

VARICELA - ZOSTER

VARICELA E GRAVIDEZ

A varicela é uma doença comum da infância considerada habitualmente benigna. Adquirida na idade adulta pode acompanhar-se de complicações que serão ainda mais graves se for uma mulher grávida. A pneumonia da varicela é a complicação mais frequente e pode ser letal.

A taxa de mulheres em idade fértil não imunes para a varicela é pequena. No 2º Inquérito Serológico Nacional a taxa de indivíduos com anticorpos para o vírus da varicela Zoster (VZV) variou entre 94% e 98% nos grupos etários dos 15 aos 44 anos.

PREVENÇÃO

- Uma grávida que desconheça o seu estado imunitário e que tenha tido um contacto de risco significativo, deve ser submetida de imediato a um estudo serológico da imunidade (Instituto Ricardo Jorge – Laboratório de vírus Herpes) com pedido de resposta em 24 a 48 horas.
- Na ausência de imunidade, deve ser administrada imunoglobulina específica endovenosa até 96 horas após a exposição (Varitec[®] - 1ml/Kg de peso – 25UI/Kg) ou intramuscular até 72h após a exposição (Varicellon P[®] 0,2mL /kg).

ORIENTAÇÃO EM CASO DE VARICELA

- Na ausência de complicações, uma grávida com varicela deve ficar no domicílio sob vigilância médica, fazer terapêutica sintomática e ser seguida posteriormente em consulta de medicina materno-fetal e centro de diagnóstico pré-natal.
- A decisão de hospitalizar uma grávida com varicela depende da presença de factores de risco para complicações (hábitos tabágicos, doença pulmonar crónica, imunossupressão, utilização habitual de corticóides) e de critérios clínicos (gravidade da doença).

CRITÉRIOS DE INTERNAMENTO DE UMA GRÁVIDA COM VARICELA:

Indicações absolutas:

- Sinais de doença sistémica grave
- Presença de dor torácica ou abdominal
- Presença de sintomas neurológicos, além de cefaleias, sugerindo encefalite
- Lesões cutâneas hemorrágicas ou com hemorragia fácil (sugerindo imunidade muito reduzida para o vírus e grande carga vírica)



- Grande densidade de lesões cutâneas ou mesmo lesões nas mucosas
- Situação subjacente de imunossupressão

Indicações relativas:

- Gravidez susceptível de entrar em trabalho de parto
- História obstétrica carregada
- Hábitos tabágicos
- Doença Pulmonar Crónica
- Más condições sócio-económicas
- Impossibilidade de monitorizar adequadamente a doente em casa
- Ansiedade excessiva

Medidas de suporte:

- Oxigenação adequada
- Monitorização de trocas gasosas
- Eventual ventilação assistida
- Antibioterapia profilática (pelo elevado risco de pneumonia)
- Globulina hiperimune ou globulina imune normal (benefícios terapêuticos ainda por estabelecer)
- Corticoterapia (usada frequentemente, mas de uso controverso e benefícios não comprovados)

A grávida deve ser internada em estabelecimento hospitalar com quarto de pressão negativa e, embora o aciclovir não esteja aprovado para utilização na gravidez por questões de segurança para o feto, a sua utilização é mandatária na presença de complicações – aciclovir e.v. na dose de 10 a 15 mg/Kg, de 8/8 horas, durante 7 dias. Por se tratar de um fármaco do grupo C, este deverá ser evitado durante a primeira metade da gravidez, especialmente antes das 12 semanas de gestação.

REPERCUSSÕES SOBRE O FETO

O vírus da varicela atravessa a barreira placentar, dissemina-se no feto por via hematogénica e,

- tal como no adulto, após a virémia inicial, permanece latente nos gânglios periféricos. Quando a infecção ocorre até às 20 semanas o risco de varicela congénita é baixo (<2,4%) mas, se o feto for infectado, as consequências são graves. Há que vigiar sinais de síndrome da varicela congénita: ACIU (quase uma constante), lesões cutâneas cicatríciais (sendo característica a distribuição por dermatomas), anomalias esqueléticas (hipoplasia dos membros, clavícula,

costelas, omoplata, dedos; diminuição da motilidade), do SNC (microcefalia, atrofia cortical, calcificações cerebrais, ventriculomegália), oftalmológicas (catarratas, microftalmia, coriorretinite, atrofia óptica, estrabismo), alterações gastrointestinais e genitourinárias.

A ocorrência de herpes zoster durante a gravidez não tem repercussões sobre o feto.

O DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO FETAL E INTERVENÇÃO

Numa gravidez com menos de 20 semanas, duas condutas são possíveis:

- 1) Realizar ecografia mensal (dado o baixo risco da doença) em busca de sinais de varicela congénita, embora esta técnica consiga diagnosticar essencialmente anomalias major que são quase sempre encontradas apenas numa fase avançada da gravidez.

Se forem encontradas alterações fazer:

- Amniocentese às 18 semanas - pesquisa de DNA viral por PCR no LA - não há falsos positivos, mas há falsos negativos, embora raramente.
- Cordocentese - para determinação da IgM no sangue fetal - pode dar falsos negativos.

Se o resultado for positivo - deve ser oferecida a possibilidade de interrupção médica da gravidez.

Se o resultado for negativo - manter vigilância e excluir outras etiologias.

- 2) Fazer sempre amniocentese às 18 semanas para pesquisa de DNA viral por PCR, mesmo que não sejam encontradas alterações ecográficas.

Se PCR positiva

- ⇒ Oferecer possibilidade de interrupção médica da gravidez ou
- ⇒ Ecografia mensal e Ressonância Magnética às 32 semanas – se sugestivo de síndrome da varicela congénita oferecer possibilidade de interrupção médica da gravidez

Se PCR negativa

- ⇒ Ecografia mensal – se sugestiva de síndrome da varicela congénita ⇒ repetir amniocentese e excluir outras etiologias





Notas:

- A amniocentese deverá ser efectuada após as 18 semanas, 4-6 semanas após a infecção materna, e completa cicatrização das lesões cutâneas maternas.
- A pesquisa de DNA viral por PCR no líquido amniótico deverá ser pedida para o Instituto Ricardo Jorge.
- Os sinais ecográficos podem aparecer entre 5 a 19 semanas após a infecção materna.
- A constatação de uma infecção fetal na ausência de sinais ecográficos, levanta algumas dúvidas quanto ao prognóstico fetal (risco de infecção fetal cerca de 8%, risco de síndrome de varicela congénita inferior a 2,4%).
- Se, apesar da administração de IGZV em tempo útil, houver infecção materna (clínica associada a seroconversão), numa gravidez com mais de 20 semanas, haverá apenas risco de zona na infância.

VARICELA E RECÉM-NASCIDO

Descrevemos atrás os riscos de síndrome da varicela congénita e as alterações mais comuns que podem ser encontradas no feto.

A varicela pode ainda ser contraída no período perinatal de dois modos: ou por via transplacentar – varicela congénita – assim denominada se ocorrer nos primeiros 10 dias de vida, com mortalidade muito elevada; ou no período pós natal – por gotículas infectadas ou por contacto – se ocorre entre os 10 e os 28 dias de vida.

VARICELA MATERNA NO FINAL DA GRAVIDEZ

Risco de varicela congénita no recém-nascido

A probabilidade de um RN de mãe com varicela periparto adquirir a doença é menor do que o de um RN com contacto domiciliário. O tempo de incubação é também menor podendo variar entre 9 e 15 dias após o início do exantema materno. A mortalidade é contudo muito mais elevada do que a varicela adquirida após o nascimento e correlaciona-se directamente com o tempo que medeia entre o início do exantema materno e o nascimento. O envolvimento hepático e a pneumonia primária são as complicações mais temíveis tendo, esta última, mortalidade muito elevada.



- Após o início da erupção cutânea da grávida, deve evitar-se que o parto ocorra nos 5 a 8 dias seguintes para dar ao feto tempo de adquirir algum grau de imunidade proveniente dos anticorpos maternos.



- Grávida com varicela 7-20 dias antes do parto - risco de varicela congénita benigna.
- Grávida com varicela 7 dias antes até 2 dias depois do parto – risco de varicela congénita grave.
- Mãe com lesões entre 5 dias antes e 2 dias depois do parto – risco de varicela congénita muito grave.

Procedimentos e Terapêutica

- Risco de varicela congénita benigna – Não há indicação para qualquer terapêutica ao recém-nascido. A criança deve ser vigiada.
- Risco de varicela congénita grave - Administrar ao RN imediatamente após o nascimento ou nas 24-48 horas seguintes ao aparecimento da varicela materna – IgVZ endovenosa (Varitec® 1ml/Kg), ou intramuscular (Varicellon P® 0,2mL/kg). O RN pode vir a desenvolver doença apesar da administração de imunoglobulina.
- Risco de varicela congénita muito grave – O RN deve ser cuidadosamente vigiado e deve ser administrada IgVZ. Se contrair varicela deve ser medicado com aciclovir.

Doses

Imunoglobulina humana

Intramuscular - Varicellon P® – 0,2mL/kg

Aciclovir

Perfusão endovenosa de 1h – 30mg/kg/dia, 3 tomas diárias de 8/8h

Medidas de isolamento

- Deve ser dada alta mãe e filho o mais precocemente possível.
- Se tanto o RN como a mãe tiverem lesões cutâneas podem ficar juntos mas isolados de outras mães e RN. O isolamento deve incluir quarto próprio com porta fechada onde só entra pessoal de saúde imunizado ou com história anterior de varicela, protegido com bata que deve ser retirada à saída. Deve haver cuidado especial na lavagem das mãos à saída do quarto.
- Se, como frequentemente se verifica, a mãe tem varicela e o RN ainda não, devem ser separados um do outro e ambos isolados.
- Um RN com embriopatia da varicela não necessita isolamento.
- O herpes zoster (zona) da mãe não constitui problema para o feto/RN (sendo uma reactivação os anticorpos maternos protegem-no). Contudo, se estiver na maternidade, a mãe deve ser isolada e a zona afectada deve ser tapada.





- O RN com varicela não deve ser colocado em incubadora como medida de isolamento. O sistema de ventilação dispersa o vírus no ambiente. No caso de colocar o RN em incubadora deve deixar as portas abertas e desligar o motor.
- O RN com varicela não deve estar internado em enfermaria de RN. Se não poder ter alta deve ser transferido para quarto com pressão negativa (Unidade de Infecçologia).



• **CONTACTO DO RN COM VARICELA**

- Deve ser prescrita imunoglobulina a todos os RN que tenham tido contacto com varicela desde que preencham as seguintes condições:
 - IG < 30 semanas independentemente do estado imunológico da mãe
 - Politransfundidos independentemente da IG e do estado imunológico da mãe
 - IG > 30 semanas cujas mães não tenham tido varicela

SE O RN ADQUIRIU VARICELA NA COMUNIDADE

A varicela adquirida após o nascimento por contacto intradomiciliário ou outro, é muito menos grave do que a adquirida *in utero*. Contudo o RN deve ser internado se houver doença com repercussão sistémica grave – febre, gemido, sensação de doença.

Procedimentos e Terapêutica

Se a criança já apresenta vesículas aquando da observação no Serviço de Urgência não tem indicação para fazer imunoglobulina uma vez que a virémia já desapareceu. As indicações para administração de imunoglobulina limitam-se às descritas em “Contacto do RN com varicela”.

O início precoce de terapêutica com aciclovir pode diminuir a gravidade e encurtar o tempo de doença. A via de administração deve ser sempre e.v. nas doses acima referidas.

Adaptado de “Normas de Orientação Clínica” - Hospital de Dona Estefânia

