REVISTA VIRTUAL
SOCIEDAD PARAGUAYA DE MEDICINA INTERNA

REPORTE DE CASO

Dermatomiositis con compromiso cutáneo, muscular y pulmonar intersticial en ausencia de elevación de enzimas musculares

Dermatomyositis with cutaneous, muscular and interstitial pulmonary involvement in the absence of elevated muscle enzymes

Evelyn Raquel Giménez Duarte [1], Náyive Marzén Millán Irala [1], Juan José Mazó Fracchia [1], Emigdio Alcides Fernández Scarpellini [1], Miguel Angel Montiel-Alfonso [1]

[1] *Instituto de Previsión Social, Hospital Central. Asunción Paraguay.*

Editor responsable: *Raúl Real Delor. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.*

Revisor:
Celso Velázquez González. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Hospital Regional de Ciudad del Este. Alto Paraná, Paraguay.

Cómo referenciar este artículo: Giménez Duarte ER, Millán Irala NM, Mazó Fracchia JJ, Fernández Scarpellini EA, Montiel-Alfonso MA. Dermatomiositis con compromiso cutáneo, muscular y pulmonar intersticial en ausencia de elevación de enzimas musculares. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2027; 14 (1): e14142705

RESUMEN

La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria idiopática multisistémica, con varios fenotipos, incluyendo miositis, dermatitis y enfermedad pulmonar intersticial. Aunque la elevación de enzimas musculares es frecuente, su ausencia no excluye el compromiso muscular.

Se presenta el caso de una mujer de 53 años, sin antecedentes relevantes, con lesiones cutáneas progresivas, poliartralgias y posteriormente debilidad muscular severa, tos seca y disnea de esfuerzo. Presentó manifestaciones cutáneas características de dermatomiositis (pápulas de Gottron y

Artículo recibido: *19 septiembre 2026*
Artículo aceptado: *19 octubre 2026*

Autor correspondiente:
Dra. Evelyn Raquel Giménez Duarte
Correo electrónico: evelyngimenez12@gmail.com

Dictamen del artículo:
https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/2027/15026_dictamen.pdf

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

eritema violáceo), además de debilidad muscular simétrica y progresiva, con compromiso predominante de la musculatura proximal, pese a presentar creatina quinasa, aldolasa y otras enzimas musculares dentro de rangos normales. La resonancia magnética y la electromiografía evidenciaron miopatía inflamatoria. La tomografía computarizada alta resolución de tórax mostró enfermedad pulmonar intersticial con patrón predominantemente de neumonía organizada y componente de neumonía intersticial no específica. Se descartaron causas infecciosas y neoplásicas subyacentes. Se instauró tratamiento con glucocorticoides y posteriormente ciclofosfamida, con recuperación inicial de la fuerza muscular y mejoría respiratoria. La reactivación cutáneo-muscular requirió nuevos pulsos de glucocorticoides, inmunoglobulina y ciclofosfamida, con posterior consideración de rituximab.

Este caso resalta que la ausencia persistente de elevación de las enzimas musculares no excluye un compromiso muscular clínicamente significativo en la dermatomiositis. La evolución clínica evidencia el carácter multisistémico y potencialmente recidivante de la enfermedad y pone de manifiesto la importancia de un abordaje diagnóstico multimodal, la evaluación sistemática del compromiso extramuscular y el seguimiento multidisciplinario.

Palabras claves: dermatomiositis; enfermedades pulmonares intersticiales; creatina quinasa; imagen por resonancia magnética; electromiografía

ABSTRACT

Dermatomyositis is a multisystem idiopathic inflammatory myopathy, with several phenotypes, including myositis, dermatitis and interstitial lung disease. Although elevation of muscle enzymes is common, its absence does not exclude muscular involvement.

We present the case of a 53-year-old woman, without relevant medical history, with progressive skin lesions, polyarthralgia and subsequently severe muscle weakness, dry cough and exertional dyspnea. She presented characteristic cutaneous manifestations of dermatomyositis (Gottron's papules and violaceous erythema), in addition to symmetric and progressive muscle weakness, with predominant involvement of the proximal musculature, despite having creatine kinase, aldolase and other muscle enzymes within normal ranges. Magnetic resonance imaging and electromyography showed inflammatory myopathy. High-resolution computed tomography of the chest showed interstitial lung disease with a predominantly organizing pneumonia pattern and a component of non-specific interstitial pneumonia. Underlying infectious and neoplastic causes were ruled out. Treatment was started with glucocorticoids and subsequently cyclophosphamide, with initial recovery of muscle strength and respiratory improvement. Cutaneous-muscular reactivation required new pulses of glucocorticoids, immunoglobulin and cyclophosphamide, with subsequent consideration of rituximab.

This case highlights that the persistent absence of elevated muscle enzymes does not exclude clinically significant muscle involvement in dermatomyositis. The clinical course evidences the multisystemic and potentially relapsing nature of the disease and highlights the importance of a multimodal diagnostic approach, systematic evaluation of extramuscular involvement and multidisciplinary follow-up.

Keywords: dermatomyositis; interstitial lung diseases; creatine kinase; magnetic resonance imaging; electromyography

INTRODUCCIÓN

Las miopatías inflamatorias idiopáticas, también conocidas como miositis, son un grupo heterogéneo de trastornos autoinmunes, caracterizados por debilidad muscular crónica y progresiva, acompañada de infiltración celular inflamatoria en el músculo esquelético [1]. Los subgrupos establecidos de éstas incluyen dermatomiositis, miopatía necrotizante inmunomediada, síndrome antisintetasa, miositis superpuesta y miositis del cuerpo de inclusión [1,2]. Entre ellas, la dermatomiositis constituye una entidad heterogénea con diferentes fenotipos, entre los que se incluyen miositis, dermatitis y enfermedad pulmonar intersticial [2,3]. Es una miopatía poco frecuente que afecta predominantemente a mujeres.

Se desarrolla debido a una combinación de factores genéticos, inmunológicos y ambientales, incluidas las infecciones virales; en algunos casos, se desencadena por un cáncer subyacente, especialmente en adultos mayores [2]. La presentación clínica y la progresión están asociadas con la presencia de anticuerpos que pueden ser específicos de la miositis o autoanticuerpos asociados a la miositis [2-5]. Las manifestaciones cutáneas suelen preceder a la clínica muscular típica y pueden presentar varios tipos de erupciones cutáneas, fotosensibilidad, cambios en la pigmentación y prurito. La dermatomiositis también puede causar cambios en las uñas y alopecia [6].

El diagnóstico se basa en la presencia de manifestaciones clínicas, complementadas con estudios de laboratorio, que incluyen principalmente niveles de enzimas musculares, estudios de imagen como la resonancia magnética, biopsias musculares o cutáneas y electromiografía [6,7]. La detección de anticuerpos específicos ofrece información para determinar el pronóstico y ayudar a predecir el patrón de afectación orgánica [2,5,8].

El tratamiento de la dermatomiositis es multidisciplinario y tiene como enfoque principal controlar la inflamación, aliviar los síntomas y prevenir complicaciones. La fisioterapia y la rehabilitación temprana permiten minimizar la pérdida de fuerza y mantener la independencia en las actividades diarias. El tratamiento de primera línea consiste en glucocorticoides sistémicos, con o sin inmunosupresores [2,7-9].

PRESENTACION DEL CASO

Acude a la consulta una mujer de 53 años, sin antecedentes patológicos de relevancia, no era tabaquista y no refería exposiciones laborales ni domésticas relevantes. Cinco meses antes del ingreso presentó un cuadro de 15 días de evolución caracterizado por lesiones cutáneas eritematosas y pruriginosas, inicialmente en rostro, manos, abdomen y muslos, posteriormente cuero cabelludo, algunas descamativas, asociadas a poliartralgias simétricas de pequeñas y grandes articulaciones. Durante dicha internación, el único hallazgo relevante fue VDRL reactivo a título 1:4, con prueba treponémica positiva, interpretado como sífilis latente tardía, por lo que completó tres dosis de penicilina G benzatínica 2.400.000 unidades, vía intramuscular, una dosis de forma semanal. Recibió además prednisona 15 mg/día durante 5 días y fue dada de alta con indicación de seguimiento por ambulatorio, que no realizó.

Durante los cinco meses posteriores presentó progresión de las lesiones cutáneas y desarrollo de debilidad muscular progresiva, agregándose tos seca

persistente y disnea de esfuerzo, motivo por el cual reingresó. Al examen presentaba poiquilodermia y descamación en cuero cabelludo, eritema facial y periorbitario, eritema en región anterior del tórax con distribución en "V", pápulas eritematovioláceas en manos, asociadas a edema interfalángico (figura 1). La fuerza muscular estaba disminuida: 2/5 en miembros inferiores y 3/5 en miembros superiores, sin disfagia ni disnea en reposo.

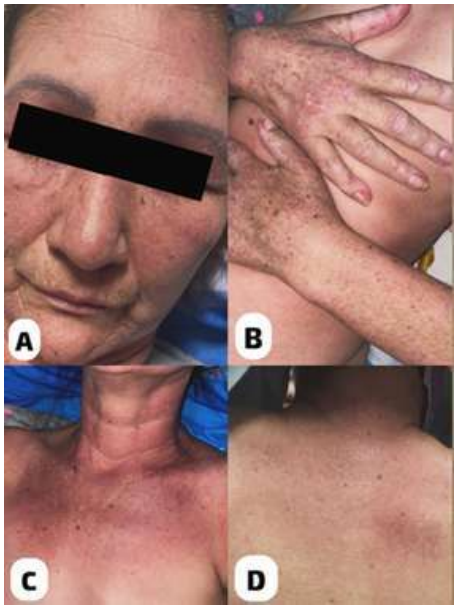


Figura 1. Manifestaciones cutáneas de dermatomiositis. A) Eritema facial con compromiso malar, frontal y periorbitario. B) Pápulas eritematovioláceas de Gottron en el dorso de las manos, asociadas a eritema y cambios periungueales. C) Eritema de la región anterior del tórax y cuello con distribución en "V". D) Eritema y cambios poiquilodérmicos en la región posterior del cuello y espalda superior, con distribución en "chal".

Los estudios mostraron hemoglobina 11,7 g/dL, VSG 34 mm/h, PCR 12,2 mg/L e hipoalbuminemia de 2,2 g/dL, con función renal y hepática conservadas. Pese a la marcada debilidad, la creatina quinasa fue de 59 U/L y la aldolasa, lactato deshidrogenasa, aspartato aminotransferasa y la alanina aminotransferasa no estaban elevadas. ANA fue positivo 1:160 y anti-Jo-1 negativo; los restantes marcadores colagenovasculares evaluados fueron negativos. No fue posible realizar un panel ampliado de anticuerpos específicos de miositis debido a la disponibilidad diagnóstica local. El perfil serológico para virus de hepatitis B (VHB) mostró HBsAg negativo, con anti-HBs y anti-HBc total positivos, compatibles con infección resuelta, sin evidencia serológica de infección activa. La paciente refirió conocer el antecedente de infección por VHB desde aproximadamente tres años, sin poder precisar tratamiento antiviral recibido.

La resonancia magnética de pelvis mostró signos de miopatía inflamatoria en cintura pélvica y miembros inferiores (figura 2), mientras que la electromiografía evidenció patrón miopático con inestabilidad de membrana.

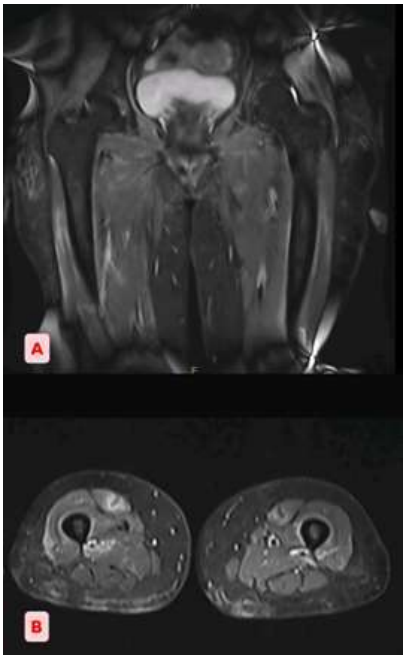


Figura 2. Resonancia magnética de pelvis y miembros inferiores. A) Secuencia T2/STIR que muestra hiperseñal bilateral y simétrica de la musculatura de la cintura pélvica y miembros inferiores, compatible con edema muscular. B) Corte axial que muestra aumento de señal muscular bilateral y simétrico en los miembros inferiores, hallazgo compatible con miopatía inflamatoria.

La biopsia cutánea informó dermatitis de interfase liquenoide, hallazgo compatible con dermatosis de interfase que, en conjunto con las manifestaciones cutáneas características y el resto de los hallazgos clínico-paraclínicos, apoyó el diagnóstico de dermatomiositis. Por presencia de tos seca persistente y disnea de esfuerzo se realizó tomografía de toráx, que evidenció enfermedad pulmonar intersticial bilateral, caracterizada por Neumología como patrón predominantemente de neumonía organizada con probable componente intersticial no específico (figura 3). Durante la internación no presentó hipoxemia ni desaturación significativa, manteniendo saturación de oxígeno ≥92% al aire ambiente, sin requerimiento de oxigenoterapia.

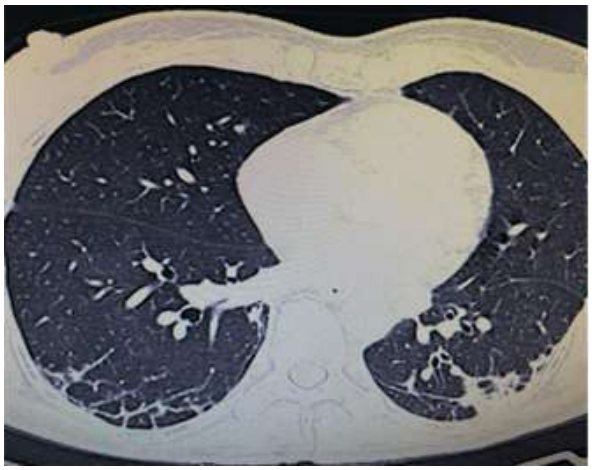


Figura 3. Tomografía computarizada de alta resolución de tórax, en ventana pulmonar, que muestra compromiso intersticial bilateral de predominio periférico y bibasal, con alteraciones reticulares y subpleurales, más evidentes en los segmentos posteriores de ambos lóbulos inferiores.

Se realizó evaluación dirigida para descartar neoplasia asociada, incluyendo mamografía, ecografía ginecológica, sangre oculta en heces y tomografía de abdomen y pelvis, sin hallazgos sugestivos de malignidad.

El tratamiento requirió una estrategia escalonada acorde con la gravedad y la extensión multisistémica de la enfermedad. Los glucocorticoides sistémicos constituyen la base del tratamiento inicial de la dermatomiositis con compromiso muscular significativo, por lo que durante la internación recibió pulsos de metil-prednisolona 1 g/día durante tres días, seguidos de prednisona 50 mg/día durante aproximadamente 20 días en la internación, con indicación posterior de descenso progresivo.

Una vez completado el estudio diagnóstico, se confirmó dermatomiositis con compromiso muscular y pulmonar intersticial, descartado además causas infecciosas y neoplásicas. Se realizó evaluación por Infectología y, considerando el antecedente de infección resuelta por VHB, se indicó profilaxis con tenofovir 300 mg/día debido al riesgo de reactivación del mismo durante el tratamiento inmunosupresor. Por indicación por neumología y, ante el patrón predominantemente organizativo con probable componente intersticial no específico, se inició tratamiento inhalatorio con salmeterol/fluticasona dos inhalaciones cada 12 horas y bromuro de ipratropio dos inhalaciones cada 8 horas, como manejo sintomático del componente obstructivo, sin precisar duración exacta y quedaron pendientes las pruebas de función pulmonar para valoración funcional y seguimiento.

Ante la gravedad del compromiso muscular y pulmonar, se decidió intensificar el tratamiento inmunodepresor con ciclofosfamida 1 g, intravenosa. Esta conducta es concordante con las recomendaciones actuales para la enfermedad pulmonar intersticial asociada a enfermedades reumáticas autoinmunes, que incluyen a los glucocorticoides y la ciclofosfamida entre las opciones terapéuticas para las miopatías inflamatorias idiopáticas con compromiso pulmonar.

La respuesta inicial fue favorable, durante los primeros 5 a 7 días de tratamiento presento recuperación progresiva de la fuerza muscular, alcanzando posteriormente 5/5 y mejoría de la sintomatología respiratoria, lo que apoyó la respuesta del componente muscular y pulmonar inflamatorio al tratamiento inmunosupresor. Tras 25 días de internación, egresó con recuperación completa de la capacidad de deambulación, con indicación de descenso progresivo de prednisona 25 mg/día hasta una dosis de 10 mg/día, tenofovir 300 mg/día con indicación de mantener tratamiento profiláctico durante período de inmunosupresión intensiva y seguimiento multidisciplinario.

Durante el seguimiento se produjo una reactivación cutáneo-muscular coincidente con la interrupción temporal de la prednisona durante aproximadamente una semana. Este antecedente se consideraró como recaída. Ante la reaparición de debilidad y la persistencia de actividad cutánea se administraron nuevos pulsos de metilprednisolona 500 mg/día durante tres días, inmunoglobulina intravenosa 2 g/kg y nuevas dosis de ciclofosfamida intravenosa 1 g, completándose tres dosis totales.

La utilización de inmunoglobulina intravenosa cuenta con evidencia de beneficio en dermatomiositis activa, particularmente sobre la fuerza muscular y otras manifestaciones de la enfermedad, y constituye una alternativa en pacientes con actividad persistente o respuesta insuficiente a la inmunosupresión convencional.

Ante la persistencia posterior de actividad clínica se planteó rituximab como estrategia de escalamiento terapéutico, a dosis de 1.000 mg por vía intravenosa, administrada en dos infusiones separadas por dos semanas; en la paciente no llegó a administrarse durante el período descrito.

DISCUSIÓN

La dermatomiositis es una enfermedad inflamatoria heterogénea cuyo diagnóstico requiere la integración de las manifestaciones clínicas con estudios complementarios [9]. En la dermatomiositis, la creatina quinasa es uno de los principales marcadores bioquímicos utilizados para identificar lesión muscular. Sin embargo, se han descrito dermatomiositis y debilidad muscular significativa a pesar de presentar esta enzima en rango normal en 10-26% de los pacientes [10, 11]. En este caso, la principal particularidad es la discordancia entre el compromiso muscular y la ausencia de elevación de las enzimas musculares. Una posible explicación es que la liberación de enzimas musculares hacia la circulación no sea proporcional a la actividad inflamatoria existente, por lo que la creatina quinasa debe considerarse un marcador indirecto y no un indicador aislado de actividad muscular. La literatura reciente reconoce la existencia de formas de miositis con creatina quinasa normal y advierte que este hallazgo puede retrasar o dificultar el diagnóstico si se interpreta de manera aislada [12].

En este contexto, la resonancia magnética adquirió especial valor diagnostico al demostrar edema muscular bilateral y simétrico y la electromiografía evidenció un patrón miopático con inestabilidad de membrana. Estos hallazgos permitieron objetivar actividad muscular inflamatoria pese a la ausencia de alteraciones bioquímicas, reforzando que la evaluación de la dermatomiositis debe integrar la clínica, los marcadores séricos y las herramientas de imagen y electrodiagnóstico, particularmente cuando existe discordancia entre la clínica y las enzimas musculares [13].

La afectación pulmonar aporta otra dimensión al caso. La enfermedad pulmonar intersticial constituye una manifestación

extramuscular más común, estudios recientes estiman que ocurre en aproximadamente 20-45% de los pacientes con dermatomiositis [14]. La identificación de enfermedad pulmonar intersticial mediante tomografía tuvo además implicancias terapéuticas, dado que la afectación pulmonar puede determinar la gravedad y evolución de las miopatías inflamatorias. Las recomendaciones ACR/CHEST consideran la tomografía y las pruebas de función pulmonar herramientas complementarias para el cribado y monitorización de fibrosis pulmonar asociada a miopatías inflamatorias [15]. Las pruebas de función respiratoria quedaron indicadas para completar la caracterización funcional y establecer parámetros objetivos de seguimiento. La evolución clínica favorable, con disnea posteriormente limitada a grandes esfuerzos, constituye un elemento adicional de interés.

La caracterización serológica estuvo limitada por la disponibilidad diagnóstica local, con realización de ANA y anti-Jo-1, este último negativo, sin posibilidad de efectuar un panel ampliado de anticuerpos específicos de miositis. Si bien estos anticuerpos aportan información fenotípica y pronóstica, su ausencia no excluye el diagnóstico cuando existe una adecuada correlación clínico-paraclínica [15].

El tratamiento requirió una estrategia escalonada de acuerdo con la gravedad y evolución de la enfermedad. La intensidad del tratamiento empleado debe interpretarse en relación con la extensión de la enfermedad. En esta paciente no se trataba exclusivamente de una dermatomiositis cutánea o de una miopatía aislada, sino de una enfermedad con debilidad muscular severa y compromiso pulmonar intersticial. Los glucocorticoides constituyen una de las bases del tratamiento inicial de la fibrosis pulmonar asociada a enfermedades reumáticas autoinmunes, siendo de elección en cuadros graves o con compromiso orgánico importante la metilprednisolona intravenosa, pulsos de 500 mg a 1 g/día durante 3 días, ajustada posteriormente según evolución de la enfermedad, mientras que la ciclofosfamida se contempla entre las opciones de tratamiento en situaciones de mayor gravedad o progresión, a una dosis de 500–750 mg/m², intravenosa, cada cuatro semanas durante seis meses, con individualización según la respuesta clínica y la toxicidad. La posterior consideración de rituximab se enmarca en las estrategias de escalamiento utilizadas cuando persiste actividad de la enfermedad pese a tratamientos inmunosupresores convencionales a dosis de 1.000 mg por vía intravenosa, administrada en dos infusiones separadas por dos semanas; en esta paciente no llegó a administrarse durante el período descrito.

Otro aspecto de particular interés fue el antecedente serológico de VHB, la paciente presentaba un perfil serológico compatible con infección resuelta (HBsAg negativo, anti-HBc total y anti-HBs positivos), sin evidencia de infección activa. Aunque se ha descrito una asociación entre infección por VHB y manifestaciones autoinmunes, incluida la dermatomiositis, no se ha demostrado presencia del virus en el tejido muscular, cuestionando una relación etiopatogénica directa [16]. En nuestra paciente, la ausencia de infección activa y la presencia de manifestaciones cutáneas y musculares típicas de dermatomiositis hacen que el antecedente de VHB no pueda considerarse una causa demostrada de la enfermedad. No obstante, su identificación tuvo relevancia terapéutica, ya que la necesidad de inmunosupresión intensiva motivó la valoración por infectología y el inicio de profilaxis antiviral con tenofovir 300 mg/día durante la terapia de inmunosupresión intensiva para prevenir la reactivación viral [17].

En conjunto, este caso ilustra una forma multisistémica de dermatomiositis en la que la ausencia persistente de elevación de enzimas musculares no reflejó la magnitud del compromiso muscular, mientras que la resonancia magnética y la electromiografía

permitieron objetivar la actividad miopática. La coexistencia de enfermedad pulmonar intersticial y el antecedente de infección resuelta por VHB complejizaron el abordaje diagnóstico y terapéutico, requiriendo una evaluación multidisciplinaria y medidas específicas para prevenir la reactivación viral durante la inmunosupresión.

Conflictos de interés

Los autores no declaran conflictos de interés comercial.

Contribución de los autores

Todos los autores han contribuido para la recolección y análisis de datos, redacción y aprobación final del manuscrito.

Financiamiento

Autofinanciado

Disponibilidad de datos

Los datos utilizados en este estudio están disponibles previa solicitud al autor correspondiente:

Dra. Evelyn Raquel Giménez Duarte
Correo: evelyngimenez12@gmail.com

Revisión por pares

Este artículo fue evaluado mediante proceso de revisión por pares a doble ciego, acorde a las políticas de transparencia editorial de la revista. Los revisores autorizaron que sus nombres y dictámenes fueran publicados. Las observaciones y comentarios emitidos por los revisores fueron considerados por los autores, quienes aplicaron las modificaciones necesarias a la versión final publicada. Los dictámenes de los revisores pueden consultarse en el siguiente enlace: https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/2027/150_26_dictamen.pdf

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lundberg IE, Fujimoto M, Vencovsky J, Aggarwal R, Holmqvist M, Christopher-Stine L, et al. Idiopathic inflammatory myopathies. Nat Rev Dis Primers [Internet]. 2021 [cited 2025 Oct 3];7(1):86. Available from: http://dx.doi.org/10.1038/s41572-021-00321-x Subscription required

2. Kamperman RG, van der Kooi AJ, de Visser M, Aronica E, Raaphorst J. Pathophysiological mechanisms and treatment of dermatomyositis and immune mediated necrotizing myopathies: A focused review. Int J Mol Sci [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 3];23(8):4301. Available from: http://dx.doi.org/10.3390/ijms23084301

3. Okiyama N, Fujimoto M. Cutaneous manifestations of dermatomyositis characterized by myositis-specific autoantibodies. F1000Res [Internet]. 2019 [cited 2025 Oct 3];8:F1000 Faculty Rev-1951. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31824645/

4. Wolstencroft PW, Fiorentino DF. Dermatomyositis clinical and pathological phenotypes associated with myositis-specific autoantibodies. Curr Rheumatol Rep [Internet]. 2018 [cited 2025 Oct 3];20(5):28. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29637414/ Subscription required

5. Ceribelli A, Tonutti A, Isailovic N, De Santis M, Selmi C. Interstitial lung disease associated with inflammatory myositis: Autoantibodies, clinical phenotypes, and progressive fibrosis. Front Med (Lausanne) [Internet]. 2023 [cited 2025 Oct 3];10:1068402. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37007784/

6. Barba Carrillo GL, Sarabia Solís DA, España Riquero AM, Salazar Díaz CN. Dermatomiositis, enfermedad reumática con manifestaciones cutáneas. Rev Cuba de Reumatol [Internet]. 2023 [citado 3 Oct 2025];25(3):e1091 Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9455713.pdf

7. Sasaki H, Kohsaka H. Current diagnosis and treatment of polymyositis and dermatomyositis. Mod Rheumatol [Internet].

2018 [cited 2025 Oct 3];28(6):913–21. Available from: http://dx.doi.org/10.1080/14397595.2018.1467257 Subscription required
8. Shafiq M, Blum MA, Waseem M. Dermatomyositis. StatPearls [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2026. [cited 2025 Oct 3]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558917/
9. Ahmed S, Concha JSS, Chakka S, Krain RL, Zamalin D, Foulke G, Werth VP. Diagnosing muscle disease in a cohort of classic dermatomyositis patients seen at a rheumatologic dermatology outpatient clinic. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 3];86(3):544–50. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34051316/ Subscription required
10. Sama S, Rasheed N, Shen K, Khanlou N, Han K, Rodriguez-Pla A. Atypical presentation of anti-small ubiquitin-like modifier 1 and melanoma differentiation-associated gene 5 antibody positive dermatomyositis presenting with significant inflammatory myopathy on biopsy and normal creatine kinase levels: A case report. SAGE Open Med Case Rep [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 3];12: 2050313X241298862. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39539645/
11. Chihi M, Barakat L, Benhayoun FZ, Allaoui A, Housbane S, Moudatir M, et al. Clinical features of dermatomyositis associated with myositis-specific antibodies in Moroccan patients. Clin Pract [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 3];15(2):31. Available from: http://dx.doi.org/10.3390/clinpract15020031
12. Rose EC. P134. Normal creatine kinase in inflammatory myositis [Posters]. Rheumatology (Oxford) [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 3];64(Suppl_3):iii91. Available from: http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/keaf142.174
13. Johnson SR, Bernstein EJ, Bolster MB, Chung JH, Danoff SK, George MD, et al. 2023 American College of Rheumatology (ACR)/American College of Chest Physicians (CHEST) guideline for the screening and monitoring of interstitial lung disease in people with systemic autoimmune rheumatic diseases. Arthritis Care Res (Hoboken) [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 3];76(8):1070–82. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/acr.25347
14. Sandhu A, Agrawal DK. Dermatomyositis: Prevalence, clinical spectrum, diagnostic approach, and management strategies. Arch Intern Med Res [Internet]. 2026 [cited 2026 Jun 3];9(1):14–25. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41768519/
15. Johnson SR, Bernstein EJ, Bolster MB, Chung JH, Danoff SK, George MD, et al. 2023 American College of Rheumatology (ACR)/American College of Chest Physicians (CHEST) guideline for the treatment of interstitial lung disease in people with systemic autoimmune rheumatic diseases. Arthritis Care Res (Hoboken) [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 3];76(8):1051–69. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/acr.25348
16. Zhang J, Wen XY, Gao RP. Hepatitis B virus-related liver cirrhosis complicated with dermatomyositis: A case report. World J Clin Cases [Internet]. 2019 [cited 2025 Oct 3];7(10):1206–12. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31183354/
17. Fragoulis GE, Nikiphorou E, Dey M, Zhao SS, Courvoisier DS, Arnaud L, et al. 2022 EULAR recommendations for screening and prophylaxis of chronic and opportunistic infections in adults with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. Ann Rheum Dis [Internet]. 2023 [cited 2025 Oct 3];82(6):742–53. Available from: http://dx.doi.org/10.1136/ard-2022-223335