

Dermatomiositis: causa infrecuente de calcificaciones mamarias



Dermatomyositis: uncommon cause of breast calcifications

Estimada Editora:

La dermatomiositis es una enfermedad autoinmune sistémica de origen desconocido. Clínicamente se manifiesta con debilidad muscular y alteraciones cutáneas. La incidencia es de 5-10 casos por millón de personas y su prevalencia se encuentra entre el 10-60% por millón, siendo dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. Presenta dos picos de incidencia: uno en la infancia (menores de 10 años de edad) y otro entre los 45 y 60 años de edad^{1,2}.

En niños, la calcificación (calcinosis) de tejidos blandos es más habitual en los sitios anatómicos expuestos a microtraumatismos, como codos y rodillas. Dependiendo de su severidad, el tratamiento temprano puede hacerla disminuir o desaparecer. En adultos, puede estar asociada a un síndrome paraneoplásico (cáncer de ovario en primer lugar, de mama y, menos comúnmente, de pulmón y páncreas).²⁻⁴ La sospecha diagnóstica se confirma con las enzimas musculares séricas (principalmente la creatininasasa), la electromiografía (fibrilaciones o descargas repetitivas anómalas) y la biopsia muscular (necrosis de fibras musculares o atrofia perifascicular). El tratamiento consiste en corticoides e inmunosupresores^{1,2}.

Se comunica un caso de una paciente de 45 años de edad con dermatomiositis, que presentó en el estudio mamográfico de cribado múltiples calcificaciones distróficas bilaterales (fig. 1), no evidentes en el control anual anterior (BIRADS 1; fig. 2). Los ganglios axilares tenían una

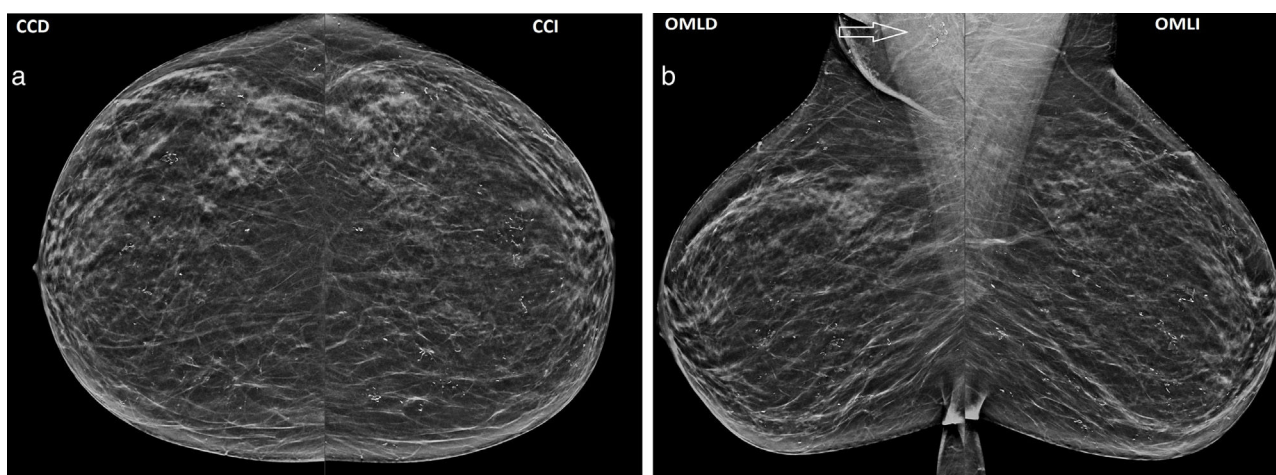


Figura 1 (a) Proyección cráneo-caudal (CC) izquierda (I) y derecha (D) evidencia múltiples calcificaciones distróficas bilaterales simétricas. (b) Las proyecciones oblicuas mediolaterales (OML) muestran calcificaciones distróficas mamarias y en proyección axilar derecha (flecha).

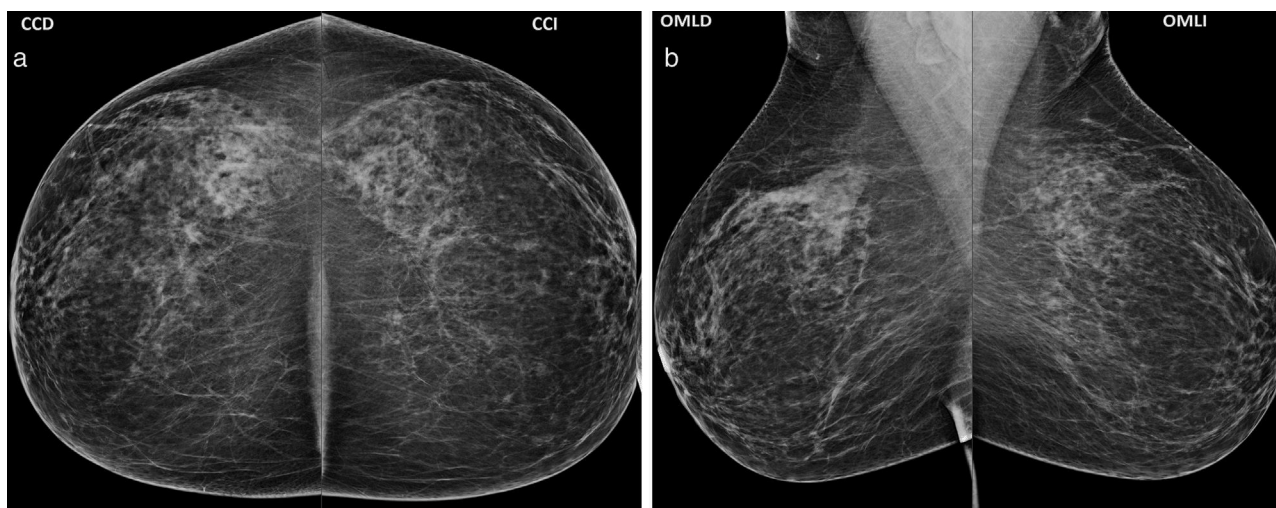


Figura 2 (a) Mamografía de cribado anual anterior, en proyección CC, evidencia glándulas mamarias con ausencia de hallazgos imagenológicos (BIRADS 1). (b) La proyección OML de cribado anual anterior identifica glándula mamaria de apariencia normal (BIRADS 1).

morfología y un tamaño de apariencia normal. En la ecografía de las mamas se describieron dos quistes simples en hora 8 en la derecha y en hora 3 en la izquierda (BIRADS 2), mientras que en la ecografía ginecológica se identificaron dos miomas intramurales como hallazgos positivos. Mediante los estudios ecográficos se descartó el compromiso ovárico y mamario (posiblemente presente en un síndrome paraneoplásico). La paciente refirió debilidad muscular proximal simétrica en los miembros y alteraciones cutáneas, con una evolución de 20 años. Al momento de la sospecha clínica, su médico reumatólogo le había indicado pruebas diagnósticas complementarias: la electromiografía constató miopatía inflamatoria y el laboratorio reveló una elevación de enzimas musculares.

En el examen físico se constató un eritema de párpados y de zona periorbitaria (eritema en heliotropo) e hiperqueratosis en los dedos de la mano (mano de mecánico). La paciente mencionó tratamiento con azatioprina, metotrexato y prednisona, por lo que los hallazgos mamográficos se interpretaron en relación con una calcinosis mamaria.

En el cribado mamográfico es importante conocer que las enfermedades del colágeno pueden afectar la glándula mamaria, como en nuestro caso que la dermatomiositis se mostró en forma de calcificaciones distróficas⁵. Los factores de riesgo que incrementan la aparición de calcinosis incluyen un diagnóstico a temprana edad o el retraso en el diagnóstico y tratamiento.

La bilateralidad y la simetría de las calcificaciones, el diagnóstico y el tratamiento oportuno, más la ecografía mamaria y ginecológica con hallazgos benignos, nos permiten clasificar las calcificaciones mamarias como distróficas de aspecto benigno (BIRADS 2).

Saluda a Ud. con distinguida consideración, la autora

Confidencialidad de los datos

La autora declara que ha seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes

y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Conflicto de intereses

La autora del trabajo declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. López M, Martínez V, Ramos Garibay A, Arias Godínez AC, Champet Lima AM. Dermatomiositis clásica. Presentación de dos casos clínicos. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2006;15:209–16.
2. Bielsa Marsol I. Dermatomiositis. *Reumatol Clin*. 2009;5:216–22.
3. Namas R, Beydoun N, Meysami A. Breast calcinosis in a patient with dermatomyositis. *Eur J Rheumatol*. 2016, <http://dx.doi.org/10.5152/eurjrheum.2016.15080>. Disponible en: <http://www.eurjrheumatol.org/sayilar/195/buyuk/6-Breast.pdf> (Accedido Oct, 2016).
4. Feder JM, de Paredes ES, Hogge JP, Wilken JJ. Unusual breast lesions: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 1999;19:11–26.
5. Cao MM, Hoyt AC, Bassett LW. Mammographic signs of systemic disease. *Radiographics*. 2011;31:1085–100.

I.M. Sarachi

Centro Diagnóstico Mon, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Correos electrónicos: ivelis_ms@hotmail.com, ivelis.sarachi@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rard.2016.10.009>
0048-7619/

© 2016 Sociedad Argentina de Radiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Neumomediastino y enfisema subcutáneo espontáneo posparto con neumotórax asociado



Spontaneous pneumomediastinum and subcutaneous emphysema postpartum associated with pneumothorax

Estimada Editora:

El neumomediastino se caracteriza por presentar aire libre en el mediastino y, según su etiología, se clasifica en espontáneo (NE), cuando no existe causa precipitante evidente, o secundario, si se relaciona con antecedentes de trauma torácico o de procedimientos quirúrgicos o endoscópicos^{1,2}.

El desarrollo de neumomediastino durante el parto es un hecho infrecuente durante la práctica diaria. En nuestro caso, luego del diagnóstico, la paciente no requirió mayores intervenciones para la resolución de su patología, pero desconocer esta asociación infrecuente puede derivar en tratamientos innecesarios.

Describimos el caso de una paciente de 18 años de edad, que ingresó al servicio de Obstetricia de nuestro hospital con trabajo de parto de su primer embarazo (no suficientemente controlado). El parto vía vaginal requirió maniobras de Kristeller, consistentes en ejercer presión sobre el fondo uterino en el momento de la contracción. El recién nacido mostró un APGAR 7/10 y pesó 3620 gramos. El alumbramiento fue espontáneo y completo. La paciente presentó un hematoma vulvar, que fue drenado en el momento. Durante este procedimiento refirió dolor torácico y dificultad respiratoria. Al examen físico evidenció crepitación en el hemitórax superior izquierdo y la región laterocervical izquierda. La