

# HERPES ZOSTER: AFECÇÃO OPORTUNISTA EM PACIENTE PORTADOR DO HIV/AIDS

Pinheiro Dafna<sup>1</sup>

Cortina Irene<sup>2</sup>

## Resumo

O objetivo da pesquisa é identificar as manifestações causadas pelo Herpes Zoster com enfoque na neuralgia pós-herpética (NPH) em pacientes com HIV/AIDS. O herpes zoster, é resultante da reativação do vírus varicela-zoster (VZV) em estado latente, ocorre em idosos, neoplasias, pessoas imunocomprometidas, portadores de doenças crônicas. Manifesta-se com erupção típica do herpes-zoster nas regiões torácica, craniana, cervical e lombo sacral, caracterizada por intensa dor. Este trabalho é uma revisão bibliográfica, de caráter descritivo, com pesquisa na BIREME para levantamento bibliográfico, na base de dados da Scielo, encontrados 15 artigos na língua portuguesa e selecionados 8 pertinentes ao tema, do período de 2004 a 2013. **Discussão:** O herpes zoster caracteriza-se por um pródromo de dores intensas, febre, mal-estar, cefaleia e o aparecimento de lesões pápulo vesiculares, pústulas e crostas, distribuídas na região inervada pelo dermatomo específico, que podem persistir por duas a três semanas. A incidência desta infecção é maior entre indivíduos HIV positivo do que entre os soronegativos. As manifestações mais ocorrentes são: a síndrome do ápice orbital, neuralgia pós-herpética (NPH) que pode ocorrer nas fases aguda, subaguda e crônica. O tratamento da NPH compreende o controle e alívio da dor com combinação de fármacos: antidepressivos tricíclicos; anticonvulsivantes, opióides, intervenções como: bloqueio neural; acupuntura e tratamento psicológico. **Conclusão:** A dor é o sintoma que mais aflige o paciente com HZ e a prescrição precoce de antivirais, acelera a cura das lesões cutâneas reduzindo a intensidade da dor. **Descritores:** Herpes zoster, neuralgia pós-herpética, dor, Síndrome da imunodeficiência adquirida.

---

<sup>1</sup>Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Santo Amaro- UNISA. email dafna\_one@hotmail.com

<sup>2</sup>Orientadora. Enfermeira, mestre e Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Santo Amaro-UNISA

## Introdução

A Varicela e o Herpes-zoster são doenças produzidas pelo mesmo bioagente, o vírus varicela-zoster <sup>(1)</sup>. A varicela é uma infecção primária, aguda, altamente contagiosa, caracterizada por surgimento de exantema de aspecto máculo-papular e distribuição centrípeta que após algumas horas, adquire aspecto vesicular, evolui rapidamente para pústulas e, posteriormente, forma crostas, em 3 a 4 dias, com febre moderada e sintomas sistêmicos. A principal característica clínica é o polimorfismo das lesões cutâneas que se apresentam nas diversas formas evolutivas, acompanhadas de prurido. Em crianças, geralmente, a doença é benigna e autolimitada. Em adolescentes e adultos, em geral, o quadro clínico é mais exuberante. O modo de transmissão é de pessoa a pessoa, pelo contato direto ou por secreção respiratória (disseminação aérea de partículas virais/aerossóis) e raramente, através de contato com lesões. Também pode ser transmitida indiretamente por objetos contaminados com secreções de vesículas e membranas mucosas de pacientes infectados <sup>(2)</sup>.

A suscetibilidade é universal, podendo afetar qualquer indivíduo, no entanto, é considerada uma doença da infância, por afetar mais frequentemente crianças menores de 15 anos (90% dos casos). A imunidade conferida pela doença, em geral, é duradoura, sendo a reinfecção sintomática rara. Em algumas pessoas, a infecção persiste em estado de latência e, anos depois, reaparece sob a forma de herpes-zoster. A imunidade contra varicela também pode ser adquirida através da vacina <sup>(1)</sup>. O herpes-zoster é resultante da reativação e replicação do vírus varicela-zoster em estado de latência <sup>(1)</sup>. É uma doença viral autolimitada, com ciclo evolutivo de aproximadamente 15 dias, que atinge homens e mulheres, sendo mais frequente na idade adulta e nos idosos. Antes do surgimento das lesões cutâneas, a maioria dos doentes refere dores neuralgias, parestesia, ardor e prurido local, acompanhados de febre, cefaleia e mal-estar. Quando não ocorre infecção secundária, em alguns dias, as lesões secam e formam crostas que serão liberadas gradativamente, deixando discretas manchas que tendem a desaparecer. Em pacientes imunossuprimidos, as lesões surgem em locais atípicos e geralmente, disseminados. Em geral, o quadro evolui para a cura em 2 a 4 semanas. Todavia, os sintomas dolorosos podem se agravar, tornando-se muitas vezes insuportáveis, principalmente quando atinge pessoas mais idosas. Embora a dor melhore

gradativamente, nos idosos pode permanecer por meses ou anos após o final do quadro cutâneo, caracterizando a neuralgia pós-herpética. O surgimento do Herpes Zoster pode ser um indicativo de baixa imunidade <sup>(2)</sup>. De acordo com o Ministério da Saúde, o herpes zoster passou a ser reconhecida a partir de 1981 como uma infecção frequente em pacientes portadores de HIV e observações epidemiológicas posteriores demonstraram tratar-se de uma manifestação inicial dessa infecção, sendo ocorrência indicativa de soro positividade para HIV em população de risco. Os dados epidemiológicos demonstram que a incidência de herpes zoster é 15 vezes maior entre os indivíduos HIV positivo, nos quais as complicações da doença, como retinite, necrose aguda de retina e encefalite progressiva fatal ocorrem com maior frequência<sup>(1)</sup>.

**Objetivo:** Identificar as manifestações causadas pelo Herpes Zoster com enfoque na neuralgia pós-herpética (NPH) em pacientes soropositivos para HIV/AIDS.

**Metodologia:** Este estudo se caracteriza por uma revisão bibliográfica de caráter descritivo, utilizando o portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), para realizar o levantamento bibliográfico, na base de dados: da biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram encontrados 15 artigos e selecionados 8, que tinham pertinência com o tema proposto. Utilizado como complementação documentos do Ministério da Saúde: Doenças Infecciosas e Parasitárias e o de Vigilância e Controle das Doenças Transmissíveis.

## **Desenvolvimento**

### **Conceituando HIV/AIDS**

A Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma doença grave caracterizada pelo comprometimento do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo HIV<sup>(1)</sup>. Os infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) evoluem para uma grave disfunção do sistema imunológico, à medida que vão sendo destruídos os linfócitos T CD4+, uma das principais células-alvo do vírus. A contagem de linfócitos T CD4+ é um importante marcador dessa imunodeficiência, sendo utilizado tanto para estimar o prognóstico e avaliar a indicação de início de terapia antirretroviral, quanto para definição de casos de AIDS, com fins epidemiológicos. Seu agente etiológico é o HIV-1 e HIV-2, retrovírus da família lentiviridae, sendo que o HIV pode ser transmitido por via sexual (esperma e secreção vaginal); pelo sangue (via parenteral e vertical); e pelo leite materno. A detecção laboratorial da infecção

pelo HIV é feita por meio de testes de sorologia (que pesquisam a presença de anticorpos anti-HIV) e outros exames que pesquisam a presença de antígenos e material genético (biologia molecular) e, se necessário, exame de cultura<sup>(2)</sup>.

### **Epidemiologia da Infecção pelo HIV**

A epidemia da AIDS (acquiredimmunodeficiencysyndrome) teve início na África há mais de 40 anos, contudo, a partir do final da década de 70 e início dos anos 80, ganhou notoriedade ao atingir pessoas do primeiro mundo. Inicialmente atingia mais as pessoas na faixa etária de 20 a 45 anos, pertencentes aos grupos de risco (homossexuais, haitianos, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis, principalmente de heroína), conhecidos como grupo dos 4hs, o que contribuiu para aumentar o preconceito e a intolerância em relação aos doentes.

No Brasil, em 1982, os dois primeiros casos foram notificados na cidade de São Paulo, entre homossexuais masculinos e desde o início, a epidemia reflete a diversidade sociogeográfica do país e sua heterogeneidade regional, o que confirma a existência de microepidemias regionais. Esses aspectos dificultam o acompanhamento do curso da epidemia no país exigindo medidas de intervenção diversificadas para cada região.

De acordo com o Ministério da Saúde, foram identificados, desde o início da epidemia, de 1980 a junho de 2007, 474.273 casos de AIDS. Desse total, 60,9% referiam-se a pessoas residentes na região sudeste, líder de casos desde o surgimento da epidemia, embora apresente no momento, proporção menor que no período de 1980 a 1995, quando era responsável por 73,9% dos casos. No entanto, observa-se que nas regiões sul, sudeste e centro-oeste, a incidência da AIDS tende à estabilização, enquanto nas regiões norte e nordeste, a tendência é de crescimento. O Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (MS) demonstra que a região sudeste vem registrando uma redução constante na taxa de incidência por 100 mil habitantes. No ano de 1996 era de 24,9, passando para 24,2 em 2000 e para 20,5 em 2006. As regiões norte e nordeste, no entanto, apresentam taxas crescentes de incidência nos últimos anos. Enquanto no ano de 2000 a região norte apresentava uma taxa de 4,2 e a região nordeste de 4,7 em 2006 essas taxas subiram para 13,6 e 10,1 respectivamente, evidenciando um aumento superior a 100 % em cada região <sup>(2)</sup>.

## **Vírus Herpes Zoster- VHZ**

O herpes zoster é resultante da reativação do vírus varicela-zoster em estado latente, ocorrendo em adultos e pacientes imunocomprometidos, como portadores de doenças crônicas, neoplasias e outras. Na primoinfecção, ocorre a disseminação hematogênica que atinge a pele, causando as erupções próprias da varicela. Após essa fase, os vírus caminham centripetamente pelos nervos periféricos e atingem os gânglios nervosos, onde podem permanecer em estado de latência por toda vida ou serem reativados por causas diversas, especialmente, aquelas imunossupressoras. Nos casos de reativação da infecção, os vírus latentes nos gânglios nervosos caminham centrifugamente pelo nervo periférico e atingem a pele, onde causam a erupção típica do herpes-zoster. Na maioria dos casos, cerca de 3 a 4 dias antes do aparecimento das lesões cutâneas, os doentes apresentam dores nevralgias, parestesias, ardor e prurido local, acompanhados de calafrio, febre, cefalalgia, mal-estar e alterações gastrintestinais. No quarto ou quinto dia aparece as lesões caracterizadas por um exantema vesicular que acomete a área dermatológica enervada pelo gânglio sensitivo infectado. Essas vesículas evoluem para crostas e, caso não ocorra infecção secundária, o quadro evolui para a cura em 2 a 4 semanas. A erupção é geralmente unilateral e instala-se ao longo da projeção do nervo sensitivo atingido, estendendo-se lateralmente e dificilmente ultrapassando a linha média do corpo. As regiões mais acometidas são torácicas, a cervical, o trigêmeo e a lombossacral. Em pacientes imunodeprimidos, as lesões podem apresentar-se de forma disseminada e em localidades atípicas, além de a doença apresentar uma evolução severa e com diversas complicações<sup>(1)</sup>.

A partir de 1981, o Herpes Zoster passou a ser reconhecido como uma infecção frequente em pacientes portadores de HIV. Posteriormente, observações epidemiológicas demonstraram que era uma manifestação inicial de infecção pelo HIV, cuja ocorrência é preditiva de soro positividade para HIV, em populações de risco. A incidência da Infecção pelo Herpes Zoster é significativamente maior entre indivíduos HIV positivo do que entre os soronegativos (15 vezes mais frequente nos primeiros). A incidência cumulativa de zoster por 12 anos após a infecção pelo HIV de zoster foi de 30%, ocorrendo segundo uma taxa relativamente constante, podendo ser manifestação precoce ou tardia da infecção pelo HIV. Complicações,

como retinite, necrose aguda de retina e encefalite progressiva fatal, têm sido relatadas com mais frequência em pacientes HIV positivos<sup>(2)</sup>.

Estudos soro-epidemiológicos têm sugerido que o herpes zoster pode se associar com infecção pelo HIV, seja pelo fato de apresentar maior frequência em aidséticos ou como manifestação precoce de imunodeficiência. A observação de frequência aumentada de zoster em faixas etárias mais jovens, registrada recentemente em nosso meio, nos levou a suspeitar que a AIDS pudesse estar relacionada a este fato, visto que os grupos etários mais acometidos pela AIDS também são os mais jovens e que há imunossupressão na AIDS. Procuramos assim, pesquisar anticorpos anti HIV em doentes de Herpes Zoster para estudar esta associação. Dos 66 doentes estudados, 31 (47,0%) eram homens e 35 (53,0%) mulheres. De modo geral, os grupos etários mais acometidos pelo zoster foram os compreendidos entre 10 a 39 anos, com 34 pacientes (51,5%) e entre 60 a 69 anos, com 10 pacientes (15,1%). Esta distribuição não foi semelhante quando comparada entre os sexos. No grupo feminino houve maior frequência entre 50 e 69 anos, com 15 mulheres acometidas (42,8% das mulheres) enquanto entre os homens houve maior frequência na faixa etária entre 10 a 39 anos, com 21 doentes (67,7 % dos homens)<sup>(3)</sup>.

### **Diagnostico laboratorial**

A confirmação do diagnóstico só é possível pelo isolamento do vírus em linhagens celulares de cultura de tecidos susceptíveis, ou pela demonstração de soro conversão, ou elevação de 4 vezes ou mais nos títulos de anticorpos entre as amostras de soro na fase convalescente e na fase aguda. A tecnologia da reação da cadeia de polimerase para a detecção do ADN viral no liquido vesicular é disponível em alguns laboratórios. As provas sorológicas mais frequentemente utilizadas para avaliar a resposta do hospedeiro incluem a detecção de anticorpos contra o antígeno de membrana (FAMA), a imuno-hemaglutinação por aderência e o ensaio imunossorvente ligado a enzima (ELISA). O teste da pesquisa de anticorpo fluorescente para antígeno de membrana (FAMA) e o ensaio ELISA parecem ser os mais sensíveis. As lesões vesiculares unilaterais em um padrão dermatológico sugerem o diagnóstico de Herpes

### **Tratamento**

As lesões da pele têm involução espontânea, mas medida para evitar a infecção secundária devem ser tomadas. O tratamento deve ser iniciado assim que os sintomas forem observados, visando reduzir a dor aguda associada ao Herpes Zoster, a infecção viral aguda e prevenir a nevralgia pós-herpética. Os agentes antivirais têm demonstrado eficácia pela cicatrização acelerada das lesões resolução da dor associada ao zoster. A ação efetiva dos agentes antivirais para a prevenção da nevralgia pós-herpéticas é controversa. A terapia com Aciclovir parece produzir uma redução moderada do desenvolvimento de nevralgia pós-herpética. A posologia do Aciclovir oral é de 800mg/dia, durante 7 a 10 dias. Outros agentes antivirais como Valaciclovir e Famciclovir, parecem ser, pelo menos, tão efetivo quanto o Aciclovir. O uso de Prednisona em conjunto com Aciclovir mostrou que reduz a intensidade e a duração da dor associada ao Herpes Zoster. A dose oral de Prednisona é de 60mg/dia, nos 1º a 7º dias, e de 30mg/dia, nos 15º ao 21º dia. Pacientes com dor leve ou moderada podem responder a analgésicos. Dores mais severas podem necessitar da adição de medicamentos narcóticos. Loções contendo Calamina podem ser utilizadas nas lesões abertas para reduzir a dor e prurido. Quando as lesões ganham crosta, Capsaicin creme pode ser aplicado. Lidocaína bloqueadora de nervosos tem um efeito na redução da dor. Não existem tratamentos que revertam os sintomas causados pelo zoster, apenas existe tratamento para aliviar a dor associada à nevralgia pós-herpética<sup>(2)</sup>.

### **Imunoglobulina humana antivaricela-zoster**

Deve ser utilizada em, no máximo, até 96 horas após ter ocorrido o contato o mais precocemente possível.

#### **Indicação**

- Indivíduo imunodeprimido que tenha tido contato com doente de Varicela em fase contagiosa.
- Indivíduo susceptível de alto risco que tenha tido contato com pacientes com herpes zoster

Deve ser utilizada, no máximo, até 96 horas após ter ocorrido o contato, o mais precocemente possível, disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), de acordo com as recomendações a seguir:

- Menores de 6 meses de idade (em situação de surto);
- Crianças e adultos imunocomprometidos em qualquer idade;

- Gestantes;
- Recém-nascidos de mães nas quais a Varicela surgiu nos últimos 5 dias de gestação ou nos 2 primeiros dias após o parto;
- Recém-nascidos prematuros, com menos de 28 semanas de gestação (ou menos de 1000 g ao nascimento), independente de história materna de Varicela.

Administração: Intramuscular com dose única de 125 UI/10Kg (mínima de 125 UI e máxima de 625 UI) <sup>(2)</sup>.

### **Neuralgia pós- herpética (NPH)**

A neuralgia pós-herpética (NPH) é conceituada como dor persistente por mais de três meses após a resolução das lesões de pele observadas no herpes zoster (HZ) <sup>(4)</sup>. A incidência de NPH varia entre 10% e 20% em adultos imunocompetentes e não há predominância em relação ao sexo. A idade é um fator importante para NPH, pois a prevalência aumenta acentuadamente com a idade. A dor pode ser dividida em três fases distintas: fase aguda, subaguda e crônica. A fase aguda é definida como dor que se instala dentro de 30 dias após o início das erupções cutâneas. A fase subaguda caracteriza-se pelo fato de que persiste além da fase aguda, mas que resolve antes do diagnóstico de NPH ser feito. A terceira fase é a chamada de NPH propriamente dita, com a dor persistindo por 120 dias ou mais após o exantema <sup>(5)</sup>. A NPH é a consequência, em longo prazo, mais importante de HZ, compreendendo variados tipos de dor e de sintomas sensoriais que frequentemente coexistem no paciente. Na maioria dos pacientes apresentando HZ, a erupção cutânea e a dor aguda associada ao zoster desaparecem dentro de 1-2 meses, mas para alguns pacientes os sintomas agudos podem ser seguidos por danos na pele e alterações sensoriais irreversíveis, resultando em dor persistente que pode continuar por meses ou anos, conhecida como neuralgia pós-herpética.

A incidência e a gravidade do herpes zoster e da NPH aumentam com a deficiência imunológica ou com o envelhecimento, podendo levar a um alto custo para o setor da saúde, além de gerar grande sofrimento para o paciente devido à dor provocada. Menciona-se, por exemplo, que o risco de desenvolver a NPH é de 3-4% em adultos com idade entre 30 a 49 anos, de 21% com idade entre 60 a 69 anos, de 29% entre 70 a 79 anos e de 34% em adultos com idade superior a 80 anos. Como a idade mediana da população mundial vem apresentando aumentos, a NPH pode ter um

impacto epidemiológico. Não se pode esquecer que na dor neuropática, a dor deixa de ser um sinal fisiológico associado à busca de proteção, perdendo sua condição adaptativa, para se tornar um estado patológico que envolve uma série de elementos que facilitam a sua geração e a sua persistência com o tempo.

O termo NPH representa dor após HZ, no entanto, para epidemiologia, para pesquisa e por razões clínicas é importante que o termo seja mais especificamente definido, porque a doença e os mecanismos de dor aguda no zoster diferem marcadamente dos da NPH estabelecida. Costuma-se usar o termo “*neuralgia pré-herpética*” para se referir a sintomas prodrômicos que precedem ao aparecimento da erupção cutânea e também para descrever a dor aguda e subaguda do zoster como a que ocorre durante os primeiros três meses depois da aparição da erupção. Já o termo, neuralgia pós herpética (*NPH*) é reservado para a dor ainda presente por mais de noventa dias após o início do exantema e posteriormente a ele. Ademais, alguns especialistas consideram que apenas a dor “cl clinicamente relevante” deva ser classificada como NPH. Não se pode esquecer que na dor neuropática, a dor deixa de ser um sinal fisiológico associado à busca de proteção, perdendo sua condição adaptativa, para se tornar um estado patológico que envolve uma série de elementos que facilitam a sua geração e a sua persistência com o tempo<sup>(6)</sup>.

### **Fisiopatologia da Neuralgia Pós-herpética**

A fisiopatologia da NPH é pobremente compreendida. A replicação do vírus da varicelazoster latente no gânglio sensorial resulta em lesão no sistema nervoso periférico e central (SNP, SNC) <sup>(4)</sup>.

O vírus varicela-zoster persiste nos gânglios da raiz dorsal dos nervos espinhais ou cranianos após a resolução da infecção primária por catapora, sendo-o mantido na condição latente pela imunidade celular, mas como se sabe, essa diminui com a idade ou com a imunossupressão dos pacientes causada por fármacos. Daí o vírus é transportado ao longo dos nervos periféricos produzindo uma neurite aguda.

A dor da neuralgia herpética aguda é provavelmente produzida por inflamação associada com o movimento de partículas virais que vão dos nervos sensoriais até a pele e tecidos subcutâneos, bem como por danos e por mal funcionamento das estruturas nervosas. Impulsos de neurônios aferentes primários, que respondem ao dano dos tecidos, provocam mudanças nos neurônios do corno dorsal,

sensibilizando a entrada subsequente de neurônios aferentes não receptivos. Além disso, causam atividade espontânea capaz de manter o impulso ascendente no sistema de modulação da dor e da transmissão, podendo levar a percepção de dor na ausência de tecido danificado. Isto dá origem ao fenômeno da sensibilização central resultante do aumento da entrada de impulsos aferentes gerados por uma lesão e por estímulos nocivos. Um achado patológico específico que diferencia pacientes com NPH após HZ, daqueles sem NPH, é a *atrofia* do corno dorsal da medula espinhal, por isso embora HZ afeta principalmente o sistema nervoso periférico, é o prejuízo do sistema nervoso central e pela infecção direta na medula espinhal ou degeneração trans-sináptica, que pode ser um determinante fundamental ou correlato de que os pacientes irão ou não ter NPH após HZ<sup>(6)</sup>.

A NPH pode manifestar-se de diferentes formas, a dor pode ser constante ou intermitente e ter como relato dor tipo queimação, dor latejante, dor cortante, dor penetrante ou dor em choque. Ela pode ser evocada por estímulos táteis, o que caracteriza o fenômeno de alodínea. Este é muitas vezes debilitante, comprometendo a qualidade de vida do paciente <sup>(4)</sup>. Portanto, mais estudos são necessários para permitir uma visão mais abrangente dessa condição grave, interrompê-la e desenvolver terapias específicas para seu tratamento <sup>(6)</sup>.

### **Diagnostico da NPH**

O diagnóstico da NPH é eminentemente clínico, sendo o histórico de HZ e dor persistente no dermatomo acometido que definem esta entidade clínica.

A recorrência da dor no dermatomo acometido não está apenas associada ao episódio recorrente de HZ, podendo coincidir com alterações no estado emocional ou físico dos pacientes <sup>(4)</sup>.

O diagnóstico é claro: o doente refere uma dor radicular unilateral espinhal cervical, dorsal (50% dos casos) ou lombo sacral; raramente é bilateral. Concomitantemente ou horas após a dor, surge uma erupção cutânea no dermatomo afetado que persiste por duas ou quatro semanas. Os pares cranianos também podem ser afetados, sendo o mais frequente o V par (trigêmeo). Nos casos em que não aparece a erupção cutânea, o exame sorológico pode-nos dar o diagnóstico <sup>(7)</sup>.

É importante enfatizar que o diagnóstico completo da NPH envolve a observação do seu impacto na qualidade de vida do indivíduo. Sabe-se que a NPH tem o potencial

de comprometer o desempenho físico, emocional e social do paciente, levando inclusive a comorbidades psiquiátricas <sup>(4)</sup>.

### **Tratamento da NPH**

A NPH é um tipo de dor neuropática crônica. Trata-se de uma entidade complexa, que envolve múltiplos fenômenos fisiopatológicos e que, como tal, necessita ser abordada de forma multimodal. Estudos demonstram que nenhuma abordagem terapêutica isolada é efetiva no controle dos sintomas da NPH. Em geral combinações de fármacos com diferentes mecanismos de ação estão associados aos melhores resultados. O alívio da dor em NPH é um desafio e deve incluir uso de fármacos, procedimentos intervencionistas e terapias adjuvantes não farmacológicas <sup>(4)</sup>.

O alívio da dor na NPH é muitas vezes insatisfatório com as terapias atualmente disponíveis. Um grande número de evidências indicam que alguns agentes farmacológicos, incluindo os opióides, os antidepressivos tricíclicos (ADTs), os anti-epiléticos (gabapentina e pregabalina) e a lidocaína, podem resultar em, pelo menos, alívio parcial da dor. O tratamento totalmente eficaz da NPH ainda não existe, assim como seus exatos mecanismos fisiopatológicos. Por isso, é difícil estabelecer terapias direcionadas, uma tarefa que está pedindo esforços para ser investigada.

Atualmente as terapias disponíveis para NPH são de benefício variável e há uma clara necessidade de melhorar a abordagem clínica, tanto para melhorar os tratamentos, quanto para desenvolver estratégias de prevenção eficazes. Sabe-se que a natureza da interação entre o vírus e as células hospedeiras não está clara e é pouco investigada e a promessa de erradicação por programas de vacinação continua a ser devidamente avaliada <sup>(6)</sup>.

### **Abordagem terapêutica do herpes zoster/neuralgia pós-herpética**

A terapêutica deve ser precocemente administrada:

- *Na fase aguda* - Terapêutica antiviral (aciclovir) 4-5 g/dia de preferência EV, durante 7 a 10 dias. Antidepressivos tricíclicos – amitriptilina 25-50 mg/dia Anti-inflamatórios não esteróides Opióides (se necessário) Corticóides locais (oftálmico/trigêmio) 26

- *Fase subaguda* - Antidepressivos tricíclicos 25-50 mg/dia Anti-inflamatórios não esteróides Opióides (se necessário)
- *Fase crônica* -(nevralgia pós-herpética) Terapêutica medicamentosa Amitriptilina ,Gabapentina, Carbamazepina ,Topiramato Soluções ,tópicas Capsaicina ,Lidocaína gel , Bloqueios nervosos e/ou do simpático Drezotomia<sup>(7)</sup>.

### **Vacina Herpes zoster**

A vacina herpes zoster (atenuada) ativa o sistema imunológico para ajudar a protegê-lo do herpes-zoster, a exemplo de qualquer vacina, pode não proteger todas as pessoas que a recebem. O risco de desenvolver herpes-zoster parece estar relacionado à diminuição da imunidade específica ao vírus vivo da varicela-zoster (VVZ). A vacina (atenuada) demonstrou aumentar a imunidade específica ao VVZ. Considera-se que essa imunidade seja o mecanismo que proteja o organismo contra o herpes-zoster e suas complicações. Se o paciente tiver herpes-zoster, mesmo após ser vacinado, a vacina (atenuada) poderá ajudar a prevenir a nevralgia prolongada (dor relacionada aos nervos) que pode acompanhar o herpes-zoster. A vacina herpes zoster (atenuada) também pode reduzir a intensidade e a duração da dor causada pelo herpes-zoster, ela é utilizada em adultos a partir de 50 anos de idade<sup>(8)</sup>.

### **Cuidados de enfermagem**

A enfermagem como área relacionada ao cuidado humano, com o passar dos anos assume um papel de extrema importância no que diz respeito a promoção da saúde e qualidade de vida de seus clientes, segundo Carvalho *et. al.*, 2008 cabe ao profissional de saúde em particular o enfermeiro, reconhecer e prestar assistência integral e eficaz aos clientes com Herpes Zoster evitando complicações que podem ser fatais, através de cuidados de enfermagem simples a serem oferecidos aos clientes tais como: administrar antivirais e aplicar pomadas antimicrobianas, ensinar os clientes a aplicar compressas úmidas para amenizar a dor, explicar e ensinar sobre a correta lavagem das mãos, com o objetivo de evitar a disseminação do vírus e outras complicações. Além disso, orientar quanto a não furar as bolhas, nem utilizar placebos como açúcares, pó de café, folhas de ervas para ajudar na cicatrização, prevenindo infecções secundárias e formação de cicatrizes, controlar a

dor oferecendo as medicações prescritas na hora certa e dosagem correta, se o cliente chegar com a receita mostrando confusão em relação ao tratamento cabe ao enfermeiro explicar de maneira clara e objetiva criando mecanismos que facilitem para entendimento do cliente e conseqüentemente tratamento adequado e sempre observar possíveis efeitos colaterais dos medicamentos <sup>(9)</sup>.

### **Conclusão**

Este estudo pode avaliar que o Herpes Zoster costuma se manifestar clinicamente de forma grave, acompanhado de complicações, inclusive a neuralgia pós herpética principalmente nos idosos imunodeprimidos portadores do vírus HIV. A dor neuropática causada pelo vírus – varicela zoster é o que mais aflige os pacientes, causando desconforto físico e psicológico. Nos pacientes pertencentes ao grupo de risco para a AIDS, é imperativo o diagnóstico, o tratamento precoce e um plano de cuidados de enfermagem individualizado.

### **Referências Bibliográficas**

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias. Livro guia de bolso. Brasília: 2010.
- 2- Aguiar NZ; Ribeiro SCM. Vigilância e controle das doenças transmissíveis. Livraria e editora martinari. 3ª Ed. São paulo: Martinari, 2009.
- 3- Vasconcelos ARM; Castro MGL; Santos FM. Soropositividade para HIV em doentes de herpes zoster. Rev. Ins. Med. Trop, 32 (5) 364-369. São Paulo: setembro/outubro, 1990.
- 4- Oliveira AC; Castro RCPA; Miyahira AS. Neuralgia pós-herpética. Rev. dor vol. 17. São paulo: 2016.
- 5- Portella TVA; Souza BCL; Gomes AMJ. Herpes-zóster e neuralgia pós-herpética. Rev. dor vol. 14. São paulo: 2013.
- 6- Cruz C; Matheus EM. Neuralgia pós-herpética e o tratamento farmacológico com antidepressivos tricíclicos. Rev. Bras. Farm, 95 (2): 715-731. Rio de janeiro: 2014.
- 7- Quintal LM. Dor neuropática. Biblioteca da dor. Portugal: 2014
- 8- Dohme SM. Vacina herpes zoster atenuada. Anvisa.

9- Rangel CL; Borges OE. O Papel do enfermeiro na identificação dos sinais e sintomas e no tratamento de enfermagem ao portador de herpes zoster. Rev. Inter. Do pensamento científico Nº 2, Vol 1, artigo nº 8, julho/dezembro 2015. Pag 109 a 288.