

Manifestação orofacial do Herpes-Zóster: relatos de casos

Orofacial manifestation of herpes zoster: case reports

Manifestación orofacial del herpes zóster: informes de casos

RESUMO

Objetivo: Analisar a literatura atual sobre diagnóstico e tratamento do Herpes-zóster (HZ) e relatar dois casos atendidos no Hospital Regional do Agreste, destacando a importância do diagnóstico diferencial com infecção odontogênica. **Relato de Caso:** O primeiro caso descreve um paciente de 25 anos, inicialmente suspeito de infecção odontogênica, que apresentou lesões cutâneas no dermatomo do V3 e diagnóstico de HZ associado à sorologia positiva para HIV. O segundo caso relata um paciente de 52 anos com lesões nos dermatomos V1 e V2, perda de acuidade visual e também diagnóstico de HZ e HIV. Ambos receberam tratamento com aciclovir endovenoso, antibióticos e suporte clínico, com melhora significativa das lesões. **Considerações Finais:** O HZ pode ser a primeira manifestação clínica de imunossupressão, como no HIV, exigindo atenção ao diagnóstico precoce e abordagem multidisciplinar. A diferenciação entre infecções odontogênicas e virais é essencial para o tratamento adequado. A vacinação preventiva e o início rápido da terapia antiviral reduzem complicações como neuralgia pós-herpética e sequelas neurológicas. O avanço nas terapias antirretrovirais permite melhor controle da infecção pelo HIV, impactando positivamente o prognóstico de pacientes imunossuprimidos. **Palavras-chave:** Herpes Zoster; Infecção pelo vírus da Varicela-Zoster.

ABSTRACT

Objective: This study aims to review the current literature on the diagnosis and treatment of Herpes zoster (HZ) and to report two clinical cases treated at the Regional Hospital of Agreste, highlighting the importance of differential diagnosis with odontogenic infections. **Case Report:** The first case concerns a 25-year-old male who initially presented with suspected odontogenic infection but was later diagnosed with HZ involving the V3 dermatome and tested positive for HIV. The second case describes a 52-year-old male with lesions affecting the V1 and V2 dermatomes and decreased visual acuity, also diagnosed with HZ and HIV infection. Both patients received intravenous acyclovir, antibiotics, and supportive care, resulting in significant clinical improvement. **Conclusion:** HZ can be the first clinical sign of immunosuppression, particularly in HIV-positive individuals, emphasizing the need for early diagnosis and multidisciplinary management. Accurate differentiation between viral and odontogenic infections is crucial for appropriate treatment. Preventive vaccination and early antiviral therapy are essential to minimize complications such as postherpetic neuralgia and neurological sequelae. Advances in antiretroviral therapy have improved the prognosis of immunocompromised patients affected by HZ. **Keywords:** Herpes Zoster; Varicella Zoster Virus Infection.

Cláudia Fernanda Feitosa do Nascimento

ORCID: 0009-0005-5677-0025

Graduanda em Odontologia, Centro Universitário Tabosa de Almeida- ASCES-UNITA, Caruaru, PE, Brasil.
E-mail: claudiafernandanascimento57@gmail.com

Karen Ariely Rocha Arruda

ORCID: 0000-0002-7471-2946

Residência em Cirurgia e Traumatologia BucoMaxiloFacial do Hospital Regional do Agreste, Caruaru, PE, Brasil.
E-mail: karen.ariely@hotmail.com

Kaique Guerra Roque de Araújo

ORCID: 0009-0003-7413-4511

Graduanda em Odontologia, Centro Universitário Tabosa de Almeida- ASCES-UNITA, Caruaru, PE, Brasil.
E-mail: kaique.guerra.araujo@gmail.com

Igor Wesland Assunção de Sá

ORCID: 0000-0001-7616-1327

Faculdade de Medicina do Sertão – SL Mandic, Arcoverde, PE, Brasil.
E-mail: igor.wesland@yahoo.com.br

Airton Vieira Leite Segundo

ORCID: 0000-0002-6105-4753

Faculdade de Medicina do Sertão – SL Mandic, Arcoverde, PE, Brasil.
E-mail: airtonsegundo@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Analizar la literatura actual sobre el diagnóstico y tratamiento del herpes zóster (HZ) y presentar dos casos atendidos en el Hospital Regional del Agreste, destacando la importancia del diagnóstico diferencial con infecciones odontogénicas. **Reporte de Casos:** El primer caso describe a un paciente de 25 años, inicialmente sospechado de infección odontogénica, que presentó lesiones cutáneas en el dermatomo V3 y fue diagnosticado con HZ asociado a serología positiva para VIH. El segundo caso corresponde a un paciente de 52 años con lesiones en los dermatomas V1 y V2, disminución de la agudeza visual y diagnóstico de HZ y VIH. Ambos pacientes recibieron tratamiento con aciclovir intravenoso, antibióticos y soporte clínico, con mejoría significativa de las lesiones. **Conclusión:** El HZ puede ser la primera manifestación clínica de inmunosupresión, como en la infección por VIH, lo que resalta la importancia del diagnóstico precoz y el enfoque multidisciplinario. La diferenciación entre infecciones odontogénicas y virales es esencial para un tratamiento adecuado. La vacunación preventiva y el inicio temprano de la terapia antiviral reducen complicaciones como la neuralgia posherpética y las secuelas neurológicas. Los avances en la terapia antirretroviral han mejorado el pronóstico de pacientes inmunosuprimidos afectados por HZ. **Palabras clave:** Herpes Zóster; Infección por el Virus de la Varicela-Zóster.

INTRODUÇÃO

Herpes-zóster é uma doença causada pela reativação do Vírus Varicela Zoster (VVZ), um vírus neuroepiteliotrópico pertencente a família Herpesviridae¹. A infecção primária do vírus é chamada Varicela, conhecida popularmente como Catapora, uma doença altamente contagiosa que se manifesta principalmente por lesões cutâneas com amplo polimorfismo nas diversas formas evolutivas (mácula, pápula, vesículas, pústula e crostas), acompanhada de prurido. Outros sinais e sintomas incluem cefaléia, febre baixa, fadiga e perda de apetite². A Varicela geralmente é uma doença benigna, com resolução do quadro entre uma a duas semanas, sem deixar maiores sequelas. Após a infecção primária, o VZV se aloja nos neurônios ganglionares. Há um período de latência seguido da posterior replicação viral causada pela reativação do vírus, que caracteriza o HZ. Esse evento gera morte celular e inflamação cutânea no dermatomo acometido³. Sabe-se que os principais fatores de risco para HZ são idade avançada e imunossupressão (McKay, 2020).

Estimativa que a incidência de infecção por Herpes-zóster (HZ) seja cerca de 3 milhões de casos ao ano. No período de 2006 a 2016, o número de internações variou de 4.200 a 12.600 por ano no Sistema Único de Saúde (SUS). As regiões com maior número de internações foram Sudeste e Nordeste². Pacientes com infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) ou outras condições imunossupressoras apresentam maior risco, em comparação a população geral, de desenvolverem HZ e suas complicações, como neuralgia pós-herpética (NPH) e resistência aos anti-virais, devido à resposta imune insuficiente para o VVZ5. Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), a partir de 1981, o HZ passou a ser reconhecido como uma infecção frequente em pacientes portadores do HIV. Dados epidemiológicos mostram que a ocorrência é preditiva de soropositividade para HIV em populações de risco, quinze vezes mais frequente na população afetada. O contágio inicial pelo VZV é dado pela via aérea com alta taxa de transmissão em países temperados e seu diagnóstico é puramente clínico³. Contudo, quando necessário, é possível fazer análise laboratorial das lesões ativas utilizando reação em cadeia de polimerase viral (PCR) para detectar o DNA do VZV, ou imunofluorescência direta para o antígeno VZV ou raspagem das lesões vesiculares para o teste de Tzanck ou, até mesmo, análise histopatológica da lesão⁵. Uma variável da infecção pelo VZV é a Síndrome de Ramsay-Hunt que é o acometimento do gânglio geniculado do VII nervo craniano e a apresentação da tríade clássica paralisia facial ipsilateral, otalgia e erupção vesicular no conduto auricular⁶.

A HZ e a NPH podem ser evitadas com vacinação. Existem, atualmente, dois tipos principais de vacinas comercializadas mundialmente: a de vírus inativado (Shingrix) e a de vírus atenuado (Zostavax)⁴. A vacina Shingrix possui imunogenicidade e segurança aceitáveis, podendo ser administrada também a adultos imunocomprometidos⁷. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece às crianças de 12 meses de vida a primeira dose de vacinação contra VVZ, tríplice viral + varicela monovalente (vírus atenuado). A segunda dose de vacinação é ofertada aos 04 anos de idade ou até, no máximo, 07 anos de idade, varicela monovalente⁸.

Existem medicamentos antivirais que podem ser utilizados no tratamento do HZ: Aciclovir, Valaciclovir e Fanciclovir. A primeira escolha para o início do tratamento é o Aciclovir, 800mg via oral 5 vezes ao dia. Em situações de resistência ao medicamento, a opção é o Fanciclovir, 250-500mg via oral 3 vezes ao dia, ou Valaciclovir, 1000 mg via oral 3 vezes ao dia⁹. Esses medicamentos possuem

como efeito adverso toxicidade renal e desenvolvimento de insuficiência renal aguda (raro < 0,01%). Em pacientes com comprometimento renal pode ser necessário um ajuste da dose¹⁰.

O objetivo do presente estudo é fazer uma análise da literatura atual para fins de diagnóstico e tratamento de pacientes com Herpes- Zoster, com relato de dois casos admitidos no setor de urgência do Hospital Regional do Agreste pelo serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Clínica Médica.

RELATO DE CASO

CASO 01

Paciente sexo masculino, 25 anos, agricultor, deu entrada na Emergência do Hospital Regional do Agreste, com encaminhamento para avaliar possível infecção odontogênica. O paciente apresentava queixa de dor e ardência em hemiface direita e hipoacusia direita há aproximadamente sete dias. Fez uso de analgésicos e antibiótico em unidade de saúde na cidade de origem.

A história médica não revelou doenças crônicas, uso de medicação contínua, ou odontalgias prévias. Ao exame físico, apresentava lesões ulceradas ativas e crostas acometendo o dermatomo facial do V3 em hemiface direita, com discreta hipomotricidade em região e acometimento do conduto auditivo direito (Fig. 1A e 1B). Ao exame intra-oral, ausência de sinais de focos infecciosos dentários e presença de lesões ulceradas em ventre lingual direito. A hipótese diagnóstica foi de HZ e foram solicitados exames laboratoriais (hemograma, sorológicos para HIV, sífilis e hepatites B e C). Os resultados dos exames mostraram positividade para o HIV. Diante disso, foram solicitados avaliação da clínica médica e infectologia que iniciaram o tratamento antirretroviral para o HIV. Para o tratamento do HZ, foi iniciado Aciclovir 750mg por via EV 8/8h, Clindamicina 600mg por via EV 6/6h, justificado pela possível infecção secundária de pele com boa cobertura para *Staphylococcus Aureus*, e higienização das lesões cutâneas com Clorexidina 2% duas vezes ao dia. Após cinco dias de internamento hospitalar, paciente recebeu alta e continuou o tratamento com as medicações por via oral. No retorno após 15 dias do internamento hospitalar, o paciente apresentava melhora das lesões cutâneas e desaparecimento dos sintomas (Fig. 1C e 1D). O paciente não compareceu à consulta de retorno para o acompanhamento de 45 dias após a alta.



Figura 1 - Figuras 1A e 1B: Lesões cutâneas pleomórficas em face, por vezes em forma de ulcerações, por vezes em forma de crostas. Observar que as lesões se limitam a apenas um lado da face, respeitando a linha média e acompanhando o trajeto do nervo trigêmeo. 1C e 1D: Aspecto clínico 15 dias após o internamento. Observar lesões cutâneas já em fase de cicatrização.

CASO 02

Paciente sexo masculino, 52 anos, agricultor, deu entrada na Emergência do Hospital Regional do Agreste com encaminhamento para avaliar infecção odontogênica. O paciente apresentava queixa de dor intensa e ardência em hemiface esquerda com aparecimento de lesões cutâneas com tempo de evolução de aproximadamente quinze dias. O paciente também relatava perda da acuidade visual no lado afetado. Fez uso de analgésicos e uso de óleo de girassol tópico por indicação própria. A história médica não revelou doenças crônicas, uso de medicação contínua, ou história de odontalgias prévia. Ao exame físico, apresentava lesões cutâneas eritematosas em hemiface esquerda, bem como lesões ulceradas e em forma de crostas, acometendo os dermatomos dos nervos V1 e V2 (Fig. 2A e 2B). Apresentava também a região periorbital esquerda eritematosa e com sujidade, sem acometimento aparente do globo ocular esquerdo. Ao exame intra-oral, apresentava múltiplos dentes com desgaste oclusal e ausência de focos infecciosos odontogênicos. A hipótese diagnóstica foi de HZ e foram solicitados exames laboratoriais (hemograma, sorológicos para HIV, sífilis e hepatites B e C). Os resultados dos exames mostraram positividade para o HIV. Diante disso, foram solicitados a avaliação da clínica médica, infectologia e oftalmologia que iniciaram o tratamento antirretroviral para o HIV e antiviral para HZ. Na avaliação oftalmológica foi evidenciado que nervo óptico es-

tava corado, com escavação fisiológica e mácula sem alterações. O tratamento foi realizado com Aciclovir 750mg por via EV 8/8h, Carbamazepina 200mg EV 12/12h, Hidrocortisona 100mg EV 12/12h, Oxacilina 500mg EV 6/6h. A Carbamazepina foi prescrita como tratamento da dor de origem neuropática e como profilaxia de neuralgia pós-herpética. Após seis dias de internamento hospitalar, o paciente recebeu alta e continuou o tratamento com as medicações por via oral. Treze dias após a admissão (Fig. 2C e 2D), o paciente apresentava diminuição das crostas e eritema em pele, e diminuição da sintomatologia dolorosa. Porém, ainda apresentava diminuição da acuidade visual esquerda. Paciente seguiu em acompanhamento com a equipe de oftalmologia.



Figura 2 - Figuras 2A e 2B: Paciente apresenta lesões cutâneas em face, acometendo a região dos ramos VI e VII. Observar envolvimento da região orbitária. 2C e 2D: Aspecto clínico 14 dias após o internamento. Observar lesões cutâneas já em fase de cicatrização.

DISCUSSÃO

O herpes-zóster facial, popularmente conhecido como cobreiro, se manifesta como uma erupção cutânea dolorosa que ocorre ao longo de um ou mais ramos do nervo facial. Inicialmente, pode apresentar-se como uma sensação de queimação, formigamento ou dor intensa antes do surgimento da erupção. Uma das complicações mais temidas é a neuralgia pós-herpética (NPH), uma dor persistente que pode durar meses ou até anos após a resolução da erupção cutânea. Outras complicações incluem infecções secundárias da pele, perda auditiva, paralisia facial e, em casos raros, envolvimento ocular que pode levar a danos permanentes na visão. A vacina-

ção é a melhor forma de prevenir o herpes-zóster. A vacina recombinante específica para adultos (Shingrix) tem se mostrado eficaz na redução da incidência de herpes-zóster e na diminuição da severidade da doença em pessoas que desenvolvem a condição mesmo após a vacinação.

Clinicamente, ambas terapias medicamentosas mostraram-se eficazes para a reversão das lesões, tanto por via endovenosa como por via oral. A terapia antiviral tópica é ineficaz e, portanto, não recomendada. Para maximizar os benefícios e minimizar as complicações é essencial iniciar o tratamento o mais cedo possível, preferencialmente nas primeiras 72 horas após o início dos sintomas. Isso contribui para a redução da duração das lesões cutâneas, diminuição da intensidade da dor durante a fase aguda, redução na replicação viral e prevenção da dor neuropática. O aciclovir, fanciclovir e valaciclovir são antivirais comumente utilizados e tratam de maneira eficaz infecções por VZV. Não há estudos que comprovem a superioridade de um desses agentes sobre outro. Porém, devido à sua farmacocinética superior e ao esquema posológico mais simples, o fanciclovir e valaciclovir são preferidos ao aciclovir para terapia oral para infecções por VZV.

Mesmo com diagnóstico puramente clínico da HZ³, ambos os casos relatados apresentaram hipótese diagnóstica inicial de infecção odontogênica em suas respectivas unidades de origem. Quadros de infecção odontogênica são caracterizados por possuírem origem nos tecidos dentários ou de suporte dos dentes. Os sintomas mais frequentes são odontalgia local intensa pulsátil, edema, pirexia, astenia, trismo, odor fétido intraoral e, em infecções crônicas, presença de fístula. Diferentemente da infecção por HZ, não apresenta lesões cutâneas vesiculares acometendo um dermatomo unilateralmente. Os exames hematológicos de pacientes acometidos por infecção odontogênica podem apresentar leucocitose, desvio à esquerda, neutrofilia, linfopenia, proteína C-Reativa alterada, e VHS elevado. Comparativamente, em infecção por HZ, não observamos leucocitose, neutrofilia ou desvio à esquerda. A simples remoção do foco causal dentário e a administração correta de antibiótico deve ser suficiente para a apresentação de uma melhora significativa na sintomatologia do quadro infeccioso, mas não surtirá efeito na sintomatologia em doenças virais como HZ. O diagnóstico correto é essencial para o bom prognóstico dessa condição.

Sob essa perspectiva, sequelas por HZ podem ocorrer, evidenciando a necessidade de uma intervenção rápida assim que surgirem os primeiros sinais e sintomas, a fim de reduzir a morbidade nos pacientes acometidos. Complicações como paralisia facial,

perda de acuidade visual e auditiva, associadas à Síndrome de Ramsay-Hunt, são exemplos de desfechos possíveis⁶. O tratamento das sequelas associadas ao herpes-zóster requer uma abordagem multidisciplinar, envolvendo o acompanhamento por profissionais fisioterapeutas, otorrinolaringologistas, psicólogos, psiquiatras e outros especialistas. Essa abordagem é especialmente necessária em casos de paralisia facial, vertigem devido ao comprometimento do sistema vestibular, lesões ao conduto auditivo que podem exigir implantes cocleares, bem como no manejo medicamentoso da neuropatia pós-herpética.

Ademais, reforçando a preocupação do Ministério da Saúde em relação aos pacientes soropositivos e a HZ, ambos os pacientes do estudo eram jovens e não apresentavam diagnóstico de infecção pelo HIV prévio à internação. Devido a resposta imunológica celular comprometida nesses pacientes, especialmente em estágios avançados da doença, a quebra da latência viral é facilitada levando a reativação do VZV resultando no quadro clínico de HZ. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), causada pelo vírus HIV, se caracteriza pela destruição dos linfócitos T CD4⁺ essenciais para a resposta imunológica, contribuindo assim para o surgimento de infecções oportunistas. Essa condição é transmitida a partir do contato com sangue, sêmen, fluidos vaginais contaminados ou por transmissão vertical. O aumento dos casos de infecção por HIV se justifica, entre outros motivos, pela diminuição da percepção de risco, multiplicidade de parceiros sexuais, precarização da educação sexual, falta de acesso a campanhas preventivas, e desenvolvimento de resistência as drogas profiláticas pré e pós exposição. Contudo, atualmente, com o avanço das terapias antirretrovirais, diagnóstico precoce, e acompanhamento médico é possível conviver com o HIV e combater as condições oportunistas.

CONCLUSÃO

Herpes-zóster continua a ser uma condição que afeta com frequência a população idosa e indivíduos imunocomprometidos, gerando impacto significativo na qualidade de vida. A vacinação preventiva e o tratamento precoce são essenciais para reduzir sintomas e evitar complicações. Além disso, é crucial que os profissionais de saúde dominem o diagnóstico diferencial, distinguindo-o de outras condições com manifestações clínicas semelhantes.

REFERÊNCIAS

1. Asada H. Recent topics in the management of herpes-zóster. *J Dermatol*. 2023 Mar;50(3):305-310. doi: 10.1111/1346-8138.16666. PMID: 36539935.
2. Crouch AE, Hohman MH, Moody MP, Andaloro C. Ramsay Hunt Syndrome. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Aug 28. PMID: 32491341.
3. Gershon AA, Breuer J, Cohen JL, et al. Varicella zoster virus infection. *Nat Rev Dis Primers*. 2015 Jul 2;1:15016. doi: 10.1038/nrdp.2015.16. PMID: 27188665; PMCID: PMC5381807.
4. Hayward K, Cline A, Stephens A, Street L. Management of herpes-zóster (shingles) during pregnancy. *J Obstet Gynaecol*. 2018 Oct;38(7):887-894. doi: 10.1080/01443615.2018.1446419. PMID: 29565203.
5. Ku HC, Tsai YT, Konara-Mudiyanselage SP, et al. Incidence of Herpes-zóster in HIV-Infected Patients Undergoing Antiretroviral Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Med*. 2021 May 25;10(11):2300. doi: 10.3390/jcm10112300. PMID: 34070645; PMCID: PMC8198877.
6. McKay SL, Guo A, Pergam SA, Dooling K. Herpes-zóster Risk in Immunocompromised Adults in the United States: A Systematic Review. *Clin Infect Dis*. 2020 Oct 23;71(7):e125-e134. doi: 10.1093/cid/ciz1090. PMID: 31677266; PMCID: PMC7195255.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Situação Epidemiológica [Internet]. Gov.br [acessado em 2 dez 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/herpes/situacao-epidemiologica>.
8. Patil A, Goldust M, Wollina U. Herpes-zóster: A Review of Clinical Manifestations and Management. *Viruses*. 2022 Jan 19;14(2):192. doi: 10.3390/v14020192. PMID: 35215786; PMCID: PMC8876683.
9. Rosamilia LL. Herpes-zóster Presentation, Management, and Prevention: A Modern Case-Based Review. *Am J Clin Dermatol*. 2020 Feb;21(1):97-107. doi: 10.1007/s40257-019-004831. PMID: 31741185.
10. SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Catapora (Varicela) [Internet]. SES-DF; 2024 [acessado em 2 dez 2024]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/catapora>