



CELULITE INFECCIOSA NA REGIÃO INGUINAL: RELATO DE CASO

Júlia Raquel Felipe Caldeira¹, Isabelle Vieira Pena², Gabriela Soares Diniz Garcia³, Indra Peixoto Godinho⁴, Henrique Santos Fernandes⁵, Elis de Oliveira Campos Paiva Mol⁶

¹ Acadêmica de Medicina, Centro Universitário Faculdade de Ciências Gerenciais UNIFACIG, juliaraquelfc@hotmail.com

² Acadêmica de Medicina, Centro Universitário Faculdade de Ciências Gerenciais UNIFACIG, isa_vpena@hotmail.com

³ Acadêmica de Medicina Centro Universitário Faculdade de Ciências Gerenciais UNIFACIG, gabrieladinizgarcia@gmail.com

⁴ Acadêmica de Medicina, Centro Universitário Faculdade de Ciências Gerenciais UNIFACIG, indrapgodinho@hotmail.com

⁵ Acadêmico de Medicina, Centro Universitário Faculdade de Ciências Gerenciais UNIFACIG, hsfernades97@gmail.com

⁶ Graduação em Medicina, Centro Universitário de Caratinga, eliscampos22@hotmail.com

Resumo: A celulite infecciosa é um processo que acomete a derme profunda e tecido subcutâneo. A sua etiologia geralmente está associada a bactérias do gênero *S. aureus* e estreptococos do grupo A, mais ocasionalmente, outras bactérias podem estar implicadas, como *Haemophilus influenza*, bacilos Gram-negativos e, ainda, fungos, como *Cryptococcus neoformans*. Quando se inicia o quadro clínico a celulite se apresenta com sinais flogísticos e nem sempre é possível se diferenciar tecido saudável e tecido infectado. O diagnóstico é na maioria dos casos apenas clínico, sendo dispensáveis hemocultura, aspirados e biopsias a não ser que o paciente apresente algum comprometimento sistêmico. Pode ser realizada radiografia para diagnóstico diferencial de osteomielite e abscesso. Com a instalação da infecção os sinais flogísticos são acompanhados a variáveis graus de sintomas sistêmicos, resultantes da disseminação da infecção como indisposição, anorexia, febre e calafrios. Os membros inferiores são locais mais acometidos em adultos, seguidos dos membros superiores e da face. O tratamento adequado deve imediatamente ser instituído para prevenção da evolução para abscesso ou outras comorbidades.

Palavras-chave: Abscesso cutâneo; Celulite; Infecção; Imunodepressão; Fatores de risco.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde.

1 INTRODUÇÃO

As infecções primárias da pele afetam cerca de 7% da população, mas a sua incidência pode alterar conforme diversas causas. Compreende-se que o verão induz a infecções cutâneas por colaborar a instalação do calor e da umidade, indispensáveis no alastramento dos micro-organismos. Além disso, sabe-se que a sua repetição está relacionada a elementos ambientais e individuais, dentre os quais compreende-se aquele relativo à baixa imunidade, como por exemplo Diabetes mellitus. (PIRES,2015).

Dentre as piodermites encontra-se a celulite infecciosa, que é caracterizada como uma infecção extensa que compromete derme, epiderme e tecido subcutâneo. Sua etiologia é em 75% dos casos relacionado à infecção pelo *Staphylococcus*. A ferida é caracterizada por sinais flogísticos, sem diferenciação entre pele saudável e afetada. (PIRES,2015).

Uma das consequências da celulite é a sua evolução para um abscesso, que é uma coleção de material purulento localizado na superfície da pele, geralmente ocasionado por organismos como *Staphylococcus aureus*. (DELFINO, 2013).

O diagnóstico da celulite é fundamentado principalmente nas manifestações clínicas, pode ser observado uma indistinta limitação entre pele sã e pele afetada. Indicadores assessores no diagnóstico como hemocultura, aspirados e biópsias não se mostram relevantes em casos modestos de infecções, porém mostram-se indispensáveis meios de diagnóstico no momento em que os pacientes apresentam toxicidade sistêmica comprometimento abrangente da pele ou comorbidades como câncer, neutropenia, diabetes e imunodeficiência. As radiografias se tornam pertinentes para o

diagnóstico de afastamento na dúvida entre osteomielite e abscesso. O diagnóstico decisivo só é assegurado pelo resultado das culturas. No entanto, tal fato não deve prolongar o início da terapia em pacientes com sinais e sintomas tradicionais. (PIRES, 2015).

O tratamento da celulite é baseado de acordo com a sua classificação entre purulenta ou não purulenta, sendo feito o uso da clindamicina 300-250 msg VO de 8/8 horas na sua forma purulenta e cefalexina 500mg VO de 6/6 horas ou Oxacilina 2g EV de 4/4 horas na não purulenta. (DELFINO, 2013).

O objetivo desse trabalho é descrever aspectos clínicos e a terapêutica utilizada em quadro de celulite infecciosa.

2 METODOLOGIA

Este trabalho trata-se da apresentação de um relato de caso, elaborado no decorrer do acompanhamento de um paciente internado na Unidade de Pronto Atendimento de Manhauçu (UPA). A discussão dos achados clínicos no caso se baseou em uma revisão sistemática da literatura.

O estudo é uma pesquisa de abordagem qualitativa e explicativa, proporcionando um melhor esclarecimento sobre o assunto abordado.

Para estruturação e discussão desse artigo foram utilizados como base literária trabalhos acadêmicos pesquisados nos sites: Google Acadêmico, PubMed, Scielo, LILACS, Medline, em língua portuguesa e inglesa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Relato de caso:

O caso relatado se refere a uma paciente S.D.S., sexo feminino, morena, 39 anos, oriundo de Manhauçu- MG. Informou ter sofrido um acidente de moto há 3 anos atrás, no qual, desde então perdeu parte de sua mobilidade e apresenta certa dificuldade para andar com equilíbrio. Foi relatado que a mesma sofreu uma queda no banheiro no dia 26/09/2019, procurando ajuda apenas no dia 29/09 onde foi a UPA devido ao aparecimento de uma ferida na região inguinal direita que acompanhava sinais flogísticos (FIGURA 1). Foi realizado um Raio-x onde foi descartado a hipótese de fratura de fêmur. No dia 08/10 a ferida evoluiu sendo feita a internação na UPA. A paciente chegou ao local eupneica, BEG, normocorada, normocárdica, normotensa, lúcida, ativa, com deambulação e acordada, a diurese estava espontânea, Pressão arterial de 120x80 mmHg, temperatura axilar de 37°C e 15 pontos na escalada de Glasgow. Foi feito um acesso venoso e prescrito ceftriaxona 1g E.V de 12 em 12 horas, dipirona 1 g E.V de 6 em 6 horas.

No dia 09/10 com a evolução da ferida foi prescrito à paciente Oxacilina 2g EV de 4/4 horas, liquemine 0,25 ml SC 12/12 horas, ACM captopril 25 mg 01 cp sl se PA > 160x 100 mmHg, MID elevado, SOS tramal 50 mg + 100 SF 0.9% EV lento de 8/8 horas, SOS plasil 01 amp + AD 8/8 horas, SOS dipirona 1 amp EV de 6/ 6 horas, scalp heparinizado, dados vitais de 6/6 horas e dieta livre, sendo mantido este tratamento até o atual momento.

FIGURA 1: Celulite em região inguinal.



Fonte: Imagem cedida pelo paciente

3.2 Discussão:

Diante desse quadro é imprescindível saber que as infecções de pele e tecidos moles (IPTM) encontra-se entre as infecções mais comuns em pacientes que se dirigem ao pronto socorro. Ocasionalmente podem ser suficientemente graves para ocasionar o choque séptico e legitimar a admissão do paciente na unidade de terapia intensiva.

As IPTM são incumbidas por 4,3 – 10,5 % dos episódios sépticos e possuem um nível de fatalidade de 1,3 – 7,2 %. (MALHEIRO, 2017)

A celulite compreende-se como uma lesão profundamente dolorosa e com infiltração, com os limites mal demarcados que se expande ao tecido subcutâneo. Sua delimitação com pele saudável é indiscriminável e seu crescimento não ocorre centrifugamente. Em algumas situações pode ser evidenciado a presença de bolhas ou necrose, acarretando em ampliadas áreas de descolamento epidérmico e corrosões superficiais. (DELFINO, 2013).

A celulite manifesta-se geralmente com sinais iniciais locais como dor, calor, edema e eritema, e à medida que a infecção piora surgem os efeitos sistêmicos, febre e calafrios. Os sinais inflamatórios surgem em resposta a invasão dos patógenos à derme e ao subcutâneo. (SOUZA, 2003).

A infecção pode se encontrar em partes moles com a presença de abscesso dérmico e subcutâneo ou fascíte necrosante. (MALHEIROS, 2017).

A celulite está associada a fatores que rompem a integridade cutânea, comorbidades como obesidade, insuficiência venosa e arterial, edema linfático, e imunodepressão são condições que predis põem a ocorrência da celulite. (SOUZA, 2003)

Complicações decorrentes da invasão do agente infeccioso a vasos sanguíneos e linfáticos podem ocorrer, resultando em bacteremia, septicemia, linfangite ou linfadenite. Toxinas produzidas por *Staphylococcus aureus* no local da infecção podem resultar também em síndrome do choque séptico (SCT) e a síndrome da pele escaldada (SPEE). (SOUZA, 2003)

Sua etiologia é caracterizada por *Streptococcus* beta hemolítico do grupo A e por *Staphylococcus aureus*. O advento da celulite está relacionado sobretudo a condições que rompem a integridade cutânea, associada principalmente a traumas e lesões de pele adjacentes. Algumas infecções por *Staphylococcus aureus* podem ser agudas, piogênicas ou disseminarem para diversos tecidos, acarretando focos metastáticos. Acontecimentos mais críticos como bacteremia, pneumonia, osteomielite e abscessos tanto musculares quanto cerebrais são do mesmo modo documentados. (GELATTI, 2009).

A celulite também pode ser ocasionada por isolados de *Staphylococcus aureus* que exibem resistência a meticelina são chamados de MRSA (*Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*), e retratam um relevante patógeno nosocomial. Diversos fatores de riscos estão relacionados com a aquisição desse micróblio como internação extensa no hospital, internação na unidade de tratamento intensivo, doença de base relevante e exposição estendida a esses antimicrobianos. (GELLATI, 2009).

Entretanto, ela manifesta-se mais ocasionalmente em pele supostamente íntegra, decorrente de bacteremia, sendo *Streptococcus pneumoniae*, o *Vibrio vulnificus* e *Criptococcus neoformans* os principais agentes envolvidos na transmissão hematogênica. (SOUZA, 2003)

A celulite devido ao *S. aureus* via de regra, a abertura é evidente, e com periodicidade há infecção local. É um processo habitual em usufruidores de drogas. O patógeno também correlacionado às síndromes mediadas por toxina como a síndrome da pele escaldada e a síndrome do choque tóxico e à endocardite posteriormente à endocardite. (SOUZA, 2003)

Já a celulite causada pelo *Streptococcus pneumoniae* é mais evidente associado a quadros de pacientes imunocomprometidos. A celulite devido o *Haemophilus influenzae* acomete com mais relevância em criança, não vacinas contra o patógeno. (SOUZA, 2003).

Em contra partida, as infecções necrotizantes dos tecidos moles se diferem por serem lesões agressivas do tecido subcutâneo que se prolonga pela fáscia superficial e agride todo o tecido entre a pele e o músculo, contém uma necrose tecidual evidente e importante, além de uma resposta ineficaz ao tratamento com antimicrobiano isolado, sendo imprescindível o uso do desbridamento cirúrgico dos tecidos obsoletos. Ocorre eritema e a área acometida fica endurecida, dolorosa com rápido acometimento da região por escara enegrecida, necrose liquefeita e fétida. (SOUZA, 2003). O diagnóstico diferencial com celulite deve ser realizado sempre que houver uma dor desproporcional à clínica, falha na resposta terapêutica, região do subcutâneo endurecida, toxicidade sistêmica, presença de um edema que se expande além da área demarcada, presença de lesões bolhosas, áreas de necrose e equimoses. Além disso, a infecção pode ser monomicrobiano, microbiano ou poli microbiana e geralmente é acarretada pelo *Streptococcus*. (DIRETRIZ)

Para diagnóstico de celulite é utilizado além de dados clínicos, exames laboratoriais e radiológicos. Nos exames laboratoriais se espera alterações como leucocitose e aumento da velocidade de hemossedimentação (VHS). Em casos de infecções prévias pode estar elevado os

títulos de antiestreptolisina (ASLO). A hemocultura também pode ser realizada, porém apresenta baixa positividade em períodos iniciais, sendo mais significativa na presença de toxemia. É realizado também aspirado da lesão, para identificação do agente etiológico. (FIRMINO, 2010)

Exames radiológicos não são necessários em todos os casos de celulite, são realizados apenas para excluir diagnósticos diferenciais, no caso de suspeita de fascíte necrotizante (FN) é necessário a realização de ressonância magnética para definir o diagnóstico. Para detecção de abscesso subcutâneo a ultrassonografia e tomografia poderão ser solicitadas. (FIRMINO, 2010)

O abscesso consiste em uma complicação comum de celulite e é caracterizado como uma coleção de pus na pele, podendo ocorrer em qualquer superfície apresentando como sinais e sintomas edema flutuante ou firme, flacidez e dor. Os fatores de risco para o seu aparecimento incluem supercrescimento bacteriano, trauma precedente, imunossupressão e circulação prejudicada. (DELFINO, 2013).

A droga de escolha para o tratamento da celulite em adultos é a Oxacilina, usada com posologia de 8 a 10 mg/Kg/dia, dividida em quatro a seis doses diárias. Como segunda linha pode ser usado a cefalotina, em posologia de 4 a 12 g/dia, dividida em 6 doses. Para pacientes alérgicos tanto a penicilina quanto a cefalosporina, a opção terapêutica seria clindamicina, vancomicina ou teicoplanina. Casos mais graves no qual a infecção é causada por *S. aureus* resistentes a Oxacilina adquiridos na comunidade, a droga indicada é o sulfametoxazol-trimetoprim. (ANVISA, 2008)

4 Conclusão:

As infecções de pele e tecidos moles são de alta prevalência, sendo muito encontradas nas unidades de pronto atendimento. A celulite é uma lesão que acomete derme, epiderme e tecido subcutâneo, com isso, uma maior chance de uma complicação, podendo evoluir de forma grave, possibilitando a internação do paciente. Essas infecções estão muitas vezes associadas há imunossupressão, ocasionando uma complexidade para cicatrização da ferida. Outro fator de risco é o trauma ou lesões recorrentes, doenças associadas à circulação, sendo indicada a prevenção destas. É importante atentar se o paciente imunodeprimido está com sua doença base controlada e sua aderência ao tratamento. O diagnóstico é baseado na clínica da lesão, geralmente apresentando dor, hiperemia, calor e edema. Podem ser solicitados exames complementares para confirmação do diagnóstico. É imprescindível o diagnóstico precoce para a retirada do fator causal, iniciar antibioticoterapia, tratamento das lesões e prevenção das complicações.

5 REFERÊNCIAS

ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Tratamento das principais infecções comunitárias e relacionadas à assistência à saúde e profilaxia antimicrobiana em cirurgia. 2008. Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/controle/rede_rm/cursos/atm_racional/modulo3/pele.htm> . Acesso em: 12 Out. 2019.

DELFINO, Camila. Infecções da pele e partes moles. **Programa de educação médica continuada**. Cremesp, 2013.

<http://www.cremesp.org.br/pdfs/eventos/Infec%20de%20pele%20e%20partes%20moles.pdf>

DE SOUZA FIGUEIREDO, Simone; CAROMANO, Fátima Aparecida. Efeito do Tratamento com Silk Light em Portadores de Celulite. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 4, n. 2, 2000.

FIRMINO, I. C. L. Infecções de pele e partes moles: proposta de protocolo de atendimento em unidade pediátrica. 2010. 65f. Monografia (Especialização em Pediatria) - Programa de Residência Médica em Pediatria do Hospital Regional da Asa Sul, Brasília, 2010.

FRANÇA, Luís Henrique Gil et al. Fatores de risco associados a infecção, amputação e mortalidade em pacientes submetidos a pontes arteriais infra-inguinais. Estudo retrospectivo de 27 casos. 2004.

GELATTI, Luciane Cristina et al. Sepsis por *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina adquirida na comunidade no sul do Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 2009. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822009000400019&lang=pt

MALHEIRO, Luís Filipe et al. Infecções da pele e de tecidos moles na unidade de terapia intensiva: estudo retrospectivo em um centro terciário. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 29, n. 2, p. 195-205, 2017. <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v29n2/0103-507X-rbti-20170019.pdf>

PIRES, Carla Avelar et al. Infecções bacterianas primárias da pele: perfil dos casos atendidos em um serviço de dermatologia na Região Amazônica, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 6, n. 2, p. 45-50, 2015. <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v6n2/v6n2a06.pdf>

SOUZA, Cacilda Silva. Infecções de tecidos moles: erisipela. celulite. síndromes infecciosas mediadas por toxinas. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 36, n. 2/4, p. 351-356, 2003.

Instituto de Previdência Dos Servidores Do Estado de Minas Gerais. **Diretriz para tratamento de infecções de pele e partes moles**. Protocolo Clínico.