

O rash surge na face e atrás das orelhas em média quatro dias após o início dos sintomas. As lesões iniciais são pápulas que coalescem formando um eritema contínuo em algumas áreas. Em seguida o rash aparece no tronco, indo em seguida para as extremidades, incluindo região palmar e plantar. O rash dura de três a sete dias.

Pacientes imunodeprimidos podem ter a forma disseminada da doença.

Exames laboratoriais mostram leucopenia e proteinúria.

Pacientes com HIV podem ter forma atípica e grave da doença.

c. CONDUTA

Recomendar repouso e sintomáticos em casos não complicados.

Manter o paciente em cuidados respiratórios durante uma semana após o início do rash.

Tratar adequadamente infecções secundárias.

Isolamento respiratório com uso de máscara N95 nos profissionais e manter o paciente em ambiente fechado.

83. VARICELA

a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO

É altamente contagiosa sendo geralmente uma doença da infância.

Contágio através de inalação de gotículas ou contato com as lesões.

Incubação de 10 a 20 dias (média de 14 dias).

O vírus pode causar também o quadro de herpes zoster.

A vacina pode prevenir a doença em pessoas susceptíveis. Se administrada nos primeiros quatro dias do contato, funciona como vacinação de bloqueio.

A vacinação não deve ser efetuada em gestantes nas primeiras 13 semanas.

b. QUADRO CLÍNICO

A febre e mal estar são mais marcantes em adultos, geralmente as crianças apresentam uma evolução mais benigna.

As vesículas formam pequenas úlceras iniciando na orofaringe.

O rash pruriginoso surge na face, couro cabeludo e tronco, indo em seguida para as extremidades.

As máculas e pápulas evoluem em algumas horas para vesículas que tornam-se pustulares e formam crostas.

Lesões cutâneas em vários estágios de evolução estão presentes simultaneamente.

As crostas desprendem-se em 7 a 14 dias.

Pacientes imunodeprimidos podem ter a forma disseminada da doença.

Exames laboratoriais mostram leucopenia.

O diagnóstico é feito clinicamente.

Complicações da doença: pneumonia intersticial principalmente em adultos fumantes, hepatite em um pequeno número de casos, encefalite (rara).

Risco pequeno de ocasionar malformações fetais quando ocorre na infância.

Pode causar complicações oculares (necrose da retina) e síndrome de Reye.

c. CONDUTA

Isolar pacientes com varicela, até o desaparecimento das crostas de pacientes não imunes(até que todas as lesões estejam sobre a forma de crosta, quando deixa de ser infectantes).

Usar luvas e máscaras N95 para o contato com o paciente.

Utilizar sintomáticos: acetaminofen como antipirético, anti-histamínicos para o prurido e loção de calamina. O uso de AAS está contraindicado.

Efetuar cuidados locais, mantendo as lesões cutâneas limpas.

Recomendar repouso até que o paciente esteja afebril.

Iniciar aciclovir 800 mg 5 vezes ao dia ou 10 mg/Kg IV de 8 em 8 horas assim que o diagnóstico for considerado em: imunocomprometidos, gestantes no terceiro trimestre, paciente com doença extracutânea (encefalite ou pneumonite). Em crianças, o uso de aciclovir não interfere na história natural da doença.

Comprometimento pulmonar em vigência de varicela é considerado um critério de gravidade, assim como a manutenção da febre após três dias de evolução de doença. Indicar internação, rastrear e iniciar antibioticoterapia visando bacteremia oculta por *Streptococcus*. Escolha: Penicilina Cristalina 150.000 UI/kg por dia IV de 4 em 4 horas associado a Clindamicina.

Indicar a internação de pacientes com lesões extracutâneas.

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.