

## 347/2260 - UN ERITEMA DE MAL PRONÓSTICO

D. Martínez Revuelta<sup>a</sup>, R. López Sánchez<sup>b</sup>, A. Azagra Calero<sup>c</sup> y A. Aldama Martín<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Morante. Santander. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 48 años con antecedentes de VIH en tratamiento con terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) con buena adherencia y cargas virales negativas desde hace años. Acude a consulta por pérdida de peso y debilidad muscular en cintura escapular y pélviana de un mes de evolución con aparición súbita de erupción cutánea en cara, tronco y extremidades. No refiere toma de nuevos fármacos, comidas o clínica infecciosa.

**Exploración y pruebas complementarias:** Auscultación cardiopulmonar normal, abdomen y extremidades sin alteraciones. A nivel facial presentaba eritema periocular violáceo y erupción eritematosa en tronco junto con placas poiquilodérmicas. Las lesiones se extendían a cara externa de brazos y muslos. Afectación en manos en forma de eritema periungueal y pequeñas pápulas hiperqueratósicas confluentes en nudillos. Analítica completa con enzimas musculares, hemograma, coagulación, serologías de sífilis, hepatitis B y C, Mantoux y Quantiferón. Cifras de CK, LDH, aldolasa y PCR elevadas. Carga viral VIH indetectable. Ante la sospecha diagnóstica se derivó a consultas de Dermatología donde realizan biopsia de una placa eritematosa para estudio. Anticuerpos específicos de miositis negativos. En radiografía de tórax lesión espiculada, se completó estudio con TC corporal que informaba de masa pulmonar en lóbulo superior izquierdo. La anatomía patológica confirmó un carcinoma microcítico. Se inició tratamiento con corticoterapia sistémica y se derivó al paciente a Oncología médica encontrándose actualmente pendiente de tratamiento.

**Orientación diagnóstica:** Dermatomiositis paraneoplásica secundaria a carcinoma microcítico de pulmón.

**Diagnóstico diferencial:** Sarcoma de Kaposi. Lupus eritematoso. Psoriasis. Mastocitosis.

**Comentario final:** La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria idiopática que cursa con clínica cutánea muy característica como el signo de Gottron, rash en heliotropo y placas poiquilodérmicas. Suele cursar con alteraciones en las pruebas de función muscular tanto en enzimas, electromiograma y biopsia. En este caso cabe destacar la importancia en Atención Primaria de ser capaces de sospechar un síndrome paraneoplásico como la dermatomiositis asociado a diferentes tumores para su diagnóstico y tratamiento.

### Bibliografía

1. Barnes BE, Mawr B. Dermatomyositis and malignancy. A review of the literature. Ann Intern Med. 1976;84:68.

2. Callen JP, Wortmann RL. Dermatomyositis. Clin Dermatol. 2006;24:363.
3. Dalakas MC, Hohlfeld R. Polymyositis and dermatomyositis. Lancet. 2003;362:971.

**Palabras clave:** Dermatomiositis. Miopatía. Paraneoplásico.