

DERMATOMIOSITIS Y MIOCARDITIS INMUNOMEDIADA NO FULMINANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dra. Ana Cousillas Boullón, Dra. Isabel Pérez Fernández, Dra. María Torres Fernández.

INTRODUCCIÓN

La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria consistente en debilidad muscular principalmente proximal, asociada a alteraciones cutáneas. Esta puede aparecer en contexto tumoral como un síndrome paraneoplásico. Existe una asociación bien conocida con ciertos tumores, destacando el cáncer de pulmón, u otros como el de colon, ovario, mama y/o síndromes mieloproliferativos. Como complicaciones asociadas, destacan las cardíacas como miocarditis y/o trastornos de la conducción.

La miocarditis se define como una enfermedad inflamatoria del músculo cardíaco y es una causa importante de insuficiencia cardíaca aguda, muerte súbita y miocardiopatía dilatada. Entre los agentes etiológicos más frecuentes se encuentran las infecciones (virus), los fármacos, las sustancias tóxicas o los trastornos autoinmunitarios.

CASO CLÍNICO

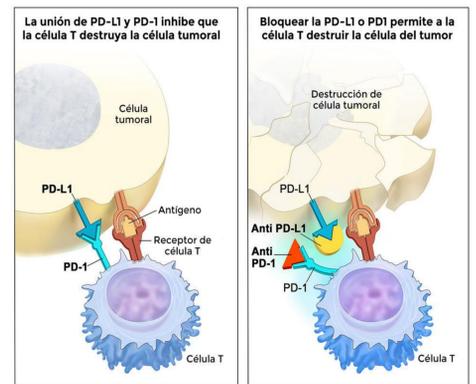


MOTIVO DE CONSULTA

Varón de 54 años que acude al Centro de Salud por mialgias generalizadas incapacitantes, sin otra clínica asociada. Afebril.

ANTECEDENTES PERSONALES

- Historia oncológica:
 - Carcinoma escamoso pulmonar T4N2M1 (metástasis riñón derecho. Nefrectomía radical). PDL1 negativo. ALK/EGFR/ROS1/NTRK/BRAF WT.
 - En Mayo/2023: inicia tratamiento con Carboplatino-Paclitaxel-Pembrolizumab.
 - En 2º ciclo, toxicidad hepática con elevación de enzimas hepáticas grado 3.
- Otros: TB pulmonar en 2000. Herpes zoster dorsal. Neuralgia postherpética.



ENFERMEDAD ACTUAL

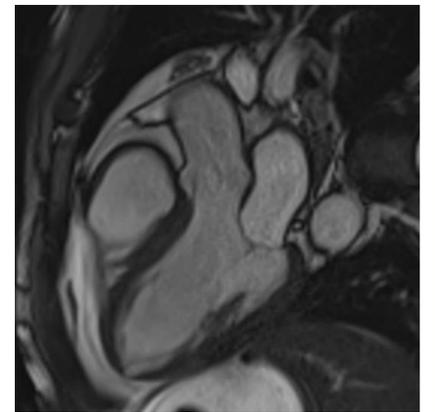
Varón de 54 años que acude a Urgencias por mialgias generalizadas con debilidad y encamamiento progresivo desde la última dosis de quimioterapia, asociando incapacidad para elevación de extremidades por debilidad acusada. No clínica respiratoria. No dolor torácico. No molestias miccionales. Afebril. No otra clínica.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Destaca debilidad muscular de predominio proximal en MMII y MMSS. Eritema difuso en cara sin claro signo de heliotropo. Hiperemia en cutículas de los dedos, y tenues lesiones sugestivas de pápulas de gottron. ACP normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

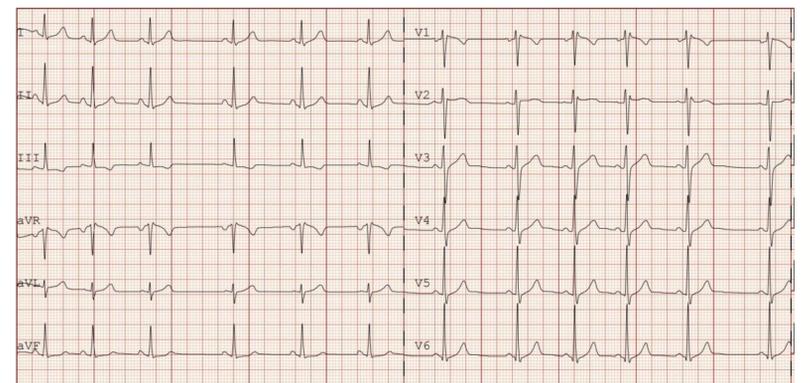
LABORATORIO	PRUEBAS DE IMAGEN
BIOQUÍMICA: GOT 480, GPT 254, CPK 8121, LDH 654, PCR 30.17, Aldolasa 76.8	ECG: RS a 80 lpm.
SERIACIÓN MARCADORES CARDIACOS: Troponina I 737 -> 958 -> 895. NTproBNP 2514 -> 701	CARDIO-RM: Extenso s focos de edema en segmentos basales, medios y apicales (ver descripción) en relación con proceso inflamatorio. Leve engrosamiento basal anteroseptal con datos de ligera fibrosis intersticial.
PANEL ANTICUERPOS: ANAs Positivos 1/1280; Patrón homogéneo. Ac. anti-DNAs Negativo. ENAs negativos. Perfil miositis: Ac. Anti Mi-2 Positivo. Resto negativos.	TC TÓRAX CONTROL: Disminución del tamaño global de las lesiones en aprox un 31% respecto al estudio basal.



EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS

Ante la clínica del paciente y los hallazgos en las pruebas complementarias, se decidió ingresar al paciente en Cardiología. El conjunto de los hallazgos clínicos, analíticos, y de las pruebas de imagen (miocarditis aguda probablemente inmunomediada + miositis severa + hepatitis tóxica) orientaron el diagnóstico hacia un cuadro de **DERMATOMIOSITIS INMUNOMEDIADA SECUNDARIA A PEMBROLIZUMAB**.

Se inició monitorización cardíaca y tratamiento con corticoides a altas dosis e inmunoglobulinas, y posteriormente con ciclofosfamida, con adecuada respuesta terapéutica. En los controles realizados tras el inicio de tratamiento, los parámetros analíticos se fueron reduciendo, así como los datos de inflamación miocárdica evidenciados en la cardio-RMN de control.



CONCLUSIONES

La incidencia de las enfermedades oncológicas diagnosticadas se encuentra en aumento. En los últimos años, la inmunoterapia ha adquirido un papel muy importante en su tratamiento. En este contexto, desde Atención Primaria se debe realizar un seguimiento estrecho del paciente, además del seguimiento realizado por el resto de los/as especialistas, así como conocer los posibles efectos adversos farmacológicos para realizar un diagnóstico precoz de las complicaciones más frecuentes. En el caso expuesto, la primera consulta médica se realizó Atención Primaria, donde se decidió derivar al paciente al Servicio de Urgencias por los hallazgos clínicos y analíticos evidenciados, sospechando un posible efecto adverso del tratamiento oncológico.