

# INFECÇÕES DA PELE, ANEXOS E DO TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO EM PACIENTES CIRÚRGICOS SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS EM NÍVEL AMBULATORIAL: ETIOLOGIA, SINAIS E SINTOMAS E TRATAMENTO

INFECTIONS IN THE SKIN, SKIN APPENDAGES AND SUBCUTANEOUS CELLULAR TISSUE IN SURGICAL PATIENTS SUBMITTED TO CLINICAL PROCEDURES: ETIOLOGY, SIGNS AND SYMPTOMS AND TREATMENT

TATILIANA GERALDA BACELAR **KASHIWABARA**<sup>1</sup>, BÁRBARA DE OLIVEIRA **SOARES**<sup>2</sup>, FILIPE GAMA PIMENTA **MURTA**<sup>3</sup>, HEREK DUARTE ARAUJO DA SILVA **SANTANA**<sup>4</sup>, ISABELLA DE OLIVEIRA **DIAS**<sup>5</sup>, PATRÍCIA MENEZES **MOREIRA**<sup>6</sup>

1. Especialista em Alergia & Imunologia, Dermatologia, Imunopatologia das Doenças Infecto Parasitárias; Medicina do Trabalho; Medicina Ortomolecular; Medicina do Trânsito; Nutrologia; Pediatria. Diretora Clínica da CLIMEDI. Coordenadora do Programa Respirar Adulto em Ipatinga-MG. Professora de Pediatria na Faculdade de Medicina de Ipatinga-MG. MS.em Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade; Doutoranda em Gestão pela UTAD; Supervisora do PEP em Ipatinga; 2. Discente da 7ª fase do curso de Biomedicina da Fundação Comunitária de Ensino Superior de Itabira (Itabira-MG); 3. Discentes da 9ª fase do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (Ipatinga-MG); 4. Discentes da 9ª fase do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (Ipatinga-MG); 5. Discentes da 9ª fase do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (Ipatinga-MG); 6. Discentes da 9ª fase do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (Ipatinga-MG).

\* Rua Professora Ana Letro Staacks, 05, Ap. 404, Bromélias, Timóteo, Minas Gerais, Brasil. CEP 35180-500. [santanaherek@yahoo.com.br](mailto:santanaherek@yahoo.com.br)

Recebido em 29/03/2014. Aceito para publicação em 07/04/2014

## RESUMO

A infecção em cirurgia é uma preocupação constante dos diversos profissionais de saúde envolvidos no ato cirúrgico. Os segmentos mais acometidos por infecções são a pele e seus anexos, além do tecido celular subcutâneo, podendo apresentar caso clínico de fácil controle até quadros mais complexos com grande potencial de desenvolver importantes complicações. Devido aos avanços técnicos e científicos e às necessidades de redução de custos em saúde, muitos procedimentos cirúrgicos estão sendo realizados em âmbito ambulatorial, evidenciando a grande necessidade de discussão desta frequente complicação. A pesquisa foi realizada através de revisão sistemática de literatura científica, utilizando livros textos e artigos retirados de indexadores, como Medline, SciELO e Pubmed. A discussão foi dividida em nove partes, trazendo os principais tipos de infecções, bem como os agentes etiológicos envolvidos, sinais e sintomas clínicos e tratamento, tanto clínico quanto cirúrgico. Por fim, deve-se salientar que os tratamentos são individualizados e os agentes etiológicos envolvidos são múltiplos e muitas vezes de difícil determinação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Infecções cutâneas, tecido subcutâneo e cirurgia.

## ABSTRACT

Infection in surgery is a constant worry among health professionals involved in surgical procedure. The segments that are most affected by infections are skin and its appendages, in addition to the subcutaneous cellular tissue, with possibilities varying from easily handled clinical cases to more complex conditions with high mortality potential. Be-

cause of technical and scientific advancement and to the needs of cutting back costs in health care, many surgical procedures are being performed in clinical environment, evidencing the great need for discussing such frequent complication. The research was carried out by means of the systematic review of scientific literature, using text books and articles taken from indexing services, such as Medline, SciELO and Pubmed. Discussion was divided into nine parts, retrieving the main types of infections, as well as the etiologic agents involved, clinical signs and symptoms and the treatment, both clinical and surgical. Lastly, it is important to emphasize that treatments are individualized and the etiologic agents involved are multiple and, many times, of difficult determination.

**KEYWORDS:** Cutaneous infections, subcutaneous tissue and surgery.

## 1. INTRODUÇÃO

Assim como qualquer ato cirúrgico, as cirurgias ambulatoriais são importantes meios facilitadores de infecções em pele, tecido celular subcutâneo e anexos da pele. Isso ocorre devido à solução de continuidade gerada pela incisão cirúrgica, uma vez que essa fragiliza a resposta imune inata do organismo, propiciando a adesão e multiplicação de novas bactérias<sup>1,2</sup>.

A resposta imune inata é a primeira linha de defesa de um organismo saudável. Com tempo de ação entre 0 e 4 horas, ela é formada pelas defesas fixas do corpo, re-

presentadas pelo epitélio de revestimento, e, logo abaixo dessa superfície epitelial, pelos fagócitos. O tecido epitelial da pele, através da dessecação, descamação e produção de secreções pelas glândulas sudoríparas, gera um ambiente inadequado para o crescimento bacteriano e promove a remoção de microrganismos. Os fagócitos representam outra peça importante para o sucesso da resposta imune inata, uma vez que são responsáveis pela fagocitose dos microrganismos invasores e induzem o recrutamento de novas células fagocitárias e moléculas efetoras humorais. Concomitantemente à atividade fagocitária, inicia-se a resposta imune adaptativa, uma vez que esta resposta será necessária caso a imunidade inata não consiga eliminar o foco infeccioso. Portanto os mecanismos de defesa são extremamente úteis para evitar a disseminação de microrganismos, e pequenas mudanças desses mecanismos, como aquelas geradas pela incisão cirúrgica, podem favorecer o desenvolvimento de uma infecção<sup>2</sup>.

Entre as infecções em cirurgia ambulatorial, destacam-se, devido à prevalência e importante potencial de morbimortalidade as infecções citadas na tabela 1<sup>1</sup>.

**Tabela 1.** Infecções mais prevalentes em cirurgias de nível ambulatorial de acordo com segmento acometido.

Pele e tecido celular subcutâneo	Anexos da pele
Erisipela	Furúnculo
Abscesso	Hidradenite supurativa
Paroníquia	Carbúnculo
Celulite	
Linfadenite aguda	
Fleimão	

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho foi realizado através de revisão bibliográfica sobre infecções de pele e seus anexos e de tecido celular subcutâneo, abordando aspectos etiológicos, clínicos e terapêuticos. Para seleção de fontes científicas, foi utilizado o indexador de artigos da literatura científica Medline, acessado pelo serviço PubMed da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos ([www.pubmed.com](http://www.pubmed.com) ou [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)), a partir das palavras chaves: infecções em cirurgia, infecções cutâneas, erisipela, fleimão, furúnculo, hidradenite supurativa, abscesso, paroníquia, carbúnculo, linfangite aguda e celulite. Também merece destaque o sistema SciELO ([www.scielo.org.br](http://www.scielo.org.br)), livros e revistas, de reconhecido valor, especializadas em infectologia, der-

matologia e cirurgia.

## 3. DISCUSSÃO

### Infecções em pele e tecido celular subcutâneo Erisipela

Caracteriza-se por uma forma clínica de estreptococcia cutânea que acomete pacientes de todas as idades. Geralmente são causadas pelo *Streptococcus pyogenes* do grupo A de Lancefield, entretanto existem relatos de casos causados por estreptococos dos grupos C e G e, em imunocomprometidos, *S. pneumoniae* e *P. aeruginosa*<sup>3,4,5</sup>.

A infecção ocorre por solução de continuidade da pele, como aquela formada por ferimento, picada de inseto, incisão cirúrgica, infecção fúngica e úlcera. Circunscrita ao local de entrada da bactéria desenvolve-se de forma aguda um edema rubro, doloroso e brilhante, com margens bem delimitadas e elevadas, havendo, em algumas ocasiões, faixas avermelhadas ao longo do trajeto de vasos linfáticos, devido à linfangite, e linfadenomegalia. Bolhas flácidas podem ser formadas entre o segundo e terceiro dia, com rara extensão para tecidos mais profundos. Além dos sinais descritos, surgem sintomas sistêmicos, como febre elevada, calafrios, cefaleia, mal-estar geral, anorexia e astenia, em média 6 a 12 horas antes da lesão<sup>1,5,6</sup>.

**Tabela 2.** Antibioticoterapia na erisipela

Leve a moderada	Grave
Penicilina G procaína – 400.000 U IM 2x/dia Penicilina – 250 a 500mg VO 4x/dia Amoxicilina – 500mg VO 3x/dia Cefradoxil – 1g VO de 12/12h	Penicilina G – 1 a 2 mU IV de 4/4h Ampicilina – 1g EV de 8/8h Ceftriaxona – 1g EV de 24/24h Cefazolina – 1 a 2g EV de 8/8h
Antibioticoterapia em casos alérgicos à penicilina	
Eritromicina – 250 a 500mg VO de 6/6h Clindamicina – 150mg VO de 6/6h	Claritromicina – 500mg VO/EV de 12/12h Vancomicina – 1 a 2g/dia EV
Antibioticoterapia em casos específicos	
Oxacilina – 2g EV de 4/4h (em casos leves com suspeita de <i>S. aureus</i> )	Vancomicina – 1 a 2g/dia EV (em casos graves de <i>S. aureus</i> metilino-resistentes)

O diagnóstico é essencialmente clínico, uma vez que os exames bacteriológicos têm baixa sensibilidade ou positividade tardia. Em relação ao tratamento, a antibioticoterapia com penicilina é o de escolha, sendo indicada a administração nas primeiras 24h em todos os casos. Além disso, a elevação do membro acometido e repouso são medidas adjuvantes importantes para uma boa evolução<sup>1,4</sup>.

## Celulite

Trata-se de uma inflamação difusa e disseminante da pele de origem infecciosa, seja por invasão direta ou por infecção preexistente. Os membros inferiores são os segmentos mais comumente atingidos em idosos. Por outro lado, em crianças e jovens os locais mais atingidos são cabeça e pescoço e membros superiores, respectivamente<sup>1,7</sup>.

O agente etiológico mais importante é o estreptococo do grupo A, mas também ganham importância o *S. aureus* e os estreptococos dos grupos B, C e G. O *S. pyogenes* também é um agente comum de celulite, sendo que no caso desse e de outros agentes anaeróbicos o quadro clínico geralmente é mais grave, com lesões mais extensas e produção local de gás. Em crianças, principalmente nos primeiros anos de vida, o *Haemophilus influenzae* se destaca por ser o principal responsável por celulite localizada na face e por celulite periorbitária<sup>1,3,8</sup>.

Em relação à clínica, forma-se lesão quente, plana, vermelha, com dor, intumescimento local e edema de limites mal definidos. A febre e sintomas gerais são pouco expressivos. Em alguns casos há extensão superficial e acometimento da pele, além desse processo pode coexistir com a erisipela<sup>1,4</sup>.

Além da história clínica, a aspiração por agulha fina da borda em expansão ou biópsia do tecido acometido, que são positivas em 20-30% dos casos, contribuem para o diagnóstico. O tratamento é realizado com antibioticoterapia, além de analgésicos e antitérmicos em casos necessários<sup>1,6,9</sup>.

**Tabela 3.** Antibioticoterapia na celulite estafilocócica ou estreptocócica.

Leve a moderada	Grave
Nafcilina – 2g IV a cada 4 a 6h Oxacilina – 2g IV a cada 4 a 6h Eritromicina – 0,5 a 1,0g IV de 6/6h	Cefazolina – 1 a 2g EV de 8/8h Ampicilina/sulbactam – 1,5 a 3,0g IV de 6/6h Clindamicina – 500 a 900mg IV de 8/8h
Antibioticoterapia empírica na celulite sem complicações	
Dicloxacilina – 250 a 500mg VO de 6/6h Clindamicina – 300 a 450mg VO de 6/6h Cefazolina – 1 a 2g IV de 8/8h	Cefalexina – 250 a 500mg VO de 6/6h Nafcilina – 2g IV a cada 4 a 6h Oxacilina – 2g IV de 4/4h

## Abscessos

O abscesso é uma formação purulenta circunscrita, de tamanho variável, proeminente ou não. O pus acumula em uma cavidade neoformada, escavada nos tecidos devido ao processo inflamatório e circundada por uma cápsula<sup>1,3</sup>.

O *S. aureus* é o agente etiológico mais comum, prin-

cipalmente em membros e no tronco, embora também possa ser causado por estreptococos e anaeróbios, sendo que esses são mais comuns nas regiões genital, inguinal e perianal<sup>1,3</sup>.

Ao exame físico observa-se tumoração proeminente e circunscrita, consistência fibrosa, com tamanho variável, que se torna flutuante com o passar do tempo. Essa lesão geralmente é acompanhada de sinais inflamatórios, como rubor, calor, dor, além de sintomas gerais, como febre, mal-estar e calafrios<sup>1,4,6</sup>.

Antes de sua maturação, o tratamento é realizado com aplicação de calor úmido local, repouso do segmento e proteção contra outros traumas locais. Antibioticoterapia também pode ser instituída, desde que haja associação do abscesso com linfangite, linfadenite, febre ou sinais de bacteremia. Em caso de abscessos bem localizados e flutuantes, o melhor tratamento é a drenagem através de incisão cirúrgica<sup>1,6,7</sup>.

## Linfadenite aguda

É um quadro caracterizado pela infecção de linfonodos, com causa comumente bacteriana e geralmente gerada por estreptococos hemolíticos ou estafilococos a partir de uma área de celulite ou outros tipos de infecção de pele e subcutâneo. A infecção pode progredir rapidamente, frequentemente em questão de horas<sup>1,10</sup>.

Os achados clínicos frequentemente são dor latejante, principalmente à palpação, mal-estar, anorexia, sudorese, aumento volumétrico regular dos linfonodos, edema adjacente, calafrios e febre, que varia entre 37,8 a 40°C. Concomitantemente pode desenvolver a linfangite, que é a inflamação dos vasos linfáticos. A linfangite gera traços vermelhos na pele, que podem ou não ser bem definidos, com direção aos nódulos linfáticos regionais, geralmente não dolorosos e não endurecidos. Se este quadro não for adequadamente tratado, o processo pode formar abscesso linfonodal<sup>1,4,6</sup>.

Pode haver leucocitose com desvio à esquerda nos achados laboratoriais, além de cultura positiva do exsudato da ferida, contribuindo para o diagnóstico. O tratamento inclui o uso local de compressas quentes e úmidas, elevação e imobilização da área infectada, além de terapêutica antibiótica. Em casos mais tardios, em que está presente abscesso ganglionar com flutuação, está indicada a incisão com drenagem cirúrgica. A terapêutica antibiótica deve ser instituída quando a infecção local se torna invasiva, manifestada pela celulite e linfangite. Por ser o estreptococo o agente comumente relacionado, recomenda-se o uso de Penicilina G, ou eritromicina em pacientes alérgicos<sup>3,4,8,11</sup>.

## Fleimão

É a inflamação purulenta e difusa, sem a formação de membrana piogênica, ao contrário dos abscessos. No

caso do fleimão, o pus se infiltra no tecido conjuntivo, atingindo maior extensão. A infecção estreptocócica é a principal responsável por gerar esse quadro, uma vez que esse agente possui maior potencial de difusão, mas *S. aureus* e bacilos Gram-negativos e anaeróbios também podem ser responsáveis<sup>1,3,10</sup>.

Em relação à localização, o fleimão pode ser supra-aponeurótico (acima da aponeurose) ou subaponeurótico (abaixo da aponeurose)<sup>1</sup>.

Quanto aos sintomas, pode haver comprometimento do estado geral, que em geral é mais frequente se comparado com casos de abscessos, além de estar mais relacionado à ocorrência de gangrena ou outras complicações<sup>1,4,6</sup>.

No tratamento do fleimão, a antibioticoterapia sistêmica adquire papel importante. O ato cirúrgico também pode ser necessário, principalmente por permitir drenagem das secreções. Isso deve ser realizado através de incisões cirúrgicas amplas e posterior desbridamento dos septos aponeuróticos e bainhas musculares<sup>1,3,4,11,12</sup>.

**Tabela 4.** Antibióticos para tratamento de fleimão.

Oxacilina – 2g IV de 4/4h	Cefalozina – 2g EV de 8/8h
Vancomicina – 1g EV de 12/12h (em casos alérgicos à penicilina)	

## Paroníquia

Caracterizada por uma infecção ao redor da unha, a paroníquia pode ser classificada em aguda ou crônica. Esse quadro geralmente é causado por *S. aureus*, mas em alguns casos o estreptococo beta-hemolítico e bactérias Gram-negativas entéricas podem estar envolvidas. A inflamação se desenvolve após a infecção por penetração dos microrganismos em pequenos traumas das dobras ungueais, principalmente em mulheres, devido aos cuidados das unhas<sup>1,3,8</sup>.



**Figura 1:** Presença de hipertrofia periungueal em consequência de infecção crônica (retirado de BEBER *et al.*, 2012).

No caso da paroníquia aguda, inicia-se um edema das

dobras ungueais, proximal e lateralmente, de coloração vermelho vivo e doloroso. Quanto à paroníquia crônica, o processo inflamatório ocorre de forma intermitente na região do eponíquio, gerando hipertrofia, eritema, dor e distrofia da unha. Logo após, a pele adjacente à unha adquire aspecto vermelho-pálida, com aumento da sensibilidade e edema. Todo esse processo se deve a exposição a agentes irritantes de contato, separando a cutícula da lamina ungueal e tornando o espaço entre a dobra ungueal e lâmina ungueal exposto à infecção. Além disso, em casos de paroníquia crônica há também infecção secundária por *Candida* sp, principalmente *Candida albicans*<sup>1,3,9,13,14</sup>.

Quanto ao tratamento, na paroníquia aguda deve-se drenar o abscesso por meio da inserção da ponta de uma agulha de calibre 23 ou 21 entre a dobra ungueal proximal e a lâmina ungueal, levantando a dobra ungueal com a agulha, sem necessidade de anestesia ou curativo. Imediatamente após o procedimento, a dor é aliviada. Caso não tenha sido formado abscesso, o uso de calor úmido pode acarretar melhora.



**Figura 2.** Representação da retirada da prega ungueal proximal por incisão perpendicular (retirado de DI CHIACCHIO; DEBS; TASSARA, 2009).



**Figura 3:** Representação da retirada da prega ungueal proximal por incisão oblíqua (retirado de DI CHIACCHIO; DEBS; TASSARA, 2009).

Nas lesões persistentes, o tratamento é feito com administração de antibiótico com ação antiestafilocócica por via oral e/ou profunda drenagem cirúrgica. Alguns autores consideram eficaz a combinação de um antibió-

tico tópico (mupirocina, neomicina, bacitracina, polimixina B) e um corticoide (creme de dipropionato de betametasona)<sup>1,4,6,14</sup>.

Para o tratamento da paroníquia crônica, evitar o contato com os agentes irritantes constitui um importante fator, além do tratamento da infecção e inflamação subjacentes. Cremes esteroides tópicos, com aplicação de duas vezes ao dia por três semanas podem ser úteis. Devido ao fato dos antibióticos orais dificilmente penetrarem no local acometido, pode-se fazer o uso de tintura fúngica (miconazol), suspensão tópica de ciclopirox (olamina) ou duas gotas de timol 3% em etanol a 70%, repetidos três vezes ao dia por algumas semanas, o que evita maior desenvolvimento da inflamação. Além disso, o tratamento cirúrgico gera bons resultados através da remoção da prega ungueal proximal, seja por incisão oblíqua ou perpendicular<sup>1,4,6,7,14</sup>.

### Infecções em anexos da pele

#### Furúnculo

Consiste em uma infecção, envolvendo todo o folículo piloso e o tecido subcutâneo adjacente, formando um abscesso com área de purulência central. As lesões podem ocorrer em qualquer parte do corpo, entretanto são mais comuns em regiões pilosas e úmidas, como face, pescoço, axilas, coxas e nádegas. Estas lesões podem ser únicas, mas são múltiplas na maioria dos casos, uma vez que são auto-inoculáveis. Quanto ao agente etiológico, geralmente este quadro é causado por *S. aureus*, mas outros agentes também podem estar envolvidos, como *Streptococcus* sp, *E. coli*, *P. aeruginosa* e *Proteus*<sup>1,3,9,10</sup>.



Figura 4. Aspecto ectocópico de furúnculo após drenagem espontânea.

Os achados clínicos podem incluir dor e sensibilidade proeminente, com presença de abscesso folicular arredondado ou cônico. Essa lesão geralmente aumenta de tamanho, tornando-se flutuante e, posteriormente, ama-

cia e drena espontaneamente após período compreendido entre alguns dias e duas semanas<sup>1,4,9</sup>.

As lesões localizadas na face, devido à possibilidade de disseminar até os seios cavernosos, podendo gerar trombose, devem ser tratadas com antibioticoterapia sistêmica, evitando a drenagem cirúrgica<sup>1,3</sup>.

Além do uso de antibióticos, a imobilização da região, evitando manipular a área inflamada, e a utilização de calor úmido podem ajudar as lesões a se localizarem. Após esta maturação, principalmente em lesões grandes e flutuantes, deve-se realizar incisão e debridamento para resolução do quadro<sup>1,4,7</sup>.

Tabela 5. Antibioticoterapia em casos de furúnculo

Cloxacilina – 500mg VO de 6/6h	Dicloxacilina – 250mg VO de 6/6h
Ciprofloxacino – 500 mg 2x/dia (em casos de cepas de estafilococos resistentes)	Clindamicina – 150 a 300 mg VO de 6/6h (casos alérgicos à penicilina)
Cefalexina – 1g/dia por 10 dias	Eritromicina – 250 a 500mg VO de 6/6h (casos alérgicos à penicilina)

#### Carbúnculo

O carbúnculo é resultante da coalescência de vários furúnculos que se desenvolvem em folículos pilosos circunvizinhos, formando uma massa conglomerada profunda e com vários pontos de drenagem. Assim como no furúnculo, o *S. aureus* é o principal agente etiológico<sup>1,9,11</sup>.

Clinicamente, observa-se uma área endurecida, dolorosa e avermelhada, com o desenvolvimento de múltiplas áreas de necrose, de onde drenam pequenas quantidades de pus. A pele adquire superfície irregular, semelhante a favo de mel, com área endurecida, avermelhada e edemaciada circunjacente. Além deste quadro podem estar presentes outros sintomas, como calafrios, astenia, mal-estar e anorexia<sup>1,3,4,7</sup>.

O tratamento do carbúnculo é realizado por terapêutica cirúrgica e clínica, com o uso de antibiótico, analgésicos, repouso do local acometido e uso de calor úmido local. O ato cirúrgico é realizado buscando gerar excisão radical e drenagem ampla da lesão, por meio de incisões paralelas, incisão estelar, incisão circular ou incisão em cruz, gerando excisão completa do carbúnculo<sup>1,4,15</sup>.

#### Hidradenite supurativa

Também denominada Acne inversa, a hidradenite supurativa constitui a afecção inflamatória das glândulas sudoríparas apócrinas de forma progressiva e recorrente, apresentando como abscessos estéreis nas axilas, genitais, perineo e na região da aréola mamária. Sua etiologia é parcialmente conhecida, mas acredita-se ser resultante, primeiramente, da oclusão do folículo piloso, seguida por infecção secundária da glândula apócrina<sup>1,4,16,17</sup>.

Estudos mostraram grande associação entre a hidradenite supurativa com tabagismo, índice de massa corporal elevado e história familiar, sendo útil a identificação destes fatores para o diagnóstico. Os agentes comumente responsáveis pela infecção são o *S. aureus*, o *S. milleri*, bactérias aeróbias Gran-negativas, como *E. coli*, e anaeróbios. Este quadro desenvolve-se após o início da puberdade, quando há o completo desenvolvimento das glândulas apócrinas, atingindo cerca de três vezes mais pessoas do gênero feminino quando comparada com o sexo masculino<sup>1,4,17</sup>.

Ocorre o aparecimento de nódulo eritematoso, endurecido e doloroso, em muitos casos acompanhado de febre. Posteriormente este nódulo torna-se flutuante e ocorre a ruptura, com drenagem de secreção purulenta<sup>1,6</sup>. Os grandes cistos devem ser submetidos a injeções intralesionais de acetona de triancinolona (Kenalog® 2,5-10 mg/ml). Entretanto os antibióticos são a base do tratamento, principalmente nos casos iniciais<sup>1,4,7,16</sup>.

**Tabela 6.** Antibióticos em casos de hidradenite supurativa

Antibióticos para evitar ativação	
Tetraciclina - 500mg VO 2x/dia	Eritromicina – 500mg VO 2x/dia
Doxiciclina – 100mg VO 2x/dia	Minociclina – 100mg VO 2x/dia
Antibióticos para remissão	
Clindamicina (300mg 2x/dia) e Rifampicina (300mg 2x/dia) por 10 semanas	
Remissões de até 1 a 4 anos	

#### 4. CONCLUSÃO

Algumas infecções da pele e tecidos subcutâneos são superficiais e curam sem sequelas, muitas vezes até espontaneamente. Outras são de extrema gravidade, com envolvimento de regiões mais profundas tal como a fáscia muscular e o músculo, com extensas áreas de necrose e evolução rápida para choque séptico e grande potencial de morbimortalidade.

Estreptococos e Estafilococos constituem os principais agentes responsáveis por infecções de pele e anexos devido às cirurgias realizadas em âmbito ambulatorial. Quanto a prevenção, o cuidado e o seguimento das técnicas de antisepsia e desinfecção, assim como os cuidados higiênicos pós-cirúrgicos são fundamentais para evitá-las.

O diagnóstico e tratamento precoce são indispensáveis para evitar acometimento de regiões mais profundas e evolução de sequelas nos quadros, apresentando a antisepsia e desinfecção como as melhores medidas preventivas.

#### REFERÊNCIAS

- [1] Savassi-Rocha PR, Sanches SRA, Savassi-Rocha AL. Cirurgia de ambulatório. 1ª ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013.
- [2] Janeway JCA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Imunologia: o sistema immune na saúde e na doença. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
- [3] Veronesi R, Focaccia R. Veronesi: tratado de infectologia. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005.
- [4] Habif TP. Dermatologia clínica: guia colorido para diagnóstico e tratamento. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
- [5] Caetano M, Amorim I. Erisipela. Acta Med Port 2005; 18(5): 385-94.
- [6] McPhee SJ, Papadakis MA. Current medical diagnosis and treatment. 50ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2011.
- [7] Gadelha AR, Costa IMC. Cirurgia dermatológica em consultório. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
- [8] Fauci AS, Kasper DL, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo. Harrison medicina interna. 17ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2008.
- [9] Sampaio SAP, Riviti EA, Dermatologia. 3ª ed. São Paulo: Artes médicas; 2007.
- [10] Filho GB. Bogliolo patologia. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2011.
- [11] Slaven EM, Stone SC, Lopez FA. Doenças infecciosas: diagnóstico e tratamento no setor de emergência. 1ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2007.
- [12] Ratti RP, Souza CP. *Staphylococcus aureus* metilina resistente (MRSA) e infecções nosocomiais. Rev Ciênc Farm Básica Apl 2009; 30(2):9-16.
- [13] Beber MC, Cauduro P, Sonda EC, Breunig JA. Relato de experiência: alteração crônica periungueal. Rev de epidemiologia e controle de infecção 2012; 2(2):70-2.
- [14] Di Chiacchio N, Debs EAF, Tassara G. Tratamento cirúrgico da paroníquia crônica: estudo comparativo de 138 cirurgias utilizando duas técnicas diferentes. Surgical e cosmetic dermatology 2009; 1(1):21-4.
- [15] Oliveira-Neto MP, Cuzzi-Maya T, Mattos M, Pirmez C. Paniculite eosinofílica localizada em consequência de injeções intramusculares de composto de antimônio para tratamento de leishmaniose tegumentar americana. Anais Brasileiros de Dermatologia 2004; 79(4):463-9.
- [16] Schmitt JV, Martin M, Bombonato-To G, Miot HA. Risk factor for hidradenitis suppurativa: a pilot study. An Bras Dermatol 2012; 87(6):936-8.
- [17] Gao M, Wang PG, Cui Y, Yang S, et al. Inversa acne (hidradenitis suppurativa): a case report and identification of the locus at chromosome 1p21.1-1q25.3. Journal of Investigative Dermatology 2006; 126(6):1302-6.

**BJSCR**