

KANDIDIASIS MULUT SEBAGAI INDIKATOR PENYAKIT SISTEMIK

Satrya Ayu Erawatie Prayudha*, Bernadetta Esti Chrismawaty, Dewi Agustina, dan Goeno Subagyo**

* Program Studi Ilmu Kedokteran Gigi Klinik, Minat Studi Ilmu Penyakit Mulut, Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

**Bagian Ilmu Penyakit Mulut, Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRAK

Latar belakang. Kandidiasis mulut disebabkan oleh infeksi *Candida*. Kondisi imunokompromais seperti DM merupakan salah satu faktor predisposisinya. *Diabetes mellitus* (DM) merupakan penyakit metabolik yang sering tidak disadari dan menjadikan penderitanya rentan infeksi. **Tujuan.** Penulisan ini bertujuan untuk melaporkan kandidiasis mulut polimorfik pada pasien yang sebelumnya tidak terdeteksi DM. **Kasus dan penanganan.** Seorang laki-laki 57 tahun datang ke Klinik Gigi dan Mulut, RSUP Dr. Sardjito mengeluhkan gangguan pengunyahan. Keluhan dirasakan sejak 1 bulan terakhir akibat gigi sebelah kiri atasnya goyah. Pasien menggunakan gigi tiruan sebagian lepasan (GTSL) sejak 5 tahun yang lalu. Sejak awal, GTSL susah dilepas sendiri oleh pasien. Akhir-akhir ini, terdapat keluhan mulutnya gatal dan nafas berbau. Dilaporkan adanya penurunan berat badan hingga 9 kg pada 3 bulan terakhir. Ekstra-oral normal, intra-oral tampak plak putih pada dorsum lidah, area eritematus pada palatum berhadapan dengan plat GTSL, gigi avulsi, luksasi disertai resesi. Berdasar anamnesis dan pemeriksaan klinis, lesi mulut mengacu pada kandidiasis mulut dan pasien dicurigai menderita DM. Rencana perawatan meliputi Komunikasi, Informasi, dan Edukasi, terapi antifungal, ortopantomogram (OPG) dan konsultasi medis terkait kecurigaan DM. Penatalaksanaan lesi mulut meliputi debridasi dan *Nystatin* topikal. Dua minggu kemudian, lesi mulut menunjukkan perbaikan. Hasil OPG dan kadar glukosa darah (KGD) mengindikasikan latarbelakang DM. Ekstraksi dilakukan setelah DM terkontrol diikuti pembuatan protesa. Fungsi mulut kembali normal dan diinstruksikan pengelolaan KGD. **Kesimpulan.** Temuan klinis kandidiasis mulut dapat digunakan sebagai indikator adanya gangguan sistemik, pada kasus ini adalah DM. Identifikasi dini lesi mulut terkait gangguan sistemik dapat membantu penderita untuk memperoleh perawatan sistemik lebih awal. *Maj Ked Gi*; Desember 2012; 19(2): 162-166

Kata kunci: infeksi kandida, kandidiasis mulut, *diabetes mellitus* tak terdeteksi, indikator penyakit sistemik

ABSTRACT

Background. Oral candidiasis is caused by *Candida* infection. Immunocompromise condition such as diabetes is one of its predisposition. *Diabetes mellitus* (DM) is metabolic disorder that is often not realized by the sufferer and makes the sufferer susceptible to infection. **Purpose.** This paper is intended to report the polymorphic type of oral candidiasis in patient with previously undetected DM. **Case and management.** A 57 years old man complained of impaired mastication due to teeth luxation since last month. Patient has wearing removable partial dentures since 5 years ago, which was hard to removed by himself. Lately the patient experienced prickly under dentures and halitosis. The patient reported about lost of weight as 9kg in 3 months. No abnormality found extraorally, and intraorally it found some velvety white plaque on dorsum of the tongue, erythematous area on mucosal bearing dentures, avulsion and luxation of the teeth. Based on history taking and clinical examination, oral lesion regarded as oral candidiasis and the patient suspected to have DM. Treatment planning were oral health education, antifungal therapy, taking an OPG, medical consultation because of possibility of DM. Treatments comprises as oral debridement and topical nystatin. Two weeks later, oral lesion showed improvement. It revealed that OPG and Blood Glucosa Level (BGL) result were referred to DM. After his DM controlled, teeth extraction was done followed by construction of new denture. Normal oral function returned, and patient instructed to maintain BGL. **Conclusion.** Clinical findings as oral candidiasis can be used as an indicator of the existence of the systemic disease, in this case are DM. Early identification of oral lesion associated systemic disease could help the patient to obtain early treatment. *Maj Ked Gi*; Desember 2012; 19(2): 162-166

Key words: candida infection, polymorphic type of oral candidiasis, undetected diabetes mellitus, systemic disease indicator

PENDAHULUAN

Kandidiasis mulut merupakan infeksi fungal pada mukosa mulut yang bersifat oportunistik, disebabkan oleh kandida sebagai salah satu mikroflora normal mulut yang mengalami pertumbuhan berlebih.^{1,2} Di mulut terdapat beberapa jenis kandida, *Candida albicans* termasuk jenis yang umum ditemui. Lebih dari 80% isolat mulut terdiri dari *C. albicans*, *C. glabrata*, dan *C. tropicalis*.^{3,4} *Candida albicans* dilaporkan 45% terdapat pada neonatus, 45-65% pada

anak sehat, 30-45% pada orang dewasa sehat, 50-65% pada pemakai gigi tiruan, 9-88% pada penderita penyakit akut jangka panjang, 90% pada penderita leukemia akut dengan kemoterapi, dan 95% pada penderita HIV.⁵⁻¹⁴ Dua puluh sampai 75% kandidiasis mulut dilaporkan tanpa gejala.¹⁵ Gambaran klinis kandidiasis mulut sangat bervariasi dengan gejala mulai dari asimtomatik, gatal, dan sensasi terbakar.³ Patogenesis kandidiasis mulut belum jelas.¹⁶ Beberapa faktor predisposisi dapat mengkonversi *Candida albicans* dari flora normal mulut menjadi organisme

patogen, meliputi faktor lokal seperti gigi tiruan, merokok, steroid inhalasi, steroid topikal, hiperkeratosis, ketidakseimbangan mikroflora, kuantitas dan kualitas saliva, dan faktor sistemik seperti penyakit immunosupresif, obat-obat immunosupresif, kemoterapi, dan penyakit immunokompromais.^{16,17}

Salah satu penyakit immunokompromais sebagai predisposisi kandidiasis mulut adalah *Diabetes mellitus* (DM). *Diabetes mellitus* menjadikan penderitanya rentan terhadap infeksi seperti infeksi kandida.²¹ Selain itu, kandidiasis mulut sering dijumpai pada penderita DM sebagai dampak dari adanya penurunan sekresi saliva.²² *Diabetes mellitus* merupakan gangguan metabolisme disebabkan banyak faktor dengan ditandai hiperglikemia akibat gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein.¹⁸ *Diabetes mellitus* tipe 2 adalah salah satu klasifikasi DM yang sering dipengaruhi oleh pola makan dan gaya hidup tidak sehat dengan prevalensi 90-95%.^{19,20} *Diabetes mellitus* tipe 2 sering dipengaruhi oleh pola makan dan gaya hidup yang tidak sehat.

Makalah ini melaporkan kasus kandidiasis mulut tipe polimorfik pada pasien yang sebelumnya tidak terdeteksi menderita DM dengan tujuan untuk memberikan gambaran kepada sejawat dokter gigi mengenai pentingnya identifikasi dini lesi mulut dan etiologinya terkait adanya latar belakang sistemik sehingga dapat memberikan penatalaksanaan yang tepat guna mencegah penyakit yang lebih parah.

LAPORAN KASUS

Seorang tokoh masyarakat laki-laki yang bekerja sebagai guru usia 57 tahun datang ke poli gigi dan mulut RSUP DR. Sardjito pada tanggal 19 Desember 2011 dengan keluhan kesulitan mengunyah makanan karena gigi sebelah kiri atas goyah. Dari anamnesis diperoleh informasi bahwa gigi sebelah kiri atas goyah tidak sakit sejak 1 bulan terakhir dan terasa lepas kira-kira sejak 1 minggu yang lalu dan tersangkut pada kawat gigi tiruan. Pasien menggunakan gigi tiruan sebagian lepasan (GTSL) rahang atas sejak ± 5 tahun yang lalu. Sejak awal pemakaian GTSL tidak pernah dilepas karena sukar dilepas. Oleh karena itu, prosedur perawatan dan pembersihan gigi tiruan sehari-hari tidak pernah dilakukan. Sebagai tokoh masyarakat yang sering berbicara di dalam forum, pasien merasa risih dengan kondisi tersebut di atas. Gigi goyah mengharuskan pasien konsumsi makanan yang halus. Pasien juga mengeluhkan bau mulut meskipun tidak mempunyai kebiasaan merokok. Kondisi umum pasien tampak sehat tetapi badan kurus. Tiga bulan terakhir pasien mengalami penurunan berat badan sebanyak 9 kg. Pemasangan GTSL dilakukan oleh seorang dokter gigi puskesmas di tempat tinggal pasien. Saat ini pasien tidak dalam perawatan medis ataupun minum obat-obatan jangka panjang.

Semua tanda vital dalam batas normal. Pe-

meriksaan limfonodi tidak menunjukkan kelainan. Pemeriksaan intra oral menunjukkan adanya *crenated lip* pada mukosa bibir bawah. Pada dorsum lidah tampak plak pseudomembran berwarna putih dan pada palatum durum tampak area eritematus dengan bercak putih. Palatum dan lidah sering terasa gatal sehingga lidah sering disikat dengan sikat gigi dan menjadi kemerahan tetapi selalu muncul kembali. Setelah disikat, lidah tampak kemerahan. Kebersihan mulut tampak buruk. Elemen gigi 24 avulsi dan gigi-gigi lainnya luksasi °3 (Gambar 1: A,B,C,D.)

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan intra oral, ditegakkan diagnosis kerja Kandidiasis Mulut dengan kombinasi tipe pseudomembranosa akut dan atrofik kronik. Perawatan lesi mulut diawali dengan pembersihan mulut dengan berkumur larutan perhidrol 3% dan pengusapan dengan kasa basah. Bercak putih pada palatum dapat terangkat, sedangkan plak putih di lidah sebagian terangkat dan meninggalkan area kemerahan. Kandidiasis mulut dirawat dengan pemberian antijamur topical dan instruksi pemeliharaan kebersihan mulut dengan berkumur larutan perhidrol 3% dan menyikat lidah. Pasien disarankan untuk melakukan pemeriksaan penunjang orthopantomogram (OPG) untuk evaluasi jaringan periodontal.

Pada kunjungan ke-2 pada tanggal 3 Januari 2012, kondisi umum pasien tampak sehat meskipun badan kurus. Pengukuran tanda vital dalam batas normal dan limfonodi tidak teraba. Mukosa palatum durum tampak bersih tanpa adanya bercak putih tetapi masih tampak kemerahan, sedangkan dorsum lidah masih terdapat plak putih memudar. Hasil OPG menunjukkan adanya resorpsi tulang rahang dan gigi-gigi yang tersisa hanya ditopang tulang alveolar ± 1/3 akar gigi sehingga gigi-gigi tersebut tidak dapat dipertahankan (Gambar 2: A,B,C) Berdasarkan pertimbangan hasil anamnesis dan temuan lesi mulut baik jaringan lunak maupun keras, pasien disarankan untuk melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah. Hasil pemeriksaan kadar glukosa darah (Tabel 1) pada hari yang sama diketahui bahwa pasien menderita *Diabetes mellitus* dan dirujuk ke bagian ilmu penyakit dalam. Untuk memperbaiki fungsi gigi dan mulut direncanakan pencabutan gigi setelah kadar glukosa darah terkontrol dan rehabilitasi dengan pembuatan gigi tiruan lengkap (GTL).

Tabel 1 Hasil pemeriksaan kadar glukosa darah tanggal 3 Januari 2012

Pemeriksaan	Kadar Glukosa Darah
HbA1C	10,7 %
Glukosa darah puasa	234 mg/dl
Glukosa darah post prandial	209 mg/dl

Pada kunjungan ke-3 tanggal 27 Februari 2012, pasien telah mendapatkan perawatan DM dengan insulin, keadaan umum pasien sehat tetapi tampak kurus. Pengukuran tanda vital dalam ba-

tas normal. Kadar glukosa darah terkontrol (Tabel 2). Permukaan mukosa palatum tampak sehat berwarna merah muda dan tidak ada perbedaan warna antara mukosa palatum durum dan palatum mole. Permukaan dorsum lidah tampak sehat berwarna merah normal. (Gambar 3: A,B) Perawatan dilanjutkan sesuai rencana perawatan yang telah ditentukan sebelumnya. Pencabutan gigi geligi menunjukkan penyembuhan jaringan tanpa komplikasi dan diikuti pembuatan tiruan yang baru. Setengah tahun kemudian, pasien melaporkan tidak ada keluhan dalam pengunyahan dan bau mulut.

Tabel 2 Hasil pemeriksaan kadar glukosa darah tanggal 24 Januari 2012 dan 27 Februari 2012

Pemeriksaan	Kadar Glukosa Darah	
	24 Januari 2012	27 Februari 2012
Glukosa darah puasa	148 mg/dl	150 mg/dl
Glukosa darah post prandial	180 mg/dl	172 mg/dl

PEMBAHASAN

Penemuan kasus ini diawali oleh keluhan ketidaknyamanan fungsi pengunyahan akibat gigi yang goyah. Nyeri, gangguan pengunyahan dan bicara sering menjadi alasan seseorang melakukan perawatan dental karena ketiga hal tersebut dapat mempengaruhi kualitas hidup.²³ Anamnesis menunjukkan adanya penggunaan gigi tiruan sebagian lepasan (GTSL) yang tidak tepat, pembersihan dan pemeliharaan gigi tiruan sehari-hari tidak dilakukan dengan baik sehingga memperburuk kebersihan rongga mulut. Gigi tiruan sebagian lepasan wajib dibersihkan setiap hari serta dilepas minimal 6 jam sehari.²⁴ Gigi tiruan mempunyai permukaan tidak teratur dan berpori sehingga mempermudah perlekatan candida.²⁵ Pemakaian gigi tiruan merupakan salah satu faktor predisposisi kandidiasis mulut meliputi \pm 65% pada orang tua pemakai gigi tiruan.²⁶ Pemakaian gigi tiruan tanpa pembersihan dan pemeliharaan yang benar dapat menciptakan lingkungan kondusif untuk berkembangbiakan candida yaitu lingkungan dengan oksigen rendah atau anaerob dan pH rendah.^{27,28}

Penegakan diagnosis kerja berupa kandidiasis mulut kombinasi tipe pseudomembranosa akut dan atrofik kronik didasarkan pada hasil anamnesis dan temuan klinis. Lesi kandidiasis sering muncul dengan lebih dari satu tipe.²⁹ Kandidiasis pseudomembranosa akut mempunyai gambaran klinis berupa plak putih seperti beludru atau bercak-bercak putih, terlokalisir atau menyebar pada mukosa rongga mulut dan lidah yang asimtomatik atau dapat menimbulkan rasa tidak nyaman, gatal sampai adanya sensasi terbakar.^{3,30} Plak putih mengandung deskwamasi sel-sel epitel, fibrin, dan hifa jamur yang dapat diangkat dengan meninggalkan area eritematus Kandidiasis tipe pseudomembranosa merupakan tipe kandidiasis yang

paling umum dan dapat mudah dikenali dengan pemeriksaan klinis.³¹ Kandidiasis atrofik kronik mempunyai gambaran klinis yang sangat karakteristik berupa area eritematus pada jaringan yang tertutup oleh gigi tiruan. Lesi ini sering tampak pada palatum atau permukaan mukosa mandibula. Area eritematus pada permukaan mukosa mulut disebabkan oleh adanya peningkatan vaskularisasi.^{16,31} Aplikasi nystatin sebagai antijamur topikal dengan aktifitas fungisid dan fungistatik efektif mempercepat resolusi kandidiasis mulut. Nystatin umum diberikan sebagai terapi awal kandidiasis mulut.³⁰

Pada saat datang pertama kali pasien tampak kurus. Anamnesis menunjukkan adanya penurunan berat badan tetapi tidak ada riwayat menderita penyakit sistemik dan pemakaian obat-obatan jangka panjang, serta tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit sistemik. Hasil OPG menunjukkan adanya kerusakan jaringan periodontal. Salah satu faktor predisposisi kandidiasis mulut adalah adanya penyakit endokrin seperti DM.^{16,17} Penyandang DM mengalami peningkatan kerentanan terhadap infeksi termasuk infeksi candida.³² Banyak penelitian telah melaporkan adanya peningkatan infeksi candida pada penyandang DM. Koloni candida banyak ditemukan dengan tingkat kepadatan yang tinggi pada penyandang DM daripada non DM.^{31,33,34,35} Berdasarkan anamnesis, adanya kandidiasis mulut kombinasi pseudomembranosa akut dan atrofik kronik menguatkan dugaan adanya infeksi oportunistik akibat DM. Penatalaksanaan kasus meliputi eliminasi faktor lokal, aplikasi antifungi topikal, perbaikan faktor predisposisi kandidiasis berupa pengendalian DM dengan dirujuk ke bagian ilmu penyakit dalam, dan pengembalian fungsi pengunyahan dan estetik dengan dirujuk ke bagian prostodonsia mengingat pasien merupakan seorang tokoh masyarakat yang sering bersosialisasi dengan banyak orang.

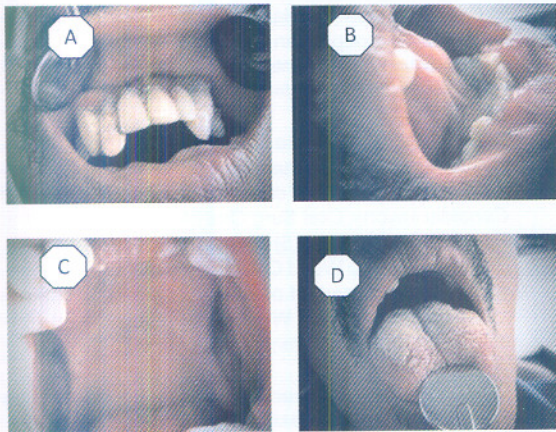
KESIMPULAN

Adanya keterkaitan antara keberadaan lesi mulut dengan kondisi sistemik perlu dipahami oleh para dokter gigi. Salah satunya adalah kandidiasis mulut merupakan infeksi oportunistik di mulut akibat penyakit sistemik DM. Anamnesis dan pemeriksaan klinis ekstra oral dan intra oral yang cermat disertai pemeriksaan penunjang yang sesuai diperlukan dalam upaya penegakan diagnosis yang tepat. Identifikasi dini lesi mulut terkait dengan latar belakang sistemik dapat membantu penderita mendapatkan perawatan lebih awal dan memadai sehingga tidak menjadi lebih parah.

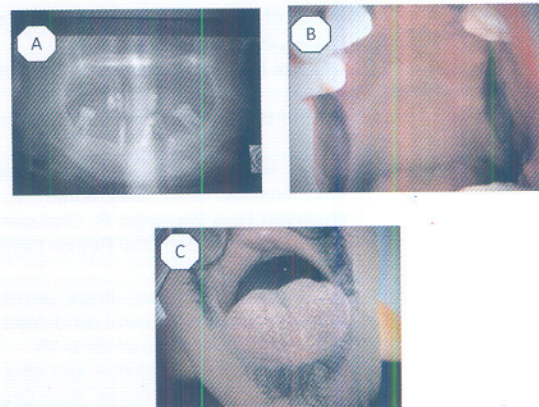
DAFTAR PUSTAKA

1. Epstein JB: *Antifungal therapy in oropharyngeal mycotic infections*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1990; 69:32-41.

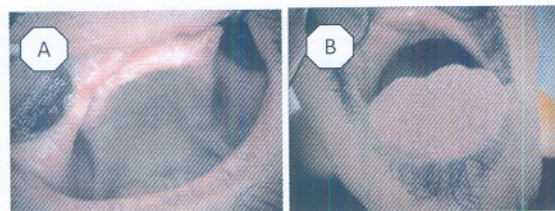
2. Guida RA: Candidiasis of the oropharynx and oesophagus. *Ear Nose Throat Journal*, 1988;67:832-40.
3. Muzyka BC: Oral fungal infections. *Dent. Clin. N. Am.* 2005; 49:49-65.
4. Odds FC: *Candida and candidiasis*. 2nd Ed., London, Bailliere Tindall, 1988.
5. Manning DJ, Coughlin RP, & Poskit EM: *Candida in mouth or on dummy?* Arch Dis Child 1985; 60:381-2.
6. Berdicevsky I, Ben-Aryeh H, & Sazargel R: *Oral candida in children*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1980; 57:37-40.
7. Lucas VS: Association of psychotropic drugs, prevalence of denture-related stomatitis and oral candidosis. *Community Dent Oral Epidemio*, 1993;21:313-16.
8. Arendorf TM & Walker DM: The prevalence and intra-oral distribution of *Candida albicans* in man. *Arch Oral Biol*, 1980;25:1-10.
9. Aldred MJ, Addy M, & Bagg J: Oral health in the terminally ill: a cross sectional pilot survey. *Spec Care Dentist*, 1991;11:59-62.
10. Cumming CG, Wight C, & Blackwell CL: *Denture stomatitis in the elderly*. Oral Microbiol Immunol, 1990;5:82-5.
11. Holbrook WP & Hjørleifsdottir DV: Occurrence of oral *Candida albicans* and other yeast-like fungi in edentulous patients in geriatric units in Iceland. *Gerodontics Journal*, 1986;2:153-6.
12. Rodu B, Carpenter JT, & Jones MR: The pathogenesis and clinical significance of cytologically detectable oral candida in acute leukaemia. *Cancer* 1988;62:2042-6.
13. Dupont B, Graybill JR, & Armstrong D: Fungal infections in AIDS patients. *J Med Vet Mycol* 1992; 30(suppl 1):19-28.
14. Powderly WG, Finklestein DM, & Feinberg J: A randomised trial comparing fluconazole with cotrimazole troches for the prevention of fungal infection in patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med*. 1995;332:700-5.
15. Ghannoum MA & Radwan SS: *Candida adherence to epithelial cells*. Boca Raton, FL: CRC Press, 1990.
16. Greenberg Martin S, Glick M, & Ship Jonathan A: *Oral Medicine*. 11 ed., BC Decker Inc, 2008: 84-79.
17. Akpan A & Morgan R: Oral candidiasis-Review. *Postgrad. Med. J.*, 2002; 78:455-459.
18. World Health Organization: *Definition, Diagnosis and Clasification of Diabetes Mellitus and its Complication*, WHO, Geneva, 1999.
19. American Diabetes Association: *The IDF Diabetes Atlas*, Edisi ke-5, 2011.
20. Scully C: *Medical Problems in Dentistry*. ed.6., Churchill Livingstone Elsevier, 2010.
21. Muller LM, Gorter KJ, Hak E, Goudzwaard WL, Schellevis FG, & Hoepelman AI: Increased risk of common infections in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus. *Clin Infect Dis*. 2005;41:281-8. DOI: 10.1086/431587.
22. Guggenheimer J, Moore PA, & Rossie K: *Insulin-dependent diabetes mellitus and oral soft tissue pathologies, II: prevalence and characteristics of Candida and Candidal lesions*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000;89(5):570-576.
23. Petersen PE: The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2003;32 Suppl 1:3-24.
24. Odman PA: The effectiveness of an enzyme containing denture cleaner. *Quintessence Int J*, 1992;23:187-90.
25. Stafford GD, Arendorf GD, & Huggett R: The effect of overnight drying and water immersion on candidal colonisation and properties of complete dentures. *J Dent* 1986;14:52-6.
26. Dreizen S: Oral candidiasis. *Am J Med* 1984;30:28-33.
27. Epstein JB: *Antifungal therapy in oropharyngeal mycotic infections*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1990;69:32-41.
28. Guida RA: Candidiasis of the oropharynx and oesophagus. *Ear Nose Throat J*, 1988;67:832-40.
29. Appleton SS: Candidiasis: pathogenesis, clinical characteristics, and treatment. *J Calif Dent Assoc*. 2000; 28:942-8.
30. McCullough MJ & Savage NW: Oral candidosis and the therapeutic use of antifungal agents in dentistry. *Aust. Dent. J.* 2005.
31. Samaranayake LP: Nutritional factors and oral candidiasis. *J Oral Pathol* 1986;15:61-5.
32. Scalabrino G, Bucellato FR, Veber D, & Mutti E: New basis of the neurotrophic action of vitamin B12. *Clin Chem Lab Med*, 2003; 41(11): 1435-7.
33. Samaranayake LP: *Host factors and oral candidosis*. In: Samaranayake LP, MacFarlane TW, (eds) Oral Candidosis. London: Wright; 1990: 66-103.
34. Rindum JL, Stenderup A, & Holmstrup P: Identification of *Candida albicans* types related to healthy and pathological oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 1994; 23: 406-412.
35. Kashima M, Takasahi H, Shimozuma M, Epstein WL, & Fukuyama K: Candidacidal activities of proteins partially purified from rat epidermis. *Infect Immun* 1989; 57: 186-190.



Gambar 1. Klamer GTSL pada 24 dan 34 (A), Kalkulus dan debris regio lingual anterior RB dan crenated lip pada mukosa bibir bawah (B), Area eritematus dengan bercak putih di palatum durum (C), Bercak dan plak putih pada dorsum lidah (D)



Gambar 2. Seluruh gigi yang tersisa hanya ditopang oleh tulang rahang \pm 1/3 akar gigi (A), Area eritematus pada palatum durum tanpa bercak putih (B), Plak putih pada dorsum lidah mulai menipis (C)



Gambar 3. Mukosa palatum tampak sehat berwarna merah muda (A), Mukosa dorsum lidah tampak sehat berwarna merah normal (B)

OO