Relato de caso
Herpes zoster na infância

por Isabel Machado[1], Sandra Oliveira[1], Alfredo João Pereira[1], Ana Marlene Barros[1]
1. Interna(o) Formação Específica de Medicina Geral e Familiar na USF do Minho, ACeS Cavado I

RESUMO
Introdução: O herpes zoster (HZ) ou zona corresponde à reativação do vírus varicela-zoster, latente na raiz dorsal dos gânglios sensoriais afetados, após a infeção primária. A incidência de HZ aumenta com a idade, sendo rara em idade pediátrica.
Descrição de caso: Descreve-se o caso de uma criança de 4 anos, com antecedente de varicela aos 4 meses de idade, que apresentava um exantema maculopapular e vesicular na distribuição dos dermátomos T10 e T11, associado a queixas álgicas. Foi feito o diagnóstico clínico de infeção por HZ, tendo sido medicada com aciclovir oral. Apresentou boa evolução clínica e resolução do exantema após um mês.
Comentário: Trata-se de um caso raro de HZ em idade pediátrica, com apresentação atípica, dado o envolvimento de dois dermátomos contíguos na região torácica inferior. A ocorrência de varicela no primeiro ano de vida constitui um fator de risco para o desenvolvimento de HZ na infância. Sendo esta uma patologia geralmente benigna em crianças saudáveis, é enfatizado o papel do médico de família no acompanhamento longitudinal do paciente pediátrico e na resolução de casos similares ao nível dos cuidados de saúde primários.
Palavras-chave: Vírus *varicela-zoster*; varicela; *herpes zoster*; zona; criança

INTRODUÇÃO
O vírus *Varicela-Zoster* (VVZ) é o agente etiológico da varicela e do *Herpes Zoster* (HZ). A varicela é uma patologia benigna muito comum na idade pediátrica e é altamente contagiosa. Cerca de 86,8% da população portuguesa é seropositiva para o VVZ.[1,2] O HZ resulta da reativação do VVZ, latente na raiz dorsal dos gânglios sensoriais ou dos nervos cranianos.[3] Caracteriza-se por uma erupção vesicular localizada, segundo o dermátomo sensorial afetado e, geralmente, é precedida ou acompanhada por dor intensa.[4] Embora possa ocorrer em qualquer altura após a infeção primária, é rara na criança.[5]

Apresentamos um caso pediátrico de HZ, atípico pelos dermátomos envolvidos, numa criança saudável de 4 anos. Realçamos a importância em conhecer os antecedentes pessoais, os fatores de risco para complicações, diagnóstico diferencial e abordagem terapêutica do HZ. Esta patologia é geralmente benigna e pode ser diagnosticada e orientada pelo médico de família, sem necessidade de referenciação hospitalar.

Figura 1. Lesões maculopapulares e vesiculares correspondentes aos dermátomos T10 e T11

DESCRIÇÃO DE CASO
Criança de 4 anos de idade, sexo feminino, raça caucasiana, pertencente a uma família nuclear e classe social média segundo a classificação de Graffar, foi trazida pela mãe a uma consulta aberta da Unidade de Saúde Familiar a que pertence, em abril de 2015, por erupção cutânea localizada na região torácica inferior direita, associada a queixas álgicas tipo "queimadura", com cerca de 12 horas de evolução.
Em relação aos antecedentes obstétricos, a progenitora teve uma gravidez de termo, vigiada, com serologias positivas (IgM e IgG) para *citomegalovírus* (CMV), no primeiro trimestre de gravidez, com teste de avidez alta. As ecografias pré-natais foram todas normais. A criança foi seguida em consulta de neonatologia, onde realizou estudo infecioso para CMV que foi negativo, tendo tido alta com um ano de idade. Como antecedentes pessoais apresentava história de varicela aos 4 meses de idade, tendo sido medicada com aciclovir 20mg/Kg/dose 4 vezes por dia, durante 5 dias. Era seguida na consulta de saúde infantil, apresentando boa evolução estaturo-ponderal e bom desenvolvimento psicomotor. Apresentava o Programa Nacional de Vacinação atualizado, com imunização extra-plano contra o

rotavírus e bactéria pneumococos, tendo realizado 3 doses de cada vacina.
Ao exame objetivo encontrava-se com bom estado geral e apirética. Apresentava lesões maculopapulares e vesiculares confluentes, com base eritematosa bem definida, discretamente pruginosa, na região torácica inferior direita e periumbilical, sem ultrapassar a linha média, correspondente aos dermátomos T10 e T11 (Figura 1).

Figura 2. Lesões em fase de crosta

Foi feito o diagnóstico clínico de HZ. Dada a instalação ser recente e haver envolvimento atípico de dois dermátomos na região torácica inferior com exantema moderado associado muito sugestivo de HZ, a criança foi medicada com aciclovir (80mg/kg/dia) 5 vezes por dia, suspensão oral (80mg/ml) durante 7 dias e paracetamol (15mg/kg/dose), em SOS.
A criança foi reavaliada 9 dias depois, apresentando lesões já em fase de crosta (Figura 2). A mãe referiu que apenas necessitou de administrar paracetamol para resolução das queixas álgicas, durante os primeiros 4 dias. O quadro clínico resolveu, sem intercorrências, tendo-se verificado resolução completa, ao fim de 4 semanas.

COMENTÁRIO

Apresentamos um caso de uma criança saudável de 4 anos cujo diagnóstico de HZ foi suportado pela clínica sugestiva e pelo antecedente de varicela nos primeiros meses de vida. Dado que o médico de família dedica parte das suas consultas à saúde infantil e juvenil e é geralmente a primeira linha de recurso, reforçamos a sua importância na identificação, acompanhamento e resolução desta patologia, não sendo necessário a sua referenciação hospitalar em crianças saudáveis com primeiro episódio de HZ.

A incidência de HZ aumenta com a idade, afetando sobretudo indivíduos imunocomprometidos, com idade superior aos 50 anos, sendo raro em crianças com idade inferior aos 10 anos.[6-9] Na Europa, a incidência anual do HZ tem sido reportada como 0,3-0,74/1000 crianças abaixo dos 10 anos; 1,6/1000 adultos abaixo dos 40 anos; 7.8/1000 adultos com idade superior a 60 anos e 10/1000 idosos acima dos 80 anos de idade.[10] Uma vez que a infeção pelo VVZ não é uma doença de declaração obrigatória em Portugal, e nem todas as crianças com sintomas ligeiros procuram tratamento, os dados nacionais sobre a incidência e frequência das suas complicações são limitados.
Os fatores de risco mais frequentes para a ocorrência de HZ, em lactentes e crianças imunocompetentes, são a infeção por VVZ durante a gestação ou durante o primeiro ano de vida.[5,7] Pensa-se que esteja relacionado com a imaturidade imunológica, bem como com a presença de anticorpos maternos que podem modificar a resposta imunológica ao VVZ e conduzir a infeção primária clínica ou subclínica.[5,11] Defeitos na imunidade, por imunodeficiência ou terapêutica imunossupressora, bem como fatores como a idade mais velha, fadiga, stress e antecedentes de asma são também fatores de risco conhecidos para a ocorrência de HZ.[9,12]
O HZ corresponde a uma infeção cutânea, provocada pela reativação do VVZ, que permanece latente na raiz dorsal ganglionar, após resolução da infeção primária que se manifesta clinicamente como varicela.[11] A apresentação clínica típica é o aparecimento de dor, seguida, 48-72 horas depois, de uma erupção papulovesicular unilateral, de base eritematosa, no dermátomo correspondente. A dor pode ser referida como queimadura, prurido ou parestesia e deve-se à nevrite aguda relacionada com a replicação viral.[9] Pode estar associada a febre, adenopatias regionais e cefaleias.[5,9] As vesículas podem coalescer e formar lesões bolhosas que podem evoluir para pústulas. Estas acabam por ulcerar e cicatrizar após 7-10 dias, resolvendo espontaneamente.[5,9] Geralmente as crostas desaparecem ao fim de 3-4 semanas.[13] Na forma mais típica, apenas está envolvido um dermátomo, no entanto, podem estar envolvidos 2 ou 3 dermátomos contíguos.[9,11] Nas crianças geralmente estão afetados os dermátomos cervicais e sagrados, enquanto, nos adultos, os torácicos inferiores e os lombares superiores são os mais frequentemente envolvidos.[8,9]
O diagnóstico é essencialmente clínico, não sendo necessário estudo imunológico complementar para investigação de possível imunodeficiência, em crianças saudáveis com primeiro episódio de HZ.[8]
O impétigo bolhoso e a infeção por herpes simples

podem cursar com erupção vesicular semelhante pelo que devem ser considerados no diagnóstico diferencial.[11]

Geralmente o curso da doença é benigno, bem tolerado e auto-limitado.[11] Particularmente nas crianças, é raro afetar os pares cranianos ou complicar-se com nevralgia pós-herpética.[5] As principais complicações prendem-se com o desenvolvimento de infeções bacterianas secundárias e despigmentação cicatricial.[11]

Os principais objetivos do tratamento são a eliminação da dor e da replicação viral. Deve ser explicado à família o que é a doença, o risco de contágio de pessoas não imunes à varicela e o objetivo do tratamento, de modo a aumentar a adesão ao mesmo.[13] Deve ser recomendada a evição escolar ou do infantário até que as lesões "tipo crosta" comecem a aparecer, bem como evitar o contacto com grávidas.[8,9] Medidas preventivas gerais devem ser tomadas, tais como uma boa higiene pessoal, com particular ênfase à lavagem das mãos. Se ocorrer infeção bacteriana secundária, o uso de antibióticos tópicos ou sistémicos podem ser necessários.

Existe alguma controvérsia no que respeita ao tratamento com antivirais, devido ao curso benigno da doença. Alguns autores defendem que pode ser adotada uma estratégia de medicação universal, visto que a terapêutica reduz a formação de novas vesículas, a duração da doença e minimiza o risco de complicações.[9,11,13] Outros defendem que deve ser limitada a situações graves, com dor intensa ou envolvimento dos pares cranianos.[5,13] Parece ser consistente a escolha inicial recair no aciclovir, no entanto os esquemas terapêuticos variam: dose oral de 20-80mg/kg/dia, 4-5 tomas/dia, durante 5-7 dias (máximo 800mg/dose). Geralmente recomenda-se iniciar o tratamento antiviral nas primeiras 72 horas.[9,11] Nos casos graves pode ser necessária terapêutica endovenosa, 7-10 dias ou até 2 dias após o aparecimento de novas lesões.[5] A recorrência é rara em crianças imunocompetentes (cerca de 5% dos casos).[9]

Com este caso clinico pretendemos reforçar o papel do médico de família no estabelecimento de um diagnóstico correto de HZ, conhecer os seus principais fatores de risco e objetivos do tratamento, de modo a esclarecer os pais quanto à benignidade desta patologia, tranquilizá-los quanto ao prognóstico e aconselhá-los em relação aos cuidados apropriados. O estabelecimento de uma boa relação médico-doente, aliado ao acompanhamento longitudinal que caracteriza a Medicina Geral e Familiar são fundamentais para o sucesso terapêutico.

BIBLIOGRAFIA

1. Ulrich H, Seward JF. Varicella. Lancet 2006;368 (9544);1365-1376.
2. Freitas MG, Paixão MT, editors. Avaliação do programa nacional da vacinação e melhoria do seu custo-efetividade: 2º inquérito serológico nacional, Portugal Continental 2001-2002. Lisboa:Direção Geral Saúde; 2004.
3. Feder HM, Hoss DM. Herpes zoster in otherwise healthy children. Pediatric Infect Dis J 2004;23:451-457.
4. Pinchinat S, Cebrián-Cuenca A, Bricout H, Johnson R. Similar herpes zoster incidence across Europe: results from a systematic literature review. BMC Infectious Diseases 2013; 13:170.
5. Rodrigues V, Gouveia C, Brito MJ. Herpes Zoster na infância. Acta Pediatr Port 2010; 41(3):138-140.
6. Weinmann S, Chun C, Schmid DS, Roberts M, Vandermeer M, Riedlinger K et al. Incidence and clinical characteristics of herpes zoster among children in the varicella vaccine era 2005-2009. J Infect Dis 2013;208(11):1859-1868.
7. Wen S, Liu, W. Epidemiology of pediatric herpes zoster after varicella infection: a population-based study. Pediatrics 2015;135 (3):e565-71.
8. Leung A, Robson W, Leong A. Herpes Zoster in Childhood. J Pediatric Health Care 2006;20:300-303.
9. Leung A, Barankin B. Herpes Zoster in Childhood. Open Journal of Pediatrics 2015;5,39-44.
10. Volpi A, Gross G, Hercogova J, Johnson RW. Current Management of Herpes Zoster: The European View. Am J Clin Dermatol 2006;6:317-325.
11. Roda J, Santos D, Mascarenhas R, Moura L, Figueiredo N. Herpes zoster na criança. Caso clínico exuberante com disseminação cutânea. Acta Pediatr Port 2011;42(3):114-116.
12. Kim BS, Mehra S, Yawn B, Grose C, Tarrell R, Lahr B et al. Increased risk of herpes zoster in children with asthma: a population-based case-control study. J Pediatr 2013;163(3):816-821.
13. Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J, Gnann JW, Levin MJ, Backonja M et al. Recommendations for the management of herpes zoster. Clin Infect Dis 2007;1:44.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter conflitos de interesse.