

Orientar profissionais de saúde e outros indivíduos pertencentes a grupos de risco a vacinarem-se.

Observar os cuidados pós-exposição nos pacientes susceptíveis, administrando imunoglobulina preferivelmente nas primeiras 48 horas após o evento.

Recomendar a admissão de pacientes com doença extra-cutânea ou complicações.

84. HERPES ZOSTER

a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO

É mais comum em adultos, principalmente em condições que reduzam a imunidade.

Lesões localizadas podem ocorrer em pessoas com a imunidade normal.

O quadro generalizado deve fazer o médico suspeitar de imunodepressão.

Complicações cicatrizes, neuralgia pós-herpética, paralisias (especialmente facial), disfunção da bexiga e oftalmite (pode levar a cegueira).

Causada pelo vírus *Varicella zoster*.

b. QUADRO CLÍNICO

O principal sintoma é a dor ao longo do trajeto de um dermatomo.

Após cerca de 48 horas surgem vesículas agrupadas, distribuídas universalmente.

Os locais mais afetados são o tronco e face.

Os linfonodos regionais podem estar aumentados e dolorosos.

Diagnóstico diferencial com dermatite de contato (pruriginosa ao invés de dolorosa), o zoster pode simular erisipela inicialmente.

Antes do surgimento das vesículas o zoster pode ser confundido com enxaqueca, IAM e abdome agudo.

c. CONDUTA

Tratar pacientes imunocompetentes durante sete dias, com aciclovir 800 mg VO, cinco vezes ao dia ou valaciclovir 1 g de 8 em 8 horas durante cinco dias.

Prednisona em pacientes com mais de 50 anos para redução da dor na fase aguda: 30 mg de 12 em 12 horas nos dias 1 a 7, 15 mg de 12 em 12 horas nos dias 8 a 14 e 7,5 mg de 12 em 12 horas nos dias 15 a 21.

Zoster oftálmico ou acometimento de mais de 1 dermatomo ou disseminado: aciclovir 10 mg/kg IV de 8 em 8 horas (infundir em período superior a 1 hora). Para idosos, reduzir a dose para 5 mg/kg de 8 em 8 horas. Obter consulta oftalmológica.

Encaminhar para acompanhamento ambulatorial os pacientes imunocompetentes.

Para controle da dor: opiáceos.

Isolamento de contato e por aerossol (máscara N95, se zoster disseminado).

Em crianças, tal acometimento é incomum e deve ser afastado outras causas de imunossupressão como AIDS e neoplasias.

85. HERPES GENITAL

a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO

Classicamente é causada pela infecção com o vírus *Herpes simplex*.

Cerca de 25% da população tem evidência sorológica de infecção por este vírus.

Transmissão por via sexual.

Atualmente devido a mudança no comportamento sexual até 40% das infecções genitais é causada pelo HSV tipo I.

b. QUADRO CLÍNICO

O principal sintoma é a dor em queimação.

Surgimento de pequenas vesículas agrupadas que podem ocorrer em qualquer lugar, mas são mais comuns no corpo do pênis, lábios vaginais, região perianal e glútea.

Os linfonodos regionais podem estar aumentados e dolorosos.

A lesão geralmente desaparece em sete dias.

Pode complicar-se com infecção bacteriana, infecção neonatal, ceratite e encefalite.