

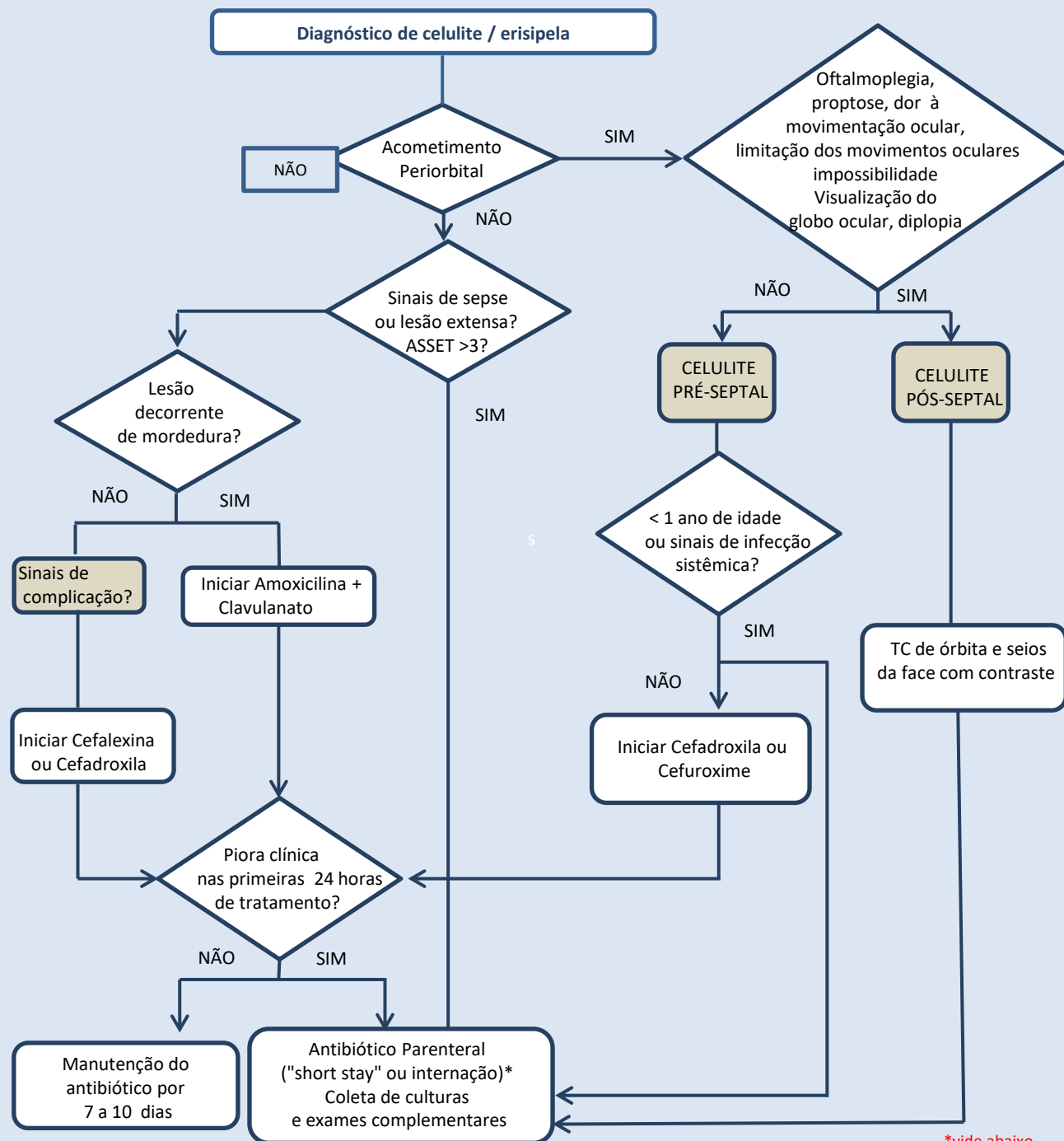


Celulite e Erisipela são uma infecção da pele e tecido celular subcutâneo que se desenvolve pela penetração bacteriana através da barreira cutânea. Ambas tem clínica semelhante, e são comuns no departamento de emergências pediátricas.

Etiologia: Causadas principalmente por *S. aureus* e *Streptococcus pyogenes*

I. ASSISTENCIAL

1. ALGORITMO CELULITE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES



2. DIAGNÓSTICO E EXAMES ADICIONAIS:

Confirmação diagnóstica:

O diagnóstico é eminentemente clínico caracterizado por lesão cutânea com edema, calor, rubor, eritema e endurecimento, sem margens bem definidas com a pele adjacente. Pode apresentar complicações locais como vesículas, bolhas ou necrose. Quando o acometimento é em região periorbitária é importante diferenciar se acometimento pré septal ou pós septal. A tabela a seguir demonstra como diferenciar pelo exame físico.

	Celulite Pré septal	Celulite Pós septal
Dor a movimentação	NÃO	SIM
Proptose	NÃO	SIM, MAS PODE SER SUTIL
Mobilidade	PRESENTE	AUSENTE*
Visão	NORMAL	ALTERADA*
Equimose	+ ou -	++ *

*Estes sinais clínicos podem estar normais em alguns casos na celulite pós septal
Este o motivo da realização do exame de imagem na dúvida diagnóstica.

Indicação de exames diagnósticos:

- Coleta de material para cultura de secreção ou hemocultura permitem a identificação do agente etiológico em 25 e 5% dos casos respectivamente, reservado aos casos mais graves e com necessidade de internação
- Ultrassonografia pode ser útil na detecção de abscessos mais profundos, principalmente nas celulites mais extensas e detecção de acometimento articular quando localização próxima.
- Considerar doppler se suspeita de trombose venosa profunda.
- **Quando suspeitar de abscesso? --> Avaliação em conjunto com a Cirurgia**
 - Flutuação local
 - Dor intensa e localizada
 - Ponto de drenagem, secreção purulenta
 - Falha clínica após 48h de antibiótico oral

Indicação de outros exames:

- Tomografia computadorizada está indicada em casos de celulite periorbitária para diferenciação de acometimento pré ou pós septal.

3. ESCORE DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO:

O Melbourne ASSET Score propõe uma abordagem simples e a beira leito para auxiliar na escolha da via do antibiótico. O estudo de validação do escore rendeu uma precisão de 80% na classificação dos pacientes que necessitaram de antibióticos intravenosos.

O escore leva em conta 5 parâmetros clínicos numa pontuação máxima de 7 pontos.

Pontuações maiores ou iguais a 4 indicariam antibiótico endovenoso.

Pontuações menores que 3 permitiriam tratamento via oral.

Quando o valor for igual a 3, levar em conta outros fatores na decisão clínica da via ideal (idade, local e extensão, possibilidade de seguimento, preferência dos pais e médico, uso recente de antibiótico, sintomas sistêmicos associados, julgamento clínico).



Melbourne ASSET Score: Mão representa 1% da superfície corpórea da criança, < 3 antibiótico via oral, ≥4 antibiótico endovenoso

PARAMETRO	PONTUAÇÃO	SCORE MÁXIMO
Área	0=<1% superfície corpórea 1=> 1% da superfície corpórea	1
Sintomas sistêmicos	0 =ausente 1= presente	1
Edema	0 =ausente 1= leve 2 = moderado/grave	2
Olho	0 = não acometido 1 = acometido	1
Dor	0 =nenhuma 1= leve 2 = moderada/grave	2
Total		7

4. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO ADEQUADA

Critérios para internação:

Piora clínica nas primeiras 24 horas de tratamento, celulite com abscesso, celulite pré septal em < 1 ano de idade ou com sinais de infecção sistêmica, celulite pós septal. Além de celulite extensa em pacientes com idade < 1 ano, febre, imunossupressão, abscesso retrofaríngeo ou peritonsilar, varicela, suspeita de fascíte ou miosite, mordidas de animais e qualquer celulite de rápida progressão, definida como aumento de 2x no diâmetro da lesão em 4 horas.

Critérios para internação em UTI:

Sinais de sepse

5. TRATAMENTO

Situação	Antibiótico(s)	Dose pediátrica	Via
Não complicada	Cefalexina	50–100 mg/kg/dia (3–4x)	VO
	Cefadroxila	30–50 mg/kg/dia (2x)	VO
	Amoxicilina-clavulanato	40–50 mg/kg/dia (2–3x)	VO
Complicada	Cefazolina	100 mg/kg/dia (3x)	IV
	Oxacilina	100–150 mg/kg/dia (4x)	IV
	Clindamicina	30–40 mg/kg/dia (3–4x)	IV
MRSA suspeito (COMUNIDADE)	Clindamicina	30–40 mg/kg/dia	VO/IV
	TMP-SMX	6–12 mg/kg/dia (base TMP)	VO
MRSA suspeito (HOSPITALAR)	Vancomicina	40–60 mg/kg/dia;	IV
Pós-septal	Vancomicina + Ceftriaxona ± Metronidazol	Vanco: 40–60 mg/kg/dia; Ceft: 50–100 mg/kg/dia; Metro: 30 mg/kg/dia	IV
Mordedura animal	Amox-clav	40–50 mg/kg/dia	VO
	Ampicilina-sulbactam	100–200 mg/kg/dia (ampicilina)	IV
Risco de Pseudomonas	Piperacilina-tazobactam	300 mg/kg/dia	IV
	Cefepime	150 mg/kg/dia	IV
Alergia grave a penicilina	Linezolida	30 mg/kg/dia (2x)	VO/IV

Antibioticoterapia Parenteral: Short Stay vs Internação

A decisão entre iniciar antibiótico EV em regime de observação (short stay) ou internar a criança deve considerar fatores clínicos, idade, extensão da lesão e condições sociais.

Terapia parenteral inicial em "short stay"(observação 12 a 24h)

Indicada quando é necessário início rápido de antibiótico IV, mas com potencial de alta precoce após observação:

- Crianças com múltiplos focos de infecção de partes moles não superficiais (exclui impetigo e foliculite)
- Abscessos em face ou períneo em menores de 5 anos
- Lesão ≥ 3 cm (incluindo eritema/celulite associada) em crianças de 29 dias a 11 meses
- Lesão ≥ 4 cm em crianças de 12 meses a 4 anos
- ASSET 3 a 4, sem toxemia
- Boa adesão ao seguimento ambulatorial, acesso à reavaliação

Conduta: administrar 1–2 doses EV, manter sob observação e reavaliar. Alta se boa resposta clínica e condições sociais favoráveis.

Internação hospitalar

Indicada quando há maior gravidade, risco de complicação ou dificuldade de manejo ambulatorial:

- ASSET ≥ 5 ou presença de sinais de toxemia: prostração, instabilidade hemodinâmica, rebaixamento de consciência
- Recém Nascidos
- Celulite extensa, de rápida progressão ou em áreas críticas: órbita, genitália, mãos
- Impossibilidade de manter via oral: vômitos, recusa alimentar
- Falha terapêutica oral após 48–72h
- Imunossupressão, comorbidades relevantes ou prematuridade extrema
- Condições sociais desfavoráveis: dificuldade de acesso ao serviço de saúde ou ausência de cuidadores confiáveis

Conduta: Internação, iniciar antibiótico EV, realizar exames complementares e avaliação multidisciplinar conforme necessário

II. INDICADORES DE QUALIDADE:

- Diminuir uso indiscriminado de antibióticos de amplo espectro.
- Comparar via de antibiótico decidida no pronto socorro no momento inicial com o seguimento 24h após primeiro atendimento

III. GLOSSÁRIO

TC – Tomografia Computadorizada

IV - Intravenoso

EV – Endovenoso

VO – Via Oral

MRSA – Staphylococcus aureus resistente à meticilina

IV HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 4: Ampliado informações sobre diagnósticos, tabela com medicações e doses, incluída possibilidade de "SHORT STAY", incluído erisipela no PATHWAY

III. REFERÊNCIAS:

- [1] Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the IDSA. Clin Infect Dis. 2014;59(2):e10–52.
- [2] AAP. Red Book: 2024–2027 Report of the Committee on Infectious Diseases.
- [3] CDC. Cellulitis and other soft tissue infections. Accessed 2025.
- [4] Medscape. Cellulitis and Erysipelas. Available at: <https://emedicine.medscape.com/article/1054487-overview>
- [5] UpToDate. Pediatric skin and soft tissue infections. Accessed 2025.
- [6] Melbourne ASSET Score. dermatologycity. Accessed 2025.
- [7] NCBI. Cellulitis and Erysipelas. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Código Documento:	Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW163.4	Camila Sanches Lanetzki Rafael da Silva Giannasi Severini	Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Andrea Maria Novaes Machado	18/04/2022 Data de Revisão: 22/07/2025	