

Kista Dermoid Submandibula

Bestari J. Budiman, Dedy Rusdi

Bagian Telinga Hidung Tenggorok Bedah Kepala Leher
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas/RSUP. Dr. M. Djamil Padang

Abstrak

Kista dermoid merupakan massa kistik subkutan yang terdiri dari epitel dan struktur adneksa. Secara histopatologi terdiri dari 3 jenis yaitu kista epidermoid, dermoid dan teratoid. Penatalaksanaan kista dermoid pada dasar mulut tergantung manifestasi klinis dan lokasi kista, berupa ekstirpasi kista dengan berbagai pendekatan, baik intraoral, ekstraoral maupun kombinasi keduanya.

Dilaporkan satu kasus kista dermoid submandibula pada laki-laki usia 30 tahun yang ditatalaksana dengan ekstirpasi kista dengan pendekatan ekstraoral.

Kata kunci: Kista dermoid, submandibula, pendekatan ekstraoral

Abstract

Dermoid cysts are subcutaneous located cystic mass that contain epithelium and adnexal structure. Histologically, they can be classified as epidermoid, dermoid and teratoid. The treatment of dermoid cyst at the floor of the mouth varies according to clinical presentation of the cyst and its location, involve an intraoral or extraoral approach or combination of both.

A case of dermoid cyst of submandibular region in a 30 years old man was reported, which had been treated by cyst extirpation with extraoral approach

Keywords: Dermoid cyst, submandibula, extraoral approach

Korespondensi: dr. Dedy Rusdi : rusdidedy@gmail.com

PENDAHULUAN

Kista dermoid merupakan suatu masa kistik yang dilapisi oleh epitel gepeng disertai adanya struktur adneksa seperti kelenjar sebacea, rambut, folikel rambut serta struktur lain seperti tulang, otot dan kartilago. Secara histopatologi kista dermoid terdiri dari 3 jenis yaitu kista epidermoid, dermoid dan teratoid. Kista dermoid ini mencakup 1,6-6,9% dari semua kista pada kepala-leher.^{1,2} Sebanyak 7% dari kista dermoid terdapat di kepala-leher, dimana sekitar 23% berlokasi di dasar mulut dan 6% diantaranya terdapat pada daerah submandibula.³

Kebanyakan kista dermoid terjadi pada dekade ke-2 sampai 3. Secara klinis kista dermoid pada dasar mulut bermanifestasi sebagai massa yang tumbuh perlahan, asimtomatis, dan kebanyakan berlokasi di garis tengah, di atas m. mylohid. Jika kista berkembang ke atas, akan bermanifestasi klinis berupa benjolan sublingual. Sedangkan kista yang tumbuh dan berkembang ke bawah akan menimbulkan gejala pembengkakan di regio submental dan submandibula.^{1,2} Kista yang berukuran besar dapat menyebabkan lidah terangkat sehingga menyebabkan gangguan menelan dan berbicara, bahkan obstruksi jalan nafas.³

Penatalaksanaan kista dermoid pada dasar mulut berupa ekstirpasi kista yang dapat dilakukan dengan berbagai macam pendekatan, baik intraoral maupun ekstraoral (transkutaneus), tergantung lokasi dan ukuran kista.⁴

LAPORAN KASUS

Seorang laki-laki usia 30 tahun datang ke poliklinik THT-KL sub-bagian Onkologi RSUP Dr.M.Djamil

Padang pada tanggal 7 Juli 2011 dengan keluhan benjolan di bawah rahang kiri yang meluas ke bawah dagu dan rahang kanan. Benjolan tidak terasa nyeri dan tidak terdapat demam. Awalnya benjolan muncul di bawah rahang kiri sebesar kelereng 4 tahun yang lalu, makin lama makin membesar dan meluas ke bawah dagu dan rahang kanan. Suara berguman sejak 1 tahun yang lalu. Tidak ada keluhan sesak nafas, suara serak, nyeri menelan, sukar menelan dan sukar membuka mulut. Tidak terdapat riwayat trauma pada leher dan tidak ada keluhan pada telinga dan hidung.

Tidak ada keluarga yang mengalami penyakit yang sama serta tidak ada riwayat keluarga mengalami penyakit keganasan. Tidak terdapat benjolan pada ketiak dan lipatan paha.

Pada pemeriksaan fisik dijumpai keadaan umum pasien sedang, komposmentis kooperatif, gizi cukup dan tanda vital dalam batas normal.

Pada pemeriksaan telinga kanan dan kiri didapatkan pemeriksaan dalam batas normal. Pada pemeriksaan pendengaran dengan garputala didapatkan hasil dalam batas normal.

Pada pemeriksaan rinoskopi anterior didapatkan hasil pemeriksaan dalam batas normal. Pemeriksaan rinoskopi posterior sukar dilakukan.

Pada pemeriksaan rongga mulut didapatkan lidah terangkat tetapi bentuk dan gerakan lidah normal. Palatum durum dan palatum molle dalam batas normal. Pada pemeriksaan tenggorok didapatkan arcus faring simetris, uvula di tengah, tonsil T1-T1 tenang dan dinding posterior faring tenang. Pemeriksaan laringoskopi indirek sukar dilakukan.

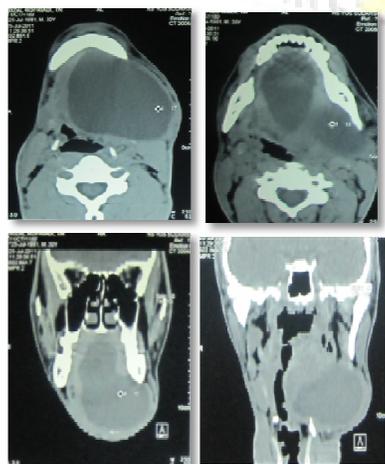
Pada pemeriksaan regio submandibula dan submental, tampak benjolan dengan perabaan kistik, mulai dari regio submandibula sinistra sampai ke submental dan submandibula kiri, tidak terdapat fistel, tidak terdapat tanda-tanda peradangan dan tidak terdapat nyeri.



Gambar 1. Foto pasien sebelum operasi

Pasien didiagnosis kerja dengan suspek kista submandibula, dengan diagnosis banding kista dermoid, kista brankial, ranula, dan kista tiroglossus. Pada pemeriksaan BAJAH pada tanggal 11 Juli 2011 dengan nomor PA SJ-414-11 didapatkan sediaan hapus bajah di submandibula mikroskopik tampak sel-sel epitel gepeng, makrofag, debris, sebaran ringan sel-sel limfosit, plasma dan leukosit PMN, tampak juga massa amorf eosinofilik, gambaran mikroskopik sesuai untuk suatu kista, tak tampak sel tumor ganas.

Pada pemeriksaan CT scan leher potongan aksial coronal irisan 3 mm *soft tissue setting* (gambar 2): tampak gambaran lesi/massa, densitas kistik (homogen), batas tegas, di regio lingual sisi kiri dan meluas ke sisi anterior dan medial, orofaring tampak terdesak ke sisi kanan, tidak tampak pembesaran KGB regio submandibula dan colli, tulang-tulang sekitar intak, tidak tampak destruksi. Kesan suspek kista lingual, diagnosis banding kista brankial.



Gambar 2. CT Scan potongan aksial dan koronal

Pasien direncanakan untuk tindakan ekstirpasi kista dalam narkosis dan persiapan trakeostomi jika intubasi gagal. Hasil pemeriksaan darah rutin dan PT/APTT dalam batas normal. Dilakukan *informed consent* kepada pasien dan keluarga untuk tindakan yang akan dilakukan, puasa 6-8 jam pre operasi dan persiapan *Whole Blood* sebanyak 500 cc.

Pada tanggal 3 Agustus 2011 dilakukan ekstirpasi kista dalam narkosis. Operasi dimulai dengan pasien tidur pada posisi supine di atas meja operasi dalam narkosis dengan kepala sedikit ekstensi dan menghadap ke arah kiri. Dilakukan tindakan aseptik dan antiseptik pada lapangan operasi dan dilakukan pemasangan duk steril. Dilakukan penandaan insisi horizontal 2 jari di bawah mandibula, mulai dari bawah angulus mandibula diteruskan ke anterior sampai melewati garis tengah. Dilakukan insisi menembus fascia dan otot platisma, tampak massa kista dengan permukaan berwarna kecoklatan. Insisi dilanjutkan sampai menembus m. mylohyoid sehingga keseluruhan kista terpapar. Terlihat massa kista terletak di bawah lobus superfisial kelenjar submandibula. Dilakukan pemisahan kista dari fascia otot yang menyelubungi. Perdarahan diatasi dengan penekanan dan kaustik. Kista perlahan-lahan dibebaskan dari jaringan sekitar dan tampak kista keluar dengan utuh beserta kapsul berwarna coklat kemerahan berukuran 10x7x5cm, perabaan lunak berisi cairan (Gambar 3). Dilakukan pemasangan pematics dengan *vacuum* dan luka operasi ditutup lapis demi lapis. Dipasang *nasogastric tube* (NGT). Operasi selesai. Operasi berlangsung 1 jam 30 menit. Perdarahan selama operasi lebih kurang 100 cc.



Gambar 3. Kista yang berhasil diekstraksi, warna merah kecoklatan, berukuran 10x7x5 cm

Pasien diberikan terapi ceftriakson 2x1 gr (iv), gentamisin 2x80 mg (iv) dan drip tramadol 1 ampul dalam cairan ringer laktat 8 jam/kolf, serta diet melalui NGT.

Hari pertama pasca operasi didapatkan nyeri pada luka operasi (+), tidak ada demam dan tidak ditemukan tanda-tanda parese saraf fasialis. Darah pada pematics sebanyak 40 cc. Terapi dilanjutkan, drip tramadol diganti dengan sirup ibuprofen 3x400 mg per NGT.

Pada hari ketiga pasca operasi didapatkan darah pada pematics sebanyak 10 cc, kemudian pematics dilepas. Luka operasi kering, masih terdapat edema dan hiperemis.

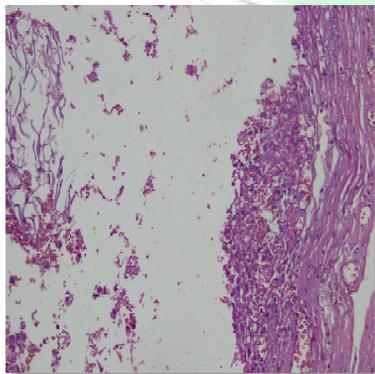
Hari ke tujuh pasca operasi, NGT dilepas dan dilakukan aff jahitan, luka operasi kering, tidak dijumpai hiperemis, nyeri tekan dan edema. Pasien diperbolehkan pulang dan diberikan terapi ciprofloxacin 2x500 mg.



Gambar 5. Foto pasien setelah operasi

Pada tanggal 13 Agustus 2011, pasien kontrol ke poliklinik. Pada pemeriksaan fisik tampak luka operasi kering, tidak terdapat hiperemis, udem dan nyeri, tidak ada gejala paresis saraf fasialis serta tidak terdapat lagi suara bergumam (Gambar 5).

Pada tanggal 15 Agustus 2011 hasil pemeriksaan histopatologis massa tumor (PJ-1008-11) didapatkan makroskopik sepotong jaringan berupa kista ukuran 10x7x5 cm, penampang berupa bubur coklat dinding tipis terdiri dari 1 ruang. Secara mikroskopik, tampak dinding kista dilapisi epitel berlapis gepeng dibawahnya terdapat jaringan ikat bersebutan sel busa, sel datia, limfosit dan sel plasma, pembuluh darah dan terdapat sel-sel palid, lumen berisi jaringan nekrotik, sel-sel bulat, dengan kesimpulan kista dermoid. (Gambar 5)



Gambar 5. Gambaran histopatologi kista dermoid

DISKUSI

Kista dermoid merupakan suatu massa kistik subkutan terdiri dari epitel dan adneksa. Lokasi terbanyak di gonad, mediastinum superior dan kepala-leher. Sebanyak 7% dari kista dermoid terdapat di kepala-leher, dimana sekitar 23% berlokasi di dasar mulut dan 6% diantaranya terdapat pada daerah submandibula.^{3,5,6}

Insiden kista dermoid pada kepala-leher sama pada pria dan wanita. Walaupun jenis kista ini biasanya bermanifestasi pada dekade 2 dan 3, tetapi dapat juga terjadi pada bayi baru lahir atau usia beberapa bulan.¹ Pada pasien ini gejala baru dirasakan pada usia 26 tahun dan bertambah besar dalam jangka waktu lebih kurang 4 tahun.

Secara klinis, kista dermoid merupakan suatu massa kistik yang tidak nyeri dan pertumbuhannya sangat lambat. Terdapat asumsi yang menyatakan bahwa kista akan tumbuh secara cepat pada masa pubertas dimana terdapat peningkatan sekresi kelenjar sebacea.⁷

Kista dermoid dapat bersifat kongenital atau didapat, walaupun secara klinis dan histopatologis tidak terdapat perbedaan diantara keduanya. Etiologi kista dermoid belum diketahui secara pasti. Terdapat teori yang menyatakan bahwa kista dermoid kongenital merupakan lesi disembriogenik yang berasal dari elemen ektoderm yang terjebak pada saat penggabungan antara arkus brankial pertama dan kedua yang terjadi pada masa gestasi 3 sampai 4 minggu. Sedangkan kista dermoid didapat, terjadi akibat trauma yang menyebabkan implantasi sel epitel ke jaringan yang lebih dalam, atau karena oklusi duktus kelenjar sebacea.^{1,4,8,9,10}

Pada tahun 1955, Meyer mengemukakan konsep bahwa secara histologis terdapat 3 varian kista dermoid yaitu kista epidermoid, kista dermoid dan teratoid. Pada jenis epidermoid, kista dilapisi oleh epitel gepeng tanpa disertai adneksa. Sedangkan pada kista dermoid, selain dilapisi oleh epitel gepeng, juga disertai adneksa seperti rambut, folikel rambut dan kelenjar sebacea. Pada teratoid, selain epitel berlapis gepeng dan adneksa, juga ditemukan adanya elemen mesoderm seperti otot, tulang, dan kartilago.^{2,4,9} Kista dermoid lebih sering dijumpai dibandingkan kista epidermoid dengan perbandingan 2:1.⁸

Pada kasus ini, secara histopatologi merupakan kista dermoid karena kista dilapisi oleh epitel epitel gepeng dan ditemukan adanya adneksa yaitu kelenjar sebacea/sel-sel palid.

Ukuran kista dermoid bervariasi, dari beberapa milimeter sampai 12 sentimeter, dimana pada kasus ini diameter terbesar kista adalah 10 sentimeter.²

Penegakan diagnosis kista dermoid merupakan hal yang cukup sulit. Oleh karena itu, selain pemeriksaan fisik yang lengkap, juga diperlukan pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan histopatologis dan radiologi seperti ultrasonografi (USG), CT Scan dan MRI.^{4,8} Karena kista dermoid merupakan kasus yang jarang, kebanyakan ahli radiologi tidak begitu mengetahui tampilan kista dermoid secara radiologis. Pemeriksaan radiologis bertujuan untuk mengetahui lokasi, ukuran dan perluasan kista, serta hubungan kista dengan struktur sekitarnya, sehingga memudahkan operator untuk memilih pendekatan operasi yang tepat. Diagnosis kista dermoid pada kasus ini ditegakkan berdasarkan pemeriksaan histopatologis setelah dilakukan ekstirpasi kista.

Berdasarkan lokasi anatomis, terdapat 3 lokasi kista dermoid pada daerah dasar mulut yaitu:^{2,8,11}

1. Sublingual atau median genioglossus, dimana kista terletak di atas m. geniohyoid
2. Median geniohyoid, yaitu di regio submental antara m geniohyoid dan m. mylohyoid

3. Lateral yaitu pada regio submandibula di atas m. myohioid

Pada kasus ini, berdasarkan klinis dan temuan operatif, didapatkan lokasi kista berada di lateral, yaitu pada regio submandibula di atas m. mylohyoid.

Ukuran dan lokasi kista akan menentukan manifestasi klinis pada pasien. Kista yang tumbuh di atas m. mylohyoid akan menyebabkan penekanan lidah ke arah palatum dan akan menyebabkan gangguan mengunyah, berbicara dan kadang-kadang bernafas. Sedangkan kista yang tumbuh ke bawah m. mylohyoid akan menyebabkan pembengkakan pada submental dan submandibula.² Pada kasus ini, karena ukuran kista yang sangat besar, menyebabkan penekanan ke atas, bawah dan lateral, sehingga terjadi penekanan lidah ke atas yang menyebabkan suara seperti bergumam dan pembengkakan pada regio submental dan submandibula.

Penatalaksanaan kista dermoid pada dasar mulut tergantung manifestasi klinis dan lokasi kista. Terdapat 2 jenis pendekatan operatif kista dermoid yaitu ekstraoral/transkutaneus dan intraoral, atau kombinasi keduanya. Pendekatan intraoral dilakukan pada kista dermoid sublingual berukuran kecil, dimana terdapat beberapa teknik operasi yaitu glossotomi medial, glossotomi medial diperluas dan insisi midline. Sedangkan pendekatan ekstraoral dilakukan pada kista dermoid berukuran besar yang telah meluas ke submental dan submandibula.^{1,8}

Ekstirpasi kista pada kasus ini dilakukan secara ekstraoral karena ukuran kista yang sangat besar, dengan melakukan insisi transversal 2 jari di bawah mandibula sampai garis tengah, sehingga memudahkan visualisasi kista dan kontrol terhadap struktur sekitarnya.

Diagnosis banding kista dermoid sangat luas, dan banyak penulis menyatakan bahwa diagnosis akhir hanya bisa didapatkan dari pemeriksaan histopatologis dari spesimen hasil operasi.¹² Diagnosis differensial untuk kista dermoid antara lain kista duktus tiroglossus, *cystichyroma*, kista brankial, tumor mucoepidermoid dan ranula^{6,10,12}

Prognosis kista dermoid setelah dilakukan ekstirpasi sangat baik dan sangat jarang mengalami ekurensi. Namun New dan Erich, seperti dikutip yang

oleh Jam BC et al¹ menyatakan bahwa sekitar 5% dari kista dermoid tipe teratoid dapat berubah menjadi ganas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Jam BC, Duraes GV, Jham AC, Santos CR. Epidermoid cyst of the floor of the mouth. *JCDA* 2007;73(6): 525-8
2. Tsirevelou P et al. Epidermoid cyst of the floor of the mouth: report of two cases. *Cases Journal* 2009;2(9360): 1-5.
3. Tuz M, Dogru H, Uygur K, Baykal B. Rapidly growing sublingual dermoid cyst throughout pregnancy. *American Journal of Otolaryngology* 2003; 24(5): 334-7.
4. Kandogan T, Koc M, Vardar E, Selek E, Sezgin O. Sublingual epidermoid cyst: a case report. *Journal of medical case reports* 2007;1(87):1-4.
5. Turki IM, Kaddour AK, Wann AR, Ginisty D. Dermoid cyst of the submandibular space. *Fr ORL* 2005;89:167-9.
6. Burger MF, Holland P, Napier B. Submental midline dermoid cyst in a 25 year old man. *ENT-Ear, Nose & Throat Journal* 2006;85(11):752-3
7. Seat TE, Sufyan W, Singh B. Case report of a dermoid cyst at the floor of the mouth. *Annual academy of medicine* 2004;33(4):77-9.
8. Ellias LS et al. Epidermoid cyst: highlights on diagnosis and magnetic resonance imaging features. *Rev odonto clenc* 2010;25(2):204-7.
9. Ozan F, Polat HB, Ay S, Goze F. Epidermoid cyst of the buccal mucosa: a case report. *The Journal of Contemporary Dental Practice* 2007;8(3):1-6.
10. Sanal HT. Ultrasound finding of dermoid cyst located in neck region: sac of marble sign. *KBB-Forum* 2008;7(1):28-30.
11. Anantanarayanan T, Manikandhan R, Bhargava D, Sivapathasundaran B. Sublingual epidermoid cyst. *Head and Neck Patol* 2010; 4: 136-8
12. Cramer H, Lampe H, Downing P. Dermoid cyst of the floor of the outh diagnosed by fine needle aspiration cytology. *Acta Cytologica* 1996; 40(2): 319-326.