

Casos clínicos

Dermatomiositis y taquicardia supraventricular

Abhijeet Dhoble*, Chethan Puttarajappa, Alan Neiberg

Departamento de Medicina Interna, Universidad del Estado de Michigan, East Lansing, Michigan, EEUU
*Email: abhijeetdhoble@gmail.com

Artículo Publicado en [International Archives of Medicine](#) 2008, 1:25doi:10.1186/1755-7682-1-25
Versión en inglés disponible en: <http://www.intarchmed.com/content/1/1/25>

La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria idiopática, a menudo asociada a una enfermedad oncológica subyacente. En la población general tiene una prevalencia de un caso cada 100.000 habitantes, y es incluso menos frecuente cuando no se acompaña de cáncer. La dermatomiositis raramente afecta a las fibras musculares del miocardio, pero sí que se la ha asociado con arritmias cardíacas. Se presenta el caso de una paciente joven con un historial conocido de dermatomiositis, que acudió a un centro hospitalario con un recrudecimiento de su enfermedad. También se quejaba de palpitaciones paroxísticas. El monitor de telemetría reveló varios episodios de taquicardia paroxística supraventricular y la frecuencia cardíaca llegó a 220 latidos por minuto. La afectación cardíaca en los pacientes con dermatomiositis es muy infrecuente, pero es una entidad bien establecida. Los pacientes con dermatomiositis y palpitaciones deberían supervisarse utilizando un monitor Holter y, si se detectase una arritmia significativa, deberían recibir tratamiento específico.

■ La dermatomiositis (DM) es un tipo de miopatía idiopática inflamatoria [1,2]. Sus índices de prevalencia son de aproximadamente uno de cada 100.000 habitantes, con un predominio entre las mujeres frente a los hombres de aproximadamente 2:1. Normalmente, la DM se asocia con una enfermedad subyacente, y su aparición es todavía menos frecuente sin la coexistencia de cáncer [1-4]. La DM se caracteriza por una deposición de complejos inmunológicos en los vasos capilares y se considera ser en parte una vasculopatía mediada por complemento. [1,5].

La DM casi nunca afecta a las fibras musculares miocárdicas, pero su relación con patología cardíaca es una entidad bien establecida en esta enfermedad. Con anterioridad, se ha asociado la DM con varias arritmias, incluida la taquicardia ventricular y la supraventricular [6,7]. A continuación, presentamos un caso similar, seguido de una discusión.

Caso clínico

Una mujer de 27 años consultó por presentar prurito intenso desde hacía dos semanas. También se acompañaba el cuadro

de mialgia y debilidad generalizada del mismo tiempo de duración. Presentaba antecedentes personales de artritis reumatoide y dermatomiositis, por los que se encontraba tomando el tratamiento correspondiente. Unas cuatro semanas antes de iniciarse el cuadro clínico dejó de tomar la medicación habitual, que incluía prednisona, azatioprina e hidroxicloroquina. Durante la anamnesis por apartos la paciente mencionó que ocasionalmente sufría palpitaciones paroxísticas acompañadas de mareos y sensación de desmayo. La paciente negó haber tenido síncope, dolor torácico o cefalea.

La exploración física reveló erupción eritematosa y descamativa, también conocida como pápulas de Gottron, sobre las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas (figura 1). También mostró una erupción violácea (eritema vespertilio) en los párpados superiores (figura 2), que estaban inflamados, eritrodermia (figura 3), cambios psoriasiformes en el cuero cabelludo (figura 4), y modificaciones anormales en el lecho ungueal (figura 1). Cuando se examinó a la paciente por primera vez, mostró signos vitales sin alteraciones, tanto respiratorios como cardiovasculares. Los análisis de sangre realizados incluyeron un análisis de los índices de creatinina, troponina, perfil metabólico y un hemograma

completo, encontrándose todos ellos dentro de los niveles normales. El electrocardiograma basal (ECG) mostró un ritmo sinusal normal, sin cambios notables. La radiografía de tórax no reveló cardiomegalia ni infiltrados.



Figura 1. Erupción eritematosa y descamativa (pápulas de Gottron) sobre las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas. También se aprecia una alteración anormal del lecho ungüal.

El monitor de telemetría reveló varios episodios de taquicardia paroxística supraventricular y la frecuencia cardíaca llegó a 220 latidos por minuto (lpm). Durante uno de estos episodios se realizó un ECG, que reveló una taquicardia supraventricular con un índice de 200 lpm (figura 5). Así mismo, se realizó un ecocardiograma 2-D dentro de la normalidad. Debido a la debilidad de los síntomas, no se realizaron más estudios de imagen adicionales, tales como imágenes por resonancia magnética cardíaca o una tomografía computarizada cardíaca. Además de una alta dosis oral de prednisona, a la paciente se le administraron inmediatamente sus medicamentos habituales. También se administró metoprolol para la taquicardia. En las 24 horas siguientes, la monitorización telemétrica no reveló episodios recurrentes de arritmia. Las lesiones cutáneas mejoraron considerablemente después de dos días, y la paciente fue dada de alta con la medicación anteriormente citada.



Figura 2. Erupción violácea (eritema de heliotropo) sobre los párpados superiores, acompañado de inflamación.

Discusión

La DM se asocia con diversas manifestaciones cutáneas características, que incluyen pápulas de Gottron, signo del chal, eritema vespertino, y eritrodermia generalizada. La paciente en el caso que se presenta manifestó todos los síntomas clásicos con su recrudescimiento de DM [2,3].



Figura 3. Eritrodermia difusa.

La relación entre la actividad cardíaca y la dermatomiositis es una entidad muy poco común, pero bien establecida. Tales pacientes se presentan con bloqueo auriculoventricular o taquiarritmias ventriculares o supraventriculares (VT and SVT). Los mecanismos propuestos para explicar este fenómeno incluyen: 1) Formación de circuitos de reentrada persistentes 2) Fibrosis miocárdica motivada por la inflamación recurrente, y 3) Miocarditis inflamatoria activa [6-12]. Existen muy pocos casos y series clínicas reportados en la literatura relacionando la DM y la taquicardia [6,8,10]. Algunos pocos estudios basados en autopsias han intentado establecer retrospectivamente esta asociación entre la afectación cardíaca y la DM.



Figura 4. Alteraciones psoriasiformes en el cuero cabelludo.

El tratamiento ha de individualizarse, y es necesario hacer un seguimiento estrecho. Normalmente, los pacientes con DM y TSV responden bien al tratamiento médico [8,11]. Creemos que la causa de la TSV en esta paciente fue la inflamación local activa. Tras darle de alta, la paciente fue supervisada con un monitor Holter durante un mes, que no reveló nuevos episodios de TSV. Este dato apoya nuestra hipótesis de que la inflamación jugó un papel importante en la TSV de nuestra

paciente. Gradualmente se fue reduciendo la dosis de metoprolol y en una revisión seis meses después la paciente negó haber sufrido nuevos episodios de palpitaciones.

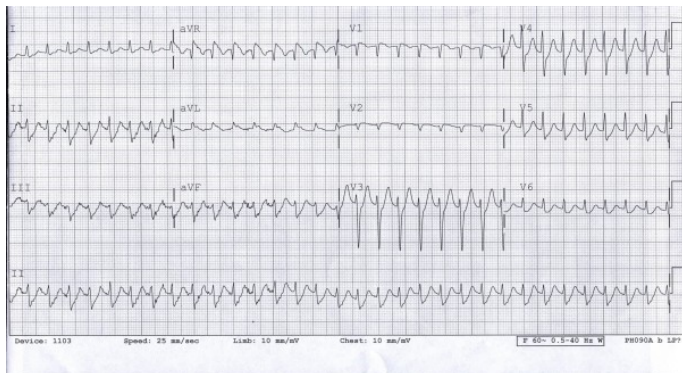


Figura 5. El ECG muestra una taquicardia recurrente en el nódulo atrioventricular y un índice de 200 latidos por minuto.

Conclusión

La relación entre la afectación cardíaca y la DM es una entidad poco frecuente, pero bien conocida [7,8]. Es muy importante realizar un estudio exhaustivo de los síntomas cardíacos con el fin de prevenir episodios graves en el futuro. Los pacientes con DM que experimenten palpitaciones deben estudiarse con un monitor Holter, y debería iniciarse un tratamiento específico en caso de revelarse una arritmia significativa.

Consentimiento

La paciente dio su consentimiento informado para la publicación de este caso clínico, así como para las imágenes que acompañan al artículo. El Editor Jefe de Archivos de Medicina tiene a su disposición una copia del consentimiento escrito.

Intereses competitivos

Los autores declaran no tener intereses competitivos sobre esta publicación.

Contribuciones

AD obtuvo las imágenes y produjo el artículo. CP recogió los datos del paciente, las referencias, y revisó el artículo. AN participó en el seguimiento de la paciente y revisó detalladamente el contenido del artículo. Todos los autores del artículo lo leyeron y aprobaron la versión publicada.

Reconocimientos

Agradecemos la colaboración de la paciente por ofrecer su consentimiento para la publicación de este caso clínico. También agradecemos al equipo de Electrofisiología del Centro Médico Regional de Ingham su disponibilidad a

ofrecernos información en la discusión del estudio, además de la información adicional para la publicación del mismo.

BIBLIOGRAFIA

1. Suber TL, Casciola-Rosen L, Rosen A. Mechanisms of disease: autoantigens as clues to the pathogenesis of myositis. *Nature Clinical Practice Rheumatology* 2008, 4(4):201-9.
2. Dalakas MC, Hohlfield R. Polymyositis and dermatomyositis. *Lancet* 2003, 362:971.
3. Bohan A, Peter JB, Bowman RL, Pearson CM: Computer-assisted analysis of 153 patients with polymyositis and dermatomyositis. *Medicine (Baltimore)* 1977, 56:255.
4. Sigurgeirsson B, Lindelof B, Edhag O, Allander E: Risk of cancer in patients with dermatomyositis or polymyositis. *N Engl J Med* 1992, 326:363.
5. Greenberg SA, Pinkus JL, Pinkus GS, Burleson T, Sanoudou D, Tawil R, Barohn RJ, Saperstein DS, Briemberg HR, Ericsson M, Park P, Amato AA: Interferon-alpha/beta-mediated innate immune mechanisms in dermatomyositis. *Ann Neurol* 2005, 57(5):664-78.
6. Brottier L, Coste P, Combe C, Bruchère C, Bonnet J, Bricaud H: Cardiac complications of dermatopolymyositis. Apropos of 56 cases. *Arch Mal Coeur Vaiss* 1987, 80(7):1133-8.
7. Adler M, Banerjee S, Stratton R: Ventricular tachycardia as a presenting feature of dermatomyositis. *Heart* 2002, 88(5):443.
8. Lundberg IE: The heart in dermatomyositis and polymyositis. *Rheumatology (Oxford)* 2006, 45(Suppl 4):iv18-21.
9. Anders HJ, Wanders A, Rihl M, Kruger K: Myocardial fibrosis in polymyositis. *Journal of Rheumatology* 1999, 26(8):1840-2.
10. Bazhanov NN, Khitrov AN, Nasonov EL, Makolkin VI: Cardiac rhythm and conduction disorders in polymyositis and dermatomyositis. *Klinicheskaia Meditsina* 1998, 76(10):32-5.
11. Askari AD, Huettner TL: Cardiac abnormalities in polymyositis/dermatomyositis. *Seminars in Arthritis & Rheumatism* 1982, 12(2):208-19.
12. Solov'eva AP, Moiseev VS, Chel'tsov VV: Cardiovascular pathology in dermatomyositis. *Kardiologiia* 1975, 15(5):52-7.

Publicado por **iMedPub Journals**

<http://www.imedpub.com>

ARCHIVOS DE MEDICINA es una revista en español de **libre acceso**

Publica artículos originales, casos clínicos, revisiones e imágenes de interés sobre todas las áreas de la medicina

ARCHIVOS DE MEDICINA se hace bilingüe

Para la versión en inglés los autores podrán elegir entre publicar en Archives of Medicine (<http://archivesofmedicine.com>) o International Archives of Medicine (<http://www.intarchmed.com>)

Dermatomyositis and supraventricular tachycardia

Abstract

Dermatomyositis is an idiopathic inflammatory myopathy, often associated with an underlying malignancy. Its prevalence rate is approximately one per 100,000 in the general population, and is even rarer without evidence of a cancer. Dermatomyositis rarely involves myocardial muscle fibers, but has shown to be associated with cardiac arrhythmias. We present a case of a young female patient with known history of dermatomyositis who presented to hospital with a flare up of her disease. She also complained of paroxysms of palpitation. Telemetry monitoring revealed several episodes of paroxysmal supraventricular tachycardia with heart rate reaching up to 220 beats per minute. Cardiac involvement in dermatomyositis is a very rare, but well known entity. Dermatomyositis patients with palpitations should be monitored on a Holter monitor, and appropriate therapy initiated if found to have a significant arrhythmia

Key words: dermatomyositis, supraventricular tachycardia, inflammatory myopathy.