

DERMATOMIOSITIS, UN SÍNTOMA PARANEOPLÁSICO

Carnerero Córdoba, Lidia¹; González Astorga, Beatriz¹; Rodríguez González, Carlos José¹; Sequero López, Silvia¹; Pérez García, Miriam Esther¹

¹Hospital San Cecilio, Granada.

Introducción

La **dermatomiositis** (DM) es una miopatía inflamatoria asociada a la aparición de diversas alteraciones cutáneas. Su vínculo con el cáncer está ampliamente descrito, sin embargo su fisiopatología permanece desconocida, se cree que las alteraciones inmunitarias pueden estar relacionadas.

En nuestro caso la importancia de un diagnóstico cierto por parte de Reumatología condujo a la sospecha diagnóstica de cáncer y por tanto a la posibilidad de un tratamiento curativo..

Descripción del caso

AF: padre artritis reumatoide, madre cáncer de mama.

AP: sin interés.

Anamnesis: Mayo/2017 aparición de lesiones cutáneas eritematosas, pruriginosas, no descamativas, en regiones extensoras de articulaciones. Inicia tratamiento tópico corticoideo sin mejoría. Al mes asocia dolor articular de ritmo inflamatorio en manos y muñecas, por lo que consulta con Reumatología, que procede al ingreso hospitalario.

Exploración física: pápulas simétricas en región dorsal de metacarpofalángicas (pápulas de Gottron), eritema papular en superficie de extensión de codos y rodillas (signo de Gottron), hiperqueratosis periungueal (manos de mecánico) y rigidez articular en ambas manos.

Pruebas complementarias:

Factor reumatoide y anticuerpos antiproteínas citrulinadas negativos, proteinograma, complemento y marcadores tumorales normales.

ANAS y ENAS positivos y anticuerpos antimiositis negativos.

Electromiograma compatible con miopatía inflamatoria.

TAC de abdomen con abundantes ganglios en región pericecal y engrosamiento del área ileocecal (imagen 1 y 2).

Ante el resultado del TAC se solicita colonoscopia, visualizándose en ciego masa sugestiva de neoformación, se toma biopsia con anatomía-patológico de Adenocarcinoma de tipo intestinal.

DIAGNÓSTICO: Dermatomiositis paraneoplásica secundaria a adenocarcinoma de ciego.



Imagen 1. Engrosamiento del área ileocecal



Imagen 2. Ganglios en región ileocecal

Tratamiento y evolución

Inicia metotrexato 10mg/ss y prednisona 55mg/día en pauta descendente presentando mejoría clínica.

Intervenida el 08/09/2017 mediante hemicolectomía derecha con anatomía- patológica de Adenocarcinoma de ciego pT2pN1a, Estadio III-A, tumor RAS nativo, BRAF mutado e inmunofenotipo estable.

Derivada a Oncología, se pauta tratamiento adyuvante con capecitabina + oxaliplatino durante 3 meses (estudio IDEA).

En el momento actual se encuentra asintomática, con prednisona 5mg/día. A nivel oncológico en revisiones trimestrales, sin hallazgos de enfermedad en las últimas pruebas realizadas (Octubre/2018).

Breve discusión

Debido a que los pacientes diagnosticados de dermatomiositis presentan una alta probabilidad de padecer una enfermedad oncológica, debería considerarse la realización de un cribado de rutina en estos pacientes.

Como se muestra en nuestro caso, en el que la paciente debutó con una clínica reumatológica pura y la sintomatología del tumor primario permaneció silente.

Bibliografía

- Gkegkes ID, et al. Dermatomyositis and colorectal cancer: a systematic review. Ir J Med Sci. 2018 Aug;187(3):615-620.

- Kamiyama H, et al. Ascending Colon Cancer Associated with Dermatomyositis Which Was Cured after Colon Resection. Case Rep Gastroenterol. 2016 May-Aug; 10(2): 338–343.