

## Poiquilodermatomiositis

### Poikilodermatomyositis

Diana Eugenia Perales-Martínez<sup>a</sup>, Benjamín Moncada<sup>b</sup>, Antonio Rolón-Padilla<sup>c</sup> y Mario Alfredo Chávez-López<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Medicina Interna, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, México

<sup>b</sup> Departamento de Dermatología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, México

<sup>c</sup> Departamento de Patología, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, México

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

On-line el 19 de diciembre de 2011



**Figura 1.** Imagen de las piernas con la característica alternancia de máculas hipo e hiperpigmentadas propias de la poiquiloderma.



**Figura 2.** Imagen de las manos que muestra pápulas de Gottron en articulaciones metacarpofalángicas superpuestas a las lesiones hipopigmentadas de la poiquiloderma.

Se presenta un caso infrecuente de una mujer diagnosticada de dermatomiositis asociada a neumopatía intersticial precedido de poiquiloderma como manifestación de inicio. Esta se presentó como una dermatosis generalizada caracterizada por exantema eritematovioláceo confluyente, que posteriormente fue reemplazado por máculas hiperpigmentadas e hipopigmentadas (fig. 1), xerosis y descamación, además de alopecia total. Cuatro meses después aparecieron melanoniquia en banda, eritema en heliotropo, edema periorbitario y pápulas de Gottron sobre las articulaciones interfalángicas proximales y distales de ambas manos (fig. 2), debilidad muscular progresiva, simétrica, de distribución proximal tras pérdida ponderal de 10 kg.

Posteriormente apareció disfagia y disnea progresiva hasta la ortopnea, por lo que se decidió su ingreso hospitalario. Los resul-

tados analíticos de mayor interés mostraron: creatinfosfoquinasa 203 U/l, deshidrogenasa láctica 698 U/l, aspartato transaminasa 304 U/l, velocidad de sedimentación globular 20 mm/h, factor reumatoide 57 UI/l, proteína C reactiva 3,7 mg/dl, fracciones del complemento C3 55 mg/dl y C4 11,1 mg/dl.

La tomografía axial computarizada puso de manifiesto: neumopatía intersticial, bulas enfisematosas, bronquiectasias y áreas de fibrosis pulmonar. Durante su estancia hospitalaria desarrolló neumonía nosocomial asociada a la ventilación mecánica que condicionó choque séptico y muerte.

La poiquiloderma es un signo poco frecuente de la dermatomiositis y puede ser la manifestación inicial de la enfermedad<sup>1-5</sup>, como el caso descrito.

#### Bibliografía

- Sharma PK, Rath N, Sharma SK, Gautam RK, Kar HK. Late-onset polymyositis in a case of poikilodermatomyositis. *J Assoc Physicians India.* 2003;51:1111-2.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [drmariochavez@yahoo.com](mailto:drmariochavez@yahoo.com) (M.A. Chávez-López).

2. Pedragosa-Jove R, Peyri-Rey J, Palou J. Erythrodermal pattern of dermatomyositis in transit to poikilodermatomyositis. *Actas Dermosifiliogr.* 1974;65:179–80.
3. Verger P, Sourreil P, Martin C, Beylot C, Guillard JM, Julien B. Poikilodermatomyositis. *Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr.* 1970;77:89–90.
4. Soto de Delás J, Cascante L, Vázquez Doval FJ, Idoate M, Leache A, Serna MJ, et al. Dermatomyositis. Clinico-histologic study of its skin manifestations. *Rev Med Univ Navarra.* 1989;33:135–47.
5. Callen JP. Dermatomyositis. *Lancet.* 2000;355:53–7.