

# HERPES ZÓSTER OFTÁLMICO Y ÓTICO; SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT. PRESENTACIÓN DE UN CASO

## OPHTHALMIC AND OTIC HERPES ZOSTER; RAMSAY-HUNT SYNDROME. A CASE PRESENTATION

### HERPES ZOSTER OFTÁLMICO E ÓTICO; SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT. APRESENTAÇÃO DE UM CASO

GEORGINA DEL CISNE JADÁN LUZURIAGA<sup>1</sup>, KATERIN FERNANDA TRUJILLO RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, ANA YADIRA TRUJILLO RODRÍGUEZ

<sup>1</sup> Instituto del corazón del hospital de las clínicas, Universidad de São Paulo, Brasill, Ecuador

<sup>2</sup> Hospital General Docente de Riobamba, Ecuador

<sup>3</sup> Hospital General Docente de Ambato, Ecuador

#### RESUMEN

El herpes zóster es una enfermedad infecciosa, aguda y autolimitada dada por la reactivación del virus varicela-zóster. Su frecuencia anual es de 0,74 a 3,4 casos por cada 1000 habitantes. Afecta a todas las razas. El género masculino presenta mayor prevalencia, siendo más frecuente en los adultos de 30 años de edad y en ancianos. Lo peculiar de esta entidad es que se caracteriza por ser de distribución metamérica-dermatomal, manifestándose comúnmente en regiones como el tórax, ubicación cervical o lumbosacra; sin embargo, un pequeño porcentaje afecta otras áreas y pares craneales; así en 10 a 17% al par craneal V (trigémico), existiendo una probabilidad de 76% de complicaciones oculares, y el compromiso de los pares craneales VII (facial) y VIII (vestibulococlear), que podrían causar el síndrome de Ramsay-Hunt. Una de las complicaciones a largo plazo es la neuralgia posherpética. A continuación, se presenta un paciente que cursó con esta patología, con afección en regiones infrecuentes: oftálmica y auricular..

**PALABRAS CLAVE:** herpes zóster, herpes zóster oftálmico, herpes zoster ótico, síndrome de ramsay-hunt, neuralgia posherpética.

#### ABSTRACT

Herpes zoster is an infectious, acute, and self-limited disease caused by the reactivation of the varicella-zoster virus. Its annual frequency is 0.74 to 3.4 cases per 1000 inhabitants. It affects all races. The male gender has a higher prevalence, being more frequent in adults of 30 years old and the elderly. The peculiarity about this entity is that it is characterized by being a metameric-dermatomal distribution, commonly manifested in regions such as the thorax, cervical or lumbosacral location; however, a small percentage affects other areas and cranial nerves; so in 10 to 17% the V (trigeminal) cranial nerve, with a 76% probability of ocular complications, and the involvement of the VII (facial) and VIII (vestibulocochlear) cranial nerves, which could cause Ramsay-Hunt syndrome. One of the long-term complications is postherpetic neuralgia. Next, a patient with this pathology is presented with affection in infrequent regions: ophthalmic and auricular.

**KEYWORDS:** herpes zoster, herpes zoster ophthalmicus, herpes zoster oticus, ramsay-hunt syndrome, neuralgia postherpetic.

#### RESUMO

Herpes zoster é uma doença infecciosa, aguda e autolimitada, causada pela reativação do vírus varicela-zóster. Sua frequência anual é de 0,74 a 3,4 casos por 1000 habitantes. Afeta todas as raças. O gênero masculino apresenta maior prevalência, sendo mais frequente em adultos com 30 anos de idade e em idosos. O que é peculiar nesta entidade é que se caracteriza por ser de distribuição metamérica-dermatomal, comumente manifestada em regiões como o tórax, localização cervical ou lombossacra; no entanto, uma pequena porcentagem afeta outras áreas e nervos cranianos; portanto, em 10 a 17% para o nervo craniano V (trigêmeo), com probabilidade de 76% de complicações oculares, e envolvimento dos nervos cranianos VII (facial) e VIII (vestibulococlear), que poderiam causar a síndrome de Ramsay-Hunt. Uma das complicações de longo prazo é a neuralgia pós-herpética. A seguir, é apresentado um paciente com esta patologia, com acometimento em regiões pouco frequentes: oftálmica e auricular ...

**PALAVRAS-CHAVE:** herpes zoster, herpes zoster oftálmico, herpes zoster da orelha externa, síndrome de Ramsay-Hunt, neuralgia posherpética.

## INTRODUCCIÓN

El herpes zóster (HZ) es una entidad caracterizada por la aparición de vesículas agrupadas en una placa inflamatoria, localizada en la piel y nervios periféricos, que sigue una trayectoria nerviosa dermatomal, siendo las regiones más comúnmente afectadas la torácica (57%), la cervical (20%), del nervio trigémino (15%) (Incluyendo el oftálmico) y lumbosacra en un 11%.<sup>1,2</sup> Su agente causal es el virus varicela-zóster (VVZ) perteneciente a la familia herpesviridae. Es altamente contagioso, la transmisión ocurre por dos formas: la primera es a través del contacto directo con lesiones que no están completamente secas (transmisión de contacto) y, la segunda es al inhalar el virus proveniente de partículas de lesiones cutáneas vesiculares (transmisión aérea).<sup>3</sup>

El VVZ causa varicela por primoinfección (enfermedad generalizada), y herpes zoster (local) en quienes poseen anticuerpos circulantes; por ello ésta equivale a infección secundaria o a reactivación de una infección que permanece latente.<sup>4</sup> La primera manifestación suele ser el dolor urente, luego de tres o cuatro días se desarrollan vesículas agrupadas en ramilletes sobre placas eritematosas. Las vesículas son perladas y de pequeño tamaño.<sup>5</sup> Entre las manifestaciones generales están: adenopatía regional, astenia, cefalea y febrícula. Con la involución de las vesículas queda hipopigmentación o hiperpigmentación y en algunos casos, dolor, son las llamadas “algias zosterianas”. Luego de haber desaparecido las lesiones puede persistir dolor intermitente, parestesias y disestesias con alodinia e hiperalgesia, tratándose de “neuralgia posherpética (NPH)”.<sup>1</sup>

En la región de los nervios craneales son frecuentes dos síndromes: HZ auricular y HZ oftálmico.<sup>6</sup> De cada cien afectados, entre diez a diez y siete casos presentan compromiso del par craneal V (trigémino); de este grupo, el 30% afecta la rama nasociliar en donde se puede evidenciar el signo de Hutchinson (vesículas en la punta de la nariz) y complicaciones oculares. La afectación ocular es variada, pueden haber los siguientes presentaciones: conjuntivitis, escleritis, episcleritis, blefaritis, dacrioadenitis queratitis punteada, pseudodendritas, queratitis disciforme, necrosante, neurotrófica, uveítis, vitritis, retinitis, glaucoma o parálisis musculares.<sup>7</sup> La afección de los pares craneales VII (facial) y VIII (vestibulococlear) desencadena al síndrome de Ramsay-Hunt (SRH) que implica parálisis unilateral del nervio facial periférico con un HZ que afecta el conducto auditivo externo o

membrana timpánica, y que puede acompañarse de acúfenos, otalgia, vértigo y sordera.<sup>8-10</sup>

La NPH es una secuela común y puede prevenirse con tratamiento inmediato, es mayor entre adultos mayores y las poblaciones inmunocomprometidas.<sup>11-13</sup> En estas circunstancias (inmunosupresión) el HZ puede ser con diseminación atípica del zoster, o el zoster variceliforme (40%), con posibilidad de complicaciones neurológicas; lesiones necróticas, hemorrágicas o diseminación hacia vísceras vía hematógena originando neumonía, hepatitis o encefalitis.<sup>1</sup> Las poblaciones con mayor riesgo de complicaciones graves también tienen mayor riesgo de muerte.<sup>14</sup>

El HZ causa limitación de la calidad de vida de las personas afectadas.<sup>15</sup> Es por eso que, considerando la presentación atípica de este tipo de dermatosis, su sospecha y diagnóstico frecuentemente son tardíos. Por lo anterior, se ha decidido reportar un caso clínico de un paciente de la tercera edad quien cursó con esta enfermedad.

## PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 77 años, ecuatoriano, con antecedente de hipertensión arterial, es admitido en el servicio de emergencia refiriendo que hace 72 horas y teniendo como causa aparente trauma en región facial ocasionada por caída desde su propia altura sobre superficie dura (cemento), posterior a lo cual presenta dolor en región frontoparietal derecha, acompañándose de vesículas de aproximadamente 3mm de diámetro, de contenido melicérico, friables, continuas, que aumentan progresivamente en número y la intensidad de dolor; hiperemia conjuntival ipsilateral, con eliminación de secreción amarillenta moderada y edema palpebral que progresó, dificultando la apertura ocular; además, acúfenos provenientes del oído derecho y alza térmica no cuantificada. Procuró atención a las 24 horas de inicio del cuadro, recibiendo tratamiento con antibióticos orales, de aplicación oftálmica y tópica que no especifica y que no aliviaron sus síntomas, por lo que procura nueva atención médica.

Examen físico general: Glasgow 15/15, TA 130/80mmHg, FR 20rpm, FC 74lpm, temperatura 36.00C. Facies psicoexpresiva álgica y somatoexpresiva con parálisis facial, dermatosis en hemicara y región parietal derechos. Somático regional.- Lesiones vesiculares extendidas en región frontoparietal y hemicara derecha sobre superficie eritematosa y edematizada; (Figura 1) globo ocular ipsilateral

con edema palpebral, eliminación de secreción amarillenta, hiperemia conjuntival, de esclera y de pterigion nasal, con dolor a la palpación en ángulo palpebral interno; nariz con vesículas con contenido melicérico en su mitad derecha que se extienden hasta su punta (signo de Hutchinson); boca con desviación de la comisura labial hacia la derecha; oídos con lesiones vesiculares en conducto auditivo externo, (Figura 2).



Figura 1.



Figura 2.

Complementarios.- Leucocitos 6720, neutrófilos 57.2%, plaquetas 171000, hemoglobina 14.9g/dl, hematocrito 45.1%. TGO 27.9U/L, TGP 25.4U/L, VIH y VDRL no reactivos, úrea 27.1 mg/dl, creatinina 0.8 mg/dl. PCR cualitativo positivo (+++), EMO no infeccioso. Fue solicitado RT-PCR para HZ, sin embargo en la localidad no se dispuso del mismo. El paciente es internado y recibe manejo multidisciplinar.

Fue iniciado aciclovir 400mg VO c/4h y al 5% vía tópica c/12h, dexametasona 4mg IV QD y amitriptilina 25mg HS); Oftalmología diagnóstica queratoconjuntivitis por HZ y añadió moxifloxacino 0.5% 1 gota cada hora, ciprofloxacino 0.3% + dexametasona 0.1% ungüento oftálmico HS, aseo con jabón ácido en la piel y gentamicina 0.1% de uso tópico; finalmente, otorrinolaringología descartó compromiso en la agudeza auditiva.

La respuesta a la terapéutica fue favorable, persistiendo únicamente en la piel zonas hipopigmentadas con alodinia. Neurología continuó el tratamiento por la neuralgia en forma ambulatoria, sin motivos de reinternación posterior al alta. (Figura 3).

Diagnósticos definitivos: HZ Ocular, HZ ótico, síndrome de Ramsay Hunt y neuralgia posherpética. A pesar de no contar con la RT-PCR para HZ, la presentación clínica ponderó y se condujo la entidad como tal.



Figura 3.

## DISCUSIÓN

El diagnóstico es clínico. Si existiera duda, el examen complementario es la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) del VVZ, a partir de muestra en saliva, líquido de las vesículas, de frotis de Tzank de costras secas o biopsia de la piel. La tinción con anticuerpos directa del VVZ en células infectadas, en un raspado de la base de una lesión es menos sensible.<sup>16</sup>

En el HZ, cuando el estado inmunitario se halla intacto, es habitual que se autolimita. En casos de inmunosupresión, de dolor intenso o si compromete la rama oftálmica, está indicado el tratamiento farmacológico. El objetivo es limitar la extensión, duración y gravedad de la erupción y sus complicaciones. Están indicados los siguientes antivirales: aciclovir, valaciclovir y famciclovir, mismos que combinados con corticoesteroides, y analgésicos como los antidepressivos tricíclicos (la más utilizada amitriptilina; también puede ser nortriptilina y desimipramina los cuales presentan menos efectos adversos).<sup>17</sup>

Murakami y colaboradores encontraron que los pacientes tratados con la combinación de aciclovir-prednisona dentro de los tres días posteriores al inicio, tuvieron una tasa de recuperación del 75% versus la tasa de recuperación del 30% en pacientes donde se inició la terapia más de 7 días después de su diagnóstico.<sup>2</sup> Pues, aquella combinación previene la degeneración de nervios y mejora la tasa de recuperación de la parálisis del nervio facial.<sup>17</sup> El manejo de la neuritis aguda y/o neuralgia posherpética puede ser con analgésicos que van desde no narcóticos hasta derivados narcóticos (gabapentina, pregabalina, clorhidrato de amitriptilina), según se informa, lidocaína (parches) y clorhidrato de flufenazina son beneficiosos para el alivio del dolor.

Las personas con zoster oftálmico deben ser derivadas inmediatamente a un oftalmólogo, indicación realizada en el paciente en cuestión.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arenas Roberto. Atlas, diagnóstico y tratamiento Dermatología. Sexta edición. México: McGraw-Hill Education; 2015.
2. Letchuman V, Donohoe C.H. Implicación del tronco encefálico y cerebeloso en el síndrome de Ramsay Hunt. Reporte de casos en otorrinolaringología. 2019; 1(1-5).
3. Gershon A, et al. Varicella zoster virus infection. Nat Rev Dis Primers. 2015; 1:15016
4. Jameson Larry, Fauci Anthony, Kasper Dennis, Hauser Stephen, Longo Dan, Loscalzo Joseph. Harrison's Principles of Internal Medicine. Twenty edition. New York: McGraw-Hill Professional; 2018.
5. Manzur Julian, Díaz José, Cortés Marta. Dermatología. Primera edición. Cuba: Editorial Ciencias Médicas. 2002.
6. Ropper Allan, Samuels Allan. Adams y Victor Principios de Neurología. Novena edición. China: McGraw-Hill Interamericana; 2009.
7. Eguía Frank, Río Marcelino, Capote Armando. Manual de diagnóstico y tratamiento en Oftalmología. Segunda edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
8. Ye J, Guo-mei M, Zhi-lei K, Yi Z, Jing-zhe H. Ramsay Hunt syndrome with pontine lesion. Clinical Case Report. Medicine 2019; 98(5): 1-4.
9. Jin woo, Choi, Hyunjoo, Nahn, Jung Eun, Shin, Chang-hee, Kim, Jing-zhe, H. Atypical clinical manifestations of herpes zoster oticus: diagnostic usefulness of magnetic resonance imaging. J. NeuroVirology. [Internet] 2019 (05/07/2019); (25) 874-882. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13365-019-00781-8>.
10. Sheibani-Rad S, Farsar C. A Rare Manifestation of Herpes Zoster: A Case Report, J Foot Ankle Surg (Internet). 2020 (05-06/2020); 59 (3):632-633. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.jfas.2019.10.010>.
11. SewonKang, Masayuki Amagai, AnnaL. Bruckner, Alexander H. Enk, David J. Margolis, Amy J. McMichael, et al. Fitzpatrick's Dermatology. Volume 2. Ninth Edition. United States of America: McGraw-Hill Education; 2019.
12. Lachiewicz A, Srinivas M. Varicella-zoster virus post-exposure management and prophylaxis: A review. Prev Med Rep (Internet). 2019 (06/11/2019). 16:1-7 Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.101016>
13. Moffat J, Ku CC, Zerboni L et al. VZV: patogenia y consecuencias patológicas de la infección primaria. En: Arvin A, Campadelli-Fiume G, Mocarski E, et al., Editores. Herpes virus humanos: biología, terapia e inmunoprofilaxis. Illustrated edición. Cambridge: Cambridge University Press; 2007. Capítulo 37. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK47382/>
14. Arvin A, Campadelli-Fiume G, Mocarski E, Moore PS, Roizman B, Whitley R, Yamanishi K, editors. Human Herpesviruses: Biology, Therapy, and Immunoprophylaxis. Cambridge: Cambridge University Press; 2007; 675-688.
15. Schmader KE. Epidemiology and impact on quality of life of postherpetic neuralgia and painful diabetic neuropathy. Clin J Pain. 2002;18(6):350-354.
16. García, A, Rosas, O. Herpes zoster (HZ) y neuralgia posherpética (NPH) en el adulto mayor: particularidades en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento. Gaceta médica de México. 2017; 153(3): 92-101.
17. Jeon, Y, Lee, H. Ramsay Hunt síndrome. J Dent Anesth Pain Med. 2018;130(3): 333-337.