

---

---

**ARTIGO ORIGINAL**

---

---

**IMPETIGO: UMA REVISÃO DA LITERATURA SOBRE MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO****IMPETIGO: A LITERATURE REVIEW OF CLINICAL MANIFESTATIONS, DIAGNOSIS AND TREATMENT**Isadora Walber Machado <sup>1</sup>Leonardo Ziotti Moraski <sup>2</sup>Maria Clara Lazarotto Chiesa <sup>3</sup>Ângelo Andreon Fabris <sup>4</sup>DOI: <https://doi.org/10.63845/dhqnk73>**RESUMO**

**Introdução:** o impetigo é uma infecção cutânea superficial que acomete especialmente a população pediátrica, comum em climas quentes e úmidos. Pode ser bolhoso ou não bolhoso. **Material e Métodos:** o presente estudo foi realizado com base na busca de artigos científicos nas plataformas PubMed, SciELO e UpToDate, utilizando os descritores “Impetigo”, “Infecção de pele” e “Dermatologia”. **Resultados:** o impetigo é causado principalmente pela infecção por *Staphylococcus aureus* e pode ser primário ou secundário. As manifestações clínicas variam em duas formas principais, o impetigo não bolhoso, que é o mais comum, e o bolhoso. O diagnóstico é clínico e o tratamento deve ser individualizado. **Discussão e conclusão:** o impetigo representa uma importante infecção dermatológica que geralmente evolui para a cura completa e tem raras complicações, mas, mesmo assim, faz-se imprescindível o diagnóstico precoce e tratamento adequado da condição.

**Descritores:** Impetigo; Dermatologia; Dermatopatologia; Tratamento.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Impetigo is a superficial skin infection that primarily affects the pediatric population and is common in warm, humid climates. It can be bullous or non-bullous. **Materials and Methods:** This study was conducted based on a search for scientific articles on the PubMed, SciELO, and UpToDate platforms using the descriptors “Impetigo,” “Skin Infection,” and “Dermatology.” **Results:** Impetigo is primarily caused by *Staphylococcus aureus* infection and can be classified as primary or secondary. The clinical manifestations vary in two main forms: non-bullous impetigo, which is the most common one, and bullous impetigo. Diagnosis is clinical, and treatment should be individualized. **Discussion and Conclusion:** Impetigo represents an important dermatological infection that typically resolves

---

<sup>1</sup> Universidade de Passo Fundo, RS, Brasil. E-mail: isadora0711@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade de Passo Fundo, RS, Brasil. E-mail: eonardomoraski@hotmail.com

<sup>3</sup> Universidade de Passo Fundo, RS, Brasil. E-mail: mlazarottochiesa@gmail.com

<sup>4</sup> Universidade de Passo Fundo, RS, Brasil. E-mail: angeloandreon@gmail.com

completely and has rare complications. Nevertheless, early diagnosis and appropriate treatment of the condition are essential.

**Keywords:** Impetigo; Dermatology; Dermatopathology; Treatment.

## INTRODUÇÃO

Impetigo é a infecção localizada na epiderme superficial, causada pelo *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* ou, em menor frequência, por bactérias anaeróbicas. (1) Ocorre principalmente nas crianças em idade pré-escolar e escolar, correspondendo à infecção bacteriana mais frequente nessa faixa etária. (2) O calor e a umidade favorecem seu aparecimento, sendo prevalente no verão e em regiões de clima tropical. A infecção normalmente afeta o rosto, mas pode também ocorrer em qualquer outra parte do corpo (1)

A clínica varia em duas formas, o impetigo bolhoso e o não bolhoso; (2) O não bolhoso é caracterizado por lesões vesiculosas e/ou pustulosas e placas eritematosas recobertas por crostas melicéricas, principalmente em face e extremidades, enquanto o impetigo bolhoso apresenta lesões vesicobolhosas e erosões circundadas por crostas.(3) O diagnóstico dessa afecção é predominantemente clínico, e o tratamento é baseado na limpeza local e antibióticos tópicos, sendo a antibioticoterapia sistêmica indicada nos casos mais extensos. (3)

É importante que sejam conhecidas as apresentações clínicas mais frequentes, para que se estabeleça o tratamento adequado e para a prevenção de complicações. A evolução, em geral, é a cura, sem sequelas ou cicatrizes. As complicações são raras, podendo a infecção evoluir de forma localizada ou sistêmica. Dentre as complicações não infecciosas, deve-se considerar o risco de glomerulonefrite pós-estreptocócica, que ocorre cerca de três semanas após o início do quadro cutâneo. (3)

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa. A revisão foi realizada nos seguintes bancos de dados: PubMed, SciELO e UpToDate, utilizando descritores como: “Impetigo”, “Infecção de pele” e “Dermatologia”. Os critérios de inclusão aplicados na revisão analítica foram revisões de literatura, artigos e relatos de casos. Apenas estudos de escrita em inglês e português foram incluídos.

## RESULTADOS

### O que é e fisiopatologia

O impetigo é uma infecção bacteriana superficial contagiosa, classificado como impetigo primário (invasão bacteriana direta de pele previamente normal) ou impetigo secundário (infecção em locais de traumas cutâneos menores, como abrasões, traumas menores e picadas de insetos, ou condições subjacentes, como eczema). Na maioria dos pacientes, não se encontram fatores predisponentes, mas o impetigo pode surgir a partir de qualquer solução de continuidade da pele. Os fatores de risco gerais parecem ser ambiente úmido, má higiene ou carga nasofaríngea de estafilococos ou estreptococos (1).

*O Staphylococcus aureus* é a causa principal do impetigo não bolhoso e de todos os impetigos bolhosos. Os estreptococos beta-hemolíticos (principalmente do grupo A, mas ocasionalmente outros sorogrupos, como C e G) são responsáveis por uma minoria dos casos, sozinhos ou em combinação com o *S. aureus*. O *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) pode ser detectado em alguns casos de impetigo (7).

O impetigo pode se apresentar na forma bolhosa ou não bolhosa. A forma bolhosa é causada por cepas de *S. aureus* que produzem toxina esfoliativa A, uma toxina que causa perda de adesão celular na epiderme superficial ao atingir a proteína desmogleína 1. Esse mecanismo está relacionado à fisiopatologia do pênfigo, no qual os auto anticorpos são direcionados contra a mesma proteína (6).

### **Quadro clínico**

O impetigo é uma doença que pode se apresentar tanto na forma não bolhosa, quanto como impetigo bolhoso, tornando-se necessária sua diferenciação para diagnóstico e tratamento adequados (6).

#### **Não bolhoso:**

Também chamado de impetigo contagioso, é a forma de apresentação mais comum, responsável por até 70% dos casos. Pode ser caracterizado como primário, quando causado por invasão bacteriana direta da pele saudável e intacta ou secundário, quando atinge pele rompida, seja por trauma, eczema ou picadas de insetos (6).

Suas manifestações iniciais incluem lesões maculopapulares (6), de base eritematosa, as quais se rompem facilmente (7). A ulceração superficial resultante é coberta por secreção purulenta que seca formando a clássica crosta aderente e amarelada, como cor de mel. Cada lesão mede de 1 a 2 cm de diâmetro, tendo seu crescimento centrifugamente (7). Os sintomas são mais localizados, incluindo prurido e dor na região das erosões, já os sistêmicos, apesar de incomuns (6) podem incluir, em casos mais graves, linfadenopatia regional e febre (7). O curso da infecção pode durar de duas a três semanas se não for tratado (6).

Há predomínio de lesões em áreas expostas, principalmente em região de face e membros. Há predominância dessa patologia em adultos e crianças, sendo raro em menores de dois anos de idade. Ademais, a desnutrição e a falta de higiene são fatores predisponentes (7).

#### **Bolhoso:**

O início do quadro se desenvolve com vesículas menores, as quais se transformam em bolhas grandes, frágeis e flácidas (6), com até 2 cm de diâmetro (7). Há presença de conteúdo claro que com o avanço do quadro torna-se purulento. As bolhas rompem-se facilmente, evidenciando base eritematosa, brilhante e úmida (7). Após o rompimento, há o desenvolvimento de um colarete patognomônico de escamas na periferia, o qual deixa uma crosta fina e marrom nas erosões remanescentes (6).

Embora qualquer área cutânea possa ser atingida, as mais comumente afetadas estão as regiões intertriginosas, como área das fraldas, axila e pescoço (7). Os sintomas sistêmicos são incomuns (6), sem apresentação de linfonodos aumentados, mas podendo haver febre, diarreia e fraqueza. Sua remissão geralmente ocorre em 2 a 3 semanas, sem deixar cicatrizes (6). Dentre a prevalência dos mais acometidos, precisamos atentar a crianças de dois a cinco anos, sendo a causa mais comum de erupção cutânea ulcerativa nas nádegas de bebês (6).

### Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico de impetigo é feito por manifestações clínicas, sendo elas: no impetigo não bolhoso aparecem pápulas, vesículas e pústulas que formam crostas amarelas, normalmente no rosto ou nas extremidades; no impetigo bolhoso ocorre bolhas moles e cheias de secreção que se rompem e criam crosta fina e castanha, usualmente no tronco; e na ectima manifesta úlceras perfuradas com crostas e bordas roxas e altas. (6)

Para identificar a causa do impetigo pode ser realizado um exame bacterioscópico e culturas de pus (6), sendo procuradas *S. aureus* ou *Streptococcus* beta-hemolítico. Já o teste sorológico não possui muita eficácia e somente é útil em casos em que o impetigo com glomerulonefrite pós-estreptocócica é considerado. (7) Normalmente, não é necessário para o diagnóstico a histopatologia da pele lesionada, porém se feita será observado no impetigo bolhoso uma epiderme clivada ao nível do estrato granuloso com bolha sub granulosa com neutrófilos e, às vezes, células acantolíticas; já no impetigo não bolhoso as bolhas são poucas e breves e a epiderme terá crosta cheia de neutrófilos polimorfonucleares e espongiöse, além de infiltrado neutrofílico na derme. (7)

O tratamento do impetigo é necessário para não haver maior disseminação da infecção, melhorar a aparência estética e diminuir o desconforto. Ele pode ser tópico ou oral dependendo se é um quadro leve a moderado ou extenso, respectivamente. (4) Com isso, é preciso fazer a limpeza da pele infectada de duas a três vezes por dia e retirar as crostas com água morna e sabão, para assim aplicar o tópico por cima das lesões ou ingerir o medicamento via oral. (4)

A terapia tópica mais utilizada são a mupirocina e a retapamulina, sendo aplicada três vezes por dia nos locais das lesões e duas vezes por dia, respectivamente, por até cinco dias. Outro tópico que pode ser aplicado é o ácido fusídico, porém muitas vezes pode não ser útil por ter resistência a bactéria causadora. (4) O uso tópico pode ser um problema em casos de alergias, pele sensível e locais de difícil aplicação (5); nesses casos e em lesões disseminadas é recomendado o uso de antibióticos sistêmicos, sendo os mais usados as penicilinas comuns ou semissintéticas penicilinase resistentes, por exemplo, a dicloxacilina e a oxacilina, as cefalosporinas e os macrolídeos também são utilizados (5), é indicado que os pacientes realizem o tratamento por uma semana, (5) podendo ser estendido se necessário. (4)

## Prevenção e complicações

As infecções por impetigo podem ocorrer de duas maneiras: primária, na qual a pele previamente saudável é colonizada por staphylococcus ou, mais frequentemente, secundária, quando há uma porta de entrada para as bactérias, causada por pequenos traumas como picadas de insetos, sendo a escabiose um fator de risco, ou arranhões. A prevenção, portanto, envolve a manutenção da adequada higiene da pele aliada a um bom saneamento básico (1).

A resolução do quadro geralmente é espontânea, com as lesões desaparecendo após 2 semanas no impetigo não bolhoso e 3-6 semanas no bolhoso. Com tratamento adequado, esse tempo pode ser reduzido (1). No entanto, embora sejam raras, complicações podem ocorrer, como septicemia, artrite séptica, celulite ou glomerulonefrite aguda pós estreptocócica, sendo essa a mais grave (1). Cerca de 5% dos pacientes irão desenvolver glomerulonefrite associada, e estudos mostram que tratamento prévio com antibióticos não demonstrou ter efeito na prevenção (1).

## DISCUSSÃO

O impetigo é uma infecção bacteriana superficial localizada na epiderme, que acomete principalmente a face, mas pode ocorrer em qualquer região do corpo. Manifesta-se com maior frequência em crianças em idade pré-escolar e escolar, sendo favorecido por fatores como umidade e calor, o que justifica sua maior prevalência em regiões de clima tropical. Pode apresentar-se de forma primária, por invasão direta da pele íntegra por bactérias, ou secundária, quando ocorre sobre áreas previamente lesionadas, com comprometimento da barreira cutânea.

Entre os principais agentes etiológicos destacam-se o *Staphylococcus aureus* e os estreptococos beta-hemolíticos do grupo A. Também há registros de infecção por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA), bactéria com resistência a diversos antibióticos, o que pode dificultar o manejo terapêutico.

Clinicamente, o impetigo apresenta-se em duas formas. A forma bolhosa inicia-se com vesículas que evoluem para bolhas e, após o rompimento, formam um colarete descamativo característico na periferia da lesão, acometendo com maior frequência áreas intertriginosas. Já a forma não bolhosa, mais comum, caracteriza-se por lesões maculopapulares que se rompem e evoluem para úlceras superficiais recobertas por secreção purulenta e crostas melicéricas, geralmente em áreas fotoexpostas.

O diagnóstico é essencialmente clínico, podendo ser complementado por bacterioscopia e cultura do exsudato para identificação do agente etiológico. O tratamento pode ser tópico ou sistêmico, sendo indicado para evitar a disseminação da infecção, melhorar o aspecto estético e reduzir o desconforto. A limpeza adequada da área afetada é fundamental antes da aplicação do medicamento. Entre as terapias tópicas mais utilizadas estão a mupirocina e a retapamulina. Em casos de alergia, pele sensível, lesões extensas ou de difícil aplicação, recomenda-se o uso de antibióticos sistêmicos, como penicilinas comuns ou semissintéticas resistentes à penicilinase, além de cefalosporinas e macrolídeos.

O tratamento geralmente é realizado por uma semana, podendo ser estendido conforme a necessidade clínica.

## CONCLUSÃO

O impetigo é uma infecção cutânea comum na infância, de fácil reconhecimento clínico e, na maioria dos casos, com evolução favorável e resolução completa, sem sequelas ou cicatrizes. As lesões tendem a desaparecer em cerca de duas semanas na forma não bolhosa e entre três a seis semanas na forma bolhosa. Embora complicações sejam raras, podem ocorrer disseminações locais ou sistêmicas, reforçando a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado para prevenir desfechos adversos.

## REFERÊNCIAS

1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Infecções Bacterianas Superficiais Cutâneas**. SBP, 2022. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/23597c-DC\\_Infecoes\\_Bacterianas\\_Superficiais\\_Cutaneas.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23597c-DC_Infecoes_Bacterianas_Superficiais_Cutaneas.pdf)
2. DAVID, AZULAY, R.; RUBEM, AZULAY, D.; AZULAY-ABULAFIA, Luna. **Dermatologia**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2021. E-book. ISBN 9788527738422. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527738422/>.
3. NETO, Cyro F.; CUCÉ, Luiz C.; REIS, Vitor Manoel Silva dos. **Manual de dermatologia**. Barueri: Editora Manole, 2024. E-book. ISBN 9788520458303. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520458303/>.
4. RIVITTI, EVANDRO A. **Dermatologia de Sampaio e Rivitti. Grupo A**, 2018.
5. JOHNSON, M. K. **Impetigo**. *Advanced Emergency Nursing Journal*, v. 42, n. 4, p. 262–269, out. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33105179/>
6. BOLOGNIA J. **Dermatologia**. (3rd edição) Grupo GEN; 2014.
7. NARDI, N. M.; SCHAEFER, T. J. **Impetigo**. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430974/>