

Relato de Caso

**Herpes Zoster Oftálmico e Lombossacral:
relato de caso raro de acometimento simultâneo***Case report: a rare case of Herpes zoster Ophthalmicus with
simultaneous impairment of lumbar and sacral dermatomes*

**Mônica de Albuquerque Costa¹, Isabella Boa Sorte Costa², Maria Cristina Vieira de
Andrade³, Daniela de Oliveira Werneck Rodrigues⁴, Érika Santos Freire⁵,
Nádia Rezende Barbosa Raposo⁶**

Costa MA, Costa IBS, Andrade MCV, Rodrigues DOW, Freire ES, Raposo NRB. Herpes Zoster Oftálmico e Lombossacral: relato de caso raro de acometimento simultâneo / *Case report: a rare case of Herpes zoster Ophthalmicus with simultaneous impairment of lumbar and sacral dermatomes*. Rev Med (São Paulo). 2023 nov.-dez.;102(6):e-208085.

RESUMO: O Herpes Zoster (HZ) ocorre como resultado da reativação do vírus varicela-zóster e é caracterizado por dor neuropática, sintomas constitutivos, prurido e disestesia ao longo das vias nervosas. Vesículas em base eritematosa em um dermatomo podem ser identificadas, e a perda de visão pode ocorrer em casos de envolvimento ocular. HZ é diagnosticado clinicamente e tratado com antivirais. Este estudo tem como objetivo relatar um caso raro de HZ acometendo simultaneamente o ramo oftálmico do nervo trigêmeo e os dermatomos lombares e sacrais. O paciente apresentou cura clínica após tratamento com aciclovir por 7 dias e não manifestou outras complicações.

PALAVRAS-CHAVE: Herpes Zoster; Herpesvirus Humano 3; Hospedeiro imunocomprometido; Infecção pelo Vírus da Varicela-Zoster; Herpes Zoster Oftálmico.

ABSTRACT: Herpes zoster (HZ) occurs as a result of the reactivation of varicella-zoster virus and is characterized by neuralgic pain, constitutive symptoms, pruritus and dysesthesia along nerve pathways. Vesicles on an erythematous base in a dermatome can be identified, and vision loss may occur in cases of ocular involvement. HZ is clinically diagnosed and treated with antivirals. This study aims to report a rare case of HZ simultaneously affecting the ophthalmic branch of the trigeminal nerve and the lumbar and sacral dermatomes. The patient was clinically cured after treatment with acyclovir for 7 days and did not present other complications.

KEY WORDS: Herpes Zoster; Human Herpesvirus 3; Immunocompromised host; Shingles; Varicella Zoster; Herpes Zoster Ophthalmicus.

¹ Prefeitura de Juiz de Fora- Departamento de Clínicas Especializadas, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. Orcid: 0000-0002-7254-4379. Email: monica_dealbuquerque@hotmail.com

² Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Faculdade de Medicina, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. Orcid: 0000-0002-9688-1927. Email: Isabellaboasorte@gmail.com

³ Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) - Departamento de dermatologia, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. Orcid: 0000-0002-4205-0618. Email: cristinaandradermato@gmail.com

⁴ Universidade Presidente Antonio Carlos - Departamento de Clínica Médica, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. Orcid: 0000-0003-3062-2954. Email: danielawerneckhemato@hotmail.com

⁵ Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) - Departamento de dermatologia, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. Orcid: 0000-0002-2106-2310. Email: erikasfreire@hotmail.com

⁶ Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) - Departamento de farmacologia, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. Orcid: 0000-0001-5271-1048. Email: nadia.barbosa@ufjf.br

Endereço para correspondência: Mônica de Albuquerque Costa-MD, Dermatologia. Endereço: R. Mal. Deodoro, 496 – Centro, Juiz de Fora – MG, 36015-510. E-mail: monica_dealbuquerque@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O herpes zoster (HZ) ocorre após a reativação do vírus varicela-zoster (VVZ), também conhecido como herpesvírus humano tipo 3 (HVH3), que normalmente permanece latente por décadas nas células dos gânglios nervosos após a infecção primária^{1,2}. A sua incidência ao longo da vida é de 10% a 20% e o risco aumenta com a idade: quase duplica a cada década a partir dos 50 anos³, provavelmente devido à imunossenescência². A incidência média de HZ em adultos imunocomprometidos excede a incidência esperada de HZ em adultos saudáveis ≥ 60 anos⁴. O vírus varicela-zoster é transmitido aos indivíduos por contato direto com o conteúdo de vesículas cutâneas e secreções do trato respiratório^{3,5,6}, por inalação de aerossol partículas. A doença se manifesta como dor neuropática prodromática que se distribui unilateralmente por um dermatomo, que normalmente ocorre pelo menos dois dias antes do início das lesões cutâneas e sintomas constitucionais como dores de cabeça, mal-estar geral e fotofobia. A fase eruptiva aguda é caracterizada pela manutenção destes sintomas inespecíficos e envolvimento dermatológico: vesículas dolorosas que seguem um dermatomo e aparecem em padrão centrípeto. As vesículas geralmente envolvem em 2 a 4 semanas; entretanto, a dor pode continuar com duração média de 45 dias. A persistência da dor é mais comum em idosos e pessoas imunocomprometidas^{6,7}.

Podem ocorrer apresentações clínicas especiais⁸. O Herpes Zoster Oftálmico (HZO) geralmente ocorre devido ao envolvimento do ramo oftálmico do nervo trigêmeo. O sinal de Hutchinson, descrito como vesículas na ponta do nariz, é um preditor desse acometimento ocular⁵. O HZO pode causar perda de visão, dor debilitante e necrose retiniana aguda^{6,8}. A síndrome de Ramsay Hunt ocorre se o vírus afetar o gânglio geniculado e o nervo facial. As manifestações típicas incluem vesículas no

conduto auditivo, paralisia facial unilateral e dor de ouvido^{6,8}. A afecção simultânea do nervo vestibulococlear (Herpes Zoster Oticus) ou do nervo trigêmeo é frequentemente observada. Isto pode levar a manifestações como dor facial, tontura, zumbido ou deficiência auditiva (HZ Oticus)⁸. O sistema nervoso central também pode estar envolvido resultando em paralisia nervosa, fraqueza muscular, paralisia diafragmática, bexiga neurogênica, síndrome de Guillain Barré e mielite⁶.

A neuralgia pós-herpética (NPH) é a complicação mais comum observada em idosos. Outras complicações relatadas incluem renais, gastrointestinais e vasculites, que estão associadas ao aumento da morbidade e mortalidade^{6,8}.

O diagnóstico é baseado na história clínica e no exame físico e pode ser confirmado por exames laboratoriais em caso de incerteza⁸. Antivirais sistêmicos, incluindo aciclovir e valaciclovir, são considerados tratamento de primeira linha. Outros análogos de nucleosídeos, como o penciclovir, seu pró-fármaco fanciclovir e a brivudina também podem ser usados⁹.

Relatamos um caso raro de HZO confirmado por avaliação oftalmológica, com envolvimento concomitante de dermatomos lombares (L1-L3) e sacrais (S1-S2) identificados pelo exame clínico. Este caso é incomum devido ao comprometimento simultâneo de múltiplos dermatomos não contíguos.

RELATO DE CASO

Homem de 60 anos apresentou edema palpebral, eritema e crostas na região periocular, à esquerda da testa, e no terço superior da hemiface esquerda sem ultrapassar a linha média (Figura 1). Apresentava também vesículas e dor em membro inferior esquerdo (Figuras 2) e flanco (Figura 3).



Figura 1 - Herpes zoster Oftálmico antes do tratamento.

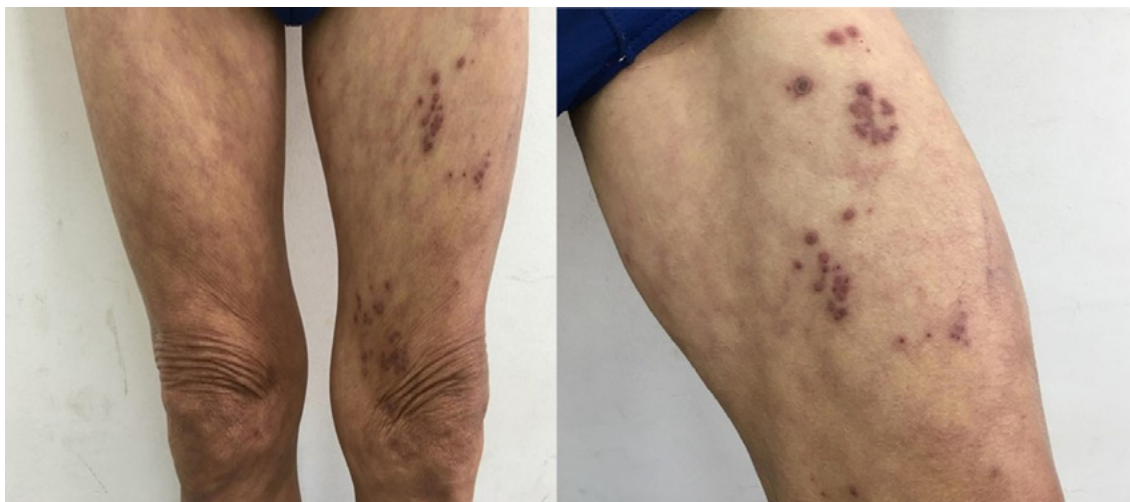


Figura 2 - Herpes zoster afetou o dermatômo unilateralmente, ao longo dos nervos lombares (L1-L3).



Figura 3 - Herpes zoster nos nervos sacrais (S1-S2) durante a fase de cicatrização.

Não foram observadas alterações na mímica facial, vesículas na ponta do nariz ou canal auditivo e alterações pupilares. Em outro serviço foi tratado erroneamente com cetoconazol e betametasona tópicos e não apresentou melhora clínica. Foi então diagnosticado clinicamente com HZ nos dermatômos lombares (L1-L3) e sacrais (S1-S2) e HZ Oftálmico. Ao revisar o histórico médico do paciente, constatou-se que há cinco anos ele havia sido diagnosticado com carcinoma espinocelular bem diferenciado de palato, previamente tratado com excisão cirúrgica, 20 sessões de radioterapia e 6 ciclos de quimioterapia em 2012. Foi considerado curado desde então e

o tumor não recidivou. Ele também tinha histórico de abuso de álcool e tabagismo há 20 anos, ambos interrompidos previamente a consulta.

A sorologia para hepatite B, hepatite C e HIV foi negativa. Foi submetido a análises da contagem de células sanguíneas (hemoglobina 18,7 g/dL, volume corpuscular médio : 118 μm^3 , glóbulos brancos : 9.000 /mm³, plaquetas: 438.000/mm³) e de marcadores como alanina aminotransferase (ALT = 46 mU / mL), aspartato aminotransferase (AST = 69 mU / mL), ureia (14 mg/dL) e creatinina (0,4 mg/dL). Os níveis de hemoglobina e AST estavam elevados, provavelmente devido ao tabagismo e consumo de álcool ou hepatite por VVZ. Iniciou-se tratamento com aciclovir (800 mg cinco vezes ao dia, durante 10 dias), analgesia com opioides, neuromodulação da dor com amitriptilina, alcançando assim o desaparecimento dos sintomas. Não relatou nenhum efeito adverso devido ao uso de aciclovir. O paciente foi encaminhado para avaliação oftalmológica e apresentou exames normais.

DISCUSSÃO

Na infância, a infecção pelo VVZ geralmente resulta em Varicela. Posteriormente, a reativação endógena da infecção latente pelo vírus VVZ ocorre dentro dos gânglios sensoriais, resultando assim no herpes zoster ou cobreiro. O VVZ é predominantemente regulado pela imunidade mediada por células e sua reativação é vista como resultado da quebra dessa vigilância imunológica⁸. Acredita-se que a elevada incidência de Herpes Zoster (HZ) em indivíduos mais velhos resulte deste declínio na imunidade mediada por células, um processo natural relacionado com a idade³. A doença manifesta-se como dor neuropática e como vesículas agrupadas sobre uma base eritematosa em um dermatômo sensitivo correspondente ao nervo afetado. As vesículas comumente se rompem, posteriormente ulceram e eventualmente formam uma crosta. Os pacientes permanecem altamente contagiosos durante esta fase até que as lesões estejam completamente secas⁶. Tipicamente, o HZ é unilateral⁷ e os dermatômos mais frequentemente

acometidos são os da região torácica, seguidos dos da face e das regiões cervical e lombossacral¹⁰. A doença disseminada, definida como mais de vinte lesões cutâneas que se desenvolvem fora da área primariamente afetada ou dos dermatômos diretamente adjacentes a ela, consiste em 1% dos casos¹⁰. A revisão sistemática realizada por Susannah L McKay *et al* (2020) analisou o risco de HZ e complicações associadas em pacientes imunocomprometidos, incluindo para análise pacientes adultos com transplante de células hematopoiéticas (TCH), câncer, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e transplante de órgãos sólidos. A partir de sua revisão, constatou-se que o HZ disseminado foi descrito mais comumente em pacientes adultos com TCH⁴.

Quando o herpes zoster aparece entre os segmentos T2 e L1, a incidência de paresia segmentar clinicamente detectável é de 0,3% no miótomo correspondente à distribuição do exantema no dermatômo¹. O paciente apresentava lesão simultânea do ramo oftálmico do nervo trigêmeo e também de dermatômos não contíguos: lombar (L1-L3) e sacral (S1-S2); esta condição é considerada rara¹⁰. Ayisi -Boateng et al. (2021) citou o envolvimento de dois dermatômos distantes, o ramo oftálmico do trigêmeo e L1, em uma mulher que vive com HIV. A paciente apresentou Síndrome do Ápice Orbital, que é uma condição caracterizada pelo comprometimento dos nervos cranianos II, III, IV, V e VI, levando à oftalmoplegia interna e externa completa, sendo portando considerada uma grave sequela da doença¹¹.

A reativação do VVZ em mais de um sítio pode ocorrer pela presença de fatores como tumores prévios e quimioterapia/radioterapia⁴, que no presente caso constituíram um ambiente imunossupressor em um paciente idoso com história de abuso de álcool e tabagismo. Em 2020, Steinberg et al. relataram o caso de um homem idoso, com histórico de radioterapia, apresentando HZ disseminado, predominantemente ao longo dos dermatômos L3-S2 com plexopatia lombossacral¹⁰. O Herpes Zoster Oftálmico é motivo de preocupação devido ao risco de oclusão vascular retiniana, ulceração, necrose e perda de visão¹². O HZ disseminado pode complicar em infecção bacteriana secundária, hepatite ou envolvimento do sistema nervoso central resultando em meningite, encefalite com risco de morte, Síndrome de Guillain Barré e necrose retiniana aguda⁶.

O diagnóstico é baseado na história clínica e exame físico, além de exames laboratoriais como reação em cadeia da polimerase (PCR), anticorpo fluorescente direto (AFD) e culturas virais^{5,6}.

O tratamento deve ser realizado com antivirais, preferencialmente dentro de até 72 horas do início das erupções cutâneas e para todos os pacientes imunocomprometidos¹⁰. O tratamento diminui a gravidade e a duração da dor associada à neurite aguda, promove a cicatrização mais rápida das lesões cutâneas, previne a formação de novas lesões, diminui a disseminação viral para reduzir o risco de transmissão e previne a neuralgia pós-herpética (NPH)^{3,6}. As drogas de escolha são aciclovir, famciclovir e valaciclovir⁴. Esses três medicamentos reduzem a duração da dor, provavelmente limitando os danos aos nervos sensoriais resultantes da replicação viral^{5,9}. O valaciclovir demonstrou superioridade sobre o aciclovir no tratamento da neuralgia pós-herpética em vários estudos clínicos. Outros

medicamentos são brivudina e amenamevir⁹. Valnividina e Valomaciclovir são novos medicamentos antivirais em desenvolvimento para tratamento do HZ. Ambos demonstraram ser eficazes, bem tolerados, com regime terapêutico de uma vez ao dia⁹. O paciente deste estudo não apresentava sinais de deterioração clínica, apesar do comprometimento simultâneo de mais de um dermatômo.

O tratamento pode incluir anticonvulsivantes (gabapentina) e antidepressivos tricíclicos nos casos de dor moderada a intensa⁶. O tratamento para neurite aguda pode incluir corticosteróides⁵. A associação de opioide e antidepressivo tricíclico foi eficaz no paciente deste estudo.

A neuralgia pós-herpética é a principal complicação do HZ⁹ e é definida como dor persistente por mais de 3 meses após o início do exantema, com incidência estimada entre 9% e 14% um mês após a erupção do HZ. O fator de risco mais firmemente estabelecido para esta complicação é a idade avançada. À medida que os indivíduos envelhecem, tanto o risco, quanto a duração da neuralgia pós-herpética aumentam. Além disso, um estado imunocomprometido é considerado fator de risco para o desenvolvimento de NPH³. Essa condição é tratada paliativamente com capsaicina tópica e antidepressivos tricíclicos. Uma alternativa física é a eletroestimulação neural transcutânea (TENS)^{8,9}. Uma revisão da Cochrane realizada em 2013 não mostrou evidências que corroborassem o uso de corticosteróides para prevenir o aparecimento de neuralgia pós-herpética³.

A profilaxia antiviral com valaciclovir ou aciclovir é importante para prevenir a reativação do VVZ em alguns pacientes imunocomprometidos, como os receptores de TCH e pacientes submetidos a terapias supressoras de células T. A duração da profilaxia antiviral parece modificar o risco de HZ: quanto mais tempo durar, melhores serão os resultados⁴.

Uma vacina de vírus vivo atenuada contra Herpes Zoster e uma vacina recombinante com adjuvante estão disponíveis para adultos imunocompetentes com mais de 50 anos de idade e ambas comprovadamente previnem o HZ e o desenvolvimento de NPH^{7,8}. A vacina recombinante contra o HZV não é replicativa, o que a torna uma opção segura também para indivíduos com sistema imunológico comprometido⁸. O paciente do presente estudo não apresentou neuralgia pós-herpética e não havia sido vacinado.

Atualmente, estão sendo relatados casos de doença por coronavírus 2019 (COVID-19) e coinfeções por HZ. Acredita-se que a doença aguda, o uso de corticosteróides e a vacinação contra a COVID-19 reativem o vírus^{8,9}. Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos recomenda a vacinação contra o HZ para indivíduos de alto risco, em particular para pacientes ≥ 50 anos de idade e pacientes imunossuprimidos ≥ 18 anos de idade⁹.

CONCLUSÃO

Descrevemos um caso raro de HZO confirmado por avaliação oftalmológica, com envolvimento concomitante de dermatômos lombares (L1-L3) e sacrais (S1-S2) identificados por exame clínico. Este caso é raro devido ao comprometimento

simultâneo de mais de um dermatomo, e os dermatomos afetados não eram contíguos. A história médica do paciente, incluindo abuso de álcool, idade avançada e tumor prévio, pode

ter contribuído para esta manifestação rara de HZ. O paciente apresentou cura clínica após tratamento com aciclovir por 10 dias e não apresentou maiores complicações.

Contribuição dos autores: Mônica de Albuquerque Costa, Maria Cristina Vieira de Andrade, Erika Santos Freire: Redação de relato de caso. Isabella Boa Sorte Costa: Revisão da literatura. revisão de texto, formatação. Daniela de Oliveira Werneck Rodrigues, Nádia Rezende Barbosa Raposo: Aprovação da versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Ruiz Junior FB, Shinosaki JS, Marques Junior W, Ferreira MS. Protrusão da parede abdominal após herpes zoster. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2007;40(2):234-5. <http://dx.doi.org/10.1590/s0037-86822007000200018>. Doi : 10.1590/s0037-86822007000200018
2. Marra F, Parhar K, Huang B, Vadlamudi N. Fatores de risco para infecção por herpes zoster: uma meta-análise. *Fórum aberto Infect Dis.* 2020;7(1):ofaa 005. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofaa005>. Doi: 10.1093/ ofid /ofaa005
3. Han Y, Zhang J, Chen N, He L, Zhou M, Zhu C. Corticosteróides para prevenir a neuralgia pós-herpética. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 28 de março de 2013 [consultado em 28 de novembro de 2022]. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005582.pub4/epdf/full>. Doi: 10.1002/14651858.CD005582.pub4
4. McKay SL, Guo A, Pergam SA, Dooling K. Risco de herpes zoster em adultos imunocomprometidos nos Estados Unidos: uma revisão sistemática. *Clin Infect Dis.* 2020;71(7):125-134. <https://doi.org/10.1093/cid/ciz1090>. Doi: 10.1093/ cid /ciz1090
5. Menor M, Payne E. Herpes Zoster Oftalmológico. *StatPearls* [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): Publicação StatPearls; janeiro de 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557779/>
6. Nair PA, Patel BC. Herpes Zóster. *StatPearls* [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): Publicação StatPearls ; 2022 janeiro-. [consultado em 17 de setembro de 2022]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441824/>.
7. Van Oorschot D, Vrolijk H, Bunge E, Diaz- Decaro J, Curran D, Yawn B. Uma revisão sistemática da literatura sobre a incidência de Herpes zoster em todo o mundo. *Vacina contra zumbido Imunoter.* 2021;17(6):1714-32. <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1847582>. Doi: 10.1080/21645515.2020.1847582
8. Patil A, Goldust M, Wollina U. Herpes zoster: Uma Revisão das Manifestações Clínicas e Tratamento. *Vírus.* 2022;14(2):192. <https://doi.org/10.3390/v14020192>. Doi: 10.3390/v14020192
9. Andrei G, Snoeck R. Avanços e Perspectivas no Tratamento de Infecções pelo Vírus Varicela-Zoster. *Moléculas.* 2021;26(4):1132. <https://doi.org/10.3390/molecules26041132>. Doi: 10.3390/moléculas26041132
10. Steinberg CJ, Moody AD, Yasmin AL, Bertasi RAO, Kieneker L, Pujalte GGA. Herpes zoster disseminado com sintomas de cauda equina. *IDCasos.* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.idcr.2020.e00902>. Doi: 10.1016/j.idcr.2020.e 00902
11. Ayisi -Boateng E, Ayisi -Boateng NK, Amoah K, Wiafe B. Síndrome do ápice orbital: uma complicação rara do herpes zoster oftálmico em uma mulher ganesa que vive com HIV. *Gana Med J.* 2021;55(4):315-8. <https://doi.org/10.4314/gmj.v55i4.14>. Doi: 10.4314/ gmj.v 55i4.14
12. Kong CL, Thompson RR, Porco TC, Kim E, Acharya NR. Taxa de incidência de herpes zoster oftalmológico : um estudo de coorte retrospectivo de 1994 a 2018. *Oftalmologia.* 2020;127(3):324-30. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2019.10.001>. Doi: 10.1016/j.ophtha.2019.10.001

Recebido: 12.02.2023

Aceito: 05.11.2023