



## DERMATOLOGIA TROPICAL/INFECTOPARASITÁRIA

# Panarício herpético em criança com AIDS: o valor do teste de Tzanck no diagnóstico ☆,☆☆

Ricardo Barbosa Lima \*, Mariana de Almeida Pinto Borges ,  
Luciana Ferreira de Araújo e Carlos José Martins

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Recebido em 7 de julho de 2020; aceito em 21 de agosto de 2020

### PALAVRAS-CHAVE

Citologia;  
Dedos;  
Diagnóstico;  
Herpes simples;  
HIV

**Resumo** O panarício herpético é uma infecção viral dos dedos causada pelo herpes simplex vírus. A doença tem uma distribuição etária bimodal, afetando crianças menores de 10 anos e adultos jovens entre 20 e 30 anos. Pode ser facilmente confundido com um panarício ou celulite bacteriana. Em pacientes com AIDS, ocorrem lesões ulceradas atípicas, crônicas e recorrentes. O teste de Tzanck permite o diagnóstico rápido e de baixo custo da infecção pelo Herpes simplex vírus. Relatamos um caso de uma criança com AIDS apresentando ulcerações dolorosas nos dedos, em que o diagnóstico foi confirmado pelo teste de Tzanck.

© 2021 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## Introdução

O panarício herpético (PH) é uma infecção viral aguda dos dígitos causada pelo herpes simplex vírus (HSV) tipo 1 ou 2.<sup>1</sup> A doença tem distribuição etária bimodal, afetando crianças menores de 10 anos e adultos jovens entre 20 e 30

anos. O PH é causado quase exclusivamente pelo HSV-1 em crianças.<sup>2</sup> Pode ser facilmente confundido com um panarício ou celulite bacteriana por causa da semelhança dos sinais e sintomas.<sup>1–4</sup> Nas crianças infectadas pelo HIV, a infecção pelo HSV pode causar lesões ulceradas atípicas, crônicas e recorrentes, que podem causar erros de diagnóstico.<sup>5</sup> Além disso, o PH pode ser o primeiro indicador de uma infecção assintomática pelo HIV.<sup>1,5</sup>

Os exames para o diagnóstico incluem a cultura viral, a dosagem dos anticorpos séricos, o teste de Tzanck (exame citológico) e a pesquisa de antígeno específico do HSV na lesão. O teste de Tzanck ou a detecção de antígeno são indicados para o diagnóstico rápido.<sup>2,3,6</sup> A detecção do DNA do HSV por PCR em tempo real (RT-PCR) é considerada o método diagnóstico preferido.<sup>6,7</sup> Entretanto, o teste de Tzanck possibilita um diagnóstico rápido e de baixo custo.<sup>8</sup>

DOI referente ao artigo:

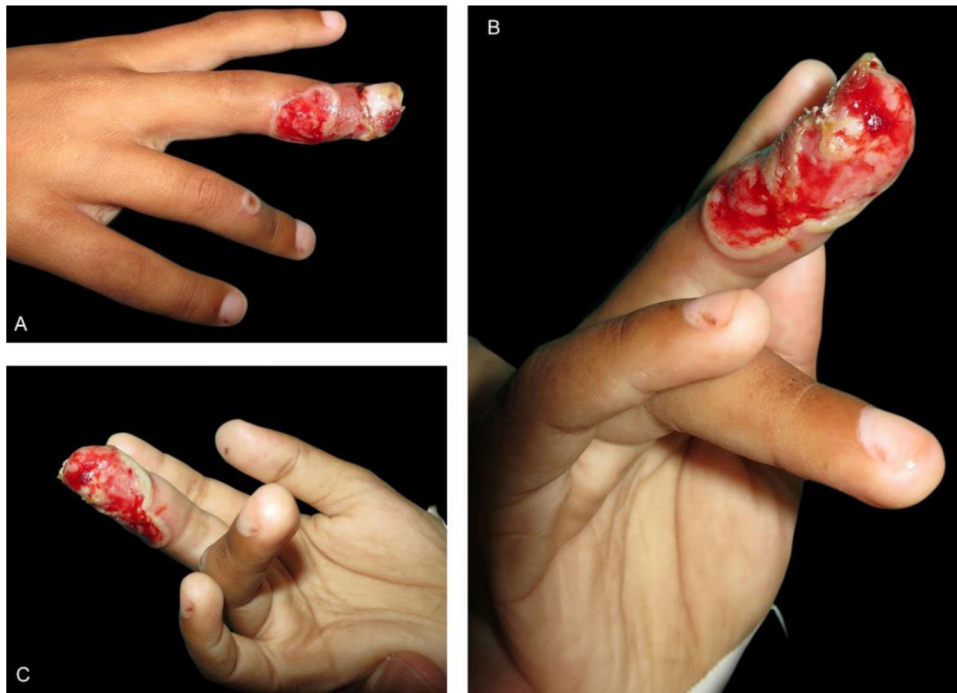
<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.08.017>

☆ Como citar este artigo: Lima RB, Borges MAP, Araújo LF, Martins CJ. Herpetic whitlow in a child with AIDS: the importance of Tzanck test in the diagnosis. An Bras Dermatol. 2021;96:477–81.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

\* Autor para correspondência.

E-mail: [ricardo.lima@unirio.br](mailto:ricardo.lima@unirio.br) (R.B. Lima).



**Figura 1** (A-C), Extensa ulceração com borda contornada por retalho epidérmico esbranquiçado no terceiro quirodáctilo direito, com acometimento periungueal. Ao lado, no quarto quirodáctilo direito, observa-se vesícula umbilicada.

## Relato do caso

Um menino de 6 anos de idade foi internado na enfermaria da pediatria com diarreia, anorexia, desnutrição grave, anemia e ulcerações dolorosas nos dedos e na face. O pai relatou início das lesões nos dedos havia seis meses, relacionando com o hábito da criança de roer as pontas dos dedos. A criança era portadora de infecção congênita pelo HIV e fazia uso irregular de antirretrovirais. A contagem de CD4 foi de 5 células/mm<sup>3</sup> (2,07%), a de CD8 foi de 170 células/mm<sup>3</sup> (72,24%), e a proporção de CD4/CD8 foi de 0,03. A carga viral foi de 34,578 cópias/mL (log = 4,539).

Ao exame, o paciente apresentava ulceração extensa no terceiro quirodáctilo direito, com bordas contornadas por um retalho epitelial esbranquiçado e comprometimento periungueal. No quarto quirodáctilo direito notava-se uma vesícula umbilicada (fig. 1). No polegar direito observava-se uma bolha, e no polegar esquerdo havia uma ulceração (fig. 2 A-B). No nariz e nos lábios, o paciente apresentava erosões com crostas e áreas hipocrômicas (fig. 2C). Demonstrava dor intensa nas lesões dos dedos (escala de classificação da dor de faces de Wong-Baker = 5). Foi iniciada a amoxicilina/clavulanato e foi solicitado o parecer da dermatologia, que levantou a hipótese diagnóstica de PH e herpes labial.

Foi planejado colher material para um esfregaço de Tzanck e realizar uma biópsia para exame histopatológico. Realizou-se o raspado da base de uma vesícula; no entanto, não foi possível realizar a biópsia por causa da intolerância da criança à dor. O exame citológico do esfregaço

corado pelo Giemsa mostrou várias células escamosas multinucleadas com amoldamento nuclear e aspecto de vidro fosco, compatíveis com infecção viral pelo HSV (fig. 3) Foi introduzido o tratamento com o aciclovir (500 mg/m<sup>2</sup> de 8/8hs IV) por 21 dias com rápida cicatrização das lesões (fig. 4).

## Discussão

A evolução natural do PH é a resolução completa em três semanas. No entanto, pacientes imunossuprimidos correm risco de recorrências mais frequentes e lesões crônicas e graves do HSV, conforme ocorreu com nosso paciente.<sup>1,2,5</sup> O acometimento de mais de um dedo é incomum, mas a coexistência de lesões do HSV na boca e nos dedos, como em nosso caso, é um achado frequente.<sup>9,10</sup> Um aspecto peculiar em nosso paciente era o hábito de roer as pontas dos dedos, conforme descrito em outros casos de PH em crianças com manifestações orais do vírus.<sup>2</sup>

A dificuldade no diagnóstico é frequentemente mencionada na literatura.<sup>1-4</sup> Em nosso caso, o aspecto clínico com ulcerações dolorosas, vesícula e bolha nos dedos, concomitantemente com lesões labiais, em uma criança com AIDS, levou à hipótese diagnóstica de infecção pelo HSV.<sup>3</sup>

Com a finalidade de confirmar rapidamente o diagnóstico, foi colhido o raspado da base de uma vesícula e foi realizado o teste de Tzanck, porque a RT-PCR não estava disponível em nosso hospital.<sup>6,8</sup> A biópsia foi adiada por causa da dor; no entanto, após algumas horas, o exame citológico revelou as alterações citopáticas características do HSV, que



**Figura 2** (A), Bolha na falange distal do polegar direito. (B), Ulceração contornada por retalho epidérmico na falange distal do polegar esquerdo. (C), Erosões com crostas e áreas hipocrômicas no nariz e lábios.

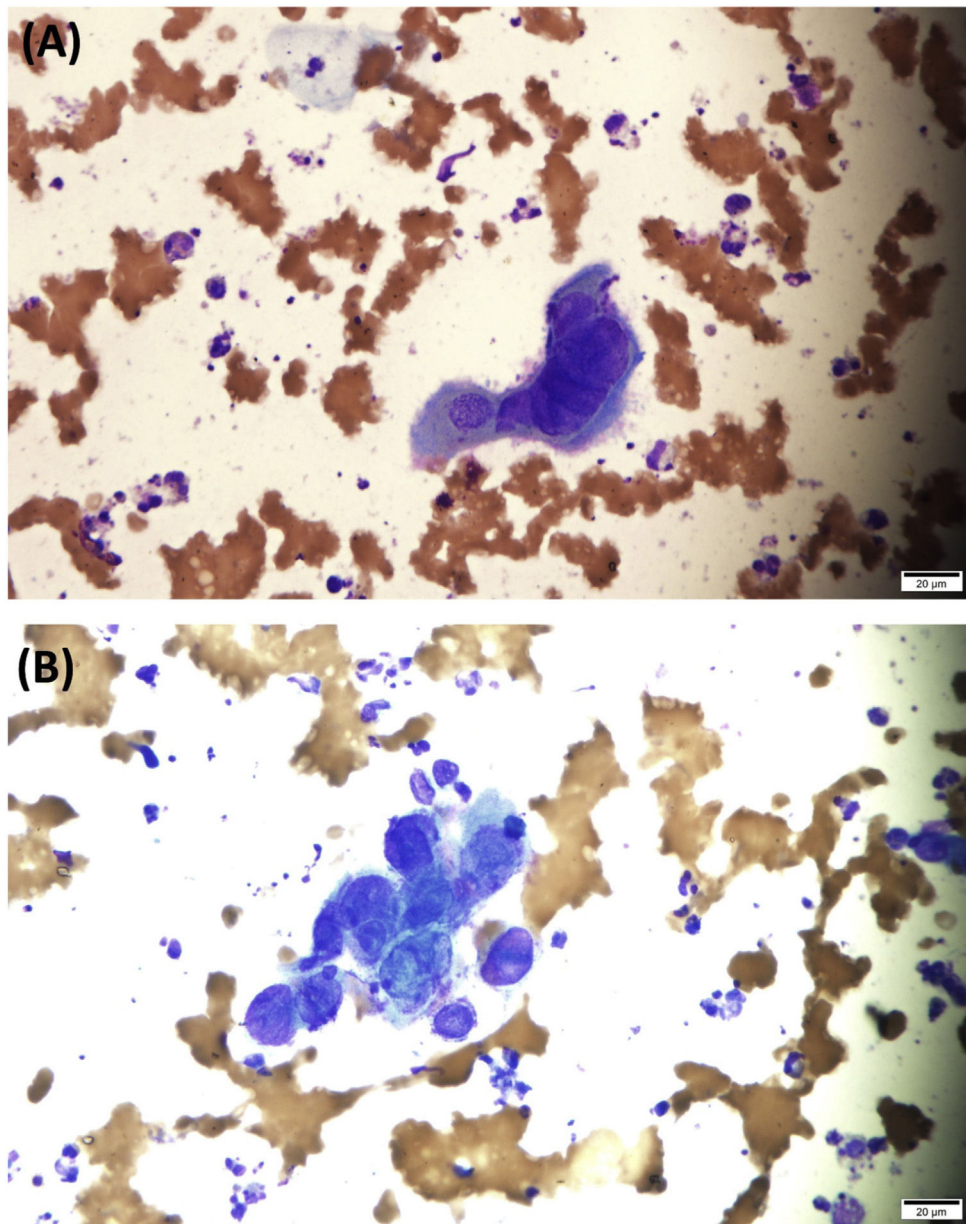
foram suficientes para confirmar o diagnóstico clínico e iniciar o aciclovir IV.<sup>8</sup>

O esfregaço de Tzanck é um teste de resultado rápido, fácil de executar e de baixo custo que se mostrou muito útil nesse caso, especialmente numa criança, porque não requer anestesia.<sup>2,8</sup> A presença de células epiteliais

gigantes multinucleadas em microscopia óptica confirma o diagnóstico.<sup>6-8</sup>

Destacamos que diante de ulcerações dolorosas crônicas nos dedos de crianças com AIDS deve-se lembrar do PH e, do teste de Tzanck, como um método útil para confirmar o diagnóstico.





**Figura 3** (A e B), Células escamosas multinucleadas com amoldamento nuclear e aparência de vidro fosco compatível com infecção viral por HSV (Giemsa, 400 ×).



**Figura 4** Lesões residuais hipocrômicas após terapia com aciclovir.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuição dos autores

Ricardo Barbosa Lima: Idealização e redação global do manuscrito, com realização das fotografias e montagem das figuras; médico que orientou o diagnóstico e tratamento do paciente.

Mariana de Almeida Pinto Borges: Participou da elaboração do manuscrito por meio da coleta e organização de dados e revisão do texto final; médica pediatra que fez o acompanhamento clínico do paciente.

Luciana Ferreira de Araújo: Participou da elaboração do manuscrito por meio da análise, descrição e fotografia do exame citológico e revisão do texto final; médica patologista que fez o exame citológico do paciente.

Carlos José Martins: elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica do texto; médico que orientou a colheita e preparação do exame citológico do paciente.

### Conflito de interesses

Nenhum.

### Referências

1. Camasmie HR, Léda SB, Lupi O, Lima RB, D'Acri AM, Martins CJ. Chronic herpetic whitlow as the first manifestation of HIV infection. *AIDS*. 2016;30:2254-6.
2. Rubright JH, Shafritz AB. The herpetic whitlow. *J Hand Surg Am*. 2011;36:340-2.
3. Patel R, Kumar H, More B, Patricolo M. Paediatric recurrent herpetic whitlow. *BMJ Case Rep*. 2013;2013, bcr2013010207.
4. Shoji K, Saitoh A. Herpetic Whitlow. *N Engl J Med*. 2018;378:563.
5. El Hachem M, Bernardi S, Giraldi L, Diociaiuti A, Palma P, Castelli-Gattinara G. Herpetic Whitlow as a Harbinger of Pediatric HIV-1 Infection. *Pediatr Dermatol*. 2005;22:119-21.
6. Basta-Juzbašić A, Čeović R. Chancroid, lymphogranuloma venereum, granuloma inguinale, genital herpes simplex infection, and molluscum contagiosum. *Clin Dermatol*. 2014;32:290-8.
7. Arshad Z, Alturkistani A, Brindley D, Lam C, Foley K, Meinert E. Tools for the Diagnosis of Herpes Simplex Virus 1/2: Systematic Review of Studies Published Between 2012 and 2018. *JMIR Public Health Surveill*. 2019;5:e14216.
8. Wanat KA, Dominguez AR, Carter Z, Legua P, Bustamante B, Micheletti RG. Bedside diagnostics in dermatology: Viral, bacterial, and fungal infections. *J Am Acad Dermatol*. 2017;77:221-30.
9. Szinnai G, Schaad UB, Heining U. Multiple herpetic whitlow lesions in a 4-year-old girl: case report and review of the literature. *Eur Pediatr*. 2001;160:528-33.
10. Walker LG, Simmons BP, Lovallo JL. Pediatric herpetic hand infections. *J Hand Surg Am*. 1990;15:176-80.