



ROTURA DEL TENDÓN DE AQUILES SECUNDARIA A LEVOFLOXACINO

Sr. Director: Las quinolonas son antibióticos de amplio espectro. Los efectos secundarios más frecuentes que pueden producir son¹: gastrointestinales (1,8-5% de los casos), neurológicos (0,9-1,6%) y reacciones cutáneas (0,6-1,4%). La toxicidad musculoesquelética es infrecuente (< 1%) y cursa comúnmente en forma de artralgias, mialgias y más raramente artritis. También se han descrito casos de tendinitis, pero la rotura tendinosa es excepcional.

En general, entre los fármacos utilizados para el tratamiento de la enfermedad de Crohn (EC) destacan los aminosalicilatos, los corticoides y los antibióticos. Entre estos últimos el metronidazol y las quinolonas, especialmente el ciprofloxacino, constituyen una opción terapéutica para la enfermedad activa leve e incluso para el tratamiento de mantenimiento. También son útiles en el control de la enfermedad perianal, ya que inducen la remisión o al menos reducen significativamente el drenaje de las fístulas².

Presentamos el caso de un enfermo diagnosticado de EC colónica y perianal en tratamiento con levofloxacino que sufre rotura del tendón de Aquiles.

Varón de 41 años, diagnosticado de enfermedad de Crohn colónica a los 18 años. Desde entonces permanece asintomático y recibe tratamiento con 5-ASA. En los dos últimos años asocia enfermedad fistulosa perianal, por lo que inicia tratamiento con azatioprina, que tiene que suspender por pancreatitis aguda. Se plantea tratamiento con anti-TNF que el enfermo rechaza.

Precisa ingreso hospitalario por perforación intestinal en íleon terminal, que requiere cirugía. Se realiza laparotomía exploratoria y se practica sutura quirúrgica y epiploplastia. Se instaura tratamiento con metilprednisolona intravenosa (i.v.) a dosis de 1 mg/kg de peso/día al detectar cambios inflamatorios agudos y graves en el íleon terminal. Además, se asocia ceftriaxona, 2 g al día, y metronidazol, 500 mg cada 8 h, i.v. durante 2 semanas.

Con anterioridad al ingreso, por reagudización de su enfermedad intestinal, el enfermo recibe tratamiento, entre otros fármacos, con ciprofloxacino a dosis de 500 mg/12 h durante 2 meses. La evolución es favorable y al alta se prescribe levofloxacino 500 mg/24 h, metronidazol 250 mg/8 h y metilprednisolona 40 mg/24 h. Posteriormente, es posible disminuir de manera progresiva la dosis de esteroides. Un mes después presenta dificultad para la marcha y dolor en la región posterior de ambos pies. Se suspende el levofloxacino y se realiza ecografía de ambos tendones de Aquiles, que demuestra la rotura total del tendón derecho y parcial del izquierdo.

Se describen en la bibliografía casos de tendinitis/rotura tendinosa que se relacionan con la prescripción de fluoroquinolonas: ciprofloxacino, norfloxacino, ofloxacino, pefloxacino y con los fármacos de última generación, entre éstos, levofloxacino. El tendón que resulta principalmen-

te afectado es el de Aquiles, en general de forma bilateral, y son más frecuentes los casos de tendinitis que de rotura^{3,4}. En cualquier caso, los síntomas pueden aparecer desde 24 h a una semana después del inicio del tratamiento y en ocasiones hasta mes y medio después. La rotura tendinosa puede acontecer, incluso, tras la retirada del fármaco.

Ciertos factores pueden condicionar la aparición de esta complicación. Así, el tratamiento con corticoides, la disminución del aclaramiento renal que sucede en personas de edad avanzada, los traumatismos o la actividad física extenuante⁵. Se desconoce cuál es el mecanismo por el que se produce la afección tendinosa y se especula sobre un efecto tóxico directo del fármaco, mecanismos inmunoalérgicos o alteraciones vasculares que provocan isquemia^{1,6}. En el caso que presentamos, el tratamiento con esteroides pudo favorecer la rotura del tendón. Sin embargo, ante la edad del enfermo y la corta duración del tratamiento con corticoides, consideramos que el levofloxacin es el agente causal de la complicación.

La rotura tendinosa requiere tratamiento ortopédico que puede ser conservador o quirúrgico. Por tanto, la sospecha y el diagnóstico tempranos de esta complicación es fundamental para evitar cirugías complicadas⁷. Presentamos este caso ya que en la enfermedad inflamatoria intestinal y en concreto en la enfermedad de Crohn es cada día más frecuente la prescripción de ciprofloxacino (pero también otras fluoroquinolonas, como el levofloxacin) durante períodos prolongados. Una de las complicaciones de dichos fármacos es la tendinitis/rotura tendinosa, que debe sospecharse precozmente para evitar tratamientos complejos.

M.E. TOMÁS, M. PÉREZ CARRERAS^a, J.D. MORILLASA,
G. CASTELLANO^a Y J.A. SOLÍS^a
Servicios de Medicina de Aparato Digestivo. Fundación
Hospital de Alcorcón. ^aHospital Universitario 12 de Octubre.
Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández MV, Peris P, Sierra J, Collado A, Muñoz-Gómez J. Tendinitis por fluoroquinolonas. Descripción de dos pacientes. *Med Clin (Barcelona)* 1994;103:264-6.
2. Turunen U, Färkkilä M, Valtonen V, Seppälä K. Long-term outcome of ciprofloxacin treatment in severe perianal or fistulous Crohn's disease. *Gastroenterology* 1993;104:A793.
3. Szarfman A, Chen M, Blum MD. More on fluoroquinolone antibiotics and tendon rupture. *N Engl J Med* 1994;332:193.
4. Blanco C, Bravo R. Tendinitis bilateral secundaria a ciprofloxacino. *Atención Primaria* 1998;21:184-5.
5. Van der Linden PD, Van de Lei J, Nab HW, Knol A, Stricker BH. Achilles tendinitis associated with fluoroquinolones. *Br J Clin Pharmacol* 1999;48:433-7.
6. Ribard P, Audisio F, Kahn MF, Bandt M, Jorgensen C, Hayem G, et al. Seven achilles tendinitis including 3 complicated by rupture during fluoroquinolone therapy. *J Rheumatol* 1992;19:1479-81.
7. Lewis JR, Gums JG, Dickensheets DL. Levofloxacin induced bilateral achilles tendonitis. *Ann Pharmacother* 1999;33:792-5.