

Revista Saúde.Com

ISSN 1809-0761

<https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc>

## LESÕES FACIAIS EM PACIENTE LÚPICA INFECTADA PELO VÍRUS VARICELA- ZÓSTER – UM RELATO DE CASO

### FACIAL LESIONS IN A LUPUS PATIENT INFECTED BY THE VARICELLA-ZOSTER VIRUS – A CASE REPORT

Gabriel Carvalho Matos<sup>1</sup>; Yanne Santos Montino<sup>1</sup>.Universidade do Sudoeste da Bahia<sup>1</sup> – UESB.

#### RESUMO

O Lúpus Eritematoso sistêmico (LES) é uma doença reumatológica, caracterizada como autoimune e de evolução crônica e recidivante que acomete sistemicamente o corpo do portador, com manifestações cutâneas, articulares, renais e cerebrais. Sua patogênese não é totalmente compreendida, mas envolve a associação de fatores genéticos e ambientais, assim como a produção de autoanticorpos. Já o Herpes-zóster se trata de uma patologia causada pela infecção do vírus varicela-zóster (VVZ), a partir de uma reativação viral do estado de latência, em função de uma imunossupressão. Como as infecções estão entre as principais causas de mortes no LES, a infecção pelo VVZ se torna potencialmente grave, necessitando, portanto, entender como guiar o tratamento a partir do diagnóstico bem estruturado. O objetivo deste estudo é compreender os achados clínicos pela infecção do vírus varicela-zóster em portador de Lúpus e discutir o manejo para controle da doença. A metodologia deste estudo caracteriza-se como qualitativo, observacional e descritivo, do tipo relato de caso único. As informações foram colhidas de fontes secundárias, a partir do prontuário do paciente e de exames já realizados, não identificando o paciente. O relato se desenvolve a partir do caso de um paciente do sexo feminino, portadora de Lúpus Eritematoso Sistêmico, que evoluiu com o aparecimento de lesões extensas em regiões da face, compatíveis com o diagnóstico de Herpes- Zóster, que não foi diagnosticado em primeiro atendimento. A discussão das sequelas desse diagnóstico tardio, bem como a evolução clínica e terapêutica medicamentosa foi orientada com base na literatura científica.

**Palavras-chave:** Lúpus Eritematoso Sistêmico. Herpes-Zóster. Infecção. Imunossupressão

#### ABSTRACT

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is a rheumatological disease, characterized as autoimmune and with a chronic and recurrent evolution that systemically affects the sufferer's body, with skin, joint, kidney and brain manifestations. Its pathogenesis is not fully understood, but it involves the association of genetic and environmental factors, as well as the production of autoantibodies. Herpes zoster is a pathology caused by infection with the varicella-zoster virus (VZV), resulting from viral reactivation from latency, due to immunosuppression. As infections are among the main causes of deaths in SLE, VZV infection becomes potentially serious, therefore requiring understanding how to guide treatment based on a well-structured diagnosis. The objective of this study is to understand the clinical findings of varicella-zoster virus infection in lupus patients and discuss management to control the disease. The methodology of this study is characterized as qualitative, observational and descriptive, of the single case report type. The information was collected from secondary sources, from the patient's medical records and exams already carried out, without identifying the patient. The report develops from the case of a female patient, carrier of Systemic Lupus Erythematosus, which evolved with the appearance of extensive lesions in regions of the face, compatible with the diagnosis of Herpes Zoster, which was not diagnosed in the first consultation. . The discussion of the sequelae of this late diagnosis, as well as the clinical evolution and drug therapy, was guided based on the scientific literature.

**Keywords:** Systemic Lupus Erythematosus. Herpes Zoster. Infection. Immunosuppression.

## Introdução

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma patologia reumática de caráter autoimune, inflamatória, crônica, que pode acometer qualquer órgão. Atinge, principalmente, o sexo feminino, durante a idade fértil. Os mecanismos fisiopatológicos do LES, embora ainda não compreendidos, são associados a uma combinação de fatores genéticos (desregulação do sistema imune) e ambientais (tabagismo, exposição à radiação ultravioleta), que promovem alterações na resposta imune do portador. Além do quadro clínico, o paciente sofre com a incapacidade física provocada pela doença<sup>1,2,3</sup>.

Um das principais causas que amplificam a mortalidade de pacientes lúpicos é a infecção por agentes microbianos, dentre eles os vírus. Para que ocorra manifestação clínica e/ou lesão direta por patógenos associados, um fator é essencial: a presença de imunossupressão ou uso de medicamentos imunossupressores ou de glicocorticoides, que amplificam a citotoxicidade mediada por células T<sup>4,5</sup>.

Nesse sentido, a infecção pelo vírus varicela-zóster (VVZ), da família Herpesviridae, pode aumentar a chance de óbito de um indivíduo imunodeprimido por uso de drogas para tratamento, como no caso do Lúpus. É preciso entender que esse vírus já pode estar no organismo do indivíduo desde a infância, sendo apenas reativado mediante um rebaixamento da resposta imune. Assim ocorre a manifestação clínica cutânea característica: erupções vesiculares dolorosas e debilitantes em região de dermatomo acometido. Essas mesmas lesões ainda podem sofrer complicações a partir de uma nova infecção por outro agente, tornando o quadro mais grave<sup>5</sup>.

Como as infecções são as principais causas de morbimortalidade em pacientes com LES e não somente aumenta a gravidade do quadro, como também torna o tratamento mais desafiador, necessitando, por vezes, alterar o curso terapêutico, o objetivo deste estudo foi compreender os achados clínicos pela infecção do VVZ em portador de Lúpus e discutir o manejo para controle da doença, uma vez que, em detrimento da infecção, a terapêutica medicamentosa possa vir a ser alterada. Este estudo foi

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, sob o código CAAE 69188023.5.0000.0055 e foi autorizada, segundo assinatura da TALE e TCLE, pela responsável da paciente, a publicação de imagens das lesões sem a devida identificação.

### Relato

Paciente, sexo feminino, 17 anos, comparece a consulta com reumatologista em setembro de 2022, apresentando dor e edema de pés, mãos e rosto há 4 meses associado a dor torácica ventilatório dependente. Negou alergias medicamentosas e doenças crônicas. Negou etilismo e tabagismo. Ao exame físico observou alopecia em fronte, artrite em ambos os punhos e em todos metacarpofalangeanas das mãos, dor articular em ambos os joelhos e dor ocular direita com leve edema palpebral. Nos exames complementares previamente realizados apresentou hemoglobina 10,4g/dl, VHS normal, proteína C reativa alta, fator reumatoide negativo, fator antinuclear (FAN) 1/640 padrão pontilhado.

Foram solicitados novos exames laboratoriais e radiografia de

tórax para investigação complementar, mas já iniciado tratamento medicamentoso para Lupus, sendo prescrito Prednisona 10 mg, Hidroxicloroquina 400 mg e Corticoide IM. Além disso, foi orientada sobre a necessidade de usar protetor solar fator 50 e encaminhada ao oftalmologista para avaliar os sintomas oculares.

Após dois meses, a paciente apresentava melhora significativa das dores e, ao exame físico, não apresentava sinais de artrite. Radiografia de tórax sem alterações. Nos exames laboratoriais, apresentou hemoglobina de 8,9g/dl, VHS de 110mm/h, proteína C reativa de 12mg/dl, FAN 1/640 padrão pontilhado, complemento C4 baixo e complemento total CH50 baixo, Anti-SM e Anti-DNA elevados, Anti-SSB (LA) baixo e Anti-SSA (RO) elevado.

Desse modo manteve-se a Prednisona 10 mg e a Hidroxicloroquina 400 mg e associou-se a Azatioprina 100 mg. Foi prescrito ainda Neutrofer 300 mg. Foram solicitados novos exames laboratoriais para acompanhamento.

Após um mês, a paciente apresentou lesões cutâneas vesicobolhosas em região de face, região auricular e cervical,

bilateralmente, como na figura 1. Foi avaliada em unidade hospitalar e encaminhada, sem diagnóstico fechado, para consulta ambulatorial com dermatologista, sendo descartado um possível quadro de Herpes-Zóster.

Figura 1



Legenda: Lesões vesicobolhosas localizadas na face, região auricular e cervical, bilateralmente.

A demora em diagnosticar o quadro provocou uma evolução desfavorável, principalmente, devido a imunossupressão, o que resultou em impactos negativos significativos no curso da doença. As lesões bolhosas se tornaram múltiplas e dolorosas, expandindo para a face e para a região cervical com aumento de tamanho e disseminação entre o pavilhão auricular e tórax, como na figura 2. Com um intervalo de três

semanas da primeira para a terceira imagem, a lesão evoluiu com progressão para crostas eritematosas de caráter deformante, como na figura 3.

Figura 2



Legenda: Lesões bolhosas múltiplas, disseminadas, localizadas na face, região auricular e região cervical com tamanho aumentado.

Figura 3



Legenda: Lesões em crostas, eritematosas, de caráter deformante, localizadas na face, região auricular e região cervical.

Somente na segunda ida ao hospital foi diagnosticado o quadro de Herpes-Zóster e iniciado o tratamento, tardiamente, com uso de Aciclovir 800 mg 5 vezes ao dia. Foi mantido a Prednisona, iniciado Pregabalina 75 mg via oral de 12 em 12 horas e analgesia com opioide. No internamento evoluiu com infecção bacteriana secundária, sendo prescrito Clindamicina com resolução do quadro. Passadas uma semana, recebeu alta com quadro estável, sem dor, com lesões em crosta e sem queixas. Foi suspensa a Clindamicina, mas mantido o Aciclovir até completar o tempo do tratamento. Foi orientada a retomada das medicações imunossupressoras para tratamento do LES.

Em consulta realizada em fevereiro de 2023 com a reumatologista, a paciente relatou melhora do quadro doloroso, manteve-se sem artrite, mas apresentava como sequela da infecção pelo VVZ, lesões hiperpigmentadas na face, região cervical e pré/retro-auricular com aspecto de cicatrização, como na figura 4. Foi mantida a Prednisona 10 mg e a Hidroxicloroquina 400 mg. Como ocorreu o quadro de HZ, foi suspensa a Azatioprina. Ademais foi

orientado sobre a vacinação contra o VVZ.

Figura 4



Legenda: Lesões hiperpigmentadas localizadas em face, região cervical e auricular com aspecto de cicatrização.

## Discussão

O diagnóstico do LES é clínico e conta com uma investigação laboratorial para confirmação. Os critérios mais atuais para diagnosticar o LES são do EULAR/ACR 2019<sup>6</sup>. A paciente apresentava alopecia em fronte, artrite em punhos e metacarpofalangeanas de mãos, dor articular em joelhos, anemia e serosite. Além disso já seus exames sorológicos indicavam Fan 1/640 (positivo), C3 e C4 baixos e Anti-Sm positivo.

No tratamento do LES a cessação do tabagismo, a prática de atividade física e a redução a exposição aos raios UV ou a utilização de protetores solares, são medidas gerais que devem ser instituídas a todos os pacientes. O tratamento medicamentoso é individualizado de acordo os sintomas e o seu grau<sup>7,8</sup>.

A hidroxicloroquina, um antimalárico, pode ser usada em monoterapia, na dosagem de 5mg/kg/dia, se peso inferior a 80kg; ou 400mg/dia, se peso superior a 80kg. Possui como efeito benéfico, além do alívio dos sintomas, a redução das taxas de exacerbações. Seu uso ainda pode ser associado a antiinflamatórios não esteróides (AINES) ou a corticoides, como a prednisona, na dosagem de 5 a 15mg/dia<sup>3,8</sup>.

Em consulta de retorno, apesar das melhoras sintomáticas, a paciente ainda apresentava C3 e C4 baixos, Anti-SSA positivo, Anti-Sm positivo, Cardiolipina anticorpos IgM positivo, Anti-RNP positivo e Anti-DNA reagente. Isso indicava que os autoanticorpos ainda estavam atuando, sendo necessário a introdução da Azatioprina. Seu efeito,

além de potencializar a supressão da resposta imune, também atua poupando o uso dos corticoides. Contudo ela pode provocar uma modificação na função das células de defesa, linfócitos B e T<sup>3,7,8</sup>.

Devido a própria fisiopatologia do LES, bem como a sua terapia medicamentosa imunossupressora, os portadores se tornam mais propensos a infecções/reativações virais. Sendo assim, apesar de seu benéfico no tratamento, a Azatioprina pode ter contribuído para reativação do VVZ. Isso se provou com o aparecimento das lesões bolhosas, dolorosas que ocorrem principalmente em região de tórax, mas que acabou acometendo também a face e a região cervical. O aparecimento de HZ é mais comum de acontecer em torno de 3 a 6 meses após o diagnóstico de Lúpus, justamente devido a atividade da doença ou da terapêutica medicamentosa<sup>9</sup>. O tratamento para o HZ se fez com aciclovir.

Por fim, entende-se que o uso da Azatioprina, apesar do seu grande impacto no curso da doença, potencializando o tratamento, merece ser acompanhado e, mesmo que feito da maneira correta, ainda pode estar

sujeito a eventos adversos. Pacientes com LES necessitam de acompanhamento multiprofissional de perto para reverter ou pelo menos retardar as sequelas que a doença desenvolve e devolver qualidade de vida para os pacientes.

Discutir este relato é destacar a importância da identificação e correlação entre achados físicos e história clínica do paciente. O entendimento da patogênese da doença e das medicações que são feitas para seu tratamento, associado a correta identificação da clínica apresentada pela paciente, se fossem investigadas adequadamente, com uma anamnese e exame físico minucioso, se atentando as lesões cutâneas, levariam a um diagnóstico precoce do Herpes-Zóster e, conseqüentemente, trariam menos repercussões clínicas e sequelas para a paciente.

## Referências

1. Araújo AD, Traverso-Yépez MA. Expressões e sentidos do lúpus eritematoso sistêmico (LES). *Estud psicol (Natal)*. agosto de 2007;12(2):119–27.
2. Fonseca Samuel Barbosa. *Lúpus Eritematoso Sistêmico: Causas, Mecanismos Patológicos e Alvos Terapêuticos Futuros*. Porto, 2009.
3. Brasil. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Lúpus Eritematoso Sistêmico*. Brasília, 2022.
4. Neves P da S, Facó MMM, Sallum AME, Campos LMA, Rossi Júnior A, Silva CAA da. Herpes zoster em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico juvenil. *Rev Bras Reumatol*. abril de 2007;47(2):135–9.
5. Chen HH, Chen YM, Chen TJ, Lan JL, Lin CH, Chen DY. Risk of herpes zoster in patients with systemic lupus erythematosus: a three-year follow-up study using a nationwide population-based cohort. *Clinics*. 1o de julho de 2011;66(7):1177–82.
6. Wallace Daniel J., Gladman Dafna D. Clinical manifestations and diagnosis of systemic lupus erythematosus in adults. 2024.
7. Alves K, Souza FC, Silva MED, Nascimento D, Ferreira BT, Araújo L. *Lúpus Eritematoso Sistêmico: Métodos De Diagnóstico E*

Estratégias de Tratamento. 2021.

8. Wallace Daniel J. Overview of the management and prognosis of systemic lupus erythematosus in adults. 2024.

9. Widasmara D, Firdausiya F. Disseminated Herpes Zoster on a Child with Systemic Lupus Erythematosus and Lupus Nephritis. IDR. julho de 2021; 14:2777–85.

### **Endereço para Correspondência**

Autor para Correspondência: Gabriel  
Carvalho Matos

Universidade Estadual do Sudoeste  
da Bahia

Av. José Moreira Sobrinho, s/n –  
Jequiezinho, Jequié/BA

CEP: 45.206-190

E-mail:

gabrielcarvalhoms1@gmail.com

---

Recebido em: 24/01/2026

Aprovado em: 15/03/2026

Publicado em: 20/03/2026