

LAPORAN KASUS : KISTA DERMOID DEXTRA PADA PASIEN WANITA BERUSIA 28 TAHUN

Azzadian Octa Kusuma¹, Yuhi Syaula², Sindiawani Gusvinda R³, Bitha Ariyani⁴,
Muhammad Reza Pahlevi⁵

^{1,2,3,4}Mahasiswa Profesi Dokter Gigi, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro,

⁵Staf Pengajar Ilmu Bedah Mulut, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro
Jl. Prof. H. Soedarto, SH., Tembalang-Semarang 50275, Telp. 02476928010

ABSTRAK

Pendahuluan: Kista pada rahang dibagi menjadi dua kelompok besar berdasarkan dinding epitelnya, yaitu epitelial dan non epitelial. Kista non epitelial dapat berasal dari developmental dan inflamatori. Kista developmental terbagi menjadi kista odontogenik dan non odontogenik. **Laporan Kasus:** Seorang wanita usia 28 tahun datang ke poli gigi RSUP Kariadi dengan keluhan adanya benjolan pada dasar lidah sebelah kanan. Benjolan muncul pada bawah lidah sejak sebelas tahun yang lalu. Benjolan dirasakan hilang timbul, pasien tidak mengeluhkan adanya riwayat benjolan pada tempat lain. **Tinjauan Pustaka:** Kista dermoid adalah kista kongenital jinak yang berkembang di awal kehidupan pada jaringan ektodermal dan mesodermal yang terisolasi secara abnormal yang disebabkan oleh penyatuan jaringan dengan garis penyatuan tulang. **Pembahasan:** Pasien pada kasus ini pasien mengeluhkan adanya benjolan pada bawah lidah sejak 11 tahun lalu, benjolan dirasa hilang timbul. Tidak ada riwayat benjolan di tempat lain dan tidak terasa adanya nyeri. Berbagai literatur menyebutkan bahwa kista dermoid seringkali asimtomatik kecuali bila terjadi infeksi, meskipun lesi yang besar menyebabkan pembengkakan rahang. Penegakan diagnosis kista dermoid didapatkan dari anamnesis terhadap pasien yang menunjukkan kriteria khas tanda-tanda dan gejala kista dermoid, tampilan klinis pada pemeriksaan objektif, dan biasanya dibutuhkan pemeriksaan penunjang radiologi dan histopatologi anatomi. **Kesimpulan:** Perawatan *gold standard* kista yaitu bedah enukleasi serta ekstraksi faktor penyebab dilakukan karena efektif dalam mengeliminasi lesi serta meminimalisir kemungkinan rekurensi sekaligus mempertahankan struktur vital yang masih ada di sekitar. Observasi pasca operasi secara berkala diperlukan untuk evaluasi proses penyembuhan dan monitoring kemungkinan adanya rekurensi serta rekomendasi untuk perawatan rehabilitatif yang bertujuan mengembalikan fungsi mastikasi.

PENDAHULUAN

Kista pada rahang dibagi menjadi dua kelompok besar berdasarkan dinding epitelnya, yaitu epitelial dan non epitelial. Kista non epitelial dapat berasal dari developmental dan inflamatori.¹ Kista developmental terbagi menjadi kista

odontogenik dan non odontogenik. Salah satu kista odontogenik yang jarang terjadi adalah kista dermoid dengan prevalensi sebesar 6,5% dibandingkan dengan kista rongga mulut lainnya. Biasanya terjadi pada orang dewasa pada rentan usia 20 tahun sampai 40 tahun.

Kista dermoid adalah kista perkembangan yang dilapisi oleh epitel mirip epidermis dan mengandung struktur adneksa dermal seperti kelenjar sebaceous, folikel rambut, atau kelenjar keringat di dinding kista. Kista ini dapat terjadi dimana saja di kulit, tetapi mempunyai kecenderungan untuk timbul di dasar mulut. Kista dermoid secara klasik tampak seperti massa berbentuk kubah, tidak sakit, muncul di dasar mulut. Penegakan diagnosis pada seluruh kista bukan hanya didasarkan pada pemeriksaan objektif atau subjektif semata, pemeriksaan radiografi menjadi sebuah pemeriksaan penentu dalam penegakan diagnosa seluruh jenis kista termasuk kista dermoid. Biasanya dapat berupa, panoramik, *ultra sonography* (USG), *magnetic resonance imaging* (MRI), *computed tomography* (CT), ataupun *cone beam computed tomography* (CBCT).²

Terdapat berbagai tindakan pada kista, salah satunya adalah tindakan enukleasi yang melibatkan penghilangan kantung kista secara menyeluruh. Teknik ini merupakan perawatan yang diindikasikan untuk seluruh kasus kista, dimana penghilangan kista pada teknik ini dapat dilakukan tanpa harus merusak gigi dan jaringan sekitar.⁶ Laporan kasus ini menyajikan kasus yaitu kista dermoid dextra pada pasien perempuan berusia 28 tahun dan dilakukan tatalaksana perawatan enukleasi.

LAPORAN KASUS

Seorang wanita usia 28 tahun datang ke poli gigi RSUP Kariadi dengan keluhan adanya benjolan pada dasar lidah sebelah kanan. Benjolan muncul pada bawah lidah sejak sebelas tahun yang lalu. Benjolan dirasakan hilang timbul, pasien tidak mengeluhkan adanya riwayat benjolan pada tempat lain.

Dari hasil pemeriksaan tanda-tanda vital keadaan umum tampak sakit ringan, composmentis; konjungtiva anemis (-); tekanan darah 141/90 mmHg; nadi 106x/menit; respirasi 20x/menit; suhu 37C; saturasi 98%; tinggi badan 160 cm; berat badan 61kg.

Dari hasil pemeriksaan fisik ekstra oral dan intra oral pada inspeksi didapatkan benjolan pada dasar lidah dextra (+); warna sama dengan sekitar kulit (+); asimetri wajah(-); pemeriksaan palpasi edema (+); konsistensi padat dan keras (+); batas tegas (+); kelenjar limfe submandibular kanan dan kiri dbn; pemeriksaan intra oral terdapat benjolan pada dasar lidah dextra; kalkulus (+). Status Lokalis Inspeksi pada dasar lidah dextra, bentuk benjolan, warna sama dengan sekitar, palpasi suhu abferbis, batas tegas, nyeri tekan (-).

Hasil pemeriksaan penunjang darah rutin hematologik, kimia klinik, imunoserologi, dan koagulasi normal. Hasil pemeriksaan *ultrasonografi* (USG) :



Gambar1. Foto *Ultrasonografi*

Interpretasi :

1. Massa solid pada sublingual kanan (ukuran $\pm 2.6 \times 2.7 \times 3.2$ cm)
2. Multiple limfadenopati pada regio colli kanan kiri level 1 (ukuran terbesar $\pm 0.8 \times 2.0$ cm pada regio colli kiri level 1)
3. glandula submandibula kanan kiri dalam batas normal

a. Diagnosis Kerja dan Diagnosis Banding

Diagnosis kerja : Kista Dermoid

Diagnosis banding : Kista limfoepitelial, kista tiroglosal, ranula, dan limfangioma.

Manajemen Kasus

Pre-Operasi

1. Pemberian informasi kepada pasien mengenai prosedur perawatan dan penandatanganan surat persetujuan tindakan medis.
2. Persiapan pasien, operator, dan asisten operator.
3. Pasien terlentang dengan *general anesthesia* (GA).
4. Monitoring TTV selama operasi berlangsung.
5. Daerah operasi aseptis baik ekstraoral maupun intraoral menggunakan povidone iodine dan kasa.

Durante-Operasi

- 1) Lakukan anastesi infiltrasi pada area operasi dengan menggunakan pehacaine 2%



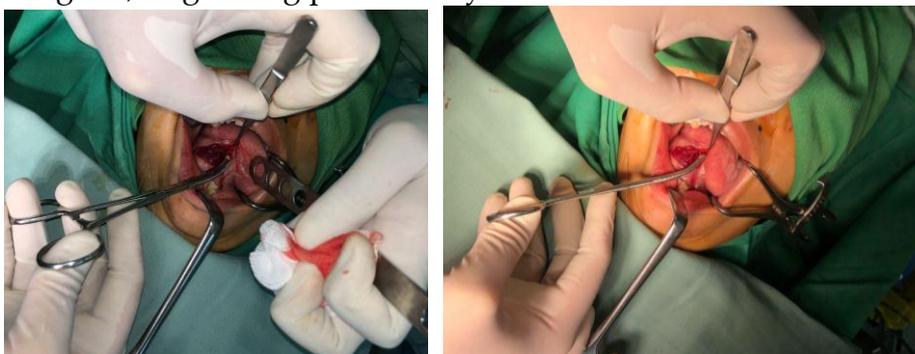
Gambar 2. Anestesi infiltrasi

- 2) Insisi pada sublingual dextra



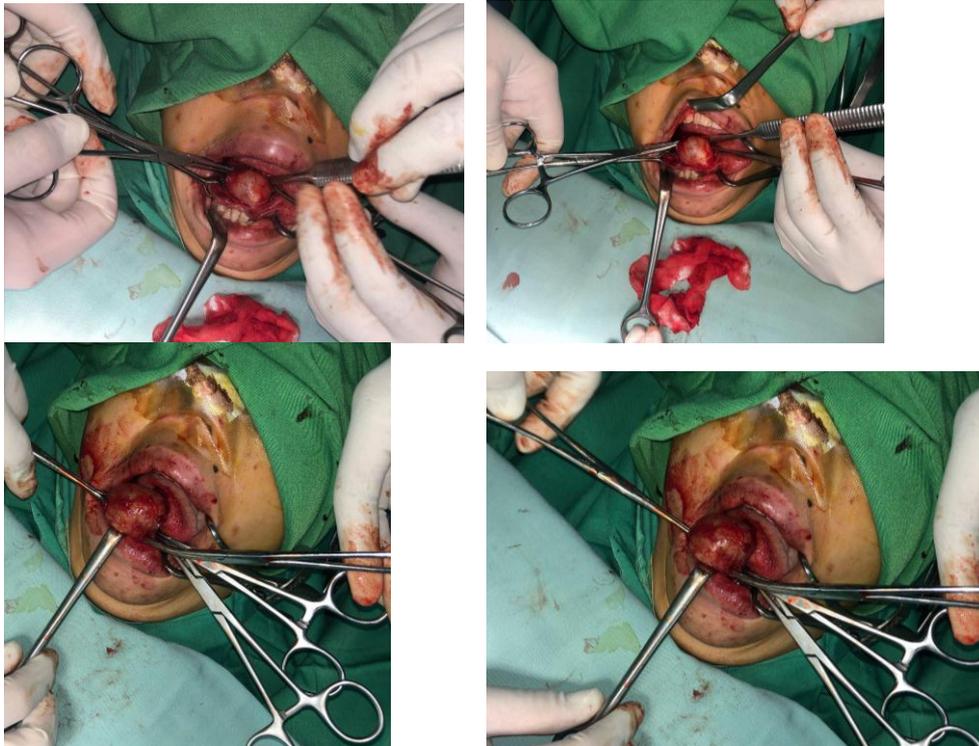
Gambar 3. Insisi pada sublingual

- 3) Buka perlekatan area yang menutupi kista dengan menggunakan hemostat bengkok, tergantung pada luasnya.



Gambar4. Pembukaan perlekatan area yang menutupi

- 4) Buka perlekatan dinding kistik dan bagian dasar dihilangkan perlekatannya dengan menggunakan hemostat bengkok.



Gambar5. Pembukaan perlekatan dinding kistik

- 5) Setelah pengangkatan kista, irigasi dengan larutan saline/ NaCl.



Gambar6. Irigasi

- 6) Penjahitan *simple interrupted*.



Gambar7. Penjahitan *simple interrupted*

7) Gambaran kista dermoid.



Gambar8. Kista dermoid

Post-Operasi

1. Awasi apabila terjadi perdarahan
2. Awasi jalan nafas
3. Instruksikan pasien untuk tidak berkumur dengan keras
4. Instruksikan pasien untuk tidak makan makanan yang terlalu pedas terlebih dahulu
5. Instruksikan pasien untuk kompres bagian dagu bawah dengan menggunakan es batu dan handuk dan apabila terjadi perdarahan hubungi dokter terkait.



Gambar9. Post operasi

b. Prognosis

Prognosis pada kasus ini baik karena beberapa alasan sebagai berikut:

- c. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit sistemik;
- d. Pasien kooperatif, masih berusia muda sehingga diharapkan paham dan dapat mengikuti instruksi yang dijelaskan operator;
- e. Pemeliharaan oral hygiene perlu ditingkatkan; dan
- f. Pembuatan protesa gigi tiruan diperlukan untuk mengembalikan fungsi mastikasi dan fonetik.

g. Resep

1. Amoksisilin 1000 mg + Asam Klavulanat 200 mg inj 1200 mg (1200 mg Tiap 12 Jam)
2. Deksametason inj 5 mg/mL (5 mg Tiap 8 Jam)
3. ketorolak inj 30 mg/mL (30 mg Tiap 8 Jam)

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kista Dermoid

Kista adalah rongga atau kantung patologis di dalam jaringan keras atau lunak yang mungkin berisi cairan, semi cair/semi padat atau gas dan tidak selalu dilapisi oleh epitel (mungkin dilapisi oleh epitel, jaringan fibrosa atau kadang-kadang bahkan oleh jaringan neoplastik).³ Kista dermoid adalah kista kongenital jinak yang berkembang di awal kehidupan pada jaringan ektodermal dan mesodermal yang terisolasi secara abnormal yang disebabkan oleh penyatuan jaringan dengan garis penyatuan tulang.⁴ Klinisnya kista biasanya tidak menimbulkan rasa sakit, pertumbuhan lesi yang lambat, konsistensi seringkali lunak dan pucat, terbungkus dengan baik, tanpa ada keterkaitan limfadenopati.⁵ Kista dermoid dengan lokasi yang terletak di dasar mulut dapat menyebabkan obstruksi jalan nafas yang memberikan efek samping berupa disfagia, disfonia, dan dispnea tergantung pada ukuran kistanya.⁵

Kista dermoid berdasarkan lokasi tempatnya dapat diklasifikasikan menjadi 3, yaitu kista sublingual, submental, submandibular. Berdasarkan Meyer histologinya midline kista dasar mulut dibagi menjadi 3, yaitu:

a. Kista epidermoid

Kista terdiri dari dinding berlapis epitel yang mungkin sebagian terkeratinisasi.

b. Kista dermoid

Kista terdiri dari adanya folikel rambut, rambut, keringat, kelenjar sebacea.

c. Kista teratoma

Kista yang mengandung elemen mesodermal seperti tulang, otot, jaringan pernafasan dan gastrointestinal, serta kapsul fibrous dalam penambahan pada pelengkap kulit.

Etiologi & Patogenesis

Etiologi kista dermoid belum dapat dipastikan. Kista dermoid memiliki 2 bersifat

meliputi kongenital dan didapat. Sifat kongenital dapat terbentuk dari sel yang terperangkap saat terjadi penutupan garis tengah pada lengkung brankialis pertama dan kedua bilateral. Sifat didapat terjadi akibat adanya trauma yang menyebabkan implantasi sel epitel ke jaringan yang lebih dalam saat terjadi trauma atau karena oklusi pada duktus kelenjar sebacea.^{5,6}

Patogenesis kista dermoid dasar mulut dapat dibagi menjadi 3 teori:

1. Kista dermoid dasar mulut muncul dari sel ektodermal embrionik yang terperangkap pada minggu ketiga atau keempat kehidupan embrionik selama fusi garis tengah lengkung cabang pertama dan kedua.
2. Kista dermoid di dapat terjadi akibat implantasi iatrogenik atau traumatis dari sel epitel yang kemudian tumbuh.
3. Kista dasar mulut merupakan anomali triglossus dengan komponen ektodermal yang dominan.

Penegakkan Diagnosis, Pemeriksaan Penunjang, dan Uji

• Tanda dan Gejala

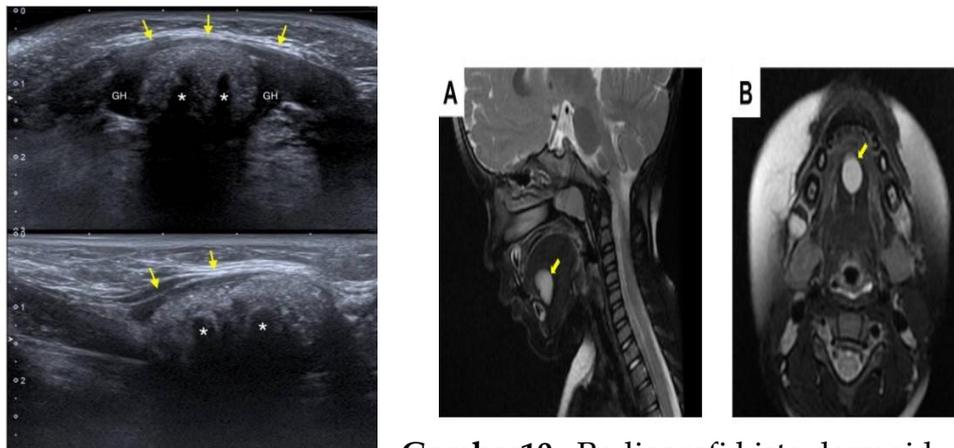
Kista dermoid dapat ditemukan pada *T distribution* bagian kepala dan leher. Lokasinya berdekatan dengan tulang hyoid serta dapat ikut bergerak saat gerakan menelan dan menjulurkan lidah. Gejala klinis pertumbuhannya lambat. Pemeriksaan palpasi dapat dilakukan dan menunjukkan bahwa kista dapat teraba kenyal dengan sesasi seperti karet. Kista dermoid yang terkapsulasi mengandung isi berupa material keratin dengan warna seperti keju kekuningan, sebaceous, kaseous, memiliki material purulen butiran lembut, serat lemak. Kista dermoid umumnya asimtomatik.⁵ Gejala penyerta pada kasus kista dermoid meliputi adanya infeksi saluran pernafasan atas, kondisi paling umum terjadi biasanya diikuti adanya anemia pada bayi, kesulitan makan pada bayi, dan kesulitan menelan pada orang dewasa.⁷

Kista dermoid ukurannya dapat terjadi peningkatan diduga karena adanya faktor pubertas, hal ini terkait dengan adanya peningkatan sebum dari kelenjar sebaceous. Pembesaran tumor dengan cepat terjadi setelah mencapai usia 18 tahun. Kista dermoid secara histologi komponennya berisi keratin, kelenjar sebaceous, rambut, kuku, gumpalan lemak, tulang rawan.

• Pemeriksaan penunjang

Penegakan diagnosis pada seluruh kista bukan hanya didasarkan pada pemeriksaan objektif atau subjektif semata, pemeriksaan radiografi menjadi sebuah pemeriksaan penentu dalam penegakan diagnosa salah satunya kista dermoid. Pemeriksaan radiologis bertujuan mengetahui lokasi, ukuran, perluasan kista, dan hubungan kista dengan jaringan disekitarnya. Pemeriksaan penunjang yang bisa digunakan yaitu panoramik, *ultrasonography* (USG), *magnetic resonance imaging* (MRI), *computed*

tomography (CT), ataupun *cone beam computed tomography* (CBCT).² Namun, pada pemeriksaan penunjang CT dan MRI dapat memberikan ketepatan gambaran lokalisasi dari otot mylohyoid dan geniohyoid, serta memungkinkan ahli bedah untuk memilih yang sesuai. Utamanya dalam kasus kista dengan ukuran yang sangat besar.⁶



Gambar10. Radiografi kista dermoid

• Uji

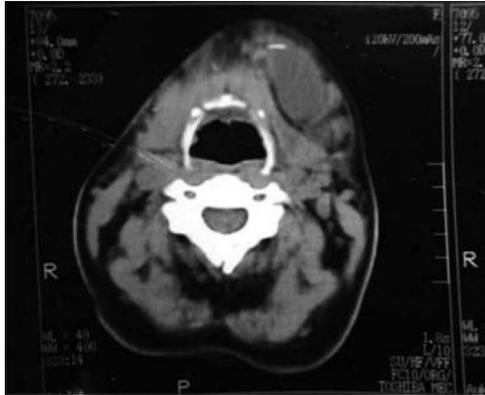
Aspirasi dapat menunjukkan sifat lesi kistik dan juga membantu dalam membedakan jenis kista. Dilakukan dengan anestesi lokal dengan bantuan jarum. Cairan yang diaspirasi dikirim ke laboratorium agar dilakukan pemeriksaan untuk mengetahui sifat lesi. Aspirasi udara menunjukkan bahwa jarum telah memasuki antrum. Jika tidak ada isi pada aspirasi, itu menunjukkan tumor.⁷ Kista dermoid menghasilkan aspirasi thick sebaceous material sedangkan mucocel/ ranula hasil aspirasinya mainly mucous.

Diagnosis Banding Usia, lokasi, dan tampilan radiografis dipertimbangkan, diagnosis banding secara umum terbatas pada tiga kategori penyakit pada rahang yaitu tumor odontogenik, kista, dan lesi non-odontogenik jinak. Pada kasus ini yang menjadi diagnosis banding adalah kista limfoepitelial, kista tiroglosal, ranula, dan limfangiom. Aspirasi pada kista ini positif dan biopsi kantong kista dibutuhkan untuk menghasilkan diagnosis yang pasti.

Kista limfoepitelial\

Kista limfoepitel jinak, lesi unilokular atau multilokuler tumbuh lambat yang muncul di kepala dan leher. Mereka juga disebut kista Branchial. Bagian kepala dan leher adalah kelenjar ludah (lebih sering parotis dan jarang kelenjar submandibular) dan rongga mulut (biasanya dasar mulut). Kista ini biasanya terlihat pada orang dewasa dan hanya sesekali pada anak-anak. Ukurannya berkisar dari 0,5 hingga 5,0 cm, dan dapat menyebabkan kelainan bentuk wajah dan ketidaknyamanan fisik. Kadang-kadang, kista limfoepitel dapat terjadi tanpa melibatkan kelenjar ludah, paling sering di anterior leher. Jika tidak diobati, ada kemungkinan besar kista

limfoepitel berubah menjadi lesi ganas seperti limfoma ganas, yang memiliki kapasitas untuk melibatkan sisi ekstranodal secara sekunder.



Gambar11. Radiografi CT Scan

Computed tomography dari daerah submandibular menunjukkan massa yang terbungkus dengan baik terlihat di daerah submandibular kiri yang melekat pada bagian superfisial kelenjar submandibular kiri.

▪ **Kista Tirogrosal**

Kista duktus tiroglosus merupakan kista yang terbentuk dari duktus tiroglosus yang menetap sepanjang alur penurunan kelenjar tiroid. Terdapat dua teori yang dapat menyebabkan terjadinya kista duktus tiroglosus yaitu infeksi tenggorok berulang akan merangsang sisa epitel traktus sehingga mengalami degenerasi kistik dan sumbatan duktus tiroglosus akan mengakibatkan terjadinya penumpukan sekret sehingga membentuk kista. Teori lain mengatakan mengingat duktus tiroglosus terletak di antara beberapa kelenjar limfe di leher, jika sering terjadi peradangan, maka epitel duktus juga ikut meradang, sehingga terbentuklah kista. Diagnosis biasanya dapat dibuat dari anamnesis dan pemeriksaan fisik leher secara menyeluruh. Selalu palpasi kelenjar tiroid selama pemeriksaan fisik. Jika kelenjar tidak dapat diraba, USG, tiroid scan atau CT scan dapat membantu. Penatalaksanaan yang pertama adalah, jika terjadi infeksi, maka atasi dahulu infeksi dengan antibiotik dan kompres hangat kemudian Setelah teratasi infeksi, maka langkah selanjutnya adalah penatalaksanaan kista duktus dimana prosedur Sistrunk lebih sering digunakan. Prognosis kista duktus tiroglosus baik dengan tingkat kekambuhan dengan prosedur Sistrunk sekitar 5%. Ranula Ranula merupakan mucocele yang disebabkan oleh ekstrasvasasi dari kelenjar sublingual pada dasar mulut. Umumnya menampilkan masa kista pada dasar mulut. Ranula dapat diinduksi oleh kumpulan mucin dari pecahnya asini kelenjar sublingual atau pecahnya duktus rivinus. Ranula dilapisi dengan jaringan granulasi.⁸ Manifestasi klinis ranula yaitu tumbuhnya lambat (biasanya unilateral namun bisa juga menjadi bilateral). Massanya lentur dan tidak nyeri dengan lokasi di dasar mulut, dengan variasi dimensi ukuran 4-10 cm serta ukurannya 6% dari mucocele saliva. Variasi perawatan untuk ranula seperti sclerotherapy, marsupialisasi, insisi dan drainase,

aspirasi cairan kista, eksisi kelenjar sublingual. Yoshimura et al membandingkan tiga metode yang berbeda pada perawatan ranula. Tingkat kekambuhan ranula pada prosedur perawatan eksisi ranula 25%, 36,4% untuk marsupialisasi, dan 0% untuk eksisi kelenjar sublingual bersama dengan ranula.⁹

▪ **Limfangioma**

Limfangioma merupakan tumor jinak. Limfangioma insidensinya sekitar 0.18%. kebanyakan limfangioma 95% terletak pada leher, kepala, serta aksila, sedangkan yang lainnya terletak pada mesentrium, retroperitoneum, paru-paru, serta mediastinum.¹⁰ Limfangioma kebanyakan bersifat asimtomatik, namun beberapa mengakibatkan komplikasi seperti perdarahan, infeksi, obstruksi. Hal tersebut merupakan komplikasi limfangioma siring dengan adanya peningkatan ukuran tumor. Limfangioma seringkali susah di diagnosis, sementara tindakan reseksi bedah tetap menjadi pilihan perawatan.² etiologi klinis limfangioma masih belum diketahui. Pemeriksaan radiologi seperti CT membantu dalam mengkonfirmasi adanya massa yang dapat mengecualikan massa intra abdomen lain. Pemeriksaan CT cukup untuk memberikan diagnosis yang pasti.¹¹

Tatalaksana

Kista dermoid merupakan lesi patologi yang dibatasi oleh epidermis dan tambahan kulit terdapat pada dinding fibrous. Perawatan yang dapat dilakukan dengan mempertimbangkan ukuran, integritas dinding kista, kedekatan dengan struktur vital, dan lokalisasi.¹⁵ Luasnya kista dermoid dapat diketahui melalui gambaran klinis dan pengambilan radiografi seperti, panoramik, *ultra sonography* (USG), *magnetic resonance imaging* (MRI), *computed tomography* (CT), ataupun *cone beam computed tomography* (CBCT). Perawatan kista dermoid dapat dilakukan dengan tindakan:

a. Eukleasi

Prosedur eukleasi melibatkan penghilangan seluruh kantung kista. Indikasi perawatan pada teknik ini digunakan untuk kasus kista secara menyeluruh. Penghilangan kista dengan prosedur eukleasi dapat dilakukan tanpa harus merusak gigi maupun jaringan disekitarnya. Tahap –tahap yang dapat dilakukan dalam menjalankan prosedur tindakan eukleasi, yaitu:

1. Pembuatan Flap mukoperiosteal
2. Penghilangan sebagian tulang perlekatan kista
3. Eukleasi kantung kista
4. Perawatan untuk menunjang penyembuhan dan penjahitan (*suturing*).

Pembuatan flap dilakukan secara trapezoid menyesuaikan dengan lokasi dan ukuran lesi sesuai gambaran radiografi. Hal ini bertujuan untuk memastikan akses dan visualisasi area bedah secara adekuat. Evaluasi tulang dilakukan untuk mempertimbangkan porsi penghilangan tulang serta pemilihan alat untuk

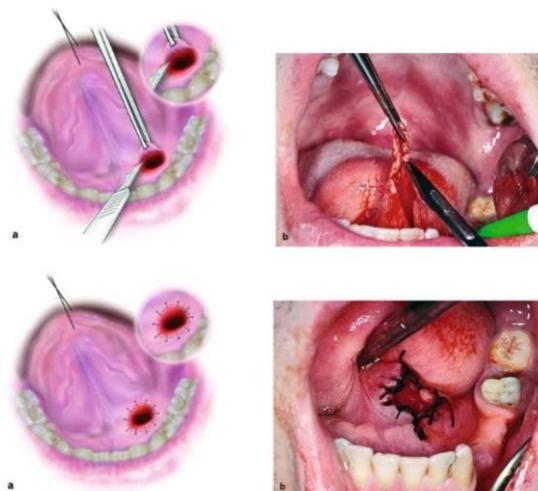
perawatan.

Pada tulang rahang yang masih normal, bur *round* digunakan untuk menghilangkan sebagian plat *cortical* pada buccal yang melapisi kista, kemudian *rongeur* dapat digunakan untuk memperluas tulang. Pembuatan jendela tulang ditujukan agar seluruh bagian kavitas dapat terakses dan kista dapat dikeluarkan dengan mudah.

Pada tulang yang sudah tipis atau perforasi, *rongeur* digunakan untuk menghilangkan dari sisi peripheral hingga mencapai tulang kompak. *Curette* digunakan untuk enukleasi kista yang berukuran kecil, tetapi *periosteal elevator* dapat digunakan untuk enukleasi untuk kista yang lebih besar dengan meletakkan alat dalam kavitas dan memberikan penekanan secara perlahan antara lapisan kista dan tulang. Kista kemudian diangkat dengan *hemostat*. *Curette* digunakan untuk menginspeksi kavitas lesi setelah pengangkatan kista. Alat ini juga digunakan untuk memastikan bahwa kavitas sudah terbebas dari sisa-sisa jaringan nekrotik. Irigasi dengan larutan saline dilakukan setelah kuretasi. *Suturing* dilakukan untuk menutup flap pada tahap akhir.

b. Marsupialisasi

Marsupialisasi merupakan teknik pembedahan yang digunakan sebagai perawatan definitif. Teknik ini digunakan untuk merawat kista dengan ukuran yang lebih besar, sehingga dengan menggunakan teknik ini nantinya apabila lokasi kista berdekatan dengan struktur vital, maka *Surgical window* dibuat dengan membuat *circular incision*, dengan melibatkan mukoperiosteum dan tulang yang terlibat dengan lesi kista. Isi kista kemudian dikeluarkan secara menyeluruh. *Interrupted suture* kemudian dilakukan pada tepi kista, meliputi mukoperiosteum dan dinding kista secara bersamaan. Kavitas lesi kista diirigasi dengan saline dan diisi dengan *iodoform gauze*. Bahan *iodoform gauze* digunakan untuk mendukung penyembuhan pasca bedah, yang nantinya akan dikeluarkan seminggu setelah bedah bersamaan dengan pelepasan suture. Irigasi dilakukan secara berkala untuk menjamin kebersihan area pasca bedah dan menghindari penumpukan sisa makanan atau infeksi.



Gambar12. Teknik Marsupialisasi

PEMBAHASAN

Kista dermoid merupakan lesi kongenital jinak yang berasal dari ektodermal. Kista dermoid umumnya ditemukan diseluruh tubuh dan sangat jarang terjadi di rongga mulut. Lesi ini merupakan lesi perkembangan dan biasa terjadi karena retensi epitel germinal selama pertumbuhan lengkung brakialis dan rahang bawah. Pada rongga mulut biasanya muncul pada daerah sublingual seperti pembengkakan ditengah mulut sebagai massa yang tumbuh lambat, menyebabkan elevasi lidah dan gangguan bicara dan menelan.

Berdasarkan tinjauan literatur, Kista dermoid merupakan salah satu kista non odontogenik yang sangat jarang terjadi dengan prevalensi sebesar 6,5% dibandingkan dengan kista rongga mulut lainnya. Lesi ini biasanya terjadi pada orang dewasa pada rentan usia 20 tahun sampai 40 tahun, dan insidensi tertinggi pada pria yaitu 84,61% dan hanya 15,38% pada wanita. Usia pasien pada kasus ini adalah 28 tahun dimana bersesuaian dengan teori pada kasus kista dermoid yang biasanya terjadi pada orang dewasa usia 20-40 tahun, sedangkan untuk prediksi jenis kelamin tidak bersesuaian dengan teori dimana kasus ini merupakan perempuan dewasa usia 28 tahun.

Pasien pada kasus ini pasien mengeluhkan adanya benjolan pada bawah lidah sejak 11 tahun lalu, benjolan dirasa hilang timbul. Tidak ada riwayat benjolan di tempat lain dan tidak terasa adanya nyeri. Berbagai literatur menyebutkan bahwa kista dermoid seringkali asimtomatik kecuali bila terjadi infeksi, meskipun lesi yang besar menyebabkan pembengkakan rahang.¹ Hal ini didukung oleh data subjektif yang disampaikan oleh pasien yaitu tidak ada keluhan nyeri sejak awal lesi disadari, menandakan keluhan pada pasien ini sesuai dengan teori kista dermoid bersifat asimtomatik.

Penegakan diagnosis kista dermoid didapatkan dari anamnesis terhadap pasien yang menunjukkan kriteria khas tanda-tanda dan gejala kista dermoid, tampilan klinis pada pemeriksaan objektif, dan biasanya dibutuhkan pemeriksaan penunjang radiologi dan histopatologi anatomi. pemeriksaan radiologi yang dapat dilakukan untuk mendiagnosis kista dermoid yaitu foto konvensional panoramik, ultrasonography (USG), *computed tomography* (CT)-scan dan *magnetic resonance imaging* (MRI). Gambaran radiograf kista dermoid memiliki ciri klasik yaitu area radiolusensi berbentuk bulat atau oval dikelilingi oleh margin radiopak yang sempit pada jaringan lunak di rongga mulut.

Pada kasus ini dilakukan pemeriksaan radiografi ultrasonography (USG), yang mana hasil interpretasinya menunjukkan massa solid pada sublingual kanan (ukuran ± 2.6 × 2.7 × 3.2 cm), multiple limfadenopati pada regio colli kanan kiri level 1 (ukuran terbesar ± 0.8 × 2.0 cm pada regio colli kiri level 1), glandula submandibula

kanan kiri dalam batas normal. Oleh karena itu, kista dermoid ditegakkan sebagai diagnosis final, didukung konfirmasi hasil pemeriksaan histopatologi. Pilihan perawatan untuk kasus kista dermoid dilakukan dengan tindakan bedah.

Perawatan pasca operasi enukleasi yaitu dengan pemberian antibiotik yaitu injeksi Amoksisilin 1000 mg + Asam klavulanat 200 mg injeksi 1200 mg / 12 jam serta injeksi deksametason 5mg/mL setiap 8 jam, injeksi ketorolak 30 mg/mL setiap 8 jam. Pasien disarankan untuk melakukan kontrol setelah 1 minggu. Prognosis kista radikular umumnya baik jika telah dieliminasi secara total sehingga mencegah terjadi rekurensi atau terbentuk kista residual. Pada kasus ini, observasi akan dilakukan setelah 6 bulan. Observasi berkala dilakukan minimal satu tahun sekali selama 2 tahun setelah tindakan pembedahan untuk mengevaluasi hasil operasi dan memastikan tidak ada rekurensi.⁹

KESIMPULAN

Kista dermoid merupakan kista inflamasi jaringan lunak yang berasal dari degenerasi kistik dari epitel yang terjebak selama perkembangan embrionik. Kista ini dapat terjadi dimana saja di kulit, tetapi mempunyai kecenderungan untuk timbul di dasar mulut. Kista dermoid secara klasik tampak seperti massa berbentuk kubah, tidak sakit, muncul di dasar mulut. Kista dermoid secara umum terjadi pada dekade ketiga hingga kelima, namun kasus pada pasien remaja tetap mungkin terjadi meskipun jarang. Dalam menegakkan diagnosis definitif, pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan radiologi dan histopatologi dibutuhkan.

Perawatan *gold standard* kista yaitu bedah enukleasi serta ekstraksi faktor penyebab dilakukan karena efektif dalam mengeliminasi lesi serta meminimalisir kemungkinan rekurensi sekaligus mempertahankan struktur vital yang masih ada di sekitar. Observasi pasca operasi secara berkala diperlukan untuk evaluasi proses penyembuhan dan monitoring kemungkinan adanya rekurensi serta rekomendasi untuk perawatan rehabilitatif yang bertujuan mengembalikan fungsi mastikasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahamed AS, Kannan VS, Velaven K, Sathyanarayanan GR, Roshni J, Elavarasi E. Lymphoepithelial cyst of the submandibular gland. *J Pharm Bioallied Sci.* 2014 Jul;6(Suppl 1):S185-7. doi: 10.4103/0975-7406.137464. PMID: 25210369; PMCID: PMC4157265. SUSANTO, Ezra Aditya; SUARYANA, Sang Nyoman. KISTA DUKTUS TIROGLOSUS.
- Balaji S. *Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery.* Elsevier; 2007.
- Christos Makos, George Noussios, Marinos Peios, Spyridon Gougousis, Pantelis Chouridis, "Dermoid Cysts of the Floor of the Mouth: Two Case Reports", *Case Reports in Medicine*, vol. 2011, Article ID 362170, 6 pages, 2011.
- De Paulo, Luiz Fernando Barbosa, dkk. Giant facial dermoid cyst: A case treated by marsupialization. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2014; 55 (3):167-169
- Dwi Karsa, Nadya. , Sukri Rahman. Penatalaksanaan Kista Teratoid Leher- Laporan kasus. *Jurnal Kesehatan Andalas.*2020; 9(2):254-260.
- Fragiskos, FD. *Oral Surgery.* Greece: Springer; 2006: pg301-308.
- Glick M, Greenberg MS, Lockhart PB, Challacombe SJ. *Burket's Oral Medicine.* 13th ed. Hoboken: Wiley Blackwell; 2021: pg195.
- Malik NA. *Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery.* 4th ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2016: pg.639-642,649-650.
- Mappangara S, Tajrin A, Fatmawati. Kista Radikular dan Kista Dentigerous. *Jurnal*

- Universitas Hasanuddin; 2017: 1-7.
- Neville BW Damm DD Allen CM Chi AC. *Oral and Maxillofacial Pathology*. Fourth ed. St. Louis MO: Elsevier; 2016.
- Odell EW. *Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine*. 9th ed. London: Elsevier; 2017: pg142-146.
- Pramatika B, Nurrachman AS, Astuti ER. Karakteristik radiograf kista dentigerous dengan menggunakan CBCT-scan. *Jurnal Radiologi Dentomaksilofasial Indonesia (JRDI)*.2020;4(2): 15.doi:10.32793/jrdi.v4i2.519.
- Regezi DDS MS JA, Sciubba DMD JJ, Jordan DDS FRCD FRCPATH RC. *Oral Pathology*; 2017. doi:10.1016/C2013-0-06961-7.
- Shear M. *Cysts of The Oral Regions*. 3rd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2008: pg179-215.