

III - Doenças causadas por bactérias

Douglas A. Rodrigues
Jane Tomimori
Marcos C. Floriano
Sofia Mendonça

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

RODRIGUES, DA., *et al.* *Atlas de dermatologia em povos indígenas* [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2010. Doenças causadas por bactérias, p. 45-58. ISBN 978-85-61673-68-0. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

III
DOENÇAS CAUSADAS
POR BACTÉRIAS*

* A seguir, estão descritas as doenças dermatológicas abordadas neste *Atlas*, sendo que no item Tratamento de cada doença, optou-se por citar os procedimentos e medicamentos recomendados, sem estipulação de esquemas terapêuticos (doses e tempo de tratamento), pois, em algumas situações, há mais de uma opção de tratamento e pode haver diferenças de condutas entre os diferentes serviços médicos.

1. Impetigo

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença de pele causada por bactérias, principalmente *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes*.

EPIDEMIOLOGIA

É doença comum, mais frequente em crianças e muito contagiosa. Essa infecção superficial pode ser resultado de contaminação de alguma lesão preexistente ou do ato de coçar a pele.

No Parque Indígena do Xingu (PIX), durante a época das cheias (meses de novembro a abril), existe uma grande proliferação de mosquitos, e o prurido (coceira) provocado pela picada desses insetos pode evoluir com escoriações, que se tornam porta de entrada para bactérias, resultando frequentemente no impetigo.

QUADRO CLÍNICO

Pústulas e bolhas com conteúdo purulento e eritema na base da lesão são características. Pus e crostas podem estar localizados em qualquer local da pele, mas são mais frequentes no rosto, membros superiores e membros

inferiores (Figuras 16, 17 e 18). Se não tratada adequadamente, pode evoluir para infecções mais profundas como a erisipela.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Na maior parte dos casos, o diagnóstico é feito pelo quadro clínico. Quando necessário, realiza-se coleta de material (pus ou secreção) para realização de exames bacterioscópico e cultura para bactérias. A forma ideal de coletar o material é encontrar uma pústula íntegra e, após limpeza local, romper a pústula com uma pequena agulha estéril e coletar o pus com cotonete estéril.

TRATAMENTO

1. Limpeza das lesões com água e sabonete ou com soro fisiológico várias vezes por dia.
2. Antibióticos locais: quando há poucas lesões, utilizam-se antibióticos locais duas vezes ao dia (neomicina creme, gentamicina creme, mupirocina 2% creme, ácido fusídico 2% creme). Se houver muitas lesões ou se o paciente estiver com febre ou outros sintomas, utilizam-se antibióticos sistêmicos (penicilinas, cefalosporinas, macrolídeos).



Figura 16. Impetigo. Lesões ulceradas e com crostas sobre base eritematosa na perna.



Figura 17. Impetigo. Acometimento extenso no dorso e nas nádegas.



Figura 18. Impetigo. Lesões no pavilhão auricular (localização frequente em crianças).

2. Folliculite Bacteriana

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

É uma infecção da pele, causada pelo *Staphylococcus aureus*, que pode ser superficial ou profunda. Relaciona-se com o folículo piloso (estrutura por onde sai o pelo).

EPIDEMIOLOGIA

É uma doença que pode ocorrer em qualquer idade, sendo que as formas mais profundas, relacionadas com o pelo, ocorrem em adultos.

A folliculite bacteriana não parece incidir com maior frequência nos povos indígenas, comparando-se com a população caucasiana ou negra.

QUADRO CLÍNICO

A forma superficial também é conhecida como ostiofolliculite ou impetigo de Bockhart e apresenta-se como pústula localizada na saída do pelo que, ao romper, evolui com formação de crosta. Por ser superficial, não destrói o folículo piloso, preservando o pelo. É uma forma de impetigo de localização folicular (Figura 19).

A forma profunda denominada sicose da barba caracteriza-se por pústulas foliculares, que podem evoluir para cronicidade

se não forem adequadamente tratadas. Deve ser diferenciada da sicose tricofítica (provocada por fungos), por meio dos exames micológico e bacterioscópico, pois o quadro clínico pode ser indistinguível.

Há outra forma profunda, o hordéolo ou terçol, que acomete a região ciliar das pálpebras (glândulas de Meibomius) com formação de pústula e/ou nódulo eritematoso doloroso. Lesões pruriginosas na pálpebra, dermatite seborreica nos cílios e vícios de refração podem ser fatores predisponentes.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

A cultura para fungo ou para bactérias é indicada quando há dúvida no diagnóstico da causa. Não raro a terapia de prova com antibióticos é utilizada, descartando a etiologia fúngica.

TRATAMENTO

1. Cuidados locais: lavagem com água e sabonete.
2. Antibióticos locais: tratamento semelhante ao do impetigo. Nos casos extensos, o uso de antibióticos sistêmicos é indicado (mesmas medicações descritas para o impetigo).



Figura 19. Folliculite. Pústulas de localização folicular sobre base eritematosa na perna.

3. Erisipela e Celulite

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença de pele e do tecido subcutâneo causada por bactérias, principalmente estreptococos beta-hemolíticos.

EPIDEMIOLOGIA

É doença comum e pode ocorrer em qualquer idade. Pode ser uma complicação de outras doenças de pele causadas por bactérias (como o impetigo), por fungos (como a tinha do pé) ou por traumas (úlceras traumáticas ou relacionadas a varizes).

Complicações como a erisipela ou a celulite não são mais frequentes na população indígena, comparada à população que vive em meios urbanos.

QUADRO CLÍNICO

O paciente normalmente apresenta febre, calafrios e queda do estado geral. A área da pele afetada fica avermelhada (eritematosa), edematosa, quente e dolorosa (Figura 20). Podem surgir bolhas com conteúdo purulento, representando um sinal de gravidade da doença (infecção por *Staphylococcus aureus*).

Ocorrem com maior frequência na face e nos membros inferiores, mas podem acometer qualquer área do corpo. A celulite é um quadro infeccioso mais profundo, e quando ocorre na face é bastante grave.

Em pacientes com diabetes melito, obesidade ou varizes nas pernas, a erisipela é mais comum.

A bactéria causadora normalmente penetra por alguma ferida na pele como micoses dos pés, ferimentos, impetigo w. (porta de entrada).

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

O diagnóstico é clínico, não sendo necessários exames subsidiários.

TRATAMENTO

Antibioticoterapia sistêmica: o uso do antibiótico sistêmico é obrigatório (penicilinas, cefalosporinas, macrolídeos, sulfas). Se houver algum quadro cutâneo que funciona como “porta de entrada” para as bactérias (como micose dos pés), deve-se tratá-la também.



Figura 20. Erisipela. Área com eritema, aumento da temperatura local e edema na perna.

4. Furúnculo e Abscesso

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

O furúnculo acomete o complexo pilosebáceo, relacionando-se, portanto, ao pelo. Em geral, o agente infeccioso é a bactéria do gênero *Staphylococcus*.

EPIDEMIOLOGIA

O furúnculo é mais comum no adulto e pode ser decorrente de um pelo encravado. É um processo que na maioria das vezes pode resultar em uma cicatriz.

QUADRO CLÍNICO

O furúnculo inicia-se como pústula folicular ou nódulo eritematoso com aumento da temperatura local e dor, evolui para liquefação e drenagem dando saída ao pus e eliminação do carnicão. Pernas, coxas e nádegas são os locais mais comumente atingidos, mas pode acometer qualquer parte do corpo (Figuras 21 e 22).

O antraz é formado por múltiplos furúnculos. Acomete folículos pilosos contíguos

que, ao confluírem, formam placa nodular eritematosa, dolorosa, com aumento de temperatura, e posteriormente apresentam múltiplos pontos purulentos de drenagem.

A miíase furunculoide pode trazer confusão diagnóstica com o furúnculo, mas a presença do orifício pelo qual a larva respira e a saída de secreção serosa persistente auxiliam na diferenciação. O paciente relata sensação de fisgadas no local, enquanto no furúnculo a dor é mais contínua.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

A cultura para bactérias é indicada quando houver dúvida diagnóstica. A amostra pode ser coletada com um cotonete de algodão estéril e o material deve ser colocado em meio de cultura apropriado.

TRATAMENTO

O tratamento deve ser feito sempre com antibióticos sistêmicos (mesmas medicações descritas para o impetigo).



Figura 21. Furúnculo. Nódulo na axila com eritema e aumento da temperatura local.



Figura 22. Furúnculo. Nódulo no tronco com eritema e aumento da temperatura local.

5. Úlcera de Buruli

DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

Doença causada por uma micobactéria chamada *Mycobacterium ulcerans* que produz uma toxina necrotizante e imunossupressiva chamada *mycolactone*.

EPIDEMIOLOGIA

Ocorre em regiões tropicais e subtropicais, especialmente no continente africano. Profissionais de países com condições climáticas e socioeconômicas como o Brasil devem ficar atentos a esse diagnóstico. As crianças de até quinze anos são as mais acometidas (75% dos casos). A transmissão se faz por provável inoculação traumática e está relacionada com o ambiente (rios, matas, agricultura, insetos). Não há transmissão interpessoal.

QUADRO CLÍNICO

As lesões são de crescimento lento e com caráter necrotizante. Existem formas ulceradas e não ulceradas (pápulas, nódulos, placas,

edema; Figura 23) que podem evoluir para úlceras. A osteomielite ocorre em aproximadamente 10% dos casos e pode evoluir para deformidades ou amputações.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Como o quadro clínico é muito variável e é difícil a diferenciação com outras doenças tropicais, é necessária a confirmação diagnóstica com a realização de biópsia de pele. O material coletado deve ser enviado para a realização de exame anatomopatológico (Figura 24), exame direto e cultura para micobactérias. Em algumas situações, exames mais especializados podem ser necessários (PCR – reação de polimerase em cadeia).

TRATAMENTO

O tratamento cirúrgico é recomendado, principalmente na lesão inicial. O tratamento com antibióticos sistêmicos (rifampicina e estreptomicina) deve ser realizado, porém não é muito efetivo.



Figura 23. Micobacteriose. Nódulos na perna com eritema e descamação.

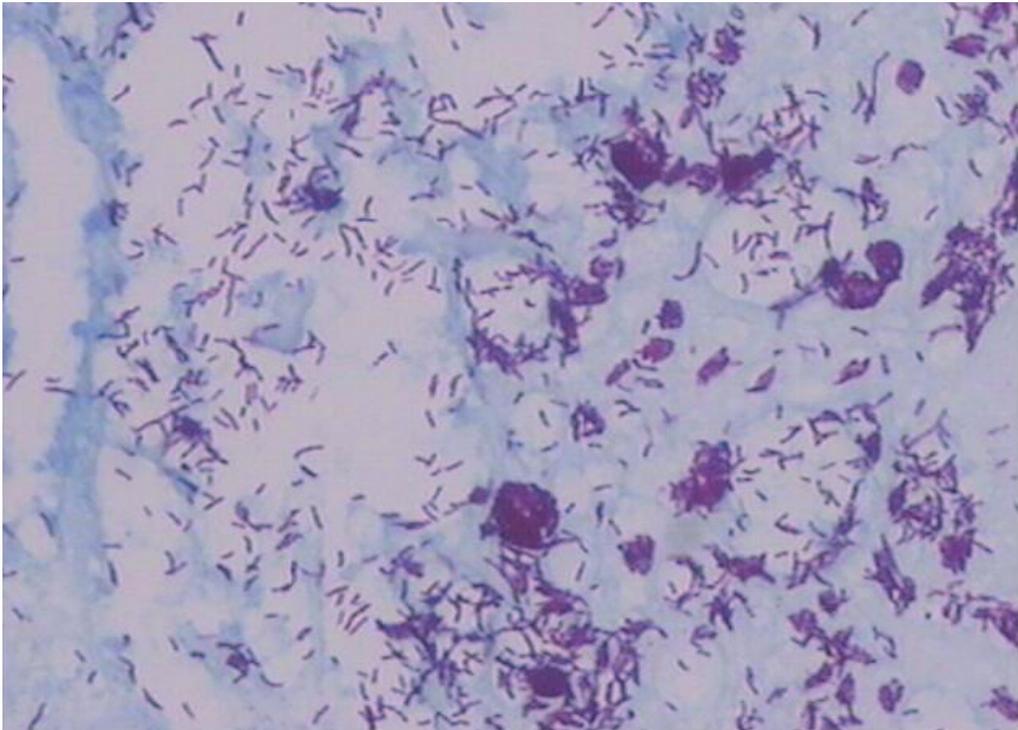


Figura 24. Grande quantidade de micobactérias (anatomopatológico/coloração de Fite-Faraco/aumento de duzentas vezes). Fotografia cedida pela Dra. Mílvia M. S. S. Enokihara.

