

**INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR
UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO**

**Clara Meira Silva Gontijo
Júlia Mariana Costa Roque
Júlia Mourão Quaresma
Maria Eugênia Vago de Oliveira**

**DERMATOMIOSITE CUTÂNEA COM MANIFESTAÇÃO
ERITEMATOSA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE
LITERATURA**

IPATINGA

2023

Clara Meira Silva Gontijo
Júlia Mariana Costa Roque
Júlia Mourão Quaresma
Maria Eugênia Vago de Oliveira

**DERMATOMIOSITE CUTÂNEA COM MANIFESTAÇÃO
ERITEMATOSA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE
LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a
UNIVAÇO- União Educacional do Vale do Aço S.A, como
requisito parcial à graduação no curso de Medicina.

Profa orientadora: Dra Giani Martins Garcia

IPATINGA

2023

DERMATOMIOSITE CUTÂNEA COM MANIFESTAÇÃO ERITEMATOSA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Clara Meira Silva Gontijo; Júlia Mariana Costa Roque; Júlia Mourão Quaresma; Maria Eugênia Vago de Oliveira; Giani Martins Garcia

1. Acadêmicos do curso de Medicina da UNIVAÇO – União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.
2. Docente do curso de Medicina da UNIVAÇO – União Educacional do Vale do Aço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientador do TCC.

Resumo

Introdução: a Dermatomiosite (DM) é uma miopatia idiopática inflamatória rara, sendo uma doença que cursa com acometimento inflamatório crônico do trato digestivo, pulmão, coração, musculatura estriada e pele. Acomete crianças e adultos e possui elevada morbidade e mortalidade quando não tratada corretamente. **Objetivo:** relatar o caso de um paciente portador de DM, descrever a doença e determinar suas características clínicas associadas por meio de uma revisão de literatura e narrativa. **Método:** revisão de literatura, realizada através de pesquisa em dados científicos PubMed, Medline, Lilacs e Scielo. Serão incluídos artigos científicos que contemplem os seguintes descritores: Dermatomiosite, Doença Autoimune, Eritema Cutâneo Autoimune e Autoanticorpos, dos anos de 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022. Para o relato de caso foram utilizadas como fontes de informações a história clínica, resultados de exames, revisão e cópia do prontuário e entrevista com o paciente. **Relato do caso:** sexo masculino, 59 anos, descendência brasileira, apresentando manifestações clínicas de edema em articulações, eritema em região ventral e dorsal das mãos e em face, além de dificuldade para flexionar as falanges e fibrose pulmonar. Mediante a propedêutica realizada na investigação por meio de dosagem de autoanticorpos, espirometria, tomografia de tórax, dosagem de Creatinofosfoquinase, TGO e TGP foi concluído o diagnóstico de DM. Realizado tratamento com Azatioprina e atualmente encontrando-se assintomático. **Conclusão:** a DM é uma doença com características clínicas variáveis e prognóstico desfavorável se não tratada corretamente. O presente trabalho identificou que a manifestação clínica mais relevante da DM no paciente em estudo foram as alterações dermatológicas, principalmente cutâneas, entretanto, após iniciar o tratamento, o paciente apresentou uma evolução favorável, encontrando-se assintomático atualmente, o que evidencia a importância de um diagnóstico precoce e discussão sobre a doença.

Palavras-chave: Dermatomiosite, Doença Autoimune, Eritema Cutâneo Autoimune, Autoanticorpos.

Introdução

A Dermatomiosite (DM) é uma doença autoimune sistêmica e as suas características principais incluem achados cutâneos clássicos e fraqueza muscular, principalmente proximal, que afeta os membros (ANDRADE *et al.*, 2021).

A DM geralmente afeta pessoas entre 40 e 50 anos. A condição é mais comum em mulheres do que em homens, com incidência de 3,98 e 4,68 por 100.000 habitantes, respectivamente (QUDSIYA; WASEEM, 2022).

A DM apresenta grande heterogeneidade em sua apresentação clínica, desenvolvimento e no prognóstico. Alguns pacientes, por exemplo, podem apresentar distúrbios neoplásicos concomitantes além de características de outras doenças do tecido conjuntivo. Além disso, também podem apresentar elevados marcadores de autoimunidade, ou até mesmo, ausência de autoanticorpos (DOURMISHEV, 2017).

O diagnóstico de miosite envolve a avaliação dos sintomas clínicos, incluindo padrão de fraqueza e testes paraclínicos, como ressonância magnética muscular e eletromiografia (EMG), ampla análise de autoanticorpos associados à miosite e investigação histopatológica detalhada de uma biópsia do músculo esquelético. Além de envolver subespecialidades médicas para garantir um tratamento adequado. Entre elas estão neurologia, dermatologia, pneumologia e cardiologia (SCHMIDT, 2018).

Após o diagnóstico, os pacientes recebem tratamento com o intuito de melhorar a força muscular e para resolução dos acometimentos extramusculares (SASAKI; KOHSAKA, 2018).

Método

O estudo caracteriza-se como uma revisão de literatura com relato de caso do tipo descritivo. Trata-se de um adulto com diagnóstico de Dermatomiosite submetido a tratamento com imunossupressores. As informações foram obtidas por revisão do prontuário, entrevista com o paciente e revisão da literatura. Para a etapa de revisão de literatura, foi realizada uma busca nas bases de dados científicas PubMed, Medline, Lilacs e Scielo. Serão incluídos artigos científicos que contemplem os seguintes descritores: Dermatomiosite, Doença Autoimune, Eritema Cutâneo Autoimune e Autoanticorpos, dos anos de 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022.

Para o relato de caso foram utilizados como fontes de informações a coleta de dados a história clínica, resultados de exames: espirometria, radiografia de tórax, tomografia computadorizada do tórax, hemograma, PCR, VHS, creatinina, ureia, TGO, TGP, GGT, CPK, aldolase, glicemia em jejum, hemoglobina glicada e exames de antígenos específicos compatíveis com doenças autoimunes; revisão e cópia do prontuário e entrevista com o paciente (Apêndice 2).

O paciente foi convidado a participar sendo explicado quanto ao objetivo do relato e outras informações conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 4). O documento foi aceito e assinado pelo participante, que autorizou a utilização de suas informações clínicas, registro dos métodos diagnósticos e revisão dos dados contidos no prontuário, sendo preservada a identidade do paciente.

Relato de caso

Paciente sexo masculino, 59 anos, descendência brasileira, no começo do ano de 2015 iniciou sintomatologia de edema nas articulações, rachados e eritema na região ventral e dorsal das mãos. Associado ao quadro, apresentava fibrose nos pulmões e dificuldade ao flexionar as falanges. Com a progressão e piora dos sintomas, foi em busca de ajuda médica ao final de 2015 ocorrendo a primeira consulta com uma dermatologista na cidade de Ipatinga. Na ocasião, houve dificuldade na conclusão do diagnóstico correto da doença.

Posteriormente, outras consultas com dermatologistas foram realizadas e o tratamento era baseado em resolver as lesões de pele, sendo elas, rachados e eritemas em região ventral e dorsal das mãos, havendo ainda ausência de um diagnóstico mais preciso. Assim, o paciente foi à procura de uma reumatologista em outra cidade que solicitou exames de antígenos específicos compatíveis com doenças autoimunes, diagnosticando a Dermatomiosite. Durante o tratamento, fez uso de Metotrexat, suspenso após alteração hepática, e Hidroxicloroquina, também suspenso devido alterações visuais. Atualmente, encontra-se em uso de Azatioprina 50 mg (3 comprimidos a noite), assintomático, não apresentando nenhum prejuízo nas atividades diárias e na qualidade de vida.

Revisão da literatura

A DM é definida como uma miopatia idiopática inflamatória rara, que possui manifestações cutâneas que variam de gravidade. A incidência da DM é de aproximadamente 1 para cada 100.000 habitantes, com maior incidência entre 5 a 15 anos em crianças e 45 a 60 anos em adultos. As erupções cutâneas da DM são fotossensíveis, portanto, é necessário fazer o diagnóstico diferencial de lúpus cutâneo subagudo, dermatite de contato, erupção cutânea com medicamentos e reação fototóxica (ROHEKAR. 2019).

FISIOPATOLOGIA E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A fisiopatologia da DM envolve um ataque autoimune aos órgãos afetados que pode ser desencadeado por fatores ambientais, como exposição aos raios ultravioleta, drogas, infecções e estilo de vida em indivíduos que são geneticamente suscetíveis (BOGDANOV *et al.*, 2018).

Considera-se que a DM é o resultado de um ataque autoimune humoral mediado que é dirigido contra o endotélio das arteríolas e os capilares musculares. O evento inicial é desencadeado por ativação do fator completador-3 (C3), que forma C3b e C4b. Seguido, assim, por formação de neoantígeno C3bNEO e do complexo de ataque à membrana C5b-C9 (MAC). Uma vez que o complexo de ataque à membrana se deposita nas paredes vasculares, causa inflamação. Assim, segue-se a lesão hipóxica das fibras musculares o que leva a sua atrofia, particularmente as fibras da periferia que são as mais remotas e afastadas do suprimento vascular. Desse modo, com o tempo, a densidade capilar diminui e as fibras musculares começam a sofrer necrose e degeneração (QUDSIYA; WASEEM, 2022).

Existem alterações cutâneas típicas, como sinal de Gottron, heliotrópio, edema periorbitário, teleangiectasias periungueais e na orla gengival (LOIO; SALGUEIRO; CRUZ, 2017). Os pacientes cardiopatas possuem manifestações clínicas raras, caracterizadas principalmente por mudanças no sistema de condução cardíaca, hipertrofia e dilatação das câmaras do coração e disfunção ventricular esquerda diastólica, relacionados à insuficiência cardíaca congestiva (DEVEZA *et al.*, 2016).

A DM está associada com dano à capilares sanguíneos que pertencem ao tecido conjuntivo dos músculos, pele e trato gastrointestinal. A agressão capilar precede outras

alterações musculares, e o infiltrado inflamatório é predominantemente perivascular e perimisial (BAE *et al.*, 2020). O envolvimento pulmonar com lesão pulmonar intersticial progressiva tem sido associado a piores prognósticos e aumentada mortalidade. Embora outras complicações pulmonares, como hipertensão pulmonar e pneumomediastino, também foram descritos em pacientes com miosite (LONG; SONYE; DANOFF, 2019).

Os sinais de inflamação da pele, como as pápulas de Gottron são localizadas nos dorsos das mãos e dos dedos. Existe o edema periorbital e eritema da face que é a erupção em heliotrópio. Além disso, também existe o sinal de V na parte superior do tórax anterior e o sinal de xale na parte posterior do pescoço. Ocorre eritema periúngico e telangiectasia, além de pele grossa e rachada nas regiões ventral e dorsal dos dedos e das mãos, chamada de mãos de mecânico (SCHMIDT, 2018).

Os achados histológicos são específicos e se apresentam como alterações da interface vacuolar com atrofia epidérmica, ectasia capilar leve e infiltrado linfocítico perivascular esparsos. No entanto, essas manifestações também podem ser observadas em outras doenças do tecido conjuntivo como no lúpus eritematoso, fazendo-se necessário o diagnóstico diferencial (SENA *et al.*, 2018).

A histopatologia é eficaz para a confirmação e é obrigatória na dermatomiosite amiopática, onde há apenas envolvimento da pele. Além disso, também são encontrados infiltrados inflamatórios na biópsia muscular (PONCE *et al.*, 2020).

A miosite inclui fadiga nos membros superiores e inferiores de início agudo. As queixas mais frequentes são dificuldade para caminhar e subir escadas ou levantar um objeto acima da cabeça, associado a dor. A avaliação laboratorial geralmente revela elevação da creatina quinase (CK), e um aumento significativo das enzimas hepáticas, indicando um possível dano às células musculares (SCHMIDT, 2018).

Pacientes com DM apresentam diversos cursos clínicos da doença, podendo algumas vezes, surgirem complicações, como a doença pulmonar intersticial (DPI), que é associada a um prognóstico ruim. Alguns pacientes, por exemplo, desenvolvem rápida e progressivamente a DPI, são refratários aos tratamentos e possuem desfechos fatais. Portanto, o reconhecimento precoce de pacientes considerados de alto risco é imprescindível com o intuito de determinar a melhor estratégia para tratamento adequado da doença (HOZUMI *et al.*, 2016).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico pode ser feito na infância ou na fase adulta e baseia-se na alteração das enzimas eletroneuromiográficas, histológicas e musculares (GRILL *et al.*, 2017). Os critérios consistem em lesões cutâneas características, fraqueza muscular proximal e simétrica, elevação das enzimas musculares, eletromiografia (EMG) sugestiva de miopatia e biópsia muscular compatível com miosite inflamatória. O diagnóstico é definido a partir de lesões cutâneas típicas (heliotropo, pápulas de Gottron, telangiectasias periungueais), junto a três dos critérios restantes (LOIO; SALGUEIRO; CRUZ, 2017).

Além disso, a Avaliação Internacional de Miosite e o Grupo de Estudos Clínicos (IMACS) desenvolveram e validaram um conjunto de instrumentos para identificar a DM, que inclui: o nível sérico de creatinofosfoquinase (CPK), aldolase, aspartato aminotransferase (TGO/AST), alanina aminotransferase (TGP/ALT) e desidrogenase láctica (MIOSSI; SOUZA; SHINJO, 2017).

AUTOANTICORPOS

A DM é uma doença que possui etiologia autoimune caracterizada por vasculite da pele e do músculo estriado, além de acometimento pulmonar e do sistema gastrointestinal e cardíaco. Possui associação com aumento de risco de neoplasias (LOIO; SALGUEIRO; CRUZ, 2017).

Autoanticorpos foram encontrados em pacientes com DM, eles podem ser associados à miosite (MAAs) ou específicos dela (MSAs). Os específicos para miosites são anti-Mi-2, anti-TIF1- γ , anti-NXP-2, anti-MDA-5, anti-SAE e anti-aminoacil-tRNA sintetase. Eles são associados a diferentes fenótipos clínicos das miopatias autoimunes sistêmicas, sendo úteis como marcadores prognósticos e de resposta clínica ao tratamento (ANDRADE *et al.*, 2021). Os anticorpos anti-aminoacil transferência de RNA sintetase (anti-ARS) também são espécies de miosite com autoanticorpos (MSAs) associados à dermatomiosite (TANIZAWA *et al.*, 2017).

O anti-Mi2 é associado à forma clínica cutânea clássica, além de lesão muscular que pode, muitas vezes, ser grave, porém possui boa evolução com o tratamento. Os anti-Tifl- γ e anti-NXP2 são comuns na dermatomiosite juvenil e adulta e são associados às formas cutâneas recorrentes e à neoplasias em adultos. O anti-MDA5 é associado à lesão pulmonar intersticial progressiva e o anti-EAS são encontrados excepcionalmente

em adultos e possuem envolvimento clássico (BOLKO; GITIAUX; ALLENBACH, 2019.) Os pacientes com DM que possuem anticorpo anti-PM/Scl, também tiveram relação com a presença de doença pulmonar intersticial (ALVES *et al.*, 2018). Estudos recentes demonstraram que pacientes que possuem autoanticorpos contra aminoacil-tRNA sintetases (ARS) apresentam um curso subagudo e bom prognóstico da DM (KISHABA *et al.*, 2018).

TRATAMENTO

O tratamento da DM baseia-se em imunossupressão com corticoides, tendo como objetivo melhorar a força muscular, diminuir a inflamação e prevenir danos a outros órgãos. A maioria dos pacientes respondem ao tratamento nos primeiros 6 meses. Ele é iniciado com Prednisona 0,5-1 mg/kg/dia, podendo diminuir a dose progressivamente, após 4 a 6 semanas, caso ocorra melhora clínica. Além da administração de corticosteroides, a Hidroxicloroquina também tem indicação para tratamento coadjuvante em pacientes que apresentam fotossensibilidade. Também são usados para tratamento: Metotrexato (MTX), que é indicado quando o paciente torna-se resistente ao uso de corticosteroides; Azatioprina (AZA), Micofenolato (MICO) e a Ciclofosfamida que é utilizada quando o paciente manifesta-se com vasculopatia e úlceras cutâneas. A escolha do medicamento será com base nas comorbidades existentes e clínica individual de cada paciente. A resposta ao tratamento é acompanhada com exame físico e a dosagem das enzimas musculares (ACOSTA *et al.*, 2019).

Os glicocorticóides são usados como tratamento de primeira escolha, no entanto, aproximadamente metade dos pacientes que fazem tratamento com monoterapia de glicocorticóides demonstram recaídas durante a redução gradual do medicamento. Devido a isso, estudos demonstraram que o uso concomitante com outras drogas, como os agentes imunossupressores poupadores de esteroides: metotrexato (MTX), azatioprina (AZA), tacrolimus (TAC), ciclosporina A (CsA) e micofenolato de mofetil (MMF), foram eficazes para controle da doença, além de reduzirem o risco de recidiva durante a redução gradual dos glicocorticóides, e também permitirem o uso de doses mais baixas desses medicamentos, fazendo com que diminuam seus efeitos adversos (SASAKI; KOHSAKA, 2018).

Discussão

O paciente do presente estudo inicialmente apresentou lesões de pele dolorosas, que de fato são descritas como características da DM, mas que não foram prontamente diagnosticadas. Na ocasião, a principal hipótese diagnóstica eram de lesões provenientes de fungos e realizaram o tratamento para essa suspeita clínica.

Posteriormente, após consulta com reumatologista, foram solicitados exames laboratoriais além de exames de espirometria, radiografia de tórax e tomografia computadorizada do tórax. Após a análise dos resultados, foi possível o diagnóstico de DM do paciente no ano de 2016.

As lesões de pele são as manifestações clínicas mais comuns da DM e o paciente do presente relato apresentou lesões cutâneas típicas, como demonstrado no apêndice 1. Após a conclusão diagnóstica e tratamento adequado, as lesões ainda são presentes porém em menor intensidade.

O diagnóstico da DM está correlacionado a múltiplos fatores, não havendo um único parâmetro possível. A análise do nível sérico de creatinofosfoquinase (CPK) contribuiu para o diagnóstico da DM, segundo a Avaliação Internacional de Miosite e o Grupo de Estudos Clínicos (IMACS). O valor de CPK do paciente foi 3,6 vezes superior ao limite de referência aceitável (200U/L) (apêndice 2) (GALVÃO, 2008). Para concluir o diagnóstico o paciente apresentou o resultado positivo do anticorpo Anti-Mi2 e Anti-MDA5, que como relatado previamente é característico de DM. A avaliação histopatológica é obrigatória no diagnóstico da DM naqueles pacientes que apresentam somente lesões de pele como manifestação clínica. O paciente do presente relato apresentou, além das lesões de pele, dificuldade respiratória. A análise da tomografia de tórax revelou alteração intersticial fibrosante, compatível com DPI.

Conclusão

A DM possui uma grande heterogeneidade em seu curso clínico, podendo manifestar-se desde alterações cutâneas a alterações pulmonares e musculares. Possui também uma incidência variável entre as faixas etárias acometidas, ocorrendo desde a infância até a idade adulta.

A apresentação clínica da DM é variável e o paciente em questão desse relato evoluiu com sintomas predominantemente cutâneos e pulmonares, que se não

identificados e tratados brevemente, poderiam ter se tornado sintomas graves, debilitantes e até mesmo fatais. Nota-se assim, a importância de ser realizado um diagnóstico precoce a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes acometidos pela DM.

Por se tratar de uma síndrome rara, com apresentação clínica variável, é de fundamental importância a difusão e discussão do tema, além de investimento em estudos e pesquisas nessa área. Faz-se necessária a padronização dos critérios diagnóstico além do desenvolvimento de terapias mais específicas para o reconhecimento dos casos de forma precoce para melhoria da morbidade dos pacientes.

CUTANEOUS DERMATOMYOSITIS WITH ERYTHEMATOUS MANIFESTATION: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Abstract

Introduction: dermatomyositis (DM) is a rare inflammatory idiopathic myopathy, a disease that presents itself through chronic inflammatory involvement of the digestive tract, lungs, heart, striated muscles and skin. It affects children and adults and has high morbidity and mortality when not treated correctly. **Objective:** to report the case of a patient with DM, describe the disease and determine associated clinical features through a literature review and narrative. **Method:** literature review, carried out through research in scientific data PubMed, Medline, Lilacs and Scielo. Scientific articles containing the following descriptors will be included: Dermatomyositis, Autoimmune Disease, Autoimmune Cutaneous Erythema and Autoantibodies, from the last 7 years (2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021). For the case report, the clinical history, test results, review and copy of the medical record and interview with the patient were used as sources of information. **Case report:** male, 59 years old, Brazilian descent, presenting clinical manifestations of swelling in the joints, erythema in the ventral and dorsal region of the hands and face, in addition to difficulty flexing the phalanges and pulmonary fibrosis. Through the propaedeutic carried out in the investigation, arrived at the diagnosis of DM. He was treated with Azathioprine and is currently asymptomatic. **Conclusion:** DM is a disease with variable clinical characteristics and poor prognosis if not properly treated. The present study identified that the most relevant clinical manifestation of DM in patients under study were dermatological alterations, mainly cutaneous, however, after initiating treatment, the patient presented a favorable evolution, being currently asymptomatic, which proves the importance of a diagnosis and discussion about the disease.

Keywords: Dermatomyositis, Autoimmune Disease, Autoimmune Cutaneous Erythema, Autoantibodies.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Ignacio; MATAMALA, Jose Manuel; JARA, Paula; PINO, Francisca; GALLARDO, Alejandra; VERDUGO, Renato. Miopatías inflamatorias idiopáticas: una mirada actualizada al diagnóstico y el manejo. **Revista médica de Chile**, v. 147, n. 3, p. 342-355, 2019.

ALVES, Samara Pereira, SILVA, Marilda Guimaraes; BORGES, Isabela Bruna Pires; SHINJO, Samuel Katsuyuki. Patients with pure dermatomyositis/polymyositis and anti-PM/Scl autoantibody resembling anti-synthetase syndrome. **MedicalExpress**, v.5, 2018.

ANDRADE, Vanessa Posener de; SOUZA, Fernando Henrique Carlos de; PINTO, Gustavo Luiz Behrens, SHINJO, Samuel Katsuyuki. The relevance of anti-Jo-1 autoantibodies in patients with definite dermatomyositis. **Advances in Rheumatology**, v. 61, 2021.

BAE, Sangmae Sharon; LEE, Yuen Yin; SHAHBAZIAN Ani; WANG, Jennifer; MERIWETHER, David; GOLUB, Ilana et al. High-density lipoprotein function is abnormal in idiopathic inflammatory myopathies. **Rheumatology**, v. 59, n. 11, p. 3515-3525, 2020.

BOGDANOV, Ivan; KAZANDJIEVA, Jana; DARLENSKI, Razvigor; TSANKOV, Nikolai. Dermatomyositis: current concepts. **Clinics in dermatology**, v. 36, n. 4, p. 450-458, 2018.

BOLKO, Loïs; GITIAUX, Cyril; ALLENBACH, Yves. Dermatomyosites Nouveaux anticorps, nouvelle classification. **médecine/sciences**, v. 35, p. 18-23, 2019.

DEVEZA, Leticia Miranda Alle; MIOSSI Renata; SOUZA, Fernando Henrique Carlos; SHIMABUCO, Andrea Yukie; FAVARATO, Maria Helena Sampaio; GRINDLER, José et al. Electrocardiographic changes in dermatomyositis and polymyositis. **Revista brasileira de reumatologia**, v. 56, p. 95-100, 2016.

DOURMISHEV, Lyubomir A. Inflammatory myopathies with cutaneous involvement: from diagnosis to therapy. **Folia medica**, v. 59, n. 1, p. 7, 2017.

GALVÃO, Cristina Maria. Revision integradora: método de investigación para la incorporación de evidencias en la salud y la enfermería. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

ER, Grill; RG, Rosa; RH, Bento; MJA, Rostirolla; AJS, Alfieri; MF, Pinto. DERMATOMIOSITE E HIV: RELATO DE CASO. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 57, p. S230, 2017.

HOZUMI, Hironao; FUJISAWA, Tomoyuki; NAKASHIMA, Ran; JOHKOH, Takeshi; SUMIKAWA, Hiromitsu; MURAKAMI, Akihiro et al. Comprehensive assessment of myositis-specific autoantibodies in polymyositis/dermatomyositis-associated interstitial lung disease. **Respiratory medicine**, v. 121, p. 91-99, 2016.

KISHABA, Tomoo; MCGILL Rita; NEI Yuichiro; IBUKI Sachi; MOMOSE Masashi; NISHIYAMA Kenta *et al.* Clinical characteristics of dermatomyositis/polymyositis associated interstitial lung disease according to the autoantibody. **The Journal of Medical Investigation**, v. 65, n. 3.4, p. 251-257, 2018.

LI, Danyang; TANSLEY, Sarah L. Juvenile dermatomyositis—clinical phenotypes. **Current rheumatology reports**, v. 21, n. 12, p. 1-7, 2019.

LOIO, Marisa; SALGUEIRO, André; CRUZ, Helena. Dermatomiosite juvenil—papel do médico de família na abordagem de uma doença rara. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-8, 2017.

LONG, Kathryn; DANOFF, Sonye K. Interstitial lung disease in polymyositis and dermatomyositis. **Clinics in chest medicine**, v. 40, n. 3, p. 561-572, 2019.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; MIOSSI, Renata; SOUZA, Fernando Henrique Carlos de; SHINJO, Samuel Katsuyuki. Could C-reactive protein and erythrocyte sedimentation rate support monitoring of dermatomyositis and polymyositis activity?. **MedicalExpress**, v. 4, 2017.

PONCE, Ym; ZALAZAR, Mm; COELLO, Ad Garcia; RILLO, Ol. Serie de casos clínicos de pacientes con Miopatía inflamatoria idiopática y Enfermedad pulmonar intersticial del registro de Miopatías inflamatorias idiopáticas de la Sociedad Argentina de Reumatología. **Rev. argent. reumatol.(Enlínea)**, p. 12-17, 2020.

QUDSIYA, Zainab; WASEEM, Muhammad. Dermatomyositis: Continuing Education Activity. **StatPearls publishing LLC**. v. 4. n. 7. p 720-725. 2022.

ROHEKAR, Gina; KATCHMART Wanruchada; TESSIER, Josiane Bourre; DONKA, Timea; DROUIN, Julie; BYKERK Vivian *et al.* Dermatomyositis. **Canadian Medical Association. Journal**, v. 191, n. 12, p. E340-E340, 2019.

SASAKI, Hirokazu; KOHSAKA, Hitoshi. Current diagnosis and treatment of polymyositis and dermatomyositis. **Modern rheumatology**, v. 28, n. 6, p. 913-921, 2018.

SCHMIDT, Jens. Current classification and management of inflammatory myopathies. **Journal of neuromuscular diseases**, v. 5, n. 2, p. 109-129, 2018.

SENA, Paolo; GIANATTI, Andrea; GAMBINI, Daniele. Dermatomyositis: clinicopathological correlations. **Giornale italiano di dermatologia e venereologia: organo ufficiale, Societa italiana di dermatologia e sifilografia**, v. 153, n. 2, p. 256-264, 2018.

TANIZAWA, Kiminobu; HANDA, Tomohiro; NAKASHIMA, Ran; KUBO, Takeshi; HOSONO, Yuji; WATANABE, Kizuko *et al.* The long-term outcome of interstitial lung disease with anti-aminoacyl-tRNA synthetase antibodies. **Respiratory medicine**, v. 127, p. 57-64, 2017.

APÊNDICE 1

Figura 1: Lesões de pele de rachados e eritema em polegares das mãos esquerda e direita do paciente do relato de caso. Fonte: os autores.



APÊNDICE 2

Quadro 1: Resultados dos exames laboratoriais e principais informações do laudo da espirometria e tomografia de tórax do paciente. Fonte: os autores.

HEMOGRAMA	HEMÁCIAS NORMOCÍTICAS E NORMOCRÔMICAS. SEM ALTERAÇÕES.
PCR	4.5 mg/L
VHS	5 mm
UREIA	35 mg/dl
CREATININA	0,77 mg/Dl
TGO/AST	15 U/l
TGP/ALT	18 U/l
GGT	20 U/l
CPK	721 U/L
ALDOLASE	6 U/l
GLICEMIA DE JEJUM	97 mg/dl
HEMOGLOBINA GLICADA	6.0 %
ESPIROMETRIA	NÃO HOUE VARIAÇÃO SIGNIFICATIVA DE VOLUME (CVF) E DE FLUXO (VEF1). ESPIROMETRIA NORMAL.
TOMOGRAFIA DE TÓRAX	ACHADOS DE PNEUMONIA INTERSTICIAL CRÔNICA FIBROSANTE INESPECÍFICA. OPACIDADES EM VIDRO FOSCO.
PESQUISA DO ANTICORPO ANTI-MI2	REAGENTE
PESQUISA DO ANTICORPO ANTI-MDA5	REAGENTE

APÊNDICE 3

Informações acerca da classificação das revistas

Título da revista	Dados da revista
THE JOURNAL OF RHEUMATOLOGY	Qualis A3
MEDICALEXPRESS	Qualis B1
ADVANCES IN RHEUMATOLOGY	Qualis C
REVISTA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA	Qualis B2
REVISTA MEDICA DE CHILE	Qualis A4
REVISTA ARGENTINA DE REUMATOLOGIA	Qualis B4
MODERN RHEUMATOLOGY	Qualis B1
CURRENT RHEUMATOLOGY REPORTS	Qualis A3
CLINICS IN DERMATOLOGY	Qualis A2
FOLIA MEDICA	Qualis B1
RHEUMATOLOGY	Qualis A1
RESPIRATORY MEDICINE	Qualis A1
THE JOURNAL OF MEDICAL INVESTIGATION	Qualis A3
MÉDECINE/SCIENCES	Qualis B1
TEXTOS E CONTEXTOS	Qualis A1
REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	Qualis B5
CLINICS IN CHEST MEDICINE	Qualis B3
CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL	Qualis A3
JOURNAL OF NEUROMUSCULAR DISEASES	Qualis B4
GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	Qualis B2

APÊNDICE 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DESTINADO AO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Título da pesquisa: DERMATOMIOSITE CUTÂNEA COM MANIFESTAÇÃO ERITEMATOSA: RELATODE CASO E REVISÃO DE LITERATURA.

Pesquisador Responsável: Giani Martins Garcia

Telefone(s) de contato: (31) 99713-0804

E-mail: giani.garcia@univaco.edu.br

Período total de duração da pesquisa: julho 2021 a agosto 2022.

1. Você _____ está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa nesta instituição.
2. O propósito da pesquisa é relatar o caso clínico de um paciente com dermatomiosite e os resultados da intervenção, revisar a literatura sobre o assunto.
 3. Sua participação envolverá autorizar a utilização de dados clínicos, resultados de exames e imagens fotográficas do caso clínico de seu filho que se encontram em ficha de prontuário médico para finalidades científicas “Relato de caso”;
 4. Se concordar em participar do estudo, os riscos ou desconfortos previstos durante a realização dos procedimentos são: possível constrangimento ao responder as perguntas. Não há risco de morte ou lesão;
 5. Sua participação na pesquisa, não acarretará nenhum preconceito, discriminação ou desigualdade social;
6. Sua participação na pesquisa não envolve um benefício direto. Entretanto ao participar da mesma você estará contribuindo na área das pesquisas científicas, levando incentivo aos profissionais e esperança aos pacientesportadores dessa patologia, além de relatar um tratamento bem sucedido de Dermatomiosite.
 7. Os resultados deste estudo podem ser publicados, mas seu nome ou identificação não serão revelados;
 8. Quaisquer dúvidas que você tiver em relação à pesquisa ou à sua

participação, antes ou depois do consentimento, serão respondidas pela pesquisadora responsável Giani Martins Garcia.

9. Concordo com a utilização de imagens feitas a partir de minha participação, desde que estas sejam apenas para fins científicos e sem identificação pessoal.

10. Esta pesquisa foi aprovada sob registro de Protocolo nº _____

Ofício _____ pelo Comitê de Ética em pesquisa em Seres Humanos do Unileste MG que funciona no Bloco U, sala 309, Campus I do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais, localizado à Avenida Presidente Tancredo Neves, 3500 - Bairro Universitário — Coronel Fabriciano — MG — CEP 35170-056 — Telefone: 3846- 5687. Assim, este termo está de acordo com a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996, para proteger os direitos dos seres humanos em pesquisas. Qualquer dúvida quanto aos seus direitos como sujeito participante em pesquisas, ou se sentir que foi colocado em riscos não previstos, você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa para esclarecimentos;

Li as informações acima, recebi explicações sobre a natureza, riscos e benefícios do projeto. Comprometo-me a colaborar voluntariamente e compreendo que posso retirar meu consentimento e interrompê-lo a qualquer momento, sem penalidade ou perda de benefício.

Ao assinar este termo, não estou desistindo de quaisquer direitos meus. Uma cópia deste termo me foi dada.

Local e Data _____

Assinatura do sujeito _____

Assinatura do pesquisador _____