

Kesulitan Ekstraksi Benda Asing Gigi Palsu Di Esofagus

Fachzi Fitri, Surya Azani

Bagian Ilmu Kesehatan Telinga Hidung dan Tenggorokan Bedah Kepala Leher (THT-KL)
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang

Abstrak

Tingginya pemakaian gigi palsu meningkatkan insiden tertelan gigi palsu terutama pada orang tua. Ekstraksi gigi palsu di esofagus dapat menjadi sangat sulit karena ukuran gigi palsu yang besar, ketajaman pinggir gigi palsu dan kawat metal yang ada pada gigi palsu. Teknik ekstraksi secara endoskopi dengan menggunakan esofagoskop kaku haruslah hati-hati untuk mencegah terjadinya komplikasi.

Dilaporkan satu kasus benda asing gigi palsu yang mengandung kawat dengan esofagoskopi kaku pada laki-laki usia 53 tahun dan telah mengalami gagal ekstraksi di RS daerah.

Kata kunci : Gigi palsu yang mengandung kawat, esofagoskopi kaku, teknik ekstraksi gigi palsu

Abstract

The high utilization of dentures increase the incidence of swallowed dentures especially in the elderly. Extraction dentures in the esophagus can be very difficult because large size, sharp edge and metal clasps of the dentures. Endoscopic extraction technique by using rigid esophagoscope must be careful to prevent the occurrence of complications.

Reported one case of foreign body dentures with metal clasps in the esophagus with rigid esophagoscope in 53 years old man that had failed to extract in the district hospital.

Key words : Dentures with metal clasps, rigid esophagoscopy, extraction technique

PENDAHULUAN

Tertelan benda asing merupakan kasus yang sering dijumpai di ruang emergensi dimana 80-90% dari benda asing dapat keluar sendiri melalui traktus gastrointestinal, 10-20% membutuhkan tindakan ekstraksi secara endoskopi dan hanya 1% yang membutuhkan pembedahan.¹ Benda asing di esofagus, lebih kurang 20% dari semua benda asing di traktus gastrointestinal, sering ditemukan pada anak-anak, tapi juga dapat ditemukan pada dewasa. Hal ini dapat menimbulkan komplikasi yang serius bahkan kadang membutuhkan tindakan pembedahan. Benda asing pada anak-anak biasanya koin, mainan dan baterai sedangkan pada dewasa yang sering adalah daging dan tulang ikan. Pada orang tua, gigi palsu dapat menimbulkan masalah yang serius dan merupakan benda asing yang umum dijumpai pada usia ini.²

Gigi palsu digunakan untuk menggantikan gigi yang hilang, selain meningkatkan estetika wajah, gigi palsu membuat proses makan lebih nyaman, meningkatkan kejelasan bicara juga dapat mencegah erupsi yang berlebihan dari gigi yang berseberangan dan impaksi makanan pada ruang edentulous. Tingginya pemakaian gigi palsu meningkatkan insiden tertelan gigi palsu seperti yang ditemukan di Nigeria 25 tahun terakhir. Lagos seperti yang dikutip oleh Nwaorgu³, mendapatkan kejadian tertelan gigi palsu di Nigeria sebesar 4.9%. Abdullah⁴ mendapatkan insiden 21 kasus (11.5%) gigi palsu di esofagus dari 200 kasus benda asing di esofagus. Insiden benda asing gigi palsu di RS. M. Djamil Padang dari tahun 2009 sampai sekarang sebanyak 13

(46.43%) kasus dari 28 kasus benda asing di esofagus.

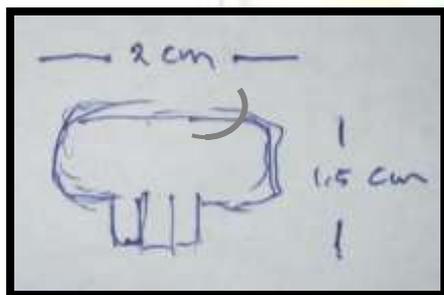
Diagnosis benda asing di esofagus dapat ditegakkan berdasarkan anamnesis, gejala dan tanda klinis, pemeriksaan radiologik serta endoskopi. Tindakan endoskopi dilakukan untuk tujuan diagnostik dan terapi.⁵ Diagnosis impaksi gigi palsu di esofagus dapat menjadi suatu tantangan pada pasien dengan riwayat tertelan gigi palsu yang tidak pasti dan gejala klinis yang tidak khas serta pada gambaran radiologi gigi palsu yang sebagian besar bersifat radiolusen.⁶

Ekstraksi gigi palsu secara endoskopi dapat menjadi sulit dan dapat menimbulkan perforasi esofagus karena kekakuan, ukuran gigi palsu yang besar, ketajaman pinggir gigi palsu dan kawat metal yang ada pada gigi palsu. Ketika diagnosis ditegakkan, ekstraksi dengan visualisasi mata langsung serta kondisi yang ideal penting untuk segera dilakukan.^{3,7} Benda asing terutama yang tajam di esofagus dapat menimbulkan komplikasi seperti, perforasi esofagus, aorta, perikardium dan traktus gastrointestinal. Oleh karena itu kemungkinan terjadinya kerusakan struktur vital tersebut harus selalu diingat sehingga teknik ekstraksi secara endoskopi haruslah diperhatikan untuk mencegah komplikasi tersebut.^{7,8}

LAPORAN KASUS

Seorang pasien laki-laki umur 53 tahun (MR : 763559) datang ke instalasi gawat darurat RS. Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 23 November 2011, rujukan dari RS. Achmad Mochtar Bukittinggi, dengan keluhan tertelan gigi palsu sejak 2 hari sebelum

masuk rumah sakit. Awalnya pasien sedang tidur kemudian terbangun tiba-tiba karena merasa ada sesuatu yang tertelan dan pasien menyadari bahwa gigi palsunya tidak ada lagi. Gigi palsu rahang atas bagian depan sebanyak tiga buah dengan tapak mengandung kawat pada satu sisi (gambar 1). Gigi palsu dibuat oleh tukang gigi, bukan oleh dokter gigi. Pasien kemudian merasakan nyeri di tenggorok dan sukar menelan, terasa mengganjal di tenggorok dan adanya air ludah yang terkumpul di mulut. Riwayat tersedak, batuk, sesak nafas, suara serak, demam tidak ada. Muntah dan buang air besar berwarna hitam tidak ada. Sebelumnya pasien berobat di RS daerah di kota Payakumbuh tetapi karena peralatan operasi tidak ada pasien kemudian dirujuk ke RS. Achmad Mochtar (RSAM) di Bukittinggi. Di RSAM dilakukan tindakan esofagoskopi dan ekstraksi benda asing gigi palsu hari berikutnya, tetapi hanya keluar patahan tapak gigi palsu dengan ukuran 0.5x0.5 cm. *Nasogastric tube* (NGT) kemudian dipasang melalui lobang hidung kanan. Pasien diberi terapi Cefotaxim 2x1 gr (iv), deksametason 2x5 mg (iv) dan drip ketorolac dalam cairan ringer laktat. Pasien kemudian dirujuk ke RS. M. Djamil Padang.



Gambar 1. Gambaran skematik 3 buah gigi palsu dengan kawat besi di satu sisi

Pemeriksaan fisik secara umum ditemukan keadaan umum tampak baik, kesadaran komposmentis kooperatif, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 80x/mnt, nafas 20x/mnt, suhu 36,7 °C, regio toraks : tampak pergerakan dada simetris kiri dan kanan, suara nafas vesikuler normal kiri dan kanan, ronkhi wheezing dan stridor tidak ada. Daerah leher tidak ditemukan tanda-tanda emfisema subkutis. Pada pemeriksaan fisik THT-KL didapatkan telinga kiri dan kanan dalam batas normal. Kavum nasi dekstra terpasang NGT sedangkan kavum nasi sinistra dan tenggorok dalam batas normal. Pemeriksaan laringoskopi indirek tampak sekret yang tergenang di sinus piriformis dan yang lain dalam batas normal.

Pemeriksaan Roentgen servikal dan toraks di RSAM sebelum tindakan esofagoskopi dilakukan, tampak kawat gigi palsu setinggi vertebra C7 (gambar 2) dan setelah tindakan esofagoskopi posisinya berubah menjadi setinggi vertebra Th 2-3 (gambar 3).

Roentgen servikal AP dan lateral serta toraks AP ulang dilakukan dan tampak kawat gigi palsu masih di posisi yang sama seperti pasca tindakan esofagoskopi yaitu setinggi Th 2-3 (gambar 4).



Gambar 2. Roentgen Foto servikal AP- lateral sebelum tindakan esofagoskopi di RS daerah. Tampak kawat gigi palsu setinggi vertebra C7.



Gambar 3. Roentgen Foto toraks AP dan servikal AP sesudah tindakan esofagoskopi di RS daerah. Tampak kawat gigi palsu setinggi vertebra Th 2-3



Gambar 4. Roentgen Foto toraks AP dan servikal AP saat datang ke IGD RS M. Djamil Padang. Tampak posisi kawat gigi palsu tetap setinggi vertebra Th 2-3

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan Roentgen toraks ditegakkan diagnosis benda asing gigi palsu di esofagus. Pasien direncanakan untuk tindakan esofagoskopi ulang dan ekstraksi benda asing gigi palsu di esofagus secara elektif. Pasien dirawat di bangsal THT-KL RS. M. Djamil Padang dan dikonsulkan ke subbagian bronkoesofagologi THT-KL. Untuk persiapan operasi dilakukan pemeriksaan laboratorium darah rutin, kimia klinik dan PT/APTT, ditemukan Hb 12.2 gr%, leukosit 12.800/mm³, hematokrit 36.6%, trombosit 211.000/mm³, PT 10.1", APTT 29.2", Na 140 mmol/L, K 3.9 mmol/L, Cl 110 mmol/L, gula darah sewaktu 104 mg/dl, ureum 63.4 mg/dl, kreatinin 0.9 mg/dl, SGOT 21.17 u/l dan SGPT 15.71u/l

Pasien diberi terapi Cefotaxim 2x1 gr (iv), deksametason 2x5 mg (iv), ranitidine 2x50mg (iv) dan drip tramadol 1 ampul dalam cairan RL 8 jam/kolf. Diet makanan cair diberikan melalui NGT.

Selama perawatan sebelum tindakan esofagoskopi ulang pasien masih mengeluhkan rasa

mengganjal di tenggorok dan rasa nyeri di dada yang hilang timbul. Sesak nafas tidak ada, warna buang air besar biasa dan tidak ditemukan benda asing. Pada pemeriksaan fisik umum dan pemeriksaan lokal THT tidak ada perubahan. Informed consent dilakukan untuk tindakan esofagoskopi ulang dilakukan pada pasien dan keluarga dan direncanakan untuk dilakukan esofagoskopi ulang setelah kondisi optimal pada tanggal 29 November 2011. Untuk persiapan operasi pasien dikonsultasikan ke bagian penyakit dalam dan bagian anestesi.

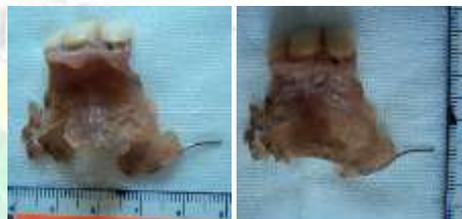


Gambar 5. Roentgen foto thorak AP 1 jam sebelum tindakan esofagoskopi. Tampak posisi kawat gigi palsu tetap setinggi vertebra Th 2-3

Pada tanggal 29 November 2011 dilakukan tindakan esofagoskopi dan ekstraksi benda asing gigi palsu dalam anestesi umum. Satu jam sebelum operasi dilakukan roentgen toraks ulang dan tampak gigi palsu masih pada posisi setinggi Th 2-3 (gambar 5). Operasi dimulai dengan pasien tidur telentang di atas meja operasi dalam anestesi umum. Dilakukan tindakan aseptik dan antiseptik di daerah operasi. Esofagoskop kaku dengan ukuran diameter 14 x 16mm dan panjang 30 cm dimasukkan melalui mulut, tegak lurus sampai tampak uvula dan dinding posterior faring. Gerakan ringan ibu jari tangan kiri diberikan pada ujung esofagoskop menuju aritenoid kanan, sinus piriformis dan kemudian ujung esofagoskop dimasukkan ke esofagus melewati introitus esofagus. Dengan bantuan kamera, tampak bagian akrilik dan kawat gigi palsu yang menempel pada dinding esofagus bagian posterior kanan, 22 cm dari gigi insisivus atas dengan bagian kawat yang mengarah ke atas dan pada dinding anterior esofagus ditemukan laserasi mukosa esophagus $\pm 1 \times 1$ cm. Bagian kawat gigi palsu dijepit dengan forsep dan diekstraksi sehingga bagian kawat bisa masuk ke dalam esofagoskop, tetapi terasa ada tahanan. Dilakukan maneuver dengan memutar posisi benda asing dengan forsep secara hati-hati namun hal ini sulit dilakukan karena ukuran benda asing yang cukup besar. Maneuver ulang kembali dilakukan namun tetap gagal, kemudian diputuskan untuk memisahkan bagian kawat gigi palsu yang sudah masuk ke dalam esofagoskop dari bagian akriliknya. Dilakukan maneuver ulang terhadap sisa gigi palsu dan

ekstraksi sisa gigi palsu berhasil dilakukan. (Gambar 6) Pada tindakan esofagoskopi untuk evaluasi, tampak laserasi dinding posterior esophagus setinggi 21 dan 26 cm dari gigi insisivus atas, $\pm 0.5-1$ cm dan di bagian anterior setinggi 22 cm, seluas $\pm 1 \times 1$ cm, tetapi tidak ada perdarahan aktif. NGT no 16 dipasang dan operasi selesai.

Pasien kemudian dirawat di bangsal THT-KL RS M. Djamil Padang dan diberi terapi Cefotaxim 2x1 gr (iv), deksametason 2x5 mg (iv), ranitidine 2x 50 mg (iv) dan drip tramadol 1 ampul dalam cairan RL 8 jam/kolf untuk satu hari kemudian dilanjutkan dengan ibuprofen syrup 3x200mg (PO). Pasien dianjurkan untuk tidak makan dan minum melalui mulut serta tidak menelan ludah selama NGT masih terpasang. Pasien didiagnosis dengan post esofagoskopi dan ekstraksi gigi palsu ulang atas indikasi benda asing gigi palsu di esofagus.



Gambar 6. Gigi palsu dengan kawat yang sudah terpisah yang telah dikeluarkan dari esophagus.

Follow up hari pertama pasca operasi, 30 November 2011, demam, batuk dan sesak nafas tidak ada serta nyeri di dada juga tidak ada lagi. Pemeriksaan fisik secara umum ditemukan keadaan umum tampak baik, kesadaran komposmentis kooperatif, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/mnt, nafas 18x/mnt, suhu 36,7 °C, regio toraks : tampak pergerakan dada simetris kiri dan kanan, suara nafas vesikuler normal kiri, suara nafas tambahan tidak ada. Daerah leher tidak ditemukan tanda emfisema subkutis. NGT masih terpasang dan lancar dan terapi dilanjutkan.

Pada hari ke-2 sampai hari ke-5 pasca operasi keadaan pasien stabil dan pada hari ke-5 dilakukan tes minum, pasien tidak tersedak dan tidak sesak nafas. Dilakukan observasi selama satu hari dengan diet makan cair peroral dengan NGT masih terpasang. Pada hari ke-6 pasca operasi, tersedak, batuk dan sesak nafas tidak ada kemudian NGT dilepas dan pasien boleh pulang serta kontrol ke poliklinik satu minggu lagi.

Pasien tidak datang kontrol ke poliklinik THT-KL RS. M. Djamil Padang karena terlalu jauh dan pasien kontrol ke ahli THT yang ada di daerahnya, tetapi dapat dilakukan komunikasi lewat telepon yang menyatakan pasien tidak ada keluhan.

DISKUSI

Kasus tertelan gigi palsu sering dilaporkan dari beberapa literatur. Tingginya pemakaian gigi palsu meningkatkan insiden tertelan gigi palsu seperti yang ditemukan di Nigeria 25 tahun terakhir. Lagos seperti yang dikutip oleh Nwaorgu, mendapatkan kejadian tertelan gigi palsu di Nigeria

sebesar 4.9%.³ Insiden ini berbeda antara laki-laki dan perempuan. Nwaorgu³ dalam penelitiannya terhadap 22 pasien dengan impaksi gigi palsu di esofagus, 16 (72.7%) pasien laki-laki dan 6 (27.3%) pasien perempuan dengan rasio 2.7 : 1. Abdullah⁴ mendapatkan insiden 21 kasus (11.5%) gigi palsu di esofagus dari 200 kasus benda asing di esofagus yang terdiri dari 17 (80.95%) pasien laki-laki dan 4 (19.05%) perempuan dengan rasio 4:1.⁴ Insiden tertelan gigi palsu lebih rendah pada perempuan karena perempuan cenderung lebih peduli dan merawat gigi palsu.³

Tingginya insiden tertelan gigi palsu ini berhubungan dengan menurunnya sensasi *oral cavity* pada pemakai gigi palsu karena sifat mengisolasi dari bahan dasar resin gigi palsu serta terdapatnya penurunan sensasi secara bertahap dan kontrol motorik yang jelek pada laringofaring.^{3,9} Tertelan gigi palsu biasanya terjadi setelah trauma, intoksikasi, hilangnya kesadaran pada peminum alkohol dan pada saat tidur sehingga terkadang riwayat tertelan gigi palsu tidaklah pasti. Pasien yang mengalami cacat fisik dan mental beresiko tinggi tertelan gigi palsu.^{4,7,8,10} Pada kasus ini riwayat tertelan gigi palsu juga tidak pasti dimana pasien terbangun tiba-tiba saat tidur karena merasa ada sesuatu yang tertelan dan menyadari bahwa gigi palsu tidak ada lagi.

Pasien tertelan gigi palsu biasanya datang dengan keluhan disfagia (92%), kaku pada leher (60%) dan gejala lain seperti adanya nyeri tenggorok, odinofagia, hipersalivasi, rasa penuh di dada, regurgitasi dan ketidakmampuan menelan ludah. Pada kasus lanjut dapat timbul *Ono's sign* dan kehilangan tenaga yang cukup berat. Pada pemeriksaan laringoskopi indirek akan tampak genangan saliva di sinus piriformis.^{8,11} Nwaorgu³ dalam penelitiannya terhadap 22 pasien tertelan gigi palsu mendapatkan gejala yang paling umum dikeluhkan pasien adalah nyeri di tenggorok (100%), sensasi benda asing di tenggorok (81,8%) dan tanda yang umum adalah kaku pada leher (68,2%) dan saliva yang terkumpul di tenggorok (31,8%). Gejala yang sama juga ditemukan pada pasien ini dimana pasien merasakan nyeri di tenggorok dan sukar menelan, terasa mengganjal di tenggorok dan adanya air ludah yang terkumpul di mulut dan tenggorok.

Kasus tertelan gigi palsu merupakan penyebab stress terutama pada pasien orang tua.¹² Keterlambatan diagnosis tertelan gigi palsu dapat meningkatkan angka morbiditas.¹⁰ Benda asing di esofagus dapat menyebabkan obstruksi, ulserasi mukosa, inflamasi dan infeksi, bahkan komplikasi yang fatal seperti abses para- atau retroesofagus, mediastinis, empiema, perforasi esofagus atau fistula aortoesofagus.^{10,13} Fistula aortoesofagus merupakan kasus yang jarang dan fatal, seperti yang dilaporkan oleh Athanassiadi¹³, terdapat 1 kasus (0.25%) terjadinya fistula aortoesofagus dari 400 kasus benda asing di esofagus yang menimbulkan kematian.¹³ Keterlambatan diagnosis dan ekstraksi gigi palsu di esofagus juga dapat menimbulkan kelumpuhan nervus laringeus rekuren.⁴

Pemeriksaan radiologi merupakan alat diagnostik yang penting disamping anamnesis dan

pemeriksaan fisik untuk mengidentifikasi benda asing di esofagus, dapat memperkirakan ukuran benda asing serta untuk mengantisipasi kemungkinan adanya benda asing yang multipel.^{13,14} Diagnosis tertelan gigi palsu menjadi sulit jika bahan dasar gigi palsu *Polymethylmethacrylate* (PMMA), bahan dasar resin yang bersifat radiolusen, tapi kawat gigi palsu yang bersifat radioopak dapat terlihat pada gambaran radiologis. Meskipun telah dibuat bahan dasar resin yang bersifat radioopak tetapi masih belum bisa menyamai kualitas fisik dan estetika PMMA.^{7,10} Benda asing radiolusen di esofagus dapat diperkirakan dengan adanya udara yang terperangkap di bagian proksimal benda asing atau bertambahnya jarak antara vertebra servikal dengan laring atau trakea pada esofagus bagian servikal.¹⁴ Pada kondisi dimana tidak tampak gigi palsu pada temuan radiologi, maka tatalaksana harus berdasarkan riwayat dan gejala klinis. Visualisasi langsung dengan endoskopi fleksibel atau endoskopi kaku harus dilakukan.^{4,10,13}

Fang⁷ dalam penelitiannya terhadap 6 kasus benda asing gigi palsu di esofagus mendapatkan 3 kasus di esofagus bagian atas, 2 kasus di esofagus bagian torak dan 1 kasus di esofagus bagian bawah. Nwaorgu³ dkk dari 22 pasiennya mendapatkan 63.6% gigi palsu di esofagus bagian atas, 31.8% pada esofagus bagian toraks dan 4.5% pada esofagus bagian bawah. Lokasi tersering benda asing tersangkut di esofagus adalah di krikofaring diikuti pada esofagus bagian toraks yaitu pada penyempitan oleh arkus aorta dan bronkus utama kiri.³ Terdapat empat penyempitan pada esofagus yaitu penyempitan krikofaring, persilangan aorta, persilangan dengan bronkus utama kiri dan pada hiatus diafragma.¹⁵ Pada pasien ini gigi palsu juga ditemukan pada esofagus bagian atas, setinggi vertebra C-7 sebelum tindakan esofagoskopi pertama dilakukan dan berubah ke posisi setinggi vertebra Th2-3 pasca esofagoskopi pertama. Level dari impaksi gigi palsu ini tergantung pada ukuran, konfigurasi dan tipe dari gigi palsu. Gigi palsu bagian atas biasanya mempunyai permukaan yang lebih luas serta adanya kawat meningkatkan kemungkinan tertahannya gigi palsu pada esofagus bagian atas.³

Prinsip dasar dari tatalaksana ekstraksi benda asing di esofagus secara endoskopi tidak berubah sejak diperkenalkan oleh Chevalier Jackson. Esofagoskop digunakan pertamakali pada tahun 1890 oleh Mackenzie yang kemudian dikembangkan oleh Jackson, Ingal dan Mosher.¹³ Keuntungan esofagoskopi ini adalah visualisasi langsung terhadap benda asing, evaluasi derajat perlukaan esofagus dan dapat mencari benda asing yang multipel.^{7,13,14}

Benda asing yang tajam di esofagus harus dikeluarkan tanpa penundaan untuk mencegah perforasi esofagus.^{13,16} Beberapa teknik ekstraksi benda asing tajam di esofagus dengan esofagoskop kaku banyak ditemukan pada literatur tetapi belum sepenuhnya memuaskan. Eliashar¹⁶ dkk menggunakan esofagoskop kaku dengan bantuan *folley catheter* untuk mengeluarkan benda asing (alat gantungan di dinding dengan tiga gigi tajam dengan bahan dasar logam). *Folley catheter* dimasukkan ke esofagus sampai melewati benda asing, kemudian

balon diisi dengan cairan saline sehingga memungkinkan untuk melakukan manipulasi terhadap benda asing yang tertancap di dinding esofagus tanpa menimbulkan laserasi, tapi sayangnya teknik ini hanya cocok untuk benda asing tajam yang ukurannya kecil¹⁶

Fang⁶ menggunakan teknik lain untuk mengekstraksi gigi palsu yang mengandung kawat dan pinggir yang tajam. Lembaran kapas yang telah dibasahi dengan cairan fisiologis, disumpalkan di sekeliling gigi palsu untuk mendilatasi esofagus sehingga memungkinkan pengambilan gigi palsu.

Lam¹⁷ dkk juga memiliki teknik lain yaitu dengan menggunakan laser Holmium-YAG untuk memecahkan gigi palsu. Lam dkk gagal melakukan ekstraksi gigi palsu karena kawat gigi palsu yang mengarah ke atas tertancap di mukosa dinding esofagus, kemudian gigi palsu ini didorong sampai ke lambung dengan panduan endoskopi dan disini gigi palsu dipecahkan dengan laser Holmium-YAG menjadi 3 fragmen yang lebih kecil sehingga gigi palsu dapat dikeluarkan melalui bronkoskop kaku. Laser sebelumnya pernah digunakan untuk memecahkan benda asing di rektum dan traktus trakeobronkial serta gumpalan makanan padat yang menyebabkan obstruksi di lambung.¹⁷

Pada pasien ini dilakukan pemisahan bagian kawat gigi palsu sehingga sisa dari gigi palsu dapat dimanuver dan berhasil di keluarkan. Hal yang sama juga dilakukan Nwaorgu³ terhadap dua pasiennya dimana gigi palsu yang terlalu besar dipecah menjadi beberapa bagian dengan forsep tang sehingga mudah untuk dikeluarkan.

Nwaorgu³ mendapatkan trauma yang bervariasi pada mukosa esofagus, mulai dari memar (45.5%), kemerahan dan edema karena peradangan (77.3%) dan laserasi mukosa (9.1%). Semua trauma pada mukosa berhasil ditatalaksana secara konservatif dengan pemasangan NGT, antibiotik spektrum luas secara parenteral dan analgetik selama satu minggu.³ Pada pasien ini ditemukan laserasi

pada esofagus dan NGT dipasang selama 6 hari serta diberi antibiotik spektrum luas.

Ekstraksi gigi palsu dengan endoskopi ini mempunyai resiko perforasi yang cukup tinggi. Lam melaporkan insiden perforasi esophagus 0.2%-1.2% pasca tindakan esofagoskopi kaku. Perforasi sering terjadi pada daerah esophagus yang paling sempit yaitu pada penyempitan krikofaring. Perforasi esofagus terjadi tergantung pada ukuran gigi palsu, ketajaman pinggir gigi palsu dan tindakan ekstraksi yang dilakukan pada waktu yang kurang ideal serta derajat periesofagitis. Jadi, ekstraksi gigi palsu penting untuk dilakukan segera setelah diagnosis ditegakkan dengan visualisasi langsung dengan mata dan situasi yang ideal. Keberhasilan ekstraksi secara endoskopi membutuhkan ahli yang berpengalaman, visualisasi langsung dan terkadang membutuhkan forsep tang.^{3,7} Hal inilah yang mungkin menyebabkan gagalnya tindakan ekstraksi gigi palsu dengan esofagoskopi kaku yang sebelumnya dilakukan di RS Daerah, dimana ukuran gigi palsu yang besar, pinggir yang tajam dan mengandung kawat serta tidak adanya kamera yang dapat memperjelas visualisasi terhadap gigi palsu tersebut.

Beberapa literatur telah melaporkan kegagalan ekstraksi

gigi palsu yang tajam dan mengandung kawat karena dapat merusak mukosa dinding esofagus dan dapat menimbulkan komplikasi yang fatal dan menganjurkan ekstraksi melalui pembedahan dengan pendekatan esofagotomi (Tabel 1). Toshima dkk lebih menyarankan untuk melakukan tindakan pembedahan lebih awal mengingat komplikasi yang dapat timbul pada tindakan esofagoskopi kaku.¹⁸

Meningkatnya populasi usia tua akan meningkatkan insiden tertelan gigi palsu. Perlunya nasehat tentang pencegahan pemakaian gigi palsu yang tidak pas lagi atau mengalami kerusakan dan melepasnya saat tidur untuk mencegah kejadian tertelannya gigi palsu.⁶

Tabel 1. Laporan beberapa kasus gigi palsu yang mengandung kawat di esofagus

First author ^{Ref}	No. of cases	Age (years)	Sex	Treatment	Complications
Nwaorgu ³	22	23-77	Males: 16 Females: 6	Esophagoscopy: 17 Esophagotomy: 3 Spontaneous expulsion: 1 Died before treatment: 1	Esophageal perforation: 5 Pulmonary edema: 1 None: 15
Nwafo ¹⁰	3	NA	NA	Esophagotomy: 3	None
Vivaldi ¹¹	2	NA	NA	Esophagotomy: 1 Esophagotomy after unsuccessful esophagoscopy: 1	None: 1 Esophageal perforation: 1
Imam ¹²	1	46	Female	Esophagotomy after unsuccessful esophagoscopy	None
Chen ¹³	1	80	Male	Thoracoscopic removal	None
Samarasam ¹⁴	1	51	Male	Subtotal esophagectomy	None
Chua ¹⁵	1	36	Male	Esophagotomy	None
Stiles ¹⁶	1	NA	NA	Esophagotomy	None
Toshima (present cases)	3	57-64	Males: 2 Females: 1	Cervical esophagotomy: 3	None

NA, data not available

DAFTAR PUSTAKA

1. Yadav R, Mahajan G, Mathur R.H. Denture plate foreign body of esophagus. *IJTCVS*. 2008; 24: 191-4
2. Tihan D et al. Esophageal perforation due to inadvertent swallowing of dental prosthesis. *Turk J Gastrointestinal*. 2011;22 (5):529-33
3. Nwaorgu O.G et al. Esophageal impacted dentures. *Journal of the national medical association*. 2004; 96(10) : 1350-53
4. Yunizaf M. Benda asing di esofagus. Dalam Soepardi EA, Iskandar N, Bashiruddin J, Restuty RD, editor. *Buku ajar ilmu kesehatan Telinga Hidung Tenggorok Kepala & Leher*. FKUI.2007: Edisi 6: 299 -302
5. Saleh M. Mendis D. Late Presentation of an Ingested Partial Denture. *International Journal Of Case Report and Images*. 2011; 2 (7): 13-16
6. Fang Rui MM et all. Endoscopic removal of esophageal impacted dentures. *Annals of Otolaryngology and laryngology*. 2010 ; 119 (4) : 249-51
7. Adhikari P. et all. Impacted denture in oesofagus : case report and review of literature. Di download dari <http://www.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-otorhinolaryngology/volume-8-number-2/>
8. Abdullah BJJ et al. Dental Prothesis Ingested and Impacted in The Esofagus and Orolaryngopharynx. *The journal of Otolaryngology*. 1998; 27 (4): 190-4
9. Rathore PK, Raj A, Meher R. Prolonged foreign body impaction in the oesophagus. *Singapore Med J* 2009;50: 53-4
10. Haidary. A, Lesider. JS, Silbergleit.R, Unsuspected Swallowing of a Partial Denture. *American Journal Neuroradiology*. 2007; 28 : 1734-1735
11. Odigie Vincent et al. Broncho-Oesophageal Fistula (BOF) Secondary to Missing Partial Denture in an Alcoholic in a Low Resource Country. *Oman Medical Journal*. 2011 ; 26 (1) : 50-2
12. Rekha P. et al. Acquired trachea-esophageal fistula caused by a denture.
13. Athanassiadi K, Gerazouinis M, Metaxas E, Kalantzi N. Management of esophageal foreign bodies: a retrospective review of 400 cases. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*. 2002 ; 21 : 653-6
14. Saki N, Nikakhlagh S, Tahmasebi M. Diagnostic Accuracy of Conventional Radiography for Esophageal Foreign Bodies in Adults. *Iran J Radiol*. 2008; 5(4); 199-204
15. Yang JY, Deutsch ES, Reilly JS. Bronchoesophagology. In: *Ballenger's Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery*. Spain: Decker, 2003 : 1578-88
16. Eliashar R. Dano I. Braverman I. Removal of sharp esophageal foreign body using a rigid esophagoscope and a foley catheter. *The Journal of Otolaryngology*. 1998 ; 27 (2): 307-308
17. Lam et al. Laser-Assisted removal of foreign body impacted in the esophagus. *Laser in Surgery and Medicine*. Wiley-Liss, inc. 1997; 20: 480-2
18. Toshima et al. Surgical Removal of a Denture with Sharp Clasps Impacted in the Cervicothoracic Esophagus: Report of Three Cases. *Surgery Today*. Springer. 2011; 41: 1275-9