# CASO CLINICO-Linfangite e cellulite

Marco Falcone

# Case Report

F di 74 anni

Obesità di terzo grado (BMI=32.5 kg/m$^2$ )

Allergia a penicilline

Residente in RSA

### Anamnesi patologica remota

- ❑ Ipertensione arteriosa da 13 anni
- ❑ Diabete mellito da 8 anni
- ❑ Dislipidemia mista da 10 anni
- ❑ Insufficienza venosa cronica e pregressa trombosi venosa profonda (circa 3 anni fa)
- ❑ Sindrome ansioso depressiva

### Terapia domiciliare

Pantoprazolo 40 mg

Ramipril 10 mg

Amlodipina 10 mg

Atenololo 100 mg

Cardioaspirin 100 mg

Sitagliptin/metformina 50/1000 mg, 1 cp x 2

Atorvastatina 20 mg

Diazepam 10 gocce die

Paroxetina 20 mg

# Anamnesi Patologica Prossima

- Circa 10 giorni prima, durante la degenza in RSA, si assisteva a peggioramento degli edemi declivi, in particolare dell'arto inferiore destro, con contemporanea presenza di rubor, calor e dolor.

- Veniva praticata antibioticoterapia con **macrolide** (paz allergica a β lattamici) per una settimana.

- Non miglioramento della sintomatologia né dell'obiettività clinica

**Giunge al DEA per sospetta tromboflebite**

# Esame Obiettivo

Edema dell'arto inferiore destro

Rubor, calor, dolor

A livello del cavo popliteo presenza di area rossastra, calda e dolente

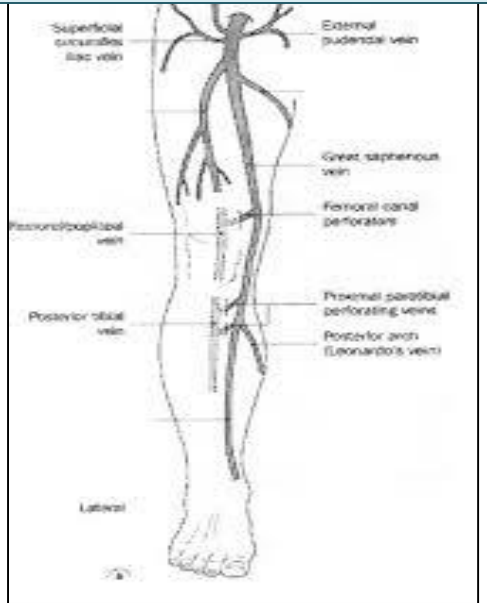
Presenza di cordone palpabile a livello del terzo distale di gamba fino al cavo popliteo e sulla parte posteriore della coscia destra

# Esami Ematochimici

| Parametro | |
|---|---|
| Glicemia (mg/dl) | 197 |
| HbA1c (%) | 8.5 |
| Azotemia (mg/dl) | 21 |
| Creatinina (mg/dl) | 1.4 |
| Sodio (mmol/L) | 137 |
| Potassio (mmol/L) | 4.14 |
| PCR (mg/dL) vn <0.5 | 7.06 |
| Emoglobina (g/dl) | 13.5 |
| Globuli rossi x $10^6$/mm$^3$ | 4.45 |
| MCV (fl) | 94.6 |
| Ematocrito (%) | 42.1 |
| Globuli Bianchi x103/mm3 | 13.59 |
| Neutrofili | 10.46 (77%) |
| Linfociti | 2.08 (15.3%) |
| Monociti | 0.73 (5.4%) |
| Eosinofili | 0.10 (0.7%) |
| Basofili | 0.04 (0.3%) |
| Piastrine x $10^3$ | 351 |

## Ecd Venoso Arti Inferiori

**Negativo per tromboflebite e TVP**



# Diagnosi

Cellulite con linfangite dell’arto inferiore destro
in paziente con diabete mellito in controllo non ottimale,
terapie antibiotiche negli ultimi 6 mesi

# Nel frattempo…

- Sovraffollamento DEA
- BED MANAGER: non disponibilità di ricovero nei Reparti di Medicina Interna

- Si contatta l'RSA presso cui la paziente è ospedalizzata; viene comunicata la possibilità di mantenere il posto letto per 24 ore qualora la paziente possa essere dimessa con terapia facilmente gestibile e praticabile presso la struttura

# Quale farmaco scegliere?

- ✓ Facile gestione
- ✓ Terapia che non necessita di regime di ricovero
- ✓ Efficace
- ✓ Sicuro
- ✓ Pochi effetti collaterali
- ✓ Non nefrotossico (paziente diabetica, con lieve riduzione della funzione renale)

# Quale farmaco scegliere?

| Antimicrobial agent | Route of administration | Metabolism/ Elimination | Adverse events | Advantages | Disadvantages |
|---|---|---|---|---|---|
| **Vancomycin** | iv | Renal excretion (90%) | ▪ Hypersensitivity<br>▪ Ototoxicity<br>▪ Nephrotoxicity | Drug of choice for SSTI | ▪ Risk of nephrotoxicity<br>▪ Iv administration<br>▪ Emerging VRSA |
| **Ceftaroline** | iv | Renal excretion | ▪ Hypersensitivity<br>▪ Diarrhea, nausea, vomiting<br>▪ Rash | Broad spectrum coverage | ▪ Dose adjustment if CrCl ≤50 ml/min<br>▪ Iv administration |
| **Daptomycin** | iv | Renal excretion | ▪ Constipation, nausea, diarrhea, vomiting<br>▪ Injection-site reactions<br>▪ Abnormal liver function tests<br>▪ Elevated CPK, myopathyFungal infection<br>▪ urinary tract infection, Renal failure<br>▪ Anemia | Good efficacy against Gram positive isolates | ▪ Risk of myopathy<br>▪ Risk of nephrotoxicity<br>▪ Dose adjustment if CrCl < 30 ml/min<br>▪ Iv administration |
| **Linezolid** | Iv/os | Renal excretion | ▪ Thrombocytopenia<br>▪ Leukopenia<br>▪ Diarrhea, nausea, vomiting<br>▪ Abnormal liver function tests<br>▪ Neuropathy<br>▪ Serotonin syndrome | Oral administration<br>No dose adjustment in patients with impaired renal function | ▪ Risk of thrombocytopenia<br>▪ Risk of peripheral and central neuropathy |
| **Dalbavancin** | Iv (once weekly) | Renal excretion<br>GI excretion | ▪ Diarrhea, nausea, vomiting<br>▪ Rash<br>▪ Increased Γgt, Insomnia | Good safety profile<br>Once weekly administration | ▪ Dose adjustment if CrCl < 30 ml/min |
| **Oritavancin** | Iv (single administration) | Renal excretion<br>GI excretion | ▪ Anemia, Headache, Tachycardia<br>▪ Abnormal liver function tests<br>▪ Rash, Injection-site reactions | Good safety profile<br>Single dose administration<br>No dose adjustment in patients with impaired renal function | |
| **Tedizolid** | Iv/os | Renal excretion | ▪ Headache,<br>▪ Dizziness Tachycardia,<br>▪ Diarrhea, nausea, vomiting<br>▪ Hypersensitivity , insomnia<br>▪ Neuropathy, Thrombocytopenia (**very less frequent than linezolid**) | Oral administration<br>No dose adjustment in patients with impaired renal and hepatic function<br>Compared to linezolid reduced/no interaction with MAO and reduced frequency of thrombocytopenia | No studies have been conducted in patients receiving >6 days of therapy |

# Terapia

- ✓Prima somministrazione di dalbavancina 1000 mg ev in Pronto Soccorso
- ✓Dopo 12 ore dall'accesso al DEA, la paziente viene trasferita in RSA
- ✓Appuntamento dopo una settimana per la seconda somministrazione di dalbavancina 500 mg ev in regime di Day Hospital

# Considerazioni conclusive

- Osservazioni sui risultati ottenuti
- Raccomandazioni per la pratica clinica