



Impetigo é uma doença bacteriana superficial cutânea. O *Streptococcus pyogenes* e o *Staphylococcus aureus* são os principais agentes etiológicos. Pode ser classificado como primário (invasão bacteriana em tecido na pele normal) ou secundário (após qualquer lesão de pele decorrente de outra doença dermatológica ou trauma). Classicamente apresenta-se de duas formas: bolhoso e não bolhoso.

1. DIAGNÓSTICO

Confirmação diagnóstica (clínica e/ou laboratorial):

O diagnóstico é clínico.

Impetigo não bolhoso - Pápulas eritematosas ou pequenas vesículas que quando estouram deixam uma área de erosão com crostas acastanhadas que podem ser dolorosas e que acometem principalmente face e extremidades, sendo causado pelo *Streptococcus pyogenes* e o *Staphylococcus aureus* e podem melhorar espontaneamente após duas ou três semanas, porém com risco aumentado de auto inoculação, complicações e transmissão para seus contatos.

Impetigo bolhoso - Vesículas ou bolhas semi-tensas, com conteúdo claro e que quando estouram apresentam erosão com fundo raso e limpo. Ocorrem, frequentemente, em região de dobras e tronco, sendo do *Staphylococcus aureus* o responsável por essa lesão. Pode ocorrer prurido local, adinamia, febre e linfadenopatia.

2. ESCORE DE RISCO

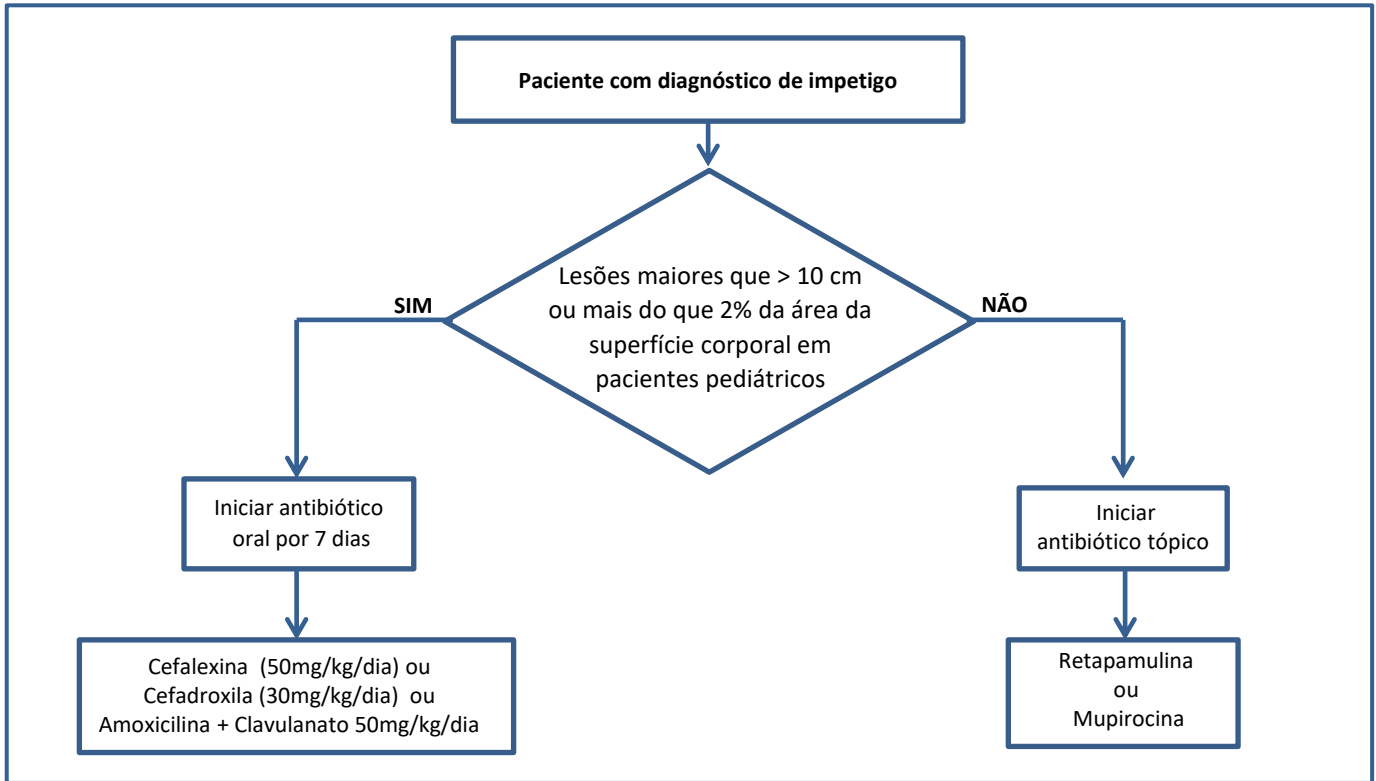
Não se aplica

3. EXAMES

Não há necessidade de exames complementares.

Indicação de outros exames

Se não houver resposta satisfatória ao tratamento, deve-se coletar cultura do local e novo ciclo de antibiótico, se possível, baseado no antibiograma.



4. TRATAMENTO

Impetigo localizado

Tratamento tópico com mupirocina ou ácido fusídico. A retapamulina 1% tem demonstrado altas taxas de curas, inclusive para *Staphylococcus aureus* resistentes a outros antibióticos tópicos. Pode ser usado em crianças acima de 9 meses. Os cuidados de higiene pessoal e limpeza local com água e sabonete permitem menores taxas de reinfecção e disseminação da doença.

Impetigo extenso ou complicado:

A antibioticoterapia oral é uma opção mais adequada e fácil para esses pacientes. Cefalosporinas de primeira geração como a cefalexina e cefadroxila ou amoxicilina + clavulanato são os antibióticos de escolha para pacientes sem complicações.

Substância	Apresentação	Dose	Via	Frequência	Dose mínima	Dose máxima
Cefalexina	250mg/5ml	50mg/kg/dia	oral	6/6hs	50mg	4g
Cefadroxila	250mg/5ml	30mg/kg/dia	oral	12/12hs	30mg	2g
	500mg/5ml 500mg/cp					
Amoxicilina + Clavulanato	400+57mg/5ml	50mg/kg/dia	oral	12/12hs	50mg	1,75g
	875+125mg/cp	Amoxicilina				

Critérios para conversão para terapia oral

Melhora da extensão da lesão.

Critérios de alta

Melhora da extensão da lesão, afebril.

Duração do tratamento

O tratamento oral por sete dias é suficiente para erradicação da infecção;

Nos pacientes com episódios recorrentes pode-se realizar a descolonização nasal com mupirocina creme por 10 dias..

Indicação de exames de controle durante o tratamento

Não se aplica.

Indicação de retorno ambulatorial, em quanto tempo, exames de retorno

Retorno com o médico da família , se:

- As lesões aumentarem durante o tratamento;
- Persistência ou aparecimento de febre;
- Fraqueza, mal-estar e taquicardia;
- Persistência das lesões ao final do tratamento.

Substância	Apresentação	Dose	Via	Frequência
Mupirocina (Bactroban®)	Pomada ou Creme	_____	Cutânea	8/8 horas
Retapamulina (Altargo®)	Pomada	_____	Cutânea	12/12 horas

Referências

- [1] Cochrane Database Syst Rev, 2012;
[2] Pediatr Dermatol, 2012. 29(3): p. 243-8;
[3] Br J Gen Pract, 2003. 53(491): p.480-7.

Código Documento: CPTW174.2	Elaborador: Camila Sanches Lanetzki	Revisor: Mauro Dirlando C de Oliveira	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 02/11/2020 Data de atualização: 17/10/2023	Data de Aprovação: 17/10/2023
---------------------------------------	---	---	--	---	---