



Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

Docente:

DR.- SERGIO JIMENEZ RUIZ

Alumno:

Russell Manuel Alejandro Villarreal

Semestre y grupo:

5 "B"

Materia:

MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION

Proyecto:

Polimiositis control de lectura

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 1 de septiembre de 2021.

Polimiositis

¿Que es?

La Polimiositis es parte de un grupo de enfermedades musculares conocidas como las miopatías inflamatorias, que se caracterizan por inflamación muscular crónica y debilidad muscular. La polimiositis afecta los músculos esqueléticos en ambos lados del cuerpo. Es raro que esta enfermedad se vea en personas menores de 18 años; la mayoría de los casos se observan en los adultos entre las edades de 31 y 60 años de edad.

La causa exacta de la polimiositis se desconoce, pero se cree que puede ser un trastorno autoinmune, en que hay un proceso tóxico mediado por células T dirigido contra antígenos musculares no identificados. A veces la polimiositis se asocia con infecciones virales, cánceres, o trastornos del tejido conectivo. Aunque no hay cura para la polimiositis, el tratamiento puede mejorar la fuerza y función muscular.

La evolución a largo plazo de las personas afectadas por polimiositis varía. La mayoría de las personas afectadas responden bien al tratamiento y recuperan fuerza muscular, aunque pueda persistir un cierto grado de debilidad muscular en algunos casos. En la mayoría de los casos, la expectativa de vida es normal. Sin embargo, algunas personas pueden estar en riesgo de una recaída.

Manifestaciones clínicas:

La forma de presentación más común de estas enfermedades es la debilidad muscular, que suele afectar de forma característica a la musculatura esquelética proximal, es decir a la cintura escapular y pelviana, dificultando las actividades que precisan del normal funcionamiento de estos músculos, como tender la ropa, peinarse, subir escaleras o levantarse de la silla, entre otras.

Esta debilidad se acompaña de una marcha miopática o enserina con oscilación de la cadera en cada paso. La musculatura facial suele estar intacta. Los músculos flexores del cuello y la musculatura estriada de la orofaringe se afectan con frecuencia; estos últimos causan disfagia que presentan los pacientes con miositis, que en ocasiones pueden ser tan intensa que se manifieste por regurgitación nasal del contenido alimentario durante la deglución y, ocasionalmente, favorece la neumonía por broncoaspiración.

Diagnóstico:

Ciertos criterios diagnósticos si bien siendo de utilidad en la práctica clínica, esta divide a las miopatías inflamatorias en cinco grupos que incluyen la dermatomiositis y polimiositis del adulto, la dermatomiositis infantil, la paraneoplásica y la superposición.

La atrofia perifascicular por fenómenos de micro-
isquemia y necrosis por disminución de los capilares
musculares, junto a un infiltrado inflamatorio peri-
vascular y perimisial con predominio de linfocitos
T CD4+ y células B, es típica de la dermatomi-
ositis. Técnica de inmunohistoquímica permite identi-
ficar el complejo de ataque a membrana del com-
plemento como la causa de esta destrucción capilar.
Tm característica es la biopsia en los pacientes,
que puede llevarse al diagnóstico únicamente por
el estudio histológico aun en ausencia de exan-
tema cutáneo, propio de la enfermedad.

Criterios diagnóstico de polimiositis / dermatomi-
ositis:

- Debilidad simétrica de los músculos de la cintura
escapular y pelviana, plejares del cuello y prosre-
sura.
- Biopsia muscular característica de miopatia
inflamatoria
- Elevación enzimática muscular (aldolasa,
creatininasa, transaminasas...)
- Hallazgos electrofisiológicos musculares.
- Lesiones cutáneas patognomónicas de der-
matomiocitis (eritema violáceo o en heliotropo,
Signo de Gottron)
- Enfermedad definida: 4 criterios, probable: 3,
posible: 2.

Tratamiento:

El tratamiento se basa en la administración de glucocorticoides e inmunosupresores, sin olvidar la terapia física o de rehabilitación, incluso en la fase aguda. Una tercera parte de los pacientes responde al tratamiento únicamente con glucocorticoides. Entre éstos, azatioprina a dosis de 1-2 mg/kg/día ajustada según el resultado.

Sin embargo, los antiasmáticos de la calcineurina, como la ciclosporina o el tacrolimus, cuando el paciente no es hipertenso, son bien tolerados.

También la administración de ciclofosfámido en pulsos mensuales de aproximadamente 700 mg junto con mesna para disminuir la toxicidad vesical, durante 6 meses, ha demostrado su utilidad en el control de los pacientes.

Las inmunoglobulinas intravenosas actúan mejorando la debilidad muscular, son rápidas en su efecto, poco tóxicas y bien toleradas, el problema es su precio y que actúan de forma sintomática.

BIBLIOGRAFÍA:

- A. Bohan, J.B. Peter. Polymyositis and dermatomyositis. N Engl J Med, 292 (1975), pp. 344-347
- B. J.P. Callen. Dermatomyositis. Lancet, 355 (2000), pp. 53-57
- C. M.C. Dalakas, R. Hohlfeld. Polymyositis and dermatomyositis. Lancet, 362 (2003), pp. 971-982