



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 347/403 - NO TODO ES LA PIEL

M. Menéndez Argüelles<sup>a</sup>, C. Cañal Suárez<sup>b</sup>, J. Redondo Jañez<sup>c</sup> y P. Zamora Yeyes<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Llano. Gijón. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Área V. Asturias. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud el Llano. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 64 años. NAMC. Hipertensión bien controlada y dislipemia a tratamiento dietético. EPOC estable. Varias neumonías en los últimos 3 años. Espondiloartrosis. Acude por primera vez a la consulta con lesiones eritematosas pruriginosas en dorso del pecho y a nivel facial, así como discreto edema palpebral sin otra clínica acompañante. Tratamos en un inicio desde la consulta con corticoides vía oral y antihistamínicos para el prurito, con mejoría transitoria. Acude nuevamente a la consulta 3 semanas más tarde, con empeoramiento de las lesiones, y al interrogar refiere poliartralgias, sensación de disminución de fuerza a nivel proximal, y dificultad para tragar ocasional. Síndrome general con pérdida de 5 kg de peso desde inicio de la clínica. Medicación crónica: Spiriva, irbesartán, omeprazol.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Constantes estables. Lesiones eritematosas con vesículas aisladas en dorso del pecho, a nivel malar. Discreto edema periorbitario. Eritema a nivel de nudillos. Auscultación cardiopulmonar normal. Exploración ORL dentro de la normalidad.

**Orientación diagnóstica:** Ante la persistencia de la clínica dermatológica, y aparición de clínica sistémica, se decide enviar a dermatología para estudio, que realiza analítica completa, biopsia cutánea y radiografía de tórax. Confirma la sospecha diagnóstica de dermatomiositis y en el estudio encuentra lesión ocupante de espacio en lóbulo superior izquierdo pulmonar. En la actualidad se encuentra ingresado por disfagia e imposibilidad para la ingesta, pendiente de nutrición por sonda nasogástrica, con corticoterapia intensiva, a la espera de decidir actitud.

**Diagnóstico diferencial:** Polimiositis, dermatitis eritematodescamativas.

**Comentario final:** Aunque la entidad de dermatomiositis se trata de un cuadro clínico infrecuente, lo importante de este caso es el incidir en la importancia de que la patología dermatológica se acompaña en muchas ocasiones de síntomas sistémicos que nos pueden orientar a diferentes diagnósticos diferenciales y alarmarnos de su importancia. Por tanto, es importante indagar en la anamnesis por otra sintomatología y no quedarnos sólo en lo puramente dermatológico. Además, saber que este cuadro se asocia en ocasiones a neoplasias.

### Bibliografía

- Lioger B, Lavigne C, Machet L. Dermatomiositis. Dermatología. 2011;45:1-12.

**Palabras clave:** Dermatomiositis. Autoinmunidad. Exantema heliotropo. Pápulas de Gottron.