

ERISPELA E CELULITE

Letícia de Salles Valiati
Natália Corrêa de Corrêa
João Guilherme Brochado Geist
Luis Carlos Elejalde de Campos

UNITERMOS

ERISPELA; CELULITE; DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL; TRATAMENTO.

KEYWORDS

ERYSIPELAS; CELLULITIS; DIFFERENTIAL DIAGNOSIS; TREATMENT.

SUMÁRIO

Este artigo tem por objetivo fazer uma revisão a respeito de duas patologias de pele comuns na prática médica. Abordaremos manifestações clínicas, tratamento e principalmente o diagnóstico diferencial entre elas.

SUMMARY

This article aims to review two common skin diseases in medical practices. We will discuss clinical manifestations, treatment and especially the differential diagnosis.

INTRODUÇÃO

Erisipela e celulite são infecções cutâneas muito comuns que se desenvolvem devido à entrada de bactérias através da barreira da pele. A incidência dessas doenças é de cerca de 200 casos a cada 100.000 pacientes por ano. A diferenciação entre elas pode ser um desafio ao médico, já que ambas cursam com uma semiologia muitas vezes sutil. As duas possuem alta morbidade e diagnósticos diferenciais potencialmente graves que, se não percebidos e tratados adequadamente, podem evoluir com complicações.^{3,4}

Conceitos

Erisipela: é um tipo de celulite cutânea superficial com comprometimento importante dos vasos linfáticos da derme decorrente da infecção por

Estreptococos beta-hemolíticos do grupo A (SBHGA) e, raramente por *Staphylococcus aureus*.^{1,2}

Celulite: infecção cutânea que compromete uma parte maior dos tecidos moles, estendendo-se profundamente através da derme e tecido subcutâneo. Pode se iniciar como erisipela. Seus principais agentes são *S. aureus* e SBHGA.²

Manifestações Clínicas

Com o início da infecção os pacientes apresentam eritema, dor e calor locais importantes. À medida que a infecção se estende, graus variáveis de sinais e sintomas sistêmicos surgem, como febre, calafrios, mal-estar, confusão mental e leucocitose. A infecção pode se disseminar através dos vasos linfáticos causando linfangite e linfadenite supurativa, e através da corrente sanguínea, produzindo bacteremia.

As áreas mais acometidas são os membros inferiores e a face. Nos casos de erisipela facial, o edema é marcante e os olhos estão frequentemente inchados. Vesículas, bolhas, equimoses ou petéquias também podem ser observadas.^{2,4}

Erisipela: placa eritematosa, edemaciada, infiltrada e dolorosa, com bordas que crescem centrifugamente, bem delimitadas que avançam rapidamente sobre a pele circunvizinha. Marcando a borda da lesão com uma caneta, é possível observar a progressão ou regressão da lesão. A instalação e a evolução do processo são rápidas, acompanhando-se de sintomas e sinais gerais de infecção. A apresentação bolhosa confere gravidade ao processo, podendo evoluir com necrose e ulceração posterior. A erisipela pode se estender mais profundamente para o tecido subcutâneo e resultar em celulite. Linfedema muitas vezes está associado e ocorre como consequência de surtos recidivantes.^{2,4,5}

Celulite: lesão extremamente dolorosa e infiltrativa, com bordas mal delimitadas que se estende ao tecido subcutâneo. Sua demarcação com pele são é indistinguível e não cresce centrifugamente. Em alguns casos podem se formar bolhas ou necrose, resultando em extensas áreas de descolamento epidérmico e erosões superficiais. A infecção pode se localizar nas partes moles com formação de abscesso dérmico e subcutâneo, ou fascíte necrosante. Linfadenopatia regional pode estar associada à celulite de extremidades. Como consequência da celulite pode advir supuração profunda e septicemia. O curso da doença costuma ser mais indolente com predomínio de complicações locais, contudo, os efeitos sistêmicos aparecem à medida que a infecção se agrava.^{1,3}



Figura 1 - Erisipela⁴



Figura 2 – Celulite³

Os fatores predisponentes mais importantes para o desenvolvimento dessas infecções são o rompimento da barreira cutânea devido a trauma (mordida de inseto, abrasão, cortes), inflamação (eczema, radioterapia), infecção de pele preexistente (impetigo, *tinea pedis*), varicela ou insuficiência venosa. Obstruções linfáticas decorrentes de procedimentos cirúrgicos como safenectomia e dissecação de nódulos axilares e pélvicos, também são causas de infecção. O intertrigo é o principal sítio de infecção para entrada do patógeno. O fato de muitas vezes ele ser de pequeno tamanho dificulta o diagnóstico precoce e a prevenção do quadro infeccioso.^{3,4}

Diagnóstico

O diagnóstico de erisipela e celulite é baseado fundamentalmente nas manifestações clínicas. A principal forma de diferenciação entre elas está na observação das margens da lesão. Enquanto que na primeira é elevada e bem delimitada, na segunda mostra-se indistinta, gradualmente se misturando com as áreas de pele normal.⁵

Medidas auxiliares no diagnóstico como hemocultura, aspirados e biópsias não se mostram úteis em casos leves de infecções, mas mostram-se importantes ferramentas diagnósticas quando os pacientes apresentam toxicidade sistêmica, envolvimento extenso da pele ou comorbidades como linfedema, câncer, neutropenia, diabetes, esplenectomia, imunodeficiência, história de celulite recorrente ou persistente e em casos de exposição a mordeduras de animais.⁴ Radiografias são úteis para o diagnóstico de exclusão na suspeita de abscessos e osteomielite.

O diagnóstico definitivo só é confirmado pelo resultado das culturas. No entanto, isso não deve atrasar o início da terapia em pacientes com sinais e sintomas clássicos.

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico diferencial entre as infecções cutâneas inclui patologias infecciosas e não infecciosas. Entre as infecciosas, doenças como a fascíte necrosante, gangrena gasosa, síndrome do choque tóxico, osteomielite devem ser afastadas na avaliação inicial do paciente pelas suas importantes implicações terapêuticas. Quadros não infecciosos como dermatite de contato, trombose venosa profunda, gota, mordidas de insetos e reações a drogas, também podem confundir o diagnóstico.⁵

O Quadro a seguir mostra alguns dos principais diagnósticos diferenciais de celulite e erisipela.^{4,5}

Quadro 1 – Diagnóstico diferencial de celulite e erisipela.

Patologia	Sinais e Sintomas Presentes	Agente Infeccioso e Tratamento
Erisipela	Placa eritematosa, edemaciada, infiltrativa, com bordas bem definidas e elevadas.	SBHGA <u>Tratamento:</u> vide “Antibioticoterapia Para Erisipela”
Celulite	Placa eritematosa, infiltrativa, quente e dolorosa com bordas mal definidas e rápida propagação.	SBHGA, <i>S. aureus</i> <u>Tratamento:</u> vide “Antibioticoterapia Para Celulite”
Impetigo Contagioso	Pequenos aglomerados de vesículas ao redor do nariz, boca, mãos e antebraços que se transformam em crostas melicéricas (cor de mel).	SBHGA, <i>S. aureus</i> <u>Tratamento:</u> pomada de mupirocina tópica ou antibiótico oral.
Ectima Gangrenoso	Variam de máculas eritematosas a máculas pustulares com eritema circundante e bolhas hemorrágicas.	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> <u>Tratamento:</u> penicilina antipseudomonas associada a aminoglicosídeo.
Fascíte Necrosante	Eritema, edema, calor e dor na área acometida que evolui em alguns dias para uma cor púrpura com formação de bolhas, rapidamente progressiva para necrose e gangrena. As áreas mais acometidas são membros inferiores e períneo .	SBHGA, anaeróbios <u>Tratamento:</u> Debridamento cirúrgico de emergência, fasciotomia e possível amputação. Antibióticos EV.
Trombose Venosa Profunda	Febre elevada associada a placa eritematosa de limites bem definidos geralmente com o aspecto pouco inflamatório.	Não infecciosa. <u>Tratamento:</u> Anticoagulação.

Tratamento

O tratamento dessas patologias cutâneas baseia-se em terapias não medicamentosas e em antibioticoterapia a qual possui esquemas empíricos e

esquemas individuais, caso saiba-se o agente infeccioso ou caso exista comorbidades associadas.^{1,2,4}

O tratamento não medicamentoso baseia-se em repouso com elevação da área afetada, a fim de facilitar a drenagem do edema e das substâncias inflamatórias pela gravidade. Além disso, a pele deve manter-se hidratada para evitar que a mesma resseque e forme novas lesões.

Pacientes com fatores de risco para quadros de repetição como *tinea pedis*, linfedema e insuficiência venosa, devem tratar esses fatores juntamente com a antibioticoterapia.

Antibioticoterapia para Erisipela

- Penicilina Procaína IM 600.000 UI 1 ou 2 vezes ao dia ou Penicilina Oral 500 mg de 6/6 horas
- Amoxicilina 500 mg de 8 /8 horas
- Eritromicina 500 mg de 6 /6 horas, para pacientes alérgicos à penicilina

Terapia parenteral: casos mais graves de erisipela, manifestações clássicas e sistêmicas como febre e calafrios.

- Ceftriaxone 1g IV a cada 24 horas
- Cefazolina 1-2g IV a cada 8 horas

A duração do tratamento deve ser individualizada de acordo com a resposta clínica do paciente, podendo se estender de 5 a 10 dias.

Antibioticoterapia para Celulite

Deve-se diferenciar entre celulite purulenta e não purulenta.

Quadro 2 – Tipos de celulite

<u>Purulenta</u>	<u>Empírico</u> : 5 -10 dias <i>S. aureus</i> resistentes à meticilina (MRSA)	Clindamicina 300-450 mg VO de 8/8 horas Doxiciclina 100 mg VO de 12/12 horas Sulfametoxazol-trimetoprim 800/160 mg VO de 12/12 horas Linezolida 600 mg VO de 12/12 horas
<u>Não Purulenta</u>	<u>Empírico</u> : 5 -10 dias Estreptococos beta - hemolíticos e <i>S. aureus</i> sensíveis a meticilina (MSSA)	<u>Oral</u> : Dicloxacilina 500 mg VO de 6/6 horas Cefalexina 500 mg VO de 6/6 horas Clindamicina 300-450 mg VO a cada 6-8 horas
		<u>Endovenoso</u> : Cefazolina 1-2 g EV de 8/8 horas Oxacilina 2g EV de 4/4 horas Clindamicina 600-900 mg EV de 8/8 horas

Hospitalização

Quadro severo de erisipela e celulite, comorbidades importantes ou limitações para um adequado manejo ambulatorial.

Seguimento do paciente

É esperada melhora do quadro em 24-48 horas após início do antibiótico. Em caso de aumento da extensão do eritema e piora dos sintomas sistêmicos após esse período, deve-se pensar em resistência ou outro diagnóstico.^{2,4}

Prevenção

A profilaxia secundária com antibioticoterapia está indicada em casos de recorrência.³

- Penicilina Benzatina 1.200.000 UI IM a cada 3 semanas por tempo indeterminado
- Dicloxacilina 250 mg dose diária, para pacientes alérgicos a penicilina

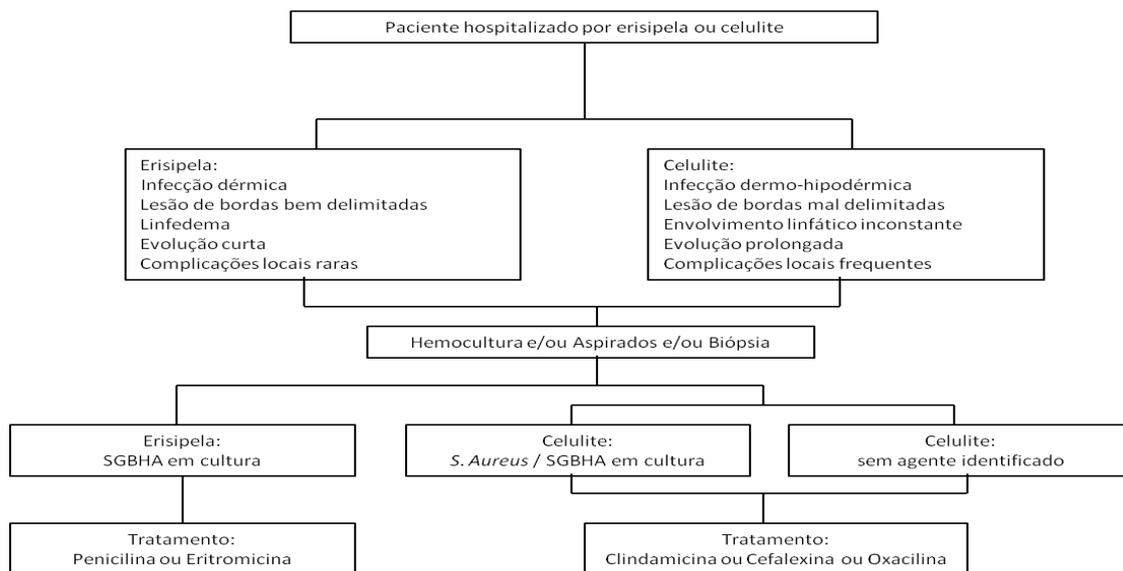


Figura 3 - Algoritmo para manejo de pacientes hospitalizados por erisipela ou celulite

REFERÊNCIAS

1. Sampaio SAP, Rivitti EA. Piodermites e outras dermatoses por bactérias. In: Dermatologia. 2ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007. p. 435-52.
2. Tsoo H, Swartz MN, Weinberg AN, Johnson RA. Infecções de partes moles: erisipela, celulite e celulite gangrenosa. In: Fitzpatrick TB. Tratado de Dermatologia: volume 2. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2005. p. 2213-29.
3. Pereira ALC, Leal F, Azulay DR, Azulay RD. Infecções bacterianas da pele. In: Azulay RD. Dermatologia. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.287-301.
4. Baddour LM. Cellulitis and erysipelas. UpToDate. Online 9.5;2012 [updated 2011 Dez 1]: [20 p].
5. Celestin R, Brown J, Kihiczak G, Schwartz A. Erysipelas: a common potentially dangerous infection. Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat. 2007;16:123-7.