

## Carta al Director

Abel Trujillano Ruiz<sup>1</sup>  
Javier Mesquida Riera<sup>2</sup>  
M. Amparo Serrano Fabiá<sup>1</sup>  
Elena Riera Pérez<sup>2</sup>  
Alexandra Mejía Benard<sup>3</sup>  
M. Dolors Taberner Ferrer<sup>3</sup>

# Tratamiento prolongado con dalbavancina en infección protésica de cadera por *Staphylococcus epidermidis* resistente a meticilina

<sup>1</sup>Servicio de Farmacia, Hospital de Manacor.

<sup>2</sup>Servicio de Microbiología, Hospital de Manacor.

<sup>3</sup>Unidad de Convalecencia de Felanitx.

### Article history

Received: 28 November 2018; Revision Requested: 20 December 2018; Revision Received: 23 December 2018; Accepted: 18 January 2019

Sr. Editor: Dalbavancina es un antibiótico bactericida del grupo de los lipoglucopeptídicos aprobado en ficha técnica para el uso en infecciones bacterianas de piel y partes blandas en adultos. Debido a su larga vida media (372 horas), su posología es de 1.500 mg administrados como perfusión única o 1.000 mg, seguidos de 500 mg una semana después. Esta característica farmacocinética, abre nuevas puertas en cuanto al manejo extrahospitalario de los pacientes [1,2].

A continuación, exponemos un caso de infección protésica producida por *Enterobacter cloacae* y *Staphylococcus epidermidis* tratada con dalbavancina en combinación con ciprofloxacino y rifampicina, en condiciones diferentes a las aprobadas por ficha técnica.

Mujer de 84 años con antecedentes de poliartrosis, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, infarto agudo de miocardio y trombocitopenia esencial.

En febrero de 2017 fue sometida a una intervención de prótesis total de cadera (PTC) derecha, a los dos meses de la intervención, la herida quirúrgica seguía sin cicatrizar y se aisló *Escherichia coli* en ella y en líquido articular. La paciente continuó en seguimiento por infección activa hasta julio de 2018, en la que tras fractura periprotésica se decide recambio en un tiempo de la PTC y toma de muestra quirúrgica. En las muestras, se aisló *E. cloacae* sin ningún mecanismo de resistencia adquirido y *S. epidermidis*, cuya concentración mínima inhibitoria (CMI) para cada antibiótico fue de: sensible a gentamicina (CMI  $\leq$  0,5 mg/L), teicoplanina (CMI = 4 mg/L), vancomicina (CMI = 1 mg/L), rifampicina ( $\leq$  0,5 mg/L) y linezolid (CMI = 1 mg/L); resistente a oxacilina (CMI  $\geq$  4 mg/L), clindamicina (CMI  $\leq$  0,25 mg/L), levofloxacino (CMI  $\geq$  8 mg/L) y trimetoprim/sulfametoxazol (CMI = 80 mg/L).

Se decide empezar tratamiento con: vancomicina 1.000 mg cada 12 horas intravenoso, ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas oral y rifampicina 300 mg en por la mañana 600 mg por la noche oral durante 4 meses. Tras 4 semanas de ingreso se decide dar de alta a un centro sociosanitario y el tratamiento es modificado a linezolid 600 mg cada 12 horas oral y rifampicina 600 mg cada 24 horas oral, manteniendo la misma pauta de ciprofloxacino.

A las 4 semanas la paciente presentó alteraciones hematológicas (hemoglobina 8 g/dL, hematocrito 23,8 %, plaquetas 44.000 u/L) debidas al uso de linezolid. Por tanto, se solicitó al Servicio de Farmacia el uso de dalbavancina a dosis inicial de 1.000 mg intravenosa seguido de 500 mg semanales intravenosas durante 3 semanas, junto con el tratamiento ya existente con ciprofloxacino y rifampicina. Tras finalizar los ciclos de antibióticos, la paciente presentó mejoría hematológica (hemoglobina 10g/dL, hematocrito 33,7%, plaquetas 88.000 u/L), la herida cicatrizó por completo, la PCR descendió (20,52 mg/dL al inicio y 2,57 mg/dL cinco días después de finalizar el tratamiento) y desaparecieron los signos de infección.

Las infecciones de prótesis articulares, aunque infrecuentes, son unas de las complicaciones más graves de la artroplastia, generando reingresos, uso prolongado de antibióticos e incluso reintervenciones quirúrgicas, como en el caso de nuestra paciente. En nuestro entorno, la incidencia de infecciones protésicas de cadera es del 1%, siendo los microorganismos más predominantes los cocos grampositivos (30-40% los estafilococos coagulasa negativa y 12-23% *S. aureus*) [3,4].

En los estudios pivotaes, en términos de no inferioridad, dalbavancina ha demostrado ser igual de eficaz respecto a los comparadores (linezolid/vancomicina) [2].

Aunque la indicación de dalbavancina en ficha técnica es en infección aguda de piel y partes blandas, ya se ha puesto de manifiesto en diversos estudios, el uso de la misma, en infecciones protésicas y del tejido osteoarticular, usando posologías más prolongadas que las aprobadas en dicha ficha [5-7].

Correspondencia:  
Abel Trujillano Ruiz  
Servicio de Farmacia del Hospital de Manacor  
Carretera Manacor Alcudia, s/n, 07500 Manacor  
Tlfno.: 971 84 70 00  
E-mail: farmaceuticoabel@gmail.com

En nuestro caso, utilizamos la combinación de dalbavancina con ciprofloxacino y rifampicina, debido a los antecedentes de infección de la paciente tras la primera intervención y al aislamiento de dos microorganismos (*E. cloacae* y *S. epidermidis* resistente a meticilina) tras el recambio. En los estudios publicados, utilizan dalbavancina en monoterapia con una posología prolongada, pero en infecciones de un solo microorganismo; *S. aureus* resistente a meticilina en osteomielitis en un caso y en el otro *S. epidermidis* resistente a oxacilina en infección de prótesis de rodilla [5,7].

Con nuestra experiencia podemos confirmar que dalbavancina es una buena alternativa para infecciones protésicas que requieran antibióticos de uso prolongado, como alternativas a otros antibióticos comercializados, ya sea bien por efectos adversos de los mismos o por mejorar el manejo extrahospitalario del paciente.

## FINANCIACIÓN

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este estudio.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. CIMA (centro de información de medicamentos). Ficha técnica de Xydalba® 500mg (dalbavancina) [Base de datos en Internet]. España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [consultado el 22/11/2018] Disponible en: [http://www.ema.europa.eu/docs/es\\_ES/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/002840/WC500183869.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002840/WC500183869.pdf)
2. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe de posicionamiento terapéutico pt-dalbavancina/v1/21012016. [Internet]. España: Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios [consultado 20/11/2018]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/IPT-dalbavancina-Xydalba.pdf>
3. Benito N, Franco M, Ribera A, Soriano A, Rodríguez-Pardo D, Sorlí L, et al. Time trends in the aetiology of prosthetic joint infections: a multicentre cohort study. *Clin Microbiol Infect*. 2016 ;22(8):732. PMID: 27181408.
4. Esteban J, Marín M, Meseguer MA, Sánchez Somolinos M. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica: Diagnóstico microbiológico de las infecciones osteoarticulares; 2009 [Consultado el 22/11/2018]. Disponible en: <https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia34.pdf>
5. Vates R, Rodríguez SJ, Martínez ME, Martínez JA. Clinical experience on a case of osteomyelitis treated with dalbavancin. *Rev Esp Quimioter*. 2018; 31(5): 452-454 . PMID: 30195276.
6. Almagour TA, Fletcher V, Alessa M, Alhifany AA, Tabb D. Multiple Weekly Dalbavancin Dosing for the Treatment of Native Vertebral Osteomyelitis Caused by Methicillin-Resistant *Staphylococcus Aureus*: A Case Report. *Am J Case Rep*. 2017;18:1315-1319. PMID: 29222405.
7. Ramírez Hidalgo M, Jover-Sáenz A, García-González M, Barcenilla-Gaite F. Dalbavancin treatment of prosthetic knee infection due to oxacillin-resistant *Staphylococcus epidermidis*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2018; 36(2):142-143. PMID: 28600171.