

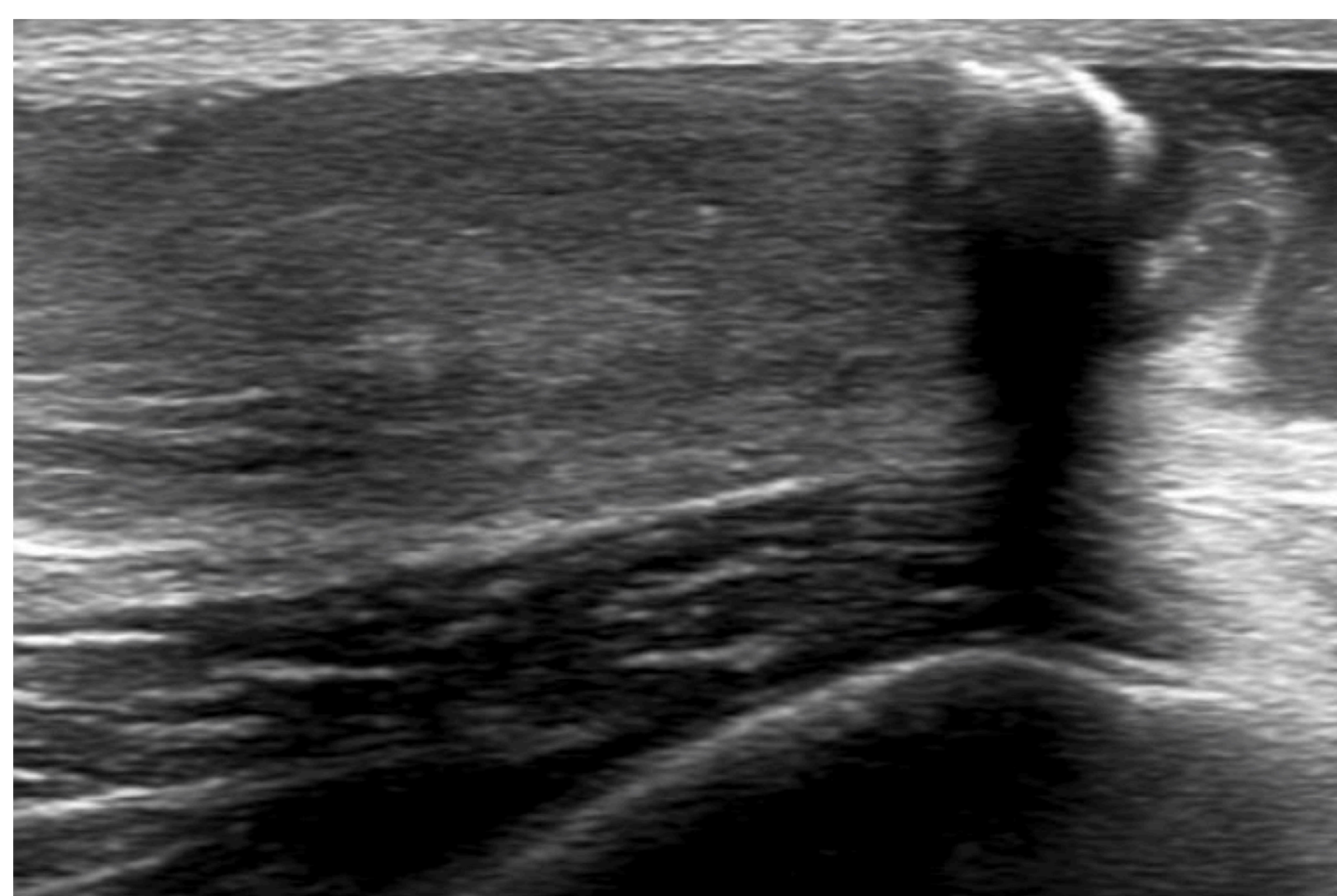
Rotura bilateral de tendón de Aquiles asociada a tratamiento con quinolonas.

Protocolo de manejo conservador.

Chaves Dorta, Iván; Díaz Hernández, Daniel; Orce Rodríguez, Aída; Baz Figueroa, Caleb; Álvarez Garma, Álvaro.

OBJETIVO

Presentar el caso de un paciente de 82 años con rotura bilateral de tendón de Aquiles tras iniciar tratamiento con quinolonas y el protocolo de manejo conservador utilizado.



MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 82 años que acude a Urgencias con dolor e impotencia funcional en ambas extremidades inferiores de forma aguda mientras bajaba escaleras. Entre los antecedentes personales destaca el diagnóstico de Mesotelioma maligno de epidídimo con afectación pulmonar en tratamiento con quimioterapia. En la anamnesis el paciente cuenta haber iniciado tratamiento con Levofloxacino debido a una infección del tracto urinario. A la exploración se objetiva hachazo bilateral, más marcado en región aquilea izquierda, y Thompson positivo bilateral. Tras la realización de una ecografía bilateral se diagnosticó de rotura completa de tendón de Aquiles izquierdo y rotura parcial (50%) del tendón de Aquiles derecho.



RESULTADOS

El tratamiento llevado a cabo debido a las comorbilidades del paciente y a la evidencia actual disponible fue conservador, inicialmente con férulas posteriores suropédicas en equino que se sustituyeron a las 2 semanas por ortesis tipo Walker con flexión plantar libre. El tiempo total con ortesis fue de 6 semanas: inicialmente 2 semanas con dorsiflexión bloqueada a -30° , 2 semanas con dorsiflexión bloqueada a -10° y las últimas 2 semanas con dorsiflexión bloqueada a $+10^\circ$. Se inició rehabilitación precoz y la carga de peso se permitió alrededor de la 6ª semana. El resultado clínico y funcional fue satisfactorio.

CONCLUSIÓN

Las roturas de tendón de Aquiles asociada a quinolonas son conocidas, si bien es infrecuente la afectación bilateral. Por ello, ante dicho tratamiento antibiótico debe tenerse alta sospecha clínica y explorar ambas extremidades. Existe actualmente una preferencia por el tratamiento quirúrgico de estas lesiones, si bien la evidencia actual apoya que la decisión terapéutica debe individualizarse debido a la ausencia de diferencias en el resultado funcional entre el tratamiento quirúrgico y conservador. El riesgo de re-rotura parece ser mayor en el tratamiento conservador, aunque se ha demostrado que la diferencia se reduce significativamente con un tratamiento rehabilitador precoz. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico también asocia complicaciones por lo que la decisión terapéutica debe basarse en el riesgo-beneficio individual del paciente.