

NEURITE ÓPTICA PÓS INFECÇÃO HÉRPETICA: UM RELATO DE CASO

APARECIDO, Marcela Thaís Gonçalves ¹

¹ Discente do 9º período da Graduação em Medicina da Universidade do Estado de Minas Gerais- UEMG Passos

RESUMO

Introdução: O Herpes Zóster (HZ), também conhecido popularmente como cobreiro, é uma infecção causada pelo Vírus Varicella zoster (VZV) ou herpes vírus humano do tipo 3, o mesmo patógeno da Varicela. Apesar de ambos serem desencadeados pelo mesmo patógeno, tecnicamente o herpes zóster não é Varicela que também é conhecido popularmente como catapora (LUPI, 2022). Quadros de complicações neurológicas devido a essa infecção são menos comuns e incluem oftalmoplegia, neurite óptica e ptose, sendo que, nesses casos deve ser sempre realizado o tratamento (LUPI, 2022). O diagnóstico do HZ é em sua essência clínico, no entanto, pode ser solicitado exames complementares para casos atípicos. **Objetivo:** Portanto, o presente relato visa descrever e discutir um caso de neurite óptica pós infecção por herpes zoster. **Métodos:** as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico dos sinais achados, análise dos métodos diagnósticos e tratamento, aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. **Resultados:** Uma hipótese levantada foi que o tratamento inicial realizado não obteve sucesso, podendo ter acontecido devido a uma indicação incorreta do mesmo ou dele ter sido realizado de forma errada pelo próprio paciente. Assim, a infecção pode ter se complicado e gerado um acometimento do II nervo craniano, também conhecido como nervo óptico. Outra possibilidade a ser analisada foi a faixa etária do paciente que tinha 62 anos, indo de encontro a literatura que demonstra maiores chances de complicações em pacientes com idade acima de 60 anos. Outro questionamento a levantado é sobre a possibilidade de outro fator de vulnerabilidade além da idade, como sexo, imunossupressão e vulnerabilidade social. **Considerações finais:** Por fim, caso relatado busca trazer a luz a discussão da complexidade de um quadro agudo de neurite óptica após um quadro infeccioso por Herpes zoster, embora seja um

acometimento menos comum dessa infecção, no entanto, quando ocorre, pode desencadear uma perda de visão do paciente e gerar um quadro permanente de cegueira. Com isso, conclui-se que os riscos do tratamento supera os riscos de não realizar, principalmente em pacientes que apresentem vulnerabilidade, física e/ou imunológica, social ou com idade superior a 50 anos, sendo assim, devendo ser tratados ainda em fase inicial da infecção.

DECS: HERPES ZOSTER; NEURITE ÓPTICA; COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS..

ABSTRACT

KEY-WORDS:

INTRODUÇÃO

O Herpes Zóster (HZ), também conhecido popularmente como cobreiro, é uma infecção causada pelo Vírus Varicella zoster (VZV) ou herpes vírus humano do tipo 3, o mesmo patógeno da Varicela. Apesar de ambos serem desencadeados pelo mesmo patógeno, tecnicamente o herpes zóster não é Varicela que também é conhecido popularmente como catapora (LUPI, 2022).

A incidência do HZ é de 0,5% a 1% na população geral, com predomínio dos casos, em 75% dos indivíduos com idade igual ou maior que 50 anos. Pessoas portadoras de

AIDS podem ter um risco 15 vezes maior que a população em geral (LUPI, 2022).

Os sintomas, a epidemiologia e as complicações são bem distintos e um dos pontos que difere ambas as infecções pelo herpes é o quadro infeccioso, sendo que o HZ acomete, geralmente, idosos e origina-se da reativação do vírus que estava em latência após a ocorrência da varicela. Em contrapartida, a Varicela ocorre com maior frequência na infância e é resultado de uma infecção primária (SBD, 2021).

As apresentações clínicas, comumente, iniciam-se com uma queixa de queimação na pele de

RELATO ORIGINAL

uma determinada faixa de um dermatomo, podendo ser de intensidade leve a moderada. Além disso, podem estar associados a essa queixa, febre, calafrios, cefaleia e mal-estar. Contudo, a evolução natural da doença é a progressão de um eritema cutâneo com aparecimento de vesículas até um padrão final de crostas (LUPI, 2022).

Segundo sua classificação o HZ é uma infecção de acometimento sensorial neural que pode comprometer qualquer segmento do Sistema Nervoso (SN), podendo também afetar a parte motora, o que acontece de forma menos comum. No entanto, caso aconteça, o indivíduo pode apresentar fraqueza muscular, paralisia de nervos cranianos, paralisia do músculo diafragma, bexiga neurogênica e pseudo-obstrução intestinal (LUPI, 2022).

Dentre as regiões mais frequentemente acometida temos a região torácica (50% dos casos), além de oftálmica, região cervical e lombossacral. As características da infecção são inflamação, necrose hemorrágica com neurite associada, leptomenigite localizada, poliomielite segmentar e degeneração das raízes motoras e sensoriais

relacionadas (NAGEL, GILDEN, 2014).

Complicações neurológicas são menos comuns e incluem oftalmoplegia, neurite óptica e ptose, sendo que, nesses casos deve ser sempre realizado o tratamento. Em alguns casos, o acometimento do ramo oftálmico do V par craniano (nervo trigêmeo) pode ocorrer e desencadear lesões vesiculosas na ponta nasal (sinal de Hutchinson), que indica agressão ao ramo nasociliar, podendo levar a complicações oculares sérias, como denervação da córnea e consequente cegueira (LUPI, 2022).

O diagnóstico do HZ é em sua essência clínico, no entanto, pode ser solicitado exames complementares para casos atípicos. Já o tratamento é pautado na utilização de fármacos antivirais que aceleram a cura das erupções e a redução da duração do quadro de dor, além de prevenir a ocorrência de neuralgia pós-herpética (NPH). Portanto, o presente relato visa descrever e discutir um caso de neurite óptica pós infecção por herpes zoster.

OBJETIVO

Relatar um caso de hipótese diagnóstica de neurite óptica pós infecção herpética.

MÉTODO

Todos os dados contidos neste trabalho foram obtidos por meio de uma revisão do prontuário, conversa em consulta com o paciente, registro fotográfico dos achados clínicos e diagnósticos, aos quais o paciente foi submetido. Foi realizado uma revisão da literatura para embasamento técnico-científico da discussão do caso, cabe destacar que, o paciente foi informado do estudo de caso, seus riscos e benefícios. Após isso, o mesmo autorizou e assinou um termo de consentimento para a realização da pesquisa.

RELATO DE CASO

Paciente J.N.L, sexo masculino, 62 anos, branco, natural do interior de Minas Gerais procura a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Urgência e Emergência no período da manhã queixando “estar enxergando turvo em olho D, com dor, edemaciado e com tosse”. Foi atendido pela equipe de Hipertenso, eupneico, normocardio. ACV: BNR em 2T sem sopros, sem

enfermagem que realizou a triagem e coletou os seguintes dados: Pressão Arterial 140x80 mmHG, T° 36,8°, Saturação 98% e Pulso de 76 bpm. Após a triagem o paciente foi classificado como verde, segundo o Protocolo de Manchester, sistema de classificação de prioridade de atendimento dos pacientes.

No ato da consulta médica relata há treze dias atrás, ter ido na UPA com queixa de vesículas na pálpebra superior do olho direito, nariz e região temporal direita, que naquela ocasião haviam surgido fazia dois dias. Foi tratado com uma medicação que não soube informar o nome e a dosagem. Referiu ter tido pouca melhora do quadro e que atualmente teve uma perda parcial súbita da visão, “enxergando embaçado com o olho direito”, levando o mesmo a retornar na unidade. O paciente nega outras doenças e nega fazer uso de medicação de forma contínua.

EXAME FÍSICO

Bom estado geral, hidratado, corado, anictérico, acianótico, afebril.

presença de edemas em MMII e sem sinal de cianose em membros

RELATO ORIGINAL

periféricos. AP: MV + sem ruídos adventícios e sem sinais de desconforto respiratório.

Durante o exame clínico, notou-se dor ausente, ausência de exsudatos, perda visual leve e unilateral em OD.

Imagem 1 – Lesão em pálpebra superior do olho Direito



Imagem 2 – Lesão em região temporal direita

Imagem 3 – Lesão em raiz do osso nasal direito



HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Realizado a hipótese diagnóstica de neurite óptica pós infecção herpética.

CONDUTA

Zóster. Uma hipótese levantada foi a do tratamento inicial não ter obtido sucesso, podendo ter acontecido devido a uma indicação incorreta do tratamento ou do tratamento ter sido realizado de forma errada pelo próprio paciente. Assim, a infecção pode ter se complicado e gerado um acometimento do II nervo craniano, também conhecido como nervo óptico.

O tratamento da HZ tem três principais objetivos: o primeiro é o

O paciente foi orientado, a princípio, que a perda parcial da visão poderia ser em consequência do quadro infeccioso prévio que desenvolveu há 13 dias atrás de Herpes

tratamento para a infecção viral, a segunda analgesia da dor e o terceiro a prevenção da NPH. Para esse fim, o tratamento deve se iniciar nas primeiras 72h, sendo que, é de consenso da maioria não iniciar após esse tempo decorrido, porém em casos de doença grave ou evidência de replicação viral pode ser estendido. É importante salientar que é recomendado teste para infecção pelo HIV em todos os pacientes que apresentam quadro

RELATO ORIGINAL

clínico compatível com HZ (LUPI, 2022). Portanto, o tratamento para HZ, pode seguir as seguintes recomendações:

Tabela 1 – Antivirais indicados em infecções por HZ

ANTIVIRAIS
Aciclovir adulto: 800mg 5x/dia por 7 dias ou 10 a 15mg/kg – IV – 8/8 h (por gotejamento) – 7 a 14 dias.
Aciclovir crianças: 500mg/m ² – IV – 8/8 h (por gotejamento) – 7 a 14 dias.
Valaciclovir 1000mg 3x/dia por 7 dias
Famciclovir 750mg 1x/dia (ou 500mg 2x/d ou 250mg 3x/d) por 7 dias

Fonte: Adaptado de CHAVES, LEONEL, et al., 2023

Cabe destacar que dentre as três drogas antivirais o Valaciclovir tem se destacado nas prescrições para HZ.

Tabela 2 – Analgésicos indicados em infecções por HZ

ANALGÉSICOS
Acetaminofen + codeína: 500mg + 7,5mg/30mg.
Tramadol (opiáceo): 50mg. Analgésico de ação central.
Trometamina (AINH): 10mg – SL.

Fonte: Adaptado de CHAVES, LEONEL, et al., 2023

Em casos de dor intensa ou riscos de NPH está indicado a associação de Prednisona 0,5 a 1 mg/kg/dia e/ou medicações usadas para a NPH.

Além dessas classes, o Antibiótico pode ser associado, caso haja sinais de infecção, sendo a classe indicada conforme análise do quadro clínico.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Os exames que podem ser lançados mão nesse caso, segundo Chaves e colaboradores, para avaliar o nível de acometimento são:

- Tomografia: é necessária para a detecção de perda neuroaxonal.
- Ressonância magnética
- Biopsia cutânea
- Sorologia: PCR; ELISA; Imunofluorescência indireta.
- Exames visuais específicos também podem ser necessários, como por exemplo, o exame de fundo de olho (CHAVES, LEONEL, et al., 2023).

Possíveis alterações a serem encontradas nos exames oftalmológicos

Imagem 4- Papilite



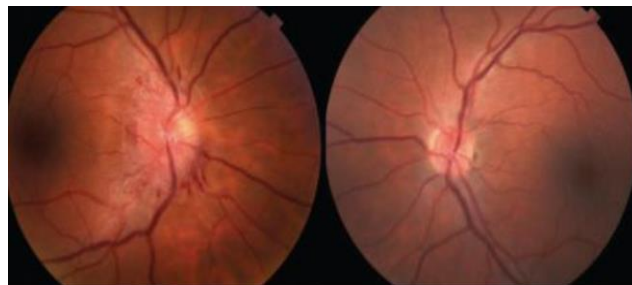
Fonte: Martins et al., 2016.



Fonte: Martins et al., 2016.

Imagem 5- Neurorretinite

Imagem 6- Exame fundoscópico que demonstra edema grave do disco com hemorragia da camada de fibra nervosa no olho direito. O nervo óptico esquerdo é normal. O diagnóstico foi neurite óptica por sífilis.



Fonte: Bennett, 2019.

Imagem 7- Exame fundoscópico que apresenta edema do disco óptico com estrela macular parcial, devido a neurorretinite.



Fonte: Bennett, 2019.

DISCUSSÃO DO CASO

A presença de comprometimento da visão no olho direito, lado também das lesões herpéticas, indicam uma complicação da infecção pelo vírus HZ que é denominada de Neurite Óptica e ocorre devido ao acometimento do II nervo craniano, denominado nervo óptico (CHAVES, LEONEL et al., 2023). A neurite óptica é considerada um distúrbio visual, agudo e grave, no qual, dependendo da etiologia, o prognóstico visual e o risco de lesões recorrentes podem variar. Em sua evolução, ela se apresenta com quadros de infecção, inflamação e desmielinização envolvendo o nervo óptico, no qual é responsável pela recepção e transmissão de estímulos nervosos. Ainda, pode ser causada por uma reação autoimune

direcionada contra este nervo (CHAVES, LEONEL et al., 2023).

Tal distúrbio pode ocorrer de forma isolada ou se configurar como um sinal para outra patologia, como a esclerose múltipla. Sabe-se que há duas principais apresentações clínicas de neurite óptica, típica e atípica, sendo importante distingui-las para detectar a etiologia subjacente e planejar o tratamento adequado e oportuno. O diagnóstico da neurite óptica depende da avaliação clínica e anamnese eficazes, bem como, de exames de laboratoriais e de imagens. O tratamento de formas típicas da neurite óptica é realizado com corticosteroides intravenosos em altas doses com objetivo de acelerar a recuperação visual. Formas atípicas podem necessitar de regimes prolongados de

imunossupressores. No caso da neurite de origem infecciosa é necessário o uso de antibióticos ou quimioterápicos específicos (CHAVES, LEONEL et al., 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo a literatura, pacientes tratado apenas com ganciclovir ou em combinação com foscarnet teve uma melhor acuidade visual final do que aqueles tratados com apenas aciclovir ou foscarnet (LUPI, 2022).

Assim, acredita-se que o paciente deste caso se beneficiaria de tal tratamento, uma vez que, a perda visual havia iniciado em menos de 12h, mesmo com a infecção por HZ iniciada a 15 dias, tal tratamento poderia amenizar a evolução da perda visual. Além do tratamento, uma conduta a ser melhorada é o prontuário eletrônico, uma vez que, possibilitaria ao médico ter acesso a história patológica pregressa do paciente e não repetir condutas ineficazes e/ou insuficientes, como nesse caso em questão que, o paciente retorna ao atendimento de saúde 13 dias após um tratamento prévio que não sou informar qual foi.

Referências

BRASIL. SBD. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Herpes zoster. **Copyright Sociedade Brasileira de Dermatologia** – 2021.

CHAVES, GL; LEONEL, GA; SILVA, VKR; CHINI, LT; COSTA, ICP; SAMPAIO, RS; JONAS, CT; CHAVES, ÉCL. Neurite Óptica. **Ciências da saúde e suas descobertas científicas**, 2023.

LUPI, O. Varicela e herpes-zóster. **Med. Ciên. e Arte**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.84-91, jan-mar 2022.