

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i5.11440>

Dermatomiositis amiopática en una paciente embarazada

Amyopathic dermatomyositis in a pregnant patient.

Rosa Aracely Navarro Canales,¹ Cristian Josué Flores Hernández,² Alexandra María Maza de Franco³

Resumen

ANTECEDENTES: La dermatomiositis es una enfermedad multisistémica de carácter autoinmunitario que afecta con mayor frecuencia a las mujeres, con una incidencia de 5 a 10 por cada millón de habitantes. Cuando se observan los hallazgos clásicos sin afectación muscular se denomina dermatomiositis amiopática, con una prevalencia del 20%. Si una paciente con antecedente de dermatomiositis tiene un embarazo, éste conlleva mayores riesgos: preeclampsia, parto pretérmino y restricción del crecimiento intrauterino, entre otros.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 33 años, con un embarazo de 14 semanas; consultó con el antecedente de cuatro años de lesiones cutáneas pruriginosas que predominaban en áreas fotoexpuestas. Al examen físico se observaron signos clásicos de dermatomiositis: halo en heliotropo, signo de chal, de las pistoleras y pápulas de Gottron. La paciente negó mialgias y artralgias. Con los hallazgos clínicos, confirmados por biopsia de piel, se estableció el diagnóstico de dermatomiositis amiopática en el embarazo.

CONCLUSIONES: La dermatomiositis amiopática constituye un subtipo raro entre las dermatomiositis. Para establecer el diagnóstico es suficiente con los hallazgos clínicos, serológicos y la biopsia cutánea. La ausencia de biopsia muscular no debe limitar la sospecha diagnóstica. Debido a los riesgos maternos y fetales, se considera importante un seguimiento y control adecuado de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Dermatomiositis; embarazo; hidroxiclороquina; enfermedades del tejido conjuntivo.

Abstract

BACKGROUND: Dermatomyositis is a multisystem autoimmune disease that most frequently affects women, with an incidence of 5 to 10 per million inhabitants. When the classic findings are observed without muscle involvement, it is called amyopathic dermatomyositis with a prevalence of 20%. If a patient with a history of dermatomyositis has a pregnancy, it carries greater risks such as preeclampsia, preterm delivery, intrauterine growth restriction, among others.

CLINICAL CASE: A 33-year-old female patient, 14 weeks pregnant, presented with a 4-year history of pruritic skin lesions predominantly located in photo-exposed areas. On physical examination, classic signs of dermatomyositis were observed: heliotrope rash, shawl and holster sign and Gottron's papules. The patient denied myalgias and arthralgias. She was diagnosed with amyopathic dermatomyositis during pregnancy based on the clinical findings, which were confirmed by skin biopsy.

CONCLUSIONS: Amyopathic dermatomyositis is a rare subtype of dermatomyositis. To establish the diagnosis, clinical and serological findings and skin biopsy are enough. The absence of a muscle biopsy should not necessarily limit diagnostic suspicion. Due to both maternal and fetal risks, adequate monitoring and control of the disease is considered important.

KEYWORDS: Dermatomyositis; Pregnancy; Hydroxychloroquine; Connective tissue diseases.

¹ Médico residente de tercer año de Dermatología.

² Médico residente de cuarto año de Dermatología.

³ Médico adscrito al servicio de Dermatopatología.

Centro Dermatológico Hospital Nacional Dr. Juan José Fernández Zacamil, San Salvador, El Salvador.

ORCID

<https://orcid.org/0000-0002-2442-7776>

Recibido: enero 2025

Aceptado: julio 2025

Correspondencia

Rosa Aracely Navarro Canales
navarroaracely96@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Navarro-Canales RA, Flores-Hernández CJ, Maza-De Franco AM. Dermatomiositis amiopática en una paciente embarazada. Dermatol Rev Mex 2026; 70 (5): 708-716.

ANTECEDENTES

Las miopatías inflamatorias idiopáticas incluyen un espectro amplio de enfermedades con manifestaciones clínicas heterogéneas que coinciden en la afección del músculo esquelético con la resultante pérdida progresiva en la fuerza motora.¹ Su caracterización genética, clasificación y tratamiento han atravesado varias modificaciones a lo largo del tiempo. A la fecha, los criterios de clasificación aceptados internacionalmente son los establecidos por la Liga Europea contra el Reumatismo y el Colegio Americano de Reumatología en 2017.¹⁻⁵ Es notorio y frecuente que el daño no se limite sólo al tejido muscular, sino que afecte la piel, los pulmones y el sistema digestivo y cardíaco.

Los diferentes elementos clínicos, serológicos e histológicos que caracterizan a esta enfermedad han permitido clasificarla en diferentes grupos específicos.^{1,2} El diagnóstico de cualquiera de estos subgrupos puede suponer un reto, y el clínico deberá incluir la mayor parte de los criterios de manera conjunta para este fin.

La forma amiopática de las dermatomiositis constituye una variante poco frecuente en la que la afección muscular no puede demostrarse debido a la ausencia de síntomas debilitantes o por medio de exámenes de laboratorio e histológicos que señalen la afección muscular (miositis).^{3,4,5} Anteriormente no tenía cabida en los criterios diagnósticos de las miopatías inflamatorias idiopáticas.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 33 años, quien consultó con el antecedente de aproximadamente 4 años de lesiones cutáneas en áreas fotoexpuestas que se acompañaban de sensación pruriginosa.

Al examen físico se observaron lesiones hiper-crómicas marrón-violáceas simétricas en los

párpados y la región malar (halo en heliotropo; **Figura 1**), eritema violáceo, costras hemáticas en la cara posterior del cuello, la nuca y los hombros (signo de chal; **Figura 2**), eritema leve difuso en V del escote, la cara posterior de los brazos y antebrazos, pápulas eritematosas infiltradas en las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales que se acompañaban de edema leve (pápulas de Gottron; **Figura 3**), eritema violáceo de límites difusos con escama fina blanquecina y costras hemáticas en la cara lateral de los muslos (signo de las pistolas).

Figura 4

La capilaroscopia mostró cutículas engrosadas, capilares dilatados, elongados en asa con desorden de la arquitectura y pocas áreas avasculares.

Figura 5

Entre los antecedentes personales, la paciente tenía un embarazo de 14 semanas 6 días de

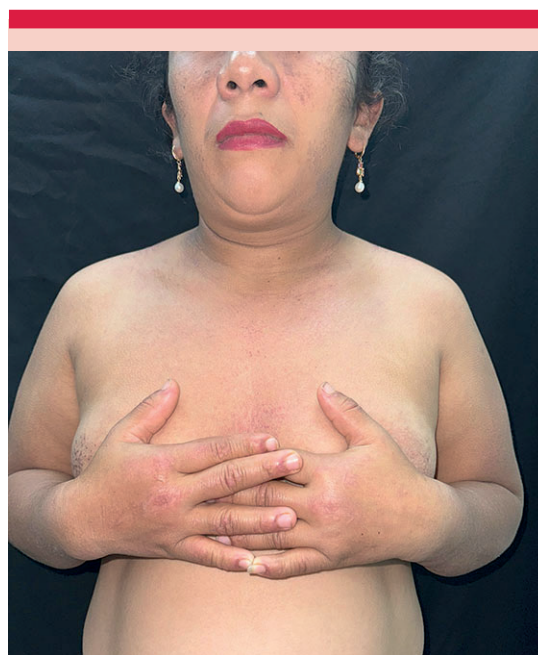


Figura 1. Vista panorámica de la dermatomiositis, con afectación en la cara y el tronco.



Figura 2. Signo de chal. Se observa eritema violáceo simétrico y costras hemáticas, que afectan los hombros y el cuello.



Figura 3. Pápulas de Gottron. Pápulas eritematosas en las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales con leve edema.

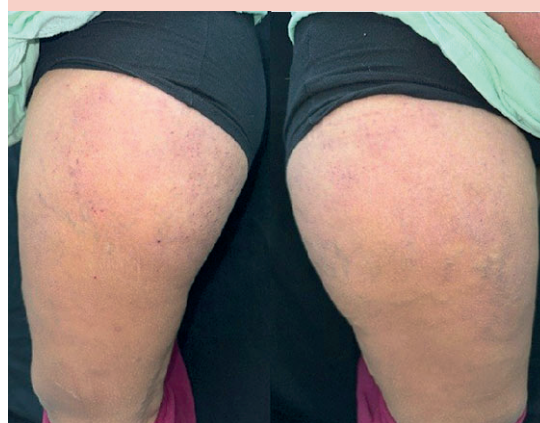


Figura 4. Signo de las pistolas. Eritema violáceo, costras hemáticas en la cara lateral de los muslos.

gestación, tres embarazos y dos partos (dos hijos vivos), sin antecedentes médicos que explicaran su padecimiento actual. Negó dificultad a la deambulación, mialgias, artralgias y odinofagia.

Se tomaron dos biopsias de piel, cuyo estudio arrojó los resultados que se muestran en el **Cuadro 1** y la **Figura 6**. Ante los hallazgos clínicos

e histopatológicos, se estableció el diagnóstico de dermatomiositis amiopática; se refirió al reumatólogo, quien inició tratamiento con hidroxicloroquina a dosis de 400 mg vía oral cada día e indicó exámenes de laboratorio y control



Figura 5. Capilaroscopia: cutícula hiperqueratósica, eritema periungueal, focos de microhemorragias, desorden de la arquitectura capilar.

en un mes. La paciente no asistió a las citas de control y se perdió su seguimiento.

DISCUSIÓN

Bohan y Peter⁶ propusieron y publicaron por primera vez en 1975 un listado de criterios diagnósticos y de clasificación de las miopatías inflamatorias idiopáticas. Estos criterios se utilizaron durante mucho tiempo como guía para caracterizar a este grupo de trastornos. Sin embargo, estos parámetros dejaban fuera algunas formas de miopatías inflamatorias que no cumplían con los criterios clínicos, serológicos e histológicos pero que, posteriormente, a través de estudios con anticuerpos específicos, se incluyeron en el espectro de las miopatías inflamatorias idiopáticas.^{1,2,3}

En 2017 la Liga Europea contra el Reumatismo y el Colegio Americano de Reumatología propu-

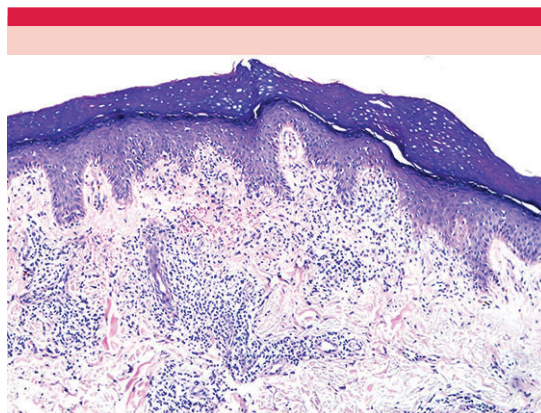


Figura 6. Biopsia de la segunda falange proximal izquierda. Epidermis que muestra capa córnea laminar hiperqueratósica con vacuolización basal. En la dermis se observa infiltrado inflamatorio perivascular linfocitario.

sieron un grupo de criterios para las miopatías inflamatorias idiopáticas juveniles y del adulto que pretendía incluir a todos los subgrupos de relevancia hasta ese momento.^{1,2,7} Además, el resultado de la biopsia de músculo dejó de ser un elemento indispensable y se establecieron puntuaciones diferentes para cada variable con o sin ella.¹ La dermatomiositis forma parte de este espectro y sus características clínicas incluyen elementos cutáneos distintivos (por ejemplo: signo de Gottron, pápulas de Gottron, eritema en heliotropo, entre otros) que se agrupan en criterios mayores y menores, acompañados de una biopsia de piel con hallazgos sugerentes.⁸

Cuadro 1. Resultado del estudio histopatológico

Sitio de biopsia	Segunda falange proximal izquierda	Hombro izquierdo
Epidermis	Capa córnea laminar hiperqueratósica y compacta. Epidermis con focos de vacuolización basal	Epidermis delgada y aplanada, con capa córnea laminar hiperqueratósica. Focos de vacuolización basal y atrofia
Dermis reticular superficial	Denso infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular	Moderado infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular e intersticial, con caída de pigmento melánico y melanófagos
Compatible con	Pápulas de Gottron	Colagenopatía

Establecer la incidencia y prevalencia de la enfermedad (dermatomiositis aislada) es difícil debido a que, a pesar de tener criterios actualizados, éstos no siempre pueden unificarse y, en algunas ocasiones, las afecciones que forman parte de las miositis inflamatorias idiopáticas suelen traslaparse. Sin embargo, se estima que la incidencia y prevalencia de la dermatomiositis asciende a 5-10 por cada millón y 10-20 por cada 100,000 habitantes, respectivamente.⁸ Afecta con más frecuencia (2-3 veces más) a las mujeres que a los hombres y tiene dos picos etarios de distribución: entre 5 y 14 años y a los 45-64 años.^{8,9}

Los hallazgos cutáneos de la dermatomiositis pueden ser suficientes para hacer sospechar la enfermedad; sin embargo, muchas veces pueden confundirse con elementos asociados con otras dermatosis inflamatorias o reactivas. Las placas eritematosas suelen variar en intensidad y no siempre son perceptibles en fototipos de piel oscura. El eritema en heliotropo puede manifestarse de forma aislada en los párpados y las áreas periorbitarias o afectar de manera simultánea la frente, las mejillas, las orejas y el mentón. En ocasiones se acompaña de edema palpebral, por lo que, como dato aislado, puede confundirse con una dermatitis por contacto alérgica.

En el tronco es frecuente el daño del segmento superior de la espalda y el segmento proximal de los miembros superiores (signo de chal). En el cuello y el tórax anterior el eritema recibe el nombre de signo en V del escote. En los muslos, al eritema en sus caras laterales se le denomina signo de las chaparreras o pistoleras, que alude al sitio donde usualmente se utilizan estos artículos. El signo de Gottron se manifiesta con eritema simétrico de intensidad variable sobre áreas articulares (codos, rodillas y maléolos). Las pápulas de Gottron (2-4 mm) afectan el dorso de las manos (interfalángicas) con aspecto eritematovioláceo o, en ocasiones, son hipopig-

mentadas; pueden ser hipertróficas o ulcerarse de forma espontánea.

Las manos de mecánico hacen referencia a un engrosamiento (hiperqueratosis) bilateral de las caras laterales o mediales del primer a tercer dedo de las manos. La vasculopatía es evidente en el segmento (pliegue) proximal de las uñas, especialmente de las manos. Es común encontrar edema, eritema, capilares dilatados (tortuosos, con hemorragias y áreas avasculares alternantes) que pueden evidenciarse a simple vista. Las lesiones ulceradas pueden aparecer en las superficies extensoras de los miembros o en cualquier parte del cuerpo (incluidas las mucosas). Éstas deben recibir especial atención debido a que indican actividad de la enfermedad o una asociación probable con malignidad.^{8,9}

La enfermedad suele causar daño sistémico y las manifestaciones extracutáneas pueden abarcar distintos órganos. La enfermedad intersticial pulmonar afecta entre el 15 y 50% de la población con dermatomiositis y es la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad. Un alto porcentaje de pacientes (80%) padecen síntomas musculares (miositis) a lo largo del primer año de la enfermedad que se manifiestan como debilidad muscular simétrica proximal, usualmente en la cintura escapular y pélvica.^{8,10}

El daño articular, gastrointestinal y cardíaco es poco frecuente y, en ocasiones, puede cursar de manera subclínica. En 10 al 20% de los pacientes se asocia con malignidad durante el primero a segundo año del curso de la enfermedad. No parece haber predominio de ninguna neoplasia y ésta puede manifestarse como tumores sólidos o hematopoyéticos.⁸

Los estudios moleculares e histológicos han demostrado que la dermatomiositis es una enfermedad mediada, en gran parte, por el sistema inmunológico innato y adaptativo. Las concentraciones elevadas de proteínas y genes

inducidos por el factor de necrosis tumoral se han evidenciado en el suero, el músculo y la piel de los pacientes afectados con la enfermedad. Estas elevaciones presumiblemente tienen relación con cantidades anormales de ácidos nucleicos procedentes de estructuras virales o del huésped mismo.^{2,8} En última instancia, las concentraciones anómalas de factor de necrosis tumoral parecen favorecer la aparición de los autoantígenos propios de la dermatomiositis que, a su vez, estimulan la maduración de células dendríticas que se vuelven presentadoras de antígenos y a la larga terminan activando a las células del sistema inmunitario adaptativo.⁸

En las biopsias de piel y músculo puede demostrarse la infiltración por parte de linfocitos T CD3+, linfocitos B, células dendríticas plasmocitoides y macrófagos. Algunos elementos genéticos se han vinculado con mayor predisposición a padecer la enfermedad. Entre éstos, los antígenos leucocitarios humanos (HLA) han tenido un papel representativo. El HLA-B8 fue uno de los primeros en ser investigados y al que se le asoció con un riesgo aumentado de padecer la enfermedad en quienes lo expresan.^{2,8}

La variante amiopática de esta enfermedad la describió Pearson¹¹ en 1979, quien hacía referencia a una forma de dermatomiositis que compartía manifestaciones clínicas en la piel similares a las que se encontraban en la dermatomiositis clásica, pero con la particularidad de que carecía de evidencia objetiva (clínica o histológica) de afección muscular (*dermatomiositis siné miositis*).^{3,12} Posteriormente, se intentó incluir también con el término de dermatomiositis clínicamente amiopática a los pacientes con dermatomiositis hipomiopática sin manifestaciones clínicas de afectación muscular, pero que algún estudio (resonancia magnética, electromiografía o biopsia de músculo) evidenciara lo contrario.^{12,13}

A pesar de no contar con estudios que incluyan grandes poblaciones, se estima que la incidencia es de, aproximadamente, el 20% de los pacientes con dermatomiositis.¹⁴

El consenso más reciente de la clasificación de las miositis incluyó a la dermatomiositis clínicamente amiopática como parte del espectro heterogéneo de este grupo de enfermedades y se ha intentado establecer criterios particulares que impidan la exclusión de estos pacientes que no cumplen a cabalidad con los criterios clásicos.^{1,2} Este esfuerzo resulta sumamente importante al momento de valorar el pronóstico de un paciente con dermatomiositis clínicamente amiopática y que ha recibido un diagnóstico oportuno, lo que contribuye a evitar las probables complicaciones sistémicas que estos pacientes pueden enfrentar si no se tratan oportunamente.¹⁵ Algunos estudios de esos pacientes encontraron mayor prevalencia de enfermedad pulmonar intersticial y de neoplasias malignas internas.^{8,12,14,15,16}

Las mujeres embarazadas y que padecen enfermedades reumatológicas tienen mayor riesgo de ciertas complicaciones obstétricas como preeclampsia, parto pretérmino, retraso del crecimiento intrauterino y nacimiento por cesárea.^{17,18} Debido a que las miositis inflamatorias idiopáticas son trastornos poco frecuentes y por lo general mal diagnosticados, no se dispone de suficiente información que apoye la hipótesis de que estas pacientes puedan tener complicaciones diferentes a la población en general durante sus embarazos. Sin embargo, en 2018 Kolstad y su grupo llevaron a cabo un estudio retrospectivo en el que incluyeron más de 800 partos hospitalarios registrados en la base de datos *The Nationwide Inpatient Sample (NIS)* entre 1993 y 2007, cuyas madres tenían diagnóstico previo de dermatomiositis-polimiositis. Concluyeron que las pacientes con este tipo de miopatías tenían hospitalizaciones más prolongadas y mayor riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo en comparación con los controles.¹⁸

La coexistencia de dermatomiositis amiopática y embarazo parece ser un evento poco usual y, en general, con una evolución compleja para la madre y el feto cuando la enfermedad no ha tenido un diagnóstico y tratamiento adecuado.^{19,20,21} Sin embargo, debido a la poca cantidad de casos reportados a lo largo de todo el período de gestación y parto, resulta difícil caracterizar a estas pacientes.

Los criterios diagnósticos para las miopatías inflamatorias idiopáticas han atravesado diversas revisiones. Inicialmente no se aceptaba que las dermatomiositis clínicamente amiopáticas pertenecieran a este rubro; sin embargo, hoy en día forman parte del espectro de las miositis. En el consenso de 2017 la Liga Europea contra el Reumatismo y el Colegio Americano de Reumatología propusieron un listado de variables que deben estar presentes para poder establecer el diagnóstico de dermatomiositis y de su variante amiopática, ya sea en jóvenes o adultos.^{1,2,3} Uno de los elementos más importantes a resaltar es que la biopsia de músculo deja de ser un factor limitante para sospechar la dermatomiositis.^{1,2} Este listado actualizado incluye elementos como la edad, manifestaciones musculares (debilidad), dismotilidad esofágica-disfagia, las manifestaciones cutáneas descritas, datos de laboratorio (anticuerpos anti-histidil-transfer ARN sintetasa, concentraciones séricas aumentadas de creatinina cinasa, lactado deshidrogenasa, aspartato aminotransferasa, alanin-aminotransferasa), biopsia de músculo con hallazgos característicos: infiltración del endomisio por células mononucleares que rodean, pero no invaden las miofibrillas, infiltrado linfocitario en el perimisio o perivascular, atrofia perifascicular y vacuolas con borde (en las fibrillas).¹

Cuando las manifestaciones cutáneas son el hallazgo dominante (dermatomiositis clínicamente amiopática) es mandatorio tomar una biopsia de piel. A pesar de que los hallazgos no son específicos, sí pueden otorgar peso a la sospecha

clínica. Éstos consisten en: dermatitis de interfaz vacuolar con pocas células inflamatorias, mucina dérmica aumentada, infiltrado linfocitario perivascular y ectasia vascular.⁸ El descubrimiento reciente de anticuerpos específicos para dermatomiositis-polimiositis ha permitido tener una aproximación más certera a la enfermedad. Hasta un 70% de los pacientes parece mostrar algún tipo de anticuerpo específico, similar a las enfermedades reumatoideas.

A continuación, se detallan los que revisten mayor importancia: anticuerpos anti-aminoacil-ARNt-sintetasa (aaRS), anticuerpo anti-Mi-2, anticuerpo contra el antígeno 5 de diferenciación del melanoma, factor 1 de transcripción intermedia (TIF1), proteína de matriz anti-nuclear NXP-2.^{3,5} Resulta desafiante establecer un diagnóstico oportuno en el paciente con sospecha de dermatomiositis, debido al espectro tan heterogéneo de manifestaciones clínicas que pueden sobrevenir. Sin embargo, al mismo tiempo es imprescindible para favorecer un mejor pronóstico y evitar las complicaciones a mediano y largo plazo.

Debido a la complejidad de esta enfermedad, es fundamental que la atención de estos pacientes sea multidisciplinaria y, una vez establecido el diagnóstico, el tratamiento individualizado se valore en conjunto con base en el grado de afectación que se evidencie (piel, músculo, pulmones, gastrointestinal, malignidades sobreagregadas).

Debido a la probabilidad de que estos pacientes padezcan una neoplasia maligna (10-20%), siempre será importante descartarla.^{1,2,7,8} Para tal finalidad, el examen físico completo, los antecedentes personales y familiares, los exámenes de laboratorio rutinarios orientados y los complementarios (tomografías, resonancias, biopsias, etc.) jugarán un papel importante debido a que, de encontrarse alguna malignidad, el paciente deberá recibir el tratamiento adecuado

y, en muchos casos, esto mejorará el curso de la dermatomiositis, incluso llevando a su remisión.⁸

Respecto de las manifestaciones cutáneas, el tratamiento tópico incluye: 1) uso mesurado de agentes fotoprotectores, aun cuando la mayoría de estos pacientes no parecen sufrir exacerbaciones de sus manifestaciones cutáneas con la exposición a la radiación ultravioleta. 2) Los corticosteroides tópicos, cuyo principal efecto es la disminución en la intensidad de las manifestaciones cutáneas.²² 3) Se han administrado inhibidores de la calcineurina tópicos (tacrolimus) y sus resultados no parecen ser mejores que los de los esteroides de baja-mediana potencia. Sin embargo, en casos aislados se ha reportado la eficacia de su administración.²³

Los esteroides sistémicos deben administrarse, de preferencia, cuando la enfermedad muestra daño muscular; en tales casos se consideran tratamiento de primera línea a dosis de 0.5 mg/kg/día, pero nunca como monoterapia debido a la respuesta parcial que ofrecen en esta modalidad.⁸

En cuanto a las manifestaciones cutáneas, se ha preferido la administración de antimaláricos combinados (quinacrina más hidroxiclороquina o cloroquina), con lo que se observa una eficacia variable a dosis habituales.²⁴ El metotrexato es otra opción terapéutica que se administra en combinación con esteroides sistémicos a dosis de 20-25 mg a la semana. De forma simultánea alivia el daño cutáneo y muscular, pero deberá evitarse en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial; en estos pacientes, el micofenolato de mofetilo a dosis de 2 a 3 g/día parece ser una buena opción terapéutica.⁸ La administración de inmunoglobulina endovenosa es, por mucho, una de las opciones terapéuticas más eficaces como monoterapia. Se administra a dosis de 2 g/kg/mes, dividida en 3 a 5 días. Tiene el beneficio de causar alivio significativo en pocas semanas y esto podría ser benéfico en pacientes con una

rápida progresión de la enfermedad y afectación cutánea.

REFERENCIAS

1. Lundberg IE, de Visser M, Werth VP. Classification of myositis. *Nat Rev Rheumatol* 2018; 14 (5): 269-278. <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2018.41>
2. Mammen AL, Allenbach Y, Stenzel W, Benveniste O; ENMC 239th Workshop Study Group. 239th ENMC International Workshop: Classification of dermatomyositis, Amsterdam, the Netherlands, 14-16 December 2018. *Neuromuscul Disord* 2020; 30 (1): 70-92. <https://doi.org/10.1016/j.nmd.2019.10.005>
3. Fornaro M, Girolamo F, Giannini M, et al. Clinical, histologic and prognostic features of clinically amyopathic dermatomyositis. *Clin Exp Rheumatol* 2024; 42: 288-294. <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/kgpnbg>
4. Ma C, Liu M, Cheng Y, et al. Therapeutic efficacy and safety of JAK inhibitors in treating polymyositis/dermatomyositis: a single-arm systemic meta-analysis. *Front Immunol* 2024; 15: 1382728. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2024.1382728>
5. Fujimoto M, Watanabe R, Ishitsuka Y, Okiyama N. Recent advances in dermatomyositis-specific autoantibodies. *Curr Opin Rheumatol* 2016; 28 (6): 636-44. <https://doi.org/10.1097/BOR.0000000000000329>
6. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis (first of two parts). *N Engl J Med* 1975; 292 (7): 344-7. <https://doi.org/10.1056/NEJM197502132920706>
7. Patel B, Khan N, Werth VP. Applicability of EULAR/ACR classification criteria for dermatomyositis to amyopathic disease. *J Am Acad Dermatol* 2018; 79 (1): 77-83.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.12.055>
8. Lewis M, Fiorentino D. *Dermatomyositis*. At Fitzpatrick's Dermatology. 9th ed. United States: McGraw Hill; 2019: 1061-78.
9. Meyer A, Meyer N, Schaeffer M, et al. Incidence and prevalence of inflammatory myopathies: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)* 2015; 54 (1): 50-63. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keu289>
10. Smith BW, McCarthy JC, Dawley CA. Suspect myopathy? Take this approach to the work-up. *J Fam Pract* 2014; 63 (11): 631-8.
11. Pearson C. Polymyositis and dermatomyositis. In: McCarty DJ. *Arthritis and allied conditions: A textbook of rheumatology*. 9th ed. Lea & Febiger; Philadelphia: 1979: 742.
12. Bailey EE, Fiorentino DF. Amyopathic dermatomyositis: definitions, diagnosis, and management. *Curr Rheumatol Rep* 2014; 16: 465. <https://doi.org/10.1007/s11926-014-0465-0>
13. Sontheimer RD. Dermatomyositis: an overview of recent progress with emphasis on dermatologic aspects. *Dermatol Clin* 2002; 20: 387-408. [https://doi.org/10.1016/s0733-8635\(02\)00021-9](https://doi.org/10.1016/s0733-8635(02)00021-9)

14. Bendewald MJ, Wetter DA, Li X, Davis MD. Incidence of dermatomyositis and clinically amyopathic dermatomyositis: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. *Arch Dermatol* 2010; 146 (1): 26-30. <https://doi.org/10.1001/archdermatol.2009.328>
15. Ghazi E, Sontheimer RD, Werth VP. The importance of including amyopathic dermatomyositis in the idiopathic inflammatory myositis spectrum. *Clin Exp Rheumatol* 2013; 31: 128-34.
16. Gerami P, Schope JM, McDonald L, Walling HW, Sontheimer RD. A systematic review of adult-onset clinically amyopathic dermatomyositis (dermatomyositis siné myositis): a missing link within the spectrum of the idiopathic inflammatory myopathies. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54 (4): 597-613. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2005.10.01>
17. Mino R, Shimada H, Wakiya R, Nakashima S, et al. Pregnancy course and outcomes of patients with polymyositis and dermatomyositis (PM/DM) managed in a single center. *Medicine (Baltimore)* 2023; 102 (14): e33462. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003346>
18. Kolstad KD, Fiorentino D, Li S, Chakravarty EF, et al. Pregnancy outcomes in adult patients with dermatomyositis and polymyositis. *Semin Arthritis Rheum* 2018; 47 (6): 865-869. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2017.11.005>
19. Chopra S, Suri V, Bagga R, Thami MR, et al. Autoimmune inflammatory myopathy in pregnancy. *Medscape J Med* 2008; 10 (1): 17.
20. Morihara K, Katoh N, Hirano S, Kishimoto S. Amyopathic dermatomyositis presenting during pregnancy. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51 (5): 838-40. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2004.05.024>
21. Awatef K, Salim G, Zahra M.F. A rare case of dermatomyositis revealed during pregnancy with good outcome. *Pan African Med J* 2016; 23. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.23.117.9198>
22. Cassard L, Seraly N, Riegert M, Patel A, et al. Dermatomyositis: Practical guidance and unmet needs. *Immunotargets Ther* 2024; 13: 151-172. <https://doi.org/10.2147/ITT.S38142>
23. Kim JE, Jeong MG, Lee HE, et al. Successful treatment of cutaneous lesions of dermatomyositis with topical pimecrolimus. *Ann Dermatol* 2011; 23: 348-351. <https://doi.org/10.5021/ad.2011.23.3.348>
24. Mittal L, Zhang L, Feng R, Werth VP. Antimalarial drug toxicities in patients with cutaneous lupus and dermatomyositis: A retrospective cohort study. *J Am Acad Dermatol* 2018; 78 (1): 100-106.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.09.061>

AVISO IMPORTANTE

Ahora puede descargar la aplicación de **Dermatología Revista Mexicana**.

Para consultar el texto completo de los artículos deberá registrarse una sola vez con su correo electrónico, crear una contraseña, indicar su nombre completo y especialidad. Esta información es indispensable para saber qué consulta y cuáles son sus intereses y poder en el futuro inmediato satisfacer sus necesidades de información.

La aplicación está disponible para Android o iPhone.

