

# Dermatomiositis luego de implante mamario de silicona

Ricardo Vicente Juárez

Hospital Señor del Milagro, Salta

## Introducción

El primer caso de enfermedad reumática asociada a implante mamario de silicona fue reportado en 1982. Desde esa fecha, los estudios epidemiológicos no han demostrado una asociación estadística entre estas dos entidades. La exposición a la silicona se ha asociado a la patogénesis de enfermedades autoinmunes. Un nuevo síndrome fue descrito y llamado "ASIA" (*auto-inflammatory Syndrom Induced by Adjuvant*) por Agmon-Levin y Shoeneld Y<sup>1</sup>. Este síndrome abarca síntomas que aparecen luego de una exposición crónica a silicona, tetrametilpentadecano, pristaine, aluminio y otros adyuvantes<sup>2</sup>. Este caso describe a una mujer que desarrolla dermatomiositis luego de seis meses de un implante mamario de silicona con anticuerpos antiosfolipídicos.

## Caso

Mujer de 46 años residente en la localidad de Cerrillos Salta.

Consulta por dificultad progresiva para levantar objetos y caminar 100 metros, asociado a la presencia de lesiones de Gottron en codos y superficie de las articulaciones metacarpofalángicas en forma bilateral de seis meses de evolución con necrosis distal de la tercera falange de la mano izquierda 7 días previo a la consulta.

Cinco meses antes requiere ser internada por presentar artralgias y mialgias que se interpretan vinculadas a cuadro inicial. Se realiza diagnóstico presuntivo de Dermatomiositis. Durante su internación se le administró dexametasona 8 mg cada 8 horas. Los estudios de laboratorio se muestran en Tabla 1 (5 meses previos).

Presenta antecedentes de insuficiencia mitral con controles periódicos cardiológicos, tabaquismo 20 pack años, tratamiento completo por tuberculosis pulmonar.

Como antecedentes quirúrgicos siete meses antes del inicio de su cuadro se realizó implantes mamarios de siliconas; otras intervenciones fueron dos cesáreas, várices por insuficiencia venosa y apendicectomía. Antecedentes gineco-obstétricos: dos gestas dos cesáreas. Estaba medicada con atenolol 50 mg día, metilprednisona 30 mg día. No refería alergias, no consumía alcohol ni drogas ilícitas. No tenía antecedentes familiares de enfermedades reumáticas. Al examen físico su temperatura axilar era de 36°, presión arterial de 160/90, su frecuencia cardíaca de 72 latidos por minuto y su frecuencia respiratoria de 22 por minuto, fascies cushigoide, soplo 2/6 sistólico en foco mitral. Se realizan estudios complementarios (Tabla 1). En el laboratorio se evidencia elevación de CPK 246 U/L (VN 40-167 U/L) y FAN 1/80 moteado. La radiografía de tórax era normal excepto por la presencia de los implantes mamarios. El electrocardiograma presenta ritmo sinusal QRS 30° qs V1 a V3 y elevación del segmento ST.

La paciente es internada para realizar pulsos de metilprednisona de 1 g por tres días y ciclofosfamida 1 g, con diagnóstico presuntivo de Vasculitis, Síndrome Antifosfolipídico se le indica además enoxaparina 40 mg día, se cambia el tratamiento con atenolol por amlodipina.

La paciente viaja a la Ciudad de Buenos Aires para realizar una interconsulta a un centro de alta complejidad; en esa oportunidad se duplica la dosis de enoxaparina y se le agrega sildenafil, en el laboratorio presenta CPK normal, aldolasa 8,7 UI/l (vn de 0 a 7,6) y Anticoagulante lúpico positivo.

De regreso a la ciudad de origen, a pesar del tratamiento instituido, la paciente evoluciona en forma tórpida. Presenta deterioro del sensorio requiriendo asistencia respiratoria mecánica. Se descartan intercurencias infecciosas, se le realiza nuevo pulso de metilprednisona y segunda infusión de ciclofosfamida. La condición de la

## Correspondencia

Av. Sarmiento 557- Salta  
Teléfono: 387-4317400

Laboratorio	6 meses previos	5 meses previos	1 visita	Mes posterior (centro de referencia)	2 meses posterior
Hematocrito (%)		36	46	42	
Hemoglobina (g/dl)		12	14	14,6	
MCV (fL)				93,2	
Plaquetas (/mm <sup>3</sup> )		150.000	181.000	238.000	
Glóbulos blancos (/mm <sup>3</sup> )		19.000	15.400	13.630	
Neutrófilos/basófilos/eosinófilos/linfocitos/monocitos		86/0/0/12/12	90/0/0/8/2	85/0/0,8/7,15/6,88	
VSG (mm/1 hora)		42	10	20	
PCR (mg/l)		34,4			
Glucosa (mg/dl)		102	128 (*)	99	
Urea (mg/dl)		33	67	58	
Creatinina (mg/dl)		0,9	0,9	0,87	
SGOT (IU/l)		34	18	23	
SGPT (IU/l)		45	23	28	
Bilirrubina total (mg/dl)				1,2	
Fosfatasa alcalina (U/l)		151	135	64	
Colesterol(mg/dl)				284	
CPK (U/l)	246 (**)	62		52	
Aldolasa (U/l)	10 (***)			8,7(0-7,6)	
LDH (U/l)		518			
Tiempo de protrombina (seg)		12		13,3	
KPTT (seg)				40	
Albúmina (g/dl)		2,24		3,4	
RIN		1		0,98	
Sodio (mEq/L)		138		138	
Potasio (mEq/L)		4,2		4,9	
Calcio (mg/dl)		7,6			
Orina		Normal		Proteínas ++ glób. blancos 5-10	
ANA	1/80 moteado	Negativo			1/360 moteado
Anti DNA nativo		Negativo			
FR		Negativo			
Anti- Ro					Negativo
Anti-La					Negativo
Anti- Sm					Negativo
Anti- RNP					Negativo
ANCA C					Negativo
ANCA P					Negativo
Crioglobulinas				Negativo	
C3 (mg/dl)				75 (83-177)	
C4 (mg/dl)				6,8 (10-40)	
HBS Ag				Negativo	
HBC ab				Negativo	
HCV				Negativo	
Anticoagulante lúpico				Positivo	
Ac-Anticardiolipina IgG				1 GPL	
Ac-Anticardiolipina IgM				12MPL	
Anti-beta2 glicoproteyn I IgG				1US	
Anti-beta2 glicoproteyn I IgM				5US	
Gases en sangre arterial					
HCO3- (mEq/L)		18		25,4	
Pco2 (mmHg)		27		37	
pH		7,41		7,45	
Po2 (mmHg)		80			

Tabla 1.



**Figura 1.**

paciente empeora, presenta necrosis de los demás dedos de ambas manos, presentó proteinuria en el laboratorio, falla multiorgánica (respiratoria, hepática, renal) por lo que se le realiza 5 sesiones de plasmáferesis. En los días subsiguientes evoluciona con mejoría transitoria pero presenta cuadro séptico, como complicación del fallo multiorgánico fallece. Los implantes mamarios fueron removidos durante su internación.

## Discusión

La Dermatomiositis (DM) es una entidad dentro de las miopatías inflamatorias. La incidencia de estas últimas se estima en 1 a 7,3 casos por 1.000.000 habitantes. Varios alelos HLA están asociados a estas enfermedades autoinmunes. La DM y anticuerpos antisintetasas han sido asociados a los alelos DRB1 y DQA1<sup>4</sup>.

Pocos casos de DM asociados a la presencia de implantes mamarios de silicona han sido reportados en la literatura. Uno de ellos describe el caso de comienzo de la enfermedad seis meses después de la ruptura de una

prótesis<sup>4</sup>. En este caso, el signo de Gottron en codos y articulaciones metacarpos falángicos, la debilidad muscular y la elevación de la CPK aparecen meses posteriores a la cirugía. El implante fue removido tarde en su evolución, pero incluso si hubiese sido el desencadenante del cuadro clínico, se desconoce si al ser extraído podría modificar el curso de la enfermedad.

Agentes exógenos, como los compuestos siliconados en este caso, podrían ser un factor desencadenante de una enfermedad autoinmune en un paciente genéticamente predispuesto. Se reporta este caso para considerar esta asociación de eventos, que requerirían ser más observados e investigados.

## Bibliografía

1. 'ASIA' - autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants. Shoenfeld Y, Agmon-Levin N. *J Autoimmun* 2011 Feb; 36(1):4-8.
2. ASIA-autoimmune syndromes induced by adjuvants: rare, but worth considering. Toubi E. *Isr Med Assoc J.* 2012 Feb; 14(2):121-4.
3. Siliconosis: autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA). Caldeira M, Ferreira AC. *Isr Med Assoc J.* 2012 Feb; 14(2):137-8.
4. Pathogenesis and therapies of immune-mediated myopathies. Dalakas MC. *Autoimmun Rev.* 2012 Jan; 11(3):203-6.
5. A new case of dermatomyositis following the rupture of a silicone gel breast implant. *Clin Exp Rheumatol.* 2004 May-Jun; 22(3):376.