

REPORTE DE CASO

Ramsay Hunt syndrome associated with ataxia: clinical case report

Síndrome de Ramsay Hunt asociado a ataxia: presentación de un caso clínico

Lisbel Garzón Cutiño¹  , Stefano Chiappini Zayas² , Deborah Cabrera Rodríguez² , Maytee Olivera Vega¹ 

¹Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Dr. Miguel Enríquez”. Servicio de Neurología. La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas “Miguel Enríquez”. La Habana, Cuba.

Citar como: Garzón Cutiño L, Chiappini Zayas S, Cabrera Rodríguez D, Olivera Vega M. Ramsay Hunt syndrome associated with ataxia: clinical case report. Salud Integral y Comunitaria. 2025; 3:180. <https://doi.org/10.62486/sic2025180>

Recibido: 10-04-2024

Revisado: 18-08-2024

Aceptado: 02-01-2025

Publicado: 03-01-2025

Editor: Dr. Telmo Raúl Aveiro-Róbalo 

Autor de correspondencia: Lisbel Garzón Cutiño 

ABSTRACT

Introduction: Ramsay Hunt syndrome (herpes zoster oticus) is caused by the reactivation of the varicella zoster virus, in the form of otic zoster, associated with ipsilateral peripheral facial paralysis. The initial symptoms may be nonspecific, which hinders diagnosis and treatment.

Case report: a 68-year-old female patient with a Personal Pathological History of Type 2 Diabetes Mellitus that began with inflammation in the left lateral region of the neck, intense headache and pain behind the auricle that persists for days. Later, dermatological lesions appeared in this region, numbness and paleness of the tongue, As well as deviation of the corner of the mouth to the right with inability to close the left eye. Therefore, it was decided to admit him for further study and treatment.

Conclusions: although Ramsay Hunt Syndrome is not a health problem, its early diagnosis is a crucial factor to avoid long-term sequelae, anticipate a favorable prognosis and provide a better quality of life to the patient.

Keywords: Ramsay Hunt Syndrome; Herpes Zoster Virus; Facial Paralysis.

RESUMEN

Introducción: el síndrome de Ramsay Hunt (herpes zóster ótico) está dado por la reactivación del virus de la varicela zóster, en forma de zóster ótico, asociado a parálisis facial periférica homolateral. La sintomatología inicial puede ser inespecífica, lo que entorpece el diagnóstico y tratamiento.

Reporte de caso: paciente femenina de 68 años de edad con antecedentes patológicos personales de Diabetes Mellitus tipo 2 que comenzó con inflamación en la región lateral izquierda del cuello, cefalea intensa y dolor detrás del pabellón de la oreja que persiste por días. Posteriormente le aparecieron lesiones dermatológicas en esta región, adormecimiento y palidez de la lengua y desviación de la comisura labial a la derecha con incapacidad de cerrar el ojo izquierdo. Por lo que se decide su ingreso para mejor estudio y tratamiento.

Conclusiones: el Síndrome de Ramsay Hunt no constituye un problema de salud sin embargo, su diagnóstico temprano es un factor crucial para evitar secuelas a largo plazo, anticipar un pronóstico favorable y brindar una mejor calidad de vida al paciente.

Palabras clave: Síndrome de Ramsay Hunt; Virus del Herpes Zóster; Parálisis Facial.

INTRODUCCIÓN

El herpes zóster ótico o cefálico fue descrito en 1907 por Ramay Hunt. Se produce como consecuencia de la reactivación del virus herpes zóster en el ganglio geniculado de aquellos pacientes que han presentado varicela. Los individuos inmunodeprimidos están especialmente expuestos a desarrollar esta enfermedad, particularmente los que reciben tratamiento inmunosupresor, los que presentan infección por el virus VIH o los portadores de enfermedades oncoproliferativas.⁽¹⁾

La presentación clínica es muy diversa. Es por esto que ha sido clasificada en 4 estadios. El primer estadio asocia otalgia y erupción de vesículas en el territorio del nervio facial. El segundo estadio incluye además de lo anterior parálisis facial periférica homolateral. En el estadio 3 se añaden acúfenos e hipoacusia perceptiva y vértigos y en el cuarto aparecen afectación de otros pares craneales, especialmente el V par craneal.⁽²⁾

Se estima que este síndrome representa entre el 7-16 % del total de las parálisis faciales periféricas unilaterales no traumáticas. La afectación facial suele aparecer entre 4 y 15 días después de las lesiones óticas. La recuperación completa solo ocurre en aproximadamente el 50 % de los adultos.^(2,3)

PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 68 años de edad, mestiza, diestra y con antecedentes patológicos personales de Diabetes Mellitus tipo 2. Comienza con inflamación en el lado izquierdo del cuello, cefalea intensa y dolor detrás del pabellón de la oreja. Al día siguiente de la sintomatología descrita aparecieron lesiones dermatológicas en la región del pabellón auricular izquierdo por lo que asistió a consulta externa de Otorrinolaringología, donde fue diagnosticada con herpes zóster ótico y se le indica tratamiento con aciclovir y prednisona. A los cuatro días de tratamiento el dolor persiste y comienza a presentar adormecimiento de la lengua, gusto amargo en la boca con incomodidad y sensaciones punzantes al comer o beber agua, acompañado de gran malestar general, vómitos de contenido alimenticio y dificultad para la marcha; así como desviación de la comisura labial a la derecha con incapacidad de cerrar el ojo izquierdo. Acude al servicio de urgencias y se decide su ingreso para estudio y tratamiento en el Servicio de Neurología.

Hallazgos al examen físico

Piel: lesiones en forma de costras en el pabellón de la oreja izquierda (figura 1).

Examen neurológico: marcha atáxica, parálisis facial periférica izquierda (figura 1).



Figura 1. Parálisis facial periférica y lesiones versículo-costrosa en el pabellón auricular.

Exámenes de laboratorio: Hemograma con diferencial y química sanguínea sin alteraciones.

Teniendo en cuenta el cuadro clínico y los hallazgos al examen físico se diagnostica Síndrome de Ramsay Hunt por lo que se inicia tratamiento con aciclovir por vía endovenosa en dosis de 10 mg por kg de peso cada 8 horas por 14 días, prednisona por vía oral y amitriptilina. A los 14 días de tratamiento la paciente presentó mejoría clínica incluyendo la ataxia, por lo que se indicó continuar la rehabilitación por consulta externa. A las 6 semanas presentó mejoría completa de la parálisis facial periférica.

DISCUSIÓN

El diagnóstico del Síndrome de Ramsay Hunt es sencillo cuando existen lesiones cutáneas típicas en el oído externo y a veces en otras zonas de la cabeza y el cuello. Pero hasta un 30 % cursan sin vesículas, como el caso presentado por Bermúdez et al.⁽³⁾

Mustelier et al.⁽⁴⁾ plantean en su estudio que las lesiones cutáneas comienzan como manchas eritematosas

y vesículas en la concha auricular, antihélix, antitrago y conducto auditivo externo. Pueden afectarse los dos tercios anteriores de la lengua y el velo del paladar. Como en la paciente que se presenta.

La parálisis facial ocurre en el 60-90 % de los casos y es de tipo periférica, donde una de sus principales etiologías incluye la afectación del ganglio geniculado en el contexto de infección por herpes zóster o síndrome de Ramsay Hunt como en el presente caso.⁽⁵⁾ Puede preceder a las lesiones cutáneas, lo cual es considerado por Orgaz et al.⁽⁶⁾ en su estudio como un factor de buen pronóstico; así como también la aparición de movimiento antes de 2 semanas y el inicio del tratamiento antes de 72 horas.

Con respecto a la afectación de la audición Chang-Hee et al.⁽⁷⁾ realizaron un estudio observacional donde concluyeron que es más grave en pacientes con vértigo y que en dependencia del nervio donde ocurre la propagación viral se pueden presentar alteraciones vestibulares o cocleares.

Las complicaciones que puede producir esta enfermedad viral son potencialmente graves, como ataxia cerebelosa, mielopatía inflamatoria, meningoencefalitis y neuralgia posherpética.^(8,9)

Para su tratamiento suele combinarse agentes antivirales y esteroides,⁽¹⁰⁾ en este caso se administró Aciclovir asociado a Prednisona.

CONCLUSIONES

Aunque el Síndrome de Ramsay Hunt no constituye un problema de salud, su diagnóstico temprano es un factor crucial para evitar secuelas a largo plazo, anticipar un pronóstico favorable y brindar una mejor calidad de vida al paciente tanto en aspectos emocionales y sociales como laborales de su vida cotidiana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hincapié PA, Barrientos JC, Reyes SV. Síndrome de Ramsay Hunt: reporte de un caso clínico. Revista Facultad Ciencias Médicas. 2021; 18(1): 36-41. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1395494&ved>.
2. Wadnipar AL, Meléndez MP, Pérez LJ, Acuña FL, Acuña FA, Angulo RA, Osorio MJ, Mendoza MS, Choles MJ, Arias FA. Síndrome de Ramsay Hunt en Paciente Adulta Joven, Revisión de la literatura y Descripción de un Caso Clínico Atípico en este Grupo Etario. Revista Ciencia Latina. 2024; 8(1): 2179-87. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9619>.
3. Bermúdez NK, Zazueta IB, Castro A, Celis EM. Síndrome de Ramsay Hunt con presentación inicial avesicular. Reporte de caso y revisión de la literatura. Revista Médica UAS. 2018; 8(2):8013-004. <https://dx.doi.org/10.28960/revmeduas>.
4. Mustelier AC, Belón RB, Núñez A. Síndrome de Ramsay Hunt. Informe de caso y revisión de la literatura. Revista Información Científica. 2020; 99(3): 266-273. https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1028-9933202000300266&lng=es.
5. Calles PS, Marqués VE, Sánchez H, Galindo A. retrospective study of peripheral facial paralysis in a tertiary hospital over 3 years. Arch Soc Esp Oftalmol. 2023; 98: 132-141. <https://doi.org/10.1016/j.oftale.2023.02.001>.
6. Orgaz MP, Cúbelo JM, Bricio MA, Pérez S. Síndrome de Ramsay Hunt: a propósito de un caso. Rev Clin Med Fam. 2016; 9(2): 119-122. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1699-695X20160002000103.
7. Chang-Hee K, Hyerang C, Jung ES. Characteristics of hearing loss in patients with herpes zoster oticus. Medicine. 2016; 95(46):5438-43. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005438>.
8. Vargas A, Velásquez M, Martínez A, Valdés JM. Estudio de líquido cerebroespinal en el síndrome de Ramsay-Hunt: controversia a raíz de un caso clínico. ARS med. 2022; 47(3): 5-9. <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1906>.
9. Ji Y, Ma GM, Kang ZL, Zhang Y, Han JZ, Li J, et al. Ramsay Hunt syndrome with pontine lesion: A case report. Medicine. 2019;98:5. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000014269>.
10. Celi JM, Yusta A, Sánchez I. Protocolo diagnóstico de la afectación del nervio facial. Medicine. 2019; 12(77): 4576-81. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.05.007>.

FINANCIACIÓN

No existe financiación para el presente trabajo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Lisbel Garzón Cutiño, Maytee Olivera Vega.

Curación de datos: Stefano Chiappini Zayas, Deborah Cabrera Rodríguez.

Ánalisis formal: Lisbel Garzón Cutiño.

Investigación: Lisbel Garzón Cutiño, Stefano Chiappini Zayas.

Metodología: Lisbel Garzón Cutiño, Maytee Olivera Vega.

Administración del proyecto: Lisbel Garzón Cutiño Maytee Olivera Vega.

Recursos: Stefano Chiappini Zayas, Deborah Cabrera Rodríguez.

Software: Maytee Olivera Vega, Lisbel Garzón Cutiño.

Supervisión: Lisbel Garzón Cutiño, Maytee Olivera Vega.

Validación: Lisbel Garzón Cutiño, Maytee Olivera Vega.

Visualización: Deborah Cabrera Rodríguez, Lisbel Garzón Cutiño.

Redacción - borrador original: Lisbel Garzón Cutiño, Deborah Cabrera Rodríguez.

Redacción - revisión y edición: Lisbel Garzón Cutiño, Maytee Olivera Vega.