

# Complicações pulmonares e neurológicas da varicela em adulto jovem previamente hígido

## *Pulmonary and neurological complications of varicella in a previously healthy young adult*

---

LISSANDRA MAICÁ RUEDELL<sup>1</sup>  
PAULA DUARTE DE OLIVEIRA<sup>2</sup>  
FERNANDA AZAMBUJA<sup>3</sup>

---

### RESUMO

**Objetivos:** realizar uma breve revisão sobre as complicações da varicela, descrevendo o caso de uma paciente adulta jovem que desenvolveu varicela primária com graves complicações.

**Descrição do caso:** paciente do sexo feminino, 24 anos, com queixas de mialgia, tosse, dispnéia, hipertermia e lesões de pele, interna na emergência de um hospital público após diagnóstico médico de varicela. A paciente desenvolveu pneumonite e, mais tardiamente, encefalomielite disseminada aguda, com necessidade de ventilação mecânica invasiva por tempo prolongado e sintomas temporários do sistema nervoso central.

**Conclusões:** a varicela no adulto é uma doença que merece sempre muita atenção, pela possibilidade de complicações graves associadas.

**DESCRIPTORIOS:** VARICELA/complicações; PNEUMONIA; ENCEFALOMIELITE AGUDA DISSEMINADA; ADULTO.

### ABSTRACT

**Aims:** To review the literature about the complications of varicella, describing the case of a young adult patient who developed primary varicella and severe complications.

**Case description:** A female patient, 24 years-old, complaining of myalgia, cough, dyspnea, hyperthermia and skin injuries, is admitted at the emergency room of a public hospital after the diagnosis of varicella. The patient developed pneumonitis, and later, acute disseminated encephalomyelitis, with invasive mechanical ventilation for a long period, with temporary central nervous system abnormalities.

**Conclusions:** Varicella in the adult is a disease that requires thorough attention, because of the potential associated complications.

**KEY WORDS:** CHICKENPOX/complications; PNEUMONIA; ENCEPHALOMYELITIS, ACUTE DISSEMINATED; ADULT.

---

<sup>1</sup> Enfermeira, Residente em Terapia Intensiva pela Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS.

<sup>2</sup> Fisioterapeuta, Residente em Terapia Intensiva pela Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS.

<sup>3</sup> Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre/RS.

## INTRODUÇÃO

A varicela, também conhecida como catapora, é uma doença exantemática infecto-contagiosa causada pela infecção primária do vírus varicela zoster, responsável também pelo herpes zoster, que ocorre quando o vírus, latente no organismo, é reativado.<sup>1,2</sup>

Apesar de ser considerada uma doença de conotação benigna, que ocorre geralmente na infância, ela não está isenta de complicações, principalmente quando acomete pessoas imunocomprometidas e adultos hígidos, que em geral adoecem e têm sintomas mais pronunciados.<sup>1-4</sup> As taxas de mortalidade e morbidade são de 10 a 20 vezes maiores em adultos do que em crianças saudáveis.<sup>5</sup> As complicações mais frequentes são as do sistema nervoso central (incluindo a encefalite e a cerebelite), a infecção bacteriana de pele e a pneumonite.<sup>1</sup>

Neste estudo, temos como objetivos realizar uma breve revisão de literatura sobre as complicações da varicela e descrever o caso de uma paciente adulta jovem que desenvolveu varicela primária e apresentou graves complicações, necessitando de internação em unidade de terapia intensiva (UTI).

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 24 anos, chega em setembro de 2007 à emergência de um hospital público da cidade de Porto Alegre com queixas de mialgia, tosse, dispnéia, hipertermia e lesões de pele iniciadas há uma semana, principalmente em face e tronco, semelhantes às de uma criança da família que estava com varicela. No diagnóstico médico foi identificada varicela, associada à pneumonite. A paciente relatava ser previamente hígida e não ter história de varicela na infância. Era tabagista, consumindo em média um maço de cigarros por dia. Dois dias após a internação, apresentou aumento da dispnéia, com piora radiológica e gasométrica, sendo transferida para a UTI.

Na chegada à UTI, apresentava-se alerta e orientada. Ao exame físico, pele com lesões disseminadas na forma de pápulas e vesículas, aparentemente sem infecção secundária. À ausculta pulmonar, murmúrios vesiculares diminuídos difusamente, com crepitações predominantes no hemitórax esquerdo. No raio-X de tórax era evidenciado infiltrado intersticial bilateral difuso. Foram instituídas precauções de contato

e isolamento respiratório em um quarto com pressão negativa, onde a paciente permaneceu até o momento em que todas suas lesões estivessem em forma de crostas.

Ainda na emergência, houve a tentativa de uso de ventilação não invasiva, mas devido à dificuldade de adaptação da máscara pelas lesões na face e à permanência da dificuldade respiratória, necessitou de ventilação mecânica invasiva (VMI), sendo intubada no primeiro dia na UTI. Após oito dias em VMI a paciente foi extubada sem sucesso, devido ao surgimento de estridor por edema laríngeo. Três dias após, foi realizada nova tentativa. Algumas horas depois, apresentou abalos musculares involuntários, principalmente em hemicorpo direito. Necessitou de sedativos para controlar esses sintomas e, devido à depressão do sensório, retornou à VMI. Após o ocorrido, passou a apresentar paresia em membro superior direito, sendo levantada a hipótese de encefalite.

Foram realizadas tomografia computadorizada e ressonância magnética de crânio, que sugeriram encefalomielite disseminada aguda, descartando a suspeita inicial, embora o caso tenha apresentado boa evolução com a terapia medicamentosa empírica para encefalite. No momento da retirada da VMI já apresentava melhora ventilatória, neurológica e da força muscular no membro superior direito. A evolução radiológica da paciente é apresentada nas Figuras 1 a 3.



Figura 1 - Raio-X de tórax ainda na emergência. Consolidações ácino-nodulares distribuídas em ambos os pulmões.



Figura 2 - Paciente na unidade de terapia intensiva. Pulmões hipoexpandidos. Redução da transparência de ambos os pulmões por consolidação e/ou atelectasia, não se descartando derrame pleural associado.

Com 48 horas de sucesso da extubação a paciente foi transferida para a unidade de internação, ventilando sem oxigenoterapia. Man-teve boa evolução clínica até o momento da alta hospitalar.

## DISCUSSÃO

A varicela é uma doença infecto-contagiosa caracterizada pelo aparecimento de erupção generalizada com distribuição centrípeta, sendo que a lesão clássica começa com um eritema que logo evolui para pápula, vesícula, pústula e crosta em questão de 24 a 48 horas.<sup>1-3</sup>

As lesões têm cerca de 2 a 3 mm de diâmetro, são bastante delicadas, rompem-se facilmente e possuem ao seu redor um halo eritematoso. Podem ser encontradas ao mesmo tempo, em diferentes locais, lesões em vários estágios, característica conhecida como polimorfismo regional.<sup>1-3</sup> O número de lesões, nos casos sem complicações, varia de 250 a 500.<sup>2</sup>

A doença é adquirida por contato direto com as lesões ou pela inalação de secreções respiratórias contaminadas, sendo que a contagiosidade começa dois dias antes do início do exantema, até que todas as lesões estejam na fase de crostas (em torno de uma semana após o início do exantema).<sup>1,2</sup> A contagiosidade da varicela é alta, sendo que cerca de 90% dos contatos domiciliares correm o risco de desenvolver a



Figura 3 - Após extubação, antes da alta da unidade de terapia intensiva. Não há evidência de lesão pleuro-pulmonar em atividade. Seios costofrênicos livres.

doença, fato este que torna fundamental o isolamento do paciente quando em ambiente hospitalar.<sup>1</sup>

Assim, um dos cuidados que devem ser tomados durante a internação é o isolamento respiratório do paciente. Sempre que possível, deve-se isolar o paciente em um quarto com pressão negativa, a fim de evitar a disseminação do vírus para outros ambientes, providência tomada na internação da paciente deste estudo.<sup>3</sup>

Há uma variação na extensão dos sintomas sistêmicos associados à varicela. A maioria das crianças tem uma doença branda, com poucas queixas sistêmicas e temperatura máxima de aproximadamente 38,3°C. É mais comum que os adultos apresentem complicações, além de indisposição, mialgia, artralgia e cefaléia intensa, sendo que esses sintomas podem preceder as primeiras lesões cutâneas em 24 a 48 horas.<sup>3</sup>

Embora menos de 2% dos casos relatados ocorram depois da segunda década de vida, quase um quarto dos óbitos é registrado nesse grupo. Os adultos também apresentam um índice desproporcionalmente alto de internações, tendo como principais complicações a encefalite e a pneumonia.<sup>3</sup> Para as crianças, a mortalidade associada à varicela é menor do que 2/100.000 casos, sendo o risco para adultos quinze vezes maior.<sup>4</sup>

Além dos pacientes adultos, também há maior probabilidade de ocorrerem estas complicações,

sendo algumas delas fatais, nos imunocomprometidos e nos neonatos.<sup>1,3</sup> Esses pacientes podem apresentar doença prolongada com surgimento contínuo de novas lesões e manutenção de febre por semanas. As lesões de pele podem ser maiores e ter conteúdo hemorrágico. Há maior probabilidade de envolvimento visceral, sendo a pneumonite a complicação mais comum.<sup>1</sup>

A pneumonite pode atingir até 16% dos pacientes adultos e também é comum em imunossuprimidos, com alto índice de óbito comparado com as demais complicações.<sup>1,4</sup> Nesta comorbidade, entre o primeiro e o sexto dia após o início do exantema, a pessoa apresenta taquipnéia, febre, tosse e dispnéia, podendo ter dor pleural e hemoptise. No exame radiológico, nota-se um infiltrado nodular bilateral difuso, além de reforço da trama peribrônquica e perihilar. As radiografias de tórax usualmente revelam pneumonite nodular ou intersticial.<sup>1,4</sup> Em estudo realizado no Hospital Universitário de Rio Hortega em Valladolid entre 1996 e 2004, constatou-se que da amostra de 17 pacientes que desenvolveram pneumonia pela varicela, 16 pacientes eram fumantes, como no caso apresentado.<sup>8</sup>

Outro local freqüentemente envolvido é o sistema nervoso central. As manifestações mais comuns são ataxia cerebelar aguda e encefalite.<sup>4</sup> No caso apresentado, os sintomas neurológicos surgiram tardiamente. A paciente desenvolveu encefalomielite disseminada aguda, que é uma doença desmielinizante, mais freqüente em crianças, que também pode acometer adultos e indivíduos idosos.<sup>9</sup> A doença surge, em geral, após um quadro de infecção viral, especialmente após doenças exantemáticas e infecções de vias aéreas superiores, podendo ocorrer também após vacinação (contra raiva, difteria, tétano, meningite) ou sem qualquer antecedente identificável.<sup>9</sup> Ao redor de dois terços dos casos descritos nos Estados Unidos ocorrem após infecções.<sup>10</sup>

Habitualmente, a encefalomielite disseminada aguda apresenta curso monofásico, com início súbito de sintomas, como febre, cefaléia e sinais meníngeos. Pode evoluir com quadro multifocal, com convulsões, síndromes deficitárias, ataxia, síndrome medular, paralisia de nervos cranianos,

estupor e coma. A mortalidade na fase aguda varia de 10-20%.<sup>9</sup>

Através desta breve revisão, podemos observar que a varicela no adulto é uma doença que merece atenção, devido às possíveis complicações graves associadas. A maioria dos artigos publicados sobre o assunto são séries de casos que retratam evoluções complicadas em indivíduos previamente hígidos ou imunossuprimidos, demonstrando que se trata de uma doença incomum e grave em adultos. O caso objeto deste relato teve quadro condizente com os achados da literatura pesquisada.

## REFERÊNCIAS

1. Baldacci ER, Sakane PT. Infecção pelo vírus varicela Zoster. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, et al. *Pediatria básica: pediatria clínica geral*. 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2003. v.2. p.137-43.
2. Feldman C, Berezin EN. Varicela Zóster. In: Focaccia R, editor. *Veronesi: tratado de infectologia*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p.683-92.
3. Brunell PA. Varicela. In: Wyngaarden JB, Smith Jr. LH, Bennett JC, editors. *Cecil: tratado de medicina interna*. 19ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993. p.1879-82.
4. Whitley RJ. Varicella-Zoster vírus. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. *Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2005. p.1780-6.
5. Lee S, Ito N, Inagaki T, et al. Fulminant varicella infection complicated with acute respiratory distress syndrome, and disseminated intravascular coagulation in an immunocompetent young adult. *Intern Med*. 2004;43:1205-9.
6. Roy-Escarda C, Vicente Tierno N, Reimundo Díaz-Fierroz M, et al. Neumonía varicelosa en el adulto: estudio de 17 casos. *Aten Primaria*. 2005;36:284-5.
7. Reis F, Kobayashi E, Maciel EP, et al. Ressonância magnética e características clínicas em adultos com doenças desmielinizantes monofásicas: encefalomielite aguda disseminada ou uma variante da esclerose múltipla? *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 1999;57:853-9.
8. Tamayo JS, Cargioli VMV, Araya BI. Encefalomielite aguda disseminada: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Chil Pediatr*. [Internet]. jun. 2005;76(3): 281-5. [citado 17 julho 2008]. Disponível em: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062005000300007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062005000300007&lng=pt&nrm=iso)

**Endereço para correspondência:**  
LISSANDRA MAICÁ RUEDELL  
Rua Gaston Englert, 755/383 - Vila Ipiranga  
CEP 91360-210, Porto Alegre, RS, Brasil  
Fone: (55) 9937-2410  
E-mail: lissandramrg@yahoo.com.br