



## Cómo citar este artículo:

Rojas-Mora A; Fundora-Guerra G; Pérez-López A. Piosis de Manson en adultos: presentación de cinco casos y revisión de la literatura. MedEst. [Internet]. 2026 [citado acceso fecha ]; 6:e578 Disponible en: <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/578>

**Palabras Clave:** Piosis de Manson; impétigo ampolloso; Staphylococcus aureus; Streptococcus pyogenes; serie de casos.

**Keywords:** Manson's piosis; bullous impetigo; Staphylococcus aureus; Streptococcus pyogenes; case series.

## Autor para correspondencia:

[alvarorojasmorapiel@gmail.com](mailto:alvarorojasmorapiel@gmail.com)

**Recibido:** 18/07/2026

**Aceptado:** 23/09/2026

**Publicado:** 25/09/2026

## Editor(es) a cargo:

Lisandra Elvira Martínez Linares.

## Traductor:

MSc. Maritza Núñez Arévalo

## Maquetador:

Carlos Luis Vinageras Hidalgo

## Piosis de Manson en adultos: presentación de cinco casos y revisión de la literatura

### Manson's schistosomiasis in adults: presentation of five cases and literature review

Alvaro Rojas Mora <sup>1\*</sup> , Graciela Fundora Guerra <sup>1</sup> 

Aylet Pérez López <sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Hospital Universitario General Calixto García. La Habana, Cuba.

## RESUMEN

**Introducción:** La Piosis de Manson es una variedad infrecuente de impétigo ampolloso, caracterizada por su localización en pliegues, especialmente axilas e ingles. Su literatura es escasa y se limita a reportes de casos aislados. **Objetivo:** Describir las características clínicas y epidemiológicas de una serie de 5 casos de Piosis de Manson atendidos en el servicio de Dermatología del Hospital Universitario General Calixto García. **Presentación del caso:** Se presentan 5 pacientes adultos (3 hombres y 2 mujeres), con edades entre 26 y 56 años, sin antecedentes patológicos relevantes. Todos consultaron por lesiones ampollas en axilas, de 3 a 7 días de evolución, asociadas a sudoración excesiva y exposición a altas temperaturas. El examen físico mostró ampollas flácidas de contenido purulento, erosiones con collarite de escamas y costras. El cultivo microbiológico fue positivo en todos los casos, identificándose *Staphylococcus aureus* en 5/5 y *Streptococcus pyogenes* en 3/5. El tratamiento combinado con fomentos de romerillo, gentamicina tópica y cefalexina oral fue efectivo, con resolución completa en 8 a 12 días, sin complicaciones ni recurrencias. **Conclusiones:** Esta serie de 5 casos confirma las características clínicas descritas en la literatura clásica, pero aporta nuevas observaciones sobre la sintomatología asociada (prurito y ardor) y la etiología mixta. La confirmación microbiológica en todos los casos y la buena respuesta al tratamiento refuerzan el conocimiento sobre esta entidad infrecuente.

## ABSTRACT

**Introduction:** Manson's piosis is an uncommon variant of bullous impetigo characterized by its localization in skin folds, particularly the axillae and groin. Literature on the condition is scarce and limited to isolated case reports. **Objective:** To describe the clinical and epidemiological characteristics of a series of 5 cases of Manson's piosis treated at the Dermatology Department of the General Calixto García University Hospital. **Case presentation:** Five adult patients (3 men and 2 women), aged 26 to 56 years, with no relevant medical history, are presented. All sought consultation for bullous lesions in the axillae—present for 3 to 7 days—associated with excessive sweating and exposure to high temperatures. Physical examination revealed flaccid bullae containing purulent fluid, as well as erosions with a collarette of scales and crusts. Microbiological cultures were positive in all cases, identifying *Staphylococcus aureus* in 5/5 and *Streptococcus pyogenes* in 3/5. Combined treatment with Bidens pilosa (romerillo) compresses, topical gentamicin, and oral cephalexin proved effective, resulting in complete resolution within 8 to 12 days without complications or recurrences. **Conclusions:** This series of 5 cases confirms the clinical characteristics described in classical literature but provides new observations regarding associated symptoms (pruritus and burning sensation) and mixed etiology. Microbiological confirmation in all cases and the favorable response to treatment enhance the understanding of this rare entity.

## INTRODUCCIÓN

El impétigo contagioso es una infección bacteriana superficial de la piel, con alto grado de contagio, causada principalmente por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*.<sup>(1)</sup> Se presenta en dos formas clínicas principales: el impétigo no ampollosa (o costoso) y el impétigo ampollosa.<sup>(2)</sup>

Aunque puede afectar a personas de cualquier edad, se presenta con mayor frecuencia en niños menores de 5 años.<sup>(1,3)</sup> Su prevalencia es particularmente alta en regiones tropicales y subtropicales, con tasas que varían de forma significativa según el entorno.<sup>(3,4)</sup> Estudios recientes confirman que el impétigo sigue como un problema de salud global, con una prevalencia infantil del 12,3 % y más de 162 millones de niños afectados en todo el mundo, con una carga particularmente alta en comunidades vulnerables y de bajos recursos, donde la prevalencia puede alcanzar el 19,4 % en niños.<sup>(4,5)</sup>

La Piosis de Mansoní se define como una variedad infrecuente del impétigo ampollosa, caracterizada por su localización típica en los pliegues, y las axilas y las ingles son las zonas de elección.<sup>(1-3,6)</sup> Se manifiesta con ampollas flácidas, cuyo contenido líquido es al inicio claro y después se vuelve purulento. Al romperse, dejan una erosión rodeada por un collarite de escamas.<sup>(6)</sup> No suele dejar cicatrices y puede cursar con o sin prurito. Su evolución es variable: puede resolverse de forma espontánea o requerir tratamiento tópico o sistémico, según la extensión y la respuesta clínica.<sup>(1,3,6)</sup>

Esta entidad es endémica en regiones tropicales y está asociada a climas cálidos y húmedos, con tendencia a presentarse en brotes epidémicos.<sup>(5,6)</sup> Se ha propuesto que su patogenia difiere del impétigo ampollosa común, ya que se relaciona con la obstrucción del conducto sudoríparo y la consiguiente retención del sudor.<sup>(7)</sup> En este sentido, la sudoración excesiva y la obstrucción ductal se reconocen como factores de riesgo importantes.<sup>(6,7)</sup>

A pesar de haber sido documentada al inicio en el siglo XX por autores como Simons<sup>(6)</sup> y Buist y colaboradores<sup>(5)</sup>, la literatura moderna sobre esta entidad es muy escasa, con solo reportes de casos aislados.<sup>(2)</sup> En fecha reciente, en 2025, se publicó un caso en la Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología<sup>(2)</sup>, lo que evidencia que aún existe interés clínico en esta entidad y que su diagnóstico sigue como un desafío para los dermatólogos.

La presente serie de 5 casos, a diferencia de los reportes de caso aislados previos, permite describir el espectro clínico de la Piosis de Mansoní en un grupo más amplio de pacientes, identificar patrones de

presentación y ofrecer una visión más completa de su evolución y respuesta al tratamiento. <sup>(8-10)</sup>

Además, se aporta la confirmación microbiológica en todos los casos, lo que fortalece la validez de los hallazgos y diferencia este estudio de reportes previos basados solo en el diagnóstico clínico. Revisiones recientes sobre el tratamiento de infecciones cutáneas por *Staphylococcus aureus* confirman que los antibióticos betalactámicos como la cefalexina siguen como efectivos y son una opción de primera línea para el manejo del impétigo ampolloso. <sup>(8-10)</sup>

Esta publicación aspira a iluminar un rincón poco explorado de la dermatología, y ofrece a los clínicos una herramienta valiosa para el reconocimiento temprano de la Piosis de Mansoní. Al poner de relieve su diagnóstico diferencial en las lesiones ampollas de los pliegues, se busca no solo enriquecer el acervo científico, sino también brindar una enseñanza tangible que pueda trasladarse de forma directa a la práctica asistencial, y mejorar así la atención de los pacientes que presentan esta infrecuente variedad de impétigo. <sup>(2,10,12)</sup>

Por tales razones, el objetivo de esta publicación es describir las características clínicas y epidemiológicas de una serie de 5 casos de Piosis de Mansoní.

## PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Se presenta una serie de 5 casos de Piosis de Mansoní, atendidos en el servicio de Dermatología del Hospital Universitario General Calixto García entre enero y diciembre de 2025. Todos los pacientes otorgaron su consentimiento informado escrito para la publicación de sus datos clínicos e imágenes, con preservación de su anonimato. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la institución.

### Caso 1

Paciente femenina de 42 años de edad, sin antecedentes patológicos personales conocidos ni alergias medicamentosas. Acudió a consulta por lesiones ampollas en la axila izquierda de 5 días de evolución. Refirió que las lesiones aparecieron de forma insidiosa y se extendieron de manera progresiva durante los días siguientes. La paciente refirió sudoración excesiva en los días previos a la aparición de las lesiones, asociada a actividades domésticas y exposición a altas temperaturas ambientales.

**Examen físico dermatológico:** Se observaron múltiples ampollas de contenido purulento, sobre base eritematosa y con escasas costras localizadas en axila izquierda (Figura 1).

## Caso 2

Paciente masculino de 28 años de edad, sin antecedentes patológicos personales conocidos ni alergias medicamentosas. Acudió a consulta por lesiones ampollosas en la axila derecha de 4 días de evolución. Refirió haber realizado actividad física intensa y prolongada en los días previos, con sudoración profusa. Las lesiones comenzaron como pequeñas ampollas que aumentaron en número y tamaño, y algunas se habían roto de forma espontánea. Refirió leve prurito en la zona afectada.

**Examen físico dermatológico:** Se observaron múltiples erosiones rodeadas por un collarate de escama y escasas ampollas de contenido purulento, localizadas en ambas axilas (Figura 2).

## Caso 3

Paciente masculino de 26 años de edad, con antecedentes de episodios previos de lesiones ampollosas similares en la misma localización, que resolvieron de forma espontánea, sin alergias medicamentosas conocidas. Acudió a consulta por lesiones ampollosas en la axila derecha de 3 días de evolución, con características similares a los episodios previos, pero de mayor extensión. Refirió exposición prolongada a calor y humedad en su entorno laboral, asociada a sudoración excesiva. Refirió prurito leve en la zona afectada.

**Examen físico dermatológico:** Se observaron múltiples ampollas voluminosas y de contenido purulento, asociadas a mínimas costras y erosiones, localizadas en axila derecha (Figura 3).

## Caso 4

Paciente femenina de 26 años de edad, sin antecedentes patológicos relevantes ni alergias medicamentosas conocidas. Consultó por lesiones ampollosas en la axila izquierda de 5 días de evolución. Refirió que las lesiones aparecieron de forma súbita y se extendieron con rapidez, y asoció su aparición con sudoración excesiva debido a actividades domésticas y exposición a altas temperaturas ambientales.

**Examen físico dermatológico:** Se evidenciaron erosiones rodeadas por un collarate de escama y aisladas ampollas purulentas, localizadas en axila izquierda (Figura 4).

## Caso 5

Los artículos de la **Revista MedEst** se comparten bajo los términos de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional  
Email: [revmedest.mtz@infomed.sld.cu](mailto:revmedest.mtz@infomed.sld.cu) Sitio Web: [www.revmedest.sld.cu](http://www.revmedest.sld.cu)

Paciente masculino de 56 años de edad, sin antecedentes patológicos y sin alergias medicamentosas conocidas. Acudió a consulta por lesiones ampollosas en la axila derecha de 7 días de evolución. Refirió que las lesiones habían empeorado de forma progresiva, y asoció su aparición con haber trabajado en condiciones de alta temperatura y humedad, con sudoración profusa. Negó contacto con personas con lesiones similares y no había recibido tratamiento previo. Refirió leve picor y ardor en la zona afectada.

**Examen físico dermatológico:** Se apreciaron múltiples ampollas de contenido purulento y base eritematosa en axila derecha, que sobrepasan los límites de la región axilar, con discretas costras (Figura 5).



**Figura 1.** Múltiples ampollas de contenido purulento, sobre base eritematosa y con escasas costras localizadas en axila izquierda.



**Figura 2.** Múltiples erosiones rodeadas de un collar de escama y escasas ampollas purulentas, localizadas en ambas axilas.



**Figura 3.** Resaltan múltiples ampollas de gran tamaño y de contenido purulento, asociadas a mínimas costras y erosiones, localizadas en axila derecha.



**Figura 4.** En región axilar izquierda predominan erosiones rodeadas con collar de escama y aisladas ampollas purulentas.



**Figura 5.** Múltiples ampollas de contenido purulento y base eritematosa en axila derecha, que sobrepasan los límites de la región axilar, con discretas costras.

### Exámenes complementarios

A todos los pacientes se les realizó exudado bacteriológico del contenido purulento de las ampollas, procesadas en el laboratorio de microbiología del Hospital Universitario General Calixto García. En el 100 % de los casos (5/5), el cultivo microbiológico fue positivo, identificándose *Staphylococcus aureus* en todos los casos y

*Streptococcus pyogenes* (estreptococo betahemolítico del grupo A) en 3 de los 5 casos. El estudio de sensibilidad antimicrobiana mostró que las cepas aisladas fueron sensibles a cefalexina y gentamicina en la totalidad de los casos.

### Tratamiento y evolución

El tratamiento empleado en todos los casos consistió en un esquema combinado que integró medidas tópicas y sistémicas. Se utilizaron fomentos de romerillo fresco (*Bidens pilosa*), aplicados dos veces al día sobre las lesiones después de una limpieza suave, con el objetivo de aprovechar sus propiedades antibacterianas, antiinflamatorias y cicatrizantes; después, se aplicó una capa fina de gentamicina en crema al 0,1 % sobre las áreas afectadas, con una frecuencia de dos aplicaciones diarias. De forma adicional, como tratamiento sistémico, todos los pacientes recibieron cefalexina en cápsulas de 500 mg por vía oral, cada 6 horas, durante 7 días.

Como parte de las medidas complementarias, se recomendó mantener una higiene adecuada de la zona afectada, secar con cuidado para evitar la maceración, evitar la sudoración excesiva, usar ropa holgada y de algodón, y aislar a los pacientes del contacto directo con otras personas durante el período activo de las lesiones. Esta estrategia terapéutica resultó efectiva en todos los casos, y logró la resolución completa de las lesiones en un período de 8 a 12 días, sin complicaciones ni recurrencias durante el seguimiento.

### DISCUSIÓN

La Piosis de Mansoní es una variedad infrecuente del impétigo ampolloso, caracterizada por su localización típica en los pliegues, en especial en las axilas, tal como fue descrita al inicio por Simons. <sup>(6)</sup> La presente serie de 5 casos aporta evidencia sobre las características clínicas y epidemiológicas de esta entidad, y permite comparar los hallazgos con la escasa literatura disponible, tanto clásica como moderna.

### Características epidemiológicas

A diferencia del impétigo común, que afecta sobre todo a niños menores de 5 años, como señalan Zanoni y cols. <sup>(1)</sup>, Bansal y cols. <sup>(3)</sup> y Wiegeler y cols. <sup>(4)</sup>, la Piosis de Mansoní en esta serie se presentó en adultos jóvenes y de mediana edad, con edades comprendidas entre los 26 y 56 años. De manera similar a lo descrito por Rodríguez-Estupiñán y cols. <sup>(2)</sup> en su reporte de caso, el sexo masculino fue el más frecuente en esta serie.

## Características clínicas

Tal como describió Simons en su estudio clásico <sup>(6)</sup>, la axila fue la localización constante de las lesiones en todos los casos, lo que confirma que los pliegues, en especial las axilas, son el sitio característico de esta entidad. De igual forma, en el caso reportado por Rodríguez-Estupiñán y cols. <sup>(2)</sup>, las lesiones también se limitaron a la región axilar, sin afectación de las ingles ni de otras zonas intertriginosas.

Las lesiones observadas —ampollas flácidas de contenido purulento y borde en "collarete"— coinciden del todo con la descripción de Simons <sup>(6)</sup>, quien las definió como "ampollas del tamaño de un guisante, con contenido turbio o purulento, rodeadas a veces por una zona eritematosa". De igual modo, la presencia de erosiones en 4 de los 5 casos y de costras en 3 de ellos se ajusta a la evolución natural descrita por este autor, quien señalaba que, tras la rotura de la ampolla, "queda una erosión rodeada por un collarete de escamas". <sup>(6)</sup>

En cuanto a la sintomatología, la ausencia de síntomas sistémicos en todos los casos coincide con lo señalado por Simons <sup>(6)</sup>, quien enfatizó que "no hay picor ni síntomas generales". Sin embargo, en la presente serie, 3 pacientes refirieron prurito y uno de ellos también ardor, lo que difiere de la descripción clásica. En contraste, el caso reportado por Rodríguez-Estupiñán y colaboradores <sup>(2)</sup> se describe como asintomático, lo que se aproxima más a la descripción original de Simons. <sup>(6)</sup> Esta diferencia podría deberse a variaciones individuales en la percepción del prurito o a diferencias en la cepa bacteriana involucrada.

## Factores de riesgo

Todos los casos refirieron sudoración excesiva en los días previos a la aparición de las lesiones, asociada a exposición a altas temperaturas y humedad. Este hallazgo resulta consistente con la hipótesis fisiopatológica propuesta por Simons <sup>(6)</sup> y respaldada por los estudios de Sulzberger y Herrmann <sup>(7)</sup> sobre la obstrucción del conducto sudoríparo, lo que refuerza la teoría de que la retención del sudor desempeña un papel fundamental en la patogenia de la enfermedad. Esta asociación adquiere mayor relevancia si se considera que el impétigo es una infección con alta prevalencia en regiones tropicales y subtropicales <sup>(3-5)</sup>.

De igual forma, Rodríguez-Estupiñán y colaboradores <sup>(2)</sup> identificaron la "sudoración excesiva en dicha región a pesar del uso de desodorante" como factor asociado en su paciente, lo que subraya la

relevancia de este factor de riesgo. Asimismo, la mayor prevalencia del impétigo durante los meses de verano, documentada por Bansal y colaboradores <sup>(3)</sup> y Wiegele y colaboradores <sup>(4,5)</sup>, respalda la asociación de esta entidad con climas cálidos y húmedos, hallazgo que también se observó en la presente serie.

## Tratamiento y evolución

El tratamiento aplicado de fomentos de romerillo, gentamicina tópica y cefalexina oral fue efectivo en todos los casos, con resolución completa en un plazo de 8 a 12 días. Este resultado se asemeja a lo señalado por Simons <sup>(6)</sup>, quien describió una evolución de "dos o tres semanas sin tratamiento", lo que apunta a que la antibioticoterapia acelera la recuperación. De igual modo, Rodríguez-Estupiñán y colaboradores reportaron resolución en su paciente con un esquema similar de cefalexina oral y ácido fusídico tópico. <sup>(2)</sup>

La cefalexina se encuentra entre los antibióticos orales recomendados para el impétigo ampolloso, en particular en casos extensos o con lesiones múltiples. <sup>(10,12)</sup> La sensibilidad a cefalexina y gentamicina observada en todos los cultivos respalda la elección del esquema terapéutico empleado. Revisiones recientes confirman que los antibióticos betalactámicos, como la cefalexina, siguen como efectivos y constituyen una opción de primera línea. <sup>(10,12)</sup> Este abordaje se ajusta a las recomendaciones vigentes, que subrayan la importancia del tratamiento sistémico en infecciones extensas o recalcitrantes. <sup>(8-10,12)</sup>

Al igual que en los reportes clásicos de Simons <sup>(6)</sup> y Barth et al., <sup>(5)</sup> no se observaron complicaciones ni recurrencias durante el seguimiento en nuestra serie, lo que confirma el buen pronóstico de esta entidad.

## Aportes de la serie

La presente serie se diferencia de los reportes de caso previamente publicados <sup>(2,5,6)</sup> en que permite una caracterización más exhaustiva de la enfermedad: al abarcar un mayor número de pacientes, posibilita la identificación de patrones clínicos y ofrece una visión más integral de la evolución y la respuesta al tratamiento. Además, la confirmación microbiológica en todos los casos y la descripción detallada de la evolución clínica fortalecen la validez de estos hallazgos. En contraste con el reporte de Rodríguez-Estupiñán y colaboradores <sup>(2)</sup>, que se basa en el diagnóstico clínico y dermatoscópico sin confirmación microbiológica, esta serie cuenta con cultivos microbiológicos que confirman la etiología.

Esta serie de 5 casos de Piosis de Mansoní confirma las características clínicas descritas en la literatura clásica por autores como Simons <sup>(6)</sup>, aunque aporta nuevas observaciones sobre la sintomatología asociada y la etiología mixta (estafilococo y estreptococo). De manera similar a lo reportado previamente por Rodríguez-Estupiñán y colaboradores <sup>(2)</sup>, la localización axilar, la sudoración excesiva como factor de riesgo y la buena respuesta al tratamiento con antibióticos son hallazgos consistentes con nuestra serie.

Por otro lado, la presencia de prurito en 3 de los 5 casos y de ardor en 1 de ellos sugiere que la entidad puede presentar síntomas locales que no habían sido descritos previamente por Simons <sup>(6)</sup> ni por otros autores clásicos como Buist y colaboradores <sup>(5)</sup> y Castellani y Chalmers. <sup>(8)</sup>

La presente serie tiene limitaciones inherentes a su diseño observacional y al pequeño tamaño de la muestra. No se realizaron pruebas de tipificación molecular de las cepas bacterianas, lo que impide establecer relaciones filogenéticas. Tampoco se realizó un seguimiento a largo plazo para evaluar posibles recurrencias tardías. Sin embargo, la confirmación microbiológica y la descripción detallada de los casos constituyen fortalezas que aportan al conocimiento de esta entidad.

## CONCLUSIONES

La presente serie de 5 casos de Piosis de Mansoní confirma las características clínicas descritas en la literatura clásica, con localización axilar constante y buena respuesta al tratamiento combinado con cefalexina oral y gentamicina tópica. Se aportan nuevas observaciones sobre la presencia de prurito y ardor en algunos pacientes, así como la etiología mixta (*Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*) en la mayoría de los casos. La confirmación microbiológica en todos los casos y la resolución completa en 8 a 12 días sin complicaciones refuerzan el buen pronóstico de esta entidad. Se recomienda considerar la Piosis de Mansoní en el diagnóstico diferencial de lesiones ampollosas en pliegues de adultos con factores de riesgo como sudoración excesiva y exposición a climas cálidos y húmedos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barth DD, Daw J, Xu R, Enkel S, Pickering J, McRae T, et al. Modes of transmission and attack rates of group A Streptococcal infection: a protocol for a systematic review and meta-analysis. Syst Rev. 2021;10(1):90. doi: 10.1186/s13643-021-01641-5.

2. Rodríguez-Estupiñán AC, Peña-Chaparro DA, Fonseca-López FF, Martínez-Jiménez MA. Piosis de Mansoní: correlación clínica y dermatoscópica de un caso. *Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dermatol*. 2025;33(4). doi: 10.29176/2590843X.2041.
3. Bansal R, Gupta A, Sharma P, Kumar V, Singh S. Prevalence and determinants of impetigo in rural and urban communities: a cross-sectional study. *Indian J Dermatol*. 2025;70(2):112-8. doi: 10.4103/ijd.ijd\_124\_24.
4. Wiegele S, McKinnon E, van Schaijik B, Enkel S, Noonan K, Bowen AC, et al. The epidemiology of superficial Streptococcal A (impetigo and pharyngitis) infections in Australia: a systematic review. *PLoS One*. 2023;18(11):e0288016. doi:10.1371/journal.pone.0288016.
5. Barth DD, Mullane MJ, Sampson C, Chou C, Pickering J, Nicol MP, Davies MR, Carapetis J, Bowen AC. Missing Piece Study protocol: prospective surveillance to determine the epidemiology of group A streptococcal pharyngitis and impetigo in remote Western Australia. *BMJ Open*. 2022;12(4):e057296. Published 2022 Apr 6. doi:10.1136/bmjopen-2021-057296
6. Simons RDG. Studies on Pyosis Mansoní or Impetigo bullosa tropica. *Dermatologica*. 1946;93(4):189-94. doi: 10.1159/000255856.
7. Sulzberger MB. The clinical significance of certain disturbances in sweating. *Dermatologica*. 1956 Mar;112(3):161-88. doi: 10.1159/000256313. PMID: 13330405.
8. Giacobbe DR, Dettori S, Corcione S, Vena A, Sepulcri C, Maraolo AE, et al. Emerging treatment options for acute bacterial skin and skin structure infections and bloodstream infections caused by *Staphylococcus aureus*: a comprehensive review of the evidence. *Infect Drug Resist*. 2022;15:2137-57. doi: 10.2147/IDR.S318322.
9. Thomas A, Almsallaty N, Chalati T, Boateng J, Buanz A, Totea AM. Role of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in cutaneous infections: current treatments and therapeutic approaches for future advancement. *Int J Pharm*. 2025;684:126030. doi: 10.1016/j.ijpharm.2025.126030.
10. Trang DT, Buck EC, Schoenherr DT. Impetigo: rapid evidence review. *Am Fam Physician*. [Internet] 2026 [citado 10/07/2026];113(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41839109/>

11. Brazel M, Desai A, Are A, Motaparathi K. Staphylococcal Scalded Skin Syndrome and Bullous Impetigo. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(11):1157. Published 2021 Oct 24. doi:10.3390/medicina57111157

12. Amgarth-Duff I, Thomas H, Ricciardo BM, Anderson L, Stephens M, Currie BJ, et al. Systematic review of the evidence for treatment and management of common skin conditions in resource-limited settings: An update. *Trop Med Int Health*. 2024 Nov;29(11):923-950. doi: 10.1111/tmi.14047.

### DECLARACIÓN DE AUTORÍA

**ARM:** Conceptualización, investigación, metodología, validación, redacción del borrador original, revisión, edición.

**GFG:** Conceptualización, investigación, redacción del borrador original, revisión, edición.

**APL:** Conceptualización, investigación, redacción del borrador original, revisión, edición.

### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

### FUENTES DE FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.

### USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaran que no se ha utilizado inteligencia artificial generativa en la redacción del manuscrito, ni en la elaboración de figuras, tablas o análisis de datos.

La presente presentación de caso se ha elaborado siguiendo las recomendaciones de la guía CARE (CAse REport).