

Varicela Perinatal

ÁLVARO SOUSA, CONCEIÇÃO D'OREY, MÁRIO MATEUS, HERCÍLIA GUIMARÃES

*Departamento de Pediatria
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
Hospital de São João – Porto*

Resumo

A varicela perinatal é uma patologia rara mas potencialmente grave, sobretudo se o exantema materno ocorre nos cinco dias anteriores ou nos dois dias posteriores ao parto.

Os autores apresentam dois casos clínicos de varicela perinatal observados na Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia do Departamento de Pediatria do Hospital S. João. Os doentes receberam imunoglobulina específica endovenosa (Varitect®), na dose de 1ml/Kg, profilática e precocemente.

Nos dois casos, o exantema vesicular típico surgiu no 5.º dia de vida.

No primeiro caso, não se registou outra sintomatologia.

O segundo doente apresentava exantema vesicular muito exuberante, tendo sido medicado com acyclovir (30 mg/Kg/dia, endovenoso) durante seis dias.

A evolução foi favorável nos dois recém-nascidos, havendo resolução da sintomatologia e tendo tido ambos alta bem, sem sequelas.

Palavras-chave: varicela perinatal; imunoglobulina; acyclovir.

Summary

Perinatal varicella is a rare but potentially serious disease, mainly if the maternal rash occurs five days before or up two days after delivery.

The authors report two perinatal varicella cases observed in the neonatal intensive care unit of the Department of Pediatrics of Hospital S. João. Patients were given specific intravenous immunoglobulin (Varitect®), 1ml/Kg early and prophylactically.

In both cases, the vesiculous rash appeared in the fifth day of life.

In the first case, there were no other symptoms.

The second patient presented a very exuberant vesiculous rash, and therapy was began with acyclovir, 30mg/Kg/day iv, for six days.

Both newborns had a favourable evolution, with no sequelae.

Key-words: perinatal varicella; immunoglobulin; acyclovir.

Introdução

A infecção materna pelo vírus varicela-zoster (VVZ), usualmente a varicela e raramente a zona, é algumas vezes transmitida verticalmente ⁽¹⁾. A sua incidência estima-se em 0,7 por 1000 gestações ⁽²⁾.

A varicela perinatal surge quer com a transmissão *in utero* quer no período pós parto imediato, gerando doença em cerca de 25% dos casos ⁽¹⁻³⁾.

O exantema vesicular desenvolve-se, em média, cerca de 11 dias (1º ao 16º) após a sintomatologia materna, sendo a gravidade da doença no recém-nascido (RN) determinada pelo momento em que se inicia o referido exantema ⁽¹⁾.

Assim, se este surge entre o 4º dia anterior e o 2º dia após o parto, a doença no RN é geralmente severa, devendo a varicela disseminada e com mortalidade elevada (30%) ⁽³⁾.

Tal facto deve-se à transmissão transplacentária do VVZ, e conseqüente multiplicação em várias localizações no organismo, associada à ausência de passagem dos anticorpos específicos para o feto. Esta passagem só existe se a varicela materna surge 6 ou mais dias antes do parto ⁽³⁾.

Os autores apresentam dois casos de varicela perinatal hospitalizados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, com evolução favorável após a administração de imunoglobulina específica em ambos os casos, associada a terapêutica antivírica em um deles.

Caso Clínico n.º 1

Filho de MTGMF, sexo feminino, caucasiana. Parto eutócico, hospitalar, com peso: 3455g, comprimento: 48cm e perímetro cefálico: 34 cm (parâmetros nos percentis 75, 50, 50, respectivamente). Idade gestacional: 39 semanas. Índice de Apgar 9/10 ao 1.º e 5.º minutos de vida. Mãe com 33 anos, I gesta, I para. Varicela materna com início 2 dias antes do parto. Recém-nascido com exame físico normal ao nascimento.

Tratamento:

Fez-se o isolamento do RN e administração, no 1.º dia de vida, de imunoglobulina específica para o VVZ (Varitect®), na dose de 1ml/Kg por via endovenosa. Ao 5.º dia de vida, inicia exantema vesicular no tronco e, posteriormente, na cabeça e membros. A evolução foi favorável, com resolução completa ao 20.º dia de vida.

Caso Clínico n.º 2

Filho de SMNP, sexo masculino, caucasiano. Parto eutócico, hospitalar, com peso: 2750g, comprimento: 48 cm, perímetro cefálico: 33,5cm (parâmetros nos percentis 25, 50, 50, respectivamente). Idade gestacional: 38 semanas. Índice de Apgar 9/10 ao 1.º e 5.º minutos de vida. Mãe com 18 anos, I gesta, I para. Varicela materna, com início 4 dias antes do parto. Recém nascido com exame normal ao nascimento.

Tratamento:

Fez-se isolamento do RN e administração durante o 1º dia de vida de imunoglobulina específica para o VVZ (Varitect®), na dose de 1ml/Kg por via endovenosa. Ao 5º dia de vida, inicia exantema vesicular na cabeça e tronco, com generalização a todo o corpo. A exuberância do quadro clínico justificou a terapêutica com acyclovir (30mg/kg/dia, em 3 doses diárias), iniciada ao 9.º dia de vida. Ao 3.º dia de tratamento observou-se franca melhoria, tendo a evolução sido favorável, com alta ao 20.º dia de vida.

Discussão

A presença de um exantema vesicular no RN de mãe com varicela recente é uma evidência suficientemente

forte para afirmar o diagnóstico de varicela perinatal ⁽¹⁾.

No caso da necessidade de confirmação, pode isolar-se o VVZ a partir do fluido vesicular ou demonstrar a subida significativa do título dos anticorpos específicos (4 vezes) ⁽¹⁾. O anticorpo IgM específico usualmente só é detectado precocemente na doença recente e desaparece rapidamente após o nascimento ⁽²⁾.

O uso de imunoglobulina específica para o VVZ, na dose de 125U por via intramuscular, é recomendado logo após o parto quando o exantema materno se inicia 5 dias antes ou nos 2 dias seguintes ao parto ⁽¹⁻³⁾. Contudo, a via endovenosa permite a obtenção de níveis máximos de anticorpos sanguíneos no mais curto espaço de tempo, sendo por isso preferível ⁽⁴⁾.

Mães com serologia sugestiva de imunidade para o VVZ podem, ainda assim, desenvolver a doença e transmiti-la ao feto ⁽⁶⁾.

Num estudo em 95 RN com exposição perinatal ao VVZ e que receberam logo ao nascimento a imunoglobulina específica, 50% dos RN desenvolveram varicela, mas apenas 2 casos (4%) foram considerados graves ⁽⁷⁾.

Nos nossos dois casos clínicos, pudemos observar uma varicela perinatal de gravidade moderada com o uso precoce de imunoglobulina específica endovenosa.

O acyclovir, na dose de 30 a 60 mg/Kg/dia, tem sido proposto no tratamento dos RN com doença grave, com bons resultados ^(3,4,8). Mas, apesar desta terapêutica, têm sido referidos raros casos fatais, associados geralmente a pneumonite. O exame necrótico revela inflamação e necrose pulmonar ^(2,3).

Existe igualmente necrose celular no fígado, suprarrenais, rins, baço e tracto digestivo. A encefalite como processo primário ainda não está demonstrada ^(2,3).

Em um dos nossos casos, a exuberância da sintomatologia cutânea condicionou o tratamento antivírico, havendo rápida regressão do exantema vesicular e nenhum efeito secundário atribuído à medicação.

Dado o risco de varicela secundária ser maior nos RN com menos de 29 semanas de idade gestacional ou menos de 1000g de peso ao nascer, todos estes RN, se sujeitos a contágio, devem fazer a imunoglobulina específica para o VVZ. Caso haja sinais clínicos de doença, o acyclovir deve ser imediatamente associado ⁽⁸⁾.

Dada a importância do momento do aparecimento do exantema materno, caso a mãe tenha varicela nos últimos dias antes do parto, pode ser útil atrasar o mesmo por alguns dias. Isto é obviamente mais simples nos casos de parto prematuro ou programado electivamente, mas é controverso nos partos de termo ^(2, 3, 8).

Dados da literatura sugerem ser necessários vários dias que permitam a passagem passiva de anticorpos maternos específicos para a circulação fetal. Assim, se a infecção materna foi adquirida poucos dias antes do par-

to, esta passagem não é significativa, sendo os riscos maiores para o recém-nascido ⁽²⁾.

Conclusões

- 1) A varicela perinatal, apesar de rara, é potencialmente grave.
- 2) O uso de imunoglobulina específica para o VVZ tem como objectivo impedir a doença ou atenuar a sua gravidade, tal como pudemos verificar.
- 3) A terapêutica antivírica é obrigatória nas situações graves, especialmente se existe pneumonite.

BIBLIOGRAFIA:

1. Gershon AA. Chickenpox, measles and mumps. In: Remington JS, Klein JO, eds. Infectious Diseases of the fetus and newborn infant. Philadelphia: WB Saunders, 1995: 565-617
2. Volpe JJ. Viral, protozoan and related intracranial infections. In: Volpe JJ, ed. Neurology of the newborn. Philadelphia: WB Saunders, 1995: 719-20
3. McIntosh D, Isaacs D. Varicella zoster virus infection in pregnancy. *Arch Dis Child* 1993; 68: 1-2
4. Varicella Zoster Infections. In: Peter G, ed. 1994 Red Book. Report of the Committee on Infectious Diseases. 23rd ed. Elk Grove Village, Illinois. American Academy of Pediatrics, 1994: 510-17
5. Silva CA, Fernandes I, d'Orey MC. Varicela Neonatal. *Saúde Infantil* 1990; XII(1): 121-4
6. Martin KA, Junker AK, Thomas EE et al. Occurrence of chickenpox during pregnancy in women seropositive for varicella-zoster virus. *J Infect Dis* 1994; 170: 991-5
7. Hangreen K, Grandien M, Granstrom G. Effect of zoster immunoglobulin for varicella prophylaxis in the newborn. *Scand J Infect Dis* 1985; 17: 343-7
8. Friedman CA, Temple DM, Robbins KK et al. Outbreak and control of varicella in a neonatal intensive care unit. *Pediatr Infect Dis J* 1994; 13(2): 152-4

Correspondência: Álvaro Rui Miranda de Sousa
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
Hospital de São João
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4200 Porto
Telefone: (02) - 527151 (Hospital)

Rua de Berna, 218
4460 Senhora da Hora