

## HERPES VIRUS

- ⊗ Herpes tipo 1 a 8 e cada um com suas características.
- ⊗ Herpes simplex
- ⊗ Varicella e herpes zoster
- ⊗ Citomegalovirus
- ⊗ Epstein Bar Virus
- ⊗ Herpes tipo 6
- ⊗ Herpes tipo 7
- ⊗ Herpes tipo 8
- ⊗ Herpes B vírus
- ⊗ Erupção variceliforme de Kaposi, incluindo eczema herpeticum

## HERPES SIMPLES 1 E 2

- ⊗ Sinonímia HHV-1 e HHV-2 respectivamente.
- ⊗ São classificados como Alphaherpesvirinae
- ⊗ HHV-1 mais associado ao herpes orolabial. Mas não é sempre associado. Temos tanto tipo 1 associado ao genital quanto o tipo 2 em regiões orais.
- ⊗ 90% da população entre 20-40 anos possui.
- ⊗ Na infância corresponde a 80-90% das infecções herpéticas (que geralmente são assintomáticas).
- ⊗ HHV-2 mais associado ao herpes genital (70-90%) e é mais prevalente DST do mundo. Raramente há anticorpos HSV-2 antes da adolescência pq tem transmissão sexual.
  
- ⊗ PATOGENESE
- ⊗ Transmissão ocorre tanto nos períodos sintomáticos como nos assintomáticos de replicação viral. A chance é menor nos assintomáticos, mas pode ter mesmo na ausência de lesões.
- ⊗ HSV-1 = saliva ou secreções infectadas
- ⊗ HSV-2 = sexual
- ⊗ Vírus replica no local da infecção, viaja em fluxo retrogrado pelo axônio até a raiz do gânglio dorsal, estabelece latência até reativação.
  
- ⊗ LATENCIA
- ⊗ O HSV-1 tem capacidade de induzir acúmulo intracelular de moléculas de CD1d nas células apresentadoras de antígenos, o que explicaria como o vírus evade a detecção e estabelece latência.
- ⊗ Normalmente essas moléculas são transportadas à superfície das células, onde apresentam lipídeos e estimulam células NK, permitindo o reconhecimento imune.

Ⓢ ESTIMULOS PARA REATIVAÇÃO

- Ⓢ Espontaneamente, estresse, UV, febre, dano tecidual, imunossupressão.
- Ⓢ Dano tecidual também pode ser iatrogênico – peeling, dermabrasão, laser – vamos indicar profilaxia, pq esse dano tecidual pode induzir surgimento de herpes.

Ⓢ INFECCAO PRIMARIA

- Ⓢ Infecção inicial pelo HSV em indivíduos sem ACS preexistentes para HSV-1 ou HSV-2. Não significa imunidade cruzada, mas se temos um paciente que já é portador de um tipo de vírus, ele não é mais considerado infecção primária.
- Ⓢ Eritema e enantema. Lesões eritemato-ulceradas na língua, corpo do penis.

Ⓢ INFECCAO RECORRENTE

- Ⓢ Reativação do HSV após um período de latência.
- Ⓢ Podem ter lesões crostosas ou vesico-bolhosas.

Ⓢ INFECCAO INICIAL NÃO PRIMARIA

- Ⓢ Infecção de um tipo de HSV em um indivíduo que já tem ACS preexistentes contra outro tipo de HSV. Paciente já tem HSV 2 e tem a primeira infecção da vida contra o tipo HSV-1.

Ⓢ QUADROS CLINICOS

- Ⓢ Infecção assintomática é a regra.
- Ⓢ 3 a 7 dias após a exposição, pode haver prodromos antes do surgimento das lesões. Há vesículas sobre base eritematosa que ulceram ou progridem para pústulas. Dor e ardor intensos, regressão em 2 a 6 semanas.

Ⓢ INFECCAO PRIMARIA OROLABIAL

- Ⓢ Raramente sintomática, em alguns pode ter sd mononucleose like em adultos com faringite ou estomatite e pode ter disfagia.
- Ⓢ Gengivoestomatite herpética na infância tem forma primária mais agressiva. Acomete lábio inferior e mucosa gengival. Na criança, faz dx diferencial com herpangina (que acomete mais mucosa posterior).

Ⓢ INFECCAO PRIMARIA GENITAL

- Ⓢ Pode ter balanites erosivas, vulvite ou vaginite com dor excruciante. Na mulher pode envolver também cervix, nádegas e períneo e também linfadenopatia inguinal e disuria. Alterações sistêmicas mais comum em mulheres.
- Ⓢ Meningite asséptica em 10% das mulheres e raro em homens.
- Ⓢ Pode ter forma ulcerada com grandes reações.

Ⓢ INFECCOES RECORRENTES

- Ⓢ Pode ter prodromo, mas geralmente não ocorre. Numero e severidade e duração das lesões é menor do que a primoinfecção.
- Ⓢ Nos lábios a lesão recorrente é mais frequente apenas no vermelhão dos lábios. No herpes genital, as recorrências são mais leves, geralmente nas nádegas ou genitália.
- Ⓢ FREQUENCIA DAS RECORRENCIAS
- Ⓢ (IMPORTANTE)
- Ⓢ Esta relacionada a gravidade da infecção primária. Quanto mais impactante foi a primeira infecção do indivíduo, mais frequentes serão suas recorrências. A taxa de recorrência média é de 4 a 7 episódios ao ano.
  
- Ⓢ SOROPOSITIVIDADE DO HSV
- Ⓢ A maioria dos indivíduos soropositivos não tem infecção genital herpética. A infecção sintomática só é diagnosticada em 50% dos indivíduos soropositivos para HSV-2 sem história de infecção herpética inicial.
- Ⓢ O herpes tipo 2 costuma ser mais recorrente que o tipo 1. O que é portador do tipo 2 vai ter mais recorrências. A grande população é portadora de tipo 1, então a frequência das recorrências do tipo 1 é mais frequente em número absoluto. Mas o tipo 2 é mais recidivante.
  
- Ⓢ OUTRAS INFECÇÕES POR VIRUS TIPO HSV
- Ⓢ **ECZEMA HERPETICUM**
- Ⓢ Erupção variceliforme de kaposi – erupção disseminada de HSV que ocorre em crianças atópicas, também relacionado a queimaduras, pênfigo, micose fungoide, ictiose vulgar, doença de Darier, síndrome de Sezary.
- Ⓢ Dica diagnóstica – costas hemorrágicas monótonas de 2-3mm.
- Ⓢ A maioria são primo-infecções.
- Ⓢ O nome eczema herpético é exclusivo da erupção variceliforme de kaposi causada pelo herpes vírus. Podemos ter erupção variceliforme vinculada a outras doenças.
- Ⓢ Eczema herpeticum são apenas as EVK causadas por herpes vírus. Há outras não associadas a esse vírus.
- Ⓢ Outras infecções que também causam EVK – Coxsackie 16 e vírus da vaccínia (eczema vacinatum).
- Ⓢ Cai muito em prova de título. Todo eczema herpeticum é EVK, mas nem todo EVK é eczema herpeticum (pode ser por coxsackie e vaccínia).
- Ⓢ Crostas hemorrágicas de 2-3mm de padrão monomorfo.
  
- Ⓢ **PANARICIO HERPÉTICO**
- Ⓢ Síndrome herpes whitlow, infecção herpética dos dedos, crianças e profissionais da saúde que não usam luvas. Pode ser causado por HSV 1 e 2.
- Ⓢ É comum ser visto em paciente HIV.
  
- Ⓢ **HERPES GLADIATORUM**

- ⊗ Herpes do Anderson Silva. Esportes de contato como lutas, infecção mais disseminada.
- ⊗ **FOLICULITE POR HSV**
- ⊗ Comum em pessoas com grande frequência de recorrência.
- ⊗ **ERITEMA MULTIFORME**
- ⊗ Comum em pessoas com grande frequência de recorrência. O DNA e o capsídio podem ser encontrados nos locais de envolvimento do eritema multiforme. O herpes é a principal causa de eritema multiforme menor. (não quando for major ou SSJ)
- ⊗ **QUERATOCONJUNTIVITE HERPÉTICA**
- ⊗ HSV-1 no neonato. Queratoconjuntivite uni ou bilateral com edema de pálpebras, fotofobia e adenopatia preauricular. Primoinfecção pode começar no globo ocular com vesículas e erosões na conjuntiva e córnea. Pode causar úlceras profundas levando a cegueira.
- ⊗ Queratites herpéticas.
- ⊗ **ENCEFALITE HERPÉTICA**
- ⊗ Maior causa de mortes por encefalites virais nos Estados Unidos \*70% de mortalidade nos não tratados. Acomete lobo temporal, associado a deficiência herdada de UNC-93B.
- ⊗ **FORMAS CRÔNICAS DE HERPES**
- ⊗ Ocorrem em imunodeprimidos, úlceras largas disseminadas são as mais comuns, lesões mucocutâneas sempre atípicas e pode acometer outros órgãos – TGI, respiratório e esôfago.
- ⊗ As lesões crônicas, principalmente nos imunodeprimidos, além das úlceras largas, pode ter lesões verrucosas.
- ⊗ Lembrar – **úlceras e verrugas**.
- ⊗ Lesões extensas, necróticas.
- ⊗ **DIAGNÓSTICO**
- ⊗ Cultura do vírus por 2 a 5 dias (não serve para tto pq perdemos a janela terapêutica). Se replicam em monocamadas de violeta genciana.
- ⊗ IFD
- ⊗ Técnicas moleculares
- ⊗ Sorologias (western blot 99% específico e sensível) para ACS anti HSV
- ⊗ **Teste de Tzanck (não distingue entre HSV e VZV)** – sempre cai. Células gigantes multinucleadas.
- ⊗ Encefalite – líquor (principalmente PCR), EEG, Imagem.
- ⊗ **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**
- ⊗ **HERPES OROLABIAL**
- ⊗ Herpangina – mais parte posterior da boca (herpes é mais na parte anterior da boca).
- ⊗ Estomatite aftosa – lesão única sem vesícula.

- Ⓢ Faringite por EBV – tonsilite exsudativa, hiperemia difusa da orofaringe e petequias no palato.
- Ⓢ Candidíase oral – pode ter forma eritematosa. Nos imunossuprimidos podem coexistir.
- Ⓢ Mucosite induzida por quimioterapia
- Ⓢ Síndrome de Steven Johnson

## Ⓢ HERPES GENITAL

- Ⓢ Traumas
- Ⓢ Cancro sífilítico – a lesão não é dolorosa e não é recorrente
- Ⓢ Cancroide há múltiplas úlceras com exsudato
- Ⓢ Linfogranuloma venéreo há dor, ulceração e linfadenopatia junto com o cancroide.
- Ⓢ No herpes ulceração e linfadenopatia tem que ter.

## Ⓢ TRATAMENTO

- Ⓢ Aciclovir 200mg 5x ao dia por 5 dias podendo ser extendido nas primo-infeccoes.
- Ⓢ Imunocomprometidos dose dobrada.
- Ⓢ Formas disseminadas – 5mg/kg IV 8-8h
- Ⓢ Primo infecção grave- 10mg/kg IV 8-8h
- Ⓢ Recidiva = aciclovir 200mg 5x ao dia por 5 dias.
- Ⓢ Hoje temos outros análogos da guanina, principalmente fanciclovir e valaciclovir que são bastante uteis.
- Ⓢ Herpes labial
  - penciclovir 1% a cada 2 horas (4 dias)
  - docosanol 10% 5x ao dia
  - aciclovir 200mg 5x ao dia por 5 dias
  - fanciclovir 125mg 2x ao dia por 5 dias (1,5g em dose única-dia – FDA)
  - valaciclovir 500mg 2x ao dia por 5 dias (2g 2x ao dia por 1 dia – FDA)
- Ⓢ Herpes genital
  - Aciclovir 200mg 5x ao dia por 5 dias (recorrência) e por 10 dias na primoinfeccao
  - Valaciclovir 500mg 2x ao dia por 3 dias na recorrência e por 10 dias na primoinfeccao
  - Fanciclovir 125mg 2x ao dia por 5 dias ou 1g2x ao dia dose única na recorrência e 250mg 3x ao dia por 10 dias na primoinfeccao
- Ⓢ Infecção cutanea no imunodeprimido
  - Aciclovir EV 5mg/kg correr em 1 hora a cada 8horas por 7 dias.
  - Se for criança com menos de 12 anos, 250mg-m2 (correr em 1 hora) a cada 8 horas por 7 dias.
  - Se for doença limitada – aciclovir tópico 5x ao dia por 7 dias
- Ⓢ Herpes labial ou genital recorrente em HIV positivo
  - Fanciclovir 500mg 2x ao dia por 7 dias
  - Valaciclovir 500mg-1g 2x ao dia por 7 dias para tratamento episódico ou para supressão crônica.

- ⊗ Ceratoconjuntivite herpética
  - Trifluridina 1% solução oftálmica na dose de 1 gota a cada 2 horas em cada olho – Máximo de 9 gotas por olho por dia – até reepitelização
  - Vidarabina 3% em pomada oftálmica a cada 3 horas – até reepitelização
- ⊗ Encefalite herpética
  - Aciclovir EV 10mg/kg correr em 1 hora a cada 8 horas por 2 semanas. Se for criança de 6 meses até 12 anos ajustar a dose para 500mg/m<sup>2</sup>.
- ⊗ Herpes simples
  - Aciclovir EV 20mg/kg correr em 1 hora a cada 8 horas por até 3 semanas
  
- ⊗ TERAPIA DE SUPRESSÃO CRÔNICA
- ⊗ Paciente com 4 a 7 recidivas ao ano e resolve tratar de forma contínua para evitar essa quantidade de recidivas. Vamos indicar quando há mais de 6 crises ao ano, imunossuprimidos, transplantados, parceiros soronegativos para herpes vírus ou aos resistentes a terapia de curto prazo.
- ⊗ 400mg 1 a 2x ao dia. Tem interação medicamentosa com **tenofovir e meperidina**.
- ⊗ L-lisina 500mg 1x ao dia contínuo manipulado (nos EUA tem no Walmart) – aminoácido que é semelhante ao do capsídeo do herpes e faz uma competição, não tem efeitos colaterais e tem ótimos resultados em pacientes com casos mais leves – experiência pessoal, não está em livros.
- ⊗ Pode ser usado em gestantes
  - Opção fanciclovir e valaciclovir.
- ⊗ Criança imunocomprometida
  - Mais de 2 anos dose igual ao adulto
  - Menos de 2 anos – metade da dose
  - Administração EV indicada nos casos imunocomprometidos e no herpes neonatal
  
- ⊗ RESISTÊNCIA AO ACICLOVIR
- ⊗ Forcarnet medicação IV com toxicidade renal.
  
- ⊗ HIV e HSV
- ⊗ Surtos mais severos.
- ⊗ Maior taxa de replicação viral.
- ⊗ A associação do regime supressivo anti-herpético melhora a resposta à terapia antiretroviral do HIV e diminui os níveis plasmáticos de RNA do HIV-1.
- ⊗ Temos efeito benéfico da terapia do herpes no próprio HIV.
  
- ⊗ HERPES NEONATAL
- ⊗ 1 em cada 2000 a 5000 partos, risco de transmissão de 33 a 50% nas mulheres com infecção primária próximo ao parto e 3% em mulheres com herpes recorrente.

- ⊗ As vesículas podem progredir para bolhas maiores de 1cm e pior prognóstico pode causar doença disseminada. Quando há uma infecção primária, o risco é 10x superior ao de infecção recorrente para transmissão neonatal.
- ⊗ Grande maioria causada por HSV-2
- ⊗ Subtipos clínicos:
  - Localizada em pele, olhos e boca
  - Encefalite com ou sem lesões cutâneas
  - Doença disseminada – SNC, Sistema Respiratório, Fígado, Rins, Adrenais, etc
- ⊗ Herpes genital neonatal – cca RN tem imunossupressão, então faz úlceras largas.
- ⊗ TRATAMENTO
- ⊗ Na gestante com infecção primária:
  - Sintomática – cesariana profilática
  - Assintomática ou mudança do parceiro no 3º trimestre – monitora o RN
- ⊗ Gestante com infecção secundária:
  - Lesões ativas no momento do parto – faz cesária e acompanha o RN
  - Uso profilático de aciclovir em mulheres com infecções recorrentes no 3º trimestre
  - Assintomática com cultura e sorologias negativas no momento do parto ou terceiro trimestre – monitorar RN
- ⊗ Infecção cutânea ou ocular
  - Fazer LCR nos dias 0 e 7
  - Avaliação oftalmológica
  - Aciclovir EV por 14 dias
- ⊗ Encefalite ou infecção disseminada
  - Aciclovir 21 dias EV e após VO por 6 meses
  - LCR nos dias 0,3,6,12 e 20 de tratamento
  - TC início e fim do tratamento
  - Audiometria de potencial evocado início e 6 meses
  - Acompanhamento mensal ambulatorial para avaliar desenvolvimento sensorial e motor
- ⊗ PROFILAXIA DO HERPES NEONATAL
- ⊗ Herpes labial materno – evitar beijos e usar protetores oclusivos, higiene rigorosa
- ⊗ Lesões genitais na vigência do parto – fazer cesariana
- ⊗ RN de parto normal com mãe com lesões ativas – isolar RN, coletar material de orofaringe e secreção conjuntival para cultura e exame clínico semanal até 6 semanas de vida.
- ⊗ Hoje em dia há tendência em fazer profilaxia para gestante que tem herpes de repetição no 3º trimestre.

#### QUESTOES

- 1) Herpes simples – pode ser desencadeado por dermoabrasão (qualquer procedimento), pode ser precedido por dor neurálgica, denominado síndrome de Maurice (quando temos zoster – é chamado de zoster sin herpes – dor sem as vesículas). Infecção tipo 2 geralmente ocorre na

adolescência. Infecção primária é quem nunca teve nem tipo 1 e nem tipo 2. O subtipo 1 pode ocorrer na região genital. Recorrência tipo 2 mais frequente em períneo e nadeegas.

- 2) EVK pode ser encontrada em dermatite atópica, doença de Darier, pênfigo foliáceo, ictiose vulgar.
- 3) Paciente com AIDS com herpes simples genital que respondem ao aciclovir devem ser tratados com foscarnet EV.
- 4) EVK – é uma infecção pelo vírus do herpes simples ou da vacinia (ou coxsackie 16) superpostas a sobredermatoses pré existentes, principalmente o eczema atópico.
- 5) Dentista com ferimento de alicate de manicure no dedo, apresentou vesículas dolorosas em base eritematosa sem pus e sem linfadenopatia. As vesículas ulceraram rapidamente – panarício herpético.
- 6) Pacientes imunodeprimidos com herpes genital além de formas úlceras largas crônicas e persistentes, tbm podem ter lesões verrucosas.
- 7) Eczema herpeticum – não é EVK – é um tipo de EVK associado ao herpes simples – ocorre com surgimento de lesões disseminadas de herpes simples sobre lesões preexistentes de dermatite atópica.
- 8) Herpes simples – tanto HSV1 ou HSV2 podem ser eliminados pelos pacientes mesmo na ausência de lesões ativas. Eles voltam para os gânglios dos nervos e permanecem latentes, não há imunidade cruzada entre eles, não há proteção imunológica contra infecção recorrente, pode ter transmissão mesmo na ausência de lesões ativas.
- 9) No herpes simples genital – dx diferencial – cancro mole.
- 10) No herpes simples recidivante, participam dos fatores desencadeantes – exposição solar prolongada, stresse emocional, drogas imunossupressoras, linfomas.
- 11) Herpes simples – infecção redivante pelo HSV é a causa mais comum de EM recorrente. Infecções genitais causadas pelo HSV2 reativam 16x mais que as por HSV1. Em adultos infecções oculares e eczemas herpéticos são causados mais pelo HSV1 e na cca pelo HSV2 e os eczemas herpéticos são mais causados pelo herpes 1. 30-50% dos HSV1 recidivam e 95% dos HSV2 recidivam. Não há qualquer imunidade cruzada entre herpes 1 e 2.

\*todo procedimento ablativo deve ser feita profilaxia por herpes – único que não faz é LIP.

\*a grande maioria dos portadores é assintomática e prevemos que 90% da população é portadora do HSV-1 e 50% do HSV-2, por isso é bom fazer a profilaxia.

### **VARICELA ZOSTER VIRUS (HHV-3)**

- ⊗ Assunto da vez em termos de herpes!
- ⊗ Alphaherpesvirinae
- ⊗ Agente da varicela (chickenpox) e do herpes zoster (shingles).
- ⊗ Alta morbidade em imunocomprometidos.



Ⓢ EPIDEMIOLOGIA

- Ⓢ 90% das ccas não vacinadas são acometidas por varicela antes dos 10 anos. 98% da população mundial é soropositiva.
- Ⓢ Herpes zoster acomete 20% dos adultos saudáveis que já tiveram varicela e 50% dos imunocomprometidos.
- Ⓢ **Adultos jovens que tiveram varicela no primeiro ano de vida são susceptíveis a infecções por herpes zoster antes dos 50 anos.**
- Ⓢ Jovem com zoster – perguntar se teve varicela antes do 1º ano de idade, pq não é comum ter zoster antes dos 50 anos, então temos que procurar imunossupressão. Procurar HIV.

Ⓢ PATOGENESE

- Ⓢ Transmissão aérea - perdigotos e contato direto com o fluido vesicular inclusive o fluido de um zoster pode desencadear varicela em um individuo susceptível.
- Ⓢ Incubacao de 11 a 20 dias.
- Ⓢ Extremamente contagioso (80% dos contactantes susceptíveis)
- Ⓢ O individuo infectivo ate o surgimento das crostas e ausência de vesículas.
- Ⓢ Se tem vesícula ainda esta transmitindo.
- Ⓢ Durante a infecção primaria, a viremia segue um período de replicação de 4 dias nos linfonodos. Uma segunda viremia se desenvolve após replicação viral no fígado, Baco e outros órgãos. O vírus segue para a pele pela invasão de caplires endoteliais 14 dias após a exposição.
- Ⓢ O vírus segue da pele para as raízes ganglionares dorsais, onde permanece latente. Na reativação, o vírus se replica produzindo uma ganglionite dolorosa, que pode levar a necroses neuronal e a neuralgia crônica.

Ⓢ CAUSAS DE REATIVAÇÃO

- Ⓢ Espontanea, estresse, febre, radioterapia, dano tecidual, imunossupressão.
- Ⓢ Radioterapia pode induzir herpes simples tbm.

Ⓢ QUADRO CLINICO DA VARICELA

- Ⓢ Há um prodromo, depois erupção pruriginosa maculo-papulas com disseminação crânio-caudal. Em 12 horas formam-se vesículas de 1-3mm com secreção serosa e halo eritematoso (podem varias de algumas a centenas), que evoluem para pústulas e crostas em cerca de 7 dias. Frequentemente há envolvimento de mucosa.
- Ⓢ **SINDROME DE REYE** – varicela junto com aspirina e pode ter encefalite e ataxia cerebelar aguda – ocorre 1:1000 casos.
- Ⓢ Adultos possuem quadro mais grave, com mais complicações e numero de lesões. Pode causar pneumonia em adultos com ate 20% de mortalidade.

Ⓢ VARICELA CONGENITA

- ⊗ Pior no 1º trimestre, podendo causar anormalidades fetais, baixo peso ao nascer, lesões cicatriciais, alterações oculares, atrofia cortical, retardo psicomotor, membros hipoplásticos, aciclovir e valaciclovir podem ser usados neste período.
  
- ⊗ VARICELA EM IMUNOCOMPROMETIDOS
- ⊗ Maior morbimortalidade, lesões extensas e atípicas, frequentemente hemorrágicas ou purpúricas. Podem ter envolvimento de pulmão, fígado e SNC.
  
  
- ⊗ QUADRO CLINICO DO HERPES ZOSTER
- ⊗ Prodromio de dor intensa em 90% dos casos, associado a prurido, sensibilidade ou hiperestesia. Raramente não aparecem lesões (zoster sine herpete). Vesículas agrupadas sobre base eritematosa seguindo dermatomo, raramente cruzando a linha média.
- ⊗ Dor no ombro com rash. As vezes não tem lesões (no herpes simples é a sd de Morrice).
- ⊗ Geralmente na cca resolve sem sequelas. A gravidade da erupção e sequelas são proporcionais a idade e comprometimento imunológico do paciente.
- ⊗ Há distribuição zosteriforme seguindo um dermatomo, unilateral.
- ⊗ HIV positivo há lesões necróticas.
- ⊗ Transcende os dermatomos nos imunocomprometidos, pode ter assimetria e quadro bilateral com invasão, as lesões podem se disseminar.
  
  
- ⊗ LANCET 2013
- ⊗ Herpes zoster hemorrágica – forma atípica relacionada a imunodepressão, coagulopatia ou trombocitopenia.
- ⊗ Trata-se com Ig G e valaciclovir.
  
  
- ⊗ COMPLICACOES DO HERPES ZOSTER
- ⊗ Neuralgia pos herpética de 10 a 15% - há estudos falando em 50% nos pacientes não tratados.
- ⊗ Pode ter infecção secundária, cicatrizes, zoster oftálmico, meningoencefalia, paralisia motora, pneumonite ou hepatite.
- ⊗ Imunodeprimidos há ulceração, disseminação, transgridem dermatomos.
- ⊗ **\*\*\*\*SINDROME RAMSAY-HUNT** – atinge o gânglio geniculado, atingindo canal auditivo, língua, palato duro. Paralisia facial aguda, dor na orelha, perda de paladar dos dois terços anteriores da língua, xerostomia e xeroftalmia. Se houver acometimento do vestíbulo coclear pode ocorrer vertigem e perda auditiva. Há controvérsias pq alguns autores dizem que o herpes simples tbm pode causar esta síndrome, mas teoricamente é só o zoster.
- ⊗ Acometimento do ramo oftálmico do trigêmio
- ⊗ Lesões hemorrágicas necróticas em imunossuprimidos
- ⊗ **Paralisia de Bell** – geralmente associado ao herpes tipo 1.

- Ⓜ **Sinal de Hutchinson** – vesículas nas partes superior e lateral do nariz acompanhada por conjuntivite, ceratite e discreta ptose.
- Ⓜ Quando associado ao HIV – há lesões mais crostosas, pode ter hiperidrose pos herpética e doença disseminada (mais de 20 lesões fora do dermatomo).

#### Ⓜ DIAGNOSTICO

- Ⓜ Tzanck – não distingue do HSV.
- Ⓜ IFD – distingue do HSV.
- Ⓜ AP – idêntico ao da HSV, devendo ser diferenciado por imunohistoquímica.
- Ⓜ Cultura viral – sensibilidade baixa, especificidade alta, demora 1 semana.
- Ⓜ Sorologia é útil retrospectivamente.
- Ⓜ PCR – alta sensibilidade e de difícil acesso.
- Ⓜ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL HERPES SIMPLES
- Ⓜ Geralmente a lesão é local, mas um herpes simples podem mimetizar um herpes zoster.
- Ⓜ Exantemas virais vesiculares (coxsackie, ECHO).
- Ⓜ PLEVA – história crônica.
- Ⓜ Smallpox – sarampo.
- Ⓜ Doença Mão-pe-boca – favorece extremidades.
- Ⓜ Pox da Rickettsia – lesão inicial na picada
- Ⓜ Farmacodermias
- Ⓜ Dermatite de contato – sem prodromo e simétricas
- Ⓜ Picadas de inseto – geralmente tem urtiga
- Ⓜ Escabiose

#### Ⓜ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL HERPES ZOSTER

- Ⓜ HSV na forma zosteriforme – geralmente associado a recorrências.
- Ⓜ Dermatite de contato localizada.
- Ⓜ Celulite.
- Ⓜ Impetigo bolhoso.

#### Ⓜ TRATAMENTO

##### Ⓜ VARICELA

- Ⓜ Ccas – aciclovir 20mg/kg 4x ao dia por 5 dias – na maioria não se indica tratamento. Alguns pediatras preferem adotar o tratamento para diminuir o tempo de vesículas e de sofrimento da criança.
- Ⓜ Imunocomprometidos – aciclovir IV 10mg/kg 8-8h por 7 a 14 dias – deve ser aplicada durante 1 hora.
- Ⓜ Adultos – iguais as doses de varicela zoster (risco de comorbidades é maior):
  - Aciclovir 400-800mg 5x ao dia por 7 dias
  - Fanciclovir 500mg-1g 12-12h por 7-10 dias
  - Valaciclovir 1g 3x ao dia por 7-10 dias.

## ☉ HERPES ZOSTER

- ☉ Aciclovir 400-800mg 5x ao dia por 7 dias
- ☉ Fanciclovir 500mg-1g 12-12h por 7-10 dias
- ☉ Valaciclovir 1g 3x ao dia por 7-10 dias
- ☉ Formas graves – aciclovir IV 10mg/kg de 8-8h por 7 a 14 dias. Deve ser aplicada durante 1 hora.
- ☉ A diferença entre aciclovir com **fanciclovir e valaciclovir** – os dois últimos tem biodisponibilidade maior, chegam a nível sérico mais alto e previnem complicações em relação a dor pos herpética. Então se puder optar, esses dois últimos são mais adequados.
- ☉ Varicela em crianças – trata sintomáticos.
- ☉ Aciclovir oral pode ser iniciado ate 72h da erupção cutânea – com esse período conseguimos diminuir o tempo de erupção do paciente. Outros acreditam que ate 5 dias, apesar de não diminuir o tempo, diminuimos o risco de neuralgia pos herpética. A partir de 2 anos é usado. IV só em imunocomprometidos.
- ☉ Aciclovir é sempre recomendado para adultos.
- ☉ Ig é usado para imunocomprometidos expostos pela primeira vez à varicela, sendo administrado ate 96h da exposição. É indicado para gestantes susceptíveis e neonatos cujas mães foram infectadas logo após o nascimento.

## ☉ VACINAÇÃO CONTRA VARICELA

- ☉ Chance de 80% de prevenir a doença e 95% de prevenir formas graves. Existe menor incidência de zoster em pacientes vacinados para varicela em comparação aos naturalmente infectados. Quem vacinou tem menos chance de ter zoster do que quem teve a varicela.

## ☉ VACINA ANTI-VHZ

- ☉ Vacina de vírus vivos atenuados, recomendada a partir dos 60 anos para prevenir complicações do herpes zoster incluindo neuralgia pos herpética. FDA recomenda após 50 anos.
- ☉ Um estudo mostrou redução do risco de herpes zoster por ate 5 anos após a vacinação, embora com declínio da eficácia ao longo do tempo.
- ☉ Entre os vacinados, comparados ao não vacinados, a dor foi menos intensa e curta em duração. Mesmo nos que tomaram a vacina, se tiverem herpes zoster, apesar da vacina, tem o beneficio de terem dor menor e tempo de lesões mais curtas. Mesmo que não tenham sido totalmente protegidos.
- ☉ A vacina pode ser dada mesmo ao paciente que já teve zoster.

## ☉ CONTRA-INDICAÇÕES DA VACINA

- ☉ Malignidades hematológicas cuja doença não esteja em remissão ou tenha recebido quimioterapia citotóxica ate 3 meses.
- ☉ Pessoas com imunodeficiências de células T (HIV com CD4 menor de 200).
- ☉ Aqueles em uso de terapia imunossupressora em altas doses – (maior ou igual a 20mg de prednisona por 2 ou mais semanas diariamente).
- ☉ Pessoas em uso de anti-TNF.

- ⊗ (paciente com psoríase, quero dar biológico – esse paciente tem histórico de herpes zoster. É interessante antes de começar o biológico, darmos vacina de herpes zoster – pq imunossuprimindo o paciente, não podemos dar a vacina durante o tratamento).
- ⊗ TRATAMENTO DO HERPES ZOSTER
- ⊗ Grávida pode ser tratada com qualquer droga.
- ⊗ Tratamento do zoster ate 72h da primeira vesícula. Entre 72h e 7 dias é benéfico.
- ⊗ Aciclovir, valaciclovir e famciclovir diminuem a dor e duração da doença (os dois últimos são melhores).
- ⊗ Aciclovir IV – pacientes graves e imunocomprometidos.
- ⊗ INDICACOES DO TRATAMENTO COM A DROGA
- ⊗ Pessoas com risco aumentado de complicações como imunocomprometidos, maiores de 50 anos, maiores de 50 anos, dor moderada ou intensa ou rash extenso, envolvimento da face ou olho, complicações relacionadas ao zoster.
- ⊗ NEURALGIA POS HERPETICA
- ⊗ Famciclovir e valaciclovir são idênticos na redução de dor e duração da neuralgia.
- ⊗ Antidepressivos tricíclicos são efetivos, principalmente amitriptilina
- ⊗ Gabapentina 3600mg-dia
- ⊗ Analgésicos, carbamazepina
- ⊗ Creme de emla
- ⊗ Capsaicina tópica (não é fácil de usar, há um ardor para aliviar a coceira em casos de notalgia parastésica, aqui há um ardor forte para melhorar uma dor importante).
- ⊗ Bloqueio neural
- ⊗ Corticoide – controverso
- ⊗ Algo que esta sendo usado – Lyrica. Acreditam que pode reconstituir a bainha de mielina e melhora dores crônicas.
- ⊗ Dor aguda no zoster – podemos optar pelo tópico com capsaicina creme (0,025 a 0,075%) ou sistêmico com codeína (7.5 a 30mg-dia). Ele prefere dermomax.
- ⊗ Neuralgia pos herpética – dor lancinante – carbamazepina 100 a 400mg-dia (não é muito boa para idosos, gabapentina é mais tolerável e introduzimos de forma mais gradativa). Dor parastésica – amitriptilina 12,5 a 75mg-dia – acima disso causa muito torpor.
- ⊗ Dor persistente e refratário ao tratamento – amitriptilina e carbamazepina. Iniciar gabapentina na dose de 300 a 1,2g-dia (conservador).
- ⊗ Dor persistente e refrataria ao tratamento – psicoterapia, clinica de dor e abordagem cirúrgica.

#### QUESTOES

- 1) Alterações causadas pelo vírus varicela zoster no 1º trimestre de gravidez – atrofia do SNC, atrofia óptica e microoftalmia (não causa catarata). Varicela materna nas primeiras 20 semanas – há risco de dano fetal 2%, SNC, defeitos oculares e hipoplasia dos membros.

- 2) Complicação pos herpética no zoster – Sd de guillain Barre, síndrome necrose retinal aguda, encefalite ou meningoencefalite, sarcoidose cicatricial nas cicatrizes de herpes zoster. A paralisia de Bell é considerada mais do herpes simples.
- 3) Dor e vesículas no pavilhão auditivo e paralisia facial – síndrome de Ramsay-Hunt.
- 4) Zoster sine herpete = dor radicular sem vesiculacao.
- 5) Degeneração balonzante é característica de herpes simples e zoster – Tzanck.
- 6) HHV-3 = zoster materno geralmente não causa complicação no RN. Não esta associado a infecção intra-uterina, varicela esta! O acometimento visceral no zoster pode causar alterações temporais no ECG. Acometimento motor é mais comum em idosos e comprometimento de nervos craniais. Sinal de Hutchinson – vesículas em dorso nasal – ptose, olhar de peixe morte, conjuntivite, ceratite.
- 7) Herpes zoster – a vacinação em idade avançada pode auxiliar para reduzir ocorrência e gravidade. A dor prodromica é o maior fator de risco para neuralgia pos herpética. Intensidade da dor, severidade do rash, acometimento do trigemio e dor no dermatomo – são fatores para maior neuralgia pos herpética. Pode estar associado a neoplasia interna.

#### EPSTEIN BARR VIRUS (HHV-4)

- ⊗ Relacionado com mononucleose infecciosa, leucoplasia pilosa oral, carcinoma nasofaríngeo, alguns linfomas B e T, linfoma de Burkitt (tipo africano endêmico), síndrome de Gianotti Crosti (muito importante), ulcera de Lipschultz, doença de Kikuchi – linfadenopatia necrotizante. Lesões hidroa vaciniforme like.
- ⊗ Leucoplasia pilosa oral – clássico de prova pratica.
- ⊗ Doenças linfoproliferativas – mono e policlonal pos transplante de órgãos sólidos, HIV e usuários de MTX e infliximab estão mais sujeitos a esse quadro.
- ⊗ EPIDEMIOLOGIA
- ⊗ Prevalencia de 95% em países desenvolvidos, infecção primaria na infância – síndrome febril leve. Infecção primaria adolescência e juventude – 50% tem mononucleose infecciosa.
- ⊗ PATOGENESE
- ⊗ Saliva, secreções genitais e leite materno.
- ⊗ Vírus tem preferência por epitélio de mucosa e linfócitos B.
- ⊗ Infecção primaria é na orofaringe.
- ⊗ Após o termino da mononucleose infecciosa, os linfócitos B continuam infectados com os vírus latentes.
- ⊗ Proteína EBNA-1 e gene LMP-2 é que determinam a latência.
- ⊗ Em um sistema imunológico normal, a imunidade previne a imortalizacao das células B infectadas. Em um organismo imunocomprometido, a imortalizacao dessas células dão origem a doenças linfoproliferativas.

- Ⓢ O vírus latente pode ocasionalmente reinfetar o epitélio da faringe, levando a novos períodos de replicação viral.

- Ⓢ CLINICA DA MONONUCLEOSE INFECCIOSA

- Ⓢ Incubação de 40 dias, raro na infância e acima dos 40 anos, adolescentes jovens 17 a 25 anos são os mais acometidos.
- Ⓢ Faringite, febre, linfadenopatia em 80% dos pacientes.
- Ⓢ Esplenomegalia em 50% dos casos, pode haver hepatomegalia.
- Ⓢ Tonsilite exsudativa branco acinzentada ocasional.
- Ⓢ Exantema inespecífico em 10% dos pacientes, centrífugo e eventualmente petequias em pálpebra, edema periorbital e petequias na junção do palato mole com o duro.
- Ⓢ Resolução da doença em 3 semanas.

- Ⓢ SINDROME DA HIPERSENSIBILIDADE

- Ⓢ Administração de ampicilina, menos comum penicilina, cefalosporina ou amoxicilina podem causar, após 7 dias do atb, erupção macular escarlatiniforme, pruriginosa, cor de cobre. Faces extensoras e pontos de pressão que se tornam confluentes e espalham-se pelo tronco e extremidades, com descamação após 1 semana.
- Ⓢ Paciente com quadro clássico de mononucleose, fez uso de atb e apresentou essa segunda síndrome de hipersensibilidade. Rash bem inespecífico.

- Ⓢ DIAGNOSTICO

- Ⓢ Aumento de transaminases, trombocitopenia, linfocitose absoluta e relativa, 30% de linfócitos atípicos, teste monospot – ACS heterofilos que positivam na 2ª semana de infecção. Níveis de DNA de EBV, ACS específicos para EBV.

- Ⓢ ANTICORPOS ESPECIFICOS PARA EBV

- Ⓢ Conseguimos saber se é aguda primaria ou antiga persistente.
- Ⓢ VCA IgG + na infecção aguda e crônica.
- Ⓢ VCA IgM é + na aguda e negativo na crônica
- Ⓢ EBNA IgG é negativo na aguda e positivo na crônica

- Ⓢ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Ⓢ Streptococcus tipo A que tem a mesma tríade, sem a esplenomegalia.
- Ⓢ Hepatite viral aguda – fazer teste monospot e sorologias de EBV.
- Ⓢ Síndrome de DRESS – há historia medicamentosa, eosinofilia, pode ter edema de face antes da erupção cutânea.
- Ⓢ Toxoplasmose
- Ⓢ Linfoma
- Ⓢ CMV primaria
- Ⓢ HHV-6

- Ⓢ HIV
- Ⓢ Todas sorologias negativas para VCA IgM e baixos níveis de DNA de EBV.
  
- Ⓢ TRATAMENTO
- Ⓢ Sintomático, corticoide usamos apenas em casos severos de anemia hemolítica, trombocitopenia e linfadenopatia comprometendo vias aéreas.

#### QUESTOES

- 1) Relação com EBV – linfoma de Burkitt, ulcera de Lipschutz, leucoplasia pilosa oral.

#### CITOMEGALOVIRUS – HHV 5

- Ⓢ Causado por vírus DNA dupla fita. Principal causa de surdez congênita e retardo mental (Sd TORSCH).
- Ⓢ Principal causa de cegueira em ADIS (por retinite).
- Ⓢ Maior causa de infecção intrauterina em humanos.
- Ⓢ Manifestações clínicas geralmente aparecem em imunocomprometidos.
- Ⓢ EPIDEMIOLOGIA
- Ⓢ Prevalência é inversamente proporcional à economia. Risco aumentado de aquisição na infância, adolescência e anos reprodutivos.
  
- Ⓢ PATOGENESE
- Ⓢ Transmissão de fluidos corporais, transplante de órgãos sólidos e medula óssea. Transfusões sanguíneas oferecem um risco de 4% de infecção pelo vírus. Transmissão transplacentária é comum na vigência de infecção primária na mãe.
- Ⓢ Citotóxico que causa citomegalia, condensação nuclear com inclusão nuclear. Leucócitos são células de transporte, mas infecta diversos órgãos. A infecção pode ser primária ou recorrente, sendo que a última pode representar reativação ou reinfeccao com um diferente tipo antigênico.
- Ⓢ Orgao infectado:
  - Saudáveis – tecidos linfoides
  - Fetal e neonatal – glândulas salivares e neurônios
  - Imunocomprometidos – retina, pulmão, fígado e TGI.
  
- Ⓢ IMUNOCOMPETENTES
- Ⓢ 90% quadro subclínico. Pode ter síndrome mononucleose like de curso benigno (imunocompetentes); quadros cutâneos:
  - Erupção maculopapular-morbiliforme
  - Petequias e púrpuras
  - Erupção induzida por ampicilina – urticaria (tem no EBV)



- Eritema nodoso

- ⊗ INFEÇÕES CONGENITAS

- ⊗ Papulas purpúricas e nódulos de eritropoiese dérmica (blueberry muffin), petequias e púrpuras e vesículas.
- ⊗ Muffin de blueberry – patognomônico. Precisa de muita criatividade para enxergar.

- ⊗ SINDROME TORSCH

- ⊗ Causada por toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes simples e outras infecções.
- ⊗ Ao agente cruzar a barreira placentária com sintomas na criança podendo ser clinicamente silencioso na mãe.

- ⊗ QUADRO CLINICO DOS IMUNOCOMPROMETIDOS

- ⊗ Vasculite cutânea, erupção morbiliforme – maculopapular, petequias e púrpura, úlceras perineais e de extremidades. Vesículas, placas verrucosas, nódulos e placas hiperpigmentadas.
- ⊗ Saber – petequias e púrpuras.
- ⊗ Pode causar retinite por CMV.
- ⊗ Úlceras genitais em pacientes com HIV – graves.

- ⊗ DIAGNOSTICO

- ⊗ Feita por cultura em fibroblastos humanos.
- ⊗ ACS monoclonais em culturas de tecidos por 24-48h.
- ⊗ Análise de sangue periférico da presença de CMV por antigenemia ou DNA de CMV. Retinite do HIV necessita de avaliação oftalmológica.

- ⊗ HISTOPATOLOGIA

- ⊗ Infiltrado e inflamatório e alterações epiteliais mínimas, pois CMV infecta células endoteliais.
- ⊗ Estas estão a 2 a 3x aumentadas de tamanho.
- ⊗ Inclusões intranucleares com halo em células alargadas.
- ⊗ Células alargadas endoteliais. Há inclusão nuclear circundada por halo claro.

- ⊗ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- ⊗ Mononucleose infecciosa – a síndrome induzida por CMV é menos severa e não apresenta tonsilite exsudativa.
- ⊗ Toxoplasmose – não apresenta faringite, e envolve linfonodos cervicais posteriores.
- ⊗ Hepatite viral – a hepatomegalia é mais severa.
- ⊗ Linfoma – linfonodos duros e imóveis.

- ⊗ TRATAMENTO

- ⊗ Imunocompetentes – sintomáticos.
- ⊗ Imunocomprometidos ou profilaxia – ganciclovir, valganciclovir, foscarnet ou cidofovir.

QUESTOES

- 1) Tratamento de eleição para o CMV – ganciclovir e foscarnet.
- 2) As lesões congênitas encontradas na CMV congênita – são blueberry muffins – eritematotuberosas??? Papulo purpúricas o certo??

**HERPES VIRUS TIPO 6**

- Ⓜ SINONIMIA – ROSEOLA INFANTUM, exantema subido, 6ª doença.
- Ⓜ Há 2 tipos – A e B, sendo o B mais associado como agente da roseola.
- Ⓜ Pacientes de 6 meses a 3 anos.
- Ⓜ 30% tem exantema súbito e cerca de 90% das ccas apresentam IgG contra HHV-6, picos na primavera, verão e outono.
- Ⓜ Há tropismo pelo CD4.
- Ⓜ Transmissão por saliva ou perinatal, após infecção primária, vírus entra em latência pela vida toda na maior parte dos casos.
- Ⓜ Imunossuprimidos possuem maior chance de reativação.
  
- Ⓜ CLINICA
- Ⓜ Febre alta 39 até 40° C, se mantém com febre alta, de uma hora para outra a febre baixa e some e quando ela some, há uma erupção cutânea não específica, maculopapulosa, rosada e bem frustrada.
- Ⓜ Manchas suaves, incubação de 5 a 15 dias.
- Ⓜ Febre alta e rash que faz o dx.
- Ⓜ Pontos de Nagayama – enantema de papulas eritematosas no palato.
- Ⓜ No 3º dia de febre pode ter aparência sonolenta por edema de pálpebra e pode ter manifestação neurológica com encefalopatia e meningite asséptica, encefalite e ataques epilépticos.
  
- Ⓜ REATIVACAO
- Ⓜ Ocorre principalmente no imunocomprometido, há febre, erupção cutânea e pode mimetizar GVHD aguda. Pneumonite intersticial, encefalopatia, falência de MO e hepatite.
  
- Ⓜ DIAGNOSTICO
- Ⓜ Presença de IgM pode ajudar na infecção primária, mas não na reativação. ME, PCR, cultura viral (impraticável)
  
- Ⓜ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
- Ⓜ Exantemas virais – rubéola, enterovirus, adenovirus, EBV, parvovirus.
- Ⓜ Escarlatina

- ☉ Febre das montanhas rochosas
- ☉ Doença de Kawasaki.

#### QUESTOES

- 1) Cca de 2 anos com febre seguida de erupção maculopapulosa difusa – causada por HHV-6.
- 2) A roseola infantum ou exantema súbito tem seu diagnóstico com ausência de erupção cutânea durante a fase febril.
- 3) Em relação a roseola infantum - o HHV-6 tem sido associado a essa afecção. Há isolamento do vírus no liquor, pode ter padrão mononucleose like no adulto, encefalite fatal é rara em HIV positivas. Se necessário drogas de escolha – ganciclovir, cidofovir ou foscarnet.

#### HERPES VIRUS TIPO 7

- ☉ Até os 5 anos de vida permanece latente durante a vida, transmissão salivar – so replica nas glândulas salivares. Pode estar ligado a reativação do HHV-6.
- ☉ Alguns autores consideram-no agente da roseola infantum.

#### HERPES VIRUS TIPO 8

- ☉ Vírus latente encontrado na grande maioria dos tipos de sarcoma de kaposi pelo mundo todo.
- ☉ Soroprevalencia corresponde a áreas de incidência do sarcoma de kaposi e varia de acordo com a localização geográfica.
- ☉ A infecção primaria ainda não foi identificada e as doenças associadas – estão vinculadas com a reativação.
- ☉ Lembrar que há 4 tipos de sarcoma de kaposi e não só relacionado ao HIV.

#### ☉ EPIDEMIOLOGIA

- ☉ **Forma clássica** – não é HIV. Homens descendentes do mediterrâneo ou judeus askenai na 6ª década de vida. Homossexuais masculinos portadores de HIV tem incidência 20.000 vezes maior que a população geral.

#### ☉ PATOGENESE

- ☉ Transmissão materno fetal em 1-3 das mães infectadas, transmissão sanguíneas, relações homossexuais anais.
- ☉ HHV-8 infecta células linfáticas e endotélio vascular e induz reprogramação na transcrição, levando a expressão de moléculas linfangiogenicas.
- ☉ A conifeccao de HIV2 e HHV8, diferente quando há HIV1, nem sempre resultam em sarcoma de Kaposi. Então, o **mais associado ao sarcoma de Kaposi é o HIV1.**

Ⓢ CLINICA

Ⓢ **1) clássico**

Ⓢ **2) HIV-AIDS relacionado**

Ⓢ **3) Associado a imunossupressão**

Ⓢ **4) Africano Endemico**

Ⓢ CARACTERISTICAS COMUNES

- Ⓢ Papulas, placas e nódulos e evolução das lesões. Começam vermelhas, viram marrons e depois violáceas e há edema associado.

Ⓢ SK CLASSICO

- Ⓢ Esponjoso, fica mais firme com o tempo, placas eritemato-violáceas nas extremidades dos MMII – pernas e pés. (HIV é mais na boca). Posteriormente tornam-se marrons, hiperqueratoticas e ou eczematosas.
- Ⓢ Raramente há envolvimento oral ou GI e doença progride lentamente.

Ⓢ SK HIV RELACIONADO

- Ⓢ Maculas ou placas mais distribuídas, podem se tornar exofíticas ou ulcerativas.
- Ⓢ Envolvimento da cavidade oral e face é mais comum do que no tipo clássico.
- Ⓢ Envolvimento da mucosa genital, pulmões e TGI são comuns. No clássico não há acometimento dessas regiões. Predomínio região facial e oral.
- Ⓢ Piora de acordo com os níveis de CD4 e podemos ter surtos na sd de reconstituição imune.

Ⓢ SK ASSOCIADO A IMUNOSSUPRESSAO

- Ⓢ Curso similar a SK relacionado ao HIV.
- Ⓢ Exige descontinuação da medicação imunossupressora ou substituição dos inibidores de calcineurina por rapamicina. Esta medida pode resultar na melhora ou mesmo desaparecimento das lesões. Predomínio por região facial e oral.

Ⓢ SK AFRICANO ENDEMICO

- Ⓢ Nodular, pequeno numero de lesões com curso benigno de 5 a 8 anos.
- Ⓢ Forma linfadenopatica em ccas e jovens.
- Ⓢ Forma florida e infiltrativa com maior numero de lesões, em uma ou mais extremidades, muito agressivas, podendo comprometer subcutâneo, músculo e osso.

Ⓢ **DOENCA DE CASTLEMAN**

- Ⓢ É a 2ª malignidade mais comum associada ao HHV-8. Não há associação entre HHV-8 e outros tumores cutâneos.

Ⓢ DIAGNOSTICO

Ⓢ Bx, sorologia não é necessária

Ⓢ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Ⓢ Acroangiodermatite (pseudoSK) – placas violáceas associadas a hipertensão venosa.

Ⓢ Angiomatose bacilifera – mais eritematosa, placas mais elevadas e discretas que SK.

Ⓢ Equimoses – planas e áreas maiores.

Ⓢ Hemangioma – mais eritematosa.

Ⓢ Angiosarcoma – acomete mais cabeça e pescoço

Ⓢ Granuloma piogenico – mais eritematosa

Ⓢ Pseudolinfoma – linfoma

Ⓢ TRATAMENTO

Ⓢ Crioterapia, radioterapia, alitretinoína tópica, interferon alta intralesional, terapia HAART, quimioterapia – vinblastina, doxirrubicina.

Ⓢ Cirurgia não é efetiva.

Ⓢ Monitorizacão.

#### QUESTOES

- 1) Sarcoma de Kaposi em AIDS – qualquer parte da pele pode estar afetada, mas a ponta do Nariz e o palato são as partes mais frequentemente atingidas. Face, mucosa oral e genitália são os mais atingidos. Metástases são numerosas, principalmente para envolvimento pulmonar e TGI. P. jirovesi causa mais mortes do que SK.
- 2) SK clássico – acomete mais lesões nos MMII. Acomete mais homens e judeus askenasi. Ocorre no TGI, mas não é frequente, o TGI é mais associado ao SK no HIV.
- 3) Doenças atribuídas ao herpes vírus – mononucleose infecciosa, leucoplasia pilosa oral, exantema súbito – roseola infantum, varicela.

#### RESUMO

Ⓢ Alphaherpesvirinae: (1,2,3)

- HHV 1 e 2 – lesões vesiculares orofaciais ou genitais.
- HHV 3 – varicela zoster

Ⓢ Betaherpesvirinae (5,6,7)

- HHV 5 – infecção congênita, infecção mononucleose like, encefalite.
- HHV 6 e 7 – exantema súbito

Ⓢ Gammaherpesvirinae (4,8)

- HHV 4 – mononucleose, síndrome linfoproliferativa ligada ao X, síndrome hemofagocítica, processos oncogênicos.
- HHV 8 – sarcoma de Kaposi, doenças envolvendo linfócitos B.

☉ VACINAS ANTI-HERPÉTICAS

☉ CMV

☉ Vacina de vírus atenuado, proteção incompleta. Há estudos de vacinas glicoproteicas.

☉ EBV

☉ Estudos de campo na China, mas não disponíveis comercialmente.