VARICELA

* **Diagnóstico Clínico:**

**Fatores de risco:**

Crianças não vacinada;s

Crianças nascidas antes de setembro de 2012 (a vacinação foi iniciada em 2013).

**Sinais e sintomas de suspeição:**

Febre;

Erupção vésico-bolhosa com polimorfismo regional e mais numerosas em tronco.

Bolhas de conteúdo cristalino;

Pústulas;

Pústulas umbilicadas;

Crostas;

Cefaleia;

Coriza de intensidade variável.

* **Complicações Mais Frequentes:**

Infecções tegumentares de diversos tipos, sendo as mais frequentes os impetigos bolhosos, as celulites e os abscessos tegumentares. Muitas vezes há abscessos subcutâneos múltiplos, sendo que alguns são intercomunicantes e que drenam para lesões de varicela ulceradas. Os agentes etiológicos que predominam são os *Streptococcus* do grupo A e os *Staphylococcus aureus*.

Algumas crianças têm quadros infecciosos mais graves. Pneumonias bacterianas, inclusive com derrame e casos de sepse não são incomuns. Deve-se fazer acompanhamento da criança em nível ambulatorial nas semanas imediatamente seguintes à varicela, pois a doença causa imunodepressão transitória e muitas das complicações infecciosas ocorrem após a fase aguda.

Uma complicação de frequência menor, porém muito grave, é a púrpura trombocitopênica imunológica (PTI) associada ao vírus varicela-zoster. Ao contrário da PTI encontrada com outros estímulos antigênicos, a plaquetopenia na varicela é abrupta e instala-se muito rapidamente, chegando a níveis de potenciais hemorragias graves em questão de horas. Dessa forma, a identificação de plaquetopenia abaixo de 100.000 plaquetas por mm3, durante ou após o quadro febril de varicela, deverá ser prontamente tratada com imunoglobulina humana intravenosa (IGIV), mesmo na ausência de sangramentos, conforme descrito a seguir.

Pacientes que foram expostos a uma carga infectante muito elevada podem apresentar quadros mais intensos, geralmente aqueles que contraíram varicela a partir de um caso índice residente no domicílio e não a partir de um caso índice da escola ou da comunidade. Estes podem apresentar maior número de vesículas, erupção franca em membros além do tronco, febre mais alta ou contínua e menor polimorfismo regional. A ausência de polimorfismo e a distribuição centrífuga que no passado eram encontradas na extinta varíola foram as razões pelas quais frequentemente tais casos têm sido referidos como varicela “varioliforme” em nosso serviço.

Síndrome de ataxia com ou sem vertigens e hiperemese, geralmente interpretada como cerebelite, pode ocorrer e é melhor conduzida com o paciente internado. Não se deve utilizar ácido acetil salicílico ou correlatos durante o quadro de varicela para evitar casos de síndrome de Reye, quando identifica-se degeneração hepática e neurológica fulminantes, com hipoglicemia, aumento de transaminases e hipertensão intracrania com coma e óbito.

Também são mais raros os casos de encefalite e pneumonite virais. Estas são graves complicações com risco iminente de morte, identificados por quadro neurológico agressivo, com convulsões, sinais de lateralização e coma; ou por dispneia até insuficiência respiratória associadas a infiltrado intersticial difuso ao RX. Casos de envolvimento da córnea (ceratite) podem ocorrer e deve-se solicitar avaliação oftalmológica quando houver hiperemia ocular ou dor.

* **Diagnóstico Laboratorial:**

Não são feitas sorologias de rotina e o diagnóstico é clínico, fundamentado na observação do exantema bolhoso típico.

Em todas as crianças que não estiverem bem, sobretudo para os que forem internar, é obrigatória a solicitação de pelo menos um hemograma para rastreamento de plaquetopenia.

* **Critérios de Internação:**

Critérios relativos: idade menor de 6 meses; prostração; febre maior de 39 graus, contínua por mais de 24 horas; retorno da febre após mais de 2 dias de período afebril; baixa ingesta a ponto de interferir no estado de hidratação; reconhecimento de infecções secundárias (cutâneas ou respiratórias); síndrome de Down; outras comorbidades; imunossuprimidos e imunodeprimidos.

Critérios absolutos: sonolência; dispneia; ataxia; plaquetopenia; leucopenia; convulsão; desidratação; qualquer sinal de choque, qualquer outro sinal de gravidade.

* **Tratamento Sintomático:**

A grande maioria dos casos merece tratamento apenas sintomático:

Febre: usar paracetamol ou dipirona. Explicar à mãe que o ácido acetil-salicílico não pode ser usado. A razão é a possibilidade de síndrome de Reye, que é uma degeneração hepática grave e irreversível, na qual o paciente cursa com hipoglicemia, aumento abrupto de transaminases e hipertensão intracraniana. Essa síndrome tem como fatores de risco: a varicela, a gripe e o uso de salicilatos. Embora não seja bem definida a associação com outros antiinflamatórios não hormonais, por similaridade, sugere-se evitar o uso de ibuprofeno para o controle da febre.

Prurido: pasta d’agua mentolada ou produtos tópicos à base de calamina podem ser usados nas lesões novas (antes da fase de crosta). Banhos com chá de camomila podem dar muito alívio também. Não temos usado o talco mentolado. Crianças com prurido intenso podem ser medicadas com anti-histamínicos. Um exemplo é a hidroxizina, que pode ser usada em 2 ou 3 doses diárias, sendo que o medicamento é apresentado em xarope pediátrico na concentração de 2 mg/ml. Cada dose, nessa concentração, deve ser de 0,25 ml/kg, com o máximo de 10 ml/dose. Avisar à mãe que a criança poderá ficar sonolenta, ou irritada.

Prevenção de complicações infecciosas na pele: permanganato de potássio 1:20.000 (diluir 1 unidade em 2 litros de água morna) em 2 ou 3 banhos ao dia. Orientar a mãe para cortar as unhas da criança.

**Tratamento Específico:**

**Aciclovir:**

**Indicações:**

Desnutridos graves;

Portadores de infecção pelo HIV;

Pacientes com outras comorbidades (diabéticos, nefropatas, cardiopatas, pneumopatas, falcêmicos, entre outras);

Pacientes em corticoterapia por mais de 2 semanas;

Demais pacientes imunocomprometidos;

Prostração fora dos períodos de febre;

Lesões hemorrágicas;

Grande número de lesões com pouco polimorfismo regional, o que indica intensa viremia (varicela que lembra a varíola, ou “varioliforme”);

Envolvimento pulmonar, encefálico, hepático ou cardíaco;

Pacientes que tenham contraído a doença em seu domicílio (quando houver caso prévio na família) já que nesses casos, a carga viral infectante é presumivelmente maior, o que leva a quadros mais intensos;

Contactantes sadios susceptíveis que permaceçam internados entre o 9º e o 14º dia após o contato e para os quais tenha sido indicada a vacinação de bloqueio. Nesse caso a droga deve ser feita entre o 9º e o 14º dia após o contato;

Contactantes imunocomprometidos para os quais tenha sido indicada a imunoglobulina hiperimune específica, IGVZ. Nesse caso a droga deve ser iniciada no 9º dia após o contato.

Doses e posologia:

Aciclovir intravenoso: 10 mg/Kg/Dose, diluído em solução glicosada e correndo em 60 minutos, com doses de 8/8 horas. Casos graves como os de encefalite, pneumonite e imunossupressão devem receber 500 mg/m2/dose. Tão logo haja melhora, substituir pela apresentação oral. A maioria dos pacientes terá um tratamento efetivo, incluindo as fases intravenosa e oral, com uma duração de 5 a 7 dias na maioria das indicações, mas nos casos graves, o tempo total deverá ser de pelo menos 14 dias;

Aciclovir oral: 20 mg/Kg/Dose, até uma dose máxima de 400 mg, com 4 doses de 6/6 horas. Adolescentes com mais de 60 Kg deverão receber o esquema de adultos: 400 mg de 4/4 horas, falhando a dose da madrugada, totalizando 5 doses ao dia;

**Duração:**

A duração padrão do tratamento em imunocompetentes é de 5 dias. Pode ser considerado um tratamento de 7 a 14 dias em imunocomprometidos ou em casos graves.

* **Tratamento Das Complicações:**

**Infecções tegumentares relacionadas à varicela:**

Cefazolina: 50 a 100 mg/Kg/Dia, fracionados em 4 infusões intravenosas de 6/6 horas; tão logo haja melhora da complicação, geralmente do 3o ao 5o dia de tratamento, procede-se à substituição por cefalexina. A duração total dessa sequência de antibióticos é variável, mas a maioria dos pacientes terá um tratamento efetivo de 10 dias, garantindo-se assim também a erradicação de possíveis focos estrepetocóccicos;

Cefalexina: 50 a 100 mg/Kg/Dia, fracionados em 4 tomadas de 6/6 horas; a apresentação de 250 mg/5 ml em frascos de 100 ml é a mais comum. Há também comprimidos de 500 mg para adolescentes. Pelas razões anteriores, recomendam-se 10 dias de tratamento para a maioria dos pacientes;

**Trobocitopenia relacionada à varicela:**

Imunoglobulina humana intravenosa (IGIV) nos casos de plaquetopenia abaixo de 90.000 plaquetas por mm3, durante ou após o quadro febril de varicela.

Imunoglobulina humana intravenosa (IGIV): fazer 400 mg/Kg/dia de 3 a 5 dias, conforme resposta hematológica satisfatória. Verificar se os frascos de IGIV são de 5 gramas ou de 6 gramas e calcular uma dose final em múltiplos de 5 ou 6 gramas, a fim de evitar qualquer desperdício (para tanto, a dose diária pode ser ligeiramente maior que 400 mg/Kg). A infusão deve ser em bomba de infusão, em 3 horas, a velocidade de infusão deverá ser calculada conforme o volume final do produto diluído, o que depende do fabricante, de modo que sugere-se calcular a partir da análise da bula. Durante a infusão, medir frequência cardíaca e pressão arterial a cada hora.

* **Cuidados Antiinfecciosos:**

De modo ideal o paciente deve ser mantido em regime de precauções de contato, gotículas e aerossóis. Quando não for possível fazer precauções contra aerossóis, sugere-se o seguinte:

Manter o paciente em quarto privativo, com antecâmara;

Manter o quarto sempre com porta fechada;

Restringir a entrada ao quarto a apenas pessoas não susceptíveis;

Restringir a entrada ao quarto a apenas objetos essenciais;

Vigiar para que todos lavem muito bem as mãos antes e depois de entrar no quarto, mesmo se não examinarem o paciente e mesmo se não tocarem em qualquer objeto;

Limpar com álcool a 70% o estetoscópio, termômetro e outros aparelhos que entrarem em contato com o paciente.

* **Cuidados Quando Houver Um Caso Na Enfermaria De Pediatria:**

Identificar o caso índice e estabelecer o período de transmissibilidade: 48h antes da 1ª vesícula até 7 dias depois;

Colocar o caso índice em regime de precauções de contato e gotículas;

Identificar quem teve contato com o caso índice: define-se como contactante quem esteve pelo menos 1 hora no mesmo recinto que o caso índice, ou quem tocou no caso índice;

Identificar entre os contactantes que tem indicação para imunização passiva e ativa:

Indicações de IGVZ – imunoglobulina hiperimune (imunização passiva);

Indicações de vacinação (imunização ativa);

Remanejar profissionais de saúde susceptíveis para não ter contato com o caso índice;

Instituir precauções de contato e gotículas para os contactantes, entre o 8º e 21º dia depois da 1ª vesícula no caso índice (ou até 28º dia para quem usou IGVZ);

Aciclovir pode ser usado para contactantes susceptíveis que não preencham os critérios para IGVZ entre o 9º e o 14º dia após o contato.

* **Critérios De Alta:**

Bom estado geral; ausência de febre há mais de 48 horas; Lesões de pele frias, indolores e em processo de cicatrização; em casos de drenagem cirúrgica de abscessos, providenciar a retirada do dreno; analisar critérios de alta em conjunto com a enfermagem se o paciente estiver em uso de curativos que necessitem de coberturas especiais.

* **Prognóstico E Orientações Para O Seguimento:**

Todos os casos deverão retornar para reavaliação na enfermaria após a alta, em no máximo 1 semana. Retornos precoces em até 2 dias poderão ser necessários em alguns poucos casos selecionados quando o objetivo for monitorar recaídas ou falhas terapêuticas. Em casos de plaquetopenia, durante a internação, fazer hemograma diário para monitorar resposta terapêutica, salvo casos especiais;

* **Imunização Passiva (Imunoglobulina Hiperimune – Igvz):**

Imunocomprometidos susceptíveis;

Gestantes susceptíveis;

RN prematuro < 28 semanas (ou 1000 g);

RN prematuro com mãe sem história de varicela;

RN nascido de mãe com varicela na época do parto (5 dias antes até 2 dias depois);

IMUNIZAÇÃO ATIVA (VACINA);

Imunocompetentes susceptíveis;

Profissionais de saúde;

Outros pacientes susceptíveis da enfermaria (vacinação de bloqueio);

Imunocomprometidos especiais;

Paciente com infecção pelo HIV, assintomático e com CD4 normal;

Paciente com LLA ou tumor sólido em remissão há pelo menos 12 meses (com pelo menos 1200 linfócitos/mm3;)

Paciente com LLA em quimioterapia, desde que não tenham sido administrados quimioterápicos nos últimos 7 dias e não venham a ser administrados nos 7 dias seguintes.

* **Referências:**

Amaku M, Azevedo RS, Castro RM, Massad E, Coutinho FA. Relationship among epidemiological parameters of six childhood infections in a non-immunized Brazilian community. Mem Inst Oswaldo Cruz 2009;104:897-900.

Lecuyer A, Levy C, Gaudelus J, et al. Hospitalization of newborns and young infants for chickenpox in France. Eur J Pediatr 2010;169:1293-7.

Reis AD, Pannuti CS, de Souza VA. [Prevalence of varicella-zoster virus antibodies in young adults from different Brazilian climatic regions]. Rev Soc Bras Med Trop 2003;36:317-20.

Reynolds MA, Watson BM, Plott-Adams KK, et al. Epidemiology of varicella hospitalizations in the United States, 1995-2005. J Infect Dis 2008;197 Suppl 2:S120-6.

Sakane P, Rossi Jr A, Baldacci E, Aoshima D, Marques HHS. Medidas de controle em comunicantes de varicela em ambiente hospitalar. Pediatria (São Paulo). 2005;27(3):206-9.

SBP. Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar. Ed. Anvisa, Brasília, 2006. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual\_pediatria.pdf>, acessado em 22/04/2019.

Succi RC, Peres LV. Varicela-Zoster. In: Farhat CK, Carvalho ES, Carvalho LH, Succi RC, editors. Infectologia Pediátrica. 2.ed. São Paulo: Atheneu; 1998. p.497-506.

Valentim J, Sartori AM, de Soarez PC, Amaku M, Azevedo RS, Novaes HM. Cost-effectiveness analysis of universal childhood vaccination against varicella in Brazil. Vaccine 2008;26:6281-91.

Responsável pela elaboração da rotina: Dr. Marco Antonio Alves Cunha