

Impaction of tooth 13 type II (Yamamoto Classification) accompanied by recurrent fibromatous epulis with suppurative chronic inflammation

Impaksi gigi 13 tipe II (Klasifikasi Yamamoto) disertai rekuren epulis fibromatosa dengan radang kronik supuratif

¹A. Tajrin, ²Mukhtar Nur Anam, ³Muh Rizky Adipratama Yusuf

¹Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Hasanuddin University,

²Oral and Maxillofacial Surgery Study Program, Faculty of Dentistry, Hasanuddin University

³Student, Oral and Maxillofacial Surgery Study Program, Faculty of Dentistry, Hasanuddin University

Makassar, Indonesia

Corresponding author: **Muh Rizky Adipratama Yusuf**, e-mail: rmuhrizkyadipratamayusuf@gmail.com

ABSTRACT

Fibromatous epulis is often found in the oral cavity especially on the gingival margin, cheeks and tongue. The aetiology general-ly stems from chronic irritation. This article discusses a series of treatment stages and management of biopsy excision and odontectomy of tooth 13, prognosis of treatment of EF with suppurative chronic inflammation. A 23-year-old female came to the department of Oral and Maxillofacial Surgery of RSGMP Hasanuddin University with complaints of a lump on the right maxillary gum since ± 8 months ago. The patient had a history of gum lump surgery with the same location ± 1 year ago. Intra oral examination: gingival lump of teeth 11-12 with size $\pm 1.6 \times 1.5 \times 0.5$ cm with spongy consistency, and pedunculated, media caries of teeth 11, 21, post-endodontic composite filling of tooth 12. OPG and thoracic radiographic examination were performed. In this case, biopsy excision and odontectomy of tooth 13 under general anaesthesia were performed and histopathological examination was performed. It was concluded that biopsy excision and odontectomy of tooth 13 aimed to remove the epulis and prevent recurrence of EF.

Keywords: fibromatous epulis with suppurative chronic inflammation, impacted tooth 13, biopsy excision, odontectomy tooth 13

ABSTRAK

Epulis fibromatosa sering ditemukan pada rongga mulut terutama pada margin gingiva, pipi, dan lidah. Etiologi umumnya berasal dari iritasi kronis. Artikel ini membahas serangkaian tahap penanganan dan tatalaksana eksisi biopsi dan odontektomi gigi 13, prognosis dari pengobatan EF dengan radang kronik supuratif. Seorang perempuan usia 23 tahun datang ke bagian Bedah Mulut dan Maksilofasial RSGMP Universitas Hasanuddin dengan keluhan terdapat benjolan pada gusi rahang atas kanan sejak ± 8 bulan yang lalu. Pasien memiliki riwayat operasi benjolan gusi dengan lokasi yang sama ± 1 tahun yang lalu. Pemeriksaan intra oral: benjolan gingiva gigi 11-12 dengan ukuran $\pm 1,6 \times 1,5 \times 0,5$ cm dengan konsistensi kenyal, dan bertangkai, karies media gigi 11, 21, tambalan komposit pascaendodontik gigi 12. Dilakukan pemeriksaan radiografi OPG dan toraks. Pada kasus ini dilakukan eksisi biopsi dan odontektomi gigi 13 dalam anestesi umum dan dilakukan pemeriksaan histopatologi. Disimpulkan bahwa tindakan eksisi biopsi dan odontektomi gigi 13 bertujuan untuk mengangkat epulis serta mencegah rekurensi EF.

Kata kunci: epulis fibromatosa dengan radang kronik supuratif, impaksi gigi 13, eksisi biopsi, odontektomi gigi 13

Received: 10 October 2024

Accepted: 1 January 2025

Published: 1 April 2025

PENDAHULUAN

Impaksi gigi kaninus rahang atas merupakan masalah perkembangan gigi yang signifikan memengaruhi 1-3% populasi. Impaksi gigi kaninus RA menempati urutan ketiga setelah impaksi gigi molar tiga RB dan gigi molar tiga RA. Prevalensi impaksi gigi kaninus RA 0,9-3,0%, tergantung pada populasi yang diperiksa. Impaksi gigi kaninus RA paling sering terjadi pada perempuan. Insidensi impaksi kaninus RA dua kali lipat lebih banyak dibandingkan dengan RB.^{1,2,11}

Faktor etiologi impaksi gigi kaninus dapat bersifat lokal, sistemik atau genetik. Faktor lokal yang paling umum adalah perbedaan ukuran gigi dengan panjang lengkung gigi, kegagalan resorpsi akar gigi kaninus desidui, *prolong* retensi gigi desidui, ankilosis gigi kaninus, terdapat kista atau neoplasma, dilaserasi akar, kehilangan gigi insisivus lateralis, variasi ukuran akar gigi insisivus lateralis, faktor iatrogenik dan faktor idiopatik. Faktor sistemik adalah defisiensi endokrin dan iradiasi. Faktor genetik adalah faktor keturunan dan adanya celah palatum.^{11,12}

Epulis merupakan hiperplasia gingiva yang menyerupai tumor (*tumor-like*) yang berasal dari jaringan ikat periodontal, yang diduga disebabkan oleh iritasi kronis lokal atau trauma seperti kalkulus subgingiva, karies servikal, sisa akar gigi, gigi tiruan yang tidak baik, restorasi yang tidak baik, ketidakseimbangan hormon, dan proses penyembuhan yang berlebihan. Epulis bersifat fibrous,

hiperplastik dan granulatif.^{1,2}

Epulis fibromatosa (EF) sering ditemukan pada rongga mulut terutama pada margin gingiva, serta pipi dan lidah. Etiologi umumnya berasal dari iritasi kronis. Gambaran klinis epulis dapat bertangkai (*pedunculated*) atau tidak bertangkai (*sessile*), berwarna merah muda agak pucat, konsistensi kenyal sampai keras, berbatas tegas, padat dan kokoh. Pada umumnya epulis tidak mudah berdarah dan tidak menimbulkan rasa sakit, akan tetapi bila ukurannya besar, maka akan mengganggu estetik, pengunyahan dan menjadi trauma serta ulserasi.²

Banyak laporan menunjukkan EF sering terjadi pada regio anterior dibandingkan posterior, dan RB lebih sering ditemukan daripada RA karena dipengaruhi oleh kalkulus subgingiva, malposisi di daerah anterior yang akan menyulitkan kontrol plak.³⁻⁵ Pembuangan faktor iritasi dan eksisi EF merupakan perawatan umum yang biasa dilakukan. Bila eksisi EF secara total tidak dilakukan dengan baik, memungkinkan terjadinya rekurensi.⁶

Artikel ini membahas serangkaian tahap penanganan dan tatalaksana eksisi biopsi dan odontektomi gigi 13, prognosis dari pengobatan EF dengan radang kronik supuratif.

KASUS

Pasien perempuan rencana operasi eksisi biopsi dan odontektomi gigi 13 dalam anestesi umum datang de-

ngan keluhan terdapat benjolan pada gusi gigi rahang atas sebelah kanan yang mulai dirasakan sejak ± 8 bulan yang lalu. Awalnya benjolan sebesar biji jagung, lama kelamaan benjolan tersebut membesar hingga seperti saat ini. Tidak ada keluhan nyeri tetapi mudah berdarah pada benjolan tersebut. Riwayat operasi benjolan di lokasi yang sama ± 1 tahun yang lalu di RS Syekh Yusuf Gowa. Namun ± 11 bulan lalu benjolan tersebut muncul kembali. Karena benjolan dirasa mengganggu, pasien memeriksakan kondisinya ke Puskesmas Kampili, dan dirujuk ke RS Syekh Yusuf lalu diarahkan ke RSGMP Unhas untuk penanganan lebih lanjut. Tidak ada riwayat penurunan berat badan. Tidak ada riwayat keluarga dengan keluhan yang sama. Pasien memiliki riwayat operasi usus pada tahun 2006. Tidak ada riwayat alergi obat dan makanan. Riwayat penyakit sistemik disangkal. Pasien saat ini tidak batuk, flu, demam dan diare.

Pemeriksaan intraoral; benjolan gingiva gigi 11-12 berukuran $\pm 1,6 \times 1,5 \times 0,5$ cm, konsistensi kenyal, *pedunculated* (+), nyeri palpasi (-), hiperemis (+), indurasi (-), *bitemark* (-), mudah berdarah (-), unerupted gigi 13 hiperemis (-), nyeri palpasi (-), karies media 11, 21, tambalan komposit pasca PSA gigi 12, sisa akar gigi 46, edentulus gigi 36, kalkulus (-), OH baik (Gbr.1).

Pemeriksaan radiografi panoramik tidak menunjukkan kerusakan tulang alveolar, namun terdapat impaksi gigi 13 pada regio tersebut. Diagnosis sementara pembesaran gingiva tersebut adalah epulis fibromatosa.



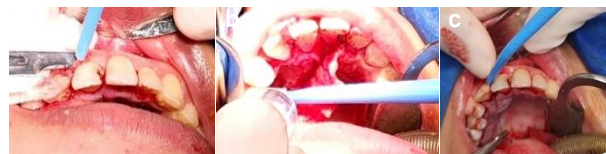
Gambar 1a Foto intraoral RA, **b** foto intraoral pada daerah EF, **c** radiografi panoramik

TATALAKSANA

Pasien berbaring dengan posisi supinasi di bawah anestesi umum, desinfeksi dilakukan pada area ekstraoral dan intraoral, *draping* pada daerah operasi, pemasangan *pack* orofaring, injeksi vasokonstriktor pada daerah gingiva maksila sinistra regio gigi 11-12, identifikasi jaringan tumor pada gingiva regio gigi 11-12, insisi tajam menggunakan blade no 15 pada batas luar massa tumor, diseksi tumpul pada basis massa tumor, pemotongan massa tumor, kontrol perdarahan, *spooling* dengan NaCl 0,9%, penjahitan daerah operasi menggunakan vicryl 4-0, insisi triangular daerah operasi regio gigi 13 menggunakan blade no 15, diseksi tumpul menggunakan periosteal elevator, pembuangan tulang yang menutupi daerah bukal 13, separasi gigi 13 dan pengangkatan fragmen 13, gigi dikeluarkan secara terpisah, kontrol perdarahan, debridement daerah operasi, *spooling* dengan NaCl 0,9%, penjahitan daerah operasi gigi 13 menggunakan vicryl 4-0, kontrol perdarahan, dan pengangkatan *pack* orofaring (Gbr.2).

Pasien diinstruksikan untuk tidak makan dan minum selama 1 jam, tidak meludah atau berkumur, hindari makanan panas, keras, asam serta alkohol, hindari merokok, membersihkan daerah operasi dengan kasa yang

dibasahi air hangat, dan diinstruksikan untuk kontrol 1 minggu kemudian dan segera ke dokter gigi bila ada keluhan.



Gambar 2a Insisi pada area EF, **b** pembukaan flap dan dilakukan odontektomi gigi 13, **c** penjahitan setelah tindakan.

Pada kontrol 1, 3, dan 7 hari pascaeksisi epulis dan odontektomi gigi 13 pasien tidak ada keluhan sakit atau nyeri, tidak ada pembengkakan dan perdarahan. Pemeriksaan klinis terlihat margin gingiva 11, 21 sedikit kemerahan dan tidak ada residu dari epulis (Gbr.3).



Gambar 3a Foto kontrol hari ke-1, **b** foto kontrol hari ke-3, **c** foto kontrol hari ke-7

PEMBAHASAN

Impaksi gigi kaninus RA diakibatkan oleh kurangnya ruang untuk erupsi. Gigi kaninus RA pertama kali terbentuk pada usia kehamilan 24 minggu dan tertanam dalam RA kurang lebih 12 tahun sehingga erupsi gigi kaninus lebih lambat dibandingkan dengan gigi lainnya. Erupsi gigi kaninus dipengaruhi oleh gigi insisivus lateralis, karena gigi insisivus lateralis merupakan pemandu erupsi gigi kaninus RA.^{11,18}

Perawatan impaksi gigi kaninus RA sering mengalami kesulitan sehingga memerlukan manajemen terapi komprehensif. Metode estimasi tingkat kesulitan perawatan impaksi gigi kaninus RA yang berkembang pada saat ini didominasi hasil interpretasi radiograf.^{6,7}

Radiografi 2D seperti periapikal, oklusal, panoramik, dan sefalometri dianggap sebagai alat standar untuk diagnosis pra-operasi. Pada sebagian besar kasus, keakuratan dan validitas untuk klasifikasi impaksi gigi kaninus dengan struktur anatomis yang berdekatan sangat terbatas dan mengakibatkan salah tafsir akibat dari superimposisi dan kesalahan proyeksi distorsi. Kajian ini membahas peranan dari radiografi panoramik dan

CBCT untuk memastikan keakuratan lokasi dari impaksi gigi kaninus dan evaluasi secara tepat dari resorpsi gigi insisivus dan hubungan dengan struktur tulang.⁸

Epulis umumnya muncul sebagai akibat dari hiperplasia gingiva yang disebabkan oleh iritasi pada gingiva.² *Fibrous inflammatory hyperplasia*, yang berlokasi di gingiva sering disebut sebagai epulis.^{7,8} Epulis merupakan suatu lesi yang tidak menimbulkan sakit, akan tetapi dapat menimbulkan kesulitan saat mengunyah.⁹ Pada umumnya pertumbuhan lambat, asimtomatis, dapat bertangkai atau tidak dengan konsistensi kenyal, dan sering muncul pada papil interdental.²

Epulis fibromatosa merupakan reaksi proliferasi fibroblas dengan serat-serat kolagen yang timbul sebagai reaksi terhadap iritasi kronis. Pembesaran ini termasuk tumor jinak, tidak bersifat neoplasma dan pertumbuhan lambat. Bila mencapai ukuran tertentu, maka pada umumnya pertumbuhan terhenti.¹ Etiologi lokal pada pasien ini adalah pecahan kalkulus pada interdental dan pasien memiliki kebiasaan buruk sering menusuk daerah interdental gigi 21,22 dengan tusuk gigi yang besar. Studi Bataineh dan Al-Dwairi menunjukkan bahwa lesi fibrous sering terjadi pada pasien usia 21-60 tahun.⁷ Studi ini juga menemukan bahwa wanita lebih banyak daripada laki-laki. Studi lain menunjukkan *inflammatory gingival hyperplasia* memengaruhi pasien dewasa pada 3 atau 4 dekade kehidupannya, khususnya pada wanita.³

Pemeriksaan histopatologi secara mikroskopik menunjukkan bahwa jaringan dilapisi epitel gepeng berlapis, sebagian tampak erosi dan ulseratif. Stroma seluler mengandung sel-sel berinti spindle atau oval. Terdapat bercak kalsifikasi dan osifikasi, serta sebaran sel radang kronik, netrofil dan extravasasi eritrosit. Simpulan laboratorium epulis fibromatosa disertai inflamasi kronik, tidak tampak tanda keganasan pada slide ini.

Berdasarkan hasil pemeriksaan subjektif, objektif dan penunjang maka disimpulkan bahwa diagnosis kasus tersebut adalah epulis fibromatosa. Perawatan epulis fibromatosa pada kasus ini dilakukan eksisi dengan rekonturing gingiva serta instruksi untuk tidak boleh menggunakan tusuk gigi di daerah tersebut sebagai sumber iritasi untuk mencegah rekurensi.

Perawatan Fase 1 sering disebut sebagai fase non

bedah gingiva dilakukan untuk membuang semua faktor iritasi. Perawatan yang dilakukan pada fase non bedah berupa kontrol plak dengan memberikan motivasi, edukasi dan instruksi, skeling supra dan subgingiva seluruh regio, serta pemberian antimikroba lokal seperti gel metronidasol untuk mengurangi peradangan dan perdarahan gingiva.¹⁰

Agen antiinfektif merupakan agen kemoterapeutik yang berguna untuk mengurangi jumlah bakteri. Penggunaan anti-infeksi dapat diberikan secara lokal dan sistemik.¹¹ Agen antimikroba lokal secara langsung masuk ke dalam poket, sehingga didapatkan konsentrasi terbesar dalam daerah infeksi dan mengurangi kemungkinan efek samping secara sistemik.¹² Salah satu pemberian terapi tambahan berupa gel metronidazole yang dengan konsistensi kental akan membentuk kristal bila bercampur dengan air, dan sebagai precursor adanya metronidazole benzoate yang akan menjadi substansi aktif dengan proses esterifikasi di dalam cairan krevikular, bekerja untuk membunuh DNA bakteri dalam waktu yang sangat cepat. Pemberian gel metronidasol 25% sebagai terapi tambahan skeling dapat menghasilkan penurunan poket, penurunan perdarahan gingiva dan peningkatan perlekatan.¹³

Fase II merupakan tahap bedah periodontal yang bertujuan untuk mengeliminasi perubahan patogen dalam dinding poket, sehingga menciptakan kondisi yang stabil, memudahkan pemeliharaan serta meningkatkan regenerasi periodontal serta untuk meningkatkan estetika, membentuk kembali jaringan lunak dan jaringan keras untuk membentuk topografi yang harmonis.¹⁴ Pembesaran gingiva seperti epulis dapat dilakukan pembedahan gingivektomi atau eksisi dengan konvensional, *electrosurgery* atau laser.^{15,16}

Disimpulkan bahwa gigi kaninus impaksi harus dipertimbangkan untuk erupsi karena merupakan penyokong utama pipi dan struktur hidung, tetap mempertimbangkan posisi dari impaksi gigi kaninus tersebut. Dalam kasus impaksi kaninus yang mengakibatkan komplikasi atau pada posisi yang kurang menguntungkan, perlu dicabut. Epulis Fibromatosa pada kasus ini merupakan pembesaran gingiva, berasal dari jaringan ikat periodontal yang disebabkan oleh iritasi kronis berupa sisa kalkulus dan kebiasaan menggunakan tusuk gigi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Scully C. Oral and maxillofacial medicine: the basis of diagnosis and treatment. 2nd ed. Edinburg: Churchill Livingstone; 2008. p.201-4
2. Dabholkar JP, Vora KR, Sikdar A. Giant fibrous epulis. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 2008;60:69-71. DOI:10.1007/s12070-008-0022-0
3. Peralles PG, Viana APB, Azedevo ALR, Pires FR. Gingival and alveolar hyperplastic reactive lesions: clinicopathological study of 90 cases. Braz J Oral Sci 2006;5:1085-9. DOI: 10.20396/bjos.v5i18.8641907
4. Cuisia ZES, Brannon RB. Peripheral ossifying fibroma-a clinical evaluation of 134 pediatric cases. Pediatr Dent 2001;23:245-8
5. Al-Khateeb T, Ababneh K. Oral pyogenic granuloma in Jordanians. A retrospective analysis of 108 cases. J Oral Maxillofac Surg 2003; 61(11):1285-8. DOI: 10.1016/s0278-2391(03)00729-8.
6. Reichart PA. Surgical management of nonmalignant lesions of the mouth. In: Booth PW, Schendel SA, Hausamen JE, editors. Maxillofacial Surgery. 2nd ed. St Louis: Churchill Livingstone; 2007. p.145
7. Bataineh A, Al-Dwairi ZN. A survey of localized lesions of oral tissues: a clinicopathological study. J Contemp Dent Pract 2005;6(3):30-9. PMID: 16127470
8. Reddy S. Essentials of clinical periodontology and periodontics. 3rd ed. Bengaluru: Jaypee; 2011. p.159-73.
9. Hopkala JK, Szykowska AM, Hopkala M, Koszel UO, Czajkowski. Observations on epulides based on clinical material with a focus on histopathological diagnosis. Ann. Univ. Marie Curie-Sklodowska Lublin-Polonia 2007; LXII

Case

10. Perry DA, Takei HH. Phase I periodontal therapy. Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza editors. Carranza's clinical periodontology. 12th St.Louis: Elsevier; 2015.p.480-4.
11. Beemsterboer PL, Perry DA. Nonsurgical periodontal therapy. In: Perry DA, Beemsterboer PL, Essex G, editors. Periodontology for the dental hygienist. 4th ed. St.Louis: Elsevier; 2014.p.207-28.
12. Ciancio SG, Mariotti A. Anti-infective therapy. In Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. Carranza's clinical periodontology. 12th ed. St.Louis: Elsevier; 2015.p.515-24.
13. Suwandi T. Efek klinis aplikasi subgingiva racikan gel metronidasol 25% dan larutan povidon iodine 10% sebagai terapi penunjang skeling-penghalusan akar pada periodontitis kronis. J Dent Indonesia 2003;10:669-74. DOI: 10.14693/jdi.v10i2.565
14. Carranza FA, Takei HH. Phase II periodontal therapy. In Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. Carranza's clinical periodontology. 12th ed. St.Louis: Elsevier; 2015.p.552-6.
15. Camargo PM, Carranza FA, Pirih FQ, Takei HH. Treatment of gingival enlargement. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. Carranza's clinical periodontology. 12th ed. St.Louis: Elsevier; 2015.p.587-92.
16. Takei HH, Carranza FA, Shin K. Gingival surgical technique. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA, editors. Carranza's clinical periodontology. 12th ed. St.Louis: Elsevier; 2015.p.576-81.
17. Yalamanchili PS, Davanapelly P, Surapaneni H. Electrosurgical applications in Dentistry. Sch J App Med Sci 2013;1:530-4
18. Bashetty K, Nadig G, Kapoor S. Electrosurgery in aesthetic and restorative dentistry: A literature review and case reports. J Conserv Dent 2009; 12(40):139-44. DOI: 10.4103/0972-0707.58332.
19. Vancaille TG. Electrosurgery and endoscopic energy: Principle and risks. In: Adamson GD, Martin DC, editors. Endoscopic management of gynaecologic disease. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996.p.11-25.
20. Caffee HH, Ward D. Bipolar coagulation in microvascular surgery. Plast Reconstr Surg 1986; 78:374-6. DOI: 10.1097/0006534-198609000-00016.
21. Odell RC. Laproscopic electrosurgery. In: Hunter JG, Sackier JM, editors. Minimally invasive surgery. New York: MC Graw-Hill, 1993; p. 33-41
22. Krejci RF, Kalkwarf KL, Krause-Hohenstein U. Electrosurgery-a biological approach. J Clin Periodontol 1987;14:557-63. DOI: 10.1111/j.1600-051X.1987.tb01516.x
23. Flocken JE. Electrosurgical management of soft tissues and restorative dentistry. Dent Clin North Am 1980;24:247-69. PMID: 6928834
24. Williams VD. Electrosurgery and wound healing: a review of the literature. J Am Dent Assoc 1984;108: 220-2. DOI:10.14219/jada.archive.1984.0468