



**Health  
Residencies  
Journal (HRJ).  
2023;4(19):10-16**

## Relato de caso

**DOI:**  
[https://doi.org/10.51723/  
hrj.v4i19.508](https://doi.org/10.51723/hrj.v4i19.508)

**ISSN:** 2675-2913

**Qualis:** B2

**Recebido:** 06/02/2022

**Aceito:** 16/02/2023

# Erisipela Bolhosa: um relato de caso

## *Bullous Erysipelas: a case report*

Maria Eduarda Justino Ferreira<sup>1</sup> , Renan Joseph de Moraes Custódio<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Residente de enfermagem da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Brasília – DF.

**Correspondência:** [eduardamaria.jf@gmail.com](mailto:eduardamaria.jf@gmail.com)

---

## RESUMO

**Introdução:** a erisipela é uma infecção bacteriana aguda da derme considerada comum. Contudo, a mesma pode se manifestar em formas mais raras, associada a complicações, como a Erisipela Bolhosa. **Objetivo:** relatar a apresentação clínica, manejo e evolução de um paciente com diagnóstico de Erisipela Bolhosa. **Método:** estudo observacional e descritivo, do tipo relato de caso, acerca de um paciente com o diagnóstico de Erisipela Bolhosa, internado em um hospital público de Brasília, Distrito Federal. **Relato de caso:** paciente de 46 anos, obeso, com histórico de doença venosa crônica, apresentando acometimento extenso do membro inferior direito por Erisipela Bolhosa. Utilizou-se antibioticoterapia associada a tratamento tópico com coberturas de espuma com prata e sulfadiazina de prata. **Discussão:** o paciente deste caso possuía vários dos fatores de risco e apresentou possíveis portas de entrada para a infecção, bem como a maioria das manifestações características da doença. Apesar da lacuna na literatura relacionada ao tratamento tópico, foi possível observar boa evolução do quadro com a estratégia de tratamento empregada. **Conclusão:** pesquisas futuras poderiam tentar sumarizar as evidências relacionadas à erisipela e suas complicações ou aplicar a mesma estratégia de tratamento em um número maior de pacientes para confirmar sua efetividade.

**Palavras-chave:** Erisipela; Manifestações cutâneas; Infecções bacterianas; Relatos de casos.

## ABSTRACT

**Introduction:** erysipelas is an acute bacterial infection of the dermis considered to be common. However, it can manifest in rarer forms, associated with complications, such as Bullous Erysipelas. **Objective:** to report the clinical presentation, management and evolution of a patient diagnosed with Bullous Erysipelas. **Method:** descriptive and observational study, a case report regarding a patient diagnosed with Bullous Erysipelas, hospitalized in a public hospital in Brasília, Federal District. **Case Report:** 46-year-old patient, obese, with history of chronic venous disease, presenting extensive involvement of the right lower limb by Bullous Erysipelas. Antibiotic therapy was used in association with topical treatment with silver foam dressings and silver sulfadiazine. **Discussion:** the patient in this case had several of the risk factors and presented possible entry portals for the infection, as well as most of the characteristic manifestations of the disease.

Despite the gap in the literature related to the topical treatment, it was possible to observe a good evolution of the patient condition with the treatment strategy used. **Conclusion:** future researches could try to summarize the evidence related to erysipelas and its complications or apply the same treatment strategy in a larger number of patients to confirm its effectiveness.

**Keywords:** Erysipelas; Skin manifestations; Bacterial infections; Case reports.

## INTRODUÇÃO

A erisipela é uma infecção bacteriana aguda da derme, podendo se estender aos vasos linfáticos superficiais. É causada, principalmente, por estreptococos beta-hemolíticos do grupo A (*Streptococcus pyogenes*), com menor frequência pelo *Streptococcus* dos grupos B, C, G e, mais raro, pelo *Staphylococcus aureus*. Essas bactérias adentram a pele através de soluções de continuidade, como pequenas fissuras, micoses, picadas de insetos e lesões preexistentes, ocorrendo principalmente nos membros inferiores<sup>1</sup>.

A instalação e a evolução da doença ocorrem de maneira aguda, com sinais e sintomas clássicos de infecção, como mal-estar, náusea, calafrios e febre. A área afetada apresenta, em geral, eritema intenso, bordas bem delimitadas e linfedema local<sup>2</sup>.

Alguns fatores podem ser considerados de risco para o desenvolvimento da erisipela como a insuficiência e estase venosa, obesidade, episódios anteriores de erisipela, linfedema crônico, diabetes, condições de imunossupressão, alcoolismo, HIV, hepatite crônica, tabagismo e neoplasias<sup>3</sup>.

Com relação à epidemiologia, a erisipela é considerada uma infecção comum, com incidência estimada de 10 a 100 casos por 100.000 habitantes/ano, sendo mais comum no sexo feminino e em adultos com idade entre 40-60 anos<sup>4</sup>.

Contudo, a erisipela também pode se manifestar de formas mais raras, associada a algumas complicações. Em geral, as complicações sistêmicas são incomuns e as complicações locais costumam estar relacionadas com a formação de bolhas, abscesso, necrose e púrpura hemorrágica. Nos casos mais graves, acredita-se que outros agentes, como o *Staphylococcus aureus* e alguns microorganismos anaeróbios, podem ser os causadores ou estejam agindo de forma concomitante<sup>4,5,6</sup>.

A formação de bolhas e vesículas depende da produção de toxinas da bactéria e da reação inflama-

tória do paciente. Elas geralmente possuem conteúdo seroso e translúcido, e a sua presença caracteriza a condição chamada de Erisipela Bolhosa<sup>4,5,6</sup>.

As formas complicadas da erisipela, como a manifestação bolhosa, são mais raras em comparação à apresentação clássica e costumam representar maior gravidade, exigindo maior suporte clínico e mais tempo de internação<sup>7,8</sup>.

Alguns estudos referem que a forma bolhosa da erisipela é uma complicação que ocorre em cerca de 5% dos casos<sup>9,10,11</sup>. No entanto, um estudo retrospectivo realizado com 152 pacientes, com o intuito de observar os fatores de risco e as complicações locais da erisipela, encontrou a presença de bolhas em 27% dos pacientes, sendo a complicação local mais frequente<sup>8</sup>. Outra pesquisa encontrou um índice semelhante, ao identificar Erisipela Bolhosa em 21,4% dos pacientes que compareceram a um serviço de dermatologia ao longo de 11 anos<sup>12</sup>.

Considerando essas informações, é possível perceber que, dentre as complicações da erisipela, a forma bolhosa apresenta uma incidência relativamente alta. Apesar disso, observou-se uma escassez de publicações com foco nessa complicação e em seu manejo, o que despertou o interesse na realização deste relato do caso de um paciente acometido por Erisipela Bolhosa que apresentou boa resposta ao tratamento com antibioticoterapia associada ao uso tópico de espumas com prata e creme sulfadiazina de prata.

O objetivo deste estudo foi relatar a apresentação clínica, o manejo e evolução de um paciente com diagnóstico de Erisipela Bolhosa.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional e descritivo, do tipo relato de caso, acerca de um paciente com o diagnóstico de Erisipela Bolhosa, internado durante 18 dias em um hospital público de Brasília, Distrito Federal.

Por tratar-se de um estudo do tipo relato de caso, na qual não é viável apreciação do projeto por um Co-

mitê de Ética em Pesquisa (CEP) antes do início da coleta de dados, foi recolhida a assinatura do paciente no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após conclusão da pesquisa, a mesma foi submetida integralmente para avaliação pelo CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), tendo sido aprovado pelo parecer consubstanciado nº 5.171.028 (CAAE: 53811521.0.0000.5553). Além disso, também foi coletada a assinatura do paciente em um termo de autorização para uso de imagem para fins de pesquisa, uma vez que houve intenção de complementar o relato por meio de fotografias da lesão.

Essa tramitação ocorreu conforme orientado pelo Ministério da Saúde na Carta Circular nº 166/2018 – CONEP/SECNS/MS, que traz esclarecimentos específicos acerca da submissão de relatos de caso no sistema CEP/CONEP<sup>13</sup>.

## RELATO DE CASO

Paciente de 46 anos, do sexo masculino, casado, pardo, natural e procedente de Gama, Distrito Federal. Trata-se de um paciente hipertenso e ex-tabagista, com obesidade mórbida (peso estimado pela equipe de Nutrição = 165 Kg), portador de Doença Venosa Crônica (DVC) e com histórico de erisipela não complicada em membro inferior direito (MID) há dois anos, tratada na ocasião com uso de antibióticos e repouso. Compareceu a esta unidade hospitalar encaminhado de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) devido a quadro de dor intensa, edema progressivo, eritema,



**Figura 1** – Vista da região anterior e lateral direita do MID com Erisipela Bolhosa.

flictenas e flogose em MID, associado a febre, tendo recebido o diagnóstico de Erisipela Bolhosa.

No momento da avaliação geral encontrava-se em regular estado geral, consciente, lúcido e orientado em tempo e espaço, normocorado, hidratado, não edemaciado (com exceção do MID). Apresentando queixa de prurido, parestesia e dor (6/10) em MID.

Na avaliação dos diferentes segmentos corporais, apresentou como alterações: sibilos em ápice do pulmão esquerdo; abdome globoso e flácido, sons timpânicos à percussão dos quadrantes superiores do abdome e sons maciços em quadrante inferior esquerdo, com relato de constipação há 3 dias; mobilidade e força reduzidas em ambos os membros inferiores, presença de micose interdigital, hiperqueratose e fissuras importantes em ambos os pés, principalmente na região dos calcâneos; presença de lesão característica de Erisipela Bolhosa com acometimento extenso do MID, se estendendo do dorso do pé até o terço médio da coxa, apresentando tecido de granulação, esfacelo, flictenas difusos, sinais de inflamação (dor à manipulação [9/10], eritema, edema), acometimento profundo do dorso do pé e segmentos enegrecidos próximos aos dedos, semelhantes a tecido necrótico (Figuras 1 e 2).

Com relação a alterações em exames laboratoriais, o paciente apresentou inicialmente leucocitose ( $19,0 \times 10^3 / \mu\text{L}$ ), neutrofilia (87,0%), bastonetes aumentados (10%), elevação dos segmentados (77,0%), eosinopenia (0,0%), linfopenia (7,0%) e plaquetopenia discreta ( $133 \times 10^3 / \mu\text{L}$ ).

A princípio foi instituída antibioticoterapia empírica pela equipe médica, com uso de Ceftriaxona



**Figura 2** – Vista da região posterior e lateral esquerda do MID com Erisipela Bolhosa. Ressecamento, hiperqueratose e fissuras importantes em região plantar e calcâneo.

2 g/dia e Clindamicina 600 mg, a cada 6 horas. Este esquema inicial foi mantido por 4 dias. Após avaliação da equipe de infectologia, fez-se o escalonamento para Meropenem 1 g, de 8 em 8 horas, e Linezolida 600 mg, de 12 em 12 horas, com duração de 14 dias.

O paciente também foi submetido à avaliação da equipe de cirurgia vascular do hospital que constatou a viabilidade do membro, com perfusão preservada, não havendo necessidade de intervenção cirúrgica naquele momento, orientando o desbridamento à beira-leito e a solicitação de novo parecer, caso necessário.

O curativo da lesão em MID passou a ser realizado diariamente pelos enfermeiros da unidade, devido à eliminação abundante de exsudato seroso. Ao iniciar o procedimento, sempre era realizada a limpeza rigorosa do MID com soro fisiológico 0,9%. As bolhas foram drenadas e as camadas de pele inviável e o esfacelo foram sendo removidos ao longo dos dias, utilizando pinças e lâminas de bisturi, conforme tolerância do paciente. Além disso, foi realizado o desbastamento das calosidades e fissuras na região do calcâneo.

Houve certa dificuldade por parte da equipe em definir a melhor cobertura a ser utilizada para este paciente em decorrência da escassez de literatura disponível sobre o tema. Dessa forma, após consultar uma enfermeira integrante de uma Comissão de Cuidados com a Pele, que possui anos de experiência trabalhando em um ambulatório de feridas complexas, a equipe de enfermagem deste hospital optou por utilizar como cobertura primária, placas de espuma com prata nos pontos em que havia ruptura de pele e que estavam drenando exsudato abundantemente, conforme a disponibilidade dessa cobertura na unidade. Nos momentos em que não foi possível utilizar as espumas, o curativo dessas regiões foi realizado com gaze impregnada com emulsão de petrolatum. Além disso, foi utilizado creme de sulfadiazina de prata a 1% no restante do MID, onde a pele estava íntegra, porém apresentando eritema, edema e dor.

Para a lesão do dorso do pé direito, que apresentava acometimento profundo e grande quantidade de tecido desvitalizado, foi realizada a técnica de desbridamento em *Square*, seguida da aplicação de pomada colagenase 1,2 g e aplicação de gaze umedecida para ativar a enzima, conforme o protocolo da Secretaria de Saúde<sup>14</sup>. Essa abordagem permitiu que o tecido acometido se tornasse mais maleável, facilitando o

desbridamento instrumental conservador nos curativos posteriores.

O curativo foi ocluído com compressas cirúrgicas (coxim) e atadura de crepom. O paciente era sempre orientado a manter repouso com elevação do membro acima do nível do tórax. É importante destacar que a manipulação do MID era uma experiência extremamente dolorosa para o paciente e, portanto, foi necessário administrar analgesia durante os curativos.

No decorrer da internação o paciente não apresentou complicações relacionadas à Erisipela Bolhosa, mas houve episódio importante de dessaturação (SPO<sub>2</sub>: 80%), sendo instalado oxigenoterapia por cateter nasal à 3 L/min, com melhora imediata e dois episódios de melena associada a hemorragia digestiva.

O paciente permaneceu na unidade sob o tratamento descrito por 18 dias, recebendo alta hospitalar posteriormente em 01/10/2021.

Durante a internação, o MID do paciente apresentou excelente resposta ao tratamento tópico estabelecido associado à antibioticoterapia. Houve recuperação integral da integridade da perna, permanecendo discreto eritema em alguns pontos difusos, e recuperação importante da lesão em dorso e região lateral direita do pé direito, com significativa redução de esfacelo no leito da ferida e redução das hiperqueratoses em região plantar e nos calcâneos (Figuras 3, 4 e 5).

O paciente foi encaminhado à sua UBS de referência para prosseguir com o tratamento tópico da lesão e continuar a receber orientações sobre mudanças no estilo de vida (MEV) necessárias para



**Figura 3** – Vista da região anterior e lateral direita do MID, no dia da alta hospitalar.



**Figura 4** – Vista da região anterior do dorso do pé direito, no dia da alta hospitalar.



**Figura 5** – Vista da região posterior e lateral esquerda do MID, no dia da alta hospitalar.

melhorar a sua saúde e evitar a recorrência da doença, o que inclui redução do peso, controle da hipertensão arterial, higiene e cuidados com os pés, dentre outras medidas.

## DISCUSSÃO

Obesidade, diabetes mellitus, insuficiência venosa crônica, traumas locais e a presença de micoses são considerados fatores de risco para desenvolver erisipela<sup>11</sup>. Além disso, episódios anteriores de erisipela também aumentam a chance de recorrência da doença, uma vez que a mesma pode provocar obstrução dos vasos linfáticos da região afetada<sup>10</sup>. O paciente deste caso possuía histórico anterior de erisipela, obesidade, doença venosa crônica, era ex-tabagista e apresentava *tinea pedis*, o que o torna extremamente vulnerável para o desenvolvimento da doença, bem como para sua recorrência.

A erisipela geralmente é adquirida através de alguma porta de entrada, como soluções de continuidade na pele. Ao analisar 152 pacientes em um estudo retrospectivo, Titou et al. observaram que a maioria dos pacientes apresentavam alguma porta de entrada, sendo a *tinea pedis* (infecção fúngica) a mais frequente, presente em 78% dos casos<sup>8</sup>. Neste relato, também foi identificada a presença de possíveis portas de entrada, como a micose interdigital (*tinea pedis*) e a presença de

fissuras nos calcâneos, relacionadas ao ressecamento excessivo da pele.

O diagnóstico da erisipela é essencialmente clínico e leva em consideração alguns critérios, como a presença de febre  $\geq 38$  °C com arrepios e mal-estar, presença de placa eritematosa, edematosa, dolorosa e com limites bem definidos, adenopatia e/ou linfangite, leucocitose com neutrofilia, hemoculturas positivas e estado geral conservado<sup>4,10</sup>. Conforme relatado acima, o paciente deste caso apresentou grande parte dessas manifestações, no entanto não foi realizada a hemocultura durante a internação.

O tratamento sistêmico da erisipela é feito com antibioticoterapia empírica, sendo que em casos sem complicações pode ser feito com medicamentos por via oral e em regime ambulatorial. O antibiótico de escolha costuma ser a penicilina G ou a clindamicina. Nos casos em que a internação está indicada, é recomendado utilizar um fármaco com ação anti-estreptocócica e quando houver suspeita de infecção por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina associada, a vancomicina e a linezolida podem ser utilizadas<sup>4</sup>.

Nos casos simples, os pacientes podem receber alta hospitalar e fazer uso de antibióticos orais em regime domiciliar. Com relação ao tratamento tópico da erisipela, normalmente não há necessidade de intervenções uma vez que, apesar do eritema e edema, a pele permanece íntegra. No entanto, nas formas complica-

das como a bolhosa, pode haver comprometimento importante das camadas da pele, exigindo maior atenção da equipe e o emprego de cuidados com as possíveis lesões<sup>4,15</sup>. Contudo, é importante destacar que observou-se uma lacuna na literatura relacionada a este tema. Nesse sentido, a indicação da cobertura mais adequada para este caso, feita por uma enfermeira com vasta experiência na área de cuidados com lesões, foi de suma importância para os resultados obtidos no tratamento.

A indicação da espuma com prata baseou-se nas propriedades de absorção das espumas, com o objetivo de controlar o exsudato da lesão, associada à ação antimicrobiana da prata, para auxiliar no controle da infecção. Além disso, por se tratar de uma cobertura não aderente, o uso da espuma permitiu a remoção da cobertura sem causar trauma ao paciente, o que foi de extrema relevância nesse caso específico, em que o mesmo já estava submetido a um alto nível de dor<sup>14</sup>. Já a sulfadiazina de prata foi utilizada por tratar-se de um agente cicatrizante e antimicrobiano tópico, eficaz contra um amplo espectro de microrganismos, incluindo *Staphylococcus aureus*<sup>14</sup>, que, conforme descrito por outros estudos, pode estar presente nos casos complicados de erisipela<sup>4,5,6</sup>.

## CONCLUSÕES

Apesar de ser a complicação mais comum da

erisipela, ainda é escasso o número de publicações relacionadas à forma bolhosa, o que dificulta o manejo da doença e das lesões, podendo prolongar a internação e aumentar os custos relacionados ao tratamento.

Neste estudo, foi possível descrever o manejo clínico do caso de um paciente com Erisipela Bolhosa que apresentou melhora significativa por meio de antibioticoterapia sistêmica associada a realização de curativos utilizando a cobertura de espuma com prata e creme de sulfadiazina de prata 1%.

Pesquisas futuras poderiam buscar confirmar a eficácia desta estratégia de tratamento, aplicando-a em um número maior de pacientes. Outra sugestão seria realizar revisões de literatura para reunir as principais evidências sobre Erisipela Bolhosa, uma vez que esta pesquisa constatou escassez de artigos relacionados ao tema, sendo que a maioria foi publicada há muitos anos.

## AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de manifestar nossos agradecimentos à Enfermeira Luciene de Moraes Lacort Natividade, integrante da Comissão de Cuidados com a Pele do Distrito Federal, por sua valiosa contribuição ao tratamento deste paciente e à realização deste relato.

## REFERÊNCIAS

1. Li A, Wang N, Ge L, et al. Risk factors of recurrent erysipelas in adult Chinese patients: a prospective cohort study. *BMC Infect Dis* 21, 26 (2021). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05710-3>
2. Sočan K, Sočan M. Trends in the epidemiology of erysipelas in Slovenia. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*. 2018 Mar; 27 (1): 1-4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29589637/>
3. Antar GM, Valéria P, Ferreira CMT. *Feridas : prevenção, causas e tratamento*. 1. ed. – Rio de Janeiro: Santos Ed., 2016.
4. Caetano M, Amorin I. Erisipela [Erysipelas]. *Acta Med Port*. 2005 Sep-Oct; 18 (5): 385-93. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16611543/>
5. Sunderkötter C, Becker K, Eckmann C, Graninger W, Kujath P, Schöfer H. Calculated initial parenteral treatment of bacterial infections: Skin and soft tissue infections. *GMS Infect Dis*. 2020 Mar 26; 8: Doc 11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32373436/>

6. Krasagakis K, Samonis G, Maniatakis P, et al. Bullous erysipelas: clinical presentation, staphylococcal involvement and methicillin resistance. *Dermatology*. 2006; 212 (1): 31–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16319471/>
7. Krasagakis K, Samonis G, Valachis A, Maniatakis P, Evangelou G, Tosca A. Local complications of erysipelas: a study of associated risk factors. *Clin Exp Dermatol*. 2011 Jun; 36 (4): 351-4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21198795/>
8. Titou H, Ebongo C, Bouati E, Boui M. Risk factors associated with local complications of erysipelas: a retrospective study of 152 cases. *Pan Afr Med J*. 2017 Feb 5; 26: 66. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28451043/>
9. Edwards J, Green P, Haase D. A blistering disease: bullous erysipelas. *CMAJ*. 2006 Aug 1; 175 (3): 244. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16880441/>
10. Pasternack MS, Morton N, Swartz MN. 95 – Cellulitis, Necrotizing Fasciitis, and Subcutaneous Tissue Infections. Mandell, Douglas, and Bennett’s Principles and Practice of Infectious Diseases (Eighth Edition). 2015. 1: 1194-1215. Available from: <https://doi.org/10.1016/B978-1-4557-4801-3.00095-3>
11. Licata G, De Rosa A, Gambardella A, Calabrese G, Argenziano G, Della Rocca MT, Alfano R. Bullous Erysipelas caused by *Citrobacter koseri*. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2021 May; 14 (5): 12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34188743/>
12. Saka B, Gnassingbe W, Akakpo S, Mahamadou G, Teclessou J, Mouhari-Toure A et al. Reasons for inpatient admissions to the dermatology department in Lomé, Togo: Trends between 1992 to 2005 and 2005 to 2016. *Med Sante Trop*. 2018 Aug 1; 28 (3): 270-272. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30270828/>
13. Brasil, Ministério da Saúde. Carta Circular nº 166/2018-CONEP/SECNS/MS – Esclarecimentos acerca da tramitação dos estudos do tipo “relato de caso” no Sistema CEP/Conep para a área biomédica. Brasília, DF. 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/CARTAS/CartaCircular166.pdf>
14. Brasil, Governo do Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Diretoria de Enfermagem. Câmara Técnica de Cuidados com a Pele. Indicação dos curativos baseado nos produtos padronizados pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal. 2019. 23 p.
15. Michael Y, Shaukat NM. Erysipelas. [Updated 2021 Aug 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532247/>

