



Para além do diagnóstico!

Verónica Colaço,* Patrícia Morgado**

Introdução: A Dermatomiosite é uma doença inflamatória auto-imune dos músculos e da pele, de causa desconhecida, que se caracteriza por fraqueza muscular proximal e simétrica e exantema cutâneo típico.

A forma de apresentação pode ser incaracterística e insidiosa o que dificulta o diagnóstico de suspeição e referência pelo médico de família.

Descrição do caso: Relata-se um caso de uma mulher de 35 anos cujo quadro se instalou, de forma subaguda, ao longo de quatro meses. Apresentou inicialmente sintomatologia respiratória à qual se foram associando gradualmente manifestações sistémicas (febre, astenia, emagrecimento) e musculo-esqueléticas (artralgias, mialgias, diminuição da força muscular proximal). As lesões cutâneas surgiram 6 meses após o início dos sintomas e depois do estabelecimento do diagnóstico.

Comentário: Pretende-se ao apresentar o caso de uma patologia rara e incapacitante, abordar alguns aspectos onde o Médico de Família pode desempenhar um papel fundamental, nomeadamente no diagnóstico de suspeição e referência, vigilância de complicações, efeitos secundários da medicação e na abordagem holística do indivíduo e sua família.

Palavras-chave: Dermatomiosite; Cuidados Primários de Saúde.

INTRODUÇÃO

A Dermatomiosite (DM) é uma patologia rara com uma incidência anual de 5 a 10 casos por milhão de habitantes, predominando no sexo feminino.¹

Apresenta uma distribuição bimodal com 2 picos de incidência: o primeiro na infância e o segundo entre 4.^a e 6.^a décadas de vida. Esta última pode-se dividir em DM primária ou idiopática (maioria dos casos), DM associada a neoplasia e DM associada a doenças do tecido conectivo (síndromes de sobreposição).²

É uma doença inflamatória auto-imune dos músculos e da pele, de causa desconhecida, que se caracteriza por fraqueza muscular proximal e simétrica e exantema cutâneo típico (exantema heliotrópico, papulas de *Gottron*, eritema nas áreas de fotoexposição).

A miosite afecta sobretudo os músculos das cinturas pélvica e escapular e os flexores anteriores do pescoço, evoluindo em semanas ou meses. Geralmente são atingidos inicialmente os membros inferiores, depois os superiores e mais tarde os flexores do pescoço.³

Os doentes relatam dificuldade em levantar-se da cadeira, subir escadas, levantar objectos, pentear os cabelos.³

Podem estar presentes outras manifestações, em graus variáveis: sistémicas (febre, astenia, emagrecimento, artralgias, fenómeno de *Raynaud*), esofágicas, cardíacas, renales e pulmonares.³

O diagnóstico definitivo é baseado em critérios clínicos (exantema e a fraqueza muscular) associados a critérios analíticos (elevação enzimas musculares esqueléticas séricas, evidência de inflamação crónica na biópsia muscular e tríade electromiográfica característica).¹

É uma patologia abordada no âmbito de diversas áreas das ciências médicas, no entanto, os especialistas em Medicina Geral e Familiar são muitas vezes os primeiros a contactar com os sintomas iniciais atípicos e a ter que realizar o diagnóstico de suspeição que nem sempre é fácil.

Relata-se o caso de uma mulher de 35 anos com Dermatomiosite, cujo quadro se instalou, de forma insidiosa, ao longo de quatro meses. Pretende-se com a sua apresentação abordar alguns problemas com que o Médico de Família se depara perante uma entidade clínica complexa, nomeadamente: no diagnóstico de suspeição, momento de referência, vigilância de complicações e efeitos secundários da medicação ou da doença e as repercussões na vida do doente e no equilíbrio familiar.

*Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar. Centro de Saúde de Vagos.

**Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar. Centro de Saúde de Aveiro.



dispneia para médios esforços e febre de 38°C, com picos de 8 em 8 horas que cediam aos antipiréticos. Por agravamento da dispneia, que a incapacitava de realizar a sua actividade laboral, procurou o médico de assistente na fábrica onde trabalha, que lhe pediu a radiografia do tórax que trazia consigo. Também refere dificuldade na realização das actividades domésticas que exigem mais esforço como a limpeza. No entanto, conta com a ajuda do marido, da irmã e da sogra o que minimiza o impacto na sua vida.

No exame destaca-se na auscultação pulmonar diminuição do murmúrio vesicular e ferveores crepitantes na base direita. Apresenta um aspecto cansado e fragilizado, embora sempre com uma atitude positiva perante a sua debilidade. Mantém o mesmo peso, 70 kg.

A radiografia mostra «... obstrução do seio costo-frénico direito por opacidade heterogénea...».

É colocada a hipótese diagnóstica de pneumonia da base direita e mantém a terapêutica introduzida no dia anterior (amoxicilina e ácido clavulânico; acetilcisteína; paracetamol).

É explicado que é importante para a recuperação uma alimentação variada, ingestão de líquidos e repouso. É passado o certificado de incapacidade temporária, são pedidas análises (hemograma, VS, transaminases e PCR) e marcada nova consulta.

21 de Outubro

Comparece a consulta programada, já não apresenta febre, mantém tosse sem expectoração e refere dispneia para esforços moderados (subir escadas, limpeza da casa), astenia, anorexia. Refere que o apoio e ajuda da família na realização das tarefas domésticas tem sido fundamentais para manter o equilíbrio familiar e diminuir o impacto na vida da sua filha. Está preocupada com o facto de não conseguir trabalhar e nos problemas que podem advir, não só laborais como económicos.

Apresenta-se ansiosa, com aspecto debilitado, palidez cutânea, hidratada, peso 69 kg, normotensa, apirética, taquipneica. Mantém as alterações na auscultação pulmonar, sem outras alterações no exame físico, nomeadamente adenopatias e lesões cutâneas.

Nas análises apresenta transaminases elevadas (TGO-116; TGP-123) situação já conhecida e com valores mais baixos do que apresentava em Setembro. (Quadro I).

Perante o agravamento da sintomatologia e da manu-

tenção das alterações à auscultação é explicado que a infecção poderá a estar ser provocada por uma bactéria mais resistente e que irá iniciar outra terapêutica. Durante esta fase deverá permanecer sem trabalhar, realizar o mínimo de actividade física, alimentar-se correctamente e ingerir muitos líquidos.

É medicada com claritromicina, pedida radiografia do tórax, marcada nova consulta e mantém incapacidade para o trabalho.

8 de Novembro

Comparece a consulta programada, mantendo a tosse seca, dispneia para médios esforços, astenia, emagrecimento não quantificado, artralguas nos joelhos e punhos de carácter mecânico e mialgias generalizadas. Está muito ansiosa e deprimida por não estar melhor e não poder retomar a sua actividade laboral e de depender de terceiros para a cuidar da filha e da casa.

No exame físico de destacar o emagrecimento de 1 kg desde a última consulta, (peso actual 68kg) mantendo aspecto debilitado e as alterações auscultatórias. Traz nova radiografia do tórax que mostra resolução do quadro infeccioso.

É explicado que até esclarecimento da patologia e melhoria do quadro clínico deverá ter uma alimentação diversificada e manter repouso, evitar esforços físicos, nomeadamente na realização das tarefas domésticas, aproveitando o apoio dos familiares para a sua realização.

São pedidas novas análises, (transaminases, VS, factor reumatóide, serologia para citomegalovirus, *Epstein Barr*, *Brucella*, pesquisa e cultura de bacilo de *Kock* na expectoração), marcada consulta para reavaliação e renovada incapacidade para o trabalho.

19 de Dezembro

Vem a consulta programada e traz os exames pedidos que não mostram nenhuma alteração significativa (Quadro I). **Mantém tosse seca, sem expectoração e dispneia para pequenos esforços. Refere gonalgias e artralguas na região sagrada e punhos, com agravamento vespertino, sem rigidez matinal, sem edema nem deformação articular. Refere alívio com a toma de diclofenac e agravamento com a actividade física.**

Apresenta mialgias generalizadas, com discreta fraqueza muscular proximal a nível dos membros inferiores, da cintura pélvica, com dificuldade em subir escadas, le-



QUADRO I. Evolução dos principais resultados analíticos C.S.

	C.S. 17-8-05	C.S. 17-09-05	C.S. 14-10-05	C.S. 13-12-05	H1 02-02-06	H1 20-02-06	H2 21-03-06	C.S. 09-05-06	H2 16-08-06
Hb(mmol/l)			13,4	13,7			13,5	13,6	14,5
Leucócitos (Gpt/ l)			6,6	5,8			9,0	6,6	8,4
V.S.(mm/h)			15	18	11				
TGO (μkat/l)	62	132	116	116	80	68	54	31	22
TGP (μkat/l)	64	140	123	126	128	61	69	38	23
GGT (μkat/l)		10	13					15	
CPK (μkat/l)					1753	1672	115	535	268
LDH (μkat/l)					606	568	465	265	200
Aldolase (μkat/l)					38		27		
ANA `s(μkat/l)					(*)				
RA test (kU/l)				Negativo					
anti-estrepto- lisina(g/l)				90					
Waller-Rose(g/l)				Negativo					
R.Wright(g/l)				Negativo					
Ac CMV(g/l)				IgG e IgM negativos					
AcEpstein Barr(g/l)				IgG e IgM negativos					

Legenda quadro I: C.S.- Centro de saúde; H1- Hospital de referencia; H2- Hospital Central
(*) – padrão granular fino denso ++, padrão nucleolar + + + +, padrão nuclear + + + +

vantar-se da cadeira. Refere emagrecimento desde a última consulta, tendo emagrecido desde o início do quadro 4 kg (peso actual 66 kg).

Apresenta queixas depressivas: astenia, alteração do ritmo do sono, humor deprimido, «falta de ânimo» (sic), tristeza e choro fácil.

Está muito preocupada com o desenrolar da situação e com o facto de estar muito dependente da família não só financeiramente, mas especialmente para tomar conta da filha, do marido e da sua casa. O marido tem dado muito apoio e tem sido compreensivo com a situação, «eu gostava de fazer mais...» (sic).

É ponderada a necessidade de uma consulta de Reumatologia para esclarecimento do quadro. Aproveitando o facto que a Sra. M. ter marcada uma consulta de Dermatologia para vigilância de nevos na semana seguinte, escreve-se uma carta a relatar a evolução do quadro, no sentido de uma referenciação mais rápida para a Reumatologia.

É medicada com paroxetina 20 mg 1 id, alprazolam 0,5 mg 1id, diclofenac 50 mg 3 id, paracetamol 1000 3id., renovada incapacidade para o trabalho e marcada nova consulta. Deverá manter repouso e alimentação variada.

23 de Janeiro 2006

Comparece a consulta programada com ligeira melhoria da insónia e dos sintomas depressivos, mas com agravamento das queixas musculoesqueléticas. Refere diminuição da força nos membros inferiores e superiores (dificuldade em subir escadas, dificuldade em erguer-se da posição sentada, dificuldade em pentear-se e em abotoar o *soutien*). Neste momento está dependente de terceiros para a maioria das actividades diárias: higiene, vestir. Não consegue realizar as tarefas domésticas básicas, necessitando de apoio permanente da família.

A deambulação pela casa é difícil apesar desta ter apenas um piso, quando é necessário sair não o consegue fazer a pé, necessita sempre de utilizar o carro. Apresenta di-



ficuldade em sair e entrar no carro e só conduz quando tem que realizar viagens de curta duração, por exemplo para levar a filha à escola.

Refere ainda astenia, anorexia e emagrecimento cerca de 7Kg nos últimos 4 meses, passou de 70 para 63 kg.

No exame destaca-se o aspecto emagrecido e diminuição da força muscular proximal nos membros inferiores (grau 3) e superiores (grau 4).

Está bastante preocupada com a sua situação actual, revela que a dermatologista fez o pedido de consulta de Reumatologia, mas que ainda não foi chamada.

Após longa conversa e ponderação de várias hipóteses ela opta por marcar consulta urgente com especialista em Medicina Interna no consultório privado. Faz-se carta para levar à consulta relatando a evolução do quadro clínico e os exames efectuados.

Alguns dias depois a sogra utente da mesma Médica de Família comparece em consulta e relata que a Sra. M.M está internada no serviço de Medicina Interna do Hospital de referência para estudo.

31 de Janeiro a 22 de Fevereiro

Segundo o relatório de alta, após 23 dias de internamento é estabelecido o diagnóstico de Dermatomiosite com fibrose pulmonar. Neste período surgiram lesões cutâneas eritematosas sobre os joelhos e interfalângicas proximais e iniciou disfagia para sólidos.

Dos exames realizados que constam do relatório salienta-se: elevação das enzimas musculares (Quadro I); ANA's com padrão granular fino denso ++, padrão nucleolar +++++, padrão nuclear +++++; biópsia muscular compatível com dermatomiosite; broncofibroscopia, provas de função ventilatória e ecocardiograma compatíveis com fibrose pulmonar.

Tem alta medicada com prednisolona 60 mg id, azatioprina 50 mg id, omeprazol, carbonato de cálcio, colecalciferol e ácido alendróico.

Fica com consulta de Reumatologia agendada para 7 de Fevereiro.

Após o diagnóstico

Manteve seguimento regular em consultas de Reumatologia. Por ausência de melhoria clínica e laboratorial (CPK e aldolase elevados) com a terapêutica instituída inicialmente, foram necessários internamentos em Hospital

Central, para realização de 6 pulsos mensais de ciclofosfamida.

Posteriormente iniciou terapêutica de manutenção com prednisolona e azatioprina, cujas doses foram reajustadas de acordo com a melhoria/ agravamento da sintomatologia e das alterações analíticas (CPK e aldolase).

Dois meses após o diagnóstico iniciou diplopia horizontal, em decúbito, mais acentuada ao acordar e que está associada à Dermatomiosite, sendo seguida em consultas de Neuroftalmologia.

Após o estabelecimento do diagnóstico verificou-se uma constante troca de informação entre os vários profissionais de saúde intervenientes, MF, Reumatologista, Neurologistas, Oftalmologistas e Medicina do Trabalho.

A Sra. M. manteve seguimento regular em consultas com o seu Médico de Família, mostrando-se preocupada com o futuro e com a sua incapacidade, mas aliviada por saber qual era o seu problema e por estar a receber o tratamento adequado.

Nessas consultas era avaliada regularmente a sintomatologia presente, a limitação funcional associada, bem como as repercussões na sua vida pessoal e familiar.

Apesar da terapêutica instituída e da melhoria dos sintomas, manteve sempre fraqueza muscular proximal, com limitação do desempenho das actividades de vida diária, nomeadamente nas actividades domésticas e incapacidade de reinício da actividade laboral na fábrica de porcelanas.

Foi estabelecido contacto com o médico de Medicina do Trabalho no sentido de poder haver um ajuste da actividade laboral às limitações da Sra. M.M.M.. Por incapacidade de resposta por parte da entidade laboral, o certificado de incapacidade temporária foi sendo renovado até que lhe foi atribuída Pensão de Invalidez no final de 2008.

Em 2009, frequenta um curso de pintura e outro de informática. Estas actividades permitiram que ocupasse o seu tempo livre de uma forma lúdica, adquirindo novas competências e melhorando a sua auto estima.

Para avaliação das repercussões da Dermatomiosite no equilíbrio familiar, realizou-se avaliação da dinâmica em diferentes momentos. Numa primeira abordagem, após o estabelecimento do diagnóstico e através do uso de vários métodos (genograma, Psicofigura de *Mitchell*, Círculo de *Thrower*, Apgar familiar de *Smilkstein*, ciclo de vida familiar de *Duwall*, linha de vida de *Medalie*). (Figuras 1, 2



e Quadro II). Nessa altura a família mostrou-se funcional, servindo como complemento terapêutico.

Nos momentos de agravamento da doença fizeram-se novas reavaliações utilizando-se apenas alguns métodos (Psicofigura de *Mitchell* e Apgar familiar de *Smilkstein*), não se tendo verificado alterações nos resultados obtidos, mantendo-se a família funcional e servindo de apoio nos momentos de maior dificuldade.

Um dos aspectos abordados pelo MF inicialmente, foi a contracepção e os riscos de uma gravidez. Após conversa com a Sra. M. e com Reumatologista e tendo em conta a subida das transaminases associada a toma de contraceptivos orais hormonais, foi decidida a colocação de um dispositivo intra-uterino de cobre. Manteve consultas semestrais de Planeamento familiar.

Os sintomas depressivos foram desaparecendo progressivamente associados à melhoria clínica.

COMENTÁRIO

No caso descrito, a Dermatomiosite foi-se manifestando de forma incaracterística e insidiosa ao longo de seis meses. A sintomatologia respiratória e sistémica foi predominante numa fase inicial, precedendo as queixas musculoesqueléticas e as lesões cutâneas.

O comprometimento do aparelho respiratório constitui a manifestação visceral mais importante da Dermatomiosite, quer pela sua gravidade, quer pela frequência com que se manifesta, podendo representar a característica predominante da doença.^{4,5}

As manifestações cutâneas são extremamente úteis para a suspeição clínica e diagnóstico precoce de Dermatomiosite, no entanto, estas podem surgir entre 51 meses antes e 14 meses após o envolvimento muscular.⁶

Com o desenrolar do quadro, as queixas musculoesqueléticas tornaram-se preponderantes, o que facilitou a suspeição clínica e a referenciação para um estudo mais exaustivo em meio hospitalar.

De salientar que a elevação das transaminases, dado importante para o estabelecimento do diagnóstico, foi desvalorizada por ser uma situação habitual, sempre que a doente tomava alguns fármacos, tal como se verificou em Agosto, quando esteve medicada com fluconazol (Quadro I).

O diagnóstico de Dermatomiosite com fibrose pulmonar, foi estabelecido após internamento em meio hospitalar. Contudo, tendo em conta a ausência de manifesta-

ções cutâneas o diagnóstico mais correcto seria inicialmente de Polimiosite, segundo a classificação de Euwer e Sontheimer.⁶

As doenças do foro reumatológico como a Dermatomiosite, estão associadas a elevado impacto social e financeiro, causando incapacidade física e funcional que afecta a qualidade de vida do doente e da sua família.⁷

Neste caso a avaliação da qualidade de vida não foi esquecida, embora não tenham sido utilizados questionários específicos por não existir consenso relativo ao seu uso nesta patologia. Foi realizada uma avaliação qualitativa tendo-se verificado durante vários meses repercussões importantes na realização de tarefas diárias relacionadas com o cuidado pessoal e da habitação. Nessa altura foi bastante importante o apoio que teve da família e amigos para a realização dessas actividades.

A partir do momento em que uma terapêutica mais agressiva foi instituída e que se verificou uma melhoria clínica e laboratorial, essas dificuldades foram sendo superadas, com melhoria gradual da sua qualidade de vida.

Apesar da melhoria clínica o reinício da actividade laboral como operária numa fábrica de cerâmica foi impossível. Não só pelas limitações decorrentes da Dermatomiosite e da fibrose pulmonar, como pela incapacidade da entidade patronal em adequar o seu trabalho às suas limitações.

O carácter permanente e progressivo das limitações levou a Sra. M.M.M. a recorrer ao pedido de reforma de invalidez. No entanto tem-se mantido ocupada com a realização de cursos de pintura e de informática.

Neste tipo de patologias, o Médico de Família deve desempenhar um papel importante não só perante o indivíduo doente, mas em especial em relação à família, contribuindo para antever e minimizar situações de crise que possam ter impacto negativo no seio familiar.

Deste modo foram utilizados após o diagnóstico e posteriormente repetidos em momentos de crise, alguns métodos de avaliação da dinâmica familiar, que foram demonstrando uma boa resposta aos problemas que foram surgindo (Figura 2, Quadro II).

No entanto estes métodos devem servir como um auxiliar mas não devem substituir a impressão clínica que advém do conhecimento do doente e da sua família e sempre que exista uma suspeição de possível crise esta deve ser investigada.

Relativamente ao doente, o papel do Médico de Famí-



lia estende-se a todas as fases e aspectos de vida, mantendo uma articulação eficaz entre os Cuidados Primários e Secundários, garantindo a troca de informação nos dois sentidos, assegurando sempre os interesses do seu paciente.

De referir que durante todo o processo houve uma excelente colaboração e troca de informação constante entre os profissionais de saúde envolvidos, bem como com a doente, tendo sido explicados vários aspectos relativos à doença.

Todos estes factores têm contribuído para a melhoria clínica e para a confiança que ela deposita em todos os técnicos de saúde que a tem seguido.

A paciente deve estar alertada para os efeitos secundários da terapêutica mais frequentes e que perante o seu surgimento deve consultar um médico.

Os indivíduos com esta patologia tem um risco de neoplasia 5 a 7 vezes superior à população geral.^{8,9,10,11} O MF deve estar atento a novas queixas e perante estas fazer uma avaliação completa.

Um aspecto que é necessário abordar, visto tratar-se de uma paciente jovem, sexualmente activa e que pretendia engravidar na altura em que surgiu a doença, é a contracepção.

É importante explicar que durante a fase activa é fundamental uma contracepção eficaz, pelos riscos que uma gravidez comportaria para o feto e para a mãe.

O método barreira, os contraceptivos hormonais com-

binados ou só com progestativo podem ser utilizados nestes casos sem contra-indicações.¹²

O uso de dispositivo intra-uterino é contra indicado em doentes a fazer terapêutica imunossupressora por muitos autores, pelo risco elevado de infecção.

Neste caso após ponderação e tendo em conta que os contraceptivos hormonais lhe provocavam elevação das transaminases, o dispositivo intra uterino de cobre foi o método escolhido, embora não sendo o mais adequado, considerou-se esta a melhor opção neste caso específico.

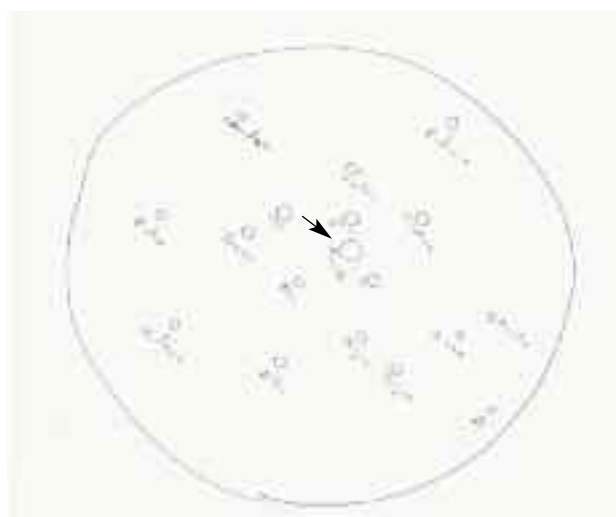


Figura 2. Círculo de Throwing. ➔ - doente com dermatomiosite

QUADRO II. Apgar familiar de Smilkstein

Funções da família	Grau de satisfação	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
Adaptação	Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família sempre que alguma coisa me preocupa	X		
Relação	Estou satisfeito com a forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema	X		
Crescimento	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o um estilo de vida		X	
Afecto	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar, amor	X		
Decisão	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família		X	
TOTAL		8 PONTOS		

8 pontos – Família altamente funcional



No entanto é fundamental que a doente mantenha consultas de planeamento regulares, realize citologia cervical anual e que se vigiem sintomas que possam indicar a existência de infecção intra-uterina ou pélvica.

Numa fase posterior poderá ser equacionada a hipótese de voltar a engravidar.^{13,14}

O Médico de Família não tem um papel facilitado no diagnóstico de entidades clínicas raras e complexas como a Dermatomiosite. É muitas vezes o primeiro a quem o doente recorre quando surgem os sinais e sintomas iniciais, muitas vezes incaracterísticos.

Quando procuram os Cuidados Secundários, o quadro típico já está instalado facilitando o diagnóstico.

Após o estabelecimento do diagnóstico o seu papel não se torna mais fácil, nem menos importante, pois tem que zelar não só pela saúde e bem estar do individuo doente como de toda a sua família, assegurando que o equilíbrio se mantém apesar do impacto que uma doença como a Dermatomiosite pode desempenhar na dinâmica familiar quer a nível social, económico, psicológico e funcional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gonçalves M, Silva G, Barros A, Rodrigues R, Caldeira P, Freitas L, et al. Dermatomiosite – dois casos clínicos. *Med Interna* 2007; 4: 206-13.
2. Cardoso A, Gonçalves C. Dois casos de dermatomiosite: tão iguais e tão diferentes. *Med Interna* 2009; 16: 117-23.
3. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson L, et al., editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 17 th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2008. p. 2696-703.
4. Takayasu V, Pastor E, Vendramini M, Yoshinari NH. Tratamento de dermatomiosite/polimiosite com pneumopatia intersticial com ciclofosfámi- da. *Rev Bras Reumatol* 1998; 38: 363-8.
5. Guimarães PN, Teixeira F, Gomides AP, Vignoli M, Carvalho WG, Silva ML, et al. Contribuição dos métodos de imagem na avaliação do envolvimento pulmonar na dermatomiosite. *Rev Bras Reumatol* 2003; 43: 240-3.
6. Sella EM, Weidebach WF. Dermatomiosite amiofática associada a fibrose pulmonar – relato de caso e artigo de revisão. *Rev Bras Reumatol* 1997; 37: 221-6.
7. Machado C, Ruperto N. Consenso em reumatologia pediátrica - parte II - Definição de melhora clínica para o lúpus eritematoso sistémico e dermatomiosite juvenil. *Rev Bras Reumatol* 2005; 45:14-9.
8. Gavi M, Pereira AM, Carvalho K, Paterline AC, Souza E. Manifestações reumatológicas do câncer: relato de caso e revisão de literatura. *Rev Bras Reumatol* 1997; 37: 348-54.
9. Ferreira MD, Abreu AC, Viana MA, Marie SK, Pereira RM, Neto EF. Dermatomiosite e Toxoplasmose. *Rev Bras Reumatol* 1999; 39: 346-8.
10. Graf CC, Kusharski LD, Neto FA, Tavares AG, Radominski SC. Dermatomiosite como síndrome paraneoplásico de carcinoma de pequenas células: relato de caso. *Rev Bras Reumatol* 1998; 38:306-8.
11. Cherin P, Chosidow O, Herson S. Polymyosites et dermatomyosites. *Ann Dermatol Venerol* 1995; 122 (6-7): 447-54.
12. Silva C, Leal MM, Febrônio M, Leal GN, Sallum A, Andrade J, et al. Gravidez em adolescentes com dermatomiosite juvenil. *Rev Bras Reumatol* 2005; 45:180-4.
13. Gutiérrez G, Dagnino R, Mintz G. Polimiyositis/dermatomyositis and pregnancy. *Arthritis Rheum* 1984 Mar; 27 (3): 291-4.
14. King CR, Chow S. Dermatomyositis and pregnancy. *Obstet Gynecol* 1985 Oct; 66 (4): 589-92.

CONFLITOS DE INTERESSE

As autoras declaram não possuírem conflitos de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Verónica Colaço
Rua Guiné Bissau nº 14 - 1º dto
3800 Aveiro
E-mail: vercolaco@yahoo.com

Recebido em 22/11/2006

Aceite para publicação em 14/12/2010

ABSTRACT

BEYOND THE DIAGNOSIS!

Introduction: Dermatomyositis is an inflammatory and autoimmune disease with unknown etiology. These disorder presents as symmetric, proximal muscle weakness and typical skin rash.

The first symptoms are uncharacteristic and can delay the clinical suspicion and referencing to secondary care.

Case description: Report the case, of a 35 years age woman whose disease installed throughout four months. Presenting initially with respiratory and systemic symptoms (fever, malaise, weight lost) preceding the muscle-skeletal (arthralgia, muscle weakness and pain). The skin rash appears after de diagnosis, 6 month later the first symptoms.

Comment: By reporting the case of a rare and disabling disease, we pretend to approach some aspects in which the Family Physician can play a key role. In clinical suspicion, referencing to secondary care, screening complications, secondary effects of treatment and approaching the individual and family as a whole.

Keywords: Dermatomyositis; Primary Health Care.