HERPES-ZÓSTER E NEURALGIA PÓS-HERPÉTICA: ASPECTOS CLÍNICOS, TERAPÊUTICOS E PREVENTIVOS

HERPES ZOSTER AND POSTHERPETIC NEURALGIA: CLINICAL, THERAPEUTIC AND PREVENTIVE ASPECTS

Alba Maria Bomfim de França[1]; Lusiana Barros de Sousa[2], Pietra Marques Pereira Lima[2], Mayra Freire Oliveira[2]; William Alves da Silva Andrade[2]; Rayanne Raimundo Freitas Santos[2]

1. Docente Afya - Maceió; 2. Acadêmico do curso de medicina da Afya - Maceió, ray.freitas@hotmail.com

Eixo Temático: 01

RESUMO

Introdução: O herpes-zóster é decorrente da reativação do vírus varicela-zóster, que permanece latente nos gânglios sensitivos após a infecção primária chamada de varicela. Sua incidência aumenta principalmente com o envelhecimento e a imunossupressão. Entre suas complicações, destaca-se a neuralgia pós-herpética, caracterizada pela persistência de dor neuropática após a fase aguda da doença e associada a importante comprometimento funcional e da qualidade de vida. Objetivo: Analisar as evidências disponíveis sobre os aspectos clínicos, fatores de risco, mecanismos envolvidos na neuralgia pós-herpética, estratégias terapêuticas e medidas preventivas relacionadas ao herpes-zóster. Método: Realizou-se revisão narrativa da literatura com busca estruturada nas bases PubMed/MEDLINE e SciELO, complementada por documentos oficiais nacionais e internacionais. Foram priorizadas publicações entre janeiro de 2020 e agosto de 2026, além de estudos anteriores considerados fundamentais. Resultados: Idade avançada, imunossupressão e determinadas doenças crônicas aumentam o risco de herpes-zóster. A idade, a intensidade da dor aguda, a presença de pródromos e a maior gravidade das lesões estão associadas ao desenvolvimento de neuralgia pós-herpética. O tratamento precoce com antivirais reduz a intensidade e a duração da doença aguda, enquanto a neuralgia requer abordagem multimodal da dor neuropática. A vacina recombinante adjuvada apresenta elevada eficácia, com proteção sustentada em acompanhamento prolongado. Conclusão: Diagnóstico precoce, tratamento adequado da fase aguda, manejo individualizado da dor e vacinação são fundamentais para reduzir a morbidade associada ao herpes-zóster e à neuralgia pós-herpética.
Palavras-chave: Herpes Zoster. Neuralgia Pós-Herpética. Dor Neuropática. Antivirais. Vacinação.

ABSTRACT

Introduction: Herpes zoster results from the reactivation of the varicella-zoster virus, which remains latent in sensory ganglia following the primary infection known as varicella. Its incidence increases mainly with aging and immunosuppression. Among its complications, postherpetic neuralgia stands out, characterized by persistent neuropathic pain after the acute phase of the disease and associated with significant functional impairment and reduced quality of life. Objective: To analyze the available evidence regarding the clinical aspects, risk factors, mechanisms involved in postherpetic neuralgia, therapeutic strategies, and preventive measures related to herpes zoster. Method: A narrative literature review with a structured search was conducted using PubMed/MEDLINE and SciELO databases, complemented by national and international official documents. Publications between January 2020 and August 2026 were prioritized, in addition to earlier studies considered fundamental. Results: Advanced age, immunosuppression, and certain chronic diseases increase the risk of herpes zoster. Age, intensity of acute pain, presence of prodromal symptoms, and greater severity of skin lesions are associated with the development of postherpetic neuralgia. Early antiviral treatment reduces the intensity and duration of acute disease, whereas postherpetic neuralgia requires a multimodal approach to neuropathic pain. The adjuvanted recombinant vaccine shows high efficacy, with sustained protection during long-term follow-up. Conclusion: Early diagnosis, appropriate treatment of the acute phase, individualized pain management, and vaccination are essential to reduce morbidity associated with herpes zoster and postherpetic neuralgia.
Keywords: Herpes Zoster. Neuralgia, Postherpetic. Neuropathic Pain. Antiviral Agents. Vaccination.

INTRODUÇÃO

O herpes-zóster resulta da reativação do vírus varicela-zóster (VVZ), vírus de DNA da família Herpesviridae. Após a varicela, o VVZ permanece latente nos gânglios sensitivos das raízes dorsais e dos nervos cranianos e pode reativar-se anos depois quando há redução da imunidade celular específica.[1]

O envelhecimento e a imunossupressão são os principais fatores de risco. Neoplasias, HIV, transplantes, doenças autoimunes e uso de imunossupressores aumentam a ocorrência, assim como doenças crônicas, entre elas diabetes e doenças renais, cardiovasculares e respiratórias.[2]

No Brasil, modelagem publicada em 2025 demonstrou carga clínica e econômica relevante do herpes-zóster em adultos com mais de 50 anos, reforçando seu impacto diante do envelhecimento populacional.[3]

A apresentação clássica é uma erupção vesicular dolorosa, unilateral e dermatomérica, frequentemente precedida por dor, parestesias, prurido ou hipersensibilidade. Podem ocorrer complicações neurológicas, oftalmológicas, otológicas, cutâneas e viscerais.[1]

A neuralgia pós-herpética (NPH) é uma das complicações mais relevantes e costuma ser definida pela dor persistente ou surgida no território acometido por 90 dias ou mais após o início da erupção. A dor é neuropática, com queimação, choques, pontadas, hiperalgesia ou alodinia.[1,4]

Sua fisiopatologia envolve lesão neural causada pela replicação viral e pela resposta inflamatória, com alterações em nervos periféricos, gânglios sensitivos, medula espinal e vias centrais de processamento da dor, podendo manter sintomas por meses ou anos.[5]

Apesar dos avanços terapêuticos, a NPH permanece um desafio, com lacunas na prevenção da transição da dor aguda para dor neuropática persistente e no manejo de casos refratários.[6] Sintetizar essas evidências justifica-se por subsidiar a identificação de risco, o tratamento oportuno e as estratégias preventivas.

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar as evidências científicas sobre os aspectos clínicos do herpes-zóster e da neuralgia pós-herpética, seus principais fatores de risco, mecanismos fisiopatológicos, estratégias terapêuticas e medidas preventivas, com ênfase na vacinação contra o vírus varicela-zóster.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura com estratégia estruturada de busca, elaborada com o objetivo de reunir e analisar evidências relevantes acerca do herpes-zóster e da neuralgia pós-herpética. A pergunta norteadora estabelecida foi: “Quais são as principais evidências atuais relacionadas às manifestações clínicas, fatores de risco, tratamento e prevenção do herpes-zóster e da neuralgia pós-herpética em adultos?” A busca bibliográfica foi realizada em agosto de 2026 nas bases eletrônicas PubMed/MEDLINE e SciELO. Foram empregados descritores selecionados a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH), incluindo: Herpes Zoster, Neuralgia, Postherpetic, Neuropathic Pain, Antiviral Agents e Vaccination.

Os termos foram combinados pelos operadores booleanos AND e OR, utilizando-se como estratégia principal: ("Herpes Zoster" OR "herpes zoster") AND ("Neuralgia, Postherpetic" OR "postherpetic neuralgia") AND ("treatment" OR "Antiviral Agents" OR "Vaccination" OR "prevention"). Foram priorizados artigos publicados entre janeiro de 2020 e agosto de 2026, nos idiomas português e inglês, envolvendo indivíduos adultos e abordando pelo menos um dos seguintes componentes: epidemiologia, fatores de risco, fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico, neuralgia pós-herpética, tratamento antiviral, tratamento da dor neuropática ou vacinação.

Foram elegíveis estudos observacionais, ensaios clínicos, revisões sistemáticas, metanálises e revisões clínicas de relevância para o tema. Estudos anteriores a 2020 foram mantidos apenas quando considerados fundamentais para a compreensão do assunto, especialmente os ensaios clínicos pivotais relacionados à vacina recombinante contra herpes-zóster. Foram excluídas publicações duplicadas, relatos isolados de caso, artigos sem relação direta com o objetivo da revisão, estudos predominantemente pediátricos e trabalhos sem informações suficientes para análise.

A busca científica foi complementada por documentos institucionais atualizados da Organização Mundial da Saúde (OMS), Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) e Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec). As publicações identificadas foram avaliadas quanto à duplicidade e à adequação aos critérios de elegibilidade; os estudos selecionados foram submetidos à leitura integral. Os achados foram então organizados em cinco categorias temáticas: aspectos clínicos e epidemiológicos; fatores de risco; fisiopatologia e características da neuralgia pós-herpética; estratégias terapêuticas; e prevenção por vacinação.

RESULTADOS

A incidência do herpes-zóster aumenta com a idade, sobretudo após os 50 anos, pelo declínio da imunidade celular contra o VVZ. Imunossupressão por câncer, HIV, transplantes ou tratamentos imunossupressores também eleva o risco.[1,2]

A metanálise de Steinmann et al. associou maior ocorrência a doenças autoimunes, câncer, doenças cardiovasculares e pulmonares, diabetes, doenças renais e neurológicas, entre outras condições, mostrando que o risco não depende apenas da idade.[2]

No Brasil, Bardach et al. demonstraram carga clínica e econômica expressiva da doença em adultos acima de 50 anos.[3]

A fase prodrômica pode anteceder a erupção por alguns dias, com dor, ardor, prurido, parestesias ou hipersensibilidade no dermátomo posteriormente acometido.[1]

As lesões evoluem de máculas e pápulas para vesículas agrupadas, geralmente unilaterais e restritas a um dermátomo, raramente ultrapassando a linha média. Esse padrão decorre da reativação no gânglio sensitivo e da migração viral pelas fibras nervosas até a pele.[1]

Os dermátomos torácicos são frequentes, mas regiões cervicais, lombossacrais e nervos cranianos também podem ser afetados. O envolvimento oftálmico do trigêmeo exige atenção pelo risco

ocular. O diagnóstico costuma ser clínico, e a PCR para DNA do VVZ é útil em apresentações atípicas ou imunocomprometidos. A NPH é geralmente definida por dor por 90 dias ou mais após o início das lesões.[1,4]

A NPH pode causar queimação contínua, choques, pontadas, parestesias, hiperalgesia e alodinia, na qual estímulos leves, como o contato da roupa, tornam-se dolorosos.[4]

A reativação viral provoca inflamação e lesão neuronal. Fibras periféricas lesionadas podem desenvolver atividade espontânea e menor limiar de ativação, enquanto estímulo nociceptivo prolongado favorece sensibilização central no corno dorsal. Destruição de fibras também pode causar desaferentação e desequilíbrio da modulação da dor.[5]

Assim, a NPH é uma dor neuropática decorrente de lesão e disfunção do sistema somatossensorial, e não simples continuidade da inflamação cutânea.[5]

Idade avançada, dor aguda intensa, pródromos, maior gravidade das lesões, atraso terapêutico e algumas comorbidades associam-se a maior risco de NPH.[6] No herpes-zóster agudo, aciclovir, valaciclovir e famciclovir são utilizados para reduzir replicação viral, dor e morbidade.[1,4]

Recomenda-se iniciar antivirais preferencialmente nas primeiras 72 horas, o que reduz novas vesículas, acelera a cicatrização e diminui a dor aguda.[1,4] Pacientes com novas lesões, doença grave, imunossupressão ou acometimento oftálmico ou neurológico ainda podem se beneficiar após esse período.[1] O antiviral, entretanto, não elimina de forma consistente o risco de NPH.[4,6]

A NPH deve ser tratada como dor neuropática, visando também sono, mobilidade e qualidade de vida. Gabapentina e pregabalina reduzem a hiperexcitabilidade neuronal por ação na subunidade α2δ dos canais de cálcio; tontura e sonolência exigem cautela em idosos.[4,7] Tricíclicos, como amitriptilina e nortriptilina, também podem ser eficazes, mas seus efeitos anticolinérgicos e cardiovasculares limitam o uso em alguns pacientes.[4]

Lidocaína tópica pode ser útil na dor localizada, enquanto a capsaicina de alta concentração atua sobre receptores TRPV1 e produz dessensibilização prolongada. A escolha terapêutica deve considerar resposta, comorbidades, tolerabilidade e interações medicamentosas.[4,8]

Pacientes refratários podem necessitar avaliação especializada em dor e consideração individualizada de bloqueios nervosos, técnicas epidurais ou paravertebrais, radiofrequência ou neuromodulação.

Intervenções regionais apresentam resultados promissores em alguns estudos, mas a heterogeneidade das evidências e o caráter invasivo limitam seu uso a situações selecionadas.[9]

A prevenção primária é particularmente importante diante da dificuldade de tratar a NPH. A vacina recombinante adjuvada contém glicoproteína E do VVZ associada ao adjuvante AS01 e, por não conter vírus vivo, pode ser usada em diversos grupos imunocomprometidos conforme as recomendações.[10,11]

Nos estudos ZOE-50 e ZOE-70, a vacina apresentou eficácia superior a 90% contra herpes-zóster em adultos com 50 anos ou mais e resultados semelhantes nos maiores de 70 anos.[12,13]

Dados de prática clínica confirmaram elevada efetividade do esquema de duas doses, e o ZOE-LTFU demonstrou proteção significativa até 11 anos após a vacinação.[14,15]

A OMS publicou posicionamento sobre vacinação em 2025. No Brasil, a SBIm recomenda a vacina recombinante a partir dos 50 anos e, para imunocomprometidos ou pessoas de maior risco, a partir dos 18 anos, em duas doses intramusculares, geralmente com intervalo de dois meses.[10,11]

A Conitec avaliou a incorporação no SUS para idosos com 80 anos ou mais e imunocomprometidos a partir de 18 anos. Em janeiro de 2026, a decisão final foi pela não incorporação nas condições econômicas analisadas, sobretudo por custo-efetividade e impacto orçamentário.[16]

CONCLUSÃO

O herpes-zóster é consequência tardia da infecção pelo VVZ e torna-se mais frequente com envelhecimento e comprometimento da imunidade celular. Sua principal complicação dolorosa, a NPH, decorre de lesões periféricas e centrais das vias somatossensoriais e pode comprometer por meses ou anos o sono, a funcionalidade e a qualidade de vida. Idade avançada, dor aguda intensa, pródromos e maior gravidade das lesões estão entre os principais fatores de risco.

O tratamento antiviral precoce reduz a morbidade do episódio agudo, mas não previne isoladamente a NPH; quando estabelecida, a dor neuropática requer manejo individualizado e multimodal. A vacina recombinante adjuvada apresenta as evidências preventivas mais consistentes. Esta revisão integra achados clínicos, terapêuticos e preventivos relevantes à prática, reforçando a identificação dos grupos de risco, o tratamento oportuno e a imunização. Estudos futuros devem ampliar os dados epidemiológicos brasileiros e avaliar intervenções capazes de reduzir a transição da dor aguda para dor neuropática persistente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lim DZJ, Tey HL, Salada BMA, Oon JEL, Seah EJD, Chandran NS, et al. Herpes zoster and post-herpetic neuralgia—diagnosis, treatment, and vaccination strategies. Pathogens. 2024;13(7):596. doi:10.3390/pathogens13070596.
2. Steinmann M, Lampe D, Grosser J, Schmidt J, Hohoff ML, Fischer A, et al. Risk factors for herpes zoster infections: a systematic review and meta-analysis unveiling common trends and heterogeneity patterns. Infection. 2024;52(3):1009-1026. doi:10.1007/s15010-023-02156-y.
3. Bardach A, Ballivian J, Bagattini AM, Machado da Rosa MQ, Moura de Oliveira M, Gomez JA, et al. Modeling the herpes zoster disease burden and its potential health impact on older adults >50 years of age in Brazil. Hum Vaccin Immunother. 2025;21(1):2520066. doi:10.1080/21645515.2025.2520066.
4. Adriaansen EJM, Jacobs JG, Vernooij LM, et al. Herpes zoster and post herpetic neuralgia. Pain Pract. 2025;25(1):e13423. doi:10.1111/papr.13423.
5. Liu Q, Han J, Zhang X. Peripheral and central pathogenesis of postherpetic neuralgia. Skin Res Technol. 2024;30(8):e13867. doi:10.1111/srt.13867.
6. Ding S, Wen S, Kang H, Zhang H, Guo H, Li Y. Association of the incidence of postherpetic neuralgia with early treatment intervention of herpes zoster and patient baseline characteristics: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Int J Infect Dis. 2024;147:107181. doi:10.1016/j.ijid.2024.107181.
7. Huerta MA, Garcia MM, García-Parra B, Serrano-Afonso A, Paniagua N. Investigational drugs for the treatment of postherpetic neuralgia: systematic review of randomized controlled trials. Int J Mol Sci. 2023;24(16):12987. doi:10.3390/ijms241612987.

8. Guo Z, Xia Y, Zhang Z. Efficacy and safety of different medications compared for the treatment of postherpetic neuralgia: a network meta-analysis. Front Pharmacol. 2025;16:1614587. doi:10.3389/fphar.2025.1614587.
9. Kim J, Kim MK, Choi GJ, Shin HY, Kim BG, Kang H. Pharmacological and non-pharmacological strategies for preventing postherpetic neuralgia: a systematic review and network meta-analysis. Korean J Pain. 2021;34(4):509-533. doi:10.3344/kjp.2021.34.4.509.
10. World Health Organization. WHO position paper on herpes zoster vaccines – July 2025. Wkly Epidemiol Rec. 2025;100(27-28):265-284.
11. Sociedade Brasileira de Imunizações. Vacina herpes-zóster recombinante inativada. São Paulo: SBIm; 2025.
12. Lal H, Cunningham AL, Godeaux O, Chlibek R, Diez-Domingo J, Hwang SJ, et al. Efficacy of an adjuvanted herpes zoster subunit vaccine in older adults. N Engl J Med. 2015;372(22):2087-2096. doi:10.1056/NEJMoa1501184.
13. Cunningham AL, Lal H, Kovac M, Chlibek R, Hwang SJ, Díez-Domingo J, et al. Efficacy of the herpes zoster subunit vaccine in adults 70 years of age or older. N Engl J Med. 2016;375(11):1019-1032. doi:10.1056/NEJMoa1603800.
14. Zerbo O, Bartlett J, Fireman B, Lewis N, Goddard K, Dooling K, et al. Effectiveness of recombinant zoster vaccine against herpes zoster in a real-world setting. Ann Intern Med. 2024;177(2):189-195.
15. Strezova A, Díez Domingo J, Cunningham AL, Eto T, Andrews C, Arns C, et al. Final analysis of the ZOE-LTFU trial to 11 years post-vaccination: efficacy of the adjuvanted recombinant zoster vaccine against herpes zoster and related complications. eClinicalMedicine. 2025;83:103241. doi:10.1016/j.eclinm.2025.103241.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Vacina recombinante adjuvada para a prevenção do herpes-zóster em idosos com idade ≥80 anos e indivíduos imunocomprometidos com idade ≥18 anos: relatório para sociedade com decisão final nº 574. Brasília: Ministério da Saúde; 2026.