



## I-223 - DALBAVANCINA EN PIE DIABÉTICO: ¿ESTAMOS ANTE UN NUEVO PARADIGMA EN EL ESQUEMA DE ABORDAJE DE TRATAMIENTO?

A. Arnaiz García<sup>1</sup>, M. Pajarón Guerrero<sup>2</sup>, J. Ortiz Segura<sup>3</sup>, J. Arnaiz García<sup>4</sup>, A. Sarralde Aguayo<sup>5</sup>, S. Fernández Rubio<sup>6</sup>, E. Arnaiz García<sup>7</sup> y M. Fernández Sampedro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, <sup>2</sup>Unidad de Hospital de Día, <sup>3</sup>Traumatología y Ortopedia, <sup>5</sup>Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). <sup>4</sup>Radiodiagnóstico, <sup>6</sup>Farmacia Hospitalaria. Clínica Mompía, S.A.U. Santa Cruz de Bezana (Cantabria). <sup>7</sup>Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

### Resumen

**Objetivos:** Dalbavancina (DBV) es un nuevo lipoglucopeptido semisintético con 2 propiedades distintivas del resto de miembros de su familia de antibióticos: una actividad intrínseca mayor y una vida media muy prolongada que posibilita una posología semanal o bisemanal de forma ambulatoria (H. Día o H. Domiciliaria) con dosis de 1.000 o 500 mg, respectivamente. Ya que no se recoge en ficha técnica del fármaco la indicación de pie diabético (PD) y la bibliografía al respecto es inexistente, quisimos caracterizar el uso de DBV en un grupo de pacientes diagnosticados de pie diabético.

**Material y métodos:** Descripción de la serie de pacientes diagnosticados de PD, que recibieron DBV, desde su comercialización hasta abril de 2018, en el Hospital U. Marqués de Valdecilla y en la Clínica Mompía (Cantabria).

**Resultados:** Paciente 1: varón de 58 años, con antecedentes de arteriopatía periférica y DM2 insulino dependiente de 10 años de evolución. Diagnosticada de osteomielitis (OM) del 4º dedo del pie derecho, con trayecto fistuloso a piel. En cultivos del exudado se aislaba un *S. aureus* meticilín-sensible, iniciándose tratamiento vía oral con clindamicina (300 mg/8h) y levofloxacino (500 mg/24h), que fue sustituido a las 4 semanas por DBV ante persistencia de elevación de reactantes de fase aguda e intolerancia digestiva. DBV fue administrada en H. Día (1.000 mg en dosis inicial, seguido de 500 mg/7 días, 2 semanas), mostrando al final del tratamiento normalización de los parámetros analíticos, sin evidencia de efecto adverso alguno. A la finalización del tratamiento, la fistula estaba cerrada. Tras seis meses de seguimiento, el paciente fue dado de alta. Paciente 2: mujer de 64 años, con antecedente de DM tipo 2, con mal control metabólico y diagnóstico de OM del 1º dedo del pie izquierdo por contigüidad, aislándose en los cultivos profundos de la misma un *S. epidermidis*. A pesar de tratamiento empírico con amoxicilina-clavulánico durante 3 semanas, persistían los signos inflamatorios, por lo que se decide cambio a DBV (dosis inicial de 1.000 mg, seguido de 500 mg/7 días, 2 semanas). No se produjo efecto adverso alguno asociado a la administración, mostrando al alta regresión de la sintomatología inflamatoria y normalización de los parámetros analíticos. Paciente Nº 3: varón de 87 años, con antecedentes de artritis reumatoide y arteriopatía periférica no revascularizable, que fue diagnosticado de OM del primer dedo del pie

izquierdo, con fistulización a superficie. En los cultivos, se aislaba *S. aureus* meticilín-resistente, decidiéndose tratamiento antibiótico con cotrimoxazol durante 8 semanas, que debido a leve deterioro renal (ClCr 40 ml/min), se decide cambiar a DBV (1.000 mg, seguidos de tres dosis semanales de 500 mg). Durante el seguimiento no se produjo empeoramiento de la función renal ni hepática, así como ningún otro efecto adverso. El paciente falleció a los 6 meses, sin relación alguna con la administración del fármaco.

*Discusión:* En nuestra serie de pacientes se decide administrar tratamiento ambulatorio con DBV fundamentalmente para simplificar los tratamientos y ante aparición de efectos adversos con los previos. Su semivida de eliminación hace a DBV un antibiótico singular y permite diseñar nuevas estrategias de tratamiento que facilitan altas hospitalarias precoces sin necesidad de accesos vasculares y con garantía de cumplimiento terapéutico.

*Conclusiones:* Aunque no hay experiencia clínica publicada con DBV en PD, su mecanismo de acción, posología y perfil bajo de efectos adversos, debe ser considerado sobre todo en el tratamiento de infecciones que precisan tratamientos antibióticos prolongados.