ARTÍCULO ORIGINAL

Revista Mexicana de Neurociencia
Marzo-Abril, 2009; 10(2): 137-139

Importancia del diagnóstico oportuno y el tratamiento apropiado del síndrome de Ramsay Hunt. Análisis clínico de 12 casos

Carrillo Ibarra Jesús,* Martínez Coronado Jared,** Valdez Talavera Luis A,**
Cantú Maltos Héctor,** Vázquez Urbano Hernán**

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Ramsay Hunt fue descrito por primera vez en 1907, es una patología de etiología viral basada en la reactivación del virus varicela-herpes zoster. Se caracteriza por afección de grado variable del nervio facial acompañado de un *rash* eritematoso-vesicular que afecta el oído interno, medio y el conducto auditivo externo. **Objetivo:** Analizar los hallazgos clínicos, forma de presentación y grado de afección del síndrome de Ramsay Hunt. **Material y métodos:** Presentamos 12 casos con criterios clínicos de Ramsay Hunt con afección facial, lesiones óticas y laberínticas de grado variable (tres hombres y nueve mujeres; rango de edad: 22-68 años), quienes ingresaron al Servicio de Neurología. Los pacientes recibieron 1,000 mg de aciclovir durante los primeros siete días y 600 ms VO por tres semanas más. **Resultados:** Todos los pacientes (100%) presentaron parálisis facial periférica con afección grado IV de la escala de Swanson, la cual descendió a 75%, grado I (nueve pacientes) a los tres meses. **Conclusión:** Sin duda, entre más breve sea el tiempo entre diagnóstico y tratamiento, mejores serán los resultados de afección facial.

Palabras clave: Ramsay Hunt, parálisis facial.

Importance of timely diagnosis and appropriate treatment of Ramsay Hunt syndrome. Clinical analysis of 12 cases

ABSTRACT

Introduction: *Ramsay Hunt syndrome was first described in 1907; it is a disease of viral etiology based on the reactivation of varicella-zoster virus. It is characterized by varying degrees of the facial nerve with an erythematous vesicular rash that affects the inner, middle and external ear.* ***Objective:*** *To analyze the clinical findings, mode of presentation and level of infection of Ramsay Hunt syndrome.* ***Material and methods:*** *We present 12 cases with Ramsay Hunt clinical condition with facial injuries and otic labyrinths of varying degrees (three men and nine women, age range: 22-68 years) who were admitted to the Neurology Service. Patients received 1,000 mg of acyclovir during the first seven days and 600 ms OV for three more weeks.* ***Results:*** *All patients (100%) presented with peripheral facial palsy condition IV degree of the scale of Swanson, which dropped to 75%, grade I (nine patients) for three months.* ***Conclusion:*** *Without doubt, the shorter time between diagnosis and treatment is crucial for better results of facial condition.*

Key words: *Ramsay-Hunt, facial paralysis.*

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Ramsay Hunt descrito en 1907 se caracteriza por afección variable del nervio facial, presencia de vesículas herpéticas en el oído medio, interno y en el conducto auditivo externo, además de síntomas variables de afección vestibular.[1,2]

OBJETIVO

Analizar los hallazgos clínicos, la forma de presentación así como el grado de afección vestibular de pacientes con síndrome de Ramsay Hunt, la importancia del diagnóstico oportuno y el tratamiento apropiado y realizar una extensa revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ingresaron al Servicio de Neurología 12 pacientes, tres varones y nueve personas del sexo femenino con un cuadro clínico inicial caracterizado por otalgia, presencia de vesículas herpéticas en el conducto auditivo externo, vértigo, náusea, vómito, lateropulsión indistinta y parálisis facial periférica. 10 de los 12 pacientes fueron admitidos dentro de la primera semana de evolución, con excepción de dos casos que fueron ingresados al octavo y décimo día de evolución, respectivamente. En todos se realizó además de un examen clínico, biometría hemática, química sanguínea, radiografía de tórax y tomografía computada de cráneo; el rango de edad fue de 22 a 68 años con una media de 44 años; todos los pacientes a partir de su ingreso recibieron aciclovir a razón de 1,000 mg vía oral al día durante los primeros siete días, seguido de 600 ms por vía oral por tres semanas más. Además de prednisona 1 mg por kg de peso (dosis máxima al día 50 mg, en una sola dosis) a dosis de reducción durante cuatro semanas

* Titular de la cátedra de Patología de Neurología, Universidad Autónoma de Coahuila.
** Estudiante de la Facultad de Medicina.

más (un mes en total). La función facial fue evaluada a su ingreso, a la semana y tres meses después mediante la escala funcional de Adour y Swanson.[3]

RESULTADOS

En total se incluyeron 12 pacientes que reunieron los criterios clínicos de Ramsay Hunt, tres hombres (25%) y nueve mujeres (75%), con una edad promedio de 44 años y un rango de 22 a 66 años. El retraso en su diagnóstico así como su ingreso a un servicio especializado fue de uno a 10 días con una media de 3.8 días. El 100% (12) de los pacientes presentó desde su inicio parálisis facial periférica con una afección grado IV (déficit facial de 75 a 100%) de la escala de Swanson (Tabla 1). A la semana de evolución 100% mostraba afección facial grado IV de dicha escala (Tabla 2); al mes nueve pacientes (75%) se encontraban en el grado III (50-75% de déficit facial), a los tres meses 75% (nueve) de los pacientes se situaban en el grado I (0-25% de déficit facial) de la escala de Swanson de lesión de nervio facial (Tabla 3). El 41% (cinco) de los pacientes presentó severa resequedad de mucosas conjuntivales, así como afección del sentido del gusto. La afección cocleovestibular se presentó en 83% de los pacientes (10 pacientes). El 25% de los pacientes (tres) mostró afección significativa de lesión facial después de tres meses de evolución, lo cual se asoció a retraso tanto en el diagnóstico como en el inicio de tratamiento, siendo además los sujetos que más tardíamente presentaron vesículas en conducto auditivo externo y fueron los sujetos de mayor edad (62, 66 y 68 años, respectivamente) (Tablas 1 y 4).

DISCUSIÓN

La parálisis facial periférica es una polineuropatía craneal que constituye un desafío clínico tanto por su origen etiológico como por su pronóstico funcional y sobre todo estético. El síndrome Ramsay Hunt tiene peor pronóstico que la parálisis de Bell.[4] Entre 10 y 50% de los pacientes con parálisis facial periférica completa tienen secuelas severas residuales, el porcentaje aumenta cuando hay

Tabla 1
Distribución por edad, sexo, localización de la lesión y aparición de vesículas en el conducto auditivo externo

Pacientes	*Edad*	*Sexo*	*Localización de la afección facial*	*Días de evolución con relación a su ingreso e inicio de tratamiento*	*Presencia de vesículas en el conducto auditivo externo en relación a su inicio*
1	*22*	*F*	*Izquierda*	*2*	*1*
2	*29*	*M*	*Izquierda*	*4*	*1*
3	*34*	*M*	*Izquierda*	*3*	*1*
4	*36*	*M*	*Derecha*	*2*	*1*
5	*38*	*F*	*Derecha*	*2*	*4*
6	*35*	*F*	*Derecha*	*1*	*4*
7	*41*	*F*	*Derecha*	*3*	*4*
8	*45*	*F*	*Derecha*	*3*	*5*
9	*58*	*F*	*Derecha*	*2*	*5*
10	*62*	*F*	*Derecha*	*8*	*9*
11	*66*	*F*	*Derecha*	*10*	*9*
12	*68*	*F*	*Derecha*	*6*	*10*

Tabla 2
Escala de Adour y Swanson para evaluar la afección facial

Localización de músculos faciales afectados	*Porcentaje (grado) de parálisis facial*				
	Normal 0%	*Grado I 0-25%*	*Grado II 25-50%*	*Grado III 50-75%*	*Grado IV 75-100%*
Músculos frontales					
Orbiculares de los párpados					
Orbiculares de los labios					

Fuente: Mannin JJ, Adour KK. Diagnosis and treatment. Facial paralysis. Pediatrics 1972; 49: 102-9.

Tabla 3
Grado de parálisis facial a la semana, al mes y a los tres meses de evolución

Pacientes	*Grado de afección facial en la primera semana de tratamiento*	*Afección facial al mes*	*Afección facial a los tres meses*
1	*IV*	*III*	*I*
2	*IV*	*III*	*I*
3	*IV*	*III*	*I*
4	*IV*	*III*	*I*
5	*IV*	*III*	*I*
6	*IV*	*III*	*I*
7	*IV*	*III*	*I*
8	*IV*	*III*	*I*
9	*IV*	*III*	*I*
10	*IV*	*IV*	*IV*
11	*IV*	*IV*	*IV*
12	*IV*	*IV*	*IV*

Tabla 4
Afección de otras áreas sensoriales inervadas por el nervio facial

Pacientes	*Manifestación de vértigo a su ingreso o durante su estancia hospitalaria*	*Resequedad de mucosas conjuntivales*	*Afección del gusto*
1	*No*	*No*	*No*
2	*No*	*No*	*No*
3	*No*	*No*	*No*
4	*No*	*No*	*No*
5	*No*	*No*	*No*
6	*No*	*No*	*No*
7	*Sí*	*Sí*	*Sí*
8	*Sí*	*Sí*	*Sí*
9	*No*	*No*	*No*
10	*Sí*	*Sí*	*Sí*
11	*Sí*	*Sí*	*Sí*
12	*Sí*	*Sí*	*Sí*

retraso en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento.[2] El aciclovir es un fármaco conocido por su efecto virostático impidiendo la replicación del virus a través de la polimerasa del DNA.[5,6]

En nuestro grupo de estudio tres pacientes tuvieron secuelas faciales y se asociaron con un inicio de tratamiento después de seis, ocho y 10 días de evolución, respectivamente. En el grupo de Dickins[7] de ocho pacientes seis de ellos con afección facial completa, de los cuales sólo cuatro (50%) mostraron recuperación satisfactoria. Mientras que en el estudio de Stafford y Welch constituido por cinco pacientes, sólo cuatro mostraron una recuperación completa.[5] En el estudio de Murakami quien dividió 80 pacientes en tres subgrupos en donde 28 pacientes fueron tratados dentro de los primeros tres días de inicio, 29 pacientes dentro de tres a siete días de evolución y un tercer grupo con 23 pacientes con más de siete días de inicio de tratamiento, siendo este último grupo de dicho estudio con mayores secuelas faciales. En nuestro grupo de estudio 75% (nueve) mostró recuperación completa de su afección facial periférica.

CONCLUSIONES

El tratamiento combinado de esteroides y aciclovir es hasta ahora la mejor opción terapéutica para el síndrome Ramsay Hunt.

Entre más corto sea el tiempo entre el inicio del padecimiento y el establecimiento del tratamiento, el pronóstico de afección facial es mejor. En nuestro estudio de 12 pacientes tratados con esteroides orales tipo prednisona y aciclovir durante cuatro semanas no hubo efectos adversos; la recuperación total de afección facial y cocleovestibular fue de 75%. Si hay retraso en el diagnóstico y en el inicio de tratamiento hay más probabilidades de secuelas faciales severas.[8] El tratamiento tanto con esteroides orales como con aciclovir no requiere de hospitalización de tal forma que se incrementa el costo beneficio.

REFERENCIAS

1. *Hunt JR. On herpetic inflammations of the geniculate ganglion, a new syndrome and its complication. J Nerve Dis 1907; 34: 73-96.*
2. *Robillard ZRB, et al. Ramsay Hunt facial paralysis: clinical analysis of 185 patients. Otolaryngol Head Neck Surg 1986; 95: 292-7.*
3. *Adour KK. Diagnosis and treatment. Facial paralysis. Pediatrics 1972; 49: 102-9.*
4. *Marshack AA. Ramsay Hunt syndrome: a cranial polyneuropathy. Am J Otolaryngol 1988; 13: 289-98.*
5. *Stafford FW, et al. The use of acyclovir in Ramsay Hunt syndrome. J Laryngol Otol 1986; 100: 337-40.*
6. *Uri N, et al. Herpes Zoster oticus: treatment with acyclovir. Ann Otol Rhinol Laringol 1992; 101: 161-2.*
7. *Dickins JRE. Herpes Zoster oticus: treatment intravenous acyclovir. Laryngoscopi 1988; 98: 776-9.*
8. *Murakami S, et al. Treatment of Ramsay Hunt syndrome with acyclovir-prednisone; significance of early diagnosis and treatment. Ann Neuol 1997; 41: 353-7.*

Correspondencia: Dr. Jesús Carrillo Ibarra
Universidad Autónoma de Coahuila
Calle Francisco Murguía Sur 205
Zona Centro, C.P. 25000, Saltillo, Coah.
Tel.: (01844) 4-14-90-84. Fax: (01844) 4-12-80-95.