

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Medicina

Erisipela del adulto: Patogenia, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y prevención, con énfasis en Paraguay y España

Kassandro Galeno Dantas de Alencar Martins¹, Rodrigo Sousa Dias¹, Samuel Flaubert Mendes Rodrigues¹, Maryam Gisselle Kachmar Carvalho¹

¹Universidad Central del Paraguay, Ciudad del Este, Paraguay.

Enviado: 31 de enero de 2025

Aceptado: 7 de abril de 2025

Publicado: 11 de abril de 2025

DOI: [10.5281/zenodo.22144904](https://doi.org/10.5281/zenodo.22144904)



Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC-BY)

RESUMEN

Introducción: La erisipela es una infección bacteriana aguda de la dermis superficial y de los vasos linfáticos, causada casi siempre por estreptococos β -hemolíticos, que afecta sobre todo a los miembros inferiores y constituye una carga sanitaria considerable. A pesar de su frecuencia, la información epidemiológica específica es escasa y las guías proceden en su mayoría de contextos de altos ingresos. El objetivo fue sintetizar la evidencia sobre la patogenia, los factores de riesgo, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la erisipela del adulto, y comparar el manejo descrito en el Paraguay y en España. **Materiales y métodos:** Revisión narrativa de la evidencia publicada hasta marzo de 2025. **Resultados:** Los estudios de casos y controles coinciden en que los determinantes principales son locales —linfedema, intertrigo interdigital, heridas, úlceras y episodios previos—, mientras que la diabetes no se ha confirmado como factor independiente de adquisición, aunque empeora el curso y se asocia con recurrencia. El diagnóstico es clínico; hasta un tercio de los cuadros ingresados como celulitis de pierna corresponden en realidad a otras dermatosis, con antibióticos y hospitalización evitables. El tratamiento de elección es un betalactámico dirigido a estreptococo, y en la enfermedad no complicada cinco días equivalen a diez. La recurrencia se reduce con el tratamiento de los factores predisponentes, con penicilina profiláctica —cuyo efecto se atenúa al suspenderla— y con terapia de compresión en el edema crónico de pierna. El manejo en el Paraguay y en España es

Autor correspondiente: Maryam Gisselle Kachmar Carvalho. Universidad Central del Paraguay, Ciudad del Este, Paraguay

Financiación: Esta investigación no recibió financiación específica de organismos públicos, comerciales ni de entidades sin ánimo de lucro.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

esencialmente similar, y la principal carencia compartida es la ausencia de datos epidemiológicos propios de la erisipela. **Conclusiones:** La erisipela se diagnostica y se trata de forma sencilla, pero su prevención exige una atención sostenida a los factores de riesgo locales.

Palabras clave: erisipela, celulitis, infecciones de los tejidos blandos, estreptococo, linfedema, Paraguay

INTRODUCCIÓN

La erisipela es una infección bacteriana aguda de la piel, conocida antiguamente como «fuego de San Antonio». Compromete la dermis superficial y los vasos linfáticos, y se manifiesta con una placa eritematosa de bordes bien definidos, edema, calor y dolor, acompañada con frecuencia de fiebre y de síntomas prodrómicos. Junto con la celulitis, forma parte de las infecciones de piel y partes blandas y constituye una carga sanitaria considerable: en los Estados Unidos, la celulitis y la erisipela suman más de 650 000 ingresos hospitalarios y unos 14,5 millones de casos al año, con un gasto ambulatorio estimado en 3 700 millones de dólares (1).

La enfermedad aparece cuando se combinan la disrupción de la barrera cutánea, la alteración del drenaje linfático o venoso y una respuesta inmunitaria deficiente. La diabetes, la obesidad y la edad avanzada afectan a los tres sistemas y son los factores predisponentes más citados (2). El agente causal más frecuente es el estreptococo β -hemolítico; en una serie de más de mil episodios, el estreptococo del grupo G fue el más aislado en los hemocultivos y el papel de *Staphylococcus aureus* resultó difícil de precisar (3).

La erisipela afecta sobre todo a los miembros inferiores y a las personas mayores, y su incidencia está en aumento. En Eslovenia, la tasa estandarizada por edad pasó de 71,5 por 100 000 habitantes en el año 2000 a 111,3 por 100 000 en 2016, con el mayor incremento en el grupo de 75 años o más y un patrón claramente estacional, con predominio en los meses cálidos (4). El envejecimiento poblacional y la persistencia de los factores de riesgo hacen prever que esta carga siga creciendo.

A pesar de su frecuencia, la información epidemiológica específica sobre la erisipela es escasa, y las guías de manejo proceden en su mayoría de contextos de altos ingresos. El objetivo de esta revisión narrativa es sintetizar la evidencia sobre la patogenia, los factores de riesgo, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de

la erisipela del adulto, y comparar el manejo descrito en el Paraguay y en España, dos sistemas de salud con recursos y organización diferentes.

CONCEPTO, PATOGENIA Y MICROBIOLOGÍA

La erisipela y la celulitis se sitúan en un mismo espectro de infección del tejido dérmico y subcutáneo. La distinción clásica es anatómica: la erisipela compromete la dermis superficial y los linfáticos, con bordes netos y sobreelevados y un curso más agudo y febril, mientras que la celulitis afecta la dermis profunda y la grasa subcutánea, con límites imprecisos. En la práctica, la diferenciación entre ambas es a menudo difícil y de escaso valor terapéutico, por lo que muchas guías las abordan de forma conjunta (1).

El mecanismo inicial es la entrada de la bacteria a través de una solución de continuidad de la piel —una herida, una fisura, una úlcera o un intertrigo entre los dedos de los pies— seguida de su diseminación por los linfáticos dérmicos. La inflamación resultante produce dilatación vascular, edema y, con la repetición de los episodios, daño linfático permanente que predispone a nuevas infecciones y perpetúa un círculo de linfedema y recurrencia (2).

El agente etiológico predominante es el estreptococo β -hemolítico, sobre todo del grupo A (*Streptococcus pyogenes*), pero también de los grupos G, C y B. En la mayoría de los casos no se obtiene un cultivo positivo: solo en torno al 15 % de los cuadros de celulitis se identifica un microorganismo, y en ellos predominan el estreptococo y *S. aureus* (1).

En una serie retrospectiva de 1 142 episodios de erisipela en 981 pacientes, con una mediana de edad de 61 años y predominio de la localización en la pierna, el estreptococo del grupo G fue el aislamiento más frecuente en sangre, y la contribución de *S. aureus* —presente en muchos cultivos de herida— quedó sin aclarar (3). Esta

incertidumbre microbiológica explica que el tratamiento sea empírico y dirigido de forma prioritaria al estreptococo.

FACTORES DE RIESGO

Los estudios de casos y controles han establecido con consistencia que los determinantes principales de la erisipela de pierna son locales. En el primero de ellos, realizado en Francia con 167 casos y 294 controles, los factores independientes fueron la disrupción de la barrera cutánea (OR 23,8), el linfedema (OR 71,2), la insuficiencia venosa, el edema de pierna y el sobrepeso; no se halló asociación con la diabetes, el alcohol ni el tabaco, y el riesgo atribuible poblacional del intertrigo interdigital fue del 61 % (5).

Un metaanálisis posterior de seis estudios de casos y controles confirmó este patrón: el antecedente de celulitis (OR 40,3), las heridas (OR 19,1), las úlceras de pierna (OR 13,7), el linfedema (OR 6,8), las dermatosis excoriantes (OR 4,4), la tiña del pie (OR 3,2) y un índice de masa corporal superior a 30 kg/m² (OR 2,4) se asociaron con la enfermedad, mientras que la diabetes, el tabaquismo y el consumo de alcohol no lo hicieron (6). Estos hallazgos matizan la idea, muy difundida, de que la diabetes es un factor de riesgo mayor para adquirir la infección: su influencia parece darse más en el curso clínico, en la cicatrización y en la recurrencia que en la susceptibilidad inicial.

El mismo predominio de los factores locales se observa en otros contextos. En un estudio multicéntrico realizado en ocho países del África subsahariana, con 364 casos y 728 controles, el intertrigo interdigital (OR 37,9) y la herida traumática descuidada (OR 37,2) fueron los factores más potentes, seguidos de la despigmentación cosmética voluntaria (OR 4,3) —una práctica cultural que, mediante el uso prolongado de corticoides tópicos, atrofia la piel y favorece la infección—, el linfedema (OR 3,9) y la obesidad (OR 2,8) (7).

La recurrencia tiene sus propios determinantes. En una cohorte prospectiva china de 428 pacientes con erisipela, los factores asociados a la recidiva fueron la cirugía previa, la obesidad, la diabetes mellitus, la insuficiencia venosa y el linfedema (8). Aunque la erisipela es más frecuente en personas mayores —y su incidencia crece sobre todo en los mayores de 75 años (4)—, también afecta a adultos jóvenes: una serie tunecina de 147 casos en menores de 35 años, en su mayoría militares, mostró

que la exposición a traumatismos cutáneos y el calzado ajustado pueden bastar para desencadenar la enfermedad, y que en este grupo la recidiva se asoció con la diabetes, el sexo femenino, la onicomycosis y el eczema dishidrótico plantar (9).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la erisipela es esencialmente clínico y se basa en el reconocimiento de una placa eritematosa caliente, dolorosa y de bordes definidos, habitualmente unilateral y en un miembro inferior, con fiebre y, a veces, adenopatía y linfangitis regionales. Cuando afecta la cara, la extensión del eritema hasta el pabellón auricular —que carece de dermis profunda— constituye un signo clásico de apoyo. No existe una prueba de referencia, y varios cuadros inflamatorios no infecciosos se le parecen: la dermatitis de estasis, el eczema, la trombosis venosa profunda, la lipodermatoesclerosis y la gota se confunden con frecuencia con la erisipela o la celulitis (2).

El sobrediagnóstico tiene consecuencias. En un estudio de 259 pacientes ingresados por celulitis de miembro inferior, 79 (30,5 %) recibieron finalmente otro diagnóstico; de los ingresados por pseudocelulitis, la mayoría no necesitaba hospitalización y casi todos recibieron antibióticos innecesarios. Extrapolado al conjunto del país, el error diagnóstico se asoció con decenas de miles de hospitalizaciones evitables y con un gasto sanitario evitable de cientos de millones de dólares al año (10).

Las pruebas complementarias tienen un papel limitado. Los reactantes de fase aguda —leucocitosis con neutrofilia, proteína C reactiva y velocidad de sedimentación elevadas— apoyan la presencia de inflamación, pero son inespecíficos. Los cultivos de la puerta de entrada o de la piel indemne rara vez aportan información útil, y el hemocultivo es positivo solo en una minoría de episodios (3). Las guías reservan la biopsia, la aspiración con aguja y los hemocultivos para los casos graves, los pacientes inmunocomprometidos, la falta de respuesta al tratamiento empírico o la sospecha de un patógeno inhabitual (11).

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

El tratamiento de la erisipela es la antibioticoterapia sistémica dirigida al estreptococo β -hemolítico. En la enfermedad leve, sin signos de sepsis ni comorbilidad descompensada, se emplean fármacos orales como la

penicilina, la amoxicilina o una cefalosporina de primera generación, y el manejo puede ser domiciliario. La hospitalización y la vía parenteral se reservan para los pacientes con afectación sistémica, eritema de progresión rápida, inmunodepresión, diabetes mal controlada o intolerancia a la vía oral. La cobertura frente a *S. aureus* meticilinoresistente solo se añade cuando existen factores de riesgo específicos, dada su baja prevalencia como causa de erisipela (1,11).

La duración del tratamiento puede ser breve. Un ensayo aleatorizado y doble ciego en celulitis no complicada mostró que, entre los pacientes que ya habían mejorado a los cinco días, prolongar el antibiótico otros cinco días no aportó ningún beneficio: el éxito clínico fue del 98 % tanto con cinco como con diez días de tratamiento (12). En consonancia, tras la publicación de las guías francesas de infecciones de piel y partes blandas de 2019, la duración media de la antibioticoterapia para la erisipela en un hospital universitario se redujo de 12,4 a 9,4 días, una disminución del 25 % sin merma de la eficacia (13). Acortar la exposición a antibióticos reduce los efectos adversos, el coste y la presión de selección de resistencias.

La corticoterapia adyuvante se ha evaluado en la erisipela hospitalizada. En un ensayo aleatorizado con 112 pacientes, añadir prednisolona durante ocho días al tratamiento antibiótico acortó el tiempo mediano hasta la curación de seis a cinco días y la estancia hospitalaria en un día, sin aumentar los efectos adversos (14). El beneficio es modesto y esta estrategia no se ha generalizado, pero ilustra el papel de la respuesta inflamatoria en la duración del cuadro. Como medidas complementarias, se recomienda elevar y vendar el miembro afectado para reducir el edema, mantener la piel hidratada y limpia, drenar los abscesos cuando existan y tratar la puerta de entrada.

PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA

La erisipela recidiva con frecuencia, y cada episodio agrava el daño linfático que predispone al siguiente. La base de la prevención es el tratamiento de los factores de riesgo modificables: la reducción del peso, el control del edema, el cuidado de la piel, la curación de las heridas y las úlceras y, de forma destacada, el tratamiento de la tiña interdigital, que actúa como puerta de entrada en una proporción elevada de casos (5,6).

La profilaxis antibiótica es eficaz mientras se mantiene. En el ensayo PATCH I, que incluyó a 274 pacientes con dos o más episodios de celulitis de pierna, la penicilina oral a dosis baja durante doce meses redujo la recurrencia frente a placebo (22 % frente al 37 % durante la profilaxis; hazard ratio 0,55; número necesario a tratar de 5), pero el efecto protector se atenuó de forma progresiva al suspender el fármaco, hasta desaparecer en el seguimiento posterior (15). La profilaxis, por tanto, es una medida a largo plazo para los pacientes con recurrencias frecuentes, no una intervención curativa.

En los pacientes con edema crónico de pierna, la terapia de compresión previene la recurrencia. Un ensayo aleatorizado en 84 personas con edema crónico y celulitis recurrente se detuvo precozmente por eficacia: la recidiva ocurrió en el 15 % del grupo con compresión frente al 40 % del grupo de control (hazard ratio 0,23), sin efectos adversos (16). El control del linfedema y de la insuficiencia venosa es, así, una intervención preventiva de primera línea.

LA ERISIPELA EN EL PARAGUAY Y EN ESPAÑA

No se dispone de datos epidemiológicos específicos sobre la erisipela en el Paraguay. La información más cercana procede de un estudio observacional prospectivo realizado en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Nacional de Itauguá entre 2015 y 2016, que incluyó a 181 pacientes adultos hospitalizados por infecciones de piel y partes blandas; la celulitis fue el diagnóstico más frecuente (59 %), seguida de la fascitis necrosante (34 %). El diagnóstico se realizó de forma clínica, con cultivos de sangre y del foco cutáneo reservados a los casos de alto riesgo o de mala evolución, y entre los aislamientos figuraron *S. aureus*, *S. pyogenes* y *Escherichia coli* (17). La mayoría de los pacientes presentaba comorbilidades, en especial diabetes mellitus y obesidad. La concentración de los profesionales de salud en la capital y la escasez de registros específicos limitan la caracterización de la enfermedad y la formulación de políticas dirigidas.

En España tampoco existen datos nacionales de erisipela, pero la información hospitalaria es más abundante. Una revisión de 996 episodios de infección de piel y partes blandas en pacientes ingresados en un hospital de Mallorca durante una década mostró que la celulitis y la erisipela constituían el 66,7 % de los casos, en su mayoría de adquisición comunitaria, con la diabetes (33 %) y

la insuficiencia cardíaca (17,7 %) como comorbilidades más frecuentes; el microorganismo más aislado fue *S. aureus*, meticilinoresistente en el 13 % de esos aislamientos y casi siempre de origen nosocomial o asociado a los cuidados sanitarios. El tratamiento empírico más habitual fue la monoterapia con amoxicilina-ácido clavulánico, y los antibióticos más recientes frente a gram-positivos —linezolid, daptomicina, tigeciclina— se reservaron para los casos complicados (18). En el ámbito ambulatorio, las infecciones cutáneas no venéreas representan cerca del 9 % de la carga asistencial de los dermatólogos españoles y son el tercer motivo de consulta, lo que refleja un sistema con capacidad para el manejo extrahospitalario de estas infecciones (19).

La comparación entre ambos países revela más similitudes que diferencias en el abordaje clínico. En los dos, el diagnóstico es fundamentalmente clínico, con pruebas de laboratorio y cultivos empleados de forma selectiva; el tratamiento se basa en betalactámicos empíricos, con escalonamiento a fármacos de espectro ampliado o a cirugía en los casos complicados; y la prevención se orienta al control de las comorbilidades y de los factores de riesgo locales. Las diferencias radican sobre todo en la disponibilidad de recursos diagnósticos y en la distribución territorial de la atención, más equitativa en España.

DISCUSIÓN

La evidencia revisada dibuja una enfermedad de manejo sencillo pero de prevención exigente. El diagnóstico de la erisipela es clínico y no requiere tecnología; el tratamiento de elección —un betalactámico dirigido al estreptococo— es económico, ampliamente disponible y de duración breve; y la mayoría de los pacientes se recupera sin secuelas (1,11,12). Esta simplicidad es una ventaja para los sistemas de salud con recursos limitados, siempre que el personal esté entrenado en el reconocimiento del cuadro y de sus imitadores.

El punto más problemático del diagnóstico clínico es precisamente su falibilidad. Casi un tercio de los pacientes ingresados como celulitis de pierna tiene en realidad otra afección, con la consiguiente exposición innecesaria a antibióticos y a hospitalización (10). Reforzar la formación en el diagnóstico diferencial —dermatitis de estasis, trombosis venosa profunda, lipodermatoesclerosis, eczema— es una intervención de bajo coste con un impacto potencial elevado, tanto clínico como económico.

En cuanto a los factores de riesgo, la evidencia obliga a reordenar prioridades. Los determinantes dominantes son locales: el linfedema, el intertrigo interdigital, las heridas, las úlceras y los episodios previos multiplican el riesgo por factores de entre 3 y 70, mientras que la diabetes, tan citada en la literatura divulgativa, no se ha confirmado como factor independiente de adquisición en los estudios de casos y controles ni en el metaanálisis disponible (5,6,7). Esto no resta importancia al control de la diabetes —que sí influye en el curso, en la cicatrización y en la recurrencia (8,9)—, pero desplaza el foco preventivo hacia la piel: buscar y tratar la tiña interdigital, cuidar las heridas y controlar el edema crónico.

La prevención de la recurrencia dispone de dos intervenciones con respaldo de ensayos. La penicilina profiláctica reduce las recidivas mientras se administra, pero su efecto se pierde al suspenderla, lo que la convierte en una medida de largo plazo para casos seleccionados (15). La terapia de compresión, en cambio, actúa sobre la causa subyacente en los pacientes con edema crónico y ha demostrado una reducción sustancial de la recurrencia (16); su implementación depende de la disponibilidad de material y de personal capacitado, un aspecto relevante para el contexto paraguayo.

La comparación entre el Paraguay y España confirma que el manejo clínico de la erisipela es, en lo esencial, homogéneo entre sistemas de salud muy distintos: diagnóstico clínico, betalactámicos empíricos y atención a las comorbilidades (17,18,19). La brecha real no está en los protocolos, sino en la información: ninguno de los dos países cuenta con datos epidemiológicos propios de la erisipela, lo que impide dimensionar la carga, identificar los grupos de mayor riesgo y evaluar el impacto de las medidas preventivas. Las series hospitalarias, aunque valiosas, sobrerrepresentan los casos graves y no reflejan la enfermedad atendida en el primer nivel.

Esta revisión tiene limitaciones. Es narrativa y no sistemática, por lo que la selección de las fuentes, aunque orientada a la evidencia de mayor calidad, no siguió un protocolo reproducible. Buena parte de los datos sobre factores de riesgo procede de estudios de casos y controles, con su susceptibilidad al sesgo de selección y de memoria, y varios de los estudios nacionales incluidos son antiguos o de tamaño reducido. La escasez de estudios recientes sobre la erisipela, señalada de forma recurrente en la literatura, es en sí misma un hallazgo.

En conclusión, la erisipela del adulto es una infección estreptocócica de la piel que se diagnostica y se trata de

manera sencilla, con antibióticos betalactámicos de curso breve, pero cuya prevención exige una atención sostenida a los factores de riesgo locales —linfedema, intertrigo interdigital, heridas y edema crónico— más que al control de las comorbilidades sistémicas. En el Paraguay y en España el manejo clínico es equivalente, y la prioridad compartida debería ser generar datos epidemiológicos propios que permitan orientar la prevención y evaluar sus resultados.

REFERENCIAS

- Raff AB, Kroshinsky D. Cellulitis: a review. *JAMA*. 2016;316(3):325-37. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8825>
- Cranendonk DR, Lavrijsen APM, Prins JM, Wiersinga WJ. Cellulitis: current insights into pathophysiology and clinical management. *Neth J Med*. 2017;75(9):366-78.
- Bläckberg A, Trell K, Rasmussen M. Erysipelas, a large retrospective study of aetiology and clinical presentation. *BMC Infect Dis*. 2015;15:402. <https://doi.org/10.1186/s12879-015-1134-2>
- Sočan K, Sočan M. Trends in the epidemiology of erysipelas in Slovenia. *Acta Dermatovenereol Alp Pannonica Adriat*. 2018;27(1):1-4.
- Dupuy A, Benchikhi H, Roujeau JC, Bernard P, Vaillant L, Chosidow O, et al. Risk factors for erysipelas of the leg (cellulitis): case-control study. *BMJ*. 1999;318(7198):1591-4. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7198.1591>
- Quirke M, Ayoub F, McCabe A, Boland F, Smith B, O'Sullivan R, et al. Risk factors for nonpurulent leg cellulitis: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol*. 2017;177(2):382-94. <https://doi.org/10.1111/bjd.15186>
- Pitché P, Diatta B, Faye O, Diané BF, Sangaré A, Niamba P, et al. [Risk factors associated with leg erysipelas (cellulitis) in sub-Saharan Africa: a multicentre case-control study]. *Ann Dermatol Venereol*. 2015;142(11):633-8. <https://doi.org/10.1016/j.annder.2015.08.003>
- Li A, Wang N, Ge L, Xin H, Li W. Risk factors of recurrent erysipelas in adult Chinese patients: a prospective cohort study. *BMC Infect Dis*. 2021;21(1):26. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05710-3>
- Chamli A, Jaber K, Ben Lagha I, Ben Slimane M, Rabhi F, Doss N, et al. Factors associated with acute and recurrent erysipelas in a young population: a retrospective of 147 cases. *Tunis Med*. 2021;99(8):886-9.
- Weng QY, Raff AB, Cohen JM, Gunasekera N, Okhovat JP, Vedak P, et al. Costs and consequences associated with misdiagnosed lower extremity cellulitis. *JAMA Dermatol*. 2017;153(2):141-6. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2016.3816>
- Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJC, Gorbach SL, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2014;59(2):e10-52. <https://doi.org/10.1093/cid/ciu444>
- Hepburn MJ, Dooley DP, Skidmore PJ, Ellis MW, Starnes WF, Hasewinkle WC. Comparison of short-course (5 days) and standard (10 days) treatment for uncomplicated cellulitis. *Arch Intern Med*. 2004;164(15):1669-74. <https://doi.org/10.1001/archinte.164.15.1669>
- Destoop J, Vanhaecke C, Bani-Sadr F, Plenier Y, Viguier MA, Hentzien M. Significantly reduced duration of antibiotic prescription for erysipelas subsequent to the 2019 French guidelines on skin and soft tissue infection: a before-after study. *Infect Dis Now*. 2024;54(3):104887. <https://doi.org/10.1016/j.idnow.2024.104887>
- Bergkvist PI, Sjöbeck K. Antibiotic and prednisolone therapy of erysipelas: a randomized, double blind, placebo-controlled study. *Scand J Infect Dis*. 1997;29(4):377-82. <https://doi.org/10.3109/00365549709011834>
- Thomas KS, Crook AM, Nunn AJ, Foster KA, Mason JM, Chalmers JR, et al. Penicillin to prevent recurrent leg cellulitis. *N Engl J Med*. 2013;368(18):1695-703. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1206300>
- Webb E, Neeman T, Bowden FJ, Gaida J, Mumford V, Bissett B. Compression therapy to prevent recurrent cellulitis of the leg. *N Engl J Med*. 2020;383(7):630-9. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1917197>
- Peralta R, Torres de Taboada E. Infecciones de piel y partes blandas. *Rev Virtual Soc Parag Med Int*. 2017;4(2):19-26.
- Raya-Cruz M, Ferullo I, Arrizabalaga-Asenjo M, Nadal A, Díaz-Antolín MP, Garau-Colom M, et al. [Skin and soft-tissue infections in hospitalized patients: epidemiology, microbiological, clinical and prognostic factors]. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014;32(3):152-9. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2013.03.004>
- Pulido-Pérez A, Descalzo-Gallego MA, Arias-Santiago S, Molina-Leyva A, Gilaberte Y, Fernández-Crehuet P, et al. Nonvenereal infections in Spanish dermatology clinics: results of the DIADERM study. *Actas Dermosifiliogr*. 2023;114(6):T472-8. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.05.012>