

Herpes Zoster Oticus: evolução a longo prazo

Herpes Zoster Oticus: long term evolution

Ricardo Vaz ■ Jorge Spratley ■ Hugo Guimarães ■ Nuno Lunet ■ Margarida Santos

RESUMO

Objectivos: O herpes zoster oticus (HZO) ou síndrome de Ramsay-Hunt tem sido reputado de prognóstico reservado relativamente à recuperação funcional da mímica facial e da disfunção vestibulo-cochlear. No presente estudo procurou-se avaliar a recuperação funcional dos doentes internados com este diagnóstico clínico no Hospital de São João nos últimos 12 anos.

Material e Métodos: Análise retrospectiva dos boletins clínicos de 23 doentes com HZO, e avaliação clínica dos doentes com evolução superior a 12 meses. Complementarmente procedeu-se a um estudo audiométrico, um inquérito de avaliação da qualidade de vida pós-paralisia facial (FaCE) e da sincinesia baseado no Synkinesis Assessment Questionnaire (SAQ).

Resultados: Obtiveram-se diferenças audiométricas significativas para a maioria das frequências entre o ouvido atingido pelo HZO e o contralateral no episódio inicial que tendem a recuperar ligeiramente com o tempo. Mais de metade dos doentes ficam com sequelas funcionais da mímica facial com graus variáveis de sincinesia. A alteração dos movimentos faciais e o desconforto ocular correspondem às principais queixas dos doentes.

Conclusões: A longo prazo, o HZO deixa sequelas auditivas e da mímica facial que subjectivamente causam pouco impacto ao doente em termos sociais.

Palavras-chave: herpes zoster oticus; síndrome de Ramsay-Hunt; paralisia facial; qualidade de vida; hipoacusia; sincinesia.

RICARDO VAZ

Interno Complementar do Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital de S. João-E.P.E.
Assistente Convidado de Anatomia da Faculdade de Medicina do Porto

JORGE SPATLEY

Assistente Hospitalar Graduado do Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital de S. João-E.P.E.
Professor Auxiliar Convidado de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do Porto

HUGO GUIMARÃES

Interno Complementar do Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital de S. João-E.P.E.
Docente Voluntário de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do Porto

NUNO LUNET

Professor Auxiliar do Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina do Porto

MARGARIDA SANTOS

Directora do Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital de S. João-E.P.E.

Autor correspondente:

Ricardo Vaz
Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital de S. João – E.P.E.
Alameda Prof. Hernâni Monteiro | 4200-319 Porto
Tlm.: 938301511, rvaz@med.up.pt

ABSTRACT

Objectives: Herpes zoster oticus (HZO) or Ramsay Hunt syndrome has been associated with a poor outcome in respect to the recovery of facial function and vestibulo-cochlear dysfunction. This study aimed to evaluate the functional recovery of patients admitted with this diagnosis at the Hospital S. João in the last twelve years.

Material and Methods: Retrospective review from clinical charts of 23 patients with HZO and clinical evaluation of those patients with follow-up superior to twelve months. Additionally patients were submitted to audiometry and filled a questionnaire to evaluate quality of life post facial paralysis (FaCE) and of synkinesis based in the Synkinesis Assessment Questionnaire (SAQ).

Results: Significant differences were found in the majority of the tested audiometric frequencies between the affected and contralateral ears upon diagnosis which tended to have a slight recovery over time. More than half of patients showed late sequelae of the facial function with variable degrees of synkinesis. Alteration in facial movements and ocular discomfort were the main complaints of patients.

Conclusions: On the long range, HZO leaves auditory and facial function sequelae which apparently originate a slight subjective social impact to the patients.

Keywords: Herpes zoster oticus; Ramsay Hunt syndrome; facial paralysis; quality of life; Hearing loss; synkinesis.

INTRODUÇÃO

O Herpes Zoster Oticus (HZO) ou Síndrome de Ramsay Hunt foi descrito a primeira vez em 1907 por James Ramsay Hunt como sendo uma infecção do gânglio geniculado do nervo facial pelo vírus varicella zoster (VVZ). Esta síndrome seria caracterizada pela tríada de otalgia, erupção vesicular da concha auricular e paralisia facial periférica ipsilateral.¹

O HZO é a terceira principal causa de paralisia facial e a segunda não traumática², correspondendo a aproximadamente 4,5 a 8,9% de todas as causas de paralisia facial periférica.³ Não existe predomínio de sexo e tem maior incidência em doentes com mais de 60 anos.^{6,7}

Dados recentes de estudos serológicos e epidemiológicos referem que o HZO poderá também ter início na reactivação do vírus latente noutros gânglios, nomea-

damente no espiral e vestibular, originando neste caso, segundo os autores maior disfunção cócleo-vestibular.^{8,9} Outros estudos descrevem uma possível dispersão do vírus para os componentes vestibulo-cocleares ou através de infecção das células ciliadas na cóclea e vestibulo a partir da mucosa do ouvido médio.^{4,5}

O HZO atinge preferencialmente pessoas imunodeprimidas sendo o stress físico e emocional factores precipitantes^{6,10}, aliás como acontece na reactivação do vírus herpes noutros gânglios originando a denominada zona no respectivo dermatomo.

O quadro clínico pode ser mais extenso do que o definido classicamente por Ramsay Hunt. Pode caracterizar-se pelo aparecimento unilateral de paralisia facial periférica, otalgia e vesículas ou crostas no pavilhão auricular, boca ou face. Outros sintomas descritos são as vertigens, compromisso auditivo, ocular e o envolvimento de outros nervos cranianos (V, IX e o X), bem como raízes cervicais (C2-C4).^{10,11,14,15}

A idade, diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial e a vertigem associada são factores que influenciam o prognóstico do HZO.¹²

Tradicionalmente, esta síndrome tem sido reputada de prognóstico reservado no que respeita à recuperação funcional da mímica facial e de disfunção vestibulo-coclear.^{3,12,13,16,17} A disfunção da musculatura facial associada a este síndrome pode causar perturbações de ordem estética e psicológica.¹²

O presente estudo pretendeu analisar os casos de doentes internados no Hospital de São João com o diagnóstico clínico de HZO nos últimos 12 anos e avaliar a recuperação funcional dos mesmos.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo consistiu numa análise retrospectiva dos doentes com diagnóstico clínico de HZO internados no Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de S. João no período de 1995 a 2006 com uma evolução clínica igual ou superior a 12 meses. Foram identificados 23 doentes e revistos os seus processos clínicos, incluindo a descrição do episódio, co-morbilidades, avaliação audiométrica durante o internamento e o tratamento efectuado.

Dos doentes identificados, 14 concordaram em participar no estudo. Responderam a um inquérito com identificação de antecedentes pessoais, medicação habitual e sintomatologia actual. Foi realizado um exame físico sumário, estudo audiométrico e classificação do grau de paralisia facial segundo a escala de House Brackmann.¹⁸ Esta última classifica o grau de paralisia de I (normal) a VI (paralisia total).

O estudo audiométrico foi realizado numa cabine de som-padrão com um audiómetro Amplaid 319 e auscultadores. Os limiares auditivos de cada ouvido a 500,

1000, 2000, 4000, 6000, 8000 Hertz foram registados.

Foi elaborado um inquérito de avaliação simultânea da qualidade de vida pós-paralisia facial baseado na escala FaCE (Facial Clinimetric Evaluation)¹⁹ e da sincinésia baseado no Synkinesis Assessment Questionnaire (SAQ).²⁰ O mesmo foi enviado para o domicílio dos doentes e devolvido à nossa instituição. A escala FaCE é composta por 15 itens que avaliam 6 domínios de disfunção facial: movimentos faciais; conforto facial; função oral; conforto ocular; controlo lacrimal e função social.¹⁹ Esta escala carece de avaliação do grau de sincinésia, pelo que se decidiu incluir o SAQ. Este último inclui nove questões que incidem sobre a sincinésia facial.²⁰

Os dados recolhidos foram submetidos a análise estatística de variáveis qualitativas e quantitativas. Foi utilizado o teste não-paramétrico Wilcoxon signed-rank test para a comparação dos limiares auditivos durante o episódio e actualmente. Para a avaliação da resposta ao inquérito pelos doentes utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

Foram identificados 23 doentes, 11 do sexo feminino (47,8%) e 12 do masculino (52,2%). A idade dos doentes variou entre os 15 anos e os 82 anos, sendo que 65,2% dos doentes tinha mais de 50 anos e a mediana de idades foi de 54 anos.

Neste estudo 43,5% (10) dos casos tinham patologia cardiovascular, apenas 13% (3 doentes) tinham Diabetes mellitus.

No que diz respeito à sintomatologia, o lado esquerdo esteve envolvido em 11 casos, o direito em 12, não se verificando atingimento bilateral. Apenas quatro doentes (17,4%) tinham queixas de vertigem/desequilíbrio. A otalgia foi mencionada por 10 doentes (43,5%). Todos tinham no mínimo uma forma de apresentação clínica e a maioria apresentava vesículas herpéticas no pavilhão auricular (Tabela 1). Nenhum dos doentes apresentou herpes zoster sine herpete, ou seja um quadro clínico sem erupção de vesículas.

DISTRIBUIÇÃO DAS VESÍCULAS	N	%
Pavilhão Auricular	20	87
Canal Auditivo Externo	11	47,8
Face e Pescoço	4	17,4
Boca e Orofaringe	3	13

Tabela 1 | Distribuição das vesículas herpéticas

Na avaliação audiométrica feita durante o episódio compararam-se os limiares auditivos entre o ouvido atingido pelo HZO e o ouvido contralateral (Tabela 2). Obti-

veram-se diferenças estatisticamente significativas para a maioria das frequências (Fig. 1).

Limiares auditivos (Hz)	MÉDIA	
	Afectado (dB)	Normal (dB)
500	28	21
1000	32	20
2000	39	24
4000	51	41
6000	58	44
8000	62	45

Tabela 2 | Avaliação audiométrica no internamento. Hz: Hertz; dB: decibel

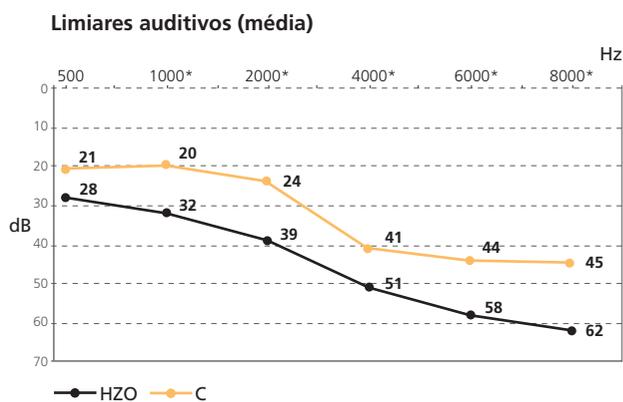


FIG. 1 | Média dos limiares auditivos entre o ouvido afectado pelo HZO e o contralateral no episódio inicial. * $p < 0,05$. C: ouvido contralateral; p –valor de significância; Hz: Hertz; dB: decibel

Um internamento curto, até 10 dias, foi o mais comum (87%) e a mediana foi de seis dias, num mínimo de três e máximo de 39 dias. Este caso não se deveu à paralisia facial em si, mas por doença cérebro-vascular e outras co-morbilidades do doente.

Todos os doentes realizaram antivíricos, 16 (70%) fizeram corticoterapia com prednisolona e 11 pacientes (48,8%) foram medicados com diversos anti-inflamatórios não-esteróides (AINE). Cerca de 65% dos doentes iniciaram terapêuticas por Medicina Física e Reabilitação.

Todos os doentes acima descritos foram convocados via telefone e por carta. Destes, 14 (60,9%) concordaram participar no nosso estudo, dois tinham falecido (por outras causas) e sete não responderam.

A tabela 3 resume a sintomatologia destes 14 doentes à data do inquérito. As principais queixas foram hipoacusia (42,9%), desequilíbrio/vertigem (42,9%), zumbidos (28,6%) e sincinésia (28,6%). Nenhum doente mencionou recorrência de paralisia facial, disfagia, nevralgia ou otalgia.

SINTOMATOLOGIA ACTUAL (N=14)	N	%
Hipoacusia	6	42,86
Sincinésia	4	28,57
Desequilíbrio/Vertigem	6	42,86
Zumbidos	4	28,57
Náuseas	1	7,14
Xerostomia	1	7,14
Otalgia	0	0
Nevralgia	0	0
Disfagia	0	0
Recorrência de Paralisia Facial	0	0

Tabela 3 | Sintomas mais frequentes na avaliação actual

Dez doentes (71,4%) apresentavam paralisia facial inferior ou igual a grau II segundo a classificação de House-Brackmann. Apenas um doente se apresentou com um grau IV e nenhum com graus superiores a IV (Fig. 2).

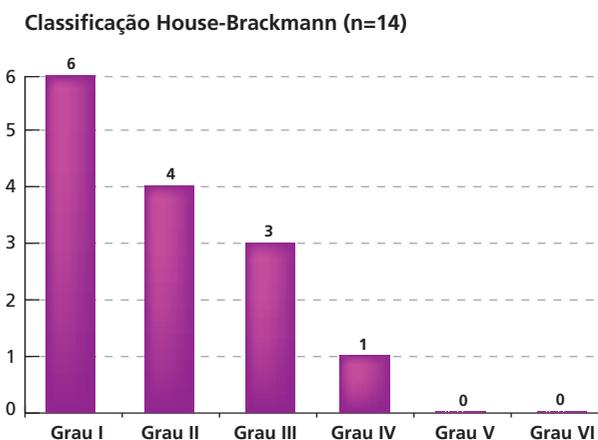


FIG. 2 | Grau de paralisia facial actual segundo a classificação de House-Brackmann

O timpanograma recente de todos os doentes foi do tipo A. A comparação das médias dos limiares auditivos do ouvido afectado, respectivamente entre o episódio de internamento e a actualidade, revelou que apesar da recuperação de audição do ouvido afectado, o nível médio das altas-frequências não é normal. Verificou-se igualmente o mesmo com a diferença entre a média dos limiares nos dois ouvidos (afectado e contra-lateral) de cada um dos doentes durante o episódio e à data de reavaliação (Figuras 2 e 3).

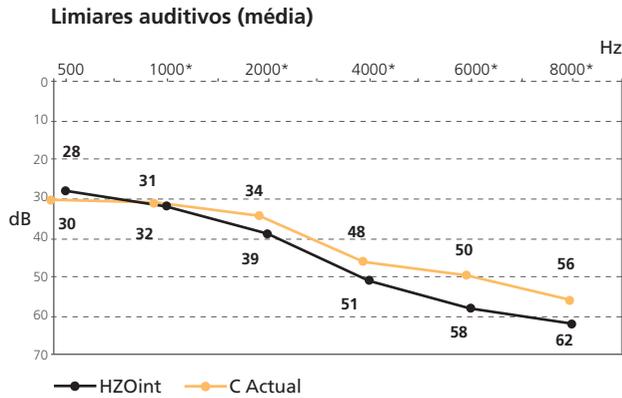


FIG. 3 | Comparação da média dos limiares auditivos do ouvido afectado no episódio inicial e à data da avaliação. dB: decibel. Hz: hertz.

Os valores da escala FaCE e do SAQ variam entre 0 e 100%. Na escala FaCE em termos funcionais de pior para melhor. Pelo contrário, no SAQ valores mais elevados traduzem grau correspondente de sincinésia. Observa-se que, em média, a limitação dos movimentos faciais e o desconforto ocular correspondem às principais queixas dos doentes. No entanto, os doentes atribuem menor impacto à disfunção facial em termos sociais, apresentando uma média elevada (87,5%). Globalmente, a soma da totalidade dos itens avaliados é, em média, muito satisfatória, aproximando-se dos 70%. O valor, em média, do grau de sincinésia foi de 34,7%.

A comparação das diferentes variáveis com a classificação de House-Brackmann através do teste de Kruskal-Wallis revelou uma correlação negativa entre valores dos itens da escala FaCE e a classificação de House-Brackmann atribuída em cada doente. Uma correlação positiva verificou-se entre esta última e os valores da avaliação da sincinésia (SAQ).

DISCUSSÃO

Os doentes com HZO apresentam, classicamente, otalgia, paralisia facial, erupção herpética nas aurículas e disfunção vestibulo-coclear.

No nosso estudo, cerca de 60% dos doentes tinham mais de 50 anos e não se encontraram diferenças relativamente ao sexo, o que se enquadra com resultados de estudos prévios.¹⁰

O envolvimento vestibular no HZO pode ser severo e os problemas de desequilíbrio no idoso são, com frequência, incapacitantes.¹⁴ Curiosamente, cerca de 40% dos doentes na presente série queixava-se de vertigens/desequilíbrio, mas nenhum deles as descreveu como incapacitantes.

Por outro lado, segundo Yeo et al, os doentes com

HZO ficam com maiores sequelas de paralisia facial e com pior prognóstico que os doentes com paralisia facial idiopática.¹² Nomeadamente, no estudo desenvolvido pelo mesmo autor, ficou demonstrado que 84,61% dos doentes com HZO e 96,36% dos doentes com paralisia facial idiopática tinham uma graduação de House-Brackmann inferior a II. Comparativamente, na presente série, 71,43% dos nossos doentes ficaram com paralisia facial inferior a grau II, o que revela uma taxa de recuperação ligeiramente inferior.

No que respeita à avaliação audiométrica, vários estudos^{8,14} sugerem um componente de envolvimento coclear ou retro-coclear, sendo o atingimento bilateral igualmente possível. A hipoacusia é frequente em doentes com HZO, a as incidências parecem diferir entre os vários estudos.¹⁴ Procurou-se estabelecer uma comparação entre a avaliação audiométrica dos nossos doentes com a avaliação em doentes com HZO desenvolvida por Kaberos¹⁴, cujos resultados estão sumariados na tabela 4. Deste modo, pode-se constatar que os limiares auditivos do ouvido afectado são semelhantes. Todavia no presente estudo, os limiares auditivos do ouvido normal são superiores, traduzindo um menor diferença entre o ouvido afectado e o normal, quando comparando o nosso estudo e o do referido autor.¹⁴ Possivelmente, a população mais envelhecida no nosso estudo poderá justificar um maior atingimento do ouvido normal e consequentemente a menor diferença.

Limiares auditivos (Hz)	PRESENTE ESTUDO N=14			KABEROS, 2002 N=15		
	Afectado*	Normal*	Diferença	Afectado*	Normal*	Diferença
500	28	21	7	39	17	22
1000	32	20	12	31	13	18
2000	39	24	15	43	18	25
4000	51	41	10	53	22	31
6000	58	44	14	-	-	-
8000	62	45	17	63	26	37

Tabela 4 | Comparação dos valores dos limiares auditivos do ouvido afectado e normal entre o presente estudo e o estudo de Kaberos¹⁴. *: média

Uma das sequelas que a paralisia dos músculos da mímica facial pode gerar consiste em perturbações de índole social. Não é raro os doentes referirem preocupação com prognóstico da sua doença e qual a sua evolução. Neste contexto, o nosso estudo também pretendeu avaliar as sequelas a médio/longo prazo do HZO.

Após a validação dos inquéritos FaCE¹⁹ e do SAQ²⁰,

o nosso estudo é, segundo o nosso conhecimento, o primeiro a utilizá-los em doentes com HZO.

A escala FaCE tem demonstrado elevada aceitação e resposta da parte dos doentes.¹⁹ É esperada uma correlação negativa entre os itens avaliados na escala FaCE e o valores da classificação de House-Brackmann¹⁹, bem como uma correlação positiva entre esta última e o grau de sincinésia.²⁰

Com o recurso a estas duas ferramentas estatísticas verificou-se que o valor médio do domínio dos movimentos faciais é inferior aos valores dos outros domínios da escala FaCE. Isto traduz, considerando a validade entre a escala FaCE e o grau de paralisia atribuída pelo médico, que os doentes, em geral, tendem a sobrevalorizar a sua disfunção facial. É interessante todavia, o pouco impacto que os doentes deste trabalho lhe atribuíram em termos sociais.

Finalmente, o nosso trabalho incluiu a avaliação de outras consequências do atingimento do nervo facial, nomeadamente a função oral, dificuldades de comunicação, irritação ocular, lacrimejo excessivo, conforto social, estigmatização social e sincinésia. Naturalmente, o grau de instrução e os valores pessoais de cada doente têm impacto no tipo de resposta a este género de inquéritos. No entanto, em termos globais, podemos afirmar que o atingimento do nervo facial e das suas funções se revelaram menos incapacitantes em termos funcionais e sociais para os doentes do que o inicialmente esperado.

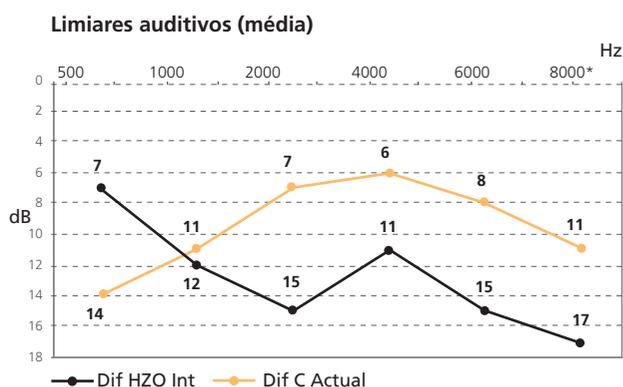


FIG 4 | Comparação da média da diferença dos limiares auditivos do ouvido afectado(HZO) e normal(C) no episódio inicial e à data da avaliação. dB: decibel. Hz: hertz.

CONCLUSÕES

O nosso estudo revela que mais de metade dos doentes com HZO ficam com sequelas funcionais da mímica facial. A maioria das sequelas é ligeira/moderada (graus I/II de House-Brackmann) e associam-se a graus variáveis de sincinésia. A audição está significativamente atingida na fase inicial da doença. Com o tempo regista-se ten-

dência para melhoria dos limiares auditivos no ouvido afectado mas, sem carácter significativo. As queixas de zumbidos e disfunção vestibular são geralmente pouco incapacitantes a longo prazo. O impacto que os doentes atribuem subjectivamente às sequelas do atingimento do nervo facial e suas funções é moderado.

REFERÊNCIAS

- Hunt JR. On herpetic inflammations of the geniculate ganglion: a new syndrome and its complications. *J Nerv Ment Dis* 1907;34:73-96
- Peitersen E. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. *Acta Otolaryngol Suppl* 2002;549:4-30
- Devriese PP, Moesker WH. The natural history of facial paralysis in herpes zoster. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1988;13(4):289-8
- Murakami S, Nakashiro Y, Mizobuchi M, Hato N, et al. Varicella-zoster virus distribution in Ramsay Hunt syndrome revealed by polymerase chain reaction. *Acta Otolaryngol*, 1998;118(2):145-9
- Furuta Y, Aizawa H, Ohtani F, Sawa H, et al. Varicella-zoster virus DNA level and facial paralysis in Ramsay Hunt syndrome. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2004;113(9):700-5
- Burke BL, Steele RW, Beard OW, Wood JS, et al. Immune responses to varicella-zoster in the aged. *Arch Intern Med* 1982;142(2):291-3
- Ragozzino MW, Melton LJ 3rd, Kurland LT, Chu CP, et al. Population-based study of herpes zoster and its sequelae. *Medicine* 1982;61:310-6
- Ohtani F, Furuta Y, Aizawa H, Fukuda S. Varicella-zoster virus load and cochleovestibular symptoms in Ramsay Hunt syndrome. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2006;115(3):233-8
- Lu YC, Young, YH. Vertigo from herpes zoster oticus: superior or inferior vestibular nerve origin? *Laryngoscope* 2003;113:301-11
- Mattox DE. Clinical disorders of the facial nerve. In: Cummings C (Ed.) *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, Philadelphia, Elsevier Mosby. 2004, Chapter 147: pp.3333-3340
- Kuhweide R, Van de Steene V, Vlaminck S, Casselman JW. Ramsay Hunt syndrome: pathophysiology of cochleovestibular symptoms. *J Laryngol Otol* 2002;116(10):844-8
- Yeo SW, Lee DH, Jun BC, Chang KH, et al. Analysis of prognostic factors in Bell's palsy and Ramsay Hunt syndrome. *Auris Nasus Larynx* 2007;34(2):159-64
- Sweeney CJ, Gilden DH. Ramsay Hunt syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;71:149-54
- Kaberos A, Balatsouras DG, Korres SG, Kandiloros D, et al. Audiological assessment in Ramsay Hunt syndrome. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2002;111(1):68-76
- Wackym PA, Rhee JS. Facial Paralysis. In: Snow JB, Ballenger JJ (Eds.) *Ballenger Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery*, Sixteenth Edition, Ontario. BC Decker. 2003, Chapter 24, pp. 492-6
- Robillard ZR, Hilsinger RL, Adour KK. Ramsay Hunt facial paralysis: clinical analysis of 185 patients. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1986;95:292-7.
- Ikedda M, Abiko Y, Kukimoto N, Omori H, et al. Clinical factors that influence the prognosis of facial nerve paralysis and the magnitudes of influence. *Laryngoscope* 2005;115:855-60
- House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1985;93:146-7
- Khan JB, Gliklich RE, Boyev P, Stewart MG, et al. Validation of a patient-graded instrument for facial nerve paralysis: The FaCE scale. *Laryngoscope* 2001;111:387-98
- Mehta RP, Robinson MD, Hadlock TA. Validation of the synkinesis assessment questionnaire. *Laryngoscope* 2007;117:923-6