

Original Article

# Multiple Deep Neck Space Abscesses Of Odontogenic Origin In An Elderly Patient: A Case Report

Abses Leher Dalam Multipel Akibat Infeksi Odontogenik pada Pasien Lanjut Usia: Laporan Kasus

Muhammad Destrian Cossandra<sup>1,5</sup>, Wifaqi Oktaria<sup>1,5</sup>, Meilina Wardhani<sup>1,6</sup>, Taufik Hidayat<sup>1,6</sup>, Melani Jalali<sup>1,6</sup>, Lilis Khairani<sup>2,7</sup>, Ahmad Ghiffari<sup>3</sup>, Liza Chairani<sup>4,8</sup>

<sup>1</sup>Departemen Telinga Hidung Tenggorokan Kepala dan Leher Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang

<sup>2</sup>Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang

<sup>3</sup>Departemen Parasitologi Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang

<sup>4</sup>Departemen Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang

<sup>5</sup>Departemen Telinga Hidung Tenggorokan Kepala dan Leher RS Muhammadiyah Palembang

<sup>6</sup>Departemen Telinga Hidung Tenggorokan Kepala dan Leher RSUD Palembang BARI

<sup>7</sup>Departemen Ilmu Penyakit Dalam RS Muhammadiyah Palembang

<sup>8</sup>Departemen Ilmu Kesehatan Anak RS Muhammadiyah Palembang

\*Corresponding Author:

Muhammad Destrian

Cossandra

Departemen Telinga Hidung  
Tenggorokan Kepala dan Leher Fakultas  
Kedokteran Universitas Muhammadiyah  
Palembang

Email: cosandra.ent@gmail.com

**Keyword:**

Deep Neck Space Abscess, Elderly,  
Multispace Abscess, Neck Abscess,  
Odontogenic Infection

**Kata Kunci:**

Abses Leher, Abses Multipel, Infeksi  
Leher Dalam, Infeksi Odontogenik,  
Lansia

© The Author(s) 2026

## Abstract

Deep neck space abscess are serious bacterial infections involving cervical fascial spaces and may lead to life-threatening complications. Recent evidence suggests that, despite antibiotic availability, the incidence of these infections remains significant and may be increasing, particularly due to odontogenic sources. We report a case of a 65-year-old male presenting with progressive neck swelling originating from untreated dental infection. Clinical examination and contrast-enhanced CT scan revealed multiple deep neck space infections involving bilateral submandibular, submental, left parapharyngeal, and supraclavicular spaces. Laboratory findings showed leukocytosis and hypoalbuminemia. The patient was managed with broad-spectrum intravenous antibiotics and surgical drainage. Odontogenic infection remains the leading cause of deep neck space abscess in adults. Multispace involvement is associated with higher risk of complications, including airway obstruction, sepsis, and mediastinitis. Notably, elderly patients may present with minimal systemic symptoms despite extensive infection, highlighting the importance of imaging. Epidemiological data from global and Indonesian studies indicate that deep neck space abscess continue to occur frequently, with odontogenic infections as the primary source. Multiple deep neck space abscess can present insidiously in elderly patients. Early diagnosis using CT imaging and prompt management with antibiotics and surgical drainage are essential. Prevention should focus on improving oral hygiene and controlling underlying comorbidities.

## Abstrak

Infeksi leher dalam merupakan infeksi bakteri serius yang melibatkan ruang fasial leher dan berpotensi menimbulkan komplikasi yang mengancam jiwa. Bukti terbaru menunjukkan bahwa insidensi penyakit ini tetap tinggi bahkan cenderung meningkat, terutama akibat infeksi odontogenik. Dilaporkan seorang laki-laki usia 65 tahun dengan keluhan pembengkakan leher yang berasal dari infeksi gigi yang tidak ditangani. Pemeriksaan klinis dan CT scan kontras menunjukkan abses multipel pada ruang submandibula bilateral, submentum, parafaring kiri, dan supraklavikula. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan leukositosis dan hypoalbuminemia. Pasien diterapi dengan antibiotik intravena spektrum luas dan drainase bedah. Infeksi odontogenik merupakan penyebab utama abses leher dalam pada dewasa. Keterlibatan multi-ruang berhubungan dengan risiko komplikasi yang lebih tinggi seperti obstruksi jalan napas, sepsis, dan mediastinitis. Pada pasien usia lanjut, gejala sistemik dapat minimal meskipun infeksi luas, sehingga peran imaging sangat penting. Data epidemiologi global dan nasional menunjukkan bahwa abses leher dalam masih sering ditemukan dengan sumber utama dari infeksi gigi. Abses leher dalam multipel dapat berkembang secara tersembunyi pada pasien usia lanjut. Diagnosis dini dengan CT scan dan tata laksana cepat berupa antibiotik serta drainase sangat penting. Pencegahan harus difokuskan pada perbaikan kebersihan gigi dan pengendalian komorbid.

**Article Info:**

Received : April 19, 2026

Revised : May 15, 2026

Accepted : May 20, 2026

Cendekia Medika: Jurnal STIKes Al-

Ma'arif Baturaja

e-ISSN : 2620-5424

p-ISSN : 2503-1392



This is an Open Access article  
distributed under the terms of the  
[Creative Commons Attribution-  
NonCommercial 4.0 International  
License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

## PENDAHULUAN

Epidemiologi terkini menunjukkan bahwa anggapan penurunan insidensi infeksi leher dalam pada era antibiotik tidak sepenuhnya tepat. Studi Pineda-Alvarado et al. (2021) melaporkan 42 kasus abses leher dalam dalam periode lima tahun di rumah sakit tersier, dengan angka mortalitas mencapai 8,33% dan risiko komplikasi lebih tinggi pada pasien dengan diabetes mellitus serta keterlibatan lebih dari tiga ruang leher.<sup>[1]</sup> Di Indonesia, studi di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang (2012–2015) menunjukkan bahwa abses leher dalam masih merupakan kasus yang cukup sering ditemukan dalam praktik klinis.<sup>[2]</sup> Data yang lebih mutakhir dari RSUD Dr. Saiful Anwar Malang periode 2020–2021 melaporkan 55 kasus dengan lokasi terbanyak pada ruang submandibular (58,18%) dan sebagian besar berasal dari infeksi gigi (90,9%).<sup>[3]</sup> Temuan serupa juga dilaporkan di RSUD M. Natsir periode 2020–2023, di mana infeksi odontogenik tetap menjadi penyebab utama.<sup>[4]</sup> Abses leher tetap merupakan masalah klinis yang signifikan terutama berkaitan dengan buruknya kesehatan gigi dan meningkatnya prevalensi penyakit komorbid.<sup>[5]</sup>

Pada orang dewasa, sumber infeksi tersering saat ini adalah infeksi odontogenik, sedangkan sumber tonsil dan faring lebih dominan pada anak.<sup>[6]</sup> Infeksi odontogenik, terutama dari molar mandibula dan penyakit periodontal, dapat menyebar ke ruang submandibular, buccal, masticator, parafaring, bahkan ke ruang retrofaring dan mediastinum melalui jalur fasial leher.<sup>[7]</sup> Secara anatomi, penyebaran infeksi pada leher dipengaruhi oleh hubungan antarruang fasial. Fasia alar memisahkan ruang retrofaring sejati dari danger space, dan bila infeksi menembus area ini, penyebaran ke mediastinum dapat terjadi dengan cepat.<sup>[8]</sup> Pemahaman terhadap anatomi ini penting untuk menjelaskan luas penyebaran infeksi dan risiko komplikasi berat pada pasien dengan

abses multipel.<sup>[9]</sup>

Penelitian retrospektif tahun 2024 menunjukkan bahwa pasien dengan infeksi leher dalam sering memiliki komorbiditas, terutama diabetes, dan bahwa keterlibatan multi-ruang meningkatkan durasi rawat inap dan kebutuhan intervensi bedah.<sup>[10]</sup> Studi prospektif tahun 2026 dari Mesir juga menunjukkan bahwa infeksi submandibula bilateral berhubungan dengan komplikasi yang lebih sering dan mortalitas yang lebih tinggi dibandingkan keterlibatan unilateral.<sup>[11]</sup> Meta-analisis tahun 2025 menegaskan bahwa usia lanjut, diabetes mellitus, keterlibatan banyak ruang, dan peningkatan biomarker inflamasi seperti WBC, neutrofil, dan CRP merupakan faktor risiko independen untuk komplikasi.<sup>[12]</sup>

Dalam praktik klinis, *Computed Tomography (CT) Scan* leher dengan merupakan modalitas utama untuk menilai luas infeksi, membedakan selulitis dari abses, dan membantu menentukan rencana drainase.<sup>[13]</sup> CT kontras dimanfaatkan untuk modalitas diagnostik utama, kombinasi antibiotik spektrum luas yang mencakup bakteri aerob dan anaerob, serta drainase abses sebagai inti tata laksana.<sup>[14]</sup> Selain itu, evaluasi jalan napas harus selalu menjadi prioritas, terutama pada infeksi submandibula dan odontogenik karena lokasi ini berisiko tinggi menyebabkan obstruksi jalan napas.<sup>[12]</sup> Keunikan kasus ini terletak pada luasnya keterlibatan ruang leher pada pasien lanjut usia dengan gejala sistemik minimal, sehingga memberikan pembelajaran klinis mengenai pentingnya kewaspadaan diagnostik dan pencitraan dini pada infeksi odontogenik.

## PRESENTASI KASUS

Seorang laki-laki berusia 65 tahun datang ke rumah sakit dengan keluhan utama pembengkakan pada bawah rahang dan leher sejak 5 hari sebelum masuk rumah sakit. Keluhan diawali oleh nyeri pada gigi molar kanan bawah sejak 2 minggu sebelum masuk rumah sakit, diikuti

pembengkakan pada pipi kanan yang meluas ke rahang dan dagu. Lima hari sebelum masuk rumah sakit, pembengkakan meluas ke leher kiri, disertai nyeri, kemerahan, rasa hangat, dan keluaran pus. Pasien mengeluhkan nyeri saat menelan dan mengunyah serta kesulitan membuka mulut ringan (trismus  $\pm 3$  jari). Tidak terdapat sesak napas, demam, maupun gangguan menelan berat. Saat masuk rumah sakit, pasien dalam keadaan umum cukup, dengan indeks massa tubuh  $16,54 \text{ kg/m}^2$ , yang menunjukkan status gizi kurang. Data tanda vital lengkap saat masuk berupa

tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, suhu tubuh, dan saturasi oksigen dalam batas normal.

Riwayat penyakit dahulu menunjukkan pasien pernah mengalami serangan jantung pada tahun 2023. Riwayat komorbid lain, termasuk hipertensi, penyakit ginjal kronik, serta riwayat penggunaan obat rutin tidak tersedia. Riwayat penggunaan antibiotik sebelum masuk rumah sakit dan riwayat merokok tidak tersedia. Kebiasaan pasien menunjukkan kebersihan gigi dan mulut yang buruk.



**Gambar 1: Foto klinis leher sebelum dan sesudah drainase.**

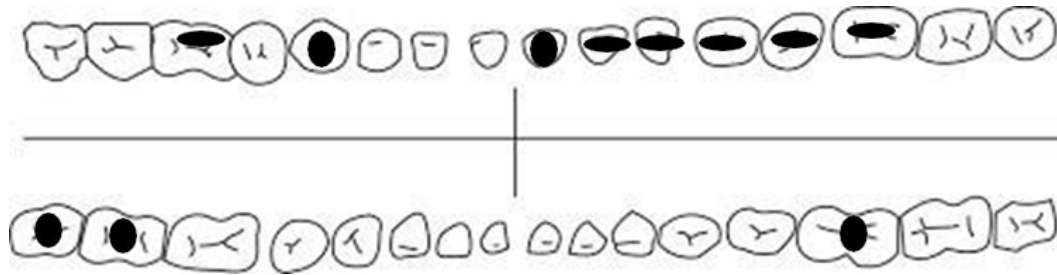
Pemeriksaan fisik menunjukkan keadaan umum cukup dengan IMT  $16,54 \text{ kg/m}^2$ . Pada pemeriksaan tampak pembengkakan besar di bawah dagu dan leher kiri. Pada leher tampak pembengkakan difus regio submandibula dan submentum berukuran  $\pm 5 \times 4 \times 1 \text{ cm}$ , konsistensi fluktuatif, nyeri tekan, dan pus positif (lihat gambar 1). Pemeriksaan jalan napas menunjukkan tidak terdapat sesak napas, stridor, atau tanda obstruksi jalan napas akut secara klinis. Pasien masih dapat mempertahankan jalan napas spontan. Namun, karena abses melibatkan ruang submandibula dan parafaring, risiko gangguan jalan napas tetap menjadi perhatian selama perawatan.

Pemeriksaan intraoral menunjukkan kebersihan mulut buruk, karies gigi multipel, kalkulus gigi, dan gingiva eritematosa. Ditemukan sisa akar dan

karies pada beberapa gigi molar. Tingginya jumlah karies dan sisa akar mendukung infeksi odontogenik sebagai sumber abses leher dalam multipel pada pasien ini (lihat gambar 2).

Pemeriksaan laboratorium menunjukkan leukositosis sebesar  $16,47 \times 10^3/\mu\text{L}$ , neutrofil 81%, albumin  $2,7 \text{ g/dL}$  yang menunjukkan hipoalbuminemia, ureum  $91 \text{ mg/dL}$ , serta PT/INR 1,47. Pemeriksaan gula darah sewaktu atau parameter diabetes mellitus tidak tersedia. Radiografi jaringan lunak leher menunjukkan massa jaringan lunak dengan *air bubble* (gelembung udara). CT scan leher dengan kontras memperlihatkan lesi kistik inhomogen dengan komponen udara pada ruang submandibula, colli kiri, hingga supraklavikula dengan ukuran  $\pm 8,7 \times 6,9 \text{ cm}$  (lihat gambar 3). Pasien kemudian menjalani insisi, eksplorasi, dan drainase

abses leher dalam.



Gambar 2. Odontogram pasien yang menunjukkan karies multipel dan sisa akar gigi.



Gambar 3. CT scan leher dengan kontras yang menunjukkan abses multipel.

Saat operasi ditemukan koleksi abses dengan kapsul dan batas jelas terhadap jaringan sekitar. Warna kulit tampak normal, dan ukuran pembengkakan residual sekitar 4×4×1cm dan kedua luka tampak mengeluarkan cairan (fluktuatif). Diagnosis akhir adalah multipel abses leher dalam melibatkan ruang submandibula bilateral, submentum, parafaring kiri, dan supraklavikula kiri.

Pasien mendapat terapi berupa edukasi, istirahat, pemenuhan cairan intravena, analgesik (ketorolac), antibiotik ceftriaxone 1g dua kali sehari dan metronidazole 500mg tiga kali sehari, serta drainase abses. Kultur pus dan uji sensitivitas tidak dilakukan, sehingga

etiologi mikrobiologis serta pola sensitivitas antibiotik tidak dapat ditentukan secara pasti (lihat gambar 4).

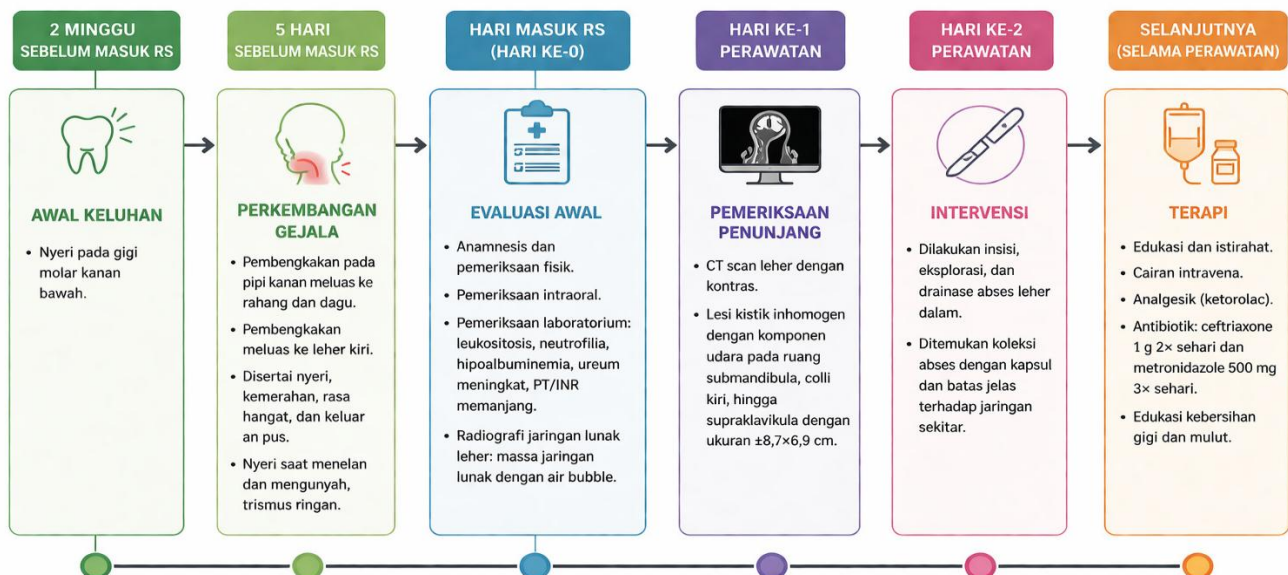
Pada evaluasi pasca-drainase, tampak dua luka insisi, yaitu satu pada garis tengah submentum dan satu pada leher kiri. Jaringan sekitar masih tampak bengkak, dengan pembengkakan residual sekitar 4 × 4 × 1 cm. Kedua luka tampak mengeluarkan cairan, namun warna kulit sekitar tampak normal. Secara klinis, tidak ditemukan tanda gangguan jalan napas pasca-tindakan. Edukasi kebersihan gigi dan mulut diberikan sebagai pencegahan. Pasien telah memberikan *informed consent* untuk publikasi data klinis dan gambar yang digunakan dalam laporan kasus ini.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Infeksi dan abses leher dalam (*deep neck space infections/DNSIs, and abscesses*) merupakan infeksi bakteri serius yang mengenai kompartemen fasial leher dan dapat berkembang cepat menjadi komplikasi yang mengancam jiwa.<sup>[11]</sup> Kasus ini memiliki keunikan berupa keterlibatan multi-ruang luas pada pasien usia lanjut tanpa gejala sistemik yang menonjol. Presentasi klinis yang relatif ringan meskipun terdapat penyebaran luas merupakan fenomena yang jarang dilaporkan dan berpotensi menyebabkan keterlambatan diagnosis. Pada era antibiotik, infeksi odontogenik merupakan etiologi utama infeksi leher dalam pada orang dewasa.<sup>[6]</sup> Meta-analisis terbaru menunjukkan bahwa infeksi periapikal molar mandibula dan penyakit periodontal dapat menyebar ke ruang submandibular, buccal, masticator, dan parafaring.<sup>[15]</sup> Studi prospektif Atef et al. (2026) juga menunjukkan bahwa sumber odontogenik tetap dominan dan bahwa tindakan terhadap fokus primer, termasuk pencabutan gigi, merupakan bagian penting tata laksana.<sup>[11]</sup> Selain itu, infeksi leher dalam umumnya bersifat polimikrobal, dengan kuman yang sering

dilaporkan antara lain *Streptococcus spp., Staphylococcus aureus, Bacteroides spp., Fusobacterium spp.*, dan beberapa bakteri gram-negatif.<sup>[16]</sup> Penyakit ini dapat menyebar ke struktur vital, termasuk jalan napas, pembuluh darah besar, dan mediastinum, sehingga memerlukan diagnosis dan tata laksana segera.

Pada kasus ini, abses melibatkan ruang submandibula bilateral, submentum, parafaring kiri, dan supraklavikula kiri. Keterlibatan multi-ruang seperti ini penting secara prognostik karena berbagai studi menunjukkan bahwa infeksi yang melibatkan beberapa ruang leher berkorelasi dengan risiko komplikasi yang lebih tinggi, termasuk obstruksi jalan napas, mediastinitis, dan sepsis.<sup>[17]</sup> Meta-analisis menunjukkan bahwa keterlibatan banyak ruang merupakan faktor risiko independen komplikasi;<sup>[12]</sup> sementara studi prognostik Can et al. (2025) menegaskan bahwa keterlibatan ruang submandibular, carotid, dan parapharyngeal berhubungan dengan peningkatan mortalitas.<sup>[14]</sup> Meskipun pasien ini tampak tidak toksik, distribusi anatomis abses menempatkan pasien dalam kelompok berisiko tinggi.



Gambar 4. Lini waktu yang merangkum perjalanan penyakit, pemeriksaan, intervensi, dan follow-up

Manifestasi klinis khas infeksi leher dalam meliputi nyeri leher, odinofagia, disfagia, trismus, pembengkakan leher, demam, dan pada kasus berat disertai gangguan napas. Namun, ketiadaan demam tidak menyingkirkan penyakit berat. Pada pasien usia lanjut atau pasien yang sudah menerima antibiotik empiris sebelumnya, gejala sistemik dapat minimal meskipun infeksi sudah luas.<sup>[11]</sup> Hal ini konsisten dengan kasus ini, di mana pasien tidak mengalami demam atau sesak napas meskipun CT menunjukkan keterlibatan beberapa ruang.<sup>[18]</sup> Penelitian Emekli dkk. menegaskan bahwa infeksi leher dalam sering bermula sebagai selulitis dan berkembang menjadi abses apabila tidak ditangani; oleh karena itu, membedakan selulitis dari abses sangat penting. Selulitis umumnya dapat diobati dengan antibiotik, sedangkan abses memerlukan drainase. Dibandingkan literatur, kondisi ini relatif tidak lazim karena sebagian besar kasus serupa disertai tanda toksisitas sistemik.<sup>[19,20]</sup> Hal ini kemungkinan terkait dengan respons inflamasi yang menurun pada pasien usia lanjut. Kondisi seperti ini menegaskan pentingnya kewaspadaan klinis dan evaluasi radiologis pada pasien dengan gejala lokal yang menetap.

Pemeriksaan pencitraan memegang peran sentral dalam diagnosis. CT leher dengan kontras merupakan modalitas pilihan karena dapat menilai luas penyebaran infeksi, membantu membedakan abses dari selulitis, dan menentukan jalur drainase.<sup>[10]</sup> Kehadiran *air bubble* dalam abses, seperti tampak pada CT pasien ini, merupakan tanda tidak langsung infeksi anaerob namun bisa juga berasal dari sumber lain; kultur dan uji sensitivitas diperlukan untuk memastikan etiologi.<sup>[21]</sup> Infeksi leher dalam sering bermula sebagai selulitis dan berkembang menjadi abses apabila tidak ditangani.<sup>[22]</sup> Radiologi modern merekomendasikan agar CT mencakup area hingga mediastinum atau arkus aorta bila terdapat kecurigaan penyebaran inferior.<sup>[23]</sup> Tanda CT yang membedakan

selulitis dari abses, yaitu *fat stranding*, koleksi cairan, limfadenopati nekrotik, rim enhancement pada abses, kompromi jalan napas, dan deviasi struktur midline.<sup>[24]</sup> Pada selulitis, tampak hanya infiltrasi lemak tanpa koleksi cairan; sedangkan pada abses tampak lesi berisi cairan dengan dinding tebal dan *enhancement* kuat. Selain itu, perlu diingat bahwa massa lain seperti kista epidermoid, kista dentigerous, kista branchial, dan jaringan limfoid reaktif dapat meniru abses dan harus dipertimbangkan dalam diagnosis banding.<sup>[22]</sup> CT dada bersama CT leher dibutuhkan untuk menilai penyebaran ke mediastinum, karena *mediastinal abscess formation* adalah prediktor perjalanan klinis berat dan mortalitas tinggi.<sup>[23]</sup> Pelajaran klinis utama dari kasus ini adalah pentingnya kewaspadaan terhadap infeksi berat meskipun gejala tampak ringan, serta peran krusial CT scan dalam menentukan diagnosis dan tata laksana

Penatalaksanaan infeksi leher dalam harus mencakup tiga pilar utama, yaitu kontrol jalan napas, antibiotik spektrum luas dan drainase abses.<sup>[7]</sup> Literatur modern menekankan bahwa pengamanan jalan napas merupakan prioritas, terutama bila terdapat stridor, edema laring, atau progresivitas cepat.<sup>[18]</sup> Pada kasus ini, strategi *airway* tidak dijelaskan secara rinci, sehingga hal tersebut dapat dicatat sebagai kekurangan pelaporan.

Regimen antibiotik empiris pada infeksi leher dalam harus mencakup flora aerob dan anaerob rongga mulut, terutama *Streptococcus*, *Staphylococcus aureus*, *Bacteroides* dan *Fusobacterium*.<sup>[7]</sup> Kombinasi ampicillin-sulbactam plus metronidazol, klindamisin, atau ceftriaxone plus metronidazol merupakan pilihan yang sering direkomendasikan.<sup>[10]</sup> Pada kasus ini, pemberian ceftriaxone 1 g dua kali sehari dan metronidazol 500 mg tiga kali sehari sudah sesuai secara spektrum.<sup>[14]</sup> Ketorolac sebagai analgesik juga masih dapat diterima. Namun, penggunaan metilprednisolon dosis tinggi dan ranitidin

tidak termasuk komponen rutin tata laksana infeksi leher dalam; steroid umumnya dipertimbangkan bila terdapat edema jalan napas atau indikasi khusus lain semisal pada anak, sedangkan ranitidin tidak memengaruhi perjalanan penyakit.

Drainase abses merupakan tindakan definitif untuk mencapai *source control*. Pada abses yang besar, multipel, atau melibatkan banyak ruang, insisi dan eksplorasi terbuka lebih tepat dibandingkan aspirasi sederhana.<sup>[25]</sup> Pada kasus ini, rujukan ke THT untuk insisi dan drainase sudah sesuai dengan prinsip tata laksana. Selain itu, edukasi kebersihan gigi dan mulut, penghentian merokok, perbaikan status nutrisi, dan penanganan fokus odontogenik merupakan langkah penting untuk mencegah kekambuhan.<sup>[7]</sup> Di sinilah laporan kasus ini memiliki nilai klinis, karena menegaskan bahwa pengobatan tidak boleh berhenti pada drainase saja, tetapi harus mencakup eliminasi sumber primer.

Faktor risiko utama komplikasi pada kasus ini meliputi usia lanjut, kemungkinan komorbid metabolik, oral hygiene buruk, hipoalbuminemia, leukositosis, dan keterlibatan multi-ruang. Meta-analisis menunjukkan bahwa diabetes mellitus, usia lanjut, keterlibatan banyak ruang, serta peningkatan WBC, neutrofil, dan CRP merupakan penanda penting risiko sepsis dan mediastinitis.<sup>[15]</sup> Literatur lain juga menunjukkan bahwa mortalitas umum infeksi leher dalam berkisar rendah pada kasus tanpa komplikasi berat, tetapi dapat meningkat nyata pada pasien dengan mediastinitis atau syok septik.<sup>[14]</sup> Mortalitas umum infeksi leher dalam berkisar 2–5%, tetapi dapat meningkat hingga 40% pada kasus dengan mediastinitis atau syok septik.<sup>[26]</sup> Studi prognostik menunjukkan bahwa *involvement multi-space*, isolasi *Bacteroides fragilis*, dan peningkatan CRP/neutrofil merupakan faktor prognostik negatif.<sup>[25]</sup> Berdasarkan hal tersebut, prognosis kasus ini masih dapat dinilai *dubia ad bonam*, tetapi dengan

catatan bahwa pasien harus dipantau ketat untuk mendeteksi deteriorasi dini.

Laporan kasus ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, karena merupakan laporan kasus tunggal, temuan tidak dapat digeneralisasikan ke populasi yang lebih luas. Kedua, kultur pus dan uji sensitivitas tidak dilakukan, sehingga etiologi mikrobiologis serta pola sensitivitas antibiotik tidak dapat ditentukan secara pasti. Ketiadaan data mikrobiologis ini membatasi evaluasi terhadap pemilihan antibiotik definitif dan kemungkinan kekambuhan. Selain itu, durasi tindak lanjut yang terbatas juga membatasi penilaian luaran jangka panjang pasien. Dalam penelitian mendatang dapat dilakukan dengan desain studi kohort atau seri kasus dengan ukuran sampel lebih besar, kultur rutin, evaluasi outcome jangka panjang, dan analisis faktor risiko lokal agar bukti klinis menjadi lebih kuat.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Multipel abses leher dalam akibat infeksi odontogenik pada pasien usia lanjut dapat berkembang dengan gejala sistemik minimal tetapi memiliki risiko komplikasi tinggi. Keterlibatan multi-ruang, biomarker inflamasi tinggi, dan komorbiditas seperti diabetes dan malnutrisi meningkatkan risiko mortalitas. CT kontras merupakan modalitas penting untuk menentukan luas keterlibatan ruang leher dan membantu perencanaan drainase. Tata laksana cepat berupa evaluasi jalan napas, pemberian antibiotik spektrum luas, drainase abses, dan eliminasi sumber odontogenik sangat penting untuk mencegah komplikasi berat dan kematian.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Pineda-Alvarado A, Lugo-Machado JA, Canché-Martin E, Quintero JZ, Arellano-Ridriguez I, Lizárraga LL. Prevalence, morbidity and mortality of deep neck abscess in a tertiary hospital from Northwestern Mexico.

- Romanian Journal of Rhinology. 2021;11(41):41–6.
2. Sriwijaya MK, Arliando MA, Utama DS, Dokter P, Kedokteran F. Prevalensi Abses Leher Dalam di RSUP dr. Mohammad Hoesin Palembang Periode 1 Januari 2012–31 Desember 2015. *Majalah Kedokteran Sriwijaya*. 2017;3:124–33.
  3. Prasetyo H, Surjotomo H. Karakteristik Penderita Abses Leher Dalam pada Bagian THT-KL RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Periode 1 Januari 2020–31 Desember 2021. *Malang Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery Journal*. 2024;3(2):1–6.
  4. Sari JTY. Karakteristik Pasien Abses Leher Dalam Di Bangsal THT RSUD M. Natsir 2020-2023. *Scientific Journal*. 2024;3(5):314–21.
  5. Jin L, Chang Y, Zhao Y, Fan K, Lu J, Wang Y, et al. Clinical Features of Severe Deep Neck Space Infection: Five Clinical Cases and Our Experience in Their Management. *Open Access Emergency Medicine*. 2024;Volume 16:257–66. doi:10.2147/OAEM.S476737
  6. Almuqamam M, Gonzalez FJ, Sharma S, Kondamudi NP. Deep neck infections. In: *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing; 2024.
  7. Mohamed D, McDowell RH, Winters R, Hyser MJ. Neck Abscess [Internet]. 2026 [cited 2026 Apr 19]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459170/> PubMed PMID: 29083634.
  8. Phan T, Lay J, Scali F. The alar fascia and danger space: a modern review. *Cureus*. 2022;14(12).
  9. Mnatsakanian A, Minutello K, Black AC, Bordoni B. Anatomy, head and neck, retropharyngeal space. In: *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing; 2023.
  10. Aksoy A, Demirkıran BB, Bora A, Doğan M, Altuntaş EE. Comprehensive evaluation of deep neck infections: A retrospective analysis of 111 cases. *Laryngoscope Investig Otolaryngol*. 2024;9(5). doi:10.1002/lio2.70027
  11. Atef A, Fathy HA, Abo Hussien AA, Sourial MS. Demographic and risk factor analysis of deep neck space infections at Cairo university hospitals. *The Egyptian Journal of Otolaryngology*. 2026;42(1):96. doi:10.1186/s43163-026-01077-5
  12. Wang Y, Li Z, Chen Y, Zhang H, Zhang B, Hou S, et al. Evaluating the risk factors for complications of patients with oral and maxillofacial space infections: a systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health*. 2025;25(1):1115. doi:10.1186/s12903-025-06521-1
  13. Eissa L, Mehanna AM. Biphasic CT imaging of deep neck infections (DNIs): how does dual injection mode helps in differentiation between types of collections? *The Egyptian Journal of Otolaryngology*. 2020;36(1):40. doi:10.1186/s43163-020-00047-9
  14. Can S, Erbatur ME, Ayral M, Kozan G, Budak S, Akdağ M. Poor Prognostic Indicators Associated with Increased Mortality in Deep Neck Abscesses. *The Anatolian Journal of General Medical Research*. 2025. doi:10.4274/anatoljmed.2025.96158
  15. Cobzeanu BM, Moisii L, Palade OD, Ciofu M, Severin F, Dumitru M, et al. Management of Deep Neck Infection Associated with Descending Necrotizing Mediastinitis: A Scoping Review. *Medicina (B Aires)*.

- 2025;61(2):325.  
doi:10.3390/medicina61020325
16. Christian JM, Goddard AC, Gillespie MB. Deep neck and odontogenic infections. Flint PW, Haughey BH, Lund V, Niparko JK, Robbins KT, Thomas JR, Lesperance MM, Philadelphia: Elsevier Inc. 2015;164–75.
  17. Celakovsky P, Kalfert D, Tucek L, Mejzlik J, Kotulek M, Vrbacky A, et al. Deep neck infections: risk factors for mediastinal extension. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2014;271(6):1679–83. doi:10.1007/s00405-013-2651-5
  18. Hariprasad R, Vijayakumar M, Dharshana R, Safana A, Hari Meyyappan M, Meena Nandini R. Navigating the airway maze: challenges and strategies in deep neck space infections. *Cureus*. 2024;16(10).
  19. Boscolo-Rizzo P, Stellin M, Muzzi E, Mantovani M, Fuson R, Lupato V, et al. Deep neck infections: a study of 365 cases highlighting recommendations for management and treatment. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2012;269(4):1241–9. doi:10.1007/s00405-011-1761-1
  20. Velhonoja J, Lääveri M, Soukka T, Irjala H, Kinnunen I. Deep neck space infections: an upward trend and changing characteristics. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2020;277(3):863–72. doi:10.1007/s00405-019-05742-9
  21. Bilegan A, Pop CR, Petrescu B. Mapping the bubbles: soft-tissue lesions which encompass air-a pictorial review. In. *European Congress of Radiology-ECR 2019*; 2019.
  22. Emekli E, Serçek M, Arslan H. Clinical and Radiological Evaluation of Abscesses Detected on Computed Tomography in Neck Infections. *Journal of Clinical Practice and Research*. 2026;573–80. doi:10.14744/cpr.2025.59275
  23. Gehrke T, Scherzad A, Hagen R, Hackenberg S. Deep neck infections with and without mediastinal involvement: treatment and outcome in 218 patients. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2022;279(3):1585–92. doi:10.1007/s00405-021-06945-9
  24. Zyada W, Helal R, Mugahid A, Abouelhoda PM, Abdelhaleem B, Salah S. Role of radiology in the assessment of deep neck infections. In. *European Congress of Radiology-ECR 2020*; 2020.
  25. Hussain F, Mohiuddin A, Huang A, Monday L. Addressing Barriers to Care in Odontogenic Infections: The Impact of Timely Surgical Intervention on Reducing Hospital Readmissions in Vulnerable Populations. *Cureus*. 2025. doi:10.7759/cureus.86662
  26. Karapantzios I, Karapantzou C, Zarogoulidis P, Karanikas M, Thomaidis V, Tsiouda T. Deep neck infections and abscess: case series and up to date commentary. *Ann Res Hosp*. 2017;1(3).