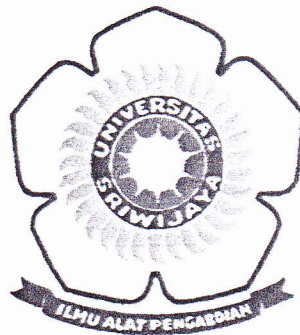


# Penatalaksanaan Kista Dermoid Orofaring pada Infant



Oleh :

Dr. Abla Ghanie Irwan, SpTHT-KL (K)

BAGIAN/DEPARTEMEN I.K.THT-KL FK UNSRI  
RSUP Dr. MOHAMMMAD HOESIN  
PALEMBANG  
2011

# PENATALAKSANAAN KISTA DERMOID OROFARING PADA INFANT

Abla G Irwan

Bagian IKTHT- KL FK Unsri/  
Departemen KTHT-KL RSUP Dr. Mohammad Hoesin  
Palembang

## Abstrak

Kista dermoid adalah kelainan kongenital berupa massa kista terlokalisir yang dibatasi lapisan epitel squamosa. Etiologi dari kista dermoid adalah kegagalan pada masa embrional pada elemen ektodermal dan mesodermal. Prevalensi sekitar 3,7-12,6% pada daerah kepala dan leher. Diagnosa pasti ditegakkan berdasarkan pemeriksaan histopatologis dimana gambaran mikroskopisnya terdiri dari debris keratin, jaringan ikat, folikel rambut dan kelenjar sebacea. Operasi eksisi dilakukan seawal mungkin untuk mencegah komplikasi. Dilaporkan satu kasus kista dermoid pada orofaring pada bayi usia 5 bulan dengan keluhan sesak nafas hilang timbul dan dilakukan tindakan ekstirpasi

Kata kunci : : Kista dermoid, orofaring, penatalaksanaan

## Abstract

Dermoid cyst is congenital abnormalities in the form of localized cystic mass surrounded by squamous epithelium. Etiology of dermoid cysts is failure during embryonic periode at ectodermal and mesodermal elements. The prevalence of dermoid cyst is about 3.7 to 12.6% in head and neck region. The diagnostic must be established based on histopathologic examination which consists of keratin debris, connective tissue, hair follicles and sebaceous glands under the microscope. Excision surgery must be performed as soon as possible to prevent complications. It had been reported a case of dermoid cyst at oropharynx in 5 months old infant with paroxysmal dyspnea and had been treated with extirpation

Keywords: Dermoid cyst, orofarynx, treatment

## PENDAHULUAN

Kista dermoid adalah neoplasma jinak yang berasal dari jaringan ektodermal dan mesodermal.<sup>1-6</sup> Kista dermoid merupakan kista developmental yang timbul oleh terperangkapnya sel totipotent atau oleh proses implantasi epithelium dengan bentuk terminasi kongenital atau *acquired*.<sup>7</sup> Kista dermoid kebanyakan merupakan kelainan kongenital yang biasanya muncul pada saat

UNSRING	14 Juni 2011
04 2009 011101	-011717

kelahiran atau muncul pada masa infant.<sup>6,8</sup> Kista dermoid merupakan bentuk histologi paling sederhana dari teratoma. Biasanya ditemukan dalam bentuk kista unilobular, tetapi kadang-kadang multilobular.<sup>14</sup> Kista dermoid dapat terjadi pada semua bagian tubuh. Jumlahnya sekitar 1-3% dari seluruh kista dermoid dan 3,7-12,6% pada kepala dan leher.<sup>8</sup>

Histopatologi dari kista dermoid terdiri dari elemen ektodermal dan mesodermal. Kista dibatasi oleh epitel squamosa, isinya terdiri dari debris keratin dan dikelilingi oleh jaringan ikat yang terdiri dari folikel rambut, kelenjar keringat dan kelenjar sebacea. Kista dermoid pada regio kepala dan leher dapat muncul pada area periorbita, rongga mulut, rongga hidung, submental dan submandibular.<sup>4,5,8-11</sup> Lesi kista sebaiknya dieksisi seawal mungkin untuk mencegah terjadinya komplikasi. Komplikasi kista dermoid tergantung predileksi kista dermoid. Operasi enukleasi maupun eksisi komplisit dari massa kista dilakukan untuk mencegah terjadinya rekurensi.<sup>3,6,8-13</sup>

## **KEKERAPAN**

Kista dermoid merupakan kasus yang jarang terjadi.<sup>1,6</sup> Kasusnya sering didiagnosa pada masa kanak-kanak. Meskipun neoplasma ini terlihat saat kelahiran, usia saat munculnya kasus dapat sangat bervariasi.<sup>1</sup> Pada regio kepala dan leher dapat terjadi pada area periorbital, dorsum nasi, dasar mulut, fossa infratemporal, dan bagian anterior dari leher.<sup>1,6,7</sup> Sekitar 7% dari semua kista dermoid yang terlihat pada regio kepala dan leher.<sup>1,2,6,11,13,15-17</sup> Taylor dkk. melaporkan area periorbital merupakan tempat yang paling sering dilaporkan terjadinya kista dermoid pada regio kepala dan leher yaitu sekitar 70%.<sup>4,6,13</sup>

Bradney mencatat kista dermoid pada regio nasal untuk bagian superfisial sekitar 61%, perluasan ke kartilago nasal yaitu 16 %, lempengan kribriiformis sekitar 12%, os nasal 10%, sel-sel udara etmoidal 1%, sedangkan persentase dirongga mulut sekitar 23,3% dan 12,6% muncul pada rongga hidung dan 6% pada submandibular.<sup>2,4,18</sup> Pryor dkk, melaporkan dari 49 seri kasus kista dermoid pada regio kepala dan leher pada kelompok anak-anak, lokasi tersering yaitu pada periorbita diikuti daerah leher, kulit kepala, hidung, telinga, dan dagu.<sup>4,5,10,</sup>

Kista dermoid pada dasar mulut biasanya didiagnosa pada dekade kedua dan ketiga kehidupan.<sup>7,12,15,18</sup> New dan Erich menyatakan predileksi terjadinya kista dermoid tidak dipengaruhi oleh perbedaan jenis kelamin, tetapi Longo dkk, menemukan kejadian timbulnya kista dermoid lebih sering pada laki-laki daripada wanita dengan perbandingan 3:1.<sup>15</sup> Dibagian THT RSMH sejak lima tahun terakhir dilaporkan 1 kasus kista dermoid pada orofaring.

### EMBRIOLOGI

Kista dermoid terjadi pada masa embrionik pada minggu ketiga sampai kelima masa kehamilan. Peristiwa paling khas yang terjadi pada minggu ketiga adalah gastrulasi, mulai dengan munculnya garis primitif yang pada ujung kepalanya terdapat nodus primitif. Didaerah nodus dan garis ini sel-sel epiblas berinvaginasi membentuk lapisan-lapisan sel baru yaitu endoderm dan mesoderm. Karena itu, epiblas semuanya menghasilkan tiga lapisan mudigah tersebut. Sel-sel dari lapisan mudigah mesoderm intraembrional bermigrasi diantara dua lapisan mudigah lainnya sampai terbentuk hubungan dengan mesoderm ekstraembrional yang membungkus kantung telur dan amnion.<sup>23</sup>

Sel-sel *prenotokord* yang bergerak masuk didalam lubang primitif, bergerak kedepan hingga mencapai lempeng prekordal. Pada perkembangan selanjutnya, lempeng ini mengelupas dari endoderm dan terbentuklah sebuah tali padat, yaitu *notokord*. *Notokord* membentuk sumbu tengah yang akan menjadi dasar bagi kerangka sumbu badan. Karena itu, pada akhir minggu ketiga, terbentuklah tiga lapisan mudigah, yang terdiri dari ektoderm, mesoderm, dan endoderm, dan diferensiasi jaringan dan organ sudah mulai.<sup>23</sup>

Lapisan mudigah ektoderm selanjutnya berkembang membentuk organ seperti susunan saraf pusat, susunan saraf tepi, epitel sensorik telinga, hidung, dan mata, kulit, rambut, kuku, kelenjar hipofise, kelenjar mammae, dan kelenjar keringat serta email gigi. Lapisan mudigah mesoderm berkembang membentuk sistem pembuluh yaitu jantung, pembuluh nadi, pembuluh balik, pembuluh getah bening dan semua sel darah dan sel getah bening juga membentuk sistem kemih-kelamin yaitu ginjal dan gonad, juga limpa dan korteks adrenal. Lapisan mudigah

endoderm menghasilkan lapisan epitel saluran pencernaan, saluran pernafasan dan kandung kemih, tiroid, paratiroid, hati, dan kelenjar pankreas, kavum timpani dan tuba eustachius.<sup>23</sup>

## ETIOPATOGENESIS

Penyebab terjadinya kista dermoid masih kontroversi.<sup>6</sup> Kista dermoid biasanya muncul selama masa embrionik yang terhenti. New dan Erich mengusulkan 3 teori mengenai penjelasan dari patogenesis, yaitu:<sup>6</sup> Teori 'Sisa Totipotensial', disebut juga teratoma kongenital. Kista dermoid muncul dari sel totipotent yang berasal dari sel germinal ektodermal dan mesodermal, atau dari jaringan pluripotent yang terperangkap selama proses penggabungan arkus brankhial pertama dan kedua.<sup>1,6,7</sup> Teori 'Kongenital inclusion', menyatakan masuknya lapisan germinal kedalam jaringan yang lebih dalam dan bergabung dalam satu garis kemudian terjadi kegagalan penutupan yang lengkap selama masa embrionik dan debris-debris epitel hidup yang terperangkap didalamnya. Teori 'Implantasi dapatan' yaitu adanya indikasi terjadinya kejadian traumatik sehingga terjadi implantasi komponen germinal kedalam jaringan yang lebih dalam. Bisa juga kejadiannya iatrogenik termasuk sel epitel atau berasal dari oklusi duktus glandula sebacea.<sup>1,4,6</sup>

Meskipun ada beberapa laporan tentang transmisi herediter sebagai etiologi, namun pembuktian secara herediter ini belum dapat diklarifikasikan.<sup>6</sup> Kista dermoid pada regio kepala dan leher seluruhnya tipe kongenital inclusion.<sup>6</sup> Gold dkk (1974), melaporkan hanya 10% kasus yang diyakini didapat dan terjadi karena trauma.<sup>19</sup> Grunwald (1910) menyatakan teori kista dermoid yang paling luas diterima yang selanjutnya oleh Bradney disebut 'teori *Cranial*'. Teori ini berdasar pada penemuan suatu saluran neuroektodermal yang menyusut, lapisan dermal mengikutinya dan membentuk suatu sinus atau kista.<sup>1,7</sup> Kista dermoid kongenital merupakan lesi disembriogenik yang berasal dari elemen ektodermal yang terperangkap selama proses penggabungan arkus brankhial pertama dan kedua.<sup>4</sup>

Proses alamiah dari perkembangan kista dermoid biasanya lambat dan bersifat progresif. Kista dermoid dapat berkembang cepat bila ada proses infeksi.<sup>4</sup> Peningkatan yang tiba-tiba dalam ukuran terjadi pada masa pubertas oleh karena peningkatan produksi sebum dari kelenjar sebacea secara berlebihan.<sup>7</sup> Kista dermoid yang berasal dari perkembangan embrionik dari ektodermal atau melalui kegagalan ektodermal berpisah dari mesodermal yang biasanya terjadi pada minggu ketiga sampai kelima kehamilan.<sup>7,11,18</sup> Banyaknya perdebatan mengenai munculnya kista dermoid pada regio kepala dan leher. Ada teori pendukung bahwa kista dermoid muncul dari kantong pharyngeal pertama atau celah brankhial.<sup>11</sup> Meyer (1955), menyatakan kista dermoid adalah lesi disembriogenetik yang berasal dari terperangkapnya ektodermal ke jaringan lebih dalam selanjutnya mengalami pertumbuhan sel epitel didalamnya.<sup>12</sup>

## HISTOPATOLOGI

Gambaran histologi kista dermoid secara umum dibatasi oleh epitel squamosa berlapis, dapat muncul dalam bentuk kista atau solid.<sup>6</sup> Disebut kista apabila berisi material keratin seperti keju, sedangkan tumor solid dermoid secara umum bertangkai dan terdiri dari jaringan ikat dan lapisan *fibro-fatty* yang tebal. Lapisan dinding kista biasanya terdiri dari epitel squamosa keratinizing yang secara khas muncul bersamaan dengan folikel rambut, otot polos, kelenjar keringat, dan kelenjar sebacea.<sup>1,24</sup>

## KLASIFIKASI

Dasar dari patogenesis dan gambaran mikroskopis menurut klasifikasi New dan Erich, kista dibagi atas tiga kategori yaitu kategori kista dermoid tipe teratoma, kista dermoid acquired, kista dermoid kongenital inclusion.<sup>20</sup> Untuk kista dermoid kongenital inclusion dibagi atas 4 subdivisi yaitu :<sup>20</sup> Kista periorbita yang terlihat sepanjang perkembangan alur nasooptik, antara proses penutupan embrional maksila dan mandibula. Kista sekitar hidung, akibat terganggunya *frontonasal plate*. Diduga berkembang selama ossifikasi *frontonasal plate*. Kista ini berlokasi dari lapisan subkutan sampai bagian tulang atau tulang rawan septum

nasi dengan sinus sphenoid atau sinus etmoid dan fossa cranial anterior. Hal ini terjadi 8-12,6% dari semua kista dermoid pada regio kepala dan leher. Kista yang muncul sekitar dasar mulut dan submental dan regio submaksilaris, berasal dari bagian atas arkus brankial. Ini mungkin dianggap penting karena bila membesar dan dapat mengganggu proses menelan, berbicara, atau bahkan dapat beresiko terhadap sumbatan jalan nafas.<sup>1</sup> Kelompok Miscellaneous, yang muncul sepanjang midventral atau garis middorsal tubuh, suprasternal, thyroidal dan suboccipital. Hal ini sering dikaburkan dengan duktus Thyroglossus atau neoplasma thyroid, massa suprasternal, pembesaran kelenjar getah bening atau meningoencephalokel. Kista dermoid pada kelompok ini dilaporkan muncul pada 5-15% pasien.<sup>1</sup>

Meyer membagi kista dasar mulut secara histopatologi yang terdiri dari tiga varian yaitu : Kista epidermoid, *true dermoid cyst*, dan kista teratoma.<sup>7,12,15</sup> Kista Epidermoid adalah ruang atau rongga yang dibatasi dengan epitel simpel squamosa dan dinding fibrous dan tidak terdapat struktur adneksa kulit.<sup>4,12</sup> Kista dermoid yang sebenarnya adalah dibatasi dengan epitel keratinizing dan adanya identifikasi struktur adneksa kulit yaitu folikel rambut, kelenjar keringat dan kelenjar sebacea.<sup>4,12</sup> Kista teratoma disebut juga kista kompleks, dimana terdiri dari tiga lapisan embrionik yaitu ektodermal, mesodermal, dan endodermal. Komposisi teratoma lebih rumit, komponen pada tumor ini mengandung unsur yang berdifferentiasi baik dari tulang, tulang rawan, gigi, jaringan ikat, otot, jaringan fibrosa, limfoid dan saraf. Semua subtype ketiganya terdiri dari material keratin.<sup>4,12,14</sup> Secara anatomi ada tiga klasifikasi kista dermoid yaitu Median Genio-glossal (sublingual), Median Geniohyoid (submental) dan bagian lateral.<sup>11,12</sup>

## PEMERIKSAAN PENUNJANG

Secara klinis dan gambaran kista dermoid sering membingungkan. Suatu diagnosa preoperatif yang pasti adalah sulit. Ada beberapa modalitas pemeriksaan untuk menunjang diagnosa kista dermoid sebelum pemeriksaan histopatologi, antara lain : *ultrasound sonografi* (USG), *Computer Tomografi* (CT) dan

*Magnetic Resonance Imaging* (MRI) dan juga FNAC (aspirasi sitologi jarum halus) dapat dilakukan untuk mendukung diagnosis dari kista dermoid apabila lokasinya memungkinkan untuk dilakukan.<sup>4,15,21,22</sup> Kista dermoid merupakan kasus yang jarang terjadi dirongga mulut, sehingga gambaran radiologis sulit dibedakan. Secara khusus kista terlihat sebagai massa oval unilokular pada USG, CT dan MRI.<sup>22</sup>

Ultrasound (USG), dengan pemberian kontras menunjukkan *focus echogenic* yang menggambarkan titik-titik perlemakan dan keratin yang sangat kecil, yang sering kali dideteksi pada kista. USG memiliki resolusi untuk ruang lesi struktur internal secara rinci dari suatu lesi kecil yang ada pada kulit.<sup>21</sup> Ultrasound dapat membantu membedakan antara vaskuler, massa solid dan lesi kistik.<sup>7</sup> USG menunjukkan gambaran lesi kistik unilokuler, melekat dan bergerak dengan frenulum dan lidah.<sup>10,12,18</sup> USG menunjukkan suatu massa yang berisi sebagian atau seluruhnya dengan cairan sehingga terlihat sebagai area *hipoechoic* dengan pelebaran bagian posterior.<sup>18</sup>

CT menunjukkan gambaran bervariasi dari *homogen low density* sampai pola *heterogen*. Meskipun beberapa peneliti melaporkan bahwa CT dapat mengidentifikasi suatu komponen lemak yang karakteristik untuk suatu kista dermoid, modalitas itu tidak selalu digunakan untuk semua kasus. CT dapat menunjukkan lokasi dan ukuran massa yang tepat dan menggambarkan hubungan terhadap struktur yang berdekatan, tetapi tidak memberikan suatu diagnosis definitif preoperatif. CT untuk kista dermoid menyatakan suatu massa hipodense.<sup>21</sup>

MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) juga dapat digunakan untuk pemeriksaan penunjang dalam mendukung diagnosa preoperatif terhadap suatu massa kista. Kista selalu muncul dengan intensitas *high signal* pada T2WI, intensitas signal pada T1WI dapat bervariasi tergantung pada lesi kista, dapat *intermediate, high*, atau *heterogen*.<sup>18,21</sup> Intensitas *signal intermediate* pada T1WI yang berisi cairan rendah protein, suatu informasi yang sedikit digunakan untuk kista dermoid. MRI dari suatu kista dermoid menunjukkan suatu heterogenitas.



lesi multilokuler, kista dengan komponen bersama pada intensitas lemak sebagai suatu hasil sebum atau lemak pada kista.<sup>2</sup>

Aspirasi sitologi jarum halus (FNAC) bila memungkinkan sebaiknya dilakukan. Aspirasi sitologi juga membantu untuk diagnosis. Pada aspirasi sitologi terlihat material keratin seperti keju dimana terdiri dari jumlah sel *epithelial non nucleated*.<sup>12</sup> Baschinsky dkk, melaporkan evaluasi aspirasi sitologi sebagai prosedur diagnostik preoperatif.<sup>13</sup>

### DIAGNOSA BANDING

Diagnosa banding berdasarkan lokasi dari lesi, antara lain yaitu kista celah brankhial, kista duktus tiroglossus, *Plunging* ranula, Lipoma, *Squamous cel carcinoma*, Kista retensi mukus, blokade unilateral duktus parotid dan Tumor mesenkimal benigna.<sup>6,7</sup>

### DIAGNOSIS

Diagnosis ditegakkan berdasarkan gambaran klinis sesuai tempat munculnya lesi kista. Bila muncul dirongga mulut, lesi kista yang sering muncul yaitu pada dasar mulut. Elevasi unilateral dasar mulut diduga suatu kista yang berlokasi pada bagian lateral diatas otot genioid atau mungkin diatas otot genioglossus dibawa mukosa. Kista dermoid dapat berupa gambaran massa kista atau bentuk tumor solid. Ukuran kista biasanya bervariasi dari beberapa millimeter sampai lebih 12cm. Diagnosis preoperatif juga didukung oleh pemeriksaan penunjang seperti Ultrasound, *Computer Tomografi* (CT), MRI, dan Aspirasi sitologi jarum halus. Namun diagnosis pasti dari suatu kista dermoid yaitu dengan pemeriksaan histopatologi.<sup>6,7,15</sup>

### PENATALAKSANAAN

Pilihan terapi adalah operasi eksisi (eksisi kompli)<sup>4,6,11,13,24</sup>, atau enukleasi melalui pendekatan intraoral atau ekstraoral.<sup>11,12</sup> Operasi dikerjakan untuk menegakkan diagnosa patologis, memperbaiki secara kosmetik deformitas akibat lesi, dan untuk mencegah infeksi juga untuk mencegah degenerasi malignansi dan

mencegah rekurensi.<sup>4,6,13</sup> Pendekatan intraoral direkomendasikan untuk kista orofaring seperti kista sublingual maupun kista ditempat lain di orofaring dengan ukuran diameter lesi yang masih kecil sampai ukuran sedang dan posisinya masih diatas otot milohioid.<sup>12,18</sup> Sedangkan insisi ekstraoral untuk kista yang berlokasi diruang submandibula atau inferior milohioid, dan untuk lesi kista yang besar yang meluas ke milohioid.<sup>7</sup>

### **KOMPLIKASI**

Kista secara alamiah adalah jinak, tapi pada kebanyakan kasus sering mengalami rekurensi bila dinding kista tidak dieksisi dengan sempurna.<sup>1,15</sup> Selain itu komplikasi yang dapat terjadi akibat tindakan operatif seperti perdarahan, pembengkakan pada dasar mulut dan lidah, distress pernafasan, obstruksi jalan nafas akibat elevasi lidah.<sup>15</sup>

### **LAPORAN KASUS**

Seorang bayi perempuan usia 5 bulan dibawa orangtuanya ke poliklinik THH RSMH Palembang pada tanggal 29 desember 2010. Dari anamnese didapatkan keluhan utama suara nafas seperti mengorok setiap kali makan atau minum susu, hal ini terlihat nyata sejak usia 3 bulan, sering muntah bila selesai makan atau minum susu, sesak nafas kadang-kadang muncul saat makan atau minum susu. Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, pemeriksaan telinga dan hidung tidak ada kelainan, pada tenggorok : arkus faring simetris, uvula ditengah, tonsil T1/T1 tenang, tidak hiperemis. Tampak massa menonjol di hipofaring bila pasien terbatuk atau menangis. Tidak dijumpai pembesaran kelenjar getah bening.

Dari keterangan diatas dibuat suatu diagnosis sementara yaitu massa hipofaring. Pasien direncanakan untuk tindakan explorasi diikuti LD biopsi massa hipofaring. Dilakukan persiapan untuk tindakan operasi tersebut. Rontgen thorax AP (no. 5036) tidak ada kelainan, rontgen soft tissue cervical AP/Lat (no.5036) kesan: tidak jelas massa pada cervical. CT-Scan laring (no. 26292) teknik pemeriksaan : NCCT Laring. Temuan : tampak massa didaerah laring,

subvocal cord, ukuran 1,5cm, menempati seperempat sampai sepertiga diameter upper airway. Tidak tampak pembesaran KGB regional. Kesan : Tumor laring/ subvocal cord, ukuran 1,5 cm, menempati seperempat sampai sepertiga diameter upper airway. Hasil laboratorium darah (11-1-2011) Hb=10,7, eritrosit=3.960.000 Ht= 30 leukosit= 9000, LED= 29, Trombosit = 483.000 , clotting time = 2 menit, bleeding time = 8 menit, Na= 132, K= 4,3.

Pasien direncanakan operasi tanggal 17-1-2011 untuk explorasi massa hipofaring dan LD biopsi. Tanggal 4 -1-2011 konsul bagian IKA (Ilmu Kesehatan Anak) kesan : Saat ini tidak ditemukan kelainan cor dan pulmo. Selanjutnya dilakukan konsul Anestesi, kesan : setuju tindakan operasi.

Tanggal 17 januari 2011 dilakukan operasi explorasi massa. Temuan saat operasi yaitu didapatkan massa bertangkai yang pangkalnya terdapat pada regio pilar posterior sinistra sepertiga medial bagian belakang. Massa yang dieksisi selanjutnya diperiksa dibagian patologi anatomi.

Hari pertama pasca operasi (18-1-2011), keluhan : muntah satu kali bercampur sedikit bekuan darah, sesak nafas tidak dijumpai, minum ASI seperti biasa, bayi menangis (rewel) tidak dijumpai. perdarahan aktif dari mulut tidak dijumpai. Terapi yang diberikan cefixime drop 2x 0.5 ml. paracetamol drop 3x 0.5 ml. diet ASI. Hari kedua pasca operasi (19-1-2011), keluhan : muntah tidak dijumpai, sesak nafas tidak dijumpai, minum ASI seperti biasa, perdarahan aktif tidak dijumpai. Terapi masih dilanjutkan. Selanjutnya pasien dikonsulkan kebagian Anak (IKA) pada hari kedua pasca operasi, untuk menilai adakah kelainan kongenital lainnya yang menyertai pasien ini. Jawaban konsul bagian anak sebagai berikut : saat ini belum ditemukan tanda-tanda kelainan kongenital lain yang menyertai. Kemudian pasien dilakukan pemeriksaan rinoskopi posterior dengan endoskopi, kesan : tidak tampak sisa massa, lain-lain dalam batas normal. Hari ketiga pasca operasi pasien boleh rawat jalan.

Satu minggu pasca operasi pasien kontrol ke poli THT, keluhan: sesak nafas saat makan atau minum tidak dijumpai, nafsu makan/ minum seperti biasa. Pada pemeriksaan rongga mulut tidak dijumpai kelainan. Hasil pemeriksaan patologi anatomi, Kesan : kista dermoid

## DISKUSI

Dilaporkan satu kasus kista dermoid pada bayi usia 5 bulan. Sesuai literatur, terjadinya kista dermoid terutama pada saat bayi baru lahir atau ditahun awal masa kanak-kanak. Pada kasus ini, didiagnosa sebagai kista dermoid sesudah dilakukan pemeriksaan PA pasca operasi, dan kasus ini merupakan kasus yang jarang ditemukan. Sekitar 7% kista dermoid terjadi pada regio kepala dan leher, dan 23 % terjadi pada rongga mulut (orofaring) namun lokasi tersering yaitu pada dasar mulut. Pada pasien ini ditemukan massa kista dermoid pada bagian posterior regio pilar posterior sinistra sepertiga medial. Dan sampai saat ini belum ada data yang menunjukkan predileksi lokasi di regio pilar posterior pada rongga mulut. Di bagian THT RSMH terdapat 1 kasus kista dermoid sejak tahun 2006 sampai 2010.

Diagnosis preoperatif pada pasien ini ditegakkan berdasarkan gambaran klinis, dan pemeriksaan penunjang seperti CT-Scan Laring sedangkan pemeriksaan penunjang lainnya (USG, MRI, FNAC) tidak dilakukan. USG tidak dilakukan karena lokasi lesi yang semula diduga sebagai massa hipofaring tidak memungkinkan untuk dilakukan pemeriksaan ini. FNAC juga tidak dilakukan oleh karena kesulitan untuk melakukan prosedur ini sehingga awalnya direncanakan LD biopsi. Keluhan pada pasien ini yaitu : suara nafas terdengar seperti mengorok bila sedang makan atau minum susu, muntah dijumpai bila selesai minum susu, sesak nafas kadang-kadang muncul bila selesai makan atau minum susu. Pada pemeriksaan fisik (orofaring) dijumpai adanya benjolan menyembul dari hipofaring bila pasien terbatuk atau menangis. Dan pemeriksaan fisik ini dikonfirmasi dengan CT-Scan laring, dan didapati gambaran tumor laring. subvocal cord ukuran sekitar 1.5 cm, menempati seperempat sampai sepertiga diameter saluran nafas atas. Dari sini disimpulkan adanya gejala sumbatan jalan nafas yang sifatnya hilang timbul dan diputuskan untuk segera melakukan tindakan extirpasi massa untuk mengatasi sumbatan jalan nafas. Durante operasi pada saat dilakukan eksplorasi ternyata ditemukan massa bertangkai yang pangkalnya terdapat pada pilar posterior sinistra sepertiga medial bagian belakang. Hal ini bertentangan dengan hasil CT-Scan laring yang mengatakan

bahwa letak lesi pada subvocal cord, hal ini bisa terjadi oleh karena tangkai massa yang panjang sehingga oleh karena gaya gravitasi tertarik kebagian bawah (hipofaring), ditambah lagi potongan CT-Scan berupa potongan axial, sehingga menimbulkan persepsi yang berbeda.

Tindakan operasi pada pasien ini sudah tepat, yaitu sesuai literatur dilakukan eksisi komplit atau extirpasi, dengan tujuan untuk mengatasi komplikasi berupa sumbatan jalan nafas intermiten. Sesuai literatur bila dilakukan eksisi komplit tidak ditemukan rekurensi.

#### SIMPULAN

1. Kista dermoid adalah neoplasma jinak yang berasal dari jaringan ektodermal dan mesodermal yang terjadi pada masa embrionik.
2. Predileksi kista dermoid dapat terjadi pada semua tempat dibagian tubuh, pada regio kepala dan leher persentasenya sekitar 7% dari seluruh kasus.
3. Diagnosis pasti ditegakkan berdasarkan pemeriksaan histopatologi.
4. Penatalaksanaan yaitu dengan operasi eksisi komplit.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Pryor SG, Lewis JE, Weaver AL. Pediatric dermoid cyst of the head and neck. *American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surg* ; 2005 ;132 :938-42.
2. Ro YE, Thomas RM, Isaacson GC. Giant dermoid cyst of the neck can mimic a cystic neck lesion. *International journal of pediatric Otolaryngology*. 2007 ; 71 : 653-658.
3. Pincus LR. Congenital Neck Masses and cyst. In : Bayle, Byron, *Head and Neck Surgery-Otolaryngology*. 4<sup>th</sup>ed, Philadelphia, 2006 ; p 1212.
4. Boo SH, Heo JM, Han CS. Multiple dermoid cyst of the external auditory canal. *International journal of pediatric otolaryngology*. 2008; 158-61.
5. Islm S, Hoffman GR. Parotid dermoid cyst : a rare entity. *The journal laryngology ang onkology*. 2009; 1-4.
6. Gorur K, Talas DU, Ozcan C. An Unusual presentation of neck dermoid cyst. *Eur Arch Otorhinolaryngology*. 2005; 262: 353-355.
7. Jadwani S, Misra B, Kallianpura S. Dermoid cyst of the floor of the mouth with abundant hair: a case report. *J.Maxillofac Oral Surg*. 2008 ; 4: 388-389.
8. Lee KJ. Salivary gland disease. *Essensial Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 4<sup>th</sup>ed. 2008. p 1066.
9. Anastassov GE. Haiavy. Non Inflammatory Disease. In : *Current Diagnosis and Treatment in Otolaryngology Head and Neck Surgery*. New York. 2008;p 304.
10. Armon N, Shamay S, Maly A. Occurrence and characteristic of head cyst in children. *Open Access journal of plastic surgery committed to the free of knowledge a global community*. 2010 ;305-312.
11. Mathews J, Lancaster J, Sullivan O. True lateral dermoid cyst of the floor of the mouth. *The journal of laryngology and otology*. 2001 ; 115 : 333-35.
12. Anantanarayana P, Manikandham R. Sublingual epidermoid cyst Head and neck pathol. 2010 ; 4 ; 136-138.

13. Gas Abdullah, Yagiz R, Altaner S. Dermoid cyst of the parotid gland : First pediatric case. *International journal pediatric otorhinolaryngology*. 2010 ;74: 216-217.
14. Sabiston. Kista dermoid. Buku ajar Bedah. Edisi 2. EGC ; Jakarta, 1994. h 717.
15. Jham CB, Duraes GV. Epidermoid cyst of the floor of the mouth :a case report. Available from; [www.cda-ade.ca/jcda](http://www.cda-ade.ca/jcda). agust 2007, vol 73 no. 6
16. Kim JH, Wang JH, Jang YJ. Excision of a nasal dermoid sinus cyst via open rhinoplasty approach and primary reconstruction using tutoplast-processed fascia lata. *Clinical and experimental Otorhinolaryngology* 20100 ;3 : 48-51.
17. Seo TS, Yoan YH. Dermoid cyst of the parotid gland. *Otolaryngology head and neck Surgery*. 2010 ; 142 : 768-69.
18. Turki MI, Khaleh A, Wann AR. Dermoid cyst of the submandibular space : case report. *ORL*. 2005 ; 89 :167-169.
19. Gleizal A, Abouchebel N. Case report dermoid cyst of the tongue : An association of dermoid cyst with bronchogenic epithelium. *Journal of cranio-maxillofacial Surgery*. 2006 ; 34 :113-116.
20. Naujoks C, Hanschel J. Dermoid cyst of the parotid gland : a case report and brief review of the literature. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg*. 2007 ; 36 : 861-863.
21. Kutuya N. A case of dermoid cyst of the floor of the mouth ultrasonography was more useful than computed tomography and magnetic resonance imaging in the preoperative diagnosis. *J Med Ultrasonic*. 2009 ;36 :27-31.
22. Bali R, Sharma P, Sangwan V. Branchial cleft cyst versus dermoid cyst of digastrics triangle : report of two cases. *J Maxillofac Oral Surgery*. 2008 ;1 : 81-84.
23. Sadler TW. Gastrulasi : pembentukan mesoderm dan endoderm embrional. *Embriologi kedokteran Langman*. edisi 7. EGC, Jakarta; 2000, h 53-64.
24. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K. Dermoid cyst In : *Dermatology in general medicine*. 4<sup>th</sup> ed. USA ; 1993 ; p 869.