

Impetigo, celulite e abscessos

Tratamento tópico ou oral do impetigo, celulite ambulatorial e seus limites, drenagem de abscessos, estafilococo resistente da comunidade e sinais de alarme de síndrome da pele escaldada e fasciite necrosante

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

O impetigo (não bolhoso ou bolhoso) é causado por *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes*. Lesões localizadas são tratadas com antibiótico tópico (mupirocina, ácido fusídico ou retapamulina) por 5–7 dias; o NICE prefere peróxido de hidrogênio 1% creme como primeira opção no impetigo localizado. Impetigo extenso (SBP: > 2% da superfície corporal ou mais de um segmento), bolhoso ou com sintomas sistêmicos recebe antibiótico oral, de preferência **cefalexina 25–50 mg/kg/dia** (IDSA), por 5–7 dias. A celulite sem sinais sistêmicos em criança maior é tratada em casa com cefalexina por 5 dias (IDSA), com reavaliação em 48 h (●). O abscesso é tratado com **drenagem**; antibiótico é acrescentado se houver sinais sistêmicos, celulite extensa ou fatores de risco, com cobertura para estafilococo resistente adquirido na comunidade (sulfametoxazol-trimetoprima ou clindamicina). Encaminhar ao hospital (●): celulite periorbitária em lactente ou com qualquer sinal orbitário, celulite facial extensa, toxemia, lactente < 1–3 meses, falha do antibiótico oral, **síndrome da pele escaldada estafilocócica** e **suspeita de fasciite necrosante** (dor desproporcional, progressão rápida, bolhas hemorrágicas, crepitação).

Veja também, nesta Biblioteca: Dermatite atópica no consultório (infecção secundária e eczema herpético).

1. O que é e como se apresenta

- **Impetigo não bolhoso:** a forma mais comum (cerca de 70%). Vesícula ou pústula que se rompe e forma **crosta melicérica**, em face (perinasal, perioral) e membros; pode ocorrer sobre picadas, escoriações, escabiose ou dermatite atópica. *S. aureus* e *S. pyogenes*.
- **Impetigo bolhoso:** bolhas flácidas de conteúdo claro ou turvo que deixam erosões com colarete; toxina esfoliativa do *S. aureus*; mais comum no lactente, inclusive na área das fraldas.
- **Ectima:** forma ulcerada e mais profunda, com crosta aderente.
- **Celulite e erisipela:** área eritematosa, quente, edemaciada e dolorosa, de bordas mal definidas (celulite) ou elevadas e nítidas (erisipela, mais estreptocócica), com ou sem febre. Porta de entrada: trauma, picada, varicela, eczema.
- **Celulite periorbitária (pré-septal):** edema e eritema palpebral sem comprometimento do globo ocular; pode vir de lesão de pele ou de sinusite. **Celulite orbitária** (pós-septal): proptose, dor à movimentação ocular, oftalmoplegia, diminuição da acuidade visual, quemose — emergência.

- **Abscesso e furúnculo:** coleção purulenta flutuante; furúnculo centrado em folículo piloso. *S. aureus*, inclusive resistente à meticilina adquirido na comunidade (CA-MRSA), cuja prevalência varia por região.
- **Síndrome da pele escaldada estafilocócica (SSSS):** febre, irritabilidade, eritema doloroso que evolui para descolamento superficial (sinal de Nikolsky), com crostas periorificiais; principalmente em menores de 2 anos (SBP). Emergência pediátrica.
- **Fasciite necrosante:** infecção rara, de progressão rápida para necrose da fáscia; pode evoluir para sepse, choque e morte em até 40% dos casos (SBP). Risco após varicela.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Impetigo localizado, poucas lesões, sem febre; furúnculo pequeno; criança em bom estado	Tratamento tópico (impetigo) ou compressas mornas e drenagem espontânea (furúnculo); higiene; retorno se piorar
● Moderada	Impetigo extenso ou bolhoso; celulite limitada sem sinais sistêmicos em criança > 1 ano; celulite periorbitária pré-septal leve em criança maior, bom estado, olho normal; abscesso drenável	Antibiótico oral; drenagem do abscesso; demarcar bordas com caneta; reavaliação em 24–48 h
● Grave	Febre alta com toxemia, taquicardia, hipotensão ou má perfusão; celulite orbitária ou qualquer sinal ocular; celulite periorbitária em lactente; celulite facial extensa; lactente < 1–3 meses; imunodeprimido; progressão apesar de 48 h de antibiótico oral; SSSS; suspeita de fasciite necrosante, osteomielite ou artrite séptica	Pronto-socorro/hospital: antibiótico parenteral, avaliação cirúrgica ou oftalmológica, imagem

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 1 ano (NICE: < 1 mês exige orientação especializada) e recém-nascidos.
- Imunodepressão, diabetes, desnutrição, doença crônica de pele (dermatite atópica).
- Varicela recente ou em curso (risco de estreptococo invasivo e fasciite necrosante).
- Localização em face, órbita, mãos, períneo e genitais.
- Infecções recorrentes ou contato domiciliar com infecção por CA-MRSA.

3. Diagnóstico no consultório

- **Clínico** na grande maioria dos casos.

- **Cultura de secreção:** impetigo recorrente ou refratário, abscesso drenado (orienta o antibiótico e mostra a resistência local), surtos.
- **Hemograma, PCR e hemocultura:** apenas se sinais sistêmicos ou no hospital.
- **Ultrassonografia:** útil para diferenciar celulite de abscesso quando não há flutuação evidente.
- **Tomografia de órbitas:** no hospital, na suspeita de celulite orbitária.
- **Demarcar a borda do eritema** com caneta para acompanhar a evolução.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- Eczema herpético sobre dermatite atópica (vesículas agrupadas, erosões em "sacabocado").
- Herpes simples, varicela infectada, queimadura (inclusive por maus-tratos), necrólise epidérmica tóxica (mucosas acometidas, uso de medicamento).
- Picadas de inseto com reação local exuberante (prurido, sem dor intensa, sem febre).
- Celulite orbitária, osteomielite e artrite séptica sob a celulite.
- Fasciite necrosante (dor desproporcional ao achado de pele).

4. Tratamento em casa

Impetigo localizado

- Limpeza com água e sabão e remoção delicada das crostas.
- **NICE NG153:** considerar **peróxido de hidrogênio 1% creme**, 2–3 vezes ao dia por 5 dias; se inadequado, antibiótico tópico de curta duração (ácido fusídico). Essa apresentação é pouco disponível no Brasil.
- **SBP e IDSA:** antibiótico tópico (mupirocina, ácido fusídico ou retapamulina).

Impetigo extenso, bolhoso ou com sintomas sistêmicos: antibiótico oral (NICE: 5 dias, até 7 conforme a evolução; IDSA: 7 dias).

Celulite sem sinais sistêmicos: antibiótico oral com cobertura para estreptococo e estafilococo sensível à meticilina; duração de 5 dias, prolongando se não houver melhora (IDSA); NICE 5–7 dias. Elevar o membro. Reavaliar em 48 h.

Celulite periorbitária pré-septal leve em criança maior, olho normal, bom estado e retorno garantido: o NICE recomenda amoxicilina-clavulanato por 7 dias com orientação especializada. Quando associada a sinusite ou infecção respiratória, o pneumococo é agente possível: usar **amoxicilina-clavulanato com dose alta de amoxicilina (90 mg/kg/dia, formulação 14:1)**.

Abscesso e furúnculo

- **Drenagem** é o tratamento principal (IDSA; AEP: em imunocompetentes, muitas vezes suficiente sem antibiótico). Furúnculos pequenos: compressas mornas.
- **Antibiótico após a drenagem** se houver sinais de resposta inflamatória sistêmica (febre, taquicardia, taquipneia, leucocitose — IDSA), celulite extensa ao redor, abscessos múltiplos, imunodepressão, lactente ou falha da drenagem. Escolher droga ativa contra CA-MRSA: **sulfametoxazol-trimetoprima** ou **clindamicina**; duração de pelo menos 7 dias (SBP).
- **Recorrência:** descolonização com mupirocina nasal 2 vezes ao dia por 5 dias para o paciente e os contactantes (SBP), higiene das mãos, não compartilhar toalhas.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Mupirocina 2% pomada	Aplicar nas lesões	2–3 vezes ao dia	5 dias (IDSA); 7–10 dias (SBP)	Impetigo localizado; evitar uso prolongado (resistência)
Ácido fusídico 2% creme	Aplicar nas lesões	2–3 vezes ao dia	5–7 dias	Opção tópica do NICE e da AEP
Retapamulina 1% pomada	Aplicar nas lesões	2 vezes ao dia	5 dias	Quando disponível
Cefalexina	25–50 mg/kg/dia (IDSA)	6/6 h ou 8/8 h	Impetigo 5–7 dias; celulite 5 dias, estender se necessário	Primeira escolha oral (SBP, IDSA); a bula permite dobrar (até 100 mg/kg/dia) em infecção mais grave; máx. 4 g/dia
Cefadroxila	30 mg/kg/dia (AEP)	12/12 h	Impetigo 5–7 dias; celulite 7–10 dias (AEP)	Posologia cômoda
Amoxicilina-clavulanato	Impetigo e celulite de origem cutânea: 25 mg/kg/dia de amoxicilina (IDSA) a 40 mg/kg/dia (AEP); celulite facial ou periorbitária com foco respiratório: 90 mg/kg/dia de amoxicilina (formulação 14:1)	12/12 h ou 8/8 h, conforme formulação	5–7 dias; 7 dias na periorbitária (NICE)	Na face com sinusite, não usar dose baixa (pneumococo)
Clindamicina	Impetigo 20 mg/kg/dia; celulite ou abscesso 25–30 mg/kg/dia (IDSA)	8/8 h	5–10 dias	Alergia a betalactâmico; CA-MRSA; sabor ruim da suspensão
Sulfametoxazol-trimetoprima	8–12 mg/kg/dia de trimetoprima (IDSA)	12/12 h	≥ 7 dias após drenagem (SBP)	CA-MRSA; cobertura fraca para estreptococo — em celulite não purulenta, associar ou preferir betalactâmico
Claritromicina	Por peso (NICE: < 8 kg 7,5 mg/kg/dose; 8–11 kg 62,5 mg; 12–19 kg 125 mg; 20–29 kg 187,5 mg; 30–40 kg 250 mg)	12/12 h	5–7 dias	Alergia à penicilina; resistência crescente em <i>S. aureus</i> e <i>S. pyogenes</i>

- **Não usar:** antibiótico tópico em lesões extensas; antibiótico sem drenagem em abscesso flutuante; corticoide tópico ou combinações de corticoide com antibiótico no impetigo; doxiciclina em menores de 8 anos (IDSA).
- **Afastamento:** manter a criança fora da creche ou escola até 24–48 h de tratamento ou até as lesões secarem, conforme a regra local.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Sinais de sepse ou toxemia: febre alta com prostração, taquicardia, hipotensão, tempo de enchimento capilar aumentado.
- **Celulite orbitária** ou qualquer sinal ocular (proptose, dor à movimentação ocular, oftalmoplegia, baixa visual); celulite periorbitária em lactente ou sem melhora em 24–48 h (NICE: encaminhar infecção próxima aos olhos ou ao nariz).
- Celulite facial extensa, de mãos com comprometimento funcional ou perineal.
- Lactente < 1–3 meses com celulite ou impetigo bolhoso extenso. A AEP cita lactentes, imunodeprimidos, envolvimento sistêmico e lesões > 5 cm como critérios de internação; o NICE pede orientação especializada abaixo de 1 mês.
- Progressão apesar de 48 h de antibiótico oral adequado ou incapacidade de ingerir o medicamento.
- **SSSS:** emergência (SBP): internação, oxacilina ou clindamicina IV, analgesia, hidratação e cuidados de pele.
- **Suspeita de fasciite necrosante:** dor intensa desproporcional, endurecimento lenhoso além do eritema, bolhas hemorrágicas, pele acinzentada, crepitação, anestesia local, progressão em horas, choque. Exige antibiótico IV de amplo espectro com clindamicina e **desbridamento cirúrgico precoce** (SBP, AEP).
- Suspeita de osteomielite ou artrite séptica sob a celulite.
- Abscesso extenso, profundo ou em local de risco (face central, mão, períneo) que exija drenagem sob sedação.

Como encaminhar

1. Avaliar via aérea, respiração e circulação; oxigênio se SpO₂ < 92% ou choque.
2. Acesso venoso e expansão com cristalóide se má perfusão, se houver estrutura.
3. Analgesia adequada (a dor da fasciite é intensa); antitérmico.
4. Se houver demora no transporte e suspeita de sepse, considerar a primeira dose de antibiótico parenteral após contato com o serviço.
5. Demarcar a borda da lesão e anotar o horário, para documentar a progressão.

6. Contatar o serviço de destino (cirurgia pediátrica ou oftalmologia, conforme o caso); acionar o SAMU (192) se instabilidade.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Lave as feridas com água e sabão, retire as crostas com delicadeza e aplique a pomada. Corte as unhas e lave as mãos com frequência."
- "Não compartilhe toalhas, roupas ou lâminas."
- "Com antibiótico, a vermelhidão deve parar de crescer em 48 horas. Se ultrapassar a marca de caneta, volte no mesmo dia."
- Retornar em 48 h em toda celulite e após a drenagem de abscesso.
- Ir ao pronto-socorro se: febre alta com a criança muito abatida; dor muito forte que piora rápido; manchas roxas, bolhas escuras ou pele acinzentada; inchaço do olho com olho "saltado", dor ao mexer o olho ou visão embaçada; pele que descola como queimadura; vômitos ou recusa do remédio.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP / IDSA	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Impetigo localizado	Mupirocina, ácido fusídico ou retapamulina tópicos, 5–10 dias	IDSA 2014 (referência nos EUA): mupirocina ou retapamulina, 5 dias	Peróxido de hidrogênio 1% por 5 dias; se inadequado, ácido fusídico	Segue o NICE	Mupirocina ou ácido fusídico, 5–7 dias
Impetigo extenso	Oral se > 2% da superfície ou > 1 segmento; cefalexina de escolha	Cefalexina 25–50 mg/kg/dia, 7 dias (IDSA)	Tópico ou oral; oral se bolhoso ou sistemicamente doente; flucloxacilina 5 (até 7) dias	Segue o NICE	Cefadroxila 30 mg/kg/dia, 5–7 dias
Celulite ambulatorial	Cefalexina ou amoxicilina-clavulanato	Cefalexina, 5 dias (IDSA)	Flucloxacilina 5–7 dias; face e periorbitária: amoxicilina-clavulanato 7 dias com orientação especializada	Segue o NICE	Cefadroxila ou amoxicilina-clavulanato, 7–10 dias
Abscesso	Drenagem; SMX-TMP ou clindamicina ≥ 7 dias	Drenagem; antibiótico se sinais sistêmicos (IDSA)	Encaminhar se não responde ou grave	Segue o NICE	Drenagem muitas vezes suficiente; clindamicina ou SMX-TMP se CA-MRSA
Internação	Celulite grave: cefazolina, oxacilina, ceftriaxona IV; SSSS e fasciite	Sinais sistêmicos, fasciite	< 1 mês (especialista); órbita, osteomielite, artrite séptica, fasciite, sepse; perto de olhos ou nariz	Segue o NICE	Lactentes, imunodeprimidos, sistêmico, > 5 cm

Leitura: todas as referências tratam o impetigo localizado topicamente e reservam o antibiótico oral para doença extensa, bolhosa ou sistêmica; o NICE se diferencia ao propor o peróxido de hidrogênio para poupar antibióticos. O antibiótico oral preferido varia pela disponibilidade local — cefalexina (SBP, IDSA), cefadroxila (AEP), flucloxacilina (NICE) —, todos com cobertura antiestafilocócica e antiestreptocócica. Há convergência sobre a drenagem como base do tratamento do abscesso e sobre a cobertura de CA-MRSA com sulfametoxazol-trimetoprima ou

clindamicina quando o antibiótico é necessário. O NICE é o mais explícito nos critérios de encaminhamento da celulite periorbitária e facial.

PONTOS PRÁTICOS

1. Impetigo localizado: tratamento tópico por 5–7 dias; oral só se extenso, bolhoso ou com sintomas sistêmicos.
2. Cefalexina 25–50 mg/kg/dia é a primeira escolha oral para impetigo extenso e celulite de pele.
3. Abscesso flutuante se drena; antibiótico apenas se houver sinais sistêmicos ou fatores de risco, com cobertura para CA-MRSA.
4. Demarcar a celulite com caneta e reavaliar em 48 h.
5. Celulite periorbitária: examinar sempre o olho; qualquer sinal orbitário ou lactente vai ao hospital; com sinusite, amoxicilina-clavulanato com 90 mg/kg/dia de amoxicilina.
6. Dor desproporcional, progressão em horas ou pele que descola: fasciite necrosante ou SSSS até prova em contrário.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamentos Científicos de Dermatologia e Infectologia. Infecções bacterianas superficiais cutâneas, 2022. [PDF](#)
- Infectious Diseases Society of America (Stevens et al.). Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections, 2014. academic.oup.com
- NICE. NG153 — Impetigo: antimicrobial prescribing, 2020 (resumo visual). [PDF](#)
- NICE. NG141 — Cellulitis and erysipelas: antimicrobial prescribing, 2019. nice.org.uk
- AEP. Protocolos de Infectología — Infecciones de piel y partes blandas (Marín Cruz, Carrasco Colom), 2023. [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.