

HERPES ZOSTER E TRATAMENTO

Daniel Roza de Oliveira ¹
Fabiana Sousa Pugliese²
Michel Santos da Silva³
Leonardo Guimarães de Andrade⁴

RESUMO: A Herpes Zoster é caracterizada como uma doença causada pela reativação do Vírus Varicela Zoster, que se encontra latente em células dos nervos cranianos, raízes dorsais dos nervos e gânglios nervosos após um episódio de Varicela. Geralmente aparecem como um exantema vesicular doloroso localizado num dermatomo. É considerada uma patologia comum, em pessoas com mais de 50 anos, por conta da imunossenescência. O diagnóstico é feito de forma clínica, por profissional qualificado, existe a exceção em pacientes com manifestações atípicas ou com algumas complicações. O tratamento para herpes zoster geralmente é feito com o uso de antivirais, analgésicos para controlar a dor e o paciente deve manter cuidados com a pele para prevenir possível infecção bacteriana. Os antivirais usados, que geralmente são o Valaciclovir e o Famciclovir, devem ser iniciados com o tratamento dentro de 72 horas após o começo dos sintomas, desse modo os sintomas e dores são controlados de forma mais rápida para o conforto do paciente já que a infecção, a duração da fase eruptiva e a intensidade da dor aguda são muito incomodas. É estimado que aproximadamente 90% da população mundial possua o vírus do herpes no organismo. Porém somente 10 a 15% manifesta os sintomas. As formas de prevenção do herpes zoster incluem medidas de proteção e diminuição do contágio através de diminuição de contato, imunoglobulinas e vacina. A vacina para prevenção da HZ se apresenta eficaz na redução da incidência do HZ. Inclusive pessoas com mais de 50 anos podem ser vacinadas sem contraindicações.

Palavras-chave: Herpes Zoster. Vírus Varicela Zoster.

INTRODUÇÃO

O Herpes Zoster (HZ) é uma patologia que é causada pela reativação do vírus Varicela Zoster (VVZ) que permanece latente nos gânglios dos nervos cranianos e dorsais sensitivos logo após uma infecção pelo HZ, que geralmente ocorre na pré-

¹ Graduação em Farmácia pela Universidade Iguazu. E-mail: danielrozadeoliveira@gmail.com.

² Farmacêutica.

³ Biólogo.

⁴ Enfermeiro/odontologia pela universidade Iguazu.

adolescência. Na maioria dos casos, mantem-se como um exantema vesicular doloroso que segue a composição de um dermatomo. É considerada uma patologia comum, tanto em indivíduos com idades superiores a 50 anos e em imunocomprometidos, como em pacientes infanto-juvenis.

O HZ começou a se manifestar nas civilizações antigas, existem registros de infecção pelo VVZ, e eram caracterizados por erupções cutâneas vesiculares, com origem desconhecida. No ano de 1888, foi pautada alguma relação entre a Varicela e o HZ, essa pauta foi comprovada na década de 50 do século XX. Desde então, ocorreu muito progresso na prevenção e tratamento da patologia.

Em 1970 houve a descoberta da vacina para a Varicela, em 1980 a descoberta do aciclovir como tratamento, e em 1986 a descoberta da sequenciação completa do ADN viral.

Na Europa, a incidência anual de HZ é de 2,0 a 4,6 casos por 1.000 pessoas por ano. A taxa de incidência aumenta rapidamente após os 50 anos, com cerca de 20% dos casos a ocorrer entre os 50 e os 59 anos e 50% a partir dos 60 anos. A qualidade de vida destes doentes tende a ser substancialmente diminuída, tanto pela dor durante a fase aguda da doença, como pela dor crônica que se poderá instalar – a Nevralgia Pós-Herpética (NPH). Estas síndromes dolorosas podem limitar as atividades da vida diária dos doentes, interferindo em diversos campos – social, cognitivo e funcional. Dado o crescente envelhecimento da população e a morbidade associada a esta patologia, reveste-se de grande importância o diagnóstico atempado, para atuação em estágios iniciais da doença, o que permitirá a resolução mais precoce da erupção e a prevenção das suas complicações. Deste modo, este artigo pretende fazer uma revisão dos fatos prevenção das suas complicações. Deste modo, este artigo pretende fazer uma revisão dos tópicos inerentes ao HZ, enfatizando o seu impacto, fisiopatologia, clínica, tratamento e prevenção.

EPIDEMIOLOGIA

O envelhecimento da população é um dos acontecimentos demográficos mais importantes do século XXI. Na Europa, há cerca de 183,5 milhões de pessoas com idade acima a 50 anos, o que conclui mais de um terço da população. A incidência anual de

HZ no continente europeu varia entre 2 a 4 casos por cada 1000. Destes, cerca de 20% ocorre entre os 50 e os 59 anos e 50% a partir dos 60 anos. Do mesmo modo, o risco de desenvolver NPH também aumenta com a idade.

Apesar da terapêutica com antivirais, a NPH ocorre em 10-20% dos doentes com HZ, mas a sua incidência aumenta significativamente em doentes com mais de 60 anos. Assim, com o esperado aumento da população acima dos 60 anos, é expectável um acréscimo do número de pessoas afetadas por HZ e, conseqüentemente, das pessoas com NPH.

Também em Portugal se assiste a um processo acelerado de envelhecimento das pessoas. Entre 2001 e 2011 verificou-se um aumento de 18,2% dos cidadãos com mais de 65 anos, passando esta faixa etária de 16,4% da população total em 2001 para 19% em 2011. Entre 2000 e 2010 foram internados em Portugal 1706 doentes com o diagnóstico primário de HZ. A maioria tratava-se de doentes idosos. O potencial imunitário contra o VVZ está diretamente relacionado com a imunidade celular específica contra este vírus. Quando há um declínio, mais frequentemente associado ao envelhecimento ou devido a um estado de imunodepressão, há um maior risco de reativação do vírus e de desenvolvimento de HZ. Em indivíduos com imunidade celular comprometida, como é o caso dos doentes com VIH/SIDA, com neoplasias hematológicas, com Lúpus eritematoso sistémico, doentes transplantados de medula óssea ou de órgão sólido ou que se encontram sob terapia imunossupressora, a incidência de HZ pode ser 10 vezes superior à observada na multidão em geral.

Alguns estudos, ocorrem uma maior incidência do HZ em mulheres do que em homens. Contudo, parece dever-se ao facto do género masculino apresentar uma menor tendência para recorrer aos serviços de saúde. A raça é igualmente um fator de risco. Indivíduos afro-americanos apresentam cerca de um terço do risco dos indivíduos de raça caucasiana de desenvolver HZ. A causa desta disparidade entre etnias é desconhecida.

Polimorfismos no gene promotor de IL-10 foram associados a um maior ameaça de desenvolver HZ.

Os stress similares nos 6 meses de gestação mostraram duplicar o risco de desenvolvimento da doença. Visto que tanto o stress psicológico como a depressão

parecem ter efeitos iguais na imunidade inata e na imunidade específica mediada por células, coloca-se a hipótese de a depressão constituir igualmente um fator de risco para o progresso de HZ e das suas complicações, particularmente em idosos.

O único transmitido por vias aéreas do herpes vírus é o VVZ, isso torna a infecção propensa a ocorrer no inverno e na primavera. Porém a transmissão também é muito frequente através do contato direto com as lesões na pele.

BIOLOGIA

O VVZ é caracterizado como um vírus de ADN de cadeia dupla, com um genoma que apresenta em média 125000 pares de bases e codifica aproximadamente 70 proteínas. É da família Herpesviridae, juntamente com o vírus Herpes Simplex tipo 1 (oral) e também o vírus tipo 2 (genital).

Todos os tais vírus são morfológicamente indistinguíveis e, apresentam várias características, na qual a mais destacada é a capacidade de estabelecer uma infecção latente que estará presente durante toda a vida. Na primoinfecção, o VVZ invade o organismo pela via aérea e alastra-se de forma rápida. Inicia pela infecção de células mucoepiteliais, onde nessas células se multiplica, e logo mais é transmitido aos neurónios. As partículas virais migram pelas terminações nervosas dos nervos sensitivos do sistema nervoso periférico e então andam pelos os axónios, em sentido retrógrado, até aos corpos celulares. Então, o genoma viral é colocado no núcleo. No núcleo os anticorpos que se formaram durante a primoinfecção não podem atuar, então o vírus tem uma proteção nesse núcleo. Dentro do núcleo, o vírus permanece latente e não se multiplica. Na maioria dos casos, o vírus estabelece latência em células dos nervos cranianos.

Apesar de estar em um estado latente por décadas, a exposição ao VZV parece ser um estímulo que pode aumentar a resposta mediada por células T de indivíduos imunocompetentes, aumentando assim suas defesas. Na verdade, acredita-se que a imunidade mediada por células T específicas contra VVZ desempenhe um papel fundamental na prevenção de HZ e NPH, ajudando a manter o vírus em um estado inativo.

Essa imunidade é desencadeada principalmente pela primeira infecção do vírus e é necessária para resolver o surto de varicela. Porém, quando essa imunidade celular for suprimida, haverá um período de suscetibilidade à reativação do VZV, podendo ocorrer o HZ, situação que aumenta com a idade, principalmente devido ao enfraquecimento da resposta inflamatória devido ao fenômeno do envelhecimento imunológico. Sistema imunológico inato e adaptativo. Na verdade, o envelhecimento causa muitas alterações no sistema imunológico, incluindo os linfócitos T e B, bem como uma diminuição no número e na eficiência das células apresentadoras de antígenos. Por outro lado, ao contrário do que se esperava, a imunidade humoral e os anticorpos contra o VVZ não parecem proteger os indivíduos do HZ, pois seus níveis não diminuem com a idade. Foi então proposto que o papel dos anticorpos é prevenir novos surtos de varicela, em vez de prevenir o HZ. Durante a reativação do VZV, novas partículas virais são formadas, desencadeando uma resposta imune, e ocorrem sangramento, edema e infiltração de linfócitos na raiz dorsal dos gânglios. Eles se movem para a periferia na direção anterógrada, causando dor e parestesias. No entanto, pode não ter uma erupção cutânea neste momento.

A erupção geralmente aparece após 1 a 4 dias. Quando as partículas de vírus atingem a derme e a epiderme da seção de pele afetada, causa a erupção maculopapular, que rapidamente se transforma em vesículas ricas em material viral e é infecciosa. A infecção geralmente ocorre por meio do contato direto com a lesão.

IMAGEM 1: Erupção de HZ



FONTE:<https://www.istoedinheiro.com.br/casos-de-herpes-zoster-aumentam-14/>

Mesmo que o HZ não seja tão contagioso como a Varicela, indivíduos com HZ podem transmitir o VVZ a indivíduos seronegativas, com consequente Varicela. A taxa de transmissão nestes casos é de cerca de 15%.

As lesões na pele geralmente continuam a formar-se de 7 a 10 dias. No final da infecção, ocorre rutura das vesículas e se forma crostas, nesta fase, tornando-se menos contagiosa. Após o fim desse ciclo, que dura aproximadamente de 2 a 4 semanas, é pouco provável que o indivíduo volte a desenvolver HZ, sendo este frequentemente encarado como uma doença que ocorre uma vez na vida. Porém, pode ocorrer desenvolvimento de imunidade na maioria da população que desenvolve HZ, alguns indivíduos podem desenvolver recorrência da doença.

CLÍNICA E FISIOPATOLOGIA

A infecção provocada pelo VVZ apresenta características específicas, por ter duas manifestações clínicas – Varicela, a primoinfecção, e HZ, a recorrência.

1.1 A Primoinfecção

A infecção primária pelo VVZ se manifesta geralmente em crianças ou pré-adolescentes e é chamada Varicela, uma viremia sazonal que ocorre por epidemia, e na maioria das vezes no inverno e na primavera. Na maioria das vezes se apresenta em um período de incubação que vai de 10 a 21 dias. Logo após esse período, manifesta-se como uma erupção na pele, com lesões maculopapulares seguidas de vesículas que se formam até às extremidades, o indivíduo pode apresentar febre.

A transmissão ocorre por contato com lesão ou através do ar, por vias aéreas. A Varicela é muito contagiosa, porém é benigna, ou seja, quando as lesões começam a cicatrizar, deixando de liberar substâncias virais, e assim diminuindo o contágio.

1.1 A Recorrência

Ocorre quando há reativação do VVZ após anos de exposição inicial ao vírus. O HZ pode apresentar vários estágios de progressão: a fase aguda (7 a 10 dias durante a

erupção cutânea) uma fase prodrômica (1 a 4 dias antes da erupção cutânea); e a fase de regressão (2 a 4 semanas).

No início pode mostrar-se como febrícula e astenia, quando há envolvimento dos dermatomas faciais ocorre maior frequência de cefaleias e fotofobia.

Cerca de 80% dos indivíduos se queixam de aumento da sensibilidade na pele na área afetada, geralmente sensação de queimadura e dor.

Existem casos que o VVZ pode não atingir a pele de alguns indivíduos, o que resulta numa nevralgia sem erupção cutânea. Nesses casos a patologia se refere como zoster sine herpét.

O HZ pode se manifestar de formas variadas, desde o comprometimento de um único dermatomo ao envolvimento de um órgão visceral, do SNC.

A maior caracterização do HZ é a manifestação de erupção cutânea eritematosa, maculopapular e que segue desenvolvimento de vesículas. As vesículas mostram o estado ativo da patologia. Após 7 dias ocorre a formação de pústulas, ou seja, se inicia o processo de cicatrização das lesões.

Geralmente, a cicatrização leva cerca de 2 a 4 semanas, podendo deixar cicatrizes.

A erupção que acompanha o gânglio neurodérmico sensorial é unilateral e não ultrapassa a linha média. Em indivíduos imunocomprometidos, múltiplos dermatomas podem estar envolvidos simultaneamente, sejam adjacentes ou não, e a lesão pode se estender além da linha média. No entanto, embora seja possível que todos os pacientes com HZ possam desenvolver a doença na forma de disseminação, essa condição geralmente não ocorre em pacientes com função imunológica normal.

Os segmentos de pele mais comumente afetados são o tórax, crânio, cintura e pescoço. As lesões cutâneas geralmente estão associadas a dor ou desconforto unilateral que acompanha o dermatomo. Essa dor pode preceder a erupção e durar semanas, meses ou até anos após o desaparecimento da doença. A dor aguda de sintomas prodrômicos pode durar cerca de um mês e se manifesta como coceira leve,

alodínia ou até mesmo dor intensa. Isso ocorre em mais de 95% dos pacientes de 18 a 50 anos e 60 a 70% dos pacientes ainda sentem dor após 1 mês. Quando a dor dura mais de 3 meses, essa condição é mais comum em idosos. Uma das complicações mais comuns do HZ é a NPH.

DIAGNÓSTICO

Na maioria dos casos, o diagnóstico de HZ é feito de forma clínica. É baseado nas características da erupção, que se distribui em uma erupção com bolhas com dor neuropática. No entanto, às vezes o diagnóstico pode não ser claro, pois nos estágios iniciais antes da erupção, a dor pode levar a diagnósticos errados, mimetizando outras patologias, dependendo do dermatomo afetado. Estes incluem enxaqueca, glaucoma agudo, enfarte do miocárdio, pleurisia, embolia pulmonar, apendicite ou úlcera duodenal. O diagnóstico diferencial do HZ inclui infecção aguda pelo vírus do herpes simplex, dermatite de contato, impetigo, foliculite, sarna, picadas de insetos, erupção de drogas e varicela, pois podem ter manifestações semelhantes. No entanto, a diferença está principalmente na protrusão, na distribuição das lesões cutâneas e na dor que atinge a área onde ocorre a erupção.

O herpes simplex às vezes pode aparecer como herpes zoster que mimetiza o dermatoglifo (Herpes Simplex Zosteriforme), que pode ser considerado um diagnóstico diferencial para pacientes com erupção vesicular recorrente, acompanhada de bolhas, especialmente quando envolve a cavidade oral ou a área genital oral. No entanto, geralmente é recorrente várias vezes, afeta os jovens com mais frequência e geralmente não está relacionado à dor crônica. Embora não sejam geralmente usados, os pacientes com lesões cutâneas atípicas requerem testes confirmatórios, especialmente se não houver dor relacionada, a presença de lesões que não seguem a distribuição do dermatomo ou dor neuropática persistente sem lesões cutâneas relacionadas. Além disso, os testes de confirmação também devem ser realizados em pacientes com envolvimento do sistema nervoso central ou de órgãos internos e pacientes com herpes zóster.

Os testes de confirmação incluem testes de imunofluorescência direta, cultura de vírus em linhagens de células diploides humanas ou PCR para detecção de DNA de VZV em lesões de pele / órgãos e tecidos afetados. Para pacientes com suspeita de envolvimento do sistema nervoso central ou de órgãos internos, são preferidos métodos de PCR de fluido corporal, como LCR e teste de anticorpos IgG contra VZV no LCR. Diante da dificuldade de coleta do vírus da lesão e da instabilidade durante o transporte do ponto de coleta ao laboratório, o isolamento e a cultura se mostraram difíceis. Em comparação com a cultura de vírus, a imunofluorescência direta tem maior sensibilidade e pode distinguir entre o vírus do herpes simplex e o VZV. No entanto, atualmente a tecnologia mais sensível é a tecnologia PCR. Embora os dados sejam escassos, sua sensibilidade e especificidade parecem ultrapassar 90%.

FORMAS DE APRESENTAÇÃO DO HERPES ZOSTER

A erupção cutânea do HZ pode nunca iniciar a manifestação (zoster sine herpet.) e pode também manifestar numa dor aguda na face, na perda de audição, em vertigens ou neurite craniana, em visão turva e dor ocular (necrose aguda da retina) ou em febre, delirium e meningismos (meningoencefalite), entre outras.

A Herpes Zoster cutâneo (localizado ou disseminado): é uma manifestação clássica de HZ, que se se inicia com dor na região e erupções cutâneas, geralmente o diagnóstico é feito com base na clínica do doente. Em alguns casos, o profissional que dá o diagnóstico pode pedir exame laboratorial por cultura viral e PCR.

Zoster sine herpet: É caracterizada por dor neuropática local, meningoencefalite, doença vascular, mielite, ataxia cerebelar, polineurite craniana (envolvimento do crânio IX, X e XI) ou ocular (como necrose retinal aguda, flebite retinal, uveíte, irite e ceratite discóide) não apresentam erupção cutânea. O diagnóstico é geralmente baseado na distribuição e características da dor, outro sistema nervoso ou sinais e sintomas oculares, exclusão de outros possíveis diagnósticos e / ou teste de anticorpos IgG anti-VVZ, PCR de DNA de VZV no líquido cefalorraquidiano e PCR de DNA de VVZ em monócitos do líquido cefalorraquidiano.

Herpes Zoster oftálmico: Cerca de 10% a 20% dos casos de HZ envolvem o ramo oftálmico do nervo trigêmeo. Este é o ramo nervoso mais comumente afetado, seguido pelos ramos superior e inferior da mandíbula. Comparado com o envolvimento de outro dermatomo, o HZ oftálmico é mais frequentemente acompanhado por sequelas crônicas e debilitantes, que podem levar à cegueira.

IMAGEM 2: Herpes Zoster oftálmico



FONTE: http://www.deficienciavisual.pt/sd-herpes_ocular.htm

O diagnóstico é clínico, baseado em exames e exames oftalmológicos, e é considerado uma emergência médica. A dor é um dos principais sintomas e pode aparecer alguns dias antes do aparecimento da erupção. Também pode ser acompanhada de fadiga e fotofobia. Após distribuição na área da pele afetada, a erupção se desenvolve unilateralmente ao redor dos olhos e da testa. Cerca de 80% dos pacientes com HZ oftálmico terão complicações oculares. As complicações ocorrem devido aos efeitos diretos e indiretos dos vírus, como inflamação, vasculite obliterante e neuropatia.

O sinal de Hutchinson, uma erupção na ponta do nariz que se estende lateralmente após a distribuição do nervo nasociliar, pode aparecer nesses casos e é um indicador de envolvimento ocular. A infecção do nervo nasociliar geralmente é um precursor de doenças oculares. Pode haver edema e inflamação dos cílios e da conjuntiva. Essa condição é chamada de conjuntivite por blefe, seguida por erupção macular. Destes pacientes, aproximadamente 65% podem desenvolver inflamação da córnea (ceratite). A uveíte também pode ocorrer, mesmo que leve, pode causar glaucoma e catarata.

Cerca de 30% dos pacientes podem ter inflamação crônica, até 80% dos idosos. Portanto, os pacientes com Oftalmologia HZ devem ser avaliados imediatamente por um oftalmologista experiente, a fim de iniciar rapidamente o tratamento antiviral, que é essencial para prevenir o envolvimento da córnea e perda de visão.

TRATAMENTO DO HERPES ZOSTER AGUDO

Os principais objetivos do tratamento com HZ são proteger a pele afetada, acelerar a cicatrização de feridas, reduzir a gravidade e a duração da dor aguda e crônica, melhorar a qualidade de vida do paciente e minimizar o risco de complicações. No primeiro método, deve-se determinar se o paciente deve ser tratado em ambulatório ou hospitalizado. Pacientes com HZ oftálmico grave com infecção disseminada, envolvimento ocular ou envolvimento visceral (como envolvimento do sistema nervoso central) devem ser internados no hospital para aciclovir intravenoso e tratamento de suporte. Pesquisas mostram a importância de iniciar o tratamento antiviral o mais cedo possível, se possível, nas primeiras 72 horas após o início dos sintomas.

119

O início precoce pode encurtar a duração da replicação viral, prevenir a formação de novas vesículas, reduzir a duração da dor aguda associada e acelerar o processo de cicatrização. O aciclovir provou ser mais eficaz se administrado nas primeiras 48 horas após o início da erupção. Restringir o uso de antivirais para pacientes que procuram ajuda nos serviços de saúde nas primeiras 72 horas pode limitar o uso desses medicamentos. No entanto, eles podem ser prescritos após 72 horas para os idosos, portanto, os medicamentos antivirais podem continuar a ser usados após 72 horas para pacientes com dor intensa e extenso envolvimento da pele, função imunológica enfraquecida, produção contínua de novas vesículas e aqueles com órgãos internos, Complicações nos nervos ou olhos.

Porém, uma média de 20-30% dos indivíduos que iniciam tratamento em menos de 72 horas desenvolvem NPH. Os antivirais Aciclovir, Valaciclovir e Famciclovir são muito usados para o tratamento do HZ, por terem mostrado eficiência no tratamento

da infecção HZ, sendo, assim, os fármacos de primeira linha na terapêutica desta doença.

Valaciclovir e Famciclovir são preferíveis pois necessitam de menos administrações diárias, por terem melhores características farmacocinéticas. Apesar disso, todos os medicamentos citados mostraram os mesmos resultados no tratamento da infecção, agindo de forma rápida.

Para diminuir a sensação de queimação podem ser usadas compressas esterilizadas oclusivos não aderentes. A área da lesão deve ser limpa e mantida seca para evitar o risco de infecção bacteriana.

Os indivíduos que estiverem fazendo tratamento com os fármacos mencionados devem manter uma boa hidratação, pois pode ocorrer um aumento dos níveis séricos de creatinina.

Nos pacientes severamente imunodeprimidos, o Aciclovir endovenoso é a melhor indicação. Mas, pode ser substituído pela via oral quando a infecção estiver controlada.

Existem tratamentos tópicos com Aciclovir ou Penciclovir, que devem ser utilizados com prescrição médica e como terapêutica adjuvante aos antivirais sistêmicos.

PREVENÇÃO E VACINAÇÃO DO HERPES ZOSTER

Cuidados com higiene são essenciais para evitar o contágio deve-se ter atenção aos hábitos diários. A prevenção é feita de forma simples, e atitudes como usar preservativos em relações sexuais, não ter contato com as erupções cutâneas de indivíduos que estão com o vírus ativo e não trocar objetos íntimos são formas de prevenção eficientes.

A vacina para prevenção de HZ, está disponível no Brasil desde 2014, é recomendada para todas as pessoas com mais de 60 anos de idade, até mesmo pessoas que já tiveram a patologia, seu uso é aprovado já a partir dos 50 anos de idade. A partir dessa idade, a contraindicação é apenas uma, pessoas com o sistema imunológico

debilitado não podem tomar a vacina, vacina usa o vírus vivo da HZ de forma atenuada, ou seja, uma forma mais fraca do vírus, em indivíduos debilitados a aplicação poderia acabar levando ao aparecimento da doença.

A vacina tem eficácia de 70% aproximadamente, a vacina tem dose única e injetável, abaixo da pele, por via subcutânea.

Pode ocorrer efeitos adversos, como por exemplo vermelhidão e dor no local da aplicação, febre baixa e dores no corpo, como se fosse uma gripe.

CONCLUSÃO

O HZ é um vírus contagioso e que pode acometer qualquer pessoa que tenha tido Varicela, porém é muito comum em idosos e imunocomprometidos. De forma geral, os mais propensos a desenvolver HZ são as crianças e os idosos.

Já em adultos, o HZ se manifesta principalmente em pessoas com o sistema imunológico abalado, em pessoas com diabetes, estresse excessivo, câncer entre outras patologias.

O HZ pode ser tratado, porém pode voltar a manifestar-se em qualquer período na vida do indivíduo. Esse fenômeno ocorre porque se trata de um vírus da família herpes, que conta ainda com o vírus HSV-1, causador do herpes labial; HSV-2, responsável pelo herpes genital; Epstein-Barr, causador da mononucleose; entre outros. Esses virus atuam de formas diferentes, mas permanecem no organismo pra sempre.

BIBLIOGRAFIA

GELLER, MAURO. NETO, MENDEL. RIBEIRO, MARCIA. OLIVEIRA, LISA. NALIATO, ERIKA. ABREU, CAMILA. SCHECHTMAN, REGINA. **HERPES SIMPLES: ATUALIZAÇÃO CLÍNICA, EPIDEMIOLÓGICA E TERAPÊUTICA.** 7f. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista24-4-2012/8-Herpes%20Simples%20Atualizacao%20Clinica.pdf>.

CAMPOS, NATALIA. ROSA, CLEITON. SANTOS, TAIANE.MARTINS, FABIANA. **HERPES ZOSTER.** 8f. Revista Saúde em Foco – Edição nº 9 – Ano: 2017. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/055_herpeszoster.pdf

ARAÚJO, CHARLES. SILVA, TATIANA. WESLEY, CANDIDO. **HERPES-ZOSTER: DIAGNÓSTICO E IMPLICAÇÕES DO VÍRUS VARICELA-ZOSTER.** 4f. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20191208_112915.pdf.

COIMBRA, MARIANA. **O HERPES ZOSTER NO IDOSO.** TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA 6of. 2016. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/37130/1/Herpes%20Zoster%20no%20Idoso.pdf>.

SANTOS, MANUELLY. MORAIS, MARIANA. FONSECA, DEBORAH. FARIA, ANDREZA. SILVA, IGOR, CARVALHO, ALESSANDRA. LEÃO, JAIR. **HERPESVÍRUS HUMANO: TIPOS, MANIFESTAÇÕES ORAIS E TRATAMENTO.** 15f. Odontol. Clín.-Cient. (Online) vol.11 no.3 Recife Jul./Set. 2012. Disponível em: 38882012000300004

SILVA, ALEXANDRE. SILVA, ADRIANA. DIAS, VITORIA. MARTINS, JAQUELINE. BROCA, PRISCILLA. FERREIRA, DENNIS. **INFECÇÕES POR HERPES VÍRUS TIPOS 1/2: AVALIAÇÃO DE VÍDEOS ON LINE.** 6f. Revista de enfermagem online. 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/isabe/Downloads/240579-146700-1-PB.pdf>