

## SINDROME DE RAMSAY HUNT: A PROPOSITO DE UN CASO

\* Dr. José de Jesús Jimenez Olavarrieta

### Resumen

Reportamos el caso de nuestra consulta privada, de un paciente de 36 años de edad, masculino, mestizo, quien presentó un cuadro clínico de vesículas en el conducto auditivo externo izquierdo, seguido de parálisis facial del mismo lado de la cara y trastornos en el gusto en los 2/3 anteriores y la mitad izquierda de la lengua, así como vértigos y nistagmus.

Este cuadro fue precedido por 4 días de fiebre y dolor en el oído izquierdo.

Hicimos el diagnóstico de Síndrome de Ramsay Hunt con posible afección también del ganglio de Scarpa.

El paciente fue tratado con corticoides, anti-inflamatorios no esteroides y antivertiginosos con buenos resultados.

Síndrome de Ramsay Hunt                      ganglio de Scarpa                      consulta privada

### Abstract

We report the case of our private practice of a 36 years old male, mestizo, that presented a clinical picture of vesicles in the left external auditory canal, followed by facial palsy on the same side of the face and taste deficit in the anterior 2/3 and the left half of the tongue, accompanied by vertigo and nistagmus.

This picture was preceded by 4 days of fever and pain in the left ear.

The diagnosis of Ramsay Hunt Syndrome was done with possible involvement of the Scarpa's ganglion

The patient was treated with corticosteroids, non steroids anti-inflammatories and antivertigo medication with good results.

Ramsay Hunt Syndrome                      Scarpa ganglion                      private practice

\* Jefe del Servicio de Medicina Interna, Hospital Regional Universitario José María Cabral y Baez, Santiago, R. D.

## INTRODUCCION

Este es el quinto caso que reporto de esta condición.

El herpes zoster es una infección aguda del hombre causada por un virus filtrable muy relacionado con el de la varicela. Puede inflamarse el ganglio raquídeo o el craneal y la raíz sensitiva correspondiente, produciendo una erupción vesiculosa herpética y dolores neurálgicos a nivel de la zona cutánea eruptiva correspondiente a la metámera gangliorradicular inflamada.

Se advierte en medicina que hay una zona autónoma y otra vinculada a una serie de enfermedades como leucemia, linfogranulomas, Mal de Pott, etc, de las que sería una manifestación secundaria. Sin embargo, las observaciones han indicado que se trata de un mismo virus.

En cuanto a edad y sexo puede aparecer en cualquier edad aunque es algo más frecuente en hombres.

## DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD

### Agente patógeno.-

Un pequeño virus filtrable que se encuentra en las vesículas unas 24 horas después de aparecer estas.

Este virus es igual al de la varicela. No se sabe con seguridad cuál es la vía por la que el virus asciende a los ganglios raquídeos.

### Anatomía Patológica.-

La lesión nerviosa fundamental es inflamatoria y asienta en el ganglio raquídeo posterior o en los equivalentes intracraneales y en la raíz correspondiente sensitiva.

Microscópicamente se advierten en el interior de los ganglios infiltración celular y pequeñas zonas hemorrágicas con escasa cromatolisis.

En cuanto a las lesiones cutáneas son pequeñas vesículas que se limitan a la epidermis mientras que el córium es infiltrado por células inflamatorias. En unos días las células inflamatorias invaden las vesículas y un proceso de cicatrización progresa desde los estratos inferiores, dejando finalmente muy poca cicatrización. Estas vesículas son tabicadas y muy parecidas a las de la varicela.

### Cuadro Clínico.-

El período de incubación varía de 7 a 21 días.

Los síntomas capitales son:

1).- Dolor, que precede en unos 5 a 10 días a la aparición de las vesículas cutáneas y sigue el curso del nervio afectado.

2).- El segundo síntoma en aparecer es la erupción, que es generalmente unilateral. Aparecen vesículas a lo largo de una franja cutánea. Estas vesículas, al principio claras, se tornan turbias en dos o tres días, luego se maceran y posteriormente se secan en unos 5 a 10 días.

3).- El tercer síntoma es la fiebre, que usualmente es de mediana intensidad y dura solamente dos o tres días.

### Secuelas.-

Es frecuente la persistencia de neuralgias después de la fase aguda, que muchas veces persisten por semanas o meses.

### Formas clínicas.-

El Herpes Zoster más común es el intercostal; otros tipos son:

Braquial, lumbar, cervical.

Los estudios de Ramsay Hunt han completado los conocimientos acerca de las diversas modalidades de la zona de los pares craneales. Todo nervio craneal que presente un ganglio sensitivo anexo, puede hacer una zona.

Vamos a mencionarlos rápidamente:

El trigémino tiene el ganglio de Gasser; el facial el ganglio geniculado; el auditivo los ganglios de Cortí y de Scarpa; el glossofaríngeo los ganglios de Andersch y Ehrenritter y el neumogástrico los ganglios yugular y plexiforme.

El caso que nos atañe es el Herpes Zoster del ganglio geniculado, también llamado síndrome de Ramsay Hunt.<sup>1-5</sup> Se debe a inflamación vírica del ganglio geniculado.

### Síndrome de Ramsay Hunt.-

Como es sabido el facial es un nervio mixto cuyas fibras sensitivas discurren por el nervio intermediario de Wrisberg. La afección de este ganglio por el virus se traduce por erupción en todo el conducto auditivo externo, concha del pabellón y membrana del tímpano, es decir, todo el territorio inervado por el intermediario de Wrisberg.

Baker en su "Clinical Neurology in Three Volumes"<sup>2</sup> vol 3, pag 1651, lo cita como una "entidad rara".

Houston Merritt en su Textbook of Neurology, 3ra edición<sup>6</sup> cita:

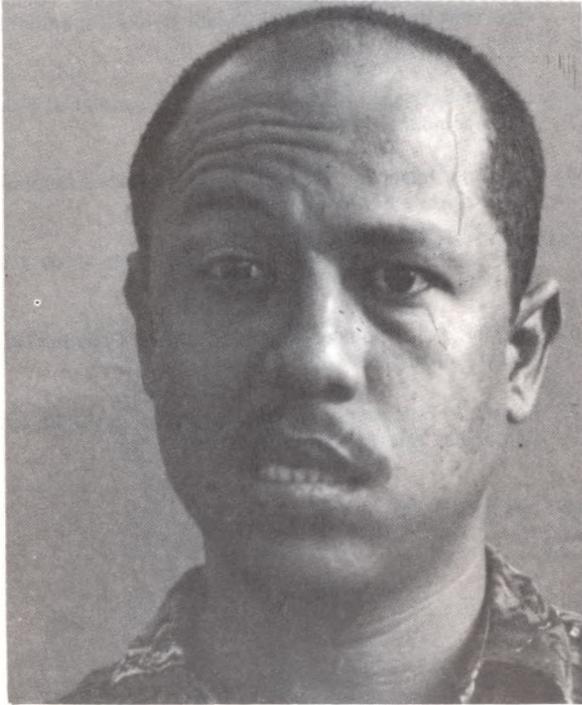


FIGURA No. 1.- PACIENTE R M MOSTRANDO PARALISIS FACIAL PERIFERICA IZQUIERDA.

"En el Síndrome de Ramsay Hunt encontramos parálisis facial periférica además de una erupción vesiculosa en el conducto auditivo externo. La recuperación parcial o completa es la regla. Si se afecta el ganglio de Cortí (ganglio anexo al nervio coclear) podría haber disminución de la audición. Asimismo, si se afecta el ganglio de Scarpa (ganglio anexo al nervio vestibular) puede aparecer vértigo." Fin de la cita.

Pedro Pons en su Enfermedades del Sistema Nervioso<sup>7</sup> cita:

"En este síndrome, las vesículas no solamente se limitan al conducto auditivo externo, sino que a veces se observan como ramilletes en los dos tercios anteriores de la mitad correspondiente de la lengua."

Hay que recordar añadimos nosotros, que las fibras gustativas de los dos tercios anteriores de la lengua proceden de la cuerda del tímpano, dependencia del facial.

#### Datos de laboratorio.-

Usualmente el líquido procedente de las

vesículas es estéril. El líquido cefalorraquídeo es anormal en un 40% de los casos, con aumento de presión y pleocitosis (300 mononucleares por ml).

#### Tratamiento.-

Controlar el dolor con aspirinas o codeína; anestésicos locales o antibióticos si hay infección sobreañadida; administrar medicamentos antivíricos. Los corticoides son efectivos como anti-inflamatorios. El complejo vitamínico B por vía I. M. puede ayudar, así como los tranquilizantes.

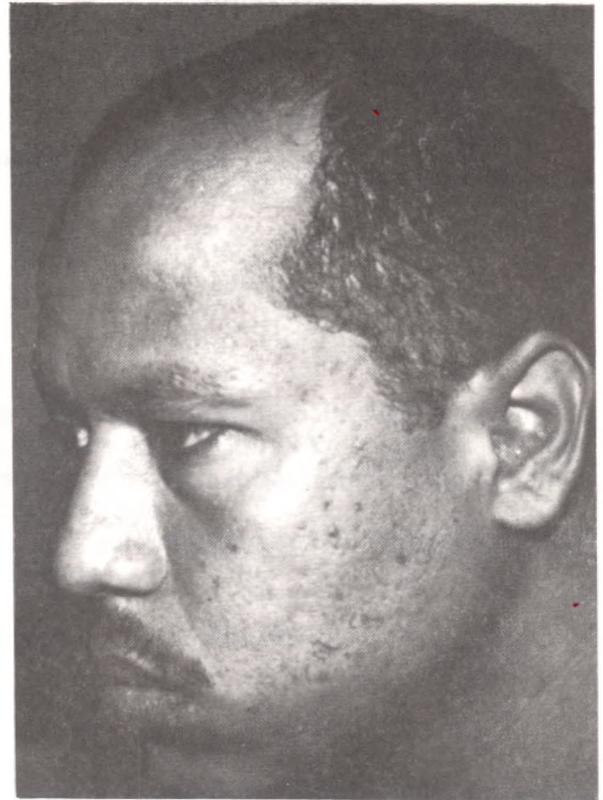


FIGURA No. 2.- NOTESE MULTITUD DE VESICULAS EN EL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO IZQUIERDO DEL PACIENTE.

#### BREVE PRESENTACION DEL CASO

R. M. de 36 años de edad, raza mestiza, sexo masculino, visto en mi consulta privada el 3 de abril de 1995. Desde hacía 4 días presentaba fiebre y luego dolor en el oído izquierdo, con aparición de vesículas y finalmente parálisis facial.

El paciente presentó trastornos en el gusto en los 2/3 anteriores de la mitad izquierda de la lengua, así como vértigos y nistagmus.

Como señalamos a lo largo del trabajo sobre la observación del Dr. Houston Merritt, al presentar el paciente vértigos y nistagmus, es posible que en el, aparte de afectarse el ganglio geniculado se haya afectado también el ganglio de Scarpa.

El paciente fue tratado con corticoides, anti-inflamatorios no esteroides y antivertiginosos con buenos resultados.

### REFERENCIAS

- 1.- Harrison's Principles of Internal Medicine. 5ta ed. New York: McGraw-Hill Book Company 1966; 1737
- 2.- Baker A B. Clinical Neurology in Three Volumes. 1st ed. New York: Harper & Brothers Medical Books Department, 1955; 1651
- 3.- Alpears B. Clinical Neurology 6th ed. Philadelphia: F. A. Davis company, 1971; 914
- 4.- Dassen y Fustinioni. Sistema Nervioso 5ta ed. Buenos Aires: Librería El Ateneo, 1949; 100
- 5.- Surós J. Semiología Médica y Técnica Exploratoria. 6ta ed. Barcelona: Salvat Editores 1978; 804
- 6.- Merritt H. A Textbook of Neurology. 3rd ed. Philadelphia: Lea & Febiger 1963; 82
- 7.- Pons A P. Enfermedades del Sistema Nervioso. 4ta ed. Barcelona: Salvat Editores 1974; 791