

ORIGINALES

Erisipelas y celulitis. Estudio retrospectivo de 122 casos

J. Concheiro, M. Loureiro, D. González-Vilas, J. García-Gavín, D. Sánchez-Aguilar y J. Toribio

Departamento de Dermatología. Facultad de Medicina. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Resumen. *Introducción y objetivos.* Las erisipelas/celulitis son infecciones cutáneas relativamente frecuentes que en ocasiones requieren una estancia hospitalaria prolongada de los pacientes. Nos proponemos describir los hallazgos epidemiológicos más relevantes y su influencia en el incremento de la estancia hospitalaria, comparando nuestros resultados con trabajos previos.

Material y métodos. Estudio observacional, transversal y retrospectivo a partir de un total de 122 pacientes ingresados con el diagnóstico de erisipela/celulitis en el Servicio de Dermatología de nuestro hospital durante un periodo de 5 años.

Resultados. Las erisipelas/celulitis constituyeron el 8,6% de todos los casos ingresados durante el periodo estudiado. La edad media fue de 58,93 años, con una relación mujer:hombre de 1,06. La localización más frecuente fue las extremidades inferiores con el 76,22% de los casos. El 42,6% presentó obesidad o sobrepeso; el 33,6% mostró tiña del pie y el 7,4% desarrolló un absceso cutáneo. La estancia hospitalaria media fue de 10,20 días, aumentando conforme se incrementaba la edad del paciente ($p < 0,01$) o el valor de la velocidad de sedimentación globular (VSG) al ingreso ($p < 0,01$).

Conclusiones. Se confirman los preceptos epidemiológicos generales acerca de distribución por sexos y edades, localizaciones predilectas, antecedentes y estancia hospitalaria. Se propone considerar el valor de la VSG al ingreso y la edad como un indicador indirecto de la gravedad del cuadro, dado su valor predictivo de la estancia hospitalaria.

Palabras clave: epidemiología, erisipela, celulitis, infección.

ERYSIPELAS AND CELLULITIS: A RETROSPECTIVE STUDY OF 122 CASES

Abstract. *Background.* Erysipelas and cellulitis are relatively common cutaneous infections that can sometimes be the cause of a prolonged hospital admission. The objective of this study was to determine the most relevant epidemiologic factors and their influence on the length of hospital stay, comparing our results with those of previous studies.

Material and methods. We performed a retrospective, observational, cross-sectional study of 122 patients admitted over a 5-year period to the dermatology department of our hospital with a diagnosis of erysipelas or cellulitis.

Results. Patients with a diagnosis of erysipelas or cellulitis represented 8.6% of all admissions during the study period. The mean age was 58.93 years and the female to male ratio was 1.06:1. The most common site of involvement was on the legs (76.22%). Overweight or obesity was present in 42.6% of patients and tinea pedis was detected in 33.6% of cases. A skin abscess developed in 7.4% of cases. The mean length of admission was 10.20 days; length of stay increased with age and with the erythrocyte sedimentation rate (ESR) on admission ($P < .01$ for both differences).

Conclusions. We confirm general epidemiologic factors such as sex and age distributions, predominant site, past history, and length of hospital stay. In view of their predictive value for the length of hospital stay, we propose that age and the ESR on admission should be considered to be indirect indicators of disease severity.

Key words: epidemiology, erysipelas, cellulitis, infection.

Correspondencia:
Javier Concheiro Cao.
Departamento de Dermatología.
Facultad de Medicina.
C/ San Francisco, s/n.
15782 Santiago de Compostela. A Coruña. España.
jaime.toribio@usc.es

Aceptado el 27 de marzo de 2009.

Introducción

Clásicamente la celulitis se define como un proceso agudo inflamatorio de origen infeccioso que afecta la dermis y el tejido celular subcutáneo. El área afectada se vuelve sensi-

ble, eritematosa, caliente y edematosa. Suele existir un límite borroso respecto de la piel sana circundante¹. La erisipela, por el contrario, se considera una forma de «celulitis superficial». Afecta preferentemente la dermis, y la superficie cutánea adquiere un aspecto indurado, en «piel de naranja». Los límites son netos y frecuentemente implica al sistema linfático^{1,2}. El diagnóstico de ambas formas es fundamentalmente clínico. En la literatura anglosajona estos dos términos se confunden con frecuencia, por lo que Grosshans et al³ proponen la denominación general de dermo-hipodermitis agudas bacterianas (DHAB) en un intento de adoptar una nueva clasificación para las infecciones bacterianas de la piel.

A pesar de la dificultad que supone el hecho de intentar obtener datos epidemiológicos fiables, se estima que la erisipela presenta una incidencia de 10 a 100 casos por 100.000 habitantes/año⁴. Por su parte, el diagnóstico de celulitis representa entre el 1 y el 14% de las visitas a Urgencias⁵, calculándose una tasa de incidencia de 24,6/1.000 personas-año⁶. Ambas comparten un pico de presentación entre los 40 a 60 años de edad² y, aunque tradicionalmente la erisipela solía ser de localización facial, en la actualidad ambas entidades se manifiestan en las extremidades inferiores en más del 85% de los casos^{1,2}. El *Streptococcus pyogenes* es el germen que se aísla con más frecuencia⁷, seguido en segundo lugar por el *Staphylococcus aureus*⁸. Otros estreptococos β hemolíticos (*S. equisimilis* y *S. agalactiae*), así como ciertos bacilos gramnegativos (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter calcoaceticus*, *Haemophilus influenzae*) también se han observado^{9,10}.

Nuestro objetivo, dado que en los últimos años se evidencia un resurgimiento en el número de casos diagnosticados^{2,9} sin hallarse todavía una causa clara que los justifique, será determinar y exponer los hallazgos epidemiológicos más relevantes tras el estudio de todos los pacientes ingresados en nuestro Servicio de Dermatología durante un periodo de 5 años.

Material y métodos

Se incluyeron 122 pacientes ingresados en la planta de hospitalización de nuestro Servicio con el diagnóstico de erisipela o celulitis de cualquier localización.

El Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela es un centro de tercer nivel que presta atención sanitaria a un área de aproximadamente 430.000 habitantes.

El estudio se llevó a cabo durante un periodo de 5 años, que abarca desde el 1 de enero de 2002 al 31 de diciembre de 2006. Los datos recogidos (edad, sexo, localización, estancia hospitalaria, etc.) se obtuvieron a partir de las historias clínicas de los pacientes.

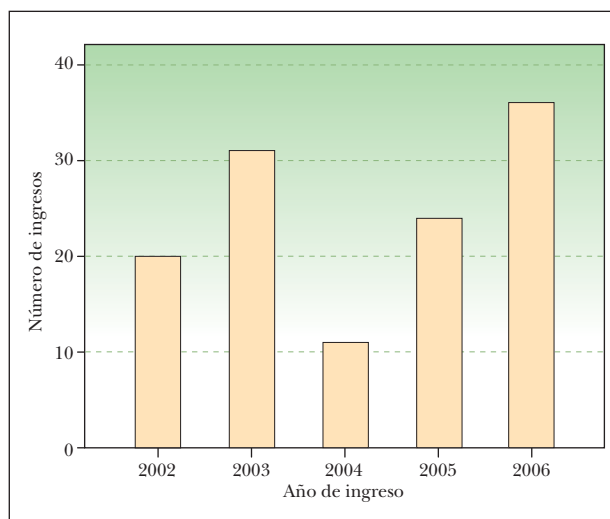


Figura 1. Relación del número de ingresos totales para cada año del estudio.

Todos los datos fueron recogidos y procesados mediante el paquete estadístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) para Macintosh, versión 16.0. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas (en porcentajes) para las variables cualitativas, y la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas.

La relación entre estancia hospitalaria y edad, y entre estancia hospitalaria y el valor de la velocidad de sedimentación globular (VSG) al ingreso, se estableció mediante la aplicación de un modelo de regresión lineal simple. El nivel de significación estadística establecido fue de $p < 0,01$, con intervalos de confianza construidos al 99%.

Resultados

Durante el periodo que abarca el estudio ingresaron un total de 122 pacientes. Esto supone un 8,6% del total de ingresos en este espacio de tiempo. El número de pacientes por año oscila desde un mínimo de 11 (año 2004) a un máximo de 36 (año 2006) (fig. 1). En lo referente al mes del año en el que se objetivan mayor número de ingresos se observa que es noviembre el que tiene un mayor número de ellos, con un total de 19 (el 15,6% del total), seguido por junio, mayo y septiembre con 15, 14 y 14 (el 12,3, el 11,5 y el 11,5%), respectivamente. Por el contrario, el mes con un menor número es febrero con 1 (0,8%), tal como se puede ver en la figura 2.

Del total de pacientes estudiados, 63 fueron mujeres y 59 hombres, lo que supone un 51,6 y un 48,4%, respectivamente. La relación mujer:hombre es de 1,06. La edad media global de los pacientes fue de 58,93 con una desviación estándar de 19,243 años. El rango de edad fue de 81 años, con un valor mínimo de 15 y un valor máximo de 96 años. Por grupos de edad se observa que el más frecuentemente afectado

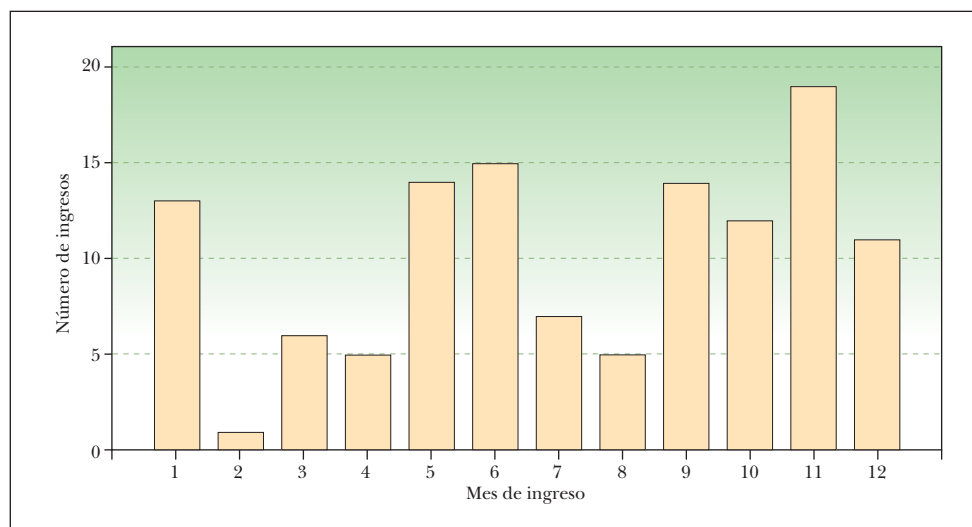


Figura 2. Relación del número de ingresos totales para cada mes del estudio.

Tabla 1. Relación del número de casos estratificados por grupos de edad

Grupos de edad (años)	Porcentaje	Porcentaje acumulado	N.º de casos
< 30	11,47	11,47	14
30-60	39,34	50,81	48
> 60	49,19	100	60
Total	100	100	122

to es aquel que supera los 60 años, con un total de 60 casos, seguido del grupo de 30-60 años con un total de 48 y por último el de menores de 30, con un total de 14 casos (tabla 1).

Del estudio de los distintos factores que destacaban entre los antecedentes personales extraeremos los siguientes valores de frecuencia, tal como aparecen recogidos en la tabla 2. El 24,6% (30 pacientes) presentaba sobrepeso, el 18% (22) obesidad y cualquiera de los dos el 42,6% (52); el 15,6% (19 pacientes) sufría diabetes mellitus; el 18% (22 pacientes) era consumidor de alcohol y, además, el mismo número presentaba hábito tabáquico; el 4,1% (5 pacientes) padecía insuficiencia cardiaca; el 11,5% (14 pacientes) tenía antecedentes de una enfermedad maligna o la padecía; el 1,6% (dos pacientes) era inmunodeprimido; el 1,6% sufría una infección sistémica concomitante; el 42,6% (52 pacientes) tenía antecedentes de ruptura de la barrera cutánea (exceptuando los casos de úlcera y eccema); el 13,1% (16 pacientes) presentaba una o más úlceras; el 14,8% (18 pacientes) presentaba antecedentes de eccema local o palmoplantar; el 36,9% (45 pacientes) sufría insuficiencia venosa crónica (IVC) (edema venoso); el 9,8% (12 pacientes) padecía linfedema; el 18% (22 pacien-

Tabla 2. Relación de antecedentes clínicos

Antecedente	Número	Porcentaje
Obesidad	52	42,6
Ruptura de la barrera cutánea (salvo úlcera o eccema)	52	42,6
IVC	45	36,9
Dermatomicosis	43	35,2
Tiña del pie	41	33,6
Onicomicosis	2	1,6
Hábito tabáquico	22	18
Hábito enólico	22	18
Cirugía local	22	18
Diabetes mellitus	19	15,6
Eccema (local o palmoplantar)	18	14,8
Úlcera(s)	16	13,1
Enfermedad maligna	14	11,5
Linfedema	12	9,8
Insuficiencia cardiaca	5	4,1
Radioterapia local	4	3,3
Infección sistémica concomitante	2	1,6
Inmunodepresión	2	1,4

IVC: insuficiencia venosa crónica.

tes) relataba historia de cirugía local, la cual se correspondía en el 1,6% con la realización de safenectomía (dos pacientes) y el 16,4% restante con otros tipos de cirugía

local; el 35,2% (43 pacientes) presentaba dermatomicosis en forma tiña del pie u onicomicosis, de los cuales el 33,6% correspondía a tiña del pie y el 1,6% restante a onicomicosis; y el 3,3% (4 pacientes) refería historia de radioterapia local.

En lo referente a las manifestaciones clínicas presentadas se puede observar que el 98,4% (120 pacientes) presentaba eritema, el 97,5% (119 pacientes) dolor espontáneo o a la palpación, en el 93,4% (114 pacientes) se objetivaba aumento de la temperatura local, el 88,5% (108 pacientes) manifestaba edema al nivel de la lesión y el 42,6% (52 pacientes) presentaba fiebre.

La localización más frecuente de las lesiones fue en las extremidades inferiores con 93 casos, sin diferencias significativas entre la derecha o la izquierda, seguida de las extremidades superiores con 14 casos y el área facial con 12, tal como resumimos en la tabla 3.

Se realizaron las siguientes pruebas complementarias: se tomó un hisopo cutáneo de la lesión en 14 pacientes, obteniéndose un resultado positivo en 5 (el 4,1% del total) y negativo en 9 (el 7,4% del total). Se efectuaron un total de 9 hemocultivos, siendo positivos únicamente 4 de ellos (el 3,3% del total) y negativos el resto (el 4,1% del total). Únicamente se efectuó una biopsia, que fue informada como dermatitis superficial perivasculares, sin datos de vasculitis. Además, se realizó un recuento leucocitario al ingreso en 121 pacientes, obteniéndose una media de 12.702 leucocitos (N/ μ l). La media de hemoglobina al ingreso, efectuada en 120 casos, arroja una media de 13,175 g/dl. Los reactantes de fase aguda, VSG y proteína C reactiva (PCR) se determinaron al ingreso en 88 y 30 pacientes respectivamente, dando un valor de 54,69 mm/h y 78,28 mg/l de manera respectiva. La antiestreptolisina 0 (ASLO) se obtuvo en 30 pacientes, con una media de 403 UI/ml (tabla 4).

Con respecto a la etiología el germen hallado de forma aislada con mayor frecuencia fue el *Staphylococcus aureus* (dos pacientes), seguido por diversas bacterias encontradas en una ocasión y de forma aislada (cada una en un paciente): estreptococo- β -hemolítico del grupo G, estafilococo coagulasa negativo, *Staphylococcus aureus* meticilín resistent-

Tabla 3. Localización de las lesiones

Localización	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Facial	12	9,8	9,8
Tronco	2	1,6	11,5
EESS	14	11,5	23,0
El derecha	46	37,7	60,7
El izquierda	47	38,5	99,2
Genitales	1	0,8	100,0
Total	122	100,0	100,0

EESS: extremidades superiores; EI: extremidad inferior.

te, estreptococo- β -hemolítico del grupo A. Además, en tres pacientes se encontró la presencia de dos bacterias: *Proteus vulgaris* + *Klebsiella oxytoca*; *Staphylococcus haemolyticus* + estreptococo- β -hemolítico del grupo G; *Staphylococcus aureus* + estreptococo- β -hemolítico del grupo A. En el 92,6% de los casos no se identificó el germen causal. En la tabla 5 se muestra resumido lo expuesto.

La complicación local más frecuente fue la presencia de un absceso, que apareció en el 7,4% de los pacientes (9 en total), seguido de la presencia de artritis en un 3,3% (4 pacientes) y de necrosis del tejido afecto en un caso. Surgieron dos complicaciones sistémicas, consistentes una de ellas en un episodio de insuficiencia renal aguda de probable origen farmacológico y la otra, un cuadro de desorientación temporoespacial y agitación. Conviene destacar, además, que el 41% de los casos (50 pacientes) había realizado tratamiento antibiótico ambulatorio previo a su ingreso, y el 33,6% del total (41 pacientes) había tomado antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o paracetamol antes de su hospitalización. En total, el 54,9% de los pacientes (67 en total) había realizado algún tipo de tratamiento en su domicilio antes de su ingreso hospitalario.

Tabla 4. Relación de datos analíticos obtenidos al ingreso

	Número	Rango	Mínimo	Máximo	Media	DE
Hb (g/dl)	120	7,5	8,9	16,4	13,175	1,5241
Leucocitos (N/ μ l)	121	29.970	4.090	34.060	12.702,41	5.487,433
VSG (mm/1. ^a hora)	88	122	3	125	54,69	28,853
PCR (mg/l)	30	243	4	246	78,28	69,825
ASLO (UI/ml)	30	3.499	52	3551	403,00	677,655

ASLO: antiestreptolisina 0; DE: desviación estándar; Hb: hemoglobina; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular.

Tabla 5. Gérmenes hallados en nuestra serie

	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No identificado	113	92,6	92,6
<i>Staphylococcus aureus</i>	2	1,6	94,2
<i>Staphylococcus aureus</i> metilicín resistente	1	0,8	95
Estafilococo coagulasa negativo	1	0,8	95,8
Estreptococo-β-hemolítico del grupo G	1	0,8	96,6
Estreptococo-β-hemolítico del grupo A	1	0,8	97,4
<i>Staphylococcus aureus</i> y estreptococo-β-hemolítico del grupo A	1	0,8	98,2
<i>Staphylococcus haemolyticus</i> y estreptococo-β-hemolítico del grupo G	1	0,8	99
<i>Proteus vulgaris</i> y <i>Klebsiella oxytoca</i>	1	0,8	99,8

La estancia media hospitalaria fue de $10,20 \pm 4,139$ días, con un mínimo de 3 y un máximo de 29 días (rango: 26 días). Aplicando un modelo de regresión lineal simple hallamos diferencias estadísticamente significativas en la comparación con la variable «edad» y con la variable «valor de la VSG al ingreso», tal como detallamos a continuación. De tal modo, la comparación entre la edad y la estancia hospitalaria media arroja una diferencia estadísticamente significativa al nivel de 0,01 ($p = 0,006$). Además, tal como observamos en la recta de regresión trazada sobre el diagrama de dispersión (fig. 3), dicha relación es positiva y lineal. R toma el valor de 0,249, siendo la pendiente β igual a 0,054 y la constante k de 7,041, aumentando, por tanto, la estancia hospitalaria conforme se incrementa la edad.

Con respecto a la comparación entre el valor de la VSG obtenido al ingreso y la estancia media observamos una diferencia estadísticamente significativa de 0,01 ($p = 0,000$). De igual modo que en el caso anterior, la recta de regresión trazada sobre el diagrama de dispersión es positiva y lineal. En este caso R toma el valor de 0,457, la pendiente β es de 0,065 y la constante k de 6,634 incrementándose, por tanto, la estancia hospitalaria conforme aumenta el valor de la VSG al ingreso (fig. 4). De igual modo, si se establece un punto de corte en un valor de VSG igual a 50 mm/h, también se objetiva una diferencia estadísticamente significativa en 0,01 ($p = 0,012$).

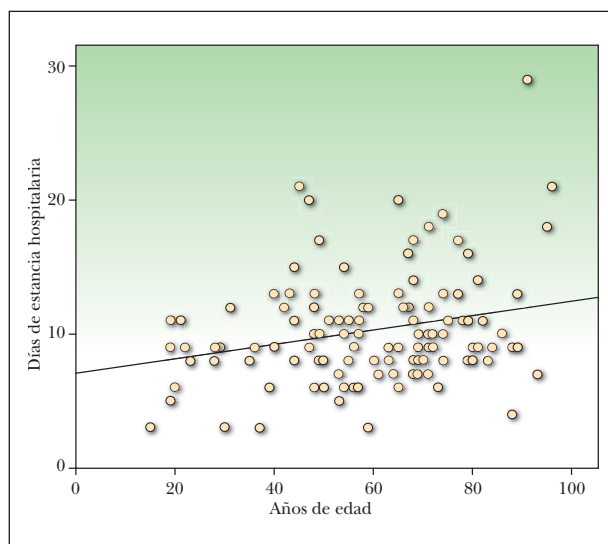


Figura 3. Diagrama de dispersión y recta de regresión que compara la relación entre edad y estancia hospitalaria.

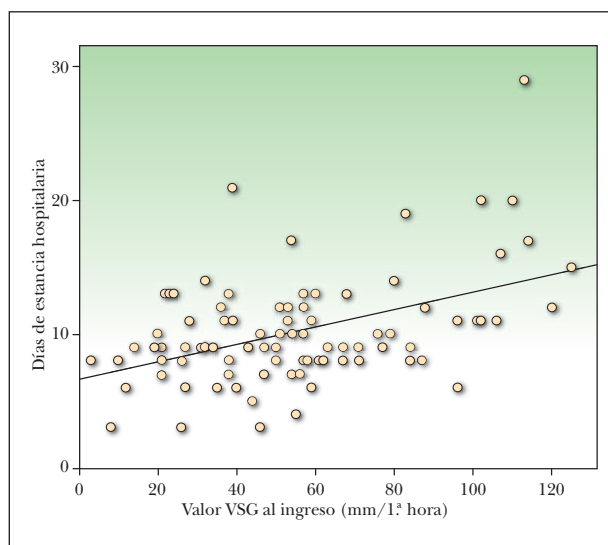


Figura 4. Diagrama de dispersión y recta de regresión que compara la relación entre velocidad de sedimentación globular (VSG) y estancia hospitalaria.

Discusión

Clásicamente se suele entender por erisipela/celulitis todo aquel proceso agudo consistente en una inflamación de origen infeccioso que afecta preferentemente a la dermis (erisipela) o a la dermis y tejido celular subcutáneo (celulitis)¹. Nuestra serie, constituida en total por 122 pacientes, recoge todos aquellos que permanecieron ingresados en nuestro Servicio con el diagnóstico de erisipela o celulitis en un periodo de 5 años. Ello supone el 8,6% del total de pacientes ingresados durante ese lapso temporal. No hallamos

diferencias significativas entre sexos, tal como recogen series previas^{2,11}; la edad media de presentación de nuestra muestra está en consonancia con lo publicado hasta el momento^{2,12-14}. Se ha señalado una posible distribución estacional de los ingresos, con predilección por los meses de mayor calor, en relación con la mayor facilidad para sufrir traumatismos locales^{6,15,16}. Nosotros no hemos podido confirmar una relación clara, siendo noviembre el mes que acumula el máximo número de ingresos.

La estancia media hospitalaria fue de 10,20 días. Además, hemos observado que existen diferencias estadísticamente significativas en la misma en función del valor de la VSG determinado en el momento del ingreso del paciente, aumentando el tiempo conforme se incrementa el valor de la VSG, tanto si se considera el mismo de manera general, como si se establece un punto de corte en 50 mm/hora. Por tanto, dicha variable podría convertirse en un indicador indirecto de la gravedad del cuadro, tal como propugnan ya otros autores¹¹, siendo de especial interés a la hora de valorar la necesidad de realizar tratamiento hospitalario. De igual modo, también hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre la edad y la estancia hospitalaria media, aumentando esta última conforme se eleva la primera (figs. 3 y 4). No hemos podido establecer una relación significativa con otros valores que sí aparecen en la literatura, como son el recuento leucocitario y el valor de la PCR y la hemoglobina al ingreso¹¹. Los datos expuestos tienen una importancia capital a la hora de intentar establecer unos criterios de ingreso definidos para esta patología, al no existir hasta el momento un consenso sobre el tema^{13,17}. De tal manera que un paciente con una estancia hospitalaria elevada *a priori* (calculada en función de su edad y del valor de la VSG) tendría potencialmente un cuadro más grave que otro que no la presente, siendo por tanto candidato a beneficiarse de un tratamiento hospitalario.

Nuestro estudio confirma como localización preferente de las lesiones las extremidades inferiores, tal como se refleja en otros trabajos que hablan de frecuencias que podrían superar el 85%^{2,15,17,18}. Nosotros hemos establecido dicho porcentaje en un 76,22%. La clásica localización facial ocuparía el tercer lugar.

Diversos autores han intentado involucrar como posibles factores de riesgo múltiples datos recogidos entre los antecedentes de cada paciente, subdividiéndolos a su vez en locales y generales¹⁵. Estudios recientes sólo encuentran relación significativa con el sobrepeso dentro de los generales¹⁹ y con la disrupción de la barrera cutánea (incluyendo úlceras), el linfedema, la insuficiencia venosa crónica (IVC), la tiña del pie, la onicomosis y el edema de extremidades inferiores (exceptuando los de origen venoso) dentro de los locales¹⁹⁻²¹. En nuestra serie encontramos unos valores similares a los hallados en series previas en lo referente a la obesidad²², diabetes mellitus²³, consumo de

alcohol o tabaco, datos de disrupción de la barrera cutánea, IVC y linfedema²⁴. Respecto a la presencia de dermatomiositis en los pies se objetivó un porcentaje similar a otras series²⁵.

El concepto clásico de erisipela/celulitis suele describir las clínicamente como una placa eritematosa, caliente, dolorosa en un contexto de fiebre y malestar general¹. En líneas generales nuestro estudio cumple dichos preceptos, hallándose porcentajes superiores al 88% en datos como eritema, dolor, aumento de la temperatura local o edema. Sin embargo, únicamente el 42,6% de nuestros pacientes presentó fiebre, lo cual podría justificarse por el hecho de que la mitad de los mismos realizó algún tipo de tratamiento en su domicilio antes de su ingreso hospitalario, mayoritariamente antibióticos, AINE o paracetamol.

Las pruebas complementarias no suelen ser de gran utilidad para el diagnóstico de las erisipelas o celulitis, siendo utilizadas normalmente para el diagnóstico diferencial. De hecho, los hemocultivos suelen ser positivos sólo en un 5% de los casos^{12,26}, dato similar al 3,3% hallado en nuestra serie. Además, no es raro que hasta en el 50% de los casos pueda obtenerse un recuento leucocitario normal⁴. Nuestro estudio confirma este punto. En lo referente a la frecuencia de las complicaciones, al igual que en la literatura, hallamos como la más habitual el desarrollo de un absceso cutáneo²⁴.

Los gérmenes hallados en nuestra revisión varían ligeramente respecto a lo asumido hasta el momento actual: la bacteria que se aisló con más frecuencia fue el *Staphylococcus aureus*, encontrada en 4 ocasiones, una de ellas en su variedad meticilín resistente y otra en asociación con el estreptococo- β -hemolítico del grupo A. Se encontraron otras dos variedades de estafilococo, el *S. haemolyticus* y el coagulasa negativo. Tradicionalmente se ha considerado el estreptococo- β -hemolítico del grupo A el principal responsable de las erisipelas y celulitis, otorgándose el segundo puesto al *S. aureus*, a una distancia considerable (el 58 frente al 10%)^{7,8,27}. Sin embargo, como hemos visto, esto se halla lejos de cumplirse en nuestra serie. Otros gérmenes más infrecuentes se han descrito en la literatura²⁸.

Como conclusión, es posible afirmar que hemos corroborado los supuestos epidemiológicos clásicos en lo referente a aspectos como la distribución por sexos, la localización de las lesiones, el tipo de complicaciones desarrolladas o los antecedentes comórbidos, entre otros. Además, dada la ausencia de criterios de ingreso hospitalario definidos en la literatura, proponemos el uso del valor de la VSG al ingreso y la edad como factores importantes a la hora de decidir el mismo, dado su capacidad de predecir estancias hospitalarias prolongadas *a priori* y, por tanto, cuadros potencialmente más graves.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Swartz MN. Cellulitis. *N Engl J Med*. 2004;350:904-12.
- Chartier C, Grosshans E. Erysipelas. *Int J Dermatol*. 1990;29:459-67.
- Grosshans E. Classification anatomoclinique, terminologie. *Ann Dermatol Venereol*. 2001;128:307-11.
- Caetano M, Amorin I. Erisipela. *Acta Med Port*. 2005;18:385-93.
- Dong SL, Kelly KD, Oland RC, Holroyd BR, Rowe BH. ED management of cellulitis: a review of five urban centers. *Am J Emerg Med*. 2001;19:535-40.
- Ellis Simonsen SM, van Orman ER, Hatch BE, Jones SS, Gren LH, Hegmann KT, et al. Cellulitis incidence in a defined population. *Epidemiol Infect*. 2006;134:293-9.
- Denis F, Martin C, Ploy MC. L'érysipèle: données microbiologiques et pathogéniques. *Ann Dermatol Venereol*. 2001;128:317-25.
- Lewis RT. Soft tissue infections. *World J Surg*. 1998;22:146-51.
- Matz H, Orion E, Wolf R. Bacterial infections: uncommon presentations. *Clin Dermatol*. 2005;23:503-8.
- Goodman EL. Cellulitis. *N Engl J Med*. 2004;350:2522-4.
- Lazzarini L, Conti E, Tositti G, de Lalla F. Erysipelas and cellulitis: clinical and microbiological spectrum in an Italian tertiary care hospital. *J Infect*. 2005;51:383-9.
- Bernard P, Bedane C, Mounier M, Denis F, Bonnetblanc JM. Dermohypodermes bactériennes de l'adulte. Incidence et place de l'étiologie streptococcique. *Ann Dermatol Venereol*. 1995;122:495-500.
- Dupuy A. Epidémiologie descriptive et connaissance des facteurs de risque de l'érysipèle. *Ann Dermatol Venereol*. 2001;128:312-6.
- Bisno AL, Stevens DL. Streptococcal infections of skin and soft tissues. *N Engl J Med*. 1996;334:240-5.
- Ronnen M, Suster S, Schewach-Millet M, Modan M. Erysipelas: changing faces. *Int J Dermatol*. 1985;24:169-72.
- Boycott JA. Seasonal variations in streptococcal infections. *Lancet*. 1966;1:706-7.
- Carratalà J, Rosón B, Fernández-Sabé N, Shaw E, del Río O, Rivera A, et al. Factors associated with complications and mortality in adult patients hospitalized for infectious cellulitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2003;22:151-7.
- Vaillant L. Critères diagnostiques de l'érysipèle. *Ann Dermatol Venereol*. 2001;128:326-33.
- 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;318:1591-4.
- Mokni M, Dupuy A, Denguezli M, Dhaoui R, Bouassida S, Amri M, et al. Risk factors for erysipelas of the leg in Tunisia: a multicenter case-control study. *Dermatology*. 2006;212:108-12.
- Roujeau JC, Sigurgeirsson B, Korting HC, Kerl H, Paul C. Chronic Dermatomyces of the foot as risk factors for acute bacterial cellulitis of the leg: a case-control study. *Dermatology*. 2004;209:301-7.
- Eriksson B, Jorup-Ronstrom C, Karkkonen K, Sjoblom AC, Holm SE. Erysipelas: clinical and bacteriologic spectrum and serological aspects. *Clin Infect Dis*. 1996;23:1091-8.
- Chartier C, Grosshans E. Erysipelas: an update. *Int J Dermatol*. 1996;35:779-81.
- Crickx B. Erysipèle: évolution médicale sous traitement. Complications. *Ann Dermatol Venereol*. 2001;128:358-62.
- Pavlotsky F, Amrani S, Trau H. Recurrent erysipelas: risk factors. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2004;2:89-95.
- Perl B, Gottehrer NP, Raveh D, Schlesinger Y, Rudensky B, Yinnon AM. Cost-effectiveness of blood cultures for adult patients with cellulitis. *Clin Infect Dis*. 1999;29:1483-8.
- Martín JM, Molina I, Ramón D, Monteagudo C, Alonso V, Jordá E. Infección subcutánea necrotizante por *Streptococcus agalactiae*. *Actas Dermosifiliogr*. 2006;97:644-6.
- Rodríguez-Vázquez M, García-Arpa M, Porrás-Leal L, Romero-Aguilera G, Cortina-de la Calle P, Romero-Aguilera MD. Celulitis atípica asociada a bacteriemia por *Campylobacter jejuni* en un paciente con hipogammaglobulinemia ligada al cromosoma X. *Actas Dermosifiliogr*. 2004;95:41-3.

FE DE ERRORES

En uno de los artículos publicados en el número 9 de *Actas Dermo-Sifiliográficas* correspondiente al mes de noviembre (Almazán-Fernández FM, Serrano-Ortega S, Moreno-Villalonga JJ. Estudio de descripción de costes sobre el diagnóstico y tratamiento del melanoma cutáneo. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:785-91) hay un error que corregimos a continuación.

En la página 788, dentro del apartado «Costes de las etapas», pone:

«Los costes acumulados con el estudio de extensión estándar (radiografía de tórax, ecografía abdominopélvica y analítica general) se muestran en la tabla 2.

Un melanoma *in situ* quedaría detenido en esta etapa y pasaría a la dinámica de consultas de revisión (tabla 3).»

Cuando lo correcto es:

«Un melanoma *in situ* quedaría detenido en la primera etapa (tabla 2) y pasaría a la dinámica de consultas de revisión (tabla 3).

Los costes acumulados con el estudio de extensión estándar (radiografía de tórax, ecografía abdominopélvica y analítica general) se muestran en las tablas 3 y 4.»