

Em 1 a 2 dias surge área de eritema, dolorosa e indurada bem demarcada da pele circundante.

Pode ser acompanhada por bolhas e/ou necrose.

A linfangite está frequentemente associada ao quadro.

Ocorre geralmente nas extremidades inferiores.

Diagnóstico clínico.

Leucocitose é comum.

### **c. CONDUTA EM CASOS NÃO COMPLICADOS**

Iniciar tratamento antibiótico por 10 dias em pacientes não complicados com amoxicilina/clavulanato 875/125 mg de 12 em 12 horas ou cefalexina 500 mg de 6 em 6 horas ou azitromicina 500 mg uma vez ao dia.

Administrar sintomáticos (antipiréticos e analgésicos) caso esteja indicado.

Indicar internação em pacientes com diabetes mellitus, evidência de bacteremia e doenças com imunodepressão, devido à necessidade de antibióticos IV.

Iniciar nos casos acima descritos oxacilina 2 g 4 em 4 horas ou cefazolina 1g 8 em 8 horas IV.

## **73. OSTEOMIELEITE**

### **a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO**

Infecção piogênica do osso.

O osso pode ser infectado por via hematogênica ou foco de infecção contíguo.

A forma hematogênica é mais comum em crianças, nos adultos atinge principalmente os corpos vertebrais. Em 90% dos casos é causada pelo *Staphylococcus aureus*.

A disseminação da infecção de um foco contíguo é a forma mais comum em adultos. Os diabéticos e pacientes com insuficiência vascular periférica são propensos a osteomielite.

Os ossos longos são os mais afetados especialmente das extremidades inferiores.

### **b. QUADRO CLÍNICO**

A infecção hematogênica em crianças manifesta-se por início súbito de febre alta, toxicidade, sinais de supuração ao redor do osso afetado (dor e inchaço).

Nos adultos a infecção hematogênica tem um curso mais indolente.

A osteomielite vertebral caracteriza-se por febre baixa intermitente, dor lombar que pode ser de intensidade variável.

A infecção por contiguidade ocorre no pós-operatório ou extensão de infecções de partes moles (dedos, dentes, seios da face). A maioria dos pacientes tem mais de 50 anos de idade.

Pacientes com hemoglobinopatias como talassemia, tem um risco maior de desenvolverem infecções ósseas por *Salmonella sp* e outros bacilos gram negativos.

Geralmente os leucócitos estão elevados, mas podem estar normais nas infecções crônicas.

O VHS está elevado.

As alterações radiológicas mais precoces são o edema do tecido adjacente e a reação periosteal. Lesões líticas ocorrem posteriormente.

Os achados radiológicos podem demorar até 14 dias para surgir.

Se a radiografia não mostrar alterações o paciente deve ser removido para o hospital e investigado com TC ou cintilografia com tecnécio. A ressonância é importante no diagnóstico da doença vertebral.

### c. CONDUTA

Iniciar tratamento de suporte com reposição volêmica e sintomáticos (analgésicos e antitérmicos).

Administrar antibióticos IV em pacientes com sinais de toxicidade sistêmica, conforme tabela abaixo:

<p>&lt; 4 meses - Vancomicina + ceftazidima &gt; 4 meses - adultos - Oxacilina</p>
--

Indicar a internação hospitalar.

Para pacientes com hemoglobinopatias, iniciar ciprofloxacina 400 mg IV de 12 em 12 horas.

## 74. ABSCESSOS CUTÂNEOS

### a. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Resultam de uma quebra na barreira cutânea com contaminação da flora bacteriana residente.

### b. QUADRO CLÍNICO

Área de eritema, inchaço e dor.

Pode haver flutuação.

Geralmente não causam toxicidade sistêmica em pacientes imunocompetentes.

Algumas vezes estão associados com corpos estranhos, introduzidos através da pele.