



Nota clínica

Miositis viral aguda: a propósito de ocho casos

Marta García Ros, Ana Isabel Núñez Giralda, Elena Delgado Fuentes

Pediatra. CS Carabanchel Alto. Madrid. España.

Publicado en Internet:
6-octubre-2017

Marta García Ros:
mgros@salud.madrid.org

Resumen

Palabras clave:

- Creatinfosfoquinasa
- Gripe humana
- Miositis

La miositis viral aguda es un proceso clínico muy típico con dolor e impotencia funcional en extremidades inferiores, después o durante una infección vírica con una elevación muy significativa de la creatinfosfoquinasa y una evolución clínica autolimitada con recuperación completa. Presentamos ocho casos de miositis aguda, en relación con la temporada gripeal 2015-2016.

Acute viral myositis: eight cases report

Key words:

- Creatine phosphokinase
- Influenza, human
- Myositis

Abstract

Acute viral myositis is a very typical clinical situation with legs pain and functional impairment, after or during a viral infection. The elevation of creatine phosphokinase and a transient and self-limited clinical course are the main characteristics. We discuss eight cases of acute myositis, during the influenza epidemic period 2015-2016.

INTRODUCCIÓN

La miositis aguda benigna es un proceso autolimitado que acompaña típicamente a las infecciones víricas agudas en los niños. El principal agente causal es el virus de la gripe A o B, aunque se han descrito otros agentes, como enterovirus y *Mycoplasma*¹.

La miositis puede aparecer acompañando el cuadro gripeal, aunque en la mayoría de los casos desarrollan los síntomas en la fase de convalecencia de la enfermedad. Provoca dolor y sensibilidad muscular, localizada en la región de las pantorrillas, por lo que los niños se niegan a caminar o tienen

dificultad para hacerlo. La fisiopatogenia es desconocida, pero podría explicarse por la acción viral directa con aumento de tropismo de los virus sobre las células musculares inmaduras. La infección causa necrosis de la fibra muscular provocando una elevación de la creatinfosfoquinasa (CPK)².

En la exploración física se observa dolor a la palpación en pantorrillas y tendencia a la flexión plantar del tobillo, de forma que los pacientes se resisten a los intentos de flexión dorsal. Se han descrito dos tipos de marcha característicos, la marcha de puntillas y la marcha con rigidez de miembros inferiores y aumento de la base de sustentación³.

Cómo citar este artículo: García Ros M, Núñez Giralda AI, Delgado Fuentes E. Miositis viral aguda: a propósito de ocho casos. Rev Pediatr Atención Primaria. 2017;19:363-5.

A nivel analítico, las enzimas musculares pueden elevarse hasta 20-30 veces los valores normales y a diferencia de la rabdomiolisis no se produce mioglobinuria ni insuficiencia renal.

Aunque el diagnóstico es clínico, la analítica nos ayuda en el diagnóstico diferencial con otros procesos más graves.

El cuadro es autolimitado en todos los casos. Dada la buena evolución, el tratamiento es tan solo sintomático, con reposo relativo y analgesia en función de las necesidades del niño.

A continuación presentamos el curso clínico de los pacientes que fueron atendidos en nuestro centro de salud durante la epidemia de gripe de la temporada 2015-2016, donde destaca que el principal responsable de la epidemia de este año en la Comunidad de Madrid fue el virus A(H1N1)⁴.

CASOS CLÍNICOS

Se trata de ocho pacientes (cinco varones y tres mujeres) de edades entre cuatro y nueve años, con síntomas de infección respiratoria y fiebre, que, tras 24-48 horas de ceder la fiebre, presentan de forma brusca dolor e impotencia funcional de extremidades inferiores con variable dificultad para la deambulación. En todos los casos la recuperación fue completa en 2-4 días. En la Tabla 1 se resumen los datos analíticos de los pacientes.

DISCUSIÓN

Es importante en Atención Primaria tener presente esta posible complicación durante la epidemia de gripe. El pediatra debe ser el responsable del diagnóstico y seguimiento de esta patología que, aunque infrecuente, presenta un cuadro clínico muy característico y no requiere seguimiento hospitalario.

En nuestra serie de casos, se observa la clínica habitual, con aparición tras varios días del comienzo de la gripe de imposibilidad para la deambulación y la mejoría espontánea al cabo de una semana. El

rango de edades fue muy homogéneo, entre los cuatro y los nueve años. Todos resolvieron el cuadro clínico de manera espontánea en el plazo máximo de una semana, sin complicaciones.

Además de los hallazgos de laboratorio descritos (Tabla 1) como la elevación de CPK, la elevación de transaminasas y de la lactatodeshidrogenasa (LDH), cabe destacar en la mayoría de nuestros pacientes leucopenia, que hemos atribuido a la etiología viral⁵.

Atendiendo al contexto epidemiológico, no es necesario realizar pruebas de etiología viral. Los casos presentados fueron todos en el periodo de epidemia gripeal, por lo que no se consideró necesario realizar un test diagnóstico confirmatorio⁶.

Hay diferentes enfermedades que pueden presentarse como dolor muscular en Pediatría y debemos hacer un buen diagnóstico diferencial con cuadros más graves; generalmente será suficiente con una buena historia clínica y una exploración física rigurosa.

Los hallazgos que nos orientarían a un diagnóstico diferente de la miositis viral aguda son los siguientes: historia familiar de trastornos neuromusculares, mioglobinuria, antecedente traumático, ejercicio físico muy intenso, progresión crónica del cuadro, aparición de exantemas o edemas, debilidad muscular o exploración neurológica alterada.

Como diagnóstico diferencial importante destacaríamos el síndrome de Guillain-Barré, que presenta típicamente reflejos osteotendinosos de extremidades inferiores disminuidos o abolidos. Un cuadro aún más infrecuente que la miositis aguda benigna es la rabdomiolisis, que también se asocia con mialgias y debilidad muscular en el contexto de una infección viral, pero en este caso, la presencia de orinas oscuras por mioglobinuria y afectación del estado general nos orientarán hacia el diagnóstico correcto.

El tratamiento de la miositis es sintomático, con reposo y analgésicos hasta la desaparición de los síntomas, que suele ser en pocos días, resolviéndose espontáneamente.

Tabla 1. Datos analíticos de los pacientes con miositis aguda presentados

Casos clínicos	Edad	CPK U/l	GPT U/l	GOT U/l	PCR mg/dl	Leucocitos/ μ l	Neutrófilos/ μ l	LDH U/l
1	5	786	22	56	0,19	5500	2600	288
2	9	4027	34	-	0,03	2800	700	419
3	7	1164	22	-	0,73	COAG	COAG	282
4	7	967	36	145	0,3	3590	1206	-
5	4	631	65	23	0,18	3600	1800	308
6	9	7072	89	354	0,58	6400	2700	705
7	7	2873	31,4	146,7	0,17	3000	1400	353
8	6	4458	71,6	216,6	0,07	4200	1200	541

CPK: creatinfosfoquinasa; GOT: transaminasa glutámico oxalacética; GPT: transaminasa glutámico pirúvica; LDH: lactatodeshidrogenasa; PCR: proteína C reactiva.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

CPK: creatinfosfoquinasa • GOT: transaminasa glutámico oxalacética • GPT: transaminasa glutámico pirúvica • LDH: lactatodeshidrogenasa • PCR: proteína C reactiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mackay MT, Kornberg AJ, Shield LK, Dennett X. Benign acute myositis: laboratory and clinical features. Neurology. 1999;53:2127-31.
2. Davis L, Korenfeld M. Experimental Influenza B viral myositis. J Neurol Sci. 2001;187:61-7.
3. Agyeman P, Duppenthaler A, Heininger U, Aebi C. Influenza associated myositis in children. Infection. 2004;32:199-203.
4. Vigilancia epidemiológica de la gripe en la Comunidad de Madrid. Temporada 2015-2016. En: Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad [en línea] [consultado el 05/10/2017]. Disponible en <https://goo.gl/BocZsw>
5. García Mozo R, Campuzano Martín S. Miositis aguda en relación con el virus de la gripe. Rev Pediatr Aten Primaria. 2003;5:577-81.
6. González Conde MV, Fernández Martínez MN, Del Río Pastoriza I, Sanmartín Rodríguez D, Cameán Herm MS. Miositis viral aguda: a propósito de un caso. Acta Pediatr Esp. 2009;67:192-3.