

**Pembesaran Kelenjar Parotis Yang Tidak Spesifik
(Laporan Kasus)**

**Unspecified Parotid Gland Swelling
(Case Report)**

Sarah Mersil, Nabila Dhia

Departemen Ilmu Penyakit Mulut, Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Prof. Dr. Moestopo
(Beragama)

Correspondence email to: sarah.m@dsn.moestopo.ac.id

ABSTRAK

Pembesaran kelenjar parotis dapat disebabkan oleh beberapa faktor seperti hipertrofi masseter, sialadenosis, penyakit autoimun, penyakit bawaan, infeksi bakteri/virus, penyakit granulomatosa, penyakit neoplastik, trauma langsung, penggunaan obat-obatan. Seorang pasien perempuan berusia 48 tahun datang ke klinik RSGM Moestopo dengan keluhan bengkak pada pipi kiri dan kanan sejak 1 bulan yang lalu. Riwayat terdapat gejala demam ringan sebelum terjadi pembengkakan dan bengkak hilang timbul. Pasien sudah menopause dan memiliki riwayat penyakit DM sejak 1 tahun yang lalu dan rutin minum obat glimepiride dan neurodex. Pemeriksaan ekstraoral terdapat pembengkakan dengan batas difus pada kelenjar parotis disebelah depan bawah telinga kanan dan kiri, tampak cuping telinga kanan dan kiri terangkat. Pada awal kunjungan pembengkakan kelenjar parotis dicurigai mengarah Mumps dengan salah satu diagnosis banding adalah *Sjörger's syndrome*. Setelah dilakukan observasi, terdapat keluhan mata dan mulut kering yang dicurigai mengarah *Sjörger's syndrome* dan dirujuk ke dokter spesialis alergi imunologi serta diberikan terapi simptomatik dan terapi suportif. Pada kasus ini dokter gigi berperan untuk mengobati keluhan mulut kering dengan pemberian *mouth lubricant* serta perlu adanya kerjasama dengan dokter spesialis untuk mendapatkan diagnosis definitif.

Kata kunci: Kelenjar Parotis, Mumps, Diabetes Melitus, Menopause, *Sjörger's Syndrome*

ABSTRACT

Parotid gland enlargement can be caused by several factors such as masseter hypertrophy, sialadenosis, autoimmune diseases, congenital diseases, bacterial/viral infections, granulomatous diseases, neoplastic diseases, direct trauma, and drug use. A 48-year-old woman came to the RSGM FKG UPDM (B) with a chief complaint of swelling on the left and right cheeks since 1 month ago. There were symptoms of mild fever before swelling and loss of swelling. She has been menopausal and has a history of DM since 1 year ago and routinely take glimepiride and neurodex drugs. Extraoral examination, there was swollen with a diffuse limit on the parotid gland next to the lower right and left ear, the right and left ear lobes were raised. At the initial visit, parotid gland swelling is suspected of causing mumps with a differential diagnosis of *sjörger's syndrome*. After observation, there were complaints of dry eyes and mouth that were suspected of leading to *sjörger's syndrome* and were referred to immunology allergists and given mouth lubricant therapy. In this case the dentist has the role to treat dry mouth complaints by giving mouth lubricant and need for cooperation with other disciplines to get a definitive diagnosis.

Keywords: Parotid Gland, Mumps, Diabetes Mellitus, Menopause, *Sjörger's Syndrome*

PENDAHULUAN

Saliva merupakan cairan sekresi eksokrin di dalam mulut yang diproduksi oleh kelenjar saliva mayor, yaitu kelenjar parotis, submandibular dan sublingual, serta kelenjar saliva minor yang tersebar di epitelium oral serta pada mukosa bibir, lidah, rongga mulut, dan faring. Kelenjar parotis merupakan kelenjar terbesar, letak kelenjar ini adalah di ruang antara batas posterior ramus mandibular dan prosesus mastoideus tulang temporal. Duktus *Stensen* merupakan duktus mayor dari kelenjar parotis dan mempunyai diameter kira-kira 1-3 mm dan panjang 6 cm, yang bermuara ke dalam vestibulum rongga mulut berhadapan dengan gigi molar kedua atas. Kelenjar ini menghasilkan suatu sekret yang kaya air (sel serous) dan bersifat basofilik. Kelenjar mandibularis merupakan kelenjar saliva terbesar kedua yang terletak di segitiga mandibula yang terdiri dari bagian anterior dan posterior *M. Digastricus* dan tepi inferior mandibula. Duktus *Wharton* ialah duktus utama untuk kelenjar submandibula. Sekresi kelenjar ini bersifat campuran atau *seromucous* yang terdiri dari 10% sel *mucous* dan 90% sel *serous*. Kelenjar sublingual merupakan kelenjar terkecil yang terletak di dalam dasar mulut diantara mandibula dan *M. Genioglossus*. Kelenjar sublingual tidak memiliki kapsul fasial yang jelas dan duktus yang dominan, namun terdapat beberapa duktus kecil yang disebut duktus *Rivinus*. Kadang-kadang duktus ini menyatu lalu membentuk duktus utama, yaitu duktus *Bhartolin*. kelenjar sublingual menghasilkan sekret yang mukous dan konsistensinya kental^{1,2}

Kelenjar saliva tidak terlepas dari penyakit atau kelainan yang mengenai kelenjar saliva. Salah satunya adalah pembesaran kelenjar parotis yang dapat disebabkan oleh banyak faktor, seperti hipertrofi maseter karena *clenching*, *bruxism* atau mengunyah permen karet secara konstan atau terus menerus, sialadenosis (alkoholisme, gangguan endokrin, gangguan makan); infeksi bakteri atau virus (parotitis supuratif akut, parotitis epidemi, HIV), penyakit autoimun (*sjörge's syndrome*), penyakit granulomatosa seperti Wegener granulomatosis atau sarkoidosis, penyakit bawaan (penyakit parotis polistik),

penyakit yang diinduksi (pneumoparotid, anestesi atau sialadenitis yodium radioaktif), penyakit neoplastik (tumor Warthin), trauma langsung dan sialolithiasis³. Terdapat banyak kemungkinan penyebab dari penyakit atau gangguan kelenjar saliva, terutama penyebab pembengkakan kelenjar parotis, sehingga perlu pemeriksaan yang teliti untuk mendapatkan diagnosis yang tepat⁴.

Pada kasus ini, pembesaran kelenjar parotis yang terjadi berkaitan dengan gejala yang ditemukan menyerupai infeksi virus mumps, *sjörge's syndrome*, diabetes melitus, efek konsumsi obat glimepiride.

TINJAUAN PUSTAKA

Mumps

Mumps atau *epidemic parotitis* merupakan penyakit yang sering terjadi pada kelenjar saliva oleh karena infeksi virus⁵. Penyakit ini bersifat *self-limiting* yang menimbulkan pembengkakan dan rasa sakit pada kelenjar parotis, kelenjar submandibula dan kadang-kadang kelenjar saliva lainnya. Pada kelenjar parotis dapat menimbulkan pembengkakan baik unilateral atau bilateral^{5,6}. Penyebab mumps adalah virus jenis *Ribonucleic Acid* (RNA) *Paramyxovirus* yang menular melalui kontak langsung dengan saliva dan *airborne droplet*. Virus ini paling sering menimbulkan infeksi pada kelenjar saliva⁷.

Mumps dapat terjadi pada semua usia namun biasanya mumps terjadi pada anak usia 5-15 tahun dan jarang terjadi pada dewasa. Masa inkubasi penyakit ini 14-21 hari dan virus ini sangat infeksius dua sampai lima hari sebelum timbulnya parotitis^{6,8}:

Gambaran klinis dari mumps yaitu, terdapat pembengkakan pada kelenjar saliva disertai rasa sakit (parotitis), pembengkakan kelenjar parotis umumnya bilateral namun pada awal terjadi mumps pembengkakan yang terjadi unilateral. Pada sekitar 10% kasus, terjadi pembengkakan pada kelenjar submandibula. Umumnya pembengkakan terjadi sekitar 7 hari dan secara bertahap akan mereda. Selain pembengkakan kelenjar saliva, penderita juga mengalami demam, lesu, sakit kepala, terkadang terjadi trismus⁹.

Komplikasi yang dapat terjadi pada penyakit mumps adalah *meningitis* ringan dan *ensephalitis*, tuli, *miocarditis*, *thyroiditis*,

pancreatitis, *oophoritis* jarang terjadi. Pada laki-laki dapat terjadi *epididimitis* dan *orchitis* yang mengakibatkan atrofi testis dan infertilitas jika penyakit ini terjadi pada masa remaja atau dewasa. Komplikasi lainnya dapat melibatkan komplikasi hati dan ginjal^{7,10}.

Dalam menegakan diagnosis mumps dapat dilakukan dengan anamnesa dan pemeriksaan klinis. Pada orang dewasa, penegakan diagnosis mumps lebih sulit dibandingkan pada anak. Pemeriksaan penunjang dapat dilakukan dengan melakukan tes serologi dan saliva⁷. Diagnosis banding dari mumps antara lain, parotitis supuratif, sialosis/sialadenitis, angioedema, *sjörgen's syndrome*, *mikulicz syndrome*, *sarcoidosis*, infeksi HIV, neoplasma kelenjar saliva dan inflamasi limfonodi⁶.

Penatalaksanaan mumps berupa terapi simptomatik. Dapat diberikan analgesik, serta pemberian kortikosteroid pada kasus berat. Memperbanyak minum air putih serta diet lunak dan *bed rest*^{6,11}.

Diabetes Melitus

Diabetes mellitus (DM) adalah penyakit metabolik heterogen secara klinis dan genetik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) yang abnormal dan disregulasi metabolisme karbohidrat, protein, dan lipid. Hal ini disebabkan karena kurangnya sekresi insulin dari sel β di Langerhans pankreas atau resistensi insulin terutama di jaringan perifer⁷. Insulin adalah stabilisator utama kadar karbohidrat dalam darah dengan memengaruhi metabolisme karbohidrat dan metabolisme lain yang berhubungan dengan metabolisme karbohidrat. Efek hiperglikemik pada diabetes mellitus menyebabkan kerusakan oksidatif yang menyebabkan kerusakan sel yang mengganggu struktur sistem, organ atau jaringan, komplikasi dapat terjadi pada sistem dan organ kardiovaskular dan saraf seperti jantung, ginjal, mata, dan kelenjar ludah^{7,12}.

American Diabetes Association (ADA) mengkalsifikasikan diabetes melitus berdasarkan patogenesis sindrom diabetes melitus dan gangguan toleransi glukosa. Diabetes melitus diklasifikasikan menjadi 4, yaitu diabetes melitus tipe 1, tipe 2, diabetes gestasional dan diabetes melitus tipe khusus. Sembilan puluh persen dari kasus diabetes

adalah DM tipe 2 dengan karakteristik gangguan sensitivitas insulin dan/atau gangguan sekresi insulin. DM tipe 2 secara klinis muncul ketika tubuh tidak mampu lagi memproduksi cukup insulin untuk mengkompensasi peningkatan insulin resisten. DM tipe 2 biasanya terjadi pada individu usia lanjut dengan berat badan berlebih^{13,14}.

Diagnosis DM atas dasar pemeriksaan glukosa darah. Pemeriksaan glukosa darah yang dianjurkan adalah pemeriksaan glukosa darah secara enzimatik dengan bahan plasma darah vena. Kecurigaan adanya DM tipe 2 perlu dipikirkan bila terdapat gejala klasik berupa poliuri, polidipsi, polifagi, dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya. Keluhan lain dapat berupa lemah badan, kesemutan, gatal, mata kabur, disfungsi ereksi pada pria, serta pruritus vulvae pada wanita. Diagnosis DM dapat ditegakkan melalui pemeriksaan darah vena dengan sistem enzimatik dengan hasil: (1) Gejala klasik + GDP ≥ 126 mg/dl, (2) Gejala klasik + GDS ≥ 200 mg/dl, (3) Gejala klasik + GD 2 jam setelah TTGO ≥ 200 mg/dl, (4) Tanpa gejala klasik + 2x Pemeriksaan GDP ≥ 126 mg/dl, (5) Tanpa gejala klasik + 2x Pemeriksaan GDS ≥ 200 mg/dl, (6) Tanpa gejala klasik + 2x Pemeriksaan GD 2 jam setelah TTGO ≥ 200 mg/dl, (7) HbA1c $\geq 6.5\%$ ¹⁴.

Manifestasi oral pada pasien dengan DM banyak terkait dengan tingkat kontrol glikemik. Terdapat sejumlah manifestasi oral, seperti kondisi mukosa termasuk disestesia oral, termasuk *burning mouth syndrome*, penyembuhan luka yang lama, peningkatan insiden infeksi kandida (khususnya kandidiasis pseudomembranosa akut pada lidah, mukosa bukal dan gingiva). Xerostomia dan pembesaran kelenjar saliva bilateral atau sialadenitis (terutama pada kelenjar parotis) dapat terjadi dan keduanya sering terkait dengan kontrol glikemik yang buruk. Penggunaan obat oleh pasien DM terkait atau tidak terkait kondisi sistemik dapat menyebabkan hipofungsi saliva. Xerostomia pada penderita DM biasanya disebabkan oleh karena penggunaan obat-obatan untuk DM dibandingkan dengan kondisi DM itu sendiri. Permukaan mukosa kering yang disebabkan oleh berkurangnya aliran saliva menyebabkan mukosa mudah teriritasi, sehingga dapat

terjadi ulserasi mukosa ringan, sensasi terbakar mulut, dan peningkatan pertumbuhan berlebih dari jamur. Neuropati sistem otonom juga dapat menyebabkan perubahan sekresi saliva karena aliran saliva dikendalikan oleh jalur simpatis dan parasimpatis. Peningkatan insiden dan keparahan karies pada penderita DM berkaitan dengan xerostomia, karena menyebabkan peningkatan kadar glukosa pada cairan krevikular gingiva dan peningkatan akumulasi dental plak. Selain itu xerostomia juga dapat menyebabkan peningkatan prevalensi dan keparahan dari gingivitis dan preiodontitis⁷.

Sjörger's Syndrome

Sjörger's syndrome atau *autoimmune exocrinopathy* adalah penyakit autoimun sistemik yang terutama mengenai kelenjar eksokrin dengan gejala kering pada mata (Keratoconjunctivitis Sicca) dan kering pada mulut (Xerostomia) oleh karena kerusakan kelenjar lakrimal dan kelenjar saliva, serta sering kali menyebabkan gejala kering pada hidung, tenggorokan dan vagina^{5,7,15}.

Sjörger's syndrome lebih sering terjadi pada wanita pra- atau postmenopause, usia 40-50 tahun (rasio pria:wanita 9:1). *Sjörger's syndrome* diklasifikasikan menjadi dua, yaitu primer dan sekunder. *Sjörger's syndrome* primer mengenai kelenjar saliva dan lakrimal tanpa disertai penyakit autoimun sistemik lain, sedangkan *sjörger's syndrome* sekunder disertai dengan penyakit autoimun lainnya seperti *rheumatoid arthritis*, *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE), *scleroderma*, *polymyositis*, *Hashimoto thyroiditis*, *primary biliary cirrhosis*, *vasculitis*, *cryoglobulinemia*^{6,7}.

Gejala klinis awal dari *sjörger's syndrome* tidak spesifik, seperti sakit kepala, nyeri sendi serta fenomena Raynaud, hal ini berlangsung 8-10 tahun dari gejala awal sampai timbulnya penyakit⁹. Gambaran utama *sjörger's syndrome* dapat dilihat melalui tanda dan gejala pada rongga mulut, mata, kulit. Gejala pada rongga mulut yaitu, xerostomia, pembengkakan rekuren pada kelenjar parotis, karies gigi, candidiasis, bau mulut. Gejala dan tanda pada mata yaitu, adanya sensasi benda asing/pasir pada mata, kesulitan mengeluarkan air mata, intoleran terhadap cahaya keratoconjunctivitis sicca; dalam kasus yang

parah dapat menyebabkan kebutaan. Gejala dan tanda pada kulit yaitu, kulit kering, purpura, fenomena Raynaud^{6,9}.

Penegakan diagnosis *sjörger's syndrome* terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan. Berdasarkan kriteria diagnosa amerika-eropa, *sjörger's syndrome* dapat

ditegakan bila terdapat 4 dari 6 kriteria (terutama bila histopatologi dan serologi positif) atau bila terdapat gejala pada mata atau rongga mulut ditambah 2 dari 4 kriteria⁹.

Tabel 1. Kriteria diagnosa amerika-eropa untuk *sjörger's syndrome* (Scully)

I. Gejala pada mata <i>(minimal terdapat 1 dari 3 gejala)</i> ▪ Mata kering terus menerus selama >3 bulan ▪ Sensasi pasir atau batu kerikil yang rekuren ▪ Perlu menggunakan obat tetes mata >3 kali sehari
II. Gejala pada rongga mulut <i>(minimal terdapat 1 dari 3 gejala)</i> ▪ Setiap hari mulut terasa kering > 3 bulan ▪ Pembengkakan kelenjar saliva rekuren atau menetap pada orang dewasa ▪ Sering minum untuk membantu menelan makan yang kering
III. Tanda pada mata ▪ <i>Schirmer</i> <5 mm dalam 5 menit ▪ <i>Rose-bengal score</i> >4 pada penilaian van Bijsterveld
IV. Histopatologi ▪ Fokus score >1 pada LSG
V. Keterlibatan kelenjar saliva ▪ <i>Unstimulated whole salivary flow</i> <1,5 mL dalam 15 menit ▪ Sialography: <i>diffuse sialectasis</i> ▪ Scintigraphy: pengurangan konsentrasi/penyerapan/ekskresi
VI. Serum autoantibody ▪ SS-A (Ro) ▪ SS-B (La)

Penatalaksanaan *sjörger's syndrome* berupa terapi simptomatik dan terapi suportif⁹. Seperti penggunaan saliva buatan,

yaitu pilocarpine untuk menstimulasi sekresi saliva sehingga mencegah kekeringan, penggunaan air mata buatan *methyl cellulose solution* untuk mengurangi kering pada mata. Selain itu pemberian topikal fluoride untuk mencegah terjadinya karies gigi dan penggunaan chlohexidine 0,2% untuk mengurangi pembentukan plak *Candida albicans* dapat diberikan nystatin atau amphotericin secara topikal⁵.

Menopause

Menopause adalah bagian dari periode transisi perubahan masa produktif ke masa tidak produktif, yaitu merupakan fase terakhir dimana perdarahan haid seseorang berhenti sama sekali^{16,17}. Hal ini terjadi karena penurunan hormon estrogen sehingga terjadi perubahan sistem hormonal yang mempengaruhi vasomotor, psikososial, fisik dan seksual¹⁸. Wanita dikatakan menopause bila sudah tidak mendapatkan menstruasi selama 12 bulan secara berurutan atau tidak dan disertai dengan tanda gejala¹⁹. Proses menopause ini dimulai dari fase pramenopause (usia 40-48 tahun), menopause (usia 49-51 tahun), pascamenopause (usia 52-55 tahun)²⁰.

Menopause sebagai dari proses alamiah kehidupan seorang perempuan selain gangguan siklus haid terdapat gejala dan tanda dari menopause. Perubahan fisik yang terasa dan menimbulkan rasa tidak nyaman adalah adanya semburan panas (*hot flushes*) dari dada keatas yang sering disusul dengan keringat banyak. Semburan panas ini bisa berlangsung selama beberapa detik sampai 1 jam. ini merupakan gejala yang paling sering dijumpai. Perubahan dan keluhan lain yang dirasakan lagi seperti berdebar (palpitasi), vertigo, migraine, nafsu seks (libido) menurun, gelisah, lekas marah, depresi, susah tidur (insomnia), rasa kekurangan, rasa kesunyian, ketakutan keganasan, tidak sabar lagi, rasa lelah (*fatigue*), keropos tulang, nyeri tulang belakang, gangguan sirkulasi darah (miokard infark), hipertensi, kenaikan kadar kolestrol darah sehingga terjadi pengerasan pembuluh darah (arteriosclerosis terutama sclerosis koroner), juga berat badan sedikit meningkat karena terjadi adipositas (penimbunan lemak) dan penyebaran lemak terutama ditemukan di tungkai atas, pinggul, perut bagian bawah dan lengan atas. Juga dikatakan pada masa

postmenopause ada gangguan pada daerah otak seperti *Alzheimer's disease*²⁰.

Manifestasi oral pada wanita dengan menopause terjadi akibat terjadi kemunduran baik pada jaringan keras maupun jaringan lunak. Manifestasi dalam rongga mulut diantaranya adalah ketidaknyamanan pada rongga mulut, penurunan sekresi saliva periodontitis, *burning mouth syndrom*, *xerostomia* (mulut kering) dan penipisan mukosa rongga mulut. *Xerostomia* pada wanita dengan menopause disebabkan oleh adanya atrofi kelenjar dan degenerasi dari epitel kelenjar saliva, menyebabkan terjadinya perubahan struktur dan fungsi kelenjar saliva, sehingga dapat menyebabkan berkurangnya flow saliva. Pada jaringan periodontal, menurunnya kadar estrogen pada wanita usia lanjut dihubungkan dengan gingivitis, peningkatan kehilangan tulang alveolar, kehilangan perlekatan jaringan periodontal, peningkatan keparahan penyakit periodontal dan kehilangan gigi^{16,21}.

Laporan Kasus

Pasien perempuan berusia 48 tahun datang ke klinik RSGM Moestopo dengan keluhan bengkak pada pipi kiri dan kanan sejak 1 bulan yang lalu. Sebelum ada pembengkakan terdapat gejala demam ringan atau tidak enak badan. Awalnya bengkak pada sisi sebelah kanan, beberapa hari kemudian bengkak pada sisi sebelah kiri. Pasien sudah ke dokter penyakit dalam dan diberi obat antibiotik, antivirus, analgesik dan setelah minum obat bengkak mengecil, namun bengkak timbul hilang. Pasien belum pernah mengalami hal ini sebelumnya. Pada saat makan/mengunyah tidak terasa sakit, namun pada saat menelan makanan pasien merasa tidak nyaman seperti ada yang mengganjal dan ada rasa sakit sampai ke telinga serta rasa kering pada mulut. Pasien mengeluh sakit pada saat dilakukan perabaan pada sisi sebelah kanan. Akhir-akhir ini pasien merasa sulit tidur sehingga kurang istirahat. Keluarga dan lingkungan sekitar pasien tidak ada yang mengalami hal serupa. Pasien memiliki riwayat diabetes melitus sejak 1 tahun yang lalu, pasien rutin minum obat (Glimepiride dan Neurodex) dan cek gula darah setiap satu bulan sekali. Selain itu pasien juga mengalami menopause.

Pada pemeriksaan ekstraoral, wajah pasien asimetris menunjukkan terdapat pembengkakan dengan batas difuse pada kelenjar parotis disebelah depan bawah telinga kanan dan kiri. Pada palpasi kelenjar limfe dan parotis sebelah kanan konsistensi lunak dan sakit, sedangkan sebelah kiri konsistensi lunak namun tidak sakit. Tampak cuping telinga kanan dan kiri terangkat.

Pada pemeriksaan intra oral, diketahui kebesihan mulut pasien baik. Ditemukan adanya tonjolan keras berbatas tegas pada gingiva bagian lingual bawah kiri dengan ukuran ± 2 cm dan pada gingiva bagian lingual bawah kanan berukuran ± 3 cm. Pada palatum ditemukan juga tonjolan keras berbatas tegas dengan ukuran ± 3 cm. Terdapat karies pada gigi 15, 23, 44, 45, 46.

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan klinis yang dilakukan, diagnosis kerja pada pasien ini adalah suspek mumps.

Pada kunjungan pertama, perawatan yang diberikan pada pasien yaitu komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) disertai perawatan suportif. Pasien diberikan penjelasan pada bahwa penyakit tersebut adalah mumps (gondongan) yang disebabkan oleh infeksi virus (*paramyxovirus*). Hal ini dapat terjadi karena daya tahan tubuh pasien sedang menurun. Pasien perlu istirahat yang cukup serta makan makanan bergizi dan memperbanyak minum air putih. Kemudian pasien diberikan terapi natrium diklofenak 50 mg 3 $\times$ 1 dan isoprinosine 1 $\times$ 1. Pasien diinstruksikan untuk kontrol kembali 1 minggu kemudian. Namun pasien tidak melakukan kontrol.



Gambar 1. Foto ekstra oral tampak depan, terlihat wajah asimetris



Gambar 2. Foto ekstra oral tampak dari samping kanan dan kiri, terdapat pembengkakan dengan batas difuse dan warna normal



Gambar 3. Foto intra oral, tampak torus mandibularis pada kedua sisi, tambalan dan gigi berlubang pada regio posterior sebelah kanan serta missing regio posterior sebelah kiri



Gambar 4. Foto intra oral, tampak torus palatinus pada tengah palatum

Kunjungan kedua (2 bulan setelah kunjungan awal), pasien datang dengan anamnesis pembengkakan kembali muncul satu minggu yang lalu. Berdasarkan informasi pasien, pembengkakan sempat hilang $\pm 1,5$ bulan yang lalu. Obat sudah diminum dengan teratur. Pasien sempat melakukan pemeriksaan MRI pada daerah pembengkakan yaitu jaringan sekitar leher sekitar 1 bulan yang lalu dan hasil MRI menyatakan bahwa jaringan normal yang berarti tidak ada tanda-tanda keganasan.

Pemeriksaan ekstra oral menunjukkan pembengkakan pada kelenjar parotis kanan dan kiri dengan batas difus. Palpasi terasa sakit pada sisi sebelah kanan, konsistensi lunak dan warna normal. Keadaan umum pasien baik, tidak tampak lemah dan demam. Pemeriksaan intra oral tidak menunjukkan adanya kelainan.

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan klinis yang dilakukan, diagnosis kerja pada pasien tetap sama yaitu suspek mumps. Perawatan yang diberikan pada pasien adalah KIE (komunikasi, informasi, edukasi) kembali serta melanjutkan terapi berupa imboost 1×1. Pasien diinstruksikan untuk kontrol kembali 1 minggu kemudian.



Gambar 5. Foto ekstra oral tampak depan, wajah terlihat asimetris



Gambar 6. Foto ekstra oral tampak dari samping kanan dan kiri, terdapat pembengkakan dengan batas difuse dan warna normal

Kunjungan ketiga, seminggu kemudian, pada kontrol kedua pasien datang dengan anamnesis masih terdapat pembengkakan serta terdapat rasa sakit sampai ke telinga dan kepala. Pasien mengeluh mulut dan mata terasa kering, dan mata seperti ada pasir. Keluhan mulut kering sudah dirasakan sejak 4 bulan yang lalu, pasien mengaku bahwa pasien malas untuk minum air putih, sedangkan keluhan mata kering baru dirasakan sekitar 2 minggu yang lalu.

Pada pemeriksaan ekstra oral tampak terdapat keratinisasi pada mata kanan dan kiri pasien. Masih terdapat pembengkakan pada kelenjar parotis kanan dan kiri dengan batas difuse. Palpasi terasa sakit pada sisi sebelah kanan, konsistensi lunak dan warna normal. Pemeriksaan intra oral tidak menunjukkan adanya kelainan.

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan klinis, diagnosis kerja pada pasien ini adalah suspek *sjörgen's syndrome*. Perawatan yang dilakukan adalah KIE (komunikasi, informasi, edukasi) menjelaskan bahwa dari keluhan yang terjadi dicurigai merupakan *sjörgen's syndrome*. *Sjörgen's syndrome* merupakan penyakit autoimun yang sering terjadi pada wanita pra- atau postmenopause, usia 40 - 50 tahun. Pasien akan diberikan surat rujukan ke dokter mata untuk melakukan pemeriksaan lebih lanjut serta mengobati keluhan mata kering serta ke spesialis alergi imunologi. Melanjutkan imboost yang masih ada, memperbanyak minum air putih untuk mengurangi gejala mulut kering, serta memberikan rujukan ke dokter mata untuk pemeriksaan lebih lanjut.



Gambar 7. Foto ekstra oral tampak depan wajah pasien, masih terlihat asimetris



Gambar 8. Foto ekstra oral tampak dari sampig kanan dan kiri, masih terdapat pembengkakan dengan batas difuse dan warna normal



Gambar 9. Foto pada mata kanan dan kiri tampak terdapat keratinisasi pada konjungtiva

Kunjungan keempat, pada kontrol ketiga pasien datang dengan anamnesis masih terdapat keluhan mata kering dan mulut kering. Mulut terasa panas seperti terbakar, namun bila menelan makanan tidak perlu dibantu dengan air. Setiap pagi warna saliva pasien seperti kecokelatan. Pasien sudah menambah asupan air mineral sehari 3 botol (600 ml) yang berarti asupan air mineral pasien 1800ml/hari. Pasien belum melakukan rujukan ke dokter mata untuk keluhan mata kering serta ke dokter spesialis alergi imunologi. Pasien hanya melakukan terapi untuk penegangan otot leher.

Pemeriksaan ekstra oral pembengkakan di leher sudah mengecil. Pemeriksaan laju alir saliva tanpa distimulasi menunjukkan angka 0,05 ml/menit yang berarti hiposalivasi. Pemeriksaan intra oral tidak menunjukan adanya kelainan.

Perawatan yang dilakukan adalah KIE (Komunikasi, Informasi, Edukasi), yaitu untuk memperbanyak asupan air mineral dan pemberian terapi *mouth lubricant* untuk mengurangi keluhan mulut kering.



Gambar 10. Foto ekstra oral tampak depan wajah pasien, masih terlihat asimetris namun pembengkakan sudah mengecil.



Gambar 11. Foto ekstra oral tampak dari sampig kanan dan kiri, tampak pembengkakan sudah mengecil



Gambar 12. Foto pemeriksaan laju alir saliva tanpa distimulasi dan hasil pemeriksaan pada tabung tampak saliva sedikit berbuih

PEMBAHASAN

Pada kasus ini, saat awal kunjungan dicurigai pasien menderita mumps karena berdasarkan anamnesis terdapat pembengkakan yang terjadi sejak satu bulan yang lalu disertai demam ringan, serta pada pemeriksaan klinis terdapat pembengkakan dengan batas difuse pada kelenjar parotis disebelah depan bawah telinga kanan dan kiri serta tampak cuping telinga kanan dan kiri terangkat. Hal ini merupakan gambaran klinis khas dari mumps^{5,6}. Kasus ini terjadi pada pasien perempuan berusia 47 tahun, dimana pada umumnya mumps lebih sering terjadi pada anak usia 5-15 tahun dan jarang terjadi pada orang dewasa⁶.

Pembengkakan yang terjadi pada kasus ini terjadi lebih dari masa inkubasi mumps pada umumnya, yaitu 14-21 hari. Keadaan ini dapat disebabkan oleh kondisi sistemik pasien yang memperberat keluhan. Berdasarkan anamnesis pasien menderita diabetes melitus (DM) tipe 2 sejak 1 tahun yang lalu, dimana pada kondisi kontrol glikemik yang buruk dapat menyebabkan pembengkakan pada kelenjar saliva, terutama kelenjar parotis⁷. Berdasarkan hasil pemeriksaan gula darah terakhir didapatkan GDP 115 mg/dL dan GD 2 jam PP 215 mg/dL, yang menunjukan adanya

peningkatan kadar gula darah lebih dari normal.

Selain karena kondisi sistemik yaitu DM tipe 2, pembengkakan kelenjar parotis dapat disebabkan karena penggunaan obat, salah satunya adalah sulfonamide²². Berdasarkan anamnesis, pasien rutin mengkonsumsi obat berupa glimepiride dan neurodex. Glimepiride adalah sulfonilurea generasi ketiga yang digunakan sebagai agen anti hiperglikemik untuk terapi oral diabetes mellitus tipe 2, yang mana di dalam obat golongan sulfonilurea terkandung sulfonamide^{23,24}.

Perawatan yang diberikan pada pasien ini berupa terapi simptomatik yaitu natrium diklofenak 50 mg untuk keluhan bengkak, serta terapi suportif yaitu isoprinosine untuk meningkatkan daya tahan tubuh. Namun pada kasus ini pasien tidak mendapatkan isoprinosine sehingga diganti dengan imboost yang fungsinya serupa, yaitu untuk meningkatkan daya tahan tubuh.

Pasien diinstruksikan untuk kontrol kembali 1 minggu setelah kunjungan awal. Pada kontrol pertama pasien 2 bulan setelah kunjungan pertama. Berdasarkan hasil pemeriksaan klinis masih tampak pembengkakan pada leher. Berdasarkan anamnesis, pembengkakan sempat hilang 1 bulan yang lalu atau 2 minggu setelah kunjungan pertama, namun pembengkakan muncul kembali 1 bulan setelahnya tanpa disertai demam ataupun gejala prodromal lainnya. Hal ini dapat disebabkan karena karena kontrol glikemik yang buruk atau dapat dikatakan pada saat kadar gula darah pasien meningkat yang menyebabkan terjadinya pembengkakan pada kelenjar parotis⁷. Namun pada saat kontrol pertama tidak melakukan pemeriksaan kadar gula darah sehingga tidak dapat dipastikan penyebab pembengkakan karena kontrol glikemik yang buruk atau penyebab lainnya. Pasien melakukan pemeriksaan penunjang, yaitu MRI, namun hasil pemeriksaan tersebut tidak menunjukkan adanya kelainan (semua jaringan dalam keadaan normal termasuk kelenjar parotis). Hal ini disebabkan karena pasien melakukan MRI pada awal bulan januari dimana berdasarkan anamnesis pada awal bulan januari pembengkakan hilang sehingga pemeriksaan MRI menunjukkan hasil normal. Perawatan yang diberikan pada pasien ini yaitu

meneruskan terapi suportif berupa imboost untuk meningkatkan daya tahan tubuh.

Pasien diinstruksikan untuk kontrol kembali 1 minggu setelah kontrol pertama dan pasien datang 1 minggu setelahnya. Berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan klinis masih tampak pembengkakan pada leher disertai rasa sakit pada telinga hingga kepala. Pasien juga mengeluhkan mata dan mulut terasa kering, serta mata terasa seperti berpasir. Dengan kondisi tersebut pasien dicurigai terdapat *sjörgen's syndrome*, karena *sjörgen's syndrome* biasanya terjadi pada pada wanita pra- atau postmenopause, usia 40-50 tahun dimana gambaran utama *sjörgen's syndrome* dapat dilihat melalui tanda dan gejala pada rongga mulut, mata, kulit. Gejala pada rongga mulut yaitu, xerostomia, pembengkakan rekuren pada kelenjar parotis, karies gigi, candidiasis, bau mulut. Gejala dan tanda pada mata yaitu, adanya sensasi benda asing/pasir pada mata, kesulitan mengeluarkan air mata, intoleran terhadap cahaya *keratoconjunctivitis sicca*; dalam kasus yang parah dapat menyebabkan kebutaan. Gejala dan tanda pada kulit yaitu, kulit kering, purpura, fenomena Raynaud. Namun perlu pemeriksaan lebih lanjut untuk menegakan diagnosa *sjörgen's syndrome*. Berdasarkan kriteria diagnosa amerika-eropa, *sjörgen's syndrome* dapat ditegakan bila terdapat 4 dari 6 kriteria (terutama bila histopatologi dan serologi positif) atau bila terdapat gejala pada mata atau rongga mulut ditambah 2 dari 4 kriteria^{6,9}. Pada kasus ini, gejala mulut kering juga dapat disebabkan karena kondisi menopause pada pasien, dimana gejala mulut kering atau xerostomia pada wanita dengan menopause disebabkan oleh adanya atrofi kelenjar dan degenerasi dari epitel kelenjar saliva, menyebabkan terjadinya perubahan struktur dan fungsi kelenjar saliva, sehingga dapat menyebabkan berkurangnya flow saliva¹⁶. Perawatan yang diberikan pada pasien, yaitu meneruskan terapi berupa imboost yang masih tersisa untuk meningkatkan daya tahan tubuh, memperbanyak minum air putih untuk mengurangi gejala mulut kering, serta memberikan rujukan ke dokter mata untuk pemeriksaan lebih lanjut mengenai keluhan mata kering.

Pasien diinstruksikan kontrol kembali setelah kontrol kedua. Pada kunjungan ketiga berdasarkan pemeriksaan klinis tampak pembengkakan sudah mengecil. Berdasarkan hasil pemeriksaan darah didapatkan hasil GDP 120 mg/dL dan GD2PP 213 mg/dL, yang menunjukkan masih diatas nilai normal atau kadar gula darah masih tinggi. Hal ini dapat menggambarkan bahwa pembengkakan yang terjadi bukan disebabkan oleh karena kontrol glikemik yang buruk. Berdasarkan anamnesis pasien masih mengeluhkan mata dan mulut kering serta mulut terasa panas seperti terbakar. Pasien sudah meningkatkan asupan air putih dimana pasien minum 3 botol (600 ml) per hari, yang berarti asupan air putih dalam sehari ± 1800 ml. Pasien dilakukan pemeriksaan laju alir saliva (sialometri) dengan metode pengumpulan saliva yaitu *spitting methode* tanpa stimulasi (*whole unstimulated saliva*) dan dipatkan hasil laju alir saliva tanpa stimulasi (*whole unstimulated saliva*) 0,05 ml/menit yang berarti pasien termasuk hiposalivasi.¹ Pasien belum melakukan rujukan ke dokter mata sehingga untuk menegakan diagnosis *sjörger's syndrome* tidak dapat dilakukan. Perawatan yang diberikan pada pasien ini yaitu *Mouth lubricant* Gel untuk mengurangi gejala mulut kering apabila masih tidak adapat teratasi dengan memperbanyak minum air putih. *Mouth lubricant gel* merupakan pengganti saliva sintetik yang berfungsi melindungi gigi serta jaringan rongga mulut. Gel ini memiliki pH netral sehingga tidak menyebabkan demineralisasi pada email dan dentin. Gel ini mengandung *carboxymethyl cellulose* yang memiliki viskositas menyerupai saliva, *mucopolysaccharide*, *base polimer gliseat* atau musin yang dapat menyebabkan mukosa menjadi lembab^{7,25}. *Mouth lubricant gel* terdapat dalam berbagai rasa dimana rasa berfungsi sebagai stimulasi produksi saliva secara kimiawi²⁶.

Pada kasus ini pasien memiliki gejala yang menyerupai dari beberapa penyakit, sehingga pada kasus ini belum didapatkan diagnosis definitif, namun pasien diberikan terapi terkait keluhan pada mulut pasien yaitu keluhan mulut kering berupa *Mouth lubricant*.

SIMPULAN

Pada kasus ini pasien mengalami beberapa kondisi yang dapat menyebabkan terjadinya pembengkakan kelenjar parotis. Setelah dilakukan observasi, pembengkakan kelenjar parotis yang terjadi pada pasien dicurigai terkait dengan *sjörger's syndrome*. Peran dokter gigi pada kasus ini adalah memberikan terapi untuk gejala pada rongga mulut, yaitu gejala mulut kering dengan pemberian *mouth lubricant* serta perlu adanya kerjasama dengan disiplin ilmu lain agar dapat mengeliminasi beberapa kemungkinan penyebab pembesaran kelenjar parotis sehingga diagnosis definitif kasus ini dapat ditegakkan serta dapat menentukan perawatan secara komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kasuma N. Fisiologi dan patologi saliva. *Padang Andalas Univ Press Hal*. 2015;1:6-21.
2. Wilson KF, Meier JD, Ward PD. Salivary gland disorders. *Am Fam Physician*. 2014;89(11):882-888.
3. Berton F, Pipinato G, Maglione M, Baldi D, Di Lenarda R, Stacchi C. Parotid Gland Edema After Chlorhexidine Mouthrinse: Case Report and Literature Review. *Open Dent J*. 2018;12(1).
4. Ship JA. Diagnosing, managing, and preventing salivary gland disorders. *Oral Dis*. 2002;8(2):77-89.
5. Cawson RA, Odell EW, Porter S. Cawson's essential of oral pathology and oral medicine 8th ed. *Edinburgh: Churchill Livingstone*. Published online 2002:102-121.
6. Laskaris G. *Treatment of Oral Diseases: A Concise Textbook*. Thieme; 2005.
7. Greenberg, Glick S. *Burket's Oral Medicine Diagnosis and Treatmet*. 11th ed. Lippincott Company; 2008.
8. Wiggers JB, Chan T, Gold WL, MacFadden DR. Mumps in a 27-year-old man. *CMAJ*. 2017;189(15):E569-E571.
9. Challacombe, Stephen J. Carey B, Setterfield J. *Scully's Oral and Maxillofacial Medicine: The Basis of Diagnosis and Treatment*. 3rd ed. Churchill Livingstone; 2013.
10. Apriasari ML, Soenartyo H. Mumps unilateral pada pasien remaja (Laporan

- Kasus).
11. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral pathology: clinical pathologic correlations [CD]/edited by Joseph A. Regezi, James J. Sciubba, Riachard CK Jordan. Published online 2003.
12. Parlak SN, Tatar A, Keles ON, Selli J, Can I, Unal B. Effects of menopause and diabetes on the rat parotid glands: A histopathological and stereological study. *Int J Med Sci Public Heal*. 2014;3(6):749.
13. Wyatt LH, Ferrance RJ. The musculoskeletal effects of diabetes mellitus. *J Can Chiropr Assoc*. 2006;50(1):43.
14. Decroli E. Diabetes melitus tipe 2. *Padang Pus Pnb Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fak Kedokt Univ Andalas*. Published online 2019:1-52.
15. Mahendranath KM. Sjogren's syndrome--diagnosis and management. *J Assoc Physicians India*. 2006;54:54-57.
16. Kusumayani P, Harijanti K, Hernawan I. Perbedaan flow saliva pada wanita menopause sebelum dan sesudah mengunyah permen karet yang mengandung xylitol. *Oral Med Dent J*. 2011;3(1):24-29.
17. Maita L, Nurlisis N, Pitriani R. Karakteristik Wanita dengan Keluhan Masa Menopause di Wilayah Kerja Puskesmas Rejosari. *J Kesehat Komunitas*. 2013;2(3):128-131.
18. Diniyati D, Heriyani N. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Usia Menopause di Kelurahan Buluran Kenali Kota Jambi Tahun 2015. *J Ilm Univ Batanghari Jambi*. 2016;16(2):24-30.
19. Utami IRB. *Hubungan Pengetahuan Tentang Menopause Dengan Tingkat Kesiapan Menjelang Menopause Pada Ibu Premenopause Proposal Skripsi*. Universitas Dipenogoro; 2017.
20. Ghani L. Seluk beluk menopause. *Media Penelit dan Pengemb Kesehat*. 2009;19(4):153124.
21. Sitanaya RI, Yunus SI. Gambaran oral hygiene wanita pasca menopause di Desa Jonjo Kecamatan Parigi Kabupaten Gowa. *Media Kesehat Gigi Politek Kesehat Makassar*. 2018;17(1).
22. Bakhtiari S, Sehatpour M, Mortazavi H, Bakhshi M. Orofacial manifestations of adverse drug reactions: A review study. *Clujul Med*. 2018;91(1):27.
23. Hydrie MZI, Gul A, Hakeem R, Ahmadani MY, Basit A. Glimepiride study on type-2 diabetic subjects. *Pakistan J Med Sci*. 2006;22(2):132.
24. Anonim. Sulfonamide (medicine). Wikipedia. Published 2019. Accessed June 4, 2023. <https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Special:ElectronPdf&page=Sulfonamide+%28medicine%29&action=show-download-screen>
25. Usman NA, Hernawan I. Tata laksana xerostomia oleh karena efek penggunaan amlodipine: Laporan kasus. *Insisiva Dent J*. 2017;6(2):15-23.
26. Indriana T. Perbedaan laju aliran saliva dan pH karena pengaruh stimulus kimiawi dan mekanis. *J Kedokt Meditek*. Published online 2011.