

Polimiositis y serositis. Reporte de un caso

Luis Ernesto Gómez García,* Gerardo Pérez Bustamante,** Fabián Tafoya Ramírez,*** Quetzalli Navarro-Hernández****

RESUMEN

La polimiositis es un trastorno que se caracteriza por la inflamación y necrosis de fibras musculares asociado, en ocasiones, con afectación cutánea (dermatomiositis), serositis y síndrome paraneoplásico, entre otras enfermedades. En menos de 1% se asocia con derrame pleural masivo. En 15-20% de los enfermos con el diagnóstico de polimiositis se detectan procesos malignos; los más frecuentes son: cáncer de mama, pulmón, ovario, estómago y linfoma de Hodgkin. Cursan con debilidad muscular progresiva, proximal, simétrica, con aumento de las enzimas musculares, confirmación histológica por biopsia muscular y patrón electromiográfico típico. La evolución clínica es variable, y para su tratamiento se administran esteroides y fármacos modificadores de la enfermedad, como: metotrexato, azatioprina o ciclofosfamida.

Palabras clave: polimiositis, serositis.

ABSTRACT

Polymyositis is a disorder characterized by inflammation and necrosis of muscle fibers, occasionally associated with skin disease (dermatomyositis), serositis, paraneoplastic syndrome and other diseases. In less than 1% is associated with massive pleural effusion. In 15-20% of patients with the diagnosis of polymyositis are detected malignancies, the most common being breast, lung, ovary, stomach and Hodgkin lymphoma. Present with progressive muscle weakness, proximal, symmetrical, with increased muscle enzymes, histologically confirmed by muscle biopsy and electromyographic pattern typical. The clinical course is variable, and for treatment are given steroids and disease modifying drugs such as methotrexate, azathioprine or cyclophosphamide.

Key words: Polymyositis, serositis.

Paciente masculino de 50 años de edad, soltero, originario y residente de Ejutla de Crespo, Oaxaca, de oficio albañil. Sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual.

Cuadro clínico de ocho meses de evolución caracterizado por elevación térmica nocturna con escalofríos, que cede con la administración de paracetamol; disminución del apetito y de peso consecuente, aproximadamente 20 kg, un mes previo al ingreso, con debilidad en las extremidades inferiores de predominio proximal y posteriormente a las

extremidades superiores, con mialgias, tres días previos a su ingreso con disfagia a sólidos, disfonía. Por todo esto acudió a Urgencias, a donde ingresó para un protocolo de estudio. En el examen físico se le encontró adelgazado, con adenomegalías menores a 0.5 cm de diámetro en la región submentoniana izquierda. En la región cervical y axilar se le encontraron adenomegalías menores de 1 cm de diámetro, duras, no dolorosas, frote pericárdico. Con elevación importante de enzimas musculares y DHL. La TAC de cuello y tórax mostró derrame pericárdico, pleural

* Residente de cuarto año de Medicina Interna. Hospital General de México, SSA.

** Especialista en Medicina Interna. Subdirector de Servicios Clínicos del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

*** Especialista en Anatomía Patológica. Jefe del servicio de Anatomía Patológica del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

**** Maestra en Salud Pública. Protocolos Clínicos y Básicos. Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

Correo electrónico: legomez99@hotmail.com

Recibido: 10 agosto, 2010. Aceptado: noviembre, 2010

Este artículo debe citarse como: Gómez-García LE, Pérez-Bustamante G, Tafoya-Ramírez F, Navarro-Hernández Q. Polimiositis y serositis. Reporte de un caso. Med Int Mex 2011;27(2):190-192.

Correspondencia: Dr. Luis Ernesto Gómez García. Hospital General de México. Dr. Balmis 148, colonia Doctores. México 06726, DF.

derecho y adenomegalias menores de 1 cm en la región submentoniana, cervical y axilar. La endoscopia alta reveló gastritis antral erosiva. Se le realizó pericardiocentesis 260 mL. El reporte histopatológico fue de líquido pericárdico con cambios inflamatorios hemorrágicos e inespecíficos, sin datos de malignidad. BAAF de ganglio axilar y biopsia de ganglio axilar sin datos de malignidad. A los días días de hospitalizado mostró tendencia al deterioro clínico, dificultad respiratoria, taquicardia, odinofagia, disfagia a sólidos y líquidos, progresión de la debilidad en las extremidades superiores e inferiores 2/5. Por eso se le realizó intubación orotraqueal para protección de la vía aérea, con hipotensión que no revirtió con líquidos. Se inició tratamiento con norepinefrina y se internó en la unidad de cuidados intensivos durante tres meses. La radiografía de tórax mostró un derrame pleural masivo derecho. La TAC de abdomen no mostró alteraciones de relevancia. Se le colocó una sonda endopleural. El análisis del líquido pleural mostró características de trasudado. Se efectuó la búsqueda de *Mycobacterium tuberculosis* con ADA negativo. Cursó con neumonía nosocomial. La biopsia de piel y músculo resultó compatible con polimiositis. ANA positivos 1:1140, patrón moteado. Marcadores tumorales negativos. Serología para hepatitis A, B, C y VIH negativos. Perfil tiroideo compatible con síndrome del eutiroideo enfermo (TSH 1.04 [0.4-4], T4 libre 1.54 [0.8-1.9], T3 libre 1.52 [3.1-6-8]). Se aplicaron tres pulsos de metilprednisolona de 1 gramo diario, y después prednisona vía oral a 1 mg/kg con reducción progresiva. Se le retiró el ventilador, por traqueostomía, luego de cinco meses de hospitalizado y con mejoría progresiva, aunque lenta. Se inició dosis de ciclofosfamida y se dio de alta del hospital por mejoría clínica. No fue posible realizar la electromiografía.

DISCUSIÓN

Las miopatías inflamatorias son enfermedades autoinmunes del músculo esquelético. Con base en los criterios clínicos, histopatológicos, inmunológicos y demográficos se dividen en tres grupos: polimiositis, dermatomiositis y miositis de cuerpos de inclusión.^{1,4} El término dermatomiositis se refiere cuando hay afección cutánea, que en este caso no la hubo. El paciente del caso que aquí se reporta cursó con un cuadro clínico típico con fiebre, debilidad muscular proximal, mialgias, con elevación importante

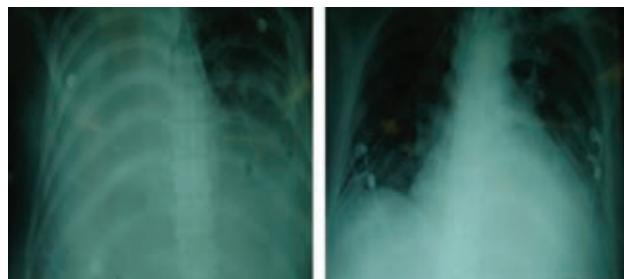


Figura 1. Radiografía de tórax PA que muestra el derrame pleural derecho masivo y su resolución con un tubo endopleural al inicio del tratamiento con esteroides.

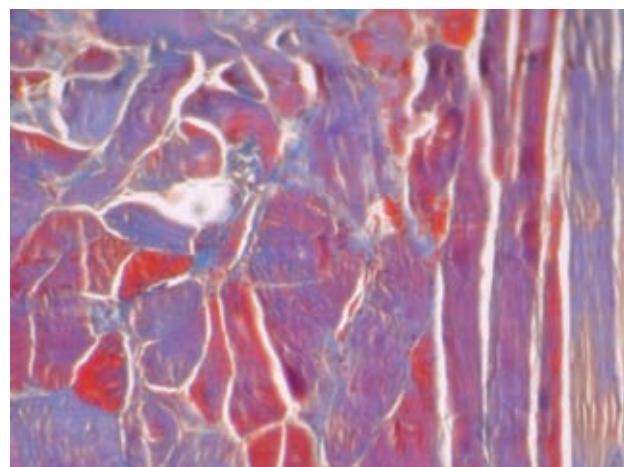


Figura 2. Panorámica. En la periferia de los fascículos se observan fibras atróficas rodeadas de linfocitos aislados, con necrosis en las fibras y regeneración focal.

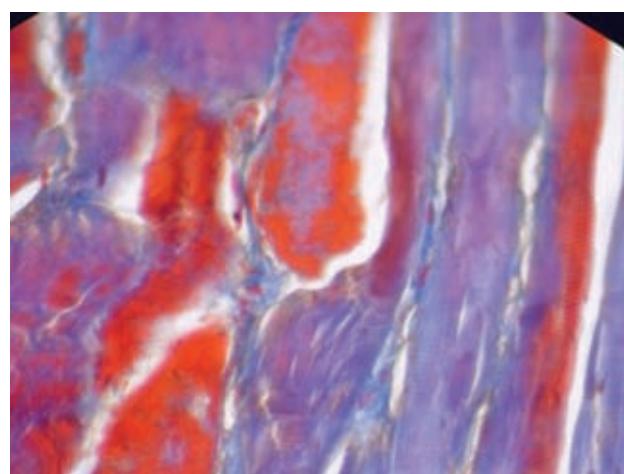


Figura 3. Acercamiento de fibras atróficas rodeadas de linfocitos aislados en la periferia de los fascículos con necrosis en las fibras y regeneración focal.

de enzimas musculares. El diagnóstico en el ámbito clínico suele realizarse con los criterios de Bohan y Peter:¹ debilidad muscular proximal simétrica. Desde el punto de vista histológico: necrosis, regeneración y variación en su tamaño de fibras musculares e infiltrados inflamatorios con predominio de linfocitos, aumento en la concentración de enzimas séricas derivadas del músculo: aldolasa, cinasa de creatina (CK), aspartato aminotransferasa (AST), alanol aminotransferasa (ALT), cambios electromiográficos característicos de miopatía. De todos ellos, sólo el último no se pudo realizar; se cumplieron los criterios.

Se excluyeron las causas neoplásicas, por su asociación tan alta, así como los diagnósticos diferenciales a considerar, que incluyen: enfermedades neuromusculares y endocrinas, como hipertiroidismo e hipotiroidismo que pueden presentarse como trastornos de la potencia muscular y elevación de la CPK, trastornos de los electrolitos, como hipocalcemia, hipomagnesemia, hiper o hipocalcemias, miopatías metabólicas, miopatías tóxicas; por ejemplo, por alcohol, cocaína, miopatías por parásitos, como la triquina, toxoplasma, miositis por cuerpos de inclusión. La asociación con derrame pleural y derrame

pericárdico está reportada en la bibliografía, aunque en porcentajes muy bajos.^{2,3}

Con la administración del esteroide y la colocación de la sonda endopleural la evolución fue a la mejoría clínica. De acuerdo con el elevado porcentaje de pacientes con miopatías inflamatorias que resultan con cáncer, es recomendable que en estos pacientes se realice un tamizaje programado de los tumores que con más frecuencia se asocian con esta enfermedad.⁵

REFERENCIAS

1. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis. *N Engl J Med* 1975;292:344-347, 403-407.
2. Bourros D, Pneumatiskos I, Tzouvelekis A. Pleural involvement in systemic autoimmune disorders. *Respiration* 2008;75:361-371.
3. Shepen J, Di Martino, Lawrence JK. Newer therapeutic approaches: inflammatory muscle disorders. *Rheum Dis Clin N Am* 2006;32:121-128.
4. Dalakas MC, Hohfeld R. Polymyositis and dermatomyositis. *Lancet* 2003;362:971-982.
5. Andrade OL, Irazoqui PF. Miopatías inflamatorias en México. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 1999; 44(4):153-158.