

Herpes Zoster em Lactente Após Exposição Intrauterina a Varicela

RICARDO COSTA, MANUELA FERREIRA, TERESA OLIVEIRA, LAURA MARQUES

*Hospital de Crianças Maria Pia
Serviço de Pediatria*

RESUMO

Os autores apresentam o caso de um lactente de sete meses de idade observado por febre e lesões pápulo-vesiculares no membro superior e omoplata esquerdos, no trajecto de um dermatomo. Antecedentes de varicela materna às 18-20 semanas de gestação. Após o diagnóstico clínico de Herpes-Zoster, foi medicado com Acyclovir tópico, tendo-se verificado uma regressão completa das lesões em 3 semanas. O diagnóstico foi confirmado por serologia. Efectuado ainda estudo imunológico humoral e celular que foi normal e serologia HIV 1 e 2 que foram negativas.

Os autores salientam a raridade desta patologia nesta idade, provocada pela reactivação do vírus Varicela-Zoster após exposição intrauterina. O prognóstico é excelente, excepto quando existem imunodeficiências subjacentes.

Palavras-chave: Varicela-Zoster, Exposição intrauterina, Acyclovir.

SUMMARY

The authors report the case of a seven months old infant with fever and vesiculopapular eruption on the left arm and shoulder. The mother had varicella at 18-20 weeks of pregnancy. The clinical diagnosis of Herpes Zoster was made and the lesions disappeared totally in three weeks with topical Acyclovir. The diagnosis was confirmed by serology. The immunologic study was normal and HIV 1 and 2 serologies were negative. Herpes-Zoster is a very rare disorder in this age group and is caused by the reactivation of the Varicella-Zoster virus after intrauterine exposure.

The prognosis is excellent except in infants with immunodeficiencies.

Key-words: Varicella-Zoster, Intrauterine exposure, Acyclovir.

Introdução

O Herpes-Zoster (HZ) é uma erupção cutânea vesiculo-papular que habitualmente se localiza ao longo de um dermatomo. Surge após infecção pelo Virus Varicela-Zoster (VVZ), um DNA virus que tem a capacidade de permanecer latente nos gânglios nervosos após a infecção primária, com posterior reactivação. É ocasional na criança e muito raro no lactente ⁽¹⁻⁶⁾.

Apresentamos o caso clínico de um lactente de sete meses com HZ após exposição intrauterina á varicela, com evolução favorável.

Caso Clínico

Lactente do sexo masculino nascido de uma gravidez de termo complicada de varicela materna às 18-20 semanas de gestação. Saudável até aos sete meses de idade altura em que recorreu ao serviço de urgência por febre (38.5°C) com evolução de quatro dias e aparecimento de exantema pápulo-vesicular localizado ao membro superior e omoplata esquerdos, seguindo o trajecto do dermatomo C₅ - C₆ (fig. 1). Após o diagnóstico clínico de Herpes-Zoster e otite média aguda, foi medicado com Amoxicilina + Ácido Clavulâmico e Acyclovir por via tópica. A evolução foi favorável, com regressão completa das lesões ao fim de 3 semanas.

O diagnóstico clínico de HZ foi confirmado posteriormente pela serologia para HZ (IgG e IgM) que foi positiva na mãe e no filho (quadro I).



FIG. 1 – Lesão papúlo-vesicular ocupando o membro superior e omoplata esquerdos, seguindo o trajecto do dermatomo C5-C6.

QUADRO 1
Serologia para Herpes Zoster

	Ig G	Ig M
Mãe	1/80	—
Lactente	1/160	1/20

O estudo humoral e celular foram normais e HIV 1 e 2 negativos.

Discussão

O HZ é uma patologia muito rara no lactente, que ocorre após exposição intrauterina ao vírus da Varicella-Zoster (1,2,6).

A Varicela Gestacional é extremamente rara, dado que cerca de 90% das mulheres em idade fértil têm anticorpos (AC) protectores. A infecção fetal ocorre apenas em 20-25% dos casos de varicela gestacional e é sintomática em 50% destes (1,2,4,5,6).

Da infecção intrauterina pelo vírus podem resultar 3 entidades clínicas (1-8):

– Síndrome de Varicela fetal quando a infecção ocorre durante o primeiro trimestre. Caracteriza-se pelo aparecimento no feto de múltiplas malformações e baixo peso ao nascimento.

– Varicela Perinatal, quando a infecção ocorre nas últimas semanas de gestação. Pode apresentar-se sob a forma de Varicela Neonatal Congénita, que normalmente tem uma evolução benigna. Nos últimos 4 dias de gravidez ou nas primeiras 48 horas pós-parto, devido à ausência de passagem de AC protectores maternos, pode ocorrer uma forma de Varicela Neonatal cuja mortalidade pode atingir os 30%.

– Herpes Zoster no Lactente surge após uma Varicela fetal Assintomática, por contacto com o vírus entre o 2º e 3º trimestre de gravidez. Clinicamente trata-se de uma erupção vesiculopustulosa localizada ao longo de um dermatomo. Costuma ser unilateral e é mais frequente no tórax.

O diagnóstico diferencial é geralmente fácil. No entanto, a infecção por Herpes Simplex pode, por vezes simular um Herpes-Zoster, bem como o Nevo Linear, pela sua forma de distribuição (3).

A confirmação laboratorial deve ser feita pela serologia para VVZ quer no plasma, quer no líquido da vesícula (método de difícil execução) (1, 3, 4, 8).

Normalmente a terapêutica com Acyclovir tópico tem bons resultados, nos lactentes sem patologia subjacente, como se verificou no nosso caso (1, 2, 3, 8, 9).

O tratamento com Acyclovir endovenoso está indicado nos recém-nascidos (RN), doentes imunodeprimidos e nas formas de apresentação exuberante e disseminada nos quais pode assumir uma evolução desfavorável com mortalidade elevada (1, 2, 3, 8, 9).

Quanto ao uso de Acyclovir oral poderá ser uma boa alternativa terapêutica, conforme referido por alguns autores, mas existe pouca experiência do seu uso em lactentes (8, 9).

Em relação à utilização da Imunoglobulina Específica esta deve ser usada sobretudo nos seguintes casos (2, 3, 9):

– Infecção no período neonatal, principalmente se ocorre entre os 4 dias finais da gravidez e as primeiras 48 horas pós-parto. Alguns autores preconizam tratamento concomitante com Acyclovir oral durante 5 dias.

– Na prematuridade, principalmente para idades gestacionais inferiores às 28 S, pois a passagem de AC protectores transplacentários no início da gravidez é muito baixo.

– Nos imunodeprimidos.

– Nas grávidas tendo em conta que mesmo quando aplicada pode aliviar o curso clínico, levando mesmo ao

não aparecimento das lesões cutâneas, mas não está comprovado a sua eficácia na prevenção da infecção fetal.

O prognóstico é geralmente excelente excepto quando existe uma imunodeficiência subjacente ^(1, 2, 8, 9). Esta possibilidade não deve ser esquecida e a realização de estudo imunológico humoral e celular bem como a pesquisa de AC para o vírus da imunodeficiência humana devem ser ponderados.

BIBLIOGRAFIA

1. Vaca GM, Moragado DC, León RC, Bautista V, Moryusef EA, Ruiz JMB. Herpes Zoster en lactente de 6 meses después de exposición intrauterina a varicela: A propósito de un caso. *An Esp Pediatr* 1994; 41: 351-352.
2. López JP, Llop FAM, Marques RC, Albareda RM. Herpes Zoster generalizado en un lactente y varicela materna durante el embarazo. *rev esp Pediatr*, 1989; 45. 2: 137-138.
3. Brunell PA, Korchmar GS. Zoster in infancy: Failure to maintain virus latency following intrauterine infection. *J Pediatr* 1981; 98: 71.
4. Vañó EB, Sánchez PG, Carranza FH, Cortés EJ, Jiménez JQ. Síndrome de varicela fetal: A propósito de un caso. *An Esp Pediatr* 1996; 45: 217-220.
5. Alkalay AL, Pomerance JJ, Rimion DL. Fetal varicela syndrome. *The Journal of Pediatrics*. 1987; September: 320-323.
6. Vachvanichsanong P. Herpes-Zoster in a five-month-old infant after intrauterine exposure to varicella. *Ped Infect Dis J*. 1990. 10: 412-413.
7. Committee on infectious diseases. Expanded Guidelines for Use of Varicella-Zoster Immune Globulin. *Pediatrics*. 1983; 72: 886-889.
8. Kennedy N, McKendrick MW. Controversies in varicella: vaccine and acyclovir. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 1996. 9: 203-209.
9. Balfour HH. Clinical Aspectsof Chickenpox and Herps Zoster. *The Journal International Medical Research*. 1994. 22: 3A-13A.

Correspondência: Ricardo Jorge Costa
Hospital Maria Pia
Serviço de Pediatria
Rua da Boavista, 827
4050 Porto
Tel. (02) 6099861 / Fax. (02) 6000834