



ARTÍCULO DE AJR

Hallazgos en resonancia magnética de las enfermedades musculares inflamatorias y sus simuladores no inflamatorios. Comentario

MRI findings in inflammatory muscle diseases and their noninflammatory mimics. Commentary

L. Cerezal

Diagnóstico Médico Cantabria, S.L.P., Santander, España

Schulze M, Kötter I, Ernemann U, Fenchel M, Tzaribachev N, Claussen CD, et al. MRI findings in Inflammatory muscle diseases and their noninflammatory mimics. AJR Am J Roentgenol. 2009;192:1708–16.

Comentario

Las miopatías inflamatorias constituyen un amplio grupo de enfermedades, la mayoría infrecuentes, que se caracteriza por presentar un infiltrado inflamatorio, focal o difuso, del músculo. Los avances en los últimos años en el campo de la histología e inmunología, han permitido tener un mejor conocimiento de la fisiopatología de dichas enfermedades. El grupo más importante son las miopatías inflamatorias idiopáticas, mediadas inmunológicamente, en el que se incluyen polimiositis, dermatomiositis y miositis de cuerpos de inclusión.

El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos y en los exámenes complementarios: pruebas de laboratorio, electromiograma, resonancia magnética (RM) y biopsia muscular.

La manifestación clínica más importante es la debilidad muscular, que se desarrolla generalmente de forma lenta y progresiva. En fases tardías, es habitual la atrofia muscular. Las pruebas de laboratorio muestran valores elevados de varias enzimas musculares y autoanticuerpos. La electromiografía revela alteraciones de la actividad eléctrica que indican enfermedad muscular. La biopsia muscular es la

prueba más importante para establecer el diagnóstico en pacientes con sospecha de miopatía inflamatoria. Permite realizar el diagnóstico diferencial de las diferentes miopatías inflamatorias y de otros procesos no inflamatorios que afectan al músculo y que pueden cursar con un cuadro clínico similar. La biopsia muscular es esencial para establecer el pronóstico y tratamiento de estos procesos.

El presente artículo es un buen ejemplo de revisión del tipo “*pictorial essay*” del AJR. En este tipo de artículos, el texto se limita al máximo, proporcionando únicamente la información más relevante, y toda la información debe estar en las imágenes. El artículo revisa las miopatías inflamatorias y otras miopatías que pueden simular miopatía inflamatoria en los estudios de RM. La RM es una técnica extraordinariamente sensible en la detección de las miopatías. Sin embargo, su especificidad es muy baja. Los hallazgos de las diferentes miopatías se superponen y es difícil llegar a un diagnóstico basándose únicamente en la RM. La mayoría de las miopatías se caracterizarán por un aumento de señal muscular parcheado o difuso en secuencias STIR y T2 con técnica de supresión grasa y captación en secuencias T1 con contraste. Este artículo proporciona claves para el diagnóstico diferencial de la diferentes miopatías y deja clara la importancia de correlacionar los hallazgos de RM con datos clínicos y analíticos para alcanzar el diagnóstico.

Esta revisión no trata algunos aspectos muy importantes de la RM en el diagnóstico y manejo de las miopatías inflamatorias. La RM permite una valoración precisa de la extensión y grupos musculares afectados. Los infiltrados inflamatorios pueden presentarse de forma parcheada y hacer que la biopsia sea negativa en una pequeña proporción

Correo electrónico: lcerezal@gmail.com

de pacientes. La RM es de gran utilidad para seleccionar el mejor lugar de la biopsia. Por otra parte, la RM es la herramienta principal en el seguimiento de la evolución del proceso o de la respuesta al tratamiento.

En las miopatías inflamatorias es importante valorar cuidadosamente los hallazgos de RM, como la extensión muscular, afectación de fascias o cutánea. En determinadas entidades, como la dermatomiositis, la afectación muscular o de fascias (afectación profunda) es un índice de mal pronóstico.

Una entidad infrecuente que el artículo trata de una forma muy somera, pero que tenemos que considerar en el diagnóstico diferencial, es la rabdomiólisis postesfuerzo. Se considera un síndrome de dolor muscular de aparición tardía extremo. La frontera entre estas 2 entidades es difícil de determinar, ya que la diferencia entre ambas parece ser únicamente de grado. La rabdomiólisis se suele asociar a traumatismo, compresiones, convulsiones o abuso de drogas, y el ejercicio intenso es la causa del 6% de los casos. El dolor muscular es muy intenso y se produce destrucción de

la fibra muscular y liberación al torrente circulatorio de mioglobina, que se degrada en componentes potencialmente tóxicos renales. El paciente requiere ingreso hospitalario, por el riesgo de insuficiencia renal. La recuperación muscular es completa en semanas o meses. En la RM se observa afectación parcheada múltiple con frecuencia bilateral.

En resumen, es una revisión muy interesante que recomiendo tener en cuenta para informar los casos de miopatía que veremos en nuestra práctica clínica. Puede ser de mucha ayuda en el diagnóstico diferencial de las miopatías.

Para acceder a la versión completa en inglés publicada en AJR vaya a: <http://www.ajronline.org/cgi/content/full/192/6/1708>

Para acceder a la versión completa en español vaya a: http://www.seram.es/revista/AJR/AJR_octubre_2009.pdf