



**Nombre del alumno:** Hugo Gerardo Morales Gordillo.

**Nombre del Dr:** Sergio Jiménez Ruiz

**Materia:** Medicina física y de rehabilitación

**Grado:** Quinto

**Grupo:** B

## = Polimiositis =

Para comenzar las miopatías inflamatorias idiopáticas son un grupo heterogéneo de enfermedades cuya principal característica es la debilidad muscular y la identificación de una inflamación subyacente en la biopsia muscular y la identificación se incluyen en este grupo la dermatomiositis, la polimiositis. Aunque el principal órgano diana es el músculo, la piel y el pulmón, entre otros órganos internos, se afectan con frecuencia por lo que las miopatías inflamatorias se consideran enfermedades sistémicas. En ocasiones pueden asociarse a cáncer y la presencia de anticuerpos específicos asociados a estas enfermedades.

A grosso modo las miopatías inflamatorias constituyen un grupo de enfermedades que se caracterizan por afectar preferentemente a la musculatura estriada y por su naturaleza inflamatoria.

La polimiositis es una enfermedad inflamatoria poco frecuente que causa debilidad muscular, de este modo, afecta a ambos lados del cuerpo, el tener esta enfermedad nos puede dificultar la capacidad para poder subir escaleras, pararse después de estar sentado, levantar objetos o alcanzar lugares que tengan una altura mucho mayor del que nuestra cabeza pueda tener, comúnmente afecta a los adultos entre los 30 y los 50 años de edad, por lo general los síntomas aparecen gradualmente a lo largo de semanas o meses.

Dentro de los síntomas que la enfermedad presenta se encuentran: la debilidad muscular asociada con la



polimiositis afecta los músculos más cercanos al tronco, como los de la cadera, los muslos, los hombros, la parte superior de los brazos y el cuello, la debilidad afecta tanto al lado izquierdo del cuerpo como al derecho y suele empeorar de manera progresiva, algunas bibliografías mencionan que no existe una causa exacta para la polimiositis, ya que comparte muchas características con trastornos autoinmunitarios, en los que el sistema inmunitario ataca por error, los factores de riesgo es el padecer polimiositis si tienes lupus, artritis reumatoidea, escleroderma o el síndrome de Sjogren.

Generalizando un poco todo lo anterior dentro de las manifestaciones clínicas la más frecuente se encuentra la aparición de la debilidad muscular proximal y simétrica en cinturas escapular y pélvica.

La característica patognomónica de la dermatomiositis es la presencia de erupción. Dentro de la etiopatogenia, existen ciertas similitudes, tienen diferentes características histopatológicas, inmunológicas y patogénicas.

Tanto la polimiositis como la dermatomiositis son enfermedades mediadas por células T.

Se cree que la causa de la polimiositis es un trastorno autoinmune, en el que hay un proceso citotóxico mediado por células T dirigida contra antígenos musculares no identificados, existe la participación de las células T CD8, que con los macrófagos, inicialmente rodean las fibras musculares no necróticas sanas, las invaden y la destruyen.

Hablando de la fisiopatología de la polimiositis, parece estar relacionada con la lesión de las células T citotóxicas, mientras que otras no tienen causa aparente y se han denominado degenerativas. Hay una importante evidencia de un papel de respuesta inmunitaria adaptativa, incluidas linfocitos TCD4+ intramusculares, células TCD8+ citotóxicas, células dendríticas mieloides y células plasmáticas profundas dentro de los fascículos, rodeando y desplazando miofibras y algunas veces invadiéndolas. Las células dendríticas y mieloides en PM frecuentemente rodean y a veces invaden fibras musculares no necróticas también están presentes dentro de densas colecciones de infiltrados inflamatorios que desplazan a las miofibras en su morfología estrallada diferenciada, lo que sugiere que se puedan estar activando localmente las células T, un proceso que generalmente ocurre principalmente en los ganglios linfáticos.

Se realizó un consenso sobre el tratamiento de la polimiositis con varios médicos especialistas en reumatología y neurología llegando a estas conclusiones: el tratamiento de primera línea es la prednisona, un glucocorticoide a una dosis de 0.75 - 1 mg por kilogramo hay en día esta disponible en vía oral e intravenosa, se dice que es recomendable dividir la dosis necesaria en 3 tomas al día, una vez que se inicia el tratamiento con glucocorticoides, se espera que las músculos afectados se recuperen, ya que estos inducen el catabolismo de músculo esquelético.