



## CARTAS CIENTÍFICAS

# Dermatomiositis en el adulto mayor: un enfoque integral para la atención primaria

## Dermatomyositis in the elderly: A comprehensive approach for primary care

Gabriela Iveth Barrios Ari<sup>a</sup>, Ángel Martínez González<sup>b,\*</sup>, Lucía Romar de las Heras<sup>c</sup>, Diego Santos Álvarez<sup>c</sup> y Manuella González Nunes<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Geriátría, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España

<sup>b</sup> Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Montecelo, Pontevedra, España

<sup>c</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Montecelo, Pontevedra, España

<sup>d</sup> Servicio de Urgencias, Hospital Montecelo, Pontevedra, España

Disponible en Internet el 9 de mayo de 2025

La dermatomiositis (DM) representa un importante desafío diagnóstico en la población geriátrica que atendemos en Atención Primaria. Con una prevalencia estimada en España de 19 casos por 100.000 habitantes y una presentación habitualmente atípica en esta franja de edad es frecuente que se produzcan retrasos diagnósticos significativos con posibles desenlaces graves, ya que la mortalidad a cinco años puede alcanzar hasta el 40%. La DM en el anciano presenta además peculiaridades distintivas, incluyendo una mayor frecuencia de ciertos anticuerpos específicos como los anti-SAE (cerca al 10%) y una mayor asociación con neoplasias en hasta el 15-27% de los casos<sup>1,2</sup>.

Ilustramos estos retos con el caso de un varón de 83 años con Alzheimer e hipertensión arterial que consultó por disfagia progresiva y pérdida de peso de 20 kg en tres meses. La exploración física reveló una discreta debilidad muscular enmascarada por su deterioro cognitivo basal y lesiones cutáneas sutiles, destacando un leve eritema periocular y pápulas de Gottron atípicas. Los estudios posteriores mostraron elevación de CPK (1.200 U/L), positividad para anti-SAE y alteraciones electromiográficas compatibles. El

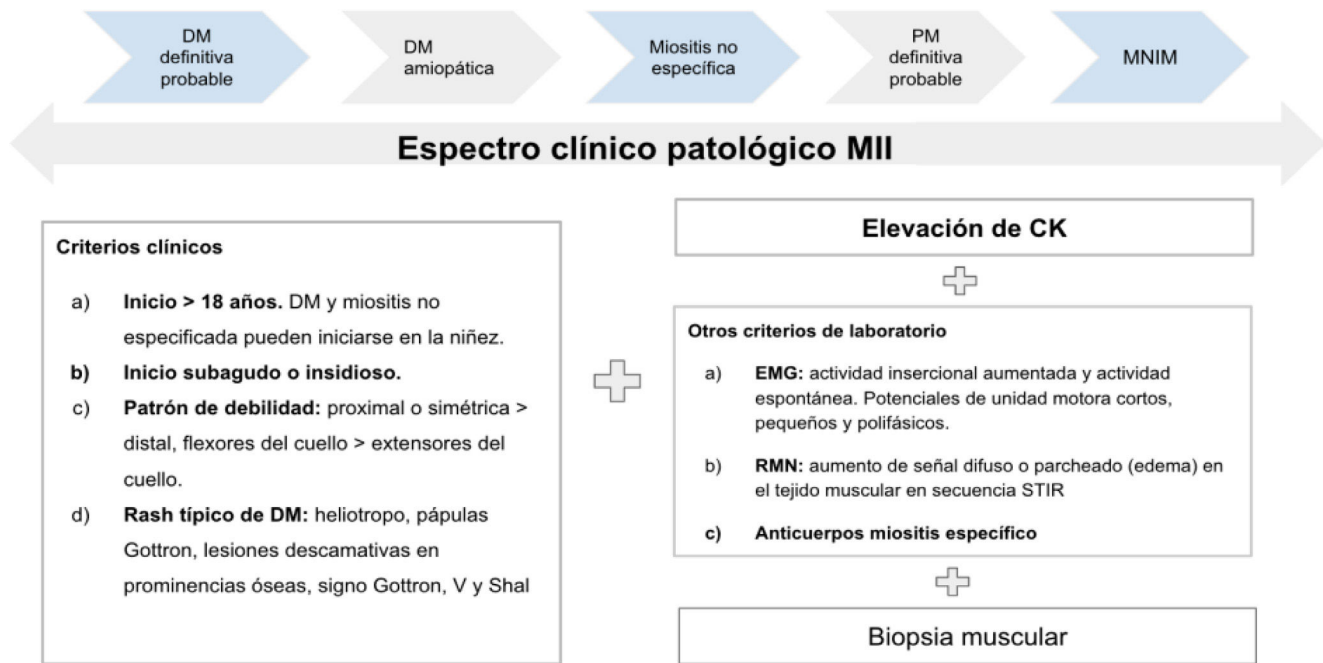
diagnóstico se confirmó finalmente mediante biopsia muscular. El paciente requirió tratamiento inicial con pulsos de metilprednisolona y posteriormente con inmunoglobulinas intravenosas para controlar la disfagia refractaria<sup>3</sup>.

Partiendo del presente caso, destacamos tres hallazgos clave en la presentación de DM en ancianos. Primero, hasta el 60% de los casos se manifiestan como formas atípicas, incluyendo disfagia, astenia o pérdida de peso como únicos síntomas. Segundo, muchas de las comorbilidades habituales en este grupo etario (sarcopenia, enfermedades neurodegenerativas, etc.) suelen enmascarar el diagnóstico. Tercero, el tratamiento puede presentar mayores riesgos en relación al estado de inmunosupresión lo que hace especialmente relevantes alternativas como las inmunoglobulinas en aquellas formas graves o refractarias<sup>2,4,5</sup>.

La dermatomiositis en el anciano requiere por tanto un alto índice de sospecha, debiendo considerarse siempre ante manifestaciones como disfagia orofaríngea no obstructiva, elevación inexplicada de CPK (>3 veces el límite superior) y lesiones cutáneas como eritema en «V» del escote o pápulas de Gottron; aunque cabe destacar que hasta un 60% presenta formas incompletas. En este sentido proponemos un algoritmo diagnóstico escalonado comenzando con la determinación de enzimas musculares (CPK, aldolasa y LDH), autoanticuerpos específicos de DM (anti-Mi2, anti-SAE, anti-TIF1γ, anti-NXP2, anti-MDA5) y electromiograma cuando

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: angelmg88@hotmail.com (Á. Martínez González).



**Figura 1** Adaptado de: Criterios diagnósticos y de clasificación de MII según European Neuromuscular Centre (ENMC) (6). MII: Miopatías inflamatorias idiopáticas, DM: Dermatomiositis, PM: Polimiositis, MNIM: Miopatía necrotizante inmunomediada, EMG: Electromiografía, RMN: Resonancia magnética nuclear, STIR: Señal de recuperación de inversión de tau corta.

coincidan dos marcadores positivos; completando el estudio con un TC de cuerpo entero dado el mayor riesgo oncológico asociado en esta entidad<sup>2,4,5</sup>. El algoritmo se resume en la figura 1<sup>6</sup>.

En conclusión, el manejo de la DM en ancianos requiere un alto índice de sospecha ante síntomas sugestivos, un uso racional de glucocorticoides y otros inmunosupresores que deberán individualizarse en función de las características de cada paciente y un screening oncológico básico. Nuestro caso ilustra cómo un enfoque coordinado entre Atención Primaria, Geriátrica y Reumatología puede mejorar los resultados clínicos, incluso en pacientes con múltiples comorbilidades. Este modelo de colaboración interdisciplinar resulta por tanto esencial para optimizar el diagnóstico y tratamiento de esta compleja patología en nuestra población geriátrica.

## Autoría

Gabriela Iveth Barrios Ari: conceptualización del estudio, redacción del borrador inicial y revisión final del manuscrito.

Ángel Martínez González: revisión de la literatura, recopilación de las referencias y redacción de la introducción.

Lucía Romar de las Heras: análisis del caso clínico y elaboración de la sección de discusión. Metodología, estructuración de la revisión narrativa y edición del manuscrito.

Diego Santos Álvarez: redacción, revisión y edición.

Manuella González Nunes: supervisión general, corrección del contenido científico y coordinación entre autores.

## Financiación

Ninguno de los autores recibió ningún tipo de financiación o subvención relacionada con la publicación.

## Consideraciones éticas

El presente caso clínico cuenta con el consentimiento informado firmado por la familia del paciente, garantizando la protección de su confidencialidad y el cumplimiento de las normativas ético-legales vigentes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen intereses financieros en competencia conocidos ni relaciones personales que pudieran haber influido en el trabajo informado en este documento. Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

## Bibliografía

1. Lundberg IE, Fulimoto M, Vencovsky J, Aggarwal R, Holmqvist M, Christopher-Stine L, et al. Idiopathic inflammatory myopathies. Nat Rev Dis Primers. 2021;7:86, <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-021-00321-x>.
2. Cassard L, Seraly N, Riegert M, Patel A, Fernandez AP. Dermatomyositis: Practical guidance and unmet needs. Immunotargets Ther. 2024;13:151-72, <http://dx.doi.org/10.2147/ITT.S381472>.

3. Sevim E, Kobrin D, Casal-Dominguez M, Pinal-Fernandez I. A comprehensive review of dermatomyositis treatments - From rediscovered classics to promising horizons. *Expert Rev Clin Immunol.* 2024;20:197–209, <http://dx.doi.org/10.1080/17446666X.2023.2270737>.
4. DeWane ME, Waldman R, Lu J. Dermatomyositis: Clinical features and pathogenesis. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82:267–81, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2019.06.1309>.
5. Waldman R, DeWane ME, Lu J. Dermatomyositis: Diagnosis and treatment. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82:283–96, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2019.05.105>.
6. Hoogendijk J, Amato A, Lecky B, Choy E, Lundber I, Rose M, et al. 119th ENMC international workshop: trial design in adult idiopathic inflammatory myopathies, with the exception of inclusion body myositis, 10-12 October 2003, Naarden, The Netherlands. *Neuromuscul Disord.* 2004;14:337–45.