

Herpes Zoster Facial seguido de Síndrome de Ramsay Hunt e Síndrome de Guillain Barré

Herpes Zoster Facial followed by Ramsay Hunt Syndrome and Guillain Barré Syndrome

Flávia Gonçalves Silva Guimarães
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
flaviaa.guimaraes@hotmail.com

Ana Laura Cordelier Pinheiro Fonseca
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
cordelier.ana@gmail.com

Isabela Simões de Araújo Alegre Salles
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
isabelasaasalles@gmail.com

Luísa Costa Scopacasa
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
scopalulu@hotmail.com

Flávio de Paula Ramos
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
flaramos@gmail.com

RESUMO

O herpes zoster é uma infecção viral causada pelo vírus varicela-zóster, o mesmo vírus causador da catapora. O diagnóstico é basicamente clínico, por isso seu acompanhamento é tão importante. Os autores descrevem a evolução de um caso desta doença, seguido das síndromes de Ramsay Hunt e de Guillain Barré. Palavras-chaves: Herpes Zoster, Síndrome de Ramsay Hunt, Síndrome de Guillain-Barré, Diagnóstico Clínico

Palavras-chave: Infecção viral; Herpes Zoster; Síndrome de Ramsay Hunt; Síndrome de Guillain Barré.

ABSTRACT

Herpes zoster is a viral infection caused by the varicella-zoster virus, the same virus causing chickenpox. The diagnosis is basically clinical, so its follow-up is so important. The authors describe the evolution of a case of this disease, followed by the syndromes of Ramsay Hunt and Guillain Barré. Key words: Herpes Zoster, Herpes Zoster Oticus, Guillain-Barre Syndrome, Clinical Diagnosis.

Keywords: Viral infection; Herpes Zoster; Ramsay Hunt Syndrome; Guillain Barré syndrome.

1 CONTEXTO

Em torno de 20 a 30% das pessoas adultas que sofreram primoinfecção pelo vírus da varicela-zoster (VVZ) apresentarão um episódio de Herpes-zóster durante a vida, com incremento da incidência acima dos 50 anos de idade. A infecção resulta da reativação da infecção latente pelo VVZ. Dentre suas complicações, pode-se citar a síndrome de Ramsay Hunt, que compõe-se de otalgia, erupção vesicular no canal externo e no pavilhão auditivo e paralisia facial, que coincide, na maioria dos casos, com o aparecimento das vesículas cutâneas, além da síndrome de Guillain Barré, que se apresenta com sintomas típicos de parestesia inicial dos membros inferiores (MMII) e depois dos membros superiores (MMSS), associados a sensação de formigamento, perda/alteração da sensibilidade e reflexos diminuídos/ausentes (ANDERSON et al., 2021; VIANA; MESQUITA; MARCHIOTTI, 2021).

Esse trabalho objetiva relatar o caso de um paciente portador de Herpes-zóster que seguiu com as complicações da síndrome de Ramsay Hunt e com desenvolvimento posterior da síndrome de Guillain Barré.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Este trabalho está sob o escopo “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.10000.5237.

Paciente, 59 anos, masculino, natural e residente de Volta Redonda, procura o pronto atendimento do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful (HMMR), no dia 22/09/2022, com queixa de tontura, visão turva, dor no peito, cefaléia, dorsalgia e lesão em face direita com início há três dias. Na anamnese, referiu ser portador de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Doença Arterial Coronariana, Insuficiência Cardíaca e Epilepsia. Na ectoscopia, paciente em regular estado geral, lícido, orientado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril e eupneico em ar ambiente. Hemiface direita hiperemiada, edemaciada (celulite), com lesões vesiculares e crostosas em lábio e pálpebra inferior, sugestivo de Herpes Zoster Facial. Sinais vitais e exame físico dentro da normalidade.

Na admissão da internação, por não ser possível excluir o diagnóstico de Herpes Zoster, iniciou-se tratamento com Aciclovir venoso. Diagnosticou-se, também, da Síndrome de Ramsay Hunt, dadas as alterações que acompanhavam o quadro clínico sugestivo de Herpes Zoster e evolução do paciente, que apresentou algia e alteração de sensibilidade em hemiface direita. O tratamento com Aciclovir (por 4 semanas).

Ao longo da internação, evoluiu com parestesia de membros inferiores associado a dificuldade de deambulação, déficit focal de membro inferior direito (MID), com força muscular grau 3, perda de sensibilidade focal total em MID e parcial em face. No dia seguinte sua força muscular evoluiu para grau 4, com perda total em terço médio e distal, de perna e pé direitos. Foi solicitado novo parecer da neurologia, que recomendou eletroneuromiografia, ressonância nuclear magnética (RNM) de encéfalo e teste de HIV. A face, com lesões crostosas em lábio e pálpebra inferior, apresentou boa evolução.

A RNM de encéfalo não demonstrou alterações relevantes para elucidação do caso. O teste de HIV apresentou-se não reagente. A partir da eletroneuromiografia foi notada polineuropatia sensitivo motora predominante desmielinizante difusa aguda (mais acentuada em MMII, com bloqueio de condução), e acentuada neuropatia axonal crônica do nervo ulnar bilateral, sugerindo polineuropatia sensitivo motora desmielinizante, compatível com Síndrome de Guillain Barré. Solicitou-se punção lombar (PL), que demonstrou líquido com celularidade baixa e proteína normal, sugestivo também para Síndrome de Guillain Barré.

No 21º dia de internação, foi requisitada imunoglobulina humana e iniciado o esquema de 5 dias, 400 mg/kg/dia. Após manejo, com boa resposta e evolução, o paciente foi encaminhado para seguimento e acompanhamento no ambulatório de neurologia.

3 TRATAMENTO

O paciente fez uso ao longo de sua internação de Amitriptilina, um antidepressivo tricíclico (ADT) para tratamento de neuralgia pós-herpética. Além de Aciclovir e Imunoglobulina humana, citados acima.

4 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

O seguimento do caso foi de 29 dias, desde sua chegada até a alta hospitalar. O paciente respondeu de forma positiva aos tratamentos que foram estabelecidos durante sua internação no HMMR.

5 DISCUSSÃO

O herpes zoster é uma doença caracterizada pela reativação da infecção pelo VVZ, um herpesvirus causador da varicela, que se mantém latente no sistema nervoso após um episódio de infecção primária. Sua reativação em um nervo craniano ou no gânglio dorsal da raiz, com irradiação através do nervosensorial para o dermatomo, leva a manifestações cutâneas dolorosas. Sabe-se que quando a imunidade celular específica para VVZ fica comprometida, acontece a propagação da doença. Além disso, a correlação entre a maior incidência de herpeszoster com o aumento da idade está associada a um declínio na resposta imune mediada pelas células T, que ocorre com o envelhecimento. (VIANA; MESQUITA; MARCHIOTTI, 2021).

O quadro normalmente se inicia com sintomas prodrômicos como mal-estar, febre baixa, dor, prurido e sensibilidade localizada e em seguida, progride para uma erupção cutânea eritematosa maculopapular (PORTELLA; SOUZA; GOMES, 2013). A erupção em geral fica seca, com crostas, em 7 a 10 dias, havendo resolução das lesões em 2 a 3 semanas. O padrão anatômico percorre uma disposição periférica nos trajetos dos nervos comprometidos, tipicamente é unilateral não cruzando a linha média do corpo, delimitada a um dermatomo, podendo envolver dois ou mais. Há predominância no tórax e na face (COELHO *et al.*, 2014).

Dentre suas complicações, vemos a síndrome de Ramsay Hunt, que é uma condição rara onde a reativação do VVZ ocorre no gânglio geniculado do nervo facial. Normalmente, estão presentes vesículas auriculares e sintomas como paralisia facial periférica e otalgia. Pacientes imunocomprometidos por outras doenças são suscetíveis a essa condição (CAMPOS *et al.*, 2017).

Outra das complicações possíveis é a síndrome de Guillain-Barré, uma condição neurológica de natureza autoimune, a qual ataca o envoltório natural dos nervos periféricos, fazendo com que o impulso nervoso seja transmitido de forma extremamente lenta. Os sintomas típicos são a parestesia inicial dos MMII e depois dos MMSS, associados a sensação de formigamento, perda/alteração da sensibilidade e reflexos ausentes/diminuídos. Acredita-se que um fator prévio, traumático ou infeccioso, produza uma desregulação imunológica que causa uma reação cruzada entre partes do agente causador inicial (nesse caso o VVZ) e o sistema nervoso (ANDERSON *et al.*, 2021).

O diagnóstico da Herpes-zóster geralmente é clínico. Porém exames complementares podem ser utilizados em casos com maior dificuldade, como a imunofluorescência direta para o antígeno do VVZ ou a reação em cadeia dapolimerase (PCR) para o DNA do VVZ (PORTELLA; SOUZA; GOMES, 2013).

O tratamento é feito com base em fármacos antivirais. Pode-se associar o uso de corticosteróide à terapia antiviral, para auxílio da redução da neurite aguda. Usam-se analgésicos ou opióides na fase ativa da doença para controle da dor. O uso de antidepressivos tricíclicos também se mostrou eficiente para redução da dor na fase aguda (SCHMADER; DWORKIN, 2008). Além disso, é necessário o encaminhamento do paciente para reabilitação fisioterápica, após a fase aguda.

Como prevenção há uma vacina profilática de vírus vivo atenuado que foi introduzida no Brasil recentemente, porém ainda não disponível no SUS, que apresenta uma abordagem promissora na prática clínica para redução da incidência do herpes zoster (CUNNINGHAM *et al.*, 2016).

No caso supracitado, as opções terapêuticas foram hierarquizadas de acordo com o surgimento dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente. De primeira escolha, foi iniciado o tratamento para a infecção de herpes zoster com o Aciclovir, associada a Amitriptilina, devido a algia apresentada. Após a confirmação da síndrome de Ramsay Hunt, manteve-se o antiviral, totalizando 4 semanas de uso. Após o surgimento e confirmação da síndrome de Guillain-Barré, foi iniciado o tratamento com imunoglobulina, além da indicação de fisioterapia para a fase de recuperação pós alta hospitalar.

6 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

QUESTÃO 1:

Quais são os sintomas associados à síndrome de Ramsay Hunt?

Paralisia facial periférica e otalgia ipsilateral. Lesões vesiculares em pavilhãoauricular.

Hemi paralisia facial que evolui em poucas horas.

Paralisia parcial dos músculos da face (impede a alimentação), incapacidade defocalizar ou mover os olhos, falta de controle facial e fenda palatina.

Cefaleia, diminuição do nível de consciência, déficits focais e papiledema, de início agudo associados a manifestações sistêmicas.

QUESTÃO 2:

Um paciente comparece ao PS apresentando vesículas herpéticas na face e no pavilhão auricular, otalgia, zumbido, perda da audição e paralisia facial periférica. Seu diagnóstico mais provável é:

- A) Síndrome de Ramsay Hunt
- B) Paralisia de Bell
- C) Arterite temporal
- D) Neuroma do acústico.

QUESTÃO 3:

Descreva o processo fisiopatológico do herpes-zóster.

GABARITO COMENTADO:

QUESTÃO 1 e 2:

A síndrome de Ramsay Hunt associa-se a paralisia facial periférica e otalgia ipsilateral acompanhada de lesões vesiculares em pavilhão auricular causadas pelo acometimento do gânglio geniculado pelo vírus do herpes zoster. Portanto, respota certa letra A (VIANA; MESQUITA; MARCHIOTTI, 2021).

QUESTÃO 3:

Herpes-zóster é uma infecção que resulta da reativação do vírus da varicela zóster de seu estado latente em um gânglio da raiz dorsal posterior. A catapora é a fase aguda e primária, e o herpes zóster é a reativação do vírus da fase latente (VIANA; MESQUITA; MARCHIOTTI, 2021).

REFERÊNCIAS

ANDERSON, Tara C. *et al.* Risk of Guillain-Barré syndrome following herpes zoster, United States, 2010–2018. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, v. 17, n. 12, p. 5304-5310, 2021.

CAMPOS, Natalia Pereira dos Santos *et al.* Herpes zóster. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, ed. 9, p. 477-484, 2017.

COELHO, Pedro Alexandre Barreto. *et al.* Diagnóstico e manejo do herpes-zóster pelo médico de família e comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 32, p. 279-285, 2014.

CUNNINGHAM, Anthony L. *et al.* Efficacy of the herpes zoster subunit vaccine in adults 70 years of age or older. **New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 375, n. 11, p. 1019-1032, 2016.

PORTELLA, Ana Virgínia Tomaz.; SOUZA, Liane Carvalho de Brito de.; GOMES, Josenília Maria Alves. Herpes-zóster e neuralgia pós-herpética. **Revista Dor [online]**, v. 14, n. 3, p. 210-215, 2013.

SCHMADER, Kenneth E.; DWORKIN, Robert H. Natural history and treatment of herpes zoster. **J Pain**, v. 9, p. 3-9, 2008.

VIANA, Rafael Martins.; MESQUITA, Paulo Eduardo de.; MARCHIOTTI, Matheus Cordeiro. Síndrome de Ramsay Hunt: Relato de caso e revisão de literatura. **Braz J Infect Dis**, São Paulo, v. 25, p. 202, 2021.