

BMJ Best Practice

Infecção por herpes-zóster

Direto ao local de atendimento



Última atualização: Mar 19, 2025

Índice

Visão geral	3
Resumo	3
Definição	3
Teoria	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Caso clínico	5
Diagnóstico	6
Abordagem	6
História e exame físico	9
Fatores de risco	9
Investigações	11
Diagnósticos diferenciais	12
Tratamento	14
Abordagem	14
Visão geral do algoritmo de tratamento	16
Algoritmo de tratamento	18
Novidades	27
Prevenção primária	27
Prevenção secundária	29
Discussões com os pacientes	29
Acompanhamento	30
Monitoramento	30
Complicações	31
Prognóstico	32
Diretrizes	33
Diretrizes de tratamento	33
Referências	34
Imagens	47
Aviso legal	50

Resumo

Geralmente, o herpes-zóster se apresenta com dor descrita como em punhalada ou queimação, seguida de erupção cutânea vesicular no dermatomo afetado; a localização dos sintomas depende do nervo afetado.

O diagnóstico baseia-se principalmente nos sintomas clínicos típicos, como dor no dermatomo e erupção de vesículas agrupadas no mesmo dermatomo. A confirmação pode ser feita usando métodos de reação em cadeia da polimerase.

O tratamento visa primariamente reduzir a dor usando analgésicos e a replicação viral com antivirais, como o aciclovir.

A terapia antiviral pode reduzir a gravidade da neuralgia pós-herpética. A terapia antiviral precoce é especialmente importante no zóster oftálmico e zóster nos pacientes imunocomprometidos.

Definição

O herpes-zóster (HZ), causado pela reativação do vírus da varicela-zóster (VZV) adquirido durante a infecção primária por varicela, é caracterizado por dor no dermatomo e erupção cutânea papular.^[1]

Tipicamente, a dor precede a erupção cutânea durante vários dias e pode persistir por meses após a resolução da erupção cutânea. A erupção cutânea geralmente apresenta-se em um único dermatomo e tipicamente remite em 4 a 5 semanas. Uma complicação comum é a dor pós-herpética.^[2]

Epidemiologia

Estima-se que a incidência anual de herpes-zóster no Reino Unido seja de 1.85 a 3.9 casos por 1000 habitantes.[4] Ela aumenta com a idade: de menos de dois casos por 1000 habitantes entre pessoas com menos de 50 anos para 11 casos por 1000 habitantes entre pessoas com mais de 80 anos.

Foram relatadas taxas de incidência similares nos EUA, onde mais de 90% dos adultos apresentam evidência sorológica de infecção por vírus da varicela-zóster (VZV) e, portanto, estão em risco de herpes-zóster.[5] Nos Países Baixos, a incidência de herpes-zóster é de 3.4 por 1000 habitantes.[6] Na Itália, estima-se que a incidência em pessoas >14 anos de idade seja de 1.4 por 1000 habitantes.[7] Na Espanha, a incidência é de 4.2 por 1000 habitantes.[8] O HZ não tem variação sazonal, e parece não haver diferença na incidência mundial.

A incidência é mais elevada entre mulheres.[9] A incidência também é mais alta em pessoas imunossuprimidas (por exemplo, aquelas com infecção por vírus da imunodeficiência humana [HIV] ou malignidades e aquelas em quimioterapia ou tratamento com corticosteroide).[10] [11] [12] O risco de herpes-zóster permanece alto entre pessoas com HIV, mesmo que recebam terapia antirretroviral.[9] [13] [14] Aparentemente, indivíduos negros têm menor probabilidade de ter herpes-zóster (HZ) que indivíduos de outras etnias.[15] Não se sabe se a exposição a crianças não vacinadas oferece proteção.[16]

A incidência de HZ aumentou com o tempo nos EUA, tanto antes como depois do programa de vacinação contra varicela.[17] [18] A incidência também aumentou em outros países, como Canadá, Reino Unido e Japão, onde não há programas de vacinação contra varicela.[19] [20] [21]

Etiologia

O herpes-zóster (HZ) é resultado da reativação do vírus da varicela-zóster (VZV) latente nas raízes dorsais dos nervos espinhais ou nos gânglios dos nervos cranianos, presente desde a infecção primária. O VZV é um herpes vírus com ácido desoxirribonucleico (DNA) de fita dupla, que se transmite pelo contato direto (de pessoa a pessoa), com um indivíduo infectado, com uma lesão ou a partir de gotículas no ar. A infecção latente, após uma infecção primária, é estabelecida pela fuga do sistema imunológico através da redução do número de genes expressos e da regulação descendente (down-regulation) da expressão de antígenos principais de classe I do complexo principal de histocompatibilidade na superfície das células infectadas.[22] O HZ e a “catapora” ou varicela são ambos causados pelo mesmo vírus, mas a varicela geralmente segue a infecção inicial e causa uma erupção cutânea generalizada, enquanto o HZ ocorre após a reativação de uma infecção anterior e tende a ser localizado a uma distribuição específica do nervo.

Fisiopatologia

Após uma infecção primária por vírus da varicela-zóster (VZV), o vírus permanece latente nas raízes dorsais dos nervos espinhais e nos gânglios dos nervos cranianos. Nas pessoas imunocompetentes, a infecção geralmente afeta um único dermatomo, com raro envolvimento de múltiplos dermatomos. Entretanto, nas pessoas imunocomprometidas, o envolvimento de vários dermatomos é comum. O declínio da resposta imunitária específica mediada por célula contra vírus como resultado da infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV), malignidades, quimioterapia ou uso crônico de corticosteroides resulta na reativação da infecção, que se espalha a partir do gânglio ao tecido neural do segmento afetado e ao dermatomo cutâneo correspondente.[1] A reativação leva à ganglionite: inflamação e destruição de

neurônios e células de suporte. O vírus também é levado pelos axônios às regiões da pele enervadas pelo gânglio afetado, causando inflamação local.

Uma erupção vesicular com sensação de queimação ocorre na distribuição do dermatomo do gânglio infectado durante um período prodromico de 2 a 3 dias. Qualquer dermatomo pode ser afetado; entretanto, os dermatomos dos nervos espinhais mais comumente afetados são os de T1 a L2.[22] Apesar dos neurônios sensoriais serem comumente os mais afetados, em 5% a 15% dos pacientes os neurônios motores também são afetados.[3]

Caso clínico

Caso clínico #1

Homem de 77 anos relata uma história com 5 dias de evolução de dor profunda e ardor no lado direito do tórax, seguido de eritema e um exantema maculopapular na região dolorosa, acompanhado de cefaleia e mal-estar. A erupção cutânea evolui para grupos de vesículas transparentes durante 3 a 5 dias, passando pelos estágios de pústula, ulceração e crosta.

Caso clínico #2

Mulher de 65 anos se apresenta com cefaleia generalizada e ardência na região temporal esquerda. Oito dias após o início da dor, são observadas diversas lesões faciais. Ao exame físico, está afebril. Uma placa eritematosa sensível está presente na região do couro cabeludo frontal esquerdo. Três placas menores semelhantes estão presentes na têmpora e na bochecha à esquerda.

Outras apresentações

Os pacientes podem se apresentar com dor e uma erupção cutânea unilateral, que não atravessam a linha média. Na maioria, a infecção afeta um dermatomo. O envolvimento de vários dermatomos não contíguos é muito raro em pessoas imunocompetentes, mas ocorre em pessoas imunossuprimidas.[3]

A presença de algumas lesões cutâneas fora do dermatomo primário ou adjacente não é incomum nas pessoas imunocompetentes. Aproximadamente 20% dos pacientes apresentam sintomas sistêmicos, como febre, mal-estar geral e cefaleia.[3] A cura ocorre em um período de 2 a 4 semanas e frequentemente resulta em cicatrização e pigmentação permanente na área afetada.

Abordagem

O diagnóstico é geralmente clínico e não requer exames ou cultura.

Sinais e sintomas

Um quadro típico de dor no dermatomo seguida de erupção cutânea na área afetada. Aproximadamente 70% a 80% dos pacientes com herpes-zóster (HZ) relatam dor no dermatomo onde as lesões subsequentemente aparecem.[22] A dor geralmente dura entre 2 a 3 dias antes do desenvolvimento de uma erupção cutânea no dermatomo afetado. Entretanto, alguns pacientes relataram dor por aproximadamente 1 semana antes do desenvolvimento de erupção cutânea.[3] Essa dor pode ser constante ou intermitente e é tipicamente descrita como uma sensação de queimação latejante ou do tipo facada. A intensidade varia e a dor pode ser tão grave que interfere no sono e na qualidade de vida.[71] A erupção cutânea inicialmente é eritematosa com uma base macular e é rapidamente seguida por uma aparência de vesículas durante 1 a 2 dias, que se mantêm por 3 a 4 dias. As lesões tendem a ser agrupadas ao longo das ramificações do nervo sensorial cutâneo. As vesículas pustulosas aparecem dentro de 1 semana após o início da erupção cutânea, seguindo-se a ulceração e formação de crosta da lesão após 3 a 5 dias.



Herpes-zóster grave em um paciente imunocomprometido envolvendo dermatomos T1 e T2

BMJ Case Reports 2009 [doi:10.1136/bcr.07.2008.0533] Copyright © 2009 by the BMJ Publishing Group Ltd.



Herpes-zóster grave em um paciente imunocomprometido envolvendo dermatomos T1 e T2

BMJ Case Reports 2009 [doi:10.1136/bcr.07.2008.0533] Copyright © 2009 by the BMJ Publishing Group Ltd.



Herpes-zóster grave em um paciente imunocomprometido mostrando múltiplas vesículas agrupadas, algumas pústulas e extensas crostas aderentes escurecidas com evidentes erosões subjacentes

BMJ Case Reports 2009 [doi:10.1136/bcr.07.2008.0533] Copyright © 2009 by the BMJ Publishing Group Ltd.

Aproximadamente 20% dos pacientes relatam sintomas sistêmicos, como febre, cefaleia, mal-estar ou fadiga.[3] Raramente ocorre dor sem erupção cutânea (zoster sine herpette).[72]

Avaliação laboratorial

O teste de reação em cadeia da polimerase é o mais específico e sensível para a identificação do ácido desoxirribonucleico (DNA) do vírus da varicela-zóster (VZV), mas é um teste caro. A análise imuno-histoquímica de uma raspagem de pele é menos dispendiosa e tem sensibilidade de 90% e especificidade de 95%. A cultura viral é um exame muito específico, mas tem uma sensibilidade muito baixa como resultado da labilidade ou fragilidade do vírus.[3][22] Em quase todos os casos, o herpes-zóster (HZ) pode e deve ser diagnosticado pela história e exame físico. A confirmação do diagnóstico através de exames laboratoriais pode ser necessária para diferenciar o zóster genital do herpes simples ou para diagnosticar a dor do HZ sem lesões de pele (zoster sine herpette).

Como o HZ é uma condição indicativa de HIV (ou seja, a prevalência de HIV não diagnosticado no HZ é superior a 0.1%), recomenda-se fortemente a realização de um teste de HIV nos pacientes com HZ.[73][74]

História e exame físico

Principais fatores diagnósticos

presença de fatores de risco (comuns)

- Os fatores de risco incluem: idade >50 anos, positividade ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), uso crônico de corticosteroide, quimioterapia, malignidades.

dor localizada em um dermatomo (comuns)

- A dor é localizada, com queimação, prurido, ardência ou formigamento, variando de leve a intensa.
- Dor, localizada no dermatomo afetado, pode preceder à erupção cutânea por dias e até semanas.
- Os gânglios mais comumente envolvidos são os torácicos e os nervos trigêmeos.

prurido (comuns)

- Pode estar presente no dermatomo afetado.

erupção cutânea (comuns)

- Os pacientes desenvolvem um exantema maculopapular eritematoso seguido pelo surgimento de vesículas transparentes. A erupção ocorre em segmentos inervados pelo gânglio sensorial afetado, mas não atravessa a linha média. As vesículas acabam por formar pústulas e crostas.

ulceração corneana (comuns)

- Se o nervo trigêmeo for afetado, a erupção cutânea poderá causar ulceração corneana. Os pacientes apresentam dor no olho afetado e visão reduzida.

Outros fatores diagnósticos

febre (incomuns)

- Pode ser de temperatura baixa. Elevações de temperatura significativas são raras.

cefaleia (incomuns)

- Cerca de 20% dos pacientes relatam sintomas sistêmicos.[3]

mal-estar (incomuns)

- Cerca de 20% dos pacientes relatam sintomas sistêmicos.[3]

fadiga (incomuns)

- Cerca de 20% dos pacientes relatam sintomas sistêmicos.[3]

dor sem erupção cutânea (incomuns)

- Os pacientes podem desenvolver dor típica de zoster (aguda, crônica ou ambas) sem desenvolver uma erupção cutânea, uma síndrome chamada de zoster sine herpete.[72]

Fatores de risco

Fortes

>50 anos de idade

- A incidência aumenta a partir dos 50 anos de idade.[23]

sexo feminino

- A incidência de HZ é maior em mulheres que em homens.[9]

vírus da imunodeficiência humana (HIV)

- Antes da disponibilidade da terapia antirretroviral (TAR), a incidência de HZ era mais de 15 vezes maior em pacientes infectados com HIV, comparados com indivíduos não infectados.[10] [11] [24]
A TAR reduziu a incidência de HZ em indivíduos com HIV, embora os riscos ainda sejam 3 vezes superiores em comparação com a população em geral.[13]

uso crônico de corticosteroide

- O uso crônico causa imunossupressão, aumentando o risco.[25]

quimioterapia

- Esses medicamentos causam imunossupressão e consequentemente aumentam o risco.

malignidades

- Em especial as malignidades linfoproliferativas induzem a imunossupressão e, portanto, a risco de infecção.[16]

Fracos**etnia branca**

- Um estudo sugeriu que pessoas negras têm muito menos probabilidade de desenvolver HZ que pessoas brancas (razão de chances de 0.25).[15]

certas doenças agudas ou crônicas

- Várias doenças foram associadas a aumento do risco de HZ, incluindo COVID-19, artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico, doença inflamatória intestinal, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, doença renal crônica, diabetes do tipo 1, doenças cardiovasculares, trauma físico e estresse psicológico.[26] [27] [28] [29] O uso prévio de antibióticos também foi associado a aumento do risco de infecção por herpes-zóster subsequente.[30] São necessários estudos adicionais para confirmar as associações.

vacinação contra outras doenças infecciosas

- Foi relatado o desenvolvimento de HZ após a administração da vacinação contra outras infecções, incluindo COVID-19.[31] [32] [33]

Investigações

Primeiro exame a ser solicitado

Exame	Resultado
diagnóstico clínico Geralmente não requer exames ou cultura.	tipicamente apresenta dor no dermatomo seguida de erupção cutânea na área afetada

Outros exames a serem considerados

Exame	Resultado
reação em cadeia da polimerase - Detecta o DNA em fluidos e tecidos. O método mais específico e sensível.[75] - Amostras de lesões são úteis para diferenciar do herpes simples. - A reação em cadeia da polimerase sanguínea poderá ser usada como um teste diagnóstico quando não houver erupção cutânea (zoster sine herpete). - O zóster disseminado no imunocomprometido é diagnosticado pela reação em cadeia da polimerase no sangue e nas lesões.	positiva para o ácido desoxirribonucleico (DNA) da varicela
imuno-histoquímica Usando uma técnica modificada de Tzanck, as células são raspadas na base de uma lesão com uma lâmina de bisturi ou o bisel de uma agulha de lâmina grande, espalhadas sobre uma lâmina de vidro, e coradas com anticorpos monoclonais conjugados com fluoresceína para detectar glicoproteína viral. Esse método é mais sensível que a cultura viral.[76] [77]	coloração positiva para o vírus da varicela
cultura de fluido vesicular A recuperação do vírus é dependente do estágio das lesões e da qualidade da amostra. Esse método tem sensibilidade menor que a imunofluorescência como resultado da labilidade do vírus.[1]	vírus da varicela positivo na cultura
teste de HIV Como o HZ é uma condição indicativa de HIV (ou seja, a prevalência de HIV não diagnosticado no HZ é superior a 0.1%), recomenda-se fortemente a realização de um teste de HIV nos pacientes com HZ.[73] [74]	positivos ou negativos

Diagnósticos diferenciais

Condição	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Dermatite de contato	• Manifesta-se como uma erupção cutânea localizada ou irritação da pele causada por contato com uma substância estranha. A dor e a erupção cutânea geralmente ocorrem simultaneamente.	• A eliminação da exposição ao agente irritante geralmente resulta na solução dos sintomas.
Herpes simples	• Vesículas agrupadas em uma base eritematosa sem o padrão do dermatomo, frequentemente precedidas por prurido e dor. Lesões orais e genitais são mais comuns.	• Reação em cadeia da polimerase de amostra das lesões.
Colecistite	• Manifesta-se com dor no quadrante superior direito do abdome, acompanhado por náuseas, vômitos e febre. Ao exame físico, os pacientes podem ter sinal de Murphy positivo.	• Os pacientes têm níveis elevados de fosfatase alcalina, bilirrubina, proteína C-reativa e leucócitos. Uma ultrassonografia ou tomografia computadorizada (TC) poderá mostrar obstrução do ducto biliar, litíase da vesícula biliar e colecistite.
Ceratite ulcerativa	• Os sintomas dependem da causa. Manifesta-se com dor e vermelhidão no olho afetado, com alterações visuais dependentes da localização da úlcera. Alguns pacientes podem apresentar também secreção purulenta. A característica distinta que diferencia o herpes-zóster (HZ) de outras causas é o desenvolvimento da erupção cutânea no dermatomo afetado.	• O corante fluorescente mostrará a presença de uma úlcera dendrítica se a causa for o vírus do herpes simples e não estiver relacionada ao HZ. • Um exame com lâmpada de fenda pode indicar outras causas de ceratite ulcerativa, como um corpo estranho.
Agudo de ângulo fechado, glaucoma	• Manifesta-se com dor periorbital, visão turva e cefaleia. Entretanto, não há desenvolvimento de uma erupção cutânea concomitante no dermatomo inervado pelo olho.	• A tonometria mostra a pressão intraocular aumentada (>20 mmHg), diagnóstica de glaucoma.

Condição	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Neuralgia do trigêmeo	• Manifesta-se com uma dor intensa, tipo pontada, como choques elétricos nas regiões da face inervadas pelo nervo trigêmeo. O paciente pode localizar uma região de gatilho da dor. Os pacientes não desenvolvem uma erupção cutânea.	• Não há um teste diferencial disponível.
Apendicite, aguda	• Tipicamente manifesta-se com dor no quadrante abdominal inferior direito. Adicionalmente apresenta náusea, vômitos e alguns sinais de obstrução do intestino, os quais não estão presentes em pacientes com HZ. Não há erupção cutânea concomitante com esses sintomas.	• No hemograma completo, os leucócitos estão frequentemente elevados. A TC pode indicar inflamação do apêndice.
Litíase renal	• Manifesta-se por dor em cólica grave e impossibilidade de permanecer deitado. Outros sintomas incluem polaciúria, sangue na urina e micção dolorosa. No exame físico, existe dor nos flancos. Esses sintomas não estão acompanhados pelo desenvolvimento de uma erupção cutânea.	• Um raio-x do rim, do ureter e da bexiga pode mostrar a localização dos cálculos.

Abordagem

As infecções são geralmente autolimitadas; no entanto, considere os antivirais em todos os pacientes, especialmente naqueles com doença grave e/ou com idade >50 anos. Como há risco mais alto de complicações associadas ao HZ, incluindo neuralgia pós-herpética, o tratamento com antivirais é fortemente recomendado para pacientes imunocomprometidos, principalmente aqueles com HIV. Os objetivos do tratamento são reduzir a replicação viral, controlar a dor e diminuir a neuralgia pós-herpética. O tratamento do herpes-zóster (HZ) durante a gestação é o mesmo de qualquer outro paciente com HZ. Entre todos os antivirais, o aciclovir é o que mais tem sido estudado entre gestantes e é o mais comumente usado.

Redução da replicação viral

Os antivirais são usados para reduzir a replicação viral em todos os pacientes, especialmente naqueles com doença grave, com idade >50 anos, imunocomprometidos e/ou com evidência de envolvimento do nervo trigêmeo. A administração reduz a duração da eliminação de partículas virais, detém a formação de novas lesões, evita complicações oculares e diminui a intensidade da dor.[78] [79] [80] [81] [82]

Geralmente, o tratamento é feito com antivirais administrados por via oral como o aciclovir, o fanciclovir e o valaciclovir, e é mais efetivo quando iniciado em até 72 horas após o início da erupção cutânea. Use o aciclovir intravenoso nos pacientes que não tolerarem medicação oral. Os antivirais tópicos não são recomendados.

Os estudos que comparam os efeitos cutâneos e os resultados na dor entre fanciclovir e valaciclovir descobriram que não há diferenças na eficácia.[81] [83] Uma revisão sistemática de ensaios de alta qualidade mostrou que o fanciclovir e o valaciclovir são superiores ao aciclovir na redução da probabilidade de dor prolongada.[84]

Algumas metanálises de ensaios clínicos randomizados e controlados descobriram que o tratamento de pacientes com HZ com terapia antiviral reduz a duração ou a incidência de dor prolongada.[80] [83] [85] [86] [87] [88] [89] No entanto, outros encontraram resultados contrários.[90] [91] [92] O fanciclovir, o valaciclovir e o aciclovir demonstraram ser superiores ao placebo na redução do intervalo de tempo para a cessação total da dor.[80] [86] [93] [94] Contudo, em outros ensaios clínicos, o efeito do aciclovir na dor crônica tem sido menos evidente.[91] [95]

Pacientes imunocomprometidos

As infecções por HZ são mais comuns e frequentemente mais complicadas em pacientes imunocomprometidos. O principal objetivo do tratamento desses pacientes é reduzir a incidência da disseminação cutânea e visceral, que pode causar complicações fatais. Portanto, recomenda-se que pacientes imunocomprometidos recebam imediatamente terapia antiviral até 1 semana após o início da erupção cutânea ou em qualquer momento antes da formação completa de crostas das lesões. Trate a doença localizada com valaciclovir, fanciclovir ou aciclovir oral, com acompanhamento ambulatorial rigoroso. Reserve a terapia intravenosa com aciclovir para pacientes com infecção disseminada pelo vírus da varicela-zóster, envolvimento oftálmico, imunossupressão muito grave ou incapacidade de tomar medicamentos por via oral.

Controle da dor

Em todos os pacientes, os analgésicos funcionam para reduzir a dor na fase aguda, assim como na neuralgia pós-herpética, e o tipo administrado dependerá da intensidade da dor. Para dor leve, analgésicos como paracetamol e ibuprofeno são apropriados. Para dor intensa, analgésicos opioides são

uma opção. Lidocaína administrada topicamente e bloqueios de nervos também foram descritos como eficazes.[96] [97] [98] Loções contendo calamina também podem ser usadas em lesões abertas para reduzir dor e prurido.

Dor pós-herpética

A complicação mais comum, suspeita se a dor persistir >30 dias após o início da erupção ou da cicatrização cutânea. A dor geralmente se apresenta como uma sensação de ardência ou prurido. A intensidade varia de leve a debilitante.[2] Os pacientes acima dos 50 anos de idade apresentam um maior risco de complicações e dor intensa.[99] Geralmente se resolve em 6 meses; no entanto, os pacientes com mais de 70 anos têm um risco aumentado de maior duração da dor.

O tratamento visa, principalmente, ao controle da dor. Os pacientes com dor leve a moderada podem ser tratados com anti-inflamatórios não esteroidais ou paracetamol, isolados ou em combinação com um analgésico opioide fraco.[100] [101] [102] [103] [104] A capsaicina tópica também demonstrou proporcionar alívio da dor.[105] [106] [107] [108] Para pacientes com dor moderada a intensa, pode-se considerar um analgésico opioide forte. O tratamento com um antidepressivo tricíclico, como amitriptilina, ou com um anticonvulsivante como gabapentina ou pregabalina também é eficaz.[109] [110] [111] [112] Uma metanálise demonstrou não haver diferença entre gabapentina e antidepressivos tricíclicos no alívio da dor.[113] Para aqueles pacientes que não toleram opioides ou que apresentam alto risco de dependência, são adequados anticonvulsivantes, antidepressivos tricíclicos ou corticosteroides, isoladamente ou em combinação.

Não há diretrizes padronizadas sobre o medicamento a ser inicialmente utilizado no tratamento.[114] Esses tratamentos são administrados como agentes simples ou em combinação dependendo da intensidade da dor e da resposta ao tratamento.

Comprometimento ocular

O tratamento inclui o uso de medicamentos antivirais como o aciclovir, fanciclovir e valaciclovir por 7 a 10 dias, de preferência iniciado até 72 horas após o início da erupção cutânea. O aciclovir intravenoso é administrado conforme necessário para retinite. Os antivirais orais resolvem a doença aguda e previnem as recorrências inflamatórias tardias.[82][115] Outro tratamento inclui medicamentos para dor, pomadas oftálmicas com antibióticos para proteger a superfície ocular e corticosteroides tópicos. O encaminhamento imediato a um oftalmologista é necessário para todos os pacientes com manifestações oculares. Comece o tratamento antiviral o mais cedo possível e antes do encaminhamento.[3]

A terapia para problemas crônicos inclui o seguinte:[3]

- Géis ou solução lacrimal artificiais lubrificantes sem conservantes
- Pomada antibiótica
- Tarsorrafia lateral para proteger as córneas (as quais estão frequentemente hipoestesiadas/anestesiadas como resultado do dano neuronal) de colapso
- Colírios com antibiótico e lente de contato gelatinosa terapêutica de uso contínuo
- Antibióticos e corticosteroides tópicos para doença inflamatória (irite, episclerite, esclerite e ceratite estromal imune)
- Dilatação para irite
- Terapia para glaucoma conforme necessária
- Tratamento cirúrgico conforme necessário: por exemplo, transplante de membrana amniótica, vedação com tecido adesivo para úlceras, ceratoprótese e trabeculectomia para glaucoma.

O controle da dor crônica é geralmente semelhante ao da neuralgia pós-herpética.

Visão geral do algoritmo de tratamento

Observe que as formulações/vias e doses podem diferir entre nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. As recomendações de tratamento são específicas para os grupos de pacientes: [consulte o aviso legal](#)

Aguda (Resumo)		
sintomas agudos: imunocompetentes		
■ dor leve	1a. associado a	terapia antiviral oral analgésicos simples ± loção de calamina
■ dor moderada a intensa	adjunta	analgésico opioide ± analgésico tópico
■ comprometimento ocular	associado a	encaminhamento imediato ao oftalmologista
sintomas agudos: imunocomprometidos		
■ doença localizada sem envolvimento ocular ou não gravemente imunocomprometido	1a.	terapia antiviral oral
	associado a	analgésicos simples ± loção de calamina
	adjunta	analgésico opioide ± analgésico tópico
	2a.	aciclovir intravenoso
■ doença disseminada ou envolvimento ocular ou imunossupressão grave	associado a	analgésicos simples ± loção de calamina
	adjunta	analgésico opioide ± analgésico tópico
	1a.	aciclovir intravenoso
	adjunta	analgésico opioide ± analgésico tópico

Contínua		(Resumo)
dor pós-herpética		
■ dor leve	1a.	paracetamol ou anti-inflamatório não esteroideal (AINE)
	adjunta	analgésico opioide fraco
	2a.	capsaicina tópica
■ dor moderada a intensa	1a.	opioide forte, amitriptilina ou anticonvulsivante

Algoritmo de tratamento

Observe que as formulações/vias e doses podem diferir entre nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. As recomendações de tratamento são específicas para os grupos de pacientes: [consulte o aviso legal](#)

Aguda

sintomas agudos: imunocompetentes

sintomas agudos:
imunocompetentes

1a. terapia antiviral oral

Opções primárias

» **fanciclovir**: 500 mg por via oral a cada 8 horas por 7 dias

ou

» **valaciclovir**: 1000 mg por via oral a cada 8 horas por 7 dias

Opções secundárias

» **aciclovir**: 800 mg por via oral cinco vezes ao dia por 7-10 dias; 10 mg/kg por via intravenosa a cada 8 horas por 7 dias

» Os antivirais reduzem a duração da eliminação de partículas virais, evitam a formação de novas lesões e diminuem a intensidade da dor. O tratamento geralmente inclui antivirais administrados por via oral, como aciclovir, fanciclovir e valaciclovir. Eles devem ser administrados dentro de 48 a 72 horas após o início da erupção cutânea por 7 dias (até 10 dias em pacientes com manifestações oculares). Uma revisão sistemática de ensaios clínicos de alta qualidade mostrou que o fanciclovir e o valaciclovir foram superiores ao aciclovir na redução da probabilidade de dor prolongada.^[84]

■ dor leve

associado a **analgésicos simples ± loção de calamina**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

ou

» **ibuprofeno**: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

Opções secundárias

Aguda

■ dor moderada a intensa

adjunta

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

-ou-

» **ibuprofeno**: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

--E--

» **loção de calamina tópica**: aplicar na(s) área(s) afetada(s) até quatro vezes ao dia quando necessário

» O tipo de analgésico administrado dependerá da intensidade da dor.

analgésico opioide ± analgésico tópico

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **oxicodona**: 5 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário

Opções secundárias

» **oxicodona**: 5 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário

--E--

» **lidocaína tópica**: (pomada a 5%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas a três vezes ao dia quando necessário

-ou-

» **loção de calamina tópica**: aplicar na(s) área(s) afetada(s) até quatro vezes ao dia quando necessário

» O tipo de analgésico administrado dependerá da intensidade da dor.

■ comprometimento ocular

associado a

encaminhamento imediato ao oftalmologista

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

» O encaminhamento imediato a um oftalmologista é necessário para todos os pacientes com manifestações oculares.[3]

» O tratamento inclui o uso de medicamentos antivirais como o aciclovir, fanciclovir e valaciclovir por 7 a 10 dias, de preferência iniciado até 72 horas após o início da erupção cutânea. O aciclovir intravenoso é administrado conforme necessário para retinite. Os antivirais orais resolvem a doença aguda e previnem

Aguda

as recorrências inflamatórias tardias.[82][115] Outro tratamento inclui medicamentos para dor, pomadas oftálmicas com antibióticos para proteger a superfície ocular e corticosteroides tópicos. Os corticosteroides sistêmicos podem ser indicados em casos de dor moderada a intensa, especialmente se houver edema ao redor da área orbital.[3]

» A terapia para os problemas crônicos inclui: géis ou soluções lacrimais artificiais lubrificantes sem conservantes; pomada antibiótica; tarsorrafia lateral para proteger as córneas (as quais estão frequentemente hipoestesiadas/anestesiadas como resultado do dano neuronal) de colapso; lente de contato gelatinosa terapêutica de uso contínuo e colírios com antibiótico; corticosteroides tópicos e antibióticos para doença inflamatória (irite, episclerite, esclerite e ceratite imune); dilatação para irite; terapia para glaucoma, se necessária.

» Tratamento cirúrgico conforme necessário: por exemplo, em transplante de membrana amniótica, úlceras com vedação de adesivo para tecido, ceratoprótese e trabeculectomia para glaucoma. O controle da dor crônica é geralmente semelhante ao da neuralgia pós-herpética.[3]

sintomas agudos: imunocomprometidos

- **doença localizada sem envolvimento ocular ou não gravemente imunocomprometido**

1a. terapia antiviral oral

Opções primárias

» **aciclovir**: 800 mg por via oral cinco vezes ao dia por 7-10 dias; 10 mg/kg por via intravenosa a cada 8 horas por 7 dias

ou

» **fanciclovir**: 500 mg por via oral a cada 8 horas por 7 dias

ou

» **valaciclovir**: 1000 mg por via oral a cada 8 horas por 7 dias

» Os pacientes imunocomprometidos devem receber imediatamente terapia antiviral dentro de 1 semana após o início da erupção cutânea ou em qualquer momento antes da formação completa de crostas das lesões. A doença localizada deve ser tratada com

Aguda

valaciclovir, fanciclovir ou aciclovir oral com acompanhamento ambulatorial rigoroso.

associado a analgésicos simples ± loção de calamina

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

ou

» **ibuprofeno**: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

Opções secundárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

-ou-

» **ibuprofeno**: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

--E--

» **loção de calamina tópica**: aplicar na(s) área(s) afetada(s) até quatro vezes ao dia quando necessário

» O tipo de analgésico administrado dependerá da intensidade da dor.

adjunta analgésico opioide ± analgésico tópico

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **oxicodona**: 5 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário

Opções secundárias

» **oxicodona**: 5 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário

--E--

» **lidocaína tópica**: (pomada a 5%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas a três vezes ao dia quando necessário

-ou-

Aguda

» **loção de calamina tópica**: aplicar na(s) área(s) afetada(s) até quatro vezes ao dia quando necessário

» O tipo de analgésico administrado dependerá da intensidade da dor.

2a. **aciclovir intravenoso**

Opções primárias

» **aciclovir**: 10 mg/kg por via intravenosa a cada 8 horas por 7 dias

» Se o paciente não conseguir tolerar o medicamento por via oral, deverá ser administrado aciclovir intravenoso.

associado a analgésicos simples ± loção de calamina

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **paracetamol**: oral/retal: 500-1000 mg por via oral/retal a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia; intravenoso (<50 kg de peso corporal): 15 mg/kg por via intravenosa a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 60 mg/kg/dia; intravenoso (≥50 kg de peso corporal): 1000 mg por via intravenosa a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia (3000 mg/dia se houver fatores de risco para hepatotoxicidade)

ou

» **diclofenaco sódico**: 37.5 mg por via intravenosa a cada 6 horas quando necessário, máximo de 150 mg/dia

Opções secundárias

» **paracetamol**: oral/retal: 500-1000 mg por via oral/retal a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia; intravenoso (<50 kg de peso corporal): 15 mg/kg por via intravenosa a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 60 mg/kg/dia; intravenoso (≥50 kg de peso corporal): 1000 mg por via intravenosa a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia (3000 mg/dia se houver fatores de risco para hepatotoxicidade)

-ou-

» **diclofenaco sódico**: 37.5 mg por via intravenosa a cada 6 horas quando necessário, máximo de 150 mg/dia

Aguda

--E--

» **loção de calamina tópica**: aplicar na(s) área(s) afetada(s) até quatro vezes ao dia quando necessário

» O tipo de analgésico administrado dependerá da intensidade da dor.

adjunta **analgésico opioide ± analgésico tópico**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **oxicodona**: 5 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário

Opções secundárias

» **oxicodona**: 5 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário

--E--

» **lidocaína tópica**: (pomada a 5%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas a três vezes ao dia quando necessário

-ou-

» **loção de calamina tópica**: aplicar na(s) área(s) afetada(s) até quatro vezes ao dia quando necessário

» O tipo de analgésico administrado dependerá da intensidade da dor.

■ **doença disseminada ou envolvimento ocular ou imunossupressão grave**

1a. aciclovir intravenoso

Opções primárias

» **aciclovir**: 10 mg/kg por via intravenosa a cada 8 horas por 7 dias

» A terapia com aciclovir intravenoso deve ser reservada para pacientes com infecção disseminada, envolvimento oftalmológico ou imunossupressão muito grave.

adjunta **analgésico opioide ± analgésico tópico**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **oxicodona**: 5 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário

Opções secundárias

Aguda

» **oxicodona**: 5 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário

--E--

» **lidocaína tópica**: (pomada a 5%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas a três vezes ao dia quando necessário

-ou-

» **loção de calamina tópica**: aplicar na(s) área(s) afetada(s) até quatro vezes ao dia quando necessário

» O tipo de analgésico administrado dependerá da intensidade da dor.

Contínua

dor pós-herpética

■ dor leve

1a. paracetamol ou anti-inflamatório não esteroideal (AINE)

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

ou

» **ibuprofeno**: 200-400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

» Os pacientes com dor leve a moderada devem ser tratados com AINEs ou paracetamol, isolados ou em combinação com um analgésico opioide fraco.^{[100] [101] [102] [103] [104]}

adjunta

analgésico opioide fraco

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fosfato de codeína**: 15-60 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 240 mg/dia

» Os pacientes com dor leve a moderada devem ser tratados com anti-inflamatórios não esteroidais ou paracetamol, isolados ou em combinação com um analgésico opioide fraco.^{[100] [101] [102] [103] [104]}

2a. capsaicina tópica

Opções primárias

» **capsaicina tópica**: (0.025% a 0.075%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) três a quatro vezes ao dia

» A capsaicina tópica também demonstrou proporcionar alívio da dor.^{[105] [106] [107] [108]}

■ dor moderada a intensa

1a. opioide forte, amitriptilina ou anticonvulsivante

Opções primárias

» **tramadol**: 50-100 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 400 mg/dia

ou

Contínua

» **oxicodona**: 5 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário

Opções secundárias

» **amitriptilina**: 0.5 a 2 mg/kg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 150 mg/dia

ou

» **gabapentina**: 300 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 1800 mg/dia

ou

» **pregabalina**: 300 mg/dia por via oral administrados em 2-3 doses fracionadas

» Para pacientes com dor moderada a intensa, pode-se considerar um analgésico opioide forte. O tratamento com um antidepressivo tricíclico, como amitriptilina, ou com um anticonvulsivante como gabapentina ou pregabalina também é eficaz.^{[109] [110] [111] [112]} Uma metanálise demonstrou não haver diferença entre gabapentina e antidepressivos tricíclicos no alívio da dor.^[113] Para aqueles pacientes que não toleram opioides ou que apresentam alto risco de dependência, são adequados anticonvulsivantes, antidepressivos tricíclicos ou corticosteroides, isoladamente ou em combinação.

Novidades

Brivudina

A brivudina é um análogo do nucleosídeo da timidina com alta atividade in vitro contra o vírus da varicela-zóster. Está disponível para administração oral em alguns países da Europa.[83]

Clinacanthus nutans

Clinacanthus nutans é uma planta pertencente à família Acanthaceae que tem sido utilizada como tratamento tradicional para picadas e infecções na Tailândia, incluindo erupções cutâneas e picadas de insetos. Relatou-se ter propriedades analgésicas e anti-inflamatórias e demonstrou-se melhorar o índice de cura das lesões do herpes-zóster (HZ).[116] Entretanto, mais estudos são necessários para confirmar sua eficácia.

Valomaciclovir

Demonstrou-se que o valomaciclovir oral, um inibidor convencional da polimerase do ácido desoxirribonucleico (DNA), uma vez ao dia, não é inferior à terapia do valaciclovir 3 vezes ao dia em pacientes imunocompetentes com infecção por herpes-zóster (HZ). São necessárias mais pesquisas para avaliar melhor a eficácia e a segurança do valomaciclovir.[117]

Prevenção primária

A vacinação pode ajudar a prevenir o HZ e a neuralgia pós-herpética relacionada ao HZ.[34] [35] [36] A Shingrix® é uma vacina contra zoster recombinante que contém a glicoproteína E do vírus da varicela-zóster (VZV) e o sistema adjuvante AS01B. A Zostavax® é uma preparação liofilizada ou congelada e seca da cepa Oka/Merck de VZV vivo atenuado.

A Zostavax® foi a primeira vacina aprovada para uso em adultos com idade ≥ 50 anos para a prevenção de HZ e neuralgia pós-herpética relacionada à HZ.[37] [38] [39][40] A Zostavax® é administrada como uma dose subcutânea única e pode reduzir os casos de HZ em 51%, os casos de neuralgia pós-herpética em 67% e a carga geral da doença em 61%.[41] Como se trata de uma vacina com vírus vivos, é contraindicada em pessoas imunossuprimidas, gestantes ou crianças. Pode ser administrada com segurança em conjunto com a vacina quadrivalente contra o vírus da influenza.[42] É importante observar que a vacina Zostavax® é menos eficaz em pacientes idosos, e a eficácia da vacina diminui por completo após aproximadamente 10 anos.[43]

Em 2017, a Shingrix®, foi aprovada pela Food and Drug Administration (FDA) dos EUA, também para adultos com ≥ 50 anos de idade. Após a aprovação da FDA, o Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDCs) recomendou o uso da Shingrix® em vez da Zostavax® na prevenção de herpes-zóster (HZ) e neuralgia pós-herpética em pessoas com ≥ 50 anos de idade.[44] Isso representa uma diminuição na idade de vacinação recomendada a partir dos ≥ 60 anos. O ACIP também recomendou que todos os pacientes previamente vacinados com a Zostavax® recebam a Shingrix® pelo menos 2 meses após sua vacinação inicial. Shingrix® requer que 2 doses intramusculares sejam administradas com um intervalo de 2 a 6 meses e apresenta uma eficácia substancialmente maior que a Zostavax®, reduzindo os casos de HZ em 97%.[45] [46] [47] Uma análise que combinou dois grandes ensaios clínicos de fase 3 da Shingrix® demonstrou que sua eficácia contra complicações relacionadas ao HZ foi similar em adultos com idade ≥ 50 anos e ≥ 70 anos, e a maior parte da redução de complicações relacionadas ao HZ deveu-se à redução dos casos de HZ.[48] Mais importante: a eficácia da Shingrix® cai apenas levemente após 7 anos, permanecendo $>84\%$.[49] No entanto, os dados sobre a eficácia da série de 2 doses em até 10 anos de acompanhamento ainda estão em pesquisa. A eficácia de uma única dose também é desconhecida, mas estudos sugerem que uma única dose não produz uma resposta imune sólida.[36] [50] [51] Portanto, os médicos devem procurar garantir que os pacientes recebam ambas as doses. Além disso, é importante completar a série em 2 a 6 meses, conforme indicado, pois as séries com doses em intervalos superiores a 12 meses têm imunogenicidade mais baixa.[52] Atualmente, a Shingrix® não é recomendada durante a gestação; protelar a vacinação até depois da gravidez pode ser considerado.[47]

A Shingrix® evita mais casos de HZ, mas também causa mais reações no local da injeção que a Zostavax®.[53] Reações à vacina sistêmicas de grau 3, definidas como sintomas que impedem a realização de atividades diárias normais, ocorrem em até 17% dos indivíduos vacinados, e são mais frequentes após a segunda dose que após a primeira.[45] Uma vigilância de segurança pós-licença 1 ano após a introdução de Shingrix® nos EUA constatou que os dados de segurança foram consistentes com os ensaios clínicos.[54] Ficou demonstrado que a Shingrix® é segura e imunogênica em pacientes previamente vacinados com a Zostavax®.[55] Além disso, ela pode ser coadministrada com a vacina contra gripe (influenza) de maneira segura, sem interferir na resposta imune.[56] Ficou demonstrado que a Shingrix® reduz o impacto da doença do HZ e a intensidade da dor relacionada ao HZ, além de melhorar a qualidade de vida geral do paciente.[57] Uma análise do Medicare considera que os dados encontraram aumento do risco de síndrome de Guillain-Barré (SGB) em indivíduos ≥ 65 anos de idade que receberam a Shingrix®. Comparados com receptores da Zostavax®, idosos vacinados com a Shingrix® apresentaram risco acima de duas vezes maior de SGB, o equivalente a um risco atribuível de 6.47 casos por milhão de doses. No entanto, a relação risco-benefício da Shingrix® ainda apoia o seu uso.[58]

É importante observar que a Zostavax® é administrada por via subcutânea em dose única; e a Shingrix® é administrada em 2 doses (com espaçamento de 2 a 6 meses na população em geral ou 1 a 2 meses em pacientes imunodeficientes ou imunossuprimidos) por via intramuscular. A necessidade de misturar dois componentes da vacina com requisitos de armazenamento diferentes e uma via de administração diferente da Zostavax® leva a um aumento do risco de erros ao administrar a Shingrix®, o que levou o CDC a emitir um lembrete aos médicos.[59]

Os pacientes imunocomprometidos apresentam risco mais alto de infecção por HZ e a vacinação é importante.[60] Um ensaio clínico randomizado da Shingrix® com adultos que foram submetidos a transplante autólogo de células-tronco hematopoiéticas constatou que o ciclo de duas doses da vacina reduziu consideravelmente a incidência de HZ comparado ao placebo, ao longo de um acompanhamento médio de 21 meses, com uma eficácia vacinal de 68%.[61] Uma análise post-hoc de um ensaio clínico de fase 3 de Shingrix® em pacientes com malignidades hematológicas mostrou uma eficácia de 87% em 11 meses de acompanhamento.[62] Outros estudos mostraram que Shingrix® estimula uma resposta imune em receptores de transplante de rim e em pacientes com tumores sólidos.[63] [64] Em pacientes com infecção por HIV, duas doses de Zostavax® mostraram ser seguras e imunogênicas em indivíduos com contagem de CD4 ≥ 200 células/mm³. [65] Em um ensaio clínico randomizado e controlado de fase 1/2, a Shingrix® mostrou aumentar a imunidade celular e humoral entre pacientes com contagem de CD4 < 200 células/mm³ e não causou nenhum evento adverso grave relacionado à vacina.[66] No entanto, atualmente, não há nenhum dado de fase 3 para a Zostavax® ou a Shingrix® em pacientes com HIV. As diretrizes dos EUA para a prevenção e o tratamento de infecções oportunistas em adultos com HIV recomendam a vacinação com a Shingrix® para adultos com HIV com ≥ 50 anos de idade, independentemente da contagem de CD4.[13] A vacina não deve ser administrada durante um episódio agudo de HZ, e alguns especialistas optam por protelar a vacinação até que o paciente esteja virologicamente suprimido com terapia antirretroviral, ou até que a recuperação da contagem de CD4 para maximizar a resposta à vacina.[13]

O ACIP recomenda a Shingrix® nos adultos imunodeficientes ou imunossuprimidos com 19 anos ou mais.[67] [68] Idealmente, a Shingrix® deve ser administrada antes que o paciente seja imunossuprimido, ou durante um período em que a resposta imune esteja forte (ou seja, durante os períodos de imunossupressão mais baixa e doença estável).[69]

Nos EUA, a Zostavax® não está mais disponível comercialmente; a Shingrix® é a única vacina disponível para a prevenção do HZ.[69] Na Europa, a Shingrix® recebeu autorização de comercialização para prevenir o HZ e a neuralgia pós-herpética em indivíduos com ≥ 50 anos em janeiro de 2018. Em julho de 2020, a autorização foi estendida para incluir adultos ≥ 18 anos com risco aumentado de HZ. No Reino Unido, a partir de setembro de 2023, a Shingrix® será oferecida aos indivíduos imunocompetentes a partir de 60 anos de idade (em uma implementação por etapas ao longo de 10 anos, iniciando por aqueles com 65 e 70 anos de idade) e para indivíduos gravemente imunossuprimidos a partir de 50 anos de idade, substituindo a Zostavax®.[70]

Prevenção secundária

Os pacientes podem transmitir o vírus através de fluidos das lesões a pessoas sem uma história de infecção por varicela; portanto, o contato corporal direto deve ser evitado. A cobertura de lesões que geralmente não são protegidas com roupa também pode diminuir a transmissão. As pessoas imunocomprometidas podem liberar vírus pelas lesões e pelo trato respiratório.

Nos EUA, a profilaxia pós-exposição com vacina contra varicela ou imunoglobulina da varicela-zóster deve ser considerada se um indivíduo suscetível tiver exposição próxima a alguém com infecção pelo vírus varicela-zóster.^[125] A imunoglobulina contra varicela-zóster é recomendada para os pacientes sem evidências de imunidade à varicela que apresentam alto risco de varicela grave e de complicações, que foram expostos a varicela ou ao herpes-zóster, e para os quais a vacina contra a varicela for contraindicada.^[126]

No Reino Unido, a profilaxia pós-exposição é recomendada para os indivíduos que tiverem tido exposição significativa ao herpes-zóster (vírus da varicela-zóster), apresentam aumento do risco de varicela grave (por exemplo, indivíduos imunossuprimidos, neonatos, gestantes) e não têm anticorpos contra o vírus varicela-zóster. O tratamento de primeira linha é feito com um antiviral oral (por exemplo, aciclovir, valaciclovir). A imunoglobulina humana contra varicela-zóster intramuscular é uma opção de segunda linha nas pessoas incapazes de tomar antivirais orais, e um tratamento de primeira linha nos neonatos suscetíveis expostos em até 1 semana após o parto. A imunoglobulina humana intravenosa normal é uma opção para quem não pode receber antivirais ou imunoglobulina contra varicela-zóster.^[127]

Discussões com os pacientes

Alerte os pacientes para manterem a erupção cutânea limpa e seca, reduzindo o risco de superinfecção bacteriana. Os pacientes devem também evitar antibióticos tópicos ou curativos com adesivo que podem causar irritação e retardar a cura da erupção cutânea. Além disso, eles devem evitar o uso de roupas feitas de fibras que causem irritação (por exemplo, lã). Aconselhe os pacientes sobre a possível complicação de dor pós-herpética e ofereça recomendações sobre como lidar psicologicamente com a dor crônica (por exemplo, com técnicas de relaxamento e aconselhamento). O encaminhamento para um especialista em controle da dor é indicado se a dor interferir na vida diária.

Monitoramento

Monitoramento

Os pacientes que ainda tiverem novas lesões se formando e aqueles que desenvolverem complicações neurológicas, oculares, motoras e cutâneas após o tratamento com um curso de 7 dias de medicamentos antivirais devem ser monitorados rigorosamente para se avaliar a necessidade de prolongar o tratamento. O tratamento das complicações pode também ser necessário. Os pacientes com complicações oculares devem ser encaminhados imediatamente a um oftalmologista.

Complicações

Complicações	Período de ocorrência	Probabilidade
HZ oftálmico	curto prazo	alta
Ocorre se o vírus infecta o nervo trigêmeo. A infecção pode causar conjuntivite, ceratite, ulceração da córnea, iridociclite, glaucoma e cegueira. Todos os pacientes devem ser tratados com antivirais. O medicamento antiviral administrado em até 72 horas após início da erupção cutânea reduz a incidência de complicações em 25%. ^[120] A pomada ocular para lubrificação deve ser administrada aos pacientes quando o reflexo de piscar estiver afetado, para evitar danos ao epitélio da córnea.		
superinfecção das lesões de pele	curto prazo	alta
Infecção secundária das lesões, geralmente por bactérias estafilocócicas e estreptocócicas. A superinfecção bacteriana pode causar celulite, osteomielite ou complicações com risco de vida como fasciite necrosante e sepse. Os sintomas incluem dor, vermelhidão e inchaço na área afetada. As lesões podem desenvolver pus. Deve-se administrar antibióticos para tratar a infecção.		
encefalite	curto prazo	baixa
Geralmente ocorre alguns dias após o início da erupção cutânea, mas em alguns casos o início ocorre vários meses após um episódio de herpes-zóster (HZ). Manifesta-se por cefaleia, meningismo, febre, ataxia e convulsões. A encefalite crônica é observada quase exclusivamente em pacientes imunocomprometidos. Seu início ocorre geralmente alguns meses após a resolução da erupção cutânea. Os pacientes geralmente relatam sintomas subagudos, como cefaleia, febre e alterações do estado mental. No entanto, os pacientes podem ter sintomas focais, como hemiplegia e afasia. O prognóstico é desfavorável. Os achados da ressonância nuclear magnética (RNM) incluem infartos nas regiões cortical e subcortical das substâncias cinzenta e branca e vasculite nos pequenos vasos.		
HZ ótica (síndrome de Ramsay Hunt)	curto prazo	baixa
Ocorre quando o vírus da varicela-zóster é reativado no gânglio geniculado do nervo craniano VII (nervo facial). Ocorre em <1% dos casos de zoster e é mais comum em indivíduos acima de 60 anos. A tríade clássica da síndrome de Ramsay Hunt é otalgia, erupção cutânea vesicular na orelha (herpes-zóster ótica) e paralisia facial ipsilateral. A síndrome de Ramsay Hunt diferencia-se por ter um componente motor (paralisia facial ipsilateral), a qual ocorre porque os nervos do núcleo motor do nervo facial passam pelo gânglio geniculado. Os outros sintomas podem incluir zumbido, perda auditiva, náuseas, vômitos, vertigem e nistagmo, o qual está relacionado a comprometimento do nervo vestibulococlear. O tratamento combinado contendo agentes antivirais e esteroides é recomendado para o tratamento da síndrome de Ramsay Hunt. O diagnóstico e o tratamento imediatos (idealmente, em até 72 horas) levam a desfechos melhores. ^{[121] [122]}		
mielite transversa	curto prazo	baixa
Comum em pacientes imunocomprometidos e geralmente ocorre após o HZ torácico. Geralmente ocorre fraqueza no mesmo segmento da medula espinhal da erupção cutânea. O sintoma principal é geralmente a retenção urinária. A ressonância nuclear magnética mostra evidência de mielite no segmento da infecção.		

Complicações	Período de ocorrência	Probabilidade
retinite por varicela-zóster	curto prazo	baixa
A necrose retinal aguda pode ocorrer em pacientes imunocompetentes e imunocomprometidos. Geralmente é unilateral e se apresenta como início agudo de perda da visão com possível vermelhidão, fotofobia, dor, moscas volantes e flashes. A inflamação pode ser grave. Geralmente, a necrose retiniana progressiva externa ocorre apenas em pacientes com infecção por HIV e contagem de CD4 <100 células/mm³. Normalmente é bilateral e há inflamação mínima. As lesões periféricas nas camadas retinianas externas se fundem, causando necrose retiniana de espessura total e possível descolamento de retina.^{[13] [123] [124]} O tratamento é feito com antivirais, e o envolvimento de um oftalmologista experiente é fortemente recomendado.		
zóster disseminado	curto prazo	baixa
Comum em pacientes gravemente imunocomprometidos. A erupção cutânea vesicular envolve vários dermatômos e o envolvimento visceral também pode ocorrer. Os pacientes devem ser tratados com aciclovir intravenoso até que a infecção seja controlada; em seguida, deve-se trocar para um medicamento antiviral oral pelo restante do curso de tratamento.		

Prognóstico

O herpes-zóster raramente causa mortes em pacientes imunocompetentes, mas pode ser fatal em pacientes imunocomprometidos. As complicações oculares ocorrem em 50% a 90% dos casos, resultando em diminuição temporária ou permanente da acuidade visual, ou cegueira se não forem tratadas.^{[96] [118] [119]} Outras complicações incluem superinfecções bacterianas (1.1%), paralisia dos nervos periféricos (1.8%), perda sensorial (1.8%) e herpes-zóster disseminado (1.7%).^[41]

Diretrizes de tratamento

Reino Unido

Shingles (herpes zoster): the green book, chapter 28a (<https://www.gov.uk/government/publications/shingles-herpes-zoster-the-green-book-chapter-28a>)

Publicado por: UK Health Security Agency (formerly Public Health England)

Última publicação: 2024

Shingles: guidance and vaccination programme (<https://www.gov.uk/government/collections/shingles-vaccination-programme>)

Publicado por: UK Health Security Agency (formerly Public Health England)

Última publicação: 2023

Post exposure prophylaxis (PEP) for varicella and shingles (<https://www.gov.uk/government/publications/post-exposure-prophylaxis-for-chickenpox-and-shingles>)

Publicado por: UK Health Security Agency (formerly Public Health England)

Última publicação: 2023

Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg173>)

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação: 2020

América do Norte

Recommended immunization schedule for adults aged 19 years or older: United States, 2025 (<https://www.cdc.gov/vaccines/site.html>)

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação: 2024

Update on recommendations for use of herpes zoster vaccine (<https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/vacc-specific/shingles.html>)

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação: 2018

Updated recommendations for use of VariZIG - United States (<https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/vacc-specific/varicella.html>)

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação: 2013

Ásia

Guidebook on immunization 2018-19 (<https://www.iapindia.org/iap-guidebook-on-immunization>)

Publicado por: Indian Academy of Pediatrics

Última publicação: 2020

Principais artigos

- Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J, et al. Recommendations for the management of herpes zoster. Clin Infect Dis. 2007 Jan 1;44 Suppl 1:S1-26. [Texto completo \(https://academic.oup.com/cid/article/44/Supplement_1/S1/334966\)](https://academic.oup.com/cid/article/44/Supplement_1/S1/334966) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17143845?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17143845?tool=bestpractice.bmj.com)
- National Institutes of Health, Centers for Disease Control and Prevention, HIV Medicine Association, and Infectious Diseases Society of America. Panel on Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and Adolescents with HIV. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in adults and adolescents with HIV: varicella-zoster virus. 2022 [internet publication]. [Texto completo \(https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/varicella-zoster\)](https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/varicella-zoster)
- Dooling KL, Guo A, Patel M, et al. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices for use of herpes zoster vaccines. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018 Jan 26;67(3):103-8. [Texto completo \(https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6703a5.htm\)](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6703a5.htm) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29370152?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29370152?tool=bestpractice.bmj.com)
- Centers for Disease Control and Prevention. Adult immunization schedule by age. Recommendations for ages 19 years or older, United States, 2025. Nov 2024 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/adult-age.html\)](https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/adult-age.html)
- Severson EA, Baratz KH, Hodge DO, et al. Herpes zoster ophthalmicus in Olmsted County, Minnesota: have systemic antivirals made a difference? Arch Ophthalmol. 2003 Mar;121(3):386-90. [Texto completo \(https://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/fullarticle/415180\)](https://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/fullarticle/415180) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12617710?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12617710?tool=bestpractice.bmj.com)

Referências

1. Gnann JW Jr, Whitley RJ. Herpes zoster. N Engl J Med. 2002 Aug 1;347(5):340-6. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12151472?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12151472?tool=bestpractice.bmj.com)
2. Roxas M. Herpes zoster and postherpetic neuralgia: diagnosis and therapeutic considerations. Altern Med Rev. 2006 Jun;11(2):102-13. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16813460?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16813460?tool=bestpractice.bmj.com)
3. Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J, et al. Recommendations for the management of herpes zoster. Clin Infect Dis. 2007 Jan 1;44 Suppl 1:S1-26. [Texto completo \(https://academic.oup.com/cid/article/44/Supplement_1/S1/334966\)](https://academic.oup.com/cid/article/44/Supplement_1/S1/334966) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17143845?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17143845?tool=bestpractice.bmj.com)
4. Kawai K, Gebremeskel BG, Acosta CJ. Systematic review of incidence and complications of herpes zoster: towards a global perspective. BMJ Open. 2014 Jun 10;4(6):e004833. [Texto completo](#)

- (<https://bmjopen.bmj.com/content/4/6/e004833.long>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24916088?tool=bestpractice.bmj.com>)
5. Choo PW, Donahue JG, Manson JE, et al. The epidemiology of varicella and its complications. *J Infect Dis*. 1995 Sep;172(3):706-12. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7658062?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7658062?tool=bestpractice.bmj.com)
 6. Opstelten W, Mauritz Jw, de Wit NJ, et al. Herpes zoster and postherpetic neuralgia: incidence and risk factors using a general practice research database. *Fam Pract*. 2002 Oct;19(5):471-5. [Texto completo \(https://academic.oup.com/fampra/article/19/5/471/539233\)](https://academic.oup.com/fampra/article/19/5/471/539233) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12356697?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12356697?tool=bestpractice.bmj.com)
 7. Di Legami V, Gianino MM, Atti MC, et al. Epidemiology and costs of herpes zoster: background data to estimate the impact of vaccination. *Vaccine*. 2007 Oct 23;25(43):7598-604. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17889410?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17889410?tool=bestpractice.bmj.com)
 8. Garcia Cenoz M, Castilla J, Montes Y, et al. Varicella and herpes zoster incidence prior to the introduction of systematic child vaccination in Navarre, 2005-2006. *An Sist Sanit Navar* 2008 Jan-Apr;31(1):71-80. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18496581?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18496581?tool=bestpractice.bmj.com)
 9. Insinga RP, Itzler RF, Pellissier JM, et al. The incidence of herpes zoster in a United States administrative database. *J Gen Intern Med*. 2005 Aug;20(8):748-53. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490195\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490195) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16050886?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16050886?tool=bestpractice.bmj.com)
 10. Buchbinder SP, Katz MH, Hessel NA, et al. Herpes zoster and human immunodeficiency virus infection. *J Infect Dis*. 1992 Nov;166(5):1153-6. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1308664?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1308664?tool=bestpractice.bmj.com)
 11. Alliegro MB, Dorrucchi M, Pezzotti P, et al. Herpes zoster and progression to AIDS in a cohort of individuals who seroconverted to human immunodeficiency virus. Italian HIV Seroconversion Study. *Clin Infect Dis*. 1996 Nov;23(5):990-5. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8922791?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8922791?tool=bestpractice.bmj.com)
 12. Yanni EA, Ferreira G, Guennec M, et al. Burden of herpes zoster in 16 selected immunocompromised populations in England: a cohort study in the Clinical Practice Research Datalink 2000-2012. *BMJ Open*. 2018 Jun 7;8(6):e020528. [Texto completo \(https://bmjopen.bmj.com/content/8/6/e020528.long\)](https://bmjopen.bmj.com/content/8/6/e020528.long) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29880565?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29880565?tool=bestpractice.bmj.com)
 13. National Institutes of Health, Centers for Disease Control and Prevention, HIV Medicine Association, and Infectious Diseases Society of America. Panel on Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and Adolescents with HIV. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in adults and adolescents with HIV: varicella-zoster virus. 2022 [internet publication]. [Texto completo \(https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/varicella-zoster\)](https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-opportunistic-infections/varicella-zoster)
 14. Fleming DM, Cross KW, Cobb WA, et al. Gender difference in the incidence of shingles. *Epidemiol Infect*. 2004 Jan;132(1):1-5. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/)

PMC2870070/pdf/14979582.pdf) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14979582?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14979582?tool=bestpractice.bmj.com)

15. Schmader K, George LK, Hamilton JD. Racial differences in the occurrence of herpes zoster. *J Infect Dis.* 1995 Mar;171(3):701-4. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7876622?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7876622?tool=bestpractice.bmj.com)
16. Smith JB, Fenske NA. Herpes zoster and internal malignancy. *South Med J.* 1995 Nov;88(11):1089-92. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7481976?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7481976?tool=bestpractice.bmj.com)
17. Kawai K, Yawn BP, Wollan P, et al. Increasing incidence of herpes zoster over a 60-year period from a population-based study. *Clin Infect Dis.* 2016 Jul 15;63(2):221-6. [Texto completo \(https://academic.oup.com/cid/article/63/2/221/1745553\)](https://academic.oup.com/cid/article/63/2/221/1745553) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27161774?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27161774?tool=bestpractice.bmj.com)
18. Hales CM, Harpaz R, Joesoef MR, et al. Examination of links between herpes zoster incidence and childhood varicella vaccination. *Ann Intern Med.* 2013 Dec 3;159(11):739-45. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5719886\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5719886) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24297190?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24297190?tool=bestpractice.bmj.com)
19. Russell ML, Schopflocher DP, Svenson L, et al. Secular trends in the epidemiology of shingles in Alberta. *Epidemiol Infect.* 2007 Aug;135(6):908-13. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2870667\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2870667) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17291380?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17291380?tool=bestpractice.bmj.com)
20. Brisson M, Edmunds WJ, Law B, et al. Epidemiology of varicella zoster virus infection in Canada and the United Kingdom. *Epidemiol Infect.* 2001 Oct;127(2):305-14. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2869750/pdf/11693508.pdf\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2869750/pdf/11693508.pdf) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11693508?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11693508?tool=bestpractice.bmj.com)
21. Toyama N, Shiraki K; Society of the Miyazaki Prefecture Dermatologists. Epidemiology of herpes zoster and its relationship to varicella in Japan: a 10-year survey of 48,388 herpes zoster cases in Miyazaki prefecture. *J Med Virol.* 2009 Dec;81(12):2053-8. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19856466?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19856466?tool=bestpractice.bmj.com)
22. Schmader K. Herpes zoster in older adults. *Clin Infect Dis.* 2001 May 15;32(10):1481-6. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11317250?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11317250?tool=bestpractice.bmj.com)
23. Donahue JG, Choo PW, Manson J, et al. The incidence of herpes zoster. *Arch Intern Med.* 1995 Aug 7-21;155(15):1605-9. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7618983?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7618983?tool=bestpractice.bmj.com)
24. Glesby MJ, Moore RD, Chaisson RE. Clinical spectrum of herpes zoster in adults infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis.* 1995 Aug;21(2):370-5. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8562746?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8562746?tool=bestpractice.bmj.com)

25. Gupta G, Lautenbach E, Lewis JD. Incidence and risk factors for herpes zoster among patients with inflammatory bowel disease. Clin Gastroenterol Hepatol. 2006 Dec;4(12):1483-90. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17162240?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17162240?tool=bestpractice.bmj.com)
26. Bhavsar A, Lonnet G, Wang C, et al. Increased risk of herpes zoster in adults ≥50 years old diagnosed with COVID-19 in the United States. Open Forum Infect Dis. 2022 May;9(5):ofac118. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8982770\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8982770) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35392454?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35392454?tool=bestpractice.bmj.com)
27. Marra F, Parhar K, Huang B, et al. Risk factors for herpes zoster infection: a meta-analysis. Open Forum Infect Dis. 2020 Jan;7(1):ofaa005. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6984676\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6984676) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32010734?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32010734?tool=bestpractice.bmj.com)
28. Forbes HJ, Bhaskaran K, Thomas SL, et al. Quantification of risk factors for herpes zoster: population based case-control study. BMJ. 2014 May 13;348:g2911. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4019782\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4019782) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25134101?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25134101?tool=bestpractice.bmj.com)
29. Kawai K, Yawn BP. Risk factors for herpes zoster: a systematic review and meta-analysis. Mayo Clin Proc. 2017 Dec;92(12):1806-21. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29202939?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29202939?tool=bestpractice.bmj.com)
30. Armstrong D, Dregan A, Ashworth M, et al. Prior antibiotics and risk of subsequent herpes zoster: a population-based case control study. PLoS One. 2022;17(10):e0276807. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9612511\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9612511) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36301976?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36301976?tool=bestpractice.bmj.com)
31. Chen IL, Chiu HY. Association of herpes zoster with COVID-19 vaccination: A systematic review and meta-analysis. J Am Acad Dermatol. 2023 Aug;89(2):370-1. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10060010\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10060010)
32. Hertel M, Heiland M, Nahles S, et al. Real-world evidence from over one million COVID-19 vaccinations is consistent with reactivation of the varicella-zoster virus. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022 Aug;36(8):1342-48. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9114991\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9114991) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35470920?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35470920?tool=bestpractice.bmj.com)
33. Walter R, Hartmann K, Fleisch F, et al. Reactivation of herpesvirus infections after vaccinations? Lancet. 1999 Mar 6;353(9155):810.
34. de Oliveira Gomes J, Gagliardi AM, Andriolo BN, et al. Vaccines for preventing herpes zoster in older adults. Cochrane Database Syst Rev. 2023 Oct 2;10(10):CD008858. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37781954?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37781954?tool=bestpractice.bmj.com)
35. Klein NP, Bartlett J, Fireman B, et al. Effectiveness of the live zoster vaccine during the 10 years following vaccination: real world cohort study using electronic health records. BMJ. 2023 Nov 8;383:e076321. [Texto completo \(https://www.bmj.com/content/383/bmj-2023-076321.long\)](https://www.bmj.com/content/383/bmj-2023-076321.long) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37940142?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37940142?tool=bestpractice.bmj.com)

36. Zerbo O, Bartlett J, Fireman B, et al. Effectiveness of recombinant zoster vaccine against herpes zoster in a real-world setting. *Ann Intern Med*. 2024 Feb;177(2):189-95. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38190712?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38190712?tool=bestpractice.bmj.com)
37. Sanford M, Keating GM. Zoster vaccine (Zostavax): a review of its use in preventing herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults. *Drugs Aging*. 2010 Feb 1;27(2):159-76. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20104941?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20104941?tool=bestpractice.bmj.com)
38. US Food and Drug Administration. Vaccines, blood and biologics: Zostavax. Dec 2019 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/zostavax\)](https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/zostavax)
39. Chen N, Li Q, Zhang Y, et al. Vaccination for preventing postherpetic neuralgia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Mar 16;(3):CD007795. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007795.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007795.pub2/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21412911?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21412911?tool=bestpractice.bmj.com)
40. Schmader KE, Levin MJ, Gnann JW Jr, et al. Efficacy, safety, and tolerability of herpes zoster vaccine in persons aged 50-59 years. *Clin Infect Dis*. 2012 Apr;54(7):922-8. [Texto completo \(https://academic.oup.com/cid/article/54/7/922/299086\)](https://academic.oup.com/cid/article/54/7/922/299086) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22291101?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22291101?tool=bestpractice.bmj.com)
41. Oxman MN, Levin MJ, Johnson GR, et al; Shingles Prevention Study Group. A vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults. *N Engl J Med*. 2005 Jun 2;352(22):2271-84. [Texto completo \(https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa051016\)](https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa051016) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15930418?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15930418?tool=bestpractice.bmj.com)
42. Levin MJ, Buchwald UK, Gardner J, et al. Immunogenicity and safety of zoster vaccine live administered with quadrivalent influenza virus vaccine. *Vaccine*. 2018 Jan 2;36(1):179-85. [Texto completo \(https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X17310964?via%3Dihub\)](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X17310964?via%3Dihub) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28830693?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28830693?tool=bestpractice.bmj.com)
43. Morrison VA, Johnson GR, Schmader KE, et al; Shingles Prevention Study Group. Long-term persistence of zoster vaccine efficacy. *Clin Infect Dis*. 2015 Mar 15;60(6):900-9. [Texto completo \(https://academic.oup.com/cid/article/60/6/900/496651\)](https://academic.oup.com/cid/article/60/6/900/496651) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25416754?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25416754?tool=bestpractice.bmj.com)
44. Dooling KL, Guo A, Patel M, et al. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices for use of herpes zoster vaccines. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2018 Jan 26;67(3):103-8. [Texto completo \(https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6703a5.htm\)](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6703a5.htm) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29370152?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29370152?tool=bestpractice.bmj.com)
45. Lal H, Cunningham AL, Godeaux O, et al; ZOE-50 Study Group. Efficacy of an adjuvanted herpes zoster subunit vaccine in older adults. *N Engl J Med*. 2015 May 28;372(22):2087-96. [Texto completo \(https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1501184\)](https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1501184) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25916341?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25916341?tool=bestpractice.bmj.com)
46. Cunningham AL, Lal H, Kovac M, et al; ZOE-70 Study Group. Efficacy of the herpes zoster subunit vaccine in adults 70 years of age or older. *N Engl J Med*. 2016 Sep 15;375(11):1019-32.

- Texto completo (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1603800>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27626517?tool=bestpractice.bmj.com>)
47. Centers for Disease Control and Prevention. Adult immunization schedule by age. Recommendations for ages 19 years or older, United States, 2025. Nov 2024 [internet publication]. Texto completo (<https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/adult-age.html>)
 48. Kovac M, Lal H, Cunningham AL, et al. Complications of herpes zoster in immunocompetent older adults: incidence in vaccine and placebo groups in two large phase 3 trials. *Vaccine*. 2018 Mar 14;36(12):1537-41. Texto completo (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X18302032?via%3Dihub>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29463421?tool=bestpractice.bmj.com>)
 49. Boutry C, Hastie A, Diez-Domingo J, et al. The Adjuvanted Recombinant Zoster Vaccine Confers Long-Term Protection Against Herpes Zoster: Interim Results of an Extension Study of the Pivotal Phase 3 Clinical Trials ZOE-50 and ZOE-70. *Clin Infect Dis*. 2022 Apr 28;74(8):1459-67. Texto completo (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9049256>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34283213?tool=bestpractice.bmj.com>)
 50. Chlibek R, Smetana J, Pauksens K, et al. Safety and immunogenicity of three different formulations of an adjuvanted varicella-zoster virus subunit candidate vaccine in older adults: a phase II, randomized, controlled study. *Vaccine*. 2014 Mar 26;32(15):1745-53. Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24508036?tool=bestpractice.bmj.com>)
 51. Parikh R, Singer D, Chmielewski-Yee E, et al. Effectiveness and safety of recombinant zoster vaccine: a review of real-world evidence. *Hum Vaccin Immunother*. 2023 Dec 15;19(3):2263979. Texto completo (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21645515.2023.2263979>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37967254?tool=bestpractice.bmj.com>)
 52. Lal H, Poder A, Campora L, et al. Immunogenicity, reactogenicity and safety of 2 doses of an adjuvanted herpes zoster subunit vaccine administered 2, 6 or 12 months apart in older adults: results of a phase III, randomized, open-label, multicenter study. *Vaccine*. 2018 Jan 2;36(1):148-54. Texto completo (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X17315785?via%3Dihub>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29174683?tool=bestpractice.bmj.com>)
 53. Tricco AC, Zarin W, Cardoso R, et al. Efficacy, effectiveness, and safety of herpes zoster vaccines in adults aged 50 and older: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 2018 Oct 25;363:k4029. Texto completo (<https://www.bmj.com/content/363/bmj.k4029.long>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30361202?tool=bestpractice.bmj.com>)
 54. Hesse EM, Shimabukuro TT, Su JR, et al. Postlicensure safety surveillance of recombinant zoster vaccine (Shingrix) - United States, October 2017 - June 2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019 Feb 1;68(4):91-4. Texto completo (<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6804a4.htm>) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30703077?tool=bestpractice.bmj.com>)
 55. Grunning K, Campora L, Douha M, et al. Immunogenicity and safety of the HZ/su adjuvanted herpes zoster subunit vaccine in adults previously vaccinated with a live attenuated herpes zoster vaccine. *J Infect Dis*. 2017 Dec 12;216(11):1343-51. Texto completo (<https://academic.oup.com/>)

[jid/article/216/11/1343/4209275](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2902912?tool=bestpractice.bmj.com)) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2902912?tool=bestpractice.bmj.com>)

56. Schwarz TF, Aggarwal N, Moeckesch B, et al. Immunogenicity and safety of an adjuvanted herpes zoster subunit vaccine coadministered with seasonal influenza vaccine in adults aged 50 years or older. *J Infect Dis*. 2017 Dec 12;216(11):1352-61. [Texto completo \(https://academic.oup.com/jid/article/216/11/1352/4191338\)](https://academic.oup.com/jid/article/216/11/1352/4191338) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29029224?tool=bestpractice.bmj.com>)
57. Curran D, Oostvogels L, Heineman T, et al; ZOE-50/70 Study Group. Quality of life impact of an adjuvanted recombinant zoster vaccine in adults aged 50 years and older. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2019 Jul 12;74(8):1231-8. [Texto completo \(https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/74/8/1231/5046047\)](https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/74/8/1231/5046047) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29955836?tool=bestpractice.bmj.com>)
58. Goud R, Lufkin B, Duffy J, et al. Risk of Guillain-Barré Syndrome Following Recombinant Zoster Vaccine in Medicare Beneficiaries. *JAMA Intern Med*. 2021 Dec 1;181(12):1623-30. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8561433\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8561433) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34724025?tool=bestpractice.bmj.com>)
59. Shimabukuro TT, Miller ER, Strikas RA, et al. Notes from the Field: vaccine administration errors involving recombinant zoster vaccine — United States, 2017–2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2018 May 25;67(20):585-6. [Texto completo \(https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6720a4.htm\)](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6720a4.htm) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29795075?tool=bestpractice.bmj.com>)
60. Chen SY, Suaya JA, Li Q, et al. Incidence of herpes zoster in patients with altered immune function. *Infection*. 2014 Apr;42(2):325-34. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1007/s15010-013-0550-8\)](https://www.doi.org/10.1007/s15010-013-0550-8) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24214127?tool=bestpractice.bmj.com>)
61. Bastidas A, de la Serna J, El Idrissi M, et al; ZOE-HSCT Study Group Collaborators. Effect of recombinant zoster vaccine on incidence of herpes zoster after autologous stem cell transplantation: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2019 Jul 9;322(2):123-33. [Texto completo \(https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2737683\)](https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2737683) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31287523?tool=bestpractice.bmj.com>)
62. Dagnev AF, Ilhan O, Lee WS, et al. Immunogenicity and safety of the adjuvanted recombinant zoster vaccine in adults with haematological malignancies: a phase 3, randomised, clinical trial and post-hoc efficacy analysis. *Lancet Infect Dis*. 2019 Sep;19(9):988-1000. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1016/S1473-3099\(19\)30163-X\)](https://www.doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30163-X) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31399377?tool=bestpractice.bmj.com>)
63. Vink P, Ramon Torrell JM, Sanchez Fructuoso A, et al. Immunogenicity and Safety of the Adjuvanted Recombinant Zoster Vaccine in Chronically Immunosuppressed Adults Following Renal Transplant: A Phase 3, Randomized Clinical Trial. *Clin Infect Dis*. 2020 Jan 2;70(2):181-190. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1093/cid/ciz177\)](https://www.doi.org/10.1093/cid/ciz177) Resumo (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30843046?tool=bestpractice.bmj.com>)

64. Vink P, Delgado Mingorance I, Maximiano Alonso C, et al. Immunogenicity and safety of the adjuvanted recombinant zoster vaccine in patients with solid tumors, vaccinated before or during chemotherapy: A randomized trial. *Cancer*. 2019 Apr 15;125(8):1301-12. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6766894\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6766894) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30707761?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30707761?tool=bestpractice.bmj.com)
65. Benson CA, Andersen JW, Macatangay BJC, et al. Safety and Immunogenicity of Zoster Vaccine Live in Human Immunodeficiency Virus-Infected Adults With CD4+ Cell Counts >200 Cells/mL Virologically Suppressed on Antiretroviral Therapy. *Clin Infect Dis*. 2018 Nov 13;67(11):1712-19. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6233680\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6233680) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29590326?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29590326?tool=bestpractice.bmj.com)
66. Berkowitz EM, Moyle G, Stellbrink HJ, et al. Safety and immunogenicity of an adjuvanted herpes zoster subunit candidate vaccine in HIV-infected adults: a phase 1/2a randomized, placebo-controlled study. *J Infect Dis*. 2015 Apr 15;211(8):1279-87. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1093/infdis/jiu606\)](https://www.doi.org/10.1093/infdis/jiu606) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25371534?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25371534?tool=bestpractice.bmj.com)
67. Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report. Use of recombinant zoster vaccine in immunocompromised adults aged ≥ 19 Years: recommendations of the advisory committee on immunization practices — United States, 2022. Jan 2022 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/mm7103a2.htm\)](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/mm7103a2.htm) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/insert id?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/insert id?tool=bestpractice.bmj.com)
68. Centers for Disease Control and Prevention. Clinical considerations for use of recombinant zoster vaccine (RZV, Shingrix) in immunocompromised adults aged ≥19 Years. Jan 2022 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.cdc.gov/shingles/vaccination/immunocompromised-adults.html\)](https://www.cdc.gov/shingles/vaccination/immunocompromised-adults.html) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/insert id?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/insert id?tool=bestpractice.bmj.com)
69. Centers for Disease Control and Prevention. Shingles (Herpes Zoster). Feb 2022 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.cdc.gov/shingles/index.html\)](https://www.cdc.gov/shingles/index.html)
70. UK Health Security Agency. Shingles vaccination: guidance for healthcare practitioners. Sep 2023 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.gov.uk/government/publications/shingles-vaccination-guidance-for-healthcare-professionals\)](https://www.gov.uk/government/publications/shingles-vaccination-guidance-for-healthcare-professionals)
71. Katz J, Cooper EM, Walther RR, et al. Acute pain in herpes zoster and its impact on health-related quality of life. *Clin Infect Dis*. 2004 Aug 1;39(3):342-8. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15307000?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15307000?tool=bestpractice.bmj.com)
72. Gilden DH, Wright RR, Schneck SA, et al. Zoster sine herpete, a clinical variant. *Ann Neurol*. 1994 May;35(5):530-3. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8179298?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8179298?tool=bestpractice.bmj.com)
73. National Institute for Health and Care Excellence. HIV testing: encouraging uptake. Sep 2017 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/qs157/chapter/Quality-statement-3-HIV-indicator-conditions\)](https://www.nice.org.uk/guidance/qs157/chapter/Quality-statement-3-HIV-indicator-conditions)

74. HIV in Europe. HIV indicator conditions - guidance for implementing HIV testing in adults in health care settings. Jun 2016 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.eurotest.org/testing-tools/hiv-indicator-conditions\)](https://www.eurotest.org/testing-tools/hiv-indicator-conditions)
75. Gilden DH, Kleinschmidt-DeMasters BK, LaGuardia JJ, et al. Neurologic complications of the reactivation of varicella-zoster virus. *N Engl J Med*. 2000 Mar 2;342(9):635-45. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10699164?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10699164?tool=bestpractice.bmj.com)
76. Dahl H, Marcoccia J, Linde A. Antigen detection: the method of choice in comparison with virus isolation and serology for laboratory diagnosis of herpes zoster in human immunodeficiency virus-infected patients. *J Clin Microbiol*. 1997 Feb;35(2):347-9. [Texto completo \(https://jcm.asm.org/content/jcm/35/2/347.full.pdf\)](https://jcm.asm.org/content/jcm/35/2/347.full.pdf) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9003593?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9003593?tool=bestpractice.bmj.com)
77. Sauerbrei A, Eichhorn U, Schacke M, et al. Laboratory diagnosis of herpes zoster. *J Clin Virol*. 1999 Sep;14(1):31-6. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10548128?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10548128?tool=bestpractice.bmj.com)
78. Pavan-Langston D. Herpes zoster antivirals and pain management. *Ophthalmology*. 2008 Feb;115(2 Suppl):S13-20. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18243927?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18243927?tool=bestpractice.bmj.com)
79. Huff JC, Bean B, Balfour HH Jr, et al. Therapy of herpes zoster with oral acyclovir. *Am J Med*. 1988 Aug 29;85(2A):84-9. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3044099?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3044099?tool=bestpractice.bmj.com)
80. Tying S, Barbarash RA, Nahlik JE, et al; Collaborative Famciclovir Herpes Zoster Study Group. Famciclovir for the treatment of acute herpes zoster: effects on acute disease and postherpetic neuralgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med*. 1995 Jul 15;123(2):89-96. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7778840?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7778840?tool=bestpractice.bmj.com)
81. Tying SK, Beutner KR, Tucker BA, 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 Sep-Oct;9(9):863-9. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11031393?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11031393?tool=bestpractice.bmj.com)
82. Severson EA, Baratz KH, Hodge DO, et al. Herpes zoster ophthalmicus in Olmsted County, Minnesota: have systemic antivirals made a difference? *Arch Ophthalmol*. 2003 Mar;121(3):386-90. [Texto completo \(https://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/fullarticle/415180\)](https://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/fullarticle/415180) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12617710?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12617710?tool=bestpractice.bmj.com)
83. Wassilew SW. Brivudin compared with famciclovir in the treatment of herpes zoster: effects in acute disease and chronic pain in immunocompetent patients. A randomized, double-blind, multinational study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005 Jan;19(1):47-55. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15649191?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15649191?tool=bestpractice.bmj.com)
84. McDonald EM, de Kock J, Ram FS. Antivirals for management of herpes zoster including ophthalmicus: a systematic review of high-quality randomized controlled trials. *Antivir Ther*. 2012;17(2):255-64. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22300753?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22300753?tool=bestpractice.bmj.com)

85. Degreef H; Famciclovir Herpes Zoster Clinical Study Group. Famciclovir, a new oral antiherpes drug: results of the first controlled clinical study demonstrating its efficacy and safety in the treatment of uncomplicated herpes zoster in immunocompetent patients. *Int J Antimicrob Agents*. 1994;4(4):241-6. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18611615?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18611615?tool=bestpractice.bmj.com)
86. Beutner KR, Friedman DJ, Forszpaniak C, et al. Valaciclovir compared with acyclovir for improved therapy for herpes zoster in immunocompetent adults. *Antimicrob Agents Chemother*. 1995 Jul;39(7):1546-53. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7492102?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7492102?tool=bestpractice.bmj.com)
87. Wassilew SW, Wutzler P. Oral brivudin in comparison with acyclovir for herpes zoster: a survey study on postherpetic neuralgia. *Antiviral Res*. 2003 Jun;59(1):57-60. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12834861?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12834861?tool=bestpractice.bmj.com)
88. Huff JC, Drucker JL, Clemmer A, et al. Effect of oral acyclovir on pain resolution in herpes zoster: a reanalysis. *J Med Virol*. 1993 Jan 1;Suppl 1:93-6. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8245901?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8245901?tool=bestpractice.bmj.com)
89. Morton P, Thomson AN. Oral acyclovir in the treatment of herpes zoster in general practice. *N Z Med J*. 1989 Mar 8;102(863):93-5. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2648213?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2648213?tool=bestpractice.bmj.com)
90. McKendrick MW, McGill JI, White JE, et al. Oral acyclovir in acute herpes zoster. *BMJ*. 1986 Dec 13;293(6561):1529-32. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3099943?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3099943?tool=bestpractice.bmj.com)
91. McKendrick MW, McGill JI, Wood MJ. Lack of effect of acyclovir on postherpetic neuralgia. *BMJ*. 1989 Feb 18;298(6671):431. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2495051?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2495051?tool=bestpractice.bmj.com)
92. Wood MJ, Ogan PH, McKendrick MW, et al. Efficacy of oral acyclovir treatment of acute herpes zoster. *Am J Med*. 1988 Aug 29;85(2A):79-83. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3044098?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3044098?tool=bestpractice.bmj.com)
93. Wood MJ, Kay R, Dworkin RH, et al. Oral acyclovir therapy accelerates pain resolution in patients with herpes zoster: a meta-analysis of placebo-controlled trials. *Clin Infect Dis*. 1996 Feb;22(2):341-7. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8838194?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8838194?tool=bestpractice.bmj.com)
94. Jackson JL, Gibbons R, Meyer G, et al. The effect of treating herpes zoster with oral acyclovir in preventing postherpetic neuralgia: a meta-analysis. *Arch Intern Med*. 1997 Apr 28;157(8):909-12. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9129551?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9129551?tool=bestpractice.bmj.com)
95. Whitley RJ, Weiss H, Gnann JW Jr, et al. Acyclovir with and without prednisone for the treatment of herpes zoster: a randomized, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med*. 1996 Sep 1;125(5):376-83. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8702088?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8702088?tool=bestpractice.bmj.com)

96. Opstelten W, Zaal MJ. Managing ophthalmic herpes zoster in primary care. *BMJ*. 2005 Jul 16;331(7509):147-51. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16020856?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16020856?tool=bestpractice.bmj.com)
97. Kumar V, Krone K, Mathieu A. Neuraxial and sympathetic blocks in herpes zoster and postherpetic neuralgia: an appraisal of current evidence. *Reg Anesth Pain Med*. 2004 Sep-Oct;29(5):454-61. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15372391?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15372391?tool=bestpractice.bmj.com)
98. Wolff RF, Bala MM, Westwood M, et al. 5% lidocaine-medicated plaster vs other relevant interventions and placebo for post-herpetic neuralgia (PHN): a systematic review. *Acta Neurol Scand*. 2011 May;123(5):295-309. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21039364?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21039364?tool=bestpractice.bmj.com)
99. Choo PW, Galil K, Donahue JG, et al. Risk factors for postherpetic neuralgia. *Arch Intern Med*. 1997 Jun 9;157(11):1217-24. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9183233?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9183233?tool=bestpractice.bmj.com)
100. Wu CL, Marsh A, Dworkin RH. The role of sympathetic nerve blocks in herpes zoster and postherpetic neuralgia. *Pain*. 2000 Aug;87(2):121-9. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10924805?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10924805?tool=bestpractice.bmj.com)
101. Rowbotham M, Harden N, Stacey B, et al. Gabapentin for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomized controlled trial. *JAMA*. 1998 Dec 2;280(21):1837-42. [Texto completo \(https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/188226\)](https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/188226) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9846778?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9846778?tool=bestpractice.bmj.com)
102. Watson CP, Babul N. Efficacy of oxycodone in neuropathic pain: a randomized trial in postherpetic neuralgia. *Neurology*. 1998 Jun;50(6):1837-41. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9633737?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9633737?tool=bestpractice.bmj.com)
103. Bernstein JE, Korman NJ, Bickers DR, et al. Topical capsaicin treatment of chronic postherpetic neuralgia. *J Am Acad Dermatol*. 1989 Aug;21(2 Pt 1):265-70. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2768576?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2768576?tool=bestpractice.bmj.com)
104. Galer BS, Rowbotham MC, Perander J, et al. Topical lidocaine patch relieves postherpetic neuralgia more effectively than a vehicle topical patch: results of an enriched enrollment study. *Pain*. 1999 Apr;80(3):533-8. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10342414?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10342414?tool=bestpractice.bmj.com)
105. Backonja M, Wallace MS, Blonsky ER, et al. NGX-4010, a high-concentration capsaicin patch, for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomised, double-blind study. *Lancet Neurol*. 2008 Dec;7(12):1106-12. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18977178?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18977178?tool=bestpractice.bmj.com)
106. Derry S, Rice AS, Cole P, et al. Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan 13;(1):CD007393. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007393.pub4/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007393.pub4/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28085183?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28085183?tool=bestpractice.bmj.com)

107. Irving GA, Backonja MM, Duntleman E, et al. A multicenter, randomized, double-blind, controlled study of NGX-4010, a high-concentration capsaicin patch, for the treatment of postherpetic neuralgia. *Pain Med*. 2011 Jan;12(1):99-109. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21087403?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21087403?tool=bestpractice.bmj.com)
108. Webster LR, Malan TP, Tuchman MM, et al. A multicenter, randomized, double-blind, controlled dose finding study of NGX-4010, a high-concentration capsaicin patch, for the treatment of postherpetic neuralgia. *J Pain*. 2010 Oct;11(10):972-82. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20655809?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20655809?tool=bestpractice.bmj.com)
109. Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Oct 17;(4):CD005454. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005454.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005454.pub2/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17943857?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17943857?tool=bestpractice.bmj.com)
110. Roth TV, van Seventer R, Murphy TK. The effect of pregabalin on pain-related sleep interference in diabetic peripheral neuropathy or postherpetic neuralgia: a review of nine clinical trials. *Cur Med Res Op*. 2010 Oct;26(10):2411-9. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20812792?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20812792?tool=bestpractice.bmj.com)
111. Wiffen PJ, Derry S, Bell RF, et al. Gabapentin for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 9;(6):CD007938. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007938.pub4/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007938.pub4/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28597471?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28597471?tool=bestpractice.bmj.com)
112. Semel D, Murphy TK, Zlateva G, et al. Evaluation of the safety and efficacy of pregabalin in older patients with neuropathic pain: results from a pooled analysis of 11 clinical studies. *BMC Fam Pract*. 2010 Nov 5;11:85. [Texto completo \(https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-11-85\)](https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-11-85) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21054853?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21054853?tool=bestpractice.bmj.com)
113. Chou R, Carson S, Chan BK. Gabapentin versus tricyclic antidepressants for diabetic neuropathy and post-herpetic neuralgia: discrepancies between direct and indirect meta-analyses of randomized controlled trials. *J Gen Intern Med*. 2009 Feb;24(2):178-88. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2628998\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2628998) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19089502?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19089502?tool=bestpractice.bmj.com)
114. Edelsberg JS, Lord C, Oster G. Systematic review and meta-analysis of efficacy, safety, and tolerability data from randomized controlled trials of drugs used to treat postherpetic neuralgia. *Ann Pharmacother*. 2011 Dec;45(12):1483-90. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22085778?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22085778?tool=bestpractice.bmj.com)
115. Tying S, Engst R, Coriveau C, et al. Famciclovir for ophthalmic zoster: a randomised aciclovir controlled study. *Br J Ophthalmol*. 2001 May;85(5):576-81. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11316720?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11316720?tool=bestpractice.bmj.com)
116. Kongkaew C, Chaiyakunapruk N. Efficacy of Clinacanthus nutans extracts in patients with herpes infection: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *Complement*

- Ther Med. 2011 Feb;19(1):47-53. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21296267?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21296267?tool=bestpractice.bmj.com)
117. Tying SK, Plunkett S, Scribner AR, et al; Valomaciclovir Zoster Study Group. Valomaciclovir versus valacyclovir for the treatment of acute herpes zoster in immunocompetent adults: a randomized, double-blind, active-controlled trial. *J Med Virol*. 2012 Aug;84(8):1224-32. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22711350?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22711350?tool=bestpractice.bmj.com)
118. Harding SP, Lipton JR, Wells JC. Natural history of herpes zoster ophthalmicus: predictors of postherpetic neuralgia and ocular involvement. *Br J Ophthalmol*. 1987 May;71(5):353-8. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1041165/pdf/brjopthal00615-0030.pdf\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1041165/pdf/brjopthal00615-0030.pdf) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3495293?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3495293?tool=bestpractice.bmj.com)
119. Shaikh S, Ta CN. Evaluation and management of Herpes Zoster ophthalmicus. *Am Fam Physician*. 2002 Nov 1;66(9):1723-30. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12449270?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12449270?tool=bestpractice.bmj.com)
120. Cobo LM, Foulks GN, Liesegang T, et al. Oral acyclovir in the treatment of acute herpes zoster ophthalmicus. *Ophthalmology*. 1986 Jun;93(6):763-70. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3488532?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3488532?tool=bestpractice.bmj.com)
121. Sweeney CJ, Gilden DH. Ramsay Hunt syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2001 Aug;71(2):149-54. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11459884?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11459884?tool=bestpractice.bmj.com)
122. Uscategui T, Dorée C, Chamberlain IJ, et al. Antiviral therapy for Ramsay Hunt syndrome (herpes zoster oticus with facial palsy) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8;2008(4):CD006851. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006851.pub2/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006851.pub2/full) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18843734?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18843734?tool=bestpractice.bmj.com)
123. American Academy of Ophthalmology. Acute retinal necrosis. May 2023 [internet publication]. [Texto completo \(https://eyewiki.aao.org/Acute_Retinal_Necrosis\)](https://eyewiki.aao.org/Acute_Retinal_Necrosis)
124. American Academy of Ophthalmology. Progressive outer retinal necrosis. Jan 2024 [internet publication]. [Texto completo \(https://eyewiki.org/Progressive_Outer_Retinal_Necrosis\)](https://eyewiki.org/Progressive_Outer_Retinal_Necrosis)
125. Harpaz R, Ortega-Sanchez IR, Seward JF, et al. Prevention of herpes zoster: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep*. 2008 Jun 6;57(rr-5):1-30. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18528318?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18528318?tool=bestpractice.bmj.com)
126. Centers for Disease Control and Prevention. Updated recommendations for use of VariZIG - United States, 2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2013 Jul 19;62(28):574-6. [Texto completo \(https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6228a4.htm\)](https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6228a4.htm) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23863705?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23863705?tool=bestpractice.bmj.com)
127. UK Health Security Agency. Guidance: post exposure prophylaxis for chickenpox and shingles. Jan 2023 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.gov.uk/government/publications/post-exposure-prophylaxis-for-chickenpox-and-shingles\)](https://www.gov.uk/government/publications/post-exposure-prophylaxis-for-chickenpox-and-shingles)

Imagens



Figura 1: Herpes-zóster grave em um paciente imunocomprometido envolvendo dermatomos T1 e T2

BMJ Case Reports 2009 [doi:10.1136/bcr.07.2008.0533] Copyright © 2009 by the BMJ Publishing Group Ltd.



Figura 2: Herpes-zóster grave em um paciente imunocomprometido envolvendo dermatomos T1 e T2

BMJ Case Reports 2009 [doi:10.1136/bcr.07.2008.0533] Copyright © 2009 by the BMJ Publishing Group Ltd.



Figura 3: Herpes-zóster grave em um paciente imunocomprometido mostrando múltiplas vesículas agrupadas, algumas pústulas e extensas crostas aderentes escurecidas com evidentes erosões subjacentes

BMJ Case Reports 2009 [doi:10.1136/bcr.07.2008.0533] Copyright © 2009 by the BMJ Publishing Group Ltd.

Aviso legal

O BMJ Best Practice destina-se a profissionais da área médica licenciados. A BMJ Publishing Group Ltd (BMJ) não defende nem apoia o uso de qualquer medicamento ou terapia contidos nesta publicação, nem diagnóstica pacientes. Como profissional da área médica, são de sua inteira responsabilidade a assistência e o tratamento dos seus pacientes, e você deve usar seu próprio julgamento clínico e sua experiência ao utilizar este produto.

Este documento não tem a pretensão de cobrir todos os métodos diagnósticos, tratamentos, acompanhamentos, medicamentos e contraindicações ou efeitos colaterais possíveis. Além disso, como os padrões e práticas na medicina mudam à medida que são disponibilizados novos dados, você deve consultar várias fontes. Recomendamos que você verifique de maneira independente os diagnósticos, tratamentos e acompanhamentos específicos para verificar se são a opção adequada para seu paciente em sua região. Além disso, em relação aos medicamentos que exijam prescrição médica, você deve consultar a bula do produto, que acompanha cada medicamento, para verificar as condições de uso e identificar quaisquer alterações na posologia ou contraindicações, principalmente se o medicamento administrado for novo, usado com pouca frequência ou tiver uma faixa terapêutica estrita. Você deve sempre verificar se os medicamentos referenciados estão licenciados para o uso especificado e às doses especificadas na sua região.

As informações incluídas no BMJ Best Practice são fornecidas "na maneira em que se encontram", sem nenhuma declaração, condição ou garantia de serem precisas ou atualizadas. A BMJ, suas licenciadoras ou licenciadas não assumem nenhuma responsabilidade por nenhum aspecto do tratamento administrado a qualquer paciente com o auxílio dessas informações. Nos limites da lei, a BMJ e suas licenciadoras e licenciadas não deverão incorrer em qualquer responsabilização, incluindo, mas não limitada a, responsabilização por eventuais danos decorrentes do conteúdo. São excluídas todas as condições, garantias e outros termos que possam estar implícitos por lei, incluindo, entre outros, garantias de qualidade satisfatória, adequação a um fim específico, uso de assistência e habilidade razoáveis e não violação de direitos de propriedade.

Caso o BMJ Best Practice tenha sido traduzido a outro idioma diferente do inglês, a BMJ não garante a precisão e a confiabilidade das traduções ou do conteúdo fornecido por terceiros (incluindo, mas não limitado a, regulamentos locais, diretrizes clínicas, terminologia, nomes de medicamentos e dosagens de medicamentos). A BMJ não se responsabiliza por erros e omissões decorrentes das traduções e adaptações ou de outras ações. Quando o BMJ Best Practice apresenta nomes de medicamentos, usa apenas a Denominação Comum Internacional (DCI) recomendada. É possível que alguns formulários de medicamentos possam referir-se ao mesmo medicamento com nomes diferentes.

Observe que as formulações e doses recomendadas podem ser diferentes entre os bancos de dados de medicamentos, nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. Deve-se sempre consultar o formulário de medicamentos local para obter informações completas sobre a prescrição.

As recomendações de tratamento presentes no BMJ Best Practice são específicas para cada grupo de pacientes. Recomenda-se cautela ao selecionar o formulário de medicamento, pois algumas recomendações de tratamento destinam-se apenas a adultos, e os links externos para formulários pediátricos não necessariamente recomendam o uso em crianças (e vice-versa). Sempre verifique se você selecionou o formulário de medicamento correto para o seu paciente.

Quando sua versão do BMJ Best Practice não estiver integrada a um formulário de medicamento local, você deve consultar um banco de dados farmacêutico local para obter informações completas sobre o medicamento, incluindo as contraindicações, interações medicamentosas e dosagens alternativas antes de fazer a prescrição.

Interpretação dos números

Independentemente do idioma do conteúdo, os numerais são exibidos de acordo com o padrão de separador numérico do documento original em inglês. Por exemplo, os números de 4 dígitos não devem incluir vírgula ou ponto; os números de 5 ou mais dígitos devem incluir vírgulas; e os números menores que 1 devem incluir pontos decimais. Consulte a Figura 1 abaixo para ver uma tabela explicativa.

A BMJ não se responsabiliza pela interpretação incorreta de números que estejam em conformidade com o padrão de separador numérico mencionado.

Esta abordagem está alinhada com a orientação do [Bureau Internacional de Pesos e Medidas](#).

Figura 1 – Padrão numérico do BMJ Best Practice

numerais de 5 dígitos: 10,000

numerais de 4 dígitos: 1000

numerais < 1: 0.25

Nosso site completo e os termos e condições de inscrição podem ser encontrados aqui: [Termos e Condições do site](#).

Fale conosco

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Phuc Le, PhD, MPH

Assistant Professor

Center for Value-Based Care Research, Medicine Institute, Cleveland Clinic, Cleveland, OH

Declarações: PL declares that she has no competing interests.

Michael Rothberg, MD, MPH

Professor

Center for Value-Based Care Research, Medicine Institute, Cleveland Clinic, Cleveland, OH

Declarações: MR declares that he has no competing interests.

// Agradecimentos:

Dr Phuc Le and Dr Michael Rothberg would like to gratefully acknowledge Dr Kenneth J. Smith and Dr Linda Kalilani, the previous contributors to this topic.

Declarações: KJS and LK declare that they have no competing interests.

// Pares revisores:

Julius Atashili, MD, MPH

Department of Epidemiology

Division of General Medicine and Epidemiology, UNC at Chapel Hill, Chapel Hill, NC

Declarações: JA declares that he has no competing interests.

Ken Mutton, MB, BS, FRCPA, FRCPath

Consultant Virologist

Manchester Royal Infirmary, Manchester, UK

Declarações: KM declares that he has no competing interests.