

DERMATOPOLIMIOSITE

DERMATOPOLYMIOSITIS

Alanna Kerlen Costa Dias Ascalazan¹
Ascalazan Júlio Bartles Marcondes²
Gilberto Saldanha Cruz³
Gisdenilton Carlos Gonzaga Caetano⁴
Maria Eloisa da Silva Araujo⁵
Lívia Martins Moreira⁶
Adamar Nunes Coelho Júnior⁷

RESUMO: O presente trabalho irá falar sobre a Dermatopolimiosite, uma doença que até então é considerada uma doença autoimune, que acomete na maioria das vezes as mulheres, e é uma doença que acomete a musculatura dos membros inferiores e superiores, por ser de etiologia autoimune é uma doença que ainda não possui cura, mas com a ajuda de medicamentos e a fisioterapia os seus efeitos podem ser bastante reduzidos e a pessoa pode voltar a ter uma vida normal.

I INTRODUÇÃO

A Dermatopolimiosite (DM) pertence ao conjunto das miopatias inflamatórias idiopáticas com maior ocorrência no sexo feminino. Tem um comportamento heterogêneo e autoimune, e seu início é abrupto ou insidioso. (Mauriele Vieira, 2015)

A DM é uma desordem sistêmica de etiologia autoimune que afeta primariamente pele e músculos, mas também afeta outros órgãos. A DM leva a um quadro clássico de fraqueza muscular proximal simétrica e lesões cutâneas características, como o eritema de Heliotropo e as pápulas de Gottron. Além do quadro clínico, as alterações laboratoriais (enzimas musculares), anátomo patológicas e eletroneuromiográficas reforçam o diagnóstico. (Marcos Antônio S.Cristovam, 2010)

¹ Acadêmica do curso de Biomedicina da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP). Email: alannakerlen@yahoo.com.br

² Discente do curso de Biomedicina da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP). Email: ascalazan@hotmail.com

³ Discente do curso de Biomedicina da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP). Email: saldanhacruz@hotmail.com

⁴ Biomédico habilitado em Análises Clínicas pela Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP). Email: gisdeniltoncarlos@hotmail.com

⁵ Discente do curso de Biomedicina da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP). Email: maria123186@outlook.com

⁶ Discente do curso de Biomedicina da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP). Email: limamoreira@live.com

⁷ Professor orientador. Docente da Faculdade Única de Ipatinga (FUNIP). Email: adamarft@yahoo.com.br

A Dermatopolimiosite pode ser decorrente de um estado inflamatório crônico que afeta principalmente a musculatura estriada e pele. Diz-se somentepolimiosite, quando apenas a musculatura apresenta-se afetada, não havendo lesões cutâneas. Quando estas aparecem, temos um quadro de dermatomiosite. E suas características clínicas básicas incluem fraqueza muscular proximal e lesões pele. (Júlio Cesar Crus da Silva, 1986)

Grande parte dos indivíduos com Dermatopolimiosite apresentam dificuldade nas atividades de vida diárias, mesmo após iniciais a prática terapêutica. Pelo fato de ser uma doença que acomete a musculatura. (Bruna Knob, 2016)

Na sua fase inicial a DM acomete a musculatura de membros proximal limitando os movimentos, mas em sua fase avançada ela pode ser sistêmica onde acomete outros órgãos como pulmões, esôfago e coração, onde que, se não tratado leva o indivíduo a morte. (Rafaela Simon Myra, 2015)

1 CAUSAS

Sabendo-se que é uma doença crônica inflamatória, e de origem autoimune. Estão sendo realizadas diversas pesquisas, pois ainda não existe uma causa específica, acredita-se que possivelmente alguns vírus e variadas reações autoimunes realizam um papel muito importante no desenvolvimento da doença.

2 FISIOPATOLOGIA (TRANSMISSÃO)

O mecanismo imunológico de defesa detecta corpos estranhos e os atacam com o intuito de combatê-los, porém a Dermatopolimiosite altera o organismo fazendo com que o sistema de defesa passe a agredir a si próprio. Causando assim diversas alterações nas suas estruturas e funções.

3 PREVENÇÃO

Por se tratar de uma doença autoimune, não existe formas de preveni-las.

4 DIAGNÓSTICO

Acomete principalmente mulheres e em geral um público de 5 a 15 anos e 40 a

60 anos. É importante fazer um breve questionário ao paciente, para saberse está com dificuldades ao pentear os cabelos, escovar os dentes, se levantar de cadeiras, cama ou solo. É possível observar envolvimento da musculatura respiratória, é muito importante que seja registrado cada um dos achados. Também pode ser realizado diversos testes laboratoriais bioquímicos sendo os principais AST (TGO), ALT (TGP), GGP, DHL, VHS, proteína C reativa, dentre outros.

Os pacientes com suspeita de DM são importantes as avaliações da história clínica, exames físicos e laboratoriais. Todas as enzimas musculares devem ser pesquisadas, pois há casos em que apenas uma enzima se encontra alterada, sendo mais frequente o aumento da CK e da aldolase. (Vitor Manoel Silva dos Reis, 2008)

4.1 ENZIMAS MUSCULARES

São elas a creatinofosfoquinase (CK), alaninoaminotransferase (ALT), aspartatoaminotransferase (AST), desidrogenase láctica (DHL) e aldolase. A CK é a mais sensível para o diagnóstico de DM, pois ela pode elevar-se após exercício físico e trauma muscular, por isso ela não é considerada enzima específica para avaliação de miosite. Apesar disso, a CK será usada para monitorização da atividade da doença, pois seus valores se alteram com o grau de lesão muscular. No início da doença ela pode estar normal ou após grandes atrofia muscular, permanecendo inalterada em alguns pacientes durante todo o curso da DM. Em 95% dos pacientes em algum momento haverá o aumento nos níveis de CK. (Luciena Cegatto Martins Ortigosa, 2008)

4.2 AUTO ANTICORPOS

O que provoca a causa da produção de auto anticorpos permanece desconhecida. Sabe-se que a clivagem de antígenos durante a apoptose celular, principalmente por proteases como a granzima B, produz fragmentos únicos de antígenos com alto potencial para a formação de auto anticorpos. Estes podem ser classificados em específicos ou não para miosite. Entre os não específicos, em grande parte dos pacientes o fator antinuclear está positivo, sendo os títulos mais altos nos casos de DMDC. O anticorpo anti-RNP está presente quando há doença mista do tecido conjuntivo ou LE está relacionado à DM, e o anti PM-Scl quando é a esclerodermia a doença associada. Anticorpos anti-Ku podem

acompanhar DM associada à esclerodermia ou ao LE. Anticorpos miosite-específicos (MSAs) são encontrados em aproximadamente um terço dos casos

E ocorrem, com maior frequência, e estes não associados à malignidade. Esses anticorpos são direcionados a proteínas citoplasmáticas e a ácidos ribonucleicos envolvidos no processo de síntese proteica. Pode ser rara a expressão de mais de um tipo de MSA, sendo que geralmente precedem o aparecimento da miosite, podendo se correlacionar com atividade da doença, desaparecendo após a remissão. (Vitor Manoel Silva dos Reis, 2008)

4.3 ELETRONEUROMIOGRAFIA

Exame muito importante para diferenciação de processos que tem origem neural ou muscular. Em músculos comprometidos pela DM há uma formação de unidades motoras polifásicas de pequena amplitude, potenciais polifásicos de curta duração, descargas repetitivas e bizarras de alta frequência, ondas positivas pontiagudas e fibrilações musculares. Alguns pacientes apresentam alterações compatíveis com neuropatia à ENMG (eletromiografia), e, quando isso ocorre no início da doença, sugere-se associação com neoplasia. A ENMG é um teste sensível, porém não muito específico para DM. A combinação de alterações na ENMG e lesões cutâneas típicas permite um melhor diagnóstico de DM. (Luciana Cegatto Martins Ortigosa, 2008)

4.4 BIÓPSIA MUSCULAR

É realizada em músculos clinicamente afetados, em grande parte a musculatura proximal, sempre dando preferência para o músculo tríceps, pois o deltoide é afetado numa fase mais tardiamente. A histopatologia demonstra alterações características que são as combinações da atrofia de fibras musculares, principalmente do tipo II e perifasciculares, além de necrose, regeneração e hipertrofia de células musculares. Pode-se notar, nas biópsias musculares, a diminuição do número de linfócitos nos pacientes com DM. A linfopenia tem origem desconhecida e pode associar-se ao aumento da prevalência de neoplasia nesses pacientes.

A biópsia muscular será o exame mais importante para o diagnóstico de DM e para a exclusão de outras miopatias inflamatórias, como miosite por corpos de inclusão,

infecções parasitárias, toxoplasmose e sarcoidose. Pode estar normal em 10 a 15% dos casos. Por ser considerado exame invasivo, alguns médicos relutam em realizá-lo, comprometendo, com frequência, o diagnóstico da doença. (Vitor Manoel Silva dos Reis, 2008)

4.5 RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA

A RNM (ressonância nuclear magnética) será usada para guiar a biópsia muscular e para diagnosticar a doença quando as enzimas musculares estão normais. As alterações podem incluir edema subcutâneo e nos músculos, depósito de cálcio, infiltração gordurosa e atrofia dos músculos afetados. Existe um tipo de imagem altamente sensível e específico – o aumento dos sinais nos cortes realizados em T₂ na RNM – que permite a avaliação das estruturas musculares mais profundas, como os grupos musculares paraespinais. (Lucienacegatto Martins Ortigosa,2008)

5 SINTOMAS

Podem ser classificados como livres ou inespecíficos. Um dos mais citados e característicos possivelmente será proximal ou simétrico; iniciando dacintura pélvica e escapular, pode se manifestar também:

Febre frequente Manchas

avermelhadasPerda de

Peso

Fadiga

Dificuldade para engolir

Edema

Atrofia muscular

6 CURA

Não existe a cura, assim como variadas doenças autoimunes o tratamento é o meio mais eficaz para a diminuição de causas e melhor qualidade de vida.

7 TRATAMENTO

Existem dois tipos de tratamentos sendo eles o medicamentoso e o fisioterapêutico.

Pode se iniciar com glicocorticoide sistêmico, é recomendável principalmente para pacientes com prognóstico pouco evidente. O tratamento fisioterapêutico inicia para se restaurar as articulações atrofiadas e evitar novas atrofias. É um tratamento importante pois também ajuda a aliviar a dor ao respirar.

O tratamento deve ser iniciado imediatamente com glicocorticoide (GC) sistêmico. Deve-se informar aos pacientes de que a corticoterapia pode ter uma longa duração superior a 12 meses. Com uso de GC pode ter uma remissão da doença em aproximadamente 40% – 60% dos pacientes, embora mais de 80% apresentem algum grau de melhora clínica e laboratorial com o tratamento. (Hengstman GJ,2009)

É aconselhável a associação de imunossupressores à corticoterapia, principalmente para aqueles pacientes com fatores de mau prognóstico, pacientes esses que o tratamento com GC não tem sido muito eficiente. Azatioprina (AZA) e metotrexato (MTX) são considerados medicamentos de primeira linha como agentes poupadores de GC. (Miller ML,2009)

AZA tem sido utilizada em miopatias inflamatórias associada a GC. A associação de prednisona e AZA foi avaliada em ensaio clínico randomizado, duplo-cego, e comparada com prednisona e placebo em 16 pacientes com diagnóstico de PM (polimiosite).

Nos pacientes que não funcionou o tratamento com GC e imunossupressores, tem sido administrado o uso de imunoglobulina humana (IGH).

7.1 FÁRMACOS

- Prednisona: comprimidos de 5 e 20 mg.
- Metilprednisolona: pó para solução injetável de 500 mg.
- Azatioprina: comprimidos de 50 mg.
- Metotrexato: comprimidos de 2,5 mg; solução injetável 25 mg/ml.
- Ciclosporina: comprimidos de 10, 25, 50 e 100 mg; solução oral de 100mg/ml 50 ml.
- Ciclofosfamida: pó para solução injetável de 1 g.
- Imunoglobulina humana: frasco-ampola de 500, 1.000, 2.500, 3.000, 5.000 e 6.000 mg.
- Hidroxicloroquina: comprimidos de 400 mg.

8 PAPEL DO BIOMÉDICO

O papel do biomédico é atuar com ética, respeito e conhecimentos específicos para melhorar a expectativa de vida da população. Colaborar na prevenção e promoção da saúde por meio de coleta e armazenamento de material biológico para análise laboratorial e auxiliar no diagnóstico preciso e tratamento eficaz da doença para que haja uma melhora significativa do paciente. (BARRETO M. L. Os determinantes das condições de saúde das populações: qual o papel do sistema de saúde? Cad. Saúde Pública vol.20 suppl.2 Rio de Janeiro Jan. 2004.)

A Dermatopolimiosite é uma doença autoimune que não possui cura, mas possui tratamentos que podem auxiliar o paciente a voltar a ter uma rotina de vida melhor e mais saudável. Essa patologia afeta o músculo estriado causando atrofias, os órgãos como o pulmão que é afetado devido aos sintomas de fadiga e dificuldade de deglutição e a pele com o aparecimento de manchas avermelhadas e edemas. Com isso a realização de um acompanhamento estético e psicológico são necessários visando melhorar a autoestima do paciente para que ocorra uma aceitação e melhora considerável no tratamento da patologia, e o biomédico como profissional competente deve estar seguro

de que se trata de uma doença inflamatória do músculo para realizar os exames laboratoriais necessários como a realização de uma avaliação funcional pulmonar e o diagnóstico por imagem do pulmão para conclusões mais exatas iniciar o tratamento para evitar complicações como o desenvolvimento de uma insuficiência respiratória devido a resposta imunológica estar combatendo o próprio sistema. (Khan S, Christopher-Stine L. Polymyositis, dermatomyositis, and autoimmune necrotizing myopathy: clinical features. *RheumDis Clin North Am.* 2011;37(2):143-58.)

O profissional biomédico possui um papel de grande importância e é o suporte que o sistema de saúde necessita para trabalhar sempre com mais segurança nos campos da descoberta, prevenção, tratamento e diagnóstico que visam melhorar a expectativa de vida e a saúde pública. (CARVALHO, M.A. P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E. N. In: Vasconcelos, E. M. (org.) *A saúde nas palavras e nos gestos.* São paulo: Hucitec, 2001)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se então que a Dermatopolimiosite é uma patologia com causas ainda substancialmente desconhecidas que estão em estudo na área médica científica para que a provável causa seja comprovada e assim fazer com que os tratamentos sejam mais eficazes e conseqüentemente que uma cura seja desenvolvida.

Mas como a DM é uma patologia autoimune que ainda não possui prevenção e nem cura o fator mais eficiente está sendo o tratamento medicamentoso via oral ou intravenoso, a implementação da fisioterapia que auxilia na melhora da musculatura acometida e da coordenação motora e o acompanhamento feito pelo profissional da área da saúde como o biomédico para avaliar o quadro de regressão ou progressão dos sintomas por meios de exames laboratoriais para que sejam criados métodos e medidas que visam uma melhora na expectativa de vida do paciente.

REFERENCIAS

Fernanda Coimbra Pereira, Camila Makino Rezende, Samoara V. CorreaBarbosa *et al*;
DERMATOPOLIMIOSITE JUVENIL: RELATO DE CASO; Curso

de Medicina da Universidade Oeste do Paraná, 2010

Mauriele Vieira, Rafaela Simon Myra, Matheus Santos Gomes Jorge, Vinicius Dal Molin, Lia Mara Wibelinger; QUALIDADE DE VIDA E A FORÇA MUSCULAR EM UM INDIVÍDUO PORTADOR DE DERMATOPOLIMIOSITE; Arq. Cienc. Saúde, out-dez, 2015, 22(4) 22-25

Júlio Cesar Cruz da Silva, Jaime Luís Nardelli; DERMATOPOLIMIOSITE APRESENTAÇÃO DE UM CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA; TCC UFSC CM 0143; Florianópolis, novembro de 1986.

Debora Pereira Nobrega de Souza, Império Lombardi Junior; AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE AERÓBIA E EXERCÍCIOS RESISTIDOS EM PACIENTES COM DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE JUVENIL: REVISÃO DE LITERATURA; FisioterMov, 22(4):489-496, out/dez 2009.

Bruna Knob, Fernanda LorenzetBresolin, Leticia Bolzan, Dáfne Ribeiro, Lia Mara Wibelinger; ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NA DERMATOPOLIMIOSITE: UM RELATO DE CASO; Salão do conhecimento ciência alimentado o Brasil, 2016.

LucianaCegatto Martins Ortigosa, Vitor Manoel Silva dos Reis; Dermatomiosite; An Bras Dermatol. 2008;83(3):247-59.

Hengstman GJ, van den Hoogen FH, van Engelen BG. Treatment of the inflammatory myopathies: update and practical recommendations. Expert Opin Pharmacother. 2009;10(7):1183-90.

Joffe MM, Love LA, Leff RL, Fraser DD, Targoff IN, Hicks JE, et al. Drug therapy of the idiopathic inflammatory myopathies: predictors of response to prednisone, azathioprine, and methotrexate and a comparison of their efficacy. Am J Med. 1993;94(4):379-87.

Miller ML, Rudnicki SA. Initial treatment of dermatomyositis and polymyositis in adults [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2009 [cited 2010 May18]. Available

from: http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~v_wcVHBb7Mow&selectedTitle=1~150.

Claiton Viegas Brenol, João Carlos Tavares Brenol, Luiz Roberto de Fraga Bruschi, Bárbara Corrêa Krug e Karine Medeiros Amaral; Dermatômiosite e Polimiosite; Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, Portaria SAS/MS no 206, de 23 de abril de 2010. (Republicada em 27.08.10).