
RELATO DE CASO

Síndrome de Ramsay Hunt: Relato de Caso

Bernard Soccol Beraldin¹, Tatiana Rocha Rayes², Assad Rayes³, Ana Flavia Muller²

Resumo

A Síndrome de Ramsay Hunt é definida por paralisia facial periférica acompanhada de um rash eritematoso e vesicular no pavilhão auricular ou na boca, causado por herpes zoster. Comparado com a paralisia de Bell, os pacientes com Síndrome de Ramsay Hunt geralmente apresentam um quadro de paralisia mais grave e dificilmente se recuperam totalmente. Alguns estudos sugerem que o tratamento com aciclovir e prednisona possa melhorar o prognóstico, entretanto estudos randomizados ainda são necessários. Os autores descrevem um caso desta síndrome acompanhado de ceratopatia de exposição.

Descritores: 1. *Síndrome de Ramsay Hunt;*
2. *Paralisia facial;*
3. *Varicela zoster.*

Abstract

Ramsay Hunt Syndrome consists in facial peripheral paralysis associated with auricular or mouth rash and vesicles, caused by herpes zoster. Compared to Bell's paralysis, the patients with Ramsay Hunt Syndrome usually present worse paralysis and hardly have a total recovery. Some studies suggest that acyclovir and prednisone treatment may improve the prognosis, but random control studies are still necessary. The authors describe one case of this syndrome with exposure keratopathy.

Keywords: 1. *Ramsay Hunt Syndrome;*
2. *Facial paralysis;*
3. *Varicella zoster.*

¹Médico formado pela UNIVALI – SC

²Médica residente em oftalmologia HGCR

³Doutor em Oftalmologia pela UFMG, Chefe do Serviço de Oftalmologia do HGCR

Introdução

Em 1907 James Ramsay Hunt, descreveu a síndrome clínica que levava seu nome, a qual associava paralisia facial periférica e otalgia ipsilateral acompanhada de lesões vesiculares em pavilhão auricular causadas pelo acometimento do gânglio geniculado pelo vírus do herpes zoster. Supõe-se que a síndrome é responsável por 7-16% das paralisias faciais periféricas unilaterais não traumáticas. A evolução é mais severa que a paralisia facial de Bell e a recuperação completa somente ocorre em 30% das pessoas acometidas. O diagnóstico é basicamente clínico, sendo que, nos casos duvidosos, pode-se recorrer às provas sorológicas. Este trabalho objetiva relatar o caso de um paciente portador desta síndrome com ceratopatia de exposição.

Relato do caso

Paciente masculino, 56 anos, proveniente de Florianópolis, procura o serviço de oftalmologia com queixa de dor em olho esquerdo há 1 dia após quadro de paralisia facial no mesmo lado há 3 dias. Apresentava paralisia facial periférica à esquerda e erupções vesiculosas no pavilhão auricular esquerdo. A acuidade visual estava preservada em ambos os olhos. A biomicroscopia evidenciava ceratite puntata no olho esquerdo. Tonometria e fundoscopia sem alterações. Paciente já vinha encaminhado de outro serviço com diagnóstico e tratamento para herpes zoster do pavilhão auricular (aciclovir 400 mg 5 vezes ao dia por 10 dias). Foi iniciado tratamento para ceratopatia de exposição com lubrificante ocular de horário, epitezan® com tampão ocular à noite, orientações e retorno em dois dias. O paciente não retornou para reavaliação e acompanhamento em nosso serviço.

Discussão

O nervo facial, VII craniano, é um nervo misto com origem no soalho do IV ventrículo, passando pela região ponto cerebelar e, ao atingir o meato acústico interno, penetra no osso temporal, onde percorre um trajeto de aproximadamente 35 mm, emitindo três ramos principais para as glândulas lacrimais (nervo petroso superficial maior), músculo estapédio (nervo estápédico) e gustação dos dois terços anteriores da língua (nervo corda do tímpano) ¹. Ao emergir na face pelo forame estilo-mastoídeo, fornece ramos sensitivos para o meato acús-

tico externo, pavilhão da orelha e ramos motores para os músculos da mímica facial ².

A paralisia facial é a seqüela mais comum e mais importante da síndrome de Ramsay Hunt. Pode alcançar sua máxima intensidade dentro da primeira semana de início da sintomatologia e apresenta como fatores de mau prognóstico a idade superior a 50 anos e paralisia completa ³.

O vírus da varicela zoster tem tropismo por tecido ganglionar causando intensa reação inflamatória. Após a primoinfecção ele fica latente nos gânglios nervosos. A imunidade celular desempenha um importante papel prevenindo a reativação, porém em determinadas situações o vírus latente recorre ao nervo produzindo uma erupção cutânea no dermatomo afetado, sendo as manifestações muito mais importantes nos pacientes imunocomprometidos. Quando a reativação ocorre nos pares cranianos, mais especificamente no gânglio geniculado ocorre a síndrome de Ramsay Hunt ^{4,5}.

O diagnóstico da síndrome é na maioria das vezes clínico, porém as vezes existe uma certa dificuldade devido a grande variedade de apresentação clínica ⁶. O isolamento e detecção do vírus pode ser útil em casos atípicos ⁷.

O diagnóstico precoce é de suma importância, assim como o acompanhamento rigoroso da evolução clínica a fim de detectar possíveis complicações.

O tratamento clínico da síndrome de Ramsay Hunt ainda não é consenso entre os estudiosos da patologia. Alguns autores preconizam apenas terapia sintomática com o uso de drogas antivertiginosas, analgésicas e gotas oculares lubrificantes ^{8,9}. Outros, uma corticoterapia breve com o intuito de diminuir a reação inflamatória local ¹⁰.

Conclusão

A síndrome de Ramsay Hunt ocorre pela reativação do vírus da varicela zoster latente no gânglio geniculado originando um quadro local de vesículas e erupções no pavilhão auricular e paralisia facial periférica do mesmo lado. O tratamento ideal ainda é controverso, assim acreditamos que o a abordagem desses pacientes deve ser feita por uma equipe multidisciplinar composta por otorrinolaringologistas, oftalmologistas, neurologistas e fisioterapeutas para que se evite possíveis complicações.

Referências Bibliográficas:

- 1- Ali RR: Ramsay Hunt syndrome. A challenging her-

- pes zoster virus infection. *Geriatrics* 1998; 53:93-102.
- 2- Miyashiro M, Mori MT, Cruz OLM: Herpes zoster oticus. Apresentação de dois casos. *A Folha Médica* 1998; 96:107-108.
 - 3- Uri N, Greenberg E, Kitzes-Cohen R, Doweck I. Acyclovir in the treatment of Ramsay Hunt syndrome. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 129: 379-81.
 - 4- Hiroshige K, Ikeda M, Hondo R: Detection of varicella zoster virus DNA in tear fluid and saliva of patients with Ramsay Hunt syndrome. *Otol Neurotol* 2002, **23(4)**:602-7.
 - 5- Sweeney CJ, Gilden DH. Ramsay Hunt syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;71:149-54.
 - 6- Martínez Oviedo A., Lahoz Zamarro M. T., Uroz del Hoyo J. J.. Síndrome de Ramsay-Hunt. *An. Med. Interna (Madrid)*. [periódico na Internet]. 2007 Jan [citado 2008 Jun 23]; 24(1): 31-34.
 - 7- Johnson KB, et al: Ramsay Hunt syndrome in a patient infected with human immunodeficiency virus. *Correspondence Clinical Infections Diseases* 1996; 22:1128-1129.
 - 8- Kwo MJ et al: Early diagnosis and treatment of Ramsay Hunt syndrome: The role of magnetic resonance imaging. *The Journal of Laryngology e Otology* 1995; 109:777-780.
 - 9- Kinishi M, Amatsu M, Mohori M, Saito M, Hasegawa T, Hasegawa S. Acyclovir improves recovery rate of facial nerve palsy in Ramsay Hunt syndrome. *Auris Nasus Larynx* 2001; 28: 223-6.
 - 10- Dal Secchi MM, Bastos RGS, Finamori CMJ, Coelho LB, Chaymiti MCL: Ramsay Hunt syndrome: case report. *Acta Medica Misericordiae* 2000; 3(2): 65-67

Foto 1 – Paralisia facial periférica.



Foto 2 – Lesões vesiculares em pavilhão auricular.



Foto 3 – Ceratopatia por exposição



Endereço para correspondência:

Bernard Soccol Beraldin - b_beraldin@hotmail.com

Tatiana Rocha Rayes – tatirayes@hotmail.com