

CASOS CLÍNICOS

Dermatomiositis paraneoplásica con histopatología compatible con dermatosis neutrofílica tipo Sweet

Paraneoplastic dermatomyositis with histopathology compatible with Sweet-type neutrophilic dermatosis

María Emilia Sívori¹, Isabel Hidalgo Parra², Mariana Demarchi², Rosa Beatriz Conforti³ y Graciela Cecilia Lozano⁴

RESUMEN

La dermatomiositis (DM) es una miopatía inflamatoria de origen desconocido que presenta una histología cutánea generalmente inespecífica. Sin embargo, se han registrado algunos casos de DM con histopatología en la que se observa un infiltrado neutrofílico difuso en la dermis. Presentamos el caso de una paciente con DM paraneoplásica cuya biopsia

cutánea reveló características compatibles con una dermatosis neutrofílica tipo Sweet.

Palabras clave: dermatomiositis, dermatomiositis paraneoplásica, dermatosis neutrofílica.

Dermatol. Argent. 2026; 32(1): 74-76

ABSTRACT

Dermatomyositis (DM) is an inflammatory myopathy of unknown origin that generally presents a nonspecific skin histology. However, some cases of DM have been recorded with histopathology in which a diffuse neutrophilic infiltrate is observed in the dermis. We present the case of

a patient with paraneoplastic DM whose skin biopsy revealed features compatible with Sweet-type neutrophilic dermatosis.

Key words: dermatomyositis, paraneoplastic dermatomyositis, neutrophilic dermatosis.

Dermatol. Argent. 2026; 32(1): 74-76

- ¹ Médica Concurrente de Dermatología, Hospital Petrona Villegas de Cordero, Provincia de Buenos Aires, Argentina
² Médica Dermatóloga de Planta, Hospital Petrona Villegas de Cordero, Provincia de Buenos Aires, Argentina
³ Médica Dermatóloga, Jefa del Servicio de Dermatología, Hospital Petrona Villegas de Cordero, Provincia de Buenos Aires, Argentina
⁴ Médica Patóloga, Directora de San Isidro Patología, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: María Emilia Sívori

E-mail: dra.emiliasivori@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 28/4/2025

Fecha de trabajo aceptado: 23/10/2025

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 68 años, con antecedentes de hipertensión arterial y en plan quirúrgico de un tumor de recto, consultó con nuestro servicio por presentar un *rash* generalizado y debilidad muscular de 4 meses de evolución.

Al examen físico se evidenciaba exantema maculoso eritematovioláceo intenso en el cuero cabelludo, la cara, el cuello, el tórax anterior y los brazos, y más leve en el dorso de las manos, la región superior del dorso, la cara lateral de la cadera, la raíz de los muslos y las rodillas (Foto 1). Presentaba, además, placas eritematosas redondeadas

bien delimitadas, indoloras, en el dorso de las manos a nivel de las articulaciones metacarpofalángicas y carpo-metacarpianas (Foto 2). A nivel periungueal de ambas manos se evidenciaba eritema, hipertrofia y telangiectasias cuticulares; se asociaban a una severa debilidad muscular simétrica de la cintura escapular, intenso prurito y dificultad para la deglución de sólidos. Con diagnóstico presuntivo de dermatomiositis paraneoplásica se indicó internación en clínica médica para estudio.

La biopsia cutánea mostró dermis con gruesa banda de edema en la zona superficial, los vasos capilares

del plexo superficial con dilatación telangiectásica, infiltrado linfocitario moderado, perivascular y no sistematizado. En la dermis edematosa se encontró un infiltrado polimorfonuclear y focos de leucocitoclasia compatibles con dermatosis neutrofílica (Fotos 3 y 4).

Se solicitó laboratorio completo con perfil inmunológico que reveló FAN positivo 1/160 patrón moteado, LDH 275 UI, CPK 812 UI, eritrosedimentación de 40 mm; el resto de los parámetros resultaron normales.

Durante su internación se inició tratamiento endovenoso con corticoides a dosis de 1 mg/kg/día y difhenidramina. Se realizó la resección tumoral por el Servicio de Cirugía y se confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma de recto. La paciente presentó mejoría clínica luego de la cirugía, por lo que se inició el descenso de corticoides, alta hospitalaria y seguimiento por el Servicio de Cirugía, Gastroenterología y Dermatología hasta la fecha.



FOTO 1: Eritema en la cara, los hombros y el tórax superior, este último con disposición en V del escote.



FOTO 2: Pápulas de Gottron en el dorso de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales.

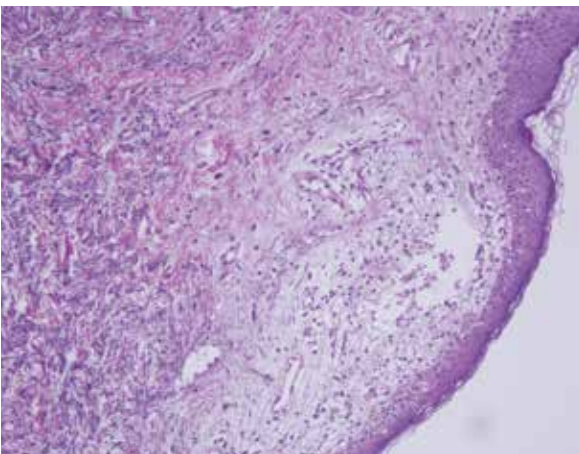


FOTO 3: Fragmentos de piel con epidermis delgada con focos de espongirosis. Dermis con gruesa banda de edema de la zona superficial (HyE, 10x).

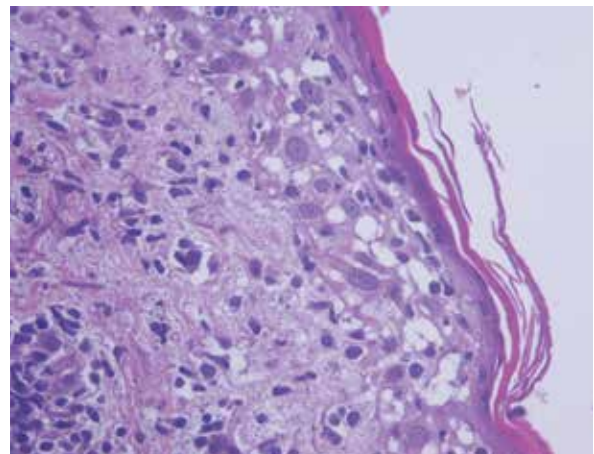


FOTO 4: Vasos capilares del plexo superficial dilatados. Infiltrado linfocitario polimorfonuclear y focos de leucocitoclasia (HyE, 40X).

COMENTARIOS

La dermatomiositis (DM) es una miopatía inflamatoria de causa desconocida que puede asociarse a malignidades en un 15% a un 25% de los casos^{1,2}. Se estima que aproximadamente el 9,4% de estas asociaciones corresponde a cáncer colorrectal. La mayoría de estos casos (63%) se ha observado en mujeres y el adenocarcinoma es el tipo más común (96,3%)³.

El diagnóstico requiere la concurrencia de criterios clínicos, de laboratorio y/o alteraciones específicas en el electromiograma y en la histopatología muscular, definidos por Bohan et al.⁴.

Los hallazgos histológicos más frecuentes de las lesiones cutáneas de la DM suelen ser degeneración de la zona de la membrana basal con vacuolización de los queratinocitos basales, infiltrados linfocitarios subepidérmicos, atrofia epidérmica y depósitos intersticiales de mucina en la dermis. Sin embargo, se han comunicado anecdóticamente algunos casos de infiltrados neutrofilicos símil Sweet.

El primer caso clínico fue documentado por Akira Ito en 1995. Se trataba de una mujer de 40 años con un *rash* pruriginoso en la cara, la región superior del tronco, los brazos y la cara dorsal de las manos, asociado a dolor y debilidad muscular proximal. Además, se acompañaba de valores elevados de GOT, LDH, CPK y aldolasa, y electromiograma compatible con miositis. La biopsia cutánea mostró un infiltrado neutrofilico difuso en dermis con escasos linfocitos y edema de dermis⁵.

En 2008, Owen et al. describieron otros dos casos similares de DM con infiltrados neutrofilicos asociados a otra enfermedad autoinmune subyacente. El primero se trataba de una paciente de 55 años con antecedentes de enfermedad de Graves y cirrosis biliar primaria que presentó *rash* en heliotropo, eritema malar, *rash* eritematoso en cuello y brazos y, a nivel cuticular, hiperqueratosis y telangiectasias; no se asociaba a debilidad

muscular. Los niveles de FAL, GPT, aldolasa y eritrosedimentación se encontraban aumentados. La anatomía patológica de piel evidenció infiltrado perivascular neutrofilico difuso en dermis y edema de dermis. El segundo caso era una mujer de 69 años, hospitalizada por una granulomatosis de Wegener, que presentó un *rash* fotosensible y pruriginoso en el cuero cabelludo, pápulas y placas eritematosas con bordes serpinginosos en la espalda y los muslos, y pápulas eritematosas sobre las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas distales bilaterales. No se asociaba a debilidad muscular. La aldolasa se presentaba levemente elevada. La biopsia cutánea reveló un infiltrado neutrofilico denso perivascular. Para estos autores la dermatosis neutrofilica en pacientes con características clínicas de DM podría sugerir una expansión en el espectro clínico de las dermatosis neutrofilicas parainflamatorias⁶.

Los dos artículos mencionados describen tres casos clínicos con características similares a las de nuestra paciente en la cual la presentación clínica de la DM con histología de dermatosis neutrofilicas fue una constante.

Cabe destacar que, en 2017, Laga et al. describieron un patrón histológico infrecuente de DM que se presenta con un infiltrado neutrofilico hiper celular tipo Sweet, como el de nuestra paciente, sin dermatitis de interfase u otras manifestaciones comunes de las conectivopatías. Este hallazgo es menos frecuente que en el lupus eritematoso sistémico, donde también se describen casos de dermatosis neutrofilica⁷.

El interés del caso presentado radica en la peculiar presentación de una paciente diagnosticada con DM paraneoplásica, cuya histopatología reveló características de dermatosis neutrofilica tipo Sweet. Hasta el momento solo se han registrado tres casos similares, lo que resalta la importancia de documentar esta asociación poco común para ampliar la estadística y profundizar en el conocimiento de esta relación poco explorada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Requena C, Alfaro A, Traves V, Nagore E, et al. Dermatomiositis paraneoplásica: estudio de 12 casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:675-682.
2. Ciudad-Blanco C, Avilés-Izquierdo JA, Campos-Domínguez M, Suárez-Fernández R, et al. Dermatomiositis: estudio y seguimiento de 20 pacientes. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102:448-455.
3. Jaramillo-Santos MA, Sánchez-Gil A, Valencia-Urbe A, Arango-Molano L. Dermatomiositis y cáncer colorrectal: reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2021;36:91-97.
4. Bohan A, Peter J, Bowman R, Pearson C. Computer-assisted analysis of 153 patients with polymyositis and dermatomyositis. *Medicine.* 1977;56:255-286.
5. Ito A, Funasaka Y, Shimoura A, Horikawa T, et al. Dermatomyositis associated with diffuse dermal neutrophilia. *Int J Dermatol.* 1995;34:797-798.
6. Owen CE, Malone JC, Callen JP. Sweet-like Dermatitis in 2 patients with clinical features of dermatomyositis and underlying autoimmune disease. *Arch Dermatol.* 2008;144:1486-1490.
7. Laga A, Larson A, Granter S. Histopathologic spectrum of connective tissue diseases commonly affecting the skin. *Surg Pathol Clin.* 2017;10:477-503.