

RELATO DE CASO: HERPES ZOSTER OFITÁLMICA INFANTIL

ALEXANDRE, Ana Clara Vieira¹

MACHADO, Roberto Augusto Fernandes²

LUCCA, Patrícia Stadler Rosa³

MARCONDES, Letícia Barros⁴

RESUMO

O Herpes Zoster é causado pelo vírus da Varicela Zoster (VZV). A reativação do VZV resulta em Herpes Zoster, sendo seu mecanismo de reativação ainda desconhecido. Os principais fatores de reascensão do Herpes Zoster são a idade avançada, seguida pela imunossupressão, trauma e irradiação. Em geral, o Herpes Zoster é incomum em paciente com menos de 10 anos de idade e raro em lactentes. O Herpes Zoster Oftálmico (HZO) ocorre devido a essa reativação do vírus VZV na divisão oftálmica do quinto (V) nervo craniano (trigêmeo). Os sintomas oculares são mais comuns quando há vesículas, durante a varicela, na ponta do nariz, sinal de Hutchinson. O diagnóstico do Herpes Zoster é baseado na história e na clínica do paciente. O relato do caso mostra a história clínica de uma paciente de 6 anos de idade, que apresentou Herpes Zoster Oftálmica, diagnosticada por meio de exames clínicos, 15 dias após a vigência da Varicela, havendo boa resposta ao tratamento proposto.

PALAVRAS CHAVE: Herpes Zoster; Herpes zoster infantil, Herpes Zoster oftálmica.

CASE REPORT: OPHTHALMIC HERPES ZOSTER IN CHILDREN

ABSTRACT

Herpes Zoster is caused by the Varicella Zoster virus (VZV). The reactivation of VZV results in Herpes Zoster, and its reactivation mechanism is still unknown. The main factors of reoccurrence of Herpes Zoster are advanced age, followed by immunosuppression, trauma and irradiation. In general, Herpes Zoster is uncommon in a patient less than 10 years of age and rare in infants. Ophthalmic Herpes Zoster (HZO) occurs due to this reactivation of the VZV virus in the ophthalmic division of the fifth (V) cranial (trigeminal) nerve. Ocular symptoms are most common when there are vesicles, during chickenpox, at the tip of the nose, Hutchinson's sign. The diagnosis of Herpes Zoster is based on the patient's history and clinic. The case report shows the clinical history of a 6-year-old female patient who presented Ophthalmic Herpes Zoster, diagnosed by means of clinical examinations, 15 days after Varicella, and had a good response to the proposed treatment.

KEYWORDS: Herpes Zoster; Herpes zoster, Herpes zoster ophthalmic.

¹ Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel – PR, anaclara_ale@hotmail.com

² Mestre em Medicina e Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Londrina, Londrina – PR, chefe da disciplina de Oftalmologia no curso de Medicina do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz, Cascavel – PR, machado@institutodavisao.com

³ Mestre em Farmácia pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel – PR, patricia_lucca@hotmail.com

⁴ Médica Oftalmologista graduada em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba -PR, Residência em Oftalmologia na Santa Casa da Misericórdia de Curitiba - PR

1. INTRODUÇÃO

O Herpes Zoster (HZ) corresponde à reativação tardia do Vírus Varicela Zoster (VZ). Sendo geralmente visto na população idosa e mais comum quando a imunidade celular ao vírus da varicela zoster diminui. (AYDIN *et al* 2016).

Segundo estudos europeus a prevalência do Herpes Zoster em crianças menores de 10 anos é de aproximadamente 1/1000, aumentando essa incidência principalmente após os 50 anos (PINCHINAT *et al*, 2013).

A manifestação do Herpes Zoster se dá principalmente nos dermatômos torácicos, porém cerca de 10% podem ocorrer na forma de Herpes Zoster Oftálmica (HOKAZONO, *et al* 2009).

O diagnóstico do Herpes Zoster é baseado na história e na clínica do paciente. O tratamento precoce com aciclovir (800mg por dia) reduz a dor aguda e complicações oculares.

O objetivo deste é relatar a associação rara entre a Herpes Zoster oftálmica em crianças e o curto período de latência do Virus Vacicela Zoster em uma criança saudável, sem problemas imunológicos.

2. DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 6 anos, branca, previamente hígida, natural e procedente de Guarapuava – PR comparece ao serviço dia 06/ 07/2017 com queixa de lacrimejamento em olho esquerdo (OE) há 5 dias, com hiperemia e ardência, porém sem secreção, queixando-se ainda de dor e embaçamento associados. Teve varicela há 15 dias, com lesões em rosto também. Nega comorbidades e alergias. Histórico familiar de avô paterno com catarata.

Ao exame físico apresentava-se com sinais vitais estáveis, ausculta cardíaca e respiratória sem alterações e abdome sem dor a palpação ou presença de visceromegalias. Ao exame ocular acuidade visual: olho direito (OD) = 20/20, olho esquerdo (OE) = 20/100. Biomicroscopia: OD= normal, OE= ceratite puntacta e edema estromal corneano. Fundoscopia: normal AO - exame dificultado pela fotofobia

Aventada a hipótese diagnóstica de ceratite herpética OE. Foram prescritos aciclovir 200 mg 1cp 6/6h 7d, aciclovir pomada oftálmica 4x/dia, dexametasona + sulfato de neomicina + sulfato de polimixina colírio 6/6h 7dias e lubrificante colírio até 4 vezes ao dia. Retorno em 3 dias.

Em 10/07/17, paciente retorna referindo melhora, sem dor e prurido. Ainda com um pouco de fotofobia. Ao exame ocular AV OE= 20/30 parcial. Biomicroscopia: OE= melhora do edema, porém ainda certa opacidade, melhora da ceratite. Mapeamento de retina: normal em ambos os olhos. Mantida a conduta com aciclovir VO, aciclovir pomada 4x/d, dexametasona + sulfato de neomicina + sulfato de polimixina passo para 8/8h. Retorno em 5 dias.

Em 14/07/17 paciente retorna sem queixas. Ao exame ocular AV: OE= 20/20. Biomicroscopia: OE= opacidade corneana em setor nasal inferior, não cora com fluoresceína. Mantido aciclovir pomada 3x/dia e receitado fluormetolona 3x/dia, suspenso dexametasona + sulfato de neomicina + sulfato de polimixina. Retorno em 1 semana.

Em 21/07/17, sem queixas. Biomicroscopia: OD= normal, OE= discreta opacidade corneana nasal inferior. Refração sob cicloplegia: +0,75 esf AO 20/20. Mapeamento de retina: normal em ambos os olhos. Mantido aciclovir pomada e fluormetolona, porém reduzido para 2x/dia por 5 dias e após 1x/dia por 7 dias. Retorno em 15 dias.

Em 08/08/17 Biomicroscopia: OD= normal, OE= leucoma muito discreto setor nasal inferior. Fundoscopia: normal AO 20/20. Mantido sem colírios.

O hemograma completo, velocidade de hemossedimentação e proteína C reativa eram normais. As sorologias para HIV, hepatite C e B foram negativas.

3. DISCUSSÃO

O Herpes Zoster é causado pelo vírus da Varicela Zoster (VZV). A varicela é uma infecção extremamente contagiosa, sua transmissão se dá por via respiratória, sendo geralmente uma doença benigna. A reativação do VZV resulta em Herpes Zoster, sendo que seu mecanismo de reativação ainda é desconhecido. (KASPER *et al*, 2017).

Os principais fatores de reascensão do Herpes Zoster são a idade avançada, seguida pela imunossupressão, trauma e irradiação, fatores os quais a paciente não apresentava ou não possuía histórico de exposição (Manual CBO). Sendo caracterizado por erupção vesiculosa unilateral em dermatomo, podendo estar associado a dor intensa. Os dermatomos comumente afetados são de T3 a L3. (KASPER *et al*, 2017). Há aproximadamente um milhão de casos de Herpes Zoster por ano, sendo que 10% destes são Herpes Zoster Oftálmica. (ANDERSON, 2017).

Em geral, o Herpes Zoster é incomum em paciente com menos de 10 anos de idade e raro em lactentes. Entretanto, quanto mais jovem o indivíduo adquire a VZV, maior a

probabilidade do herpes zoster se desenvolver na infância ou na fase adulta precoce. Em crianças a asma é um fator de risco para a reativação do vírus e desenvolvimento da doença. (LEUNG e BARANKIN, 2015).

Em estudo realizado através de revisão bibliográfica, levantando dados de toda a União Europeia, Islândia, Suíça e Noruega durante os anos de 1960 a 2010, a incidência anual de HZ na Europa foi de 0,3–0,74 / 1.000 em crianças menores de 10 anos, 7,8 / 1.000 adultos de 60 anos ou mais, e 10/1 000 em idosos com mais de 80 anos de idade. Mostrando a tendência da doença ser manifesta mais comumente na velhice, a paciente em questão se enquadra na estatística de menores de 10 anos, a qual é evidente a raridade da manifestação da doença nessa faixa etária. (PINCHINAT *et al*, 2013).

O Herpes Zoster Oftálmico (HZO) ocorre devido a essa reativação do vírus VZV na divisão oftálmica do quinto (V) nervo craniano (trigêmeo) no Gânglio de Gasser. O ramo oftálmico é dividido em ramo nasociliar, frontal e lacrimal. (Manual CBO). Zoster afeta os nervos cranianos em 5% das crianças e 13% em adultos e aproximadamente metade desses pacientes tem envolvimento ocular (FREITAS *et al*, 2006). Os sintomas oculares são mais comuns quando há vesículas, durante a varicela, na ponta do nariz, indicando acometimento do nervo nasociliar (V1), sinal de Hutchinson. (KASPER *et al*, 2017).

O sinal de Hutchinson é um sinal preditivo clínico de envolvimento ocular, pois o nervo nasociliar inerva estruturas oculares como conjuntiva, córnea e íris. Pacientes que apresentam esse sinal aumentam a incidência de envolvimento ocular em duas vezes, no caso em estudo, a paciente apresentou o sinal de Hutchinson durante a Varicela. Porém, aproximadamente um terço dos pacientes que não apresentam o sinal também podem ter envolvimento ocular. Sendo assim, é um sinal útil, porém não determinante de manifestações oculares. (ANDERSON, 2017).

Um dos fatores mais incomuns encontrados nesse caso está relacionado ao período de latência entre VZV e o surgimento da HZO. Em estudo realizado pela Universidade Federal de São Paulo no ano de 2006 com 10 crianças que tiveram herpes zoster oftálmica, percebeu-se que em média o quadro de latência entre a Varicela e o Zoster é de aproximadamente 3,8 anos se a Varicela ocorrer no primeiro ano de vida da criança e 6,2 anos se a Varicela ocorrer após o primeiro ano. A paciente em questão apresentou um quadro de latência de 15 dias, não sendo encontrado até então na literatura médica nenhum caso similar. (FREITAS, 2006).

O Herpes Zoster pode levar a ceratite, sendo capaz de afetar todas as camadas da córnea. O vírus VZV pode causar dano progressivo aos nervos sensoriais da córnea, devido a sua característica neurotrópica e sua capacidade de latência e episódios de reativação.

(HASSAN *et al*, 2017). Além disso, o Herpes Zoster Oftálmico geralmente é uma doença debilitante que pode resultar em cegueira na ausência de terapia antiviral. (KASPER *et al*, 2017).

O quadro clínico do Herpes Zoster com envolvimento ocular se apresenta com olho vermelho dolorido mais comumente causado por ceratite corneana ou uveíte. Outras formas de envolvimento ocular relatadas na literatura é hemiplegia aguda, escleroceratite com uveíte anterior, oclusão da artéria central da retina, atrofia óptica, entre outros. (FREITAS *et al*, 2006) A paciente em estudo apresentou dor, hiperemia, ardência, embaçamento visual e ceratite corneana.

O diagnóstico do Herpes Zoster é baseado na história e na clínica do paciente. Em casos de dúvida pode ser realizado o diagnóstico laboratorial, facilitado pela acessibilidade do vírus nas lesões cutâneas, realiza-se por cultura viral, detecção de antígenos virais por imunofluorescência ou por amplificação de ácidos nucleicos de VVZ pela técnica de PCR. (RODRIGUES *et al*, 2010). O diagnóstico diferencial para Herpes Zoster deve incluir infecção por Herpes simples, impetigo, dermatite de contato, queimadura química e picada de inseto. (FREITAS *et al*, 2006).

É possível realizar a prevenção da Varicela através da imunização. No Brasil, a vacina combinada tetra viral está disponível em calendário nacional do SUS desde 2013 (Ministério da Saúde). A paciente possuía todas as vacinações em dia, incluindo a tetra viral. Porém alguns autores não observaram nenhum impacto da vacinação contra varicela na incidência de Herpes Zoster. (PINCHINAT *et al*, 2013)

O tratamento precoce com aciclovir, 800mg por dia, dividido em 4 vezes ou até 1000mg dividido em 5 vezes, reduz a dor aguda e complicações oculares. Recomenda-se também o uso de colírios com corticoides, com cautela associado a aciclovir pomada, sendo que em infecções mais graves pode ser necessário o uso oral. Portanto, os corticosteroides orais ou tópicos em combinação com antivirais orais são o tratamento de escolha para HZO recorrente e crônica, este foi o tratamento ao qual a paciente foi submetida, mostrando boa resposta ao mesmo. (BANDEIRA *et al*, 2016).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora raro, a Herpes Zoster com acometimento ocular pode ocorrer em crianças. Em relação ao intervalo entre a Varicela e o Zoster não foi encontrado na literatura nenhuma

apresentação com tal período de latência, sendo este um caso raro. A paciente em estudo não apresentava qualquer problema de saúde, ficando claro também que nem sempre a manifestação do Herpes Zoster Oftálmica está associada há problemas imunológicos, malignidade ou infecção pelo HIV (FREITAS *et al*, 2006)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON, E; FANTUS, R J; HADDADIN, R I; Diagnosis and Management of Herpes Zoster Ophthalmicus. **Disease-a- Month**, ELSEVIER, Volume 63, p. 38-44, fevereiro 2017.

AYDIN, E; BALIKOGLU-YILMAZ, M; IMRE SS; KOC, F; KAZANCI, L; OZTURK, AT; A Rare Patient With Orbital Apex Syndrome, Anterior Uveitis, and Necrotizing Scleritis Due to Herpes Zoster Ophthalmicus. **The Journal of Craniofacial Surgery**, Volume 28, Número 8, p. e750, novembro 2016.

BANDEIRA, F; ROIZENBLATT, M; LEVI, G C; FREITAS, D; JUNIOR, R B, Herpes Zoster Ophthalmicus and Varicella Zoster Virus Vasculopathy. **Arq. Bras. Oftalmol.**, Volume 79, Número 2, São Paulo, março/abril 2016.

FREITAS, D; MARTINS, E N; ADAN, C; ALVARENGA, L S, PAVAN-LANGSTON D, Herpes Zoster Ophthalmicus in Otherwise Healthy Children. **American Journal of Ophthalmology**, Volume 142, Número 3, setembro 2006

HASSAN, O M; FAROOQ, A V; SOIN, K; DJALILIAN, A R; HOU, J H; Management of Corneal Scarring Secondary to Herpes Zoster. **Cornea**, Volume 0, Número 0, 2017.

HOKAZONO, K; OLIVEIRA, M; MOURA, F C; MONTEIRO, M L R; Síndrome do Ápice Orbitário Causada por Herpes Zoster Oftálmico: Relato de Caso e Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, 68, p. 304-308, 2009.

KASPER, D L [et al.]; **Medicina Interna de Harrison**. Tradução: FONSECA, A V [et al]; revisão técnica: FINKELSZTEJN, A [et al]. 19 edição, Porto Alegre; AMGH, 2017, 2 V., cap 39 – p. 200, cap 217 – p. 1183- 1186.

LEUNG, A K C; BARANKIN, B; Herpes Zoster in Childhood. **Open Journal of Pediatrics**, Volume 5, p. 39-44, março 2015.

MANUAL CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Calendário de Vacinação**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2013/09/vacina-contracatapora-compoeocalendario-nacional-devacinacao>. Acesso em: 3 jun 2018

PINCHINAT, S; CEBRIÁN-CUENCA, A M; BRICOUT, H; JOHNSON, R W; Similar Herpes zoster Incidence Across Europe: Results From a Systematic Literature Review. Epidemiology Department, Sanofi Pasteur MSD, França, 10 abril 2013

RODRIGUES, V; GOUVEIA, C; BRITO, M J; Herpes Zoster na Infância, **Acta Pediátrica Portuguesa**, Sociedade Portuguesa de Pediatria, Volume 41, Número 3, p. 138-140, Lisboa, 2010