

Impetigo bolhoso disseminado

Vanessa Mello Tonolli^I, Juliana Polizel Ocanha^{II}, Hamilton Ometto Stolf^{III}

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), Faculdade de Medicina de Botucatu, São Paulo

RESUMO

Contexto: O impetigo é piodermite comum da criança, de tratamento fácil, porém de diagnóstico muitas vezes desafiador, principalmente na sua forma bolhosa, que faz diferencial com as doenças bolhosas da infância. **Relato de caso:** Relatam-se dois casos de impetigo bolhoso, que foram desafiadores em termos diagnósticos, exemplificando a dificuldade no diagnóstico e terapêutica desses pacientes. **Discussão:** Casos clínicos de impetigo de extensão corporal importante simulam outros diagnósticos diferenciais. A relevância deste relato é demonstrar que o diagnóstico preciso na fase inicial possibilita a terapêutica específica e evita complicações. **Conclusão:** O impetigo bolhoso deve ser sempre lembrado pelo profissional médico que atende pacientes na faixa etária pré-escolar e escolar, apresentando bolhas e exulcerações com crostas pelo corpo. Este artigo objetiva atualização diagnóstica e terapêutica nesse contexto.

PALAVRAS-CHAVE: Impetigo, pele, infecção, bactérias, terapêutica

INTRODUÇÃO

O impetigo é infecção cutânea bacteriana mais frequente da infância.¹ Acomete crianças, em idade pré-escolar e escolar, convivendo em aglomeração e má higiene. Também afeta crianças predispostas com, por exemplo, eczema atópico. O impetigo pode se apresentar classicamente sob a forma bolhosa e não bolhosa. A forma bolhosa é importante, pois tem como diagnóstico diferencial as doenças bolhosas da infância, como pênfigo vulgar e dermatite herpetiforme, e também doenças como eritema polimorfo, síndrome da pele escaldada estafilocócica, tinha bolhosa, alergia a picada de insetos e dermatite venenata.²

Foi realizada extensa revisão da literatura e encontrados inúmeros relatos de caso e revisões, demonstrando a importância desta afecção dermatológica (**Tabela 1**).

RELATO DE CASO

Caso 1. JPPS, oito anos de idade, sexo masculino, cor parda, procedente de Areiópolis, São Paulo. Procurou atendimento no pronto-socorro relatando que, há seis dias, após brincar em lixão perto de sua casa, passou a apresentar prurido no abdome que evoluiu com vesículas e bolhas no local, posteriormente espalhando-se para tronco, face, mucosa oral, membros superiores e inferiores, e febre.

^IDermatologista. Autônoma (consultório particular).

^{II}Dermatologista, residente do quarto ano de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp).

^{III}Professor assistente doutor do Departamento de Dermatologia e Radioterapia, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (Unesp).

Editor responsável por esta seção:

Hamilton Ometto Stolf. Professor doutor, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista.

Endereço para correspondência:

Hamilton Ometto Stolf
Caixa Postal 557
Botucatu (SP) — CEP 18618-970
Tel. (14) 3882-4922
E-mail: hstolf@fmb.unesp.br

Fonte de fomento: nenhuma declarada — Conflito de interesse: nenhum declarado

Entrada: 8 de maio de 2014 — Última modificação: 11 de junho 2014 — Aceite: 23 de junho de 2014

Tabela 1. Resultado da busca sistematizada em bases de dados com os descritores em saúde (Decs) e Medical Subheadings (MeSH), realizada em 6 de maio de 2014

Base de dados	Estratégia de busca	Artigos encontrados	Artigos relacionados com o caso
Medline (via PubMed)	Search ("Impetigo"[Mesh]) AND "Staphylococcus aureus"[Mesh] Filters: Case Reports	18	3
Lilacs (via Biblioteca Virtual em Saúde)	Search "impetigo AND staphylococcus aureus"	14	2
Embase (via Elsevier)	Search "impetigo AND staphylococcus aureus"	10	1

Foi medicado com antialérgico (maleato de dexclorfeniramina) via oral, dexametasona e neomicina tópicos, além de banhos com permanganato de potássio, com piora progressiva do quadro. À admissão, apresentava bolhas flácidas e vesículas de conteúdo sero-hemorrágico e exulcerações recobertas por crostas hemato-melicéricas, em todo o corpo, de tamanhos variados (**Figura 1**). Apresentava ainda exulceração na mucosa oral, de aproximadamente 0,5 cm. Realizadas as hipóteses de impetigo bolhoso e pênfigo vulgar, iniciando-se tratamento com o cefazolina endovenosa. O paciente apresentou melhora e teve alta após nove dias de internação.

Caso 2. ABTO, três anos de idade, sexo feminino. Mãe referia que há duas semanas a criança começou a apresentar pequenas bolhas na fossa cubital direita, que se estenderam para a região axilar, tronco, face e membros inferiores. Procurou o pronto-socorro de sua cidade, onde permaneceu internada por quatro dias, em uso de eritromicina e corticoide via oral, com melhora momentânea do quadro. Após a alta, ainda em uso das medicações, as lesões retornaram com piora importante, o que motivou o encaminhamento ao dermatologista. Ao exame, a paciente apresentava extensas áreas de exulceração, recobertas por crostas hematomelicéricas nas axilas, tronco e face, muito dolorosas, além de vesículas no tronco (**Figura 2**). Mãe negava febre ou outros sinais sistêmicos. Realizada hipótese diagnóstica de impetigo bolhoso, sendo suspensos a eritromicina e o corticoide via oral e iniciada cefalexina e cuidados locais com permanganato de potássio. No retorno, após sete dias, a criança apresentava apenas máculas hipocrômicas nos locais das exulcerações.

DISCUSSÃO

O impetigo é a piodermite mais comum da infância, acometendo igualmente ambos os sexos, principalmente abaixo dos seis anos de idade. Os fatores de risco são as aglomerações, higiene precária, traumas na pele e também doenças dermatológicas que servem como portas de entrada, sendo o maior exemplo a dermatite atópica.¹

Os agentes causais são o estreptococo beta-hemolítico do grupo A e *Staphylococcus aureus*, mas as infecções



Figura 1. Bolhas rotas e exulcerações por todo o tegumento na face (A) e tronco (B) do caso 1.

também podem ser mistas. O impetigo pode ser de dois tipos: bolhoso e não bolhoso, sendo este último o mais comum. O impetigo bolhoso apresenta lesões vesicobolhosas e exulcerações recobertas por crostas hemato-melicéricas, com aspecto circinado. O quadro geralmente não é acompanhado de sintomas sistêmicos, mas pode haver febre e linfadenopatia. A forma bolhosa tem como diferenciais o pênfigo vulgar e a dermatite herpetiforme, eritema polimorfo, síndrome da pele escaldada estafilocócica, tinea bolhosa, alergia a picada de insetos e dermatite venenata (por plantas).² Através da busca sistematizada dos relatos de casos clínicos semelhantes (**Tabela 2**), fica evidente o desafio da diferenciação clínica inicial retardando o tratamento adequado.³⁻⁵

Nos pacientes apresentados, a manifestação clínica ocorreu de forma disseminada, o que é incomum. Foi inicialmente suspeitado tratar-se de doença bolhosa



Figura 2. Áreas de exulceração, recobertas por crostas hemato-melicéricas no tronco (A) e dorso (B), associadas a vesículas.

autoimune, porém detalhes clínicos como a epidemiologia, a presença de bolhas rotas de aspecto circinado, sintomas sistêmicos como febre, inapetência e queda do estado geral indicaram o diagnóstico de impetigo bolhoso estafilocócico.

O tratamento é realizado com agentes tópicos e, em casos com lesões extensas, são utilizados antibióticos sistêmicos.⁶ O tratamento local consiste em limpeza, emprego de permanganato de potássio (diluir meio comprimido em quatro a cinco litros de água e fazer banhos de assento ou compressas duas a três vezes ao dia) ou água boricada a 3% (fazer compressas duas a três vezes ao dia).⁶ A antibioticoterapia local pode ser feita com mupirocina 2% ou o ácido fusídico e neomicina. A antibioticoterapia sistêmica com cefalexina (40 mg/kg/dia a 50 mg/kg/dia), amoxicilina associada ao ácido clavulânico (25 mg/kg/dia), cefaclor (20 mg/kg/dia) ou clindamicina (15 mg/kg/dia).⁷ Atualmente, as penicilinas e a eritromicina não são consideradas antibióticos de primeira escolha, pois há possibilidade de resistência por cepas de estafilococos metilino-resistentes.⁷

CONCLUSÃO

O impetigo é afecção dermatológica comum na faixa etária pré-escolar e escolar, de fácil tratamento, porém seu diagnóstico inicial muitas vezes é desafiador, principalmente na sua forma bolhosa, fazendo diagnóstico diferencial com outras doenças bolhosas da infância. Esperamos, com este artigo, orientar o profissional médico, como pediatras, emergencistas e da saúde pública sobre a doença e seu tratamento.

Tabela 2. Diagnóstico diferencial do impetigo bolhoso infantil

	Características clínicas	Diagnóstico
Impetigo bolhoso	Vesicobolhas e exulcerações com aspecto circinado.	Clínico e a cultura e antibiograma da secreção das vesículas e bolhas.
Dermatite herpetiforme	Adulto jovem. Erupção simétrica e polimorfa pruriginosa, nas faces extensoras dos membros. Lesões orais são comuns. Todos os casos apresentam enteropatia sensível ao glúten (doença celíaca), clínica ou subclínica.	Biópsia para anatomopatológico e imunofluorescência direta.
Dermatose por IgA linear	Crianças menores de cinco anos com vesicobolhas aspecto em roseta; erosões.	Biópsia para anatomopatológico e imunofluorescência direta.
Pênfigo vulgar	Adultos com bolhas flácidas, erosões dolorosas, úmidas.	Biópsia para anatomopatológico e imunofluorescência direta.
Eritema multiforme bolhoso	Lesões polimorfas; morfologia típica em "alvo" é mais comum nos casos por infecções, pode apresentar lesões nas mucosas.	Biópsia para anatomopatológico e investigação de possíveis fatores desencadeantes (drogas, vírus, bactérias, entre outros).

IgA = imunoglobulina A.

REFERÊNCIAS

1. Azulay L, Hannauer L, Leal F, et al. Atlas de dermatologia: da semiologia ao diagnóstico. 2ª ed. São Paulo: Elsevier; 2013.
2. Oliveira ZNP. Dermatologia pediátrica. Piodermites. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2012.
3. Hubiche T, Bes M, Roudiere L, et al. Mild staphylococcal scalded skin syndrome: an underdiagnosed clinical disorder. *Br J Dermatol.* 2012;166(1):213-5.
4. Knox BL, Petska HW, DeMuri GP, Feldman KW. Staphylococcal infection mimicking child abuse: what is the differential diagnosis and appropriate evaluation? *Pediatr Emerg Care.* 2011;27(6):547-9.
5. Sandhu K, Kanwar AJ. Generalized bullous impetigo in a neonate. *Pediatr Dermatol.* 2004;21(6):667-9.
6. Bernard P. Management of common bacterial infections of the skin. *Curr Opin Infect Dis.* 2008;21(2):122-8.
7. Cohen PR. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* skin infections: implications for patients and practitioners. *Am J Clin Dermatol.* 2007;8(5):259-70.