

Unresolved cheilitis revisited: the importance of identifying allergic triggers in *exfoliative cheilitis*

Cheilitis yang tidak kunjung sembuh: pentingnya mengidentifikasi pemicu alergi pada *exfoliative cheilitis*

¹Andam Dewi Suci, ²Andi Anggun Mauliana Putri, ³Erni Marlina, ⁴Israyani, ⁵Nur Asmi Usman, ⁶Harlina, ⁷Yaumil Khaeriah

^{1,7}Student of Oral Medicine Specialist Program, Faculty of Dentistry, Hasanuddin University

^{2,3,4,5,6}Department of Oral Medicine, Faculty of Dentistry, Hasanuddin University

^{1,2,3,4,5,6,7}Hasanuddin University Dental Hospital

Makassar, Indonesia

Corresponding author, e-mail: ²andianggun@unhas.ac.id

ABSTRACT

Exfoliative cheilitis (EC) is a chronic inflammation of the lips characterised by recurrent and persistent desquamation; its aetiology is varied, and its clinical presentation resembles that of other forms of cheilitis, making accurate diagnosis and appropriate treatment challenging. Failure to identify the cause, particularly allergies, increases the likelihood of recurrence. This article emphasises the evaluation of triggering factors, particularly the role of allergy, in cases of EC. A 58-year-old woman presented with complaints of cracked lips, easy bleeding, and pain (VAS 6) for the past year. Extraoral examination revealed desquamation accompanied by irregular haemorrhagic crusts on the vermillion border. Routine blood tests revealed an elevated eosinophil count, suggesting an allergic reaction. Management involved the administration of topical steroids, chlorhexidine gluconate, multivitamins, and antihistamines. It was concluded that allergies can be a trigger for persistent EC. Early identification of allergic factors is necessary for appropriate management and prevention of recurrence.

Keywords: allergy, eosinophilia, *exfoliative cheilitis*, recurrence

ABSTRAK

Exfoliative cheilitis (EC) adalah peradangan kronis bibir dengan pengelupasan berulang dan persisten, etiologinya beragam, gambaran klinis mirip cheilitis lain yang menyulitkan diagnosis dan terapi tepat. Ketidakidentifikasi penyebab, terutama alergi, meningkatkan rekurensi. Artikel ini menekankan evaluasi faktor pencetus, khususnya peran alergi, pada kasus EC. Seorang perempuan berusia 58 tahun datang dengan keluhan bibir pecah-pecah, mudah berdarah, dan nyeri (VAS 6) sejak setahun. Pemeriksaan ekstraoral menunjukkan deskuamasi disertai krusta hemoragik ireguler pada *vermillion body*. Pemeriksaan darah rutin menunjukkan peningkatan eosinofil yang mengarah pada dugaan reaksi alergi. Penatalaksanaan dilakukan dengan pemberian steroid topikal, chlorhexidine gluconate, multivitamin, serta antihistamin. Disimpulkan bahwa alergi dapat menjadi pemicu EC yang persisten. Identifikasi dini faktor alergi diperlukan untuk penatalaksanaan tepat dan pencegahan rekurensi.

Kata kunci: alergi, eosinofilia, *exfoliative cheilitis*, rekurensi

Received: 10 January 2026

Accepted: 5 April 2026

Published: 1 August 2026

PENDAHULUAN

Cheilitis merupakan kondisi inflamasi pada bibir yang kerap dianggap sebagai kelainan ringan dan *self-limiting*.¹ Namun, pada sebagian pasien, manifestasi *cheilitis* dapat bersifat kronis dan rekuren terhadap terapi standar, sehingga menimbulkan dampak signifikan terhadap kualitas hidup, fungsi makan, serta aspek psikososial.² Salah satu bentuk *cheilitis* yang paling menantang dalam praktik klinik adalah *exfoliative cheilitis* (EC).³

Exfoliative cheilitis adalah suatu kondisi inflamasi kronis pada bibir yang ditandai oleh *fissuring* atau retakan, deskuamasi atau pengelupasan, dan pembentukan krusta berdarah pada batas *vermillion* bibir yang menyebabkan sensasi terbakar, kering, dan terkadang berdarah.⁴ Prevalensi EC cukup tinggi, dilaporkan sebesar 5,4% di Singapura, 18,3% di Thailand, dan 0,6% di Tiongkok.⁵ Selain itu, sebesar 42,6% kasus EC dilaporkan dari hasil penelitian klinik di Rumah Sakit Gigi dan Mulut (RSGM) Universitas Padjadjaran.⁶ Kasus ini dapat ditangani di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sesuai dengan kewenangan klinis penyakit mulut. Namun, dari data kunjungan pasien penyakit mulut di RSGM Unhas ditemukan bahwa kasus EC mengalami peningkatan sejak tahun 2023 hingga saat ini; pada tahun 2025 dilaporkan mencapai 61,1% dari keseluruhan kasus penyakit mulut.

Etiologi atau predisposisi EC bersifat multifaktor. Reaksi alergi merupakan faktor predisposisi yang paling sering ditemukan pada kasus EC diikuti dengan kebiasaan menjilat bibir, stres, kekurangan nutrisi, perubahan iklim, atau penyakit sistemik.⁷ Namun, faktor predisposisi tersebut tidak teridentifikasi dengan baik sehingga menyebabkan terlambatnya penegakan diagnosis definitif serta terapi yang tidak tepat sasaran.⁸ Hal ini mencerminkan masih terbatasnya pengetahuan dokter gigi umum terkait etiologi yang mendasari EC sehingga tatalaksana hanya bersifat simptomatik tanpa mengeliminasi faktor etiologi,⁹ sehingga terjadi pengobatan jangka panjang, peningkatan rekurensi, hingga perburukan kondisi.¹⁰

Latar belakang tersebut menjadi dasar penulisan laporan kasus ini dengan tujuan memberikan edukasi kepada dokter gigi umum da-

lam mengidentifikasi dan melakukan tatalaksana yang tepat terhadap kasus ini di tingkat layanan pertama. Selain itu, laporan kasus ini diharapkan dapat menegaskan pentingnya kewaspadaan klinisi dalam mengevaluasi faktor alergi pada *cheilitis* persisten, serta memberikan kontribusi terhadap strategi diagnosis dan tatalaksana yang lebih efektif pada kondisi yang sering terabaikan.

KASUS

Seorang perempuan usia 58 tahun dengan keluhan bibir pecah-pecah hingga berdarah (VAS=6) yang telah dirasakan berulang sejak 1 tahun sebelum kunjungan. Keluhan ini diawali dengan menggigit dan nyeri telan. Pasien menyangkal ada kebiasaan menjilat atau menggigit bibir. Pasien sering mengonsumsi makanan berminyak, ikan asin, dan hidrasi kurang dari 2 L per hari. Pola makan dan tidur teratur, kondisi umum baik.

Pasien memiliki riwayat *gastroesophageal reflux disease* (GERD) yang terdiagnosis bersamaan dengan munculnya keluhan lesi oral. Sebelumnya, pasien telah mendapatkan pengobatan berupa omeprazole, vitamin C, antifungal, dan asam hialuronat topikal, namun tidak menghilangkan keluhan, bahkan justru memberat yang ditandai dengan bibir mudah berdarah saat tersentuh atau membuka mulut, sehingga pasien dirujuk ke dokter spesialis penyakit mulut untuk mendapatkan penatalaksanaan lebih lanjut.



Gambar 1 Gambaran klinis kunjungan pertama **a** ekstraoral, **b** intraoral

Case

Pemeriksaan ekstraoral tampak lesi deskuamasi disertai krusta hemoragik, berwarna kuning kecoklatan, tekstur kasar, batas difus, mudah berdarah pada *vermillion* labial superior dan inferior hingga ke *angularis* (Gbr. 1A). Pemeriksaan intraoral ditemukan plak berwarna putih kekuningan yang dapat diseka tanpa meninggalkan daerah kemerahan disertai fisur pada dorsal lidah (Gbr. 1B).

TATALAKSANA

Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan klinis, pasien didiagnosis mengalami *exfoliative cheilitis* dengan diagnosis banding *erythema multiforme* (EM). Pada kunjungan pertama, pasien diterapi dengan pemberian salep dexamethasone 5 mg, multivitamin, dan chlorhexidine gluconate 0,2%. Selain itu, pemeriksaan darah lengkap dan gula darah puasa dilakukan untuk mengevaluasi kondisi sistemik yang diduga memicu keluhan lesi oral.

Pada kunjungan kedua, satu pekan setelah kunjungan pertama, keluhan membaik yang ditandai dengan rasa nyeri minimal (VAS 2). Pasien menggunakan obatnya secara rutin. Tidak ada keluhan baru yang muncul. Pemeriksaan ekstraoral tampak lesi deskuamasi berwarna kuning kecoklatan, tekstur kasar, batas difus, pada *vermillion* labial superior dan inferior (Gbr. 2).

Tabel 1 Hasil pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan
Darah Lengkap			
Basofil	0,5	N 0,00-0,10	%
Eosinofil	9,2*	H 1,00-3,00	%
Monosit	6,7	N 2,00-8,00	%
Limfosit	31,3	N 2,00-40,00	%
Hematokrit	34,6	N 37,0-48,0	%
Hemoglobin	11,9	N 12,0-16,0	gr/dL
Neutrofil	52,3	N 52,0-75,0	%
PCT	0,175	N 0,17-0,35	%
P-LCR	12,4	N 13,0-43,0	%
MPV	6,9*	L 9,00-13,00	fL
PDW	8,3*	L 10,0-15,0	fL
WBC	7,27	N 4,00-10,00	10 ³ /uL
RDW-SD	5,02	N 37,0-54,0	fL
RDW-CV	14,2	N 10,00-15,0	%
PLT	254	N 150-450	10 ³ /uL
MCHC	34,3	N 31,5-35,0	mg/dL
MCH	30,3	N 26,5-33,5	Pg
MCV	88,3	N 80-97	fL
RBC	3,92	N 4,00-6,00	10 ⁶ /uL
Gula Darah Puasa			
Gula Darah	98	N <140	mg/dL



Gambar 2 Tampilan klinis ekstraoral kunjungan kedua

Pemeriksaan darah lengkap (tabel 1) terlihat peningkatan kadar eosinofil sebesar 9,2% yang mengindikasikan adanya reaksi alergi. Sedangkan, nilai gula darah puasa dalam batas normal, yakni 98 mg/dL yang mengindikasikan faktor risiko diabetes melitus dapat disingkirkan. Pada kunjungan ini pasien diberikan tambahan medikasi anti-histamin (Cetirizine®) 10 mg, pagi dan malam. Pasien diinstruksikan untuk menghindari makanan berminyak, tidak menggunakan lipstik, serta mencatat makanan dan minuman yang digunakan untuk

membantu dalam mengidentifikasi alergen.

Pada kunjungan ketiga, satu bulan setelah kunjungan kedua, tidak terdapat keluhan dan tidak ditemukan adanya lesi baru. Pemeriksaan ekstraoral tampak fisur batas jelas, berwarna jaringan sekitar tidak nyeri pada *vermillion* bibir atas (Gbr. 3). Pasien diinstruksikan untuk melanjutkan medikasi.

Pada kunjungan keempat, dilakukan evaluasi 1 minggu setelah kunjungan ketiga. Keluhan lesi bibir sudah tidak pernah dialami. Pasien saat ini rutin menjaga kesehatan rongga mulut, menggunakan pelembab bibir, meningkatkan dehidrasi dan menghindari makanan atau minuman yang memicu reaksi alergi.



Gambar 3 Klinis ekstraoral: a kunjungan ketiga, b kunjungan keempat

PEMBAHASAN

Exfoliative cheilitis merupakan suatu kondisi berulang, reversibel pada bibir atas dan atau bawah, dengan gambaran klinis berupa kekeringan dan pecah-pecah, deskuamasi, eksudasi, serta pembentukan krusta pada bibir.¹¹ Prevalensi EC umumnya ditemukan pada laki-laki dan perempuan (1:1) dan berusia dibawah 30 tahun.¹² Namun, berdasarkan laporan kasus oleh Eltoureini, dkk ditemukan kasus EC pada pasien laki-laki berusia 73 tahun.⁷ Kasus serupa dilaporkan oleh Agustina, dkk, kasus EC ditemukan pada perempuan berusia lanjut, 52 tahun.⁹ Laporan kasus lainnya oleh Ulusoy dan Abaci, dilaporkan kasus EC pada anak perempuan berusia 3 tahun.¹³ Dari beberapa data prevalensi kasus tersebut mengilustrasikan bahwa EC ditemukan di berbagai gender dan usia.

Berdasarkan karakteristik klinis, riwayat etiologi, dan manifestasi lesi, diagnosis banding yang paling sesuai pada kasus ini adalah EM.¹⁴ Perbedaan mendasar di antara keduanya, meliputi inflamasi kronis dan rekuren pada bibir yang dapat dipicu oleh kebiasaan menjilat bibir, reaksi alergi, dan faktor iritan lainnya yang dapat ditemukan pada kasus EC.⁷ Kondisi ini berbeda dengan diagnosis banding, yaitu EM yang muncul akibat reaksi imun tubuh terhadap infeksi atau obat yang menyebabkan peradangan dan kerusakan pada kulit dan mukosa.¹⁵ Tanda klinis khas dari EM adalah *lesi target* yang merupakan manifestasi kutan khas berupa lesi berbatas tegas berbentuk cincin yang mencerminkan proses inflamasi imunologis.¹⁶ Tanda klinis patognomonik tersebut tidak ditemukan pada kasus ini sehingga diagnosis EM dapat dieliminasi.

Etiologi EC seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, lebih sering dipicu oleh alergen sehingga menimbulkan reaksi hipersensitivitas.⁷ Patomekanisme EC diduga melibatkan hipersensitivitas tipe I yang dimediasi IgE, yaitu paparan alergen memicu ikatan IgE pada sel *mast* dan basofil sehingga terjadi pelepasan mediator inflamasi seperti histamin. Respon ini menyebabkan inflamasi dan gangguan deskuamasi epitel bibir yang berkontribusi terhadap pengelupasan kronis dan pembentukan krusta pada EC.¹¹ Pada pasien dengan predisposisi EC, paparan alergen seperti makanan tertentu, kosmetik bibir, atau bahan dental dapat bertindak sebagai faktor yang memicu reaksi hipersensitivitas tipe I, sehingga memperberat inflamasi dan gangguan deskuamasi epitel bibir.¹⁷

Penanganan inflamasi EC yang dipicu oleh reaksi hipersensitivitas dapat dilakukan secara farmakologis maupun non-farmakologis. Terapi farmakologis meliputi beberapa pilihan pengobatan, terma-

suk pengobatan topikal (pelembab bibir keratolitik, tabir surya, krim antijamur, dan steroid), pengobatan sistemik (antidepresan, agen antijamur, dan kortikosteroid), dan pengobatan invasif (laser, krioterapi, dan elektrokauterisasi). Pilihan pengobatan topikal hanya dapat digunakan pada beberapa kasus, disamping itu penatalaksanaan secara invasif dapat menimbulkan nyeri, ketidaknyamanan, jaringan parut, dan memperlambat waktu penyembuhan luka.¹⁸

Pendekatan terapi farmakologis pada kasus ini telah sesuai dengan rekomendasi pustaka meliputi eliminasi faktor etiologi, penggunaan kortikosteroid topikal (salep atau krim) untuk menekan produksi mediator peradangan.¹⁹ Selain itu, dilakukan pemberian terapi suportif berupa multivitamin B kompleks untuk mengoptimalkan proses reepitelisasi mukosa dan sintesis DNA jaringan, serta memastikan proses penyembuhan deskumasi tidak terhambat oleh defisiensi nutrisi sekunder.¹⁴

Pada kunjungan kedua, dilakukan pemberian antihistamin sistemik (cetirizine) setelah pemeriksaan darah rutin menunjukkan peningkatan kadar eosinofil darah yang mengindikasikan adanya reaksi alergi.²⁰ Langkah ini efektif mengendalikan reaksi alergi yang terbukti dari adanya perbaikan klinis pada kunjungan keempat. Eosinofilia didefinisikan sebagai jumlah eosinofil darah tepi >450 sel/ μ L dan dapat berhubungan dengan alergi, reaksi obat, infeksi parasit, gangguan eosinofilik, keganasan tertentu, serta sindrom hipereosinofilik.²¹ Eosinofil berpartisipasi dalam infiltrasi inflamasi pada berbagai kondisi dermatologis.²²

Selain terapi farmakologis, terapi non farmakologis juga berperan penting mempercepat perbaikan klinis dan mencegah rekurensi.²³ Terapi ini meliputi pemberian edukasi untuk meningkatkan kesehatan yang dapat menunjang proses penyembuhan luka.²⁴ Pada kasus ini, pasien diedukasi untuk menghindari makanan berminyak yang dapat mengganggu fungsi *barrier* bibir dan mengganggu daya lekat obat topikal yang digunakan. Selain itu, pasien diinformasikan untuk me-

ningkatkan hidrasi (>2 L/hari) karena hidrasi optimal pada orang dewasa 2,5-3,5 L per hari. Pasien juga diinstruksikan untuk menghentikan penggunaan lipstik yang bertujuan untuk mengurangi pemicu iritan yang diharapkan dapat mempercepat proses penyembuhan. Pasien diedukasi untuk selalu mencatatkan asupan makanan dan minuman untuk membantu identifikasi alergen, mengingat pemeriksaan tes panel alergi spesifik tidak dapat dilakukan akibat kendala biaya.

Kasus ini menunjukkan bahwa EC merupakan kondisi dengan etiologi multifaktor, sehingga evaluasi klinis secara berkala dan berulang sangat diperlukan untuk memperoleh diagnosis yang tepat. Pemeriksaan penunjang sederhana, seperti hasil pemeriksaan darah lengkap yang menunjukkan peningkatan nilai eosinofil dapat digunakan sebagai alat bantu untuk mengarahkan etiologi dan diagnosis. Selain itu, kemampuan praktisi untuk memodifikasi perilaku pada pasien, terbukti efektif mencapai perbaikan klinis yang bermakna.

Sebagai salah satu bentuk *cheilitis* kronis yang umumnya bersifat reversibel, EC sering dijumpai secara dominan di layanan kesehatan gigi dan mulut akibat lambatnya diagnosis serta kegagalan mengidentifikasi dan mengeliminasi faktor etiologi yang mendasarinya. Disimpulkan bahwa keberhasilan penanganan EC tidak hanya ditentukan oleh terapi farmakologis, melainkan juga bergantung pada ketajaman klinis dokter gigi dalam mengidentifikasi, mengevaluasi secara komprehensif, dan mengeliminasi faktor etiologi yang mendasari, termasuk kondisi sistemik, aspek perilaku, psikologis, serta lingkungan yang berperan dalam perjalanan penyakit.

Laporan kasus ini diharapkan dapat meningkatkan kewaspadaan klinis di fasilitas pelayanan kesehatan dalam tatalaksana kasus EC dengan meningkatkan kemampuan anamnesis dan pemeriksaan klinis untuk menentukan diagnosis dan penanganan yang tepat. Laporan kasus ini dapat menjadi pertimbangan dalam melakukan penelitian epidemiologis, klinis, laboratoris, dan menjadi acuan dalam penulisan ilmiah selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Santos LR, Dick TNA, Candreva MS. Challenging of treating patients with exfoliative cheilitis: Report of two cases. *J Clin Exp Dent* 2023;15(5):e431-6; doi: 10.4317/jced.60326.
- Rahmayanti F, Indrastiti RK, Wimardhani YS. Assessment of quality of life in patients with chronic oral mucosal diseases using the Indonesian version of the chronic oral mucosal disease questionnaire-15 (COMDQ-15). *Dent J (Basel)* 2024;12(8):258; doi: 10.3390/dj12080258.
- Aydin E, Gokoglu O, Ozcurumez G. Factitious cheilitis: A case report. *J Med Case Rep* 2008;2(29):1-4; doi: 10.1186/1752-1947-2-29.
- Rismarsa TI, Puteri A, Dewi ZY. Management of recurrent exfoliative cheilitis a/r labium superior and inferior in patient 12-year-old. *J Health Dent Sci* 2022;2(1):31-8; doi: 10.54052/jhds.
- Sivabalasundram SS, Herawati E, Yohana W. Evaluation of severity level, stress and bad habit among dental students with exfoliative cheilitis. *Padjadjaran J Dent* 2022;34(1):35-40; doi: 10.24198/pjd.vol33no1.28781.
- Sivabalasundram SS. Prevalence of cheilitis and labial physiologic pigmentation among dental students in Faculty of Dentistry Universitas Padjadjaran. 2019; <https://repository.unpad.ac.id/handle/kandaga/160110152025>.
- Eltouareini A, Alharbi H, Saleh W. A rare presentation of chronic exfoliative cheilitis: case report. *Clin Med Insights* 2025;18:1-4; doi:10.1177/11795476251319981.
- Khabadze Z, Arutyunyan E, Arsen I. Occurrence frequency of exfoliative cheilitis in dental practice. *J Int Dent Med Res* 2023;16(1): 377-83.
- Agustina D, Subagyo G. Exfoliative cheilitis dan penatalaksananya. *Maj Ked Gi* 2012;19(1):49-52; doi: 10.22146/maikgediind.15677
- Girjala RL, Falkner R, Dalton SR, et al. Exfoliative cheilitis as a manifestation of factitious cheilitis. *Cureus* 2018;10(5):1-5; doi: 10.7759/cureus.2565.
- Cai L, Wei J, Ma D. Predisposition of hypersensitivity in patients with exfoliative cheilitis. *J Dent Sci* 2022;17(1):476-81; doi: 10.1016/j.jds.2021.07.024.
- Mani SA, Shareef T. Exfoliative cheilitis: report of a case. *J Can Dent Assoc* 2007;73(7):629-32; PMID: 17868515.
- Ulusoy E, Abaci A. Exfoliative cheilitis in childhood: a successful treatment with tacrolimus. *J Pediatr Acad* 2023;4(1):39-41; doi: 10.4274/jpea.2023.193.
- Lugović-Mihčić L, Pilipović K, Cmarčić I. Differential diagnosis of cheilitis-how to classify cheilitis? *Acta Clin Croat* 2018;57:342-51; doi: 10.20471/acc.2018.57.02.16.
- Samim F, Auluck A, Zed C, et al. Erythema multiforme - a review of epidemiology, pathogenesis, clinical features, and treatment. *Dent Clin North Am* 2013;57(4):583-96; doi: 10.1016/j.cden.2013.07.001.
- Glick M, Greenberg MS, Lockhart PB. *Burket's oral medicine*, 13th Ed. Hoboken (NJ): Wiley-Blackwell; 2021;p.48; ISBN: 978111959781
- Blagec T, Cmarčić I, Homolák D. Association between allergic reactions and lip inflammatory lesions (cheilitis). *Acta Clin Croat* 2023;62(3):415-25; doi: 10.20471/acc.2023.62.03.3.
- Seong Park C, Park JH, Lee J. Chronic exfoliative cheilitis successfully treated by pinhole method using CO2 laser. *Ann Dermatol* 2019;31(3):361-3; doi: 10.5021/ad.2019.31.3.361.
- Wynn RL, Meiller TF, Crossley HL. *Printer to adjust spine art for final spine bulk drug information handbook for dentistry lexicomp® including oral medicine for medically compromised patients & specific oral conditions*. Senior Editors. 2019.
- Rosen A, Ngshanyi S, Tosti A. Allergic contact cheilitis in children and improvement with patch testing. *JAAD* 2017;3:25-8; doi: 10.1016/j.jdc.2016.10.002.
- Fulkerson PC, Rothenberg ME. Targeting eosinophils in allergy, inflammation and beyond. *Nat Rev Drug Discov* 2013;12(2):117-29; doi:10.1038/

nrd3838.

22. Mejia R, Nutman TB. Evaluation and differential diagnosis of marked, persistent eosinophilia. *Semin Hematol* 2012;49(2):149-59;doi:10.1053/j.seminhematol.2012.01.006.
23. Medawati A, Hartanti, Safitri NN. The role of patient education and pharmacological therapy in the management of exfoliative cheilitis: a literature review. *Formosa J Sustain Res* 2025;4(8):1405–14; doi: 10.55927/fjsr.v4i8.507.
24. Fernandes TM, Barreto TT, Barreto BN. Report of two cases of exfoliative cheilitis and brief literature review. *J Oral Diagn* 2020;5:1-5; doi: 10.5935/2525-5711.20200004.