



IF-080 - MIOPATÍAS INFLAMATORIAS: ESTUDIO DE UNA COHORTE DE PACIENTES

I. Antequera Martín-Portugués, A. Galán Romero, B. Sánchez Sánchez, B. Sánchez Mesa, M. Blanco Soto, V. Romero Saucedo, A. Hidalgo Conde, M. Abarca Acostalago

Medicina Interna. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Resumen

Objetivos: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un conjunto heterogéneo de enfermedades caracterizadas por la presencia de debilidad muscular de predominio proximal y simétrico e inflamación muscular. Constituyen el principal grupo de causas adquiridas y potencialmente curables de debilidad muscular. Se clasifican en cuatro subtipos principales: polimiositis (PM), dermatomiositis (DM), miositis necrotizante autoinmune (MNI) y miositis con cuerpos de inclusión (MCI) y un quinto grupo, miositis overlap. El objetivo de este trabajo es analizar las características clínicas de los pacientes diagnosticados de MII.

Material y métodos: Analizamos de forma retrospectiva los datos de todos los pacientes con diagnóstico de MII en seguimiento en nuestro hospital entre 1991 y 2015, registrando datos epidemiológicos, clínicos y de diagnóstico. El criterio de inclusión ha sido el diagnóstico de MII basado en los criterios de Bohan y Peter.

Resultados: Recogimos 38 pacientes, de los cuales el 73,6% eran mujeres, con una edad media al diagnóstico de 48,4 años. El 65,8% fue diagnosticado de DM, de los cuales el 8% eran DM amiópática, el 28,9% tuvo el diagnóstico de PM. De los pacientes diagnosticados de algún tipo de MII el 15,78% presentaba también otras enfermedades autoinmunes o del tejido conjuntivo (overlap). Se obtuvieron tres diagnósticos de síndrome antisintetasa (7,89%). El hábito tabáquico estuvo presente en el 28,9% de los pacientes. El tiempo medio de diagnóstico ha sido de 9,38 semanas. La clínica predominante es la debilidad muscular, a menudo simétrica, en el 91,9% de los pacientes (excepto la MCI), mialgias en un 74,3%, altralgias un 68,4%, artritis un 44,7% y disfagia en un 51,4%. Un 50% presentaron disnea. La existencia de fiebre o febrícula se observó en un 42,9% y pérdida de peso en un 25,8%. A nivel dermatológico destaca la existencia de pápulas de Gottron en un 51,4% y eritema heliotropo en un 44,4%. Durante el estudio de extensión un 10,5% presentaban afectación cardíaca, 15,8% afectación digestiva y 10,5% afectación hepática. El servicio de diagnóstico fue mayoritariamente Medicina Interna (58,8%), Reumatología (20,6%), Dermatología (14,7%) y Oncología (5,9%) y los servicios de seguimiento fueron Medicina Interna 52,6%, Reumatología 31,6% y Oncología 7,9%.

Discusión: Tras analizar los datos obtenidos, podemos observar que, aunque la MII es una enfermedad poco prevalente (7,98 casos/millón/año) en la que no hay que dejar de pensar, sobre

todo en servicios tales como Medicina Interna, ante la presenta de disnea y artromialgias acompañadas en muchas ocasiones por fiebre en mujeres en la cuarta o quinta década de la vida. Una vez hallado el diagnóstico es importante continuar con el subgrupo diagnóstico para poder realizar un tratamiento y seguimiento óptimo, así como descartar cualquier otra afectación a nivel sistémico. Merece la pena destacar la existencia del síndrome antisintetasa en el grupo estudiado.

Conclusiones: En el periodo de tiempo estudiado (1991-2015) obtuvimos 38 diagnósticos de MII, siendo el más prevalente la DM. Se observa una mayoría de diagnósticos en mujeres entre la cuarta y quinta década de la vida. El tiempo medio para el diagnóstico fue de 9,38 semanas. Clínicamente destaca la debilidad muscular acompañada de disfagia y síntomas sistémicos como fiebre o pérdida de peso. No se debe olvidar la afectación de distintos sistemas en las MII.