



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1977 - Tenosinovitis tendón flexor largo del pulgar

L. Dani Ben Abdellah^a, S. José Gómez^b, C. Grille Álvarez^c, L. Dani Ben Abdellah^d, N. Jiménez Martín^e, Ó. Baptista Ferrer^f, S. Alejandro Carmona^g, C. Azpeitia Muñoz^h, M.L. García Fernández^h y C. Niño Agudoⁱ

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infanta Mercedes. Madrid.

^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infanta Mercedes. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bustarviejo. Madrid. ^dMédico Residente de 4º año de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuencarral. Madrid. ^gMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Castroviejo. UDM Norte. Madrid. ^hMédico de Familia. Centro de Salud Infanta Mercedes. Madrid. ⁱEnfermera. Centro de Salud Infanta Mercedes. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 45 años que presenta como antecedentes personales de interés hipertensión arterial en tratamiento con enalapril y sinusitis crónica. Acude a la Consulta de Atención Primaria por presentar cuadro de exacerbación de sinusitis crónica para el cual se pauta tratamiento antibiótico con ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas, durante 10 días. Es reevaluada 5 días después de iniciar el tratamiento antibiótico presentando franca mejoría. A los 12 días acude de nuevo completamente asintomática respecto al proceso infeccioso pero presentando, sin antecedente traumático previo, tumefacción y dolor a la palpación a nivel del primer dedo de mano izquierda con movilidad, aunque limitada por el dolor, todo ello compatible con una tendinitis. La radiografía de mano fue normal. Se inicia tratamiento analgésico y dada la persistencia de síntomas se decide realizar ecografía musculoesquelética en el CS en la que se observan datos de tendinitis y se decide deriva de forma preferente al servicio de Reumatología con sospecha clínica de tendinitis por fluorquinolonas, confirmándose el diagnóstico mediante control ecográfico por su parte.

Exploración y pruebas complementarias: Ecografía: tenosinovitis tendón del flexor largo del pulgar de la mano izquierda, con buena evolución por ecografía. Cambios osteodegenerativos incipientes en la articulación metacarpo-falángica e interfalángica proximal del 1º dedo de la mano izquierda.

Juicio clínico: Tenosinovitis del tendón flexor largo del pulgar mano izquierda.

Diagnóstico diferencial: Artropatías degenerativas. Engloban la artrosis y la artrosis erosiva o inflamatoria. Artropatías inflamatorias. Se dividen a su vez en artritis simétricas (artritis reumatoide y artritis idiopática juvenil) y asimétricas (artritis psoriásica, artritis microcristalinas, artritis séptica y artritis por cuerpo extraño).

Comentario final: Las quinolonas son antibióticos de uso frecuente en la práctica clínica. De todos ellos, la afectación musculoesquelética supone menos del 1% de los efectos adversos y dentro de ella

lo más frecuente es la presentación de artralgias, mialgias y en menor grado artritis. Mucho menos frecuente es la afectación tendinosa, descrita por primera vez en 1983. Esta complicación puede ser causada por cualquiera de las quinolonas fluoradas. Existe una clara relación entre la administración del antibiótico y la aparición de los síntomas, que oscila entre las primeras 24 horas y una semana después de la toma del mismo. La supresión del fármaco produce una mejoría clínica con disminución del dolor, aunque la curación no se produce generalmente hasta 2-8 semanas del abandono del tratamiento. Aunque se han descrito múltiples localizaciones de afectación tendinosa la estructura que suele afectarse con mayor frecuencia es el tendón de Aquiles, de forma unilateral o bilateral. En el caso de que se expone se trata de localización poco común. Aunque esta reacción adversa es poco frecuente los médicos de familia debemos estar alerta ante su aparición debido al uso frecuente de estos fármacos en nuestro medio y a que la supresión del tratamiento en pacientes con alto grado de sospecha clínica ha demostrado ser suficiente para resolver el proceso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benito P. Artrosis: etiopatogenia, epidemiología y clasificación. En: Blanco FJ, Carreira P, Martín E, et al, eds. Manual SER de las enfermedades reumáticas, 4ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004. p. 315-9.