



LAPORAN KASUS—CASE REPORT

DERMATITIS SEBOROIK PADA ANAK DENGAN HIDROSEFALUS DAN GIZI BURUK: BAGAIMANA KORELASINYA ?

Ni Gusti Ayu Made Sintya Dwi Cahyani^{1*}, Dedianto Hidajat²

¹Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Mataram, Mataram, Indonesia

²Bagian Dermatologi dan Venereologi Fakultas Kedokteran Universitas Mataram / RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat, Mataram, Indonesia

*Korespondensi:
dwicysintya@gmail.com

Abstrak

Dermatitis seboroik adalah inflamasi kronis kulit berulang yang bermanifestasi sebagai makula atau plak eritematosa berbatas tegas dengan skuama berwarna kuning-putih berminyak yang disertai dengan pruritus. Kondisi ini biasanya terjadi sebagai respons inflamasi terhadap spesies *Malassezia* dan cenderung terjadi pada area dengan banyak glandula sebacea. Dermatitis seboroik pada anak sering terjadi pada area kulit kepala, alis, kulit di belakang telinga, diaper area, lipatan kulit di leher dan di bawah lengan. Berbagai faktor intrinsik dan lingkungan, seperti sekresi glandula sebacea, kolonisasi jamur kulit dan kerentanan individu semuanya berkontribusi pada patogenesis dermatitis seboroik. Kami membahas sebuah kasus mengenai seorang anak berusia 5 tahun dengan klinis hidrosefalus dan gizi buruk disertai dengan keluhan tampak ketombe dengan warna kekuningan yang sifatnya hilang timbul. Awalnya terlihat bercak kemerahan pada tengkuk pasien bagian kiri yang semakin lama menyebar ke kedua sisi. Selang 1-2 hari kemerahan tersebut menjadi ketombe yang kekuningan dan rapuh. Keluhan tersebut mulai timbul ketika kepala pasien semakin membesar sehingga pasien tampak sulit untuk menggerakkan kepalanya. Deskripsi lesi pada area kulit kepala bagian belakang sampai lipatan leher berupa lesi makula eritema berjumlah soliter, berbentuk plak, berbatas tegas, ireguler, tersebar regional di regio servikalis posterior, disertai dengan skuama tipis kekuning-kuningan dan berminyak. Pasien didiagnosa kerja dengan dermatitis seboroik. Penting untuk mengetahui faktor risiko dan tatalaksana pada kasus dermatitis seboroik untuk mencegah kekambuhan.

Kata Kunci: Otomyasis, Larva, Otitis Media Supuratif Kronis

PENDAHULUAN

Kelainan dermatologi dapat mewakili gangguan kulit primer atau penyakit sistemik yang mendasarinya.¹ Meskipun layanan dermatologis paling sering diberikan dalam pengaturan rawat jalan, pelayanan konsultasi dermatologi rawat inap telah meningkat selama beberapa tahun terakhir.² Diagnosis paling banyak dilaporkan dari departemen dermatologi antara lain dermatitis (28,2%), infeksi virus (13,2%), infeksi parasit (8,4%) dan infeksi jamur (5,4%).³ Dalam sebuah studi menunjukkan bahwa pada kelainan dermatitis yaitu diagnosis dermatitis seboroik menempati posisi pertama dan menunjukkan persentase yang lebih tinggi (10,9%) dibandingkan penelitian yang lain.¹ Menariknya sebuah penelitian yang meneliti

diagnosis rujukan dari bidang yang lain yaitu departemen bedah saraf menempatkan dua diagnosis dermatitis individu yang paling umum ditemui antara lain dermatitis kontak dan dermatitis seboroik.²

Dermatitis seboroik adalah inflamasi kronis kulit berulang yang bermanifestasi sebagai makula atau plak eritematosa yang berbatas tegas dengan skuama berwarna kuning-putih berminyak yang disertai dengan pruritus.⁴ Kondisi ini biasanya mempengaruhi area yang kaya akan kelenjar sebaceous seperti kulit kepala, alis, glabella, lipatan nasolabial, area post-auricular, dan area intertriginosa.^{4,5} Dermatitis seboroik memiliki dua puncak insiden, yang pertama dapat terjadi pada masa bayi dan anak-anak (dermatitis seboroik infantil) dan yang kedua dimulai pada masa

pubertas, mencapai puncaknya pada usia 30 hingga 40 tahun.^{4,6} Insiden dermatitis seboroik juga lebih tinggi di antara pasien yang imunokompromais berkisar antara 30% sampai 83%.⁴ Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa malnutrisi atau gizi buruk dikaitkan dengan kondisi imunokompromais, yang merupakan salah satu faktor risiko terjadinya dermatitis seboroik.^{7,8} Berdasarkan hal tersebut, penulis tertarik untuk membahas sebuah laporan kasus mengenai dermatitis seboroik pada pasien anak dengan kelainan neurologis hidrosefalus dan disertai dengan gizi buruk.

LAPORAN KASUS

Seorang anak berusia 5 tahun dirawat di bangsal Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat dengan keluhan kepala membesar sejak usia 2 bulan, badan dan tangan kaku, serta berat badan tidak naik sejak 2 bulan yang lalu. Selain itu, pada bagian tengkuk tampak ketombe dengan warna kekuningan yang sifatnya hilang timbul. Keluhan tersebut timbul sejak 3 minggu sebelum masuk rumah sakit. Awalnya terlihat bercak kemerahan pada tengkuk pasien bagian kiri yang semakin lama menyebar ke kedua sisi. Selang 1-2 hari kemerahan tersebut menjadi ketombe yang kekuningan dan rapuh. Keluhan tersebut mulai timbul ketika kepala pasien semakin membesar sehingga pasien tampak sulit untuk menggerakkan kepalanya.

Pasien Di rumah, pasien dirawat oleh kakak kandung pasien beserta istri dan kedua anaknya. Pasien biasanya mencuci rambut 2x seminggu yang dibantu oleh kakak pasien, pakaian pasien biasanya diganti setiap hari, sprei, sarung bantal dan selimut diganti setiap 2 minggu. Selama keluhan timbul, demam, batuk dan pilek disangkal. Sebelumnya pasien juga pernah mengalami keluhan serupa, lokasinya sama namun keluhan tersebut hilang sendiri tanpa diobati. Saat keluhan tersebut timbul kembali, pasien pernah dibawa ke bidan dan oleh bidan dioleskan cairan povidon iodine, sempat membaik namun timbul kembali. Pasien juga memiliki riwayat dipasang VP-Shunt saat usia 18 bulan Tidak ada anggota keluarga yang mengalami keluhan seperti pasien dan riwayat atopi juga tidak

ada. Riwayat imunisasi dasar pasien lengkap. Pasien mengalami keterlambatan perkembangan dimana pada usia 5 tahun pasien hanya mampu menggerakkan tangan dan kaki, bereaksi terhadap bunyi, menatap wajah dan belum bisa menoleh.

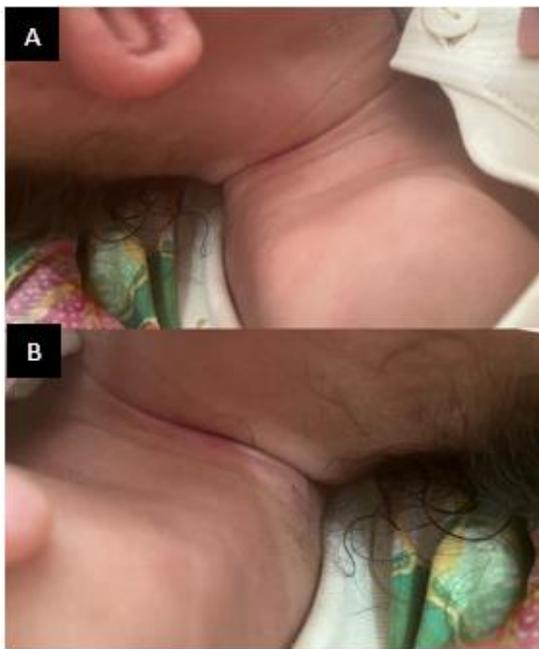


Gambar 1. Foto kondisi pasien (A) Tampak adanya skuama yang terlepas (B) Lesi makula hiperpigmentasi disertai skuama kekuningan pada lipatan leher sisi kanan (C) sisi kiri (D).

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien lemas, suhu 36,9°C, denyut nadi 110 kali/menit, frekuensi pernafasan 33 kali/menit, saturasi oksigen 98% dengan udara ruang. Berat badan pasien 8,4 kg dan tinggi badan 72 cm, dengan status gizi BB/U <-3 yaitu gizi buruk. Pada pemeriksaan dermatologis terdapat adanya makula eritematosa pada area kulit kepala bagian belakang sampai lipatan leher, berjumlah soliter, berbentuk plak, berbatas tegas, ireguler, tersebar regional di regio servikalis posterior, disertai dengan skuama tipis kekuning-kuningan dan berminyak (Gambar 1).

Pada pemeriksaan laboratorium saat masuk rumah sakit didapatkan Hemoglobin (Hb) 12.1 g/dL, leukosit 8250/uL, trombosit 294000/uL, serum ureum 21 mg/dL serum kreatinin 0.5 mg/dL, SGOT 19 U/l, SGPT 19 U/l, Gula darah sewaktu 95 mg/dL, serum natrium 139 mmol/L. Pemeriksaan kerokan

kulit dengan KOH 10% tidak ditemukan adanya hifa jamur dan spora. Pasien ini kemudian dirawat oleh bagian dermatovenerologi (DV), pediatri, dan bedah anak serta didiagnosis kerja dengan dermatitis seboroik, hidrosefalus post pemasangan VP-Shunt dan gizi buruk. Terapi yang diberikan dari bagian DV pada pasien berupa memperbaiki posisi tidur, yaitu pasien harus sering dibantu untuk mengubah posisi tidurnya, memberikan mikonazol 2% krim dikombinasi dengan mometason furoat 0.1% krim dioleskan pada kulit 1 kali sehari dan kompres NaCL 0.9% 2 kali sehari pada lesi yang eritema. Terapi yang diberikan dari bagian mata berupa infus D5 1/2 NS 10 tpm, injeksi diazepam 3 gr IV jika terjadi kejang serta tatalaksana nutrisi berupa susu F75 100 mL sebanyak 8 kali sehari. Setelah diberikan terapi selama 7 hari, pada pemeriksaan dermatologi pasien terdapat perbaikan klinis (Gambar 2).



Gambar 2. Foto kondisi pasien 7 hari setelah pemberian terapi. Tidak tampak makula eritema maupun skuama pada leher sisi kanan (A) leher sisi kiri (B).

PEMBAHASAN

Berdasarkan Dermatitis seboroik merupakan penyakit kulit inflamasi kronis yang ditandai dengan adanya makula atau plak eritematosa dan skuama yang berminyak.⁴ Dermatitis seboroik pada anak sering terjadi pada

area kulit kepala, alis, kulit di belakang telinga, diaper area, lipatan kulit di leher dan di bawah lengan.⁶ Pemeriksaan dermatologis pada pasien laporan kasus ini ditemukan adanya makula eritematosa pada area tengkuk sampai lipatan leher, berjumlah soliter, berbentuk plak, berbatas tegas, ireguler, tersebar regional di regio servikalis posterior, disertai dengan skuama tipis kekuning-kuningan dan berminyak. Berdasarkan hal tersebut, penulis menyatakan pasien terdiagnosis dengan dermatitis seboroik.

Diagnosis dermatitis seboroik merupakan diagnosis klinis berdasarkan morfologi dan lokasi tipikal eritema dan skuama di daerah yang kaya akan glandula sebacea.^{4,9} Walaupun dermatitis seboroik sebagian besar merupakan diagnosis klinis, tetapi kadang-kadang diperumit oleh presentasi klinis yang bervariasi dan atipikal. Temuan klinis yang khas meliputi patch atau makula eritematosa yang berbatas tegas dengan skuama kuning berminyak di atasnya seperti pada pasien ini.⁴ Diagnosis banding pada pasien laporan kasus ini yang dapat dipertimbangkan adalah kandidiasis intertriginosa, dermatitis atopik dan tinea corporis.^{4,10} Diagnosis kandidiasis intertriginosa dapat disingkirkan berdasarkan wujud kelainan kulit pasien yang tidak ditemukan adanya lesi satelit di sekitar makula eritematosa serta pemeriksaan kerokan kulit KOH10% yang menunjukkan tidak ditemukan adanya hifa jamur dan spora.¹¹ Diagnosis dermatitis atopik dapat disingkirkan berdasarkan lokasi predileksi kelainan dermatologis sesuai usia yang biasanya melibatkan area fleksor ekstremitas, fossa kubiti dan poplitea.¹¹ Kelainan dermatologis pada tinea corporis biasanya berupa plak eritematosa dengan tepi yang lebih aktif (eritema), dengan central healing dan skuama halus di atasnya sehingga diagnosis tinea corporis dapat disingkirkan.^{10,11}

Pada pemeriksaan fisik didapatkan berat badan pasien 8,4 kg dan tinggi badan 72 cm, dengan status gizi BB/U <-3 yaitu gizi buruk. Status nutrisi yang buruk pada pasien dengan gizi buruk dikaitkan dengan kondisi imunokompromais, yang mengarah pada peningkatan kerentanan terhadap infeksi dan



merupakan salah satu faktor risiko terjadinya dermatitis seboroik.^{7,8} Kondisi imunokompromais menyebabkan meningkatnya kolonisasi *Malassezia* (sebelumnya dikenal sebagai *Pityrosporum*) dengan *M. restricta* dan *M. globosa* kemungkinan merupakan spesies yang dominan di permukaan kulit yang dilapisi sebum yang disekresi oleh glandula sebacea. Lipase disekresikan oleh *Malassezia*, menyebabkan pembentukan asam lemak bebas dan lipid peroksidase yang mengaktifkan respon inflamasi. Sistem imun menghasilkan sitokin, seperti IL-1 α , IL-1 β , IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12 dan TNF- α yang menyebabkan rusaknya sawar kulit sehingga menimbulkan manifestasi eritema, gatal, dan skuama.⁴ Kurangnya asupan mikronutrien seperti vitamin B kompleks khususnya vitamin B6 (piridoksin) pada pasien dengan gizi buruk juga meningkatkan risiko terjadinya dermatitis seboroik, sehingga pada pasien ini diberikan suplementasi vitamin B kompleks.¹² Berbagai penyakit bedah saraf diyakini juga mendasari terjadinya dermatitis seborik, mulai dari gangguan pembuluh darah otak, tumor, hingga penyakit tulang belakang.² Meskipun patogenesis dermatitis seboroik masih belum diketahui, ko-insidens dermatitis seboroik dengan Parkinsonisme dan gangguan neurologis lainnya seperti epilepsi, infark serebrovaskular, quadriplegia, dan kelumpuhan saraf wajah lainnya telah menarik perhatian yang cukup besar sehubungan dengan teori neurologis etiopatogenesis jenis dermatitis ini.² Sebuah hipotesis mengemukakan bahwa kondisi hidrosefalus yang dialami oleh pasien dapat berdampak pada gangguan autoregulasi sistem saraf otonom.¹³ Peningkatan aktivitas parasimpatis akibat gangguan autoregulasi saraf otonom menyebabkan meningkatnya produksi sebum oleh glandula sebacea.³ Peningkatan produksi kelenjar sebacea di area kepala pada pasien hidrosefalus juga diakibatkan oleh imobilisasi yang berkepanjangan.⁴ Peningkatan produksi sebum juga akan meningkatkan virulensi dan aktivitas dari *Malassezia* dan kondisi gizi buruk pada pasien ini juga berperan dalam meningkatkan virulensi *Malassezia*.⁴

Tatalaksana kelainan dermatologis yang diberikan pada pasien adalah mikonazol 2% krim

dikombinasi dengan mometason furoat 0.1% krim dioleskan pada kulit 1 kali sehari dan kompres NaCl 0.9% 2 kali sehari pada lesi yang eritema. Oleh karena dermatitis seboroik adalah penyakit inflamasi kronis yang terjadi sebagai respons terhadap keberadaan jamur pada kulit, antijamur memainkan peran kunci dalam pengobatan dermatitis seboroik.⁵ Antijamur topikal digunakan dalam pengobatan dermatitis seboroik karena kemampuannya untuk mengurangi keberadaan *Malassezia* dan respon inflamasi selanjutnya.^{5,10} Oleh karena itu, antijamur topikal umumnya merupakan salah satu pengobatan lini pertama untuk dermatitis seboroik.^{5,10} Azol topikal, seperti ketokonazol, klotrimazol, dan mikonazol telah terbukti efektif.⁵ Kortikosteroid topikal potensi rendah hingga sedang efektif dalam menghilangkan tanda dan gejala yang berhubungan dengan dermatitis seboroik. Kortikosteroid topikal dapat digunakan sendiri atau dalam kombinasi dengan agen antijamur; namun penggunaan jangka panjang tidak disarankan karena efek sampingnya, seperti telangiectasis, atrofi, dan dermatitis perioral.⁵

KESIMPULAN

Kasus ini memberikan informasi terkait penegakan diagnosis dan faktor risiko yang mendasari kejadian dermatitis seboroik dimana faktor imunokompromais dan higienitas memegang peranan penting. Berbagai penyakit bedah saraf diduga mendasari terjadinya dermatitis seboroik, namun penelitian yang khusus membahas mengenai hidrosefalus sebagai faktor risiko penyebab dermatitis seboroik belum banyak dibahas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Garg, T., Ahmed, R., Basu, S., & Chander, R. (2019). Clinical spectrum of dermatological disorders in children referred from Pediatrics Department. *Indian Journal of Paediatric Dermatology*, 20(3), 212. https://doi.org/10.4103/ijpd.ijpd_11_18.
2. Kim, K. M., Kim, H. S., Yu, J., Kim, J. T., & Cho, S. H. (2016). Analysis of Dermatologic Diseases in neurosurgical in-patients: A retrospective study of 463 cases. *Annals of Dermatology*, 28(3), 314. <https://doi.org/10.5021/ad.2016.28.3.314>.
3. Daye, M., Temiz, S. A., Durduran, Y., Balevi, Ş., Dursun,



- R., Ataseven, A., & Özer, İ. (2019). Analysis of consultation cases referred from Pediatrics Department to Dermatology Outpatient Clinic: Retrospective study. *Clinical and Experimental Health Sciences*. <https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.515842>.
4. Adalsteinsson, J. A., Kaushik, S., Muzumdar, S., Guttman-Yassky, E., & Ungar, J. (2020). An update on the microbiology, immunology and genetics of seborrheic dermatitis. *Experimental Dermatology*, 29(5), 481–489. <https://doi.org/10.1111/exd.14091>.
 5. Borda, L. J., Perper, M., & Keri, J. E. (2018). Treatment of seborrheic dermatitis: A comprehensive review. *Journal of Dermatological Treatment*, 30(2), 158–169. <https://doi.org/10.1080/09546634.2018.1473554>.
 6. Victoire, A., Magin, P., Coughlan, J., & van Driel, M. L. (2019). Interventions for infantile seborrhoeic dermatitis (including Cradle Cap). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011380.pub2>.
 7. Alwarawrah, Y., Kiernan, K., & MacIver, N. J. (2018). Changes in nutritional status impact immune cell metabolism and function. *Frontiers in Immunology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.01055>.
 8. Tucker, D., & Masood, S. (2021). Seborrheic Dermatitis. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
 9. Elgash, May & Dlova, Ncoza & Ogunleye, Temitayo & Taylor, Susan. (2019). Seborrheic Dermatitis in Skin of Color: Clinical Considerations. *Journal of drugs in dermatology : JDD*. 18. 24-27.
 10. Clark, G. W., Pope, S. M., & Jaboori, K. A. (2015). Diagnosis and treatment of seborrheic dermatitis. *American family physician*, 91(3), 185–190.
 11. Ahronowitz I and Leslie K. Yeast Infection. In: Kang S, Amagai M, Bruckner AL, et al. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* 9th ed vol 1. New York, NY: McGraw-Hill; 2019: 2952.
 12. Wong, C. Y., & Chu, D. H. (2021). Cutaneous signs of nutritional disorders. *International Journal of Women's Dermatology*, 7(5), 647–652. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2021.09.003>.
 13. Koleva, M., & De Jesus, O. (2021). Hydrocephalus. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.