



RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

RELATO DE CASO

Celulite adquirida por estudante de medicina, em hospital, durante o estágio do internato de pediatria: Relato de caso

Cellulite acquired by a medical student in hospital, during the stage of the boarding of pediatrics: Case Report

Ilmar Braga Teixeira Júnior¹, Moema Pereira da Silva¹, Flávia Ohara de Melo Pinto¹, Elierson Rocha²

Palavras-chave:

celulite,
infecções dos
tecidos moles,
streptococcus.

Resumo

A celulite é uma infecção aguda dos tecidos profundos da pele, afeta principalmente o rosto e as pernas e seu agente principal é o *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A de Lancefield. Esse trabalho consiste em um relato de caso acerca de um episódio de celulite apresentado por um acadêmico, imunocompetente, interno da Pediatria, que adquiriu essa afecção através do contato com crianças, as quais estava acompanhando em um isolamento de um hospital de referência. Após diagnóstico, foi feita antibioticoterapia, com resolução do quadro.

Keywords:

cellulitis,
soft tissue infections,
streptococcus.

Abstract

Cellulitis is an acute infection of the deep tissues of the skin, primarily affects the face and legs, the main agent is the Lancefield Groups of Beta-Hemolytic *Streptococci*. This work is a case report about an episode of cellulitis presented by one of the internal academic of pediatrics, immunocompetent, who acquired the disease through contact with children, who was following in isolation from a referral hospital. After diagnosis, antibiotic therapy was achieved with good resolution.

¹ Acadêmico de Medicina do 9º período, interno de Pediatria da Faculdade São Lucas, Porto Velho - RO.

² Mestre em Ciências Biomédicas, Médico Pediatra, professor e preceptor de Pediatria do Curso de Medicina da Faculdade São Lucas, Porto Velho - RO.

Endereço para correspondência:

Ilmar Braga Teixeira Júnior.
Faculdade São Lucas. Rua Joaquin Nabuco, nº 1195, Areal-Centro, Apto. 28, Porto Velho, Rondônia.

INTRODUÇÃO

A celulite é uma infecção aguda dos tecidos profundos da pele, afeta principalmente o rosto e as pernas e seu agente principal é o *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A de Lancefield, sendo menos comum a celulite adquirida por trauma, cujo agente mais frequente é o *Staphylococcus aureus*. A clínica consiste em calor local e edema, eritema difuso, dor à palpação e definição imprecisa de tecido saudável em relação ao comprometido. O tratamento consiste em antibióticos, por via oral ou intravenosa, cobrindo *Streptococcus* e *Staphylococcus*, antitérmicos, analgésicos, repouso e compressas quentes.

OBJETIVO

Descrever um caso de celulite apresentado por um acadêmico de Medicina, adquirido através do contato com pacientes portadores de varicela complicada por infecção secundária, os quais acompanhava em isolamento hospitalar, durante o internato de pediatria, ressaltando a possibilidade de se adquirir uma infecção durante estágio acadêmico.

RELATO DE CASO

I.B., masculino, 21 anos, interno do curso de Medicina, cursando o 9º período, em estágio de pediatria, há duas semanas em hospital infantil de referência, acompanhando pacientes em isolamento, onde havia vários casos de varicela complicada devido à infecção secundária, inclusive alguns com celulite. Seis horas após submeter-se a vacinação contra influenza e *pneumococo*, de acordo com o protocolo da instituição para os estagiários e funcionários da unidade, começou a sentir dor no local onde foi realizada a vacina. Em seguida, surgiu astenia, mialgia e mal-estar geral, tendo o mesmo atribuído os sintomas ao cansaço físico consequente ao ritmo intenso de trabalho.

No dia seguinte, teve início também febre de 39 °C, necessitando permanecer acamado. Ao longo do dia surgiu calor, rubor, dor e edema no local da aplicação. A febre se manteve por 48 horas após a vacina, a dor no local da aplicação tornou-se mais intensa e o eritema (Figura 1) se acentuou. No 3º dia, já sem febre e com demais sintomas diminuídos, permaneceram os sinais de flogose intensa no local. Somente no 4º dia, após ter iniciado uso de cefalexina 500 mg de 6/6 horas e medicação sintomática, é que surgiu melhora dos sintomas sistêmicos e da reação local (Figura 2 e 3).

DESENVOLVIMENTO/DISCUSSÃO

A celulite é um processo inflamatório piogênico agudo e extenso que acomete derme e tecido celular subcutâneo, usualmente em membros inferiores e face. A etiologia varia conforme faixa etária, local e imunidade do paciente. O principal agente etiológico é o *Streptococo* β hemolítico do



Figura 1. Antes da Medicação. 2 dias de evolução.

grupo A de Lancefield¹. A variante anatômica mais comum é a celulite periorbitária². Outros agentes incluem *Staphylococcus aureus* nos casos em que há uma ruptura na pele, *Haemophilus influenzae*, na celulite bucal, *Clostridium* na celulite crepante, entre outros³.

Os fatores que predis põem à celulite são aqueles que fragilizam localmente as defesas naturais da pele, traumas, feridas, picadas de insetos, mordida de animais, obesidade, edema, infecções como impetigo, macerações fúngicas, eczema e varicela. Clinicamente, pode-se encontrar pródromos relacionados à toxemia como febre, taquicardia, hipotensão e mal-estar geral⁴. A delimitação entre a pele sã e a comprometida é imprecisa⁵. No local da infecção, há edema, duro e quente, eritema difuso e dor à palpação.

O tratamento consiste em medidas gerais de higiene, repouso, elevação do membro acometido e antibioticoterapia sistêmica⁶. Em caso de sinais sistêmicos graves, comprometimento da face e imunocomprometidos, deve-se internar para tratamento intravenoso⁷. Os antibióticos recomendados nas formas leves são cefalexina, amoxicilina-clavulanato ou clindamicina via oral até 10 dias. Formas graves com repercussão ou refratárias ao tratamento devem ser tratadas com oxacilina, cefalosporina ou clindamicina intravenosas⁷.



Figura 2. Após 4 dias de medicação. 6 dias de evolução.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A via de infecção do paciente relatado foi o local de introdução da agulha hipodérmica utilizada na aplicação da vacina, o que levou à contaminação e infecção direta do tecido celular subcutâneo. A improbabilidade do fato leva à discussão acerca dos processos de higienização do local onde foi realizada a vacina, torna questionável a eficácia dos métodos de controle de infecção das áreas de isolamento da unidade de saúde onde ocorreu o fato e levanta a questão do risco de contaminação para os profissionais de saúde que trabalham em ambiente muito contaminado, como aquele onde ocorreu o presente caso.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca GQ, Carvalho E. Relato de caso. Varicela infectada e Choque Séptico. [Acesso: 12 Abr 2015]. Disponível em: http://www.paulomargotto.com.br/index_sub.php?pageNum_rs_artigos_sub=13&totalRows_rs_artigos_sub=350&tipo=26



Figura 3. Após 5 dias de medicação. 7 dias de evolução.

2. Monteiro G, Dias A, Teixeira E, Pereira J, Santos E, Laranjo G, et al. Celulite Periorbitária e Orbitária: casuística de 11 anos. *Nascer e Crescer* [periódico na Internet]. 2013 Set [Acesso 2 Dez 2014]; 22(3):158-161. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542013000300005&lng=pt
3. Firmino ICL. Infecções de pele e partes moles: proposta de protocolo de atendimento em unidade pediátrica [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Hospital Regional da Asa Sul; 2010. viii, 55f.
4. Fogassa C, Rodrigues C, Almeida G. Celulite de membro superior evoluindo para fascite necrosante em paciente com diabetes melitus 2 - relato de caso. 12a Mostra de Produção Universitária, Rio Grande/RS, Brasil; 23 a 25 de outubro de 2013.
5. Delfino C. Infecção de pele e partes moles. Programa de Educação Médica Continuada CREMESP, abril 2013 [Acesso: 12 Abr 2015]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/eventos/Infec%E7%F5es%20de%20pele%20e%20partes%20moles.pdf>
6. Manual Merck. Celulite. Seção 17, Cap. 174 [Acesso 2 Dez 2014]. Disponível em: <http://www.manualmerck.net/?id=200&cn=1026#>
7. Diretrizes de Infecções Tegumentares [Acesso 2 Dez 2014]. Disponível em: <http://www.famema.br/assistencial/epidemi/docs/DiretrizInfecTegumentares.pdf>