

Herpes zoster oftálmico em crianças⁺

Herpes zoster ophthalmicus in children

Consuelo Bueno Diniz Adan ⁽¹⁾
Denise de Freitas ⁽²⁾

RESUMO

Durante um período de 12 meses foram diagnosticados cinco casos de herpes zoster oftálmico (HZO) em crianças de dois a doze anos de idade. O diagnóstico da doença foi clínico e todas as crianças foram tratadas com aciclovir sistêmico e, quando necessário, medicação tópica ocular. Os 5 casos foram acompanhados por um período variável de 2 semanas a 11 meses. Somente um caso evoluiu com complicações oculares e nenhum desenvolveu neuralgia pós-herpética.

São discutidos aspectos epidemiológicos e clínicos do HZO, ressaltando maior frequência desta afecção em crianças e jovens, tida como pequena na literatura mundial nestas faixas etárias. A revisão da literatura nacional confirmou que a incidência de Herpes Zoster no jovem é maior do que no idoso em São Paulo e alerta que dados epidemiológicos estrangeiros nem sempre representam a realidade brasileira, devendo ser usados com critério.

Palavras-chave: Vírus varicela-zoster; Herpes zoster oftálmico; Crianças; Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

O vírus varicela-zoster (VVZ) aparece em humanos sob duas formas distintas: a varicela e o herpes-zoster (HZ), conhecidos como catapora, ou tatapora e cobreiro ou cobreiro, respectivamente.

Em relação à patogênese da doença, após a infecção primária (varicela) o VVZ permanece latente no gânglio sensorial e durante a reativação retorna, centrifugamente, para o dermatomo correspondente, causando o HZ ¹.

O HZ é uma doença esporádica, de incidência muito menor que a varicela. Esta incidência é citada nos Estados Unidos como variando de 3,4 a 4,8/1.000 habitantes, acreditando-se que 10 a 20% da população desenvolverá, pelo menos, um episódio de HZ. A doença tem um baixo índice de mortalidade em contraste com a morbidade. Esta tende a ser alta sob a for-

ma de neuralgia pós-herpética e doença ocular, mais freqüente no idoso.

Na literatura são relatados como fatores predisponentes ao desenvolvimento do HZ: a depressão da imunidade celular secundária ao envelhecimento, síndrome da imunodeficiência adquirida, neoplasias, discrasias sangüíneas e imunossupressão iatrogênica em pacientes transplantados ². A incidência de HZ e a severidade da doença no imunocomprometido aumentam 10 a 20 vezes em relação à população saudável.

O HZ tem sido considerado altamente relacionado à faixa etária. Acredita-se que o risco de desenvolver a doença aumenta com a idade, sendo que a maioria dos casos relatados na literatura mundial ocorre após os 45 anos de idade. É citado que menos de 10% dos casos ocorrem antes dos 20 anos de idade. A ocorrência em crianças, apesar de rara, tem sido referida.

O objetivo deste trabalho é relatar o

⁺ Trabalho realizado no Setor de Patologia Externa, Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina - São Paulo - SP.

(1) Pós-graduando, nível mestrado, Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina.

(2) Doutora em Oftalmologia, Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina.

Endereço para correspondência: Dra. Consuelo B.D. Adan, Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina, Rua Botucatu, 822 - Vila Clementino, São Paulo, SP. - CEP 04023-062

acometimento de 5 crianças com HZO e rever a literatura. A incidência desta doença na população jovem, considerada baixa na literatura mundial, parece ser maior na cidade de São Paulo.

PACIENTES E MÉTODOS

Durante um período de 12 meses (março 92-março 93) foram diagnosticados clinicamente 5 casos de HZO em crianças de 2 a 12 anos, no setor de Patologia Externa do Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina. A resolução do processo variou de 5 a 16 dias e o acompanhamento foi de 1 mês e meio a 11 meses após a alta hospitalar.



Figura 1. Caso 3.

Caso 1

Paciente de 8 anos e 6 meses, sexo masculino, branco, procurou nosso Serviço em março de 1992 com queixa de 3 dias com lacrimejamento do olho esquerdo, associado ao aparecimento de vesículas, hiperemia e edema na fronte, pálpebra superior esquerda e nariz. Portador de asma brônquica, referia varicela aos 18 meses de idade.

Exame físico: bom estado geral, peso adequado à estatura. Observada presença de micropoliadenopatia cervical, vesículas e crostas respeitando a hemiface esquerda, estendendo-se da fronte até a região periocular e região nasal. O exame oftalmológico revelou acometimento da pálpebra superior esquerda, paralisia parcial do III par craniano, hiperemia conjuntival discreta, sensibilidade corneana de 10+/10+ no olho direito e 0+/10+ no olho esquerdo e ceratite punctata superficial. Hemograma e radiografia de tórax foram normais e a pesquisa do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) negativa.

Nosso diagnóstico foi eutrofia e HZO.

O tratamento instituído foi aciclovir 800mg, V.O., 5x/dia, durante 10 dias, além de aciclovir pomada oftálmica 5x/dia e atropina colírio 3x/dia.

A criança evoluiu com resolução do processo dermatológico, tendo como seqüela a presença de lesões hiperocrômicas no dorso do nariz. Até o

11º mês de evolução, a criança permanecia com anestesia corneana, desenvolvendo ulceração trófica de repetição.

Caso 2

Paciente de 6 anos, sexo feminino, parda, atendida em nosso serviço em abril de 1992 com queixa de cefaléia e dor no olho direito. Houve aparecimento concomitante de vesículas, hiperemia e edema no hemicrânio direito, acometendo couro cabeludo e fronte. Portadora de asma brônquica, negava varicela ou qualquer outro antecedente.

Exame físico: bom estado geral, adequação do peso à estatura. Presença de adenomegalia cervical posterior direita, vesículas, bolhas e crostas respeitando a hemiface direita. O exame ocular revelou acometimento da pálpebra superior direita, hiperemia conjuntival discreta, ceratite punctata superficial e sensibilidade corneana de 5+/10+ no olho direito e 10+/10+ no olho esquerdo. Hemograma e radiografia de tórax foram normais.

Nosso diagnóstico foi eutrofia e HZO.

O tratamento instituído foi aciclovir 800mg, V.O., 5x/dia, durante 10 dias associado a aciclovir pomada oftálmica, 5x/dia e colírio ciclopéptico 3x/dia.

A criança evoluiu com resolução do processo dermatológico e oftalmológico, sem seqüelas.

Caso 3

Paciente de 3 anos e 1 mês, sexo masculino, pardo, atendido em nosso Serviço em março de 1993 referindo vesículas, crostas, hiperemia e prurido no hemicrânio direito. Mãe referia ter tido varicela 20 dias antes do parto da criança e esta teve varicela aos 2 anos de idade. Negava outros antecedentes.

Exame físico: regular estado geral, baixo peso em relação à estatura, hipoativo, linfonodos submandibular e axilar palpáveis. Presença de hipe-

remia, edema e lesões bolhosas na hemiface e região pariocular direita (Figura 1). O exame ocular apresentou-se normal, exceto por discreta hiperemia conjuntival. Não foi possível testar a sensibilidade corneana. Hemograma e radiografia de tórax foram normais e pesquisa do HIV foi negativa.

Nosso diagnóstico foi desnutrição proteico-calórica grau I e HZO.

Como tratamento foi instituído aciclovir 30mg/kg/dia, E.V., durante 10 dias, além de limpeza das lesões.

A criança evoluiu com infecção bacteriana secundária das lesões de pele, tratada com penicilina cristalina. Apresentou boa resolução dos processos dermatológico e oftalmológico, sem seqüelas.

Caso 4

Paciente de 2 anos, sexo feminino, branca, atendida em nosso Serviço em outubro de 1992, referindo vesículas, crostas, hiperemia e prurido no hemicrânio esquerdo, acometendo couro cabeludo, fronte e pálpebra superior do olho esquerdo. Negava varicela ou qualquer outro antecedente.

Exame físico: bom estado geral, adequação do peso à estatura. Presença de hiperemia, edema e lesões bolhosas na hemiface e região periocular esquerdas, sem linfadenopatia. O exame ocular apresentava-se normal, exceto por discreta hiperemia conjuntival. Não foi possível testar a sensibilidade corneana. Hemograma e radiografia de tórax normais, e a pesquisa do HIV negativa.

Nosso diagnóstico foi eutrofia e HZO.

O tratamento instituído foi aciclovir 30mg/Kg/dia, E. V., durante 10 dias e limpeza das lesões.

A criança apresentou boa resolução do processo dermatológico e oftalmológico, sem seqüelas.

Caso 5

Paciente de 12 anos, sexo feminino,

branca, atendida em setembro de 1992, queixando-se de vesículas e crostas no hemicrânio esquerdo, fronte e pálpebra superior esquerda, sem dor ou prurido. Como antecedente pessoal referia varicela aos 5 anos de idade.

Exame físico: bom estado geral, presença de hiperemia, edema e bolhas na hemiface e região periocular esquerdas, sem linfadenopatia. O exame ocular apresentava-se normal, exceto por discreta hiperemia conjuntival.

O diagnóstico foi HZO.

O tratamento instituído foi aciclovir 800mg, V. O., 5x/dia, durante 10 dias, além da limpeza das lesões.

A criança apresentou boa resolução dos processos dermatológico e oftalmológico, sem seqüelas.

DISCUSSÃO

O HZO é considerado manifestação clínica de reativação do VVZ latente no gânglio trigeminal. A reinfecção exógena tem sido cogitada em habitantes de países tropicais, aparentemente mais susceptíveis⁴. A afecção é uma dermatovirose caracterizada por neurite com dor radicular unilateral e erupção eritemico-vesicular limitada ao dermatomo inervado pelo gânglio sensorial afetado.

A infecção primária (varicela) pode ser subclínica, de modo que os pacientes podem negar o antecedente da mesma, como ocorreu em algumas das crianças aqui relatadas.

O quadro clínico do HZO típico consiste no aparecimento de edema e hiperestesia no dermatomo acometido associado a vesículas com conteúdo seroso que, posteriormente, torna-se turvo. As crostas surgem com 10 dias de evolução⁵. Quando o HZO acomete crianças ou jovens espera-se boa evolução, sem complicações, fato confirmado neste estudo.

O diagnóstico diferencial do HZ é feito com Herpes Simples, impetigo localizado, dermatite de contato, quei-

maduras e reação localizada secundária à inoculação do vírus vaccínia. Em alguns casos podem ser necessários exames laboratoriais para confirmação diagnóstica.

Neste estudo o diagnóstico foi baseado no quadro clínico vésico-eritematoso característico, sem que fosse necessário qualquer exame subsidiário.

A literatura mundial é concordante no que diz respeito aos aspectos epidemiológicos do HZ. Não há caráter sazonal ou predomínio quanto a sexo ou raça na infecção¹. A incidência de HZ em crianças é rara, principalmente antes dos 10 anos de idade. A partir daí sua freqüência aumenta constantemente a cada decênio sucessivo. É citado que 10-20% dos indivíduos acometidos por varicela na infância desenvolverão HZ após a 6ª década de vida¹. No paciente geriátrico tem sido relatada uma freqüência de 1-2% casos/ano, 12 vezes maior que a encontrada em crianças⁶. É importante lembrar que mães que desenvolvem varicela durante a gravidez terão maior chance de apresentar filhos com HZ na infância, como ocorreu com o caso 3⁷. Crianças acometidas por varicela numa idade muito pequena podem apresentar HZO ainda na infância (Caso nº 1).

O achado de 5 crianças com HZO num período de 12 meses nos surpreendeu bastante, motivando a realização de ampla revisão da literatura, principalmente da literatura nacional, a fim de averiguar se a incidência desta infecção estaria se apresentando diferentemente na população brasileira.

Um primeiro estudo epidemiológico, realizado em São Paulo, analisa a incidência de HZ nas diferentes faixas etárias, revelando discrepância entre dados do estudo e os da literatura mundial. A afecção nitidamente incidia mais freqüentemente na população jovem (57,3% nas faixas etárias de 0 a 30 anos e 12,7% acima dos 60 anos)⁸.

Outro estudo confirmou esses dados, observando o mesmo padrão de

distribuição. Houve predomínio da doença em pacientes jovens (47% com idade entre 10 e 39 anos) enquanto os pacientes idosos (60 anos ou mais) respondiam por apenas 24% dos casos⁹. Os autores acreditam que estes achados estão relacionados à composição etária da população. A cidade de São Paulo apresenta distribuição etária tipicamente piramidal, com base larga (grande quantidade de crianças e jovens), que se afunila em direção ao topo (pequena quantidade de idosos). Conseqüentemente, o HZ seria mais comum no jovem porque esta população é nitidamente maior.

Um estudo epidemiológico clássico de HZ, realizado na Inglaterra, confirmou os dados da literatura mundial. O HZ incidiu na população mais idosa, sendo que 42% dos pacientes apresentavam idade superior a 60 anos e somente 17% entre 0 e 29 anos¹⁰. Analisando-se a população da cidade onde o estudo foi realizado (Cirencester) notamos que sua distribuição etária é tipicamente fusiforme, característica de países desenvolvidos, onde somente 38,8% da população é jovem⁹.

Estudo realizado por Funaki & Elpern, no Havai, revelou uma incidência de 27,8% de casos de HZ na população entre 0 e 29 anos e de 35,3% em pacientes com mais de 60 anos de idade¹¹. Acredita-se que a distribuição etária havaiana analisada seja intermediária entre aquelas encontradas nas cidades de Cirencester e São Paulo, o que explicaria a incidência semelhante na população jovem e idosa⁹.

Estas análises nos permitem concluir que, como o número de jovens em nossa população é muito maior que o número de jovens de Cirencester, ocorre uma probabilidade maior do HZ ocorrer entre jovens em São Paulo. Na verdade a análise da incidência da doença por habitante, a qual elimina o fator distribuição etária, revelou que as taxas de HZ entre jovens de São Paulo e de Cirencester são bastante

semelhantes (0,63 e 0,44 respectivamente), o mesmo ocorrendo em idosos (2,41 e 2,11)⁹.

Estes achados nos levam a reavaliarmos o conceito de que HZO, entre pacientes jovens e saudáveis, é motivo para pesquisar fatores de risco de contaminação, com o HIV¹². Concordamos que os pacientes HIV positivos desenvolvem freqüentemente HZ, muitas vezes como primeira manifestação clínica da infecção pelo HIV. Mas também, achamos que esse conceito deva ser encarado com ressalvas no nosso meio, pelo fato de a incidência de HZ ser maior na população jovem^{8,9}. Portanto, acreditamos que a solicitação do teste para HIV, rotineiramente, possa ser evitada no paciente jovem sem antecedentes ou fatores de risco e, assim, onerar menos o serviço público.

CONCLUSÃO

O HZ tem sido mais freqüentemente observado na população jovem da cidade São Paulo, contrariando a literatura mundial que, tradicionalmente, afirma que essa afecção é mais freqüente no idoso.

Os achados deste trabalho nos levam a reavaliarmos o conceito de que HZO em crianças e jovens saudáveis é motivo para pesquisar fatores de risco de contaminação com o HIV. Achamos que esta conduta deva ser encarada com ressalvas, uma vez que a população jovem em nosso meio é maior do que a idosa e, portanto, observaremos um número maior de casos de HZO nesta faixa etária.

SUMMARY

We examined five children with herpes zoster ophthalmicus (HZO) in a 12 months period. The children had a follow up of 2 weeks to 11 months. The diagnosis was clinical, based on the characteristic skin rash. All

children were treated with systemic acyclovir and, if necessary topical eye medication. Only one case developed eye complications and none had post-herpetic neuralgia.

We discuss the epidemiological and clinical aspects of HZO, mainly because of the fact that the incidence in children and young people, considered rare in this age group in the world literature, was quite high in our study. The review of Brazilian literature disclosed that Herpes Zoster seems to have higher incidence in the young instead of the old population as we would expect. We conclude that foreign epidemiological studies should be interpreted with criteria because they may not represent our reality.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 STRAUS, S. - Clinical and biological differences between recurrent herpes simplex and varicella-zoster virus infections. *JAMA*, 262:3455-8, 1989.
- 2 RAGOZZINO, M.; MELTON III, L.; KURLAND, C.; CHU, C.; PERRY, H. - Population-based study of herpes zoster and its sequelae. *Medicine*, 61: 310-6, 1982.
- 3 KOUVALAINEN, K.; SALMI, A.; SALMIT, T. - Infantile herpes zoster. *Scand. J. Infect. Dis.*, 4: 91-6, 1972.
- 4 GERSHON, A. - Antibody to varicella-zoster in parturient women and their offspring during first year of life. *Paediatrics*, 58: 692-9, 1976.
- 5 PAVAN-LANGSTON, D. - The cornea: scientific foundations and clinical practice. In: SMOLIN, G.; THOFT, R. Boston, Little, Brown and Company, pp. 240-6, 1987.
- 6 HOPE-SIMPSON, R. - Herpes zoster in elderly. *Geriatrics*, 22: 151-9, 1967.
- 7 ESPANHA, MARINS, A.; PEREIRA, TAVARES, W. - Herpes zoster na infância. Relato de um caso. *ABP-Supl. Arq. Bras. Med.*, 68: 23-6, 1991.
- 8 OLIVEIRA FILHO, J.; NUNES, E. A.; CALADO, E. R.; BOSSA, F. V.; ALMEIDA, M. C. M.; GUIDONE, V. G. R. - Incidência das dermatoviroses no Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Santo Amaro, SP. *An. Bras. Dermatol.*, 63: 353-7, 1988.
- 9 CASTRO, L. & CHEN, S. - Zoster - mais freqüente entre jovens que entre idosos. *An. Bras. Dermatol.*, 65: 129-33, 1990.
- 10 HOPE-SIMPSON, R. - The nature of herpes zoster: a long-term study and a new hypothesis. *Proc. R. Soc. Med.*, 58: 9-20, 1965.
- 11 FUNAKI, B. & ELPERN, D. - Herpes zoster incidence in younger age groups (correspondence). *J. Am. Acad. Dermatol.*, 16: 883-4, 1987.
- 12 CARMICHAEL, J. - Treatment of herpes zoster and postherpetic neuralgia. *Am. Fam. Pract.*, 44: 203-10, 1991.