

**HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL
SERVIÇO DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL
LUIZ OTAVIO RODRIGUES RIBEIRO**

**ESTUDO CLÍNICO DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE
ERISPELA INTERNADOS NO HOSPITAL SERVIDOR PUBLICO
MUNICIPAL NO PERÍODO DE 2014-2015.**

**São Paulo
2015**

LUIZ OTAVIO RODRIGUES RIBEIRO

**ESTUDO CLÍNICO DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE
ERISPELA INTERNADOS NO HOSPITAL SERVIDOR PÚBLICO
MUNICIPAL NO PERÍODO DE 2014-2015**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Comissão de Residência
Médica do Hospital do Servidor Público
Municipal, para obter o título de Residência
Médica em Cirurgia Geral.

Área: Cirurgia Vasculár

Orientadora: Dra. Maria Lúcia Sayuri Iwasaki

**São Paulo
2015**

Rua Castro Alves, 60 – Aclimação – CEP 09071-000 – São Paulo/SP

Tel.: (11) 3397-7823

FICHA CATALOGRÁFICA

Ribeiro, Luiz Otavio Rodrigues

Estudo Clínico de pacientes com diagnóstico de erisipela internados no hospital do servidor público municipal no período 2014-2015 / Luiz Otavio Rodrigues Ribeiro. São Paulo: HSPM, 2015.

22 f.: il.

Orientador: Dra. Maria Lúcia Sayuri Iwasaki

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Comissão de Residência Médica do Hospital do Servidor Público de São Paulo, para obter o título de Residência Médica, na área de Cirurgia Geral.

1. Erisipela 2. Erisipela bolhosa 3. Perfil Clínico I. Hospital do Servidor Público Municipal II. Título.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	06
2. OBJETIVOS	07
2.1 GERAL	07
2.2 ESPECÍFICOS	07
3. METODOLOGIA	07
3.1 TIPO DE ESTUDO	07
3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO	07
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	08
3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	08
4. RESULTADOS	09
5. DISCUSSÃO	15
6. CONCLUSÃO	18
7. REFERENCIAS	19

RESUMO

A erisipela é uma infecção cutânea aguda de etiologia bacteriana, que se caracteriza pelo aparecimento de edema, eritema e por vezes bolhas. São infecções, cujo principal agente etiológico é o *Streptococcus* b hemolítico do grupo A de Lancefield; que acometem ambos os sexos, a quinta e sexta décadas de vida são as mais atingidas e, os membros inferiores e face os locais mais acometidos.

Durante este estudo foi realizado uma análise retrospectiva de 42 casos de erisipela no período de 2014 a 2015, analisando os seguintes fatores: sexo, idade, topografia da lesão, fatores de risco locais e gerais, tratamento e complicações.

Os resultados mostram que os homens e os obesos são mais atingidos pela doença, a faixa etária com maior incidência compreende a dos 60 aos 70 anos, e os membros inferiores são os locais preferencialmente acometidos. Nesta casuística, o trauma foi o principal fator de risco local e diabetes melitos junto com hipertensão arterial como fatores gerais.

Como medicação de escolha e não havendo contra-indicação, a maioria dos casos foi tratada com penicilina cristalina e oxacilina não havendo diferença de prognóstico daqueles tratados com ceftriaxone e clindamicina.

Descritor: Erisipela, erisipela bolhosa,

ABSTRACT

Erysipelas is a skin infection Acute bacterial etiology which is characterized by the appearance of edema, erythema and sometimes bubbles. Are infections whose main causative agent is Streptococcus b hemolytic Lancefield group A; that affect both sexes, the fifth and sixth decades of life are the hardest hit and the lower face and the most affected local members.

During this study was a retrospective analysis of 42 cases of erysipelas in the period 2014 to 2015, analyzing the following factors: gender, age, lesion topography, risk factors, local and general, treatment and complications.

The results show that men and the obese are most affected by the disease, the age group with the highest incidence comprises from 60 to 70, and the legs are preferably the affected sites. In this series, the trauma was the main local risk factors and diabetes mellitus with hypertension with general factors.

As medication of choice and there is no contraindication, most cases were treated with penicillin and oxacillin with no prognostic difference of those treated with ceftriaxone and clindamycin.

Descriptor: erysipelas, erysipelas bullosa

1. INTRODUÇÃO

A erisipela é uma infecção cutânea aguda de etiologia bacteriana, que se caracteriza pelo aparecimento de edema, eritema, rubor e por vezes bolhas . Atinge em 80% dos casos, os membros inferiores. O tratamento da doença tem como principal foco a antibioticoterapia sistêmica, e em casos com maior repercussão clínica como na erisipela bolhosa, até o uso de antibióticos endovenosos em ambiente hospitalar pelo potencial agressivo da doença. ¹

São infecções, cujo principal agente etiológico é o *Streptococcus* b hemolítico do grupo A de Lancefield; que acometem ambos os sexos, a quinta e sexta décadas de vida são as mais atingidas e, os membros inferiores e face os locais mais acometidos. ¹

Como fatores de risco são considerados quaisquer alterações que facilitem a infecção cutânea. Entre os fatores de risco locais destacam-se: dermatoses preexistentes, traumas, feridas operatórias e alterações vasculares, como insuficiência venosa e linfedema. Diabetes mellitus, etilismo, corticoterapia, quimioterapia e neoplasias, se destacam como fatores de risco gerais por produzirem leucopenia e comprometimento da imunidade celular, facilitando a ocorrência de infecções da pele. ¹⁻³

O quadro clínico é composto por eritema, edema, calor e dor, podendo estar associado com febre, calafrios, mal estar e muitas vezes náuseas ou vômitos. O tratamento de escolha é feito com a penicilina G cristalina, podendo-se usar como alternativas as cefalosporinas ou eritromicina e clindamicina no caso de pacientes alérgicos à penicilina. Em casos de falhas terapêuticas o uso de vancomicina e meropenem também é possível. A terapia com anticoagulante está indicada em casos confirmados ou suspeitos de tromboflebite associada. ³

O presente estudo teve como objetivo analisar e discriminar o perfil dos pacientes internados no HSPM com o diagnóstico de erisipela assim como a frequência desta doença, os fatores de risco, as principais complicações, o esquemas de tratamento empregados, no período de março de 2014 à junho de 2015, acompanhados pelo Serviço de Cirurgia Vasculuar.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar e discriminar o perfil dos pacientes internados com diagnóstico de erisipela, sua evolução e as complicações decorrentes da doença, visando otimizar a prevenção e o tratamento.

2.2 ESPECÍFICOS

Analisar a frequência dessa doença, as comorbidades dos afetados, os fatores de risco locais e gerais, os esquemas terapêuticos utilizados e o tempo de internação hospitalar.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo retrospectivo, descritivo, no período de abril de 2015 a julho de 2015, referente a dados de março de 2014 a junho de 2015.

3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

O estudo realizado no Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM). Os sujeitos da pesquisa são os pacientes internados com diagnóstico de erisipela bolhosa acompanhados pelo Serviço de Cirurgia Vascular.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os pacientes internados no HSPM com diagnóstico de erisipela, tratados com antibióticoterapia endovenosa e acompanhados pelo Serviço de Cirurgia Vascular.

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes diagnosticados com erisipela e tratados ambulatoriamente.

Pacientes não acompanhados pela Clínica de Cirurgia Vascular.

3.5 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

As informações extraídas da pesquisa foram processadas no programa Microsoft Excel 2010, para construção de gráficos e tabelas, enquanto que para a do texto foi editado pelo programa Microsoft Word 2010.

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa objetiva exclusivamente a coleta de dados, sendo que esta foi realizada preservando a identidade dos pacientes. Houve o risco mínimo, associado a informações que possam causar algum constrangimento à população envolvida.

Os riscos biológicos, químicos e físicos foram mínimos. Os benefícios são os resultados obtidos na pesquisa. Esse estudo seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras, contidas na resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

4. RESULTADOS

No período analisado houve 47 casos de internações com diagnóstico de erisipela. Foram excluídos do estudo 5 pacientes, que apresentaram perda do seguimento ambulatorial, insuficiência de dados no prontuário ou não acompanhamento do mesmo pela Clínica de Cirurgia Vascular.

Dos 42 prontuários incluídos no estudo, verificou-se que o gênero masculino fez um total de 25 casos (59,5%). A faixa etária predominante foi dos 61 aos 70 anos correspondendo a 47,6%. De 40 a 50 anos foram 4 casos (9,5%), de 51 a 60 anos foram 14 casos (33,3%) e acima de 70 anos foram 4 casos (9,5%). Não houveram pacientes com idade abaixo de 40 anos. (Gráfico 1).

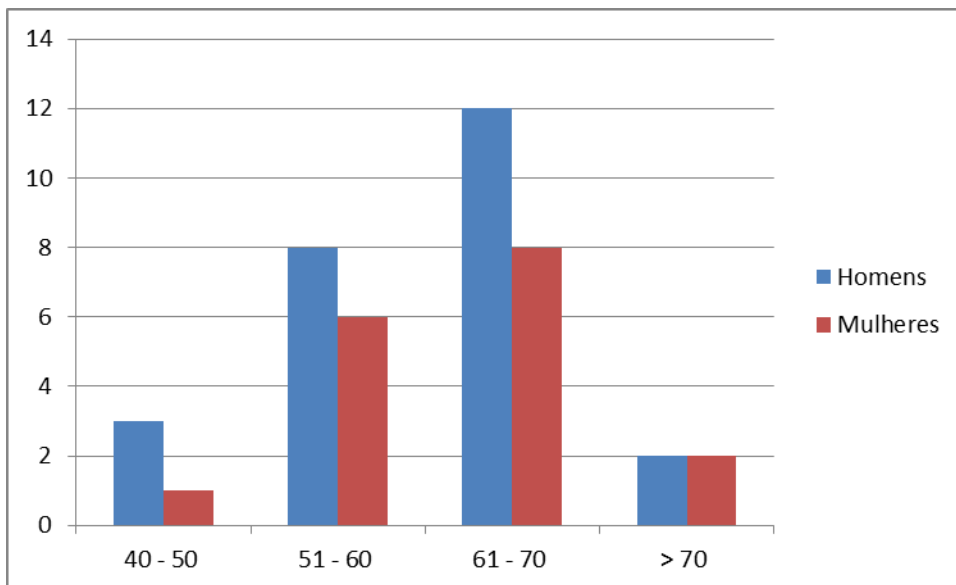


Gráfico 1: Distribuição dos pacientes com erisipela quanto ao gênero e idade

Em relação a região do corpo acometida pela lesão, todos os pacientes incluídos na pesquisa apresentavam lesão em membro inferior, sendo 24 (57,1%) no membro inferior direito e 18 (42,8%) no membro inferior esquerdo.

No que diz respeito aos fatores de risco apresentado pelos pacientes, foi observado que 80,9% tinham diabetes melitos ou história de trauma, 76,1% Hipertensão Arterial Sistêmica, 59,5% insuficiência venosa crônica, 42,8% linfedema crônico, 42,8% obesidade (IMC > 30). Apenas 35,7% dos pacientes apresentaram história prévia de erisipela. (Tabela 1)

TABELA 1 – Distribuição dos pacientes com erisipela quanto aos fatores de risco

Fatores de riscos	Frequência absoluta	Frequência relativa
	(N)	(%)
Diabetes Melitos	34	80,9
Hipertensão Arterial Sistêmica	32	76,1
Insuficiência venosa crônica	25	59,5
Linfedema Crônico	18	42,8
Obesidade (IMC > 30)	18	42,8
Trauma	34	80,9
História Previa de erisipela	15	35,7

FONTE: Protocolo de pesquisa.

Ao analisarmos os fatores de risco por faixa etária, observa-se que diabetes melitos e hipertensão arterial sistêmica tiveram uma prevalência alta em todas as faixas etárias, ressaltando os pacientes com mais de 70 anos, nos quais a taxa foi de 100% dos pacientes estudados. O trauma também se mostrou com prevalência elevada em todas as faixas etárias, chegando a 100% de 40 a 50 anos. (Gráfico 2)

Quando analisado os fatores de risco quanto ao gênero houve uma proporcionalidade de semelhança entre homens e mulheres na maioria dos fatores de risco, com exceção do linfedema crônico que em Mulheres teve uma prevalência de 52,9% e em Homens 36%. (Gráfico 3)

Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes com fatores de risco quanto a idade

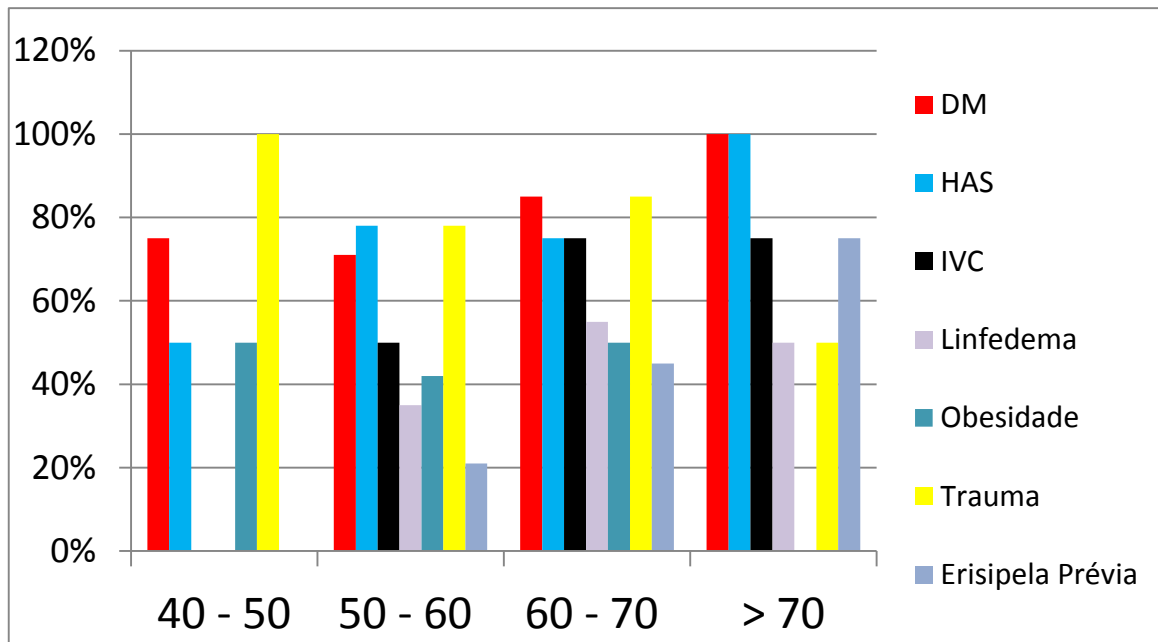
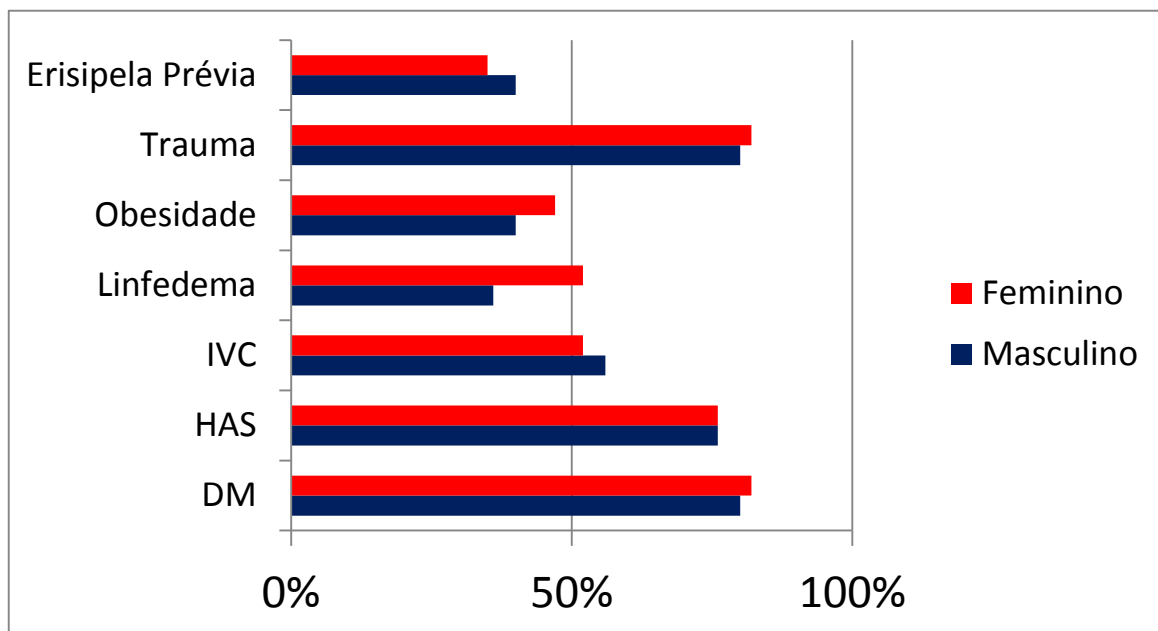
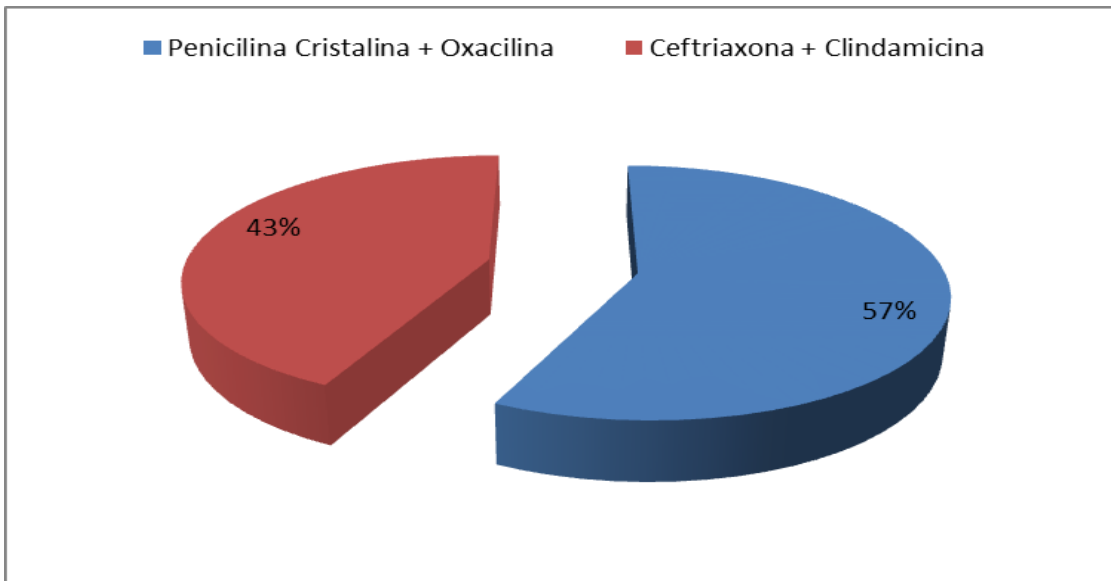


Gráfico 3 – Distribuição dos pacientes com fatores de risco quanto ao gênero



Foi empregado no tratamento da erisipela duas combinações de antibióticoterapia endovenosa, Penicilina cristalina combinado com Oxacilina em 57% dos casos e Ceftriaxona combinado com Clindamicina em 43% dos casos como demonstrado no gráfico 4.

Gráfico 4 - demonstrativo quanto ao tipo de antibiótico utilizado no tratamento dos pacientes com erisipela



Nas duas opções de tratamento endovenoso empregadas, o tempo médio de internação hospitalar foi semelhante, variando de menos de 5 dias a mais de 10 dias, sendo de 5 a 7 dias o tempo mais prevalente, 50% do total, como demonstrado no gráfico 5.

Quanto às complicações, sete pacientes (16,6%) apresentaram-nas decorrentes da infecção cutânea, necrose de pele (43%), TVP (29%), Abscesso local (14%) e disseminação do foco infeccioso (14%) como demonstra o gráfico 6.

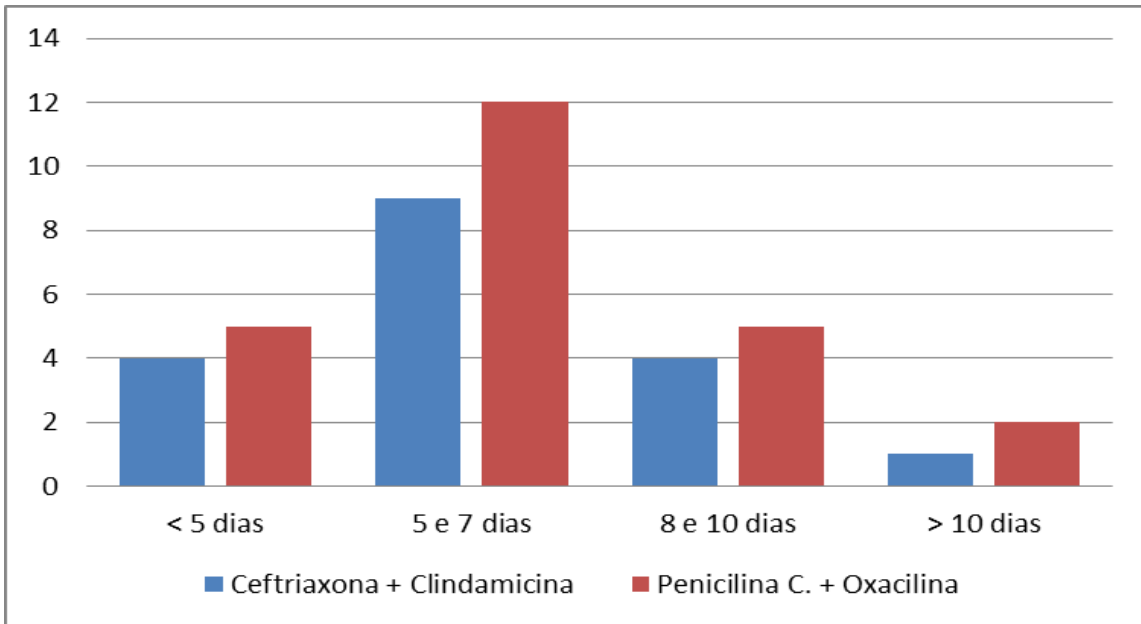


Gráfico 5 - Demonstrativo da relação entre tempo de internação e antibióticoterapia empregada

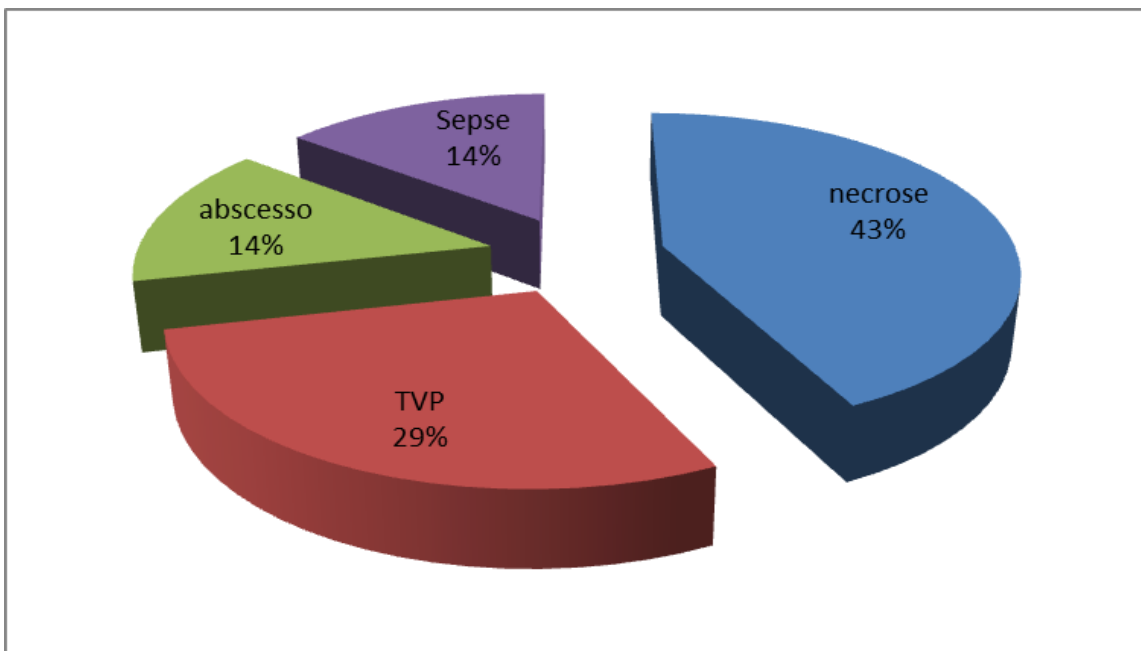
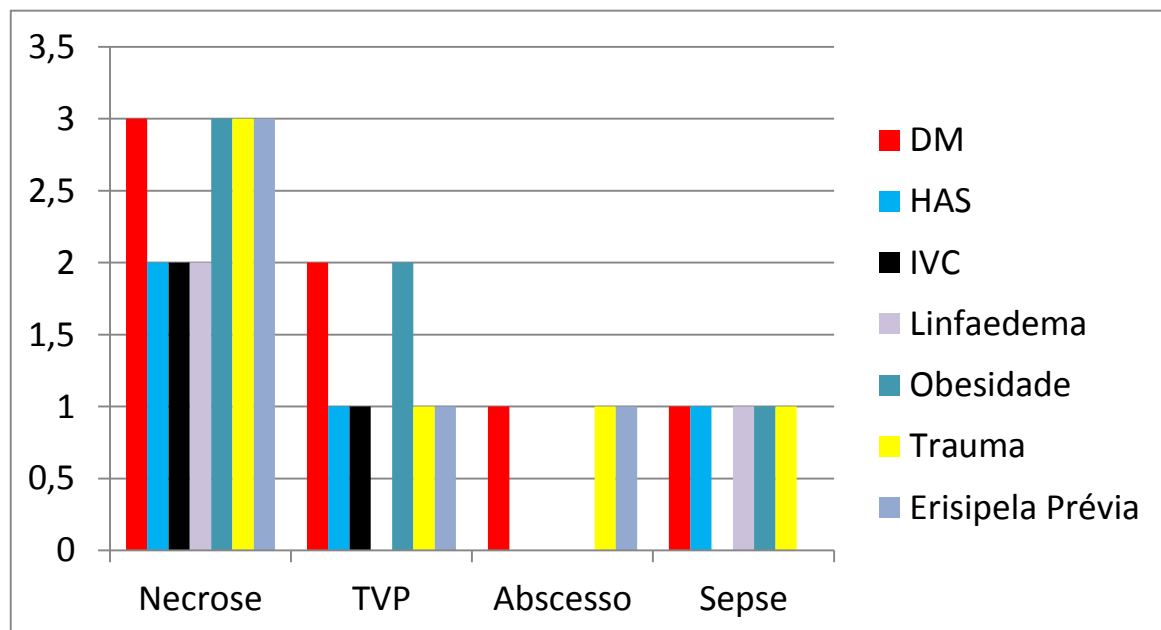


Gráfico 6 - Demonstrativo quanto as complicações apresentadas

Destaca-se na amostra que 100% dos pacientes de evolução com complicação eram diabéticos, seguido pelos obesos e história de trauma (85,7%). Hipertensão arterial sistêmica e história prévia de erisipela ficaram com 57,1% e 71,4% respectivamente como demonstra o gráfico 7.

Gráfico 7 – Distribuição dos pacientes com fatores de risco e complicações associadas.



5. DISCUSSÃO

A erisipela era tida como uma infecção bacteriana de elevada mortalidade e morbidade na era pré-antibiótica, que acometia comumente a face, principalmente na região periorbitária. Com o advento da antibioterapia, registou-se o quase desaparecimento de casos fatais, orientando-se atualmente todos os esforços para o controle efetivo dos fatores de risco, responsáveis pela elevada taxa de recidiva, notável morbidade e considerável dispêndio de recursos econômicos associados a esta infecção.⁴

No nosso estudo a erisipela foi responsável por 42 internações no período analisado, uma incidência bem inferior ao relatado na literatura,^{1,3} no entanto, vale ressaltar que foram incluídos apenas os pacientes que necessitaram de internação hospitalar e uso de antibiótico terapia endovenosa, não sendo considerados os casos diagnosticados e tratados no pronto-socorro ou ambulatórios do hospital.⁵

Em relação ao sexo, a casuística do estudo diverge com alguns autores,^{1,3,4,7} mostrando predominância do sexo masculino (59,5%) em relação ao feminino (40,5%), porém em concordância com *Bernardes et al*⁶ que em uma análise de 284 pacientes obteve uma prevalência de homens e mulheres de 55% e 45% respectivamente.

Na literatura estudada^{5,6,7} se evidencia um maior número de casos de erisipela em pacientes a partir da quinta década de vida. Demonstra-se um predomínio da faixa etária dos 60 aos 70 anos, com uma média de 54 anos, dados compatíveis com este estudo que apresenta a faixa etária de 61 a 70 anos como mais prevalente (47,3%) seguido dos 51 a 60 anos (33,3%).

Ao contrário de estudos do passado, que mostravam a face como principal local afetado, atualmente os membros inferiores são os locais mais acometidos por essas infecções, explicado pelo maior interesse pela estética e higiene facial nos últimos anos^{6,11}. Este estudo, não apresentou nenhum paciente com lesões em face sendo 100% dos pacientes com lesões em membros inferiores, distribuídos em 57,2% em membro inferior direito e 42,8% em membro inferior esquerdo.⁷

Dos fatores de risco da erisipela foram pesquisados o linfedema crônico, presença de insuficiência venosa crônica e a existência de uma solução de continuidade na pele (lesão traumática) como fatores locais. Entre os fatores de risco gerais, foram investigados a obesidade, diabetes melitos, hipertensão arterial sistêmica e história prévia de erisipela.

A hipertensão arterial não é considerada com fator de risco de formação de erisipela por alguns autores, porém foi incluída como um fator agravante devido ao comprometimento do território veno-arteríolo-capilar com obstrução de pequenos vasos, prejudicando a drenagem venosa e predispondo ao linfaedema e infecção.⁶

Dentre os fatores de risco locais houve destaque do trauma em membro inferior, 80,9% dos pacientes avaliados, evidenciando a importância da existência de uma solução de continuidade na pele para desencadear a erisipela. A insuficiência venosa crônica se sobressaiu em relação a linfedema crônico, 59,5% e 42,8% respectivamente estando em acordo com resultados encontrados^{6,8}.

Houve uma prevalência alta de diabetes melitos (80,9%) e hipertensão arterial sistêmica (76,1%) como fatores de risco gerais na amostra apresentada em comparação a dados da literatura. A obesidade (42,8%) também está em discordância com dados encontrados na literatura^{6,7,8}, demonstrou maior incidência no presente estudo.

Com relação à recorrência da doença, observou-se que o episódio de erisipela estudado era de repetição em 15 pacientes, 37% dos casos, apresentando maior taxa que os dados de Sjoblom et al.⁹ (29%) e Cricky et al.¹⁰ (23%).

Ao analisarmos os fatores de risco por faixa etária observa-se que diabetes melitos e hipertensão arterial sistêmica tiveram uma prevalência alta em todas as faixas etárias (acima de 70%), ressaltando os pacientes com mais de 70 anos em que a taxa foi de 100% dos pacientes estudados. Resultado que se apresenta em concordância com dados obtidos⁷, que destacou esses fatores de risco porém com uma taxa menor (54,3%).

Quando analisamos os fatores de risco associados ao gênero, houve uma proporcionalidade da incidência entre homens e mulheres na maioria dos casos, com exceção do linfedema crônico que em mulheres teve uma prevalência de 52,9% e em homens 36%, demonstrando a necessidade de intervenção na prevenção semelhante entre homens e mulheres.

O principal agente etiológico é o *Streptococcus* b hemolítico do grupo A. Hemoculturas ou culturas de secreção não são realizadas de rotina no serviço e foram realizadas em apenas um paciente por evoluir com disseminação da infecção. A realização de culturas nessas infecções tem sido questionada quanto a sua aplicabilidade, uma vez que o agente causador é de difícil isolamento e pelo fato de, quando positiva, não mudar a terapêutica inicial.⁷

A penicilina cristalina é a droga de escolha para o tratamento de erisipela que necessitam de hospitalização⁵, no entanto, neste estudo observou-se que não houve padronização na escolha da antibioticoterapia, pois 57% dos pacientes fizeram uso da penicilina cristalina associado a oxacilina como parte do tratamento, e 43% utilizaram a ceftriaxone associado a claritromicina.

Nas duas opções de tratamento endovenoso empregadas, o tempo médio de internação hospitalar foi semelhante, variando de menos de 5 dias a mais de 10 dias, sendo de 5 a 7 dias o tempo mais prevalente, 50% do total. Esses dados corroboram com dados obtidos na literatura,⁷ onde descreve que a utilização de antibióticos de amplo espectro não influenciou a evolução dos pacientes; representando, entretanto, maior custo quando comparada à da penicilina cristalina.

Do total de pacientes que evoluíram com complicações, destaca-se o diabetes melitos como principal fator de risco associado, 100% possuíam a doença, que se explica pelo seu fator imunodepressor. Obesos e história de trauma prévio apresentaram tendência a desenvolver grande incidência de complicações, 85,7% apresentaram esses fatores, dados que coincidentes aos apresentados na literatura.^{5,6,7}

O estudo realizado apresentou algumas limitações. Por se caracterizar de um estudo retrospectivo, com análise de prontuários, alguns dados foram perdidos em virtude da inadequada documentação.

6. CONCLUSÃO

O estudo concluí que os homens e os obesos são mais atingidos pela doença, a faixa etária com maior incidência é a dos 60 aos 70 anos, e os membros inferiores são os locais de preferência para instalação da infecção.

Nesta casuística, o trauma foi o principal fator de risco local comportando-se com porta de entrada da infecção e diabetes melitos junto com hipertensão arterial como fatores gerais não tendo diferença de incidência entre homens e mulheres.

O tratamento com penicilina cristalina e oxacilina mostrou-se tanto efetivo quanto com ceftriaxone e clindamicina, não apresentando diferença significativa no tempo de internação do paciente, além de apresentar boa relação custo/benefício devido a seu custo menor.

O estudo alerta que a associação de fatores de risco tanto locais quanto gerais, além de influenciar na incidência da erisipela, aumentam a probabilidade de complicações. Intervenção nos fatores de risco é tão importante quanto o tratamento na diminuição da morbidade e recorrência da erisipela.

7. REFERÊNCIAS

1. AZULAY, Rubem David. Dermatologia. Ed. GEN, 2013.
2. SEVERINO, Antonio Joaquim. Metodologia do trabalho científico. 22. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 2002.
3. MAFFEI, Francisco de Abreu. Doenças Vasculares Periféricas. 3ª edição. Editora MEDSI, 2002.
4. AMORIM MCI. Artigo de revisão: Erisipela. *Acta Med Port* 2005; 18: 385-394.
5. GRALLE-BOTELHO M, FERNANDES NC, ARAUJO CF. Estudo epidemiológico e clínico de 139 casos de erisipela. 2010.
6. BERNADES CHA, et al. Experiência clínica na avaliação de 284 casos de erisipela. *An bras Dermatol, Rio de Janeiro, 77(5):605-609, set./out. 2012.*
7. OKAJIMA RMO, FREITAS THP, ZAITZ C. Estudo clínico de 35 pacientes com diagnóstico de erisipela internados no hospital central da irmandade da santa casa de misericórdia de São Paulo. *An bras Dermatol, Rio de Janeiro, 79(3):295-303, maio/jun. 2004.*
8. PIRES, Carla Avelar et al . Infecções bacterianas primárias da pele: perfil dos casos atendidos em um serviço de dermatologia na Região Amazônica, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua , v. 6, n. 2, jun. 2015.*
9. SJOBLUM B. et al., Antibiotic Prophylaxis in Recurrent Erysipelas, *Infection*, 2002; 21(6): 390-93.
10. CRICKY, F. et al., Érysipèle: Données Épidémiologiques, Cliniques et thérapeutiques, *Ann. Dermatol. Venereol*, 1991; 118:11-16.
11. GARRIDO M, RIBEIRO AP. Linfangites e erisipelas. Ed Revinter, 2000.