

KISTA NASOPALATINA (Lapran Kasus)

Anton Abby Chandra, Achmad Chusnu Romdhoni

Dep/SMF Ilmu Kesehatan Telinga Hidung Tenggorok
Bedah Kepala dan Leher

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga-RSUD Dr. Soetomo Surabaya

PENDAHULUAN

Kista nasopalatina pertama kali dijelaskan oleh Meyer pada tahun 1914. Kista nasopalatina (KNP) dikenal juga dengan nama *incisive canal cyst*, *anterior middle cyst*, dan *anterior middle palatine cyst* yang diduga berasal dari sisa embrionik duktus nasopalatina yang menghubungkan antara cavum nasi dan maksila anterior pada perkembangan fetus. Pada umumnya kista berkembang pada garis tengah maksila anterior dekat *foramen incisive*. Kista ini merupakan kista yang tersering dari kista non odontogenik rongga mulut, dengan angka kejadian sekitar 1% dari populasi.^{1,2}

Kista duktus nasopalatina dapat terjadi pada semua usia tetapi tersering antara usia 40-60 tahun, dengan jenis kelamin pria 3 x lebih banyak dibanding wanita. Ras yang tersering adalah ras kaukasia, negro atau asia dan jarang terjadi pada anak.^{1, 2} Penderita KNP umumnya tanpa keluhan dan lesi kista ditemukan secara tidak sengaja saat pemeriksaan rutin radiologi. Hasil radiologi menunjukkan lesi radiolusen berbentuk bulat, oval atau hati dengan batas jelas yang berlokasi pada garis tengah anterior maksila.^{1,3} Keluhan awal umumnya timbul pada daerah kaudal lesi apabila kista mengalami inflamasi atau infeksi pada 46 % kasus, keluhan lain berupa sensasi rasa terbakar yang dapat timbul pada daerah anterior maksila, *nasal bridge* dan mata. dapat juga berupa rasa gatal, pembengkakan pada bibir atau palatum, rasa asin akibat drainase cairan kista yang bocor dan rasa nyeri akibat tekanan pada struktur sekitarnya, tidak jarang juga menimbulkan deformitas wajah akibat pertumbuhan dan ekspansi kista intraoral.^{1,2,4}

Teori terjadinya KNP masih belum jelas, tetapi banyak ahli meyakini teori proliferasi

spontan. Teori sebelumnya yang menganggap bahwa KNP sebagai *fissural cyst* yang berasal dari epitel yang terperangkap pada saat proses embriologi sudah tidak dianut lagi. Banyak ahli percaya bahwa KNP berkembang dari sisa epitelial *ductus oronasal* dengan *canalis incisive*. Banyak faktor predisposisi yang mempengaruhi terjadinya KNP diantaranya faktor trauma lokal saat proses mengunyah atau kesalahan pemasangan gigi palsu, infeksi bakteri, proliferasi spontan dan faktor ras atau genetik.^{2,5,6} Pada pemeriksaan histologi menunjukkan hasil tipe epitel yang bervariasi tergantung lokasi yang terlibat yaitu palatum, nasal atau keduanya. Epitel sel squamous, epitel skuamus bersilia sering didapatkan, yang menunjukkan lokasi lesi cenderung pada area yang tinggi atau pada daerah hidung.^{4,7} Diagnosis banding KNP yang sering yaitu duktus nasopalatina yang besar, kista radikuler, kista dentigerous, granuloma yang besar, tumor keratistik odontogenik, kista naso alveolar.^{8,9}

Tujuan dari penulisan referat ini adalah untuk mendiskusikan kasus seorang penderita kista nasopalatina yang jarang terjadi dan telah berhasil dilakukan eksisi dengan pendekatan insisi *ginggivobucal*

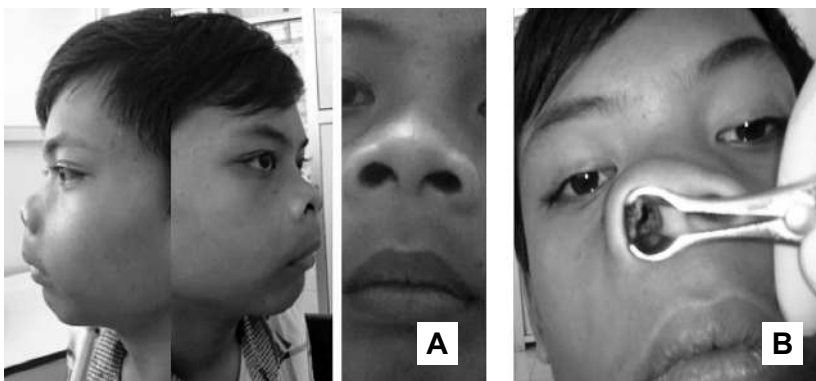
LAPORAN KASUS

Seorang penderita laki-laki berumur 14 tahun rujukan dari dokter gigi, datang ke poli onkologi satu atap (POSA) THT-KL RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 17 April 2015 dengan keluhan bengkak di langit mulut depan sampai daerah tengah gusi rahang atas sejak 4 bulan yang lalu. Bengkak di daerah gusi rahang atas bagian depan awalnya kecil kemudian makin membesar sejak 4 bulan terakhir sampai seperti

sekarang sehingga menyebabkan deret gigi seri tengah berpindah posisi. Tidak ada keluhan nyeri, gatal, rasa keluar cairan asin dan rasa terbakar. Tidak ada riwayat trauma dan pemasangan gigi palsu sebelumnya. Dijumpai keluhan hidung buntu yang makin memberat 3 bulan terakhir.

Makan dan minum dalam batas normal, tidak ada keluhan telinga, tenggorok dan benjolan pada leher.

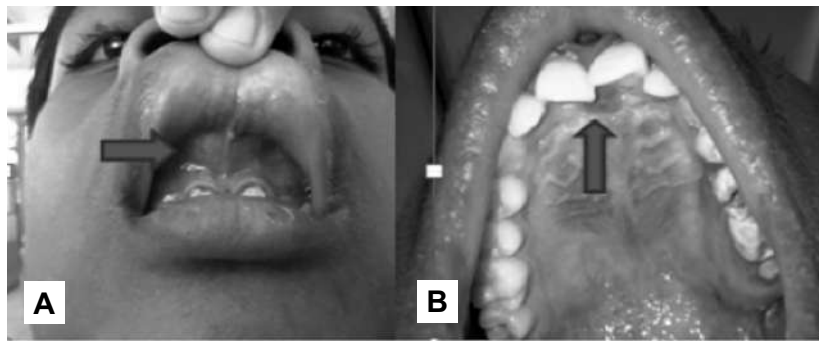
Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum yang cukup dengan tanda *vital sign* yang stabil. Pada status lokalis telinga, tenggorok dan leher dalam batas normal. Pada inspeksi bagian wajah didapatkan deformitas berupa pembengkakan pada daerah labial atas dengan plika nasolabial menghilang (Gambar 1A). Pada pemeriksaan rinoskopi anterior didapatkan kavum



Gambar 1. Inspeksi wajah (A) dan rinoskopi anterior (B)

nasi kanan dan kiri kesan sempit dengan dasar kavum nasi kesan terdesak ke superior, tidak dijumpai massa dan sekret (Gambar 1B). Pada pemeriksaan inspeksi dan palpasi di regio coli tidak didapatkan pembesaran kelenjar getah bening..

Pemeriksaan *intraoral* didapatkan lesi kista diatas gigi seri atas sisi kanan menyilang pada garis tengah ke sisi kiri, diameter panjang sekitar 3 x 1,5 cm dengan batas jelas, warna seperti warna mukosa sekitarnya, konsistensi padat lunak (Gambar 2A) Pada palatum anterior didapatkan



Gambar 2. Pemeriksaan intra oral

penonjolan pada garis tengah depan dekat gigi seri tengah atas warna seperti mukosa sekitar diameter 1 x 1cm yang menyebabkan mahkota gigi seri atas tengah kiri saling overlapping dengan mahkota gigi seri tengah sisi kanan. (Gambar 2B)

Saat itu penderita diduga sebagai kista nasopalatina dengan diagnosis banding kista duktus nasopalatina yang besar, granuloma berukuran besar, kista folikuler, kista primordial dan kista nasoalveolar.

Kemudian tanggal 7 April 2015 kita lakukan foto panoramik di RSUD Dr Soetomo dan didapatkan hasil gambaran lesi litik *ekspansive* batas tegas, bentuk oval, *geographic type*, zona transitional sempit, tidak didapatkan matrik kalsifikasi dan *periosteal reaction* dengan gambaran *displaced* gigi 13-24 melintasi midline dapat merupakan DD:

nasopalatine ductus cyste, large incisive fossa, residual radicular cyst, primordial cyst, caries gigi 25,32,34,35, benih gigi 58,65.(Gambar 3)



Gambar 3. Foto Panoramik



Gambar 4. CT Scan-Kepala

- Hb : 16,5 g/dL
- WBC : 7,55
- GDP : 91
- Plt : 147
- BUN/SK : 9/0,7
- SGOT/SGPT : 18/28
- Albumin : 4,5
- Na/K/Cl/Ca : 138/4,9/100/9,6
- PPT : 10,6
- APTT : 29,2
- HBsAg : (-)



Gambar 5. Foto torak dan laboratorium pre-op

Pada tanggal 13 April 2015 dilakukan pemeriksaan *Computer tomography(CT) scan* kepala tanpa kontras dan didapatkan hasil *Nasopalatina ductus cyst* ukuran +/- 4,5 x 4,1 x 3,8 cm yang mendesak radik gigi 11 ke sisi kanan dan gigi 12 ke sisi kiri serta meluas ke kavum nasi menyebabkan deviasi septum nasi ke sisi kanan (Gambar 4).

Berdasarkan pemeriksaan klinis dan radiologi maka pasien didiagnosis sebagai kista nasopalatina. Selanjutnya pasien direncanakan untuk operasi eksisi kista dengan pembiusan umum. Operasi dilakukan pada daerah maksila anterior dengan pendekatan insisi *ginggiovobucal*.

Sebelum operasi dilakukan pemeriksaan foto polos torak pada tanggal 20 April 2015 dengan hasil dalam batas normal (Gambar 5). Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 20 April 2015 juga memberikan hasil normal.

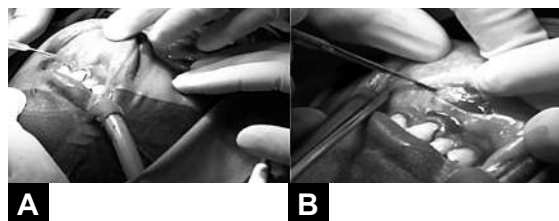
Operasi dilaksanakan pada tanggal 4 Juni 2015 di OK 509 Gedung Bedah Pusat Terpadu RSUD dr Soetomo Surabaya.

Saat operasi terlebih dahulu dilakukan desinfeksi lapangan operasi dengan alkohol 70% dan povidone iodine (Gambar 6).

Selanjutnya lapangan operasi dipersempit dengan duk steril kemudian dilakukan infiltrasi dengan adrenalin 1 : 200 000 pada daerah insisi sepanjang lebar tumor ± 4cm (Gambar 7A). Dilakukan insisi *ginggiovobucal* di depan kista pada maksila anterior 2 mm dari sulkus *ginggiovobucal* sepanjang kira-kira ± 4cm dengan menggunakan pisau nomer 15 (Gambar 7B)



Gambar 6. Desinfeksi lapangan operasi



Gambar 7. Infiltrasi (A) dan insisi *ginggiovobucal* (B)

Setelah massa KNP terlihat, selanjutnya massa KNP dibebaskan dari jaringan sekitar secara tumpul dan hati-hati dengan menggunakan raspatorium dan pinset anatomis (Gambar 8)



Gambar 8.

Memisahkan kista nasopalatina dari struktur sekitarnya

Setelah dinding kista berhasil dipisahkan dari struktur sekitarnya kemudian kista dikeluarkan (Gambar 8). Perdarahan dirawat dengan kauter.



Gambar 8. Dinding kista Nasopalatina

Setelah dinding kista Nasopalatina berhasil dikeluarkan selanjutnya dilakukan pencucian rongga maksila anterior yang tersisa dengan cairan H₂O₂ 3% dan cairan normal salin (Gambar 9A). Dilakukan evaluasi perdarahan, bila sudah tidak ada selanjutnya dipasang tampon pita antibiotik di dalam rongga maksila anterior (Gambar 9B)



Gambar 9. Pencucian (A) dan tampon antibiotik (B)

Setelah tampon antibiotik mengisi rongga dengan padat, ujung pita dikeluarkan melalui kavum nasi kanan kemudian dilakukan penutupan lapangan operasi dengan jahitan interuptus benang Dexon 3,0 sepanjang daerah insisi di sulkus ginggivobucal (Gambar 10)



Gambar 10. Penjahitan Lokasi Insisi

Selama operasi terdapat beberapa catatan yaitu lesi tidak berhubungan dengan gigi, dinding KNP sangat melekat pada tulang maksila dan struktur di sekitarnya sehingga saat melepas terjadi kebocoran cairan kista namun demikian dinding kista tetap dapat dikeluarkan secara lengkap dan dilakukan pemeriksaan histopatologi. Pada saat operasi tidak didapatkan massa gigi pada kantong periodontal dan selaput dura mahkota gigi masih intak tanpa ada tanda resorpsi, dan terjadi hubungan antara rongga kista dan kavum nasi. Perdarahan minimal ± 200 cc

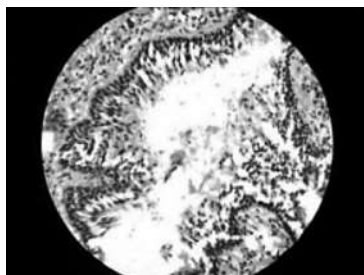
Selama perawatan pasca operasi di ruangan bedah THT-KL, penderita mendapat terapi injeksi ceftriaxon dan ketorolak. Kompres dingin di sekitar rahang atas dilakukan sesudah operasi sampai 2 hari pasca operasi. Pada hari ke tiga pasca operasi, tampon dikeluarkan seluruhnya. Tidak dijumpai lagi pembengkakan labial atas dan



Gambar 11. Penderita 3 hari pasca operasi

jahitan luka operasi tampak tertutup beslag (Gambar 11). Penderita dipulangkan keesokan harinya dengan resep pulang asam mefenamat dan cuci hidung.

Penderita kontrol kembali ke POSA THT-KL 1 minggu kemudian. Hasil pemeriksaan histopatologi pasca operasi pada tgl 9 Juni 2015 pada pemeriksaan makroskopis didapatkan dua potong jaringan dinding kista berat 3,2 gram ukuran 4 x 2 x 1,5 cm, permukaan luar halus, permukaan dalam halus, tebal dinding 1-3cm, warna putih abu-abu, padat kenyal. Gambaran mikroskopis hasil potongan jaringan berbentuk dinding kista dengan epitel kolumnar bersilia, stroma jaringan ikat fibrous dengan serbuk sel radang limfosit, histiosit dan kelompok kristal kolesterol, tidak tampak tanda keganasan menyokong gambaran *nasopalatina cyst* (Gambar 12). Hasil ini berkorelasi dengan diagnosis pasien sebelumnya yaitu kista nasopalatina.



Gambar 12.
Gambar Histopatologi

Sepuluh hari pasca operasi penderita kontrol di POSA THT-KL RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Pada anamnesis tidak didapatkan keluhan perdarahan, tidak nyeri, tidak buntu hidung, tidak ada keluhan telinga dan tenggorok. Penderita dapat makan dan minum dengan baik. Pada pemeriksaan inspeksi wajah sudah tidak didapatkan lagi pembengkakan di daerah labial atau maksila anterior, plika nasolabial tampak terlihat lebih jelas. Pada pemeriksaan intraoral didapatkan jahitan di gingivobukal sudah menyatu hanya terdapat sisa benang *absorble* yang belum terabsorpsi sempurna (Gambar 13)



Gambar 13. Penderita 7 hari pasca operasi

PEMBAHASAN

Kista nasopalatina mempunyai nama lain *nasopalatine canal cyst* atau *incisive canal cyst* merupakan kista non odontogenik rongga mulut dengan angka kejadian sekitar 1% dari populasi. Kista nasopalatina pertama kali dijelaskan oleh Meyer pada th 1914, meskipun dapat terjadi pada semua usia dari rentang usia 7 tahun sampai usia 72 tahun namun angka kejadian tertinggi dijumpai

pada usia dekade ke empat dan enam, jarang pada usia muda. Insidens pria 3x lipat lebih sering dibandingkan wanita, walaupun ada literatur lain yang menyebutkan tidak ada hubungan prevalensi dengan jenis kelamin. Kista nasopalatina sering dijumpai pada ras kaukasia dan ras kulit hitam.^{1,3,6,10}

Patogenesis terjadinya KNP saat ini masih belum jelas tetapi mekanisme terjadinya KNP yang diyakini saat ini adalah teori proliferasi spontan degenerasi kistik sisa duktus nasopalatina. Kista nasopalatina berhubungan dengan beberapa faktor pencetus diantaranya adanya riwayat trauma sebelumnya, infeksi lokal, kesalahan pemasangan gigi palsu, retensi mukus kelenjar ludah minor, ras dan faktor genetik.^{5,6} Pada pasien ini tidak ditemukan faktor risiko penyebab KNP sebelumnya sehingga teori proliferasi spontan mungkin berimplikasi pada pasien ini. Selama pembedahan tidak ditemukan adanya kantong periodontal pada gigi seri tetapi proses patologi KNP pasien ini berdekatan dengan gigi seri dan tidak ditemukan adanya anatomi yang berhubungan dengan akar gigi anterior.^{3,4,10}

Kista nasopalatina umumnya tanpa keluhan dan gejala sehingga baru terdiagnosis pada saat penderita melakukan pemeriksaan rutin radiologi. Kista yang besar mungkin menunjukkan gejala nyeri akibat penekanan nervus nasopalatina atau karena infeksi sekunder. Gejala lain pembengkakan pada palatum anterior atau bibir atas, keluarnya cairan pada lesi, gatal, ulkus bila terjadi lokal infeksi dan atau fistel. Kista nasopalatina umumnya terdapat pada garis tengah, unilateral tanpa predileksi sisi sebelah mana yang terkena. Kista yang besar dapat terjadi karena proses berkelanjutan kista secara fluktuasi dan ekspansi pada mukosa labial alveolar dan anterior palatum durum.^{1,3,6,8}

Pada pemeriksaan radiologi akan tampak lesi radiolusen dengan batas jelas berbentuk bulat, oval atau kadang berbentuk hati pada lokasi garis tengah anterior maksila. Kista nasopalatina berbentuk hati ini dapat disebabkan karena saat kista ekspansi bagian tengah tertahan oleh septum nasi atau dapat pula disebabkan tulang rawan septum saling tumpang tindih dengan area radiolusen.^{1,4} Pada KNP akar gigi dapat berubah

posisi tetapi lamina dura dari gigi seri masih intak. Diameter foramen incisive lebih dari 6 mm menyokong gambaran KNP sedangkan KNP itu sendiri diameternya umumnya berkisar 1,5 - 1,7 cm dengan selisih perbedaan diameter \pm 4 mm berdasarkan jenis kelamin. Foto panoramik, periapikal, CT-scan dan MRI mungkin membantu menegakan diagnosis KNP.^{6,8}

Pada pemeriksaan histologi didapatkan hasil yang bervariasi dan kombinasi satu atau beberapa tipe epitel, tergantung lokasi yang terlibat. Dapat berupa sel epitel squamous, kuboid, siliar, silinder, stratified, pseudo stratified, sel goblet atau kombinasi diantaranya dan infiltrasi sel inflamatori yang luas di dalam lumen kista. Tipe epitel yang paling sering dijumpai yaitu epitel squamous sel sekitar 40% dan epitel silinder bersilia sekitar .31% sedangkan tipe epitel respiratori hanya dijumpai 9,8% saja.^{1,7,8t} Diagnosis KNP dibuat berdasarkan klinis dan pemeriksaan radiologi tetapi selanjutnya harus dikonfirmasi dengan pemeriksaan histopatologi.³

Diagnosis banding dari KNP yang sering adalah duktus nasopalatina yang besar, kista radikuler, kista dentigerous, granuloma yang besar, tumor keratokistik odontogenik dan kista nasoalveolar.^{8,9} Para klinisi sering keliru mendiagnosis KNP dengan lesi periapikal mengingat secara gejala dan klinis hampir sama sehingga diperkirakan angka kejadian KNP itu sendiri bisa jadi lebih tinggi dari yang disebutkan di literatur. Tes vitalitas pulpa pada gigi dan pemeriksaan lapisan lamina dura sangat membantu menegakan diagnosis KNP terutama untuk menyingkirkan diagnosis banding lesi periapikal odontogenik.^{3,10} Pada KNP menunjukkan lapisan dura rongga kista yang masih intak dan tes vitalitas pulpa masih baik sedangkan pada kista radikuler berhubungan dengan pulpa gigi dan melibatkan akar gigi dan lamina dura umumnya sudah tidak intak lagi, namun demikian ukuran kista yang besar dapat meluas dan menghilangkan pulpa gigi.^{1,3,11}

Kista nasopalatina berukuran kecil tanpa keluhan tidak diperlukan terapi pembedahan namun ada kepustakaan lain menyebutkan pendapat yang berbeda. Pendapat tersebut menyatakan bahwa saat diagnosis KNP dapat ditegakkan maka harus segera

dilakukan pembedahan meskipun penderita tidak ada keluhan. Pembedahan lebih disarankan terutama bila KNP sudah ada tanda infeksi atau kista membesar secara progresif. Hal ini dimaksudkan untuk meminimalkan risiko komplikasi yaitu resorpsi akar gigi, *displacement* gigi, perforasi tulang, hilangnya tulang penyanggah yang berbatasan dengan gigi seri, perubahan menjadi keganasan, mencegah trauma kronis oleh gigi maupun defisit neurosensori pada mukosa anterior palatum durum setelah dilakukan eksisi kista.^{3,9,10} Pilihan utama terapi KNP adalah eksisi pembedahan melalui pendekatan flap palatal. Pada KNP berukuran besar para ahli menyarankan untuk dilakukan marsupialisasi.^{4,9}

Pada pasien ini tidak dilakukan pendekatan flap palatal melainkan melalui pendekatan insisi *ginggiovuccal* maksila anterior disebabkan karena massa kista lebih dominan pada ginggiva atas dibanding pada palatum durum bagian anterior sehingga diperkirakan insisi *ginggiovuccal* lebih dapat mempermudah jalannya

operasi. Serabut neurovaskular nasopalatina sangat lembut sehingga dapat berisiko terjadi perdarahan yang profus jika pemisahan selama operasi tidak dilakukan secara hati-hati dan seringkali membutuhkan elektro koagulasi pada beberapa kasus. Paratesis pada anterior palatum durum merupakan komplikasi yang jarang ditemukan tetapi dapat terjadi pada 10% kasus.^{8,11} Angka rekurensi KNP rendah yaitu sekitar 0-2%. Kista nasopalatina walaupun jarang namun dapat bertransformasi menjadi keganasan sehingga para ahli merekomendasikan radikal reseksi *en bloc* melalui anterior maksila dengan prognosis baik^{4,6,7}

KESIMPULAN

Telah dilaporkan satu kasus jarang kista nasopalatina seorang penderita laki laki berusia 14 tahun dengan kista nasopalatina ukuran 4,4 x 4,1 x 3,8 cm yang telah berhasil dilakukan eksisi kista melalui pendekatan insisi *ginggiovuccal* pada anterior maksila dengan hasil pembedahan dan follow up yang baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Dedhia P, Dedhia S, Dhokar A, Desai A. Nasopalatina duct cyst: a case report. *Case reports in dentistry* 2013; 4(4): 01-4.
2. Cecheti F, Otria L, Bartuli L, Bramanti NE, Archur C. Prevalence, distribution and differential diagnosis of nasopalatine duct cyst. *Research article* 2012; 20: 47-53.
3. Neto NC, Bastos AS, Dantas JF, Calvaroho WR, Andrado CR. Nasopalatine duct cyst: a case report within 3 years follow up. *International journal dentis* 2010; 9(31): 155-9.
4. Lee KJ. Cyst and tumors of the jaws. In: Lee KJ, ed. *Essential otolaryngology head and neck surgery*. 10th ed. Philadelphia: Lippincot William & Wilkins, 2009.p.610-24.
5. Agarwal S, Mohan J, Vandana T, Mishara A. Palatal cyst: An unusual case report. *International Journal of otolaryngology and head and neck surgery* 2013; 2(10): 39-41
6. Sharma G, Raina A, Arya KS. Nasopalatine duct cyst report of two cases with review of literature. *International journal of clinical cases and investigation* 2012; 4(2): 75-81
7. Fating C, Gupta R, Lanjewar M, Nayak B, Bakshi A, Diwan R. Nasopalatine duct cyst: a rare case report. *Journal of health sciences* 2013; 1(1): 103-6.
8. Shafi M, Ahmad R, Gupta P, Umair M. Surgical management of nasopalatine cyst: an unusual case report. *International journal of health sciences and research* 2013; 3(4): 189-92.
9. Laiwani AK. Nasopalatine cyst. In: Laiwani AK, ed. *Current diagnosis and treatment in otolaryngology head and neck surgery*. 4th. New York: Mc Grawhill Medical ltd; 2004.p.384-5.
10. Pavankamaz K, Amar A, Sholapukar, Joshi V. Surgical management of nasopalatine duct cyst: case reports. *Review clinical odontology* 2010; 6(1):81-6
11. Gopal D, Telang A, Lahari AL, Oganathan KR, Reddy BT. Nasopalatine duct cyst associated with a mesiodens: missdiagnosis or missed diagnosis. *Journal of clinical and diagnosis research* 2015. 9(5):21-22.