



RUBRICA DISCIPLINEI MEDICINA DE FAMILIE UMF "Iuliu Hațieganu" CLUJ-NAPOCA ȘI A ASOCIAȚIEI MEDICILOR DE FAMILIE CLUJ

PRACTICĂ MEDICALĂ

Cazuistică

Zona zoster la copil cu expunere intrauterină la virusul varicelo-zosterian: prezentare de caz

Dr. Andreea Cristina Macovei^{1,4}, Dr. Vasile Grajdu^{2,4}, Asist. univ. dr. Rodica Sorina Pop^{2,3,4,5}, Conf. univ. dr. Aida Puia^{2,3,4}

¹Institutul Inimii "Niculae Stăncioiu", Cluj- Napoca, România, ²Cabinet Medical Individual Medicină de Familie, Cluj-Napoca, România, ³Universitatea de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca, România, ⁴Medicină de familie, ⁵Geriatric-gerontologie

Primit: 10.04.2026 • Acceptat pentru publicare: 31.05.2026

Rezumat

Herpesul zoster la copil reprezintă o entitate rară, în special la pacientul imunocompetent. Expunerea intrauterină la virusul varicelo-zosterian este descrisă ca posibil factor favorizant pentru reactivarea virală ulterioară. Prezentăm cazul unui copil în vârstă de 6 ani, fără antecedente patologice semnificative, nevaccinat anti-varicelic, cu istoric matern de varicelă în timpul sarcinii. Debutul a fost cu febră și erupție veziculoasă unilaterală la nivelul dermatomului lombar stâng, fără durere asociată. Inițial s-a recomandat exclusiv tratament topic, ulterior fiind inițiat tratament antiviral cu Aciclovir în contextul persistenței febrei și agravării leziunilor cutanate. Pacientul a fost reevaluat în cabinetul medicului de familie, unde examenul clinic nu a susținut suspiciunea unei suprainfecții bacteriene. Evoluția sub tratament antiviral și simptomatic a fost favorabilă. Având în vedere apariția herpesului zoster la un copil aparent imunocompetent, s-au recomandat investigații biologice suplimentare și evaluare pediatrică pentru excluderea unei patologii subiacente. Cazul evidențiază importanța anamnezei complete, inclusiv a antecedentelor materne din timpul sarcinii, în orientarea diagnosticului de herpes zoster pediatric. Reevaluarea clinică periodică și individualizarea conduitei terapeutice au un rol esențial în practica medicului de familie.

Cuvinte cheie: *herpes zoster, varicela maternă, infecție congenitală*

MEDICAL PRACTICE

Case presentation

Herpes Zoster in a child with intrauterine Varicella-Zoster virus exposure: a case report

Abstract

Herpes zoster in children is a rare condition, especially in immunocompetent patients. Intrauterine exposure to varicella-zoster virus has been described as a possible predisposing factor for later viral reactivation. We present the case of a 6-year-old child with no significant medical history, unvaccinated against varicella, whose mother had varicella during pregnancy. The disease onset was characterized by fever and a unilateral vesicular eruption involving the left lumbar dermatome, without associated pain. Initially, only topical treatment was recommended, while antiviral therapy with Acyclovir started later due to persistent fever and worsening skin lesions. The patient was subsequently reevaluated in the family physician's office, where the clinical examination did not support bacterial superinfection. The evolution under antiviral and symptomatic treatment was favorable. Considering the occurrence of herpes zoster in an apparently immunocompetent child, additional laboratory investigations and pediatric evaluation were recommended to exclude an underlying condition. This case highlights the importance of thorough medical history taking, including maternal history during pregnancy, in the diagnostic approach to pediatric herpes zoster. Periodic clinical reassessment and individualized therapeutic management play an essential role in family medicine practice.

Keywords: *herpes zoster, maternal varicella, congenital varicella infection*

Introducere

Herpesul zoster (HV) la copil reprezintă reactivarea virusului varicelo-zosterian (VZV) latent în ganglionii senzitivi după o infecție primară sau mai rar, după vaccinare.

Incidența herpesului zoster la copii, cu istoric de varicelă, e estimată la 2.6/1000 persoane pe an. Incidența este mai mare la copii cu HIV (1).

Manifestările clinic tipice include erupția veziculară unilaterală cu distribuție la nivelulul unui dermatome. Dermatoamele toracice sunt mai afectate la copii, în schimb la adulții nervi cranieni sunt cei mai frecvenți implicați. Se poate asocia cu febră, stare general alterată, iar erupția este mai mult pruriginoasă, decât dureroasă. Suprainfecția streptococică și stafilococică sunt mai comune, dar complicațiile severe (sepsis, meningita sau nevralgie postherpetica) sunt rare (2).

Deși majoritatea cazurilor apar la copii imunocompetenți, herpesul zoster pediatric poate ridica suspiciunea unei imunodeficiențe subiacente (3).

Apariția herpesului zoster la copil poate fi favorizată de diverse condiții care afectează imunitatea mediată celular. Printre patologii asociate se numără infecția HIV, hemopatiile maligne precum leucemia și limfomul, bolile oncologice aflate sub tratament chimioterapic sau radioterapic, precum și imunodeficiențele primare cu afectare a limfocitelor T (4). De asemenea, infecțiile virale precum Epstein-Barr virus, citomegalovirus sau SARS-

CoV-2, malnutriția și tratamentele imunosupresoare pot favoriza reactivarea VZV. Totuși, la majoritatea copiilor imunocompetenți, herpesul zoster are o evoluție ușoară și nu reprezintă prima manifestare a unei boli imunologice severe (5,6,7).

Herpesul zoster pediatric poate apărea și la copiii expuși intrauterin la virusul varicelo-zosterian (VZV) sau care dezvoltă varicelă în primul an de viață. În aceste situații, sistemul imun celular fiind insuficient maturat, răspunsul imun împotriva VZV poate fi incomplet, favorizând persistența virusului latent și reactivarea ulterioară sub formă de herpes zoster. Astfel, apariția HZ la copil după expunere intrauterină sau infecție precoce cu VZV nu este considerată, în sine, sugestivă pentru o imunodeficiență subiacentă (8,9,10).

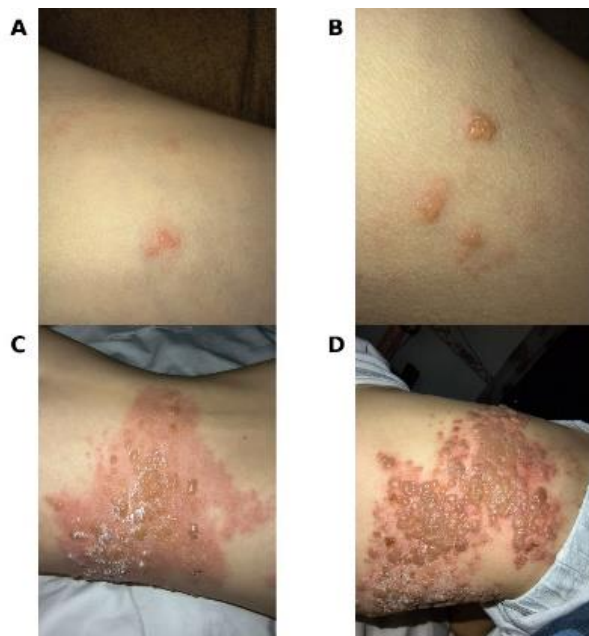
Studiu de caz

Copil în vârstă de 6 ani, fără antecedente personale patologice semnificative, provenit din prima sarcină, născut la termen, cu dezvoltare corespunzătoare vârstei și status vaccinal complet conform Programului Național de Vaccinare, fără vaccinare împotriva varicelei.

Din antecedentele heredocolaterale se remarcă un episod de varicelă maternă în trimestrul 2 de sarcină, iar din antecedentele personale patologice: pacientul a prezentat un episod de gripă tip A în urmă cu 2 luni.

Debutul episodului actual a fost cu febră și apariția unei erupții veziculoase localizate la nivelul dermatomului lombar stâng așa cum se poate vedea în figura 1, fără durere asociată. Pacientul s-a prezentat inițial într-un centru de permanență, unde s-a recomandat exclusiv tratament topic local, fără inițiere terapiei antivirale.

Figura 1. Evoluția clinică a herpesului zoster pediatric cu distribuție dermatomală unilaterală



(A) Debutul erupției veziculoase localizate unilateral la nivel lombar.
(B) Extinderea leziunilor veziculoase cu apariția leziunilor satelite periferice.
(C) Evoluția leziunilor cu tendință după inițierea tratamentului antiviral.
(D) Agravarea temporară a erupției cu leziuni veziculo-buloase confluențe pe fond eritematos.

În contextul persistenței febrei și agravării progresive a leziunilor cutanate, copilul s-a prezentat ulterior în Unitatea de Primiri Urgențe, unde s-a pus diagnosticul de herpes zoster și s-a inițiat tratament antiviral cu Aciclovir. Evoluția clinică a rămas nefavorabilă, cu persistența febrei timp de aproximativ 4 zile și modificarea aspectului leziunilor cutanate, motiv pentru care pacientul a fost evaluat într-un serviciu de boli infecțioase, unde s-a asociat antibioterapie sistemică pentru suspiciunea unei suprainfecții bacteriene.

Ulterior, copilul s-a prezentat în cabinetul medicului de familie pentru reevaluare, în contextul persistenței febrei, fără durere asociată, leziunile cutanate având aspectul ilustrat în figura 1D. Examenul clinic nu a susținut diagnosticul de suprainfecție bacteriană cutanată, motiv pentru care s-a recomandat continuarea tratamentului antiviral și simptomatic, fără antibioterapie suplimentară, asociindu-se tratament antipiretic alternant pentru controlul febrei.

La reevaluarea efectuată după 5 zile s-a constatat evoluție clinică favorabilă, cu remiterea febrei și ameliorarea semnificativă a leziunilor cutanate. Având în vedere apariția herpesului zoster la un copil imunocompetent, fără antecedente patologice cunoscute, s-a ridicat suspiciunea unei patologii subiacente, motiv

pentru care s-au recomandat investigații biologice suplimentare: hemoleucogramă completă, transaminaze hepatice (TGO, TGP), glicemie, uree, creatinină, VSH, proteină C reactivă, acid uric, LDH și electroliți serici. De asemenea, pacientul a fost îndrumat către evaluare pediatrică de specialitate. Investigațiile efectuate au fost în limite normale.

Managementul cazului

Diagnosticul de herpes zoster la copil este în principal clinic și se bazează pe identificarea unei erupții veziculoase grupate, cu distribuție unilaterală dermatomală. La copil, tabloul clinic poate fi atipic comparativ cu adultul, durerea neuropată putând lipsi, așa cum s-a întâmplat și în cazul prezentat. Antecedentele personale și heredocolaterale au un rol important în orientarea diagnosticului, în special istoricul de expunere intrauterină la virusul varicelo-zosterian (11).

Diagnosticul diferențial include herpes simplex, impetigo bulos, dermatită de contact, mușcăături de insecte, eczema herpeticum sau alte erupții veziculoase infecțioase. Persistența febrei, alterarea stării generale, extinderea rapidă a leziunilor sau apariția semnelor inflamatorii locale importante pot ridica suspiciunea unei suprainfecții bacteriene (1).

În practica medicului de familie, anumite elemente trebuie considerate semnale de alarmă („red flags”) pentru o posibilă imunodeficiență subiacentă și necesită investigații suplimentare sau trimitere către specialist, aspecte prezentate în tabelul 1. Acestea includ antecedente de infecții recurente, severe, invazive sau prelungite, necesitatea repetată a antibioterapiei intravenoase, infecții oportuniste severe, stagnare ponderală, manifestări cutanate neobișnuite ori dificil de tratat, citopenii autoimune recurente, antecedente familiale sugestive și anomalii hematologice precum neutropenie, limfopenie, trombocitopenie sau anemie inexplicabilă (4,12, 13, 14).

Tabel 1. „Red flags” pentru imunodeficiență la copilul cu herpes zoster

Infecții recurente, severe sau oportuniste
Necesitatea antibioterapiei intravenoase repetate
Failure to thrive / stagnare ponderală
Eczemă severă sau manifestări cutanate atipice
Adenopatii persistente sau splenomegalie
Citopenii inexplicabile
Infecții după vaccinuri vii atenuate
Antecedente familiale de imunodeficiență sau autoimunitate
Herpes zoster sever, diseminat, multidermatomal sau recurrent
Lipsa răspunsului la tratament antiviral

Literatura recomandă ca evaluarea inițială a unui posibil deficit imun la copilul cu herpes zoster să includă, pe lângă hemoleucograma completă cu formulă leucocitară, dozarea imunoglobulinelor serice (IgG, IgA, IgM), analiza subpopulațiilor limfocitare CD4+ și CD8+ și determinarea anticorpilor IgG anti-virus varicelo-zosterian. Investigațiile recomandate sunt prezentate în tabelul 2. În centrele unde există programe de screening neonatal pentru imunodeficiențe severe combinate, se recomandă și verificarea rezultatului screeningului neonatal (15).

Tabel 2. Investigații recomandate la copilul cu herpes zoster

Hemoleucogramă completă cu formulă leucocitară
VSH și proteină C reactivă
TGO, TGP
Glicemie
Uree și creatinină
Electroliți serici
LDH
Acid uric
Imunoglobuline serice (IgG, IgA, IgM)
Subpopulații limfocitare CD4+ și CD8+
Anticorpi IgG anti-virus varicelo-zosterian

Tratamentul antiviral precoce cu Aciclovir rămâne principala opțiune terapeutică în formele simptomatice sau cu evoluție moderată/severă. Monitorizarea clinică atentă și reevaluarea periodică sunt esențiale pentru aprecierea evoluției și evitarea utilizării inutile a antibioterapiei în absența semnelor clinice de suprainfecție bacteriană (16,17).

Discuții

Herpesul zoster la copil reprezintă o entitate rar întâlnită în practica medicului de familie, în special la pacientul imunocompetent. Particularitatea cazului prezentat constă în apariția bolii la un copil fără antecedente patologice cunoscute, cu istoric matern pozitiv pentru varicelă în timpul sarcinii.

Tabloul clinic a fost atipic prin absența durerii, simptom considerat caracteristic herpesului zoster, fapt care poate întârzia diagnosticul la copil. Persistența febrei și modificarea aspectului leziunilor au ridicat inițial suspiciunea unei suprainfecții bacteriene cutanate, însă reevaluarea clinică ulterioară nu a susținut necesitatea continuării antibioterapiei.

Cazul evidențiază importanța anamnezei complete în practica medicului de familie, inclusiv a antecedentelor materne din timpul sarcinii. Identificarea istoricului de varicelă maternă a reprezentat un element important de orientare diagnostică, literatura descriind faptul că expunerea intrauterină la virusul varicelo-zosterian poate favoriza apariția herpesului zoster la copilul imunocompetent, fără a implica obligatoriu existența unei

imunodeficiențe. În acest context, anamneza atentă poate contribui la reducerea întârzierii diagnosticului și la evitarea unor investigații sau tratamente inutile (9).

În practica medicului de familie, apariția herpesului zoster la copil impune totuși evaluarea atentă a unor posibile semne de imunodeficiență subiacentă, în special în prezența unor forme severe, recurente, multidermatomale sau asociate cu antecedente de infecții recurente ori citopenii inexplicabile (14).

Pacientul nu prezenta antecedente de infecții recurente, dezvoltarea staturo-ponderală era normală, statusul vaccinal era complet, iar evoluția clinică a fost favorabilă sub tratament antiviral și simptomatic. De asemenea, infecțiile virale recente, precum gripa, pot induce o imunosupresie tranzorie care să favorizeze reactivarea virală.

Cazul subliniază importanța monitorizării evolutive și a reevaluării periodice în medicina de familie, precum și necesitatea individualizării indicației de antibioterapie în absența unor semne clinice clare de suprainfecție bacteriană (18).

Concluzii

Anamneza atentă, cu identificarea antecedentelor materne de varicelă în timpul sarcinii, poate reprezenta un element important de orientare diagnostică.

Apariția herpesului zoster la copil necesită evaluarea eventualelor semne de imunodeficiență subiacentă, însă expunerea intrauterină la virusul varicelo-zosterian și infecțiile virale recente pot constitui factori favorizanți ai reactivării virale în absența unei patologii imune.

Reevaluarea clinică periodică și individualizarea conduitei terapeutice sunt esențiale în practica medicului de familie.

Conflict de interese: nu există

Acknowledgments: Toți autorii au avut contribuție egală la acest articol

Conflict de interese: nu există

Bibliografie

1. Wen SY, Liu WL. Epidemiology of pediatric herpes zoster after varicella infection: a population-based study. *Pediatrics*. 2015;135(3):e565-e571. Available from: doi:10.1542/peds.2013-4037.
2. Biełkowski C, Talarek E, Pokorska-Śpiewak M. The clinical course of herpes zoster is similar in immunocompetent and immunocompromised paediatric patients. *J Paediatr Child Health*. 2023;59(10):1112-4. Available from: 10.1111/jpc.16461.
3. Weinmann S, Naleway AL, Koppolu P, Baxter R, Belongia EA, Hambidge S. et al. Incidence of herpes zoster among children: 2003-2014. *Pediatrics*. 2019;144(1):e20182917. Available from: 10.1542/peds.2018-2917.
4. Devonshire AL, Makhija M. Approach to primary immunodeficiency. *Allergy Asthma Proc*. 2019;40(6):465-9. Available from: 10.2500/aap.2019.40.4273.

5. Wurzel CL, Kahan J, Heitler M, Rubin LG. Prognosis of herpes zoster in healthy children. *Am J Dis Child*. 1986;140(5):477–8. 10.1001/archpedi. Available from: 1986.02140190087033.
6. Kawai K, Gebremeskel BG, Acosta CJ. Systematic review of incidence and complications of herpes zoster: toward a global perspective. *BMJ Open*. 2014;4(6):e004833. Available from: doi:10.1136/bmjopen-2014-004833.
7. Guess HA, Broughton DD, Melton LJ 3rd, Kurland LT. Epidemiology of herpes zoster in children and adolescents: a population-based study. *Pediatrics*. 1985;76(4):512–517. Available from: doi:10.1542/peds.76.4.512.
8. Terada K, Kawano S, Yoshihiro K, Miyashima H, Morita T. Characteristics of herpes zoster in otherwise normal children. *Pediatr Infect Dis J*. 1993;12(11):960–1. Available from: 10.1097/00006454-199311000-00016.
9. BrunellPAKotchmarGSJr. Zoster in infancy: failure to maintain virus latency following intrauterine infection. *J Pediatr*. 1981; 98(1):71–3. Available from:10.1016/S0022-3476(81)80539-2.
10. BaconGEOliverWJShapiroBA. Factors contributing to severity of herpes zoster in children. *J Pediatr*. 1965;67(5):768–71. Available from: 10.1016/S0022-3476(65)80365-1.
11. Guess HA, Broughton DD, Melton LJ, Kurland LT. Epidemiology of herpes zoster in children and adolescents: a population-based study. *Pediatrics*.1985;76(4):512–7. Available from: 10.1542/peds.76.4.512.
12. Bjelac JA, Yonkof JR, Fernandez J. Differing performance of the warning signs for immunodeficiency in the diagnosis of pediatric versus adult patients in a two-center tertiary referral population. *J Clin Immunol*. 2019;39(1):90–8. Available from: 10.1007/s10875-018-0582-z.
13. Ansari R, Rosen LB, Lisco A, Gilden D, Holland SM, Zerbe C, et al. Primary and acquired immunodeficiencies associated with severe varicella-zoster virus infections. *Clin Infect Dis*. 2021;73(9):e2705–e2712. Available from: doi:10.1093/cid/ciaa1271.
14. Pöyhönen L, Bustamante J, Casanova JL, Jouanguy E, Zhang Q. Life-threatening infections due to live-attenuated vaccines: early manifestations of inborn errors of immunity. *J Clin Immunol*. 2019;39(4):376–390. Available from: doi:10.1007/s10875-019-00642-3.
15. Zhang S, Kim VHD and Grunebaum E. Pediatric herpes zoster: should I be concerned for immunodeficiency? A review. *Front. Pediatr*. 2025;13:1561339. Available from: doi: 10.3389/fped.2025.1561339.
16. Wurzel CL, Kahan J, Heitler M, Rubin LG. Prognosis of herpes zoster in healthy children. *Am J Dis Child*. 1986;140(5):477–478. Available from: doi:10.1001/archpedi.1986.02140190087033.
17. Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J, Gnann JW Jr, Levin MJ, Backonja M, et al. Recommendations for the management of herpes zoster. *Clin Infect Dis*. 2007;44(Suppl 1):S1–S26. Available from: doi:10.1086/510206.
18. Bacon GE, Oliver WJ, Shapiro BA. Factors contributing to severity of herpes zoster in children. *J Pediatr*. 1965;67(5):768–771. Available from: doi:10.1016/S0022-3476(65)80365-1.