

PIODERMITES

Introdução

As piodermites correspondem a quadros cutâneos infecciosos que envolvem microrganismos classificados como “piogênicos”, principalmente os *Staphylococcus e Streptococcus*. Seguindo o significado clínico da terminologia da palavra, “pio” refere-se à presença de pus, enquanto “dermite” indica inflamação cutânea. São doenças frequentemente encontradas em pacientes pediátricos, podendo acometer diferentes sítios anatômicos, sendo, na maior parte das vezes, autolimitadas.

Etiologias: flora cutânea

A flora bacteriana da pele varia de acordo com a área anatômica analisada, mas os mais frequentemente encontrados nas piodermites são os *Staphylococcus aureus (mais comum)* e os *Streptococcus pyogenes*. Essas bactérias colonizam algumas regiões do corpo (narinas, axilas, regiões inguinais e períneo), sem necessariamente provocar lesões ativas. Entretanto, desequilíbrios nos mecanismos imunológicos podem desestabilizar essa flora, aumentando a carga bacteriana e resultando nas infecções. Assim, os pacientes que sofrem com infecções recorrentes (especialmente as causadas por cepas resistentes), podem precisar de intervenções de descolonização, que consistem

na aplicação tópica de antimicrobianos nas áreas específicas, na tentativa de reduzir a carga bacteriana e inventar as recidivas.

Quanto aos *Staphylococcus aureus*, eles são encontrados principalmente na naso-faringe. São microrganismos gram-positivos que apresentam grande resistência antimicrobiana, sendo responsáveis tanto por infecções primárias quanto por infecções secundárias. Vale lembrar a diferença entre esses conceitos: as **infecções primárias** ocorrem em pele aparentemente **intacta**, enquanto as **infecções secundárias** são observadas em **pele previamente lesada**, de forma que o patógeno observa nessas lesões uma porta de entrada para causar a infecção.

Já os *Streptococcus pyogenes* são encontrados principalmente na orofaringe. São microrganismos gram-positivos também responsáveis por infecções primárias e secundárias, podendo ser associados a febre reumática e glomerulonefrite quando a infecção se dá por cepas nefritogênicas.

Fatores predisponentes

Dentre os fatores de risco para essas infecções, podemos destacar:

- Higiene inadequada;
- Traumas;
- Dermatoses pré-existentes: pacientes atópicos são mais vulneráveis ao desenvolvimento de infecções cutâneas porque apresentam a imunidade cutânea comprometida, facilitando a proliferação de bactérias.
- Condições de imunossupressão;
- Diabetes *mellitus* descontrolada.

Classificações das piodermites

Quanto à classificação **etiológica** das piodermites, temos:

- Piodermites estreptocócicas: erisipela; fasceíte; celulite, escarlatina.
- Piodermites estafilocócicas: foliculites, furúnculos.
- Piodermites estrepto-estafilocócicas: impetigo; ectima, hidrosadenite.

Já em relação à **classificação clínica** das piodermites, temos:

- impetigo;
- ectima;
- erisipela/celulite;
- escarlatina;
- hidrosadenite;
- foliculites: superficial; sicose da barba; foliculite queloidiana; furúnculo; foliculite antraz.

Impetigo

O impetigo é caracterizado como uma infecção cutânea altamente contagiosa extremamente comum em crianças, já que seu contágio é facilitado em ambientes em que os indivíduos encontram-se em contato próximo, como escolas e creches.

Clinicamente, o impetigo se manifesta na forma de lesões eritematosas na epiderme, localizadas principalmente na face, mãos e dobras, associadas a uma secreção amarelada e serosa, denominada “secreção melicérica”, fazendo referência à “cor de

mel". Essa aparência está, muitas vezes, associada à **impetiginização**, termo que faz referência a um processo secundário a outras lesões cutâneas, as quais evoluem para o quadro de impetigo. Ainda, as lesões dessa doença podem cursar com bolhas subepidérmicas formadas na camada córnea. Não acompanha febre, já que é uma **infecção restrita às camadas mais externas da pele**.

O diagnóstico do impetigo geralmente é **clínico**, baseado na observação das lesões características. Entretanto, em casos de infecções recorrentes ou resistentes ao tratamento, é possível realizar a bacterioscopia (coloração de Gram).

O manejo terapêutico varia de acordo com a extensão das lesões. Em casos de quadros mais **localizados**, o tratamento baseia-se na aplicação de **antibióticos tópicos**, principalmente a Neomicina e a Bacitracina (popularmente chamado de Nebacetin). São utilizados também a Mupirocina e o Ácido Fusídico, pois são eficazes contra patógenos gram-positivos. Nos casos de infecções **sistêmicas**, utilizam-se **antibióticos sistêmicos**, dos quais destacam-se:

- Cefalosporinas:
 - Cefalexina: 25-50mg/kg/dia, 3x ao dia, durante 8 a 10 dias.
 - Ceclor: 20mg/kg/dia, 2x ao dia, durante 8 a 10 dias.
- Amoxicilina + clavulanato: 20 a 100mg/kg, 3x ao dia
- Eritromicina: 30 a 50mg/kg, 4x ao dia.

Ainda, o paciente deve ser orientado a lavar bem as lesões para tentar remover as crostas, bem como manter a higiene das mãos, das unhas e das vestimentas.



fonte das imagens:

<https://www.msmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%B3rbios-dermatol%C3%B3gicos/infec%C3%A7%C3%B5es-bacterianas-da-pele/impetigo-e-ectima?ruleredirectid=762>

Impetigo: caso clínico

ID: criança, 7 anos, sexo masculino.

QP: lesões na face, MMSS e tronco, associadas à secreção. Refere prurido.

HMP: dermatite atópica (fator de risco para impetigo).

HMF: irmão de 5 anos apresenta lesões semelhantes.

Descrição da lesão: placas eritematosas, com presença de secreção “em cor de mel”/”melicérica”, fazendo uma crosta (sinal clínico característico). Essa crosta é formada principalmente pelo processo de impetiginização (complicação secundária a outras dermatoses, nesse caso, a dermatite atópica que, mediada por toxinas, formou a crosta em questão).



<https://www.crechesegura.com.br/wp-content/uploads/2016/04/IMPETIGO-N%C3%83O-BOLHOSO.jpg>
https://medlineplus.gov/images/Impetignew_share.jpg

Celulites/erisipela

Processo infeccioso do **tecido subcutâneo profundo**, comumente associado ao *Streptococcus pyogenes*. Apresenta um quadro clínico mais grave, com envolvimento do **sistema linfático e disseminação bacteriana**, de forma que exige intervenção médica precoce para evitar bacteremia.

Com diagnóstico predominantemente **clínico**, as celulites são identificadas pela presença de sinais clássicos de inflamação. São lesões geralmente unilaterais (pernas, braços e face), caracterizadas como placas eritematosas, acompanhadas de edema, calor local, febre, náuseas, dores musculares e adenomegalia. Em pacientes com fatores predisponentes, como DM descompensada, a celulite pode ocorrer de forma mais recorrente e severa.

O manejo terapêutico das celulites consiste no tratamento sintomático (dipirona, paracetamol) e na administração de antibióticos sistêmicos, sendo as cefalosporinas (Cefalexina 500mg, 4x ao dia por 14 dias) e penicilinas de longa (Benzetacil 1.200.000UI) os medicamentos de escolha. O paciente deve ser orientado a controlar a DM para evitar

quadros recorrentes, já que esses podem favorecer o desenvolvimento de um linfedema crônico e abrir portas para novas infecções. Se houver presença de outras dermatoses, elas também devem ser tratadas, para evitar microfissuras decorrentes do ato de coçar, as quais facilitam reinfecções. Por fim, deve-se orientar o paciente a adotar práticas rigorosas de higiene (principalmente nas regiões interdigitais) e evitar traumas.



<https://www.educarsaude.com/wp-content/uploads/2018/06/foto-de-erisipela-no-rostode-mulher.png>

Erisipela: caso clínico



<https://prontopele.com.br/wp-content/uploads/2021/07/Foto-1-erisipela-na-perna.-Foto-autorizada-pelo-dr-Samuel-Freire-do-Atlas-dermatol%C3%B3gico.jpg>

ID: paciente de 68 anos, sexo feminino.

QP: lesões na perna esquerda e febre há 1 semana.

HMA: lesões acompanhadas de eritema, edema e calor na perna esquerda. Refere tremores de frio.

HMP: DMII de controle inadequado (fator predisponente).

HMF: mãe portadora de DM.

RS: adenomegalia inguinal direita.

Descrição da lesão: lesões eritematosas com presença de sinais de inflamação (edema, dor e calor local).

Foliculite

São denominadas foliculites as piodermites que acometem o folículo piloso, de forma que o processo ocorre no óstio folicular. Essa doença apresenta diversas classificações de acordo com a área anatômica acometida, a saber:

- Foliculite superficial;
- Sicosse da barba;
- Foliculite queloidiana;
- Furúnculo;
- Foliculite antraz (atinge múltiplos folículos).

Foliculite superficial

Infecção superficial dos folículos pilosos, frequentemente causada pelo *Staphylococcus aureus*. Pode ocorrer após traumas que afetam a barreira cutânea (como a depilação), ou após procedimentos que irritam a pele, favorecendo a entrada de agentes infecciosos. Diferencia-se dos furúnculos pelo fato de acometer apenas a haste do pêlo, apresentando menor intensidade de inflamação.

O quadro clínico da foliculite superficial consiste na presença de pústulas amareladas e dolorosas, localizadas nas áreas de crescimento dos pêlos. São lesões geralmente pequenas e delimitadas, podendo evoluir para uma infecção mais profunda caso tratadas inadequadamente. A presença de pus pode ser explicada pela ativação do sistema complemento em função da infecção, resultando em uma grande abundância de neutrófilos na secreção. Não apresenta febre nem deixa cicatrizes.

O diagnóstico geralmente é clínico, mas nos casos resistentes ao tratamento convencional, é possível realizar um raspado para coloração de Gram.

No caso de lesões localizadas, o tratamento é feito por antibióticos tópicos (Neomicina/Bacitracina, Mupirocina, Ácido Fusídico). Já em casos em que há disseminação sistêmica da infecção (ou no caso de pacientes imunossuprimidos), o tratamento é feito por antibióticos sistêmicos (Cefalexina 500mg de 8 em 8h, por 7 dias).

Foliculite superficial: caso clínico



https://www.dermagames.com/wp-content/uploads/2020/10/folliculitis5_WatermarkedWyJXYXRlcm1hcmtlZCJd.jpg

ID: 32 anos, sexo feminino

QP: lesões nas pernas

HMA: relata aparecimento de lesões nas pernas 3 dias após depilação. Nega febre.

HMF: mãe portadora de DM

Descrição da lesão: pústula com conteúdo amarelado, de base eritematosa, predominante na região do folículo piloso.

Furúnculo (foliculite profunda)

Infecção profunda do folículo piloso, afetando as glândulas sebáceas, gerando lesões purulentas, elevadas e dolorosas, podendo gerar cicatrizes. Como a infecção é mais profunda, ela se manifesta na forma de nódulos profundos e sintomáticos, apresentando características típicas de processos inflamatórios (edema, dor e calor local). Normalmente não causa febre, já que é uma infecção localizada.

Um diagnóstico diferencial importante é entre o furúnculo e a miíase furunculóide (berne), que apresenta lesões semelhantes, mas com a presença de uma secreção serosa, acompanhada de uma sensação de fisgadas decorrentes do movimento da larva sob a pele. Já no furúnculo, a secreção é mais purulenta e amarelada.

O diagnóstico é clínico, podendo ser complementado pela bacterioscopia por coloração de Gram.

Num geral, o tratamento é tópico (Neomicina/Bacitracina, Mupirocina), numa tentativa de gerar uma descolonização local para evitar recidiva, associado ao uso de compressas quentes. Em casos recorrentes, utiliza-se antibióticos sistêmicos (Cefalexina 500mg, de 8 em 8h, por 7 dias). Ainda, o paciente deve ser orientado a realizar o controle de sua glicemia, além de evitar traumas e o uso de roupas justas.

Furúnculo (foliculite profunda): caso clínico



https://images.saymedia-content.com/image/t_share/MTC2Mjg1NTIzNjQ2NzUxOTE3/furunculosis.jpg

ID: 45 anos, sexo feminino

QP: lesão na nádega

HMA: relata aparecimento de lesão na nádega, sem febre, há 5 dias

HMF: DMI

RS: tabagista

Descrição da lesão: lesão elevada (nódulo), eritematosa e purulenta.

Foliculite queloidiana

Tipo de foliculite que geralmente acomete a região da nuca, podendo evoluir para quelóide. Muito associada a indivíduos afrodescendentes, uma vez que eles apresentam

maior atividade fibroblástica no processo inflamatório induzido, podendo gerar queloides.



http://www.esteticamedica.info/data/img_cont/img_imagens/img_gr/1184.jpg

Hordéolo

Infecção dos folículos localizados na base das pálpebras. Processo inflamatório e doloroso, mas geralmente autolimitado.



https://assets-global.website-files.com/5f7c5ad0f02de81be2e6417c/63ea3a697797cfd696bf9d5_Cal%C3%A1zio-e-hord%C3%A9olo-o-que-%C3%A9.jpg

Hidrosadenite supurativa

Processo infeccioso em áreas com glândulas apócrinas, como axilas e regiões inguinais. Manifesta-se na forma de abscessos recorrentes e dolorosos, podendo fazer cicatrizes. Não acompanha febre. Exige uma abordagem terapêutica direcionada, além de descolonização para controle a longo prazo.



https://www.msmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BAbios-dermatol%C3%B3gicos/acne-e-doen%C3%A7as-relacionadas/hidradenite-supurativa?ruleredirectid=762#Diagn%C3%B3stico_v963808_pt

Ectima

Caracteriza-se por uma infecção cutânea mais profunda, causada, geralmente, por traumas e pela exposição de feridas em áreas com maior risco de contaminação, como membros inferiores. São lesões mais invasivas, com crostas mais aderidas, podendo gerar ulcerações que comprometem a derme e deixam cicatrizes após a recuperação.



https://www.msmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%B3rbios-dermatol%C3%B3gicos/infec%C3%A7%C3%B5es-bacterianas-da-pele/impetigo-e-ectima?ruleredirectid=762#Sinais-e-sintomas_v9638
33_pt

Escarlatina

Infecção bacteriana associada ao estreptococos, caracterizada por erupções exantemáticas vermelho-escarlate e descamações em áreas específicas do corpo. Acompanha febre alta e sensação de aspereza na pele. Nessa condição, a língua adquire uma coloração avermelhada, com “aparência de morango”.



<https://me.med.br/wp-content/uploads/2022/09/Escarlatina.png>

Possíveis complicações

As piодermites geralmente são condições autolimitadas, mas também podem evoluir para complicações. Dentre essas, podemos citar:

- Glomerulonefrite pós-estreptocócica;
- Extensão da infecção para outros órgãos;
- Sepses;
- Deformidades, como cicatrizes e alopecia;
- Recidivas, as quais podem culminar em linfedemas.