



Cutaneous Larva Migrans

Stevani Novita, Bangbang Buhari

Murni Teguh Memorial Hospital, Medan, Sumatera Utara, Indonesia

ABSTRAK

Cutaneous larva migrans (CLM) merupakan kelainan kulit yang disebabkan oleh larva cacing tambang dari hewan anjing dan kucing, yang paling sering adalah *Ancylostoma braziliense* dan *Ancylostoma caninum*. Larva menembus permukaan kulit, bermigrasi sepanjang epidermis, dan meninggalkan ruam dengan karakteristik linear atau serpiginosa membentuk terowongan (*burrow*) yang disebut '*creeping eruption*'. Dilaporkan kasus seorang laki-laki usia 48 tahun dengan keluhan gatal dan ruam di tangan kiri sejak 1 minggu. Pada pemeriksaan fisik ditemukan lesi papul serpiginosa sewarna kulit, sesuai gambaran CLM. Diberikan terapi *albendazole* 400 mg dosis tunggal selama 3 hari dan antihistamin oral. Pada hari kelima setelah terapi, lesi resolusi spontan dan gejala menghilang.

Kata kunci: *Albendazole*, cacing tambang, *creeping eruption*, *cutaneous larva migrans*

ABSTRACT

Cutaneous larva migrans (CLM) is a skin disease caused by larva of hookworm from dogs and cats, most commonly *Ancylostoma braziliense* and *Ancylostoma caninum*. Larva penetrates skin surface, migrates through the epidermis, and leaves a characteristic linear or serpiginous rash forming a burrow commonly referred to as '*creeping eruption*'. We reported a case of a 48-year-old man with pruritic lesion on his left hand since a week ago. Physical examination revealed a serpiginous, skin-colored papule. Those findings confirmed the diagnosis of CLM. He was treated with a single dose of *albendazole* 400 mg for three days and an oral antihistamine. The lesion and symptom resolved 5 days after treatment. **Stevani Novita, Bangbang Buhari. Cutaneous Larva Migrans.**

Keywords: *Albendazole*, *creeping eruption*, *cutaneous larva migrans*, hookworm

PENDAHULUAN

Cutaneous larva migrans (CLM) merupakan kelainan kulit yang disebabkan oleh larva cacing tambang. Penyebab utamanya adalah larva cacing tambang yang berasal dari hewan anjing dan kucing, yaitu *Ancylostoma braziliense* dan *Ancylostoma caninum*. Di Asia Timur, CLM umumnya disebabkan oleh *gnatostoma* hewan babi dan kucing. Pada beberapa kasus dapat ditemukan *Uncinaria stenocephala* (cacing tambang dari anjing Eropa) dan *Bunostomum phlebotomum* (cacing tambang dari jenis hewan sapi).^{1,3}

Cutaneous larva migrans (CLM) terdistribusi luas, umumnya di daerah tropis dan subtropis, terutama di Asia Tenggara, Karibia, Afrika, Amerika Selatan, dan India.^{2,3}

Faktor kebersihan atau higiene berperan penting dalam penyebaran penyakit.⁴ Kelainan kulit ini ditransmisikan melalui kontak langsung dengan pasir atau tanah yang terkontaminasi kotoran hewan mengandung

larva filariform (larva infeksi). Larva dapat menembus permukaan kulit, bermigrasi sepanjang epidermis dan meninggalkan ruam dengan karakteristik linear atau serpiginosa yang biasa disebut dengan '*creeping eruption*'. Kebanyakan larva tidak dapat berkembang menjadi bentuk dewasa atau menginvasi lapisan kulit yang lebih dalam. Larva tersebut dapat mati dengan sendirinya dalam beberapa minggu hingga beberapa bulan.^{2,5}

LAPORAN KASUS

Seorang laki-laki usia 48 tahun datang dengan keluhan sejak 1 minggu timbul gatal dan ruam di tangan kiri. Ruam diawali luka kecil, makin lama meluas membentuk terowongan berkelok-kelok dan sangat gatal terutama malam hari. Pada pemeriksaan fisik keadaan umum baik. Pada permukaan dorsum tangan kiri terlihat gambaran lesi berupa papul serpiginosa, sewarna dengan kulit (**Gambar 1**). Ditegakkan diagnosis *cutaneous larva migrans*. Pasien diberikan terapi *albendazole* 400 mg dosis tunggal, selama tiga hari. Untuk

gatalnya diberikan antihistamin oral. Setelah 5 hari, lesi mengalami resolusi spontan, gejala gatal menghilang dan meninggalkan bekas hiperpigmentasi (**Gambar 2**).



Gambar 1. Permukaan dorsum tangan kiri tampak lesi berupa papul serpiginosa berbentuk terowongan sewarna kulit.



Gambar 2. Hari ke-5 setelah terapi. Lesi mengering, gejala menghilang, dan tinggal hiperpigmentasi bekas terowongan.

DISKUSI

Cutaneous larva migrans (CLM) merupakan kelainan kulit yang khas berupa peradangan berbentuk linear atau berkelok-kelok, menimbul, dan progresif, disebabkan oleh invasi larva cacing tambang yang berasal dari anjing dan kucing, yaitu *Ancylostoma braziliense* dan *Ancylostoma caninum*. Kelainan kulit ini juga dikenal dengan istilah *creeping eruption*, *creeping verminous dermatitis*, larva kesasar, dermatosis linearis migrans, *sandworm disease*, *plumber's itch*, *duck hunter's itch*.²⁻⁴

CLM memiliki distribusi luas, kebanyakan di daerah iklim tropis dan subtropis yang hangat dan lembap. Faktor kebersihan dan sanitasi berperan penting.^{2,4,6} Manusia merupakan pejamu (*host*) insidental, infeksi terjadi karena kontak langsung antara kulit dan pasir atau tanah yang terkontaminasi kotoran hewan yang mengandung larva filariform (larva infeksi) cacing tambang.^{1,2,6}

Larva infeksiif mampu bertahan hidup di tanah yang hangat dan lembap selama beberapa minggu.² Larva menembus kulit, mengeluarkan zat hialuronidase yang memfasilitasi lintasan larva melalui lapisan epidermis dan dermis.⁷ Larva tersebut bermigrasi hingga beberapa sentimeter per hari. Larva tinggal di kulit, berjalan-jalan tanpa tujuan sepanjang dermo-epidermal, biasanya berada di antara stratum germinativum dan stratum korneum. Hal ini menimbulkan reaksi

inflamasi eosinofilik lokal. Setelah beberapa jam atau hari akan timbul gejala di kulit. Masa inkubasi biasanya 1-6 hari. Larva tidak dapat berkembang menjadi bentuk dewasa atau menginvasi lapisan kulit yang lebih dalam. Larva tersebut dapat mati sendiri dalam beberapa minggu hingga beberapa bulan.^{2,3,6}

Masuknya larva ke kulit biasanya disertai rasa gatal dan panas. Rasa gatal biasanya lebih hebat pada malam hari. Mula-mula akan timbul papul, kemudian diikuti bentuk khas, yakni lesi linear atau berkelok-kelok, menimbul dengan diameter 3 mm, kemerahan. Adanya lesi papul yang eritematosa menunjukkan larva telah berada di kulit selama beberapa jam atau hari. Selanjutnya papul merah ini menjalar seperti benang berkelok-kelok, polisiklik, serpiginoza, menimbul, dan membentuk terowongan (*burrow*), mencapai panjang beberapa milimeter hingga sentimeter per hari. Predileksinya di punggung tangan, tungkai, plantar, telapak kaki, anus, bokong dan paha, juga dapat ditemukan di bagian tubuh yang sering berkontak langsung dengan pasir atau tanah tempat larva berada.²⁻⁴ Sebuah studi di Brazil melaporkan bahwa panjang lesi secara signifikan berhubungan dengan durasi atau lamanya infeksi, rata-rata pertambahan panjang 2,7 mm per hari, sehingga dapat membantu memperkirakan waktu dan tempat paparan infeksi.⁸

Manifestasi klinis lain berupa folikulitis *hookworm*. Pasien biasanya datang dengan folikulitis pruritik dan *creeping eruption*. Folikulitis dapat berupa 20-100 papul dan pustul folikular yang tersebar di daerah tertentu, biasanya di bagian bokong. Dapat juga ditemukan 2-10 lesi berupa terowongan (*burrow*) linear atau serpiginoza dengan panjang 1-5 sentimeter di lokasi yang sama atau berbeda.²

Diagnosis CLM kasus ini ditegakkan berdasarkan temuan klinis berupa lesi kulit pruritik khas berupa papul serpiginoza berbentuk terowongan (*burrow*). Pemeriksaan penunjang tes darah tidak diperlukan untuk diagnosis dan tidak dianjurkan; belum

ditemukan pemeriksaan serologi dan metode kultur spesifik.⁷ Pemeriksaan tes darah dapat mendeteksi eosinofilia.^{2,7,9} Biopsi kulit untuk pemeriksaan histologi jarang diperlukan, sebab lokasi larva biasanya berada jauh dari lesi yang terlihat.^{1,6}

CLM merupakan dermatosis yang *self-limited*. Lesi biasanya menghilang dalam 2-8 minggu, namun pernah dilaporkan lesi aktif bertahan hingga 2 tahun.^{2,6,7} Meskipun lesi CLM dapat menghilang tanpa pengobatan, terapi antelmintik diperlukan untuk mengurangi gejala, risiko rekurensi, dan komplikasi infeksi bakterial sekunder.^{1,5,9}

Terapi lini pertama adalah anti-helmintik *ivermectin* (150-200 µg/kg berat badan) dosis tunggal atau *albendazole* (400-800 mg/hari) dosis tunggal per oral selama tiga hari.^{2,6,7} Tingkat kesembuhan mencapai 100 persen. Pilihan lain yang aman dan cukup efektif adalah *tiabendazole* topikal dan *albendazole* topikal dioleskan dua kali sehari selama 10 hari. Namun, obat ini tidak tersedia di semua negara.^{2,7} Cara terapi lain dengan *cryotherapy/freezing* menggunakan nitrogen liquid dan *ethyl chloride* sudah tidak dianjurkan. Cara tersebut dinilai tidak efektif dan sulit karena lokasi larva tidak diketahui pasti, larva berada beberapa sentimeter di luar lesi yang terlihat dan bila terlalu lama digunakan dapat merusak jaringan sekitar.^{3,7,9,10}

SIMPULAN

Cutaneous larva migrans (CLM) merupakan kelainan kulit yang disebabkan oleh larva cacing tambang hewan yang berasal dari anjing dan kucing, yaitu *Ancylostoma braziliense* dan *Ancylostoma caninum*. Telah dilaporkan satu kasus CLM berdasarkan temuan klinis berupa lesi sangat gatal di permukaan dorsum tangan kiri dengan gambaran berbentuk terowongan berupa papul serpiginoza berwarna dengan kulit. Pasien diberikan terapi *albendazole* 400 mg dosis tunggal selama 3 hari dan antihistamin oral. Pada hari kelima setelah terapi, lesi mengalami resolusi spontan dan gejala menghilang.

DAFTAR PUSTAKA

1. Baple K, Clayton J. Hookworm-related cutaneous larva migrans acquired in the UK: Case report. *BMJ Case Rep.* 2015;2015. pii: bcr2015210165. doi: 10.1136/bcr-2015-210165.
2. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine.* 7th ed. Vol 2. New York: McGraw-Hill; 2008. p.2023-4.



3. Aisah S. Creeping eruption. In: Djuanda A, Hamzah M, Aisah S, editors. Buku ilmu penyakit kulit dan kelamin. 5th ed. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2007. p.125-6.
4. Siregar RS. Atlas berwarna saripati penyakit kulit. 2nd ed. Jakarta: EGC; 2005. p.172-3
5. Supplee SJ, Gupta S, Alweis R. Creeping eruptions: Cutaneous larva migrans. J Comm Hospital Intern Med Perspectives. 2013;3:21833
6. Padmavathy L, Rao LL. Cutaneous larva migrans: A case report. Indian J Med Microbiol. 2015;23(2):135-6.
7. Hochedez P, Caumes E. Hookworm-related cutaneous larva migrans. J Travel Med. 2007;14:326-33.
8. Jackson A, Heukelbach J, Calheiros CM, Soares VL, Harms G. A study in a community in Brazil in which cutaneous larva migrans is endemic. Clin Infect Dis. 2006;43:13-8.
9. Caumes E. Treatment of cutaneous larva migrans. Clin Infect Dis. 2000;30(5): 811-4.
10. Ibrahim NM, Teravaj P. Rash in a foreign worker. Malays Fam Physician. 2016;11(2&3):39-41.



Up date event Anda

www.kalbemed.com/Events.aspx