

## CASO CLÍNICO/CASE REPORT

**Polinevrite Craniana por Herpes Zoster *Sine Herpete*: Série de Três Casos Clínicos****Cranial Polyneuritis due to Herpes Zoster *Sine Herpete*: A Series of Three Clinical Cases**

 Mariana Pereira <sup>1,2,\*</sup>; Afonso Silva <sup>3</sup>; Nancy Faria <sup>3</sup>; Ana Isabel Gonçalves <sup>1</sup>; Duarte Noronha <sup>1</sup>; Teresa Carolina Aguiar <sup>1</sup>

1-Serviço de Neurologia, Hospital Dr. Nélio Mendonça – Centro Hospitalar do Funchal, Serviço Regional de Saúde da Madeira, Funchal, Madeira, Portugal.

2- Instituto de Fisiologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

3- Serviço de Doenças Infecciosas, Hospital Dr. Nélio Mendonça – Centro Hospitalar do Funchal, Serviço Regional de Saúde da Madeira, Funchal, Madeira, Portugal.

DOI: <https://doi.org/10.46531/sinapse/CC/167/2026>

**Informações/Informations:**

Caso Clínico, publicado em Sinapse, Volume 26, Número 2, abril-junho 2026. Versão eletrónica em [www.sinapse.pt](http://www.sinapse.pt); Case Report, published in Sinapse, Volume 26, Number 2, April-June 2026. Electronic version in [www.sinapse.pt](http://www.sinapse.pt)  
© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Sinapse 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial.  
© Author(s) (or their employer(s)) and Sinapse 2026. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

**Palavras-chave:**

Herpes Zoster;  
Infecção pelo Vírus da Varicela-Zoster;  
Neurite;  
Perturbações da Deglutição;  
Zoster Sine Herpete.

**Keywords:**

Herpes Zoster;  
Deglutition Disorders;  
Neuritis;  
Varicella Zoster Virus Infection;  
Zoster Sine Herpete.

**\*Autor Correspondente / Corresponding Author:**

Mariana Alves Pereira  
Hospital Dr. Nélio Mendonça  
Serviço de Saúde da RAM,  
EPERAM  
Av. Luís de Camões, nº 57  
9004-514 Funchal, Portugal  
[marianafalves@sesaram.pt](mailto:marianafalves@sesaram.pt)

Recebido / Received: 2025-06-02

Aceite / Accepted: 2026-04-05

Publicado / Published: 2026-06-29

**Resumo**

As manifestações neurológicas da infeção pelo vírus varicela-zoster (VZV) incluem a nevralgia pós-herpética, polinevrite craniana, meningoencefalite, vasculopatia, entre outras. Designa-se *zoster sine herpete* a manifestação neurológica por infeção ou reativação do VZV, sem presença da típica erupção vesicular. Apresentamos três casos clínicos de disфонia e disfagia agudas, precedidas por ausência de rash vesicular. Todos os casos não apresentaram alterações na investigação imagiológica com tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE), TC dos ouvidos, ressonância magnética crânio-encefálica (RM-CE) e RM dos ouvidos. Isolou-se ADN do vírus VZV no líquido cefalorraquidiano de dois doentes e a serologia foi positiva no sangue do terceiro doente. Foram medicados com aciclovir endovenoso, com melhoria sintomática. *Zoster sine herpete* é um diagnóstico desafiante, com necessidade de alta suspeição, em casos de quadros virais com apresentação atípica, para dirigir a terapêutica e melhorar o prognóstico. Deverá ser proposta vacinação aos doentes imunossuprimidos, para reduzir as complicações associadas à reativação do VZV.

**Abstract**

Neurological manifestations of varicella-zoster virus (VZV) infection may include postherpetic neuralgia, cranial polyneuritis, meningoencephalitis, and vasculopathy, among others. *Zoster sine herpete* refers to a neurological condition with VZV etiology, in the absence of the characteristic vesicular rash. Three clinical cases of sudden-onset dysphonia and dysphagia without vesicular rash are presented. Computed tomography and contrast-enhanced magnetic resonance imaging (MRI) of the head and neck were unremarkable. VZV DNA was detected in the cerebrospinal fluid of two patients, while serology was positive in the blood of the third patient. All patients underwent a course of intravenous acyclovir, achieving recovery from neurological deficits. *Zoster sine herpete* presents a diagnostic challenge. It is crucial to suspect this nosological entity in atypical viral presentations to ensure timely therapeutic intervention and improve prognosis. Vaccination should be recommended for immunocompromised patients to reduce the incidence of neurological complications associated with VZV reactivation.

## Introdução

O vírus varicela-zoster (VZV) é um alfa herpesvírus com uma cadeia dupla de ácido desoxirribonucleico (ADN), que causa varicela geralmente em crianças como infecção primária e herpes zoster nos adultos. O VZV, após a infecção primária, torna-se latente nos gânglios sensitivos (raiz dorsal, gânglios de nervos cranianos) e autonómicos, ao longo de todo o neuroeixo.<sup>1-3</sup>

O herpes zoster é a mais frequente e importante manifestação de reativação do VZV, sendo reconhecida a existência de um amplo espectro de complicações neurológicas, que se podem seguir à sua reativação, como a nevralgia pós-herpética, a vasculopatia de pequenos e grandes vasos, a polinevrite craniana, a mielite e meningoencefalite, entre outras.<sup>4</sup>

A síndrome de Ramsay-Hunt é uma das polinevrites cranianas mais conhecidas e caracteriza-se por sinais de atingimento dos VII e VIII pares, com paralisia facial periférica, otalgia, acufenos, diminuição da acuidade auditiva, vertigem e presença de lesões vesiculares no pavilhão auricular e meato acústico externo, consequentes do atingimento do gânglio geniculado.<sup>5</sup>

O *zoster sine herpette* é uma complicação neurológica rara da reativação do VZV, que se caracteriza por nevralgia na ausência do típico *rash* do herpes zoster.<sup>6</sup> O melhor método de confirmação do diagnóstico é demonstrar a presença de ADN de VZV no líquido cefalorraquidiano (LCR) ou células mononucleares em sangue periférico e/ou síntese intratecal de anticorpo IgG anti-VZV.<sup>7</sup>

## Casos Clínicos

### Caso 1

Sexo masculino, 59 anos, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por disfagia inicialmente para líquidos e depois para sólidos, de início súbito e disфония com 7 dias de evolução, sem flutuação. Como comorbidades, apresentava diabetes *mellitus*, dislipidemia e hiperplasia benigna da próstata, controladas farmacologicamente. Na admissão, apresentava, ao exame neurológico, a destacar: disфония, reflexo velo-palatino presente, com desvio da úvula para a direita. Realizou laringoscopia que mostrou parésia da corda vocal esquerda com estase salivar a nível dos seios piriformes, sugestiva de diminuição da motilidade faringoesofágica. Não foram observadas lesões vesiculares ou ulcerosas da mucosa.

O doente foi submetido a punção lombar (PL) que revelou pleocitose (78 células/mm<sup>3</sup>, de predomínio mono-

nuclear), hiperproteinorráquia (76,8 mg/dL), ausência de hipoglicorráquia e cujo estudo molecular por *polymerase chain reaction* (PCR) mostrou a presença de ADN de VZV no LCR.

### Caso 2

Sexo feminino, 58 anos, recorreu ao SU por otalgia direita, com acufenos com cerca de 14 dias, seguidos de disфония e disfagia para líquidos e sólidos, condicionando episódios de hipoglicémia e perda de peso. Como comorbidades, apresentava diabetes *mellitus* e dislipidemia. Ao exame neurológico inicial, apresentava ligeira disфония, diminuição da motilidade do véu do palato à direita e reflexo faríngeo preservado bilateralmente.

A laringoscopia mostrou paralisia da corda vocal direita, encontrando-se em posição paramediana. Realizou-se PL, cujo estudo citoquímico revelou pleocitose (20 células/mm<sup>3</sup>, de predomínio mononuclear), sem hipoglicorráquia e hiperproteinorráquia; o estudo molecular detetou a presença de ADN de VZV no LCR.

### Caso 3

Sexo feminino, 77 anos, inicialmente observada em consulta de cuidados primários por otalgia esquerda e cefaleia hemcraniana esquerda, tendo sido medicada com amoxicilina e ácido clavulânico. Cerca de 10 dias depois, recorre ao SU por ausência de melhoria e início de disfagia e disфония ligeira. Como comorbidades, apresentava fibrilhação auricular, estenose carotídea bilateral, hipertensão arterial e dislipidemia, controladas farmacologicamente. Na admissão, apresentava, ao exame neurológico, parésia do véu do palato esquerdo com desvio da úvula para a direita, disfagia para sólidos e líquidos, com ausência do reflexo faríngeo do lado esquerdo e disфония. Fez laringoscopia que revelou paralisia da corda vocal esquerda e estase salivar no seio piriforme ipsilateral.

Por se encontrar anticoagulada por fibrilhação auricular, e tendo em conta o elevado risco de evento isquémico da doente (CHADS-VASc 6), não foi realizada PL. O diagnóstico foi assumido por correlação clínica e perfil descendente dos títulos dos anticorpos do VZV, no soro.

Os resultados do estudo analítico e serologias, com autoanticorpos núcleo-citoplasmáticos dos 3 doentes, podem ser observados na **Tabela 1**.

Os exames de imagem, tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE), TC dos ouvidos, ressonância magnética crânio-encefálica (RM-CE), angio-RM e RM do

**Tabela 1.** Estudo analítico realizado nos três doentes.

	Doente 1	Doente 2	Doente 3
<b>Serologias</b>			
AgHBs	n/a	-	-
AcHBs	n/a	-	-
AcHCV	n/a	-	-
HSV1 IgG	+	+	-
HSV2 IgG	+	-	-
Ag/Ac HIV 1/2	-	-	-
VDRL	-	-	-
Teste treponémico – EIA	-	-	-
VZV IgG	+	+ (2,72)	+
EBV IgG	+	+	+
Anti-CMV IgG	+	+	-
Anti-CMV IgM	-	-	-
Vírus da parotidite IgG e IgM	n/a	-	-
Vírus do Dengue Ac IgG	+	-	-
Adenovírus IgG e IgM	n/a	-	-
Enterovírus IgG e IgM	-	+	-
SARS-CoV-2 IgG	n/a	+	+
<i>Borrelia burgdorferi sensu</i> IgG e IgM	n/a	-	-
<b>Autoimunes</b>			
Auto-anticorpos núcleo-citoplasmáticos	Negativos	Negativos	Positivo para ENA's
<b>Estudo molecular</b>			
Multiplex – vírus	n/a	+ Rhinovírus/Enterovírus	-
LCR citoquímico	78 células (MN) Proteínas: 76,8 mg/dL	20 células (MN) Proteínas: 33,2 mg/dL	n/a
LCR isolamento	DNA VZV	DNA VZV	n/a
<b>Leucograma e Bioquímica</b>			
PCR à admissão (mg/L)	6,71	4,84	2,58
PCR + elevada (mg/L)	6,71	66,54	47,57
Leucócitos (uL)	6300	14 200	12 300
Neutrófilos (%)	70,4%	88,7%	69,6%

n/a – não aplicável/não avaliado; MN – mononucleares; EIA - *enzyme-linked immunosorbent assay* (teste treponémico por ELISA) anticorpos núcleo-citoplasmáticos : anticorpos anti-nucleares, ENA's, Ac anti-dsDNA IgG, Ac. anti-Sm; Ac. anti-RNP, Ac. anti-SSA/Ro; Ac. anti-SSB/La; Ac. anti-scl70; Ac. anti-C1q, Ac. anti-membrana basal; P-ANCA, C-ANCA negativos).

pescoço, não revelaram alterações. Foi ainda realizada endoscopia, que não apresentou alterações relevantes, exceto ligeira dilatação esofágica, presente em dois dos três doentes.

Todos os doentes foram submetidos a ciclo de tratamento com aciclovir endovenoso (10 mg/kg/dose, de 8/8 horas), com duração de 14 dias nos casos dos doentes 1 e 2, com melhoria sintomática e manutenção de discreta disфонia após os 12 meses da alta hospitalar, e de 21 dias, no caso do doente 3, com recuperação total ao fim de 6 meses. Foi ainda colocada sonda nasogástrica para evitar

complicações secundárias, como pneumonias de aspiração e desnutrição.

## Discussão

Apresentamos três casos clínicos de *zoster sine herpette*, manifestação rara de reativação do VZV, com atípico dos nervos cranianos vestibulococlear (VIII), glossofaringeo (IX) e vago (X).

Os IX e X pares têm um papel fundamental na deglutição, dado que suplementam fibras para o plexo faríngeo e este providencia inervação sensitiva da faringe

e hipofaringe e envia fibras motoras para os músculos faríngeos e parcialmente para músculos do véu do palato. Todos os casos apresentam disфония e alteração da motilidade do véu do palato ou desvio da úvula, como também a descrição de estase salivar, ao nível dos seios piriformes na laringoscopia, sugestiva de fraqueza dos músculos faríngeos (lesão dos IX e X pares). Dois dos três casos descritos apresentavam otalgia a preceder o quadro de disfagia e disфония.

A existência de paralisia unilateral do palato mole, dos músculos faríngeos ou das cordas vocais, especialmente quando associada a otalgia ou a uma reação inflamatória na porção inicial da laringe e na ausência de vesículas cutâneas e/ou na mucosa constitui uma das sete síndromes descritas, em 1958 por Lewis, no diagnóstico de *zoster sine herpette*.<sup>8</sup>

Excluindo causas primárias, os fatores de risco para uma reativação do VZV por imunossupressão secundária incluem: idade superior ou igual a 70 anos, infeção por HIV, doenças sistémicas (como diabetes, doença renal crónica, neoplasia) e imunossupressão farmacológica.<sup>9-11</sup> Dois dos três doentes apresentados eram diabéticos e, no terceiro caso, o doente tinha mais de 70 anos.

Dado o quadro viral atípico e na ausência de rash vesicular, deverá ser realizada PL, de forma a permitir o isolamento do ADN do VZV no LCR, para o diagnóstico definitivo. Apenas dois dos três doentes fizeram PL. Ainda que seja uma limitação no terceiro caso não ter sido possível realizar a PL, a semelhança do quadro clínico, a alteração analítica sugestiva de infeção viral, bem como a melhoria com o aciclovir tornam o diagnóstico muito provável.

Deverá ser feito um diagnóstico diferencial cuidado, dada a associação da reativação do VZV com processos vasculíticos, tanto de pequenos, como de grandes vasos cerebrais.<sup>12</sup> Na série de casos descrita, os vários exames de imagem não sugeriram vasculopatia subjacente.

O tratamento com aciclovir endovenoso durante 14-21 dias mostrou-se eficaz na melhoria do quadro clínico. O início precoce de terapêutica antiviral tem mostrado estar associado a uma mais ampla e rápida recuperação, por interrupção da disseminação viral, o que permite recuperação da função de deglutição e da fonação.<sup>13</sup>

Estudos recentes mostram que a recente vacina anti-VZV (Shingrix®) é altamente efetiva na redução da incidência de herpes zoster e nevralgia pós-herpética em cerca de 97% em indivíduos saudáveis e idosos com 70

ou mais anos. Esta vacina, que contém apenas o antígeno da glicoproteína E do VZV, promove a imunidade celular adaptativa e imunidade inata ao VZV e pode ser também administrada em indivíduos imunossuprimidos,<sup>14</sup> como os nossos três doentes, dadas as suas comorbilidades (caso 1 e 2) e idade avançada (caso 3).

## Conclusão

*Zoster sine herpette* deverá ser considerado em doentes com nevralgia e sinais de atingimento unilateral de pares cranianos, na ausência de lesões vesiculares. Dado o desafiante diagnóstico, é importante suspeitar desta entidade nosológica em quadros virais com apresentação atípica, de forma a iniciar o mais precocemente a terapêutica antiviral e melhorar o prognóstico.

É necessário reforçar a importância da vacinação, dado que tem sido demonstrada uma redução da incidência de complicações neurológicas por reativação do VZV, tanto em indivíduos saudáveis, como em grupos de risco imunossuprimidos. ■

### Contributorship Statement / Declaração de Contribuição

MP, AS, AG e DN: Desenho, elaboração, revisão do manuscrito e aprovação final do manuscrito.

NF e TA: Revisão e aprovação final do manuscrito.

MP, AS, AG, and DN: Design, drafting, revision of the manuscript, and final approval of the manuscript.

NF and TA: Revision and final approval of the manuscript.

### Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Consentimento: Consentimento do doente para publicação obtido.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

### Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of patient data.

Patient Consent: Consent for publication was obtained.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer-reviewed.

### References / Referências

1. Rasmussen ER, Mey K. Vocal cord paralysis associated with Ramsay Hunt syndrome: looking back 50 years. *BMJ Case Rep.* 2014;2014:bcr2013201038. doi: 10.1136/bcr-2013-201038.

2. Adachi M. A case of varicella zoster virus polyneuropathy: involvement of the glossopharyngeal and vagus nerves mimicking a tumor. *AJNR Am J Neuroradiol*, 2008;29:1743-5.
3. Kennedy PG. Varicella-zoster virus latency in human ganglia. *Rev Med Virol*. 2002;12:327-334.
4. Kennedy PG. The Spectrum of Neurological Manifestations of Varicella-Zoster Virus Reactivation. *Viruses*. 2023;15:1663. doi: 10.3390/v15081663.
5. Kennedy PG. Neurological complications of varicella-zoster virus infections. In *Infections of the Nervous System*. In: Kennedy PG, Johnson RT, editors. London: Butterworths;1987. p. 177-208.
6. Gilden DH, Wright RR, Schneck SA, Gwaltney JM Jr, Mahalingam R. Zoster sine herpete, a clinical variant. *Ann. Neurol*. 1994; 35:530-3.
7. Kennedy PG. Zoster sine herpete: It would be rash to ignore it. *Neurology*. 2011; 76: 416-7. doi: 10.1212/WNL.0b013e31820a0d5d.
8. Lewis GW. Zoster sine herpete. *Br Med J*. 1958; 2:418-21.
9. Sauerbrei A. Diagnosis, antiviral therapy, and prophylaxis of varicella-zoster virus infections. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2016; 35:723-34. doi: 10.1007/s10096-016-2605-0.
10. Gershon AA, Breuer J, Cohen JI, Cohrs RJ, Gershon MD, Gilden D, et al. Varicella zoster virus infection. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1:15016. doi: 10.1038/nrdp.2015.16.
11. McDonald JR, Zeringue AL, Caplan L, Ranganathan P, Xian H, Burroughs TE, et al. Herpes zoster risk factors in a national cohort of veterans with rheumatoid arthritis. *Clin Infect Dis*. 2009; 48: 1364-71. doi: 10.1086/598331.
12. Nishioka K, Fujishima K, Kobayashi H, Mizuno Y, et al. An extremely unusual presentation of varicella zoster viral infection of cranial nerves mimicking Garcin syndrome. *Clin Neurol Neurosurg*. 2006;108:772-4. doi: 10.1016/j.clineuro.2005.09.002.
13. Muhle P, Suntrup-Krueger S, Dziewas R and Tobias Warnecke. Pharyngeal dysphagia due to Varicella zoster virus meningoradiculitis and full recovery: Case report and endoscopic findings. *SAGE Open Med Case Rep*. 2018;6:2050313X18756560. doi: 10.1177/2050313X18756560.
14. Dooling KL, Guo A, Patel M, Lee GM, Moore K, Belongia EA, et al. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices for use of herpes zoster vaccines. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2018;67:103-8. doi: 10.15585/mmwr.mm6703a5.