



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/1076 - CADA DÍA ME AHOGO MÁS

F. Buj Visiedo¹, M. Maestro Ibáñez¹, J. Brea Aymerich² y E. Martínez Peláez²

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud l'Ametlla de Mar. Terres de l'Ebre. Tarragona. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Constantí. Constantí. Tarragona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 35 años sin antecedentes relevantes, trabajadora de banca. Regreso reciente de Australia donde vivía durante los últimos 3 años (zona industrial, minera y química). Desde hace 20 días (comenzó en Australia la clínica). Disnea progresiva a moderados esfuerzos por la que consultó, pautándosele antibióticos. Asocia cansancio generalizado, pérdida de fuerza y dolores inespecíficos en cinturas escapular y pélvica. Varias consultas por lesiones hiperqueratósicas en manos, codos, rodillas y pies sin diagnóstico definitivo. Estudiada por Cardiología descartándose patología cardíaca. Pendiente control por Neumología. Visita inicial a Urgencias por disnea, sin alteraciones analíticas ni radiológicas destacables, alta a domicilio y control ambulatorio. Vuelve por disnea de reposo.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 99/67, FC: 86, FR: 30, T^a axilar: 36,1 °C, SatO₂ basal: 99%. Malestar y desasosiego por la disnea. Color discretamente violáceo de cara con eritema periorbicular bilateral. Xerosis generalizada de predominio manos y pies. No bocio ni adenopatías palpables. AR: Crepitantes secos inspiratorios “en velcro” en bases y de predominio derecho sin signos de distrés respiratorio. Exploración cardíaca, abdominal y neurológica normales. Destaca la presencia de manos edematosas con lesión eccematosa en laterales de dedos de las manos “manos de mecánico” y lesiones hiperqueratósicas y papulomatosas en rodillas con lesión característica en dorso pie. AS inicial CK: 3487, LDH: 483, D-dímero: 510. Resto normal. Rx Tórax: Infiltrado retículonodular bilateral en bases de predominio derecho. AngioTAC tórax: no signos TEP. Parénquima pulmonar con aumento de densidad en ambos lóbulos inferiores y afectación alveolar bibasal con áreas de vidrio deslustrado y engrosamiento de septos interlobulares.

Orientación diagnóstica: Dermatomiositis. Se inicia tratamiento corticosteroideo parenteral e ingresa en Medicina Interna para estudio.

Diagnóstico diferencial: Neumonía (hipersensibilidad, vírica, micoplasma, intersticial), proteinosis alveolar, neumoconiosis, polimiositis.

Comentario final: Evidente mejoría clínica tras inicio de corticoides. Estudios complementarios de anticuerpos específicos confirmaron dermatomiositis tipo escleromiositis. Controles evolutivos corroboraron mejoría clínica, desaparición mialgias y lesiones cutáneas, normalización de función pulmonar, y negativización CK. Son lesiones cutáneas patognomónicas de dermatomiositis la pápula de Gottron, eritema violáceo o en heliotropo y manos de mecánico de nuestra paciente.

Bibliografía

1. Dalakas MC. Polymiositis, dermatomyositis and inclusion-body myositis. N Engl J Med. 1991;325:1487-98.
2. Callen JP. Dermatomyositis. Lancet. 2000;355:53-7.

Palabras clave: Dermatomiositis. Disnea.