



**PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA DE SAÚDE
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

Manejo Clínico de Celulite e Erisipela
Versão:02
Departamento: Urgência e Emergência
Objetivo: Padronizar o tratamento de erisipela e celulite na Urgência
Frequência: Contínuo
Executante: Médicos da Rede

Índice:

I-Introdução.....	1
II-Definições.....	2
III-Fatores de Risco.....	2
IV-Quadro Clínico.....	2
V-Diagnóstico.....	3
VI-Classificação da gravidade.....	4
VII-Tratamento.....	4
VII-Indicação para alta assistida.....	5
IX-Referência Bibliográfica.....	5

I-Introdução

Erisipela e celulite são infecções cutâneas muito comuns que se desenvolvem devido à entrada de bactérias através da barreira da pele.

Representam quadros de inflamação aguda, piogênica da derme e tecido subcutâneo inferiores associados, que resultam em altas taxas de morbidade e com altos custos financeiros para o mundo.

Elaborado – 01/06/2024	Revisado -	Aprovado –
Dra. Lara Suellen M.São Mateus	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello



**PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA DE SAÚDE
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

II-Definições

Erisipela: é um tipo de celulite cutânea superficial com comprometimento importante dos vasos linfáticos da derme decorrente da infecção por *Estreptococos* beta-hemolíticos do grupo A (SBHGA) e, raramente por *Staphylococcus aureus*.

Celulite: infecção cutânea que compromete uma parte maior dos tecidos moles, estendendo-se profundamente através da derme e tecido subcutâneo. Pode se iniciar

Infecções de derme e hipoderme com necrose: são as infecções cutâneas como as celulites, mas com necrose dos tecidos conjuntivos e adiposos; porém, sem lesões musculares profundas.

Fasceíte necrotizante: infecção muscular com necrose, que envolve e se estende além da fáscia periférica profunda.

III-Fatores de Risco

- Insuficiência venosa (mais frequente fator de risco).
- Linfedema (tanto um fator predisponente como uma complicação da celulite).
- Doença vascular periférica.
- *Diabetes mellitus*.
- Obesidade.
- Úlceras de membros inferiores.
- Trauma local.
- Picadas de inseto.

IV-Quadro Clínico

Tanto a celulite como a erisipela manifesta-se como áreas na pele com eritema, edema e aumento de temperatura. A diferenciação entre as duas condições se faz pelo tipo de envolvimento cutâneo.

Elaborado – 01/06/2024	Revisado -	Aprovado –
Dra. Lara Suellen M.São Mateus	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello



**PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA DE SAÚDE
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

Erisipela: placa eritematosa, edemaciada, infiltrada e dolorosa, com bordas que crescem centrifugamente, bem delimitadas. A instalação e a evolução do processo são rápidas, acompanhando-se de sintomas e sinais gerais de infecção. A apresentação bolhosa confere gravidade ao processo, podendo evoluir com necrose e ulceração posterior. A erisipela pode se estender mais profundamente para o tecido subcutâneo e resultar em celulite. Linfedema muitas vezes está associado e ocorre como consequência de surtos recidivantes

Celulite: lesão extremamente dolorosa e infiltrativa, com bordas mal delimitadas que se estende ao tecido subcutâneo. Sua demarcação com pele sã é indistinguível e não cresce centrifugamente. Em alguns casos podem se formar bolhas ou necrose, resultando em extensas áreas de descolamento epidérmico e erosões superficiais. A infecção pode se localizar nas partes moles com formação de abscesso dérmico e subcutâneo, ou fascíte necrosante.

Linfadenopatia regional pode estar associada à celulite de extremidades. Como consequência da celulite pode advir supuração profunda e septicemia. O curso da doença costuma ser mais indolente com predomínio de complicações locais, contudo, os efeitos sistêmicos aparecem à medida que a infecção se agrava.

V- Diagnóstico

O diagnóstico de erisipela e celulite é baseado nas manifestações clínicas. A principal forma de diferenciação entre elas está na observação das margens da lesão. Enquanto que na erisipela é elevada e bem delimitada, na celulite mostra-se indistinta, gradualmente se misturando com as áreas de pele normal.

Diagnóstico Diferencial: inclui patologias infecciosas e não infecciosas.

- **Infecciosas:** fascíte necrosante, gangrena gasosa, síndrome do choque tóxico, osteomielite
- **Não infecciosos :** dermatite de contato, trombose venosa profunda, gota, mordidas de insetos e reações a drogas.

Elaborado – 01/06/2024	Revisado -	Aprovado –
Dra. Lara Suellen M.São Mateus	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello



**PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA DE SAÚDE
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

VI-Classificação de Gravidade

A classificação de Eron ajuda a determinar a via de antibioticoterapia, levando em consideração a presença de toxicidade sistêmica e comorbidades.

Classificação de ERON:

CLASSE	SEPSE	COMORBIDADES	ANTIBIÓTICOS	TRATAMENTO
			ORAIS PARENTERAL	VS INTERNADO OU AMBULATORIAL
I	Sem sinais	Nenhuma	Oral	Ambulatorial
II	Sem sinais	Doença vascular periférica, obesidade ou insuficiência venosa	Intravenoso	Leito de observação por 48 horas (OBSERVAÇÃO PROLONGADA) com ATB parenteral e alta com terapia oral / parenteral ambulatorial (programa de continuidade do cuidado) a critério médico
III	Sinais de sepse	Instáveis	Intravenoso	Hospitalar (Iniciar tratamento com protocolo de sepse) - SOLICITAR ENCAMINHAMENTO SAMU (192)
IV	Sepse grave ou fasciite necrotizante	Instáveis	Intravenoso possível desbridamento cirúrgico com	Hospitalar/internar para cirurgia vascular (Iniciar tratamento com protocolo de sepse)- SOLICITAR ENCAMINHAMENTO SAMU (192)

Elaborado – 01/06/2024	Revisado -	Aprovado –
Dra. Lara Suellen M.São Mateus	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello



VII- Tratamento

1- Celulite/Erispela Leve

1º Escolha:

- Amoxicilina 500mg 2 cps de 8/8 horas por 7 a 10 dias **OU**
- Cefalexina 500mg 1 cp de 6/6 horas por 7 a 10 dias

Alérgicos a Beta-Lactâmicos:

- Sulfametoxazol + Trimetoprima 400/80mg 2 a 4 cps de 12/12 horas por 7 a 10 dias **OU**
- Doxicilina 100mg 1 cp de 12/12 horas por 7 a 10 dias
- Clindamicina 300 mg 2 cps de 8/8 horas por 7 a 10 dias (Máximo 1800 mg)

2-Fasceíte Necrotizante

- Ceftriaxona 1 g EV 12/12h + Clindamicina 600 mg EV 6/6h

**Pacientes com sinais de Sepsis ou Choque séptico consultar protocolo de Sepsis e encaminhar via SAMU.

VII-Indicação para critério de alta assistida (continuidade dos cuidados na Atenção Básica):

Pacientes que permaneceram em observação por pelo menos 48 horas, sem sinais de sepsis poderão ser encaminhados para a Atenção Básica, para dar continuidade ao tratamento através da alta assistida.

Na persistência ou piora do quadro clínico, o mesmo deverá ser encaminhado para o serviço terciário através da regulação do SAMU (192).

Elaborado – 01/06/2024	Revisado -	Aprovado –
Dra. Lara Suellen M.São Mateus	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello



**PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA DE SAÚDE
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

VIII-Referências Bibliográficas

1-Eron LJ. Lipsky BA. Low DE, et al. Managing skin and soft tissue infections: expert panel recommendations on key decision points. *J Antimicrob*

Chemother. 2003;52(Suppl 1):i3–17. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

2-Sullivan T, de Barra E. Diagnosis and management of cellulitis. *Clin Med (Lond)*. 2018 Mar;18(2):160-163. doi: 10.7861/clinmedicine.18-2-160. PMID: 29626022; PMCID: PMC6303460

3-VELASCO, Irineu Tadeu et al. **Medicina de emergência: abordagem prática.** . Barueri, SP: Manole. . Acesso em: 21 jun. 2024. , 2019

Elaborado – 01/06/2024	Revisado -	Aprovado –
Dra. Lara Suellen M.São Mateus	Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral Dr. Alcides Pinto de Souza Júnior	Dr. André Luciano Baitello