

Miositis viral aguda: a propósito de un caso

M.V. González Conde, M.N. Fernández Martínez, I. del Río Pastoriza, D. Sanmartín Rodríguez, M.S. Cameán Hermo

¹Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Verín. Orense. ²Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Boiro. La Coruña. ³Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de A Lama. Pontevedra. ⁴Enfermera de Pediatría. Centro de Salud de Boiro. La Coruña

Title: Acute viral myositis: a case report

Señor Director:

La miositis viral aguda es una de las complicaciones posibles de la infección por el virus *Influenza* y también por otros virus. Constituye una entidad clínica poco reconocida que se presenta como un cuadro muy característico.

Es muy importante llevar a cabo un adecuado reconocimiento clínico para evitar la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos innecesarios.

Caso clínico

Varón de 6 años que, en la primavera de 2008, consulta por presentar de forma brusca un cuadro de impotencia funcional en las extremidades inferiores y un dolor que le impide la deambulación, precedido de un cuadro viral de las vías respiratorias altas y fiebre de 3 días de evolución.

En la exploración presenta un dolor intenso a la palpación en la región gemelar y una leve hiperemia faríngea.

El proceso se autolimita en 3 días, tras mantener reposo y tomar antiinflamatorios orales.

En el análisis de sangre aparece leucopenia (2.400 leucocitos/mL) y una notable elevación de las cifras de CPK (27.706 U/L), CPK-Mb (509 U/L), GOT (974 U/L) y GPT (211 U/L).

Las cifras de CPK descienden a los 7 días a valores casi normales (376 U/L), y disminuyen notablemente las concentraciones de GOT (53 U/L) y GPT (121 U/L).

El informe de la serología viral no mostró resultados significativos, aunque dado el contexto epidemiológico en el que se desarrolla el cuadro, la clínica y la posterior evolución, podría tratarse de una infección por adenovirus.

El frotis faríngeo, la proteína C reactiva (PCR), el análisis de heces y el análisis de orina fueron normales.

Discusión

La miositis aguda benigna posviral se presenta generalmente a la edad de 3-7 años. En la mayoría de los casos se asocia a

la infección por *Influenza* B (62%) e *Influenza* A (25%), aunque también se han descrito asociaciones a *Cosackie*, *Parainfluenza*, HSV, CMV, virus de Epstein-Barr, adenovirus, virus de la rubeola, parvovirus B19, arbovirus, retrovirus (VIH), virus de la parotiditis, hepatitis C y *Campylobacter*.

Constituye un cuadro clínico de dolor muscular intenso en las extremidades inferiores, de aparición brusca, sin antecedentes de ejercicio intenso, traumatismo o historia de alteración muscular familiar, que provoca dificultad para la deambulación manteniendo los pies en flexión plantar, y la flexión dorsal provoca un intenso dolor. Suele ir precedido de un cuadro viral de las vías respiratorias altas, y cuando aparece el dolor muscular el estado general es bueno y no siempre se acompaña de fiebre.

La palpación de la región gemelar suele ser muy dolorosa, pero en la inspección no se observan signos inflamatorios agudos. El tono, la fuerza, la sensibilidad y los reflejos permanecen conservados.

En el análisis de sangre podemos encontrar leucopenia, trombopenia, PCR normal, y una elevación muy significativa de la CPK, la mioglobina y las transaminasas. No se ha descrito mioglobinuria grave en niños.

El examen analítico se puede completar con la serología de los distintos virus, el frotis faríngeo y el análisis de heces (por la posible relación con el enterovirus).

Diversos estudios parecen confirmar que no es necesario efectuar pruebas serológicas virales en el contexto epidemiológico. Se podría diagnosticar con mucha probabilidad mediante una adecuada palpación de la masa muscular de ambos gemelos, que sería muy dolorosa, y con una elevación significativa de las enzimas musculares.

La resolución completa de la sintomatología se produce aproximadamente en 48-72 horas, aunque la normalización de la CPK se constata a los 7 días y la de las transaminasas a los 15-30 días.

El tratamiento es sintomático: reposo, abundante hidratación y antiinflamatorios no esteroideos.

Puede plantearse el diagnóstico diferencial con las miopatías bacterianas e inmunológicas (polimiositis, dermatomiositis), y con causas de ataxia aguda (síndrome de Guillain-Barre en su fase inicial). En caso de sospecharse estas afecciones, se recomienda realizar estudios más complejos, como electromiografía, biopsia muscular o pruebas de imagen.

La incidencia de la miositis viral aguda posiblemente sea mucho mayor de lo detectado, por lo que es importante tenerla en cuenta como primera opción diagnóstica en el cotejo epidemiológico estacional, en que el pediatra de atención primaria tiene un papel muy relevante.

Por tanto, es muy importante llevar a cabo un adecuado reconocimiento clínico para evitar la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos innecesarios, caros y potencialmente lesivos. ■

Bibliografía

- Álvarez Cordonés MM, Moreno García MI, Álvarez Aldean J, Obando Santaella I. Miositis aguda postinfluenza en niños. *Aten Primaria*. 1997; 20(4): 210-211.
- Anthony JH, Procopis PG, Onvriar RA. Bening acute childhood myositis. *Neurology*. 1979; 29(7): 1.068-1.071.
- Arias Sevilla I, López Escobar A, Pozuelo Jiménez A, Adrados Razola I. Miositis viral aguda. *Medifam*. 2002; 12(7): 71-72. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/cielo.php?script=sci-arttext&pid=s1131-57682002000700009&Ing=pt&nrm=iso>
- De la Loma A, Ory F, Echevarría J, Tenorio A, Rodríguez M. Miositis agudas infantiles. ¿Una infección viral? *Enferm Infecc Microbiol Chile*. 1997; 15: 565-566.
- García Mozo R, Campuzano Martín S. Miositis aguda en relación con el virus de la gripe. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003; 5: 577-581.
- McIntyre PG, Dohe C. Acute benign myositis during childhood: report of five cases. *Clin Infect Dis*. 1995; 20: 722.
- Muñoz García M, Valverde Molina J, Díez Lorenzo P, Cámara Simón M. Miositis viral aguda. ¿Es necesaria la confirmación etiológica? *An Esp Pediatr*. 1998; 48: 333-334.