

HERPES SIMPLEX

O vírus *Herpes simplex* (VHS) tem elevada prevalência na população em geral. No princípio da década de 90, na maternidade do Hospital de Dona Estefânia, foi encontrada seropositividade para o VHS em 90% nas mulheres grávidas a quem tinha sido pedido estudo do grupo TORCHS; todas as mulheres com idade superior a 25 anos eram seropositivas.

Classicamente, o herpes oral é atribuído ao vírus *Herpes simplex* tipo 1, resultando a infecção do contacto com lesões orais ou secreções infectadas; o herpes genital é atribuído ao vírus *Herpes simplex* tipo 2, resultando a infecção do contacto com lesões genitais ou secreções vaginais infectadas.

Para o recém-nascido a situação mais grave ocorre quando a mãe adquire a primeira infecção genital pouco tempo antes do parto. A infecção primária materna pode ser assintomática pelo que a criança poderá vir a nascer por via vaginal numa altura em que eventualmente a mãe ainda não dispõe de anticorpos IgG que passem a placenta e protejam o feto/RN. Contudo, muitas vezes, a mãe tem conhecimento das infecções recorrentes e avisa o obstetra - ou este observa as lesões no decorrer da gravidez - de modo que é possível programar o parto por via alta antes da rotura de membranas. Contudo, mais de 70% das crianças infectadas nascem de mulheres assintomáticas.

A infecção congénita é rara mas é acompanhada de um prognóstico muito grave – microcefalia, hidranencefalia e microftalmia com mortalidade muito elevada e sequelas graves nos sobreviventes.

A infecção perinatal é a mais comum – 90% dos casos de herpes neonatal são adquiridos no período perinatal. O prognóstico é também muito grave se a infecção não for tratada. A forma de apresentação com lesões cutâneas, orais e oculares é a que tem melhor prognóstico. Parte desse melhor prognóstico poderá eventualmente depender de uma menor gravidade da infecção mas é certamente condicionado pela precocidade do diagnóstico - uma vez que as lesões são visíveis - condicionando um início mais precoce da terapêutica.

As outras formas de apresentação da infecção são a infecção sistémica, multiorgânica com afecção sobretudo do pulmão e fígado e a encefalite herpética, ambas consideradas doenças muito graves. A encefalite herpética sem outros sinais que nos indiquem que se trata de uma infecção herpética é de diagnóstico extremamente difícil, uma vez que 40% dos RN infectados não apresentam o exantema vesicular característico e os sintomas





- precoces da doença não são específicos. Os achados electroencefalográficos que eram classicamente tidos como patognomónicos de encefalite herpética parece não se encontrarem em muitas situações. Esta dificuldade é tanto mais importante quanto o início precoce da terapêutica pode influenciar significativamente o prognóstico.

- O isolamento do vírus por cultura continua a ser o método de diagnóstico definitivo. Um esfregaço das vesículas cutâneas se existirem, da oro e nasofaringe, LCR, fezes ou urina devem ser enviados para o laboratório de referência em meio de transporte apropriado e sem ser sujeito a congelamento ou arrefecimento. Más condições de transporte podem condicionar resultados falso negativos.

A detecção do DNA viral por PCR no LCR ou no sangue é um meio de diagnóstico também rápido sem os problemas das culturas. Para meio de transporte basta um tubo de ensaio seco, irradiado.

A serologia é importante para conhecer o estado imunológico da mãe e do RN e tentar perceber se a infecção materna é primária ou uma recorrência.

O aciclovir é o antivírico de eleição para o tratamento da infecção no RN.

PROTOCOLO

- Grávida com lesões genitais activas na altura do parto – programar o parto por cesariana. O risco do RN adquirir a infecção é minimizado se a cesariana ocorrer nas 4h a 6h que se sucedem à rotura de membranas.
- Todo o RN de mãe com lesões genitais activas na altura do parto supostamente por infecção primária, nascido por via vaginal, com rotura prolongada de membranas, deve fazer cultura de vírus às 24h de vida – urina, fezes, exsudado rectal, olho, orofaringe e nasofaringe (mas não do LCR) – e iniciar terapêutica com acyclovir até resultados da cultura de vírus negativos. Se a criança desenvolver doença deve fazer PL e se houver infecção do SNC deve fazer terapêutica durante 21 dias.
- Todo o RN com suspeita de infecção por vírus Herpes simplex deve ser internado mesmo que a infecção seja mucocutânea e que a criança não pareça gravemente doente.

- O exame de eleição para diagnóstico de infecção do SNC é a pesquisa de DNA por PCR no LCR. Embora a sensibilidade seja menor que no adulto, no período neonatal a sensibilidade pode ir de 71% a 100%. A sensibilidade diminui com a terapêutica com acyclovir. A pesquisa de DNA viral no LCR deve ser também pedido nos RN com infecção oculomucocutânea.
- Se a pesquisa de DNA viral por PCR no LCR é o exame de eleição para o diagnóstico de infecção do SNC, a cultura do vírus nas lesões cutâneas ou no sangue, é o exame de eleição para diagnóstico de infecção sistémica ou oculomucocutânea. Nem a cultura viral no LCR é o exame de eleição para diagnóstico de infecção do SNC nem a pesquisa de DNA por PCR nas células mononucleares do sangue periférico é o exame de eleição para o diagnóstico de infecção sistémica. Contudo, este último pode ser útil, mas os resultados devem ser interpretados com criticismo. Admite-se que a virémia seja mais frequente do que se pensava e pode dar um diagnóstico mais precoce.
- A cultura de vírus deve ser pedida em material colhido por zaragatoa da orofaringe, fossas nasais, recto e, ainda, na urina. Nos RN com lesões mucocutâneas deve ser enviado exsudado dessas lesões para cultura de vírus. O material colhido deve ser transportado em tubo seco irradiado.
- O acyclovir deve ser administrado a todos os RN com infecção suspeita ou comprovada por vírus Herpes simplex independentemente das manifestações e da gravidade da infecção.
- Dose do acyclovir – 60 mg /kg /dia de 8/8h por via EV durante 14 dias se a infecção é mucocutânea e durante 21 se há doença disseminada ou encefalite herpética.
- Os doentes com lesões oculares devem fazer terapêutica por via EV e terapêutica local com pomada oftálmica de vidarabina.
- Nos doentes com infecção do SNC no final da terapêutica com acyclovir, deve ser pedida nova PCR no LCR. Uma PCR positiva indica persistência da infecção e necessidade de manter terapêutica.
- Os doentes com forma mucocutânea podem ter recorrências nos primeiros meses de vida e podem vir também a desenvolver sequelas neurológicas.





- Nos doentes com terapêutica com acyclovir deve ser feito controlo de contagem de neutrófilos. Se a contagem for inferior a 500/mm³ pode haver necessidade de diminuir a dose do fármaco ou, em alternativa, medicar a criança com factores de crescimento de granulocitos.

Medidas de Isolamento

- Os doentes com infecção primária - gengivoestomatite ou herpes genital – eliminam vírus pelo menos durante uma semana, por vezes várias semanas. Nas recorrências a eliminação viral é mais curta – 3 a 4 dias. A eliminação viral atinge os maiores níveis na infecção primária sintomática e, os menores, nas recorrências sem sintomas.
- Os RN com forma mucocutânea devem ser submetidos a isolamento de contacto.
- Os RN nascidos de mãe com herpes genital nascidos por via vaginal devem ser submetidos a isolamento de contacto durante todo o período de internamento uma vez que o período de incubação pode ir até 4 semanas. O isolamento pode ser feito junto da mãe em quarto privado. Uma vez que seja dada alta a este RN, a mãe deve ser ensinada a detectar lesões cutâneas ou a recorrer ao hospital se o RN apresentar sinais de doença.
- Se a infecção materna na altura do parto é uma recorrência o risco de infecção do RN é muito baixa (5%).
- Os RN de mãe com herpes genital nascidos de cesariana têm um risco diminuto de ser infectados, sobretudo se a rotura de membranas foi intra operatória ou inferior a 4h.
- Uma mãe com herpes labial pode tratar do filho e dar de mamar se não tiver lesões no peito ou noutra local que tenha que estar em contacto com o filho. Deve ser ensinada a não mexer nas lesões, a colocar máscara quando trata do RN e a lavar as mãos cuidadosamente antes e depois de a colocar.

