

Síndrome de Ramsay Hunt e neuralgia pós-herpética como complicações de Herpes Zóster: relato de caso

Ramsay Hunt syndrome and postherpetic neuralgia as complications of Herpes Zoster: case report

DOI:10.34119/bjhrv5n6-048

Recebimento dos originais: 10/10/2022

Aceitação para publicação: 10/11/2022

Luana Marques Ribeiro

Acadêmica de Medicina pela Universidade Vila Velha (UVV)

Instituição: Universidade Vila Velha (UVV)

Endereço: Avenida São Paulo, 2007, Praia da Costa, Vila Velha – ES, Brasil

E-mail: luana403@gmail.com

Karyna de Matos Ferreira

Acadêmica de Medicina pela Universidade Vila Velha (UVV)

Instituição: Universidade Vila Velha

Endereço: Rua Natanael do Amaral Carneiro, 5, Vitória - ES

E-mail: karyna.mferreira@gmail.com

Nicole Cunha Rangel Pimentel

Acadêmica de Medicina pela Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE)

Instituição: Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE)

Endereço: Rua Israel Pinheiro, 2000, Universitário, Governador Valadares - MG, Brasil

E-mail: nicolecrpimentel@gmail.com

Isabella Gonçalves Bernardo

Acadêmica de Medicina pela Universidade Vila Velha (UVV)

Instituição: Universidade Vila Velha

Endereço: Avenida Oceânica, 1680, Praia do Morro, Guarapari - ES, Brasil

E-mail: bebellabernardoo@gmail.com

Pedro Gabriel Kawatake de Souza

Acadêmico de Medicina pela Universidade Vila Velha (UVV)

Instituição: Universidade Vila Velha

Endereço: Rua Odette de Oliveira Lacourt, 33, Vitória - ES, Brasil

E-mail: pkawatake@gmail.com

Amanda Queiroz Ratzke

Acadêmica de Medicina da Universidade Vila Velha (UVV)

Instituição: Universidade Vila Velha

Endereço: Rua Benedito das Neves, 53, Santa Inês, Vila Velha

E-mail: amandaratzke@hotmail.com

Gabriel Brandão Dutra

Acadêmico de Medicina da Universidade Vila Velha (UVV)

Instituição: Universidade Vila Velha

Endereço: Rua Quartzó, 190, Fradinhos, Vitória - ES

E-mail: gabrielbrandaodutra@gmail.com

Soo Yang Lee

Graduada em Medicina

Instituição: Multivix

Endereço: Rua Eugênio Ramos 732/302, Jardim da Penha, Vitória - ES

E-mail: leesooyang@hotmail.com

RESUMO

A síndrome de Ramsay Hunt, também chamada de Zóster Auricular ou Herpes Zóster Ótico (HZO), é uma complicação rara do herpes-zóster no gânglio geniculado, em que há a reativação de uma infecção latente pelo varicela-zóster, evoluindo para quadro de paralisia do nervo facial periférico.¹ De modo geral, a epidemiologia ainda não é bem relatada na literatura médica.² Manifesta-se clinicamente com erupções vesiculares na orelha externa, ao longo do lado afetado da face, no palato duro e na língua (20%), relacionando-se com paralisia facial ipsilateral do neurônio motor inferior e otalgia.¹² Além disso, hipoacusia, náuseas, vômitos, zumbidos, vertigem e nistagmo são sintomas comuns.¹³ As íntimas conexões anatômicas dos nervos cranianos e suas ramificações ampliam a heterogeneidade clínica da doença de acordo com o acometimento da infecção viral. Os autores apresentam o caso de uma paciente feminina, 57 anos, que após quadro de Burnout, teve recrudescência do vírus varicela-zoster, com acometimento do VII par de nervos cranianos, tendo paralisia facial ipsilateral e lesões vesiculares eritematosas na orelha direita.

Palavras-chave: Síndrome de Ramsay Hunt, paralisia de bell, paralisia facial, neuralgia pós-herpética, Síndrome de Burnout.

ABSTRACT

Ramsay Hunt Syndrome, Auricular Zóster or Herpes Zoster Optic (HZO), is a rare complication of herpes zoster in the geniculate ganglion, which occurs due to a reactivation of a latent infection by varicella-zoster, progressing to paralysis of the peripheral facial nerve.¹ In general, epidemiology is still not well reported in the medical literature.² Clinical manifestations include vesicular rashes in the external ear, along the affected side of the face, on palatum molle and on the tongue (20%); ipsilateral facial paralysis of the lower motor neuron and otalgia.¹² In addition, hearing loss, nausea, vomiting, tinnitus, vertigo and nystagmus are common symptoms.¹³ The anatomical relationships of the cranial nerves and their ramifications increase the clinical heterogeneity of the disease according to the involvement of the viral infection. The authors present the case of a 57-year-old female patient who, after a Burnout, had reactivation of the varicella-zoster virus with involvement of the VII cranial nerve, with facial paralysis ipsilateral and erythematous vesicular lesions in the right ear.

Keywords: Ramsay Hunt Syndrome, Bell's Palsy, facial paralysis, post-herpetic neuralgia, Burnout Syndrome.

1 INTRODUÇÃO

A síndrome de Ramsay Hunt, também chamada de Zóster Auricular (tipo 1) ou Herpes Zóster Ótico (tipo 2), é uma complicação rara do herpes-zóster no gânglio geniculado, em que há a reativação de uma infecção latente pelo varicela-zóster, evoluindo para quadro de paralisia do nervo facial periférico.¹

O Herpes é um vírus pertencente à família Herpesviridae, e é dividido em oito subgrupos: vírus da herpes simples (denominado HSV ou HHV- 1 e HSV ou HHV- 2), vírus da varicela-zoster (correspondente ao VZV ou HHV- 3), vírus Epstein-Barr (sendo o EBV ou HHV- 4), citomegalovírus (também chamado CMV ou HHV-5) e ainda há mais três vírus descobertos recentemente (HHV - 6, 7 e 8). Os HSV 1 e 2 estão geralmente associados à Gengivoestomatite Herpética Primária, Herpes Labial Recorrente e Herpes Intraoral Recorrente.¹ O HHV-3 provoca a Varicela e, por reinfecção, pode ser a causa do surgimento do Herpes-zóster. O HHV- 4 está diretamente ligado à Mononucleose Infecciosa, ao Linfoma de Burkitt e ao Carcinoma Nasofaríngeo. O HHV-5 pode levar a malformações congênitas.¹ O HHV-6 provoca o exantema súbito e está associado à Esclerose Múltipla, o que demonstra seu forte potencial neuro-invasivo. O HHV-7 se correlaciona ao vírus da AIDS, uma vez que, para ambos, a molécula CD4 é essencial a fim de funcionar como receptor, e o HHV-8 está estreitamente ligado ao Sarcoma de Kaposi.¹

O Herpes Zoster ou "Cobreiro" é uma dermatovirose que se manifesta por erupções eritemato-vesiculares nos dermatômos inervados pelo gânglio sensorial afetado, geralmente unilateral.¹ As erupções são semelhantes às da varicela, porém melhor localizadas e muito dolorosas. Geralmente acomete face, tronco e couro cabeludo, podendo evoluir para neuralgia pós-herpética e problemas oftálmicos.¹

A etiologia da síndrome de Ramsay Hunt envolve a infecção pelo vírus varicela zoster (VZV), contraído geralmente na primeira infância através da varicela, ou "catapora".¹ A varicela é uma doença altamente prevalente na infância, com alta taxa de contágio, e sua transmissão ocorre pelo contato direto com gotas ou aerossóis contaminados, como por exemplo, secreções do trato respiratório. Inicialmente, a infecção por VZV causa quadro de febre e erupção vesicular difusa, e após a infecção primária, segue-se o período de latência.¹

Sob algum estímulo, o vírus pode sair do período de latência após várias décadas através da recrudescência da infecção a partir de um gânglio nervoso sensitivo ou autonômico, como por exemplo durante a imunodepressão do organismo, tratamento com drogas citotóxicas, radiação, neoplasias malignas, senilidade, abuso do álcool, tratamento dentário, após estimulação mecânica da pele, exposição à luz solar e diabetes. Sua reativação pode gerar a

Síndrome de Ramsay Hunt, que é composta por lesões vesiculares em pavilhão auricular, otalgia ipsilateral e paralisia facial periférica.¹

De modo geral, a epidemiologia ainda não é bem relatada na literatura médica, mas sabe-se que a síndrome de Ramsay Hunt ocorre geralmente em idosos, diabéticos e imunodeprimidos, pacientes com HIV e outras doenças sistêmicas.²

Há forte correlação entre a maior incidência de HZ com o aumento da idade, principalmente acima de 55 anos, porque a idade avançada está associada a um declínio na resposta imune mediada pelas células T.² A etnia negra é um fator protetor bem descrito, e foi constatado que adultos negros nos Estados Unidos e no Reino Unido tem uma incidência 25-50% menor em comparação com adultos brancos.³

A síndrome de Ramsay Hunt é um dos casos mais comuns de paralisia facial atraumática. Cerca de 15% dos pacientes evoluem para complicações graves, como meningoencefalopatias, vasculopatias, pancreatites e paralisias de nervos cranianos.³

2 OBJETIVO

O objetivo é relatar quadro clínico e investigação diagnóstica de caso de Síndrome de Ramsay Hunt, por meio de análise retroativa de prontuário, a fim de se enriquecer o conhecimento sobre essa síndrome rara pouco relatada na literatura médica.

3 RELATO DE CASO

E.R.M, mulher, 57 anos, pedagoga, comparece ao pronto socorro queixando-se de formigamento facial, sobrelha caída, desvio de rima labial à direita e ageusia iniciados há 1 dia, de início súbito, contínuo e de evolução rápida. Paciente relata sofrer no momento da primeira consulta, fibromialgia, Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Síndrome de Burnout e manifestou catapora na primeira infância. Nega alergias, traumas, transfusões sanguíneas e possui imunizações em dia. Possui histórico de cesárea, cirurgia de hérnia umbilical e de mioma. Relata uso crônico de antiinflamatórios e analgésicos. Nega caso semelhante na família. Nega tabagismo e etilismo. Ao exame físico, apresentou pico hipertensivo. Ao exame neurológico, apresentou redução de mímica facial ao lado direito, com ptose palpebral, desvio de rima labial e sobrelha caída ipsilateralmente, caracterizando paralisia facial de grau 5, de acordo com House e Brackmann (*Tabela 1*).²² Foi proposto como hipótese diagnóstica Paralisia de Bell. Como conduta, foi encaminhada ao neurologista e foi receitado o uso de Prednisona, antialérgico I.M e Losartana (1 cápsula V.O. de 12/12 horas) de

administração imediata, a fim de tratar sintomatologia. Foi solicitada tomografia de crânio, sem alterações.

Na mesma semana, evoluiu para quadro de olho seco, otalgia e vesículas no conduto auditivo externo direito e pavilhão auditivo. Iniciou automedicação de Aciclovir 200mg uma vez ao dia, com hipótese pessoal de infecção herpética. Fez uso de Mirogel, Epitegel e curativo oclusivo ocular devido ao olho seco, além de Otomicina tópico no conduto auditivo (2 gotas de 4/4h). Ao comparecer novamente ao atendimento, foi prescrito Dipirona 500mg, Aciclovir 400mg de 4/4h, além de fisioterapia facial para movimentos e articulações e eletroestimulação facial.

Paciente foi recomendada ao afastamento de atividades laborais e, nesse tempo, relata ter tido exacerbação do quadro de ansiedade e depressão, evoluindo com fobia social. Iniciou uso de Q10, multivitamínicos e Fluoxetina. Após 1 ano, a paciente relata apresentar dor à palpação no lado ipsilateral da lesão durante fisioterapia, além de sincinesia, ptose palpebral e desvio da rima labial à direita.



Sincinesia/ atualmente :**Atualmente/repouso:**

Fonte: acervo pessoal dos autores.

4 DISCUSSÃO

O gradativo aumento das doenças ocupacionais pode estar relacionado ao acentuado ritmo de trabalho e à intensificação do que é exigido ao trabalhador na execução de suas funções laborais, devido a fatores predisponentes como a sobrecarga de trabalho, metas inatingíveis, condições de trabalho inadequadas, baixo reconhecimento profissional, cobranças por produtividade, conflitos interpessoais ou medo de perder o emprego.⁹ Esses fatores psicossociais impactam em parâmetros imunológicos, como na redução da atividade das células NK, que constituem as linhas de frente contra infecções virais, além de subconjuntos de células T, diminuindo a razão CD4+/CD8+ e aumentando a quantidade de marcadores inflamatórios.⁹

A síndrome de Burnout é hoje um dos danos laborais de caráter psicossocial mais importantes da sociedade.¹⁰ O Ministério da Saúde (2002) define a Síndrome de Burnout, ou síndrome do Esgotamento Profissional, como um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no ambiente de trabalho, e a incluiu na relação de doenças ocupacionais, classificando-a como um transtorno mental e do comportamento relacionado ao trabalho, por meio do Código Internacional de Doenças, código Z73.0 (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2000). Os profissionais docentes e da área da saúde foram considerados os mais afetados.¹⁰

A síndrome é constituída por três dimensões, que são exaustão emocional (redução da carga energética), despersonalização (distanciamento afetivo e pessoal promovido pelo indivíduo, cinismo e indiferença) e baixa realização pessoal no trabalho (autoavaliação em que

tende a perceber diversos aspectos negativos sobre a sua vida profissional).¹⁰ Desse modo, os indivíduos apresentam-se emocional e fisicamente exaustos, irritados, ansiosos ou tristes. Algumas complicações incluem úlceras, insônia, dores de cabeça, hipertensão, etilismo e abuso de medicamentos, gerando conflitos sociais.¹⁰

Quanto aos instrumentos de avaliação do Burnout, o Maslach Burnout Inventory (MBI) e suas variações (MBI-HSS e MBI-SS) foram os mais utilizados nos estudos analisados.

Tabela 1: Avaliação da movimentação facial segundo House e Brackmann (1985)

Grau	Descrição	Em repouso	Em movimento
I	Normal	Simetria	Função facial normal
II	Disfunção leve	Simetria e tônus normais	-Fronte: função moderada a boa -Olho: fechamento completo com esforço mínimo -Boca: Assimetria discreta
III	Disfunção moderada	Simetria e tônus normais	-Fronte: movimento discreto a moderado. -Olho: fechamento completo com esforço -Boca: discreta fraqueza com máximo esforço
IV	Disfunção moderada a grave	Simetria e tônus normais	-Fronte: nenhum -Olho: fechamento incompleto -Boca: assimetria com máximo esforço
V	Disfunção grave	Assimetria	-Fronte: nenhum -Olho: fechamento incompleto -Boca: discreto movimento
VI	Paralisia total	Assimetria	Nenhum movimento

Fonte: FONSECA, Kércia Melo de Oliveira et al . **Escalas de grau da paralisia facial: análise de concordância.** Braz. j. otorhinolaryngol., São Paulo , v. 81, n. 3, p. 288-293, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942015000300288&lng=en&nrm=iso>. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.04.005>.

Os estágios iniciais da infecção por VZV causam febre e erupção vesicular difusa, condição comumente chamada de catapora. Após a infecção inicial, o vírus geralmente permanece latente em vários gânglios do corpo.¹¹ A infecção pelo zóster é causada pela reativação do vírus. Isso pode produzir erupções vesiculares lineares ao longo da distribuição do nervo, geralmente envolvendo um único dermatomo.¹¹ A distribuição e os sintomas associados dependem do nervo envolvido e há muitas síndromes diferentes associadas a esse vírus.¹¹ O quadro clínico da Herpes se inicia com queimação leve a moderada na pele delimitada por um determinado dermatomo, frequentemente acompanhada de febre, calafrios, cefaléia e mal-estar, e posteriormente evolui para eritema cutâneo maculopapular até um estágio final de crostas.¹¹

A Síndrome de Ramsay Hunt típica se manifesta clinicamente com erupções vesiculares em orelha externa, ao longo do lado afetado da face, no palato duro e na língua (20%), relacionando-se com paralisia facial do neurônio motor inferior e otalgia. Essa forma de paralisia facial engloba 12% de todas as paralisias faciais.¹² As vesículas geralmente se desenvolvem após o início dos sintomas neurológicos (14%).¹²

A síndrome de Ramsay Hunt é causada por evolução de menos de 1% dos casos de infecção por VZV com acometimento de nervo facial.⁴ Se dá através da reativação do vírus latente da varicela-zóster no gânglio geniculado, acometendo principalmente o VII par de nervos cranianos, além de nervos cervicais (C2, C3 e C4).⁵ Isso pode ser facilitado pela proximidade do nervo facial com o nervo vestibulococlear. Ao serem acometidos, acredita-se que a lesão dos nervos cranianos VII e VIII seja causada em sua maioria pela neurite do vírus da varicela-zóster, podendo ser prejudicado também por edema inflamatório. A paralisia facial máxima é geralmente observada em uma semana.⁶ Segundo McCormick, essa reativação pode ocorrer por diminuição da atividade imune, desencadeada por alterações metabólicas, procedimentos cirúrgicos ou odontológicos, ou mesmo situações de estresse.⁷

Hipoacusia, náuseas, vômitos, zumbidos, vertigem e nistagmo são sintomas comuns.¹³ O acometimento das fibras eferentes especiais do nervo facial exprimem a paralisia facial ipsilateral. As íntimas conexões anatômicas dos nervos cranianos e suas ramificações ampliam a heterogeneidade clínica da doença de acordo com o acometimento da infecção viral, possibilitando, por exemplo, a apresentação de parestesia, neuralgia, distúrbios do paladar nos dois terços inferiores da língua e até mesmo reações vasovagais.¹³

O acometimento do sétimo nervo craniano, responsável por controlar alguns músculos da face, pode levar a uma combinação de sintomas como paralisia facial periférica e rash no pavilhão auditivo.¹¹ O oitavo nervo craniano controla a audição e o equilíbrio e, quando afetado, pode levar a sintomas auditivos e vestibulares, como hipoacusia e vertigem, em 20% dos pacientes. O envolvimento do V par craniano pode causar alterações na face, boca, olhos ou língua. Sintomas derivados da afecção dos pares IX, X, XI e XII ocorrem com frequência menor.¹¹

Em comparação com a paralisia de Bell (paralisia facial sem erupção cutânea), os pacientes com síndrome de Ramsay Hunt costumam ter paralisia mais grave no início do quadro e são menos propensos a se recuperar completamente, embora inicialmente possam ser quadros indistinguíveis. Além disso, a paralisia de Bell está significativamente associada à infecção pelo vírus herpes simplex tipo 1 (HSV-1).⁵

Além da avaliação do quadro clínico, podem ser realizados esfregaços de Tzanck, obtidos da lesão ativa, apesar desse método não distinguir entre herpes zóster e herpes simples.¹² A sorologia direta para detectar o vírus tem a vantagem de ter resultado rápido, após colheita da lesão cutânea. Embora a cultura viral seja o padrão-ouro para o diagnóstico, usualmente leva de três a sete dias para ficar pronta.¹² Uma alternativa é fazer o diagnóstico utilizando antígenos através do exame de Elisa, a reação de fixação do complemento e a detecção de ácido nucleico do vírus por PCR.¹²

Ao exame físico, apenas uma minoria dos pacientes apresenta bolhas de varicela simultaneamente à paralisia facial. Aproximadamente 20% dos pacientes tiveram vesículas em locais escondidos no canal auditivo ou na região oral.¹² As vesículas aparecem perto da orelha, mas podem ser vistas ao longo do lado afetado da face, palato duro e língua.¹² As lesões orais associadas ao HHV-3 ocorrem com o envolvimento dos ramos maxilar e/ou mandibular do nervo trigêmeo e podem estar presentes na mucosa móvel ou aderida.⁸ A síndrome de Ramsay Hunt, portanto, é caracterizada por uma tríade clássica de paralisia facial ipsilateral, otalgia e vesículas no canal auditivo.¹²

Através da coleta de uma amostra das vesículas auriculares, podemos solicitar o exame de reação em cadeia da polimerase (PCR) para detecção do vírus varicela-zóster, podendo, assim, diferenciar os pacientes com paralisia de Bell dos com síndrome de Ramsay Hunt nos estágios iniciais.¹⁶

Isso é possível pois os vírus ao saírem do período de latência, começam o período de replicação no nervo facial e seus ramos, como por exemplo o nervo corda do tímpano, que é um dos responsáveis pela inervação das glândulas submandibular e sublingual.¹⁷ Ao estimular a salivação, torna-se possível a propagação destes agentes para a saliva. Com isso, podemos identificar o DNA viral por meio da técnica do PCR.¹⁷

A Ressonância Magnética é uma ferramenta diagnóstica minimamente invasiva e útil para pacientes com paralisia facial periférica e desempenha um papel crucial nos diagnósticos de exclusão, como doenças cerebrovasculares, lesões neoplásicas e doenças desmielinizantes. Estudos indicam a utilidade da ressonância magnética, mesmo na diferenciação entre paralisia de Bell e Síndrome de Ramsay Hunt em um estágio inicial.¹⁷ Em particular, os achados de ressonância magnética que indicam Síndrome de Ramsay Hunt incluem a presença de hiperintensidade em 3D-FLAIR e realce em CE-3D-FLAIR e CE-3D-T1WI ao longo da parede do canal auditivo interno, além de realce do oitavo par craniano em CE-3D-FLAIR, hiperintensidade na orelha interna no pré e pós-contraste 3D-FLAIR, e espessamento do sétimo par craniano no fundo do canal auditivo interno no 3D-CISS.¹⁷

Tabela 2: Diagnósticos diferenciais para Síndrome de Ramsay-Hunt

Causas congênitas	Síndrome de Moebius Síndrome de Goldenhar Síndrome de Melkersson-Rosenthal
Relatos ao nascimento	Utilização de fórceps
Idiopático	Paralisia de Bell
Infecção	Infecção viral (varicella zoster, herpes zoster, herpes simples, HIV) Otite média Colesteatoma Otite externa necrosante Osteomielite em base do crânio Doença de Lyme
Trauma	Fratura de osso temporal Lesões penetrantes Laceração
Neoplasias	Schwannoma Meningioma Hemangioma Neoplasia maligna na parótida
Iatrogenia	Cirurgias cerebrais, de orelha média, região mastóidea ou parotídea
Neurológicas	Infarto lacunar ou em tronco cerebral Síndrome de Guillain-Barré Miastenia Grave Esclerose Múltipla
Metabólicas	Diabetes Mellitus Hipertensão Gestação Deficiência de vitamina A

Fonte: SPENCER, C. R., & IRVING, R. M. (2016). **Causes and management of facial nerve palsy**. British Journal of Hospital Medicine, 77(12), 686–691. doi:10.12968/hmed.2016.77.12.686

Estudos sugerem que o tratamento com Prednisona e Aciclovir pode melhorar o resultado se iniciado precocemente. Recomenda-se 7-10 dias de Famciclovir (500 mg, três vezes ao dia) ou Aciclovir (800 mg, cinco vezes ao dia), bem como Prednisona oral (60 mg por dia durante 3-5 dias).⁵

O Aciclovir é eficaz na prevenção da replicação de uma variedade de partículas virais, incluindo o VZV, Epstein Baar vírus e CMV.¹⁹ A droga é fosforilada na célula hospedeira, infectada pela enzima viral timidinaquinase. O resultante trifosfato de Aciclovir é então incorporado no DNA viral neoformado, resultando no término da cadeia molecular do DNA. A sensibilidade individual de cada tipo viral não é uniforme. Devido a timidinaquinase do VZV ser menos sensível ao Aciclovir do que o Herpes simplex, o aciclovir é usado em doses maiores

do que o usual no Herpes Zóster Ótico.¹⁹ Dessa maneira, o Aciclovir tem demonstrado reduzir de maneira significativa o tempo de doença, duração da dor e as complicações oculares.¹⁹

O tratamento precoce com Aciclovir, Famciclovir e o Valaciclovir mostrou que esses medicamentos são efetivos na infecção por herpes zoster e na prevenção de suas complicações, além de acelerarem o processo de cicatrização das lesões cutâneas e mucosas.^{2,8} O início precoce da terapia com antivirais possivelmente contribuiu para a boa evolução deste caso, além do fato da paciente apresentar paralisia facial não total.^{2,8}

Para garantir a segurança e eficácia conhecidas dos medicamentos antivirais contra VZV ou HSV, deve-se considerar o tratamento precoce de todos os pacientes com síndrome de Ramsay Hunt ou paralisia de Bell com um curso de 7-10 dias de Famciclovir (500 mg, três vezes ao dia) ou Aciclovir (800 mg, cinco vezes ao dia), bem como prednisona oral (60 mg por dia durante 3-5 dias).⁶

Dentre os fatores de risco que podem piorar o prognóstico, podemos citar a ausência de excitabilidade nervosa, paralisia completa e idade superior a 50 anos.¹⁴ Dentre algumas das sequelas crônicas, podemos citar neuralgia pós-herpética, a complicação mais comum do HZ, além de zumbido, encefalite, mielite e disfunção vestibular.¹⁵

Se a medicação foi iniciada dentro de 72 horas do diagnóstico de Ramsay Hunt, a paralisia facial se recupera totalmente ou evolui apenas com pequenas sequelas em 80% dos pacientes.⁵

A neuralgia pós-herpética pode ser tratada com analgésicos, narcóticos, antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes, estimulação nervosa elétrica percutânea, biofeedback, bloqueio nervoso e anestésicos tópicos.⁸

A sincinesia resultante da paralisia facial pode ser tratada com reabilitação física, que demonstrou prevenir sua deterioração significativa em pacientes do sexo feminino e jovens com paralisia do nervo facial. O acompanhamento cuidadoso com relação à sincinesia é necessário nos casos em que a lesão do nervo facial é considerada grave.²⁰

5 CONCLUSÃO

A suspeita clínica, o início precoce do tratamento e a confirmação laboratorial da infecção permitem uma evolução favorável do quadro, evitando a presença de sequelas nervosas motoras mutiladoras e evitando também a sincinesia, uma sequela da paralisia facial periférica, onde um movimento muscular involuntário e não solicitado acontece quando fazemos um movimento voluntário.²⁰

No período prodrômico da doença, o diagnóstico do HZ é difícil, pois pode demorar até três semanas para o aparecimento das lesões cutâneas. Portanto, gera um atraso para se iniciar o tratamento.¹¹ Dessa forma, é importante que os profissionais estejam atentos ao quadro clínico e aos estágios iniciais da infecção herpética e da Síndrome de Ramsay-Hunt, de modo que o diagnóstico seja precoce e a adesão ao tratamento precoce permita melhor evolução e prognóstico desse quadro tão heterogêneo.

REFERÊNCIAS

1. MAGALHÃES, Marcelo José da Silva de; CARDOSO, Maeds Soares; GONTIJO, Isabelle Lopes. **Ramsay hunt syndrome-case report**. Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria, Bahia, v. 18, ed. 3, p. 247-252, 2014. Disponível em: <https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/40/56>.
2. ALCÂNTARA, Lauro J. L. *et al.* **Síndrome de Ramsay-Hunt:: descrição de caso**. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, São Paulo, v. 66, ed. 5, p. 536-538, 2000. Disponível em: <http://oldfiles.bjorl.org/conteudo/acervo/acervo.asp?id=2504>.
3. GERSHON A. A., *et al.* **Varicella zoster virus infection**. Nature Reviews, 2015, doi:10.1038/nrdp.2015.16.
4. PAIVA, A. L. C., *et al.* (2017). **Facial paralysis due to Ramsay Hunt syndrome - A rare condition**. Revista Da Associação Médica Brasileira, 63(4), 301–302. doi:10.1590/1806-9282.63.04.301.
5. KANERVA, M., *et al.* **Ramsay Hunt syndrome: characteristics and patient self-assessed long-term facial palsy outcome**. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. doi:10.1007/s00405-020-05817-y
6. NOSOLOGICAL ENTITIES?: **Ramsay Hunt syndrome**. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 71(2), 149–154. doi:10.1136/jnnp.71.2.149
7. SANTOS, M. A. de O., *et al.* (2010). **Vírus varicela zoster em paralisia de Bell: estudo prospectivo**. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, 76(3), 370–373. doi:10.1590/s1808-86942010000300016
8. SANTOS, Manuely Pereira de Moraes *et al.* **Herpesvírus humano: tipos, manifestações orais e tratamento**. Odontologia clínico-científica, Recife, v. 11, ed. 3, p. 191-196, 2012. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882012000300004.
9. NAKATA, A. (2012). **Psychosocial Job Stress and Immunity: A Systematic Review**. Psychoneuroimmunology, 39–75. doi:10.1007/978-1-62703-071-7_3
10. CARDOSO, H. F. *et al.* (2017). **Síndrome de burnout: análise da literatura nacional entre 2006 e 2015**. Revista Psicologia Organizações e Trabalho. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572017000200007.
11. PORTELLA, A. V. T., *et al.* (2013). **Herpes-zóster e neuralgia pós-herpética**. Revista Dor, 14(3), 210–215. doi:10.1590/s1806-00132013000300012
12. CROUCH, Andrew E.; ANDALORO, Claudio. **Ramsay Hunt Syndrome**. Pubmed, [S. l.], 27 set. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557409/>.
13. JEON, Y.; LEE, H. **Ramsay Hunt syndrome**. Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine, 2018. Disponível em: <https://jdapm.org/DOIx.php?id=10.17245/jdapm.2018.18.6.333>.

14. SWEENEY CJ; GILDEN DH. **Síndrome de Ramsay Hunt** . Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 2001; 71 (2): 149-54. doi:10.1136/jnnp.71.2.149
15. DWORKIN RH, *et al.* **Recomendações para o manejo do herpes zoster**. Clinical Infectious Diseases 2007; 44 (Suplemento 1): S1-26. doi:10.1086/510206
16. CROUCH, Andrew E.; ANDALORO , Claudio. **Ramsay Hunt Syndrome**. Pubmed, [S. l.], 27 set. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557409/>.
17. MURAKAMI S, *et al.* **Rapid diagnosis of varicella zoster virus infection in acute facial palsy**. *Neurology*1998; 51(4):1202-5. doi:10.1212/wnl.51.4.1202
18. KUYA, J., *et al* (2017). **Usefulness of High-Resolution 3D Multi-Sequences for Peripheral Facial Palsy**. *Otology & Neurotology*, 38(10), 1523–1527. doi:10.1097/mao.0000000000001605
19. SPENCER, C. R., & IRVING, R. M. (2016). **Causes and management of facial nerve palsy**. *British Journal of Hospital Medicine*, 77(12), 686–691. doi:10.12968/hmed.2016.77.12.686
20. REGO, J. Fortes. **Paralisia Facial Bilateral**. Scientific Electronic Library Online, São Paulo, v. 34, ed. 1, p. 95-101, 1976. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/anp/v34n1/11.pdf>.
21. FUJIWARA, K., *et al* (2018). **Factors affecting the effect of physical rehabilitation therapy for synkinesis as a sequela to facial nerve palsy**. *Auris Nasus Larynx*, 45(4), 732–739. doi:10.1016/j.anl.2017.10.003
22. FONSECA, Kércia Melo de Oliveira et al . **Escalas de grau da paralisia facial: análise de concordância**. *Braz. j. otorhinolaryngol.*, São Paulo , v. 81, n. 3, p. 288-293, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942015000300288&lng=en&nrm=iso>. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.04.005>.
1. Magalhães Marcelo José da Silva de, Cardoso Maeds Soares, Gontijo Isabelle Lopes. **Ramsay hunt syndrome-case report**. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria* [Internet]. 2014 [cited 2021 Mar 28];18(3):247-252. Available from: <https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/40/56>
2. Alcântara Lauro, et al. **Síndrome de Ramsay-Hunt: descrição de caso**. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* [Internet]. 2000 [cited 2021 Mar 28]; 66(5):536-538. Available from: <http://oldfiles.bjorl.org/conteudo/acervo/acervo.asp?id=2504>
3. Gershon A. A, et al. **Varicella zoster virus infection**. *Nature Reviews* [Internet]. 2015 [cited 2021 Mar 28]; DOI 10.1038/nrdp.2015.16. Available from: <https://www.nature.com/articles/nrdp201516>
4. Paiva Aline Lariessy Campos, Araujo João Luiz Vitorino, Ferraz Vinicius Ricieri, Veiga José Carlos Esteves. **Facial paralysis due to Ramsay Hunt syndrome - A rare condition**. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 2017 Apr [cited 2021 Apr 14] ; 63(4): 301-302. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302017000400301&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.04.301>

5. Kanerva M, Jones S, Pitkäranta A. Ramsay Hunt syndrome: characteristics and patient self-assessed long-term facial palsy outcome. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2020 Apr;277(4):1235-1245. <https://doi.org/10.1007/s00405-020-05817-y>
6. Sweeney CJ, Gilden DH. Ramsay Hunt syndrome. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* [Internet]. 2001 [cited 2021 Mar 30]; Available from: <https://jnnp.bmj.com/content/71/2/149>
7. SANTOS, M. A. de O., et al (2010). Vírus varicela zoster em paralisia de Bell: estudo prospectivo. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 76(3), 370–373. doi:10.1590/s1808-86942010000300016
8. Santos Mônica Alcantara de Oliveira, Caiaffa Filho Hélio H, Vianna Melissa Ferreira, Almeida Andressa Guimarães do Prado, Lazarini Paulo Roberto. Varicella zoster virus in Bell's palsy: a prospective study. *Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.)* [Internet]. 2010 June [cited 2021 Apr 14] ; 76(3): 370-373. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942010000300016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942010000300016>.
9. Nakata Akinori. Psychosocial job stress and immunity: a systematic review. *Methods Mol Biol* [Internet]. 2012 [cited 2021 Mar 28]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22933140/>
10. Cardoso Hugo Ferrari, et al. Síndrome de burnout: análise da literatura nacional entre 2006 e 2015. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 28]; Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572017000200007
11. Portella Ana Virgínia Tomaz, Souza Liane Carvalho de Brito, Gomes Josenília Maria Alves. Herpes-zoster and post-herpetic neuralgia. *Rev. dor* [Internet]. 2013 Sep [cited 2021 Apr 14] ; 14(3): 210-215. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000300012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132013000300012>
12. Crouch Andrew E., Andaloro Claudio. Ramsay Hunt Syndrome. *StatPearls* [PubMed] [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 28]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557409/>
13. Jeon Younghoon, Lee Heryim. Ramsay Hunt syndrome. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine* [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 28]; Available from: <https://jdapm.org/DOIx.php?id=10.17245/jdapm.2018.18.6.333>
14. Dworkin Robert H., et al. Recommendations for the Management of Herpes Zoster. *Clinical Infectious Diseases* [Internet]. 2007 [cited 2021 Mar 29]; Available from: https://academic.oup.com/cid/article/44/Supplement_1/S1/334966
15. Murakami S, et al. Rapid diagnosis of varicella zoster virus infection in acute facial palsy. *Neurology* [Internet]. 1998 [cited 2021 Mar 30]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9781562/>
16. Spencer Cheka R, Irving Richard M. Causes and management of facial nerve palsy. *British Journal of Hospital Medicine* [Internet]. 2016 [cited 2021 Mar 31]; Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27937022/>. Rego J. Fortes. Paralisia Facial Bilateral. Scientific Electronic Library Online [Internet]. 1976 [cited 2021 Mar 29]; Available from: <https://www.scielo.br/pdf/anp/v34n1/11.pdf>

17. Fujiwara Keishi, Furuta Yasushi, Yamamoto Naoko, Katoh Kanako, Fukuda Satoshi. Factors affecting the effect of physical rehabilitation therapy for synkinesis as a sequela to facial nerve palsy. *Auris Nasus Larynx* [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 29]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29100751/>.

18. Fonseca Kércia Melo de Oliveira, Mourão Aline Mansueto, Motta Andréa Rodrigues, Vicente Laelia Cristina Caseiro. Scales of degree of facial paralysis: analysis of agreement . *Braz. j. otorhinolaryngol.* [Internet]. 2015 June [cited 2021 Apr 15] ; 81(3): 288-293. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942015000300288&lng=en. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.04.005>.