

Tendinitis bilateral con rotura unilateral del tendón de Aquiles por levofloxacin

Bilateral Achilles tendonitis with spontaneous unilateral partial rupture associated with levofloxacin

Francisco L. Lado-Lado¹, Carlos Rodríguez-Moreno², M. A. Freire-Romero¹, Carmen Duran-Parrondo³

¹Servicio de Medicina Interna, Departamento de Medicina. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

²Farmacología Clínica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

³Centro de Salud de Fontiñas, Gerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela.

Introducción

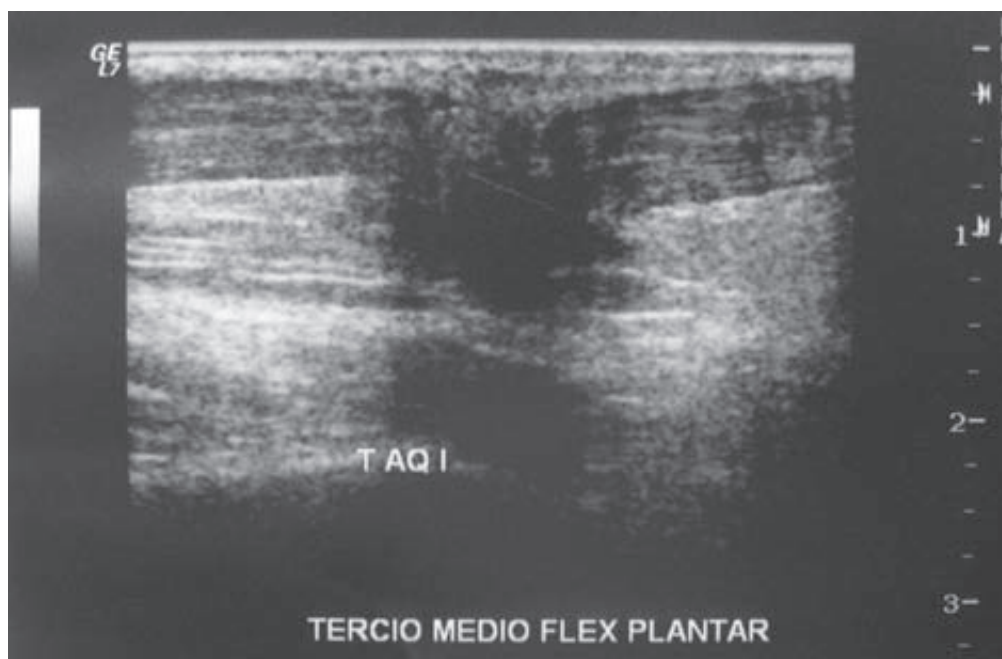
Aunque las roturas de tendón es una reacción adversa bien conocida de las quinolonas, su gravedad, nuestra percepción de que probablemente es un problema más frecuente de lo que en general se piensa, y la amplia prescripción que existe actualmente del levofloxacin, nos animan a presentar este caso de tendinitis bilateral con rotura del tendón de Aquiles izquierdo por levofloxacin.

Caso clínico

Varón de 82 años con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cardiopatía isquémica, a tratamiento con inhaladores de salmeterol, propionato de fluticasona y bromuro de ipratropio, ácido acetil salicílico 100 mg, pantoprazol 20 mg, torasemida 10 mg, eprosartán 600 mg y amlodipino 10 mg. Ingresó por cuadro clínico de 10 días de ev-

olución de aumento de su disnea y tos habituales con expectoración blanquecina. En la exploración física, resaltaba taquipnea (26 rpm), roncus y sibilancias dispersas y edemas con fovea. En la analítica, destacaba hipoxemia (pO₂ 60 mmHg), neutrofilia (72%) con recuento normal de leucocitosis (9.150/mm³) y urea de 63 mg/dl (N: 12-44). En el electrocardiograma, ritmo sinusal a 110 lpm con datos antiguos de IAM en cara inferior. El cultivo y detección de BAAR en esputo fueron negativos. La radiografía de tórax evidenció signos de EPOC, agrandamiento de la silueta cardiopericárdica y pinzamiento de ambos senos costofrénicos. Se añadió a su tratamiento de base, oxígeno terapia, diuresis forzada ante los datos clínicos sugestivos de insuficiencia cardíaca, pauta descendente de corticoides con metilprednisolona a partir de 60 mgrs/día y, ante la sospecha clínica de infección respiratoria aguda levofloxacin 500 mg/día, evolucionando con mejoría clínica incluyendo desaparición de los edemas y del derrame pleural. Al cabo de 9 días, el paciente refería dolor en ambos tobillos con di-

Figura 1. Tendinitis por levofloxacin



ficultad para la deambulaci3n y signos de tumefacci3n sobre todo en el izquierdo. Se realiz3 una ecografía que evidenci3 rotura en su tercio medio, por lo que ante la sospecha de su relaci3n con la administraci3n de levofloxacino, se procedi3 a su retirada. Las determinaciones de factor reumatoideo, anticuerpos antinucleares y HLA-B27 fueron negativas. Tras consultar con el Servicio de Traumatología se decidi3 tratamiento conservador con ortesis evolucionando con mejoría progresiva de forma lenta pero significativa con mejoría del dolor y de los signos inflamatorios.

Discusi3n y conclusiones

La atribuci3n de una relaci3n de causalidad entre un efecto indeseado y un medicamento sospechoso debe cumplir unos requisitos contemplados por diferentes algoritmos. En nuestra opini3n, el algoritmo de Karch y Lasagna¹, es el m3s extendido y útil y es el que hemos utilizado. En este caso, la asociaci3n entre rotura del tend3n y el levofloxacino no queda taxativamente confirmada, pero, seg3n el algoritmo aplicado, consideramos que 3ste se trata de un caso de rotura del tend3n aquileo probablemente asociada a levofloxacino y posiblemente favorecida por la metilprednisolona y un cierto grado de insuficiencia renal.

Queremos llamar la atenci3n de los lectores sobre algunos puntos que consideramos relevantes: Este problema se ha observado con mayor frecuencia en hombres (raz3n 3:1), en mayores de 50 ańos con una media de 63 ańos, en coex-

istencia con fracaso renal y en asociaci3n a corticoides^{2,4}. Por tanto consideramos razonable pensar que 3stas y cualquier otra situaci3n que pueda aumentar la fragilidad tendinosa debe obligarnos a ser cautos en la utilizaci3n de quinolonas. Tambi3n es importante recordar que la rotura puede aparecer muy r3pidamente despu3s de comenzado el tratamiento⁵ pero que se han descrito casos incluso despu3s de terminado el tratamiento⁶ por lo que ante toda patología tendinosa de etiología no evidente, aconsejamos anamnesis farmacol3gica dirigida por medicamentos y sntomas para excluir la toma de quinolonas hasta un periodo de 3 meses atr3s y retirada inmediata de la quinolona.

Bibliografía

1. Karch FE, Lasagna L. Toward the operational identification of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther* 1977; 21: 247-254.
2. Lewis JR, Gums JG, Dickensheets DL. Levofloxacin-induced bilateral Achilles tendinitis. *Ann Pharmacother* 1999; 33:792-795.
3. Hurst M, Lamb H, Scott L, Figgitt D. Levofloxacin. An updated review of its use in the treatment of bacterial infections. *Drugs* 2002; 62: 2127-2167.
4. Kowatari K, Nakashima K, Ono A, Yoshihara M, Amano M, Toh S. Levofloxacin-induced bilateral Achilles tendon rupture: a case report and review of the literature. *J Orthop Sci* 2004; 9: 186-90.
5. Le-Huec JC, Schaevebeke T, Chauveaux D, Rivel J, Dhais J, Le Rebeller A. Epicondylitis after treatment with fluoroquinolone antibiotics. *J Bone Joint Surg Br* 1995; 77: 293-95.
6. Claudio Aros E, Claudio Flores W, Sergio Mezzano A. Tendinitis aquiliana asociada al uso de levofloxacino: comunicaci3n de cuatro casos. *Rev Med Chil* 2002 Nov; 130: 12177-1281.