Inflamasi pada Aurikular (Otitis Eksterna)

Telinga • SKDI 3A

Course komprehensif tentang inflamasi aurikular (otitis eksterna) untuk dokter muda: etiologi, diagnosis, tatalaksana pendahuluan, serta indikasi rujukan sesuai level SKDI 3A.

Dokumen ini dibuat secara otomatis oleh sistem Malayan Saintifika.

Modul 1: Modul 1: Dasar dan Epidemiologi Inflamasi Aurikular

1.1 Anatomi Aurikular dan Saluran Telinga serta Epidemiologi

Aurikula atau daun telinga terbentuk dari kartilago elastis tipis yang menangkap gelombang suara ke liang telinga. Liang telinga berbentuk huruf S sepanjang ±2,5 cm, terbagi menjadi bagian kartilaginosa (sepertiga luar, berisi kelenjar sebasea, cerumen, folikel rambut) dan bagian tulang (dua pertiga dalam, sensitif, tanpa kelenjar). Anatomi ini merupakan predisposisi penting inflamasi.

Inflamasi aurikular paling sering merujuk pada otitis eksterna, yaitu peradangan liang telinga/aurikula dengan spektrum mulai dari dermatitis ringan, furunkel, hingga otitis eksterna maligna (nekrotik) yang mengancam jiwa. Pada level SKDI 3A, fokus adalah otitis eksterna akut dengan tatalaksana pendahuluan dan indikasi rujukan.

Epidemiologi: insidens 1–2% per tahun, meningkat di iklim hangat-lembab ("swimmer's ear"). Faktor risiko: berenang, cotton bud, alat bantu dengar, dermatitis atopik. Otitis eksterna maligna menyerang pasien diabetes/immunocompromised dengan mortalitas 10–20% bila terlambat ditangani.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

1.2 Etiologi, Faktor Risiko, dan Patofisiologi

Etiologi: Penyebab tersering otitis eksterna adalah Pseudomonas aeruginosa (40–60%) dan Staphylococcus aureus (15–30%). Jamur (Candida, Aspergillus niger) lebih sering pada bentuk kronik atau pasca-antibiotik topikal lama.

Faktor risiko: Air menghilangkan serumen pelindung dan menaikkan pH liang telinga (dari 5–6,7 ke lebih alkalis), mendukung pertumbuhan Pseudomonas. Trauma cotton bud/ headphone menyebabkan ekskoriasi. Diabetes tak terkontrol dan imunodefisiensi adalah faktor risiko utama otitis eksterna maligna. Dermatitis kontak (nikel, shampo) memicu pruritus.

Patofisiologi: Serumen bersifat asam (lisozim, asam amino, asam lemak) dan migrasi epitel lateral melindungi liang telinga. Gangguan mekanisme ini oleh air, trauma, atau perubahan pH memungkinkan invasi mikroba ke epidermis/dermis, menimbulkan edema, hiperemia, dan infiltrasi neutrofil. Edema hebat menyumbat liang telinga dan menimbulkan nyeri tarik tragus—tanda patognomonik. Perluasan ke tulang temporal melalui fasia Santorini menyebabkan osteomielitis basis kranii pada pasien diabetes.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 2: Modul 2: Manifestasi Klinis, Diagnosis, dan Tatalaksana

2.1 Manifestasi Klinis dan Pemeriksaan Fisik

Gejala klinis: Keluhan utama adalah otalgia intens, memberat saat mengunyah/menekan tragus, dapat menjalar ke rahang. Gejala lain: pruritus (khas fase awal/jamur), rasa penuh, penurunan pendengaran konduktif ringan akibat edema, dan otorhea purulen/serosa/berbau. Otalgia hebat pada pasien diabetes/immunocompromised memerlukan kewaspadaan otitis eksterna maligna.

Pemeriksaan fisik: Otoskopi menunjukkan edema dan eritema dinding liang telinga, dimulai dari posterosuperior. Tragus pain dan pain on auricular traction adalah tanda klasik. Sekret kekuningan-hijau mengarah ke Pseudomonas; debris seperti kapas putih atau serbuk hitam-hijau ke Aspergillus. Furunkel tampak sebagai pustul terlokalisasi di sepertiga luar. Evaluasi membran timpani menyingkirkan otitis media. Limfadenopati pre-/post-aurikular sering reaktif.

Pemeriksaan penunjang: Diagnosis umumnya klinis. Kultur sekret diindikasikan pada kasus refrakter, rekuren, immunocompromised, atau curiga otitis eksterna maligna. LED, CRP, leukosit, dan glukosa darah penting pada pasien diabetes/komplikasi sistemik. CT tulang temporal kontras diperlukan bila dicurigai perluasan intrakranial/osteomielitis.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.2 Diagnosis Banding dan Tatalaksana Awal

Diagnosis banding: Otitis media akut menunjukkan membran timpani bulging tanpa nyeri tarik tragus. Furunkel adalah infeksi folikel rambut terlokalisasi di sepertiga luar oleh S. aureus. Otitis eksterna kronik (>3 bulan) dengan pruritus dan kulit menebal (lichenified = kulit tebal, kering, dan kasar akibat garukan kronis). Miringitis bulosa dengan vesikel berdarah pada membran timpani. Dermatitis kontak dengan pruritus hebat, skuama. Karsinoma sel skuamosa pada lansia dengan otorea berdarah. Perikondritis pasca-tindik dengan eritema aurikular menyeluruh.

Tatalaksana awal SKDI 3A: (1) Aural toilet dengan suction/forceps membuang debris. (2) Tetes telinga topikal antibiotik: siprofloksasin 0,3% atau ofloksasin 0,3%, 3–4 tetes 2–3×/hari selama 7–10 hari. Kontraindikasi penting: tetes yang mengandung asam asetat atau neomisin tidak boleh digunakan pada perforasi membran timpani karena risiko ototoksisitas—konsultasikan spesialis THT. (3) Analgesik oral (parasetamol/ibuprofen). (4) Wick (tampon telinga) jika edema menyumbat liang telinga. (5) Antibiotik sistemik hanya untuk kasus perluasan/immunocompromised.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 3: Modul 3: Komplikasi, Pencegahan, dan Indikasi Rujukan

3.1 Komplikasi dan Indikasi Rujukan

Komplikasi: Otitis eksterna maligna (nekrotik) adalah osteomielitis basis kranii tersering pada pasien diabetes/immunocompromised, hampir selalu oleh Pseudomonas aeruginosa. Tanda khas: nyeri hebat, otorea purulen persisten, jaringan granulasi di dinding inferior liang telinga. Dapat meluas ke saraf kranial (paralis n. fasialis/vagus), sinus kavernosus, dan otak. Komplikasi lain: stenosis liang telinga kronik, perikondritis/kondritis ("cauliflower ear"), abses periaurikular, dan mastoiditis.

Indikasi rujukan SKDI 3A: Mutlak: kecurigaan otitis eksterna maligna, tanda perluasan intrakranial (paralis n. kranial, meningitis), abses/mastoiditis, gagal terapi 48–72 jam. Relatif: stenosis progresif, rekuren >4 episode/tahun, curiga keganasan pada lansia, bayi, atau komorbid sulit.

Prognosis: Otitis eksterna akut tanpa komplikasi memiliki prognosis sangat baik dengan resolusi gejala dalam 48–72 jam dan kesembuhan total 1–2 minggu. Prognosis buruk bergantung pada komorbid tidak terkontrol dan diagnosis terlambat pada otitis eksterna maligna (mortalitas 10–20%).

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

3.2 Pencegahan, Edukasi Pasien, dan Pendalaman Kasus

Pencegahan: Hindari cotton bud; serumen bersifat protektif. Keringkan liang telinga setelah berenang; pada individu berisiko gunakan ear drops asam asetat 2% profilaksis (kecuali ada perforasi membran timpani). Gunakan ear plug atau topi renang. Pasien diabetes jaga kontrol glikemik; pengguna alat bantu dengar in-the-ear lepaskan dan keringkan berkala.

Studi Kasus 1: Remaja 15 tahun, nyeri telinga kanan 2 hari, memberat saat mengunyah, riwayat sering berenang. Otoskopi: edema liang telinga posterosuperior, debris basah, nyeri tarik tragus positif, membran timpani sulit dinilai. Tatalaksana: aural toilet, siprofloksasin tetes telinga 0,3% 4 tetes 3×/hari, parasetamol, edukasi hindari berenang. Follow-up 3 hari: nyeri membaik signifikan.

Studi Kasus 2: Wanita 68 tahun, DM tipe 2 (HbA1c 9,2%), nyeri telinga kiri hebat 10 hari, otorea purulen, demam ringan. Otoskopi: jaringan granulasi inferior liang telinga, edema masif, nekrosis kulit. Tanda bahaya otitis eksterna maligna—rujuk segera ke THT untuk CT tulang temporal, kultur, dan terapi intravena antipseudomonal.

Pendalaman: Pastikan diagnosis klinis akurat, tatalaksana adekuat, dan kenali red flags untuk rujukan tepat waktu.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Daftar Pustaka / Referensi

1. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Otitis Media Supuratif Kronik. Kemenkes RI (2017).

2. Dhingra PL, Shruti Dhingra. Diseases of Ear, Nose and Throat and Head & Neck Surgery. Elsevier (2018).

3. American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Clinical Practice Guideline: Acute Otitis Externa. Otolaryngol Head Neck Surg (2014).

4. Rosenfeld RM, et al.. Updated guidelines for acute otitis externa. Otolaryngol Head Neck Surg (2015).

5. Hajioannou J, et al.. Evidence-based treatment of otitis externa. B-ENT (2019).

6. Gleeson M, et al.. Scott-Brown's Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery. CRC Press (2018).

7. Kim SK, et al.. Otitis externa: A review of clinical features and management. Journal of Audiology & Otology (2020).

8. World Health Organization. Primary ear and hearing care training resource. WHO (2020).

Disclaimer / Pernyataan Penting

Materi dalam dokumen ini disusun untuk tujuan pendidikan kedokteran berdasarkan kurikulum SKDI 2012. Informasi klinis harus selalu diverifikasi dengan sumber terkini (pedoman nasional, jurnal terindeks, konsultasi supervisor klinis). Penulis dan Malayan Saintifika tidak bertanggung jawab atas keputusan klinis yang diambil berdasarkan materi ini semata.