



Polimiositis asociada a neumopatía intersticial en adulto mayor

Polymyositis associated with interstitial pneumopathy in the elderly

José Gregorio Arellano Aguilar,* Gregorio Arellano Gutiérrez,† Luis Gerardo Domínguez Carrillo§

Citar como: Arellano AJG, Arellano GG, Domínguez CLG. Polimiositis asociada a neumopatía intersticial en adulto mayor. Acta Med GA. 2023; 21 (2): 170-172. <https://dx.doi.org/10.35366/110267>

Resumen

Introducción: la polimiositis, un trastorno autoinmune relativamente poco común, se desarrolla debido a la activación anormal de los linfocitos T citotóxicos y macrófagos contra los antígenos musculares que se presenta como una miopatía proximal, se ve asociada a neumopatía intersticial entre 10 y 30% de los pacientes. **Caso clínico:** hombre de 76 años con evolución lenta de ocho meses, caracterizada por fatiga, pérdida de peso de 12 kilos, debilidad creciente en paravertebrales cervicales y músculos de cintura escapular y pélvica. El laboratorio mostró enzimas musculares elevadas, anticuerpos anti J-1 positivos, datos de electromiografía (EMG) compatibles y biopsia confirmatoria de polimiositis, asociada con neumopatía intersticial. Se inició tratamiento con esteroides y rehabilitación, obteniendo mejoría clínica importante a las tres semanas. **Conclusión:** ya que la polimiositis no es frecuente, al diagnóstico se llega por exclusión principalmente al coincidir la sintomatología y las imágenes tomográficas en época de COVID-19.

Palabras clave: polimiositis, síndrome de cabeza caída, neumopatía intersticial.

Abstract

Introduction: polymyositis, a relatively uncommon autoimmune disorder, develops due to abnormal activation of cytotoxic T lymphocytes and macrophages against muscle antigens presenting as a proximal myopathy is associated with interstitial lung disease in 10 to 30% of patients. **Case report:** 76-year-old male with a slow evolution of eight months, characterized by fatigue, weight loss of 12 kilos, and increasing weakness in cervical paravertebral muscles and muscles of the shoulder and pelvic girdles. Laboratory showed elevated muscle enzymes, positive Anti J-1 antibodies, consistent EMG data, and a biopsy confirming polymyositis, associated with interstitial lung disease. Steroid treatment and rehabilitation were started, obtaining significant clinical improvement at three weeks. **Conclusion:** since polymyositis is not frequent, the diagnosis is reached by exclusion mainly when the symptomatology and the tomographic images coincide during COVID-19.

Keywords: polymyositis, dropped head syndrome, interstitial lung disease.

INTRODUCCIÓN

La dermatomiositis y la polimiositis conforman el principal grupo de miopatías adquiridas en adulto, con incidencia de 0.6 por 100,000. Al presentarse un caso asociado a neumopatía intersticial (NI), con recuperación clínica rápida, realizamos esta comunicación.

CASO CLÍNICO

Hombre de 76 años. Inicia hace ocho meses con: debilidad creciente en paravertebrales cervicales y músculos de cintura escapular y pélvica, pérdida de 12 kg, cuenta con endoscopia de tubo digestivo alto y bajo normales y tomografía computarizada (TC) de

* Médico internista. División de Medicina del Hospital Angeles León. León, Guanajuato, México.

† Angiólogo. Departamento de Angiología, Cirugía Vascul y Endovascular, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Cardiología No. 34, IMSS. Monterrey, Nuevo León, México.

§ Especialista en Medicina de Rehabilitación. Catedrático de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. México.

Correspondencia:

Dr. José Gregorio Arellano Aguilar
Correo electrónico: gregareag@gmail.com

Aceptado: 01-09-2022.



Figura 1:

Imágenes de tomografía computarizada en corte coronal con patrón intersticial bilateral, con engrosamiento de septos, áreas de vidrio deslustrado y reticulación.

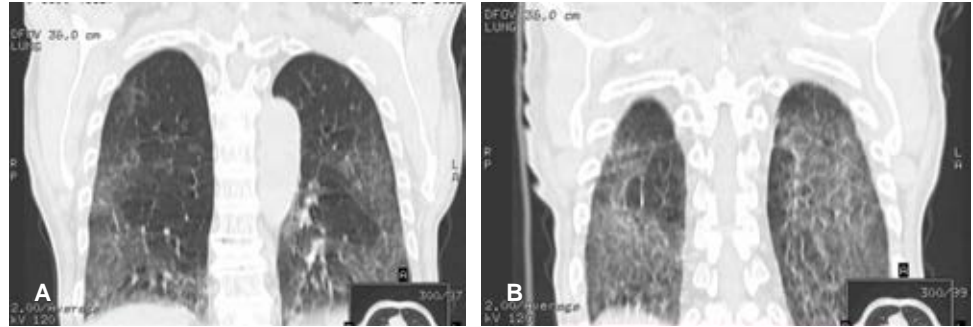


Figura 2: Fotografías clínicas mostrando paciente con “cabeza caída” (*dropped head*, en idioma inglés).

tórax, mostrando neumopatía intersticial (*Figura 1*). A la exploración: tensión arterial 110/60 mmHg; frecuencia cardiaca 84/min; frecuencia respiratoria 24/min; temperatura 36.6 °C; peso 60 kg; talla 177 cm; índice de masa corporal 19.2. Oximetría de 90. Postura: columna cervical en flexión con barbilla pegada al tórax y cifosis dorsal; marcha asistida con aumento en base de sustentación; cuello en flexión con barbilla en pecho (*Figura 2*), paravertebrales cervicales en 1/5. Extremidades: calificación 3/5 para músculos de cintura escapular y pélvica, resto en 5/5.

Con diagnósticos de: probable miopatía y neumopatía intersticial. El laboratorio mostró: glucosa 76 mg/dL; CPK total 3,586 U/L; TGO 252 U/L; TGP 278 U/L, GGT 133 U/L; DHL 4, 239 U/L y anticuerpos anti-Jo-1 positivos a 32 EU/mL; anti-ARS negativos; la electromiografía con fibrilaciones y ondas positivas, potenciales polifásicos de baja intensidad y baja amplitud en deltoides y glúteo mayor (*Figura 3A*); confirmando diagnóstico de polimiositis, con biopsia deltoidea (*Figura 3B*). Prescribiendo 60 mg de prednisona/día; inhibidor de bomba de protones, calcio, vitamina D y programa de rehabilitación. A tres semanas de tratamiento, se desteta collarín, con músculos en calificación 4/5 con marcha independiente.

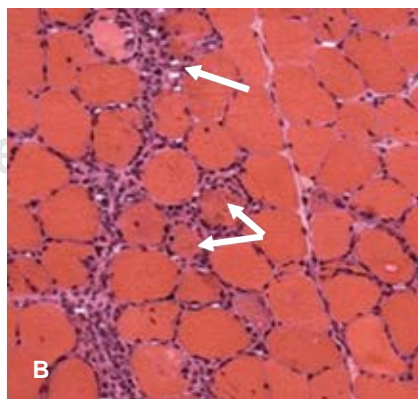
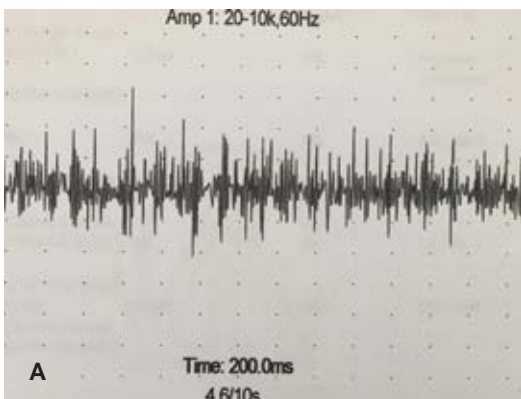


Figura 3:

A) Electromiografía, mostrando potenciales polifásicos de baja amplitud. **B)** Tinción con hematoxilina y eosina de músculo deltoides izquierdo, que muestra infiltración crónica del endomisio entre las miofibras intactas (flecha), con variabilidad del tamaño (flechas dobles) correspondiendo a polimiositis.

DISCUSIÓN

La polimiositis es una miopatía inflamatoria autoinmune, mediada por linfocitos T, con incidencia entre 0.5 y 8.4/millón.^{1,2} La NI ocurre entre 10 y 30% de los pacientes con polimiositis, puede anteceder a la miopatía.³ En la NI la miopatía está presente en 90%. El diagnóstico diferencial incluye al síndrome antisintetasa, caracterizado por: miositis, enfermedad pulmonar intersticial, artritis simétrica, artralgias, fenómeno de Raynaud, erupción heliotrópica, dismotilidad esofágica distal, “manos de mecánico” y anticuerpos antisintetasas (anti-ARS). El tratamiento incluye corticosteroides, inmunosupresores y fisioterapia. Los pacientes deben someterse a tamizaje de cáncer por asociación con malignidad. La supervivencia a cinco años se estima en 80%; el pronóstico de la NI es mejor que el de

la fibrosis pulmonar idiopática.⁴ La mortalidad se relaciona más a menudo con malignidad asociada o complicaciones pulmonares, más aún en el adulto mayor.

REFERENCIAS

1. Sarwar A, Dydyk AM, Jatwani S. *Polymyositis*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
2. Kesserwani H. Predominant neck extensor muscle weakness: a rare manifestation of idiopathic polymyositis. *Cureus*. 2020; 12 (6): e8735.
3. Shao T, Shi X, Yang S, Zhang W, Li X, Shu J et al. Interstitial lung disease in connective tissue disease: a common lesion with heterogeneous mechanisms and treatment considerations. *Front Immunol*. 2021; 12: 684699.
4. Hoyos N, Casanova A, Sánchez S, Valenzuela C, García A, Girón RM. Polymyositis and interstitial lung disease with a favorable response to corticosteroids and methotrexate. *Arch Bronconeumol*. 2007; 43 (11): 636-639.