

Case Report

## Gingivostomatitis herpetika primer (Laporan kasus)

Purnama Jaya<sup>1</sup>, Kus Harijanti<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis Ilmu Penyakit Mulut

<sup>2</sup>Staf Pengajar Departemen Ilmu Penyakit Mulut  
Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Airlangga  
Surabaya - Indonesia

### ABSTRACT

*Gingivostomatitis herpetika primer adalah suatu penyakit yang ditandai dengan lesi ulserasi pada lidah, bibir, mukosa gingiva, palatum durum dan molle. Gingivostomatitis herpetika primer merupakan bentuk tersering dari infeksi HSV tipe 1 pada rongga mulut. Meskipun merupakan penyakit self limiting, infeksi oral dapat menyebabkan rasa tidak nyaman pada mulut, demam, limfadenopati, dan kesulitan makan dan minum. Onset Gingivostomatitis herpetika primer terjadi pada usia anak usia 6 bulan sampai 5 tahun. Tulisan ini melaporkan kasus pasien anak perempuan usia 5 tahun dengan keluhan demam dan adanya sariawan pada rongga mulut. Anamnesis dan pemeriksaan klinis yang baik diperlukan untuk menyingkirkan diagnosis banding sehingga dapat menegakkan diagnosis gingivostomatitis herpetika primer dan memberikan terapi secara tepat dan akurat. Pasien mendapatkan terapi kortikosteroid topikal, multivitamin dan diet nutrisi tinggi protein dan tinggi kalori. Perawatan suportif dan edukasi orang tua mengenai transmisi virus merupakan aspek penting dalam perawatan penyakit ini.*

**Key words :** gingivostomatitis herpetika primer, HSV tipe 1

*Korespondensi (correspondence): Kus Harijanti, Ilmu Penyakit Mulut Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga, Jl. Prof. Dr. Moestopo No 47 Surabaya, Indonesia.*

### PENDAHULUAN

Gingivostomatitis herpetika primer adalah bentuk tersering dari infeksi HSV tipe 1 pada rongga mulut yang ditandai dengan lesi ulserasi pada lidah, bibir, mukosa gingiva, palatum durum dan molle.

Gingivostomatitis herpetika primer umumnya terjadi pada anak kecil dan jarang pada orang dewasa. Dokter gigi seringkali merupakan dokter pertama yang menerima keluhan karena gejala klinisnya, sehingga penting bagi dokter gigi dapat mengenali kondisi ini.<sup>1,2</sup>

Onset gingivostomatitis herpetika primer dilaporkan memiliki 2 puncak. Terutama terjadi pada masa anak, biasanya pada usia 6 bulan sampai 5 tahun, puncak kedua terjadi pada usia awal 20 tahun. Kebanyakan infeksi HSV tipe 1 pada anak bersifat asimtomatik atau ringan sehingga anak dan orang tua tidak menyadarinya. Beberapa penelitian menyatakan hanya 10-20% anak yang terinfeksi memiliki gejala dan tanda klinis yang cukup berat.<sup>3,4</sup>

Periode inkubasi hingga 2 minggu. Fase prodromal ditandai malaise dan kelelahan, sakit otot dan kadang sakit tenggorokan. Pada tahap awal nodus limfe submandibular sering membesar dan sakit. Fase prodromal ini berlangsung 1-2 hari dan diikuti dengan timbulnya lesi oral dan kadang sirkumoral. Vesikula kecil ber dinding tipis dikelilingi dasar eritematous yang cenderung berkelompok timbul pada mukosa oral. Vesikula kemudian pecah dengan cepat dan menimbulkan ulser bulat dangkal. Ulser dapat terjadi pada semua bagian mukosa mulut. Dengan berkembangnya penyakit, beberapa lesi bersatu membentuk lesi ireguler yang lebih besar. Lesi ini disertai simptom demam, anoreksia, limfadenopati dan

sakit kepala. Pemeriksaan darah lengkap menunjukkan leukositosis atau neutropenia yang berhubungan dengan infeksi virus.<sup>5,6</sup>

Faktor predisposisi ialah sistem imun yang buruk, seringkali menyertai kondisi infeksi akut seperti pneumonia, meningitis, influenza, tifus, infeksi mononukleus dan kondisi stress. Cara penularan melalui *droplet infection* dan kontak langsung.<sup>3,4</sup>

Diagnosis banding gingivostomatitis herpetika primer adalah penyakit ulseratif oral yaitu candidiasis oral, *hand foot and mouth disease* dan stomatitis aphthosa.<sup>8</sup> Gambaran karakteristik dapat digunakan untuk membedakan gingivostomatitis herpetika primer dengan penyakit mulut lain pada anak. Herpangina mempunyai karakteristik berupa vesikula pada bagian belakang rongga mulut dan palatum, sepanjang faring yang meradang. Tidak ada hubungan lesi ekstra oral dengan herpangina. Stomatitis aphthosa dapat rancu dengan lesi ulserasi herpetik tetapi ulserasi tidak didahului oleh adanya vesikula, dan tidak ada lesi ekstra oral. *Hand foot and mouth disease* terdapat vesikula pada intra oral dan ekstra oral namun distribusi lesi pada tubuh dapat dibedakan dengan mudah dari gingivostomatitis herpetika primer. Meskipun *Stevens-Johnson Syndrome* dan *erythema multiforme* juga terjadi lesi oral, manifestasi ekstraoral membedakan penyakit ini.<sup>7</sup>

Pengobatan spesifik yang efektif belum diketahui. Terapi anti virus sistemik diberikan

pada pasien imunokompeten. Pengobatan profilaksis acyclovir diberikan untuk pencegahan dan kekambuhan infeksi pada pasien imunokompeten.<sup>5</sup>

Pengobatan suportif berupa istirahat, rehidrasi, antipiretik dan analgesik. Untuk infeksi oral, penggunaan antiseptik misalnya chlorhexidine gluconate atau obat kumur tetrasiklin dapat menurunkan infeksi sekunder. Obat kumur analgesik akan mengurangi rasa sakit terutama saat pasien makan. Mencegah kekambuhan dengan cara menghindari faktor pencetus, mencegah infeksi melalui penyuluhan. Infeksi HSV dapat sembuh sendiri dalam 10-14 hari.<sup>5</sup>

Pada makalah ini dilaporkan kasus dengan diagnosa klinis Gingivostomatitis herpetika primer yang terjadi pada anak perempuan usia 5 tahun.

### KASUS

Dilaporkan kasus anak perempuan 5 tahun yang datang berobat ke klinik Penyakit Mulut Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga pada 4 Desember 2008 dengan keluhan gusi belakang bawah kanan sakit dan terdapat sariawan multipel pada lidah. Rasa sakit dan sariawan timbul sejak 3 hari yang lalu. Pasien juga menderita demam dan malaise, kemudian berobat ke dokter umum. Pasien mendapat terapi paracetamol syrup dan multivitamin berbentuk puyer.

Keadaan umum pasien tersebut baik. Pasien dan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit yang mengganggu kesehatannya.

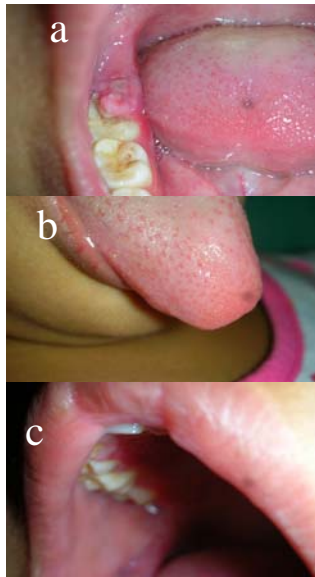
### TATALAKSANA KASUS

Kunjungan pertama (4 Desember 2008), dari anamnesis pasien merasa sakit pada gusi belakang bawah kanan dan pada lidah. Pada pemeriksaan ekstra oral pasien menderita demam tiga hari yang lalu. Kelenjar submandibular terdapat pembengkakan. Pada pemeriksaan intraoral di gingiva rahang bawah kanan terdapat oedem dengan ulser berdiameter lebih kurang 3 mm, tepi irreguler dikelilingi daerah eritematous dan terasa sakit. Pada lidah terdapat ulser bulat, multipel 3 buah, diameter lebih kurang 1 mm, dikelilingi daerah eritematous. Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan klinis diagnosis sementara dari kasus ini yaitu gingivostomatitis herpetika primer. Diagnosis banding pada kasus ini *hand foot and mouth disease* dan stomatitis aftosa. Di klinik lesi diulasi dengan povidone iodine 10% setelah itu diulasi dengan triamsinolone acetonid 0,1%. Pasien diberi resep Chlorhexidine obat kumur 3X sehari, multivitamin syrup 1X1 sendok teh dan dianjurkan minum susu yang mengandung tinggi protein dan tinggi kalori. Pasien disarankan untuk kontrol 5 hari lagi.



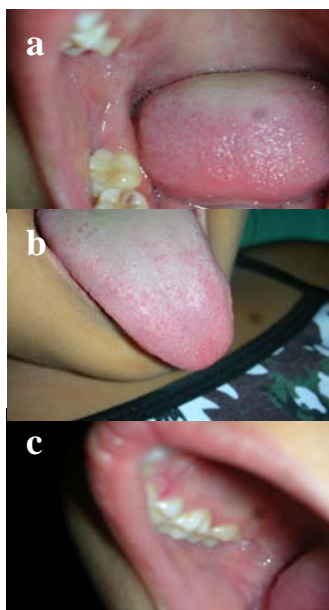
**Gambar 1.** (a) & (b) ulser pada lidah dengan diameter 1 mm dan (c) ulser pada gingiva rahang bawah dengan diameter 3 mm.

Kunjungan kedua (9 Desember 2008), lima hari kemudian pasien datang untuk kontrol. Dari hasil anamnesis diketahui pasien sudah tidak merasa sakit lagi tapi gusi belakang bawah kanan masih terasa mengganjal. Pasien mematuhi anjuran terapi tetapi untuk susu yang tinggi protein tinggi kalori tidak dibeli, pasien tetap minum susu yang diminum sehari-hari. Nafsu makan pasien normal. Pada pemeriksaan ekstraoral tidak terdapat kelainan, demam sudah tidak ada lagi. Pada pemeriksaan intraoral terlihat pada gingiva bawah kanan regio gigi molar satu permanen terdapat ulser dengan diameter lebih kurang 3 mm, dikelilingi daerah eritematous dan oedem pada lokasi yang sama dengan kunjungan pertama. Pada gingiva rahang atas regio gigi molar satu susu terdapat ulser baru diameter lebih kurang 1 mm, dikelilingi daerah eritematous. Pada lidah sudah tidak terlihat adanya ulser. Kemudian lesi pada rongga mulut dibersihkan dengan povidone iodine 10% dan diulasi dengan triamsinolone acetonid 0,1%. Terapi Chlorhexidine obat kumur 3X sehari, multivitamin syrup 1X1 sendok teh tetap dilanjutkan. Pasien disarankan untuk kontrol seminggu kemudian.



**Gambar 2.** (a) ulser pada gingiva rahang bawah dengan diameter lebih kurang 3 mm, (b) ulser pada lidah sudah sembuh. (c) ulser pada rahang atas regio molar satu susu dengan diameter lebih kurang 1 mm.

Kunjungan ketiga (6 Januari 2009), pasien baru dapat kontrol lagi sebulan kemudian karena adanya evaluasi belajar dan liburan akhir tahun. Dari anamnesis pasien merasa sudah sembuh dan tidak sakit lagi serta tidak ada gusi yang mengganjal sejak seminggu setelah kunjungan kedua. Pada pemeriksaan ekstraoral tidak ada kelainan. Pada pemeriksaan intraoral sudah tidak ditemukan ulser baik di gingiva rahang bawah kanan, gingiva rahang atas kanan maupun pada lidah.



**Gambar 3.** (a),(b) & (c) sudah tidak terlihat adanya ulser pada gingiva rahang bawah, lidah dan rahang atas regio premolar satu.

## PEMBAHASAN

Gingivostomatitis herpetika primer merupakan manifestasi primer infeksi HSV tipe 1 terjadi pada anak usia 6 bulan sampai 5 tahun. Gambaran klinis bersifat akut, demam, anoreksia. Pada intra oral terdapat gingivitis, lesi vesikula pada mukosa oral, lidah dan bibir kemudian pecah dan terjadi ulserasi.

Seorang pasien perempuan usia 5 tahun menderita demam sejak 3 hari yang lalu yang kemudian timbul sariawan multipel pada rongga mulutnya. Dari gambaran klinis pada pasien saat pertama kali datang, terlihat gingiva rahang bawah kanan oedem dan eritematous, pada ujung lidah terdapat ulser bulat dengan diameter 1 mm, multipel sebanyak 3 buah dengan batas jelas dan tepi eritematous. Pada rahang bawah kanan terdapat ulser dengan diameter 3 mm, irreguler, oedem, tepi eritematous dan terasa sakit. Pada penderita ini diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan gambaran klinis yaitu gingivostomatitis herpetika primer.

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan klinis, diagnosis kasus diatas adalah gingivostomatitis herpetika primer. Mayoritas penyakit ini dibuat berdasarkan anamnesis dan gambaran klinis. Adanya demam, malaise dan ulser multipel pada rongga mulut serta gingivitis menjadi indikasi penyakit ini.<sup>5,7</sup> Usia penderita merupakan onset puncak terjadinya gingivostomatitis herpetika primer. Sebelum datang ke klinik Ilmu Penyakit Mulut, pasien sudah mengalami demam dan malaise selama 3 hari, kemudian muncul lesi oral.

Setelah periode inkubasi 3-7 hari, timbul sindrom pada anak yang sebelumnya tampak sehat. Demam, malaise dan timbul limfadenopati regional bilateral. Nodul servikal, submental dan submaksila dapat membesar. Gingivitis diikuti timbulnya vesikula yang rapuh, tipikal pada mukosa bibir bawah. Vesikula dapat pula timbul pada gingiva, mukosa bukal, lidah dan palatum durum. Sel epitel yang rusak mengakibatkan pecahnya vesikula menjadi ulser. Lesi oral sangat nyeri dan sulit menelan, minum dan makan. Ketidakmampuan menelan mengakibatkan saliva berkumpul di mulut sehingga terjadi *drooling*. Jumlah lesi dan derajat ketidaknyamanan sangat bervariasi antara anak satu dengan lain. Nyeri menyebabkan anak kecil gelisah dan sensitif. Kekurangan cairan, demam, dan *drooling* memberikan kontribusi terjadinya dehidrasi. Pada kasus berat kadang anak memerlukan perawatan di rumah sakit akibat dehidrasi.<sup>7</sup>

Pada kasus ini hanya ringan, pasien mempunyai nafsu makan yang normal. Hal ini yang mendorong kesehatan pasien segera pulih kembali.

Kebanyakan infeksi primer HSV-1 bersifat asimtomatik atau ringan sehingga kadang tidak dikenali. Kasus ringan dapat rancu dengan penyakit lain. Infeksi ini terjadi pada 25-30% anak.<sup>7</sup> Gingivostomatitis herpetika primer merupakan penyakit yang mudah menular melalui kontak langsung dengan membrane mukosa atau lesi kulit. Infeksi HSV-1 tinggi pada anak kecil, dimana resiko pertukaran sekresi oral dan virus. Terdapat kebiasaan anak yang potensial beresiko seperti memegang mulut, cangkir, botol, mainan dan menghisap jari. Pada kasus ini diduga karena pasien menhisap ibu jari sebab tidak diketahui penyebab yang lain seperti tertular dari temannya ataupun keluarganya. Terapi spesifik untukmpenyakit ini tidak ada, hanya meliputi simptomatis dan suportif.<sup>5</sup>

Anak yang dapat makan dan minum diberikan makanan lembut dan air dingin. Jus jeruk atau nanas dihindari untuk mencegah iritasi mukosa akibat kadar asam tinggi. Pemberian analgesik oral atau topikal sebelum makan atau minum dapat memperbaiki nafsu makan. Diperlukan monitoring status hidrasi dan urinasi pada anak. Perawatan mulut merupakan masalah pada sensitivitas mulut, gingivitis dan lesi yang nyeri dapat mengganggu kebersihan mulut pada fase akut. Minum cairan dapat menolong membersihkan mulut. Kontrol infeksi sangat penting, memakai sarung tangan bila kontak dengan membran mukosa, saliva, atau lesi. Informasi pada orang tua tentang transmisi dalam perawatan saat anak beraktivitas di sekolah, rumah maupun rumah sakit.

Pasien ini mendapatkan terapi berupa obat kumur Chlorhexidine glukonat 0,2% yang digunakan 3 kali sehari sebagai antiseptik sehingga mempercepat penyembuhan infeksi selain itu di klinik diberikan juga triamcinolone acetone 0,1% sebagai antiinflamasi diberikan untuk mengurangi rasa sakit. Pemberian multivitamin sirup satu sendok teh satu kali sehari untuk meningkatkan daya tahan tubuh. Pasien dianjurkan untuk mengkonsumsi susu yang mengandung tinggi protein dan tinggi kalori untuk meningkatkan daya tahan tubuh dan menghindari dehidrasi dengan banyak minum air.

Pasien memperlihatkan perbaikan gejala klinis pada kunjungan kedua 5 hari kemudian. Perbaikan gejala klinis berupa rasa nyeri sudah hilang, pada lidah sudah tidak terlihat adanya ulser. Tetapi pada gingiva rahang atas regio gigi premolar satu masih terdapat ulser diameter 1 mm, batas jelas dan eritematous. Pada gingiva bawah kanan regio gigi molar satu terdapat ulser dengan diameter 3 mm, batas jelas, eritematous dan oedem. Terapi dilanjutkan dan pasien disarankan kontrol seminggu lagi. Tetapi pasien datang sebulan kemudian karena adanya berbagai kegiatan. Dari

anamnesis pasien sudah merasa sembuh baik ekstra oral maupun intra oral seminggu setelah kunjungan kedua.

Diagnosis klinis pada kasus ini adalah Gingivostomatitis herpetika primer. Dalam kasus ini dapat disimpulkan infeksi HSV 1 sebagai faktor pencetus terjadinya gingivostomatitis herpetika primer. Anamnesis yang detail dan pemeriksaan klinis yang teliti diperlukan untuk menyingkirkan diagnosis banding sehingga dapat menegakkan diagnosis gingivostomatitis herpetika primer dan memberikan terapi secara tepat dan akurat. Untuk menghindari kekambuhan penyakit ini, orang tua pasien disarankan agar pasien mendapat istirahat yang cukup dan menjaga kebersihan rongga mulut. Perawatan suportif dan edukasi orang tua mengenai transmisi virus merupakan aspek penting dalam perawatan penyakit ini.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Raborn GW, Grace M. Herpes simplex type 1 orofacial infections. *Herpes*. 2009; 18: 6(1): 1-8.
2. Ajar AH, Chavin PJ. Acute herpetic gingivostomatitis in adults: a review of 13 cases, including diagnosis and management. *J Can Dent Assoc* 2005; 68(4): 247-51.
3. Sharma R. June. Herpes simplex. *eMedicine*. 2006; Available from:
4. Sherman A. Aug 9. Herpes simplex virus infection. 2007; Available from: <http://www.emedicine.com/med/topic1006.htm>. Accessed January 17, 2009.
5. Field A, Longman T. Tyldesley's oral medicine. 5<sup>th</sup> ed. New York: Oxford; 2004. p. 40-4.
6. Greenberg MS, Glick M. Burket's oral medicine. Diagnosis and treatment. 10<sup>th</sup> 3 ed. Hamilton: BC Decker Inc; 2003. p. 52-7, 67-8, 552-3.
7. Blevins JY. Primary herpetic gingivostomatitis in young children. *Pediatric Nurs* 2003 Mar 7; 29(3): 199-203. Available from: [http://www.medscape.com/view\\_article/457481](http://www.medscape.com/view_article/457481). Accessed February 19, 2009.
8. Lutwick LI, Seenivasan M. Herpes simplex. *eMedicine* 2006 June 29. Available from: <http://www.emedicine.medscape.com>. Accessed February 12, 2009.