e Publicação

CIM CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO

As infeções da pele constituem uma causa frequente de consulta nos cuidados de saúde primários, tanto na população adulta como pediátrica, sendo a sua adequada gestão essencial para prevenir complicações.

Infeções bacterianas cutâneas comuns

Impetigo, foliculite e furúnculo

DATA 2026-01-26 | **AUTOR** Teresa Cabeças, *Farmacêutica do CIM*

A **pele** e os **anexos cutâneos** constituem a **principal barreira estrutural de defesa do organismo** contra agentes externos.[1,2] A integridade da epiderme, a presença do microbioma cutâneo e os mecanismos de imunidade inata desempenham um papel essencial na prevenção da colonização e infeção por microrganismos.[1] Diversos fatores podem comprometer este equilíbrio favorecendo o aparecimento de infeções cutâneas, destacando-se a disrupção da barreira cutânea, a exposição prolongada à humidade, condições de higiene inadequadas e estados de imunodeficiência.[1-5]

As **infeções da pele** constituem uma causa frequente de consulta nos cuidados de saúde primários,[1,6] tanto na população adulta como pediátrica, sendo a sua adequada gestão essencial para prevenir complicações.[1,2] **Na maioria dos casos, a etiologia é bacteriana**, com o *Staphylococcus aureus (S.aureus)* e o *Streptococcus pyogenes (S.pyogenes)* como principais responsáveis.[1,2,7-9] A sua elevada prevalência, aliada à diversidade de apresentações clínica, torna essencial uma abordagem baseada numa avaliação criteriosa e identificação precoce de sinais de gravidade, seleção adequada das opções terapêuticas e educação do utente sobre medidas de higiene e prevenção.[6-10]

Impetigo

O impetigo é uma infeção bacteriana cutânea altamente contagiosa que acomete as camadas superficiais da epiderme.[1-4,6,9,11] Pode classificar-se como **impetigo primário** quando surge sobre pele previamente íntegra, ou **secundário**, quando ocorre sobre lesões cutâneas pré-existentes,[1,3,4,11] **como escoriações, picadas de insetos ou dermatoses inflamatórias,** fenómeno designado por impetiginização.[1-3,6,9,11] A transmissão ocorre predominantemente por autoinoculação, contacto direto com indivíduos infetados[1,3,4] ou através de objetos contaminados.[1,2,6] O impetigo é a **infeção cutânea bacteriana mais frequente na infância**, com maior incidência entre os dois e os cinco anos de idade.[1-4,6,9,11]

A etiologia é maioritariamente atribuída a bactérias Gram-positivas, nomeadamente, *S. aureus* e *S. pyogenes*,[1,3,7-11] que podem atuar isoladamente ou em coinfeção.[1,6,8,9] Menos frequentemente, podem estar implicados estreptococos dos grupos C e G.[3,6,10]

Apresenta maior prevalência em climas quentes e húmidos[1,3,4,11] e em contextos de aglomeração, como creches e escolas.[1,3,4]

Os principais **fatores de risco** incluem condições de higiene inadequadas,[1,3,7] coinfeções como sarna,[1,3,4] portadores crónicos nasofaríngeos de estafilococos ou estreptococos,[1,3,7] bem como condições sistémicas como desnutrição, diabetes *mellitus* e imunossupressão.[1,4] Uma vez estabelecida a infeção, a autoinoculação contribui frequentemente para a disseminação das lesões.[4]

Manifestações clínicas e diagnóstico

O diagnóstico do impetigo baseia-se essencialmente na avaliação clínica.[1,3,4,6,7,11] A colheita de exsudado encontra-se indicada para confirmação etiológica, em situações de suspeita de resistência antimicrobiana ou investigação em casos de evolução atípica.[3,4,6] É fundamental efetuar o diagnóstico diferencial com dermatoses ou lesões cutâneas semelhantes, incluindo picadas de insetos, candidíase, herpes simples, dermatites, queimaduras e eczemas.[3,4,6]

Clinicamente, o impetigo apresenta-se sob duas formas principais:

Impetigo não bolhoso: é a forma mais comum,[3,4,6] As lesões apresentam-se inicialmente como pápulas que evoluem para vesículas circundadas por eritema.[1-4] Posteriormente transformam-se em pústulas que aumentam de tamanho e se rompem facilmente, formando crostas espessas e aderentes e de coloração castanho-amarelada descritas como "melicéricas".[1,2,6-9,11] Distribuem-se habitualmente em torno da boca e nariz, tronco, nádegas, períneo, axilas e extremidades, mas podem afetar qualquer área cutânea.[1,3] A sua evolução ocorre, geralmente, ao longo de aproximadamente uma semana.[3] Podem surgir múltiplas lesões, mas tendem a permanecer bem localizadas.[2,3] Pode causar prurido,[1,6,8] sendo raros os sintomas sistémicos.[1,6]

Impetigo bolhoso: é causado exclusivamente por *S. aureus* produtor de exotoxinas esfoliativas A ou B.[1,3,4,6,8,9] Iniciam-se como vesículas que evoluem para bolhas flácidas com conteúdo amarelado, que posteriormente se torna mais escuro e turvo.[1-4,6-8] As bolhas rompem com facilidade, formando uma crosta fina e castanha.[1-5,6-8,11] Afeta sobretudo lactentes e crianças pequenas.[3,4] Geralmente, existem menos lesões do que no impetigo não bolhoso.[3,4] Apesar de o tronco ser a área mais afetada,[3,4,11] o impetigo bolhoso pode também afetar a região anogenital e as nádegas dos lactentes, sendo uma das causas mais comuns de ulceração nestas zonas.[9,11]

O **ectima** é uma forma ulcerativa de impetigo, na qual as lesões se estendem através da epiderme e profundamente na derme.[1,3,4] Caracteriza-se por úlceras com uma aparência "perfurada", cobertas por crosta amarelada e espessas, circundadas por margens elevadas e violáceas.[1,3,4,6] As complicações do impetigo ocorrem geralmente a nível local, como a celulite e linfadenite.[2,6,7,11]

e Publicação

CIM CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO

Infeções bacterianas cutâneas comuns: Impetigo, foliculite e furúnculo

DATA 2026-01-26 | **AUTOR** Teresa Cabeças, *Farmacêutica do CIM*

Em casos raros, podem ocorrer complicações sistémicas como bacteriémia, osteomielite, artrite séptica ou sépsis.[2,6,4,11] No impetigo estreptocócico, pode surgir glomerulonefrite pós-estreptocócica.[1,3,4,6,9]

Tratamento e prevenção

Com tratamento adequado, a cura ocorre geralmente em 10 dias.[4] Em casos localizados, não bolhosos e não complicados, a terapêutica de escolha consiste na aplicação tópica de antibiótico.[1,3,4,11] A área a ser tratada deve ser cuidadosamente limpa e seca antes da sua aplicação.[1,3,4,8,12,13] Os fármacos recomendados incluem a **mupirocina** 20 mg/g,[2,6,7,9,10] o **ácido fusídico** 20mg/g,[1-4,6,7,9,10] e com experiência de uso mais limitada a **ozenoxacina** 10 mg/g. [3,6,7]

Pomadas antibióticas com **bacitracina, neomicina ou polimixina B** são menos eficazes, não se encontrando, por isso, recomendadas.[2,3]

Antisséticos tópicos como a iodopovidona ou cloro-hexidina não se encontram recomendados,[1,6,11] uma vez que não demonstraram eficácia significativa, podendo expor a efeitos indesejáveis, incluindo reações alérgicas.[1,11]

Mupirocina. A administração da mupirocina deverá ser feita através da aplicação de uma camada fina sobre a lesão duas a três vez por dia durante 5 a 10 dias,[6,13] podendo cobrir-se com gaze ou penso estéril.[6,13] Recomenda-se reavaliação após três a cinco dias e considerar tratamento alternativo caso não haja resposta clínica.[6,10,13] Tem como efeito secundário frequente queimadura localizada à área de aplicação.[13] Também pode ocorrer prurido, eritema, ardor e secura.[11,13] Caso ocorra uma reação de sensibilização ou irritação local grave, o tratamento deve ser interrompido, quaisquer vestígios de pomada devem ser limpos e iniciada terapêutica alternativa apropriada para a infeção.[13]

Ácido fusídico. Embora eficaz, tem-se tornado menos favorável em locais com resistência crescente de *S. aureus*.[3,11] Atualmente encontra-se disponível em Portugal, como medicamento não sujeito a receita médica de dispensa exclusiva em farmácia, estando recomendada a sua aplicação local duas a três vezes por dia com ou sem penso oclusivo, durante pelo menos oito dias.[12] As reações adversas mais frequentes são prurido e erupção cutânea, seguidas de reações no local de aplicação, como dor e irritação.[11,12]

Ozenoxacina. Requer prescrição[14] e encontra-se indicada para o tratamento a curto prazo de impetigo não bolhoso a partir dos seis meses de idade.[6,14] Deve ser aplicada uma camada de creme fina na área afetada duas vezes por dia durante cinco dias.[6,14] Recomenda-se precaução em doentes com maior sensibilidade cutânea, por ex., devido a rosácea ou dermatite seborreica, pois foi observada deterioração do controlo destas condições pré-existentes.[14] É uma alternativa terapêutica válida em infeções por *S. aureus* resistente à meticilina (SARM), com resposta insuficiente à mupirocina.[6]

Outras medidas incluem a **restauração da barreira cutânea normal** em doentes com dermatite atópica subjacente ou xerose extensa, utilizando emolientes tópicos e corticosteroides, se necessário.[7] O nariz é um reservatório comum de *S. aureus* e, em casos de impetigo recorrente, o estado de portador deve ser investigado e pode justificar tratamento com **mupirocina nasal**.[4]

Nos casos de ectima, lesões extensas, recorrentes ou falha da terapêutica tópica, encontra-se indicada a **antibioterapia oral**,[1,2,6-9,11] geralmente com uma duração de sete a dez dias.[4,11] De forma geral, devem ser privilegiados antibióticos de espectro dirigido, com baixo potencial de indução de resistências bacterianas e boa biodisponibilidade por via oral.[2,6]

As **medidas de higiene** e o **cuidado adequado da pele** são fundamentais[2,4,6,7,11] pelo que é essencial a adoção de determinados comportamentos, nomeadamente:

- Evitar o contato direto com as lesões e não coçar a pele afetada;[4,6,8,11]
- Limpar as lesões com água e sabão e secar cuidadosamente a pele;[3,7,8]
- Lavar as mãos regularmente com água e sabão, especialmente após tocar nas lesões;[3,4,7,8,11]
- Manter as unhas curtas e limpas;[11]
- Cobrir as lesões com penso estéril para reduzir a transmissão por contacto, se necessário;[4,10,11]
- Utilizar roupa limpa, preferencialmente de algodão,[2,6] e lavar diariamente todas as roupas e têxteis em contacto com as lesões até à resolução completa;[2,4,6,10,11] toalhas utilizadas na área afetada devem ser lavadas após cada utilização e não usadas em zonas cutâneas sãs;[11]
- Evitar a partilha de toalhas, roupas ou objetos pessoais;[2,11]
- Em crianças com lesões extensas, recomenda-se afastamento temporário da escola ou creche.[2-4,6,10,11]

Foliculite

A foliculite é uma infeção cutânea frequente, caracterizada pela inflamação superficial dos folículos pilosos,[1,2,5,6,9,12] geralmente de origem bacteriana.[1,5,6,9] Manifesta-se preferencialmente em áreas pilosas como a face, couro cabeludo, axilas, e virilhas.[1,2,5,8] A foliculite pode ser causada por agentes bacterianos, fúngicos, virais ou parasitários.[1,5-7,9] Nas formas bacterianas, o agente mais frequentemente implicado é o *S. aureus*,[5-9] embora também possam estar envolvidos *S. pyogenes*, *Pseudomonas aeruginosa (P. aeruginosa)*[1,5-9] e, mais raramente, *Klebsiella* e outros agentes Gram-negativos,[5,6,8,10] sobretudo em indivíduos submetidos a antibioterapia prolongada (nomeadamente tetraciclinas para o tratamento da acne ou rosácea).[1,5]

Entre os principais **fatores predisponentes** destacam-se a hiperidrose, traumatismo cutâneo, fricção mecânica, oclusão da pele,[1,6] depilação ou barbear[1,2,6] e colonização nasal por *S. aureus*. [1,5]

Manifestações clínicas e diagnóstico

A foliculite manifesta-se por pápulas ou pústulas superficiais inflamadas[5,6,9] centradas por um pelo, podendo associar-se a prurido, dor ligeira ou sensação de irritação local.[1,5,7] A rutura das pústulas pode originar erosões superficiais e formação de crostas.[1,6,9] Quando as lesões se localizam em regiões cobertas pelo fato de banho, deve ser considerada a hipótese de **foliculite por *P. aeruginosa***,[2] frequentemente associada à utilização de piscinas ou banheiras de hidromassagem com tratamento químico inadequado da água.[5,7-9] A utilização no banho de esponjas ou toalhas de nylon contaminadas, assim como o uso de luvas de borracha contaminadas representam igualmente potenciais modos de aquisição.[5] A **foliculite da barba** (também designada por sicose da barba) é uma infeção bacteriana dos folículos pilosos, localizada na região da barba, face e pescoço.[1,5] O *S. aureus* constitui o agente etiológico mais frequentemente implicado. O diagnóstico da foliculite é essencialmente clínico, baseado na história clínica e no exame físico,[1,6,7,9] sendo particularmente útil a avaliação da distribuição das lesões. [5,9] O diagnóstico diferencial inclui acne vulgar, rosácea, candidíase cutânea e dermatite de contacto.[2,5,6]

e Publicação

CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO

Infeções bacterianas cutâneas comuns: Impetigo, foliculite e furúnculo

DATA 2026-01-26 | **AUTOR** Teresa Cabeças, *Farmacêutica do CIM*

Tratamento e prevenção

Nos casos ligeiros e localizados, a abordagem terapêutica centra-se essencialmente em **medidas não farmacológicas**,[5,8,10] como a evicção de fatores desencadeantes,[5,7] higiene cutânea rigorosa,[2,5,6] aplicação de compressas quentes[6,8] e evicção temporária de piscinas ou banhos comunitários.[1,6] A utilização de roupas largas,[6] principalmente durante a prática de exercício físico, e a troca de t-shirt após atividades com sudorese excessiva também poderá ser útil.[5] Quando necessário, pode ser utilizado **peróxido de benzoílo**,[5,7,9] e antibióticos tópicos, como a **mupirocina** 2% ou o **ácido fusídico** a 2%, aplicados duas a três vez por dia, por períodos curtos, habitualmente não superiores a sete dias.[2,5,6,8,10] Em situações recorrentes, extensas ou com envolvimento do terço médio facial (região das bochechas, entre os olhos e o lábio superior), está indicada a antibioterapia sistémica.[6] A foliculite associada a *P. aeruginosa* tende a resolver-se espontaneamente,[5,7,9] contudo, podendo ser recomendada a aplicação tópica de **ácido acético a 1%** durante quinze minutos, ao longo de dez dias como medida adjuvante,[6] reservando-se a antibioterapia oral para os casos com repercussão sistémica.[1,6,7] A cloração adequada da água é fundamental para prevenir recidivas.[7] No caso da foliculite da barba, recomenda-se a **suspensão do barbear na área afetada** durante, pelo menos, quatro semanas de forma a permitir a resolução do processo inflamatório.[1] A depilação definitiva, seja por eletrólise, laser ou luz pulsada, é uma solução aconselhável para as formas mais intensas e persistentes.[1]

Furúnculo

O furúnculo é uma infeção cutânea profunda que envolve o folículo piloso e que se estende à derme e ao tecido subjacente.[1,6,8,9,15] A sua etiologia é predominantemente bacteriana, sendo o *S. aureus*[1,6,15] o principal agente causal, com elevada prevalência de SARM.[1,6-9] Os **fatores predisponentes** incluem colonização bacteriana da pele ou das fossas nasais, climas quentes e húmidos, bem como oclusão cutânea ou anatomia folicular anormal (por exemplo, comedões na acne).[7] Algumas afeções cutâneas, como eczema, e diabetes *mellitus,* imunossupressão ou obesidade também constituem fatores de risco.[1,7,15] Também se verifica frequentemente em atletas, em consequência da sudação intensa, atrito repetido, e outros modos de irritação cutânea.[1]

Manifestações clínicas e diagnóstico

O furúnculo caracteriza-se por um nódulo agudo, profundo, vermelho, quente e doloroso.[1,6,15] O seu tamanho varia aproximadamente entre o de um caroço de cereja e uma noz.[15] São frequentes no pescoço, rosto, nádegas, axilas e virilhas.[7,15]

Nos primeiros dias de evolução, o furúnculo é geralmente não flutuante, quente e doloroso à palpação. Após alguns dias, torna-se flutuante à palpação, e o seu centro necrosa.[1,15] Geralmente, o **pus drena espontaneamente** através de uma abertura da lesão na pele, designada de fistulização.[15] Por norma, não provocam febre[15]

O seu diagnostico assenta essencialmente na observação clínica,[1,6,7] baseado na apresentação típica das lesões. Ao contrário da foliculite, que se limita às camadas superficiais da epiderme, o furúnculo compromete estruturas mais profundas.[6,15] É importante distinguir o furúnculo de outras afeções cutâneas, como foliculite, acne, quistos epidermoides infetados e hidradenite supurativa.[1,15] Alguns sinais podem indicar **complicações locorregionais ou sistémicas**, justificando cuidados hospitalares. Entre estes sinais incluem-se febre, calafrios, mialgias, sudorese, edemas, petéquias ou hemorragias, falta de ar, afetação dos gânglios linfáticos regionais, descolamentos bulhosos e hemorrágicos, pele com aspeto cianótico e marmoreado e crepitações.[15]

Tratamento e prevenção

O **tratamento de um furúnculo** depende da sua consistência, tamanho, localização e do risco de complicações.[1,15] Normalmente, os casos ligeiros – furúnculo não flutuante à palpação - não requerem antibioterapia,[6] **curando espontaneamente** entre 10 a 15 dias, após fistulização ou não, deixando uma cicatriz em depressão.[1,15] Estão indicadas **medidas de suporte** como:

- Aplicação de calor local,[1,6,15] através da aplicação de compressas embebidas em água morna sobre a lesão, três a cinco vezes por dia;[1,15]
- Higiene rigorosa com água e sabão[6,7,15]
- Evitar a manipulação das lesões;[6,15]
- Lavagem frequente das mãos;[6,15]
- Troca regular de roupa interior, de preferência de algodão (se aplicável).[6]

Nos furúnculos com abcesso, que não drenam espontaneamente, deve realizar-se **incisão e drenagem** durante a fase flutuante.[1,6-8,10,15] Nos casos com repercussão sistémica, está indicada **antibioterapia oral**.[1,6-8,15] Além disso, é recomendável verificar a situação vacinal contra o tétano e administrar um **reforço vacinal** caso a vacinação não esteja atualizada.[15]

Referências bibliográficas

1.Rodrigo F, Gomes M, Mayer da Silva A, Filipe P. Dermatologia. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 2010.
2.Manejo de las infecciones cutáneas bacterianas en el ámbito ambulatorio. INFAC. 2018; 26(7): 57-64. [acedido a 14-01-25]. Disponível em: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2018/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_26_7_infecciones%20cut%C3%A1neas.pdf
3.Baddour L. Impetigo. UpToDate®, topic last updated: Apr 22, 2025.
4.Nardi NM, Schaefer TJ. Impetigo. 2023 Jul 31. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. [acedido a 14-01-25]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430974/
5.Jackson J. Infectious folliculitis. UpToDate®, topic last updated: Apr 23, 2025.
6.Álvarez C, Alonso F, Aguilar E, Loizaga A, Cervigón I, Arroyo V. Tratamiento antimicrobiano óptimo en las infecciones bacterianas de piel y tejidos blandos frecuentes en AP infecciones primarias. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Macha. 2025;26(1):1-15. [acedido a 14-01-25]. Disponível em: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/bft_2025_1_tratamiento_antimicrobiano_optimo_en_las_infecciones_bacterianas_de_piel_y_tejidos_blandos.pdf
7.Rehmus W. Overview of Bacterial Skin Infections. MSD Manuals Professional version. Reviewed/Revised Jun 2023. [acedido a 14-01-25]. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/professional/dermatologic-disorders/bacterial-skin-infections/overview-of-bacterial-skin-infections
8.Sukumaran V, Senanayake S. Bacterial skin and soft tissue infections. Aust Prescr. 2016 Oct;39(5):159-163. doi: 10.18773/austprescr.2016.058.
9.Clebak KT, Malone MA. Skin Infections. Prim Care. 2018 Sep;45(3):433-454. doi: 10.1016/j.pop.2018.05.004.
10.Guia de Bolso de Antibioterapia em Ambulatório. Unidade Regional do programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da ARS de Lisboa e Vale do Tejo. 1ªed, abril de 2024. [acedido a 14-01-25]. Disponível em: https://www.google.com/search?q=Guia+de+Bolso+de+Antibioterapia+em+Ambulat%C3%B3rio.2024&rlz=1C1JJTC_pt-PTPT1135PT1148&oq=Guia+de+Bolso+de+Antibioterapia+em+Ambulat%C3%B3rio.2024&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIICAEQABgWGB4yCggCEAAYgAQYogQyCggDEAAYgAQYogQyCggEEAAYgAQYogTSAQc2MDBqMGo3qAIAsAIA&sourceid=chrome&ie=UTF-8
11.Impétigo: L'essentiel sur les soins de premier choix. Premiers Choix Prescrire. Actualisation: novembre 2023.
12.Protocolo de Dispensa Exclusiva em Farmácia (EF) : Ácido fusídico. Infarmed. [acedido a 14-01-25]. Disponível em: https://www.infarmed.pt/documents/15786/79990/1_Ac_Fusidico_2015_02_18.pdf/f075f1ac-1f4a-482c-aab6-a6051de4eec0
13.Mupirocina ISDIN 20 mg/g pomada. Resumo das Características do Medicamento (RCM). Junho 2025 Infarmed. [acedido a 14-01-25]. Disponível em: https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/
14.Ozanex 10 mg/g creme. Resumo das Características do Medicamento (RCM). Fevereiro 2025. Infarmed. [acedido a 14-01-25]. Disponível em: https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/
15.Furoncle. Premiers Choix Prescrire. Actualisation: Septembre 2025.