

Herpes Zoster Perineal em escolar imunocompetente: Relato de Caso

Anelise Amoy Freitas¹, Cristina Maria Carvalho Peixoto², Bruno Sfalsin de Oliveira³, Dandara Moulin Porto³, André Luís Gonçalves Vieira³, Aline Almeida Pereira Mansur³, Bruna da Silva Cirilli¹, Bárbara Amaral Pessanha Pereira Nunes³, Regina Célia de Souza Campos Fernandes⁴

¹ Residentes do Serviço de Pediatria do Hospital dos Plantadores de Cana

² Plantonista do Serviço de Pediatria do Hospital dos Plantadores de Cana

³ Alunos do 6º ano da Faculdade de Medicina de Campos

⁴ Professora da Disciplina de Pediatria da Faculdade de Medicina de Campos

RESUMO

Introdução: Herpes Zoster é a reativação do vírus varicela-zoster em latência nos gânglios nervosos sensitivos após a infecção primária. Normalmente se manifesta por erupção cutânea, caracterizada por vesículas sobre base eritematosa, seguindo o trajeto de uma raiz nervosa e não apresentando dificuldade diagnóstica. Sua incidência aumenta com a idade e com outras causas de decréscimo da imunidade celular. Na atualidade maior número de casos é relatado em associação com a maior longevidade da população, tratamento de doenças auto-imunes e malignas, transplantes e possivelmente como consequência da vacinação contra a varicela na infância.

Objetivo: Relatar um caso de Herpes Zoster perineal em uma escolar. **Método:** Revisão de prontuário. **Relato de caso:** SCV, sexo feminino, 9 anos, referiu início de quadro algíco de forte intensidade em membro inferior direito com sensação parestésica e irradiação para região perineal. Responsável legal observou aparecimento de vesículas em região da genitália nesse mesmo dia. Evoluiu com claudicação e acentuação das lesões cutâneas, sendo hospitalizada. Na internação foram observadas múltiplas lesões vesicobolhosas, que não ultrapassavam a linha média, com intensa hiperemia e dor local. História negativa para varicela. Sorologia anti-HIV negativa. Foi medicada com Aciclovir e Dipirone, havendo regressão completa das lesões. **Conclusão:** Apesar da localização pouco frequente, o acometimento do dermatomo correspondente ao nervo femoral, sem ultrapassar a linha média permitiu o diagnóstico clínico, corroborado pela boa resposta ao Aciclovir. O diagnóstico diferencial com a doença pelo Herpes simples e a exclusão do abuso sexual são mandatórios.

Palavras- Chave: Varicela-Zoster, Varicela, Aciclovir.

ABSTRACT

Introduction: Herpes Zoster is a reactivation of *Varicella-Zoster* virus in latency at sensitive nerve ganglia after primary infection. Normally it manifests as cutaneous eruption under erythematous basis following the trajectory of a nervous root and it does not exhibit difficulty for diagnosis. Its incidence increases with age and other causes of decline in cellular immunity. Nowadays increasing numbers of cases are described in association with more longevity of population, treatment of autoimmune and malignant diseases, transplantations and possibly as a consequence of childhood varicella vaccination. **Objective:** To report a case of perineal Herpes Zoster in a schoolchild. **Method:** Revision of medical records. **Case report:** SCV, female, nine years old, mentioned painful picture in right lower limb with paresthesia and irradiation to perineal area. Her guardian detected vesicles in perineal region at same day. She developed claudication and increasing in cutaneous lesions and was hospitalized. At admission, multiple vesicles were observed that did not cross the midline and with local erythema and pain. History was negative for varicella. Anti-HIV was negative. She was treated with Aciclovir and Dipirone, having complete recovery. **Conclusions:** Despite uncommon localization, the involvement of dermatome related to crural nerve without crossing the midline allowed clinical diagnosis, reinforced by good response to Aciclovir. The differential diagnosis with *Herpes Simplex* disease and exclusion of sexual abuse are mandatory.

INTRODUÇÃO

O vírus varicela-zoster (VZ) causa infecções primárias, latentes e recorrentes. A infecção primária é manifestada como varicela (catapora) e resulta no estabelecimento de uma infecção latente vitalícia dos neurônios dos gânglios sensoriais. A reativação da infecção latente causa o Herpes Zoster (HZ). Normalmente manifesta-se por erupção cutânea, caracterizada por vesículas sobre base eritematosa, seguindo o trajeto de uma raiz nervosa, não apresentando dificuldade diagnóstica. Sua patogenia está relacionada com o estado imunológico do indivíduo, mais especificamente com a imunidade celular. Alguns estudos recentes têm demonstrado aumento na incidência de HZ pelo aumento da longevidade da população, por mudanças no tratamento das doenças auto-imunes e malignas, pelo maior número de transplantes e possivelmente como consequência da vacinação contra varicela na infância¹.

Na população pediátrica, o HZ é menos frequente e severo do que no adulto, sendo também menos sujeito à dor acentuada e prolongada. Fatores de risco identificados para HZ na infância são a história materna de varicela na gestação, comprometendo a transferência de anticorpos protetores pela via placentária e a história de varicela no primeiro ano de vida quando a resposta imune humoral ainda não se acha plenamente desenvolvida. Estes dois aspectos interferem com a memória imune específica contra o VZ¹. Guess e colaboradores² estudando 173 casos de HZ na infância, em Minnesota, no período 1960-1981, constataram que a varicela no primeiro ano de vida foi fator de risco para HZ (RR 2,8-20,9). Já Petursson e colaboradores³ analisando 121 casos de HZ em crianças e adolescentes, não utilizaram Aciclovir sistêmico em nenhum caso; não tiveram nenhum caso com neuralgia pós-herpética, nem dor moderada a severa ou com duração maior que um mês. Além de verificarem que a possibilidade de neuralgia pós-herpética em crianças e adolescentes é extremamente baixa, também confirmaram a associação incomum com malignidade.

OBJETIVO

Relatar um caso clínico de HZ perineal em uma escolar imunocompetente.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo realizado a partir da anamnese e exame físico além do acompanhamento clínico. A responsável legal pela paciente foi devidamente orientada e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido.

RELATO DE CASO

SCV, sexo feminino, 9 anos, escolar, residente e natural de São Francisco do Itabapoana procurou atendimento médico com queixa principal de alergia em virilha e na perna. Há três dias criança começou a

apresentar náuseas, sendo medicada com anti-emético. No mesmo dia surgiu dor de forte intensidade em coxa direita, sensação parestésica e ardência também em região perineal. Neste dia durante o banho foram observadas vesículas em região genital. Recebeu analgésico sem alívio, evoluindo com claudicação e acentuação das lesões cutâneas, apesar de medicação tópica com antifúngico, do uso da cefalexina e anti-histamínico, exigindo a hospitalização. Criança com história vacinal em dia, não tendo sido imunizada contra a varicela. História negativa para varicela ou internações anteriores.

Ao exame físico apresentava regular estado geral, com quadro algico de forte intensidade no membro inferior direito que a impedia de deambular, acianótica, anictérica, temperatura axilar de 37,2 °C. Pesando 27 kg, ativa, cooperativa, hidratada, lúcida e orientada no tempo e espaço, aceitando bem a dieta e com funções de eliminação normais. Região genital apresentava múltiplas lesões vesicobolhosas, algumas agrupadas em forma de cachos de uva, com intensa hiperemia e dor local. Lesões do mesmo aspecto irradiavam-se para face posterior da coxa e região glútea direita, não ultrapassando a linha média. Presença de micropoliadenopatia inguinal.

Exames complementares demonstraram: Hemoglobina 13g/dL; Hemácias 4.790.000; Hematócrito: 38.1%; Leucócitos: 7.300, bastões 2%; segmentados 70%, linfócitos 23%, monócitos 4%, eosinófilos 1%; Velocidade de hemossedimentação (VHS): 10mm; Proteína C Reativa: negativa; Glicose: 180 mg/dL; Uréia: 33mg/dL; Creatinina: 0,7 mg/dL; Plaquetas: 282.000; Sorologia anti-HIV: não reativa; e Sorologia para Herpes simples I e II: IgG e IgM não reativas.

Foi medicada com Aciclovir oral, dipirona e ivermectina para pediculose do couro cabeludo evoluindo com regressão completa das lesões cutâneas após sete dias.

DISCUSSÃO

O vírus VZ pertence à família *Herpes viridae*, apresenta transmissão por via respiratória e determina após período de incubação de 14 a 21 dias, a varicela, caracterizada por exantema pruriginoso maculopápulo-vesicular de distribuição centrífuga e pelo estabelecimento de latência.

A reativação do VZV no gânglio nervoso pode ser um evento frequente. Na presença de resposta imune adequada, mais especificamente imunidade mediada por células T, o evento de reativação é rapidamente abortado. Mas se não for contido, como em contexto de imunossupressão, a replicação viral resulta em ganglionite e em uma infecção extensa, e é essa infecção junto com a resposta inflamatória que a acompanha que provavelmente provoca a dor que precede a erupção¹.

No presente caso havendo a suspeita do HZ obteve-se uma história negativa para varicela no primeiro ano de vida e pela ausência da mãe desconhecemos a

ocorrência de varicela na gravidez. Estes são dois fatores reconhecidos para a ocorrência do HZ na faixa etária pediátrica, na ausência de imunossupressão. Kurlan e colaboradores⁴ relataram quatro casos e enfatizaram a necessidade de considerar o HZ no diagnóstico diferencial de erupções vesiculares em lactentes. Na infância, o HZ pode fazer parte do quadro da infecção pelo HIV com características próprias como: o envolvimento de mais de um dermatomo; e com dois ou mais episódios em um ano⁵. A sorologia anti-HIV negativa afastou tal possibilidade. Não foi também caracterizada supressão imune por agentes como o Citomegalovírus e o Epstein-Barr interferindo na latência do vírus VZ.

A primeira manifestação clínica descrita do HZ é a dor na área que corresponde ao trajeto do nervo acometido, sendo sucedida pelas lesões cutâneas em 3 a 5 dias, acompanhadas de febre, cefaléia e queda de estado. As lesões de pele inicialmente são eritematopapuloses, evoluindo rapidamente para lesões papulovesiculosas e papulopustulosas. Apresentam-se reunidas em pequenos grupos, criando um aspecto de cachos de uva e são unilaterais, não ultrapassando a linha média.

As manifestações clínicas apresentadas pela paciente foram exuberantes e reproduziram a descrição da literatura, com as lesões surgindo três dias após início de quadro algico e acompanhando o trajeto do nervo femural (Figura 1A e 1B). A localização lombosacra é a menos frequente correspondendo a 11% dos casos.

A boa resposta ao uso do Aciclovir também corroborou o diagnóstico. Ele foi utilizado na dose de 400 mg seis vezes ao dia e por sete dias, diminuindo o tempo de formação de novas vesículas e o número de dias para formação de crostas (Figura 1C). O tratamento tópico não teve ainda eficácia demonstrada. Em geral, o HZ em crianças é menos severo do que em pacientes adultos e resulta em poucos casos de acometimento severo e dor prolongada.

Finalmente o diagnóstico diferencial do HZ perineal deve incluir a infecção pelo vírus Herpes simples que também pode cursar com lesões vesiculosas nesta localização e com necessidade de afastar a possibilidade

de abuso sexual em crianças. No caso descrito foi solicitada uma pesquisa de anticorpos IgG e IgM anti-Herpes simples tipo I e II que foi negativa. A anamnese, o exame físico e o comportamento da menor excluíram também violência sexual.

CONCLUSÃO

Este relato ilustra uma localização pouco frequente de HZ em escolar imunocompetente, com diagnóstico estabelecido a partir da história clínica, exame físico e boa resposta ao uso do Aciclovir.

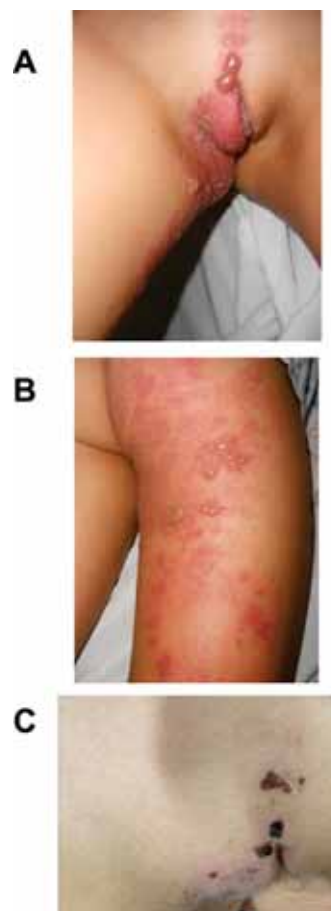


Figura 1: (A) Lesões vesicobolhosas em vulva respeitando o dimídio. (B) Lesões vesicobolhosas acompanhando o trajeto do nervo femural. (C) Lesões crostosas no terceiro dia após término do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Dworkin RH, Johnson RW, Gnann JW, Levin MJ, Backonja M, Betts RF, et al. Recommendations for the management of Herpes Zoster. Clin Infect Dis 2007;44:S1-26.
2. Guess HA, Broughton DD, Melton LJ, Kurland LT. Epidemiology of herpes zoster in children and adolescents: a population-based study. Pediatrics 1985;76:512-517.
3. Petursson G, Helgason S, Gudmundsson S, Sigurdsson JA. Herpes zoster in children and adolescents. Pediatr Infect Dis J 1998; 17: 905-908.
4. Kurlan JG, Connelly BL, Lucky AW. Herpes zoster in the first year of life following postnatal exposure to varicella-zoster virus. Four case reports and review of Infantile Herpes zoster. Arch Dermatol 2004; 140: 1268-1272.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes infectados pelo HIV. Brasília, 2009.