

# RELATO DE CASO DE PACIENTE COM DERMATOMIOSITE IDIOPÁTICA

*Case Report of a Patient with Idiopathic Dermatomyositis*

*Caso Clínico de un Paciente con Dermatomiositis Idiopática*



Luciana Snovarski Mota<sup>\*1</sup>, Caio Willer Brito Gonçalves<sup>2</sup>, Dilomá Bastos Alves Junior<sup>2</sup>, Fernanda Snovarski Mota<sup>3</sup>, Janne Marques Silveira<sup>4</sup>, Andréia Kássia Lemos de Brito<sup>5</sup>, Letícia Urzêdo Ribeiro<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Médica, Universidade de Gurupi, Gurupi, Brasil.

<sup>2</sup>Graduando do curso de Medicina, Universidade de Gurupi, Gurupi, Brasil.

<sup>3</sup>Médica, Residente em Clínica Médica, Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Foz do Iguaçu, Brasil.

<sup>4</sup>Mestre em em Fisioterapia Cardiovascular e Respiratória, Universidade de Gurupi, Gurupi, Brasil.

<sup>5</sup>Mestranda em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Brasil.

<sup>6</sup>Médica, Cirurgiã Geral, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Brasil.

\*Correspondência: Av. Rio de Janeiro, Nº 1585 - St. Central, Gurupi - TO, 77403-090. E-mail: [luciana.snovarski@hotmail.com](mailto:luciana.snovarski@hotmail.com)

Artigo recebido em 06/04/2020 aprovado em 14/05/2020 publicado em 03/07/2020.

## RESUMO

A dermatomiosite é caracterizada por fraqueza muscular progressiva e simétrica das cinturas escapular e pélvica proximais, pode apresentar alterações dermatológicas, cardiopulmonares, gastrointestinais e articulares. Relata-se o caso de um paciente, 41 anos, sexo masculino, autodeclarado branco que deu entrada no Hospital Público em Palmas-TO (HPP). Durante avaliação inicial realizada pela equipe de reumatologia, foram observadas alterações importantes e características com evolução de cerca de um ano e intensificação há três meses antes da internação hospitalar. O paciente apresentava-se emagrecido, com fâcies hipocráticas, relatando disfagia e perda da força muscular. Foram solicitados exames específicos e complementares a fim de descartar diagnósticos diferenciais e associação neoplásica. Diante do quadro clínico compatível com dermatomiosite, iniciou-se profilaxia para estrogiloides e tratamento com metilprednisolona 1g/dia por três dias consecutivos, e consequente aos três dias de pulsoterapia, realizada prednisona 60 mg/dia associada a metotrexato 15mg uma vez por semana e ácido fólico 5 mg duas vezes por semana, além de acompanhamento multidisciplinar. Devido a melhora substancial após tratamento hospitalar instituído, paciente recebeu alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial especializado. Considerando que a doença é rara, de difícil diagnóstico, faz se importante relatar o caso deste paciente para a melhor compreensão da comunidade acadêmica.

**Palavras-chave:** Dermatomiosite; Miosite; Reumatologia.

## ABSTRACT

*Dermatomyositis is characterized by progressive and symmetrical muscle weakness of the proximal scapular and pelvic girdles, it can present dermatological, cardiopulmonary, gastrointestinal and joint changes. We report the case of a 41-year-old male patient, self-declared white, admitted to the Public Hospital in Palmas-TO (HPP). During the initial evaluation carried out by the rheumatology team, important and characteristic changes were observed, which evolved for about one year and intensified three months before hospitalization. The patient was emaciated,*

with hypocratic facies, reporting dysphagia and loss of muscle strength. Specific and complementary tests were requested in order to rule out differential diagnoses and neoplastic association. In view of the clinical picture compatible with dermatomyositis, prophylaxis for strongyloid and treatment with methylprednisolone 1g / day for three consecutive days was started, and consequent to the three days of pulse therapy, 60 mg / day prednisone combined with 15 mg methotrexate once a week and acid folic acid 5 mg twice a week, in addition to multidisciplinary monitoring. Due to substantial improvement after instituted hospital treatment, the patient was discharged with specialized outpatient follow-up. Considering that the disease is rare, difficult to diagnose, it is important to report the case of this patient for a better understanding of the academic community.

**Keywords:** Dermatomyositis; Myositis; Rheumatology.

## RESUMEN

La dermatomiositis se caracteriza por debilidad muscular progresiva y simétrica de la cintura escapular y pélvica proximal, puede presentar cambios dermatológicos, cardiopulmonares, gastrointestinales y articulares. Reportamos el caso de un paciente masculino de 41 años, autodeclarado blanco, ingresado en el Hospital Público de Palmas-TO (HPP). Durante la evaluación inicial realizada por el equipo de reumatología, se observaron cambios importantes y característicos, que evolucionaron durante aproximadamente un año y se intensificaron tres meses antes de la hospitalización. El paciente estaba demacrado, con facies hipocráticas, informando disfagia y pérdida de fuerza muscular. Se solicitaron pruebas específicas y complementarias para descartar diagnósticos diferenciales y asociación neoplásica. En vista del cuadro clínico compatible con la dermatomiositis, se inició la profilaxis del estrongiloides y el tratamiento con metilprednisolona 1 g / día durante tres días consecutivos, y como consecuencia de los tres días de terapia de pulso, 60 mg / día de prednisona combinada con 15 mg de metotrexato una vez por semana y ácido fólico 5 mg dos veces a la semana, además del monitoreo multidisciplinario. Debido a una mejora sustancial después del tratamiento hospitalario instituido, el paciente fue dado de alta con un seguimiento ambulatorio especializado. Teniendo en cuenta que la enfermedad es rara, difícil de diagnosticar, es importante informar el caso de este paciente para una mejor comprensión de la comunidad académica.

**Descriptores:** Dermatomiositi; Miositis; Reumatología.

## INTRODUÇÃO

A dermatomiosite faz parte do grupo das miopatias inflamatórias sistêmicas imunomediadas. É considerada uma doença rara com uma fisiopatologia pouco conhecida (DIAZ; FRAGA; SILVA; SHINJO, 2017; DEVEZA et al., 2016).

Caracteriza-se pela fraqueza muscular progressiva e simétrica nas regiões proximais dos membros. Há também alterações características cutâneas como heliotropo e/ou Sinal de Grotton, além de ocasionalmente apresentar manifestações extramusculares como cardiopulmonares, gastrointestinais e do sistema articular (DIAZ; FRAGA; SILVA; SHINJO, 2017; DEVEZA et al., 2016).

Este estudo teve por objetivo relatar o caso de um paciente diagnosticado com dermatomiosite.

Apresentando dados clínicos relevantes, correlacionando com as literaturas atuais.

## MÉTODOS

Trata-se de um relato de caso do tipo descritivo, observacional de caráter qualitativo desenvolvido em um hospital público do município de Palmas-TO.

O projeto foi submetido no dia 13 de março de 2020 e aprovado no dia 6 de abril de 2020 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Gurupi com o parecer: 3.957.303 e o CAAE: 30376920.3.0000.5518. O participante do estudo assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), obedecendo rigorosamente a Resolução nº. 466/2012 e 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram coletados através de rigorosa revisão do prontuário analisando-se todo o período de internação do paciente e complementados com anamnese e exames físicos realizados pela equipe de médicos e internos do curso de medicina. Sendo os achados clínicos registrados por fotografias, devidamente autorizados pelo paciente.

Após análise e organização retrospectiva da história clínica do paciente, foi descrito todos os aspectos relevantes da doença, observando-se sintomas, sinais, resultados de exames complementares e as condutas terapêuticas implementadas.

## RESULTADOS

Relata-se um caso de um paciente com 41 anos, masculino, autodeclarado branco, casado, com ensino fundamental completo, trabalhador rural, natural de Riachão – MA, residente e procedente de Formoso do Araguaia – TO.

Paciente deu entrada no Hospital Geral Público de Palmas (HPP) dia 01 de julho de 2019 com relato de que há cerca de 1 ano, iniciou quadro de parestesia e edema dedos das mãos. Após, evoluiu com disfagia alta (dificuldade em ingerir alimentos de consistência sólida) associado de rouquidão e artralgia bilateral e simétrica em pés, joelhos e mãos. Procurou atendimento médico ambulatorial (gastroenterologia) sendo diagnosticado com transtorno depressivo, por suspeita de patologia gastrointestinal funcional.

Após, cerca de três meses, houve progressão do quadro com fraqueza muscular intensa impedindo que o mesmo realizasse atividades básicas diárias, tais como se vestir, pentear cabelo, andar cerca de 200 metros e praticar exercícios físicos habituais, associada a dores musculares e dispneia aos moderados esforços. Além disso, o paciente relatou perda de cerca de 25 quilos durante os três meses e

intensificação da dispneia no último mês. Devido à intensificação dos sintomas procurou atendimento médico hospitalar na cidade de Gurupi – TO, sendo avaliado pela equipe médica de uma unidade básica de saúde, local onde foram coletados os dados para o estudo e então, encaminhados para o HPP com urgência para avaliação da equipe de reumatologia.

Na admissão hospitalar teve a solicitação de exames laboratoriais e de imagem para que fossem descartados diagnósticos diferenciais e confirmado o provável diagnóstico. O paciente se apresentava aparentemente emagrecido, com fácies hipocrática, queixa expressiva de disfagia, perda nítida da força muscular durante os testes realizados ao exame físico. Durante sua primeira consulta ainda no pronto socorro do hospital, já se apresentava ansioso quanto ao diagnóstico e prognóstico.

Durante avaliação inicial realizada pela equipe de reumatologia foram observadas alterações importantes e características por meio de anamnese e exame físico. Notou-se dificuldade em abertura de boca, voz “molhada”, rouquidão, além de não realização de movimentos inspiratórios profundos devido ao enfraquecimento da musculatura ventilatória. O paciente relatou diurese com jato urinário fraco e incontinência terminal da micção, persistindo gotejamento urinário.

À ectoscopia observou-se presença de lesões descamativas em região inframandibular e infraauricular bilateralmente, pápulas eritematosas nas superfícies extensoras dos dedos das mãos chamado de sinal de Gottron (Figura 1) e Fenômeno de Raynaud em pés e mãos.

**Figura 1:** Sinal de Gottron evidenciado durante exame físico.



Seguindo o exame físico dos sistemas osteomuscular e neurológico, foram evidenciadas articulações com diminuição da mobilidade nas articulações de membros superiores e inferiores e preservação da mobilidade passiva. A força muscular foi classificada como grau 2 nos músculos de membros inferiores (MMII) e de grau 4 nos músculos dos membros superiores (MMSS). Foi realizada manobra dos braços estendidos com oscilações de membros ao final de 1 minuto e manobra de Mingazzini que se apresentou positiva devido à queda progressiva dos membros em menos de 20 segundos de realização da manobra.

Em primeiro parecer, a equipe de reumatologia assumiu o caso do paciente, e propôs a hipótese diagnóstica de possível miopatia inflamatória de etiologia a esclarecer, porém com a hipótese etiológica de dermatomiosite sendo a principal, devido ao quadro clínico importante e condizente com os sinais específicos da doença.

Sendo assim, a princípio foram solicitadas sorologias e anticorpos específicos para que se pudesse descartar diagnósticos diferenciais. Além disso, todo o rastreio para afastar hipótese de neoplasia associada, o que deve sempre ser realizado em pacientes com dermatomiosite, já que estão muito interligadas. Devido ao quadro clínico apresentado, apesar de ainda não ter sido confirmada a hipótese de dermatomiosite,

desde o princípio o paciente foi internado e iniciado tratamento para tal doença.

No segundo dia de internação, iniciou-se tratamento com Ivermectina dose única anteriormente à pulsoterapia, a fim de realizar profilaxia para *estrongiloides*. Logo após, foi iniciado tratamento com metilprednisolona 1g/dia por três dias consecutivos, e consequente aos três dias de pulsoterapia, realizada prednisona 60 mg/dia associada e a metotrexato 15mg aos sábados e ácido fólico 5 mg aos domingos e segundas-feiras, tal tratamento foi o escolhido pela equipe médica da reumatologia em total acordo após discussão clínica devido à gravidade do caso do paciente apresentado.

Desde a internação, solicitou-se uma equipe multidisciplinar para acompanhar o paciente. Sendo necessária avaliação constante da fonoaudióloga, já que o paciente apresentava disfagia intensa causada pela fragilidade da musculatura do trato gastrointestinal superior, o que o impedia de se alimentar e deglutir de forma satisfatória, sendo prescrita dieta pastosa inicialmente.

Solicitou-se também acompanhamento fisioterapêutico para reabilitação motora e respiratória. O paciente apresentava fragilidade da musculatura respiratória acessória, e com isso não estabelecia movimentos efetivos torácicos, com redução da expansibilidade torácica e dispnéia aos moderados esforços. Da mesma forma, devido à fraqueza muscular dos membros, o paciente não conseguia realizar atividades básicas, como se vestir, levantar ou sentar sem ajuda. Portanto, o acompanhamento multidisciplinar se tornou importantíssimo para a evolução clínica do paciente.

No decorrer da internação, os exames solicitados foram realizados e, como relatado, exames consideráveis, principalmente os de imagem, foram condizentes com a patologia levantada como principal

hipótese diagnóstica. O paciente apresentou hipotonia esofágica, características inflamatórias em coxas, embora as hipóteses de neoplasias associadas terem sido afastadas, não sendo encontradas imagens suspeitas e nem marcadores tumorais positivos (Figuras de 2 a 6).

Por meio da endoscopia digestiva alta, observou-se pangastrite enantemática de leve a moderada intensidade, refluxo duodeno gástrico, ligeira diminuição do pregueamento da mucosa em corpo e antro, além da realização de biópsias destes locais. Não foram observadas alterações na colonoscopia e a ultrassonografia de próstata autoanticorpos miosite específicos, como anti-Jo – 1 e anti- Mi-2 vieram inalterados, porém apresentando outros exames complementares como fator reumatoide positivo, enzimas musculares séricas elevadas, além dos exames de imagem compatíveis com acometimento muscular e fatores inflamatórios (Anexos 1 e 2).

Não pôde ser solicitado exame de biópsia muscular e eletroneuromiografia por não estarem disponíveis no serviço hospitalar. Diante de tais fatores, em reunião da equipe da reumatologia e após discussão das imagens com radiologista foi decidido prosseguir o tratamento instituído para miopatia inflamatória idiopática, neste caso, dermatomiosite, pois o paciente apresentava critérios clínicos e exames compatíveis.

**Figura 2:** Radiografia de tórax demonstrando paciente centralizado, ausência de alterações ósseas, ausência de alterações parenquimatosas. Ausência de linfonomegalias



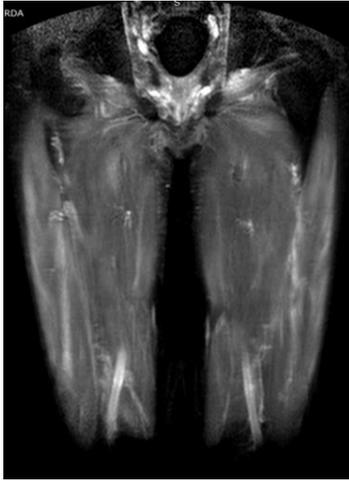
**Figura 3:** Tomografia de Tórax onde notam-se raras imagens nodulares com atenuação de partes moles, sobretudo no lobo médio, medindo a maior cerca de 1,0x0,7cm, inespecíficas devido as pequenas dimensões.



**Figura 4:** Tomografia de abdome total com presença de microcalcificações prostáticas. Baço inferior acessório.



**Figura 5:** Ressonância magnética de coxa com edema difuso dos ventres musculares de todos os compartimentos da coxa, notando-se espessamento das fáscias musculares. Notadamente do ventre muscular do vasto lateral, com tênue edema do subcutâneo associado.



**Figura 6:** Esofagograma, o qual avaliação foi prejudicada devido não há gravação do exame dinâmico, o que contribuiria para uma avaliação efetiva de alterações. Percebe-se que durante o exame, paciente broncoaspirou conteúdo contrastado. Porém não há especificação de alterações esofágicas, causadas por provável hipotonia



Durante o período de internação do paciente, o paciente evoluiu com ansiedade e preocupação extrema pelo seu prognóstico, por isso, solicitou-se também o acompanhamento psicológico.

Logo após o início da pulsoterapia e acompanhamento multidisciplinar, o paciente apresentou melhora significativa da força muscular, já sendo possível realizar atividades como se levantar e vestir-se sozinho. Com a reabilitação o paciente apresentou melhora do padrão respiratório e melhora da força da musculatura respiratória. A disfagia, um dos principais sintomas apresentados pelo paciente, apresentou certa dificuldade de involução, sendo necessária intensificação do acompanhamento da

fonaudiologia, até que o paciente progredisse com ingestão de alimentos consistente, e sem ocorrência de engasgos frequentes.

Assim, com a melhora considerável dos sintomas apresentados, e sendo bem orientado quanto à sua patologia e seguimento do tratamento, o paciente recebeu alta hospitalar ainda com acompanhamento multidisciplinar e ambulatorial reumatológico.

## DISCUSSÃO

A dermatomiosite possui uma incidência baixa na população em geral, em torno de 2,08 a 9,63 casos em 1 milhão de pessoas. De forma geral, são encontrados em todos os grupos etários, mas há distribuição bimodal, com picos nas faixas etárias entre 5 e 12 anos e na faixa etária acima de 40 anos. A Miosite por Corpúsculos de inclusão e a miosite associada à malignidade são mais comuns após os 50 anos. O sexo feminino possui maior risco em desenvolver a doença em especial as mulheres negras cuja prevalência é quatro vezes maior (BOGDANOV, 2018).

A fisiopatologia da dermatomiosite, ainda um paradigma até os dias atuais, é descrita como uma reação imunomediada, desencadeada, provavelmente, por uma susceptibilidade genética associada a fatores ambientais (AMORIM, 2017).

Há relatos de associação com antígenos de histocompatibilidade, agentes ambientais e autoimunidade. Duas hipóteses têm reforçado o envolvimento autoimune: associação de outras doenças autoimunes e a presença de autoanticorpos circulantes. Têm sido sugeridas associações com HLA DRB1 e DQA1 em caucasianos e HLA-B7 em asiáticos (BOGDANOV, 2018).

Indivíduos com HLA-DR3 têm risco aumentado para o desenvolvimento de doenças muscular inflamatória e pacientes com anticorpos anti-

Jo-1 têm HLA-DR52. A dermatomiosite afeta tanto a pele e os músculos esqueléticos pela presença do infiltrado inflamatório composto de linfócitos B, macrófagos e linfócitos CD4 +, especialmente na região perivascular de biópsia de tecido muscular (ALVES, 2018; DALAKAS, 2015)

A fraqueza muscular geralmente é progressiva, de início insidioso. O acometimento é simétrico e proximal, com comprometimento dos músculos das cinturas escapular e pélvica. (DIAZ; FRAGA; SILVA; SHINJO, 2017; BOGDANOV, 2018). O indivíduo se queixa de dificuldade para tarefas específicas que envolvam essa musculatura proximal, como levantar-se da cadeira, subir escadas, pentear o cabelo e elevar os braços. A musculatura do pescoço, principalmente a flexora, também pode estar acometida (BOGDANOV, 2018; SASAKI; KOHSAKA, 2018)

O risco de desenvolvimento de neoplasias em miopatias inflamatórias idiopáticas é maior que na população em geral, principalmente na dermatomiosite nos primeiros anos após o diagnóstico da doença (SOUZA, 2012). Além disso, o acometimento cardíaco pode estar presente em 9 a 72% dos casos, relacionadas principalmente com a insuficiência cardíaca congestiva (DEVEZA et al., 2016). Sintomas gastrointestinais podem estar presentes pelo envolvimento do trato gastrointestinal superior, ocorrendo disfagia progressiva, regurgitação, náuseas e distensão abdominal (AMORIM, 2017).

Percebemos que esse paciente apresentava características muito condizentes com a patologia, como perda de força da musculatura proximal da cintura escapular e, principalmente, da cintura pélvica, não conseguindo realizar movimentos como se sentar e apresentando teste de Mingazzini positivo e força muscular grau 2 em MMII e grau 4 MMSS. Para isso, é importante classificar durante o exame físico, a graduação da força muscular apresentada pelo

paciente, sendo fator avaliativo durante a avaliação da sua evolução clínica.

Os novos critérios classificatórios das miopatias autoimunes sistêmicas que estão sendo propostos por EULAR/ ACR 2017 têm a finalidade de avaliar a probabilidade de um paciente possuir uma miopatia autoimune segundo uma pontuação, que avalia idade, sintomatologia – como fraqueza muscular e manifestações cutâneas – além de exames laboratoriais e biópsia muscular (LUNDBERG et al., 2017).

O diagnóstico do subtipo exato de miopatia inflamatória é baseado na combinação de história clínica, tempo de progressão da doença, padrão de envolvimento muscular, níveis de enzimas musculares, achados eletromiográficos, a análise muscular por biópsia, e para algumas condições, a presença de certos autoanticorpos. A eletroneuromiografia é útil para descartar causa neurogênica e atividade da doença. Com a ressonância nuclear magnética consegue-se identificar compartimentos musculares específicos afetados e edema muscular. Já a biópsia é essencial para a classificação e diagnóstico (SOUZA, 2012). No caso do paciente apresentado por não possuir biópsia muscular disponível em serviço hospitalar, os exames complementares de imagem foram utilizados a fim de confirmar alterações também características.

Neste relato, com a evolução clínica satisfatória, o paciente recebeu alta hospitalar em uso de prednisona 60mg/dia, associado a carbonato cálcio e vitamina D. Além de metotrexato 15mg aos sábados, ácido fólico 5mg aos domingos e segundas-feiras, omeprazol 40mg/dia e domperidona 10mg 3x/dia. Medicamentos associados a fim de evitar as complicações e efeitos colaterais da terapêutica específica instituída para o caso (SASAKI; KOHSAKA, 2018).

Tal tratamento associado concomitantemente com imunossuppressores poupadores de esteroides demonstra menor taxa de recidiva, além de reduzir as doses iniciais e reduzir efeitos colaterais dos glicocorticoides (SASAKI; KOHSAKA, 2018).

O paciente recebeu orientação sobre seu quadro clínico e patologia diagnosticada com retorno ao ambulatório de reumatologia para acompanhamento em 30 dias, com solicitação de exames de controle. Concomitante, foi encaminhado para fisioterapia motora e respiratória a fim de continuar o tratamento de reabilitação e acompanhamento multidisciplinar.

## CONCLUSÃO

A dermatomiosite é uma doença grave, com diversas manifestações clínicas e que podem causar consequências substanciais na vida do paciente, além de poder apresentar associações com demais patologias. Verifica-se que a dermatomiosite é um quadro raro, e ao contrário do que apresenta as estatísticas literárias, o paciente do caso apresentado é do gênero masculino, o que torna este caso ainda mais relevante.

Este estudo permite a comunidade acadêmica e à sociedade maior conhecimento acerca dessa patologia devido ao número reduzido de casos relatados. Ressalta-se a necessidade de estudos mais recentes e abrangentes a respeito de sua patogênese por se tratar de uma doença pouco conhecida e de difícil diagnóstico.

## REFERÊNCIA

ALVES, Samara Pereira. Patients with pure dermatomyositis/ polymyositis and anti-PM/ Scl autoantibody resembling anti-synthetase syndrome.

**Medical Express (São Paulo, Online)**, São Paulo, v. 5, n. 18002, p.1-7, abr. 2018.

AMORIM, Thammi de Matos. Morphological alterations of upper gastrointestinal tract in patients with new onset-dermatomyositis: correlation with demographic, clinical and laboratory features. **Medical Express (São Paulo, Online)**, São Paulo, v. 4, n. 2, p.170-204, abr. 2017.

BOGDANOV, Ivan. Dermatomyositis – Current Concepts of Skin and Systemic Manifestations. **Clin Dermatol.**, São Paulo, v. 36, n. 4, p.450-458, Jul-agost. 2018.

DALAKAS, Marinos C. Inflammatory Muscle Diseases. **New England Journal Of Medicine**, [s.l.], v. 372, n. 18, p.1734-1747, 30 abr. 2015. Massachusetts Medical Society. <http://dx.doi.org/10.1056/nejmra1402225>.

DEVEZA, Leticia Miranda Alle et al. Alterações eletrocardiográficas em dermatomiosite e polimiosite. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 56, n. 2, p.95-100, abr. 2016.

DIAZ, Monica T. M.; FRAGA, Priscila S.; SILVA, Marilda G.; SHINJO, Samuel K.. Muscle biopsies in dermatomyositis and polymyositis: practical relevance of analyzing different levels of histological sections of the same muscular compartment. **J Bras Patol Med Lab**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p.196-201, May/June 2017.

LUNDBERG, Ingrid e et al. 2017 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for adult and juvenile idiopathic inflammatory myopathies and their major subgroups. **Annals Of The Rheumatic Diseases**, [s.l.], v. 76, n. 12, p.1955-1964, 27 out. 2017. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2017-211468>.

SASAKI, Hirokazu; KOHSAKA, Hitoshi. Current diagnosis and treatment of polymyositis and dermatomyositis. **Modern Rheumatology**, [s.l.], v. 28, n. 6, p.913-921, 9 maio 2018. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/14397595.2018.1467257>.

SOUZA, Fernando Henrique Carlos de. Dermatomiosite recém-diagnosticada em idosos como preditiva de malignidade. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, v. 52, n. 5, p.717-721, oct. 2012.

## ANEXO 1

<b>Exame: FAN - FATOR ANTINUCLEAR</b>	Id Exame: 59
Material: SORO   Método: IMUNOFLUORESCÊNCIA INDIRETA - SUBSTRATO: CÉLULAS HEp2	

**Resultado**

NUCLEO.....: REAGENTE  
 NUCLEOLO.....: REAGENTE  
 CITOPLASMA.....: NÃO REAGENTE  
 APARELHO MITOTICO.....: NÃO REAGENTE  
 PLACA METAFASICA CROMO: NÃO REAGENTE

-----  
**INTERPRETAÇÃO**  
 -----

**PADRÃO MISTO NUCLEAR PONTILHADO FINO E NUCLEOLAR HOMOGÊNEO**  
**TÍTULO 1:320**

<b>Exame: ELETROFORESE DAS PROTEINAS SÉRICAS</b>	Id Exame: 49
Material: SORO   Método: ELETROFORESE CAPILAR	

**Resultado**

ALBUMINA.....: 50,9 %  
 Resultado.....: 4,33 g/dL  
 ALFA 1.....: 4,8 %  
 Resultado.....: 0,41 g/dL  
 ALFA 2.....: 11,1 %  
 Resultado.....: 0,94 g/dL  
 BETA 1.....: 5,5 %  
 Resultado.....: 0,47 g/dL  
 BETA 2.....: 4,2 %  
 Resultado.....: 0,36 g/dL  
 GAMA.....: 23,5 %  
 Resultado.....: 2,00 g/dL  
 RELACAO A/G.....: 1,04  
 PROTEINAS TOTAIS.....: 8,50 g/dL  
 PROTEINA MONOCLONAL....: AUSENTE

**Observações.....**: AUMENTO POLICLONAL NA REGIAO DAS GAMAGLOBULINAS.

<b>Exame: PERFIL LIPIDICO</b>	Id Exame: 34
Material: SORO   Método: Analisador Automatizado ADVIA 1200 CHEMISTRY SYSTEM	

Resultado	Valor Referencial	(-) Indicador (+)
Aspecto do Soro.....: <b>Turvo</b>	Limpido	
Colesterol Total.....: <b>254 mg/dL</b>	< 200,0 mg/dL	----- -----*
Triglicerides.....: <b>323,00 mg/dL</b>	< 150,0 mg/dL	----- -----*
HDL Colesterol.....: <b>35,40 mg/dL</b>	> 40,0 mg/dL	----- -----*
LDL Colesterol.....: <b>154 mg/dL</b>	< 129,0 mg/dL	----- -----*
VLDL Colesterol.....: <b>64,60 mg/dL</b>	< 30,0 mg/dL	----- -----*
Indice de Castelli (I): <b>7,18</b>	Até 4,9	----- -----*
Indice de Castelli(II): <b>4,35</b>	Até 3,3	----- -----*

## ANEXO 2

VHS: 45mm/h	BT: 0,45mg/dL	BD: 0,25 mg/dL	Bl: 0,20 mg/dL	TGP: 197 U/L
CREATININA: 0,7 mg/dL	TGO: 332 U/L	UREIA: 24,0 mg/dL	CPK: 6.404 U/L	DHL: 447,0 U/L
GGT: 37,0 U/L	GLICEMIA; 95,2 mg/Dl	F. ALCALINA: 149 U/L	PCR: 21,82 mg/dL	PSA TOTAL: 0,16 ng/mL
T4 LIVRE; 1,18 ng/dL	TSH: 3,04 microUI/ml	ANTI Hbc IgG: Não reagente	ANTI-HBS: 2,0/L	ALDOLASE: 1,7 U/L
ANTI-Hbc IgM: Não reagente	CA 19-9; 5 U/ml	CA125: 5,9 U/ml	Anti- RNP: INFERIOR A 5,0 U/mL	CEA: 1,0 ng/mL
ANTI- JO 1: < 7,0 U/mL	M2 Anticorpos: 3 UR/MI	VDRL: Não reagente	HBs -AG: Negativo	Fator Reumatóide: 32 UI/mL
	ANTI HCV: NÃO REAGENTE	CHAGAS IgG IgM: não reagentes	HIV 1 e 2: Não reagente	