


<https://www.revlinesp.es>

83 - MIOPATÍA AUTOINMUNE NECROTIZANTE. A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS

Ana Calonge Arribas, Amaia Torrecilla Ugarte, Ariadna Setuain Induráin, Arrate Mancisidor Andrés, Laura Valderas Monge, Maddi Taboada Palacios, Óscar Subirá Navarro y Ana María Álvarez Aramburu

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Resumen

Objetivos: Describir tres casos de miopatía necrotizante diagnosticados en un hospital terciario de Medicina Interna.

Métodos: Revisión de las historias clínicas correspondientes y literatura relativa a dicha entidad.

Resultados: Dos de los casos eran mujeres y la edad media fue de 55 años. De los tres casos, dos estaban en tratamiento médico con estatinas. Respecto a las manifestaciones clínicas, los tres casos tenían debilidad proximal de cintura escapular, mientras que uno de los casos asociaba también debilidad de cintura pélvica (caso 1) y otro asociaba astenia y disfagia (caso 3). El electromiograma (EMG) fue realizado a dos de los tres casos, siendo patológico en el caso 1. La resonancia magnética nuclear (RMN) mostró miopatía inflamatoria en cabeza larga del bíceps (casos 1 y 3) y miopatía inflamatoria en muslos (caso 2). Los niveles de CK oscilaron entre 1.500 y 9.000 U/L. La autoinmunidad resultó positiva en el caso 1 y el despistaje para neoplasia fue positivo en el caso 3. El tratamiento consistió en la retirada de estatinas en dos de los tres casos, corticoterapia en uno de los casos e intervención de neoplasia gástrica en el tercer caso.

Casos	Sexo	Edad	Estatina	Clínica	EMG	Biopsia muscular	RMN	Niveles de CPK U/L	Autoinmunidad	Despistaje de neoplasia (TC toraco-abdominal y gastro-colono)	Diagnóstico	Tratamiento
1	Varón	65	Simvastatina 20 mg/día	Debilidad proximal de cintura escapular y pélvica con sensibilidad conservada	Potenciales miopáticos	Fibras necróticas No infiltrado inflamatorio	Atrofia y degeneración grasa de ambos muslos de la cabeza larga del bíceps	5250	Positiva: anti-HMG-CoA reductasa	Negativo	Miopatía autoinmune necrotizante inducida por estatinas	Corticoides
2	Mujer	62	Pravastatina 10 mg/día	Debilidad proximal de cintura escapular	Potenciales normales	Fibras necróticas No infiltrado inflamatorio	No realizado	9000	Negativa	Negativo	Miopatía necrotizante asociada a estatinas	Retirada de estatina
3	Mujer	40	No	Astenia Debilidad cintura escapular Disfagia	No realizado	Fibras necróticas No infiltrado inflamatorio	Miopatía inflamatoria musculatura cabeza larga del bíceps	1485	Negativa	Neoplasia de fondo gástrico con infiltración a cardias; A.P. carcinoma de células en anillo de sello	Miopatía necrotizante paraneoplásica	Tratamiento de neoplasia gástrica

Discusión: Las miopatías necrotizantes son un grupo heterogéneo de patología muscular de creciente diagnóstico¹, con patogénesis autoinmune, asociadas, entre otros procesos, a neoplasia (caso 3), siendo esta una variante rápidamente progresiva. Con mayor frecuencia la miopatía aparece en relación a toma de estatinas (casos 1 y 2), pudiendo persistir o progresar tras su suspensión, incluso iniciarse tras varios años de tratamiento o incluso tras su supresión.

Conclusiones: La miopatía necrotizante se caracteriza por debilidad proximal simétrica de inicio subagudo y elevación de los niveles de CK por encima de 2.000 U/L. La confirmación diagnóstica se establece mediante biopsia muscular que muestra necrosis muscular sin infiltrado inflamatorio. El tratamiento consiste en la supresión de la estatina. El tratamiento en los casos leves es prednisona y en casos moderados o graves dos inmunosupresores (prednisona y azatioprina, metotrexato o micofenolato mofetil) a los que se puede añadir tratamiento con inmunoglobulinas en casos muy graves².

Bibliografía

1. Troyanov Y, Targoff IN, Tremblay J-L, Goulet J-R, Raymond Y, Senécal J-L. Novel Classification of Idiopathic Inflammatory Myopathies Based on Overlap Syndrome Features and Autoantibodies. *Medicine (Baltimore)*. 2005;84(4):231-49.
2. Padala S, Thompson PD. Statins as a possible cause of inflammatory and necrotizing myopathies. *Atherosclerosis*. 2012;222(1):15-21.