

liquen plano y se encontró asociación entre ellos, siendo éste persistente e independiente de la evolución intestinal, a diferencia del eritema nodoso que refleja la actividad de la EII (4,5).

Los abscesos flemosos orales que ha padecido nuestro paciente parecen estar relacionados con caries dentales, aunque no podemos descartar que hubieran sido favorecidos por la predisposición que tienen los enfermos de Crohn para desarrollar este tipo de patologías (6).

En relación con la neuritis está descrita la afectación sensitivo motora por CMV, siendo además característica la afectación de los nervios del plexo braquial (7). La infección por CMV es frecuente en la EII complicada y refractaria a tratamiento esteroideo (8). Se relaciona más frecuentemente con pacientes inmunocomprometidos, como VIH, receptores de trasplantes o en tratamiento corticoideo, como nuestro paciente que los había recibido para el tratamiento del liquen. Cada vez hay un mayor número de autores que afirman que el CMV influye en el curso clínico de la E.I.I. y que agrava las agudizaciones, debiendo pensar en ello siempre que el episodio sea complicado y refractario a los corticoides (9,10). Se da con mayor frecuencia en la colitis que en el Crohn, llegando a porcentajes mayores del veinte por cien en las colitis ulcerosas que requieren tratamiento quirúrgico. Otras posibilidades que podrían explicar la afección de los nervios podría ser la deficiencia de vitamina B12 o del complejo B, por malabsorción, debida a la alteración del ileon terminal, pero en este paciente los valores resultaron normales.

Hemos de resaltar la importancia de una buena historia clínica, con una minuciosa anamnesis, y sin dejar de lado los antecedentes tanto personales como familiares, que en muchas ocasiones nos dan la pista diagnóstica.

E. Rubio Hidalgo, G. Muñiz Nicolás, A. Alguacil Muñoz, E. Ortiz Ortiz, A. Tutor Martínez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

1. Erten N, Saka B, Ozturk G, Karan MA, Tascioglu C, Dilmener M, Kayisi A. Fever of unknown origin: A report of 57 cases. *Int J Clin Pract* 2005; 59: 958-60.
2. Lonardo A, Tondelli E, Selmi I, Bagni A, Della Casa G, Grisendi A. Isolated jejunal Crohn's disease in a young adult presenting as fever of unknown origin. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 2285-7.
3. Domínguez A, Pena JM, Barbado FJ, González JJ, del Arco A, Vázquez JJ. Prolonged course fever as presentation form of Crohn's disease. *Am Med Interna (Madrid)* 1990; 7: 39-41.
4. Rosen T, Brown TJ. Genital ulcers. Evaluation and treatment. *Dermatol Clin* 1998; 16: 673-85.
5. Kano Y, Shiohara T, Yagita A. Erythema nodosum, lichen planus and lichen nitidus in Crohn disease: Report of case and analysis of T cell receptor V gene expression in the cutaneous and intestinal lesions. *Dematology* 1995; 190: 59-63.
6. Gagoh OK, Qureshi RM, Hendrickse MT. Recurrent buccal space abscesses: A complication of Crohn's disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 88: 33-6.
7. Duchowny M, Caplan L, Siber G. Cytomegalovirus infection of the adult nervous system. *Ann Neurol* 1979; 5: 458.
8. Cottone M, Pietrosi G, Martorana G. Prevalence of CMV infection in severe refractory ulcerative and Crohn's colitis. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 773-5.
9. Coban S, Ensari A, Kuzu MA, Yalcin S, Palabiyikoglu M, Ormeci N. Cytomegalovirus infection in a patient with Crohn's ileocolitis. *Can J Gastroenterol* 2005; 19: 109-11.
10. Hommes DW, Sterringa G, van Deventer SJ, Tytgat GN, Weel J. The pathogenicity of cytomegalovirus in inflammatory bowel disease: A systematic review and evidence-based recommendations for future research. *Inflamm Bowel Dis* 2004; 10: 245-50.

Fiebre sin foco en paciente con dolor crónico

Sr. Director:

El uso durante tiempo prolongado de catéteres centrales, para el tratamiento de múltiples patologías tan extendido en la actualidad, conlleva una serie de riesgos y de complicaciones en los pacientes. Existen casos descritos en la literatura en los que su uso se relaciona con el desarrollo de endocarditis, con una gran morbi-mortalidad, así como un gran coste sanitario. Presentamos a continuación el caso de una paciente portadora de un catéter central para tratamiento de dolor crónico que desarrolla una endocarditis sobre la punta del mismo.

Se trata de una mujer de 35 años con síndrome de Ehler-Danlos tipo II, crioglobulinemia mixta tipo II, ingresos previos por bacteriemia por *Pseudomonas aeruginosa*, y dolor osteo-articular crónico en relación con luxación recidivante de articulaciones, tratada en la Unidad del Dolor con perfusión de morfínicos mediante reservorio en vena cava superior.

Se remite desde esta Unidad para su ingreso en Medicina Interna por un cuadro de cinco días de evolución de fiebre de hasta 41 °C, tos y bacteriemia por *Streptococcus mitis*. Al ingreso la paciente presenta una temperatura de 39,5 °C y una frecuencia cardiaca de 115 lpm, destacando en la exploración física la presencia de un soplo sistólico en foco aórtico. En el hemograma se objetiva 19.800 leucocitos (91,8% neutrófilos, 3,7% linfocitos, 24% cayados); la orina es normal. En el ECG se muestra una taquicardia sinusal a 109 lpm, y en la radiografía de tórax no se observan signos de patología pleuropulmonar aguda. Para completar el estudio de fiebre sin foco se solicita un ecocardiograma visualizándose el catéter en AD con masa muy móvil en su punta. Se corrobora el hallazgo mediante la realización de un ecocardiograma transesofágico, en donde se observa una imagen compatible con vegetación de unos 50 mm de largo y 10 mm de grosor (Fig. 1)

Al llegar a nuestro servicio se pauta vancomicina y gentamicina según protocolo de endocarditis y de acuerdo con antibiograma. Se le realiza un TC craneal y tóraco-abdomino-pélvico descartándose abscesos sépticos periféricos. Ante el tamaño de la vegetación se comenta el caso con el Servicio de Cirugía Cardiaca, que recomiendan exéresis quirúrgica mediante auriculotomía derecha, siendo la intervención un éxito. Estando la paciente con buen estado general, y esperando el tiempo oportuno tras la cirugía para completar tratamiento antibiótico i.v., se decide el alta hospitalaria.

El *Streptococcus mitis* pertenece al grupo viridans que comprende un grupo heterogéneo de especies que forman parte de la

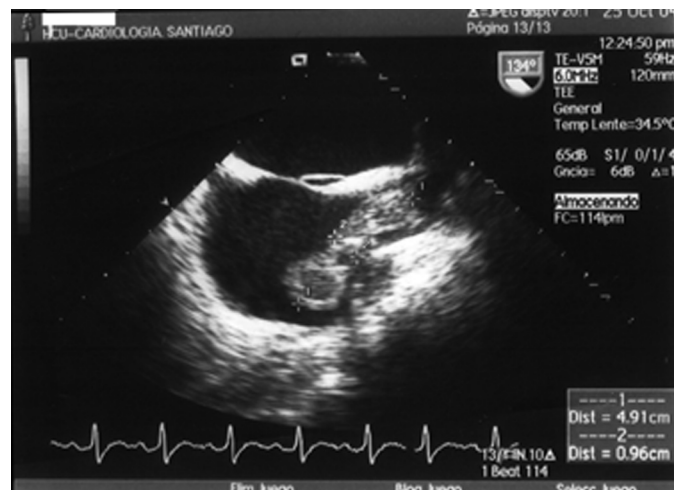


Fig. 1. Masa móvil en punta de catéter.

flora bacteriana de la mucosa oral. Presentan baja virulencia aunque clínicamente pueden relacionarse con bacteriemias transitorias tras intervenciones dentarias, siendo el principal agente causante de la endocarditis bacteriana subaguda (1).

El desarrollo de complicaciones en relación al uso de catéteres intravenosos ha sido objeto de muchos trabajos, demostrando incluso algún estudio que tras 6-8 semanas de la inserción de un catéter central el 12,5% de los pacientes presentan trombos en la punta del mismo (2,3). Entre los mecanismos habituales de formación del trombo destacan la localización del catéter en una zona de relativo estancamiento del flujo sanguíneo o la irritación mecánica sobre la pared libre auricular (2). Se ha visto que la situación del catéter a nivel auricular se asocia en mayor medida con el desarrollo de trombos, frente a la disposición del mismo a nivel de la vena cava superior o la unión cavo-auricular (3).

El diagnóstico de endocarditis deberá ser considerado tanto en aquellos procesos febriles sin foco como en los que debutan con múltiples abscesos sépticos periféricos, sobre todo como si en este caso son portadores de un catéter central. Deberá realizarse mediante un ecocardiograma, prefiriéndose el transesofágico (TEE) por ser más sensible ($S > 90\%$) que el transtorácico (TTE), con una sensibilidad del 30-40% (4). Es además necesaria la realización de un TC para descartar embolismos sépticos periféricos (2,4,5).

El tratamiento consistirá en la terapia antimicrobiana según protocolo o antibiograma (teniendo en cuenta que la resistencia a la penicilina es común en el grupo *viridans*) (1) seguida de la extracción del catéter, si bien en nuestro caso dado el tamaño de la vegetación séptica es necesaria la extirpación quirúrgica de la misma para evitar los embolismos sépticos (5).

A. Touceda Bravo, A. M. Cabarcos Ortiz de Barrón, E. González Babarro, E. Fernández Rodríguez, J. A. Torre Carballada¹, J. Rubio Álvarez²

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Clínico. Santiago de Compostela. A Coruña

- Westling K, Ljungman P, Thalme A, Julander I. Streptococcus viridans septicaemia: a comparison study in patients admitted to the departments of infectious diseases and haematology in a university hospital. *Scand J Infect Dis* 2002; 34: 316-9.
- Ghani MK, Boccalandro F, Denotas AE, Barasch H. Right atrial thrombus formation associated with central venous catheters utilization in hemodialysis patients. *Intensive Care Med* 2002; 29: 1829-32.
- Gilon D, Schechter D, Rein AJ, Gimmon Z, Or R, Rozenman Y, Slavin Set al. Right atrial thrombi are related to indwelling central venous catheter position: insights into time course and possible mechanism of formation. *Am Heart J* 1998; 135: 457-62.
- Gosbell IB. Diagnosis and management of catheter-related bloodstream infections due to Staphylococcus aureus. *Intern Med J* 2005; 35: S45-S62.
- Yamashita S, Noma K, Kuwata G, Miyoshi K, Honaga K. Infective endocarditis at the tricuspid valve following central venous catheterization. *J Anesth* 2005; 19: 84-7.

Afectación bilateral del tendón de Aquiles por tratamiento con levofloxacino

Sr. Director:

El tratamiento antibiótico con fluoroquinolonas puede conllevar diversos tipos de afectación tendinosa como efecto adverso, siendo menos frecuente la rotura bilateral espontánea del tendón

de Aquiles. Esto ha sido bien documentado con las antiguas quinolonas aunque cada vez están siendo descritos más casos con las nuevas quinolonas de tercera generación (1-5).

Se han descrito situaciones clínicas asociadas a un mayor riesgo de padecer este tipo de efectos secundarios como son la terapia crónica con esteroides, insuficiencia renal crónica, artritis reumatoide e hiperlipidemia (1).

Presentamos el caso de un paciente que sufre una rotura espontánea bilateral del tendón de Aquiles después de haber recibido tratamiento con levofloxacino por una infección del tracto respiratorio y en el que los síntomas comenzaron dos semanas después de haber finalizado el tratamiento.

Paciente varón, de 74 años con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrilación auricular, patología prostática y varices en miembros inferiores, intervenido de aneurismectomía aórtica e ilíaca con injerto aorto-bifemoral, que ingresa por un cuadro progresivo de siete días de evolución de deterioro del estado general y cefalea.

Análiticamente destaca anemia macrocítica (Hb 7,7 mg/dl, VCM 106) y VSG de 140 mm, sin otros datos analíticos alterados. Ante la sospecha de un cuadro de arteritis de la temporal y en espera de biopsia se inicia tratamiento empírico con corticoides a altas dosis (60 mg/día), con resolución del cuadro que motivó el ingreso.

Durante su estancia hospitalaria sufre un proceso de infección respiratoria de origen nosocomial, por lo que se inicia tratamiento empírico con levofloxacino a una dosis de 500 mg al día, vía intravenosa, durante diez días con mejoría clínica importante.

A las dos semanas de haber finalizado el tratamiento antibiótico, el paciente refiere dolor e impotencia funcional en ambos tobillos, así como dolor en la primera articulación metatarsal-falángica del primer dedo del pie. Ante la presencia de un cuadro agudo de artritis gotosa se inicia tratamiento con colchicina y antiinflamatorios. El dolor en ambos tobillos persiste así como dificultad para la flexión dorsal del primer dedo de ambos pies. A la exploración, el paciente presenta a la inspección de ambos talones aumento de volumen y equimosis, de consistencia blanda a la palpación, presentando reflejo de Thompson positivo de forma bilateral. Se realiza ecografía de ambos talones, que objetiva rotura completa en zona medial distal del tendón de Aquiles izquierdo y desestructuración y adelgazamiento que sugiere rotura sin discontinuidad completa en el derecho.

Se realiza tratamiento conservador con yeso inguinopédico durante dos semanas y seguimiento ambulatorio, con posterior recuperación completa.

La afectación tendinosa es un efecto adverso poco frecuente secundaria al tratamiento con todas las quinolonas de uso clínico, que se ha descrito con una incidencia de 15-20/100.000 pacientes (6) aunque existen estudios que indican que esta frecuencia es mayor (7). La localización más frecuente es el Tendón de Aquiles, como en nuestro caso, aunque se han descrito afectación de otras regiones.

En la mayoría de los casos descritos, a pesar de que la fisiopatología no es del todo bien conocida, el efecto se producía en las primeras horas de toma del fármaco, aunque se han descrito casos en que este efecto aparecía hasta diez días después de haber iniciado el tratamiento (1). El caso que presentamos inició los síntomas después de dos semanas de haber finalizado el tratamiento.

Ha sido ampliamente documentada la asociación entre la terapia con esteroides de forma crónica y el desarrollo de la tendinopatía. Se ha evidenciado que los pacientes mayores de 60 años y en tratamiento crónico con esteroides, presentaban un riesgo 6 veces mayor de sufrir este efecto adverso al estar en tratamiento con quinolonas. Los pacientes que no están a tratamiento crónico con esteroides presentaban un riesgo 2 veces mayor que la población general de sufrir dicho evento. (7,8). El caso que presentamos estaba a tratamiento con corticoides desde el día del ingreso, por lo que no debemos limitar nuestras sospechas a los pacientes en tratamiento crónico.