

Doctor, me duele todo el cuerpo.

Doctor, I have pain everywhere.

Doutor, dóeme todo o corpo.

Ana María do Muíño Méndez¹, Ana María Santos Ruiloba¹, Aranzazu Valtierra Darriba³

1 RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, CS SÁRDOMA EOXI VIGO, SERVICIO GALEGO DE SAÚDE.

2 RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, CS VAL MIÑOR EOXI VIGO, SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Ana María do Muíño Méndez. e-mail: anamariado.muino@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Paciente varón de 53 años que acude por dolor muscular generalizado. No ha presentado fiebre, ni clínica respiratoria, ni alteraciones gastrointestinales en los días previos. No ha realizado viajes recientes, ni ha aumentado su actividad física. Niega consumo de fármacos, tóxicos, ni relaciones sexuales de riesgo.

La exploración física no presenta hallazgos relevantes, no se objetiva atrofia muscular, ni alteraciones tanto en la fuerza como en la sensibilidad.

No reconoce antecedentes patológicos, ni familiares de interés.

En cuanto a su situación social, vive con su pareja y sus hijos. Trabaja como mecánico.



(figura 1)

DIAGNÓSTICO

Dada la inespecificidad del cuadro, se inicia tratamiento sintomático sin mejoría. Meses más tarde, el paciente refiere persistencia de la clínica con aumento de debilidad muscular a nivel de cinturas, por lo que se solicita una analítica general con marcadores de inflamación y miopatías que salieron patológicos. Revisando la historia clínica, el paciente había consultado por episodios de eritema facial en varias ocasiones. Correlacionando los hallazgos previos y tras una exploración minuciosa del paciente, observamos la presencia de lesiones eritematodescamativas en ambos dorsos de las manos (figura 1). Dichas lesiones habían pasado desapercibidas dado el contexto laboral del paciente.

Con la sospecha diagnóstica de dermatomiositis, se inicia tratamiento corticoideo vía oral y se deriva al paciente a consultas de Medicina Interna para completar el estudio. El paciente mejoró clínicamente con corticoides, y sigue pendiente de los resultados de las pruebas complementarias.

CONCLUSIÓN:

La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria idiopática poco prevalente. Esta entidad es ligeramente más frecuente en mujeres de edad media, aunque puede manifestarse a cualquier edad. Su manifestación clínica más característica es la presencia de mialgias y debilidad muscular de predominio proximal, pero a diferencia de la polimiositis, en esta entidad se asocia afectación dermatológica, destacando las pápulas de Gottron y el eritema heliotropo, entre otras.¹⁻²

El dolor muscular generalizado es un motivo habitual de consulta en Atención Primaria. Resulta fundamental realizar un buen diagnóstico diferencial, ayudándonos de una anamnesis dirigida y una exploración física minuciosa. Entre las causas más comunes destacan la sobrecarga física, procesos infecciosos o el inicio de fármacos tan habituales como las estatinas. Otras opciones a valorar son el debut de un hipotiroidismo, o patologías menos prevalentes como la miastenia gravis, distrofias musculares y otros tipos de miopatías (necrotizante o de cuerpos de inclusión). Tampoco debemos olvidarnos de la polimialgia reumática o el síndrome miofascial.³

En aquellos casos en los que no existe mejoría clínica con tratamiento sintomático, debemos solicitar una analítica completa incluyendo función renal, hepática, enzimas musculares (CPK, aldolasa), reactantes de fase aguda (PCR, VSG) y sin olvidarnos de los niveles de hormonas tiroideas.

Para el diagnóstico definitivo se requiere de biopsia muscular. Una vez confirmada dicha entidad, es importante recordar su posible origen paraneoplásico, siendo necesario un estudio pormenorizado para descartar neoplasias ocultas en todos los pacientes con dermatomiositis, y en su caso, un estudio de extensión.⁴

El pilar del tratamiento se basa en la utilización de corticoides e inmunosupresores. Ante la sospecha fundada de esta patología, se deben iniciar dosis altas de corticoides desde Atención Primaria, mientras esperamos la confirmación diagnóstica.⁵

La visión integral del paciente, junto con un seguimiento continuado del mismo, hace que el médico de familia sea una figura clave para el diagnóstico y seguimiento de patologías tan complejas como la dermatomiositis.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Marc L Miller, MD, Ruth Ann Vleugels, MD, MPH. Clinical manifestations of dermatomyositis and polymyositis in adults. UpToDate. Jan, 2019. <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-dermatomyositis-and-polymyositis-in-adults>
2. Mainetti C, Terziroli Beretta-Piccoli B, Selmi C. Cutaneous Manifestations of Dermatomyositis: a Comprehensive Review. Clin Rev Allergy Immunol. 2017 Dec;53(3):337-356.
3. Marc L Miller, MD. Diagnosis and differential diagnosis of dermatomyositis and polymyositis in adults. UpToDate. Apr, 2019. <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-differential-diagnosis-of-dermatomyositis-and-polymyositis-in-adults>
4. Qiang JK et al. Risk of Malignancy in Dermatomyositis and Polymyositis. J Cutan Med Surg. 2017; 21 (2): 131-136
5. Griger Z, Nagy-Vincze M, Dankó K. Pharmacological management of dermatomyositis. Expert Rev Clin Pharmacol. 2017 Oct;10(10):1109-1118.