

KENDALA DALAM PENATALAKSANAAN KEILITIS EKSFOLIATIF (Laporan Kasus)

Indriasti Indah W*, Titiék Setyawati **

*Peserta Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis Ilmu Penyakit Mulut

** Staf Pengajar Ilmu Penyakit Mulut
Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia.

Indriasti Indah W, Titiék Setyawati: Kendala dalam Penatalaksanaan Keilitis Eksfoliatif (Laporan Kasus). Jurnal Kedokteran Gigi Universitas Indonesia. 2003; 10 (Edisi Khusus):949-955

Abstract

Exfoliative cheilitis is a rare chronic superficial inflammation disorder which affect vermilion border of the lips, especially lower lip. This disorder mostly happens in woman. The characteristics of this disease are a large amount production and desquamation of the keratin layers. The etiology and pathogenesis of exfoliative cheilitis is unknown. Diagnosis of exfoliative cheilitis can only be established if the conditions of the disease couldn't be connected to others factors. exfoliative cheilitis is very resistant to many treatment modalities, which gave a difficulty to determine a therapy with an optimum result. Topical steroid was the most effective therapy for the disease. Antifungal therapy can be used only if there is a secondarily infection caused by *Candida*. This case report is about an exfoliative cheilitis on 42 years-old women with unknown etiology backgrounds. On intra-oral examination we found out that there were several focus of infections that can delay the healing processes. The patient's conditions were resolved after a few month of topical steroid therapy, a month of antifungal therapy and a management of the focus of infections. An exact diagnosis, an appropriate management, good corporation between sections which are related to patient condition and patient corporation are very important on the healing of exfoliative cheilitis.

Key words: Exfoliative cheilitis

Pendahuluan

Keilitis eksfoliatif merupakan kelainan inflamasi kronik superfisial dari daerah vermilion bibir yang jarang terjadi.^{1,2} Dari data pasien Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Cipto Mangunkusumo (RSUPN-CM) Oktober 2001 sampai dengan Oktober 2002 diketahui terdapat 6 kasus keilitis eksfoliatif.³ Gambaran khasnya adalah pengelupasan

bibir yang persisten.^{1,2} Diagnosis keilitis eksfoliatif hanya dapat ditegakan bila kondisi tersebut tidak dapat dihubungkan dengan penyebab lain seperti sensitisasi karena kontak atau cahaya.¹ Etiologinya belum jelas,^{2,4} namun diduga terdapat kaitan dengan kondisi stress seseorang.² Keilitis eksfoliatif kronik seringkali terkontaminasi oleh *Candida*.⁵

Kelainan ini lebih banyak terlihat pada perempuan. Pasien mengeluh adanya iritasi, rasa tidak nyaman atau rasa terbakar walaupun sebagian tidak memberikan gejala tersebut.^{1,3} Seringkali ditemukan adanya kebiasaan pasien untuk mengigit atau mengisap bibirnya.¹

Sangat sulit menentukan terapi yang dapat memberikan hasil optimal pada keilitis eksfoliatif.² Salah satu terapi yang dapat diberikan saat ini adalah steroid topikal.^{1,3,4} Bila ditemukan kondisi stress yang terkait, maka dapat diberikan tranquilizer atau psikoterapi.^{1,2}

Pada makalah ini akan dilaporkan sebuah kasus keilitis eksfoliatif pada seorang perempuan dengan latar belakang etiologi yang tidak jelas namun kondisinya dapat disembuhkan dengan menggunakan steroid topikal dan antifungal. Dengan memahami laporan kasus ini diharapkan dapat dilakukan diagnosis dan penatalaksanaan yang tepat pada kondisi keilitis eksfoliatif.

Tinjauan Pustaka

Keilitis merupakan kelainan primer berupa inflamasi di daerah vermillion bibir. Inflamasinya mungkin berasal dari perluasan lesi di kulit yang berdekatan atau dari mukosa oral. Keratin pada daerah vermillion kehilangan plastisitasnya sehingga bibir menjadi pecah-pecah, mengelupas dan sakit. Penderita cenderung untuk menjilat bibir atau mengupas kulit yang terkelupas, hal-hal tersebut membuat kondisi keilitis menjadi semakin parah.¹

Keilitis eksfoliatif adalah kondisi kronik yang mengenai batas vermillion bibir, terutama bibir bawah.^{6,7,8} dan memiliki karakteristik berupa sejumlah besar produksi dan deskwamasi lapisan keratin,^{2,6,7,8} hal tersebut dihubungkan dengan peningkatan aktifitas mitotik dari sel basal.⁶ Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kelainan inflamasi superfisial yang kronik ini terutama terjadi pada perempuan.^{1,2,5,7}

Etiologi dan patogenesis dari keilitis eksfoliatif belum diketahui.^{1,2,5,6,7,8} Kondisi tersebut seringkali dihubungkan dengan gangguan emosional,^{1,2,7} namun kadang dihubungkan dengan atopi. Beberapa penelitian menyatakan tidak ditemukan hubungan keilitis eksfoliatif dengan kondisi dermatologis lain atau kondisi sistemik tertentu.⁶ Penelitian yang lain menyatakan bahwa keilitis eksfoliatif merupakan manifestasi oral yang dihubungkan dengan infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS). Pada kondisi ini beberapa penelitian menunjukkan keterlibatan *Candida*.^{1,7} Kondisi udara yang sangat panas atau sangat dingin juga dapat memperparah kondisi keilitis eksfoliatif.⁴

Diagnosis keilitis eksfoliatif hanya dapat ditegakkan bila kondisi keilitis pada pasien tidak dapat dihubungkan dengan faktor lain seperti paparan sinar matahari,^{1,6,7,8} sensitisasi kontak¹ dan reaksi alergi.⁸ Gambaran klinis kondisi ini adalah adanya pengelupasan, dan retakan^{1,5,7,8} pada bibir dan kadang terjadi perdarahan serta ulserasi.⁸ Proses inflamasi biasanya dimulai dari pertengahan bibir bawah dan menyebar sehingga melibatkan keseluruhan bibir bawah ataupun kedua bibir.¹ Kondisi bibir kering juga merupakan gambaran klinis yang harus diperhatikan pada keilitis eksfoliatif.⁷ Berbagai kasus keilitis eksfoliatif sering dihubungkan dengan kebiasaan mengisap, mengunyah, mengigit bibir atau berbagai tindakan manipulasi lainnya pada bibir.^{1,7} Pasien mengeluh adanya iritasi, rasa tidak nyaman serta rasa terbakar pada bibir, oleh karenanya pasien sering mengigit atau menghisap bibirnya.^{1,5} Kondisi ini sangat mengganggu penampilan penderita mengingat sebagian besar kasus terjadi pada perempuan maka sering menyebabkan gangguan psikologis.^{4,5,7,8} Diagnosis banding dari keilitis eksfoliatif adalah *seborrhoeic microbial eczema*, *eczema kontak*, *simpleks keilitis*, *cheilocandidosis* dan *juvenile juxtavermillion candidiasis*.⁷ *lichen planus*.

eritema multiforme, keilitis kontak dan keilitis aktinik.¹

Beberapa kasus keilitis eksfoliatif dapat sembuh spontan^{7,8} walau hanya selama beberapa waktu,⁸ sementara kasus lainnya merupakan kondisi yang menetap selama beberapa tahun.^{7,8} Keilitis eksfoliatif sangat resisten terhadap berbagai jenis pengobatan,⁶ sehingga sangat sulit menentukan terapi yang memberikan hasil optimal.² Saat ini terapi yang sering diberikan pada keilitis eksfoliatif adalah steroid topikal,^{1,2,4} namun beberapa penelitian menunjukkan bahwa pemberian steroid topikal maupun sistemik tidak efektif.⁸ Antifungal dapat diberikan pada keilitis eksfoliatif, namun preparat ini hanya bekerja terhadap infeksi sekunder *Candida* dan tidak dapat mencegah pembentukan lapisan/serpihan keratin.⁸¹ Pemberian antibiotik sistemik maupun topikal⁸ serta berbagai agen keratolitik tidak menunjukkan hasil yang efektif.^{2,8} Penggunaan gel petrolatum, krim tabir surya, pelembab, vitamin dan terapi radiasi terbukti tidak efektif pada keilitis eksfoliatif.⁸ Pada kasus yang terkait dengan gangguan psikologis atau emosi, pemberian tranquilizer atau psikoterapi terbukti cukup efektif memperbaiki kondisi keilitis eksfoliatif.^{1,2,8}

Kasus

Seorang pasien perempuan usia 45 tahun, ibu rumah tangga, asal Jawa, domisili Jakarta selatan, berat/tinggi badan 40 kg/150 cm, 27 Desember 2001 datang ke Poliklinik Penyakit Mulut RSUPN-CM dirujuk dari Poliklinik Penyakit Dalam RSUPN-CM dengan diagnosis kerja stomatitis disertai infeksi sekunder. Keterangan rujukan menyatakan bahwa luka pada bibir telah terjadi sejak 3 bulan yang lalu dan tidak sembuh-sembuh. Tekanan darah pasien 110/70mmHg. Pasien mengeluhkan kondisi bibirnya yang pecah-pecah, kering serta terdapat luka yang tidak sembuh-sembuh sejak 1 bulan yang lalu. Bila luka tersebut mengering, ia selalu mengoleskan air hangat lalu dikelupas

terutama bila hendak keluar rumah, karena merasa malu dengan penampilannya. Pasien tidak mengetahui dengan pasti penyebab luka di bibirnya. Sebelum terjadi pasien tidak mengganti kosmetika ataupun pasta gigi. Ia telah berobat di RS Fatmawati dan diberikan doxycyclin serta racikan yang terdiri dari prednison, antalgin dan vitamin C per oral, namun tidak ada perubahan. Sejak sakit ia tidak menggunakan pemulas bibir atau kosmetika lainnya. Pasien mengalami kesulitan makan karena bibirnya sering melekat satu sama lain sehingga sejak sakit ia hanya mengkonsumsi bubur atau makanan yang lunak. Dari anamnesa diketahui ia memiliki riwayat alergi terhadap ayam serta ikan, riwayat gastritis dan memakai alat kontrasepsi spiral.

Pemeriksaan ekstra oral menunjukkan adanya krusta merah kehitaman pada bibir atas sepanjang kurang lebih 1cm disekitar *midline* dan seluruh bibir bawah terkelupas serta terdapat krusta merah kehitaman, disekitar batas vermilion bercampur dengan krusta kekuningan. Tidak ditemukan kelainan pada kelenjar limfe regional maupun sirkum oral. Ditemukan adanya konjungtiva yang pucat. Pada pemeriksaan intra oral didapatkan kebersihan mulut yang buruk dengan kalkulus sub dan supra gingival, debris, radiks pada gigi 16 17 18 27 serta seluruh gigi rahang bawah, kondisi kemerahan dan eksfoliatif pada mukosa labial bibir bawah yang berbatasan dengan batas vermilion serta gingiva yang merah dan membengkak.

Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan klinik, diagnosis yang ditegakan adalah keilitis eksfoliatif. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah pemberian obat oles mulut yang mengandung hidrokortison, avil, lanolin dan vaselin. Pasien juga dirujuk untuk melakukan pembersihan karang gigi dan ekstraksi serta diinstruksikan untuk kontrol kembali dalam waktu satu minggu. Seminggu kemudian pasien merasa kondisi bibirnya sudah jauh lebih baik, namun masih terasa perih bila makan pedas. Pada pemeriksaan klinis bibir atas, terlihat seluruh permukaannya berwarna merah dan erosif, begitu pula pada bibir bawah, namun

pada bibir bawah terdapat bekuan darah pada *midline* dan terdapat ulser di sekitar sudut bibir kanan. Pada batas vermillion terdapat garis putih yang jelas. Pada pemeriksaan intra oral terlihat bahwa telah dilakukan skeling pada rahang bawah pasien sedangkan fokus infeksi lainnya belum dihilangkan. Penatalaksanaan pada kunjungan tersebut adalah instruksi melanjutkan obat oles bibir dan memperbaiki kondisi rongga mulut dengan melakukan ekstraksi serta diberikan multivitamin berupa dasavit forte.

Satu minggu kemudian pasien mengeluhkan adanya putih-putih di bibir bawah dan terus berair serta bila obat dioleskan terasa keluar kotoran dan basah, namun jika tidak menggunakan obat maka bibirnya menjadi kering dan kulitnya mengelupas. Pemeriksaan bibir atas menunjukkan tidak terdapat kelainan, namun seluruh permukaan bibir bawah kemerahan dan tampak garis yang lebih merah pada daerah *midline* dari batas vermillion bibir serta terdapat beberapa bercak putih. Kondisi intra oral sama dengan kunjungan sebelumnya. Penatalaksanaan pada saat itu adalah instruksi melanjutkan obat oles dan vitamin.

Tanggal 17 Januari 2002 pasien kembali kontrol, ia merasa bibirnya sudah lemas. Seluruh obat telah habis. Pada pemeriksaan tidak ditemukan kelainan pada bibir atas sedangkan seluruh permukaan bibir bawah kemerahan dengan beberapa area yang eksfoliatif. Pemeriksaan intra oral menunjukkan seluruh kalkulus telah dibersihkan dan beberapa gigi telah diekstraksi. Terapinya berupa pemberian obat oles bibir dengan komposisi sama dengan sebelumnya dan pemberian multivitamin berupa dasavit forte. Dua minggu kemudian pasien kontrol dan mengeluh bila kering, bibir terasa merekah lagi. Kedua bibir masih terasa perih jika makan. Pada pemeriksaan, permukaan bibir atas dan bawah tampak kering, namun pada bibir bawah terdapat beberapa daerah kemerahan. Hasil pemeriksaan intra oral sama dengan kunjungan sebelumnya. Penatalaksanaan saat itu berupa pemberian vitamin A 6000 IU, yang dikonsumsi 1 kali setiap hari, melanjutkan obat oles.

Saat pasien kontrol setelah melakukan pencabutan beberapa giginya, ia mengeluh pada hari kedua konsumsi vitamin A, ia merasa pusing lalu pingsan. Kemudian ia dibawa ke RS Fatmawati dan diinstruksikan menghentikan vitamin tersebut serta diberi obat kecil-kecil, kapsul serta vitamin lain. Obat olesnya tetap digunakan. Saat kering, bibir terasa merekah dan perih bila makan pedas. Pemeriksaan menunjukkan kedua bibir kering dan pada bibir bawah terdapat beberapa daerah kemerahan. Penatalaksanaan saat itu berupa instruksi melanjutkan obat oles bibir dan vitamin yang diberikan oleh RS Fatmawati.

Seminggu kemudian pasien kontrol dan mengatakan bibirnya terasa jauh lebih baik namun bila kering masih terasa merekah. Pada pemeriksaan terlihat kondisi klinis bibir atas dan bibir bawah sama dengan kunjungan terakhir. Penatalaksananya berupa multivitamin dasavit forte dan instruksi lanjutkan obat oles bibir. Saat itu ia mengatakan tidak teratur haid sejak 5 tahun yang lalu dan saat ini masih tetap memakai alat kontrasepsi spiral sehingga dirujuk ke bagian kebidanan untuk penatalaksanaan masa klimakterik. Sebulan kemudian pasien membawa jawaban konsultasi dari bagian kebidanan yang menyatakan bahwa menstruasi pasien berhenti sejak 5 bulan yang lalu dan tidak tampak benang *Intra Uterin Devices* (IUD). Diagnosis kerjanya adalah klimakterium dan IUD in situ, status ginekologi tenang. Dianjurkan untuk periksa hormon pro substitusi. Hari itu pasien mengeluh bibir masih terasa perih bila makan pedas. Menurut pasien 2 minggu yang lalu badan terasa lebih segar. Pada pemeriksaan ekstra oral tampak area kemerahan dan deskwamasi. Hari itu pasien melakukan ekstraksi gigi dan diberi Amoxillin 500mg serta asam mefenamat 500mg oleh Poliklinik Bedah Mulut. Penatalaksanaan di bagian penyakit mulut saat itu berupa pemberian multivitamin dasavit forte, instruksi melanjutkan obat oles bibir dan melakukan pemeriksaan darah lengkap.

Setelah dua minggu, pasien membawa hasil pemeriksaan darah, dan merasa kondisi bibirnya lebih baik. Makan

sudah lebih enak tapi terdapat kesulitan mengunyah karena banyak kehilangan gigi. Pemeriksaan kedua bibir menunjukkan terdapat area yang deskwamatif dan kemerahan di sekitar batas vermillion. Pemeriksaan intra oral menunjukkan permukaan insisal gigi 11 dan 21 tajam dan tepat mengenai bibir bawah di batas vermillion. Penatalaksanaannya saat itu berupa pemberian multivitamin dasavit forte dan pengasahan permukaan insisal gigi 11 dan 21. Hasil pemeriksaan darah lengkap: Hb =11,2g/dl Ht=32% LED=14 Eritrosit=4,20 juta/mm³, Leukosit=5800/mm³ Trombosit =219.000/mm³ MCV=76,4 fl MCH=26,7pg MCHC=34,9% Hitung jenis leukosit=0/2/-/76/21/1.

Saat kontrol kembali, pasien mengeluh bibir bawah dan atas masih terasa perih dan panas. Pemeriksaan ekstra oral masih sama dengan sebelumnya. Penatalaksanaannya berupa instruksi melanjutkan obat. Seminggu kemudian pasien kontrol dan merasa bibir bawah agak tebal. Bibir bawah masih perih bila tersentuh. Pemeriksaan bibir atas terlihat tidak ada kelainan sedangkan pada bibir bawah terdapat area deskwamatif disekitar batas vermillion. Penatalaksanaannya berupa instruksi melanjutkan obat, merujuk ke bagian Poliklinik Prosthodonti untuk pembuatan gigi tiruan dan ke bagian Kulit Kelamin untuk pemeriksaan status imunologi sehubungan riwayat alergi pasien. Namun jawaban rujukan bagian kulit tidak menyatakan mengenai status imunologi pasien, pernyataan dalam jawaban rujukan tersebut adalah bahwa diagnosis kerja kondisi pasien tersebut ialah Kandidosis oral, berdasarkan penemuan blastospora, pseudohifa. Dari bagian kulit pasien diberikan terapi Myconazole oral gel (Daktarin oragel 2 %).

Satu bulan kemudian pasien kontrol dan merasa pahit yang sulit hilang jika menggunakan obat salep dari bagian kulit, serta kedua bibir terasa tebal dan kaku. Pemeriksaan kedua bibir tampak sedikit kering dan terdapat beberapa titik deskwamasi di bibir bawah. Pasien diinstruksikan untuk menghentikan pemakaian obat oles dari bagian kulit. Saat kontrol terakhir pasien merasa bibirnya sudah

sembuh. Pada pemeriksaan hanya terlihat bibir atas dan bibir bawah sedikit kering. Pemeriksaan intra oral menunjukkan seluruh radiks telah diekstraksi. Pada setiap kunjungan terlihat adanya debris rongga mulut pasien.

Pembahasan

Pada kasus ini, berdasarkan anamnesa lengkap, pemeriksaan intra oral dan ekstra oral yang khas, disimpulkan diagnosis pada pasien adalah keilitis eksfoliatif. Gambaran bibir berkrusta, pecah, terkelupas tanpa adanya etiologi yang dapat dihubungkan serta keluhan rasa sakit merupakan hal-hal yang mendukung diagnosis tersebut.

Dari anamnesa diketahui pasien memiliki riwayat alergi terhadap makanan tertentu. Hal tersebut mungkin dapat dihubungkan dengan keilitis eksfoliatifnya, karena seperti diketahui, beberapa kasus keilitis eksfoliatif dapat dihubungkan dengan keadaan atopi. Pemeriksaan intra oral menunjukkan terdapat hal-hal yang dapat menjadi fokus infeksi. Hal tersebut menghambat proses penyembuhan karena dapat mengakibatkan infeksi sekunder, oleh karena itu pasien diinstruksikan untuk melakukan penatalaksanaan kondisi intra oralnya dengan tujuan menghilangkan sumber-sumber infeksi.

Penatalaksanaan medikasi pada pasien berupa pemberian obat oles bibir yang mengandung steroid, antihistamin serta pelembab. Steroid topikal cukup memberikan hasil dalam penatalaksanaan keilitis eksfoliatif,^{1,2} seperti diketahui bahwa steroid merupakan anti inflamasi yang cukup efektif. Avil yang merupakan antihistamin adalah preparat untuk keilitis eksfoliatif yang mungkin berhubungan dengan kondisi atopi pasien. Lanolin dan vaselin yang berfungsi sebagai pelembab walaupun pada literatur dikatakan tidak efektif dalam penatalaksanaan keilitis eksfoliatif⁸ namun dapat digunakan untuk mengatasi kondisi bibir keringnya. Pemberian multivitamin didasarkan pada kondisi umumnya yang terlihat kurang baik

ketika datang. Perbaiki kondisi umum pasien setelah pemberian multivitamin hanya sedikit, sehingga diputuskan melakukan pemeriksaan darah lengkap dan ternyata hasilnya lebih rendah dibanding nilai normal, sehingga pemberian multivitamin dilanjutkan.

Rujukan ke bagian kulit kelamin mengenai status imunologi tidak mendapatkan jawaban yang diinginkan mengenai keterkaitan status imunologi pasien dengan kondisinya, namun dapat diketahui bahwa pada pewarnaan Gram terlihat blastospora dan pseudohifa sehingga dicurigai keterlibatan *Candida* sebagai agen penginfeksi sekunder. Infeksi *Candida* yang terjadi diduga diakibatkan pemakaian preparat topikal mengandung steroid selama ± 4 bulan berturut-turut. Seperti diketahui, penggunaan steroid topikal atau sistemik dalam jangka panjang dapat menimbulkan pertumbuhan *Candida* yang berlebihan.⁹ Berdasarkan hasil laboratorium, diberikan antifungal topikal berupa Myconazole oral gel. Preparat tersebut dapat mendukung penyembuhan keilitis eksfoliatifnya karena mengurangi infeksi sekunder akibat *Candida*.⁸

Keilitis eksfoliatif merupakan suatu kondisi yang seringkali menetap hingga beberapa tahun,^{7,8} hal tersebut menjelaskan lamanya waktu terapi yang dibutuhkan pada pasien ini. Selain itu, beberapa hal dapat memperlambat proses penyembuhan, yaitu kebersihan mulut pasien yang buruk, terbukti dengan ditemukannya debris intra oral di setiap kunjungan, yang diduga akibat rendahnya tingkat pendidikan pasien. Kerjasama antar bagian yang terkait dengan kondisi pasien juga sangat diperlukan untuk mendukung penyembuhan keilitis eksfoliatif. Pada kasus ini, kami tidak mendapatkan jawaban rujukan yang dapat mendukung penelusuran etiologi keilitis eksfoliatifnya. Pemberian obat oles yang mengandung steroid, antihistamin dan pelembab terbukti efektif pada pasien diatas, yaitu adanya kemajuan yang berarti pada setiap kunjungan hingga akhirnya pasien sembuh setelah 5 bulan diterapi.

Kesimpulan

Kasus keilitis eksfoliatif harus dapat didiagnosis dengan tepat berdasarkan gambaran klinis dan anamnesa. Penentuan diagnosis yang tepat sangat diperlukan agar dapat dilakukan penatalaksanaan yang tepat. Hal utama dalam mendiagnosis keilitis eksfoliatif adalah tidak adanya faktor etiologi tertentu yang dapat dihubungkan dengan kondisinya dan gambaran klinis yang khas.

Penatalaksanaan keilitis eksfoliatif umumnya sulit karena kondisi ini seringkali resisten terhadap pengobatan apapun. Namun pemberian steroid topikal diketahui merupakan pengobatan yang masih memberikan hasil efektif pada penderita. Pada kasus ini terbukti pemberian steroid topikal efektif dalam memperbaiki kondisi pasien. Kerjasama yang baik dari pasien sangat diperlukan karena kondisi tersebut harus dikontrol secara berkala selain itu kerjasama antar bagian terkait juga sangat diperlukan untuk dapat memberikan penatalaksanaan yang tepat pada pasien..

Daftar Pustaka

1. Champion RH, Burton JL, Ebling FJG. *Textbook of Dermatology*. 5th ed. Blackwell Scientific Publication; Oxford 1996 : 2762, 2769
2. Postlethwaite KR, Hendrickse NM. A Case of Exfoliative Cheilitis. *Br Dent J*: 1988;165 : 23
3. Data pasien RSCM : Okt 2001- Okt 2002
4. Laskaris G. *Color Atlas of Oral Diseases*: 2nd ed. Thieme Medical; Publisher; NewYork : 1994 : 104
5. Brooke RI. Exfoliative Cheilitis. *J of Oral Surg*: Jan 1978 :45:1
6. Tyldesley WR. *A Colour Atlas of Oral Medicine*: Wolfe medical publication; 1978: 33
7. Reichart PA, Weigel D, Schmidt—Westhausen A, Pohle HD. Exfoliative Cheilitis (EC) in AIDS: Association with candida infection. *J Oral pathol Med*: 1997. 26: 290-3
8. Daley TD, Gupta AK. Exfoliative cheilitis (case reports). *J Oral Pathol Med*: 1995. 24: 177-9

9. Brightman VJ. Red and white lesions of the oral mucosa. Dalam *Burket's Oral Medicine, Diagnosis and Treatment*. Lynch. MA dkk. Editor. Ed ke-9. J.B. Lippincot Co. Philadelphia 1994.: 99-107

