

References

1. Wong VK, Turmezei TD, Weston VC. Actinomycosis. BMJ. 2011;343:d6099.
2. Könönen E, Wade WG. Actinomyces and related organisms in human infections. Clin Microbiol Rev. 2015;28:419–42.
3. Sabbe LJ, Van de Merwe D, Schouls L, Bergmans A, Vaneechoutte M, Vandamme P. Clinical spectrum of infections due to the newly described *Actinomyces* species *A. turicensis*, *A. radingae*, and *A. europaeus*. J Clin Microbiol. 1999;37:8–13.
4. Attar KH, Waghorn D, Lyons M, Cunick G. Rare species of *Actinomyces* as causative pathogens in breast abscess. Breast J. 2007;13:501–5.
5. Abdulrahman GO, Gateley CA. Primary actinomycosis of the breast caused by *Actinomyces turicensis* with associated *Peptoniphilus harei*. Breast Dis. 2015;35:45–7.
6. Clarridge JE, Zhang Q. Genotypic diversity of clinical *Actinomyces* species: phenotype, source and disease correlation among genospecies. J Clin Microbiol. 2002;40:3442–8.
7. Clinical and Laboratory Standards Institute. Performance standards for antimicrobial susceptibility testing. Approved standard. Document M100S. 26th ed. Wayne, PA: CLSI; 2016.
8. Valour F, Sénéchal A, Dupieux C, Karsenty J, Lustig S, Breton P, et al. Actinomycosis: etiology, clinical features, diagnosis, treatment, and management. Infect Drug Res. 2014;7:183–97.
9. Steining C, Willinger B. Resistance patterns in clinical isolates of pathogenic *Actinomyces* species. J Antimicrob Chemother. 2016;71:422–7.
10. Barberis C, Budia M, Palombarani S, Rodriguez CH, Ramirez MS, Arias B, et al. Antimicrobial susceptibility of clinical isolates of *Actinomyces* and related genera reveals an unusual clindamycin resistance among *Actinomyces urogenitalis* strains. J Glob Antimicrob Resist. 2017;18:115–20.

Fernando Cobo

Department of Microbiology, Instituto Biosanitario de Granada,
Hospital Virgen de las Nieves, Granada, Spain

E-mail address: fernando.cobo.sspa@juntadeandalucia.es

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2017.09.014>

0213-005X/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. All rights reserved.

Tratamiento con dalbavancina en paciente con tromboflebitis séptica yugular por *Staphylococcus aureus* tras la inserción de un desfibrilador automático implantable



Treatment with dalbavancin in a patient with septic thrombophlebitis of the internal jugular vein due to *Staphylococcus aureus* after insertion of an implantable cardioverter defibrillator

Las infecciones de dispositivos de electroestimulación cardíaca conllevan un tratamiento intravenoso prolongado con las complicaciones derivadas de ello. En los pacientes con electroestimulación cardíaca, la bacteriemia por *Staphylococcus aureus* se asocia con una alta morbilidad¹. El tratamiento antibiótico definitivo debe basarse en las recomendaciones para endocarditis. Es común el fracaso terapéutico².

Presentamos un caso de bacteriemia por *S. aureus* sensible a meticilina (SAMS) en un paciente portador de un desfibrilador automático implantable (DAI) con tromboflebitis séptica yugular, tratado con dalbavancina. Este antibiótico ofrece ventajas posológicas y ha mostrado su actividad en bacteriemia y en infecciones de cuerpo extraño, aunque todavía no se ha aprobado su uso para estas indicaciones.

Se trata de un varón de 46 años hospitalizado para estudio de dolor torácico con antecedente de infarto agudo de miocardio hacía 6 meses y colocación de DAI por vía subclavia izquierda 2 semanas antes del presente ingreso. El segundo día de hospitalización presentó episodio de fiebre de 39°C asociado a flebitis en vía venosa periférica. Se inició tratamiento con amoxicilina-clavulánico, pasando tras la primera dosis a 2 g de cloxacilina intravenosa cada 6 h al objetivar en 2/2 hemocultivos crecimiento de SAMS. Se realizó ecocardiograma transtorácico y transesofágico que no mostró endocarditis ni infección del cable del DAI. Dada la bacteriemia por *S. aureus*, se solicitó valoración de retirada del dispositivo por Cardiología, que se desestimó inicialmente por considerar que existían riesgos derivados de la intervención que no se podrían asumir en nuestro centro. Tras 3 días de antibioterapia persistía la fiebre y se aisló de nuevo SAMS en hemocultivo, por lo que se asoció 10 mg/kg de daptomicina cada 24 h al tratamiento anterior. Se solicitó tomografía axial computarizada cervicotorácica que mostró hallazgos compatibles con trombosis de la vena yugular interna izquierda que se extendía al seno sigmoide y embolias sépticas pulmonares bilaterales (fig. 1). Se decidió suspender

cloxacilina e iniciar cefazolina (2 g/8 h) para evitar al máximo la manipulación de la vía venosa, manteniendo daptomicina. Tras 3 días de tratamiento, el paciente presentó nuevo episodio de flebitis, con imposibilidad para canalizar nuevo acceso venoso periférico. Debido a la necesidad de antibioterapia intravenosa durante 6 semanas, dada la posibilidad de infección de cable del DAI y considerando la dificultad para el mantenimiento del acceso venoso, se decidió suspender el tratamiento e iniciar 1.500 mg de dalbavancina cada 2 semanas, durante 6 semanas en total. Se realizó de forma ambulatoria, con excelente evolución clínica y analítica. Se solicitaron hemocultivos de control hasta la semana 12 post-tratamiento, que resultaron estériles, y se realizó PET-TAC al final del tratamiento, sin captación en el cable ni en las válvulas cardíacas, con disminución del tamaño de la trombosis y resolución completa de las lesiones pulmonares.

La dalbavancina es un lipopéptido aprobado para tratamiento de infecciones de piel y partes blandas. Ofrece ventajas posológicas dada su prolongada vida media³, permite su administración semanal intravenosa y existen estudios que muestran eficacia similar en pautas de dosis única de 1.500 mg⁴. Si bien la única indicación aprobada por la FDA/EMA es la infección de piel y partes blandas, existen datos que muestran su actividad a otros niveles. Un ensayo clínico de fase 2 en pacientes con bacteriemia relacionada con catéter mostró una tasa de éxito global de dalbavancina superior a la de vancomicina (87 vs. 50%)⁵. Hay estudios en modelos animales de endocarditis por *S. aureus* que muestran que dalbavancina presenta mayor actividad que teicoplanina y vancomicina⁶, y otros estudios muestran su actividad en infecciones de cuerpo extraño por *S. aureus*⁷ y en infecciones asociadas a dispositivos subcutáneos⁸. Trabajos recientes demuestran eficacia en la reducción *in vitro* de biofilms a concentraciones que pueden obtenerse fácilmente *in vivo*⁹, lo que apoya los hallazgos previos publicados del probable potencial de este fármaco en el tratamiento de las infecciones asociadas a dispositivos. En el caso de nuestro paciente, en el que de manera excepcional no se retiró el dispositivo, dalbavancina se ha mostrado eficaz en el control de la infección, sin efectos adversos. Gracias a la pauta utilizada se ha evitado el riesgo y el coste sanitario que hubiera supuesto un ingreso prolongado.

Queda de manifiesto el probable papel que este antibiótico puede jugar en las infecciones intravasculares y de cuerpo extraño, lo que abre nuevas opciones terapéuticas en el ámbito extra-hospitalario, si bien se necesitan estudios que comprueben esta hipótesis.

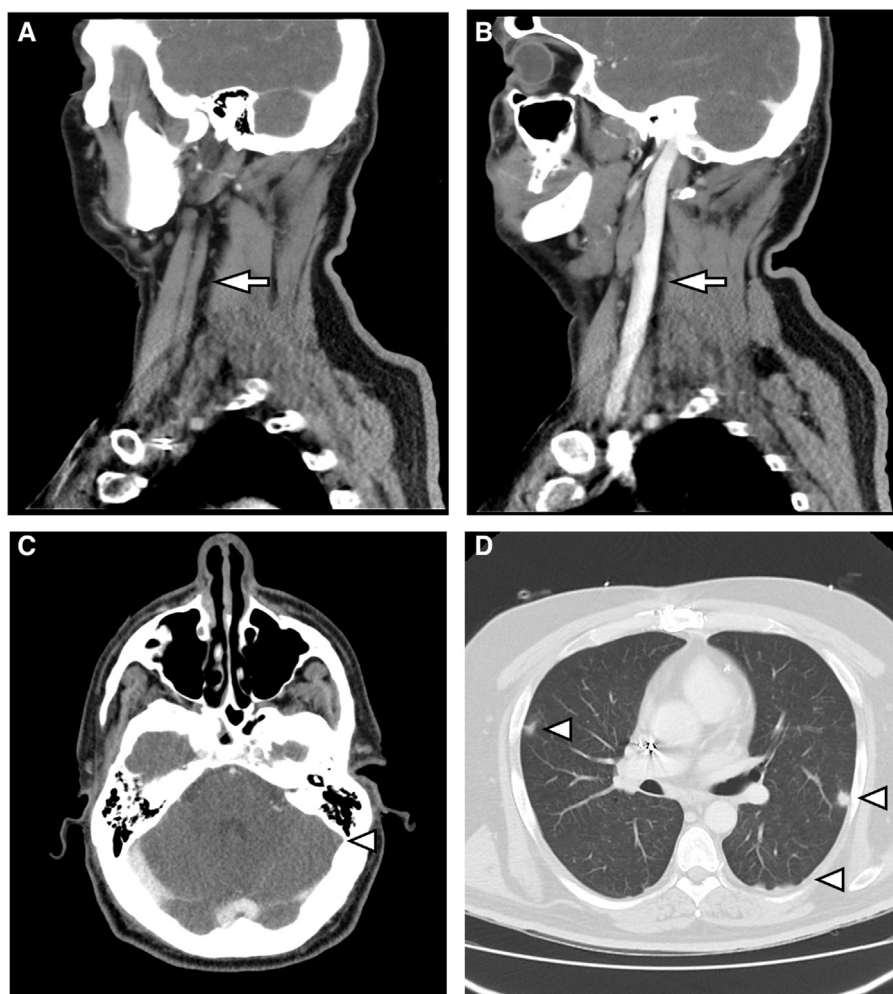


Figura 1. A) Reconstrucción sagital de TCMD con contraste intravenoso. Ausencia de flujo en la vena yugular interna izquierda (flecha). B) Se compara con la vena yugular interna contralateral bien replecionada (flecha). C) TCMD con contraste intravenoso. Ausencia de flujo en seno sagital (punta de flecha). D) TCMD con ventana de pulmón. Se observan múltiples nódulos parenquimatosos de distribución periférica (puntas de flecha).

Bibliografía

1. Chamis AL, Peterson GE, Cabell CH, Corey GR, Sorrentino RA, Greenfield RA, et al. *Staphylococcus aureus* bacteremia in patients with permanent pacemakers or implantable cardioverter-defibrillators. *Circulation*. 2001;104:1029.
2. Baddour LM, Epstein AE, Erickson CC, Knight BP, Levison ME, Lockhart PB, et al. Update on cardiovascular implantable electronic device infections and their management: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2010;121:458.
3. Saravolatz L, Billeter M, Zervos M, Chen A, Dalovisio J, Kurukularatne C. Dalbavancin: A novel once-weekly lipoglycopeptide antibiotic. *Clin Infect Dis*. 2008;46:577–83.
4. Dunne MW, Puttagunta S, Giordano P, Krievins D, Zelasky M, Baldasarre J. A randomized clinical trial of single-dose versus weekly dalbavancin for treatment of acute bacterial skin and skin structure infection. *Clin Infect Dis*. 2016;62:545.
5. Raad I, Darouiche R, Vazquez J, Lentnek A, Hachem R, Hanna H, et al. Efficacy and safety of weekly dalbavancin therapy for catheter-related bloodstream infection caused by gram-positive pathogens. *Clin Infect Dis*. 2005;40:374–80.
6. Lefort A, Pavie J, Garry L, Chau F, Fantin B. Activities of dalbavancin in vitro and in a rabbit model of experimental endocarditis due to *Staphylococcus aureus* with or without reduced susceptibility to vancomycin and teicoplanin. *Antimicrob Agents Chemother*. 2004;48:1061–4.
7. Baldoni D, Furustrand T, Tiffin U, Aeppli S, Angevaere E, Oliva A, Haschke M, et al. Activity of dalbavancin, alone and in combination with rifampicin, against methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a foreign-body infection model. *Int J Antimicrob Agents*. 2013;42:220–5.
8. Darouiche RO, Mansouri MD. Dalbavancin compared with vancomycin for prevention of *Staphylococcus aureus* colonization of devices in vivo. *J Infect*. 2005;50:206–9.
9. Knafl D, Tobudic S, Cheng SC, Bellamy DR, Thalhammer F. Dalbavancin reduces biofilms of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) and methicillin-resistant *Staphylococcus epidermidis* (MRSE). *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2017;36:677–80.

Javier Martínez-Sanz^{a,*}, Luis Gijón de la Santa^b y Miguel Torralba^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

^b Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javier.jmas@gmail.com (J. Martínez-Sanz).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2017.10.002>
0213-005X/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.