



Miositis aguda benigna infantil recidivante

Encarnación del Mar Pérez Santiago^a, Josefa Plaza Almeida^b, María Abad Cortés^a

^aMIR-Pediatría. Hospital General de Albacete. España

^bPediatra. CS Zona VIII. Albacete. España.

Publicado en Internet:
03-septiembre-2024

Encarnación del Mar Pérez Santiago:
encarni-98@hotmail.com

Resumen

Presentamos el caso de un niño con miositis aguda benigna (MAB) asociada a virus *influenzae*, que se repite en tres ocasiones durante dos temporadas consecutivas de gripe. En el primer episodio se plantearon diferentes diagnósticos diferenciales que motivaron su derivación al centro hospitalario de referencia. Los siguientes episodios fueron reconocidos con mayor facilidad, solicitándose solo las pruebas necesarias para su diagnóstico, como la elevación típica de la creatinfosfoquinasa (CPK) y los estudios microbiológicos para confirmar la etiología. La evolución fue benigna, autolimitada con tratamiento únicamente sintomático. El pediatra de Atención Primaria tiene un papel relevante en el reconocimiento de esta entidad, durante la época estacional de la gripe, ya que el virus *influenzae*, es la causa más frecuentemente relacionada con la MAB, evitando la realización de pruebas innecesarias. Proponemos valorar la vacunación frente a la gripe en los pacientes que sufren un episodio de MAB con el fin de evitar su repetición, dada la posible susceptibilidad de estos niños.

Palabras clave:

- Gripe
- Influenza
- Miositis
- Niños

Benign acute childhood myositis

Abstract

We present a case of a child with acute benign myositis (ABM) associated with influenzae virus, which recurs on 3 occasions during two consecutive influenza seasons. In the first episode, different differential diagnoses were proposed, which led to the referral hospital. Following episodes were more easily recognized, and only tests necessary for their diagnosis were requested, such as the typical elevation of creatine phosphokinase (CPK) and microbiological studies to confirm etiology. Course was benign, self-limited with only symptomatic treatment. Primary care pediatricians have an important role in the recognition of this entity during seasonal influenza, since the influenzae virus is the cause most frequently related to ABM, avoiding unnecessary testing. We propose to evaluate influenza vaccination in patients suffering from an episode of ABM in order to avoid its recurrence, given the possible susceptibility of some children.

Key words:

- Children
- Flu
- Influenza
- Myositis

INTRODUCCIÓN

La miositis aguda benigna (MAB) es un cuadro de instauración brusca, transitorio, benigno y poco frecuente. Se presenta principalmente en edad

escolar y preescolar, entre los 3-7 años. Consiste en la aparición de dolor súbito en miembros inferiores, más frecuentemente de forma bilateral, en los músculos de la pantorrilla (gastrocnemios y sóleo), dificultando la deambulación, mientras que los reflejos osteotendinosos se encuentran respetados.

Cómo citar este artículo: Pérez Santiago EM, Plaza Almeida J, Abad Cortés M. Miositis aguda benigna infantil recidivante. Rev Pediatr Aten Primaria. 2024;26:271-5. <https://doi.org/10.60147/8a701b17>

Suele ir precedida (5-7 días) de infecciones de vías respiratorias o gastrointestinales. En la mayoría de los casos se asocia a infección por influenza B e influenza A¹. Aunque también se ha descrito asociada a otros virus y a algunas bacterias.

En las pruebas de laboratorio destaca una elevación de la creatinincinasa (CK), la cual es necesaria para llevar a cabo el diagnóstico de esta entidad. También se puede observar un aumento de las transaminasas, sobre todo a expensas de la glutámico oxalacético transaminasa (GOT). La resolución completa de los síntomas se produce a las 24-48 horas, mientras que la normalización analítica ocurre a los 15-30 días, siendo necesario comprobar el descenso de la CK.

Las recidivas de miositis aguda benigna no son frecuentes, según hemos podido comprobar al revisar la bibliografía. Por lo que, aparte de ser una entidad poco frecuente, es más rara aún la aparición de más de un episodio de MAB en el mismo paciente.

CASO CLÍNICO

Niño de 6 años que consulta en septiembre de 2022 en Pediatría de Atención Primaria por alteración de la marcha. Refiere dolor en miembros inferiores, a nivel de ambos gemelos, de 12 horas de evolución. Asocia debilidad e impotencia funcional para caminar. Refiere síndrome catarral la semana anterior que cursó con tos, mucosidad y fiebre de 48 horas de duración. Afebril en las últimas 36 horas. No hay ambiente epidémico familiar. Como antecedentes personales únicamente destaca un ingreso a los 5 días de vida por sospecha de sepsis.

A la exploración se observa dolor intenso a la palpación en la región de los gastrocnemios. Con reflejo rotuliano izquierdo débil y ausencia en el derecho. Además, presenta alteración de la marcha con aumento de la base de sustentación y marcha tambaleante por dolor en ambos gemelos. El resto de la exploración es normal.

Ante este cuadro clínico se plantea el diagnóstico diferencial con otras causas de alteración de la

marcha, de forma aguda, en un niño. Se derivó a urgencias hospitalarias para realizar una analítica urgente. La disminución de los reflejos rotulianos hizo pensar en el síndrome de Guillain Barré.

En urgencias hospitalarias se realizó análisis de sangre en el que destacaba una CK de 3075 U/L, GOT 115 U/L, glutámico pirúvico transaminasa (GPT) 26 U/L, lactato deshidrogenasa (LDH) 320 U/L. Se solicitaron también análisis de orina que resultaron normales, con detección de tóxicos en orina negativos. Se hicieron pruebas de la proteína C reactiva (PCR) para detección de virus respiratorios en secreciones nasales, que resultaron negativas para virus respiratorio sincitial y para SARS-CoV-2, aislándose el virus influenza A.

Ante la normalidad analítica excepto el aumento de CK, y la detección del virus influenza A, se asume el diagnóstico de miositis aguda viral benigna secundaria a infección por virus influenza A.

Se pauta tratamiento analgésico y se indica seguimiento por su pediatra con control analítico en 48-72 horas (Tabla 1).

A los 5 meses, en febrero de 2023, se repite un episodio similar al previamente descrito. Acude el paciente a urgencias hospitalarias por fiebre, clínica catarral y dolor muscular a nivel gemelar. En este caso, la exploración es similar a la del primer episodio. Sin embargo, se aisló el virus influenza B en secreciones respiratorias. Además, los valores analíticos de CK no eran tan llamativos en esta ocasión (Tabla 2). Se realizó también sistemático de orina, que resultó normal. Se pautó igualmente trata-

Tabla 1. Evolución analítica tras el primer episodio

	En Urgencias	A las 72 horas	A los 30 días
CK (U/L)	3075	1066	85
GOT (U/L)	115	123	26

CK: creatinincinasa; GOT: glutámico oxalacético transaminasa.

Tabla 2. Evolución analítica tras el segundo episodio

	En Urgencias	A los 5 días	A los 30 días
CK (U/L)	84	435	68

CK: creatinincinasa.

Tabla 3. Evolución analítica tras el tercer episodio

	En Urgencias	A los 9 días
CK (U/L)	1502	72

CK: creatinincinasa.

miento analgésico y antitérmico domiciliario y las mialgias cedieron a las 24-48 horas.

Diez meses después, en diciembre de 2023, el paciente volvió a acudir a urgencias por fiebre alta y clínica catarral acompañante, además de debilidad y dolor muscular en la zona de la pantorrilla. A la exploración presentó igualmente una marcha de puntillas con aumento de la base de sustentación y con ROTS rotulianos ausentes de forma bilateral. En este caso, se aisló de nuevo el virus influenza A en secreciones respiratorias. Los resultados analíticos fueron los que aparecen en la **Tabla 3**. La analítica de orina fue de nuevo normal.

DISCUSIÓN

El primer caso de MAB fue descrito en 1957². En la mayoría de los casos se asocia a infección por influenza B (62%) e influenza A (25%)³. Han seguido apareciendo publicaciones que asocian este cuadro clínico a diferentes virus respiratorios como el VRS⁴. Incluso con el reciente SARS-CoV-2⁵. También a virus digestivos como el rotavirus⁶ y a bacterias como *Campylobacter*⁷ y *Mycoplasma pneumoniae*⁸.

Las características clínicas no dependen de la etiología del cuadro, por lo que algunos autores se plantean la necesidad del estudio etiológico⁹.

El hecho de que afecte a niños entre 3-7 años, que no pueden describir con precisión la sintomatología y, además, que la clínica muscular se presente en el periodo de convalecencia del proceso infeccioso, hace que no se piense en este cuadro y se planteen otros diagnósticos diferenciales.

El caso que presentamos tiene las características clínicas habitualmente descritas, pero tiene la peculiaridad de haber sido recidivante en tres ocasiones durante dos temporadas seguidas de virus de

la gripe. El primer episodio ocurrió en septiembre de 2022 en relación con el virus de la gripe A. Posteriormente, se repitió en febrero de 2023, asociándose a virus de la gripe B, y por tercera vez en diciembre de 2023, asociado a virus de la gripe A.

En un estudio llevado a cabo por el Hospital Universitario La Paz de Madrid¹⁰, solo 4 de los 139 casos registrados, durante un periodo de 6 años, tuvieron episodios recurrentes.

Nuestro paciente tuvo 3 episodios en un periodo de 15 meses, que incluyó dos temporadas de gripe (desde septiembre de 2022 a diciembre de 2023). En los tres episodios la evolución fue favorable.

Se plantearon diferentes diagnósticos diferenciales en el primer episodio. Sobre todo, la posibilidad de un síndrome de Guillén Barré, por la disminución de reflejos osteotendinosos rotulianos. La alteración en la marcha fue la razón por la que se solicitaron tóxicos en orina en este primer episodio. El diagnóstico fue más evidente en las siguientes recidivas, en las que solo se realizó analítica para constatar la elevación de CK y la etiología viral del proceso.

En las tres ocasiones se solicitó análisis de orina para descartar rhabdomiólisis, ya que hay descritos casos tras miositis grave¹¹. Las infecciones virales, combinadas con uso excesivo de ibuprofeno y esteroides, junto con la disminución de la ingesta oral, pueden desencadenar lesiones renales agudas¹². La rhabdomiólisis cursa con orinas oscuras por mioglobinuria, mialgias y debilidad muscular. Puede complicarse con insuficiencia renal aguda, por lo que la posibilidad de rhabdomiólisis debe tenerse en cuenta ante cualquier cuadro de debilidad muscular grave, incluida la miositis viral aguda¹¹.

En estos casos recurrentes asociados a virus de la gripe se ha comprobado, como ocurrió en nuestro caso, que los episodios se producen por cepas diferentes de virus influenza¹³.

Este niño fue valorado por Neuropediatría para descartar patología muscular subyacente que pueda justificar la recurrencia de la miositis viral, sin encontrarse alteraciones. La recurrencia parece depender de la susceptibilidad individual más que de la virulencia del germen¹⁴.

Esta circunstancia nos lleva a la reflexión sobre la conveniencia de vacunar de la gripe a los niños que han presentado un primer episodio de MAB, aunque no tengan otras indicaciones para ser vacunados de la gripe, ya que las recidivas no son frecuentes, pero fácilmente prevenibles por vacunación. En nuestro caso, el niño tenía 6 años y no cumplía factores de riesgo para vacunación de la gripe. Tras su tercer episodio, se le indicó vacunación.

La MAB es un cuadro muy alarmante pero autolimitado y poco reconocido por los profesionales de Atención Primaria. Durante las épocas epidémicas, se debe sospechar este diagnóstico ante la clínica compatible. Se confirmará a través de la anamnesis, la exploración física y, cuando se considere necesario, una analítica básica. El tratamiento es sintomático, con analgésicos y reposición de líquidos para prevenir el daño renal secundario a rabdomiolisis, complicación poco frecuente pero descrita en niños.

BIBLIOGRAFÍA

1. Middleton PJ, Alexander RM, Szymanski MT. Severe myositis during recovery from influenzae. *Lancet*. 1970;296(7672):532-5. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(70\)91343-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(70)91343-7)
2. Lundberg A. Myalgia cruris epidémica. *Acta Paediatrica* (Stockh). 1957;46:18-31. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1957.tb08627.x>
3. McIntyre PG, Doherty C. Acute benign myositis during childhood: report of five cases. *Clin Infect Dis*. 1995;20(3):722. <https://doi.org/10.1093/clinids/20.3.722>
4. Labay M, Olmedillas MJ, Martín-Calama J, Demiguel C, Valero MT, Valle F. Benign acute myositis associated with respiratory syncytial virus infection. *An Esp Pediatr*. 1990;32(6):560.
5. Moreno Sánchez A, Molina Herranz D, Salinas Salvador B, Gómez Barrena V, Beltrán García S, Sáez de Adana Pérez ME. Miositis por SARS-CoV-2. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2022;24:e323-e325.

CONFLICTO DE INTERESES

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

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Contribución de los autores: bibliografía (JPA, EMPS), introducción (EMPS), discusión (JPA), colaboración en la redacción del caso (MAC). Los autores han remitido un formulario de consentimiento de los padres/tutores para publicar información de su hijo/a.

ABREVIATURAS

CK: creatinina • **CPK:** creatinfosfoquinasa • **GOT:** glutámico oxalacético transaminasa • **GPT:** glutámico pirúvico transaminasa • **LDH:** lactato deshidrogenasa • **MAB:** miositis aguda benigna • **PCR:** proteína C reactiva.

6. Kilic FE, İpek R, Almiş H. A Rare Case of Rotavirus-related Acute Benign Myositis. *Pediatr Infect Dis J*. 2023;42(10):e396-e397. <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000004025>
7. De la Loma A, Ory F, Echevarría J, Tenorio A, Rodríguez M. Miositis agudas infantiles ¿una infección viral? *Enferm Infecc Microbiol Chile*. 1997;15:565-6.
8. Cavagnaro SMF, Aird GA, Harwardt RI, Marambio QCG. Benign acute childhood myositis: Clinical series and literature review. *Rev Chil Pediatr*. 2017;88(2):268-74. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.07.002>
9. 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(3):333-4.
10. Molina Gutiérrez MA, Barreiro Pérez I, Millán Longo C, García Sánchez P, de Miguel Cáceres C. Miositis aguda infantil en urgencias pediátricas. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2022;24(95):285-9.
11. D'Silva D, Hewagama S, Doherty R, Korman T, Buttery J. Melting muscles novel H1N1 influenza A associa-

- ted rhabdomyolysis. *Pediatr Infect Dis J.* 2009;28(12):1138-9. <https://doi.org/10.1097/INF.0b013e3181c03cf2>
12. Araújo D, Ferraz S, Pires JF, Paulino SG, Teixeira V, Marinho P. Rhabdomyolysis due to Influenza type and RSV type B co-infection: a clinical case. *Pediatr Infect Des J.* 2023;42(12):e494. <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000004075>
13. Agyeman P, Duppenhaler A, Heining U, Aebi C. Influenza-associated myositis in children. *Infection.* 2004;32(4):199-203. <https://doi.org/10.1007/s15010-004-4003-2>
14. Álvarez Cordovés MM, Moreno García MJ, Álvarez Aldeán J, Obando Santaella I. Acute myositis after influenza in children. *Aten Primaria.* 1997;20(4):210-11.