

EL IMPACTO DEL DIAGNOSTICO PRECOZ EN PACIENTES
ADULTOS CON DERMATOMIOSITIS PARA MEJORAR SU
CALIDAD DE VIDA. CASO EN EL HOSPITAL ROSARIO
PUMAREJO, VALLEDUPAR OCTUBRE DE 2015.

NELSON FABIAN LEAL RIVERA
VERY JOHANNA MELO REDONDO
LUISA FERNANDA MENDOZA SEPULVEDA

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
SEDE PUERTO COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
PUERTO COLOMBIA - ATLCO
2015

EL IMPACTO DEL DIAGNOSTICO PRECOZ EN PACIENTES ADULTOS CON
DERMATOMIOSITIS PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA. CASO EN EL
HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO, VALLEDUPAR OCTUBRE DE 2015.

Nota de aceptación

NELSON FABIAN LEAL RIVERA
VERY JOHANNA MELO REDONDO
LUISA FERNANDA MENDOZA SEPULVEDA

Proyecto de Grado para optar el título de Médico general

Dr. Jaime Pinedo Otalvaro
Dra. Yolanda Fandiño Barros

Firma

Firma

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN SEDE PUERTO COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
PUERTO COLOMBIA
2015

Firma

INTRODUCCION

CONTENIDO

INTRODUCCION	6
1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	8
1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
2. JUSTIFICACION	11
3. OBJETIVOS	12
3.1 OBJETIVO GENERAL	12
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	12
4. MARCO REFERENTE	13
4.1 MARCO TEORICO	16
4.1.1 GENERALIDADES	16
4.1.1.1 Definición.	16
4.1.1.2 Epidemiología.	16
4.1.1.3 Etiología.	17
4.1.1.4 Patogénesis.	19
4.1.1.5 Clasificación.	20
4.1.1.6 Clínica.	21
4.1.1.7 Diagnostico.	28
4.1.1.8 Complicaciones.....	30
4.1.1.9 Tratamiento.	30
4.2 MARCO CONCEPTUAL.....	35
5. METODOLOGIA	37
6. ANÁLISIS	38
7. CONCLUSION	40
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	41

Cienfuegos, Sancti Spiritus, Cuba, Vol. 14, No. 3 (2012) ISSN 1608 - 8321.

Farmihosp. Actualización en el tratamiento de la dermatomiositis; a propósito de un caso vol. 14 no. 3
Madrid nov.-dic. 2014.

del cuadro clínico este paciente requirió ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI).

INTRODUCCION

Existe un grupo de enfermedades llamadas "miopatías inflamatorias autoinmunes" o "miositis idiopática" dentro de las cuales hacen parte: polimiositis, la dermatomiositis y miositis por cuerpos de inclusión¹; estas son un grupo heterogéneo de enfermedades musculares con etiología desconocida que se caracteriza por inflamación y debilidad muscular.

Principalmente nos vamos a centrar en la Dermatomiositis una miopatía inflamatoria con la cual el personal médico esta poco familiarizado, ya que es poco común y poco vista en la práctica médica; esta es de aparición progresiva y afecta como todas las miositis el tejido muscular esquelético pero muy característico en ella el desarrollo de signos, síntomas y lesiones cutánea, es más frecuente en las mujeres entre las edades 40 -65 años que en los hombres aunque también puede afectar a niños¹ y sin el adecuado apoyo diagnóstico y terapéutico podría exacerbarse su sintomatología y la aparición de patologías asociadas.

Aunque hay distintas clasificaciones, se reconocen varios tipos de Dermatomiositis primaria idiopática, asociada a neoplasia, forma juvenil y la amiotrófica sin afectación muscular, esta es un alteración del sistema inmunológico que hace que su tratamiento se base en fármacos inmunosupresores².

Se presenta un caso de un paciente masculino de 63 años de edad el cual ingresa al Hospital Rosario Pumarejo de López de la ciudad de Valledupar con signos y síntomas de enfermedad autoinmune, multiconsultante, el cual había sido diagnosticado y tratado en otras ocasiones como artritis reumatoide, en su último ingreso hospitalario debido a la sintomatología presentada, se sospecha miopatía inflamatoria (dermatomiositis), se ordenan paraclínicos indicados para dicha patología los cuales reportaron alterados, motivo por el cual se inició tratamiento para dicha enfermedad, es importante recalcar que debido a la severidad

¹Dra. Arianna Dalgis García González. Dra. Patricia Romero González. Dra. Yuneisy Gómez Díaz. Dra. Yaima Fernández Quiñones. Amiotopicdermatomyositis. Case presentation. Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos. Sancti Spiritus. Cuba. Vol.14, No.3 (2012)ISSN 1608 – 8921.

²FarmHosp. Actualización en el tratamiento de la dermatomiositis; a propósito de un caso vol.38 no.6 Madrid nov.-dic. 2014.

del cuadro clínico este paciente requirió ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Paciente masculino de 53 años de edad quien ingresa al servicio de urgencias del hospital Rosario Pumarejo de Lopez de la ciudad de Valledupar el día 21-10-15 por presentar cuadro clínico de más de 3 meses de evolución caracterizado por presentar dolor en múltiples articulaciones, asociado a fiebre no cuantificada, edema generalizado, astenia, adinamia, rash cutáneo, pérdida de la fuerza muscular que le limita para la marcha, inapetencia, náuseas, odinofagia.

Antecedentes personales

Médicos: urolitiasis, uropatía obstructiva, infección de vías urinarias, artritis reumatoidea, dengue, chikungunya.

Quirúrgicos: niega

Transfusionales: niega

Alérgicos: reacción adversa a la ampicilina

Al examen físico de ingreso: normocefalo, edema en cara, cuello móvil, sin adenopatías, buen patrón cardiopulmonar, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, diuresis positiva, extremidades presencia de dolor en articulaciones con pérdida de la fuerza limitación para la marcha, miembros superiores e inferiores, piel presencia de pápulas mas manchas hiperémicas en varias partes del cuerpo pruriginosas sin disminución de fuerza muscular en miembros superiores e inferiores.

Paciente fue valorado por medicina interna quien diagnostica artritis reumatoidea e inicia manejo con metotrexate 2.5mg via oral, cloroquina 200 mg via oral, sulfazalazina 500 mg via oral, prednisolona 5 mg via oral, omeprazol 20 mg via oral, albendazol 400 mg via oral y ácido fólico 5mg via oral, recomienda no administrar aines, posteriormente el paciente es trasladado a hospitalización donde se solicitan paraclínicos complementarios y se solicita valoración por reumatología.

1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Paciente masculino de 53 años de edad quien ingresa al servicio de urgencias del hospital Rosario Pumerejo de Lopez de la ciudad de Valledupar el día 21-10-15 por presentar cuadro clínico de más de 3 meses de evolución caracterizado por presentar dolor en múltiples articulaciones, asociado a fiebre no cuantificada, edema generalizado, astenia, adinamia, rash cutáneo, pérdida de la fuerza muscular que le limita para la marcha, inapetencia, náuseas, odinofagia.

Antecedentes personales

Médicos: urolitiasis, uropatía obstructiva, infección de vías urinarias, artritis reumatoidea, dengue, chikungunya.

Quirúrgicos: niega

Transfusionales: niega

Alérgicos: reacción adversa a la ampicilina

Al examen físico de ingreso: normocefalo, edema en cara, cuello móvil, sin adenopatías, buen patrón cardiopulmonar, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, diuresis positiva, extremidades presencia de dolor en articulaciones con pérdida de la fuerza limitación para la marcha, miembros superiores e inferiores, piel presencia de palidez mas manchas hiperémicas en varias partes del cuerpo pruriginosas snc disminución de fuerza muscular en miembros superiores e inferiores.

Paciente fue valorado por medicina interna quien diagnostica artritis reumatoidea e inicia manejo con metotrexate 2.5mg via oral, cloroquina 200 mg via oral, sulfasalazina 500 mg via oral, prednisolona 5 mg via oral , omeprazol 20 mg via oral, albendazol 400 mg via oral y ácido fólico 5mg via oral , recomienda no administrar aines, posteriormente el paciente es trasladado a hospitalización donde se solicitan paraclínicos complementarios y se solicita valoración por reumatología.

El paciente fue valorado por reumatología quien al valorar paciente sospecha miopatía inflamatoria y considera:

Paciente en regular estado general, inmóvil en cama con eritema facial y cuello con rash en heleotro en parpados, dudoso gottron en ambas manos, pulmones claros bien ventilados, sin crepitantes, cardiacos sp, abdomen sp, articulaciones sin deformidad, sin tumefacción y sin dolor. Fuerza muscular en miembros superiores 2/5 en miembros inferiores 2/5 y flexores del cuello 2/5.

Investigar miopatía inflamatoria. Descartar neoplasia oculta.

Resultados de laboratorio:

Cuadro hemático: Leucocitos 6.380 mm³, neutrófilos 70.6%, linfocitos 17.4% hemoglobina 13.1 gr/dl, hematocrito 39.4%, TP 12.6 seg, INR 1.2, TPT 32.1 seg, glicemia 92 mg/dl, BUN 12.5mg/dl, creatinina 0.4mg/dl.

Eco abdominal: colelitiasis

Radiografía de tórax dentro de límites normales

VSG: 23 PCR: 63 HIV: no reactivo LDH: 1945 ckmb: 1204 GOT: 735 GPT: 200

Posteriormente se solicita electromiografía, de la cual se espera autorización de EPS del paciente.

Posteriormente el paciente es trasladado a UCI por riesgo de falla ventilatoria, aumento marcado de valores de enzimas musculares y disfagia marcada (riesgo de broncoaspiracion) donde se inicia manejo con rituximab y se solicita biopsia muscular de la que se espera autorización de la EPS.



Nota

Este trabajo se encuentra disponible únicamente en **formato físico**, ya que no cuenta con versión digital. Por tal motivo, en este repositorio solo serán visibles las páginas preliminares con fines informativos. Para su consulta completa, el usuario deberá verificar la ubicación o sede donde se encuentra el ejemplar físico, o bien solicitar información adicional escribiendo al correo institucional:

repositoriofusm@sanmartin.edu.co