



Brazilian Journal of Otorhinolaryngology

ISSN: 1808-8694

revista@aborlccf.org.br

Associação Brasileira de  
Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-  
Facial  
Brasil

Rios Lima, Marco Antônio; de Negreiros Júnior, Jacinto

Síndrome de Ramsay Hunt após otoplastia

Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, vol. 77, núm. 6, noviembre-diciembre, 2011, p. 808

Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=392437921022>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Ramsay Hunt syndrome following otoplasty

## Síndrome de Ramsay Hunt após otoplastia

Marco Antônio Rios Lima<sup>1</sup>, Jacinto de Negreiros Júnior<sup>2</sup>

**Keywords:** ear, external, herpes zoster, herpes zoster oticus.

**Palavras-chave:** herpes zoster, herpes zoster da orelha externa, paralisia facial.

### INTRODUÇÃO

A Síndrome de Ramsay Hunt (SRH) é caracterizada pela associação de Herpes-zoster oticus com paralisia facial periférica aguda.<sup>1</sup> A sua fisiopatologia está ligada à reativação do vírus varicela-zoster (VVZ) no gânglio geniculado do nervo facial<sup>1,2</sup>.

Diferentes procedimentos cirúrgicos têm sido descritos na literatura como fatores desencadeantes da reativação viral<sup>1,2</sup>.

Descrevemos o qual acreditamos ser o primeiro caso relatado de SRH sucedendo-se à otoplastia, enfocando seu diagnóstico, tratamento e evolução.

### APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente de 12 anos, sexo masculino, previamente hígido, foi submetido à otoplastia bilateral para correção de orelhas em abano. Evoluiu inicialmente sem intercorrências, com retirada dos pontos no 14º dia pós-operatório (PO).

No 25º dia PO, foi observada leve dificuldade no fechamento do olho esquerdo. O paciente relatou aparecimento de vesículas em pavilhão auricular esquerdo há 3 dias associado à otalgia e hipoacusia ipsilateral. Há 2 dias, notou dificuldade na movimentação facial à esquerda. Tinha história de varicela aos 4 anos de idade sem complicações. Ao exame físico, apresentava paralisia facial periférica à esquerda, House Brackmann grau III, além de lesões crostosas em pavilhão auricular esquerdo (Figura 1). A otoscopia revelou hiperemia e edema difusos em conduto auditivo externo esquerdo, impossibilitando visualização da membrana timpânica. Pavilhão auditivo direito e a otoscopia ipsilateral sem alterações. Otorrinoscopia e rinoscopia anterior normais. Apresentava Rinne negativo à esquerda com Weber lateralizado para o mesmo lado.

Iniciou-se tratamento da SRH com Dexametasona 4mg/dia via oral por 7 dias com desmame progressivo (28 dias de corticoterapia, conforme protocolo do serviço), Aciclovir 2g/dia (7 dias) e colírio lubrificante ocular à esquerda. A otite externa foi tratada com gotas otológicas (Ciprofloxacino 0,2% + hidrocortisona 1% - 10 dias). Foram solicitados hemograma completo e sorologias. Uma semana depois, apresentava resolução completa das lesões em pavilhão auricular esquerdo, bem como da otite externa ipsilateral. A audiometria tonal mostrou limiares auditivos normais em ambas as orelhas. O



Figura 1. Herpes-zoster oticus.

hemograma mostrou leucocitose (16.100) sem desvios. As sorologias mostraram IgG positivo e IgM negativo para Herpes I e II, mononucleose e citomegalovírus; sorologia negativa para HIV. Evoluiu com recuperação progressiva da mímica facial, apresentando resolução completa da paralisia facial na quarta semana após o diagnóstico. Realizou a sorologia para Herpes-zoster (imunoenensaio enzimático) apenas 1 mês após o início do quadro que revelou IgM negativo e IgG positivo em altos títulos (2.556 - referência até 0,2).

### DISCUSSÃO

A SRH é rara na infância, com uma incidência de aproximadamente 5 casos/100.000 habitantes/ano. No entanto é a segunda causa mais comum de paralisia facial não traumática<sup>3</sup>.

Atualmente, acredita-se que a reativação viral seja uma importante causa de paralisia facial no PO tardio<sup>1</sup>. Após a primoinfecção, o VVZ permanece latente nos gânglios sensoriais do nervo facial (VII) e do nervo trigêmeo (V)<sup>2</sup>. Intervenções cirúrgicas nas proximidades do trajeto do nervo facial, como cirurgias da orelha média e orelha interna, desencadariam a reativação viral e paralisia facial pela estimulação direta do nervo VII<sup>1</sup>. Também são relatados casos

de paralisia facial periférica tardia induzida pelo VVZ após cirurgias orofaciais e procedimentos dentários, sendo aventada, nesses casos, uma infecção viral ascendente pelo nervo lingual<sup>2</sup>.

Pode-se hipotetizar que a otoplastia tenha desencadeado a reativação viral pela estimulação direta do nervo VII (concha auricular)<sup>4</sup>, ou pela estimulação do nervo V (ramo auriculotemporal)<sup>4</sup>, que transmitiria o estímulo via nervo corda do tímpano ao facial.

O diagnóstico é fundamentalmente clínico<sup>5</sup>. A realização de exames complementares pode corroborar ou confirmar o diagnóstico. No presente caso, o diagnóstico sorológico não pode ser firmado pela dificuldade do paciente em realizar a sorologia no momento do diagnóstico. No entanto, os altos títulos de anticorpo IgG anti-VVZ encontrados 1 mês após o início do quadro são altamente sugestivos da reativação viral. Resposta sorológica não é sempre detectada em pacientes com SRH<sup>2</sup>. São relatados padrões variáveis de resposta imunológica do hospedeiro ao vírus<sup>6</sup>.

### COMENTÁRIOS FINAIS

Descrevemos um caso de paciente que desenvolveu a SRH no pós-operatório tardio de otoplastia bilateral, obtendo melhora completa do quadro após tratamento clínico. É importante o acompanhamento próximo dos pacientes submetidos a cirurgias otorrinolaringológicas e cervico-faciais, visando a um diagnóstico precoce, bem como adequada condução dos casos e otimização do prognóstico.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gyo K, Honda N. Delayed facial palsy after middle-ear surgery due to reactivation of varicella-zoster virus. J Laryngol Otol. 1999;113(10):914-5.
2. Furuta Y, Ohtani F, Fukuda S, Inuyama Y, Nagashima K. Reactivation of varicella-zoster virus in delayed facial palsy after dental treatment and oro-facial surgery. J Med Virol. 2000;62(1):42-5.
3. Kim D, Bhimani M. Ramsay Hunt syndrome presenting as simple otitis externa. CJEM. 2008;10(3):247-50.
4. Zorzetto NL. Anatomia da orelha. In: Costa SSD, et al. Otorrinolaringologia - Princípios e Prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.26.
5. Sandoval CC, Núñez FA, Lizama CM, Margarit SC, Abarca VK, Escobar HR. Síndrome de Ramsay-Hunt en Pediatría: Reporte de cuatro casos y revisión de la literatura. Rev Chil Infectol. 2008;25(6):458-64.
6. Aizawa H, Ohtani F, Furuta Y, Sawa H, Fukuda S. Variable patterns of varicella-zoster virus reactivation in Ramsay Hunt syndrome. J Med Virol. 2004;74(2):355-60.

<sup>1</sup> Médico Residente de ORL (R3).

<sup>2</sup> Mestrado, Médico assistente e Coordenador do Programa de Residência médica em otorrinolaringologia do Hospital das Forças Armadas de Brasília.

Endereço para correspondência: Marco Antônio Rios Lima - S.M.T, conjunto 16, casa 5, Taguatinga - DF. 72023-480.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da BJORL em 12 de outubro de 2010. cod. 7370

Artigo aceito em 7 de novembro de 2010.