

# Atlas Berwarna KELAINAN RONGGA MULUT DAN MAKSILOFASIAL

**Brad W. Neville, DDS**

Distinguished University Professor

Director, Division of Oral and Maxillofacial Pathology

Department of Stomatology

James B. Edwards College of Dental Medicine

Medical University of South Carolina

Charleston, South Carolina

**Douglas D. Damm, DDS**

Emeritus Professor

Oral and Maxillofacial Pathology

College of Dentistry

University of Kentucky

Lexington, Kentucky

**Carl M. Allen, DDS, MSD**

Emeritus Professor

Division of Oral and Maxillofacial Pathology and Radiology

College of Dentistry

The Ohio State University

Columbus, Ohio;

Staff Oral and Maxillofacial Pathologist

Central Ohio Skin & Cancer, Inc.

Westerville, Ohio

**Angela C. Chi, DMD**

Professor

Division of Oral and Maxillofacial Pathology

Department of Stomatology

James B. Edwards College of Dental Medicine

Medical University of South Carolina

Charleston, South Carolina

**Editor Edisi Indonesia**

Wiwiek Poedjiastoeti, drg., M.Kes.,  
Sp.BMM, Ph.D dan Indrayadi Gunardi,  
SKG, drg, Sp.PM  
Fakultas Kedokteran Gigi  
Universitas Trisakti  
Jakarta, Indonesia





ELSEVIER

Elsevier (Singapore) Pte Ltd  
3 Killiney Road, 08-01 Winsland House 1  
239519 Singapore

Atlas Berwarna Kelainan Rongga Mulut dan Maksilosial, 1st Indonesia edition, by Wiwiek Poedjiastoeti & Indrayadi Gunardi

Copyright © 2022 Elsevier Singapore Pte Ltd.

Atlas Berwarna Kelainan Rongga Mulut dan Maksilosial, edisi Indonesia pertama, oleh Wiwiek Poedjiastoeti & Indrayadi Gunardi

Hak cipta © 2022 Elsevier Singapore Pte Ltd.

ISBN: 978-981-4920-00-1

This adapted translation of Color Atlas of Oral and Maxillofacial Diseases, 1e, by Brad W. Neville, Douglas D. Damm, Carl M. Allen and was undertaken by Elsevier Singapore and is published by arrangement with Elsevier Inc.

Terjemahan adaptasi Color Atlas of Oral and Maxillofacial Diseases, 1e oleh Brad W. Neville, Douglas D. Damm, Carl M. Allen dan Angela C. Chi dilakukan oleh Elsevier Singapore dan diterbitkan atas persetujuan oleh Elsevier Inc.

Color Atlas of Oral and Maxillofacial Diseases  
Copyright © 2019 by Elsevier, Inc. All rights reserved.  
This book and the individual contributions contained in it are protected under copyright by the Publisher  
(other than as may be noted herein).  
ISBN: 978-0-323-55225-7

Hak cipta terpelihara. Dilarang menerbitkan atau menyebarkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun dan dengan cara apa pun, baik secara elektronik maupun mekanis, termasuk memfotokopi, merekam, atau sistem penyimpanan dan pengambilan informasi, tanpa izin tertulis dari penerbit

Rincian tentang cara meminta izin, informasi lebih lanjut tentang perizinan dan pengaturan kami dengan organisasi seperti Copyright Clearance Center dan Copyright Licensing Agency, dapat ditemukan di situs web kami: [www.elsevier.com/permissions](http://www.elsevier.com/permissions).

#### UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 19 TAHUN 2002 TENTANG HAK CIPTA

##### PASAL 72

##### KETENTUAN PIDANA SANKSI PELANGGARAN

- Barangsia dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu Ciptaan atau memberikan izin untuk itu, dipidana dengan pidana penjara paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
- Barangsia dengan sengaja menyerahkannya, menyiarakan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima tahun dan/atau denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

#### Perhatian

Adaptasi buku ini dilakukan oleh Elsevier Singapore Pte Ltd dan sepenuhnya menjadi tanggung jawabnya. Para klinisi dan peneliti harus selalu berpegangan pada pengalaman dan pengetahuan masing-masing dalam mengevaluasi dan menggunakan informasi, metode, bahan atau eksperimen yang dicantumkan di sini. Karena kemajuan pada ilmu kedokteran sangat pesat, maka harus selalu dilakukan verifikasi diagnosis dan dosis obat. Untuk kepentingan hukum, pihak Elsevier, pengarang buku, editor, para kontributor buku tidak bertanggungjawab terhadap segala sesuatu yang berhubungan dengan adaptasi atau jika terjadi cedera dan/atau kerusakan terhadap individu manusia atau properti yang berkaitan dengan kelaianan atau keputuhan dalam penggunaan buku ini, atau hal lainnya, atau yang berkaitan dengan penggunaan atau pengoperasian metode, produk, instruksi, atau ide yang tercantum di dalam materi buku ini.

Buku ini dan kontribusi masing-masing yang terkandung di dalamnya dilindungi oleh hak cipta oleh Penerbit (selain yang mungkin tercantum di sini).

Manager Penerbitan: Hooi Ping Chee

Editor Pengembangan: Suthichana Tharmapalan

Dicetak di Indonesia

# Kata Pengantar Edisi Asli

p0010

Pada dasarnya, bidang ilmu patologi tidak hanya mencakup diagnosis penyakit secara mikroskopis, tetapi juga meliputi pengenalan dan diagnosis lesi berdasarkan gambaran klinis dan radiografik. Sebagai pakar patologi mulut dan maksilofasial, kami menghabiskan banyak waktu dalam laboratorium untuk diagnosis spesimen jaringan. Namun, kami juga memiliki kesempatan besar dalam melakukan pemeriksaan kepada pasien untuk diagnosis maupun pengelolaan berbagai penyakit mulut. Kenyataannya, dengan adanya ketertarikan terhadap penyakit secara klinis, hal inilah yang mendorong minat kami pertama kali untuk mendalami spesialisasi patologi mulut dan maksilofasial.

p0015

Oleh karena itu, kami dengan senang hati mempersembahkan koleksi foto dan gambar radiografik penyakit mulut, kepala, dan leher. Seluruh ilustrasi ini mewakili kompilasi dari segala topik yang kami anggap sebagai salah satu materi pengajaran klinis terbaik, yang telah diperoleh selama karir kami. Buku ini telah disusun terutama dengan mempertimbangkan profesionalitas dokter gigi, namun juga harus bermanfaat bagi penyedia pelayanan kesehatan lain, seperti pakar THT (telinga hidung tenggorokan) dan dermatologi.

p0020

Sesuai dengan format atlas, kami menampilkan lebih banyak gambar daripada kata-kata. Bab-bab tersebut telah disusun berdasarkan kategori penyakit secara luas, yang sesuai dengan urutan materi awal dalam kuliah di kelas. Berbagai jenis lesi telah disampaikan, tetapi kami telah mencoba untuk hanya menyampaikan penyakit atau kelainan yang penting dan sering terjadi. Tidak ada fotomikrograf yang ditampilkan dalam buku ini, meskipun kami jelas menyadari pentingnya gambaran histopatologi untuk mendiagnosis suatu penyakit. Kami berpendapat bahwa tujuan buku ini lebih baik disajikan melalui foto klinis dan radiograf.

# Kata Pengantar Edisi Indonesia

p0025

p0030

Terima kasih kepada Brad W. Neville, Douglas D. Damm, Carl M. Allen dan Angela C. Chi atas salah satu karya terbaik mengenai kompilasi Atlas Berwarna Penyakit Mulut dan Maksilosial yang telah diterjemahkan dalam Bahasa Indonesia. Atlas ini menyajikan gambaran klinis dan radiograf dari kelainan atau penyakit di daerah kepala, leher dan mulut yang dapat memberikan manfaat besar bagi penyedia pelayanan kesehatan, terutama para mahasiswa dan dokter gigi dalam menunjang praktik maupun pendidikan berkelanjutan. Selain itu, di dalam buku atlas ini, ada tambahan mengenai keterangan gambaran klinis, diagnosis banding dan rencana perawatan, sehingga dapat memudahkan pembaca untuk lebih memahami karakteristik dari masing-masing penyakit atau kelainan. Dengan adanya kurikulum pendidikan tinggi di Indonesia yang sudah mengacu ke *student centered learning (SCL)*, seluruh topik dari atlas telah disesuaikan dengan materi pembelajaran mahasiswa bidang kesehatan baik Kedokteran, Kedokteran Gigi, maupun Keperawatan.

p0035

Dalam pembuatan atlas ini, kami mengucapkan terima kasih kepada para kontributor yang telah membantu dalam penerjemahan. Kami juga berterima kasih kepada seluruh pembaca buku ini, namun tidak ada gading yang tidak retak, untuk itu jika ada kritik dan saran, mohon dapat menghubungi kami.

# Ucapan Terima Kasih Edisi Asli

p0010

Kami sangat berhutang budi kepada teman dan kolega yang telah memberikan kontribusi gambar dalam atlas ini atau yang telah merujuk pasien untuk kami lakukan pemeriksaan dan dokumentasi. Kami telah berusaha untuk selengkap mungkin untuk mencantumkan ucapan kepada orang tersebut dalam keterangan gambar. Namun, jika ada nama yang terhapus secara tidak sengaja, kami mohon maaf.

p0015

Kami ingin mengucapkan terima kasih kepada banyak pengajar yang telah membimbing selama karir kami, terutama orang-orang yang telah mendorong dan membimbing minat kami menuju patologi oral klinis, termasuk Drs. George Blozis, Jerry Bouquot, George Gallagher, Susan Müller, Charles Waldron, dan Ronnie Weathers.

p0020

Kami juga ingin berterima kasih kepada Alexandra Mortimer, Jennifer Flynn-Briggs, Kate Mannix, Caroline Dorey-Stein, dan Taylor Ball di Elsevier atas kemampuan editorial dan kesabaran mereka selama kami mengerjakan proyek ini. Akhirnya, keluarga kami pun layak mendapatkan lebih banyak terima kasih dan pujiwan pribadi atas cinta dan dukungan mereka selama penyusunan buku ini.

# Ucapan Terima Kasih Edisi Indonesia

**Dr. Vera Julia, drg., Sp.BMMF, Subsp.TMF-TMJ (K)**

**Masita Mandasari, drg., Ph.D., Sp.PM**

Departemen Kedokteran Mulut

Fakultas Kedokteran Gigi

Universitas Indonesia

Jakarta, Indonesia

**Yessy Ariesanti, drg., Sp.BMMF**

Departemen Bedah Mulut dan Maksilofasial

Fakultas Kedokteran Gigi

Universitas Trisakti

Jakarta, Indonesia

**Prof. Dr. Yuniardini Septorini Wimardhani, drg., M.Sc.Dent**

Departemen Kedokteran Mulut

Fakultas Kedokteran Gigi

Universitas Indonesia

Jakarta, Indonesia

**Dina Ratnasari, drg., Sp.KG, Subsp. KR (K)**

Departemen Kedokteran Gigi Konservatif

Fakultas Kedokteran Gigi

Universitas Trisakti

Jakarta, Indonesia

**Indrayadi Gunardi, drg., Sp.PM**

Fakultas Kedokteran Gigi

Universitas Trisakti

Jakarta, Indonesia

**Dwi Ariani, drg., Sp.PM**

Departemen Kedokteran Mulut

Fakultas Kedokteran Gigi

Universitas Prof.Dr.Moestopo (Beragama)

Jakarta, Indonesia

# Daftar Isi

- 1** Kelainan Kongenital pada Regio Oral dan Maksilofasial, 1
  - 2** Patologi Gigi, 31
  - 3** Penyakit Pulpa dan Periapikal, 69
  - 4** Patologi Jaringan Periodontal, 83
  - 5** Infeksi Bakteri, 99
  - 6** Infeksi Jamur, 111
  - 7** Infeksi Virus, 119
  - 8** Cedera Fisis dan Kimiawi, 147
  - 9** Penyakit Alergi dan Imunologi, 179
  - 10** Patologi Epitel, 199
  - 11** Kelainan Kelenjar Saliva, 243
  - 12** Tumor Jaringan Lunak, 269
  - 13** Kelainan Hematologik, 295
  - 14** Kelainan dan Penyakit Pada Tulang (*Bone Pathologies*), 311
  - 15** Kista dan Tumor Odontogenik, 349
  - 16** Penyakit Dermatologi, 395
  - 17** Manifestasi Oral dari Penyakit Sistemik, 421
- Indeks, 441





These proofs may contain colour figures. Those figures may print black and white in the final printed book if a colour print product has not been planned. The colour figures will appear in colour in all electronic versions of this book.

# 4

c0020

## Patologi Jaringan Periodontal

Kontributor: Dwi Ariani

u0010	Gingivitis, 84
u0015	<i>Localized Juvenile Spongiotic Gingival Hyperplasia (Localized Juvenile Spongiotic Gingivitis, Juvenile Spongiotic Gingivitis)</i> , 84
u0020	Gingivitis Ulseratif Nekrotis, 86
u0025	Gingivitis Sel Plasma, 86
u0030	Foreign Body Gingivitis, 88
u0035	Fibromatosis Gingiva, 88
u0040	<i>Drug-Induced Gingival Overgrowth (Drug-Related Gingival Hyperplasia)</i> , 90
u0045	Periodontitis, 92
u0050	Abses Periodontal, 92
u0055	Perikoronitis, 94
u0060	Periodontitis Agresif, 94

st0010 **Gingivitis**

st0015 **Gambar 4.1 dan 4.2**

- p0070 **Gingivitis** adalah keadaan umum yang menunjukkan peradangan gingiva. Kondisi ini umum terjadi di seluruh dunia. Kasus gingivitis lebih banyak hubungannya dengan plak, walaupun beberapa kasus tidak berhubungan dengan plak. Gingivitis akibat plak biasanya terbentuk saat kebersihan mulut buruk sebagai hasil dari akumulasi plak gigi dan kalkulus. Gambaran klinis gingivitis akibat plak dapat mengalami perubahan dengan adanya berbagai macam faktor sistemik, seperti keterlibatan endokrin (misal, pubertas, siklus menstruasi, kehamilan, diabetes mellitus); pengobatan (misal, fenitoin, *calcium channel blockers*, siklosporin, kontrasepsi oral); kelainan hematologi; dan malnutrisi (misal, defisiensi vitamin C). Faktor lokal yang memiliki kontribusi menimbulkan gingivitis termasuk trauma, gigi berjejal, fraktur gigi, protesa gigi/piranti ortodontik, restorasi dental yang kurang baik, dan kebiasaan bernapas dengan mulut. Beberapa penelitian menyarankan bahwa respon *host* berperan penting pada etiopatogenesis gingivitis.
- p0075 Peradangan gingiva dapat terjadi akut atau kronis, dan juga lokal atau menyeluruh. Pada beberapa kasus, peradangan hanya terbatas pada margin gingiva (*marginal gingivitis*) atau papilla interdental (*papillary gingivitis*), sedangkan pada kasus lain mungkin difus, melibatkan margin gingiva, gingiva cekat, dan papila interdental (*diffuse gingivitis*). Pemeriksaan indeks plak dengan *probing* dan pemeriksaan radiografik untuk keterlibatan jaringan periodontal.
- u0070 Pemeriksaan klinis: eritema, pembengkakan, pendarahan saat dilakukan probing ringan, interdental papilla tumpul, konsistensi kenyal hingga keras, hilangnya kontur gingiva.
- u0075 Diagnosis Banding: Gingiva eritema linear, gingivitis sel plasma, gingivitis deskuamasi, gingivitis granulomatosis, periodontitis, gingivitis akibat bernafas dengan mulut, *drug-induced gingival overgrowth*, gingivitis berhubungan dengan kehamilan.
- u0080 Rencana Perawatan: Menghilangkan faktor penyebab, plak kontrol dan menjaga kebersihan mulut dengan skeling dan *root planing*, edukasi cara menyikat gigi yang benar dan berkumur dengan klorheksidine glukonat. Penggantian overhanging restorasi dan protesa yang tidak cekat. Jika respon terhadap terapi lokal rendah maka dicari kemungkinan faktor sistemik.

st0020 **Localized Juvenile Spongiotic Gingival Hyperplasia (Localized Juvenile Spongiotic Gingivitis, Juvenile Spongiotic Gingivitis)**

st0025 **Gambar 4.3**

- p0095 Pertama kali diutarakan pada tahun 2007, **Localized Juvenile Spongiotic Gingival Hyperplasia** menunjukkan tipe gingiva peradangan hiperplasia dengan gambaran patologis klinis tersendiri. Etiologi tidak diketahui, walaupun beberapa peneliti menyarankan bahwa kondisi ini sebagai hasil eksteriorisasi dari epitel fungsional dan sulkular, dengan perubahan sekunder yang disebabkan oleh faktor iritasi lokal (misal bernafas melalui mulut). Pada dasarnya, perubahan tidak berhubungan dengan masalah plak serta tidak merespons terhadap peningkatan kebersihan mulut.
- p0100 Mayoritas kasus yang dilaporkan terjadi pada anak dan dewasa (usia rata-rata: 12 tahun, rentang: 5 hingga 39 tahun), dengan rasio laki-laki dan perempuan yaitu 1,3:1. Perubahannya melibatkan *attached gingiva* dan *free gingiva margin* berada di atas akar gigi, walaupun beberapa contoh utama melibatkan papila interdental. Pada satu studi, 15% terjadi pada pasien yang menggunakan piranti cekat orthodontik, walaupun penemuan ini mungkin hanya kebetulan.
- u0085 Pemeriksaan Klinis: lesi warna merah terang, lesi agak timbul pada gingiva bagian fasial regio maksila anterior, pada pasien usia muda (12 tahun). Lesi soliter, lokal berukuran diameter 2-10 mm; namun dapat pula multifokal atau lebih terlihat difus. Permukaan muncul seperti beludru, granuler, tidak rata, papiler. Lesi ini biasanya tidak sakit tapi dapat berdarah saat disentuh
- u0090 Pemeriksaan histopatologis terdapat sel peradangan dan perubahan degeneratif.
- u0095 Diagnosis Banding: Gingivostomatitis herpetika akut
- u0100 Rencana Perawatan: Eksisi konservatif, dengan tingkat rekurensi 6-25%. Contoh isolasi kasus ditatalaksana dengan laser/cryotherapy. Pada orang dewasa, resolusi spontan dapat terjadi walaupun waktu tidak dapat diprediksi.

f0010 ■ Gambar 4.1

### Gingivitis

Peradangan gingiva menyeluruh di maksila dan mandibula.



f0015 ■ Gambar 4.2

### Gingivitis

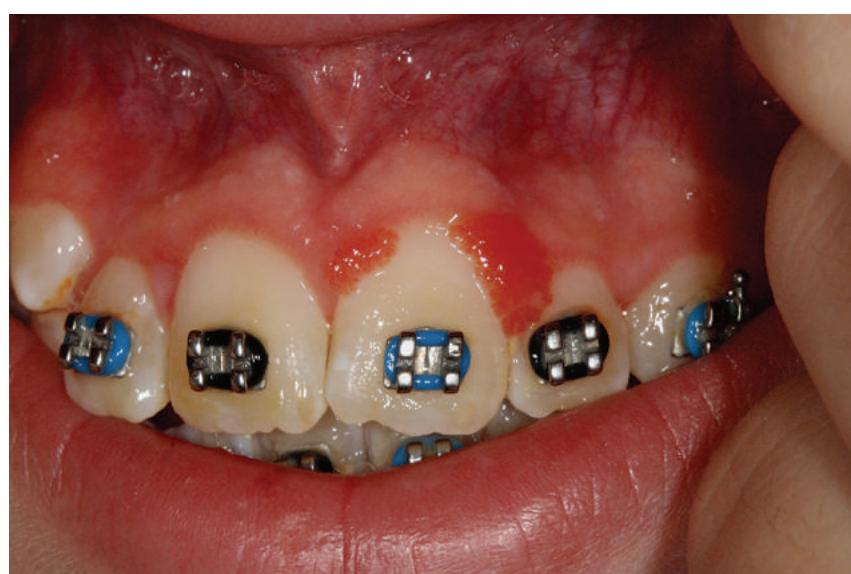
Peradangan pada tepi gingiva.



f0020 ■ Gambar 4.3

### Localized Juvenile Spongiotic Gingival Hyperplasia

Perubahan warna merah terang pada gingiva maksila anterior pasien muda yang menerima perawatan ortodontik. (Courtesy Dr Drane Oliphant.)



## st0030 Gingivitis Ulseratif Nekrotis

### st0035 Gambar 4.4 dan 4.5

p0125 **Gingivitis Ulseratif Nekrotis** (Infeksi Vincent, *trench mouth*, acute necrotizing ulcerative gingivitis) adalah tipe khusus dari gingivitis, memiliki karakteristik rasa sakit pada bagian gingiva yang muncul cepat, nekrosis pada bagian giniva interproksimal, dan perdarahan. Kondisi ini termasuk dalam kelompok penyakit nekrosis, yang termasuk didalamnya juga periodontitis ulseratif, stomatitis nekrosis, dan noma. Prevalensi gingivitis ulseratif nekrosis bervariasi setiap waktu, terutama rata-rata tinggi pada populasi militer saat Perang Dunia Pertama dan Kedua. Faktor predisposisinya merokok, kebersihan rongga mulut buruk, stres, malnutrisi, kurang tidur, penyakit terdahulu (misal, campak), dan imunosupresi (misal, infeksi *human immunodeficiency virus*). Profil mikroba sangat rumit, dengan level tinggi *spirochetes*, bakteri fusiform, dan *Prevotella intermedia*.

p0130 Gingivitis ulseratif nekrosis dapat terjadi diberbagai usia. Di Amerika Serikat dan Eropa, penyakit ini mengenai remaja hingga paruh baya. Kebalikannya di negara berkembang, anak kecil yang menderita malnutrisi dapat terkena penyakit ini.

u0105 Pemeriksaan Klinis: Nyeri terus menerus, peradangan, pembengkakan, pendarahan pada interdental dan gingiva margin. Pada tahap awal, hanya berupa ulserasi di ujung papilla interdental; akan tetapi, semakin lama papila akan semakin tumpul, dengan karakteristik "punched-out" atau nekrosis berbentuk seperti kawah dan tertutup oleh pseudomembran hitam keabuan. Penemuan lain termasuk bau mulut tidak sedap, limfadenopati servikal, demam, dan malaise.

u0110 Diagnosis Banding: Manifestasi oral leukemia, Herpetik Gingivostomatitis Akut, *Necrotizing ulcerative periodontitis*, *Primary herpetic gingivostomatitis*, Scurvy.

u0115 Rencana Perawatan: Pada fase akut, pasien biasanya dilakukan perawatan debridemen dengan anastesi lokal. Berkumur dengan klorheksidin, air garam hangat atau larutan hidrogen peroksida; juga pemberian antibiotik sistemik (seperti metronidazol atau amoxicillin) juga dapat diresepkan, terutama pada pasien imunokompromis atau penyakit sistemik dengan tanda infeksi (misal, demam, malaise, limfadenopati). Perawatan suportif termasuk didalamnya analgesik, istirahat, asupan cairan, dan diet makanan lembut. Instruksi kebersihan mulut dan konseling berhenti merokok. Sering terjadi resolusi dalam beberapa hari setelah perawatan yang tepat. Saat peradangan akut telah tertangani, tata laksana tambahan, evaluasi yang lebih komprehensif pada kesehatan jaringan periodontal dan kondisi sistemik serta mempertahankan kesehatan jaringan periodontal.

## st0040 Gingivitis Sel Plasma

### st0045 Gambar 4.6

p0150 **Gingivitis Sel Plasma** (gingivostomatitis atipikal) adalah bentuk gingivitis yang tidak biasa, ditandai dengan onset cepat dan infiltrasi peradangan menyebar yang sebagian besar terdiri dari sel plasma. Meskipun etiologi kurang dipahami, banyak kasus tampaknya mewakili reaksi hipersensitivitas. Rangsangan potensial termasuk agen penyedap permen karet atau permen, pasta gigi herbal, rempah-rempah tertentu (seperti lada atau kapulaga), dan *khat*. Kondisi ini umumnya tidak dianggap terkait plak, meskipun beberapa penulis telah menyarankan kemungkinan respon alergi terhadap bakteri.

u0120 Pemeriksaan Klinis: rasa tidak nyaman, rasa sakit, atau terbakar. Lesi difus, pembengkakan merah cerah dari seluruh gingiva cekat dan bebas. Seringkali ada garis yang tajam di tepi mukogingival. Kadang-kadang, keterlibatan di lokasi lain (seperti vestibulum, langit-langit mulut, bibir, dan lidah) mungkin jelas juga.

u0125 Diagnosis Banding: Gingivitis deskuamasi, Gingivitis granulomatosis, Eritema gingiva linear, Manifestasi oral pada Leukemia.

u0130 Rencana Perawatan: Tata laksana penyakit melibatkan identifikasi dan menghilangkan rangsangan alergenik. Riwayat lengkap (termasuk makanan, minuman, produk kebersihan mulut, tembakau, permen karet / permen, obat-obatan), menghilangkan secara sistematis potensi alergen, dan / atau pengujian alergi mungkin membantu. Jika tidak ada penyebab yang mendasari identifikasi, maka kortikosteroid topikal atau sistemik dapat diberikan; Namun, respon terhadap pengobatan tersebut bervariasi. Selain itu, hasil yang tidak konsisten telah dilaporkan dengan langkah-langkah pengendalian plak konvensional (seperti penskalaan, instruksi kebersihan mulut, dan bilas mulut klorheksidin) atau asam fusidik topikal.

f0025 ■ Gambar 4.4

**Necrotizing Ulceratif Gingivitis**

Meradang, gingiva hemoragik dengan papila interdental yang menumpul.



f0030 ■ Gambar 4.5

**Necrotizing Ulceratif Gingivitis**

Peradangan meluas dan nekrosis gingiva mandibula.



f0035 ■ Gambar 4.6

**Plasma Cell Gingivitis**

Menyeluruh, pembengkakkan berwarna merah terang pada gingiva cekat dan bebas di kedua rahang. (Courtesy Dr Michael Quinn.)



## Foreign Body Gingivitis

### st0055 Gambar 4.7

- p0170 **Foreign Body Gingivitis** mengacu pada peradangan gingiva yang berkembang terhadap respons benda asing. Selama prosedur kebersihan mulut atau restoratif, mungkin ada kerusakan epitel sulkuler yang memungkinkan masuknya benda asing (misalnya, debu amalgam, pasta bahan poles, bahan berfragmen pada disk, bahan dalam pasta gigi) ke dalam jaringan gingiva. Penampilan klinis dan temuan histopatologi dapat menyerupai liken planus; namun, keberadaan lesi terlokalisir yang tidak berpindah dari gingiva dan kurangnya keterlibatan lesi ekstragingiva secara bersamaan akan mendukung diagnosis *foreign body gingivitis* daripada liken planus. Pemeriksaan histopatologi mungkin menunjukkan peradangan granulomatosa, mukositis antarmuka (kadang-kadang meniru liken planus), atau infiltrasi dari peradangan campuran yang tidak spesifik. Tergantung pada ukuran partikel, bahan asing mungkin atau mungkin tidak terlihat pada pemeriksaan mikroskopis cahaya. Sebagai tindakan pencegahan, dokter harus berhati-hati ketika melakukan prosedur yang dapat menyebabkan bahan asing masuk ke dalam jaringan lunak yang berdekatan.
- u0135 Pemeriksaan Klinis: Nyeri, terdapat pembengkakan yang terasa lunak; perdarahan dan sensitivitas gigi juga dirasakan. Lesi mungkin soliter atau multifokal, dan dapat terjadi pada gingiva margin, gingiva cekat, dan / atau papila interdental. Mukosa yang terlibat biasanya tampak merah atau merah-putih, edema, perubahan permukaan granular, ulserasi, dan/atau atrofi juga mungkin terlihat
- u0140 Diagnosis Banding: Gingivitis deskuamasi, liken planus oral
- u0145 Rencana Perawatan: aplikasi kortikosteroid topikal, eksisi bedah; grafting gingiva menggunakan donor yang sehat dapat diperbaiki defek bedah.

## Fibromatosis Gingiva

### st0065 Gbr 4.8 dan 4.9

- p0190 **Fibromatosis Gingiva** adalah kondisi langka dimana akumulasi komponen matriks ekstraseluler menyebabkan pembesaran progresif gingiva secara perlahan-lahan. Kasus ini dapat terjadi secara herediter/idiopatik dimana contoh temuan herediter merupakan temuan terisolasi seperti pada sindrom (misalnya, *multiple hamartoma syndrome*, *Cross syndrome*, *Murray-Puretic-Drescher syndrome*, *Rutherford syndrome*, *Zimmermann-Laband syndrome*). Gambaran ekstra oral dapat dicatat dalam hubungannya dengan hereditary gingival fibromatosis termasuk *hypertrichosis*, epilepsi, disability intelektual dan gangguan pendengaran sensorineurial.
- p0195 Secara klinis, fibromatosis gingiva dapat bersifat umum atau lokal ke satu atau lebih kuadran rahang. Timbulnya pembesaran biasanya bertepatan dengan erupsi gigi desidui atau permanen. Dalam perkembangannya, jaringan gingiva dapat mencakup semua atau sebagian mahkota gigi dan menggeser gigi. Gejala bisa dapat meliputi formasi diastema, gigitan silang, gigitan terbuka, postur bibir terbuka, gigi desidui yang belum tanggal, dan kelambatan erupsi gigi permanen. Pasien dapat bermasalah dengan mastikasi, berbicara, atau estetika.
- u0150 Pemeriksaan Klinis: Gingiva biasanya keras, warna normal, tidak ada perdarahan, dan halus atau berbentuk bergelombang. Walaupun dapat berwarna kemerahan jika bertepatan dengan peradangan akibat akumulasi plak. Biasanya, terdapat keterlibatan gingiva yang cekat maupun yang bebas tanpa perluasan kearah tepi mucogingival. Area yang terlibat biasanya tuberositas maksila atau bagian fasil molar mandibula.
- u0155 Diagnosis Banding: *Drug-induced gingival overgrowth*, Pembesaran gingiva akibat bernafas dengan mulut, Manifestasi oral leukemia, gingivitis hiperplastik kronik.
- u0160 Rencana Perawatan: kasus ringan: profilaksis oleh dokter gigi, serta menjaga kebersihan mulut. Kasus berat dilakukan gingivektomi kombinasi dengan ekstraksi gigi dan perbaikan kebersihan mulut. Beberapa dokter lebih memilih untuk menunda operasi hingga gigi permanen erupsi untuk mengurangi risiko rekurensinya. Sebagai tambahan, perawatan ortodontik dan prosthodontik mungkin diperlukan, dan konseling genetik diindikasikan untuk kasus herediter.

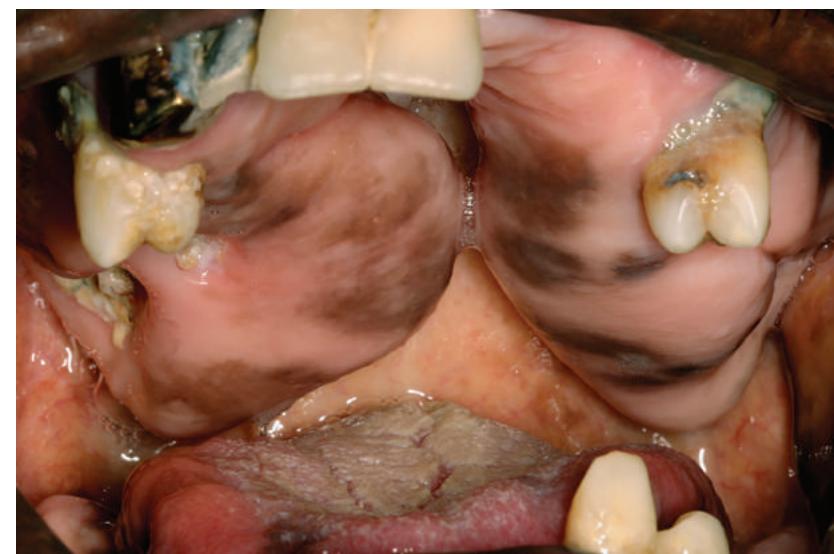
f0040 ■ Gambar 4.7  
**Foreign Body Gingivitis**

Pembengkakan terlokalisir, kemerahan pada tepi gingiva sebagai respon terhadap benda asing. (Courtesy Dr Neal Lemmerman.)



f0045 ■ Gambar 4.8  
**Fibromatosis Gingiva**

Ditandai pembesaran gingiva di maksila.



f0050 ■ Gambar 4.9  
**Fibromatosis Gingiva**

(A) Pembesaran gingiva menyeluruh di maksila dan mandibula, yang menutupi sebagian mahkota gigi. (B) Pasien yang sama pada gambar A setelah pengambilan plak /kalkulus oleh dokter gigi dan gingivektomi. (Courtesy Dr Lynn Wallace.)

st0070 **Drug-Induced Gingival Overgrowth (Drug-Related Gingival Hyperplasia)**

st0075 **Gambar 4.10–4.12**

- p0215 Pertumbuhan berlebih gingiva dapat terjadi karena penggunaan berbagai obat sistemik. Paling banyak dikenal hubungannya adalah dengan fenitoin, siklosporin, dan nifedipine, meskipun ada hubungannya dengan antikonvulsan lainnya, imunosupresan, dan *calcium channel blockers* juga. Beberapa penelitian juga melaporkan pemakaian kontrasepsi oral dan antibiotik. Mekanisme dasar yang diusulkan terkait dengan gradien kalsium seluler terganggu, berubahnya fungsi fibroblast, peningkatan sitokin properadangan dan penurunan matriks metalloproteinase; hasil akhirnya adalah peningkatan matriks ekstraseluler (lebih dari pada hiperplasia seluler atau hipertrofi). Kontrol plak yang buruk tampaknya menjadi kofaktor penting. Selain itu, faktor genetik mungkin memainkan peranan dibuktikan dengan peningkatan atau penurunan kerentanan dalam hubungannya dengan jenis antigen leukosit histosit tertentu (HLA) dan polimorfisme genetik lainnya.
- p0220 Banyak kasus *drug-induced gingival overgrowth* muncul dalam bulan pertama hingga 3 bulan awal konsumsi obat; sebagai tambahan, puncak berikutnya dijelaskan terjadi setelah 12 bulan pengobatan. Beberapa pasien mengalami masalah dengan bicara, mastikasi, dan estetika. Beberapa penelitian telah menyebutkan adanya peningkatan pertumbuhan gingiva terkait siklosporin setelah konsumsi singkat azitromisin, dan penelitian lain telah menyebutkan bahwa asam folat dapat membantu untuk pencegahan dan mengobati *drug-induced gingival overgrowth*. Namun, penelitian lebih lanjut masih tetap diperlukan.
- u0165 Pemeriksaan Klinis: Pembesaran gingiva sering dimulai pada papila interdental, terutama di segmen anterior dan fusal. Dalam perkembangannya, mungkin ada lebih banyak pertumbuhan gingiva menyebar, dengan penyebaran sebagian atau semua mahkota gigi yang berdekatan. Jaringan menunjukkan berbagai tingkat fibrosis dan peradangan, dan permukaan mukosa mungkin berbentuk lobus, halus, granular, bergelombang, atau papiler. Kontrol plak (yaitu, dengan pembersihan profesional, kunjungan berkala, upaya menjaga kebersihan mulut, dan kumur klorheksidin) juga bermanfaat.
- u0170 Rencana Perawatan: Menghentikan obat penyebab pembengkakan gingiva dengan persetujuan dokter yang memberikan terapi sebelumnya. Pemeliharaan kebersihan mulut serta tindakan bedah jaringan gingiva berlebih dapat dipertimbangkan untuk kasus parah atau refraktori.

f0055 ■ Gambar 4.10

**Drug-Induced Gingival Overgrowth Diffuse**

Pembesaran gingiva fibrotik menyeluruh dan menutupi sebagian mahkota gigi pada pasien mengkonsumsi fenitoin untuk kejang.



f0060 ■ Gambar 4.11

**Drug-Induced Gingival Overgrowth Diffuse**

Pembesaran gingiva fibrotik dan kemerahan gingiva dengan bentuk nodular pada pasien mengkonsumsi amlodipin (*calcium channel blocker*).



f0065 ■ Gambar 4.12

**Drug-Induced Gingival Overgrowth**

Pertumbuhan gingiva berlebih di maksila dan mandibula pada pasien transplantasi ginjal yang mengkonsumsi siklosporin dan amlodipin. Perubahan mukosa tampak bergelombang di semua area. (Dengan penghargaan kepada Dr Graham Lee.)



## st0080 Periodontitis

### st0085 Gambar 4.13

- p0235 **Periodontitis** mengacu pada peradangan jaringan pendukung gigi, dengan hilangnya perlekatan ligamen periodontal dan dukungan tulang. Prevalensi periodontitis sulit ditentukan karena berbagai definisi kasus yang dikembangkan, namun menurut Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit di Amerika Serikat, hampir setengah dari orang dewasa berusia 30 tahun atau lebih memiliki kasus periodontitis. Prevalensi meningkat seiring bertambahnya usia dan lebih besar di antara laki-laki daripada perempuan. Faktor risiko utama termasuk merokok, kecenderungan genetik, penyakit sistemik (misalnya, diabetes), dan status sosial ekonomi yang rendah. Penyakit ini tampaknya terjadi akibat interaksi kompleks antara infeksi bakteri dan respon *host* serta sering dimodifikasi oleh adanya faktor perilaku.
- p0240 Secara umum, periodontitis dapat dikategorikan sesuai lokasi (lokal atau umum) dan keparahan (ringan, sedang, atau parah). Jenis periodontitis utama meliputi: periodontitis kronis, periodontitis agresif, periodontitis sebagai manifestasi dari penyakit sistemik, *necrotizing ulcerative periodontitis*, abses periodontal, dan periodontitis yang terkait dengan lesi endodontik. Pengobatan tergantung pada jenis penyakit tetapi umumnya termasuk mengatasi faktor risiko yang dapat dimodifikasi, *débridement* akar non-bedah atau bedah, penguatan kebersihan mulut, dan terapi pemeliharaan periodontal. Manajemen tambahan dapat mencakup regenerasi jaringan dan antibiotik lokal atau sistemik.
- u0175 Pemeriksaan Klinis: pembentukan poket periodontal yang dalam dan/atau resesi gingiva. Dalam perkembangannya, terdapat potensi mobilitas gigi dan kehilangan gigi.
- u0180 Diagnosis Banding: Gingivitis kronis, *Necrotizing ulcerative periodontitis*, Manifestasi oral leukemia.
- u0185 Rencana Perawatan: Tergantung tipe kasus Periodontitis, namun secara umum diperlukan modifikasi faktor resiko, *débridement* akar secara bedah atau non bedah, upaya pelaksanaan kebersihan mulut, dan terapi pemeliharaan jaringan periodontal. Tata-laksana tambahan termasuk penggunaan *guided tissue regeneration* serta antibiotika baik lokal atau sistemik.

## st0090 Abses Periodontal

### st0095 Gambar 4.14

- p0260 **Abses periodontal** adalah infeksi purulen terlokalisir yang berasal dari jaringan sekitar poket periodontal. Infeksi menyebabkan kerusakan cepat tulang alveolar yang berdekatan dan ligamen periodontal. Menurut beberapa penelitian, abses periodontal menyebabkan 7% sampai 14% dari kedaruratan gigi. Lesi paling sering terjadi dalam lingkup periodontitis yang sudah ada sebelumnya — baik sebagai eksaserbasii akut periodontitis kronis yang tidak diobati atau selama pengobatan untuk periodontitis kronis. Misalnya, kalkulus yang dikeluarkan dengan skeling dapat terjebak ke dalam jaringan yang berdekatan, atau skeling yang tidak memadai dapat mengurangi peradangan hingga menimbulkan oklusi margin gingiva sementara kalkulus tetap berada di bagian poket yang lebih dalam. Faktor kontributor lainnya termasuk perubahan flora subgingiva (misalnya, terapi antibiotik sistemik) dan penurunan resistensi *host*. Selain itu, beberapa abses periodontal muncul tanpa adanya periodontitis sebagai akibat dari impaksi benda asing, trauma lokal, bahan tumpatan yang berlebih, resorpsi akar eksternal, atau anomali anatomi gigi (misalnya *dens invaginatus*, mutiara enamel).
- u0190 Pemeriksaan Klinis: terdapat nyeri ringan sampai berat. Temuan lain mungkin termasuk perabaan lunak pada palpasi, sensitivitas gigi, mobilitas gigi atau ekstrusi, bau tidak sedap, limfadenopati, demam, dan malaise. Terdapat juga pembengkakan gingiva berwarna kemerahan sepanjang aspek lateral akar, dengan perdarahan saat *probing*. Pus dapat terdrainase dari sulkus setelah *probing* atau palpasi, atau dapat mengalir dari pembukaan saluran sinus. Pemeriksaan radiografi dapat menunjukkan kehilangan tulang.
- u0195 Diagnosis Banding: abses dental, kista gingiva, kista periodontal lateral
- u0200 Rencana Perawatan: Pengobatan melibatkan pembentukan drainase dengan *débridement* poket (untuk menghilangkan plak, kalkulus, atau benda asing) dan atau insisi abses. Tata laksana juga dapat mencakup irigasi poket dan penyesuaian oklusal yang minimal. Antibiotik sistemik diindikasikan jika pasien menunjukkan demam atau tanda-tanda infeksi sistemik lainnya. Perawatan suportif termasuk analgesik, kumur garam hangat, dan diet makanan halus. Setelah resolusi infeksi akut, periodontitis kronis yang menyertai harus diatasi.

f0070 ■ Gambar 4.13

### Periodontitis

Kehilangan tulang parah yang berhubungan dengan molar mandibula.



f0075 ■ Gambar 4.14

### Abses Periodontal

Pembengkakan nodular dan kemerahan dengan drainase purulen. (Dengan penghargaan kepada Dr. Kevin Riker.)



st0100 **Perikoronitis**

st0105 **Gambar 4.15**

p0280 Perikoronitis mengacu pada peradangan jaringan lunak di sekitar mahkota gigi yang erupsi sebagian atau gigi impaksi. Wilayah molar ketiga mandibula paling sering terpengaruh. Biasanya, kondisi ini hasil dari dampak bakteri dan debris makanan di bawah flep gingival (operkulum) di atas mahkota gigi. Faktor kontributor potensial lainnya termasuk trauma dari gigi yang berlawanan, penyakit sebelumnya (misalnya, infeksi saluran pernapasan atas), dan stres.

p0285 Peradangan mungkin akut atau kronis.

u0205 Pemeriksaan Klinis: Peradangan jaringan lunak di sekitar mahkota gigi yang erupsi sebagian atau gigi impaksi. Perikoronitis kronis sering tidak menghasilkan atau hanya bergejala ringan, sedangkan perikoronitis akut biasanya menyebabkan rasa sakit, *tenderness*, dan kesulitan makan. Jaringan meradang tampak erimatous dan bengkak. Dengan pembentukan abses, dapat terjadi *discharge* yang bau dan purulen. Dapat juga ditemukan kedaan trismus, demam, limfadenopati servikal, leukositosis dan malaise

u0210 Diagnosis Banding: *Necrotizing ulcerative gingivitis*, Gingivitis herpetika, Limfoma Non-Hodgkin's, Manifestasi oral pada leukemia

u0215 Rencana Perawatan: Pengobatan perikoronitis akut termasuk *débridement*, abses drainase, irigasi, dan analgesik; jika pasien mengalami demam atau tanda-tanda infeksi sistemik lainnya, maka antibiotik dapat diresepkan. Setelah infeksi dikendalikan, ekstraksi gigi dapat. Atau, jika pemeliharaan gigi diinginkan, maka operasi pengangkatan flep gingival di atas mahkota gigi dapat dilakukan.

st0110 **Periodontitis Agresif**

st0115 **Gambar 4.16**

p0305 **Periodontitis agresif** mewakili sekelompok penyakit periodontal destruktif yang ditandai dengan perkembangan yang cepat. Menurut definisi, hal ini tidak terkait dengan penyakit sistemik yang tampak jelas secara klinis. Pada awalnya, pasien biasanya masih muda (<25 tahun) dan tampak sehat; riwayat keluarga pasien menunjukkan faktor genetik yang mendasarinya. Respon kekebalan *host* abnormal (misalnya, disfungsi neutrofil, makrofag yang memiliki respon berlebih) juga telah terlibat. Profil mikroba heterogen dan kurang dipahami; Namun, dalam beberapa populasi, klon *JP2 aggregatibacter actinomycetemcomitans* tampaknya memainkan peran penting dalam perkembangan penyakit. Beberapa peneliti berhipotesis bahwa di antara individu yang rentan secara genetik, pemicu mikroba tertentu dapat menyebabkan respons *host* yang berubah, gangguan homeostasis jaringan, dan ketidakseimbangan mikroba.

p0310 Periodontitis agresif dapat lokal atau menyeluruh. Seiring waktu, penyakit ini dapat berhenti sendiri, meskipun pada sebagian individu dapat berkembang menjadi periodontitis agresif menyeluruh.

u0220 Pemeriksaan Klinis: Periodontitis agresif lokal ditandai dengan munculnya di masa pubertas dan kehilangan perlekatan lokal pada gigi molar pertama dan insisivus (dengan keterlibatan tidak lebih dari dua gigi selain gigi molar pertama dan insisivus). Dapat ditemukan adanya jumlah akumulasi plak yang relatif rendah meskipun kerusakan periodontal parah. Pemeriksaan radiografis biasanya menunjukkan kehilangan tulang yang signifikan bilateral dan simetris di regio molar pertama dan insisivus permanen. Kehilangan tulang sering menunjukkan pola vertikal di daerah molar pertama dan pola horizontal di daerah gigi insisivus. Bentuk periodontitis menyeluruh melibatkan jaringan periodontal hampir semua atau semua gigi permanen; menurut definisi, harus ada kehilangan perlekatan interproksimal yang mempengaruhi setidaknya tiga gigi selain gigi molar dan insisivus.

u0225 Diagnosis Banding: *Necrotizing ulcerative periodontitis*, *Papillon-Lefevre syndrome*, *Ehlers-Danlos syndrome*

u0230 Rencana Perawatan: Tata laksana periodontitis agresif biasanya mencakup bedah atau *debridement akar non bedah*, antibiotik sistemik, dan kontrol berkala.

f0080 ■ Gambar 4.15

### Perikoronitis

Pembengkakan jaringan lunak yang kemerahan pada aspek disto-oklusal molar ketiga mandibula yang erupsi sebagian.



f0085 ■ Gambar 4.16

### Periodontitis Agresif

Hilangnya dukungan tulang di daerah molar dan insisivus pasien muda. (Courtesy Dr Erwin Turner).



## Daftar Pustaka

### Gingivitis

- bib0010 Armitage G. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol.* 1999;4:1–6.
- bib0015 Chapelle IL, Van der Weijden F, Doerfer C, et al. Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. *J Clin Periodontol.* 2015;42(suppl 16):S71–S76.
- bib0020 Fiorellini JP, Stathopoulou PG. Clinical features of gingivitis. *Carranza's Clinical Periodontology.* St. Louis: Elsevier Saunders; 2015:224–231. [Chapter 15].
- bib0025 Serrano J, Escribano M, Roldán S, et al. Efficacy of adjunctive anti-plaque chemical agents in managing gingivitis: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol.* 2015;42:S106–S138.

st0145  
bib0120

### Localized Juvenile Spongiotic Gingival Hyperplasia

- bib0030 Allon I, Lammert KM, Iwase R, et al. Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia possibly originates from the junctional gingival epithelium—an immunohistochemical study. *Histopathology.* 2016;68:549–555.
- bib0035 Chang JY, Kessler HP, Wright JM. Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008;106:411–418.
- bib0040 Darling MR, Daley TD, Wilson A, et al. Juvenile spongiotic gingivitis. *J Periodontol.* 2007;78:1235–1240.
- bib0045 Kalogirou EM, Chatzidimitriou K, Tosios KI, et al. Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia: report of two cases. *J Clin Pediatr Dent.* 2017;41:228–231.
- bib0050 Nogueira VK, Fernandes D, Navarro CM, et al. Cryotherapy for localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia: preliminary findings on two cases. *Int J Paediatr Dent.* 2017;27:231–235.
- bib0055 Solomon LW, Trahan WR, Snow JE. Localized juvenile spongiotic gingival hyperplasia: a report of 3 cases. *Pediatr Dent.* 2013;35:360–363.
- bib0060 Newman Michael G, Takei Henry H, Klokkevold Perry Ret al. *Newman and Carranza's Clinical Periodontology.* Philadelphia: Elsevier; 2019:285–286.

st0150  
bib0145  
bib0150  
bib0155  
bib0160  
bib0165  
bib0170

### Necrotizing Ulcerative Gingivitis

- bib0065 American Academy of PeriodontologyParameter on acute periodontal diseases. *J Periodontol.* 2000;71(suppl 5):863–866.
- bib0070 Dufty J, Gkranias N, Petrie A, et al. Prevalence and treatment of necrotizing ulcerative gingivitis (NUG) in the British Armed Forces: a case-control study. *Clin Oral Investig.* 2017;21:1935–1944.
- bib0075 Rowland RW. Necrotizing ulcerative gingivitis. *Ann Periodontol.* 1999;4(65–73):78.
- bib0080 Atout RN, Todescan S. Managing patients with necrotizing ulcerative gingivitis. *J Can Dent Assoc.* 2013; 79:d46.

st0155  
bib0175  
bib0180  
bib0185  
bib0190  
bib0195  
bib0200  
bib0205  
bib0210

### Plasma Cell Gingivitis

- bib0085 Anil S. Plasma cell gingivitis among herbal toothpaste users: a report of three cases. *J Contemp Dent Pract.* 2007;8:60–66.
- bib0090 Arduino PG, D'Aiuto F, Cavallito C, et al. Professional oral hygiene as a therapeutic option for pediatric patients with plasma cell gingivitis: preliminary results of a prospective case series. *J Periodontol.* 2011;82:1670–1675.
- bib0095 Hedin CA, Karpe B, Larsson A. Plasma-cell gingivitis in children and adults. A clinical and histological description. *Swed Dent J.* 1994;18:117–124.
- bib0100 Jadwat Y, Meyerov R, Lemmer J, et al. Plasma cell gingivitis: does it exist? Report of a case and review of the literature. *SADJ.* 2008;63:394–395.
- bib0105 Kerr DA, McClatchey KD, Regezi JA. Idiopathic gingivostomatitis. Cheilitis, glossitis, gingivitis syndrome; atypical gingivostomatitis, plasma-cell gingivitis, plasmacytosis of gingiva. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1971;32:402–423.
- bib0110 Makkar A, Tewari S, Kishor K, et al. An unusual clinical presentation of plasma cell gingivitis related to "acacia" containing herbal toothpaste. *J Indian Soc Periodontol.* 2013;17:527–530.
- bib0115 Marker P, Krogdahl A. Plasma cell gingivitis apparently related to the use of khat: report of a case. *Br Dent J.* 2002;192:311–313.

st0160  
bib0215  
bib0220  
bib0225  
bib0230

### Foreign Body Gingivitis

- Gordon SC, Daley TD. Foreign body gingivitis: clinical and microscopic features of 61 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997;83:562–570.
- Gordon SC, Daley TD. Foreign body gingivitis: identification of the foreign material by energy-dispersive x-ray microanalysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997;83:571–576.
- Gravitis K, Daley TD, Lochhead MA. Management of patients with foreign body gingivitis: report of 2 cases with histologic findings. *J Can Dent Assoc.* 2005;71:105–109.
- Koh RU, Ko E, Oh TJ, Edwards PC. Foreign body gingivitis. *J Mich Dent Assoc.* 2015;97:44–47.
- Koppang HS, Roushan A, Srafilzadeh A, et al. Foreign body gingival lesions: distribution, morphology, identification by X-ray energy dispersive analysis and possible origin of foreign material. *J Oral Pathol Med.* 2007;36:161–172.

st0150  
bib0145  
bib0150  
bib0155  
bib0160

### Fibromatosis Gingiva

- DeAngelo S, Murphy J, Claman L, et al. Hereditary gingival fibromatosis—a review. *Compend Contin Educ Dent.* 2007;28:138–143. quiz 144, 152.
- Gawron K, Lazar-Bartyzel K, Potempa J, et al. Gingival fibromatosis: clinical, molecular and therapeutic issues. *Orphanet J Rare Dis.* 2016;11:9.
- Häkkinen L, Csizsar A. Hereditary gingival fibromatosis: characteristics and novel putative pathogenic mechanisms. *J Dent Res.* 2007;86:25–34.
- Hennekam RCM, Krantz ID, Allanson JE. Syndromes with gingival/periodontal components. *Gorlin's Syndromes of the Head and Neck.* Oxford: Oxford University Press; 2010:1210–1224. [Chapter 27].
- Ko YC, Farr JB, Yoon A, Philipone E. Idiopathic Gingival Fibromatosis: Case Report and Review of the Literature. *Am J Dermatopathol.* 2016;38:e68–e71.
- Poulopoulos A, Kittas D, Sariglou A. Current concepts on gingival fibromatosis-related syndromes. *J Investig Clin Dent.* 2011;2:156–161.

st0155  
bib0175

### Drug-Induced Gingival Overgrowth

- Bondon-Guitton E, Bagheri H, Montastruc JL. Drug-induced gingival overgrowth: a study in the French Pharmacovigilance Database. *J Clin Periodontol.* 2012;39:513–518.
- Brown RS, Arany PR. Mechanism of drug-induced gingival overgrowth revisited: a unifying hypothesis. *Oral Dis.* 2015;21:e51–e61.
- Dongari-Bagtzoglou A. Research, Science and Therapy Committee, American Academy of Periodontology. Drug-associated gingival enlargement. *J Periodontol.* 2004;75:1424–1431.
- Eggerath J, English H, Leichter JW. Drug-associated gingival enlargement: case report and review of aetiology, management and evidence-based outcomes of treatment. *J NZ Soc Periodontol.* 2005;88:7–14.
- Hatahira H, Abe J, Hane Y, et al. Drug-induced gingival hyperplasia: a retrospective study using spontaneous reporting system databases. *J Pharm Health Care Sci.* 2017;3:19.
- Rafiee RM. DIGO: drug-induced gingival overgrowth. Part I: clinical features and pharmacology. *J West Soc Periodontol Periodontal Abstr.* 2010; 58(3):67–70.
- Rafiee RM. DIGO: drug-induced gingival overgrowth. Part II: molecular mechanism. *J West Soc Periodontol Periodontal Abstr.* 2010;58:99–101.
- Scully C, Bagan JV, Gandolfo Set al. *Pocketbook of Oral Medicine.* Churchill Livingstone: Elsevier; 2012:41–42.

st0160  
bib0215  
bib0220  
bib0225  
bib0230

### Periodontitis

- American Academy of Periodontology Task ForceReport on the update to the 1999 classification of periodontal diseases and conditions. *J Periodontol.* 2015;86:835–838.
- Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol.* 1999;4:1–6.
- Burt B. Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. Position paper: epidemiology of periodontal diseases. *J Periodontol.* 2005;76:1406–1419.
- Eke PI, Dye BA, Wei L, et al. Update on prevalence of periodontitis in adults in the United States: NHANES 2009 to 2012. *J Periodontol.* 2015;86:611–622.

**st0165 Abses Periodontal**

- bib0235 American Academy of Periodontology. Parameter on acute periodontal diseases. *J Periodontol.* 2000; 71(suppl 5):863-866.
- bib0240 Herrera D, Alonso B, de Arriba L, et al. Acute periodontal lesions. *Periodontol 2000.* 2014;65:149-177.
- bib0245 Herrera D, Roldán S, González I, et al. The periodontal abscess (I). Clinical and microbiological findings. *J Clin Periodontol.* 2000;27:387-394.
- bib0250 Herrera D, Roldán S, Sanz M. The periodontal abscess: a review. *J Clin Periodontol.* 2000;27:377-386.
- bib0255 Jaramillo A, Arce RM, Herrera D, et al. Clinical and microbiological characterization of periodontal abscesses. *J Clin Periodontol.* 2005;32:1213-1218.
- bib0260 Marquez IC. How do I manage a patient with periodontal abscess?. *J Can Dent Assoc.* 2013; 79:d8.

**st0170 Perikoronitis**

- bib0265 Bradshaw S, Faulk J, Blakey GH, et al. Quality of life outcomes after third molar removal in subjects with minor symptoms of pericoronitis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012;70:2494-2500.
- bib0270 Folayan MO, Ozeigbe EO, Onyejaeka N, et al. Non-third molar related pericoronitis in a sub-urban Nigeria population of children. *Niger J Clin Pract.* 2014;17:18-22.

Magraw CB, Golden B, Phillips C, et al. Pain with pericoronitis affects quality of life. *J Oral Maxillofac Surg.* 2015;73:7-12.

Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al. Pericoronitis. *Oral and Maxillofacial Pathology.* St. Louis: Elsevier; 2016:156-157.

**Periodontitis Agresif**

- Albandar JM. Aggressive and acute periodontal diseases. *Periodontol 2000.* 2014;65:7-12.
- Albandar JM. Aggressive periodontitis: case definition and diagnostic criteria. *Periodontol 2000.* 2014;65:13-26.
- American Academy of Periodontology. Parameter on aggressive periodontitis. *J Periodontol.* 2000;71(suppl 5):867-869.
- Califano JV. Research, Science and Therapy Committee American Academy of Periodontology. Position paper: periodontal diseases of children and adolescents. *J Periodontol.* 2003;74:1696-1704.
- Könönen E, Müller HP. Microbiology of aggressive periodontitis. *Periodontol 2000.* 2014;65:46-78.
- Nibali L. Aggressive periodontitis: microbes and host response, who to blame?. *Virulence.* 2015;6:223-228.
- Sgolastra F, Petrucci A, Gatto R, et al. Effectiveness of systemic amoxicillin/metronidazole as an adjunctive therapy to full-mouth scaling and root planing in the treatment of aggressive periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *J Periodontol.* 2012;83:731-743.

bib0275

bib0280

st0175

bib0285

bib0290

bib0295

bib0300

bib0305

bib0310

bib0315





These proofs may contain colour figures. Those figures may print black and white in the final printed book if a colour print product has not been planned. The colour figures will appear in colour in all electronic versions of this book.

# 9

c0045

## Penyakit Alergi dan Imunologi

Kontributor: Dwi Ariani

u0010	<b>Stomatitis Aftosa Rekuren, 180</b>
u0015	<b>Stomatitis Aftosa Minor, 180</b>
u0020	<b>Stomatitis Aftosa Mayor, 180</b>
u0025	<b>Stomatitis Aftosa Herpetiformis, 182</b>
u0030	<b>Sindroma Behçet, 182</b>
u0035	<b>Transient Lingual Papillitis, 184</b>
u0040	<b>Stomatitis Kontak Alergi terkait Pasta Gigi, 184</b>
u0045	<b>Reaksi Likenoid Oral terkait Amalgam, 186</b>
u0050	<b>Sarkoidosis Oral, 186</b>
u0055	<b>Granulomatosis Orofacial, 188</b>
u0060	<b>Granulomatosis dengan Poliangititis (Granulomatosis Wegener), 190</b>
u0065	<b>Angioedema, 190</b>
u0070	<b>Chronic Mucosal Drug Reactions, 192</b>
u0075	<b>Stomatitis Kontak terkait Cinnamic Aldehyde, 194</b>

## st0010 Stomatitis Aftosa Rekuren

p0080 **Stomatitis aftosa rekuren** merupakan salah satu penyakit mukosa intraoral yang paling sering ditemukan dengan prevalensi sekitar 20%. Lesi ini muncul sebagai reaksi termediasi imun dan kerusakan mukosa disebabkan oleh aktivasi sel limfosit T sitotoksik (CD8+). Berbagai pemicu timbulnya lesi telah banyak dilaporkan, dan dapat dikategorikan menjadi tiga kelompok, yaitu sensitivitas antigen, penipisan mukosa, atau disregulasi sistem imun. Berbeda dengan infeksi virus herpes simpleks intraoral rekuren, lesi hanya timbul pada mukosa yang tidak terdukung oleh tulang. Terapi umum untuk kasus ringan antara lain anestesikum topikal, bahan pelapisan, bahan kauterisasi topikal, kauterisasi laser, antiseptik (misalnya, klorheksidin glukonat), larutan antibiotik (misalnya, tetrasiklin atau minosiklin), dan kortikosteroid topikal dalam bentuk obat kumur dan gel. Pengobatan untuk lesi yang parah antara lain kortikosteroid sistemik, *colchicine*, *dapsone*, *thalidomide*, *pentoxifylline*, antibodi monoklonal langsung terhadap *tumor necrosis factor*, dan sebagainya. Tiga tipe linis yang dapat ditemukan: minor, mayor, dan herpetiformis.

## st0015 Stomatitis Aftosa Minor

### st0020 Gambar 9.1 dan 9.2

p0085 **Stomatitis aftosa minor** adalah tipe yang paling umum ditemukan pada lebih dari 80% pasien. Lesi ini sering dimulai sebagai makula merah yang lunak, yang berkembang menjadi ukus kekuningan yang sangat sakit, dikelilingi oleh tepi eritematus. Diameter ulserasi bervariasi dari 3 hingga 10 mm dan biasanya sembuh dalam waktu 7 hingga 14 hari. Meskipun lesi dapat menyebar pada berbagai mukosa mulut, sebagian besar pasien mempunyai satu sampai lima lesi per episode. Aftosa minor dapat terjadi pada semua usia, tetapi lebih sering ditemukan pada anak dan dewasa muda. Frekuensi rekurensi sangat bervariasi.

p0090 Pemeriksaan Klinis: Ulus kekuningan dikelilingi tepi eritematus, terasa sakit dan berukuran 3-10 mm pada mukosa mulut yang tidak berkeratin. Lesi dapat sembuh secara spontan tanpa meninggalkan jaringan parut.

p0095 Diagnosis Banding: ulkus traumatis kronis, stomatitis medikamentosa, eritema multiformis

p0100 Rencana Perawatan: Eliminasi faktor predisposisi timbulnya lesi dan terapi simptomatis dengan pemberian anestesikum topikal, bahan pelapisan, bahan kauterisasi topikal, kauterisasi laser, antiseptik (misalnya, klorheksidin glukonat), larutan antibiotik (misalnya, tetrasiklin atau minosiklin), dan kortikosteroid topikal dalam bentuk obat kumur dan gel.

## st0025 Stomatitis Aftosa Mayor

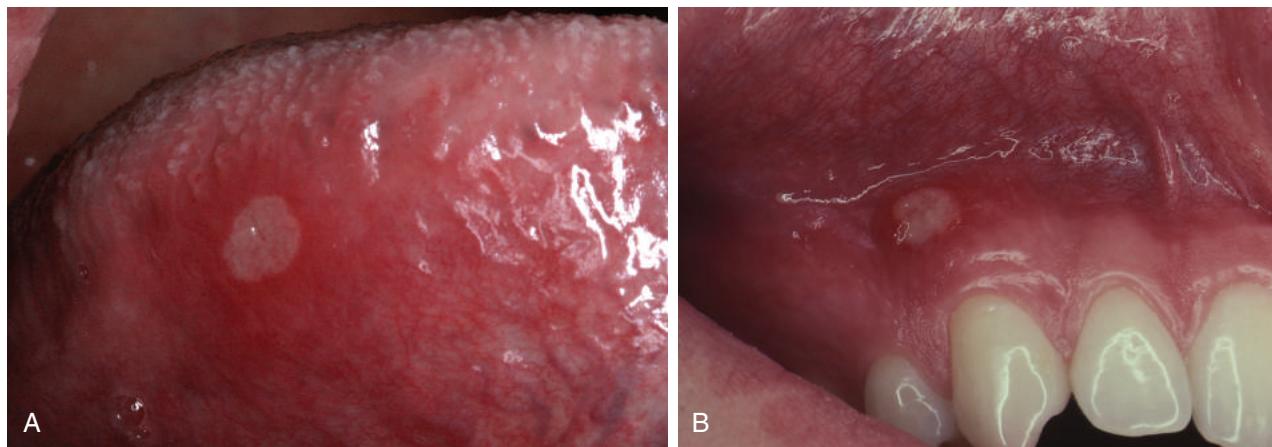
### st0030 Gambar 9.3

p0105 **Stomatitis Aftosa Mayor** (penyakit Sutton, *periadenitis mucosa necrotica recurrens [PMNR]*) lebih jarang timbul daripada tipe minor, sekitar 10% sampai 15% pasien. Diameter lesi bervariasi dari 1 sampai 3 cm, memerlukan waktu penyembuhan selama 2 hingga 6 minggu, dan cenderung menimbulkan jaringan parut saat penyembuhannya. Lesi cenderung muncul setelah pubertas dan berlanjut selama beberapa dekade, kecuali faktor pemicu yang terkait dapat dieliminasi. Dibandingkan dengan aftosa minor, aftosa mayor lebih sulit sembuh terhadap terapi dan sering memerlukan terapi topikal lebih poten atau bahkan terapi sistemik.

p0110 Pemeriksaan Klinis: Ulus berukuran 1 sampai 3 cm, dikelilingi tepi eritematus yang dapat timbul pada seluruh mukosa mulut. Waktu penyembuhan dapat mencapai 2 hingga 6 minggu dan dapat meninggalkan jaringan parut.

p0115 Diagnosis Banding: ulkus eosinoflik, ulkus traumatis kronis, penyakit Behcet.

p0120 Rencana Perawatan: Eliminasi faktor predisposisi timbulnya lesi dan terapi simptomatis dengan pemberian kortikosteroid sistemik, *colchicine*, *dapsone*, *thalidomide*, *pentoxifylline*, antibodi monoklonal langsung terhadap *tumor necrosis factor*, dan sebagainya. Pertimbangan adanya keterlibatan sistemik perlu diperhatikan dengan melakukan pemeriksaan penunjang. Kerjasama antara disiplin ilmu lain dapat membantu dalam memperpendek periode timbulnya lesi.



f0010 ■ **Gambar 9.1**  
**Stomatitis Aftosa Minor**

(A) Zona kuning ulserasi dengan eritema sekitarnya pada lateral lidah di sisi kanan. (B) Zona ulserasi yang pada mukosa vestibulum rahang atas anterior di sisi kanan.

f0015 ■ **Gambar 9.2**  
**Stomatitis Aftosa Minor**

Ulserasi multipel pada permukaan dorsal lidah.



f0020 ■ **Gambar 9.3**  
**Stomatitis Aftosa Major**

Ulserasi mukosa berukuran besar pada palatum lunak di sisi kanan.



st0035 **Stomatitis Aftosa Herpetiformis**

st0040 **Gambar 9.4**

- p0125 Stomatitis Aftosa herpetiformis merupakan tipe yang paling jarang dari stomatitis aftosa, sekitar 5% sampai 10% pasien. Istilah penyakit ini tidak berhubungan dengan adanya infeksi virus herpes simpleks. Namun, kedua jenis penyakit tersebut dapat dengan mudah dibedakan melalui distribusi anatomik secara klinis. Aftosa cenderung pada mukosa mulut yang tidak berkeratin. Sebaliknya, infeksi virus herpes simpleks primer selalu melibatkan gingiva berupa lesi yang meluas difus dan menimbulkan gejala sangat parah, sedangkan infeksi herpes simpleks intraoral rekuren cenderung melibatkan mukosa area *attached gingiva* atau palatum keras. Pada aftosa herpetiformis, berukuran kecil dengan diameter 1 sampai 3 mm. Berbeda dengan tipe lainnya, jumlah ulkus setiap rekuresi semakin meningkat, sering mencapai jumlah sebanyak 100. Lesi biasanya sembuh dalam waktu 7 sampai 10 hari, tetapi sering rekuren dengan periode antar rekurensi yang singkat. Ulserasi cenderung timbul sebagai penyakit ringan yang memberikan respon baik terhadap terapi kortikosteroid topikal. Obat dalam larutan suspensi kumur biasanya lebih baik daripada bentuk gel karena obat mampu terdistribusi luas terhadap lesi.
- p0130 Pemeriksaan Klinis: Ulkus berukuran kecil dengan diameter 1 sampai 3 mm, dikelilingi tepi eritematus dan dapat berjumlah hingga 100 lesi pada mukosa tidak berkeratin.
- p0135 Diagnosis Banding: Stomatitis herpetika, penyakit tangan-kaki dan mulut, kolitis ulseratif
- p0140 Rencana Perawatan: Eliminasi faktor predisposisi timbulnya lesi dan terapi simptomatis dengan pemberian kortikosteroid topikal dalam bentuk obat kumur dibandingkan gel.

st0045 **Sindroma Behçet**

st0050 **Gambar 9.5 dan 9.6**

- p0145 Pada tahun 1937, seorang dermatologis dari Turki, Hulusi Behçet, menjelaskan sebuah sindroma yang ditandai dengan ulserasi oral rekuren, ulserasi genital, dan uveitis. Seiring waktu, semakin jelas bahwa sindroma Behçet merupakan penyakit yang melibatkan organ lebih luas seperti kulit, artikular, vaskular, jantung, paru, pencernaan, dan neurologis. Meskipun penyebabnya tidak diketahui, diduga bahwa sindroma ini mewakili respon imun abnormal yang dipicu oleh reaksi silang dari satu atau lebih agen infeksi terhadap jaringan pejamu yang sudah memiliki kecenderungan secara genetik. HLA B51 telah diketahui berhubungan erat dengan penyakit ini. Meskipun sindroma ini dapat dijumpai di seluruh dunia, prevalensi tertinggi terjadi di sepanjang jalur sutra, membentang dari Jepang ke negara-negara di Timur Tengah dan Mediterania, dengan frekuensi tertinggi di tempat asal Behçet, Turki.
- p0150 Ulkus oral yang timbul menyerupai aftosa minor, mayor, atau herpetiformis dan menunjukkan predileksi tempat di palatum lunak dan orofaring. Ulkus genital sering melibatkan labia mayora dan skrotum. Perubahan kulit yang paling umum adalah lesi eritema nodosum yang berbentuk papulopustular. Untuk menegakkan diagnosis, ada dua kriteria. Pertama, adanya ulkus oral rekuren yang disertai dengan dua kondisi berikut ini: (1) ulkus genital rekuren, (2) keterlibatan okular, (3) lesi kulit, atau (4) tes patergi positif (respon kulit abnormal terhadap tusukan jarum steril). Kedua, kriteria diagnosis lain menggunakan sistem skor, dengan total skor 4 yang diperlukan untuk diagnosis definitif. Lesi oral, genital, dan okular masing-masing diberi skor 2, sedangkan lesi kulit, keterlibatan vaskular, manifestasi neurologis, dan tes patergi positif masing-masing diberi skor 1.
- p0155 Pemeriksaan Klinis: Ulkus oral yang timbul menyerupai aftosa minor, mayor, atau herpetiformis dan menunjukkan predileksi tempat di palatum lunak dan orofaring. Ulkus genital sering melibatkan labia mayora dan skrotum. Perubahan kulit yang paling umum adalah lesi eritema nodosum yang berbentuk papulopustular.
- p0160 Diagnosis Banding: Erythema multiforme, *mucous membrane pemphigoid*, pemfigus vulgaris, lupus erythematosus
- p0165 Rencana Perawatan: kerjasama antara multidisiplin perlu dilakukan untuk mengatasi keterlibatan organ dari penyakit ini.

f0025 ■ Gambar 9.4

**Stomatitis Aftosa Herpetiformis**

Banyak ulserasi kecil dan berkelompok yang saling menyatu pada mukosa labial maksila.



f0030 ■ Gambar 9.5

**Sindroma Behçet**

Ulser berukuran besar dan dalam pada mukosa bukal kiri.



f0035 ■ Gambar 9.6

**Sindroma Behçet**

Ulserasi pada skrotum.



st0055 **Transient Lingual Papillitis**

st0060 **Gambar 9.7 dan 9.8**

- p0170 **Transient lingual papillitis** mengacu pada pembesaran akut dan sementara dari satu atau lebih papila fungiformis. Meskipun penyebabnya tidak diketahui, proses ini berhubungan dengan iritasi kronis, cedera termal, tembakau atau penggunaan alkohol berlebihan, makanan pedas atau asam, alergi, gangguan pencernaan, perubahan siklus hormon, kurangnya tidur, dan stres.
- p0175 Proses ini dapat bermanifestasi lokal ke satu atau beberapa papila di area tertentu atau menyeluruh dengan melibatkan sebagian besar lidah. Papila yang terlibat nampak eritematus, putih, atau kuning dan mungkin sakit atau bahkan tidak bergejala. Pada kebanyakan pasien, papila terasa sakit dan menunjukkan adanya hiperplasia akibat inflamasi. Dalam literatur, pernah dilaporkan adanya penyakit tersebut yang ditemukan pada sebuah keluarga. Berbeda dengan tipe lesi simptomatis yang umum ditemukan, pada tipe papulokeratotik ini papila yang terlibat, tidak menimbulkan rasa sakit dan berwarna putih karena terjadi hiperparakeratosis.
- p0180 Tipe simptomatis dari *transient lingual papillitis* biasanya sembuh dalam waktu 4 hari. Beberapa pasien mengatasi kondisi ini dengan memotong sendiri papil menggunakan gunting kuku. Selain menghilangkan faktor predisposisi, terapi yang direkomendasikan termasuk anestesikum lokal, bahan pelapisan (*coating agent*), obat kumur antiseptik, dan kortikosteroid topikal.
- p0185 Pemeriksaan Klinis: Papila yang terlibat nampak eritematus, putih, atau kuning dan mungkin sakit atau bahkan tidak bergejala. Pada kebanyakan pasien, papila terasa sakit dan menunjukkan adanya hiperplasia akibat inflamasi. Pada tipe papulokeratotik, papila yang terlibat tidak menimbulkan rasa sakit dan berwarna putih karena terjadi hiperparakeratosis.
- p0190 Diagnosis Banding: *geographic tongue*
- p0195 Rencana Perawatan: Jika tidak ada gejala, lakukan edukasi bahwa kondisi ini merupakan variasi normal. Jika ada gejala, maka dapat diberikan anestesikum lokal, bahan pelapisan (*coating agent*), obat kumur antiseptik, dan kortikosteroid topikal.

st0065 **Stomatitis Kontak Alergi terkait Pasta Gigi**

st0070 **Gambar 9.9**

- p0200 **Stomatitis Kontak Alergi Intraoral** (stomatitis venenata) muncul sebagai respon dari berbagai antigen. Jika disebabkan karena bahan yang terkandung dalam pasta gigi, gambaran klinis yang paling umum berupa keilitis dengan atau tanpa eksim pada kulit perioral. Bibir yang terlibat menjadi kering dan sering menunjukkan eritema ringan, pecah-pecah, atau fisur dangkal. Pada kondisi yang jarang, dapat ditemukan eritema, pembengkakan, ulserasi, atau daerah erosi pada gingiva, lidah, atau permukaan mukosa mulut lainnya. Kadang-kadang, pada lapisan superfisial di mukosa bukal dan vestibulum dapat menunjukkan *sloughing* asimtotik.
- p0205 Reaksi terhadap pasta gigi dapat terjadi pada kedua jenis kelamin tetapi lebih banyak ditemukan pada perempuan. Durasi penggunaan sebelum terjadi perubahan mukosa dapat bervariasi dari kurang 2 minggu hingga beberapa tahun. Pada banyak pasien, penyembuhan lesi terjadi secara jelas dengan melakukan penggantian pasta gigi mengandung baking soda murni atau pasta gigi yang bebas dari perasa, pengawet, dan *sodium lauryl sulfat*.
- p0210 Pemeriksaan Klinis: gambaran klinis yang paling umum berupa keilitis dengan atau tanpa eksim pada kulit perioral. Bibir yang terlibat menjadi kering dan sering menunjukkan eritema ringan, pecah-pecah, atau fisur dangkal. Pada kondisi yang jarang, dapat ditemukan eritema, pembengkakan, ulserasi, atau daerah erosi pada gingiva, lidah, atau permukaan mukosa mulut lainnya. Kadang-kadang, pada lapisan superfisial di mukosa bukal dan vestibulum dapat menunjukkan *sloughing* asimtotik.
- p0215 Diagnosis Banding: Stomatitis medikamentosa
- p0220 Rencana Perawatan: penyembuhan lesi dapat dilakukan dengan penggantian pasta gigi mengandung baking soda murni atau pasta gigi yang bebas dari perasa, pengawet, dan *sodium lauryl sulfat*. Pada kondisi yang parah, dapat diberikan kortikosteroid topikal untuk menekan respon alergi.

f0040 ■ Gambar 9.7  
***Transient Lingual Papillitis***

Papilla fungiformis yang membesar, kekuningan, dan terasa sakit pada permukaan dorsal anterior lidah di sisi kanan.



f0045 ■ Gambar 9.8  
***Transient Lingual Papillitis***

Banyak papila fungiformis yang membesar dan terasa sakit pada permukaan dorsal lidah di sisi kanan.  
(Terima kasih kepada Dr. Courtney Shelbourne.)



f0050 ■ Gambar 9.9  
***Stomatitis Kontak Alergi terkait Pasta Gigi***

Putih, seperti benang, dan *sloughing* epitel yang dapat diangkat pada vestibulum mandibula di sisi kiri.



st0075 **Reaksi Likenoid Oral terkait Amalgam**

st0080 **Gambar 9.10**

- p0225 **Reaksi Likenoid Oral** mengacu pada lesi mukosa yang secara klinis dan mikroskopis menyerupai liken planus, tetapi dapat dikaitkan dengan faktor etiologi tertentu. Penyebab yang sering dilaporkan antara lain penyakit sistemik, reaksi obat, alergi makanan, dan kontak mukosa terhadap restorasi gigi. Berbagai macam bahan kedokteran gigi dapat menyebabkan reaksi kontak likenoid, tetapi paling sering akibat amalgam. Tes *patch* kulit untuk logam dalam campuran amalgam, tidak selalu memberikan hasil positif, mungkin karena adanya faktor lain akibat efek iritasi lokal logam merkuri daripada kondisi alergi secara sistemik.
- p0230 Meskipun liken planus dan beberapa reaksi likenoid lainnya sering ditemukan pada lokasi yang berbeda-beda, simetris, dan bilateral, namun lesi reaksi likenoid terkait amalgam tidak berpindah dan terlokalisir di lokasi kontak. Mukosa yang terlibat nampak berupa bercak merah atau putih, dengan atau tanpa *striae* dan erosi. Meskipun banyak pasien melaporkan penyembuhan cepat setelah penggantian tumpatan amalgam, tetapi ada beberapa lesi yang mengalami penyembuhan lambat hingga beberapa bulan.
- p0235 Pemeriksaan Klinis: Lesi tidak berpindah dan terlokalisir di lokasi kontak terhadap amalgam. Mukosa yang terlibat nampak berupa bercak merah atau putih, dengan atau tanpa *striae* dan erosi.
- p0240 Diagnosis Banding: Liken planus oral, lupus eritematosus, leukoplakia, stomatitis kontak
- p0245 Rencana Perawatan: Penggantian bahan tumpatan amalgam dengan jenis bahan tumpatan lain dapat memperbaiki lesi secara klinis.

st0085 **Sarkoidosis Oral**

st0090 **Gambar 9.11 dan 9.12**

- p0250 **Sarkoidosis** merupakan penyakit sistemik yang ditandai dengan peradangan granulomatosa *noncaseating* (=tidak nekrosis). Penyakit ini idiopatik; dengan adanya proses akibat respon imun yang abnormal terhadap bahan infeksi atau lingkungan pada individu yang memiliki faktor predisposisi genetik.
- p0255 Meskipun seluruh organ dapat terlibat, namun yang paling sering antara lain paru-paru, kelenjar getah bening, kulit, dan mata. Lesi oral jarang ditemukan, namun dapat menjadi petunjuk untuk diagnosis secara dini. Seluruh mukosa mulut dapat terlibat, lesi berupa makula atau papula atau massa submukosa yang berwarna merah-kecoklatan, keunguan, atau bahkan normal. Lesi *intraosseous* juga dapat ditemukan berupa radiolusensi berbatas jelas yang mungkin berhubungan dengan kegoyangan gigi.
- p0260 Oleh karena penyembuhan spontan dapat terjadi pada kebanyakan pasien sarkoidosis, tetapi terapi sistemik dapat diberikan untuk kasus yang parah atau progresif. Kortikosteroid merupakan pilihan terapi lini pertama, diikuti oleh obat imunosupresif atau antimalaria. Pada lesi yang terbatas hanya di mukosa mulut, sering dilakukan dengan terapi bedah eksisi, sedangkan lesi pada tulang dilakukan kuretase menyeluruh.
- p0265 Pemeriksaan Klinis: Lesi berupa makula atau papula atau massa submukosa yang berwarna merah-kecoklatan, keunguan, atau bahkan normal. Lesi *intraosseous* juga dapat ditemukan berupa radiolusensi berbatas jelas yang mungkin berhubungan dengan kegoyangan gigi.
- p0270 Diagnosis Banding: ulkus tuberkulosis, penyakit Crohn, infeksi jamur (*blastomycosis*, *coccidioidomycosis*, *histoplasmosis*), toksoplasmosis, lupus eritematosus.
- p0275 Rencana Perawatan: kerjasama multidisiplin dengan bidang ilmu dari organ yang terlibat. Kortikosteroid merupakan pilihan terapi lini pertama, diikuti oleh obat imunosupresif atau antimalaria. Pada lesi yang terbatas hanya di mukosa mulut, sering dilakukan dengan terapi bedah eksisi, sedangkan lesi pada tulang dilakukan kuretase menyeluruh.



f0055 ■ **Gambar 9.10**  
**Reaksi Likenoid terkait Amalgam**

Plak putih irregular pada mukosa bukal kanan yang berkontak dengan tumpatan amalgam pada molar kedua kanan rahang atas.

f0060 ■ **Gambar 9.11**  
**Sarkoidosis**

Makula merah kecoklatan pada palatum lunak.



f0065 ■ **Gambar 9.12**  
**Sarkoidosis**

Radiolusensi dengan batas difus pada molar pertama kanan maksila. (Terima kasih kepada Dr. Chad Matthews.)



st0095

## Granulomatosis Orofazial

st0100 **Gambar 9.13–9.16**

- p0280 **Granulomatosis Orofazial** merupakan pembengkakan orofazial yang diakibatkan oleh peradangan granulomatosa tanpa adanya penyakit lokal atau sistemik. Penyakit ini tidak boleh dianggap sebagai diagnosis akhir, tetapi merupakan tanda potensial dari proses peradangan yang belum ditemukan. Setelah spesialis patologi melakukan evaluasi adanya material asing dan memberikan pewarnaan untuk mikobakterium dan *deep fungal* (infeksi jamur dalam), maka klinisi perlu melakukan evaluasi kemungkinan adanya peradangan granulomatosa, seperti fokus infeksi, alergi makanan, *berylliosis*, penyakit *Crohn*, sarkoidosis, granulomatosis dengan poliangitis (granulomatosis Wegener), dan penyakit granulomatosa kronis.
- p0285 Meskipun orofazial granulomatosis dapat timbul pada seluruh usia, tetapi paling banyak ditemukan pada dewasa muda. Pada anak-anak, kondisi ini sering berhubungan dengan penyakit *Crohn*, meskipun gejala pada usus tidak ada secara klinis selama bertahun-tahun. Ketika granulomatosis orofazial berhubungan dengan penyakit *Crohn*, maka manifestasi pada saluran pencernaan sering kali terbatas pada *panenteric* (ileum, kolon dan saluran atas gastrointestinal) dan gejala akan lebih parah dibandingkan gejala pada pasien tanpa manifestasi oral.
- p0290 Gambaran klinis yang paling umum adalah pembengkakan bibir tanpa rasa sakit. Adanya keterlibatan bibir dinamakan keilitis granulomatosa atau *Miescher cheilitis*. Ketika bibir membesar disertai kelumpuhan fasial dan ditemukan *fissured tongue*, maka trias gejala disebut sindroma *Melkersson-Rosenthal*. Granulomatosis orofazial juga dapat berhubungan dengan hiperplasia gingiva, gambaran *cobblestone* pada mukosa bukal, dan lipatan hiperplastik linier pada vestibulum, yang sering disertai ulserasi.
- p0295 Terapi primer perlu ditujukan untuk menemukan dan mengatasi faktor prediposisi. Jika evaluasi lokal dan sistemik tidak dapat mengidentifikasi latar belakang penyebabnya, maka injeksi triamsinolon intralesi atau kortikosteroid sistemik dapat diberikan.
- p0300 Pemeriksaan Klinis: Gambaran klinis yang paling umum adalah pembengkakan bibir tanpa rasa sakit. Adanya keterlibatan bibir dinamakan keilitis granulomatosa atau *Miescher cheilitis*. Ketika bibir membesar disertai kelumpuhan fasial dan ditemukan *fissured tongue*, maka trias gejala disebut sindroma *Melkersson-Rosenthal*. Granulomatosis orofazial juga dapat berhubungan dengan hiperplasia gingiva, gambaran *cobblestone* pada mukosa bukal, dan lipatan hiperplastik linier pada vestibulum, yang sering disertai ulserasi.
- p0305 Diagnosis Banding: penyakit *Crohn*, sarkoidosis, angioedema
- p0310 Rencana Perawatan: Kerjasama multidisiplin diperlukan untuk menemukan dan mengatasi faktor prediposisi. Jika evaluasi lokal dan sistemik tidak dapat mengidentifikasi latar belakang penyebabnya, maka injeksi triamsinolon intralesi atau kortikosteroid sistemik dapat diberikan untuk memperbaiki lesi oral.

f0070

### **Gambar 9.13 Granulomatosis Orofazial**

Pembengkakan kronis pada bibir bawah.



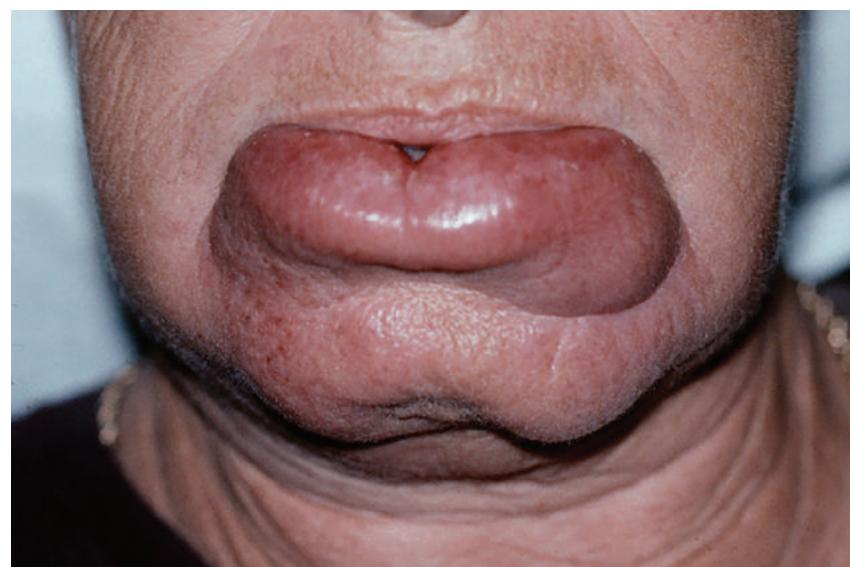
f0075 ■ Gambar 9.14  
**Granulomatosis Orofacial**

Lipatan jaringan hiperplastik yang melibatkan mukosa vestibulum atas dan bawah serta gingiva. (Terima kasih kepada Dr. Steven Anderson.)



f0080 ■ Gambar 9.15  
**Granulomatosis Orofacial**

Pembesaran difus yang nyata pada bibir bawah.



f0085 ■ Gambar 9.16  
**Granulomatosis Orofacial**

Pasien yang sama dalam [Gambar 9.15](#) setelah pengobatan dengan triamsinolon intralesi.



st0105 **Granulomatosis dengan Poliangitis (Granulomatosis Wegener)**

st0110 **Gambar 9.17 dan 9.18**

- p0315 **Granulomatosis dengan Poliangitis** (granulomatosis Wegener) merupakan vaskulitis sistemik, nekrosis, dan granulomatosis yang mempengaruhi pembuluh darah berukuran kecil (kapiler) dan sedang. Ada dua tipe: (1) bentuk klasik yang mempengaruhi ginjal dan saluran pernapasan atas dan bawah; dan (2) bentuk lokal yang terbatas pada saluran pernapasan atas dan / atau bawah. Sekitar 85% pasien, akan menunjukkan antibodi sitoplasma antineutrofil terhadap *proteinase 3* (PR3-ANCA, sebelumnya dikenal sebagai C-ANCA), dengan frekuensi yang lebih tinggi pada pasien yang mengalami kondisi parah penyakit tersebut.
- p0320 Lesi oral jarang ditemukan, tetapi lesi ini mungkin mendahului manifestasi lain dan merupakan indikasi diagnosis awal. Keterlibatan oral dapat berupa ulserasi nonspesifik, nodula pada mukosa labial, perforasi palatal, dan "gingivitis stroberi." Gingivitis stroberi adalah gambaran hiperplasia gingiva yang khas secara klinis menunjukkan papular dengan permukaan halus, berukuran pendek, bulat, hemoragik, dan mudah berdarah.
- p0325 Penyakit ini perlu ditangani secara akurat, karena 90% pasien yang tidak diobati dengan keterlibatan ginjal, akan meninggal dalam waktu 2 tahun setelah diagnosis. Oleh karena itu, diagnosis awal dan pengobatan sangat penting. Pengobatan tergantung pada keparahan penyakit dan sering menggunakan kortikosteroid sistemik yang dikombinasikan dengan siklofosfamida, *methotrexate*, *rituximab*, atau medikamen lainnya. Dengan terapi yang tepat, remisi berkepanjangan dapat dicapai hingga 75% pasien, tetapi rekurensi penyakit sering ditemukan pada pasien yang tidak menerima terapi lanjutan.
- p0330 Pemeriksaan Klinis: Keterlibatan oral dapat berupa ulserasi nonspesifik, nodula pada mukosa labial, perforasi palatal, dan "gingivitis stroberi." Gingivitis stroberi adalah gambaran hiperplasia gingiva yang khas secara klinis menunjukkan papular dengan permukaan halus, berukuran pendek, bulat, hemoragik, dan mudah berdarah.
- p0335 Diagnosis Banding: sifilis, karsinoma sel skuamosa
- p0340 Rencana Perawatan: kerjasama multidisiplin diperlukan untuk mengatasi manifestasi penyakit pada organ yang terlibat. Pengobatan tergantung pada keparahan penyakit dan sering menggunakan kortikosteroid sistemik yang dikombinasikan dengan siklofosfamida, *methotrexate*, *rituximab*, atau medikamen lainnya.

st0115 **Angioedema**

st0120 **Gambar 9.19**

- p0345 **Angioedema** merupakan pembengkakkan edematus difus secara akut pada jaringan lunak subkutan dan submukosa. Penyebab paling umum adalah reaksi alergi yang memicu degranulasi sel mast dengan pelepasan histamin. Pemicu lain yang tidak terkait dengan pelepasan histamin adalah efek samping dari inhibitor enzim *angiotensin-converting*, penggunaan aktivator plasminogen jaringan, perubahan herediter di jalur komplemen, penyakit limfoproliferatif, dan autoimunitas terhadap *C1-inhibitor* (tahap pertama di jalur komplemen).
- p0350 Angioedema bermanifestasi berupa pembengkakkan jaringan yang teraba kenyal dan onset cepat. Di daerah kepala dan leher, wajah, bibir, lidah, dasar mulut, faring, dan laring dapat terlibat. Proses ini berpotensi mengancam jiwa karena kemungkinan adanya gangguan saluran pernapasan. Pengobatan tergantung pada penyebab yang mendasarinya, dan menghindari faktor pemicu penyakit. Terapi klasik untuk kasus yang terkait dengan alergi adalah antihistamin dan kortikosteroid, yang sering dikombinasikan dengan epinefrin. Pasien dengan defisiensi *C1-inhibitor* herediter atau didapat, sering memberikan respon baik terhadap terapi *C1-inhibitor* dan antagonis bradikinin seperti *icatibant*.
- p0355 Pemeriksaan Klinis: Manifestasi berupa pembengkakkan jaringan yang teraba kenyal dan onset cepat. Di daerah kepala dan leher, wajah, bibir, lidah, dasar mulut, faring, dan laring dapat terlibat. Proses ini berpotensi mengancam jiwa karena kemungkinan adanya gangguan saluran pernapasan.
- p0360 Diagnosis Banding: keilitis granulomatosis, keilitis glandularis
- p0365 Rencana Perawatan: Terapi klasik untuk kasus yang terkait dengan alergi adalah antihistamin dan kortikosteroid, yang sering dikombinasikan dengan epinefrin. Pasien dengan defisiensi *C1-inhibitor* herediter atau didapat, sering memberikan respon baik terhadap terapi *C1-inhibitor* dan antagonis bradikinin seperti *icatibant*.

f0090 ■ Gambar 9.17  
**Granulomatosis Dengan Polyangiitis**

Gingiva nampak hiperplastik dan hemoragik pada permukaan labial mandibula di sisi kiri. Area ulserasi nekrotik pada gingiva labial premolar maksila kanan. (Terima kasih kepada Dr. James Wilson.)



f0095 ■ Gambar 9.18  
**Granulomatosis Dengan Polyangiitis**

Pasien edentulous dengan hiperplasia hemorragik yang difus dan bergelombang pada mukosa alveolar maksila dan palatum. (Terima kasih kepada Dr. Woodrow Merritt.)



f0100 ■ Gambar 9.19  
**Angioedema**

Pembengkakan difus pada bibir bawah. Pembengkakan ini muncul dengan cepat selama terapi gigi pada pasien yang menkonsumsi inhibitor enzim *angiotensin-converting*. Pembengkakan tidak memberikan respon terhadap terapi antihistamin dan epinefrin.



st0125

## Chronic Mucosal Drug Reactions

st0130

### Gambar 9.20–9.23

- p0370 Pada populasi lansia dan konsumsi obat-obatan secara teratur, **reaksi obat** tidak jarang terjadi. Penggunaan dua jenis obat oleh pasien, berkorelasi dengan 6% risiko efek samping obat. Jika jumlah obat meningkat menjadi lima, risiko pun akan meningkat menjadi 50%, sedangkan jika obat mencapai lebih dari delapan jenis, maka kemungkinan berisiko hampir 100% terjadi efek samping. Perubahan mukosa oral akibat penggunaan obat-obatan disebut *stomatitis medicamentosa*. Kerusakan mukosa mulut bervariasi sesuai dengan peningkatan jumlah obat yang mengakibatkan lesi oral. Reaksi obat dapat terlihat seperti ulserasi aftosa, liken planus, pemfigoid, pemfigus, lupus eritematosus, dan sebagainya.
- p0375 Ketika melakukan evaluasi kemungkinan reaksi obat, klinisi akan melihat daftar obat yang terkait, tetapi hal ini justru dapat menjadi pendekatan yang kurang efisien. Karena banyaknya obat baru yang berkembang pesat, dan kurangnya pembaharuan daftar obat-obatan yang menimbulkan efek samping. Pendekatan terbaik adalah mendapatkan daftar obat yang digunakan oleh pasien, dan melakukan evaluasi masing-masing obat tersebut terhadap daftar obat yang pernah dilaporkan menimbulkan efek samping dari literatur.
- p0380 *Chronic mucosal drug reaction* dapat sembuh setelah menghentikan konsumsi obat terkait, tetapi kortikosteroid topikal sering kali diperlukan untuk penyembuhan secara adekuat. Jika obat tidak dapat dihentikan karena alasan kesehatan, penyembuhan lesi oral menjadi sangat sulit, meskipun sudah ditunjang dengan terapi kortikosteroid yang tepat.
- p0385 Pemeriksaan Klinis: Lesi oral muncul segera setelah konsumsi obat, berupa ulserasi aftosa, liken planus, pemfigoid, pemfigus, lupus eritematosus, dan sebagainya.
- p0390 Diagnosis Banding: Eritema multiformis, liken planus oral, *mucous membrane pemphigoid*, pemfigus vulgaris, infeksi herpes intraoral.
- p0395 Rencana Perawatan: Lesi oral dapat sembuh setelah menghentikan konsumsi obat terkait, tetapi kortikosteroid topikal sering kali diperlukan untuk penyembuhan secara adekuat.

f0105

### Gambar 9.20

#### Chronic Mucosal Drug Reaction

Strie putih difus menyebar pada permukaan dorsal lidah, yang terbukti merupakan reaksi likenoid terhadap alopurinol.



f0110 ■ Gambar 9.21

### Chronic Mucosal Drug Reaction

Zona erosi luas dengan atrofi sekitarnya dan strie retikuler pada mukosa bukal kanan, yang terbukti merupakan *lichenoid drug reaction* terhadap metformin. (Terima kasih kepada Dr Matthew Marshall.)



f0115 ■ Gambar 9.22

### Chronic Mucosal Drug Reaction

Striae pada vermillion bibir bawah dan atrofi eritematosa pada gingiva labial mandibula, yang terbukti merupakan *lichenoid drug reaction* terhadap pengobatan statin.



f0120 ■ Gambar 9.23

### Chronic Mucosal Drug Reaction

Pasien yang sama dalam Gambar 9.22 setelah penghentian konsumsi obat penyebab.



st0135 ■ **Stomatitis Kontak terkait Cinnamic Aldehyde**

st0140 **Gambar 9.24–9.27**

- p0400 *Cinnamic aldehyde* telah diketahui sebagai alergen paling umum ke-20 oleh *North American Contact Dermatitis Group*. Bentuk artificial kayu manis ini merupakan bahan penyedap makanan, permen, permen karet, tabir surya bibir, obat kumur, pasta gigi, dan benang gigi. Reaksi terhadap rempah alami jarang terjadi, tetapi pernah dilaporkan dalam literatur.
- p0405 Gambaran intraoral reaksi terkait kayu manis sangat bervariasi karena adanya variasi dalam penggunaan bahan tersebut. Mukosa dapat mengalami eritema, putih, menebal, vesikular, ulserasi, atau *sloughing*. Rasa terbakar atau pembengkakan mukosa kadang-kadang dapat terjadi. Jika lesi terisolasi pada suatu daerah mukosa mulut, maka penyebabnya sering berhubungan dengan jenis makanan seperti permen atau permen karet. Ketika perubahan mukosa lebih luas, sering disebabkan karena pasta gigi atau obat kumur.
- p0410 Salah satu pola klasik pada mukosa bukal yang terkait dengan penggunaan permen karet kayu manis, terdapat gambaran garis linier yang sesuai dengan bidang oklusal. Perbatasan lateral lidah yang berkontak dengan bidang oklusal, juga dapat terlibat. Seringkali, gambaran klinis menyerupai *morsicatio buccarum*, tetapi disertai rasa terbakar yang merupakan karakteristik penting untuk diagnosis yang tepat.
- p0415 Terapi yang tepat berupa penghentian segala produk kayu manis dan menghindari benda lain yang mungkin mengandung alergen. Penyembuhan lesi secara sempurna dapat cepat terjadi, tetapi mungkin juga dapat tertunda hingga 3 minggu. Pada kondisi yang jarang ini, kasus yang parah memerlukan terapi singkat kortikosteroid topikal.
- p0420 Pemeriksaan Klinis: Gambaran intraoral reaksi terkait kayu manis sangat bervariasi seperti eritema, putih, menebal, vesikular, ulserasi, atau *sloughing*. Rasa terbakar atau pembengkakan mukosa kadang-kadang dapat terjadi. Salah satu pola klasik pada mukosa bukal yang terkait dengan penggunaan permen karet kayu manis, terdapat gambaran garis linier yang sesuai dengan bidang oklusal yang juga dapat ditemukan pada lateral lidah. Seringkali, gambaran klinis menyerupai *morsicatio buccarum*, tetapi disertai rasa terbakar.
- p0425 Diagnosis Banding: Kandidiasis, *oral hairy leukoplakia*, liken planus oral.
- p0430 Rencana Perawatan: Penghentian segala produk kayu manis dan menghindari benda lain yang mungkin mengandung alergen. Penyembuhan lesi secara sempurna dapat cepat terjadi, tetapi mungkin juga dapat tertunda hingga 3 minggu. Pada kasus yang parah diperlukan terapi singkat kortikosteroid topikal.

f0125 ■ **Gambar 9.24**

**Stomatitis Kontak terkait Cinnamic Aldehyde**

Lesi putih linier dengan eritema disekitarnya pada pasien dengan keluhan utama terasa terbakar. Pasien mengunyah dua bungkus permen karet rasa kayu manis setiap hari, dan perbaikan lesi terjadi setelah menghentikan kebiasaan tersebut.



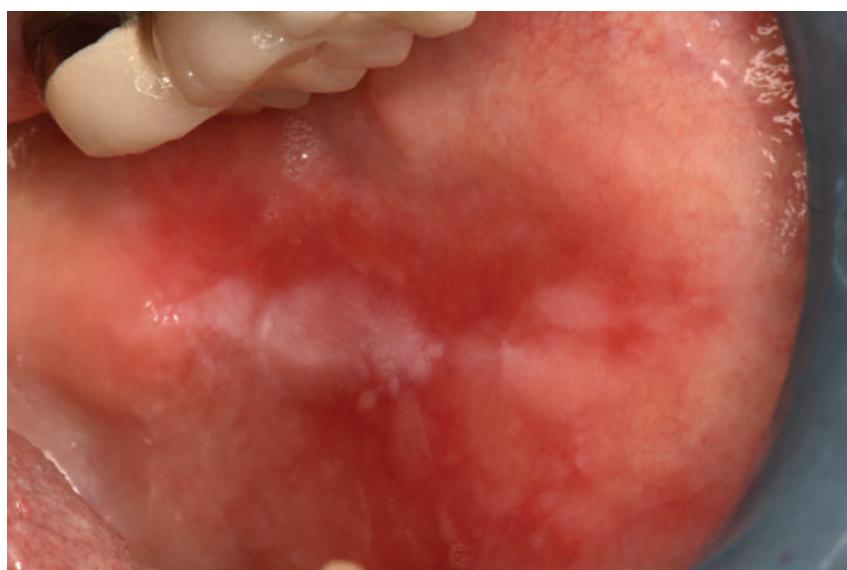
f0130 ■ Gambar 9.25  
Stomatitis Kontak terkait Cinnamic Aldehyde

Pasien yang sama dalam [Gambar 9.24](#) dengan perubahan warna putih pada lateral kanan lidah yang dikaitkan dengan rasa terbakar pada mukosa.



f0135 ■ Gambar 9.26  
Stomatitis Kontak terkait Cinnamic Aldehyde

Bercak putih linier disertai rasa terbakar dengan dikelilingi eritema pada mukosa bukal di sisi kiri.



f0140 ■ Gambar 9.27  
Stomatitis Kontak terkait Cinnamic Aldehyde

Pasien yang sama dalam [Gambar 9.26](#), menunjukkan penyembuhan lesi setelah penghentian permen karet rasa kayu manis.



## Daftar Pustaka

### st0150 Ulserasi Aftosa

- bib0010 Ranganath SP, Pai A. Is optimal management of recurrent aphthous stomatitis possible? A reality check. *J Clin Diagn Res.* 2016;10:ZE8–ZE13.
- bib0015 Scully C, Porter S. Oral mucosal disease: recurrent aphthous stomatitis. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2008;46:198–206.
- bib0020 Ship JA. Recurrent aphthous stomatitis: an update. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1996;81:141–147.
- bib0025 Tarakji B, Gazal G, Al-Maweri SA, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of recurrent aphthous stomatitis for dental practitioners. *J Int Oral Health.* 2015;7:74–80.
- bib0030 Vincent SD, Lilly GE. Clinical, historic, and therapeutic features of aphthous stomatitis: literature review and open clinical trial employing steroids. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1992;74:79–86.
- bib0035 Siegel MA, Sollecito TP, Stopler ET. Clinician's Guide of Treatment of Common Oral Conditions, 8<sup>th</sup> ed. USA. 2017:26–28.

st0175  
bib0125  
bib0130  
bib0135  
bib0140  
st0180  
bib0145  
bib0150  
bib0155  
bib0160  
bib0165  
bib0170  
st0185  
bib0175  
bib0180  
bib0185  
bib0190  
st0190  
bib0195  
bib0200  
bib0205  
bib0210  
bib0215  
st0195  
bib0220  
bib0225  
bib0230  
bib0235

### st0155 Sindroma Behçet

- bib0040 Alpsoy E. Behçet disease: a comprehensive review with a focus on epidemiology, etiology and clinical features, and management of mucocutaneous disease. *J Dermatol.* 2016;43:620–632.
- bib0045 Helm TN, Camisa C, Allen C, et al. Clinical features of Behçet's disease: report of four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1991;72:30–34.
- bib0050 Nair JR, Moots RJ. Behçet's disease. *Clin Med.* 2017;17:71–77.
- bib0055 Yazici Y, Yurdakul S, Yasici H. Behçet's syndrome. *Curr Rheumatol Rep.* 2010;12:429–435.

### st0160 Transient Lingual Papillitis

- bib0060 Brannon RB, Flaitz CM. Transient lingual papillitis: a papulokeratotic variant. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003;96:187–191.
- bib0065 Kalogirou E-M, Tosios KI, Nititakis NG, et al. Transient lingual papillitis: a retrospective study of 11 cases and review of the literature. *J Clin Exp Dent.* 2017;9:e157–e162.
- bib0070 Kornerup IM, Senye M, Peters E. Transient lingual papillitis. *Quintessence.* 2016;47:871–875.
- bib0075 Whitaker SB, Krupa JJ, Singh BB. Transient lingual papillitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1996;82:441–445.

### st0165 Stomatitis Kontak Alergi terhadap Pasta Gigi

- bib0080 Berton F, Stacchi C, Bussani R, et al. Toothpaste-induced oral mucosal desquamation. *Dermatitis.* 2017;28:162–163.
- bib0085 de Groot A. Contact allergy to (ingredients of) toothpaste. *Dermatitis.* 2017;28:95–114.
- bib0090 Macdonald JB, Tobin CA, Burkemper NM, et al. Oral leukoedema with mucosal desquamation caused by toothpaste containing sodium lauryl sulfate. *Cutis.* 2016;97:e4–e5.

### st0170 Stomatitis Kontak Alergi terhadap Pasta Gigi

- bib0095 Finne K, Göransson K, Winckler L. Oral lichen planus and contact allergy to mercury. *Int J Oral Surg.* 1982;11:236–239.
- bib0100 Henriksson E, Mattsson U, Håkansson J. Healing of lichenoid reactions following removal or amalgam. A clinical follow-up. *J Clin Periodontol.* 1995;22:287–294.
- bib0105 Luiz AC, Hirota SK, Dal Vechio A, et al. Diagnosing oral lichenoid contact reaction: clinical judgment versus skin-patch test. *Minerva Stomatol.* 2012;61:311–317.
- bib0110 Sharma R, Handa S, De D, et al. Role of dental restoration materials in oral mucosal lichenoid lesions. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2015;81:478–484.
- bib0115 Suter VGA, Warnakulasuriya S. The role of patch testing in the management of oral lichenoid lesions. *J Oral Pathol Med.* 2016;45:48–57.
- bib0120 Thornhill MH, Pemberton MN, Simmons RK, et al. Amalgam-contact hypersensitivity lesions and oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003;95:291–299.

### Sarkoidosis Oral

- Bouaziz A, Le Scanff J, Chapelon-Abric C, et al. Oral involvement in sarcoidosis: report of 12 cases. *Q J Med.* 2012;103:755–767.
- Kasamatsu A, Kanazawa H, Watanabe T, et al. Oral sarcoidosis: report of a case and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65:1256–1259.
- Poate TWJ, Sharma R, Moutasim KA, et al. Orofacial presentations of sarcoidosis – a case series and review of the literature. *Br Dent J.* 2008;205:437–442.
- Suresh L, Radfar L. Oral sarcoidosis: a review of the literature. *Oral Dis.* 2005;11:138–145.

### Granulomatosis Orofasisal

- Fedele S, Fung PPL, Bamashous N, et al. Long-term effectiveness of intralesional triamcinolone acetonide therapy in orofacial granulomatosis: an observational cohort study. *Brit J Dermatol.* 2014;170:794–801.
- Gale G, Sigurdsson GV, Östman S, et al. Does Crohn's disease with concomitant orofacial granulomatosis represent a distinctive disease subtype?. *Inflamm Bowel Dis.* 2016;22:1071–1077.
- Grave B, McCullough M, Wiesenfeld D. Orofacial granulomatosis – a 20-year review. *Oral Dis.* 2009;15:46–51.
- Miest R, Bruce A, Rogers RS. Orofacial granulomatosis. *Clin Dermatol.* 2016;34:505–513.
- Tilakaratne WM, Freysdottir J, Fortune F. Orofacial granulomatosis: review on aetiology and pathogenesis. *J Oral Pathol Med.* 2008;37:191–195.
- Wiesenfeld D, Ferguson M, Mitchell D, et al. Oro-facial granulomatosis – a clinical and pathologic analysis. *Q J Med.* 1985;54:101–113.

### Granulomatosis dengan Polyangiitis

- Allen CM, Camisa C, Salewski C, et al. Wegener's granulomatosis: report of three cases with oral lesions. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991;49:294–298.
- Knight JM, Hayduk MJ, Summerlin D-J. "Strawberry" gingival hyperplasia: a pathognomonic mucocutaneous finding in Wegener's granulomatosis. *Arch Dermatol.* 2000;136:171–173.
- Stewart C, Cohen D, Bhattacharyya I, et al. Oral manifestations of Wegener's granulomatosis: a report of three cases and a literature review. *J Am Dent Assoc.* 2007;138:338–348.
- Weed Jr LW, Coffey SA. Wegener's granulomatosis. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2008;20:643–649.

### Angioedema

- Bas M, Greve J, Stelter K, et al. A randomized trial of icatibant in ACE-inhibitor-induced angioedema. *N Engl J Med.* 2015;372:418–425.
- Greaves M, Lawlor F. Angioedema: manifestations and management. *J Am Acad Dermatol.* 1991;25:155–165.
- Megerian CA, Arnold JE, Berer M. Angioedema: 5 years' experience, with a review of the disorder's presentation and treatment. *Laryngoscope.* 1992;102:256–260.

- Pahs L, Droege C, Kneale H, et al. A novel approach to the treatment of orolingual angioedema after tissue plasminogen activator administration. *Ann Emerg Med.* 2016;68:345–348.

- Rees SR, Gibson J. Angioedema and swellings of the orofacial region. *Oral Dis.* 1997;3:39–42.

### Mucosal Drug Reactions, Kronik

- Femiano F, Lanza A, Buonaiuto C, et al. Oral manifestations of adverse drug reactions: guidelines. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008;22:681–691.
- Parks ET. Disorders affecting the oral cavity. Lesions associated with drug reactions. *Dermatol Clin.* 1996;14:327–337.
- Seymour RA, Rudralingham M. Oral and dental adverse drug reactions. *Periodontol.* 2008;46:9–26.
- Wright JM. Oral manifestations of drug reactions. *Dent Clin North Am.* 1984;28:529–543.

- st0200 **Stomatitis Kontak terhadap Cinnamic Aldehyde**
- bib0240 Allen CM, Blozis GG. Oral mucosal reactions to cinnamon-flavored chewing gum. *J Am Dent Assoc.* 1988;116:664–667.
- bib0245 Drake TE, Maibach HI. Allergic contact dermatitis and stomatitis caused by a cinnamic aldehyde-flavored toothpaste. *Arch Dermatol.* 1976;112:202–203.
- bib0250 Endo H, Rees TD. Clinical features of cinnamon-induced contact stomatitis. *Compend Contin Educ Dent.* 2006;27:403–409.
- Isaac-Renton M, Li MK, Parsons LM. Cinnamon spice and everything not nice: many features of intraoral allergy to cinnamic aldehyde. *Dermatitis.* 2015;26:116–121.
- Miller RL, Gould AR, Bernstein ML. Cinnamon-induced stomatitis venenataL clinical and characteristic histopathologic features. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1992;73:708–716.

bib0255

bib0260

