



CAMPINAS - SP  
08 A 11  
DE OUTUBRO  
2021



16º CONGRESSO  
BRASILEIRO DE  
CLÍNICA MÉDICA 2021

EVENTO  
HÍBRIDO  
PRESENCIAL E VIRTUAL

6º Congresso Internacional de  
Medicina de Urgência e Emergência

# DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL COMO ÚNICA MANIFESTAÇÃO DE MIOPATIA INFLAMATÓRIA: RELATO DE CASO

Marília Capitulino de Queiroz Neves<sup>1</sup>, Paulo Bernardo da Silveira Barros Filho<sup>2</sup>, Luísa Violet Jatobá Romeira<sup>3</sup>, Bruna da Mata Lucena<sup>1</sup>, Maria Eduarda Tenório de Siqueira<sup>1</sup>

1. Residente de Clínica Médica no Hospital Santa Casa de Misericórdia do Recife.

2. Preceptor da Residência de Clínica Médica no Hospital Santa Casa de Misericórdia do Recife. 3. Residente de Oncologia Clínica no Hospital do Câncer de Pernambuco.

## Introdução/Fundamentos

A miopatia inflamatória é uma classe rara de doenças sistêmicas caracterizada por inflamação do músculo esquelético, diferindo completamente em sua fisiopatologia e apresentação clínica, particularmente, em relação à presença ou ausência de manifestações extramusculares e envolvimento da pele e do pulmão.<sup>1</sup> A doença pulmonar intersticial (DPI) é uma complicação mais frequente de acometimento pulmonar e está diretamente relacionada com a morbimortalidade, responsável por 50% da mortalidade, sendo a primeira manifestação das miopatias inflamatórias em apenas 20% dos casos.<sup>2,3</sup>

## Objetivos

Este estudo se propõe a relatar o caso de uma paciente com história com diagnóstico de miopatia inflamatória com Doença Pulmonar Intersticial como única manifestação clínica na abertura do quadro durante investigação no Hospital Santo Amaro - Santa Casa de Misericórdia do Recife.

## Relato de caso

Paciente, sexo feminino, 43 anos, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica há 15 anos, com história de várias idas à emergência desde fevereiro de 2020, por quadro de dispnéia, que se tornou progressiva até os mínimos esforços, com alívio ao repouso, sem ortopneia ou dispnéia paroxística noturna associadas, além de tosse, com expectoração alaranjada ao acordar e sem melhora com uso de múltiplos esquemas antibióticos. Negava febre, perda de peso, linfonodomegalias, lesões na pele, fraqueza muscular e déficit de força. Referia artralgia em punhos, IFP e IFD e negava queixas de rigidez matinal, artrite, raynaud, disfagia, úlceras orais, xerostomia e xerofthalmia. Tinha exposição ao tabagismo passivo por 35 anos e forno à lenha por 4 anos e, relatou contato importante com fezes de morcego e pássaros 6 meses anteriores ao início do quadro clínico. A filha encontrava-se em tratamento para tuberculose ganglionar. Pai com diagnóstico de polimiosite que fazia acompanhamento em serviço de referência do estado. Dentre os exames complementares, tinha BAAR, RT-PCR Sars-CoV-2, complementos (C3, C4, CH50), marcadores sorológicos e de autoimunidade (incluindo anti-Jo-1, anti-SM, anti-scl-70, anti-DNA, anti-CCP, anti-Ro, fator reumatóide e FAN) negativos. Apresentava aumento de enzimas musculares como CPK 310 (VR 33-211 U/L), DHL 2107 (VR 120-246 UI/L) e aldolase 15 (VR < 7,6 U/L).

Tomografia de tórax com padrão de pneumonia intersticial não específica (Figura 1). Ecocardiograma transtorácico sem alterações e sem hipertensão da artéria pulmonar. Biópsia de pele negativa para esclerodermia. Espirometria com distúrbio restritivo acentuado sem resposta a prova com broncodilatador. Pela presença de pneumonia intersticial com características auto-imune foi iniciado tratamento com prednisona 60 mg/d. Durante evolução clínica, após 8 meses do quadro inicial, a paciente apresentou queixa de fraqueza muscular proximal e mialgia de leve intensidade em membros superiores após diminuição da dose de corticosteroide. Nesse contexto foi realizado eletroneuromiografia que evidenciou padrão de miopatia proximal em vastos medial e deltóide. Sendo assim, foi aventado o diagnóstico de Polimiosite com doença pulmonar intersticial associada. Realizou 6 meses de tratamento com ciclofosfamida seguidos de manutenção com azatioprina evoluindo com melhora clínica e radiológica do quadro pulmonar (Figura 2).

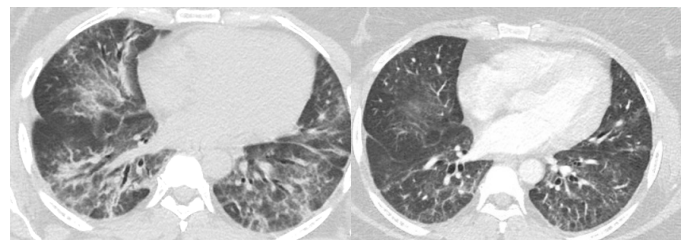


Figura 1 - antes da ciclofosfamida.

Figura 2 - após sexto pulso com ciclofosfamida.

## Conclusões/Considerações Finais

A Doença Pulmonar Intersticial é esperada ao longo do desenvolvimento das miopatias inflamatórias<sup>2</sup>, mas não como única manifestação clínica na abertura do quadro. Sendo assim, o caso relatado vem demonstrar a importância do acometimento extramuscular das miosites, ressaltando o comprometimento pulmonar isolado como uma possibilidade diagnóstica nesse grupo de doenças, embora seja um evento raro, a fim de prevenir possíveis complicações irreversíveis relacionadas a essa manifestação.

## Referências Bibliográficas

1. Lundberg IE., Miller FW., Tjarnlund A., Bottai M. Diagnosis and classification of idiopathic inflammatory myopathies. *Journal of Internal Medicine*, 2016;280:39–51.
2. Kalluri, M, Oddis, CV. Pulmonary Manifestations of the Idiopathic Inflammatory Myopathies. *Clin Chest Med*, 2010;31:501–512.
3. Barba T, Mainbourg S, Nasser M, Lega JC, Cottin V. Lung Diseases in Inflammatory Myopathies. *Seminars in Respir Crit Care Med* 2019;40(02):255–270.



16º CONGRESSO BRASILEIRO  
DE CLÍNICA MÉDICA 2021

6º Congresso Internacional de  
Medicina de Urgência e Emergência

EVENTO  
HÍBRIDO  
PRESENCIAL E ONLINE

Campinas, SP - 08 a 11 de outubro/2021