

Polimiositis (PM) y Dermatomiositis (DM)

Redactor

Wyder Dario Pacce Mallorquin

Médico egresado de la Universidad Nacional del Este (2024).

Especialización en Didáctica Universitaria, Universidad Nacional del Este (2025). Aprobado en el examen de la CONAREM (2025).

Residente de segundo año (R2) de Medicina Interna - Hospital Tesã, Ciudad del Este.

Miopatías inflamatorias que se estudian de forma comparativa. Ambas producen **debilidad muscular** como manifestación principal, y es fundamental recordar que no toda debilidad tiene origen isquémico. El clínico debe **localizar el sitio de la lesión** mediante anamnesis y exploración física antes de solicitar estudios complementarios.



1 Hemisferios cerebrales

Lesión cortical o subcortical



2 Médula espinal

Vías motoras descendentes



3 Asta anterior

Neurona motora inferior



4 Nervio periférico

Neuropatía periférica



5 Unión neuromuscular

Miastenia, Lambert-Eaton

ⓘ Cuando no es posible localizar el sitio de la lesión con base en la anamnesis y la exploración física, se requieren **estudios de laboratorio** complementarios para orientar el diagnóstico.

Dermatomiositis (DM): Clínica y Diagnóstico

La DM se caracteriza por **debilidad simétrica y proximal** (más que distal), respetando habitualmente la musculatura facial y ocular. Sus **exantemas cutáneos característicos** son clave para el diagnóstico diferencial y las preguntas tipo caso clínico.

● Eritema Heliotropo

Coloración eritematosa de los párpados con **edema periorbitario**. Signo patognomónico de DM.

● Signo de Gottron

Exantema eritematoso sobre superficies extensoras: nudillos, codos, rodillas y tobillos.

▲ Pápulas de Gottron

Exantema eritematoso **elevado** sobre los nudillos. Diferente del signo de Gottron por su relieve.

◆ Signo en V y del Chal

Exantema en parte anterior del cuello/pecho (signo en V) y en la parte posterior del cuello y hombros (signo del chal).

◆ Otros hallazgos

Telangiectasias en lechos ungueales y depósitos subcutáneos de calcio (calcinosis).

Exámenes Complementarios

Los principales estudios a considerar en ambas patologías son enzimas musculares, electromiografía, biopsia muscular y autoanticuerpos (MSA).

CK Sérica

Elevada en **70-80%** de los pacientes con DM. Marcador de daño muscular activo.

Electromiografía

Aumento de actividad de inserción espontánea: ondas agudas positivas, potenciales de fibrilación y descargas repetitivas complejas.

Biopsia Muscular

Hallazgo histopatológico característico: **atrofia perifascicular**. Clave diagnóstica de DM.

Autoanticuerpos MSA

Dirigidos contra MDA5, TIF1, Mi2 y NXP2. Se relacionan con manifestaciones clínicas características.

✓ En ausencia de neoplasia maligna, el pronóstico de la DM suele ser **favorable**: tasas de supervivencia a cinco años entre el **70% y el 93%**.

Polimiositis (PM): Clínica, Laboratorio y Pronóstico

Características Clínicas de la PM

La PM es un **grupo heterogéneo de trastornos** que se presenta con debilidad simétrica y proximal que se agrava en semanas a meses. Al igual que la DM, suele respetar la musculatura facial y ocular.

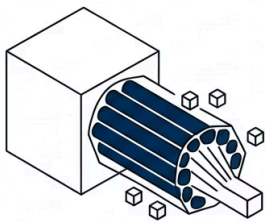
- Debilidad simétrica y proximal progresiva
- Agravamiento en semanas a meses
- Ausencia de exantemas cutáneos (a diferencia de la DM)
- Riesgo de cáncer menor que en DM

Datos de Laboratorio

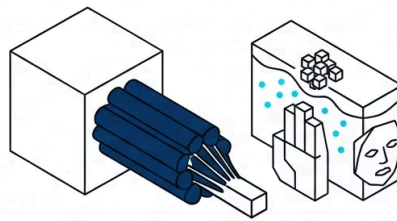
Los valores de **CK siempre están elevados** en la PM no controlada. Una CK normal debe alertar al médico ante la posibilidad de **miositis por cuerpos de inclusión (IBM)**, ya que series antiguas incluyeron pacientes con IBM y distrofias con inflamación diagnosticados erróneamente como PM.

⚠ CK normal en sospecha de PM → considerar IBM o distrofia muscular con inflamación.

Comparativa PM vs DM



PM (Polimiositis)



DM (Dermatomiositis)

Debilidad proximal simétrica.	•	Debilidad proximal simétrica.
Sin exantema.	•	Exantemas: heliotropo, Gottron.
CK siempre elevada.	•	CK elevada 70-80%.
Biopsia: inflamación endomisial.	•	Biopsia: atrofia perifascicular.
Tratamiento inmunosupresor de por vida. Menor riesgo de cáncer.	•	Mayor riesgo de cáncer.
		Pronóstico favorable: supervivencia 70-93% a 5 años.

Pronóstico y Tratamiento

01

Inicio del tratamiento inmunosupresor

La mayoría de los pacientes con PM mejora con tratamiento inmunitario. Los corticosteroides son la primera línea de tratamiento.

02

Mantenimiento de por vida

A diferencia de otras patologías, los pacientes con PM casi siempre necesitan **mantener el tratamiento inmunosupresor de forma indefinida** para evitar recaídas.

03

Vigilancia oncológica

Aunque el riesgo de cáncer en PM es menor que en DM, debe mantenerse una vigilancia activa, especialmente en los primeros años tras el diagnóstico.

- Recuerda: en el estudio de las miopatías inflamatorias, el análisis **comparativo** entre PM, DM e IBM es fundamental. La localización del sitio de lesión y los hallazgos cutáneos son las claves diagnósticas más importantes para el examen clínico.