



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO

PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

CENTROS DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

CURSO DE MEDICINA

IVAN JUSTO DE MENDONÇA NETO

**PACIENTE DIABÉTICO COM ERISPELA RECORRENTE: UM RELATO DE
CASO**

MOSSORÓ

2022

IVAN JUSTO DE MENDONÇA NETO

**PACIENTE DIABÉTICO COM ERISPELA RECORRENTE: UM RELATO DE
CASO**

Monografia apresentada a Universidade Federal Rural do Semi-Árido como requisito para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Rejane Helena Pereira Lins, Prof.

MOSSORÓ

2022

IVAN JUSTO DE MENDONÇA NETO

**PACIENTE DIABÉTICO COM ERISPELA RECORRENTE: UM RELATO DE
CASO**

Monografia apresentada a Universidade
Federal Rural do Semi-Árido como requisito
para obtenção do título de Bacharel em
Medicina.

Defendida em: 09/06/2022.

IVAN JUSTO DE MENDONÇA NETO

PACIENTE DIABÉTICO COM ERISPELA RECORRENTE: UM RELATO DE CASO

Relatório final, apresentado à Universidade Federal Rural do Semi-Árido, como parte das exigências para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Mossoró, 09 de junho de 2022.

BANCA EXAMINADORA



Documento assinado digitalmente

REJANE HELENA PEREIRA LINS

Data: 26/12/2023 15:47:32-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Rejane Helena Pereira Lins (UFERSA)
Presidente



Documento assinado digitalmente

ANDREA TABORDA RIBAS DA CUNHA

Data: 28/12/2023 19:46:59-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Me. Andrea Taborda Ribas (UFERSA)
Membro Examinador

Prof. Dr. Andiara Araújo Cunegundes de Brito (UFERSA)
Membro Examinador

RESUMO

Introdução: Erisipela é uma infecção bacteriana cutânea não contagiosa que afeta os vasos linfáticos da derme, sendo seu principal agente etiológico os estreptococos β -hemolíticos do grupo A e raramente o *S. aureus*. Acomete principalmente obesos, idosos e diabéticos por possuírem circulações venosa e linfática debilitadas, além de frequentemente apresentarem graus de imunodeficiência. *Objetivo:* Descrever e analisar um caso clínico com o intuito de abrir a discussão acerca do diagnóstico e condutas terapêuticas e profiláticas para a erisipela, tanto sua forma simples quanto sua forma recorrente. *Método:* Relato de caso de erisipela recorrente. *Discussão:* Foi observada a recorrência do uso de dupla terapia nos episódios descritos como erisipela, possivelmente devido a incapacidade do médico de diferenciar entre erisipela e celulite infecciosa, o que ocorre com bastante frequência. Também foi discutido o principal meio de diferenciar entre as duas doenças através do exame físico, que seria atentar para as bordas das lesões. Enquanto que na celulite infecciosa, a superfície das lesões são planas e lisas, sem delimitações entre a pele infeccionada e a sadia ao redor, na erisipela as lesões possuem bordas elevadas que delimitam bem a área acometida. Foi também ressaltado que o paciente em questão se beneficiaria de antibioticoterapia profilática em razão de sua baixa aderência ao tratamento da diabetes ao longo dos anos e por já estar em estágio avançado da diabetes. Esses fatores contribuem com o aumento do risco de novos episódios de erisipela. *Conclusão:* Apesar da relativa baixa complexidade do caso exposto, esse relato abre a oportunidade de discutir aspectos importantes no cuidado do paciente com erisipela ou com risco elevado para tal que frequentemente são negligenciados por muitos médicos.

Palavras-chave: Erisipela. Recorrente. Celulite. Diagnóstico diferencial. Tratamento. Relato de caso.

ABSTRACT

Introduction: Erysipelas is a non-contagious bacterial skin infection that affects the lymphatic vessels of the dermis, its main etiologic agent being group A β -hemolytic streptococci and rarely *S. aureus*. It mainly affects obese, elderly and diabetics because of their impaired venous and lymphatic circulations, in addition to some degrees of immunodeficiency they might present. *Objective:* To describe and analyze a clinical case in order to open the discussion about the diagnosis and therapeutic and prophylactic procedures for erysipelas, both its simple form and its recurrent form. *Method:* Case report of recurrent erysipelas. *Discussion:* Recurrence of the use of dual therapy was observed in episodes described as erysipelas, possibly due to the physician's inability to differentiate between erysipelas and infectious cellulitis, which occurs quite frequently. The main way of differentiating between the two diseases through physical examination was also discussed, which would be to examine the edges of the lesions. While in infectious cellulitis the surface of the lesions is flat and smooth, with no boundaries between the infected and healthy skin around it, in erysipelas, the lesions have raised edges that clearly delimit the affected area. It was also highlighted that the patient in question would benefit from prophylactic antibiotic therapy due to his low adherence to diabetes treatment over the years and because he was already in an advanced stage of diabetes. These factors contribute to an increased risk of new episodes of erysipelas. *Conclusion:* Despite the relatively low complexity of the exposed case, this report opens the opportunity to discuss important aspects in the care of patients with erysipelas or at high risk for it that are often neglected by many physicians.

Keywords: Erysipelas. Recurrent. Cellulitis. Differential diagnosis. Treatment. Case report.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	–	Erisipela em membro inferior	16
Figura 2	–	Celulite infecciosa bolhosa	21
Figura 3	–	Sinal de Milian	23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO	10
3 MÉTODO	11
4 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO	11
5 DISCUSSÃO	13
5.1 TRATAMENTOS EMPREGADOS	13
5.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE CELULITE INFECCIOSA E ERISPELA.....	13
5.3 INSTITUIÇÃO DE PROFILAXIA	15
6 CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS	17

1 INTRODUÇÃO

Erisipela é uma infecção bacteriana cutânea não contagiosa que afeta os vasos linfáticos da derme, sendo seu principal agente etiológico os estreptococos β -hemolíticos do grupo A e raramente o *S. aureus* (VALIATI et al, 2012).

Acomete principalmente membros inferiores e a face, sendo obesos, idosos e diabéticos os principais grupos de risco para essa infecção (BRISHKOSKA-BOSHKOVSKI, 2019; LI et al, 2021) por possuírem circulações venosa e linfática debilitadas, além de frequentemente apresentarem graus de imunodeficiência (BERBUDI, 2020).

A contração dessa doença ocorre através de “portas de entrada” na pele, sendo elas rompimentos da barreira cutânea causados por ferimentos traumáticos, picadas de inseto ou outras infecções cutâneas, por exemplo (MADEIRA et al, 2022).

Os principais sintomas são um eritema agudo e doloroso na região de porta de entrada associado à calor local, de aspecto brilhante e margens elevadas bem definidas; febre, acompanhada ou não de calafrios; mal estar geral (VERONESI; FOCACCIA, 2015). Alterações laboratoriais possíveis são aumento do VHS e PCR e neutrofilia (LI et al, 2021).

O tratamento de 1ª linha deve ser feito com penicilinas, podendo serem empregadas clindamicina e a ceftriaxona aos pacientes alérgicos a penicilinas (ANVISA, 2008).

O último censo do IBGE, de 2010, registrou cerca de 20,5 milhões de idosos no Brasil, correspondendo a cerca de 9% da população à época (IBGE, 2010). Além disso, a *International Diabetes Foundation* estima que cerca de 15,7 milhões de brasileiros sofram de diabetes hoje em dia, podendo esse número aumentar em quase 48% até 2045 (IDF, 2021).

Diante desses dados, o propósito deste trabalho é apresentar um caso à primeira vista corriqueiro, mas que abre espaço para discussão acerca do diagnóstico e tratamento adequados de uma doença à qual boa parte da população brasileira apresenta fatores de risco.

2 OBJETIVO

Descrever e analisar um caso clínico com o intuito de abrir a discussão acerca do diagnóstico e condutas terapêuticas e profiláticas para a erisipela, tanto sua forma simples quanto sua forma recorrente.

3 MÉTODO

Relato de caso de erisipela recorrente feito com base em prontuário de paciente atendido em UBS, tendo sua identidade preservada. Aprovação pelo Comitê de Ética fez-se desnecessária neste trabalho tendo em vista o não-envolvimento direto do paciente sobre o qual discutiu-se o caso.

4 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 46 anos, diabético. Foi diagnosticado com erisipela pela primeira vez em agosto de 2012, sendo tratada na ocasião com benzetacil 1.200.000 UI e cloridrato de moxifloxacino 400 mg, posologia não descrita.

A primeira reincidência ocorreu em fevereiro de 2020, sendo tratada na ocasião somente com cloridrato de moxifloxacino 400 mg 1x/dia durante 10 dias. Paciente retornou ao serviço em abril do mesmo ano com a mesma queixa e dessa vez o tratamento foi feito com ciprofloxacino e clindamicina durante 10 dias, doses não descritas.

Em fevereiro de 2022 o paciente retornou ao serviço apresentando hiperemia puntiforme em MID, edema 4+/4+ em MID, dor intensa do joelho para baixo em MID e parestesia em MID. O quadro iniciou 2 dias antes com hiperemia puntiforme e parestesia, ambos em MID. Relatou também febre não aferida no dia anterior à consulta. Não conseguia apoiar o MID no chão para andar. Ao exame físico foi constatada a presença de linfonodomegalia na virilha direita. Em uso de dipirona para a dor. A conduta foi ceftriaxona 1g IM em dose única, ciprofloxacino 500 mg VO 12/12h durante 7 dias e retorno em 2 dias. Também foi orientado ao paciente que buscasse o serviço de urgência em caso de piora.

Retorna dois dias depois conforme combinado. Negou febre nos dois dias anteriores. Houve redução da hiperemia. A dor no joelho reduziu mas ainda incomodava o paciente. Foi prescrito prednisona 20 mg 1 comprimido/dia e retorno em 2 dias.

No retorno, paciente relata piora do quadro de hiperemia e dor, agora intensa, após iniciar a prednisona. A conduta foi a troca da prednisona por ibuprofeno 600 mg 8/8h durante 5 dias e retorno em 3 dias. Foi também pedida uma USG de joelho direito e foram passadas orientações de movimentação do joelho para evitar capsulite adesiva.

Após retorno apresentou melhora importante da dor e edema em MID. O tratamento com ciprofloxacino foi estendido por mais 7 dias em mesma posologia e foi pedido retorno em 2 dias.

Retornou mais tarde no mesmo dia com a USG de joelho, que apresentou: (1) presença de coleções com líquido mais denso, medindo 5,7 x 5,2 x 2,6 cm com volume 41,6 cm³ em região distal da coxa e (2) tendinopatia inflamatória do tendão do quadríceps. Foi encaminhado para a UPA.

O paciente ficou internado 4 dias na UPA, de onde foi transferido para o Hospital Regional Tarcísio Vasconcelos Maia (HRTVM), ficando mais 17 dias lá por suspeita de artrite séptica, associado a uma erisipela em resolução, uma úlcera plantar neurovascular e um corpo estranho em terço distal da tíbia. Artrocentese revelou líquido sinovial amarelado com presença de grumos e cultura negativa. Foi realizada drenagem cirúrgica da articulação e iniciado novo esquema de antibiótico com Tazocin 18g 1x/dia + Vancomicina 2g 1x/dia durante 14 dias. O corpo estranho foi identificado na TC como parafuso de fixação de fratura da tíbia 17 anos atrás.

Recebeu alta no dia 12/03/22, tendo recebido prescrição de antibioticoterapia por mais 7 dias, prescrição de sinvastatina 40 mg e a indicação de acompanhamento com endocrinologista e ortopedista.

Consultou-se com endocrinologista no dia 14/02/22 que prescreveu insulina NPH 46+24 UI e insulina regular 10-14-10 UI e solicitou exames de controle.

Retornou a UBS no dia 19/05/22 para acompanhamento após as internações, ocasião em que relatou o que transcorreu desde a última consulta. Não realizou os exames solicitados e parou de monitorar a glicemia desde o dia 06/04/22 por motivos financeiros. Nas glicemias anotadas entre os dias 14/03/22 e 06/04/22 foi observado relativo controle glicêmico com algumas medidas acima de 140 mg/dL, sendo a mais alta 220 mg/dL. O paciente apresentou

bom estado geral, deambulando com pouca dificuldade no MID, vigil, orientado, eupneico, se queixando de dor “no ciático” e em uso de cetoprofeno há quase 15 dias.

5 DISCUSSÃO

5.1 TRATAMENTOS EMPREGADOS

Foi possível observar a recorrência do uso de dupla terapia nos episódios descritos como erisipela, possivelmente devido a incapacidade do médico de diferenciar entre erisipela e celulite infecciosa, o que ocorre com bastante frequência no meio clínico e até mesmo em estudos clínicos, principalmente os europeus (DRERUP, 2020), onde ambas as doenças são sinônimas para uma mesma enfermidade (STEVENS et al, 2014) em razão da semelhança entre as manifestações clínicas das duas doenças.

A terapia de 1ª linha para a erisipela é constituída por penicilinas, sendo a clindamicina e a ceftriaxona alternativas para pacientes alérgicos a penicilinas (ANVISA, 2008). De toda forma, em meta-análise recente (BRINDLE, 2019) não foi encontrada superioridade de nenhum antibiótico em relação a outro como droga de 1ª no tratamento da erisipela, tampouco benefícios de uma forma de administração sobre a outra. Em tal meta-análise, as classes de antibióticos analisadas foram as penicilinas, as cefalosporinas, macrolídeos, quinolonas, estreptograminas e lincosamidas, além da vancomicina, clindamicina e sulfametoxazol+trimetoprima.

5.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE CELULITE INFECCIOSA E ERISIPELA

As duas doenças apresentam sintomas bem parecidos: febre alta, calafrios, mal-estar, além de dor, calor e eritema na região afetada. O principal meio de diferenciar entre as duas doenças através do exame físico seria atentar para as bordas das lesões. Enquanto que na celulite infecciosa, a superfície das lesões são planas e lisas, sem delimitações entre a pele infeccionada e a sadia ao redor, na erisipela as lesões possuem bordas elevadas que delimitam bem a área acometida (VERONESI; FOCACCIA,

2015). Na celulite infecciosa, inclusive, podem haver regiões de pele sadia rodeadas por pele doente (BOLOGNA, 2015).

Figura 1 - Erisipela em membro inferior



Fonte: Atlas dermatológico, c2022.

Figura 2 - Celulite infecciosa bolhosa



Fonte: BOLOGNIA, 2015.

O único sinal patognomônico da erisipela é o Sinal de Milian, que consiste nas lesões eritematosas características dessa doença na região das orelhas (ARAÚJO; ALEXANDRINO; SOUSA, 2021). Isso se deve ao fato de nessa região não haver derme profunda, portanto, impossível de ser celulite infecciosa, doença que acomete essa camada e, por vezes, o tecido subcutâneo.

Figura 3 - Sinal de Milian



Fonte: Atlas dermatológico, c2022.

Outra característica da erisipela é a ocorrência esporádica de linfangite concomitante, caracterizada por faixas eritematosas que acompanham o percurso dos vasos linfáticos (VERONESI, 2015).

Por fim, o diagnóstico preciso ocorrerá somente através de biópsias, aspirados ou culturas positivas, não devendo esperar tais resultados para iniciar o tratamento empírico. Contudo, isso só será possível em casos não-leves, caracterizados por toxemia sistêmica, acometimento extenso ou comorbidades, podendo citar: linfedema, câncer, neutropenia, diabetes, esplenectomia, imunodeficiência, história de erisipela recorrente ou persistente (VALIATI et al, 2012). Com isso, podemos concluir que tais métodos diagnósticos poderiam ter sido empregados ao paciente deste relato conforme a disponibilidade.

5.3 INSTITUIÇÃO DE PROFILAXIA

O paciente em questão se beneficiaria de antibioticoterapia profilática por alguns motivos. O primeiro deles é o fato de sua difícil aderência às medidas terapêuticas para o diabetes até o último episódio de erisipela, tendo ficado cerca de 8 anos sem fazer acompanhamento para sua doença. A consequência disso foi uma

hiperglicemia descontrolada, tornando-o imunocomprometido e, portanto, mais suscetível à infecções (BERBUDI et al, 2019) tais como erisipela.

Além de baixa aderência esperada, o paciente em questão encontra-se em estágio avançado da diabetes, tendo apresentado pouca resposta à insulinoaterapia. Isso levará ao desenvolvimento de neuropatia periférica e maior suscetibilidade à traumas em extremidades de membros inferiores, além de disautonomias e comprometimento venoso e linfático da região (VILAR, 2016). Todos esses fatores aumentam o risco de novos episódios de erisipela (BRISHKOSTA, 2019), doença que possui uma taxa de recorrência anual entre 8 e 20% (STEVENS et al, 2014).

Esquema possível seria Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI IM a cada 20-30 dias (SBI, 2010). Essa droga possui alta disponibilidade nos serviços de saúde, tornando-a acessível para a maioria dos pacientes. Alternativas para profilaxia em pacientes alérgicos à penicilina seriam a vancomicina, clindamicina e a teicoplanina (ANVISA, 2008).

5.3 Limitações

O trabalho em questão apresenta importantes limitações que devem ser reconhecidas. A primeira é a ausência de fotos das lesões do paciente, tendo em vista que à época dos seus atendimentos ainda não existia a intenção da realização deste relato.

Em segundo, a ausência de fotos ou descrições adequadamente detalhadas das lesões prévias às de 2022. Seriam informações valiosas para o entendimento do curso das enfermidades que afligem o cliente cujo caso foi aqui explanado.

De toda forma, vale destacar o relativo sucesso em alcançar o objetivo proposto ao percebermos que as referências nas quais o vigente artigo apoia-se podem direcionar adequadamente o reconhecimento e conduta adequados para uma doença para qual existem muitas divergências e/ou incertezas quanto a tais aspectos (BRINDLE, 2019).

CONCLUSÃO

Apesar da relativa baixa complexidade do caso exposto, esse relato abre a oportunidade de discutir aspectos importantes no cuidado do paciente com erisipela ou com risco elevado para tal que frequentemente são negligenciados por muitos médicos.

Para elencar um mais importante, podemos citar o tratamento inicial na suspeita de erisipela. Deve-se preconizar o uso de penicilinas já que demonstram efetividade na maioria dos casos tanto de erisipela quanto de celulite infecciosa, além de serem drogas de fácil disponibilidade.

O sofrimento descrito também nos permite pensar nas repercussões da ausência de um acompanhamento longitudinal, tendo em vista que o abandono do tratamento da sua diabetes certamente propiciou o desenvolvimento da doença aqui relatada. Nesse caso específico, o paciente mora fora da área coberta pela UBS na qual foi primeiramente atendido, isentando os profissionais de culpa.

O presente relato apresenta limitações pois não foram tiradas fotos das lesões em nenhuma das ocorrências, cabendo o diagnóstico somente aos profissionais de saúde envolvidos no cuidado desse paciente ao longo dos diferentes serviços que percorreu em sua jornada.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Tratamento das principais infecções comunitárias e relacionadas à assistência à saúde e a profilaxia antimicrobiana em cirurgia. [S. l.], 2008. Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/servicosade/controle/rede_rm/cursos/atm_racional/modulo3/pele8.htm.

ARAÚJO, R.C.; ALEXANDRINO, A.; SOUSA, A. T. O.. Erisipela e celulite: diagnóstico, tratamento e cuidados gerais. **Rev Enferm Atual In Derme**. v. 95, n. 36, 2021.

BERBUDI, A. et al. "Type 2 Diabetes and its Impact on the Immune System". **Current diabetes reviews** v. 16, n. 5, p. 442-449, 2020. doi:10.2174/1573399815666191024085838

BOLOGNIA, J. L et al. **Dermatologia Essencial**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

BRINDLE, R.; Williams, O. M.; Barton E; Featherstone P.: Assessment of antibiotic treatment of cellulitis and erysipelas: A systematic review and meta-analysis. **JAMA Dermatol** v. 155, n. 9, p. 1033–1040, 2019. doi: 10.1001/jamadermatol.2019.0884

BRISHKOSTA-BOSHKOVSKI, V. et al. Comorbidities as Risk Factors for Acute and Recurrent Erysipelas. **Maced J Med Sci**. v. 7, n. 6, p. 937-942, 2019.

DRERUP, C. et al. Diagnostic value of laboratorial parameters for the discrimination between erysipelas and and limited cellulitis. **J Dtsch Ges**. v. 18, n. 12, p. 1417-1424, 2020.

IBGE. Censo Demográfico. [S. l.], 2010. Disponível em:
<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9662-censo-demografico-2010.html?t=resultados>

IBGE. Sinopse do Censo Demográfico 2010. [S. l.], 2010. Disponível em:
https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Sinopse/Brasil/sinopse_brasil_tab_1_12.zip

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 10 ed. 2021.
Disponível em: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf

LI, Ang et al. Risk factors of recurrent erysipelas in adult Chinese patients: a prospective cohort study. **Bmc Infectious Diseases**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 1-7, 7 jan. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12879-020-05710-3>.

MADEIRA E. S et al. Potenciais fatores associados a maior chance de recidiva de erisipela. **Acta Paul Enferm.** v.35, 2022.

SBI. Diretrizes Brasileiras para o Tratamento das Infecções em Úlceras Neuropáticas dos Membros Inferiores. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases.** v. 14, n. 1, 2010.

STEVENS, D. L. et al. Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. **Clin Infect Dis.** v. 59, n. 2, p. 10-52, 2014. Errata em: **ClinInfect Dis.** v. 60, n. 9, p.1448, 2015.

VALIATI, L. S. et al. Erisipela e Celulite. **Acta méd.** v. 33, n. 1 , 2012.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R.. **Tratado de infectologia.** 5. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

VILAR, L. **Endocrinologia clínica.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.