**Universidad del Sureste**

**Licenciatura en Medicina Humana**

**Materia:**

**Medicina física y de rehabilitación.**

**Trabajo:**

**“Lectura y resumen”.**

**Docente:**

**Dr. Gerardo Gordillo Cancino.**

**Alumno:**

**Citlali Berenice Fernández Solís.**

**Semestre y grupo:**

**5º “A”**

**Comitán de Domínguez, Chiapas al 24 de febrero de 2021.**

**MIOPATIAS INFLAMATORIAS IDIOPATICAS:**

Las miopatías inflamatorias son enfermedades con componente autoinmune que cursa con debilidad muscular, elevación de las enzimas musculares y patrón miopático en el electromiograma.

Pueden presentarse de forma aislada o asociada a otras enfermedades autoinmunes como síndromes de superposición o relacionadas con neoplasias.

Por su histología se clasifican en 4 formas que son: dermatomiositis, polimiositis, miositis por cuerpos de inclusión y miopatía necrotizante inmunomediada. La primera y la última presentan un componente de inmunidad humoral (células-B y complemento), mientras que la polimiositis y la miositis por cuerpos de inclusión estarían mediadas por células-T. En las formas con componente humoral es importante descartar su asociación con procesos neoplásicos.

El tratamiento de estos pacientes se basa en la utilización de esteroides e inmunosupresores. Se utilizan inmunoglobulinas intravenosas en formas graves. La utilización de fármacos biológicos como rituximab parece ser prometedora en las formas mediadas por inmunidad humoral.

Las enfermedades musculares son un desafío diagnóstico en la medicina actual: son un grupo de enfermedades heterogéneas, congénitas y adquiridas que afectan al músculo esquelético.

La dificultad en el diagnóstico radica en que las miopatías, en general, son múltiples y presentan diferencias etiopatogénicas, clínicas e histológicas. Las neuromiopatías congénitas, que no tienen componente inflamatorio predominante, no serán desarrolladas en esta revisión.

Dentro de ellas, las miopatías inflamatorias (MI) se caracteriza por tener un patrón miopático en la electromiografía (EMG), elevación de enzimas musculares en suero, imágenes características por resonancia magnética (RM), inflamación en la biopsia y anticuerpos específicos detectables, en algunas de ellas.

La etiología de las MI es habitualmente desconocida, factores infecciosos (virus, bacterias), drogas (estatinas, corticosteroides) y neoplasias pueden estar implicadas en el comienzo y desarrollo de la enfermedad. Los tipos de miopatías son de lo más variados, existen MI de causa desconocida, infecciosas, mitocondriales, tóxicas, endocrinometabólicas, congénitas y, además, forman parte también de este grupo, las distrofias musculares y las miotonías.

Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) tienen algún componente inmune y están implicados mecanismos de autoinmunidad celular y humoral. Se consideran autoinmunes por la presencia de autoanticuerpos presentes en el suero de varias de ellas y la presencia de infiltrados inflamatorios en los músculos afectados en los que predominan los linfocitos T. Datos genéticos como la vinculación al HLA DQB1 y polimorfismo del HLA DRB1” 0301, sobre todo en PM/DM, demuestran una predisposición genética. El avance reciente en el conocimiento y estudio de las miopatías ocurrió con el reconocimiento de las otras miopatías inflamatorias y las necrotizantes vinculadas a drogas (estatinas), la determinación de anticuerpos específicos (SRP, HMGCA) y el mayor conocimiento de las de origen genético relacionadas a depósito (enfermedad de Pompe entre otras); estas últimas no tienen componente inflamatorio y, por lo tanto, no se la incluye dentro de las miopatías inflamatorias.

La afectación multiorgánica que incluye el tejido muscular obliga a que las MII sean evaluadas y tratadas por un equipo multidisciplinario (reumatólogo, clínico, neurólogo, cardiólogo, dermatólogo, etc). El diagnostico final de todo tipo de enfermedad muscular es histológico, pero hay desconocimiento en la mayor parte de los centros acerca del modo de recolección, preparación y estudio de las muestras, que incluye la interpretación de los resultados de las biopsias, para lo cual se requieren patólogos con mucha experiencia en el tema.

La aproximación diagnóstica debe hacerse con experimentados conocimientos clínicos, estudios de laboratorio que incluyen análisis clínicos (reactantes de fase aguda, determinación de enzimas musculares y marcadores inmunológicos específicos), estudios por imágenes (RM), electrofisiológicos (EMG), genéticos e histológicos que incluyen microscopía óptica, electrónica, histoquímica e inmunohistoquímica. Habitualmente, las miopatías de patogenia inmune se caracterizan por ser procesos inflamatorios agudos o crónicos del músculo esquelético. Dentro de este grupo, las que tienen más relevancia son la dermatomiositis (DM), la polimiositis (PM), la miositis por cuerpos de inclusión (MCI) y la miopatía necrotizante autoinmune asociadas al uso de estatinas.

Un tema de conflicto es la miopatía que se observa en el contexto de alguna enfermedad autoinmune sistémica como es el caso del lupus eritematoso sistémico (LES) o la esclerodermia sistémica (ESP); es habitual la presencia de MI en el síndrome de superposición o la enfermedad mixta del tejido conectivo; en estos casos es necesario valorar otros síntomas no musculares periféricos (cardiacos, nefropatía, lesión mucocutánea). Las MII pueden asociarse con lesiones malignas, lo cual se observa especialmente en pacientes con DM. El tratamiento depende del tipo de miopatía presente; la mayoría no tienen curación y solo son pasibles de tratamiento sintomático. Las relacionadas a autoinmunidad suelen responder a corticosteroides, inmunosupresores y, en ocasiones, a terapia biológica.