



Infecção Neonatal por Herpes Simples



Descrição

Transmissão

A transmissão do vírus herpes da mãe para o feto ou recém-nascido (RN) ocorre:

- Por infecção genital materna durante a passagem do feto pelo canal de parto, por via ascendente, por via transplacentária
- Através de infecção não genital da mãe ou do pai localizada na boca, nas mãos ou nos mamilos
- Por contato com outros portadores de lesões vesiculosas herpéticas

A infecção neonatal por herpes simples é geralmente adquirida durante o parto. A ocorrência da infecção neonatal é menor do que a esperada, dada a alta prevalência de herpes simples nas gestantes. Entre as mães de RN com herpes, 25% apresentaram história de forma sintomática ou evidência de lesões herpéticas.

Risco de infecção

O risco de infecção herpética neonatal:

- Varia de 33% a 55% após parto vaginal, na primo-infecção materna
- Fica entre 3% e 5% na infecção materna recorrente

Considerações

Os RN de mães com primoinfecção herpética não recebem anticorpos maternos e apresentam prognóstico pior. Nas formas cutâneas e de mucosas, a terapia resulta em 100% de sobrevivência. Nas formas localizadas no sistema nervoso central (SNC), 85% dos RN sobrevivem com 65% de sequelas. A doença disseminada apresenta 40% de sobrevivência com 40% de alterações graves nos sobreviventes.

Diagnóstico

Manifestações clínicas

Ao contrário de outras infecções congênicas, o herpes neonatal geralmente é sintomático. Veja abaixo as quatro formas de apresentação:

Formas de apresentação da Infecção por Herpes Neonatal

Formas de apresentação	Frequência	Características
Sistêmica	20%	Início entre 9 e 11 dias. Sinais de sepse, choque, CIVD, pneumatose intestinal, hepatomegalia, icterícia, pneumonia, encefalite. Em 20% dos casos, não há lesão cutânea. Prognóstico ruim
Localizada no Sistema Nervoso Central	35%	Início entre 16 e 17 dias. Sinais de convulsões, letargia, irritabilidade, tremores, baixa aceitação alimentar, sinais piramidais. Metade dos casos pode evoluir com óbito e deterioração se não tratados. Pode haver encefalite isolada
Localizada na pele, olhos e boca	45%	Início entre 10 e 11 dias. Lesões vesiculares, geralmente difusas, mas também podem ser escassas. Descrevem-se casos de lesões de orofaringe, mucosa oral, encefalite, conjuntivite, coriorretinite, microftalmia
Infecção congênita	3% a 5%	Tríade presente ao nascimento: lesões vesiculosas na pele, doença ocular com coriorretinite e microcefalia e hidranencefalia

Abordagem diagnóstica

O diagnóstico pode ser clínico e baseado nas lesões de pele. Torna-se mais difícil quando não há lesões cutâneas características. Os testes sorológicos podem auxiliar no diagnóstico. Atualmente indica-se a reação em cadeia da polimerase (PCR), que estabelece diagnóstico precoce da doença, especialmente nos casos de encefalite (sensibilidade entre 75% e 100% e especificidade 100%).

Terapia

Abordagem terapêutica

- Terapia antiviral precoce (ver recomendações abaixo)
- Isolamento do RN e cuidados de manipulação
- Aleitamento contraindicado se houver lesões mamilares

Terapia antiviral precoce – recomendações

É indicada a RN sintomáticos ou RN assintomáticos nascidos de parto vaginal de mães com primoinfecção.

Utiliza-se o Aciclovir, dose de 60 mg/kg/dia, de 8/8 horas, IV, por 14 dias na forma cutânea e por 21 dias quando a doença é localizada no SNC ou disseminada.