

El curso de la enfermedad es generalmente benigno con recuperación completa, aunque no es infrecuente que asocie comorbilidad relacionada con la dificultad para la deglución (deshidratación, pérdida de peso) y alteraciones neuropsiquiátricas⁷. En hasta el 10% de los casos pueden aparecer secuelas mucosas, fundamentalmente oculares⁴. Las recurrencias son infrecuentes, aunque existe variabilidad entre las distintas series tanto en prevalencia (8–38% de los casos)^{5,8} como en características clínicas predisponentes^{8,9}. Los episodios recurrentes se asocian con tiempos de recuperación más cortos y un menor o igual grado de afectación mucosa en comparación con los episodios iniciales¹⁰.

Con respecto al tratamiento, no existen actualmente directrices claras, siendo fundamentalmente de soporte, priorizando asegurar la nutrición e hidratación, la protección de mucosas y el control del dolor. Si la afectación de mucosas es extensa se pueden administrar corticoides sistémicos (prednisona/metilprednisolona 1 mg/kg/día durante 5–7 días)⁷. Aunque se recomienda el uso de antibióticos, no hay evidencia a este respecto, ya que, si bien reducen las complicaciones infecciosas, su papel en la evolución de las lesiones mucocutáneas es desconocido⁵. También se han empleado inmunoglobulinas por vía intravenosa, ciclosporina o inhibidores TNF- α , aunque no hay evidencia que los avale².

Financiación

No financiación.

Conflicto de intereses

No conflicto de intereses.

Bibliografía

- Ramien ML, Bruckner AL. Mucocutaneous eruptions in acutely ill pediatric patients—Think of *Mycoplasma pneumoniae* (and other infections) first. JAMA Dermatol; 156: 124–125. 10.1001/jamadermatol.2019.3589.
- Meyer Sauter PM, Theiler M, Buettcher M, Seiler M, Weibel L, Berger C. Frequency and clinical presentation of mucocutaneous disease due to *Mycoplasma*

- pneumoniae* infection in children with community-acquired pneumonia. JAMA Dermatol; 156: 144–150. 10.1001/jamadermatol.2019.3602.
- Wang WY, Hu SCS. *Mycoplasma pneumoniae*-associated reactive infectious mucocutaneous eruption sine rash. Am J Med. 2024;137:e111–2, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2024.02.008>.
- Canavan TN, Mathes EF, Frieden I, Shinkai K. *Mycoplasma pneumoniae*-induced rash and mucositis as a syndrome distinct from Stevens-Johnson syndrome and erythema multiforme: a systematic review. J Am Acad Dermatol. 2015;72:239–45, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2014.06.026>.
- Daxboeck F, Krause R, Wenisch C. Laboratory diagnosis of *Mycoplasma pneumoniae* infection. Clin Microbiol Infect. 2003;9:263–73, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1469-0691.2003.00590.x>.
- Ramien ML. Reactive infectious mucocutaneous eruption: *Mycoplasma pneumoniae*-induced rash and mucositis and other parainfectious eruptions. Clin Exp Dermatol. 2021;46:420–9, <http://dx.doi.org/10.1111/ced.14404>.
- Maredia H, Eseonu A, Grossberg AL, Cohen BA. Recurrent *Mycoplasma pneumoniae*-associated reactive infectious mucocutaneous eruption responsive to systemic steroids: A case series. JAAD Case Rep. 2021;11:139–43, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jidcr.2021.03.009>.
- Liakos W, Xu A, Finelt N. Clinical features of recurrent *Mycoplasma pneumoniae*-induced rash and mucositis. Pediatr Dermatol. 2021;38:154–8, <http://dx.doi.org/10.1111/pde.14472>.
- Pan CX, Hussain SH. Recurrent reactive infectious mucocutaneous eruption: A retrospective cohort study. J Am Acad Dermatol. 2023;89:361–4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2023.03.027>.
- Olson D, Abbott J, Lin C, Prok L, Dominguez SR. Characterization of children with recurrent episodes of Stevens Johnson syndrome. J Pediatric Infect Dis Soc. 2017;6:e140–3, <http://dx.doi.org/10.1093/jpids/piw085>.

Antonio Bustos-Merlo*, Ana Peragón-Ortega,
Antonio Rosales-Castillo y Pedro Alberto Alarcón-Blanco

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: antonibustosmerlo@gmail.com
(A. Bustos-Merlo).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2024.10.004>

0213-005X/ © 2024 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Endocarditis infecciosa por *Achromobacter xylosoxidans* después de implante de válvula aórtica percutánea: a propósito de un caso



Infective endocarditis due to *Achromobacter xylosoxidans* after percutaneous aortic valve implantation: a case report

Sr. Editor:

El implante valvular transaórtico (TAVI) es el tratamiento de elección en estenosis aórticas graves sintomáticas no candidatas a cirugía, con esperanza de vida > 1 año¹. La endocarditis infecciosa (EI) post-TAVI (E-TAVI) es una complicación grave e infrecuente con elevada mortalidad. Su incidencia es mayor durante el primer año, con una ratio de incidencia frente al recambio quirúrgico de 0,69 (p = 0,0011)^{2,3}. Los microorganismos más frecuentes son *Enterococcus* spp., *Staphylococcus coagulans* negativos y *Staphylococcus aureus*, siendo poco frecuentes los gramnegativos^{3–5}.

Presentamos el caso de una mujer de 74 años intervenida por insuficiencia aórtica grave mediante TAVI 3 meses antes en Marruecos que ingresó por fiebre persistente sin foco. En la analítica destacaba una proteína C reactiva (PCR) de 133,80 mg/L,

sin leucocitosis ni otros reactantes de fase aguda. En 3/3 hemocultivos procesados mediante el sistema Bact/Alert 3D de Biomérieux se aisló *Achromobacter xylosoxidans*. Se realizaron ecocardiograma transtorácico (ETT) y transefagógico (ETE) que descartaron EI, pautando tratamiento según antibiograma con piperacilina/tazobactam 4 g/500 mg/8 h. La paciente quedó afebril, con cultivos de control negativos y fue dada de alta tras 12 días de antibioterapia.

A la semana reingresó por persistencia de fiebre. En la analítica no había leucocitosis pero persistía aumento de PCR (257,40 mg/L) y procalcitonina (1,77 ng/mL). En los hemocultivos se aisló nuevamente *A. xylosoxidans*. Se realizó una tomografía por emisión de positrones (PET-TC) y se repitió la ETE sin hallazgos compatibles con EI, pero ante la alta sospecha se pautó antibioterapia con imipenem 1 g/8 h y se comentó el caso en comité (Endocarditis team) que, dada la persistencia de hemocultivos positivos pese a antibioterapia dirigida y debido a la virulencia del microorganismo aislado con una alta tasa de recurrencia, decidió cirugía como la opción más segura.

Se realizó explante de la TAVI bajo circulación extracorpórea y clampaje aórtico. Tras la aortotomía, a la inspección la TAVI pre-



Figura 1. Verrugas sobre TAVI.

sentaba verrugas en la cara ventricular de los velos, que no se visualizaban en la ETE por la sombra del *stent* de la TAVI (fig. 1).

Se procedió a explantar la TAVI Accurate neo 23 con la técnica de doble Kocher. Se resecó la válvula nativa y se inspeccionó el anillo aórtico que estaba íntegro sin abscesos ni desgarros. Se implantó una prótesis sin sutura Perceval L sin incidencias.

El material explantado se cultivó tras sonicación y centrifugación en placas agar sangre, agar MacConkey, agar chocolate, agar CNA, medios para anaerobios y hongos, obteniéndose crecimiento de *A. xylosoxidans*.

La paciente quedó afebril tras la intervención, presentó buena evolución clínica y fue dada de alta completando 6 semanas de piperacilina/tazobactam 12 g/1,5 mg/día en infusión continua intravenosa. Los hemocultivos de control al alta y al mes fueron negativos. Estuvo en seguimiento por la Unidad de Enfermedades Infecciosas durante 6 meses hasta que dejó de acudir a consulta permaneciendo asintomática todo este tiempo.

A. xylosoxidans es un bacilo gramnegativo aerobio no fermentador que se encuentra en el medio ambiente y en la microbiota intestinal⁵ y que se ha descrito como patógeno oportunista

capaz de producir infecciones como meningitis, neumonía o endocarditis, especialmente en inmunodeprimidos. El perfil de sensibilidad es de alta tasa de resistencia a cefalosporinas, quinolonas y aminoglucósidos y buena sensibilidad a carbapenemas y a piperacilina/tazobactam⁶.

A propósito de este caso hemos revisado la bibliografía publicada sobre EI por *A. xylosoxidans*^{7–10}. De los 28 casos encontrados, 9 fueron endocarditis sobre válvulas protésicas, ninguna sobre TAVI. De estos 9 casos, 6 requirieron cirugía con sólo un *exitus* en el postoperatorio inmediato y los 3 restantes, tratados exclusivamente con tratamiento médico, fallecieron^{7–9}. El tratamiento se basó en carbapenémicos o piperacilina/tazobactam, con o sin cotrimoxazol. Sólo en un caso se utilizó cefiderocol en segunda línea¹⁰.

El diagnóstico por imagen de E-TAVI es más difícil que el de la EI sobre válvula nativa o protésica, por lo que una bacteriemia persistente sin foco en un paciente con TAVI nos debe hacer pensar en E-TAVI aunque las pruebas de imagen sean negativas^{3–5}. En nuestro caso ninguna de las pruebas de imagen realizadas fue concluyente, siendo el diagnóstico intraoperatorio y confirmándose con el cultivo positivo para *A. xylosoxidans*.

La endocarditis por *A. xylosoxidans* tiene elevada mortalidad independientemente del tipo de válvula afectada (protésica o nativa). No existen casos publicados de E-TAVI por este microorganismo ni recomendaciones sobre su manejo, aunque la experiencia tras revisar la literatura sugiere que el tratamiento quirúrgico ofrece mayor posibilidad de supervivencia que el tratamiento médico exclusivo^{7–10}.

Financiación

Las autoras declaran que no han recibido financiación para la realización de este estudio.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Avanzas P, Pascual I, Del Valle R, Morís C. Indicaciones del TAVI ¿En qué se basan? Rev Esp Cardiol Supl. 2015;15:27–35, [http://dx.doi.org/10.1016/S1131-3587\(15\)30021-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1131-3587(15)30021-2).
2. De Palo M, Scicchitano P, Malvindi PG, Paparella D. Endocarditis in patients with aortic valve prosthesis: comparison between surgical and transcatheter prosthesis. Antibiotics. 2021;10:50, <http://dx.doi.org/10.3390/antibiotics10010050>.
3. Delgado V, Ajmone Marsan N, De Waha S, Bonaros N, Brida M, Burri H, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. Eur Heart J. 2023;44:3948–4042, <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehad193>.
4. Khan A, Aslam A, Satti KN, Ashiq S. Infective endocarditis post-transcatheter aortic valve implantation (TAVI), microbiological profile and clinical outcomes: A systematic review. PLoS One. 2020;15:e0225077, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0225077>.
5. Tinica G, Tarus A, Enache M, Artene B, Rotaru I, Bacusca A, et al. Infective endocarditis after TAVI: a meta-analysis and systematic review of epidemiology, risk factors and clinical consequences. Rev Cardiovasc Med. 2020;21:263–74, <http://dx.doi.org/10.31083/j.rcm.2020.02.68>.
6. Isler B, Kidd TJ, Stewart AG, Harris P, Paterson DL. *Achromobacter* Infections and treatment options. Antimicrob Agents Chemother. 2020;64:e01025–1120, <http://dx.doi.org/10.1128/AAC.01025-20>.
7. Janga C, Kramer M, Naeem I, Checchio L, Qamar Z. A rare case of autopsy proven: *Achromobacter xylosoxidans* endocarditis involving tricuspid valve: a case report. Cureus. 2023;15:e38118, <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.38118>.
8. Channaoui A, Dubus M, Mathieu F, Noirhomme S, Fontaine R. Early *Achromobacter xylosoxidans* endocarditis after the valvular mitral replacement complicated by an agranulocytosis on beta-lactams: a case report. Cureus. 2023;15:e46045, <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.46045>.
9. Kengni Tameze J, Korpak K, Compagnie M, Levie H, Cherifi S, Lali SE. Mitral endocarditis caused by *Achromobacter xylosoxidans* in an older patient: Case report and literature review. IDCases. 2022;27:e01421, <http://dx.doi.org/10.1016/j.idcr.2022.e01421>.
10. La Bella G, Salvato F, Minafra GA, Bottalico IF, Rollo T, Barbera L, et al. Successful treatment of aortic endocarditis by *Achromobacter xylosoxidans* with cefiderocol combination therapy in a non-Hodgkin lymphoma

patient: case report and literature review. *Antibiotics*. 2022;11:1686, <http://dx.doi.org/10.3390/antibiotics11121686>.

Amparo Bufoꖁn Pascual^{a,*}, José Albors Mart n^b, Coral Llopi  Ruiz^c y Adriana Hernández Belmonte^{a,d}

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, Alicante, España
^b Servicio de Ciru a Cardiac , Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, Alicante, España
^c Servicio de Microbiología, Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, Alicante, España

^d Health Sciences PhD Program, Universidad Católica de Murcia UCAM, Guadalupe, Murcia, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: amparobupa@gmail.com (A. Bufoꖁn Pascual).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2024.11.004>
0213-005X/  2024 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Parvovirus B19 and central nervous system: A case series



Parvovirus B19 y sistema nervioso central: una serie de caso

Dear Editor,

Human parvovirus B19 causes “Fifth Disease,” which typically presents as a facial rash in children.^{1,2} Neurological complications such as encephalitis, seizure syndromes, altered consciousness, meningitis, ataxia, neuropathies, Guillain-Barré syndrome and myelitis may occur.^{3–6}

Recently, parvovirus B19 have increased across Europe.^{7–10} Our study intends to focus in these infections, particularly central nervous system (SNC) infections, at Hospital Cl nico San Carlos (Madrid, Spain) from January 1 to June 30, 2024, comparing results with the same period in 2023. Using IgM value (Parvovirus VIRCLIA IgM Monotest, VIRCELL) as a marker of acute infection, an increase in cases was observed, particularly in June (Fig. 1).

Of the 77 cases identified at our institution in 2024, five patients exhibited neurological symptoms. PCR analysis of cerebrospinal fluid (CSF) confirmed B19 infection in all cases, with Ct values between 5 and 39. Detailed descriptions of these cases, both adult and pediatric, are provided.

Adults, case 1. A 42-year-old male presented with fever, headache and muscular pain in the cervicodorsal region. He had no history of immunosuppression, but his wife was hospitalized for meningococcal meningitis. Empirical treatment with ceftriaxone, vancomycin, and acyclovir was initiated.

CSF with 305 nucleated cells/ μ L, 99% mononuclear cells, glucose of 49 mg/dl, and protein levels of 113 mg/dl. Multiplex PCR in the CSF detected parvovirus with a Ct20 and HSV Type II with a Ct35. Serum PCR for parvovirus was positive with a Ct5.

Four days later, second lumbar puncture confirmed parvovirus with a Ct of 5 and seroconversion. The patient was discharged after clinical stabilization.

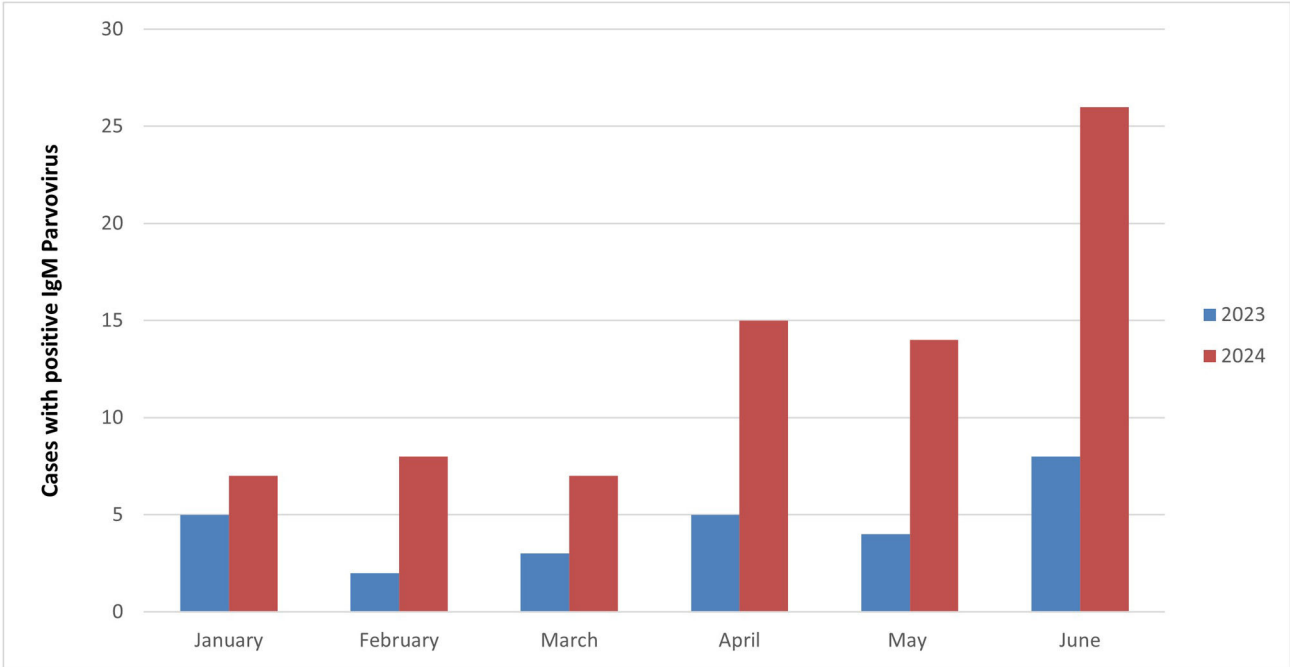


Fig. 1. Evolution of acute parvovirus B19 infections comparing January–June 2023 with January–June 2024.