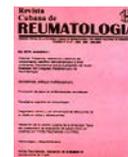


Revista Cubana de *Reumatología*

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen XVI Número 1, 2014 ISSN: 1817-5996
www.revreumatologia.sld.cu



ESTUDIO DE CASOS

Dermatopolimiositis y queratitis herpética: asociación poco frecuente

Dermatopolymyositis and herpetic keratitis: Infrequent association

Urbano Solis Cartas^I, Arelys de Armas Hernandez^{II}, Diana Amador García^{III}

^I MSc. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Reumatología. Centro de Reumatología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

^{II} MSc. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Residente de 2do año en Reumatología. Centro de Reumatología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Residente de 2do año en Reumatología. Centro de Reumatología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Las miopatías inflamatorias primarias son afecciones infrecuentes que cuando se presentan suelen asociarse a varias enfermedades. Debido, sobre todo, al uso de esteroides y citostáticos. Las infecciones virales oportunistas son frecuentes en pacientes con enfermedades autoinmunes que reciben tratamientos con altas dosis de estos medicamentos. Se presenta un paciente de 52 años, con diagnóstico de dermatopolimiositis, tratado con methotrexate y prednisona, el cual presentó una queratitis herpética durante el tratamiento de su enfermedad de base.

Palabras clave: dermatopolimiositis, miopatía, citostáticos, infección oportunista, queratitis herpética.

ABSTRACT

The primary inflammatory myopathies are uncommon affections that when they are presented they usually associate to several illnesses. Due, mainly, to the use of steroids and cytostatic. The infections viral opportunists are frequent in patient with autoimmunity illnesses that you/they receive treatments with high dose of these medications. A 52 year-old patient is presented, with diagnostic of dermatopolymyositis, treaty with methotrexate and prednisona, which presented a herpetic keratitis during the treatment of her base illness.

Keywords: dermatomyositis, myopathies, cytostatic, infection opportunists, herpetic keratitis.

INTRODUCCIÓN

Las miopatías inflamatorias constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes que se caracterizan por afectar preferentemente a la musculatura estriada y por su naturaleza inflamatoria.^{1,2}

Cursan de forma aislada o asociadas a otras enfermedades auto inmunitarias sistémicas o a neoplasias y se caracterizan por su

inicio agudo (días) o subagudo (semanas a meses), debilidad muscular de predominio proximal, manifestaciones cutáneas y sistémicas, aumento de enzimas musculares, patrón electromiográfico miopático y biopsia con infiltrados de linfocitos, necrosis y regeneración de fibras musculares y otras alteraciones. La biopsia muscular, que aporta el diagnóstico definitivo de la afección, identifica un infiltrado inflamatorio

que, según su localización y distribución, contribuye decisivamente al diagnóstico.

Bajo este concepto se agrupan fundamentalmente tres entidades, la dermatomiositis, enfermedad bien definida; la polimiositis, que agrupa diversos trastornos que cursan con inflamación muscular y que se considera un diagnóstico de exclusión, y finalmente la miositis con cuerpos de inclusión (MCI), catalogada como esporádica, ya que hay una forma familiar indistinguible de ésta, las cuales se consideran enfermedades raras.^{3,4}

El tratamiento de las miopatías inflamatorias, incluyendo la dermatopolimiositis (DM), se basa en la administración de glucocorticoides a dosis elevadas e inmunosupresores, sin olvidar la terapia física o de rehabilitación.

Entre los inmunosupresores más utilizados tenemos la azatioprina y el methotrexate, aunque también se pueden utilizar otros como ciclosporina, tacrolimus, ciclofosfamida, micofenolato mofetil y también terapia biológica. Estos tratamientos hacen que los pacientes se encuentren en riesgo de adquirir infecciones oportunistas, donde las más frecuentes son de origen bacteriano y viral.⁵⁻⁷

Las infecciones bacterianas más usuales son las causadas por *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella* sp y *Pseudomonas* sp y se describen infecciones con localizaciones múltiples o polimicrobianas. Los pacientes en tratamiento corticoideo son especialmente susceptibles a las infecciones oportunistas por herpes, *Cándida* spp, *Salmonella* spp, *Cryptococcus* spp y *Toxoplasma* spp.

El herpes simple virus (HSV), es el germen oportunista que más frecuente infesta a los pacientes con DM tratados con inmunosupresores y esteroides resultando, su curso es habitualmente benigno, excepto la localización oftálmica la cual produce una queratitis herpética que es la principal causa de ceguera unilateral, por lo que demanda un tratamiento oportuno y agresivo.^{8,9}

Atendiendo al significado de identificar y reportar la presencia de infecciones en pacientes con DM, decidimos presentar este paciente en la cual se evidencia de la presencia de una queratitis herpética causada por infección oportunista por HSV,

PRESENTACIÓN DEL CASO

Resumen de historia clínica

Paciente: SBM/HC: 642642/masculino/52 años.

Fecha de ingreso: 3 de junio del 2013.

Motivo de ingreso: Debilidad Muscular ligera y molestias oculares

Historia de la enfermedad actual

Paciente masculino de procedencia urbana, 52 años de edad, con antecedentes de DM diagnosticada en enero de 2013, para lo cual ha llevado tratamiento con dosis elevadas de esteroides (en el momento del ingreso estaba con 40 mg de prednisona diaria pero en sus inicios fue hasta de 80 mg diarios) y methotrexate 10 mg semanales.

Evolutivamente el paciente refiere que hace aproximadamente unas 3 semanas comienza con manifestaciones oculares dadas por dolor, sobre todo en el horario de la tarde y la noche, que se acompaña en ocasiones de enrojecimiento ocular, fotofobia, sensación de arenilla en los ojos que en ocasiones contrasta con lagrimeo, todos estos síntomas referidos al ojo izquierdo, donde incluso ha presentado esporádicamente secreción blanquecina más espesa que la lágrima habitual. Además refiere ligero debilidad muscular en miembros inferiores y lesiones hipopigmentadas en cara interna de ambos brazos y muslos.

APP: DM diagnosticado hace unos 4 meses.

APF: Madre Cardiopatía Isquémica. Padre Asma Bronquial

Examen físico (datos positivos)

Piel: Lesiones hipopigmentadas, de bordes bien definidos, pruriginosas, localizadas en cara interna de ambos brazos y muslos.

Facies: Cushingoide

SOMA: Giva esteroidea en región dorsal

Hipotrofia de cuádriceps, ligero valgo de rodillas

Pie plano grado II-III

Fuerza Muscular: 4

Ojo Izquierdo: Enrojecido y con inyección conjuntival, secreción ocular blanquecina, escasa

Examen Oftalmológico

- OI: Inyección conjuntival ligera con enrojecimiento ocular. (Figura 1).

Córnea con dendrita que sale de H 3-4, que impresiona antigua pero se tiñe con fluoresceína. (Figura 1).

- Test Schinmer negativo
- Resto de examen físico oftalmológico negativo

Figura 1. Inyección conjuntival ligera.



Exámenes complementarios

- Hemograma con diferencial:
- Leucocitos: $10.9 \times 10^9/l$
 - polimorfonucleares: 53 %
 - linfocitos: 45 %
 - eosinófilos: 2%
 - monocitos: 1 %
- Hb: 128g/l.
- Plaquetas: $186 \times 10^9/l$
- Velocidad de sedimentación globular (VCG): 16 mm/h
- Proteína C reactiva: Negativa
- Glicemia: 4.4 mmol/l
- TGP: 39,4 U/L -TGO: 14 U/L – GGT: 63 U/L
- Creatinina: 101 umol/
- Colesterol: 4.88 mmol/l
- Ácido úrico: 367 mmol/l
- Fosfatasa alcalina: 165 mmol/l
- C3: 101,8
- C4: 28,791
- LDH: 1235
- CK: 127
- Urea: 6,4 mmol/l
- Citoria: negativa.
- Rx Tórax PA: negativo
- Ultrasonido Abdominal: Aumento de ecogenicidad hepática

DISCUSIÓN

El espectro de comorbilidad de las infecciones en la DM es muy amplio, destacando las infecciones oportunistas en pacientes inmunodeprimidos, uno de los factores capaces de provocar estos estados de inmunosupresión son el tratamiento con esteroides o citostáticos por periodos prolongados.

La queratitis herpética es una infección viral del ojo causada por el virus del herpes simple (VHS) que causa inflamación en la cornea, es decir la porción anterior y transparente del ojo. Suele producir intenso dolor ocular, enrojecimiento del polo anterior de ojo, lagrimeo y fotofobia. En ocasiones se forman úlceras en la cornea que pueden llegar a ser graves u ocasionar disminución en la agudeza visual por alteración en la transparencia.¹²

La córnea es el tejido más comúnmente, aunque puede afectar a otros tejidos oculares como la conjuntiva (conjuntivitis), la retina (retinitis) y a la piel de los párpados y los labios¹². Aproximadamente el 94 % de las infecciones afecta sólo a un ojo, pues el virus no contagia al ganglio del ojo contralateral. La queratitis epitelial herpética, suele ser localizada y superficial. Se la reconoce por las pequeñas heridas que se agrupan y adoptan una forma dendrítica, lineal y con ramificaciones, debidas a la invasión destructiva del virus a las células epiteliales de la córnea. El paciente cursa con dolor ocular, lagrimeo, ojo rojo y fotofobia. La pérdida de visión ocurre cuando la lesión afecta el área central.¹²

Su diagnóstico se basa en la exploración clínica, en casos dudosos, se puede complementar con el cultivo del virus o la identificación del mismo mediante estudios de reacción en cadena de la polimerasa, pero estas pruebas no se realizan rutinariamente por su complejidad y su alto costo.¹²

El uso del Aciclovir, tanto oral como tópico, ya sea en colirios o cremas resulta beneficioso para el dolor inicial y acortar el

periodo de lesiones corneales si se comienza a utilizarse dentro de los primeros días de establecerse la infección; comenzar a utilizarlo más tarde, no ha dado los mismos resultados. Su uso por vía parenteral es recomendado para tratar otras complicaciones.¹¹

El caso que presentamos destaca por su concordancia con la infección por HSV en el curso del tratamiento de su enfermedad autoinmune, cursando incluso con el cuadro clínico característico y descrito para esta afección.

CONCLUSIONES

La terapéutica impuesta para el control de su afección reumática con esteroides y methotrexate ha ofrecido resultados satisfactorios para la enfermedad de base, pero ha predisposto la aparición de este cuadro infeccioso ocular, aspectos que siempre se debe tener en cuenta cuando se va a decidir un tratamiento con citostáticos o esteroides a largo plazo. Consideramos que este reporte resulta válido por lo frecuente de la asociación de enfermedades reumáticas con infecciones oportunistas, algo usual en nuestro medio y que resulta un compromiso a tener presente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro Cárdenas K, López Hernández SM, Rodríguez Rivero D, Tápanes Fernández T, Hormigó Puertas I, Perea Carlos A. Características clínicas y epidemiológicas de la queratitis infecciosa en operados de queratoplastia penetrante óptica. *Rev Cubana Oftalmol [revista en Internet]. 2013 [citado 17 octubre 2013];26(3):379-89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421762013000300004&lng=es.*
2. Rodríguez López J, Ariosa Ortiz K, George Carrión W, Bell Castillo J. Dermatomiositis en un adulto. *MEDISAN. 2014;18(4):575-81.*
3. Martínez-Berriotxo A, Fonollosa A, Artaraz J. Aproximación diagnóstica a las uveítis. *Revista clinica española. 2012;212(9):442-52.*

4. Vargas H, Selva A, Campins M, Hermosilla E, Grau-Junyent JM, Martínez Gómez X, Vaqué Rafart J. Polymyositis-dermatomyositis: incidence in Spain (1997-2004). *Med Clin (Barc)*. 2007;129:721-4.
5. Viamonte Tapia MN, Pérez Cala A, Navarro Cuervo C, Carmenaty Campo N, Meriño Hechavarría T. Polimiositis como manifestación paraneoplásica de un cáncer gástrico. *MEDISAN [revista en Internet]*. 2011 Nov [citado 17 octubre 2013];15(11):1634-38. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192011001100015&lng=es.
6. Almanza Liranza Z, Fernández Couce G, Perea Corral J, Quintana Mirabal S, Torres Gómez de Cadiz A. Dermatomiositis: a propósito de 3 casos interesantes. *Rev Cubana Pediatr [revista en Internet]*. 2010 diciembre [citado 17 octubre 2013];82(4):104-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312010000400011&lng=es.
7. Vallejo San JA. Queratitis infecciosas: Fundamentos, técnicas diagnósticas y tratamiento. *Arch Soc Esp Oftalmol [revista en Internet]*. 2007 junio [citado 17 octubre 2013];82(6):391-2. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036566912007000600016&lng=es.
8. Suñet Álvarez M, González Díaz R, Rodríguez Rodríguez B, Vilches Lescaille D, Rodríguez Martín Y, Rúa Martínez R. Manifestaciones oftalmológicas por virus de Epstein-Barr. *Rev Cubana Oftalmol [revista en Internet]*. 2013 [citado 17 octubre 2013];26(3):516-27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421762013000300016&lng=es
9. Barrado L, Suarez MJ, Pérez-Blázquez E, Otero JR, Folgueira MD. Could polymerase chain reaction tests on conjunctival swabs be useful to diagnose herpetic keratitis? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;32(1):28-30.
10. Choudhary M, Hajj-Ali R, Lowder C. Gender and Ocular Manifestations of Connective Tissue Diseases and Systemic Vasculitides. *J Ophthalmol. [revista en Internet]*. 2013 [citado 17 octubre 2013]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3976932/#_ffn_section_title
11. Yu KH, Wu YJ, Kuo CF, See LC, Shen YM, Chang HC, Chen IJ. Survival analysis of patients with dermatomyositis and polymyositis. *Clinical rheumatology*. 2011;30(12):1595-601.
12. Khan S, Christopher-Stine L. Polymyositis, dermatomyositis, and autoimmune necrotizing myopathy: clinical features. *Rheumatic Disease Clinics of North America*. 2011;37(2):143-58.

Los autores refieren no tener conflicto de intereses

Recibido: 25 de octubre de 2013

Aprobado 10 de diciembre de 2013

Contacto para correspondencia. Dr. Urbano Solís Cartas **E-mail:** urbano.mtz@infomed.sld.cu
Centro de Reumatología. Calzada de 10 de octubre No 122, esquina Agua Dulce. Cerro. La Habana, Cuba.