

MAKULA HIPOPIGMENTASI

dr. Putri Wulandari

Setidaknya 1 dari 20 orang memiliki keluhan makula hipopigmentasi, menjadikan hal ini salah satu lesi kulit yang paling sering ditemukan pada praktik klinis sehari-hari dan menegakkan diagnosis menjadi tantangan bagi klinisi.^{1,3} Sesuai namanya, lesi ini berhubungan dengan penurunan produksi melanin dibandingkan kulit yang normal. Perlu dibedakan dengan istilah depigmentasi, dimana ini merupakan indikator tidak adanya melanin karena hilangnya melanosit.¹ Artikel ini akan membahas secara singkat beberapa penyakit yang memiliki gambaran hipopigmentasi yang diharapkan dapat menambah wawasan pembaca.

Pityriasis alba (PA) merupakan kelainan kulit jinak dengan lesi hipopigmentasi dan skuama halus berbentuk bulat atau oval. PA paling sering terjadi pada anak-anak dan dewasa muda yang berlokasi di wajah, lengan dan badan bagian atas. Etiologi dan patogenesis PA masih belum diketahui, namun telah diketahui bahwa PA berkaitan dengan dermatitis atopik.^{4,5} Diagnosis PA berdasarkan keadaan klinis pasien, namun jika keadaannya tidak jelas dapat dilakukan pemeriksaan dengan KOH atau lampu Wood. Hasil pemeriksaan KOH pada PA akan negatif dan pada lampu Wood tidak tampak fluoresensi.⁴

Steroid topikal potensi rendah dapat mengurangi eritema, gatal dan mempercepat terjadinya repigmentasi. Selain itu pemberian emolien dapat mengurangi skuama. Tabir surya dapat mencegah lesi dari paparan sinar matahari dan mengurangi kehitaman pada kulit sekitar. Berdasarkan hasil penelitian,

pemberian dengan calcineurin inhibitor topikal terbukti efektif, namun karena harganya yang mahal maka jarang diberikan. Pada kasus yang luas, dapat digunakan terapi psoralen plus ultraviolet-A (PUVA).⁴

Pityriasis versicolor (PV) merupakan infeksi jamur superfisial yang bersifat kronis, ditandai dengan makula hipopigmentasi maupun hiperpigmentasi disertai skuama halus. PV disebabkan oleh *Malassezia sp* yang merupakan flora normal pada kulit manusia, namun pada keadaan tertentu dapat menjadi patogen dan menimbulkan kelainan pada kulit.⁶

Gambaran klinis PV berdasarkan perubahan warna kulit berupa lesi hiperpigmentasi, hipopigmentasi, atau eritematosa yang umumnya terdapat di daerah atas dada, dapat meluas hingga ke lengan atas, leher dan perut atau tungkai atas/bawah, namun bisa juga mengenai daerah lain.^{6,7} PV umumnya tidak menimbulkan gejala, namun keluhan gatal dapat muncul pada beberapa pasien.⁸ Diagnosis PV dapat ditegakkan berdasarkan manifestasi klinisnya yaitu tampak makula atau plak hiperpigmentasi atau hipopigmentasi disertai skuama halus. Pada pemeriksaan dengan menggunakan lampu Wood akan menunjukkan warna kuning keemasan.⁷ Konfirmasi diagnosis dilakukan dengan pemeriksaan kerokan kulit yang akan menunjukkan gambaran hifa dan spora seperti *spaghetti and meatballs*.⁸

Terapi topikal menjadi lini pertama dari pengobatan PV, dibagi menjadi agen antijamur nonspesifik (sulfur ditambah asam salisilat, selenium sulfida 2,5%) yang bertujuan melepaskan jaringan mati dan

mencegah invasi lebih lanjut dan antijamur spesifik (imidazole, ciclopirox olamine 1%, dan allylamine) yang memiliki efek fungisidal. Ketoconazole krim adalah terapi topikal yang paling umum dalam pengobatan PV. Pengobatan oral adalah lini kedua dari terapi PV jika kasusnya luas, berat dan rekuren. Itraconazole dan fluconazole lebih disukai dibandingkan ketoconazole yang sudah tidak disetujui karena efek samping hepatotoksiknya.⁷

Idiopathic guttate hypomelanosis (IGH) adalah kelainan hipomelanosis didapat yang umumnya muncul setelah usia 40 tahun dan lebih sering terjadi pada wanita. IGH umumnya muncul pada area yang terpapar sinar matahari, meskipun pada area tubuh yang tertutup bisa saja ditemukan. Manifestasi dari IGH adalah makula guttate hipopigmentasi hingga depigmentasi yang multipel, diskret, dengan diameter 0.5-6 mm.⁹ Secara morfologi, IGH menyerupai lesi depigmentasi kulit lain termasuk vitiligo, membuatnya sulit untuk didiagnosis. Penggunaan dermoskopi dapat membantu menegakkan diagnosis klinis dari IGH.^{3,9}

Lesi pada IGH bersifat asimtomatik tetapi berhubungan dengan penampilan pasien. Sebenarnya tidak dibutuhkan pengobatan dan belum ada terapi definitifnya, *cryotherapy* dan dermabrasi dapat menjadi pilihan terapi.⁹

Vitiligo merupakan kelainan pigmentasi didapat yang disebabkan hilangnya melanosit yang mengakibatkan absennya produksi pigmen melanin, yang ditandai bercak putih berbatas tegas. Vitiligo bisa mengganggu secara kosmetik

dan psikologis sehingga memberi dampak pada kualitas hidup pasien walaupun asimtomatis dan tidak mengancam nyawa. Vitiligo dapat terjadi pada usia berapapun, namun yang tersering pada usia 10-40 tahun. Hingga kini patogenesis vitiligo belum dipahami. Teori auto-totoksik menyebutkan bahwa prekursor dari melanogenesis bersifat toksik terhadap melanosit.¹⁰

Diagnosis vitiligo dapat ditegakkan berdasarkan keadaan klinis pasien yaitu makula putih pucat tanpa skuama dengan distribusi tipikal: *periorifacial*, bibir, ekstremitas bagian distal, penis, dan area tubuh yang mengalami gesekan. Lampu Wood dapat digunakan untuk membantu diagnosis dan akan tampak fluoresensi biru-putih terang dengan batas yang tegas. Umumnya tidak diperlukan pemeriksaan laboratorium, namun dapat dilakukan biopsi kulit untuk menyingkirkan dari kelainan lain. Terapi vitiligo menjadi salah satu tantangan yang sulit di bidang dermatologi. Terapi vitiligo yaitu fototerapi, topikal dan sistemik imunosupresan, dan teknik bedah. Pilihan terapi tergantung dari tipe, distribusi dan keaktifan dari vitiligo, usia pasien, serta kualitas hidup dan motivasi dalam pengobatan. Wajah, leher, badan, dan ekstremitas proksimal memiliki respon yang baik dalam terapi, sedangkan bibir dan ekstremitas distal lebih resisten terhadap terapi. Lini pertama terapi mencakup terapi topikal seperti kortikosteroid dan inhibitor calcineurin. Selanjutnya dapat dilakukan fototerapi, steroid sistemik, pembedahan dengan teknik pembedahan *skin graft* dan terapi depigmentasi.¹¹

Morbus Hansen (MH) atau lepra adalah penyakit infeksi kronis akibat *Mycobacterium leprae* yang menyerang sistem saraf perifer. Berdasarkan data WHO tahun 2017, Indonesia masuk dalam 3 negara terbanyak dengan kasus MH setelah India dan Brazil.¹²

Diagnosis MH ditegakkan dengan 3 tanda cardinal yaitu hilangnya sensasi pada lesi hipopigmentasi atau eritema di kulit, penebalan saraf perifer, dan ditemukannya Bakteri Tahan Asam (BTA) pada biopsi kulit.¹² Berbagai teori mencoba menjelaskan hipopigmentasi pada MH salah satunya menurunnya aktivitas melanosit dan kerusakan dalam memindahkan melanin dari melanosit ke keratinosit.¹³ Terapi MH berdasarkan WHO dibagi menjadi pausibasiler (PB) dan multibasiler (MB) dimana pada pasien PB akan mengonsumsi dapsone ditambah rifampicin selama kurang lebih 6 bulan, sedangkan pasien MB akan mengonsumsi dapsone, rifampicin serta clofazimine selama 12 bulan.¹²

Halo Nevus (HN) atau Sutton's nevus adalah nevus melanositik yang dikelilingi oleh halo depigmentasi yang umumnya simetris berbentuk bulat atau oval.¹⁴ Fenomena halo terbentuk secara spontan, namun bisa juga dicetuskan karena paparan sinar matahari, agen depigmentasi eksogen, trauma lokal (garukan, gesekan) atau stres psikososial. Etiologinya belum diketahui secara pasti, namun dipercaya dimediasi oleh sistem imun (IgM atau IgG) terhadap melanosit. HN lebih banyak ditemukan pada anak-anak dan dewasa muda, angka kejadian akan meningkat pada pasien dengan Turner syndrome.¹⁵

Diagnosis HN cukup jelas dari keadaan klinisnya, namun dapat juga dilakukan pemeriksaan penunjang dengan lampu Wood atau biopsi kulit.¹⁶ Mayoritas dari HN adalah jinak dan tidak memerlukan terapi, terutama pada anak-anak dan dewasa muda. Namun jika menemukan atipikal HN seperti bentuknya yang irregular, warna yang beraneka ragam dan terdapat pada lansia, harus dilakukan pemeriksaan histopatologi untuk menyingkirkan kemungkinan melanoma.¹⁵ MD



Gambar 1. Gambaran lesi hipopigmentasi pada Pityriasis alba, Pityriasis versicolor, Idiopathic guttate hypomelanosis, vitiligo, Morbus hansen, dan Halo nevus.^{4,7,9,11,17,15}

Daftar Pustaka

- Hill JP, Batchelor JM. An approach to hypopigmentation. *BMJ*. 2017;356:1-6.
- Madireddy S, Crane JS. Hypopigmented Macules. [Updated 2021 Oct 9]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563245/>
- Ankad B, Beergouder S. Dermoscopic evaluation of idiopathic guttate hypomelanosis: A preliminary observation. *Indian Dermatol Online J*. 2015;6(3):164.
- Givler DN, Basit H, Givler A. Pityriasis Alba. [Updated 2021 Oct 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431061/?report=classic>

5-17 ada pada redaksi