



Varicela no pequeno lactente

Ricardo Filipe Oliveira*

RESUMO

Introdução: A varicela é uma doença exantemática muito comum na infância. Apesar de habitualmente benigna em idades pediátricas, quando ocorre até aos três meses de idade, coincidindo com uma maior imaturidade imunológica, poderá suscitar receios quanto à sua evolução e dúvidas na sua abordagem.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso clínico de um pequeno lactente de dois meses de idade, sem antecedentes patológicos de relevo, que recorre ao centro de saúde por exantema vesicular discreto, sem febre ou outros sinais de atingimento sistémico e em contexto de varicela no irmão ocorrida duas semanas antes, tendo sido evocado o diagnóstico de varicela. Enviado ao hospital de referência, que confirmou o diagnóstico, ficou internado sob tratamento com aciclovir endovenoso, apresentando evolução clínica favorável.

Discussão: A varicela no pequeno lactente é uma causa pouco frequente de recurso aos cuidados de saúde primários. Contudo, perante um exantema vesicular e, havendo história de contacto com um indivíduo afetado, deve-se considerar o diagnóstico de varicela independentemente da idade e da forma de apresentação. Há ainda alguma controvérsia quanto ao tratamento, podendo, em casos de apresentação frustrada, serem consideradas apenas medidas conservadoras.

Palavras-chave: Recém-nascido; Varicela; Aciclovir; Aleitamento.

INTRODUÇÃO

A varicela é uma doença causada pelo vírus Varicela-Zoster (VVZ) da família herpesvirus.¹ Trata-se de uma doença exantemática muito comum na infância. Acomete normalmente crianças com idades superiores aos seis meses de vida.²⁻³ Mais rara será a infeção no lactente antes dos seis meses de idade, sobretudo pela imunidade conferida pela mãe, frequentemente reforçada pela transferência passiva de imunoglobulinas através do aleitamento materno e, inclusivamente, pelo isolamento “natural” a que lactentes com esta idade estão sujeitos no que a contactos com outras crianças diz respeito.⁴

Em 2007 foram registados em Portugal, pela rede de Médicos Sentinela, 722 casos de varicela com taxas de incidência estimadas de 6.241,5 por 100.000 no grupo etário dos 0-4 anos.³

O diagnóstico é sobretudo efetuado por uma observação clínica num contexto epidemiológico de doença.^{1,4} Apesar de habitualmente benigna em idades pediátricas, quando ocorre até aos três meses de idade, coincidindo com uma maior imaturidade imunológica, poderá suscitar receios quanto à sua evolução e dúvidas na sua abordagem.

Descreve-se um caso de varicela num pequeno lactente

(dois meses), seguida de uma breve revisão dos conceitos atuais de abordagem desta patologia nesta faixa etária.

DESCRIÇÃO DO CASO

H, dois meses de idade, sexo feminino, raça caucasiana, natural e residente em Escariz (Arouca), sem antecedentes patológicos de relevo. O parto foi eutócico às 39 semanas, com APGAR 8/10 e somatometria adequada à idade gestacional. Mantinha-se sob aleitamento materno exclusivo. Desconhecidas doenças heredofamiliares (Figura 1) e apresentava calendário de vacinação atualizado.

Recorreu à consulta aberta do centro de saúde por aparecimento de vesículas com início no dorso com dois dias de evolução e posterior propagação para tronco, virilhas e região anterior das coxas. Nega febre, anorexia ou alterações comportamentais. Referido episódio de varicela no irmão de sete anos cerca de duas semanas antes. A mãe afirmava ter tido a doença na infância.

Ao exame objetivo constatavam-se vesículas distribuídas de forma concêntrica na região dorsal, algumas crostas na região da nuca com presença de halo eritematoso sugestivo de varicela (Figura 2). Sem febre, sem sinais de sobreinfeção, nomeadamente sem crosta melicérica, exsudados ou celulite, com criança bem disposta e interativa durante a consulta.

Foi evocado o diagnóstico de varicela, pelo que o lactente foi referenciado ao Serviço de Urgência de Pediatria do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, confirmando-

*Mestre em Medicina, Médico Interno de Medicina Geral e Familiar, USF Escariz, ACeS Entre Douro e Vouga I – (Feira/Arouca), Portugal.

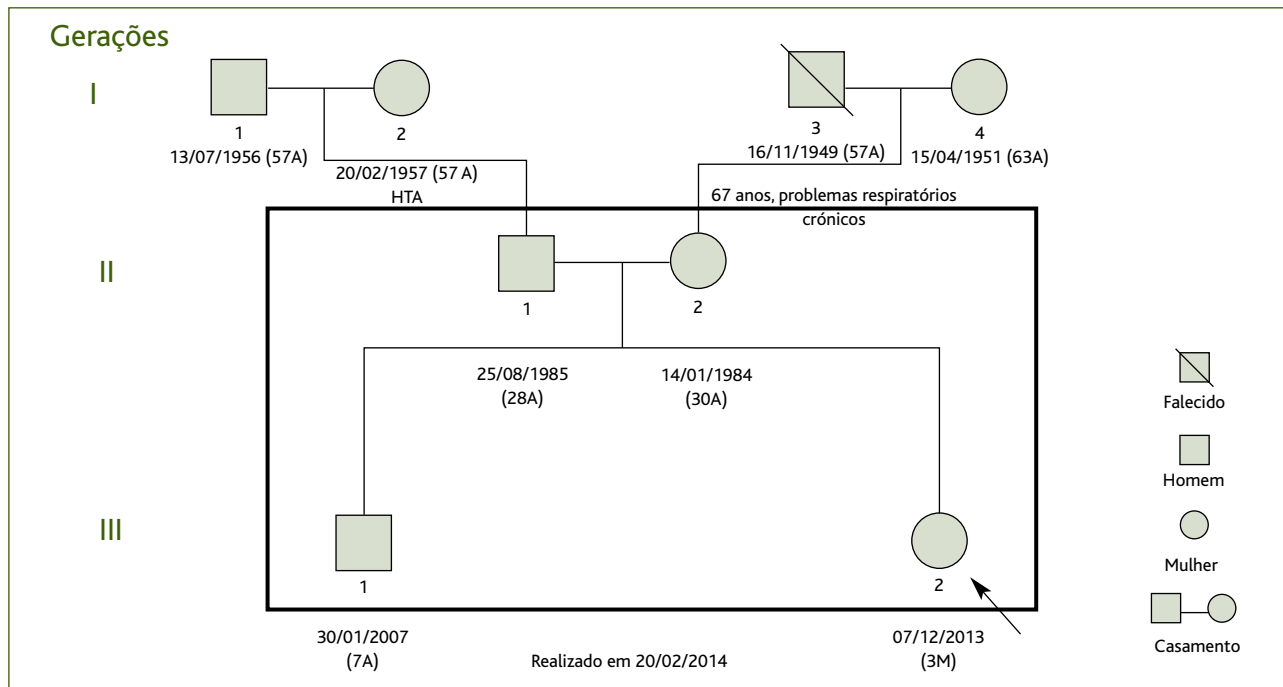


Figura 1. Genograma familiar de H.

se o diagnóstico. Foi efetuado estudo analítico, com hemograma completo, proteína C reativa e função renal que não evidenciou alterações de relevo. Foi decidido internamento e fez terapêutica com aciclovir endovenoso (na

dose de 30mg/Kg/dia, divididos em três tomas, durante sete dias). Teve como única intercorrência uma conjuntivite sem necessidade de antibioterapia tópica.

A criança mantém um desenvolvimento adequado, com seguimento harmonioso da sua linha de percentis de crescimento. Este evento de vida não gerou um momento de crise familiar com caráter patológico.

COMENTÁRIO

A incubação do VVZ pode durar entre 10 a 21 dias, sendo que em média dura 14 dias,^{1,5-8} o que valida a transmissão através do irmão.

Apesar de se tratar de um contágio intrafamiliar (e, por isso, potencialmente mais exuberante) apresentava um quadro frustrante, com poucas lesões observáveis ao exame físico e sem grande repercussão sistêmica, o que se explica pela proteção conferida pela mãe, como referido anteriormente.

A abordagem terapêutica desta situação passou pela administração de



Figura 2. Vesículas e crostas observadas no exame físico de H.



aciclovir endovenoso em regime de internamento. Atualmente existem alguns autores que apontam outras possibilidades de atuação, como por exemplo uma atitude mais expectante ou tratamento sintomático,⁹⁻¹⁰ aplicáveis desde o período neonatal (em recém-nascidos com varicela adquirida na comunidade e mais de 15 dias de vida).

Assim sendo, considera-se que os recém-nascidos com transmissão horizontal de varicela poderão não ser tratados com aciclovir desde que não revelem repercussão sistêmica importante ou co-morbilidades¹⁰⁻¹¹ e estando assegurada uma vigilância adequada em ambulatório.¹²

Quando se opta pelo tratamento com aciclovir, o mesmo deve ser iniciado nas primeiras 24 horas de doença para ser obtida a máxima eficácia.^{7-8,10-11,13}

Este fármaco é habitualmente bem tolerado em idade pediátrica quando administrado por via endovenosa. Não existem muitos dados disponíveis sobre a sua eficácia quando administrado oralmente até aos três meses de idade, pelo que esta via de tratamento não é preconizada nestes casos.

Como já discutido anteriormente, deve manter-se o encorajamento do aleitamento materno pelo seu papel imunomodulador.^{6,9,14}

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. English R. Varicella. *Pediatr Rev.* 2003;24(11):372-9.
2. Neves C. Recomendações para vacinação contra a varicela. *Acta Pediatr Port.* 2009;40(4):185-8. Portuguese
3. Direção-Geral da Saúde. Avaliação do programa nacional de vacinação: 2º inquérito nacional de vacinação – Portugal Continental 2001-2002. Lisboa: DGS; 2004. ISBN 9726751012
4. Morena M. Immunologic development and susceptibility to infection. In Long SS, Pickering LK, Prober CG, editors. *Principles and practice of pediatric infectious*

diseases. 4th ed. Elsevier; 2012. p. 83-90. ISBN 9781437720594

5. Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW. *Red book: report of the Committee on Infectious Diseases.* 29th ed. American Academy of Pediatrics; 2012. ISBN 9781581107036
6. Sauerbrei A, Wutzler P. Neonatal varicella: state of the art. *J Perinatol.* 2001;21(8):545-9.
7. Speer ME. Varicella-zoster infection in the newborn. *UpToDate*; 2013.
8. Arvin AM. *Varicella-zoster virus.* 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008.
9. Neto MT. Protocolo de diagnóstico e terapêutica em infeccologia perinatal. Porto: Angelini Farmacêutica; 2007. ISBN 9789729941719
10. Meylan P, Kempf W, Gerber S, Aebi C, Agosti R, Büchner S, et al. Recommandations suisses pour la prise en charge des infections dues au virus de la varicelle-zoster. *Forum Med Suisse.* 2007;7(44):895-905. French
11. Heuchan AM, Isaacs D. The management of varicella-zoster virus exposure and infection in pregnancy and the newborn period. *Med J Aust.* 2001;174(6):288-92.
12. Anjos R, Bandeira T, Marques J. *Formulários de pediatria.* 3ª ed. Lisboa: Esteve Farma; 2004.
13. Marçal M, Ferreira R, Domingues L, Jacinto C, Pinheiro L, Lynce N. Recém-nascido e vírus varicela-zoster: como actuar? [Newborn and varicella-zoster virus infection]. *Saúde Infantil.* 2008;30(2):74-7. Portuguese
14. Hoyos MC, Aragón MP, Lejarazu RO. Varicela perinatal: un riesgo potencial. *Bol Pediatr.* 1997;37(162):239-42. Spanish
15. Mestecky J, Blair C, Ogra PL. *Immunology of milk and the neonate.* Springer; 2012. ISBN 9781461367130

CONFLITO DE INTERESSES

O autor declara não ter conflitos de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ricardo Filipe Oliveira
Rua de Santo António, 122 – Silva Escura, 4475-806 Maia
E-mail: rfaoliv@gmail.com

Recebido em 22-10-2014

Aceite para publicação em 18-04-2015

Artigo escrito ao abrigo do novo acordo ortográfico.

ABSTRACT

CHICKENPOX IN A TWO-MONTH OLD INFANT

Introduction: Chickenpox is a common childhood disease. Although usually benign, when it occurs in a two month-old child with immunological immaturity, it may cause concern regarding the correct clinical approach.

Case Description: We report the case of a two month-old previously healthy infant, who came to a primary care clinic because of a vesicular rash without other systemic signs of illness. Her brother had been diagnosed with varicella two weeks previously. Varicella infection was diagnosed and the baby referred to the local hospital, where the diagnosis was confirmed. She was admitted for intravenous acyclovir therapy, with a favorable clinical outcome.

Discussion: Chickenpox is infrequently diagnosed in young infants in primary care. However, with a vesicular rash and a history of contact with an affected individual, doctors have to consider this diagnosis regardless of age and presentation. There is controversy regarding treatment. Conservative measures may be sufficient for mild illness.

Keywords: Chickenpox; Acyclovir; Newborn; Lactation.