



Hubungan Potensial antara Gigi Molar Ketiga dan Stomatitis Aftosa Rekuren: Laporan Kasus

Potential Relationship between Third Molar and Recurrent Aphthous Stomatitis: A Case Report

Marjuhend M. Unetbu,^{1,2} Fatimah F. Basalamah^{2,3}

¹Program Studi Profesi Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Muslim Indonesia, Makassar, Indonesia

²Rumah Sakit Islam Gigi dan Mulut FKG-UMI, Universitas Muslim Indonesia, Makassar, Indonesia

³Departemen Ilmu Penyakit Mulut Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Muslim Indonesia, Makassar, Indonesia

Email: unetbujuhend@gmail.com; fatybasalamah97@gmail.com

Received: May 16, 2026; Accepted: August 12, 2026; Published online: September 9, 2026

Abstract: Recurrent aphthous stomatitis (RAS) is a painful, recurrent, and multifactorial ulcerative lesion of the oral mucosa. Triggering factors include genetic predisposition, nutritional deficiencies, stress, and local trauma such as third molar impaction. Although the direct causal relationship between third molars and RAS is still limited to observational evidence, occlusal trauma can trigger or exacerbate lesions in susceptible individuals. We reported a 21-year-old woman presented with a complaint of recurrent canker sores near her lower wisdom teeth that recurred every few months. Examination revealed ulceration of the posterior lingual gingiva due to occlusal trauma between the upper and lower third molars. Treatment included oral health education, pharmacotherapy with hyaluronic acid, and a recommendation for third molar extraction. The lesion improved within one week; however, the last follow-up after two weeks showed persistent inflammation due to the predisposing trauma factor had not been eliminated. In conclusion, mechanical trauma resulting from occlusal contact with the third molar is suspected to have played a role as a triggering factor for recurrent aphthous stomatitis (RAS) in this case. A conservative approach involving education, pharmacotherapy, and control of triggering factors yielded good clinical results. Evaluation of the third molar should be considered in patients with recurrent RAS as part of comprehensive management.

Keywords: recurrent aphthous stomatitis; third molar; occlusal trauma; oral ulcer

Abstrak: Stomatitis aftosa rekuren (SAR) merupakan lesi ulseratif pada mukosa mulut yang bersifat nyeri, rekuren, dan multifaktorial. Faktor pemicu meliputi predisposisi genetik, defisiensi nutrisi, stres, serta trauma lokal seperti impaksi gigi molar ketiga. Meskipun hubungan kausal langsung antara molar ketiga dan SAR masih terbatas pada bukti observasional, trauma oklusi dapat memicu atau memperburuk lesi pada individu yang rentan. Kami melaporkan kasus seorang perempuan 21 tahun dengan keluhan sariawan dekat gigi bungsu bawah yang berulang setiap beberapa bulan. Pemeriksaan menunjukkan ulserasi pada gingiva lingualis posterior akibat traumatik oklusi antara gigi molar ketiga atas dan bawah. Terapi yang diberikan meliputi edukasi kesehatan gigi, farmakoterapi dengan *hyaluronic acid*, dan anjuran ekstraksi molar ketiga. Lesi membaik dalam satu minggu, *follow up* terakhir setelah dua minggu menunjukkan inflamasi menetap karena faktor predisposisi trauma tidak dihilangkan. Simpulan studi ini ialah trauma mekanis akibat hubungan oklusal gigi molar ketiga diduga berperan sebagai faktor pencetus SAR. Pendekatan konservatif melalui edukasi, farmakoterapi, dan pengendalian faktor pencetus memberikan hasil klinis yang baik. Evaluasi terhadap gigi molar ketiga perlu dipertimbangkan pada pasien dengan SAR rekuren sebagai bagian dari penatalaksanaan yang komprehensif.

Kata kunci: stomatitis aftosa rekuren; gigi molar ketiga; trauma oklusi; ulkus mulut

PENDAHULUAN

Stomatitis aftosa rekuren (SAR) atau yang lebih sering disebut sebagai sariawan berulang adalah salah satu kondisi peradangan pada rongga mulut dengan ciri khas lesi ulserasi yang umum dijumpai baik pada anak maupun dewasa. Lesi ini merupakan salah satu lesi oral yang sering menjadi keluhan karena adanya nyeri yang muncul. Kondisi inflamasi pada mukosa mulut menyebabkan rasa nyeri saat aktivitas makan, menelan dan berbicara, serta pada kondisi tertentu juga termasuk saat membuka dan menutup mulut.¹ Prevalensi SAR di Indonesia mencapai 4,1% (SKI 2023). Terlihat bahwa proporsi sariawan berulang bervariasi antara 1,5% dan 3,4%, dengan persentase tertinggi pada rentang usia 15-24 tahun yaitu sebanyak 5,1%, dan terendah pada 65 tahun keatas sebesar 3,4%.² Banyak teori yang telah diusulkan tentang etiologi SAR namun tidak ada faktor tunggal yang teridentifikasi. Defisiensi hematinik disertai berkurangnya kadar zat besi, asam folat, atau vitamin B ditemukan pada sebagian kecil pasien SAR dan koreksinya bisa membuat gejalanya hilang. Faktor predisposisi lain termasuk genetik, stres psikologis, hipersensitif terhadap makanan, merokok, trauma, respon imun *cell-mediated*, perubahan hormon, dan penyakit imun seperti HIV dan *Bechet's syndrome* berperan dalam timbulnya SAR.³

Stomatitis aftosa rekuren memiliki tiga bentuk umum berdasarkan klasifikasi Stanley (1972), yaitu SAR minor dengan 1-5 ulkus tiap episode pada mukosa tidak berkeratin tanpa menimbulkan jaringan parut; SAR mayor dengan 1-3 ulkus pada mukosa berkeratin dan tidak berkeratin yang meninggalkan jaringan parut; dan bentuk terakhir ialah SAR herpetiformis dengan 20-100 ulkus tiap episode pada mukosa yang tidak berkeratin yang meninggalkan jaringan parut jika ulkus-ulkus menyatu.⁴

Mengingat angka prevalensi SAR yang cukup tinggi di Indonesia dan belum didapatkan kesepakatan mengenai faktor etiologinya maka pada tulisan ini dibahas mengenai kejadian SAR berulang pada seorang perempuan yang diduga dipicu oleh trauma mekanis akibat hubungan oklusal gigi molar ketiga yang diperberat oleh faktor stres, serta penanganan dan pertimbangan tindakan terhadap faktor pemicu.

LAPORAN KASUS

Seorang pasien H, berusia 21 tahun jenis kelamin perempuan, berobat ke RSIGMP UMI dengan keluhan adanya sariawan dekat gigi bungsu bagian bawah sejak satu minggu lalu dan pernah dialami tiga bulan lalu. Pasien juga mengaku sariawan tersebut sering timbul beberapa bulan sekali. Pasien juga menyampaikan sedang mengalami stres akibat beban kuliah yang terjadi beberapa waktu terakhir. Pada anggota keluarga pasien tidak ada yang mengalami hal serupa. Sariawan yang dialami pasien disertai nyeri tajam dan inflamasi; pasien memberikan skor 6 untuk menggambarkan rasa nyeri, dan nyeri bertambah apabila ada aktivitas pada rongga mulut namun ketika menutup mulut rasa nyeri tersebut berkurang. Pada pemeriksaan subjektif didapatkan kondisi umum pasien kompos mentis, berat badan 50 kg, tinggi badan 155 cm, tekanan darah 110/80 mmHg, suhu badan 36,4°C, nadi 20x/menit, dan laju pernapasan 70x/menit. *Past medical history* dan *social history* tidak ada kelainan. Pada pemeriksaan objektif gigi 48: terdapat lesi berupa ulserasi pada gingiva lingualis posterior dextra, lesi tunggal, berwarna putih kemerahan, berbentuk oval dengan diameter kedalaman ulkus 2 mm dan panjang 1 cm, tekstur permukaan licin, batas tepi jelas, tekstur tepi regular dan dikelilingi eritema. Dari hasil pemeriksaan intraoral didapatkan adanya traumatik oklusi antara unsur 18 dan 48. Berdasarkan pemeriksaan subjektif dan objektif maka pasien ini didiagnosis sebagai stomatitis aftosa rekuren (SAR) mayor dengan faktor predisposisi trauma, dengan diagnosis banding yaitu ulkus traumatik. Pasien juga mengakui jarang mengonsumsi sayur dan buah serta mengalami perubahan hormonal.

Perawatan yang dilakukan pada pasien ini ialah DHE (*Dental Health Education*) meliputi konsumsi sayur dan buah sebagai sumber nutrisi, hindari kegiatan yang memicu trauma dan farmakoterapi dengan pemberian *hyaluronic acid* selama lima hari. Setelah satu minggu kemudian dilakukan kontrol pada SAR dan gigi molar ketiga regio 1 dan 4, didapatkan telah terjadi perbaikan pada lesi namun inflamasi masih menetap. Tidak ada keluhan nyeri yang dirasakan namun pasien



Gambar 1. Kunjungan pertama sebelum dilakukan perawatan



Gambar 2. Kunjungan kedua (kontrol) setelah dilakukan perawatan, terlihat lesi sudah sembuh

masih merasa kurang nyaman saat makan. Alternatif rencana perawatan yang mungkin dilakukan pada pasien yaitu ekstraksi gigi 18 dan 48. Bila lesi muncul kembali pasien disarankan melakukan pemeriksaan laboratorium untuk meninjau keterlibatan faktor sistemik.

BAHASAN

Stomatitis aftosa rekuren (SAR) merupakan gangguan mukosa mulut yang multifaktorial dan dipengaruhi oleh predisposisi seperti imunogenetik, defisiensi nutrisi, stres, faktor lingkungan, dan pemicu lokal seperti trauma mekanis. Pandangan modern menempatkan trauma lokal sebagai pemicu penting yang dapat memperburuk atau memunculkan lesi ulseratif pada individu predisposisi, namun bukti yang mengaitkan satu jenis pemicu lokal misalnya trauma oklusi antar molar ketiga dan impaksi gigi molar ketiga secara langsung sebagai penyebab SAR *immun-mediated* masih terbatas dan didominasi laporan kasus serta studi observasional retrospektif. Faktor pemicu lainnya pada kasus ini yaitu stres yang mendorong perubahan imunologi. Hormon stres yaitu *corticotropin-releasing hormone* (CRH), *adrenocorticotrophic hormone* (ACTH), dan glukokortikoid dapat memengaruhi imun yang mengakibatkan rangsangan kerusakan terhadap berbagai jaringan lunak maupun keras.⁵

Secara patofisiologis, mekanisme plausibel yang menghubungkan trauma oleh molar ketiga dengan timbulnya atau rekurenitas ulkus melibatkan aktivasi respons inflamasi lokal, gangguan keseimbangan oksidan-antioksidan, dan aktivasi sel T sitotoksik yang merupakan ciri pada SAR. Trauma kronis atau iritasi mukosa dapat menurunkan ambang toleransi mukosa dan memicu pelepasan mediator proinflamasi sehingga memfasilitasi pembentukan ulkus. Bukti terbaru tentang peran stress oksidatif SAR memperkuat plausibilitas biologis bahwa *insult* lokal (iskemia/trauma) dapat memodulasi fenotip ulserasi.⁶

Dari perspektif bukti klinis, serangkaian studi besar pada lesi ulseratif traumatik (*oral traumatic ulcerative lesions*/OTUL) menunjukkan bahwa faktor traumatik yang berkaitan dengan gigi, termasuk posisi atau morfologi molar ketiga, sering terdeteksi sebagai penyebab traumatik pada populasi yang dirawat. Dalam studi retrospektif besar, kategori molar ketiga/impaksi merupakan kontribusi tersendiri terhadap insiden trauma intraoral. Temuan ini penting karena mendukung hipotesis klinis bahwa molar ketiga memang sering menjadi sumber iritasi/trauma yang harus dievaluasi pada pasien dengan ulkus berulang. Namun, karena desainnya observasional, studi-studi tersebut tidak membuktikan keterkaitan kausal antar-entitas penyakit (molar ketiga → SAR imunologik).⁷ Produksi sitokin, terutama dari tipe Th1 seperti IL-2, IFN- γ , dan TNF- α , meningkat pada pasien dengan SAR, yang menunjukkan adanya kecenderungan autoimunitas. Di sisi lain, sitokin antiinflamasi seperti IL-10 dan TGF- β ditemukan dalam konsentrasi lebih rendah, menciptakan ketidakseimbangan yang dapat memperburuk kondisi. Selain itu, faktor genetik berkontribusi pada kerentanan individu terhadap SAR, dengan beberapa polimorfisme gen yang terkait dengan produksi sitokin teridentifikasi. Namun berdasarkan anamnesis tidak terdapat keterlibatan faktor genetik pada kasus ini. Analisis mikroskopis juga menunjukkan infiltrasi sel imun, termasuk limfosit T dan sel mast, di area ulserasi, yang diinduksi oleh faktor pemicu seperti stres dan alergi. Fungsi sel T regulator (Treg) yang menurun dalam

menghambat sekresi sitokin proinflamasi juga berkontribusi pada keparahan penyakit.⁸

Secara klinis, pembeda antara ulkus traumatik lokal dan SAR idiopatik sangat krusial. Ulkus traumatik cenderung menunjukkan hubungan anatomi/temporal yang jelas dengan sumber mekanis (kontak tajam, *cusp*, impaksi) Lokasi predileksi dari ulkus traumatik biasanya muncul pada area yang paling sering bersentuhan dengan gigi tajam, protesa, kawat ortodontik, atau kebiasaan menggigit akibat kontak berulang dengan tonjolan gigi yang patah dengan lidah, bibir bawah, dan mukosa bukal sebagai tempat paling umum ulkus traumatik, yang dapat disebabkan oleh trauma termal, kimiawi, atau fisik. Lesi ini sering terasa nyeri dengan tepi putih yang meninggi dan dasar kuning, serta cenderung mengenai mukosa bukal, lidah dan bibir bawah. Batas lesi dari ulkus traumatik terlihat tepi epitel *abrupt*, sering hiperkeratotik/indurasi pada kasus kronis. dan biasanya membaik setelah eliminasi sumber dalam waktu minggu.

Sebaliknya SAR memiliki predileksi anatomis yang khas yaitu cenderung muncul pada mukosa non-keratin meliputi mukosa labial, mukosa bukal, dasar mulut, ventral lidah dan palatum mole, dan secara karakteristik tidak mengenai mukosa berkeratin. Batas lesi SAR membentuk halo eritematosa dengan dasar pseudomembran kuning-kelabu. Ulkus pada SAR sering multifokal, dan memiliki riwayat rekuren yang khas sehingga memerlukan evaluasi sistemik (CBC, ferritin, B12/folat, pertimbangan Behçet jika ada tanda sistemik). Oleh karena itu, pada kasus yang dipresentasikan, langkah awal yang rasional ialah dokumentasi foto/relasi lokasi lesi terhadap molar ketiga, koreksi non-invasif (*coronoplasty, smoothing, night guard*) dan observasi respons sebelum mengambil keputusan intervensi permanen seperti ekstraksi.⁹ Pasien juga mengakui jarang mengonsumsi sayur dan buah serta mengalami perubahan hormonal sehingga dapat disimpulkan bahwa diagnosis ulkus traumatik dapat disingkirkan.

Analisis intervensi-respons pada literatur kasus menunjukkan bahwa banyak ulkus yang berhubungan trauma beregenerasi setelah penghilangan penyebab mekanis. Beberapa laporan kasus dan serial pasien melaporkan penyusutan frekuensi lesi setelah koreksi faktor lokal termasuk ekstraksi molar ketiga, walaupun hal ini masih berupa bukti tidak jelas dan rentan bias seleksi/pelaporan. Oleh karena itu, keputusan ekstraksi harus dipertimbangkan secara individual—berdasarkan bukti klinis kuat bahwa molar ketiga memang memicu lesi pada pasien tersebut, kegagalan koreksi konservatif, dan setelah pembicaraan risiko-manfaat dengan pasien—ketimbang sebagai rekomendasi rutin untuk semua pasien SAR.¹⁰

Dari sisi manajemen SAR yang lebih luas, ulasan dan *guideline* modern menegaskan pendekatan bertingkat: identifikasi/ modifikasi pemicu (termasuk trauma), terapi topikal sebagai lini pertama (kortikosteroid topikal, pelindung mukosa, antiseptik), dan pertimbangan terapi sistemik untuk kasus berat/refrakter sesuai risiko—manfaat. Beberapa agen (mis. *thalidomide*) efektif pada kasus refrakter tetapi memiliki risiko serius sehingga bukan pilihan lini pertama. Pendekatan ini mempertegas bahwa koreksi faktor lokal (seperti molar ketiga) merupakan bagian dari algoritma manajerial terpadu, bukan pengganti evaluasi etiologi sistemik pada kasus rekuren.¹¹

SIMPULAN

Kasus ini menunjukkan bahwa stomatitis aftosa rekuren diduga dipicu oleh trauma mekanis akibat hubungan oklusal gigi molar ketiga yang diperberat oleh faktor stres. Perawatan konservatif berupa *Dental Health Education* (DHE), pemberian *hyaluronic acid*, dan eliminasi faktor pencetus memberikan perbaikan klinis yang baik. Evaluasi terhadap gigi molar ketiga sebagai sumber trauma perlu dipertimbangkan pada pasien dengan SAR rekuren sebelum menentukan tindakan definitif seperti ekstraksi.

Konflik Kepentingan

Penulis menyatakan tidak terdapat konflik kepentingan dalam studi ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Surachmin A, Sabila F, Ronal A, Nurfianti. Management of stomatitis aphthous recurrent in patients with multiple

- systemic diseases-case report. *YARSI Dental Journal*. 2024;1(2):105. Doi <https://doi.org/10.33476/ydj.v1i2.150>
2. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) (2023). Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kementrian RI tahun 2023. [Cited 2005 Aug]. Available from: <https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/ski-2023-dalam-angka/> -
3. Lewis MAO, Jordan RCK. *Penyakit Mulut Diagnosis dan Terapi* (2nd ed). Jakarta: EGC; 2022.
4. Anggraini N, Mailiza F, Satrio F, Ningrum V. Perbedaan tingkat pengetahuan stomatitis aftosa rekuren mahasiswa Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Baiturrahmah Angkatan 2019 dan 2021. *Menara Ilmu*. 2023;27(1):62. Doi: <https://doi.org/10.31869/mi.v17i1.4057>
5. D'Amario M, Foffo G, Grilli F, Capogreco M, Pizzolante T, Rastelli S, et al. Treatments for recurrent aphthous stomatitis: a literature review. *Dent J (Basel)*. 2025;13(2):66. Doi: <https://doi.org/10.3390/dj13020066>
6. Zou QL, Tang ZQ, Huang LS, Wang XH, Bao ZX, et al. Association between age, gender, and oral traumatic ulcerative lesions: a retrospective study. *BMC Oral Health*. 2024;24(1):536. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04312-8>
7. D'Amario M, Foffo G, Grilli F, Capogreco M, Pizzolante T, Rastelli S, et al. Treatments for recurrent aphthous stomatitis: a literature review. *Dent J (Basel)*. 2025;13(2):66. Doi: <https://doi.org/10.3390/dj13020066>
8. Slebioda Z, Szponar E, Kowaska A. Etiopathogenesis of recurrent aphthous stomatitis and the role of immunologic aspects: literature review. *Arch Immunol Ther Exp*. 2014;62:209-12. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00005-013-0261-y>
9. Yang J, Wang F, Zhao M, Han X, Wang X, et al. Efficacy and safety of thalidomide for recurrent aphthous stomatitis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Oral Health*. 2024;24:1149. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04923-1>
10. Sánchez-Bernal J, Conejero C, Conejero R. Recurrent aphthous stomatitis. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2020;111(6):47471-80. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.09.004>
11. Oztekin A, Oztekin C, Sahin HN, Karadeniz TB, Senel E, Atac DC, et al. Recurrent aphthous stomatitis, oxidative stress, and ischemia modified albumin: a cross-sectional study. *Madicine*. 2025;104(29):1-3. Doi: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000043403>