

Herpes zoster oftálmico em criança: um relato de caso

Autores: Joana Schnur Dallanora (dallas.joana@gmail.com); Érica C. Strada; Eduardo Kloeckner (URI). Grazielle Salcher; Fernanda de Oliveira; Susimara Anesi; Aline S. Frison; Gyovana Albertoni; Munique Hannecker e Marco Antônio Nardi (FHSTE).

Introdução: O Herpes Zoster Oftálmico (HZO) é uma condição causada pela reativação do vírus varicela-zoster, que permanece latente no gânglio sensorial após a infecção primária (Carrusca, 2015). O exantema vesicular distribui-se sob o dermatomo afetado, podendo gerar complicações como ceratite, uveíte e glaucoma, estando associado à imaturidade do sistema imune no público pediátrico (Rodrigues, 2010).

Relato de caso: A.G.T., sexo masculino, 11 anos, 28kg. Pai procurou atendimento hospitalar devido a lesões perioculares. Os sintomas iniciaram há 5 dias, com lesões vesiculares em região frontal que evoluíram para região palpebral superior e inferior à direita há 1 dia, associado a prurido e dor ocular. Calendário vacinal em dia. Ao exame físico de chegada: bom estado geral, afebril, sem linfonodomegalias cervicais. Pele: lesões vesiculares agrupadas com base eritematosa, associadas a hiperemia conjuntival, edema periorcular importante e quemose. Sinais vitais estáveis. Hemograma normal e HIV negativo. Administrado Aciclovir EV de 500mg, 3 vezes ao dia, por 7 dias, associado a Tobramicina e Dexametasona, de uso oftálmico. Prescreveu-se Hidroxizina, Dipirona e gelo local. Após 7 dias, com a evolução de vesículas para crostas, redução do quadro inflamatório, álgico e pruriginoso, o paciente recebeu alta hospitalar, devendo fazer uso de Aciclovir 500mg via oral, por 2 dias.

Discussão: Na pediatria, o HIV, as doenças autoimunes e a leucemia podem reativar o vírus varicela-zoster. O quadro clínico da HZO consiste no exantema vesicular doloroso, acometendo a região frontal e os tecidos oculares, edema palpebral e da córnea, fotofobia e hiperemia. Pode haver a fase prodrômica, com febre, ardor e prurido local, que perduram por até 3 dias antes das lesões cutâneas (Couto, 2020). O diagnóstico é clínico e o exantema, alodinia e hipersensibilidade costumam regredir após 3 semanas. O Aciclovir é a escolha para o tratamento, devendo ser endovenoso em quadros mais graves.

Conclusão: Por ser raro na população pediátrica, a identificação e tratamento precoce são fundamentais para evitar o comprometimento neurológico e a perda visual.

Referências:

COUTO, Bruna Albernaz Costa et al. Uma breve revisão literária sobre herpes zoster na faixa pediátrica com ênfase para as manifestações em imunossuprimidos. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 6, p.19123-19134. nov./dez.2020.

RODRIGUES, Vera; GOUVEIA, Catarina; BRITO, Maria João. **Herpes zoster na infância**. Lisboa, 2009. Repositório do Centro Hospitalar de Lisboa, 31 de Dezembro de 2009.

CARRUSCA, Catarina et al. Herpes zoster como primeira manifestação de infecção por vírus varicela zoster numa criança saudável. **Nascer e Crescer**. Revista do Centro Hospitalar do Porto. Porto, v. 25, n. 1, p 38-41. 31 de Dezembro de 2015.