

## Trabalhos Científicos

**Título:** Dermatomiosite Juvenil: Revisão Clínica E Estudo De Caso

**Autores:** PIETRA SERRA DOS PASSOS (HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL),  
YANN PATERLINI MIYAMOTO (HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL)

**Resumo:** A dermatomiosite juvenil é uma doença inflamatória crônica que afeta pele e músculos estriados, mais comum em meninas, representando 16–20% dos casos em crianças. O início costuma apresentar sintomas inespecíficos como febre, mal-estar, anorexia, perda de peso e manifestações cutâneas, como o rash heliotropo (em pálpebras) e pápulas de Gottron (em articulações). A fraqueza muscular é simétrica e proximal, podendo haver artralgia, artrite transitória e mialgia. O diagnóstico segue os critérios de Bohan e Peter (1975), sendo provável com rash característico e dois critérios adicionais, e definitivo com rash e mais três critérios: fraqueza muscular proximal simétrica, alterações cutâneas típicas, elevação de enzimas musculares (CPK, TGO, LDH, aldolase), alterações em eletroneuromiografia e biópsia muscular com necrose e inflamação. Marcadores autoimunes são positivos em 41–75% dos casos, mas nem sempre disponíveis na prática clínica. Paciente L.C.I, 5 anos, sexo feminino, deu entrada no pronto-socorro com queixas de dor lombar, mialgia em membros superiores e quedas frequentes após brincar. A família também relatou queda de cabelo. Ao exame, apresentava pápulas de Gottron, rash heliotropo, diminuição de força muscular, marcha de base alargada, além de edema e limitação no cotovelo direito. Durante a internação, exames laboratoriais mostraram elevação de CPK (118), TGO (112) e DHL (751). A ENMG evidenciou padrão compatível com miopatia inflamatória. Radiografia revelou fratura oculta metafisária, sendo avaliada pela ortopedia, que recomendou uso de tipoia e seguimento ambulatorial. Diante dos achados, o diagnóstico de DMJ foi confirmado com base em rash típico, fraqueza muscular e alterações laboratoriais e de ENMG. A paciente iniciou tratamento com prednisolona (corticoide), metotrexato (imunossupressor) e ácido fólico, com seguimento pela reumatologia pediátrica. O tratamento envolve primeiramente medidas gerais com uso de proteção solar, dieta e hidratação corpórea adequada, pode ser realizado uso de fisioterapia para auxílio da força muscular. Em relação a medicação oral o corticoide auxilia a melhorar o prognóstico da doença podendo ser realizado tanto como via oral como em pulsoterapia endovenosa, de acordo com a gravidade de cada caso. O metotrexato pode ser administrado também tanto na forma oral como na forma subcutânea com sua associação conjunta com o ácido fólico, sendo o imunossupressor com maior utilização nos comprometimentos musculares. Pode ser utilizado também a hidroxicloroquina que possui melhor benefício cutâneo, a ciclosporina que pode ser a principal indicação em tratamento quando se possui úlceras cutâneas. Nos pacientes refratários pode ser benéfico o uso dos agentes biológicos (Rituximabe, anti-IL1, anti-TNF945,). A identificação precoce das manifestações clínicas cutâneas pelos pediatras é essencial para o diagnóstico precoce e evitar as possíveis complicações desta enfermidade.