

Como eu trato herpes zoster

Nélio Artiles de Freitas ¹, Nathália Félix Araújo ².

¹ Professor titular da Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina de Campos. Chefe do Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Ferreira Machado, Campos dos Goytacazes-RJ.

² Aluna da 4ª série da Faculdade de Medicina de Campos

O vírus varicela-zoster (VZV) é um vírus exclusivamente humano que pode determinar duas apresentações clínicas: a varicela (catapora) que é a primo-infecção em susceptíveis e o herpes zoster que é decorrente da reativação de uma latência viral, que ocorre em gânglios das raízes dorsais dos nervos sensitivos. Esta reativação costuma ocorrer por uma depressão ocasional na imunidade celular como a que acontece em adultos jovens saudáveis; ou por depressão progressiva como é vista na idade mais avançada; ou ainda por grave imunossupressão secundária a neoplasias, uso de imunossupressores, quimioterapia, infecção pelo HIV, etc. Caracteriza-se pelo aparecimento de uma erupção eritematovesicular em um dermatomo específico, após um pródromo de dor de intensidade variável, acompanhada de disestesia (hiperestesia ou hipoestesia). As vesículas costumam se agrupar no espaço de 12 a 24 horas, podendo evoluir a seguir para bolhas e em sete a dez dias para crostas, que podem persistir por duas a três semanas. A localização torácica é a mais freqüente, podendo atingir também as regiões craniana, cervical e lombossacra. Ocasionalmente pode ocorrer uma apresentação sem erupção cutânea ou com apenas poucas e imperceptíveis lesões, explicando alguns casos de neurites não esclarecidas. O comprometimento do ramo oftálmico do trigêmio pode determinar sérias complicações oculares, assim como o do nervo facial levando a paralisia facial (Síndrome de Ramsay Hunt). Apesar de ser uma doença autolimitada no imunocompetente, complicações podem ocorrer, dentre as quais, a mais comum é a neuralgia pós-herpética que pode persistir por meses e até anos após o surgimento da doença. O zoster não é uma doença comum em crianças saudáveis; abaixo dos 2 anos de idade, na maioria das vezes, é consequência de varicela materna durante a gestação. A dor intensa que costuma acompanhar a erupção cutânea no adulto está praticamente ausente na infância, bem como a neuralgia pós-herpética. O herpes zoster

apresenta baixa contagiosidade, sendo de 0,1% a chance de desenvolvimento de varicela após contacto com paciente afetado.

Os principais objetivos do tratamento desta doença são: controle da dor aguda associada ao herpes zoster; prevenção e tratamento da neurite pós-herpética; controle da replicação viral nos imunodeprimidos ou com herpes oftálmico; e controle das infecções secundárias.

Tratamento tópico:

1. Manutenção do rash limpo e seco para diminuir a possibilidade de infecção bacteriana secundária.
2. É contra-indicado o uso de medicação tópica, como produtos com anestésicos, antibióticos e anti-histamínicos, pelo risco de sensibilização e por interferirem com o acompanhamento da evolução das lesões.
3. Deve ser evitada a oclusão das lesões.
4. As unhas, principalmente das crianças, devem ser mantidas aparadas.

Tratamento antiviral:

1. Antivirais sistêmicos

Devem ser administrados idealmente nas primeiras 72 horas após o aparecimento do rash. O seu uso se fundamenta em estudos que comprovaram sua ação na redução do tempo de permanência viral nas lesões, no menor aparecimento de novas lesões e na cura mais rápida do rash. A inibição da replicação viral também teria efeito benéfico na neuralgia pós-herpética através da ação de redução do dano neural. O aciclovir, valaciclovir e o fanciclovir são ótimas opções quando administrados nas primeiras 72 horas após o surgimento das erupções, reduzindo a intensidade da dor e a gravidade de sua evolução, particularmente no imunodeprimido. - Aciclovir: derivado primário análogo da guanosina, que atua inibindo a DNA polimerase. Por via oral no adulto imunocompetente ou com zoster oftálmico ou com uma neurite aguda grave

é utilizado na dose de 800mg cinco vezes ao dia ou de 4 em 4 horas durante o dia, eliminando a última tomada da madrugada, por sete a dez dias. A via venosa é reservada para os imunodeficientes, para quadros disseminados ou com comprometimento do sistema nervoso central, na dose de 5 a 10 mg/kg de 8 em 8 horas. - Valaciclovir, um derivado do aciclovir com uma vantagem de ter uma maior biodisponibilidade. Deve ser administrado na dose de 1g por via oral de 8 em 8h também por sete a dez dias. Em imunodeficientes foi associado à síndrome hemolítico-urêmica em doses de 8g ao dia. - Fanciclovir, apesar da meia vida intracelular e biodisponibilidade menores, pode ser uma opção na dose de 500 a 750mg por via oral de 8 em 8 horas por sete a dez dias.

Os mais comuns efeitos adversos dos antivirais são náuseas e cefaléia relatados em 10 a 20% dos casos.

2. Antivirais tópicos

Não são recomendados pela falta de comprovação de eficácia.

Corticoterapia:

A prednisona apresenta uma boa eficácia na redução da dor da fase aguda, mas não tem benefício comprovado na neuralgia pós-herpética. A dose recomendada é de 40 a 60 mg/dia durante 20 dias, com redução gradativa (10mg a cada dez dias). Devem ser consideradas as contra-indicações relativas ao seu uso como diabetes, hipertensão arterial e glaucoma.

Analgésicos:

O uso de analgésicos na dor aguda do herpes zoster além de atenuar as repercussões na qualidade de vida do paciente poderia também contribuir para a diminuição do risco da neuralgia pós-herpética. Dores moderadas podem ser controladas com analgésicos simples como dipirona ou acetaminofen ou anti-inflamatórios não hormonais, isolados ou em combinação com fracos opióides como codeína ou tramadol. A associação paracetamol (500mg) e codeína (7,5 ou 30mg) tem sido usada freqüentemente de 6 em 6 horas ou 8 em 8 horas com boa analgesia ; ou o tramadol de 50-100mg 2 a 4 vezes ao dia. Dores de maior intensidade que interferem com o sono podem ser tratadas com potentes opióides. É recomendado o uso da morfina e da oxicodona. O sulfato de morfina 15 a 30mg de 6 em 6 horas pode ser uma opção. Em caso de resposta inadequada aos opióides ou mesmo, caso se queira fazer uma opção diferente pode-se lançar mão de outras classes de medicamentos como os antidepressivos tricíclicos (amitriptilina e a nortriptilina) com preferência para a

nortriptilina, na dose de 25mg à noite, com aumento progressivo de acordo com a necessidade; ou a gabapentina; ou ainda a pregabalina. A gabapentina pode ser usada inicialmente na dose de 100mg a 300mg de 8 em 8 horas até a dose máxima de 3.600mg por dia. Caso nenhuma destas opções traga alívio ao paciente resta a possibilidade do bloqueio nervoso.

Tratamento das principais complicações do herpes zoster:

1. Neuralgia pós-herpética

A neuralgia pós-herpética é definida como a dor que persiste por mais de 120 dias após o início do rash. A dor crônica tem levado a uma queda expressiva da qualidade de vida dos pacientes relacionada a quadros de depressão, estados de ansiedade extrema e interferência no sono e redução na capacidade produtiva. O tratamento da neuralgia pós-herpética necessita de uma abordagem ampla que envolve analgésicos e antidepressivos tricíclicos nas mesmas doses descritas para a dor aguda. Além da gabapentina podem ser utilizados anticonvulsivantes como a Carbamazepina na dose de 200mg inicialmente à noite, chegando até o uso de 8 em 8 horas; ou a fenitoína na dose de 100 a 300mg à noite. Cremes à base de capsaicina ou de lidocaína na topografia da dor podem trazer algum alívio.

2. Infecção secundária

A infecção da pele como complicação após o aparecimento das lesões típicas do herpes zoster é muito comum, mas infelizmente o início de antimicrobianos tem sido muito precoce e sem indicação precisa. É preciso entender a evolução natural do processo infeccioso viral com o aparecimento das vesículas e bolhas e posteriormente crostas com uma secreção própria que não representa infecção bacteriana. A presença de febre, dor e secreção costuma fazer parte da própria evolução do herpes zoster, sendo necessário um acompanhamento freqüente do aspecto da lesão para definir uma mudança do aspecto clínico como edema, eritema intenso ao redor das lesões caracterizando uma celulite, formação de pústulas, febre alta e retardo na resolução do processo inflamatório. O esquema atualmente preconizado é um antibiótico betalactâmico (penicilina ou cefalosporina) visando atuação em patógenos freqüentemente reconhecidos como o *Streptococcus pyogenes* e o *Staphylococcus aureus*: Cefadroxil (15-30mg/Kg/dia 8 em 8 horas ou de 12 em 12 horas) ou Cefalexina (30-50mg/Kg/dia de 6 em 6 horas) por via oral; e Cefalotina (50-200mg/Kg/dia de 4 em 4 ou 6 em 6 horas) por via venosa.

Em caso de infecções mais severas pode-se usar ou associar a Clindamicina pela possível ação intracelular desta droga neutralizando toxinas bacterianas: Clindamicina (20-50mg/Kg/dia de 6 em 6 horas).

3. Complicações oculares

A lista de complicações oculares do herpes zoster é grande: disfunção palpebral por cicatrização, conjuntivite, episclerite, ptose palpebral, ceratite, iridociclite, retinite hemorrágica, necrose retiniana aguda, coroidite, papilite, neurite retrobulbar, atrofia óptica, pupila de Argyll-Robertson e paralisia do 3º, 4º e 6º pares cranianos, glaucoma agudo ou crônico, neuralgia pós-herpética entre outros. O acompanhamento por oftalmologista é essencial. Além de antivirais e analgésicos é preconizado o uso de compressas úmidas mornas ou frias (por vezes de forma alternada); pomadas oftálmicas a base de bacitracina-polimixina para proteger superfície ocular; corticosteróide tópico na doença

imunológica da córnea, episclerite, esclerite e irite; cicloplégico; e drogas que reduzam a pressão ocular. Deve-se evitar o uso de antivirais tópicos pela sua ineficácia. O uso de corticosteróide sistêmico (Prednisona 20mg 3 vezes ao dia por 4 dias, 2 vezes ao dia por 6 dias e 1 vez ao dia por 4 dias) deve ser considerado na presença de dor moderada e rash extenso.

Suporte psicoemocional

É fundamental transmitir segurança para os pacientes que se apresentam muitas vezes ansiosos e deprimidos pelo sofrimento secundário à dor intensa e pela possibilidade de outras complicações do herpes zoster, particularmente a dor crônica. Na doença aguda, a orientação sobre o cuidado das lesões, assim como o uso adequado das medicações prescritas tem importância fundamental na prevenção das complicações do herpes zoster.

Referências Bibliográficas

1. Fernandes FO, Frade JMS, Marinho LAC, Pereira ACM. Herpes zoster. In: Marinho LAC, Tavares W, editores. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 1ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2005. p. 551-554.
2. Feldman C, Berezin EM. Varicela Zoster. In: Veronesi R, Focaccia R, editores. Tratado de Infectologia. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2005. p. 683-69.
3. 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; 44: S1-26. Succi RCM, Peres LVC. Varicela-Zoster. In: Farhat CK, Carvalho ES, Carvalho LHFR, Succi RCM, editores. Infectologia Pediátrica. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 1998. p. 497-506.