

IMPETIGO KRUSTOSA : LAPORAN KASUS

IMPETIGO CRUSTOSA: CASE REPORT

Muh. Alif Firdaus¹, Zakiani Zakka², Asrawati Sofyan², Ary Anggara³, Rahma⁴, Ma'arifah Nadjar⁵

¹Program Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako-Palu, Sulawesi tengah, Indonesia, 94118

²Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin, Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako-Palu, Indonesia, 94118

³Departemen Infeksi Tropis dan Traumatologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako-Palu, Sulawesi Tengah, Indonesia, 94118

⁴Departemen Pediatri, Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako-Palu, Sulawesi Tengah, Indonesia, 94118

⁵Departemen Ilmu Kesehatan Kulit Dan Kelamin, Rumah Sakit Umum Daerah Morowali, kabupaten Morowali-Bungku Tengah, Sulawesi Tengah, Indonesia, 94973

Correspondent Author: aliffirdaus9998@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Impetigo is a superficial pyoderma that commonly infects children, especially preschoolers. Its global prevalence is estimated at 11.2%, and the incidence in children (12.3%) is twice as high as in adults (4.9%). Crusted impetigo accounts for nearly 70% of cases, and its progression varies depending on climate.

Case Description: A child presented with fluid-filled, red, and itchy bumps. This complaint was accompanied by redness on the skin of his hands, accompanied by small, fluid-filled bumps. These small bumps ruptured, oozing pus or fluid, then dried, leaving thick, honey-yellow scabs when peeled off. Dermatological examination revealed erythematous vesicles ranging in size from miliary to lenticular in shape, with an irregular, generalized distribution. Erythematous macules with thick crusts, with a honey-like appearance, were observed on the anteroinferior labia. This patient was given topical therapy in the form of 2% fusidic acid applied three times daily to the lesion area, and oral therapy in the form of amoxicillin syrup 125 mg/5 ml three times a day for 1 1/2 hours.

Conclusion: Crusted impetigo is a superficial pyogenic infection. First-line therapy includes topical and systemic antibiotics. Post-streptococcal glomerulonephritis can be a complication.

Keywords: impetigo, superficial pyoderma, erythematous vesicles.

ABSTRAK

Pendahuluan : Impetigo adalah *pioderma superficialis* yang banyak menginfeksi anak-anak terutama prasekolah dengan prevalensi secara global diperkirakan 11,2% dan angka kejadian pada anak-anak (12,3%) dua kali lipat lebih tinggi dari kejadian pada orang dewasa (4,9%). *Impetigo krustosa* terhitung hampir 70% dan perkembangannya bervariasi sesuai dengan keadaan iklim.

Deskripsi Kasus : Seorang anak datang dengan keluhan benjolan berisi air, kemerahan dan disertai rasa gatal. Keluhan tersebut disertai adanya kemerahan dibagian kulit tangannya, disertai benjolan-benjolan kecil yang berisi air. Benjolan kecil ini didapatkan pecah, mengeluarkan isi nanah atau cairan, kemudian mengering dan meninggalkan keropeng tebal berwarna kuning seperti

madu, jika keropeng ini dikelupas. Status dermatologis didapatkan adanya tampilan *vesikel eritematosa* dengan ukuran *miliar* hingga *lenticular* bentuk irregular dan tersebar generalisata. Pada *anteroinferior labium oris* tampak *macula eritematosa* disertai dengan *crusta* tebal dengan gambaran *honey appereance*. Pada pasien ini diberikan terapi topikal berupa *asam fusidat 2%* yang diaplikasikan 3x oles dalam sehari pada daerah lesi, dan terapi oral berupa *amoxicillin* sirup 125mg/5ml 3x 1 1/2 cth.

Kesimpulan : Impetigo krustosa adalah penyakit infeksi piogenik superficial. Terapi lini pertama yang dapat diberikan berupa antibiotik topikal dan sistemik. Komplikasi yang dapat ditimbulkan adalah *glomerulonephritis pasca streptococcus*.

Kata Kunci : *impetigo, pioderma superficialis, vesicel eritematosa.*

PENDAHULUAN

Impetigo adalah salah satu infeksi kulit yang paling umum. Penyakit ini sangat menular dan kebanyakan menyerang anak-anak kecil dan bayi, terutama anak-anak prasekolah. Prevalensi global impetigo diperkirakan sebesar 11,2%, dengan prevalensi 2,5 kali lebih tinggi pada anak-anak (12,3%) dibandingkan dengan orang dewasa (4,9%). Namun, karena studi yang jarang dan usang, angka prevalensi dan insidensi di negara-negara berpenghasilan tinggi mungkin terlalu tinggi. Memang, perkiraan prevalensi global impetigo terutama didasarkan pada anak-anak yang tinggal di daerah tropis dengan sumber daya terbatas, kondisi hidup yang padat, kebersihan yang buruk, dan kemiskinan sosial-ekonomi ⁽¹⁾.

Impetigo krustosa atau impetigo contagiosum tidak disertai gejala umum dan hanya terdapat pada anak. Tempat predileksi di wajah, yakni di sekitar lubang hidung dan mulut karena dianggap sumber infeksi dari daerah tersebut. Kelainan kulit berupa eritema dan vesikel yang cepat memecah sehingga jika penderita datang berobat yang terlihat ialah krusta tebal berwarna kuning seperti madu. Jika dilepaskan tampak erosi di bawahnya. Sering krusta menyebar ke perifer dan sembuh di bagian tengah ⁽²⁾.

Tujuan dari laporan kasus ini adalah

mempresentasikan gambaran klinis, diagnosis, dan terapi pada impetigo krustosa yang ditemukan di poliklinik kulit dan kelamin RS Sindhu Trisno pada anak usia 3 tahun 6 bulan.

LAPORAN KASUS

Pasien anak usia 3 tahun 6 bulan datang dengan keluhan benjolan yang berisi air dan beberapa sudah menjadi keropeng kulit yang menebal berwarna kuning kemerahan disertai rasa gatal yang terjadi secara terus menerus. Area keropeng kulit dan benjolan berisi air tersebut awalnya terkena pada bagian tangan namun telah menyebar ke wajah akibat seringnya mendapat garukan dari anak tersebut. Tinjauan pemeriksaan dermatologis ditemukan pada *regio fascialis* Tampak *vesikel eritematosa* dengan ukuran *miliar* hingga *lenticular* bentuk *irregular* dan tersebar *generalisata*.

Pada *anteroinferior labium oris* tampak *macula eritematosa* disertai dengan *crusta* tebal dengan gambaran *honey appereance*. Pada *Eksremitas anterior at regio palmaris dextra et sinistra* tampak *makula eritematosa* dan beberapa bagian mengalami *hiperpigmentasi* disertai *crusta* tebal disertai erosi bentuk irregular dan berbatas

tegas.



Gambar 1. Tampak vesikel eritematosa dengan ukuran miliar hingga lenticular bentuk irregular dan tersebar generalisata. Pada anteroinferior labium oris tampak macula eritematosa disertai dengan crusta tebal dengan gambaran honey appearance.



Gambar 2. Pada Eksremitas anterior at regio palmaris dextra et sinistra tampak makula eritematosa dan beberapa bagian mengalami hiperpigmentasi disertai crusta tebal disetai erosi bentuk irregular dan berbatas tegas, at regio palmaris sinistra digiti II tampak bulla eritematosa dengan ukuran lenticular.

Pada pasien ini diberikan terapi topikal berupa *asam fusidat* 2% yang diaplikasikan 3x oles dalam sehari pada daerah lesi, dan terapi oral berupa *amoxicillin* sirup 125mg/5ml 3x 1 1/2 cth.

PEMBAHASAN

Pada kasus ini, diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan temuan dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan status dermatologis. Tinjauan anamnesis ditemukan bahwa Seorang anak datang ke Poliklinik Kulit dan Kelamin RS Sindhu Trisno diantar oleh orang tuanya dengan keluhan benjolan

berisi air, kemerahan dan disertai rasa gatal sejak 5 hari yang lalu. Hal ini dirasakan pertama kalinya oleh anak tersebut dan dari hasil anamnesis yang didapatkan dari ibunya menyebutkan bahwa awalnya, anaknya tersebut sering bermain ditempat yang kotor dan jauh dari pengawasan orang tua, kemudian terdapat anak tetangga yang seusianya mengalami hal serupa sebelum hal itu terjadi pada anaknya. Beberapa hari kemudian anaknya tersebut mengalami kemerahan dibagian kulit tangannya, disertai benjolan-benjolan kecil yang berisi air. Namun, hal ini diabaikan oleh orang tuanya, dan dianggap hal biasa yang nantinya akan sembuh dengan sendirinya. Keesokan harinya, benjolan bertambah besar dan terdapat lepuhan kulit yang ada ditangan kemudian seringnya anak juga menggaruk diarea wajah dan area hidung sehingga terjadi penyebaran diarea-area tubuh tersebut.

Benjolan kecil ini didapatkan pecah, mengeluarkan isi nanah atau cairan, kemudian mengering dan meninggalkan keropeng tebal berwarna kuning seperti madu. Jika keropeng ini dikelupas. Benjolan yang terdapat pada tangan dan wajah tidak terasa nyeri namun terasa gatal sehingga seringkali anak tersebut menggaruknya sehingga area yang tidak terkena sebelumnya menjadi timbul hal serupa. Tidak terdapat riwayat penyakit sebelumnya pada anak, tidak ada riwayat alergi obat maupun makanan, dan tidak ada riwayat perawatan di rumah sakit oleh anak. Tidak ada riwayat dengan keluhan yang sama di keluarga. Terdapat riwayat kontrol dengan dokter umum dan diberi obat minum dan salep namun keluhan tidak membaik.

Gejala yang biasanya timbul pada impetigo krustosa 1-3 hari setelah infeksi. Kelainan kulit diawali oleh kemerahan mendatar pada kulit yang dengan cepat

berubah menjadi benjolan seperti jerawat yang berisi cairan atau nanah berukuran kurang lebih 2 cm. Benjolan kecil ini dapat pecah, mengeluarkan isi nanah atau cairan, kemudian mengering dan meninggalkan keropeng tebal berwarna kuning seperti madu. Jika keropeng ini dikelupas, terdapat luka dangkal yang merah dan basah di bawahnya. Terdapat beberapa benjolan seperti ini yang berkumpul di suatu tempat atau bergabung satu sama lain menjadi besar. Benjolan ini umumnya tidak nyeri, namun dapat terasa gatal ringan sesekali. Jika kelainan kulit ini disentuh atau digaruk oleh penderita, maka kuku-kuku penderita dapat menjadi pembawa bakteri dan menyebabkan benjolanbenjolan baru di kulit daerah lain yang disentuh penderita. Kemerahan atau bengkak di sekitar⁽³⁾.

Bila berdasarkan temuan yang didapatkan, maka hal tersebut sesuai dengan teori yang mengatakan *Impetigo Krustosa* merupakan penyakit infeksi piogenik kulit superfisial yang disebabkan oleh *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus group A betahemolitikus* (GABHS), atau kombinasi keduanya dan digambarkan dengan perubahan vesikel berdinding tipis, diskret, menjadi pustul dan ruptur serta mengering membentuk krusta *Honey-colored*. dengan tepi yang mudah dilepaskan^(4,5).

Pemeriksaan fisik pada impetigo krustosa terlokalisasi pada daerah yang terpajan, terutama wajah (lubang hidung dan mulut karena dianggap sebagai sumber infeksi dari daerah tersebut), leher, dapat juga ditemui di lengan atau tungkai, namun jarang mengenai telapak tangan dan telapak kaki dengan efloresensi seperti *macula eritematosa miliar sampai lentikular*, *difus*, *anular*, *sirsinar*; *vesikel dan bula lentikular difus*; *pustule miliar sampai lentikular*; krusta

kuning kecoklatan, berlapis-lapis, mudah diangkat^(4,5).

Pada pasien ini tidak dilakukan pemeriksaan penunjang. Apabila diperlukan, dapat dilakukan pemeriksaan penunjang sesuai diagnosis banding. Pemeriksaan histopatologi dapat dilakukan bila gambaran klinis meragukan. Pemeriksaan histopatologi ditemukan terjadinya *inflamasi superfisial* pada *folikel pilosebaceus* bagian atas. Terdapat *vesikopustul* di *subkorneum* yang berisi *coccus* serta *debris* berupa leukosit dan sel epidermis. Pada dermis terjadi inflamasi ringan yang ditandai dengan dilatasi pembuluh darah, *edema*, dan *infiltrasi leukosit polimorfonuklear*. Seringkali terjadi *spongiosis* yang mendasari pustula. Pada lesi terdapat kokus Gram positif⁽⁶⁾.

Keberhasilan pengobatan tergantung pada identifikasi dan eliminasi faktor pemicu dan menghentikan siklus garukan gatal. Pengobatan topikal dan sistemik dapat membantu meringankan gejala impetigo Krustosa. Pasien impetigo nonbulosa dapat berobat rawat jalan. Terapi nonmedikamentosa berupa menjaga higiene (mandi 2 kali sehari dengan sabun) serta mengidentifikasi faktor komorbiditas dan faktor predisposisi yang ada. Terapi impetigo bulosa adalah antibiotik topikal (*mupirocin* atau *natrium fucidat* 2%, sediaan salep atau krim; diberikan 2–3 kali sehari selama 7–10 hari), melepas krusta, dan menjaga higiene yang baik merupakan terapi yang cukup efisien pada kasus ringan hingga sedang⁽⁷⁾.

Sedangkan pada kasus yang berat, diperlukan juga antibiotik sistemik. Antibiotik yang sesuai disertai dengan terapi suportif berupa perawatan kulit, serta evaluasi terhadap gangguan cairan dan elektrolit (pada kasus yang berat/luas) akibat kerusakan fungsi barier yang rusak dapat mempercepat

penyembuhan. Impetigo yang disebabkan oleh *staphylococcus* memberikan respons terapi yang baik dengan pemberian antibiotik yang sesuai. Antibiotik sistemik diberikan minimal selama 7 hari. Antibiotika sistemik yang diberikan pada penatalaksanaan impetigo bulosa dan impetigo nonbulosa berupa *erythromycin* 4x 250–500 mg, *oxycillin* dan *clavulanic acid* untuk dewasa dengan dosis 3 x 250–500 mg/hari, sedangkan untuk anak-anak dengan dosis 25 mg/kgBB/hari terbagi dalam 3 dosis (8,12).

Perawatan topikal memungkinkan pengiriman konsentrasi obat lokal yang tinggi langsung ke tempat infeksi (kulit yang terkena) yang dengan demikian memfasilitasi kemampuan antibiotik untuk mengatasi resistensi mutasi. Selain itu, terapi topikal diformulasikan untuk diserap secara minimal, mengurangi efek samping sistemik yang terkait dengan terapi oral (8,12,13).

Impetigo umumnya dianggap sebagai kondisi yang dapat sembuh dengan sendirinya, dan kemungkinan sembuh tanpa intervensi dalam jangka waktu hingga 4 minggu. Namun, lesi yang ada selama infeksi sangat menular dan berkontribusi pada kecacatan dan stigma sosial. Impetigo dapat menyebabkan infeksi sekunder dan dalam kasus yang jarang terjadi dapat berkembang menjadi kondisi yang lebih serius. Saat ini, *mupirocin* topikal biasanya merupakan terapi lini pertama, sedangkan pasien dengan banyak lesi atau yang gagal merespon pengobatan topikal harus diobati dengan antibiotik oral, dengan pilihan termasuk *dikloksilin*, *amoksisilin* / *klavulanat* dan *sefalekssin* (8,10).

Penggunaan antibiotik oral, biasanya disediakan untuk kasus impetigo sedang atau berat, atau ketika resistensi terhadap pengobatan topikal telah ditemukan. Efektivitas antibiotik oral diidentifikasi lebih

rendah jika dibandingkan dengan pengobatan topikal menggunakan asam fusidat atau *mupirocin*. Sedangkan *retapamulin* (*Altabax*, *GlaxoSmithKline*; antibiotik kelas pleuromutilin) salep 1% adalah antibiotik topikal lain yang terdaftar untuk digunakan pada anak-anak yang berusia lebih dari 9 bulan dan orang dewasa dengan impetigo yang disebabkan oleh *S. aureus* dan *S. pyogenes* yang rentan terhadap methicillins.

Retapamulin memiliki kemanjuran yang mirip dengan asam fusidat. Tindakan bakteriostatiknya mirip dengan *makrolida* dan *klindamisin*. Karena cara kerjanya yang unik, resistensi obat terhadap *retapamulin* dianggap tidak mungkin (8,12). Asam fusidat, 2% diberikan 2-3 kali sehari selama 7-10 hari. Fungsi asam fusidat melalui penghambatan sintesis protein bakteri melalui gangguan pemanjangan faktor G selama translokasi pada ribosom yang terlibat dalam pemanjangan peptida melalui *GTPase*. Asam fusidat telah menunjukkan aktivitas anti bakteri terhadap bakteri gram positif seperti *S. aureus* dan *S. pyogenes* (7). Diagnosis banding dari impetigo krustosa adalah :

1. Ektima

Persamaan antara ektima dan impetigo krustosa, kedua – duanya berkrusta berwarna kuning. Perbedaannya, impetigo krustosa terdapat pada anak, berlokasi di wajah, dan dasarnya ialah *erosi*. Sebaliknya ektima terdapat baik pada anak maupun dewasa, tempat predileksi di tungkai bawah, dan dasarnya ialah ulkus. Penyakit ini disebabkan oleh *Streptococcus B hemolyticus*. Predileksi dari penyakit ini pada daerah wajah, area sekitar hidung dan mulut dimana hal ini dikarenakan daerah tersebut merupakan sumber infeksi. Kelainan kulit dimulai dengan *papul eritem* yang menjadi *vesikel* atau *pustul* dengan dasar *eritem* yang dengan mudah

pecah sehingga meninggalkan bekas krusta tebal berwarna kuning seperti madu. Apabila krusta tersebut di angkat tampak erosi dibawahnya⁽³⁾



Gambar 3 Ektima⁽⁵⁾

2. Scabies

Persamaan antara scabies dan impetigo krustosa, melalui gejala klinis yang umumnya terjadi pada anak-anak dan bakterinya. Dengan gejala klinis gatal merupakan gejala utama pada anak-anak 5-10%, dan berupa rasa gatal yang hebat disertai erupsi polimorfik berupa eritem, dan papul, nodul, pustula, yang disusul dengan garukan yang terus menerus, sehingga mengganggu tidur, mengakibatkan mikroabrasi pada kulit menyebabkan kolonisasi bakteri, terutama disebabkan terbanyak karena *Group A streptococcus* (*GAS, streptococcus pyogenes*) dan *staphylococcus aureus*⁽⁹⁾.



Gambar 4 Scabies⁽⁹⁾

Komplikasi dari impetigo adalah radang pada ginjal yang disebut *glomerulonefritis pasca-streptococcus* yang terjadi pada 1- 5% penderita. Komplikasi pada *impetigo streptococcus* dapat memicu *glomerulonefritis* karena disebabkan oleh *Streptococcus group A beta-hemolitikus* yaitu *glomerulonefritis* akut. Penyakit ini lebih sering terjadi pada anak-anak usia kurang dari 6 tahun.⁽⁸⁾ Dan komplikasi lainya impetigo dan reaksi alergi, yang bersamaan dengan *pruritus* yang intens dan durasi penyakit yang signifikan, mengharuskan mengkonsumsi obat menjadi wajib bagi penderita impetigo^(10,11).

Di luar periode *neonatal*, pasien yang mendapatkan terapi lebih dini dan baik, akan memiliki kesempatan untuk sembuh tanpa bekas luka atau komplikasi. Dengan terapi yang tepat, lesi dapat sembuh sempurna dalam 7-10 hari. Pada lesi yang tidak sembuh dalam 7-10 hari setelah diterapi, perlu dilakukan kultur^(11,12).

DAFTAR PUSTAKA

1. Barbieri E, Porcu G, Dona' D, Falsetto N, Biava M, Scamarcia A, Cantarutti L, Cantarutti A, Giaquinto C. Non-bullous Impetigo: Incidence, Prevalence, and Treatment in the Pediatric Primary Care Setting in Italy. *Front Pediatr.* 2022 Mar 31;10:753694
2. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Edisi Ketujuh. Jakarta: FK UI; 2016.
3. Tiyas AM, Basuki R, Ratnaningrum K. Buku Ajar: Sistim Integumen. 2017.
4. Afif N. Infeksi Bakteri Di Kulit. Jakarta: Balai Penerbit Airlangga University; 2019. p.13-16.
5. Klaus W, Johnson RA, Saavedra A.

Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology. 8th ed. New York: McGraw Hill; 2012. p. 2141.

6. Murlistyarini S, Prawitasari S, Setyowatie L, editors. Intisari Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin. Universitas Brawijaya Press; 2018.
7. Galindo E, Hebert AA. A comparative review of current topical antibiotics for impetigo. *Expert Opin Drug Saf*. 2021;6(20).
8. Indahsari VR. Antibiotik Topikal pada Tatalaksana Impetigo. *Jurnal Medika Hutama*. 2021;2(04):1196-202.
9. Chowdhury MM, Katugampola RP, Finlay AY. *Dermatology at a Glance*. John Wiley & Sons; 2019.
10. Habif TP. *Clinical Dermatology E-book*. Elsevier Health Sciences; 2015.
11. Ghazvini P, Treadwell P, Woodberry K, Nerette E Jr, Powery HI. Impetigo in the pediatric population. *J Dermatolog Clin Res*. 2017;5(1).
12. Tjay TH. *Obat-obat Penting. Edisi Ketujuh*. Elex Media Komputindo; 2015.
13. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia. *Panduan praktik klinis bagi dokter spesialis kulit dan kelamin di Indonesia*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia; 2017.