

SCROFULODERMA: ETIOLOGI, DIAGNOSIS, TATALAKSANA

Virgiansya Alhafiz^{1*}, Helmi Ismunandar¹, Risal Wintoko¹, Exsa Hadibrata¹,
Anisa Nuraisa Djausal¹

¹Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung
[*Email Korespondensi: virgiansya1@gmail.com]

Abstract: Scrofuloderma: Etiology, Diagnosis, Treatment. Skin tuberculosis is a rare form of extrapulmonary tuberculosis, accounting for 1-2% of cases. Caused by *Mycobacterium tuberculosis* or related strains, this disease presents a wide range of clinical manifestations, mimics other chronic skin diseases and causes delayed diagnosis. A case of scrofuloderma was reported, the diagnosis and treatment of which was made only six years after the onset of the disease.

Keywords: Scrofuloderma, Extrapulmonary tuberculosis, *Mycobacterium tuberculosis*

Abstrak: Scrofuloderma: Etiologi, Diagnosis, Tatalaksana. Tuberkulosis kulit adalah bentuk tuberkulosis ekstrapulmoner yang jarang, terdiri dari 1-2% kasus. Disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* atau galur terkait, penyakit ini menghadirkan berbagai manifestasi klinis, meniru penyakit kulit kronis lainnya dan menyebabkan diagnosis tertunda. Sebuah kasus skrofuloderma dilaporkan, yang diagnosis dan pengobatannya hanya dibuat enam tahun setelah timbulnya penyakit.

Kata kunci: Scrofuloderma, Tuberculosis ekstrapulmoner, *Mycobacterium tuberculosis*

PENDAHULUAN

Di Brasil, rata-rata 10.800 kasus tuberkulosis ekstrapulmoner per tahun dilaporkan dari tahun 2012 hingga 2015.1 Rata-rata 227 kasus tuberkulosis kulit dilaporkan setiap tahun. TBC kulit dapat disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, *M. bovis*, atau basil Calmette-Guérin (BCG). Skrofuloderma dan lupus vulgaris adalah bentuk yang paling umum, tetapi kejadiannya bervariasi menurut lokasi geografis dan kelompok usia. Presentasi klinis bervariasi sesuai dengan jumlah bakteri (multibasiler atau paucibasiler), reaktivitas PPD, sensitisasi host sebelumnya dan status kekebalan, jalur akuisisi eksogen atau endogen, dan respons jaringan terhadap infeksi. Bentuk klinis yang dijelaskan adalah: tuberkulosis verrukosa kutis, chancre tuberkulosis, lupus vulgaris, skrofuloderma, tuberkulosis orifisial, abses tuberkulosis metastatik, dan tuberkulosis milier (Gupta & Roy, 2021).

Skrofuloderma adalah hasil dari infeksi kulit yang berdekatan dengan fokus tuberkulosis, yang mungkin berhubungan dengan tuberkulosis ganglionar perifer (bentuk tuberkulosis ekstrapulmoner yang paling umum pada pasien HIV-positif dan pada anak-anak), atau tuberkulosis tulang, sendi, atau testis. Gambaran klinis ditandai dengan adanya nodul subkutan, tidak nyeri, tumbuh perlahan yang berkembang menjadi ulkus dan saluran fistula dengan drainase konten serosa, purulen, atau kaseosa. Evolusinya berbahaya dan dapat berkembang dengan keluarnya cairan purulen yang persisten, borok kronis, gejala sisa atrofi, atau penyembuhan spontan. Kelenjar getah bening leher adalah yang paling sering terganggu, tetapi mungkin ada keterlibatan kelenjar getah bening aksila, inguinal dan pra dan pasca-auricular, submandibular, epithroclear dan oksipital. Diagnosis banding meliputi abses bakteri, hidradenitis suppurativa, mikobakteriosis atipikal,

sporotrikosis, sifilis gummatosa, dan aktinomikosis. Meskipun secara tradisional diklasifikasikan sebagai bentuk multibasiler, lesi tertua mungkin paucibacillary dan tes kulit tuberkulin biasanya sangat reaktif. Temuan histopatologi termasuk infiltrat inflamasi granulomatosa terkait dengan nekrosis kaseosa dan deteksi basil tahan asam (Gupta & Roy, 2021).

TINJAUAN PUSTAKA

1. Etiologi:

Tuberkulosis kulit adalah bentuk tuberkulosis ekstrapulmoner yang jarang, terdiri dari 1-2% kasus. Disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* atau galur terkait, penyakit ini menghadirkan berbagai manifestasi klinis, meniru penyakit kulit kronis lainnya dan menyebabkan diagnosis tertunda. Sebuah kasus skrofuloderma dilaporkan, yang diagnosis dan pengobatannya hanya dibuat enam tahun setelah timbulnya penyakit (Gupta & Roy, 2021).

Skrofuloderma adalah hasil dari infeksi kulit yang berdekatan dengan fokus tuberkulosis, yang mungkin berhubungan dengan tuberkulosis ganglionar perifer (bentuk tuberkulosis ekstrapulmoner yang paling umum pada pasien HIV-positif dan pada anak-anak), atau tuberkulosis tulang, sendi, atau testis. Gambaran klinis ditandai dengan adanya nodul subkutan, tidak nyeri, tumbuh perlahan yang berkembang menjadi ulkus dan saluran fistula dengan drainase konten serosa, purulen, atau kaseosa. Evolusinya berbahaya dan dapat berkembang dengan keluarnya cairan purulen yang persisten, borok kronis, gejala sisa atrofi, atau penyembuhan spontan. Kelenjar getah bening serviks adalah yang paling sering terganggu, tetapi mungkin ada keterlibatan kelenjar getah bening aksila, inguinal dan pra dan pasca-auricular, submandibular, epithroclear dan oksipital. Diagnosis banding meliputi abses bakteri, hidradenitis suppurativa, mikobakteriosis atipikal, sporotrichosis, sifilis gummatous dan actinomycosis. Meskipun secara tradisional

diklasifikasikan sebagai bentuk multibasiler, lesi tertua mungkin paucibacillary dan tes kulit tuberkulin biasanya sangat reaktif. Temuan histopatologi termasuk infiltrat inflamasi granulomatosa terkait dengan nekrosis kaseosa dan deteksi basil tahan asam (Gupta & Roy, 2021).

2. Diagnosis:

Diagnosis skrofuloderma selalu menantang karena gambaran klinis lesi tidak selalu khas dan kultur positif tidak selalu diperoleh. Biopsi dari tepi lesi dapat menunjukkan granuloma dengan nekrosis kaseosa, yang bagian tengahnya didominasi oleh bahan nekrotik dan abses dengan infiltrat inflamasi. Di epidermis, jaringan parut dan perubahan atrofi sering mendominasi. Basil *M. tuberculosis* mudah diidentifikasi pada sekret purulen atau jaringan biopsi. Tes tuberkulin biasanya positif (Mello, *et al*, 2019).

Skrofuloderma dapat merupakan manifestasi dari TB sistemik atau akibat dari perluasan langsung atau penyebaran infeksi secara hematogen. Insiden keterlibatan sistemik dilaporkan 35% pada orang dewasa dengan skrofuloderma. PCR telah meningkatkan sensitivitas deteksi keseluruhan TB kulit dengan kemungkinan memulai pengobatan lebih awal (Mello, *et al*, 2019).

Ada beberapa diagnosis banding lain untuk sinus yang keluar, seperti infeksi mikobakteri atipikal, sporotrichosis, botryomycosis, actinomycosis, dan nocardiosis (Mello, *et al*, 2019).

Polymerase Chain Reaction (PCR) dan histopatologi dapat dengan mudah membedakan antara infeksi mikobakteri atipikal dari *M. tuberculosis*. Actinomycosis muncul dengan beberapa sinus pengosongan dengan butiran belerang yang khas. *Nocardia* spp. muncul sebagai basil filamen bercabang di sudut kanan. Tidak adanya hifa jamur pada histopatologi menyebabkan eksklusi sporotrikosis. Botryomycosis didiagnosis dengan adanya bakteri dalam nanah; itu terutama ditemukan

pada pasien immunocompromised, dan lesi biasanya muncul di ekstremitas (Mello, *et al*, 2019).

Diagnosis skrofuloderma merupakan suatu tantangan, karena sulitnya memulihkan basil. Umumnya, metode diagnostik memiliki sensitivitas dan spesifisitas yang rendah untuk CTB dibandingkan dengan TB paru. Untuk suspek CTB, disarankan untuk melakukan TST, mendapatkan rontgen dada, dan melakukan pemeriksaan histopatologi dan kultur basil tahan asam serta PCR sampel kulit dan darah (Tadele, 2018).

Hasil TST cenderung positif pada CTB (33-96% kasus), menimbulkan kesulitan dalam membedakan apakah hasil positif untuk infeksi mikobakteri sejati atau infeksi mikobakteri nontuberkulosis dan/atau terkait dengan vaksinasi basil Calmette-Guérin. Ini adalah masalah umum di rangkaian TB endemik seperti Ethiopia. Bahkan kemudian, bukanlah praktik rutin di rangkaian Ethiopia untuk melakukan TST untuk skrining TB, dan karenanya tidak dilakukan pada pasien kami. Diagnosis TB ekstraparu, termasuk CTB, menggunakan uji Xpert MTB/RIF direkomendasikan oleh WHO. Tes Xpert MTB/RIF dari sekret kulit mengungkapkan *M. tuberculosis* pada pasien kami (Tadele, 2018).

Diagnosis histologis Skrofuloderma didasarkan pada temuan patologis limfosit, histiosit epiteloid, sel raksasa, nekrosis, dan granuloma. Histologi membantu membedakan patologi kulit lain yang meniru TB (Tadele, 2018).

3. Tatalaksana:

TB kulit diobati sesuai dengan rekomendasi untuk TB ekstraparu. Perawatan yang direkomendasikan termasuk rejimen empat obat selama 2 bulan (isoniazid, rifampisin, pirazinamid, dan etambutol) diikuti dengan rejimen dua obat selama 4 bulan (isoniazid dan rifampisin). Kombinasi dosis tetap sebaiknya digunakan. Organisasi Kesehatan Dunia merekomendasikan bahwa dosis harian selama durasi terapi yang disebutkan di atas adalah optimal untuk semua pasien yang baru

didiagnosis dengan TB (Gupta & Roy, 2021).

Respon terhadap pengobatan anti-TB saja sebagai terapi utama biasanya baik. Namun, pembedahan, seperti bedah listrik, cryosurgery, dan kuretase dengan elektrodiesikasi node yang terkena, juga dapat dianggap sebagai tindakan tambahan (Gupta & Roy, 2021).

Pengobatan Srofuloderma mirip dengan TB paru dan akan diperpanjang untuk bentuk TB ekstraparu yang hidup berdampingan. Perawatan yang direkomendasikan termasuk rejimen empat obat selama 2 bulan (isoniazid, rifampisin, pirazinamid, dan etambutol), diikuti dengan terapi dua obat (isoniazid dan rifampisin). Durasi rejimen dua obat ditentukan berdasarkan kondisi klinis pasien. Pyridoxine direkomendasikan untuk anak-anak yang kekurangan gizi untuk meringankan efek samping neurologis dari isoniazid. Pasien kami memiliki sistem saraf pusat dan TB paru yang hidup berdampingan dengan Skrofuloderma. Pengobatan yang direkomendasikan dengan empat obat antituberkulosis, piridoksin, dan steroid (prednisolon) dimulai. Malnutrisi akut parah dikelola sesuai pedoman WHO (Tadele, 2018).

KESIMPULAN

Scrofuloderma harus dipertimbangkan pada anak dengan lesi kulit atau secret. Srofuloderma harus diselidiki untuk bentuk TB paru dan ekstraparu yang hidup berdampingan. Diagnosis histopatologi harus dipertimbangkan untuk menyingkirkan patologi kulit lainnya dan juga untuk mencegah keterlambatan pengobatan. Strategi pencegahan TB, termasuk vaksinasi, perlu diperkuat.

DAFTAR PUSTAKA

Gupta, Subhayan Das & Roy, Rohon Das. (2021). Scrofuloderma: A Rare Case Report of Sequelae of Intestinal Tuberculosis. *International Journal of Dermatology and Venereology*. Volume 4 - Issue 3 - p 185-187

- doi:
10.1097/JD9.000000000000165
- Mello, R. B., Vale, E., & Baeta, I. (2019). Scrofuloderma: a diagnostic challenge. *Anais brasileiros de dermatologia*, 94(1), 102–104.
<https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20188560>
- Tadele, H. (2018). Scrofuloderma with disseminated tuberculosis in an Ethiopian child: a case report. *J Med Case Reports* 12, 371
<https://doi.org/10.1186/s13256-018-1927-1>
- Molgó, M., Cárdenas, C., Ramonda, P., & Salinas, M. P. (2021). Escrofuloderma: tuberculosis cutánea y pulmonar asociada a coinfección COVID-19. Reporte de caso [Scrofuloderma, cutaneous and pulmonary tuberculosis associated with COVID-19. Report of one case]. *Revista medica de Chile*, 149(4), 630–634.
<https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000400630>
- Oberhelman, S., Watchmaker, J., & Phillips, T. (2019). Scrofuloderma. *JAMA dermatology*, 155(5), 610.
<https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2018.5651>
- Yoshioka, Y., Namiki, T., Ugajin, T., Miura, K., & Yokozeki, H. (2021). Supraclavicular Scrofuloderma: A Diagnostic Challenge without Apparent Clinical Manifestations of Tuberculosis. *Case reports in dermatology*, 13(2), 356–359.
<https://doi.org/10.1159/000515983>