

## Management of Exfoliative Cheilitis Penatalaksanaan Keilitis Eksfoliatif

Sarah Mersil, Nicholas Limanda

Departemen Ilmu Penyakit Mulut Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Prof. Dr. Moestopo  
(Beragama), Jakarta, Indonesia

Email: [sarah.m@dsn.moestopo.ac.id](mailto:sarah.m@dsn.moestopo.ac.id)

Received: May 31, 2022; Accepted: July 17, 2022; Published online: July 27, 2022

**Abstract:** Cheilitis is an inflammation of the vermilion border of lips. Exfoliative cheilitis occurs on the upper and lower lips in the form of exfoliation of the keratinized surface's lips, accompanied by redness and edema. We reported a 21-year-old female patient, a dental student, with a chief complaint of sores on the cracked lower and upper lips, and bleeding since two weeks ago. She was not sure when this condition started, but she had realized it for almost three years. The patient used to feel dry lips, therefore she licked and sucked her lips and then peeled the dry surface off. She did not drink enough water, did not like fruits and vegetables very well, and was allergic to certain lipsticks, so, she discontinued using it since one year ago. She treated her lips with lip balm, but it did not show any improvement. Extraoral examination showed that the lower lip was not covered by epithelia, there was a blackish red crust of 1 cm around the vermilion border mixed with exfoliating yellowish crust. Several fissures were seen on the upper and lower lips associated with erythema. This patient was diagnosed as exfoliative cheilitis and was managed with applying lip balm and triamcinolone acetonide 0.1%, twice a day that showed satisfying result. In conclusion, in managing exfoliative cheilitis, the causative factors have to be determined and controlled, and administration of topical steroid and moisturizer showed significant improvement.

**Keywords:** exfoliative cheilitis; steroids

**Abstrak:** Keilitis adalah adanya inflamasi pada *vermilion border* bibir. Kasus keilitis eksfoliatif terjadi pada bibir atas dan bawah berupa pengelupasan permukaan keratin bibir, disertai adanya kemerahan dan edema pada bibir. Kami melaporkan kasus seorang pasien perempuan 21 tahun, mahasiswi, dengan keluhan sariawan di bibir bawah dan atas tampak pecah-pecah, berdarah dan perih sejak dua minggu lalu. Tidak diketahui pasti sejak kapan kondisi ini dialami, namun mulai disadari sejak sekitar tiga tahun. Pasien sering merasa bibir kering, sering menjilat/menghisap bibir kemudian mengelupasnya. Kurang minum air, kurang menyukai buah-buahan dan sayur, serta alergi pemakaian lipstick tertentu dan sudah dihentikan sejak satu tahun lalu. Sudah melakukan pengobatan dengan *lip balm*, namun tidak menunjukkan perubahan. Pemeriksaan klinis ekstraoral menunjukkan sebagian besar bibir bawah tidak tertutupi epitel, terdapat krusta merah kehitaman ± 1 cm sekitar batas vermilion bercampur dengan krusta kekuningan hampir mengelupas (eksfoliasi). Beberapa fisur terlihat pada bagian bibir atas dan bawah disertai eritema. Pasien didiagnosis sebagai keilitis eksfoliatif. Penatalaksanaan dengan melanjutkan pemakaian *lip balm* dan pemberian obat oles bibir *triamcinolone acetonide* 0,1%, dipakai dua kali sebelum penggunaan *lip balm* yang memberikan hasil memuaskan. Simpulan kasus ini ialah dalam penatalaksanaan kasus keilitis eksfoliatif harus ditentukan faktor penyebab dan dikendalikan. Pemberian steroid topikal dan pelembab memberikan perbaikan yang berarti.

**Kata kunci:** keilitis eksfoliatif; steroid

## PENDAHULUAN

Keilitis adalah istilah umum untuk menyebutkan adanya inflamasi pada *vermilion border* bibir. Lesi bibir dapat muncul sebagai manifestasi dari penyakit sistemik atau penyakit kulit maupun sebagai kondisi lokal dari bibir itu sendiri.<sup>1-4</sup>

Keilitis eksfoliatif merupakan suatu penyakit yang jarang terjadi. Kondisi ini merupakan kelainan primer berupa inflamasi dan pengelupasan terus-menerus pada daerah *vermilion border*.<sup>2-5</sup> Karakteristik penyakit ini ialah produksi dan deskuamasi lapisan keratin superfisial dalam jumlah besar,<sup>6</sup> berupa pengelupasan permukaan keratin bibir sedangkan pada area lain terjadi pembentukan lapisan keratin, sehingga memberikan kesan pengelupasan bibir yang berlangsung secara kontinyu.<sup>1,3,5</sup> Kelainan ini umumnya muncul pada remaja dan jarang terjadi pada anak maupun dewasa. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kelainan kronis ini terutama terjadi pada jenis kelamin perempuan.<sup>1,2,6</sup> Kondisi ini sangat mengganggu penampilan pasien mengingat sebagian besar kasus terjadi pada perempuan.<sup>1</sup>

Keratin pada daerah *vermilion* kehilangan plastisitasnya sehingga bibir menjadi pecah-pecah, mengelupas dan terasa nyeri. Individu sering mengeluh perih, kesulitan berbicara, makan maupun tersenyum, rasa terbakar walaupun sebagian kasus tidak memberikan gejala tersebut, kadang terjadi pendarahan yang akhirnya menjadi krusta.<sup>1,5,7</sup> Umumnya kasus keilitis eksfoliatif terjadi pada bibir atas dan bawah, disertai adanya kemerahan dan edema pada bibir (Gambar 1).<sup>5</sup> Pasien mungkin merasa kurang percaya

diri karena penampilan bibirnya yang tidak menarik.<sup>2,7</sup>

Etiologinya belum jelas, kondisi ini diduga berkaitan dengan iritasi bibir berulang atau sekunder (seperti kebiasaan menjilat atau menggigit bibir terus menerus). Hal-hal tersebut membuat kondisi keilitis semakin parah, juga diduga adanya kebiasaan *factitious* atau *maladaptive behaviors*,<sup>3,5,8</sup> adanya gangguan emosional/stres,<sup>1,3,5,8-10</sup> namun kadang-kadang dihubungkan dengan atopi dan kebersihan mulut yang buruk.<sup>9,10</sup> Beberapa penelitian menyatakan tidak ditemukannya hubungan dengan kondisi dermatologis lain atau kondisi sistemik tertentu.<sup>9,10</sup> Kondisi udara yang sangat panas atau dingin dapat juga memperparah kelainan ini.<sup>10</sup> Terjadinya keilitis eksfoliatif jarang dikaitkan dengan agen infeksius, namun infeksi sekunder yang disebabkan *Candida* dapat dipertimbangkan bila tampilannya disertai dengan keilitis angular.<sup>5</sup> Keilitis eksfoliatif kronik seringkali terkontaminasi oleh *Candida*.<sup>1,8</sup>

Tidak terdapat uji khusus untuk mendiagnosis keilitis eksfoliatif karena adanya kondisi sekunder dari beberapa penyakit atau kondisi primer lainnya. Namun dapat dianjurkan tes *swab* untuk menguji *Candida* dan *Staphylococcus aureus*. Biopsi pengelupasan kulit juga dapat dilakukan. Diagnosis hanya dapat ditegakkan bila kondisi keilitis tidak dapat dihubungkan dengan faktor lain seperti paparan sinar matahari, sensitisasi kontak, dan reaksi alergi.

Diagnosis banding dari keilitis eksfoliatif ialah *seborrheic microbial eczema*, *contact eczema*, *cheilocandidiasis*, *juvenile juxta-vermilion candidiasis*, *lichen planus*, eritema



**Gambar 1.** Pembengkakan bibir disertai adanya krusta superfisial pada bibir atas dan bawah (kiri) Kasus yang lebih berat dengan pengelupasan bibir atas dan bawah. Sumber: Bruch JM, Treister NS, 2009<sup>5</sup>

multiformis, dan keilitis aktinik.<sup>1,11</sup> Gambaran klinis berupa adanya pengelupasan, retakan, dan rasa kering pada bibir, kadang-kadang terjadi pendarahan serta ulserasi.<sup>6</sup>

Kasus keilitis eksfoliatif dapat sembuh spontan, walau hanya selama beberapa waktu, sementara kasus lainnya merupakan kondisi menetap selama beberapa tahun. Keilitis eksfoliatif sangat resisten terhadap berbagai jenis pengobatan, sehingga sangat sulit untuk menentukan terapi yang memberikan hasil optimal.<sup>6</sup> Saat ini, terapi yang sering diberikan ialah steroid topikal.<sup>1,6,10</sup> Antifungal dapat diberikan, namun preparat ini hanya dapat bekerja terhadap infeksi sekunder *Candida* dan tidak dapat mencegah pembentukan lapisan/serpihan keratin. Pemberian antibiotik sistemik maupun topikal serta berbagai macam agen keratolitik tidak menunjukkan hasil efektif.<sup>1,11</sup> Penggunaan gel petroleum, krim tabir surya, pelembab, vitamin, dan terapi radiasi terbukti efektif pada keilitis eksfoliatif.<sup>1,9,11</sup> Pada kasus terkait dengan gangguan psikologis atau emosi, pemberian *tranquilizer* atau psikoterapi terbukti cukup efektif memperbaiki kondisi kelainan ini.<sup>1,10</sup>

## LAPORAN KASUS

Seorang perempuan berusia 21 tahun, mahasiswi, suku Melayu, berat/tinggi badan 51 kg/164 cm, tekanan darah 100/70 mmHg, datang ke RSGM UPDM (B). Keluhan utama ialah sariawan pada bibir bawah dan atas serta bibir tampak pecah-pecah, berdarah dan terasa perih. Sariawan berlangsung sejak dua minggu lalu, terjadi karena bibir yang kering dan dikelupas. Pasien tidak tahu pasti sejak kapan kondisi ini dialami, namun mulai menyadari sejak sekitar tiga tahun lalu. Pasien sedang dalam pembuatan tugas akhir. Pasien kurang minum air (<8 gelas per hari), kurang menyukai buah-buahan dan sayur, serta alergik terhadap pemakaian lipstik tertentu yang sudah dihentikan sejak satu tahun lalu. Pasien sudah melakukan pengobatan dengan *lip balm*, namun tidak menunjukkan perubahan. Bila bibirnya kering, pasien sering menjilat/menghisap bibir lalu dikelupas. Pada riwayat keluarga juga diketahui kakak pasien alergi terhadap pemakaian lipstik. Pada riwayat perawatan gigi diketahui pasien pernah

*scaling* dua tahun lalu, dan penambalan resin komposit gigi 37 dan 47. Pasien tidak pernah dirawat inap, tidak ada riwayat alergi terhadap obat maupun makanan, tidak merokok dan minum alkohol, serta tidak ada penyakit sistemik dan riwayat penyakit kulit.

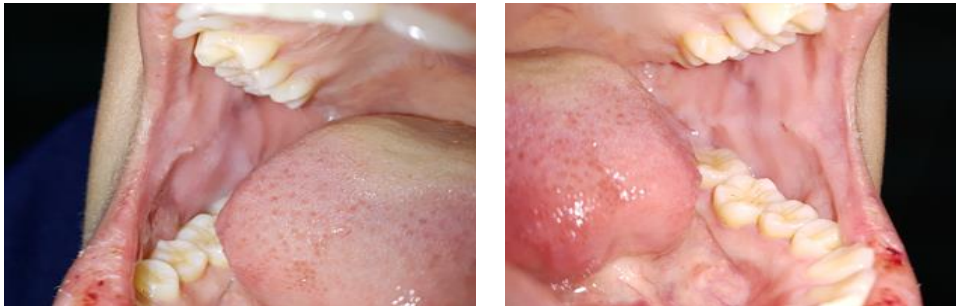
Pemeriksaan klinis ekstraoral menunjukkan sebagian besar bibir bawah tidak tertutupi epitel, terdapat krusta merah kehitaman ±1cm sekitar *vermilion border* bercampur dengan krusta kekuningan hampir mengelupas (eksfoliasi). Beberapa fisur terlihat pada bagian bibir atas dan bawah disertai eritema (Gambar 2). Pemeriksaan kelenjar limfe tidak memperlihatkan kelainan.



**Gambar 2.** Kondisi bibir pada awal kunjungan

Pemeriksaan klinis intraoral menunjukkan kebersihan mulut pasien baik, terlihat garis putih indentasi mukosa bukal bilateral bercampur area eritema dari regio gigi belakang sampai komisura. Diduga pasien memiliki variasi normal yakni *cheek biting* karena dari anamnesis pasien menyadari sering tergigitnya pipi bagian dalam (Gambar 3).

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan klinis, diagnosis pada pasien ini mengarah ke keilitis eksfoliatif. Tindakan perawatan yang dilakukan ialah mengedukasi pasien mengenai sariawan bibir yang diderita dengan penyebab yang tidak diketahui secara pasti, namun dapat dikaitkan dengan iritasi kronis dari kebiasaan buruk pasien. Oleh karena itu, diinstruksikan untuk menghentikan kebiasaan buruk dan meningkatkan *oral hygiene*. Penatalaksanaan dilanjutkan dengan pemakaian *lip balm*, dan pemberian obat oles bibir *triamcinolone acetonide* 0,1%, dua kali sehari pagi dan malam sekitar lima menit sebelum pemakaian *lip balm*, dan diinstruksikan untuk kontrol kembali dalam waktu satu minggu.



**Gambar 3.** Cheek biting



**Gambar 4.** Kunjungan pertama sebelum penatalaksanaan (kiri); dan kunjungan selanjutnya setelah penatalaksanaan (kanan)

Kunjungan selanjutnya pasien merasa adanya perbaikan, tidak ada keluhan perih pada bibirnya sehingga pemakaian obat oles lima hari setelah kunjungan pertama dihentikan. Secara klinis bibir tampak sedikit kering dan berwarna merah jambu muda, eritema berkurang, krusta sudah tidak tampak, masih terdapat fisur dan eksfoliasi sedikit di bibir atas bawah (Gambar 4). Pasien dianjurkan tetap mengoleskan *lip balm*, meningkatkan asupan nutrisi, bila perih terasa kembali melanjutkan pemakaian obat oles bibir, serta tetap diedukasi untuk menghentikan kebiasaan menghisap bibir dan mengelupas.

#### BAHASAN

Keilitis eksfoliatif biasanya terlihat pada jenis kelamin perempuan dan usia di bawah 30 tahun. Laporan penelitian menyatakan bahwa *factitious activity* sebagai salah satu penyebabnya, namun keilitis eksfoliatif juga dapat muncul tanpa *factitious activity*. Hasil penelitian menunjukkan sekitar 87% dari 48 pasien memiliki masalah emosional seperti kecemasan dan depresi, disertai dengan kebiasaan menghisap bibir secara terus-menerus baik secara sadar maupun tidak yang umumnya dilakukan pada bibir bawah. Kebiasaan menghisap bibir seringkali memunculkan

kebiasaan buruk baru lainnya yaitu kebiasaan menjulurkan lidah.<sup>2</sup> Dalam penelitian retrospektif, sebanyak 53% kasus keilitis eksfoliatif dikaitkan dengan kebiasaan parafungsional yakni menghisap bibir.<sup>2</sup> Pada kasus ini pasien perempuan berusia 21 tahun merasa cemas, disertai kebiasaan buruk. Penyebabnya berhubungan dengan faktor lingkungan dan psikis,<sup>2</sup> terbukti dari anamnesis pasien mengakui merasa stres saat membuat tugas akhir, sehingga tanpa disadari menggigit dan menghisap bibir bawah lalu dikelupas. Keilitis eksfoliatif seringkali menetap hingga beberapa tahun.<sup>11</sup> Hal tersebut menjelaskan lamanya waktu kondisi yang telah dirasakan pasien selama sekitar tiga tahun karena kebiasaan buruk yang memperlambat proses penyembuhan.

Kadar total serum IgE yang tinggi sering mengindikasikan adanya kemungkinan hipersensitivitas serta berkaitan dengan derajat hipersensitivitas tersebut. Penelitian oleh Cai et al<sup>8</sup> melaporkan bahwa meningkatnya kadar total serum IgE, dan IgG positif terhadap jenis makanan tertentu lebih sering terlihat pada pasien dengan riwayat keilitis eksfoliatif dibandingkan kelompok kontrol pasien sehat. Pada pasien ini tidak dilakukan pemeriksaan kadar serum IgE, namun diketahui pasien

mempunyai riwayat alergi terhadap lipstik tertentu yang sudah tidak digunakan lagi sejak satu tahun lalu. Riwayat alergi terhadap obat-obatan dan makanan disangkal.

Adanya riwayat hipersensitif terhadap lipstik dapat berkaitan dengan risikonya keilitis. Tidak ada faktor risiko lain seperti paparan sinar matahari, cuaca dingin, pernapasan mulut, infeksi jamur/bakteri, dan merokok yang didapatkan dari riwayat pasien.

Meskipun etiologi tidak diketahui pasti tidak diketahui namun kerusakan aktinik, cuaca dingin, angin, dan/atau defisiensi nutrisi (zat besi dan vitamin B12) diyakini berperan dalam patogenesis terjadinya keilitis eksfoliatif.<sup>3,7</sup> Defisiensi faktor mikronutrien yang telah dikaitkan dengan keilitis yang menyebabkan anemia ialah zat besi, folat, vitamin B12, vitamin A, dan seng. Folat dan vitamin B12 penting dalam proliferasi sel dan eritropoiesis. Vitamin B12 sangat berperan dalam sintesis DNA, serta membantu mendukung sistem saraf sehingga defisiensi vitamin tersebut dapat menekan imunitas seluler.<sup>3</sup> Vitamin B12 dikenal sebagai nutrisi penting karena berfungsi menjaga fungsi tubuh dengan baik. Kekurangan vitamin ini dapat menyebabkan sejumlah tanda salah satunya ialah keilitis eksfoliatif. Vitamin B12 tidak dibuat oleh tubuh manusia, sehingga setiap orang membutuhkan vitamin B12 dari asupan makanan.<sup>3</sup> Pada kasus ini dari anamnesis diketahui bahwa pasien kurang menyukai buah-buahan dan sayur; hal ini mungkin saja berkaitan dengan defisiensi mikronutrien. Pemeriksaan kadar serum darah vitamin B12 dalam darah tidak dilakukan karena pasien secara klinis tidak mengarah ke kondisi anemia.

Keilitis eksfoliatif dapat disalahdiagnosis dengan kondisi lain yang memengaruhi bibir seperti keilitis atopik dan keilitis kontak; kedua kondisi ini terutama disebabkan oleh kosmetik dan bahan gigi.<sup>2,9,10</sup> Pemeriksaan intraoral dan ekstraoral yang khas berupa gambaran bibir berkrusta, pecah, eritema, dan terkelupas tanpa adanya etiologi jelas, serta keluhan rasa perih merupakan hal-hal yang mendukung diagnosis keilitis tersebut.

Tatalaksana keilitis eksfoliatif sulit tetapi pada beberapa laporan kasus diterapi dengan pengobatan steroid topikal, psikoterapi dan/

atau obat penenang.<sup>4,6,7,8,12</sup> Beberapa kasus dapat sembuh spontan.<sup>4,6</sup> Perawatan topikal meliputi salep antibakteri dan antijamur, salep kortikosteroid, tabir surya, gel petroleum, produk herbal, salep urea 20%, salep *tacrolimus*, salep asam salisilat, dan pemberian vitamin terbukti efektif pada keilitis eksfoliatif.<sup>1,2,7,9,11,12</sup> Sulit untuk ditentukan apakah pasien merespon karena efek dari obat topikal itu sendiri atau karena agen pelembab yang bertindak mencegah bibir pasien mengering. Vitamin E memiliki sifat anti-inflamasi, antioksidan dan fotoprotektif. Pemakaian vitamin ini dapat mengurangi masalah seperti kekeringan dan kerusakan dini pada kulit.<sup>7</sup>

Perawatan sistemik *cryotherapy* terdiri dari kortikosteroid, antijamur dan antidepresan,<sup>2</sup> namun tidak jelas efektivitas pengobatan terkait dengan antidepresan yaitu apakah kebiasaan menjilat/menghisap bibir itu disebabkan oleh kebiasaan parafungsional.<sup>7</sup> Pada lima serial kasus yang dilaporkan oleh Burns et al<sup>13</sup> didapatkan bahwa pasien yang diobati dengan antidepresan juga memiliki pemulihan yang lebih cepat; hal ini menunjukkan bahwa pengobatan kondisi kejiwaan yang mendasari merupakan komponen penting.

Penatalaksanaan medikasi pada pasien ini berupa pemberian obat oles bibir yang mengandung steroid, yakni *triamcinolone acetone* 0,1% dan *lip balm* (dengan kandungan 10% urea) selama satu minggu, terbukti memberikan kemajuan berarti. *Triamcinolone acetone* mempunyai keunggulan dibanding steroid lain karena walaupun potensinya lemah tetapi mempunyai komponen asetonid yang memudahkan penetrasi ke jaringan yang menguntungkan bila dipakai secara topikal.<sup>2,6</sup> Pasien tidak mengeluhkan perih pada bibirnya lagi sehingga menghentikan pemakaian obat oles lima hari setelah kunjungan pertama. Hal ini selaras dengan penelitian oleh Rahmi et al<sup>14</sup> yang menyatakan bahwa proses radang sebagian besar dapat diatasi dalam kurun waktu kurang dari tujuh hari. Kortikosteroid memiliki efek antiinflamasi kuat karena mampu menurunkan jumlah dan fungsi berbagai jenis sel imun, seperti limfosit T dan B, monosit, neutrofil, dan eosinofil pada lokasi inflamasi. Kortikosteroid menurunkan pro-

duksi sitokin, kemokin, dan eikosanoid serta meningkatkan produksi makrofag yang menghambat migrasi sel. Selain sebagai bahan aktif utama, kortikosteroid juga berada dalam wadah *orabase* yang baik, sehingga memberikan kesempatan bahan aktif tersebut berkon-tak dan melindungi lesi dari jejas luar dan akhirnya dapat terserap dengan baik.<sup>14</sup>

Pemberian krim pelembab atau *lip balm* mengandung urea 10% mampu meresap ke kulit dan meningkatkan kemampuan kulit untuk menyerap kelembaban. Urea diproduksi secara alami di kulit untuk menjaga kelembaban dan membantu rehidrasi kulit kering. Pelembab menutupi permukaan bibir sebagai lapisan minyak dan mencegah penguapan air dari permukaan.<sup>2</sup> *Systematic review* yang dituliskan oleh Sun et al<sup>15</sup> mengenai pengobatan keilitis eksfoliatif mendapatkan empat laporan kasus dan penelitian yang melaporkan pemberian pengobatan tambahan pasien keilitis eksfoliatif dengan *lip balm* mengandung urea. Urea berperan dalam perawatan kondisi kulit kering dan telah terbukti aman. Krim yang mengandung urea memberikan manfaat emolien *adjuvant* dalam pengobatan atopik eksim, *ichthyosis*, psoriasis dan kaki diabetes. Pada konsentrasi rendah, urea mampu mengubah struktur protein terutama keratin di stratum korneum, meningkatkan kapasitas pengikatan air dan hidrasi, sementara pada konsentrasi tinggi urea menunjukkan aksi proteolitik dan melarutkan keratin. Krim urea juga dapat memengaruhi sintesis lipid epidermal dan mempromosikan perbaikan kulit.<sup>16</sup> Efek samping urea ialah iritasi kulit seperti rasa terbakar, gatal atau eritema,<sup>2</sup> namun tidak dijumpai efek samping tersebut pada kasus ini.

Pada *systematic review* oleh Sun et al<sup>15</sup> didapatkan dari beberapa penelitian dan laporan kasus pengobatan keilitis eksfoliatif di antaranya ialah *tacrolimus* 0.1% *ointment*, nistatin, *pimecrolimus* 1% *ointment*, gel petroleum, prednison, obat kumur *chlorhexidine gluconate*, *fluvoxamine* 50 mg, *sertraline* 50 mg, *amitriptyline*, *hydrochloride* 50 mg, krim *ketoconazole*, agen keratinolitik (2% asam laktat, 3% asam salisilat, 8% asam glikolik), antibiotik topikal, tabir surya, *amphotericin B ointment*, salep tabir surya, serta suplemen

pengganti zat besi dan asam folat.

Pencegahan merupakan kunci dari tata-laksana kasus ini. Adanya kondisi kering atau tidak nyaman pada bibir membuat pasien menghisap/menjilat bibir, biasanya mengorek, menggosok, atau mengunyah kulit yang mengelupas. Namun, hal-hal tersebut dapat menyebabkan retakan dan luka yang memperburuk gejala dan menunda penyembuhan. Pasien diinstruksikan untuk tidak mengelupaskan bibirnya. Bila terdapat rasa kering yang parah atau adanya retakan, pemakaian gel petrolatum dapat melindungi dari iritasi luar dan infeksi sekunder yang mengarah pada penyembuhan yang lebih baik.<sup>4</sup>

Menghilangkan kebiasaan menghisap/menjilat bibir sering sulit dilakukan pasien. Kebiasaan rutin harian pasien dapat mengurangi kekambuhan atau keparahan kasus ini, yang meliputi: menjaga kelembaban bibir dengan konsumsi air yang cukup, pemberian *lip balm* terutama saat bibir terasa kering. Kandungan *lip balm* yang harus diperhatikan untuk mencegah terjadinya reaksi hipersensitif seperti mentol, kayu manis, minyak *peppermint*, vanila, *beeswax*, dan *eucalyptus*. Pasien juga diinstruksikan menggunakan tabir surya bibir untuk melindungi dari paparan sinar ultraviolet matahari. Menggunakan topi juga dapat melindungi bibir dan mengurangi terjadinya bibir kering pecah-pecah. Pada pasien ini dengan kebiasaan menghisap/menjilat bibir yang kronis, disarankan untuk melakukan pengobatan terkait kondisi kesehatan perilaku. Hal ini penting untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang tepat.<sup>4</sup>

## SIMPULAN

Diagnosis keilitis eksfoliatif harus ditegakkan dengan tepat berdasarkan anamnesis dan gambaran klinis. Hal utama dalam mendiagnosis kasus keilitis eksfoliatif ialah tidak adanya faktor etiologi tertentu yang dapat dihubungkan dengan kondisi dan gambaran klinisnya yang khas. Penatalaksanaan keilitis eksfoliatif pada kasus ini ialah mendapatkan faktor penyebab dan mengendalikannya, serta pemberian steroid topikal dan pelembab yang memberikan hasil efektif. Diperlukan kerjasama yang baik antara dokter dengan pasien

karena kondisi tersebut harus dikontrol secara berkala. Selain itu kerjasama antar bagian terkait sangat berperan agar dapat memberikan penatalaksanaan tepat terhadap pasien.

### Konflik Kepentingan

Penulis menyatakan tidak terdapat konflik kepentingan dalam studi ini

### DAFTAR PUSTAKA

1. Agustina D, Subagyo G. Exfoliative cheilitis dan penatalaksanaannya. *Maj Ked Gi*. 2012;19(1):49-52.
2. Barakian Y, Vahedi M, Parastoo Sadr. Exfoliative cheilitis: a case report. *Avicenna J Dent Res*. 2015;7(2): e24943.
3. Gofur NRP. The differences between exfoliative cheilitis and factitial cheilitis, also its association with B12 deficiency: a review article. *Ann Clin Med Case Rep*. 2020;V5(5):1-3
4. Fonseca A, Jacob SE, Sindle A. Art of prevention: practical interventions in lip-licking dermatitis. *Int J Womens Dermatol*. 2020;6(5):377-80.
5. Bruch JM, Treister NS. White lesions. In: *Clinical Oral Medicine and Pathology*. Humana Press; 2009. Available from: [https://doi.org/10.1007/978-1-60327-520-0\\_4](https://doi.org/10.1007/978-1-60327-520-0_4)
6. Nayaf MS. Exfoliative cheilitis a male patient-case report. *Our Dermatol Online*. 2015; 6(1):39-42.
7. Boza-Oreamuno YV, Mena-Lizano A. Exfoliative cheilitis more than an aesthetic problem: case report. *Odovtos. Int J Dental Sci*. 2022:133-41. Available from: <https://doi.org/10.15517/ijds.2022.50022>
8. Cai L, Wei J, Ma D, Xu H, Qing M, Wang Z, et al. Predisposition of hypersensitivity in patients with exfoliative cheilitis. *J Dent Sci*. 2022;17(1):476-81. Doi: 10.1016/j.jds.2021.07.024. Epub 2021 Aug 18.
9. Scully C. *Oral and Maxillofacial Medicine the Basis of Diagnosis and Treatment (3rd ed)*. Saunders of Elsevier; 2013. p. 173-4.
10. *Burket Oral Medicine (12th ed)*. USA: People Medical Publishing House; 2015. p. 81-3.
11. Langlais RP, Miller CS, Gehrig JS. *Color Atlas of Common Oral Diseases (5th ed)*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017. p. 95-7.
12. Fernandes TM, Barreto TT, Barreto BN. Report of two cases of exfoliative cheilitis and brief literature review. *J Oral Diag*. 2020;5(1):1-5
13. Burns A, Marchitto MC, Jhaveri M, Kang J, Rozati S. Artifactual pseudo-cheilitis: a case series of an underreported condition. *JAAD Case Rep*. 2021;17:111-5. Doi: 10.1016/j.jdcr.2021.09.012.
14. Amtha R, Marcia M, Aninda AI. Plester sariawan efektif dalam mempercepat penyembuhan stomatitis aftosa rekuren dan ulkus traumatikus. *Maj Ked Gi Ind*. 2017;31(8):69-75.
15. Sun K, Liu L, Chen X, Jiang W. Treatment of exfoliative cheilitis with traditional chinese medicine: a systematic review. *J Tradit Chin Med*. 2017;37(2):147-58. Doi: 10.1016/s0254-6272(17)30038-9. PMID: 29960285.
16. Voegeli D. Urea creams in skin conditions: composition and outcomes. *Dermatology in Practice*. 2012;18(3):13-5.