



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/1782 - NO TODAS LAS ERUPCIONES SON ALERGIA

M. Luengo Alarcón¹, V. Braia¹, G. Henriquez Almeida¹ e Y. Ali Ciurana²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Manlleu. Barcelona. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitari de Vic. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 44 años natural de Nador, sin antecedentes patológicos, ni hábitos tóxicos. TPAL 4014, un hijo con miopatía en estudio. Consulta por primera vez a atención primaria por eritema y prurito facial, cervical y escote de un mes de evolución; se orienta como probable reacción alérgica y se indican corticoides tópicos y antihistamínicos. Días después reconsulta por persistencia clínica y además astenia importante con mialgia interescapular e impotencia funcional.

Exploración y pruebas complementarias: Semiología: hemodinámicamente estable, afebril. Destaca eritema facial, heliotropo, nucal, en escote y periungueal con signo de Gottron. Debilidad proximal de las cuatro extremidades (3/5). Resto de exploración normal. Analítica: LDH 2.002 mU/mL, CK 10.683 mU/mL, PCR 20 mg/L, IgE > 3.000, ANA positivo intenso.

Orientación diagnóstica: Dermatomiositis.

Diagnóstico diferencial: Lupus eritematoso sistémico, síndrome paraneoplásico, miopatías autoinmunes.

Comentario final: Ante la sospecha diagnóstica, manifestaciones clínicas, evolución sintomática y hallazgos analíticos se deriva a Hospital de Día Médico para continuar estudio. Se confirma alteración analítica y se solicitan anticuerpos específicos de dermatomiositis siendo positivos Mi2+, se realiza electromiograma que objetiva miopatía inflamatoria aguda y severa y se confirma diagnóstico con biopsia muscular. Así mismo, a pesar de no síndrome tóxico deciden descartar síndrome paraneoplásico con estudio TC tóraco-abdominal que objetiva engrosamiento endometrial. Se solicita estudio ginecológico, obteniendo mamografía, citología, ecografía, histeroscopia y biopsia (endometrio proliferativo sin signos de hiperplasia ni displasia) normales y marcadores tumorales negativos. Tras la sospecha diagnóstica se inicia tratamiento con corticoides vía oral, azatioprina e hidroxicitropona. La evolución favorable clínica y analítica tras tratamiento nos confirma el diagnóstico, alcanzando la estabilidad de la enfermedad dos meses después, por lo que, se procede a la retirada progresiva del mismo sin reagudizaciones posteriores. En conclusión, ante una clínica tan inespecífica y frecuente en las consultas de atención primaria, la importancia del ojo clínico y el empleo correcto de recursos nos permite acercarnos a un diagnóstico más orientado y precoz a una patología no tan frecuente, mejorando así el pronóstico final.

Bibliografía

1. Mainetti C, Terzioli Beretta-Piccoli B, Selmi C. Cutaneous Manifestations of Dermatomyositis: a Comprehensive Review. Clin Rev Allergy Immunol. 2017;53:337-56.

Palabras clave: Dermatomiositis. Mialgias. Eritema.