Miopatía Inflamatoria: Recuperación funcional desde la medicina biorreguladora. Reporte de caso.

Heidy Marcela Barreto Castañeda,¹ Yohana Garrido Caballero²

Corresponding Author: Heidy Marcela Barreto Castañeda, infodramarcelabarreto@gmail.com

¹ infodramarcelabarreto@gmail.com

² garrido.yohana1920@gmail.com

Abstract

Las miopatías inflamatorias son trastornos heterogéneos que comparten la injuria muscular inmunomediada como característica común; cuenta con un amplio espectro clínico que pueden ir desde manifestaciones a nivel de la piel, tracto gastrointestinal, articulaciones y pulmones. A continuación, se expone el caso de una paciente tratada con medicina biorreguladora por cuadro de miopatía inflamatoria encontrando un gran impacto en su recuperación funcional.

Keywords: reporte de caso , Miopatía, Homotoxicología, Medicina Biorreguladora, Homeopatía

Introduction

La miopatía inflamatoria (MI) es una afección poco frecuente que suele afectar al músculo estriado de forma aislada o más comúnmente, puede cursar con un compromiso de la piel y otros órganos, a menudo, los cuales, conducen a un deterioro severo de la calidad de vida. Tiene una incidencia anual de 0.8 - 8 casos/millón de habitantes y una prevalencia de 1 - 6 pacientes/100.000 habitantes, siendo más frecuentes en mujeres con una relación 2:1, su grupo etario de presentación es en la infancia (10- 15 años) y edad adulta (45-60 años) (Schmidt J,2018). Para el diagnóstico de una miopatía inflamatoria requiere de la exclusión de otras formas de miopatía que remedan una MI incluyendo las distrofias de cinturas, la distrofia facio-escápulo-humeral, así como miopatías metabólicas, mitocondriales, endocrinas e inducidas por drogas El hallazgo clínico más frecuente es la debilidad muscular simétrica de predominio proximal, que conlleva a dificultad para la marcha y para realizar cambios de movimientos como subir escaleras o levantar sillas u objetos. Las miopatías inflamatorias pueden dividirse en aquellas que tienen causa conocida o primarias y de causa indeterminada o idiopáticas. Sin embargo, actualmente de manera muy frecuente, la MI se presenta en ausencia de una causa identificable, haciendo plantear la existencia de una enfermedad primaria e idiopática del músculo. Estas miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son generalmente inmunomediadas, y suelen ocurrir en el contexto de una afección multisistémica, asociado a otras enfermedades autoinmunes, a la presencia de cáncer (paraneoplásico) o generadas por el uso de medicamentos miotóxicos.

Timeline

2020-10-13

Paciente consulta al servicio de urgencias por cervicalgia leve asociado a disminución de la fuerza en las cuatro extremidades , con importante limitación en la marcha, presentando aumento de la amplitud en su polígono de sustentación.

2020-10-16

Es valorada por fonoaudiología quien encuentra disfagia en orofaringe para sólidos indica maniobras compensatorias formula dieta líquida con restricción de sólidos.

2020-10-20

Se da inicio de sueroterapia semanal con: Hepar Compositum, Graphites Compositum, Traumeel, Musculus suis y Neralgo Rhem. Previo al inicio se aplica la escala Health Assessment Questionnaire, . Obteniendo como puntaje inicial 3 (máxima incapacidad8.

2020-10-29

Se da egreso de hospitalización sin mejoría clínica . Por lo cual se decide inicio de detox oral (Lymphomyosot, Berbeel Hommaccord, Nuxeel Hommaccord) .

2020-12-04

Se inicia reposición de Vitamina D con histotal

2021-04-01

Se decide inicio de Traumeel tópico para aplicar en áreas de la piel hiperpigmentadas.

2021-05-11

Hasta la fecha de presentación de este artículo, la paciente continúa en manejo con sueroterapia con: Traumeel, Cutis Compositum, Hepar Compositum, Musculus suis, Neralgo Rhem, Graphites Hommaccord.

Narrative

Paciente femenino de 37 años de edad con antecedente de Síndrome de Steven Johnson en la adolescencia posterior a toma de isotretinoína durante 20 días por lesiones hiperpigmentadas en rostro. Consumo crónico de acetaminofén en horas de la noche para poder conciliar el sueño, sin otros antecedentes de importancia. Paciente quien consulta al servicio de urgencias en octubre del 2020 por cuadro clínico de aproximadamente 4 meses de evolución caracterizado por cervicalgia leve asociado a disminución de la fuerza muscular de origen central en los últimos 4 días previos a la consulta; el cuadro se asocia a limitación marcada y progresiva para la marcha. Al examen físico de ingreso se encuentra paciente con fuerza en miembros inferiores 2/5, miembros superiores a nivel proximal 3/5, a nivel distal 4/5, hiporreflexia generalizada, respuesta plantar extensora

bilateral, alteración en la deglución de sólidos, con importante limitación a la marcha con aumento del polígono de sustentación, limitación a los cambios de movimiento en decúbito supino, limitación al cambio de posición sentado - acostado y bipedestación.

Diagnostics

DATE	TYPE	VALUE	UNIT
2020-10-13	Creatine kinase	2301	U/L
2020-10-13	CRP (C-reactive protein)	0.5	mg/dL
2020-10-13	TSH (thyroid-stimulating hormone)	6.38	mU/L
2020-10-14	T4, free (thyroxine)	1.38	nmol/L
2020-10-14	Creatine kinase	9220	U/L
2020-10-14	Vitamin B12	1049	pg/mL
2020-10-15	AST (aspartate aminotransferase)	311	IU/L
2020-10-15	LDH (lactate dehydrogenase)	1291	IU/L
2020-10-15	LDH (lactate dehydrogenase)	1291	IU/L
2020-10-15	BUN (blood urea nitrogen)	4	mg/dL
2020-10-15	ALP (alkaline phosphatase)	50	IU/L
2020-10-15	Creatinine	0.5	mg/dL
2020-10-15	ALT (alanine aminotransferase)	147	IU/L
2020-12-01	Creatine kinase	154	mg/dL
2020-12-01	25(OH)D (25-hydroxyvitamin D)	15.6	ng/mL

2020-12-01	Calcium	7.4	mg/dL
2020-12-28	Creatinine	0.24	mg/dL
2020-12-28	CRP (C-reactive protein)	0.2	mg/dL
2020-12-28	ALT (alanine aminotransferase)	38	IU/L
2020-12-28	Creatine kinase	2672	U/L
2020-12-28	Uric acid	4.9	mg/dL
2020-12-28	AST (aspartate aminotransferase)	91	IU/L
2020-12-28	Creatinine	0.24	mg/dL
2021-03-03	Creatine kinase	2683	U/L
2021-03-03	CRP (C-reactive protein)	0.13	mg/dL
2021-03-03	ALT (alanine aminotransferase)	26	IU/L
2021-03-03	TSH (thyroid-stimulating hormone)	10.29	mU/L
2021-03-03	AST (aspartate aminotransferase)	74	IU/L
2021-03-03	Creatinine	0.2	mg/dL
2021-05-11	Creatine kinase	1514	U/L
2021-05-11	ALT (alanine aminotransferase)	37	IU/L
2021-05-11	TSH (thyroid-stimulating hormone)	13	mU/L
2021-05-11	Creatinine	0.26	mg/dL

2021-05-11	ALT (alanine aminotransferase)	37	IU/L
2021-05-11	CRP (C-reactive protein)	0.1	mg/dL
2021-10-13	Creatine kinase	7500	U/L
2021-10-13	BUN (blood urea nitrogen)	5	mg/dL
2021-10-13	Creatinine	0.6	mg/dL
2021-10-13	Glucose	90	mg/dL

Perspective

Paciente en cuarta década de la vida, quien consulta por cuadro de disfagia de sólidos, debilidad muscular de cintura escapular y pelviana asociado a alteración de función hepática, CPK elevada, función renal normal, TSH elevada, para objetividad su función física se implementa la escala Health Assessment Questionnaire (HAQ) cuestionario con el cual se realiza una medición exhaustiva de la capacidad funcional de los pacientes con enfermedades reumatológicas. En este caso paciente obtiene puntaje inicial de 3 significando máxima incapacidad, intrahospitalariamente se inicia manejo con prednisolona 40 mg la cual recibe solo por dos días y la paciente decide suspender por aparición de lesiones ulceradas en boca, por lo cual se ordena endoscopia de vías digestivas alta la cual reporta normal. Se inicia manejo con sueroterapia el día 20 de octubre al estar hospitalizada con posterior mejoría y aumento de fuerza muscular. Paciente por antecedente de mala tolerancia a medicamentos alopáticos, decide no recibir otro manejo convencional, acepta solo manejo biorregulador y fisioterapia, el 08 de enero fue valorada por Reumatología quien deja como diagnóstico polimiositis.

Actualmente paciente con mejoría progresiva de su patología, con recuperación total de independencia para realizar cambios de movimiento y marcha a pesar que continúa con aumento del polígono de sustentación, sin alteraciones para la deglución, con lesiones en piel con marcada sequedad en área de flexión, por lo cual se inicia manejo con traumeel tópico. Se aplica nuevamente escala HAQ obteniendo una puntuación de 1.38, lo cual indica importante mejoría funcional en la paciente, en donde se entiende como puntuación 0 (sin incapacidad) puntuación 3 (máxima incapacidad).

Discussion

Para iniciar se hablará de la etiopatogenia de la Miopatía Inflamatoria, ya que al tratarse de una enfermedad rara en su aparición, a lo largo de su historia se han sugerido que en su patogénica puede ser multifactorial tales como: fármacos, infecciones bacterianas, parasitarias o virales, hasta predisposiciones genéticas. En conjunto se ha encontrado que el gran punto de partida, es la

alteración de la inmunidad tanto celular y humoral, la cual se ha ido documentando en los reportes de esas biopsias musculares en donde se encuentra un acumulo de linfocitos y anticuerpos específicos dirigidos contra moléculas citoplasmáticas implicadas en la síntesis de proteínas y la respuesta a agentes inmunosupresores. En la dermatomiositis se encuentra predominio de acumulo de linfocitos T CD4, linfocitos B y depósitos de las últimas fracciones del complemento. En la Polimiositis y en miopatía de cuerpos de inclusión se encuentran linfocitos T CD8 y macrófagos, invadiendo los miocitos. Esto parece indicar que la presencia de citocinas producto de este comportamiento inflamatorio son las responsables de la alteración en la función muscular manifestada clínica y para clínicamente. (Atluri R.,2016).

Es importante tener en cuenta que las dos principales presentaciones de miopatías inflamatorias son las polimiositis y dermatomiositis, en donde las manifestaciones cutáneas son el patrón diferenciador entre una y otra, en donde se puede cursar con lesiones patognomónicas como exantema heliotropo o pápulas de Gottron (Okiyama, N, 201.) Lesiones características como: lesiones descamativas o papulares en zonas de flexión o prominencia ósea y pueden cursar con fotosensibilidad la cual se manifiesta en el 50-80% de los pacientes. Dentro del compromiso muscular lo característico es la presencia de debilidad muscular simétrica de predominio proximal de las extremidades y de los músculos flexores anteriores del cuello, es su mayoría de manera simétrica asociados a síntomas como fatiga crónica y mialgias. Adicionalmente entre las manifestaciones se puede encontrar con disfagia proximal que refleja una afectación del músculo estriado de la faringe o del esófago proximal.

Teniendo en cuenta la fisiopatología y el comportamiento clínico de las miopatías inflamatorias se puede pensar que la paciente del caso en revisión, al cursar con síntomas de componente muscular y alteraciones en la piel estaría cursando con una dermatomiositis dado por la debilidad en la cintura pelviana: manifestada con la incapacidad para realizar actividades rutinarias, como levantarse de una silla sin apoyo y alteraciones en la marcha. La afección de la cintura escapular se manifiesta con incapacidad para elevar los brazos por encima de la cabeza, disfagia de sólidos, manifestaciones cutáneas dadas por lesiones descamativas en región flexora, las cuales, en este caso, no son las típicas lesiones cutáneas, por presencia de lesiones secuelas del Síndrome de Steven Johnson padecido por la paciente hace 16 años. Dentro de este contexto es importante saber que como hallazgos de laboratorio se pueden encontrar niveles de enzimas musculares alterados, siendo la elevación de la creatin fosfokinasa (CPK) el indicador más sensible y específico de la enfermedad muscular activa. La aldolasa sérica es un indicador menos sensible para detectar la miositis activa, sin embargo, sus niveles pueden estar elevados en presencia de CPK normal. Las transaminasas hepáticas (GOT, GPT) y la lactato deshidrogenasa (LDH) pueden ser elevadas, pero son poco específicas y están relacionadas con la presencia de disfunción muscular. (Mammen A. L, 2016) . Dentro de los hallazgos en la electromiografía se evidencia el aumento de la irritabilidad de la membrana de las células musculares estriadas. Adicionalmente es importante tener en cuenta que la biopsia muscular tanto en la polimiositis como dermatomiositis muestra necrosis del tejido muscular, asociado a degeneración, regeneración y cambios inflamatorios de las fibras musculares. (Acosta, I,2019).

Es importante tener en cuenta que el tratamiento estudiado para las miopatías inflamatorias como marco principal está basado en corticoesteroides sistémicos, inmunoglobulinas intravenosas o

fármacos inmunosupresores como metotrexato o azatioprina. Es aquí donde la paciente al ver poca tolerancia a la prednisona se decide iniciar manejo con Medicina Biorreguladora de sistemas, la cual está orientada a dar manejo de las redes biológicas desreguladas con medicamentos homeopáticos, los cuales buscan mejorar la calidad de vida del paciente. Se encuentra un paciente con importante marcador inflamatorio que genera ruptura o disfunción en la cadena de transmisión de información celular, matriz extracelular y SNC. Por ellos es importante tener claro el papel de la matriz extracelular que es entendida como el medio en el que se almacena y degradan diferentes toxinas, siendo punto de partida conjunto con alteraciones mitocondriales para generar proceso de disfunción y disregulación celular. Y la inflamación es un elemento común denominador ante cualquier trastorno funcional o estructural.

Con lo anterior es importante entender que el organismo tiene tres niveles de respuesta a tales discusiones conocidas como: 1. Respuesta inmediata de tipo humoral, la cual busca favorecer los procesos fisiológicos de eliminación (sudoración o secreciones), 2. Afectación de la matriz extracelular cuya rigidez y acumulo excesivo de toxinas provocaría disfunción del tejido afectado, en donde ya entraría a una evolución crónica y procesos degenerativos por disfunción de los sistemas de autorregulación, 3. Una respuesta celular que puede cursar con una fase de degeneración, la cual implica un daño severo a las estructuras intracelulares y limitación en la eliminación de toxinas y una fase de desdiferenciación.

Es así cómo se decide iniciar manejo con terapia biorreguladora con detox básico oral en busca de mejorar el terreno y favorecer la eliminación de toxinas de la matriz, y se asocia a sueroterapia con:

Traumeel para manejo de la inflamación crónica.

Hepar Compositum. para manejo de hepatopatía crónica evidenciada por la alteración en la función hepática y bajo tolerancia al uso de medicamentos alopáticos.

Cutis Compositum. por lesiones cutáneas asociadas como secuelas del Síndrome de Steven Johnson.

Musculus suis para favorecer la desinflamación y recuperación del tejido muscular afectado.

Neralgo Rhem para manejo de polineuropatía severa documentada en electromiografía.

Graphites Homm. por presencia de fibrosis y rigidez de la piel, la cual muy seguramente se puede extender a tejido celular subcutáneo y alcanza planos musculares

Conclusion

Con este caso de miopatía inflamatoria podemos encontrar que el manejo con medicina biorreguladora demostró un gran impacto en su calidad de vida, al poder recuperar más del 50 % de su capacidad funcional, lo cual ha significado en restablecimiento en su independencia en la marcha y realización de sus actividades diarias y lo más importante, sin presentar efectos secundarios o complicaciones por uso de terapia bioreguladora, situación que no se logró obtener con medicina tradicional. En este caso clínico se puede encontrar los factores etiopatogénicos que favorecieron y

facilitaron la alteración de su matriz conllevando a un proceso inflamatorio crónico de bajo grado que finalmente se manifiesta con la degeneración y necrosis de fibras musculares y es donde la medicina biorreguladora en su proceso hormético logra dar inicio de. la reparación y recuperación funcional en 80% de todas las habilidades motrices de la paciente, por lo cual se puede concluir que la medicina biorreguladora puede dar resultados prometedores en manejo de estas patologías idiopáticas .

Acknowledgements

Agradecemos en primera instancia a nuestra paciente por habernos dado la oportunidad de dar a conocer a travez de su caso , el impacto tan positivo que tiene la medicina bioreguladora en este tipo de patologías.

También damos gracias a nuestros maestros que nos brindaron las heramientas necesarias para poder definir cual era el manejo mas indicado en nuestra paciente para poder impactar positivamente en su vida .

References

- 1- Schmidt J. (2018). Current Classification and Management of Inflammatory Myopathies. *Journal of neuromuscular diseases*, 5(2), 109–129.
2. Acosta, I., Matamala, J. M., Jara, P., Pino, F., Gallardo, A., & Verdugo, R. (2019). Miopatías inflamatorias idiopáticas: una mirada actualizada al diagnóstico y el manejo [Idiopathic inflammatory myopathies. A review]. *Revista médica de Chile*, 147(3), 342–355.
3. Atluri R. B. (2016). Inflammatory Myopathies. *Missouri medicine*, 113(2), 127–130.
4. Okiyama, N. , & Fujimoto, M. (2019). Cutaneous manifestations of dermatomyositis characterized by myositis-specific autoantibodies. *F1000Research*, 8, F1000 Faculty Rev-1951.
5. Mammen A. L. (2016). Autoimmune Myopathies. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 22(6, Muscle and Neuromuscular Junction Disorders), 1852–1870. <https://doi.org/10.1212/01.CON.0000511070.50715.ab>
6. Schneider C. (2011). Traumeel - an emerging option to nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the management of acute musculoskeletal injuries. *International journal of general medicine*.

Attachments

13 de Octubre 2020	TAC de cráneo simple: normal y TAC de columna cervical: Normal. Radiografía de Tórax: Normal VSG: 3 VDRL: No reactiva TSH: 6.38 ANAs: Positivo 1/160 VIH: Negativo INR: 1.1 TPT: 25 Hemograma: Leucos: 8.35 Neutrófilos: 68.4% Hb: 15.3 VCM: 83 Plaquetas: 417
14 de Octubre 2020	CPK 9220 Vitamina B12: 1049 Tiroxina T4 libre: 1.38 Anti DD ro y La: Negativo C3: 120 negativo C4: 20,5 Negativo
15 de octubre 2020	RNM cráneo contrastado: Normal RNM Columna Cervical: Normal Aldolasa: 84.1
16 de octubre 2020	Valoración por fonoaudiología: Disfagia orofaringe para sólidos indica maniobras compensatorias, indican dieta líquida restricción de sólidos.
19 de noviembre 2020	Se recibe reporte de biopsia de músculo: Miopatía necrotizante compatible con miopatía inflamatoria y atrofia selectiva de fibras tipo II.
30 de noviembre 2020	Electromiografía de 4 extremidades: compromiso axonal de los nervios mediano, cubital, peroneo y tibial bilateral, compatible con polineuropatía severa.
01 Diciembre 2020	GOT: 10.5 GPT: 11.5 Fósforo: 1.67
28 Diciembre 2020	Hemograma: Hb: 16 Leucocitos: 6.4 Neutrófilos 36% Plaquetas: 421 ANAs: Positivo 1/160, patrón: moteado, Ac SS1 Ro: 5.5 (Negativo) Ac Sm:1.9 (Negativo) Varicela Zoster IgG: 36.0 CPK: 2672 Factor Reumatoideo: 7 Antígeno de superficie Hepatitis B: 0.24 Anticuerpo Hepatitis C: 0.073 Uroanálisis: cristales abundantes de oxalato de calcio
29 Diciembre 2020	Aldolasa: 28.1 ANCA: Negativo AMA: 36.5 (Positivo)
03 de Marzo 2021	Hemograma: Hb: 15.7 Hto: 49,2 Leucos: 9.06 Neutrófilos: 50.7 %
11 de Mayo 2021	Aldolasa: 18.7

ANEXO PRUEBAS DIAGNOSTICAS

Este formulario está diseñado conforme al Documento de Consentimiento de Publicación de Casos Clínicos de la Asociación de Médicos de México (AMM) y el Comité de Ética de la Asociación de Médicos de México (CEM) y el Comité de Ética de la Asociación de Médicos de México (CEM).

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE DEL CASO CLÍNICO

Título prototipo del caso clínico:
Neuropatía Inflamatoria: Recuperación funcional desde la medicina integradora. Reporte de Caso.

Yo Melchys Maza Pimentel
[NOMBRE COMPLETO EN LETRAS DE IMPRENTA]

he sido tratado por el Dr. Ulises Canido Calles
[NOMBRE COMPLETO EN LETRAS DE IMPRENTA]

Calles U. M. N° 38-56
[DIRECCIÓN EN LETRAS DE IMPRENTA]

ulisescanido@gmail.com
[CORREO ELECTRÓNICO EN LETRAS DE IMPRENTA]

Por la presente confirmo que yo: (por favor, marque la casilla para confirmar)

☒ estoy legalmente autorizado para dar este consentimiento

Mediante la firma de este formulario de consentimiento autorizo a este médico y a otros colegas a escribir un caso clínico sobre mi tratamiento. Entiendo que:

No voy a obtener ningún beneficio directo de la participación en este caso clínico. No obstante, la información que puede compartirse con otros profesionales sanitarios puede mejorar la atención de otras personas en el futuro.

La firma de este formulario de consentimiento no anula mis derechos de privacidad. Mi nombre y mi información médica protegida (HIP) no se compartirán con nadie que no sea médico y consentiré mi autoría. No obstante, entiendo que no es posible garantizar un anonimato total. Es posible que alguien en algún lugar, por ejemplo, alguien que me haya cuidado o un familiar, me reconozca.

La información que se usa para este caso clínico incluye la anamnesis de mi enfermedad, relevante para este caso, los hallazgos de laboratorio, las fotografías y los protocolos de los tratamientos recibidos.

Se presentará un resumen de mi tratamiento para su evaluación por un panel de expertos e investigadores, y se publicará en una revista médica con licencia de acceso libre (open access) para que pueda consultarse y leer libremente la publicación en línea, y/o se presentará en una conferencia médica. Doy mi consentimiento para dicha publicación o presentación. El resumen de mi tratamiento y el caso clínico no contendrá ningún dato personal. En el caso de que se tenga que incluir algún dato de carácter personal, este se publicará de manera anonimizada.

La autorización a usar mi información en este caso clínico no me supondrá costos adicionales. No recibiré ningún tipo de compensación.

Página 1 de 1

Escaneado con CamScanner

Consentimiento Informado Paciente