



ISSN 0216-0773

MEDIA DERMATO-VENEREOLOGICA INDONESIANA

Editorial: Tantangan diagnosis dan tata laksana berbagai penyakit dermatologi, venereologi, dan estetika

Prevalensi dan karakteristik pitiriasis versikolor di RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung periode 2018–2022

Perkembangan global penelitian dermatologi anak dalam dua dekade terakhir

Inosine pranobex sebagai terapi tambahan pada kutil anogenital: sebuah laporan kasus

Serial kasus Sindrom Stevens-Johnson/Nekrolisis Epidermal Toksik akibat terapi multiobat lepra: tantangan dalam diagnostik dan tata laksana

Pendekatan konservatif pada Sindrom Bart: sebuah laporan kasus

Vaskulitis leukositoklastik atipikal: kasus dengan presentasi anular menyerupai reaksi id pada tinea korporis

Keberhasilan kombinasi terapi mikofenolat sodium dan azatioprin pada koeksistensi pemfigoid bulosa dan psoriasis vulgaris

Nevus lipomatosus superfisialis multipel dengan klinis serupa fibroma mole

Skleroderma yang dipengaruhi kehamilan: sebuah kasus langka

Asam traneksamat oral untuk melasma pada orang Asia

Diagnosis dan tata laksana terkini pioderma gangrenosum

MDVI	Vol. 52	No. 3	Hal. 122–186	Jakarta Jul–Sept 2025	ISSN 0216-0773
------	---------	-------	--------------	--------------------------	----------------

DAFTAR ISI

Editorial: Tantangan diagnosis dan tata laksana berbagai penyakit dermatologi, venerologi, dan estetika <i>Tia Febrianti</i>	122
ARTIKEL ASLI	
Prevalensi dan karakteristik pitiriasis versikolor di RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung periode 2018–2022 <i>Ahmad Zaky Dinantha*, Risa Miliawati Nurul Hidayah, Nisa Fauziah, Chrysanti, Miranti Pangastuti</i>	123–129
Perkembangan global penelitian dermatologi anak dalam dua dekade terakhir <i>Hapsari Kinanti*, Regitta Indira Agusni, Dewi Nurasrifah, Yuri Widia, Novianti Rizky Reza, Medhi Denisa Alinda, Damayanti, Afif Nurul Hidayati</i>	130–134
LAPORAN KASUS	
<i>Inosine pranobex</i> sebagai terapi tambahan pada kutil anogenital: sebuah laporan kasus <i>Ayutika Saraswati Adisasmito*, Anggita Nur Azizah, Melissa Halim, Yudo Irawan, Melani Marissa, Hanny Nilasari, Wresti Indriatmi</i>	135–139
Serial kasus Sindrom Stevens-Johnson/Nekrolisis Epidermal Toksik akibat terapi multiobat lepra: tantangan dalam diagnostik dan tata laksana <i>Benedictus Stefanus*, Kesya Kimberly, Prima Kartika Esti, Eka Komarasari</i>	140–145
Pendekatan konservatif pada Sindrom Bart: sebuah laporan kasus <i>Isni Maulina Sukmara*, Triana Agustin, Rinadewi Astriningrum</i>	146–151
Vaskulitis leukositoklastik atipikal: kasus dengan presentasi anular menyerupai reaksi id pada tinea korporis <i>Melissa Halim*, Eliza Miranda, Rahadi Rihatmadja, Eyleny Meisyah Fitri, Valerie Andrea</i>	152–156
Keberhasilan kombinasi terapi mikofenolat sodium dan azatioprin pada koeksistensi pemfigoid bulosa dan psoriasis vulgaris <i>Nadia Aprilia Fitriana*, Anggun Putri Yuniaswan, Arif Widiatmoko, Suci Prawitasari</i>	157–162
Nevus lipomatosus superfisialis multipel dengan klinis serupa fibroma mole <i>Rizki Irianti Rakasiwi Ningrum*, Roro Inge Ade Krisanti, Sondang P Sirait, Isni Maulina Sukmara, Nabila Zaneta</i>	163–167
Skleroderma yang dipengaruhi kehamilan: sebuah kasus langka <i>Suci Prawitasari*</i>	168–173
TINJAUAN PUSTAKA	
Asam traneksamat oral untuk melasma pada orang Asia <i>Elly Dainty Arifin*</i>	174–177
Diagnosis dan tata laksana terkini pioderma gangrenosum <i>Sarah Diba*, Erico Lemuel Yonathan, M. Athuf Thaha, Nopriyati, Soenarto Kartowigno, Mutia Devi</i>	178–186

TANTANGAN DIAGNOSIS DAN TATA LAKSANA BERBAGAI PENYAKIT DERMATOLOGI, VENEREOLOGI DAN ESTETIKA

Artikel MDVI edisi ke-3 yang terbit di bulan September 2025 memuat 11 artikel yang terdiri atas 2 artikel asli, 7 laporan kasus dan 2 tinjauan pustaka telah dipilih oleh dewan redaksi untuk ditampilkan dalam edisi ini.

Dalam edisi ini terdapat beberapa artikel yang membahas tentang diagnosis dan tata laksana penyakit. Artikel diagnosis dan tata laksana pioderma gangrenosum terkini diharapkan dapat menjadi acuan dalam praktik sehari-hari karena angka morbiditas, mortalitas, dan rekurensi pioderma gangrenosum masih tinggi. Tantangan diagnosis dan tata laksana serial kasus Sindrom Stevens-Johnson Nekrosis Epidermal Toksik akibat terapi multiobat lepra dapat menjadi kewaspadaan dalam menangani pasien lepra. Serta diagnosis dan tata laksana skleroderma pada kehamilan yang memerlukan penanganan multidisiplin agar prognosis menjadi baik bagi ibu dan janin.

Dua buah artikel melaporkan pentingnya melakukan pemeriksaan histopatologis selain gejala klinis dan pemeriksaan fisis untuk menegaskan diagnosis serta memberikan terapi yang tepat. Diagnosis banding yang harus dipikirkan akibat kemiripan secara klinis antara lain nevus lipomatosus superfisial multipel dapat menyerupai fibroma mole dan vaskulitis leukositik anular yang menyerupai reaksi id pada tinea korporis.

Terdapat berbagai artikel membahas tata laksana di bidang dermatologi venerologi dan estetika yaitu *inosine pranobex* sebagai terapi tambahan pada terapi konvensional kutil kelamin, keberhasilan penggunaan terapi konservatif dalam penanganan sindrom BART, terapi alternatif asam traneksamat oral untuk kasus melasma yang

tidak responsif terhadap pengobatan topikal, kombinasi mikofenolat sodium dan azatioprin sebagai terapi untuk kasus koeksistensi pemfigoid bulosa dan psoriasis vulgaris. Keberhasilan tatalaksan berbagai kelainan di atas dapat menjadi alternatif terapi dalam penanganan pasien.

Dalam artikel ini melaporkan prevalensi dan karakteristik pitiriasis versikolor di salah satu rumah sakit rujukan tersier Jawa Barat pada periode 2018 hingga 2022. Selain itu juga terdapat kajian tren topik penelitian di bidang dermatologi anak selama dua dekade terakhir. Ternyata topik yang banyak diteliti adalah dermatitis atopik dan psoriasis, aspek keamanan terapi biologis, terapi target agar dapat digunakan pada populasi anak. Penelitian teledermatologi dan *artificial intelligence* di bidang dermatologi anak akan berkembang di masa mendatang.

Semoga artikel yang dimuat pada edisi ini bermanfaat bagi para pembaca.

Tia Febrianti
Tim Editor MDVI

VASKULITIS LEUKOSITOKLASTIK ATIPIKAL: KASUS DENGAN PRESENTASI ANULAR MENYERUPAI REAKSI ID PADA TINEA KORPORIS

Melissa Halim*, Eliza Miranda, Rahadi Rihatmadja, Eyleny Meisyah Fitri, Valerie Andrea

Departemen Dermatologi dan Venereologi
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Rumah Sakit dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta, Indonesia

ABSTRAK

Pendahuluan: Dermatofitosis (tinea) biasanya ditandai lesi anular atau serpiginosa dengan skuama di tepi. Pada sebagian kasus, infeksi ini dapat memicu erupsi inflamasi sekunder di lokasi jauh dari fokus primer, disebut reaksi id. Salah satu manifestasi jarang sebagai respons imun sekunder adalah vaskulitis leukositoklastik, yaitu peradangan pembuluh darah kecil dengan ciri histopatologis deposit fibrin, kerusakan dinding vaskular, dan debris inti. **Kasus:** Laki-laki 47 tahun datang dengan bercak dan bintik kemerahan di kedua tungkai bawah sejak satu tahun. Pemeriksaan menunjukkan papul-plak eritematosa hingga hiperpigmentasi multipel, sebagian anular dengan tepi meninggi, dan skuama. Pemeriksaan mikroskopik jamur dari lesi representatif di pedis dekstra memperlihatkan hifa dan artrospora yang sesuai dengan tinea korporis, sedangkan hasil dari pedis sinistra negatif. Setelah empat minggu terapi antijamur, infeksi sembuh, tetapi muncul lesi anular baru pada lutut dan kaki bilateral disertai *palpable purpura*. Biopsi kulit menunjukkan vaskulitis leukositoklastik. **Diskusi:** Reaksi id awalnya dipertimbangkan karena memenuhi kriteria diagnosis untuk reaksi id, tetapi lesi tidak menghilang walaupun tinea korporis sembuh. Diagnosis vaskulitis leukositoklastik anular ditegakkan berdasarkan pemeriksaan klinis dan histopatologi. Pasien mendapat kortikosteroid sistemik tapering hingga tercapai remisi. **Kesimpulan:** Kasus ini menyoroti presentasi jarang vaskulitis leukositoklastik anular yang menyerupai reaksi id pada tinea korporis. Studi lebih lanjut diperlukan untuk memperjelas hubungan antara tinea, reaksi id, dan vaskulitis, serta menentukan terapi optimal.

Kata kunci: anular, reaksi id, tinea korporis, vaskulitis leukositoklastik

ATYPICAL LEUKOCYTOCLASTIC VASCULITIS: A CASE WITH ANNULAR PRESENTATION RESEMBLING ID REACTION IN TINEA CORPORIS

ABSTRACT

Introduction: Dermatophytosis (tinea) is typically characterized by annular or serpiginous lesions with peripheral scaling. In some cases, the infection may elicit secondary inflammatory eruptions at sites distant from the primary focus, referred to as an id reaction. A rare manifestation of this secondary immune response is leukocytoclastic vasculitis, an inflammation of small vessels characterized histopathologically by fibrin deposition, vascular wall damage, and nuclear debris. **Case:** A 47-year-old male presented with erythematous patches and spots on both lower legs that had persisted for one year. Clinical examination revealed multiple erythematous to hyperpigmented papules and plaques, some annular with raised scaly borders. Fungal microscopy of a representative lesion on the right foot demonstrated hyphae and arthrospores consistent with tinea corporis, while the sample from the left foot was negative. Following four weeks of antifungal therapy, the infection resolved; however, new annular lesions subsequently appeared on the knees and bilateral feet, accompanied by palpable purpura. Skin biopsy showed histopathological features of leukocytoclastic vasculitis. **Discussions:** An id reaction was initially considered since the presentation fulfilled its diagnostic criteria, but the lesions persisted despite resolution of tinea corporis. A diagnosis of annular leukocytoclastic vasculitis was established based on clinical and histopathological findings. The patient was treated with systemic corticosteroids tapered gradually, achieving remission. **Conclusions:** This case highlights a rare presentation of annular leukocytoclastic vasculitis mimicking an id reaction in the setting of tinea corporis. Further studies are warranted to elucidate the relationship between dermatophytic infections, id reactions, and vasculitis, as well as to establish optimal management strategies.

Masuk : 4 Juni 2024
Revisi : 4 September 2025
Publikasi : 30 September 2025

*Korespondensi:

Jl. Diponegoro No.71, Jakarta Pusat 10430
Telepon: (+6221) 31935383
E-mail: melissahalim27@gmail.com

Keywords: annular, id reaction, tinea corporis, leukocytoclastic vasculitis

PENDAHULUAN

Dermatofitosis atau tinea umumnya ditandai dengan lesi berbentuk anular atau serpiginosa dengan tepi aktif yang berskuama. Lesi biasanya meluas secara sentrifugal, meninggalkan bagian tengah yang lebih bersih atau hanya sedikit berskuama.^{1,2} Antigen jamur dapat memicu berbagai tipe reaksi hipersensitivitas, termasuk tipe I (reaksi cepat), tipe III (reaksi imun kompleks), maupun tipe IV (reaksi lambat). Pada dermatofitosis, erupsi inflamasi sekunder yang timbul pada lokasi jauh dari fokus infeksi jamur primer dikenal sebagai reaksi id atau dermatofitid.^{2–4} Mekanisme yang paling sering mendasari reaksi id adalah hipersensitivitas tipe IV. Manifestasi klinisnya bervariasi, bergantung pada tipe hipersensitivitas, dan tidak jarang menimbulkan kebingungan diagnostik. Meskipun jarang, reaksi id dapat menyerupai gambaran vaskulitis pada kulit.^{1,3,5}

Vaskulitis leukositoklastik merupakan peradangan pada pembuluh darah kecil kulit yang ditandai dengan infiltrasi neutrofil, kerusakan dinding vaskular, fibrin deposit, dan debris inti pada pemeriksaan histopatologis. Secara klinis, lesi dapat berupa purpura *palpable* atau lesi polimorfik lain, umumnya mengenai ekstremitas bawah bilateral.^{5,6} Vaskulitis dapat terjadi sebagai bagian dari penyakit sistemik (misalnya infeksi, penyakit autoimun, atau obat), tetapi juga dapat muncul sebagai kondisi idiopatik tanpa penyebab yang jelas. Walaupun gambaran klasik lebih sering ditemukan, terdapat varian klinis langka berupa lesi anular yang penting dikenali oleh dokter spesialis dermatologi, venereologi, dan estetika.^{7–9}

Dalam laporan ini, kami menyajikan sebuah kasus vaskulitis leukositoklastik dengan manifestasi anular tidak khas, yang pada awalnya dicurigai sebagai reaksi dermatofitid pada pasien dengan tinea korporis.

KASUS

Seorang laki-laki berusia 47 tahun datang dengan keluhan bercak kemerahan disertai bintik yang meluas pada kedua tungkai bawah hingga dorsum pedis sejak satu tahun terakhir. Keluhan diawali dengan munculnya bintik eritematosa kecil yang melebar secara perlahan, menebal di bagian tepi, menipis di bagian tengah, serta bersisik. Lesi pertama kali timbul setahun yang lalu, berulang kali hilang-timbul tanpa terapi yang memadai, meninggalkan sisa hiperpigmentasi cokelat kehitaman. Beberapa minggu sebelum berobat ke fasilitas kami, pasien kembali mengalami kekambuhan dengan munculnya bercak baru. Riwayat penyakit kulit maupun penyakit sistemik lainnya, riwayat serupa pada keluarga, penggunaan barang pribadi bersama, atau kontak dengan hewan disangkal. Pasien pernah mengonsumsi metilprednisolon setahun sebelumnya, tetapi keluhan

kulit tidak membaik. Pasien belum mengetahui diagnosis dari keluhan kulitnya pada satu tahun lalu.

Pemeriksaan fisis umum dan tanda vital dalam batas normal. Pada regio tungkai bawah hingga dorsum pedis bilateral ditemukan papul-plak eritematosa-hiperpigmentasi multipel, sebagian berbentuk anular dengan tepi meninggi dan berskuama. Pada dua minggu pemantauan, terdapat lesi baru pada regio lutut berupa plak eritematosa dengan tepi serpiginosa. Pada kedua tungkai bawah ditemukan makula-*patch* hiperpigmentasi multipel (Gambar 1). Kelenjar getah bening inguinal bilateral tidak membesar. Pemeriksaan preparat KOH 20% dari kerokan kulit pedis dekstra menunjukkan hifa panjang dan artrospora yang konsisten dengan dermatofitosis, sedangkan dari pedis sinistra tidak ditemukan elemen jamur. Kultur jamur tidak dilakukan karena hasil pemeriksaan KOH sudah cukup mendukung diagnosis tinea korporis.

Pemeriksaan laboratorium menunjukkan trombositopenia, peningkatan laju endap darah, dan D-dimer, sementara CRP, darah perifer lengkap, fungsi hati dan ginjal dalam batas normal. Pemeriksaan serologi penapis hepatitis B dan C nonreaktif, serta ANA-IF negatif. Berdasarkan temuan klinis dan mikologis, diagnosis kerja ditegakkan sebagai tinea korporis dengan reaksi id disertai hiperpigmentasi pasca inflamasi. Pasien mendapatkan terapi terbinafin 250 mg per hari selama empat minggu dan krim ketokonazol 2% topikal selama dua minggu.

Setelah terapi empat minggu, pemeriksaan ulang KOH dari lesi lama maupun baru tidak menunjukkan elemen jamur sehingga ditegakkan diagnosis tinea korporis sembuh. Namun, pada saat yang sama muncul lesi baru berupa plak eritematosa anular dengan tepi serpiginosa pada kedua lutut, disertai purpura *palpable* dengan hasil diaskopi tidak memucat. Kecurigaan klinis mengarah pada diagnosis banding lain sehingga dilakukan biopsi kulit. Hasil histopatologi menunjukkan akantosis teratur, sebaran sel polimorfonuklear dan limfosit, sejumlah besar eosinofil perivaskular dan interstisial, kerusakan dinding pembuluh darah dengan deposit fibrin, debu inti, serta ekstrasvasi eritrosit, sesuai dengan vaskulitis leukositoklastik, meskipun kemungkinan akibat reaksi alergi belum dapat disingkirkan.

Pasien kemudian dikonsultasikan ke Divisi Hematologi-Onkologi Medik karena terdapat peningkatan parameter koagulasi, dan ditegakkan diagnosis vaskulitis dengan hiperkoagulasi. Pasien mendapatkan terapi antikoagulan berupa heparin subkutan dilanjutkan warfarin per oral. Selanjutnya, pasien ditangani oleh Divisi Dermato-Alergo-Imunologi dengan pemberian metilprednisolon dosis awal 36 mg (setara prednison 0,7 mg/kgBB/hari), yang kemudian diturunkan secara

bertahap dan dihentikan setelah lima minggu. Selain itu, pasien mendapat cetirizin 10 mg per hari selama empat minggu. Perbaikan klinis dicapai dengan sisa makula hiperpigmentasi pascainflamasi yang menetap dua bulan setelah penghentian terapi kortikosteroid. Hingga laporan ini disusun, pasien masih dalam kondisi remisi.

DISKUSI

Pada kasus ini, terapi antijamur sistemik dimulai berdasarkan pemeriksaan preparat KOH yang menunjukkan hifa dan artrospora pada lesi representatif. Hal ini sesuai praktik klinis yang lazim karena identifikasi spesies dermatofita tidak dapat dilakukan melalui mikroskopis langsung. Selain itu, sebagian besar dermatofita merespons rejimen antijamur standar, misalnya golongan alilamin atau imidazol, dengan efektivitas yang sebanding, kecuali pada tinea kapitis.^{1,4,10,11} Kultur jamur tidak dilakukan karena (i) waktu tunggu 2–4 minggu sehingga tidak mengubah keputusan terapi awal; (ii) pada konteks klinis ini hasil KOH positif sudah cukup untuk menegaskan diagnosis dan memulai tatalaksana; serta (iii) ketersediaan dan pertimbangan biaya pada layanan rutin. Dengan demikian, spekulasi mengenai sumber dermatofitosis geofilik tidak diajukan karena tanpa kultur, sumber penularan tidak

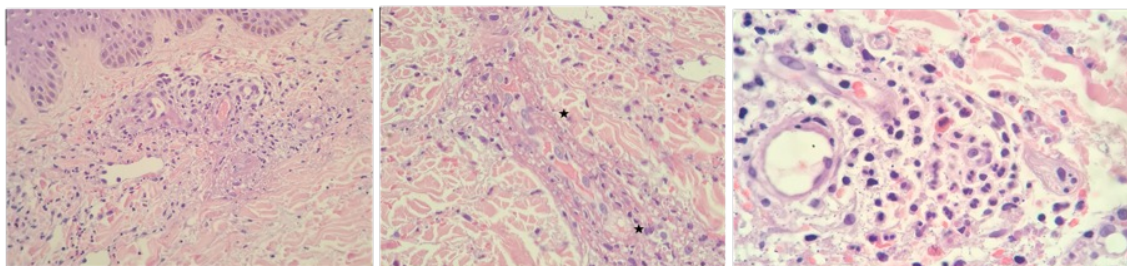
dapat dipastikan.^{4,12,13}

Reaksi id (dermatofitid) semula dipertimbangkan karena memenuhi kriteria esensial: terdapat fokus infeksi dermatofita yang mendahului lesi sekunder, lokasi lesi sekunder terpisah dari fokus primer dan negatif jamur pada pemeriksaan mikroskopik, serta diharapkan menghilang setelah infeksi primer teratasi.^{3,4,14} Spektrum klinis dermatofitid beragam (papul folikular, pola simetris, *pompholyx-like*), dan pada sebagian kecil kasus dapat menyerupai entitas hipersensitivitas lain, termasuk vaskulitis sebagai manifestasi reaksi kompleks imun (hipersensitivitas tipe III).^{2,3} Pada pasien ini, purpura *palpable* yang tidak memucat pada diaskopi serta munculnya lesi baru meski tinea korporis sudah remisi, mendorong evaluasi ulang dan biopsi kulit, dengan mempertimbangkan diagnosis banding, yaitu granuloma anulare, *erythema annulare centrifugum* (EAC), dermatitis stasis, dan eritema elevatum diutinum (EED).^{5,15,16}

Hasil pemeriksaan histopatologi menunjukkan temuan khas vaskulitis leukositoklastik: deposit fibrinoid, kerusakan dinding vaskular oleh infiltrat neutrofil, dan debu inti (leukositoklasia), disertai ekstrasvasi eritrosit.^{6,10,17} Pola klinis anular pada vaskulitis leukositoklastik merupakan varian yang jarang, ditandai lesi purpura anular berkembang sentrifugal,



Gambar 1. (A) Klinis awal berupa plak eritematosa anular; (B) Lesi purpura palpable pada minggu ke-4 setelah terapi antijamur; (C) Sebagian meninggalkan plak hiperpigmentasi pada minggu ke-6; (D) Serta makula hiperpigmentasi pada minggu ke-8 pascaterapi kortikosteroid



Gambar 2. Pemeriksaan histopatologi plak eritematosa anular pada lutut dan tungkai bawah kanan menunjukkan sebaran sel radang perivaskular, kerusakan pembuluh darah, deposit fibrinoid, debu inti, eosinofil, dan ekstrasvasi eritrosit.

cenderung berulang, dan dapat mencapai regresi spontan. Mekanismenya diduga berhubungan dengan penyebaran mediator inflamasi atau antigen di perifer, analog dengan EAC. Etiologi vaskulitis leukositoklastik dapat idiopatik atau sekunder (infeksi, obat, penyakit jaringan ikat, keganasan).^{5,10} Pada pasien ini, serologi hepatitis B/C nonreaktif, ANA-IF negatif, dan tidak ada hubungan temporal konsumsi obat dengan awitan lesi, sehingga etiologi paling mungkin adalah idiopatik. Bukti keterkaitan langsung antara dermatofitosis atau antijamur sebagai pencetus vaskulitis leukositoklastik juga sangat terbatas; laporan yang ada lebih banyak karena infeksi bakteri atau virus.⁵ Terbinafin sendiri lebih sering dikaitkan dengan reaksi kulit lain, misalnya *acute generalized exanthematous pustulosis* (AGEP), *subacute cutaneous lupus* (SCLE), erupsi alergi obat *lichenoid* dan eksaserbasi dermatitis, dibandingkan vaskulitis.^{18,19}

Meskipun dapson dilaporkan sebagai terapi efektif pada beberapa kasus vaskulitis leukositoklastik anular maupun eritema elevatum diutinum (EED), penggunaannya memerlukan skrining G6PD serta pemantauan hematologis ketat karena risiko hemolisis, methemoglobinemia, dan sitopenia.^{5,7} Pada pasien ini ditemukan trombositopenia dan peningkatan kadar D-dimer, sehingga kortikosteroid sistemik dipilih sebagai lini awal yang dinilai lebih aman serta mampu mengendalikan inflamasi secara cepat, dengan penurunan dosis bertahap selama 4–6 minggu sesuai rekomendasi praktik pada vaskulitis pembuluh kecil.^{5,8,10,20} Remisi klinis berhasil dicapai dan bertahan ≥ 14 minggu setelah penghentian steroid, dengan sisa berupa hiperpigmentasi pascainflamasi.

Kasus ini menekankan pentingnya: (i) melakukan biopsi kulit dini pada lesi anular atipikal terutama bila disertai purpura *palpable*; (ii) berhati-hati dalam menegakkan diagnosis reaksi id apabila lesi tetap persisten setelah eradikasi infeksi jamur; dan (iii) mempertimbangkan kondisi hematologis serta profil keamanan obat dalam menentukan terapi individual pada vaskulitis leukositoklastik anular.

KESIMPULAN

Vaskulitis leukositoklastik anular dapat menyerupai reaksi id pada dermatofitosis, namun diagnosis pasti memerlukan pemeriksaan histopatologi, khususnya pada *palpable purpura* berulang di ekstremitas bawah. Pemberian kortikosteroid sistemik efektif dalam mengendalikan inflamasi setelah infeksi jamur teratasi. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk memperjelas kaitan antara dermatofitosis, reaksi id, dan vaskulitis leukositoklastik serta untuk menentukan strategi terapi yang paling optimal.

UCAPAN TERIMA KASIH

-

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada.

DAFTAR PUSTAKA

1. Craddock, Lauren N; Schieke SM. Superficial Fungal Infection. Dalam: Kang S, Amagai M, Bruckner AL EA, Margolis DJ, McMichael A et al, penyunting. Fitzpatrick's Dermatology. Edisi ke-9. New York: McGraw Hill Companies; 2019. h. 2925–49.
2. Moskaluk AE, VandeWoude S. Current Topics in Dermatology Classification and Clinical Diagnosis. Pathogens. 2022;11(9):1–23.
3. Ilkit M, Durdu M, Karakaş M. Cutaneous id reactions: A comprehensive review of clinical manifestations, epidemiology, etiology, and management. Crit Rev Microbiol. 2012;38(3):191–202.
4. Hay, RJ, Ashbee HR. Fungal Infections. Dalam: Griffiths CEM, Barke J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D, penyunting. Rook's Textbook of Dermatology. Edisi ke-9. Oxford: Blackwell Publishing; 2016. h. 32.3–51.
5. Dinulos JG. Hypersensitivity Syndromes and Vasculitis. Dalam: Habif TP, Dinulos JG, Chapman MS, Zug KA, penyunting. Skin Disease: Diagnosis and Treatment. Edisi ke-4. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018. h. 312–33.
6. Lilasari SP, Retnani DP, Cholis M. Korelasi Gambaran Histopatologi, Teknik Biopsi, dan Manifestasi Klinis Vaskulitis Leukositoklastik Kutaneus. Media Dermato-Venereologica Indonesiana. 2019;46(3):152–6.
7. Meissner M, Beier C, Gille J, Kaufmann R. Annular leukocytoclastic vasculitis in association with chronic hepatitis B. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2007;21(1):135–6.
8. Criado PR, Antinori LCL, Maruta CW, dos Reis VMS. Evaluation of D-dimer serum levels among patients with chronic urticaria, psoriasis and urticarial vasculitis. An Bras Dermatol. 2013;88(3):355–60.
9. Morita TCAB, Criado PR, Criado RFJ, Trés GFS, Sotto MN. Update on vasculitis: overview and relevant dermatological aspects for the clinical and histopathological diagnosis – Part II. An Bras Dermatol. 2020;95(4):493–507.
10. Elewski BE, Hughey LC, Hunt KM; Hay RJ. Fungal Disease. In: Bologna JL, Schaffer, JV, Cerroni L, penyunting. Dermatology. Edisi ke-4. Philadelphia: Elsevier, 2018. h. 1329–46.
11. Sahoo A, Mahajan R. Management of tinea corporis, tinea cruris, and tinea pedis: A comprehensive review. Indian Dermatol Online J. 2016;7(2):77–84.
12. Leung AKC, Lam JM, Leong KF, Hon KL. Tinea corporis: An updated review. Drugs Context. 2020;9:1–12.
13. Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI)- Kelompok Studi Dermatologi Indonesia. Dermatofitosis. Dalam: Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Spesialis Dermatologi dan Venereologi Indonesia. 2024. h. 201–38.
14. Kızılyel O, Elmas ÖF, Görgün M, Metin MS, Doğan F. A rare complication of tinea capitis: Urticarial id reaction. Çocuk Enfeksiyon Derg. 2017;11(2):e88–91.

15. Traves KP, Savage K, Studdiford JS. Annular lesions: Diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*. 2018;98(5):283–91.
16. Yusharyahya SN, Sutanto NR, Lestari AA, Amalia RS, Andardewi MF. Tata Laksana Komprehensif Dermatitis Stasis pada Geriatri. *eJournal Kedokt Indones*. 2022;9(3):236–42.
17. Jartarkar SR, Patil A, Goldust Y, Cockerell CJ, Schwartz RA, Grabbe S, et al. Pathogenesis, Immunology and Management of Dermatophytosis. *J Fungi*. 2022;8(1):1–15.
18. Rubegni P, Mandato F, Sbrano P, Fimiani M. Terbinafine-induced acute generalized exanthematous pustulosis. *G Ital Dermatol Venereol*. 2008;143(2):151–5.
19. Cohen PR, Erickson CP, Calame A. Terbinafine-induced lichenoid drug eruption: Case report and review of terbinafine-associated cutaneous adverse events. *Dermatol Online J*. 2020;26(7):1–7.
20. Willeke P, Kumpers P, Schlüter B, Limani A, Becker H, Schotte H. Platelet counts as a biomarker in ANCA-associated vasculitis. *Scand J Rheumatol*. 2015;44(4):302–8.