



**Daiane Menegat**

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO

**NEURALGIA PÓS-HERPÉTICA DE DIFÍCIL MANEJO: RELATO DE CASO**

Santa Maria, RS

2021

**Daiane Menegat**

**NEURALGIA PÓS-HERPÉTICA DE DIFÍCIL MANEJO: RELATO DE CASO**

Trabalho Final de Graduação II (TFG II)  
apresentado ao Curso de Medicina, Área de  
Ciências da Saúde, da Universidade  
Franciscana - UFN, como requisito parcial para  
aprovação na disciplina TFG II.

Orientadora: Fabiane Budel

Coorientadora: Juliana Oliveira Freitas Silveira

Santa Maria, RS  
2021

**Daiane Menegat**

**NEURALGIA PÓS-HERPÉTICA DE DIFÍCIL MANEJO: RELATO DE CASO**  
**POST-HERPETIC NEURALGY WITH DIFFICULT MANAGEMENT: CASE REPORT**

Trabalho Final de Graduação II (TFG II) apresentado ao Curso de Medicina, Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana - UFN, como requisito parcial para aprovação na disciplina TFG II.

---

Prof.<sup>a</sup> Fabiane Budel – Orientadora (UFN)

---

Prof.<sup>a</sup>: Juliana Oliveira Freitas Silveira

---

Prof.: Manuel Albino Torres

Aprovado em 22 de Abril de 2021

## RESUMO

### NEURALGIA PÓS-HERPÉTICA DE DIFÍCIL MANEJO: RELATO DE CASO

AUTORA: Daiane Menegat

ORIENTADORA: Fabiane Budel

COORIENTADORA: Juliana Oliveira Freitas Silveira

O Herpes Zoster (HZ) é uma doença causada pela manifestação do vírus varicela-zoster que permanece latente em nervos e gânglios de determinado dermatomo após contaminação com o vírus. Acredita-se que a doença inicia após queda na imunidade, que pode ser causada por diversos fatores como: estresse, cansaço e alimentação inadequada. O diagnóstico do HZ é basicamente clínico. Apresenta-se com vesículas de base eritematosa, dolorosas, pruriginosas, com queimação local, e outros sintomas que se estendem pelo trajeto de um nervo no dermatomo comprometido. O tratamento do HZ deve iniciar o mais rápido possível a partir dos sintomas iniciais, para que se reduzam as possibilidades de desenvolvimento de Neuralgia Pós Herpética (NPH). A NPH inicia entre um e três meses da manifestação do HZ. Apesar de as lesões não estarem mais presentes os sintomas, principalmente dor e prurido, se mantém com duração indeterminada. Relatamos o caso de um paciente masculino, 76 anos, que após o desenvolvimento de herpes zoster oftálmico, manifestou neuralgia pós-herpética de difícil manejo no nervo trigêmeo. Inicialmente tratado pela Atenção Básica, com auxílio da Teleconsultoria via Telessaúde-RS, e em seguida encaminhado para Atenção Especializada, onde vem realizando diversas terapias, mas todas sem sucesso.

**Palavras-chave:** Relato de caso. Neuralgia pós-herpética. Herpes Zoster. Nervo trigêmeo.

## **ABSTRACT**

### **POST-HERPETIC NEURALGY WITH DIFFICULT MANAGEMENT: CASE REPORT**

**AUTHOR:** Daiane Menegat

**ADVISOR:** Fabiane Budel

**CO-SUPERVISOR:** Juliana Oliveira Freitas Silveira

Herpes Zoster (HZ) is a disease caused by the manifestation of the varicella-zoster virus that remains latent in nerves and ganglia of a certain dermatome after contamination with the virus. It is believed that the disease starts after a drop in immunity, which can be caused by several factors such as: stress, tiredness and inadequate nutrition. The diagnosis of HZ is basically clinical. It presents with erythematous, painful, pruritic vesicles, with local burning, and other symptoms that extend along the path of a nerve in the affected dermatome. The treatment of HZ should start as soon as possible from the initial symptoms, so that the chances of developing Post Herpetic Neuralgia (PHN) are reduced. PHN starts between one and tree months after the onset of HZ. Although the lesions are no longer present, the symptoms, especially pain and itching, remain indefinitely. We report the case of a male patient, 76 years old, who, after the development of ophthalmic herpes zoster, manifested post-herpetic neuralgia that is difficult to manage in the trigeminal nerve. Initially treated by Primary Health Care, with the help of Teleconsulting by Telessaúde-RS, and then forwarded to Specialized Health Care, where he has been carrying out various therapies, but all without success.

**Keywords:** Case report. Post-herpetic neuralgia. Herpes Zoster. Trigeminal nerve.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ADT** Antidepressivo Tricíclico

**AP** Atenção Primária

**CFM** Conselho Federal de Medicina

**ESF** Estratégia de Saúde da Família

**HZ** Herpes Zoster

**IRSN** Inibidor da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina

**ISRS** Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina

**MEEM** Mini Exame do Estado Mental

**NEPeS** Núcleo de Educação Permanente em Saúde

**NPH** Neuralgia Pós-Herpética

**OMS** Organização Mundial de Saúde

**SUS** Sistema Único de Saúde

**TCLE** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TIC** Tecnologias de Informação e de Comunicação

**UPA** Unidade de Pronto Atendimento

**VO** Via Oral

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 OBJETIVO GERAL	8
1.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	9
2 DESCRIÇÃO DO CASO	10
3 DISCUSSÃO COM REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1 EPIDEMIOLOGIA	13
3.2 FISIOPATOLOGIA	13
3.3 APRESENTAÇÃO CLÍNICA	14
3.4 TRATAMENTO	14
3.4.1 Tratamento da Herpes Zoster	14
3.4.2 Tratamento da Neuralgia Pós-Herpética	16
3.5 DISCUSSÃO	18
4 CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	22
ANEXOS	24

## 1 INTRODUÇÃO

O Herpes Zoster (HZ) é uma infecção causada pelo vírus varicela-zoster que permanece latente em nervos e gânglios após a exposição à varicela (PORTELLA, SOUZA e GOMES, 2013). Apesar de o mecanismo de reativação não ser completamente esclarecido, parece que, quando o paciente apresenta queda em sua imunidade, iniciam as manifestações da doença através de vesículas dolorosas, prurido, queimação local, e outros sintomas, que se estendem pelo trajeto de um nervo no dermatomo comprometido. Após duas a três semanas, há a involução das vesículas e, em alguns casos, surge o quadro de Neuralgia Pós-Herpética (NPH), uma complicação do HZ, que gera dor crônica causada pela desmielinização do nervo onde ocorreu a infecção aguda. Muitas vezes a NPH é de difícil manejo e perpetua-se após diversas terapias (PORTELLA, SOUZA e GOMES, 2013).

Para ter diagnóstico de NPH, é necessário que os sintomas iniciem após a manifestação de HZ, e tenha duração mínima de pelo menos um mês (PORTELLA, SOUZA e GOMES, 2013), podendo este critério ser de três meses (OLIVEIRA, CASTRO e MIYAHIRA, 2016) após o início das erupções. Todos os sinais e sintomas devem manifestar-se no mesmo dermatomo de origem do herpes zoster (PORTELLA, SOUZA e GOMES, 2013). Essa complicação afeta a qualidade de vida do paciente e demanda muito o sistema de saúde. Por isso, precisamos conhecer a doença, os grupos de risco e como manejar o mais precocemente possível os casos para reduzir a possibilidade de evolução para NPH.

### 1.1 OBJETIVO GERAL

Temos como objetivo relatar o caso de um paciente masculino, 76 anos, que após o desenvolvimento de herpes zoster oftálmico, manifestou neuralgia pós-herpética, de difícil manejo, no ramo oftálmico (V1) do nervo trigêmeo. Inicialmente tratado pela Atenção Básica, com auxílio da Teleconsultoria via Telessaúde-RS, uma ferramenta da telemedicina<sup>1</sup>, e em seguida encaminhado para Atenção Especializada onde vem realizando diversas abordagens medicamentosas, mas todas sem resposta terapêutica satisfatória.

---

<sup>1</sup> “Telemedicina é a oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde, nos casos em que a distância ou o tempo é um fator crítico. Tais serviços são providos por profissionais da área de saúde, usando tecnologias de informação e de comunicação (TIC) para o intercâmbio de informações” (OMS, 1977).

## 1.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Apesar de a neuralgia pós-herpética ser algo relativamente comum, com este relato de caso, queremos destacar a importância do suporte fornecido pela Atenção Básica ao paciente, tanto em seus primeiros atendimentos, quanto como coordenadora do cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde, através de Teleconsultoria via Telessaúde/RS e encaminhamento do paciente para atendimento especializado. Além disso, abordaremos o manejo farmacológico utilizado para casos de HZ e NPH.

## 2 DESCRIÇÃO DO CASO

A escrita deste TFG foi realizada a partir de dados coletados dos prontuários médicos, além de um encontro presencial com o paciente para relato de sua experiência e complementação de informações. Para isso, tivemos a autorização do paciente via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e da prefeitura municipal de Santa Maria através do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS).

Paciente masculino, 76 anos, branco, aposentado, com ensino fundamental completo, ex-tabagista, hipertenso e cardiopata isquêmico. Como patologias prévias apresenta um infarto agudo do miocárdio, cirurgia de aneurisma abdominal e coxartrose bilateral.

Inicialmente, o paciente procurou uma policlínica de Santa Maria/RS, com queixa de dor, prurido e rubor em olho direito. Feito o diagnóstico de conjuntivite aguda, foi prescrito ao paciente um colírio (o mesmo não soube informar qual).

O quadro continuou a evoluir e, aproximadamente uma semana após a consulta, o paciente buscou ajuda na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de referência. Nesse momento, já havia lesões vesiculares rompidas no dermatomo do nervo trigêmeo, ramo oftálmico. Além disso, estava presente edema palpebral com secreção serosa no olho direito, só então foi feito o diagnóstico de herpes zoster. O paciente foi encaminhado para a Atenção Especializada (oftalmologista), e o mesmo o encaminhou para Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Na UPA, o paciente iniciou o tratamento com aciclovir, medicações para dor e pomada para uso tópico, além da solicitação de exames laboratoriais.

Após o início do tratamento, no mês seguinte, o paciente buscou ajuda na ESF diversas vezes devido aos sintomas de neuralgia. Em uma dessas consultas houve a prescrição de Amitriptilina 25mg, três comprimidos ao dia, a qual gerou reações adversas como tremor nas mãos, cansaço e sedação. Por isso, na consulta seguinte, orientou-se a redução da dose do referido medicamento.

Aproximadamente 20 dias após, o paciente retorna à consulta médica na ESF relatando redução da sonolência, porém com dor hemicraniana direita com irradiação para o olho ipsilateral. Para reduzir a dor, foi prescrito opioide (paracetamol 500 mg + codeína 30 mg), um comprimido de 8/8 horas se tivesse dor moderada a forte, foi feita orientação para haver continuidade da Amitriptilina e, novamente, encaminhado ao oftalmologista que prescreveu uso dos colírios Lacribell (dextrana + hipromelose) e Terolac (trometamol ceterolaco), mas não houve relato de redução do desconforto com este tratamento.

Duas semanas após consulta com especialista, nesse momento, quatro meses do diagnóstico de HZ e NPH, paciente retorna a ESF sem melhora, então, optou-se por uma Teleconsultoria. Após realização de Teleconsultoria via Telessaúde/RS, com discussão do caso clínico entre o médico de família da APS, médico de família do Telessaúde/RS e apoio de oftalmologista deste serviço, houve a suspensão do uso do colírio Terolac e intensificação do Lacribell, além da substituição da Amitriptilina por Gabapentina.

A Gabapentina, prescrita na dose de 300 mg, de 8/8 horas, usada por 15 dias, não teve efeitos positivos para o paciente, o qual apresentou como reações adversas dificuldade visual e prurido em ambos os olhos, tendo suspenso o uso por conta própria devido aos efeitos colaterais relatados.

Após 20 dias, mais de seis meses do início do quadro, em seu retorno na ESF, não houve melhora com alguns dos tratamentos de primeira e segunda linha. A partir disso, o paciente foi encaminhado pela ESF ao neurologista.

A primeira consulta com neurologista, no ambulatório de neurologia de um hospital terciário, o paciente referiu lacrimejamento e prurido em olho direito, além de apresentar lesões por escoriações e alodínea no ramo oftálmico do nervo trigêmeo em hemiface direita. Foi instituído como tratamento o Cloridrato de Duloxetina (Inibidor da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina – IRSN), Carbamazepina e Capsaicina 0,025% tópica. Em seu retorno, 4 meses após, o paciente relatou como sintoma sistêmico a tonturas e, além disso, houve muito desconforto local ao usar a capsaicina tópica. Então, foi feita a suspensão da Duloxetina, e iniciada a Pregabalina e Prednisona.

Aproximadamente um ano após o início do quadro de NPH, o paciente foi submetido a uma cirurgia de correção de catarata, no mesmo olho que foi acometido pelo HZ, em serviço de oftalmologia de referência regional. Para realizar a cirurgia, o paciente foi orientado pelo cirurgião a suspender as medicações. Ele também relatou não ter notado alterações com o uso de Pregabalina e Carbamazepina. Segundo informações do paciente, a cirurgia foi realizada em “2 etapas” devido a dificuldades técnicas encontradas pelo médico. Além disso, o mesmo relata que após a cirurgia, surgiu um desconforto para movimentar o olho operado.

Um mês após a cirurgia, em consulta na atenção especializada, o paciente foi orientado a iniciar o uso de Lidocaína 5% tópica e reintroduzir a Gabapentina. Nesta consulta, o paciente apresentou-se com mais irritabilidade e parecia se atrapalhar com as orientações médicas, sendo então realizados testes neurológicos, como Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e o teste do relógio, em ambos ele obteve boas pontuações.

Cerca de um ano e meio após o diagnóstico, o paciente apresentou-se ao serviço de neurologia com lesões por coçadura na topologia do dermatomo acometido. Foi realizada a suspensão da Lidocaína tópica, redução da Gabapentina, instituição de Sertralina (Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina – ISRS) e feito o bloqueio do nervo supra orbitário com Lidocaína 2%.

Na última consulta registrada, o paciente apresentou-se com redução expressiva das escoriações causadas por coçadura, entretanto negava a melhora do prurido. Para isso, foi prescrito o Dicloridrato de Hidroxizina, incremento na dose de ISRS, reiniciada a Carbamazepina, manutenção da Gabapentina e foi agendado mais um bloqueio do nervo supra orbitário e do troclear. Segue em acompanhamento.

### 3 DISCUSSÃO COM REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 EPIDEMIOLOGIA

Segundo Jung et al (2004), o HZ acomete 500.000 pessoas/ano nos Estados Unidos, dessas, as que apresentam maior risco de desenvolver NPH são mulheres, idosos, imunodeprimidos, pacientes que apresentaram pródromo, dor e erupções cutâneas severas.

Pacientes com mais de 55 anos, possuem redução natural da resposta imune mediada pelas células T (PORTELLA, SOUZA e GOMES, 2013), o que pode facilitar a incidência da doença. Observa-se que pacientes com mais de 75 anos com HZ tem 75% de chances de evoluir com a complicação dessa patologia, enquanto pessoas jovens somente 10% a 15% desenvolverão NPH após a HZ (STRATEN et al., 2001).

Para Kost e Straus (1996) a taxa de incidência de NPH era maior entre pessoas com mais de 80 anos, 4.5 a 11 casos por 1000, quando comparado a pessoas com 20 anos, 0.4 a 1.6 casos por 1000.

Segundo Arruda et al. (2016), dos pacientes com NPH, 15 – 20% possuem o nervo trigêmeo afetado, mais frequentemente o ramo oftálmico (V1).

#### 3.2 FISIOPATOLOGIA

Como já foi descrito, o HZ é causado pela reativação do vírus da varicela, que fica latente em nervos e gânglios, podendo ou não causar a NPH. O acometimento do nervo pode resultar em lesão e desmielinização do mesmo, e com isso, há início dos sintomas de desconforto, como a dor e o prurido. A alodínea, que é uma dor causada por um estímulo que normalmente não a causaria, como o toque, é presente em 50 – 90% dos pacientes (OLIVEIRA, CASTRO e MIYAHIRA, 2016).

Na anatomia, temos que a divisão do nervo trigêmeo (V par) é feita por oftálmico (V1), mandibular (V2) e maxilar (V3), os três ramos possuem função sensitiva, mas somente o V3 possui função motora (MOORE, DALLEY e AGUR, 2010). No caso relatado, o nervo acometido foi a porção oftálmica do trigêmeo (V1) que também possui uma subdivisão em supra orbital, supra troclear, lacrimal, infra troclear e nasal externo (MOORE, DALLEY e AGUR, 2010 – Anexo A). A porção supra troclear e supra orbital foram mais acometidas em

nosso paciente, que se apresentou em diversas consultas com lesões causadas por coçadura no dermatomo correspondente ao nervo citado.

### 3.3 APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Além da dor, muitos pacientes apresentam como quadro clínico da HZ febre, cefaleia, eritema e vesículas agrupadas. Quando há o acometimento ocular, as manifestações podem ser conjuntivite, episclerite, atrofia da íris e a redução da acuidade visual (ANDRADE et al., 2019). Esses são alguns dos sinais e sintomas presentes na fase aguda da HZ, podendo prevalecer por 10 dias, mas a completa cicatrização pode demorar até um mês (KROST e STRAUS., 1996).

Após 2 a 3 semanas, as vesículas involuem e, em alguns casos, há o surgimento do quadro de NPH, que é uma dor crônica, muitas vezes de difícil manejo e perpetua-se após diversas terapias (PORTELLA, SOUZA e GOMES, 2013).

### 3.4 TRATAMENTO

#### 3.4.1 Tratamento da Herpes Zoster

Os artigos analisados destacam a importância do tratamento correto do Herpes Zoster na sua fase aguda. Segundo Serrano e Valente (2014), o tratamento antiviral deve ser instituído nas primeiras 48-72 horas de sintomas da patologia para reduzir a probabilidade de desenvolvimento de NPH, além do acometimento da córnea e tempo de duração das lesões (ANDRADE et al., 2019). Porém, alguns pacientes desenvolverão a complicação mesmo com o tratamento feito corretamente.

Apesar de haver estudos indicando que aciclovir, fanciclovir ou valaciclovir, possuem a mesma eficácia e tolerância no tratamento da HZ, Dworkin et al. (1998), realizaram um estudo com o Fanciclovir. Foi feita uma comparação entre um grupo placebo e dois grupos controle, um usando 500 mg, uma vez ao dia e outro usando 750 mg, uma vez ao dia de fanciclovir. Os pacientes do grupo placebo tiveram duração média da NPH de 119 dias, já aqueles que usaram 500 mg/dia de fanciclovir tiveram duração de 63 dias e os que usaram 750 mg/dia, 61 dias a duração da NPH. Já pacientes com mais de 50 anos, reduziram de 163 dias de duração da NPH para 63 dias em ambos os grupos que usaram o fanciclovir.

Tyring et al. (2000), em um estudo duplo-cego randomizado, comparam o uso de 500 mg, três vezes ao dia de Fanciclovir e 1g, três vezes ao dia de Valaciclovir, ambos usados por sete dias, demonstrando o mesmo efeito sob o tratamento de HZ e NPH. Porém, o custo do tratamento feito com medicações da família ciclovir parece ser 1,7 vezes maior, por isso, a pesquisa elege como melhor escolha em relação custo/benefício o Valaciclovir.

No Brasil, a medicação mais utilizada é o Aciclovir, apesar de ter uma posologia onerosa, que pode gerar um tratamento incorreto, ele possui o menor custo entre os antivirais (ALBRECHT e SEXTON, 2016).

Tratamento da HZ		
Medicamento	Posologia	Efeitos colaterais
Aciclovir	800 mg 5 vezes ao dia, por 7 – 10 dias.	Dor abdominal, náuseas, vômitos, cefaleia e tontura.
Valaciclovir	1g 3 vezes ao dia, por 7 dias.	
Fanciclovir	500 mg 3 vezes ao dia, por 7 dias.	

**Fonte:** (Adaptado de COELHO, PAB et al., 2014)

Além disso, o uso de corticosteroides ainda é questionado, pois há estudos que mostram que o uso de corticosteroides não contribui para resolução de dor e não impedem a evolução para NPH em casos de HZ sem complicações (PORTELLA, SOUZA e GOMES, 2013). Entretanto, essa medicação é frequentemente prescrita para pacientes idosos sem contraindicação, que possuem dor moderada a grave, pois ela poderia auxiliar na redução da inflamação local. No entanto, o corticosteroide deve ser usado concomitantemente ao uso do antiviral, podendo ser utilizado na posologia de 40 a 60 mg ao dia, por sete dias, com redução gradual durante 15 dias.

Por fim, ainda durante a infância, pode ser feita a prevenção de HZ através da realização da vacina que previne varicela. O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece essa proteção pela vacina Tetravalente (contra sarampo, caxumba, rubéola e varicela). Para adultos com mais de 50 anos, existe a vacina contra o HZ, que é feita com altas doses do vírus da varicela atenuado, porém ela não faz parte do calendário vacinal do SUS.

### 3.4.2 Tratamento da Neuralgia Pós-Herpética

Os artigos de O'Connor e Dworkin (2009), Ortega (2019), Portella et al. (2013), Oliveira et al. (2016) e Tepper (2018) foram utilizados para analisar as linhas de tratamento da NPH, as quais estão descritas a baixo.

	Tratamento da NPH		
	Medicamento	Mecanismo de ação	Efeitos colaterais
Primeira linha	ADT	Bloqueio da recaptação da serotonina e noradrenalina.	Sedação, boca seca, prolongamento do intervalo QT, etc.
	Anticonvulsivantes gabapentóides – Gabapentina e Pregabalina	Redução do influxo de cálcio e inibição da liberação de neurotransmissores excitatórios.	Sonolência, tontura e edema periférico.
	Lidocaína tópica	Bloqueio de canais de sódio.	Poucas reações locais.
	Capsaicina tópica	Dessensibilização dos axônios sensoriais e inibição do início da transmissão da dor.	Queimação e eritema local.
	IRSN	Inibição da recaptação de serotonina e noradrenalina.	Boca seca, suores, náusea, vômitos, tonturas, etc.
Segunda linha	Opióides	Modulador da sensação dolorosa.	Náusea, vômito, tontura e sedação.

Terceira linha	Carbamazepina	Antagonista dos canais de sódio, estabilizando as membranas neuronais pré e pós-sinápticas.	Tontura, náusea e vômitos.
	Toxina botulínica	Bloqueio dos sinais nervosos através da acetilcolina.	Paralisia local.

**Fonte:** (Adaptado de OLIVEIRA, CASTRO e MIYAHIRA, 2016)

Como tratamento para a NPH, há três linhas a serem seguidas.

Na primeira linha temos tratamentos feitos por Via Oral (VO) e também por uso tópico. Os antidepressivos tricíclicos, como a Amitriptilina e Nortriptilina são usados VO e reduzem a dor, pois inibem os neurônios sensitivos, sendo classificados como moderado/excelente nesse quesito, já que 47% a 67% dos pacientes beneficiam-se com essa medicação. Essas medicações devem ser iniciadas com doses baixas (12,5 – 25 mg/dia a noite) e, a cada semana, aumentar 25 mg até atingir o efeito analgésico. A dose máxima dessa classe é de 200mg/dia, exceto a Nortriptilina que tem como máximo 150mg/dia. Em pacientes idosos, principalmente aqueles com problemas cardíacos, devemos ter mais atenção ao indicar os ADT, pois eles podem causar alteração na condução cardíaca e hipotensão ortostática (STRATEN, MV, et al., 2001).

Ainda como primeira linha, há os anticonvulsivantes gabapentóides como a Gabapentina, com dose diária variando de 1800 – 2400 mg, e a Pregabalina, sua dose recomendada é 300 – 600 mg/dia.

Medicações tópicas, como Capsaicina pomada, em baixa concentração (0,025 – 0,075%) e Lidocaína emplastro (5%) também são utilizadas inicialmente no dermatomo afetado.

Quanto aos opióides, que são analgésicos mais fortes, Oliveira, Castro e Miyahira (2016) relatam essa classe medicamentosa como segunda linha de tratamento, instituída após falhas nos primeiros tratamentos, que podem ser utilizados sozinhos ou associados, como por exemplo, a Codeína pode ser associada ao Paracetamol, o Tramadol pode ser usado com a Amitriptilina. Como opióides temos a codeína (30 – 60 mg a cada seis horas), tramadol, morfina, entre outros.

Diversas medicações antidepressivas são utilizadas no tratamento para dores crônicas. No caso relatado, foram utilizados ADT – Amitriptilina, IRSN – Duloxetina e ISRS –

Sertralina, pois eles realizam a inibição da recaptação de neurotransmissores que conduzem os estímulos dolorosos. Essas medicações podem ser utilizadas em todos os momentos do tratamento, seja em uso isolado ou combinado com outras classes de medicações.

A terceira linha de tratamento proposta por Oliveira, Castro e Miyahira (2016) além de conter medicações de uso VO, como a Carbamazepina (600 – 1600 mg/dia, dose que é dividida em até três tomadas), sugere tratamentos injetáveis, como a Toxina Botulínica e a Lidocaína. Caso as medicações usadas por via oral ou tópica não causarem a redução do desconforto, pode ser feita a infiltração de substâncias como Lidocaína 2% ou Toxina Botulínica que causam bloqueio nos nervos que ramificam o dermatomo afetado.

### 3.5 DISCUSSÃO

A partir de tudo que foi exposto, abordaremos na discussão a demora para início do tratamento do HZ, as características do desconforto relatado pelo paciente, o uso do corticoide e da teleconsultoria.

Além de possuir diversos fatores de risco para o desenvolvimento de NPH, o paciente iniciou seu tratamento para HZ com, aproximadamente, uma semana de evolução da doença. Esses fatores podem ter contribuído para a evolução negativa do caso, gerando tamanho desconforto ao paciente.

Após a manifestação do HZ, o paciente apresentou um quadro de NPH de difícil manejo, o qual coincide com a revisão bibliográfica feita, pois ela acontece com mais frequência em idosos. Além disso, outros fatores de risco são: presença de pródromo, dor aguda intensa, erupção cutânea intensa em um ou mais dermatomos. Esses são alguns dos sinais que identificam pacientes que poderão desenvolver NPH e, como vimos, o paciente procurou o sistema de saúde com grande parte desses fatores.

Podemos observar, que foram realizadas diversas associações medicamentosas, usando ao mesmo momento mais de uma linha de tratamento na tentativa de conseguir a redução do desconforto relatado pelo paciente. No entanto, a dor, que é a característica mais descrita dessa patologia, foi controlada com medicações VO durante o tratamento para NPH, já o prurido, que foi a queixa que se perpetuou, resistiu a diversas medicações, o que não é frequente em relatos de NPH.

Além disso, o uso de corticoide, pouco citado nas bibliografias, mas frequentemente prescrito na prática, pode auxiliar na redução da inflamação local e prevenir lesão neural, para

isso a medicação deve ser indicada durante a fase aguda a HZ. Entretanto o paciente iniciou seu uso quando as manifestações clínicas da HZ já haviam terminado.

Assim como diversas drogas foram utilizadas para o tratamento, várias consultas realizadas e muitos profissionais participaram na tentativa de resolução do caso, porém poucas ações trouxeram o alívio esperado pelo paciente o que pode ter contribuído para desencadeamento da ansiedade pela melhora levando o paciente a se mostrar irritado e confuso com as orientações médicas, por esse motivo, foram aplicados o MEEM e o teste do relógio.

Como forma de auxiliar no tratamento da NPH, foi feito o uso da Telemedicina, via Teleconsultoria e, devemos ressaltar a importância da Teleconsultoria no ambiente da AP, pois esse método otimizou o tratamento e auxiliou na definição da alteração correta da medicação. O atendimento na teleconsultoria é feito por um médico especialista em medicina de família que, caso julgue necessário, contata um especialista da área relacionada ao caso. Para o paciente deste caso clínico, as orientações da Teleconsultoria foram feitas pelo médico de família em conjunto com um oftalmologista.

No Brasil, os primeiros relatos de uso da Telemedicina como ferramenta de apoio aconteceram em 1990, pelo Instituto do Coração, que realizava análise de eletrocardiogramas e transmitia informações e dados médicos de centros especializados para regiões que não possuem assistência médica satisfatória (URTIGA et al., 2004). Apesar de Santa Maria/RS ser um centro de referência em especialidades, a teleconsultoria otimizou o atendimento, reduzindo filas e custos que o sistema de saúde teria com esse caso de relativa urgência que necessitou de especialista. Esse método exerce papel importante na AP, pois fornece uma opinião especializada que pode ser efetivada em ambiente de atenção básica.

Porém, um dos impedimentos para consolidar o uso dessa tecnologia é o custo do investimento em equipamentos, que se tornam obsoletos rapidamente, além da capacitação de profissionais da saúde e técnicos para a manutenção do sistema (URTIGA et al., 2004). Outras discussões contrárias a essa tecnologia são o aumento de diagnósticos errados, a insegurança de dados e informações privadas dos pacientes, e uma possível causa de desemprego dos profissionais médicos (SANTOS et al., 2020). Por outro lado, Santos et al. (2020), também apresenta os benefícios do uso da Teleconsultoria como mais acesso ao serviço de saúde, menos deslocamento de pacientes, redução de custos e aproximação de especialistas à população de regiões remotas.

Outra abordagem muito interessante feita por Santos et al (2020) em sua revisão bibliográfica foi comparar as definições de Telemedicina de diversas instituições como Conselho Federal de Medicina (CFM), Organização Mundial de Saúde (OMS) e até mesmo a

Lei 13.989 de 2020, que autoriza o uso da telemedicina no Brasil enquanto durar a crise gerada pelo SARS-CoV-2. Apesar de não haver um consenso, todas elas caracterizam a Telemedicina como o uso de tecnologias para a prática da medicina, seja como assistência, seja para educação ou pesquisa.

Isso demonstra que a Telemedicina é uma importante ferramenta de uso na ESF, entretanto pode ser necessário refletir sobre seu uso na rotina da Atenção Básica de saúde, também é necessário criar um acordo sobre a definição dessa ferramenta e em quais os momentos, tanto pacientes quanto os profissionais, serão favorecidos pelo seu uso. Isso pode ser feito levando em consideração atendimentos já oferecidos por esse meio, a opinião dos pacientes e dos profissionais que realizaram o atendimento. No caso relatado, o uso da Telemedicina mostrou-se útil no sentido de auxiliar a redefinir o tratamento e otimiza-lo.

#### 4 CONCLUSÃO

Com isso, reiteramos a importância de realizar o diagnóstico e iniciar tratamento precoce do HZ, além do uso de ferramentas como teleconsultoria no auxílio ao tratamento, a troca de experiências entre os profissionais e a importância do encaminhamento do paciente a outras instâncias da Rede de Atenção à Saúde quando a APS não conseguir resolver determinada demanda, porém, sempre mantendo a APS como a referência para o paciente.

A APS, por sua característica de trabalho, muitas vezes apresenta situações complexas de manejo clínico ao médico, o qual tem a possibilidade de utilizar ferramentas como Telemedicina e encaminhamentos dentro da Rede de Atenção à Saúde, mantendo a longitudinalidade e coordenação do cuidado dos usuários. No caso relatado, percebe-se que o paciente possui bom vínculo dentro de sua ESF. Além da assistência recebida na APS, vem sendo assistido por profissionais da rede especializada. Entretanto, mantém-se sintomático, demonstrando que, apesar dos esforços dos profissionais, o manejo clínico de algumas condições de saúde pode mostrar-se desafiador na prática de saúde, apesar de todos os avanços e arsenal terapêutico conhecido na área.

## REFERÊNCIAS

- ALBRECHT MA, SEXTON DJ. **Treatment of herpes zoster in the immunocompetent host.** Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-herpes-zoster-in-the-immunocompetent-host> 2 >
- ANDRADE, FMX et al. **Clinical profile and ophthalmologic manifestations of Herpes Zoster Ophthalmicus.** Revista Brasileira de Oftalmologia, São Paulo, 78, 3, 170 – 174 p. 2019
- ARRUDA JAA, et al. **Zoster com Comprometimento do Nervo Trigêmio:** relato de Caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe, 16, 4, 45 – 48 p. out./dez. 2016.
- COELHO, PAB et al. **Diagnóstico e manejo do herpes zóster pelo médico de família e comunidade.** Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014; 9(32), 279 – 285. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)994](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)994). >
- DWORKIN, RH, et al. **Postherpetic Neuralgia: Impact of Famciclovir, Age, Rash Severity, and Acute Pain in Herpes Zoster Patients.** The Journal of Infectious Diseases, 178(s1), S76–S80, 1998.
- JUNG, BF, et al. **Risk factors for postherpetic neuralgia in patients with herpes zoster.** Journal of the American Academy of Neurology, 62, 1545 – 1551 p. May 2004. Disponível em: < DOI 10.1212/01.WNL.0000123261.00004.29 >
- KOST, RG; STRAUS, SE. **Postherpetic Neuralgia – Pathogenesis, Treatment, and Prevention.** The New England Journal of Medicine, Massachusetts, 335, 1, 32 – 42 p. July, 1996.
- MOORE, KL; DALLEY, AF; AGUR, AMR. **Anatomia orientada para a clínica.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 842 - 844 p.
- O’CONNOR, AB; DWORKIN, RH. **Treatment of Neuropathic Pain: An Overview of Recent Guidelines.** The American Journal of Medicine, Rochester, 122, 10A, S22 – S32 p. October, 2009.
- OLIVEIRA, CA de; CASTRO, APCR de; MIYAHIRA, SA. **Neuralgia pós-herpética.** Revista da Dor, São Paulo, 17, 1, 52 – 55 p. 2016.
- ORTEGA, E.; **Postherpetic Neuralgia.** UpToDate. 1 – 14 p. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/postherpetic-neuralgia/print?csi=f9200ecc-fa22-4f71-8f11-4a0c7802ab9d&source=contentShare>.>
- PORTELLA, AVT; SOUZA, LCB de; GOMES, JMA. **Herpes-zóster e neuralgia pós-herpética.** Revista da Dor, São Paulo, 14, 3, 210 – 215 p. agosto, 2013.
- SANTOS, WS, et al. **Reflexões acerca do uso da telemedicina no Brasil: Oportunidade ou ameaça.** Rev. gest. sist. saúde, São Paulo, 9(3), 433 – 453 p. set./dez. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.17514>.>

SERRANO, D; VALENTE, TM. **Neuralgia pós-herpética: dois casos clínicos**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2014; 9(32), 286 – 291 p. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)756](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)756)>

STRATEN, MV, et al. **Reduction of Postherpetic Neuralgia in Herpes Zoster**. Journal of Cutaneous Medicine and Surgery: Incorporating Medical and Surgical Dermatology, 2001, 5(5), 409–416 p. Disponível em: <[doi:10.1007/s102270000024](https://doi.org/10.1007/s102270000024)>

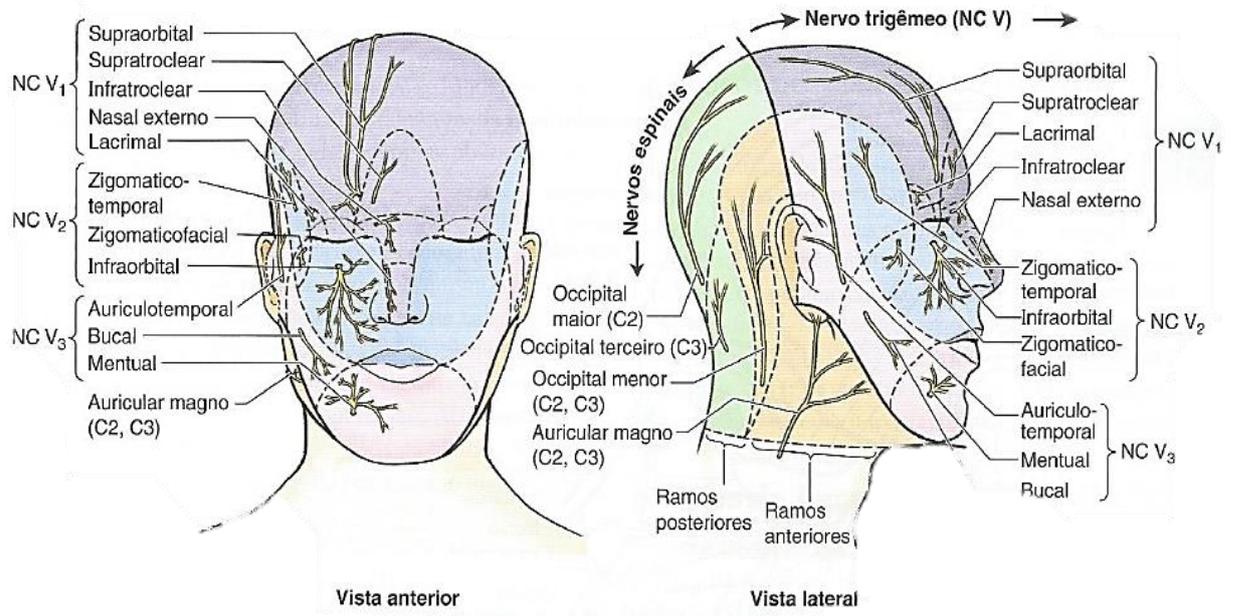
TEPPER, SJ. **Cranial Neuralgias**. CONTINUUM (MINNEAP MINN), 24(4, Headache): 1157 – 1178 p. August 2018. Disponível em: <[https://journals.lww.com/continuum/Abstract/2018/08000/Cranial\\_Neuralgias.13.aspx](https://journals.lww.com/continuum/Abstract/2018/08000/Cranial_Neuralgias.13.aspx)>

TYRING, SK, et al. **Antiviral therapy for herpes zoster: randomized, controlled clinical trial of valacyclovir and famciclovir therapy in immunocompetent patients 50 years and older**. Arch Fam Med, 2000, 9:863 – 869.

URTIGA, KS; LOUZADA, LAC; COSTA, CLB. **Telemedicina: uma visão geral do estado da arte**. Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina, 2004.

ANEXOS

ANEXO A – Nervos cutâneos da face e do couro cabeludo (MOORE, DALLEY e AGUR, 2010 p. 844)



## ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Página 1 de 2

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), na pesquisa Neuralgia Pós-Herpética de difícil manejo: Relato de caso. Este estudo tem como objetivo relatar o caso de um paciente masculino, 76 anos, que após o desenvolvimento de herpes zoster oftálmico, manifestou neuralgia pós-herpética no nervo trigêmeo de difícil manejo. Inicialmente tratado pela Atenção Básica e em seguida encaminhado para Atenção Secundária, onde vem realizando diversas terapias, mas todas sem sucesso. Acreditamos que este trabalho é importante porque a neuralgia pós-herpética é uma complicação do herpes zoster, que afeta muito a qualidade de vida do paciente.

Assua participação no referendo estudo será de relatar o acontecimento e evolução da doença, além dos tratamentos aos quais foi submetido, como vem sentindo-se em relação a doença e quais suas expectativas com o tratamento. Seu envolvimento será limitado a responder perguntas realizadas em um encontro presencial. A pesquisa será realizada por uma acadêmica do curso de Medicina da Universidade Franciscana e supervisionada pela professora Fabiane Budel.

Por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), você está sendo informado de que pode esperar alguns benefícios, tais como, entender mais sobre sua doença e o que esperar dos tratamentos propostos, colaborar para ampliação do conhecimento científico acerca da neuralgia pós-herpética. Entretanto, também é possível que aconteçam alguns desconfortos ou riscos durante a sua participação, tais como, a necessidade de deslocamento para a Estratégia da Saúde da Família para realização de encontro presencial, desconforto ao relatar e lembrar seu problema de saúde. Para minimizar tais riscos, nós, pesquisadores, tomaremos as seguintes medidas: se necessário, podemos ir até a residência do paciente ou realizarmos contato remoto, interrupção do encontro no caso de desconforto do paciente durante o encontro presencial.

Nós, pesquisadores, garantimos a você que sua privacidade será respeitada, ou seja, que seu nome ou qualquer outra informação que possa, de alguma maneira, lhe identificar, será mantida em sigilo. Nós também nos responsabilizamos pela guarda e confidencialidade dos dados individuais e de saúde, assim como de sua não exposição.

Nós lhe asseguramos assistência durante toda a pesquisa, inclusive, se necessário, após sua conclusão, mediante atendimento de saúde na ESF, bem como garantimos seu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação, bem como o recebimento de uma via deste termo. Também informamos que sua participação é livre e voluntária, portanto, você pode se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e sem nenhum tipo de prejuízo. Após a conclusão da pesquisa, você terá acesso aos resultados, os quais serão informados por escrito.

Caso você tenha qualquer despesa decorrente de sua participação nesta pesquisa, tais como transporte, alimentação ou outro item, bem como de seu acompanhante, se for o caso, poderá solicitar ressarcimento dos valores gastos. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente de sua participação neste estudo, salientamos que o seu direito de solicitar indenização está garantido.

Os pesquisadores envolvidos neste projeto de pesquisa são: Daiane Menegat, acadêmica do curso de medicina da Universidade Franciscana - UFN, Fabiane Budel, professora na UFN e orientadora do relato de caso e Juliana Silveira, professora da UFN e co-orientadora do relato de caso, com os quais você poderá manter contato, pelos telefones, Daiane: (55) 996215044, Fabiane: 3226 5596.

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que os seus direitos, como participante de pesquisa, sejam respeitados. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada de forma ética ou que está sendo

RUBRICA DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Franciscana (UFN), pelo telefone (55) 3220-1200, ramal 1289, pelo e-mail: [cep@ufn.edu.br](mailto:cep@ufn.edu.br), ou pessoalmente, no endereço: Rua dos Andradas, 1614, Conjunto I, prédio 7, sala 601, Santa Maria, RS, de segunda-feira à quarta-feira, das 7h30min às 11h30min, e de segunda-feira à sexta-feira, das 13h30min às 17h30min.

Informo que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e estou satisfeito com as respostas. Entendo que recebo uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pelo pesquisador responsável do estudo. Enfim, tendo sido orientado sobre o teor do conteúdo deste termo e compreendido a natureza e o objetivo desta pesquisa, manifesto meu livre consentimento em participar.

Dados do participante da pesquisa	
Nome	
Telefone	
E-mail	

Santa Maria, 04 de fevereiro de 2021.

X

Assinatura do participante da pesquisa

*Daiane Menegat*

Assinatura do pesquisador responsável

*Fabiane Bual*

## ANEXO C – Autorização do Núcleo de Educação Permanente em Saúde



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA  
 SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE  
 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE  
 FONE: 3921-7201

---

**AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Vimos por meio deste, informar que o projeto intitulado “**NEURALGIA PÓS-HERPÉTICA DE DIFÍCIL MANEJO: RELATO DE CASO**” de autoria de **DAIANE MENEGAT** e **FABIANE BUDEL**, vinculada ao curso de Medicina da Universidade Francisca (UFN), poderá ser desenvolvido junto a rede de saúde pública do Município de Santa Maria-RS, conforme aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo Relatar o caso de um paciente masculino, 73 anos, que após o desenvolvimento de herpes zoster oftálmico, manifestou neuralgia pós-herpética, de difícil manejo, no nervo trigêmeo. Inicialmente tratado pela Atenção Básica com apoio do Telessaúde e em seguida encaminhado para Atenção Especializada, na qual vem realizando diversas abordagens medicamentosas, todas sem resposta terapêutica satisfatória até o momento.

Fui informado pelo responsável do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 25 de janeiro de 2021.

---

**FÁBIO MELLO DA ROSA**  
 Núcleo de Educação Permanente da Saúde  
 Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

Prefeitura Municipal de Santa Maria  
 Secretaria de Município da Saúde  
 Núcleo de Educação Permanente em Saúde  
 Fone: 3921-7201