

STUDI KASUS

Manajemen infeksi submandibula disertai virus herpes zoster pada maksilofasial

Fadly Rasyid*✉, Asri Arumsari**, Agus Nurwiadh**

*Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis Bedah Mulut dan Maksilofasial, Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Padjadjaran, Bandung, Jawa Barat, Indonesia

**Departemen Bedah Mulut dan Maksilofasial, Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Padjadjaran, Bandung, Jawa Barat, Indonesia

*Jl Sekeloa Selatan No 1, Bandung, Jawa Barat, Indonesia; ✉ koresponden: drgfaridfkr@gmail.com

ABSTRAK

Abses di spasia submandibula paling sering ditemukan. Infeksi ini dapat menyebar secara unilateral atau bilateral ke ruang di sekitar leher bagian dalam dan dapat berakibat fatal atau mengancam jiwa, biasanya ditandai dengan pembengkakan. Kasus ini jarang terjadi dengan gambaran klinis yang disertai infeksi sekunder. Pada kasus ini, laki-laki usia 62 tahun datang dengan keluhan pembengkakan pada rahang bawah kiri, demam, nyeri di sekitar wajah, disertai mata kiri, hidung, dan bibir atas melepuh. Pada hasil pemeriksaan darah lengkap tidak ditemukan ada kelainan kecuali nilai SGOT sedikit rendah. Pada kasus ini dilakukan tindakan pencabutan gigi sebagai fokus infeksi, pemberian antibiotik dan antivirus baik secara oral maupun topical. Penyakit virus pada rongga mulut adalah jenis patologi menular yang mempengaruhi jaringan mulut. Pemeriksaan klinis dan pemeriksaan penunjang pada kasus ini penting untuk menentukan perawatan yang tepat. Prognosis kasus ini sangat baik. Terlihat berkurangnya pembengkakan disertai lesi vesikel yang minimal. Penanganan yang tepat mengurangi resiko penyebaran infeksi yang dapat menyebabkan sepsis dan kegagalan organ.

Keywords: selulitis; spasia submandibular; virus herpes

ABSTRACT: management of submandibular infection accompanied by herpes zoster virus in maxillofacial: case report. Abscesses in the submandibular spatial are most commonly found. This infection can spread unilaterally or bilaterally to the space around the inner neck and can be fatal or life-threatening, usually characterized by swelling. This case is rare, with a clinical manifestation accompanied by a secondary infection. In this case, a 62-year-old male came with complaints of swelling of the left lower jaw, fever, and pain around the face, accompanied by a blistered left eye, nose, and upper lip. The complete blood examination showed no abnormalities were found except that the SGOT value was slightly low. In this case, tooth extraction was carried out as a focus of infection, administration of antibiotics, and antivirals both orally and topically. Discussion: Viral diseases of the oral cavity are a type of infectious pathology that affects oral tissue. In this case, clinical examination and supporting examination are important to determine the appropriate treatment. The prognosis of this case is very good. Noticeably reduced swelling accompanied by minimal lesions of the vesicles. Proper treatment reduces the risk of spreading infections that can cause sepsis and organ failure.

Keywords: selulitis; submandibular; herpes virus

PENDAHULUAN

Penyebab utama infeksi di kepala dan leher adalah odontogenik. Penyebaran infeksi ini sangat bergantung pada gigi penyebab, dan anatomi kepala dan leher individu. Infeksi odontogenik sering muncul sebagai lesi yang terlokalisasi dengan baik, yang dapat ditangani dengan baik bila perawatan yang diberikan tepat. Ketika pengobatan antimikroba gagal menunjukkan perbaikan, intervensi bedah dalam bentuk insisi dan drainase seringkali diperlukan. Evakuasi nanah

dan pengangkatan jaringan nekrotik merupakan tujuan penting dalam penanganan infeksi maksilofasial. Infeksi odontogenik seringkali tidak dapat diprediksi dalam perjalanannya. Pengobatan yang tertunda atau tidak tepat dapat menyebabkan kemajuan komplikasi yang mengancam jiwa, seperti mediastinitis, tromboflebitis supuratif vena jugularis interna, nekrosis serviks fasciitis, abses intrakranial/paru, dan pneumonia aspirasi.¹

Umumnya sumber infeksi pada ruang submandibula berasal dari proses infeksi gigi, dasar

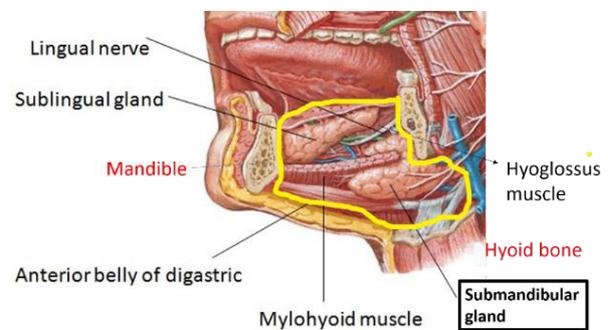
mulut, faring, kelenjar limfe submandibula, trauma serta kelanjutan infeksi dari ruang leher dalam lainnya. Sebagian besar abses submandibula disebabkan oleh infeksi gigi yaitu sebanyak 70-85%.² Abses submandibula menempati urutan tertinggi dari seluruh abses leher dalam. Beberapa penelitian mendapatkan angka kejadiannya lebih banyak pada laki-laki daripada perempuan. Faktor predisposisinya adalah higiene orodental yang buruk, diabetes melitus serta adanya penyakit imunodefisiensi.²

Ruang submandibula terdiri dari ruang sublingual dan submaksila yang dipisahkan oleh otot milohyoid. Ruang submaksila dibagi lagi menjadi ruang submental dan submaksila oleh otot digastrikus anterior. Ruang submandibula terletak pada dasar mulut dan lapisan superfisial dari bagian bawah fascia servikal dalam. Tulang hyoid merupakan batas pada sisi inferior dan mandibula membentuk batas anterior. Pada bagian anterior otot milohyoid dan bagian anterior musculus digastricus melekat pada ruang submandibula dengan bagian posterior ligamentum digastricus dan stilomandibula berfungsi sebagai batas posteriornya. Hioglossus, milohyoid, stiloglossus, genioglossus dan otot geniohyoid pada bagian medial dengan platisma dan mandibula menjadi bagian lateral. Ruang ini tidak sepenuhnya dipisahkan oleh diafragma otot milohyoid, ruang sublingual berada di atasnya sementara ruang submaksila dan submental berada di bawahnya.^{2,3} (Gambar 1)

METODE

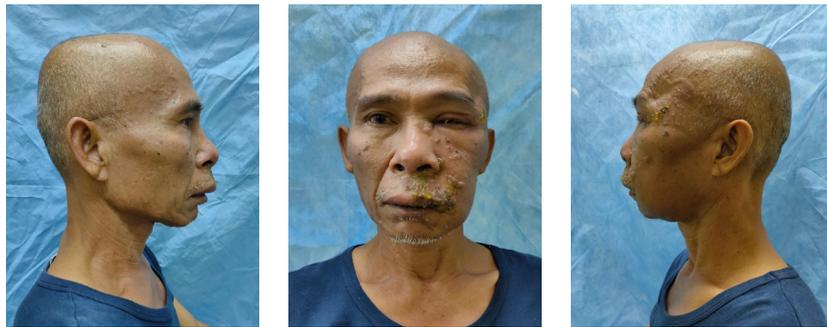
Seorang laki-laki usia 62 tahun dirujuk ke IGD RSHS pada Juli 2020 dengan keluhan pembengkakan pada pipi kiri dan rahang kiri bawah, yang dirasakan sejak kurang lebih tiga hari sebelum masuk rumah sakit. Sebelumnya, pasien mengeluhkan gigi berlubang dan bengkak di daerah rahang kiri bawah disertai lepuh di daerah mata kiri, nasolabial dan bibir atas, kemudian berobat ke Poliklinik Gigi di daerah Gatot Subroto dan diberikan 2 macam obat (natrium diklofenak dan amoksisilin). Karena kondisi pasien tidak

kunjung membaik kurang lebih 8 jam sebelum masuk rumah sakit, pasien berobat ke Klinik Gigi di kawasan Gatot Subroto dan diberikan 2 macam obat (Clindamicyn dan Paracetamol). Kurang lebih 2 jam sebelum masuk rumah sakit, pasien mengeluh kondisi semakin parah, pasien berobat ke RSUD di kawasan Gatot Subroto lalu dirujuk ke Rumah Sakit Hasan Sadikin. Pasien memiliki riwayat gigi geraham kiri bawah berlubang sejak kurang lebih 1 tahun yang lalu dan dilakukan penambalan di puskesmas. Riwayat DM (-), hipertensi (-), tidak ada keluarga yang memiliki keluhan yang serupa dengan pasien.



Gambar 1. Anatomy submadibula.³

Pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum sedang, kesadaran composmentis, tanda vital tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 63 x/menit, pernapasan 21 x/menit, suhu 37,9 °C dan VAS 4/10. Pemeriksaan mata tidak didapatkan anemis pada konjungtiva, ditemukan edema disertai sekret kekuningan pada mata sebelah kiri (Gambar 2). Pada pemeriksaan status lokalis didapatkan, wajah asimetris tampak pembengkakan pada daerah submandibula dengan ukuran 3x3x2 cm berwarna kemerahan disertai nyeri tekan, terdapat bula multiple ukuran sekitar 1-3 cm disertai eritem Pada pemeriksaan leher, tidak didapatkan kelainan, tampak pada bibir ditemukan krusta serosanguinolenta, pada bibir atas dan peri oral sebelah kiri, pembukaan mulut 2,5 cm. Terdapat karies pada molar 5 dan 4 dibagian kanan atas, gangrene pulpa pada molar 2 dibagian kiri atas, molar 3 dibagian kiri bawah dan sisa akar pada molar 3 dibagian kiri ata s.



Gambar 2. Pemeriksaan ekstra oral terlihat pembengkakan pada mata kiri, hidung, dan bibir atas



Gambar 3. Pemeriksaan intra oral



Gambar 4. Kontrol hari ke 15 poli rawat jalan

Sedangkan pada pemeriksaan intra oral; pada lidah terdapat plak putih kekuningan, mukosa pipi kanan terdapat makula kecoklatan multiple tepi ireguler hampir di sepanjang garis oklusal, mukosa pipi kiri; terdapat ulcer dangkal dasar pseudomembran putih kekuningan dengan tepi eritem ireguler, ukuran sekitar 5x1 cm dari komisura bibir sampai kurang lebih regio 35 (agak sulit dinilai karena pasien mengeluhkan sakit sewaktu membuka pipi

sebelah kiri), palatum terdapat ulcer dangkal dasar pseudomembran putih kekuningan dengan tepi eritem ireguler ukuran sekitar 10x5 cm (Gambar 3).

Pada pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan darah didapatkan WBC 8,03 x 10³ / μ L, HGB 15,8 gr/dL, SGOT 13 U/L, SGPT 18 U/L, Ureum 22,0 mg/dL, Kreatinin 1.00 mg/dL, GDS 99 mg/dL. Kesan dalam batas normal kecuali nilai SGOT yang sedikit rendah. Penegakan diagnostik ditegakkan dengan

melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang, berdasarkan data di atas pasien dikonsulkan ke bagian Ilmu Penyakit Kulit Kelamin dan Ilmu Penyakit Mulut. Dapat disimpulkan bahwa diagnosis pada pasien ini adalah selulitis at regio mandibula sinistra disertai virus herpes zoster at regio ophthalmicus et palatum et mukosa bukal et labii superior sinistra. Pada pasien ini, dilakukan pemeriksaan screening covid 19, pemeriksaan darah lengkap, pemberian cairan RL maintenance 25 gtt/menit, dilakukan konsul ke Ilmu Penyakit Kulit Kelamin dan Ilmu Penyakit Mulut, diberikan obat (Seftriakson injeksi 1 gr IV, Metronidazole infus 500 mg IV, Ketorolac injeksi 30 mg IV, dan Omerpazole injeksi 40 mg IV), dilakukan taping pus untuk mengetahui cairan pus, pencabutan gigi molar 3 dibagian kiri bawah dan beberapa sisa akar, dilakukan kultur resistensi dan sensitivitas pus. Dari Ilmu Penyakit Kulit Kelamin memberikan terapi topical dengan kompres NaCl 0,9% 2x sehari pada lesi, pemberian obat-obatan (Acyclovir tab 5 x 800 mg PO dan Methylprednisolone tab 2 x 8 mg PO). Dari Ilmu Penyakit Mulut memberikan terapi dengan menyemprotkan chlorhexidine diglucnate spray 0,2% pada seluruh bagian rongga mulut sehari 3 kali (Gambar 4).

PEMBAHASAN

Pada anamnesis didapatkan pasien mengalami sakit gigi yang sudah diberi obat antibiotik, tetapi tidak terdapat perbaikan, diikuti pembengkakan pada rahang bawah kiri dan berlanjut dengan pembengkakan ke pipi kiri. Dari kepustakaan diketahui bahwa infeksi gigi merupakan penyebab tersering infeksi submandibula.⁴ Pada kasus ini kemungkinan fokus infeksi berasal dari gangren pulpa molar 3 kiri bawah. Ini ditemukan dari pemeriksaan fisik gigi dan Rontgen panoramik.

Molar ketiga rahang bawah telah diidentifikasi sebagai sumber paling umum dari infeksi maksilofasial yang berasal dari odontogenik. Gabungan mukosa perikoronar yang tidak teroksigenasi dengan baik dan partikel makanan yang terperangkap berfungsi sebagai

media yang baik untuk mikroorganisme oral. Infeksi odontogenik pada gigi molar tiga rahang bawah dapat menyebar dengan cepat karena letak anatomi gigi ini di antara ruang masticator, submandibula, dan fasia bukal dengan akses anatomis yang berdekatan ke pterigomandibula, parapharyngeal, parotid, submandibular dan ruang lain yang berdekatan.⁵

Secara epidemiologis penyakit ini paling sering terjadi pada usia 20 dan 60 tahun, dengan perbandingan antara laki-laki dan perempuan adalah 3:1. Angka kematian akibat abses submandibula sebelum dikenalnya antibiotika mencapai 50% dari seluruh kasus yang dilaporkan, sejalan dengan perkembangan antibiotika, setelah dikenalnya perawatan bedah yang baik dan tindakan yang cepat dan tepat, maka saat ini angka kematian mulai berkurang yaitu hanya terdapat 5%.⁶

Tatalaksana utama dari infeksi leher dalam terdiri dari kontrol jalan napas, perawatan medis antibiotik, dan, jika perlu, drainase dengan pembedahan. Pemeliharaan jalan nafas yang aman dan terjamin adalah wajib pada infeksi ruang submandibula. Pada pasien dengan pembengkakan submandibula bilateral, obstruksi jalan napas dapat terjadi akibat lidah mendorong atap mulut dan dinding faring posterior, atau akibat keterlibatan ruang viseral anterior dengan edema laring. Tujuan tatalaksana ini untuk mencegah terjadinya komplikasi dan pemberian dukungan medis yang semaksimal mungkin untuk pasien.⁷

Idealnya antibiotik yang diberikan harus sesuai dengan hasil kultur dan tes resistensi.⁵ Karena pemeriksaan ini membutuhkan hasil yang lama, maka pemberian antibiotik dapat berdasarkan empiris atau sesuai dengan pola kuman pada daerah tersebut. Pada kasus ini digunakan antibiotik seftriakson dan metronidazol. Seftriakson merupakan antibiotik golongan sefalosporin generasi ketiga yang efektif untuk kuman aerob sedangkan metronidazol untuk kuman anaerob.

Sumber infeksi diketahui dari gigi maka pada pasien ini dilakukan pencabutan gigi dengan anastesi lokal karena abses yang masih dangkal

dan terlokalisasi. Tindakan insisi drainase tidak dilakukan karena spasia yang terlibat hanya submandibula dan cukup menghilangkan sumber infeksi. Menurut kepustakaan prinsip utama dari manajemen bedah untuk infeksi odontogenik adalah melakukan drainase dengan insisi dan menghilangkan penyebab infeksi. Tujuan utama dalam manajemen bedah infeksi adalah untuk menghilangkan penyebab infeksi dan untuk menyediakan drainase dari nanah yang terkumpul dari sisa-sisa jaringan nekrotik.⁷

Kasus ini jarang ditemukan karena disertai dengan lesi ekstra oral berupa krusta, edema, dan ulserasi yang didiagnosis oleh bagian Ilmu Kulit Kelamin dan Ilmu Penyakit Mulut sebagai virus herpes zoster sebagai infeksi sekunder. Pada kasus ini, diagnosis ditegakkan berdasarkan kondisi umum, anamnesis dan pemeriksaan ekstra dan intra oral. Anamnesis jelas menunjukkan adanya riwayat prodromal berupa demam, meriang, dan nyeri disekitar wajah yang merupakan gejala terjadinya infeksi. Gambaran klinis yang khas yaitu ulser, edema, dan pustula pada daerah sepanjang distribusi persarafan N.trigeminalis.⁸ Herpes zoster bersifat unilateral dan segmental, dan biasanya didahului oleh rasa nyeri yang hebat. Bila mengenai segmen fasial akan timbul rasa nyeri pada wajah dan gigi-geligi sehingga sering diduga sebagai pulpitis. Infeksi virus ini biasanya muncul dengan tiba-tiba dan dikaitkan dengan kondisi lepuh atau ulserasi yang soliter atau multipel.⁹

Herpes zoster (HZ) adalah kondisi virus menular akut yang sangat menyakitkan dan berhubungan dengan munculnya vesikuler pada kulit atau selaput lendir di area yang disuplai oleh saraf sensorik yang terkena. Kasus paresthesia di sepanjang saraf yang terkena telah dilaporkan. Sindrom Ramsay Hunt biasanya ditandai dengan vesikula unilateral mukosa mulut dan telinga luar, paralisis wajah unilateral yang muncul 3-5 hari kemudian, peradangan di sepanjang saraf yang terlibat.⁹

Untungnya pada kasus ini, pasien cukup cepat untuk ditangani sehingga tidak menimbulkan komplikasi pada pasien. Karena keterlambatan

dalam diagnosis dan penanganan pada kasus abses submandibula dapat mengakibatkan terjadinya penjaran abses ke ruang leher dalam lain dan mediastinum yang dapat menyebabkan mediastinitis, sepsis dan kematian akibat dari sumbatan jalan napas serta menyebabkan paralisis wajah jika infeksi sekunder tidak ditangani dengan baik.

KESIMPULAN

Pada kasus infeksi submandibula, pasien akan mengeluhkan adanya demam dan nyeri leher disertai pembengkakan di bawah mandibula dan atau dibawah lidah, mungkin berfluktuasi serta trismus sering ditemukan. Keadaan ini merupakan salah satu infeksi pada leher bagian dalam (*deep neck infection*). Pada umumnya sumber infeksi pada ruang submandibula berasal dari proses infeksi dari gigi, dasar mulut, faring, kelenjar limfe submandibula. Penatalaksanaan pada penderita dilakukan dengan tindakan pencabutan gigi sebagai sumber infeksi serta pemberian terapi antibiotika dan analgetik serta anti-virus. Keterlambatan diagnosa atau kesalahan diagnosis dapat menimbulkan konsekuensi terjadinya komplikasi berupa mediastinitis, sepsis, paralisis bahkan kematian akibat obstruksi jalan napas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Moghimi M, Baart JA, Hakki Karagozoglu K, Forouzanfar T. Spread of odontogenic infections: A retrospective analysis and review of the literature. *Quintessence Int (Berl)*. 2013; 44(4): 351–361.
2. Utari IGAOS. Fakultas Kedokteran Universitas Islam Al-Azhar Rumah Sakit Umum Daerah Bangli - Bali. *J Kedokt*. 2019; 05(01): 187–197.
3. Halliday NL, Chung HM. Board Review Series : Gross Anatomy. 9th Ed. Halliday NL, Chung HM, editors. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019. 555
4. Veidere L, Ronis M, Sumeraga G. Deep neck infections: review of 263 cases. *Polish J Otolaryngol*. 2017; 71(5): 39–44.

5. Yuvaraj V. Maxillofacial infections of odontogenic origin : epidemiological, microbiological and therapeutic factors in an indian population. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016; 68(4): 396–399. doi: 10.1007/s12070-015-0823-x
6. Litha Y, Gazali M, Lopo C, Nayoan CR. Submandibular abscess. *J Med Prof.* 2019; 1(2).
7. Hosein M, Motamedi K. *A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery* Volume 1. 1st ed. Hosein M, Motamedi K, editors. Croatia: Publishing Process Manager Ana Pantar; 2013. 868.
8. Jusri M, Marlina E. Diagnosis klinis infeksi herpes zoster (laporan kasus) Clinic diagnosis of herpes zoster (case report). *J Dentomaxillofacial Sci.* 2011; 10(3): 161.
9. Babu A, Santosh R, Muddana K. Viral infections of oral cavity. *J Fam Med Prim Care.* 2020; 9(1): 36–42.