukkan *surgical drain*. Marsupialisasi adalah membuat suatu jendela pada dinding kista dalam pembedahan, mengambil isi kistanya dan memelihara kontinuitas antara kista dengan rongga mulut, sinus maksilaris atau rongga hidung^{1,9,7,8}

Managemen kista dentigerous pada kasus ini, diawali dengan insisi drainage sebelum marsupialisasi. Hal ini dilakukan karena pada kista beradang pemeriksaan HPA

akan sulit mendapatkan jaringan patologis yang representatif. Setelah radang mereda, dilakukan tindakan marsupialisasi dan insisional biopsi serta pemasangan obturator dengan maksud mengecilkan ukuran massa sehingga massa akan lebih mudah dilakukan tindakan enukleasi dan odontektomi gigi 23 yang impaksi.

Prognosis kista dentigerous baik sekali dan tidak ada kemungkinan terjadi rekurensi setelah dilakukan enukleasi secara sempurna. Namun kista residual dapat berkembang jika lesi tidak dienukleasi secara sempurna.^{10,11,15}

Kesimpulan

Kista dentigerous adalah rongga patologis yang dibatasi oleh epitelium atau kantung jaringan ikat yang berbatas epitelium skuamosa berlapis yang terbentuk di sekeliling mahkota gigi yang tidak erupsi dan terdapat cairan.¹ Infeksi dapat juga menyebabkan gejala umum seperti bengkak yang membesar dan rasa sakit. Infeksi sekunder sering terjadi dan dapat mengakibatkan ekspansi rahang, sehingga ada kemungkinan terjadi fraktur patologis.^{1,10} Pada kista dentigerous yang mengalami peradangan atau infeksi sekunder, lapisan epitel mengalami hiperplasia, terjadi akantosis dengan perkembangan *retepeg* dari epitel skuamosa, dinding fibrosa lebih padat kolagen sehingga lebih kenyal, dengan bermacam-macam infiltrasi sel radang kronis. Gambaran permukaan epitel yang berkeratin kadang dapat terlihat dan harus dibedakan dengan kista keratosis odontogenik.^{6,8} Penatalaksanaan kista dapat dilakukan dengan marsupialisasi, enukleasi dan pencabutan gigi impaksi yang terlibat. Prognosis kista dentigerous baik sekali dan tidak ada kemungkinan terjadi rekurensi setelah dilakukan enukleasi secara sempurna.^{10,11,15}

Pustaka

1. Birnbaum W, Stephen M. Dunne. *Diagnosis Kelainan dalam Mulut*. EGC. Jakarta. 2009.
2. Dagistan S, Cakur B, and Goregen M. A Dentigerous Cyst Containing An Ectopic Canine Tooth Below The Floor Of Maxillary Sinus : A Case Report. *Journal Of Oral Science*, 2007. Vol. 49 no.3, 249-252,. <http://www.jos.dent.nihon-u.ac.jp>journal>.
3. Dunlap C. Cysts of the Jaws. University of Missouri. <http://dentistry.umkc.edu>asset>jcysts>.

4. George L, Adams, Lawrence R. Boies, Peter H. Higler. Alih bahasa, Carolina Wijaya, editor, Harjanto Efendi. Boies : *Buku Ajar Penyakit THT*. Edisi 6. Jakarta : EGC 2000. P 240-259
5. Soetjipto Damayanti. *Patogenesis, Diagnosis dan Penatalaksanaan Medik Sinusitis*, disampaikan dalam : Simposium Penatalaksanaan Otitis Media Supurativa Kronik, Sinusitis Dan Demo Timpanoplasti 22-23 Maret 2003, Denpasar, Bali
6. Mhaske S, Ragavendra R, Doshi J.J, Nadaf I. Dentigerous Cyst Associated with impacted permanent maxillary canine. *People's Journal of Scientific Research*. Vol.2(2), July 2009. <http://www.pjsr.org>>july09_pdf>dr.Subha.
7. Naves MD, Settle-Dias AC, Abdo EN, Gomez RS. The histopathological examination of the dental follicle of asymptomatic impacted tooth : is it necessary ?. *Arch Oral Res*. 2012 Jan/Apr; 8 (1) : 67-71. <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/AOR>.
8. Syafriadi, Mei. *Patologi Mulut*. Yogyakarta. 2008.
9. Shear, Mervyn. *Kista Rongga Mulut edisi 3*. EGC. Jakarta. 2012.
10. Pramono, Coen. *Kista Odontogen dan Non Odontogen*. Airlangga Universal Express. Surabaya. 2006.
11. Sudiono, Janti. *Kista Odontogenik*. EGC. Jakarta. 2011.
12. Sharma A, Singh VP, Shamna S. Dentigerous Cyst Associated with Unusual Supernumerary Teeth; a case report. *Asian Journal of Medical Sciences* 2, September (2011) 124-127. <http://10.3126/ajms.v2i2.4247>.
13. Ju-Yeon Cho, Ki-Young Nam. Expanded dentigerous cyst invading the entire maxillary sinus : a case report. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg* 2012; 38;245-8. <http://synapse.koreamed.org/jkaoms-38-245>.
14. Wang C.J, Huang P.H, Wang Y.L, Shyng Y.C, Kao W.B. Dentigerous Cyst Over Maxillary Sinus : A Case Report and Literature Review. *Taiwan J Oral Maxillofac Surg* 20:116-124, June 2009. <http://www.aoms.org.tw/academic01/vol20>.
15. Teixeira R.G, Moraes P.C, Jodas C.R.P, Bonecker M.J.S, Tacchelli D.P. Decompression of a Maxillary Dentigerous Cyst. *RGO-Rev Gaucha Odontol, Porto Alegre*, vol. 59, no. 2, 299-303, abr/jun, 2011. <http://www.revistagro.com.br/include/get>.