

---

# Miositis aguda en relación con el virus de la gripe

R. García Mozo\*, S. Campuzano Martín\*\*

\*Centro de Salud Lugones.

\*\*Hospital Central de Asturias.

Oviedo, Asturias.

---

Rev Pediatr Aten Primaria 2003; 5: 577-581

## Resumen

*Presentamos cuatro casos de miositis aguda, con afectación de los grupos musculares de las extremidades inferiores y alteración importante de la Creatinfosfoquinasa (CPK) muscular detectados en el Hospital Central de Asturias en un período de un mes, en relación a la epidemia de gripe y con confirmación serológica del virus influenza en dos de ellos. La evolución fue benigna y rápida con tratamiento sintomático sin presentar complicaciones. Destacamos los aspectos más interesantes de esta entidad, poco comunicada en la literatura en nuestro país y que debe tenerse presente por su cuadro clínico y analítico característico, que en el contexto epidémico estacional debería considerarse como la primera opción diagnóstica con el fin de evitar la realización de estudios complejos, en lo cual el pediatra de Atención Primaria tiene un papel relevante. Su incidencia posiblemente sea mucho mayor de lo detectado, dada la corta duración habitual de los síntomas y las alteraciones enzimáticas y lo poco concluyente de los estudios serológicos y virológicos. A pesar de ser excepcionales deben tenerse presentes sus posibles complicaciones que también comentamos, así como el diagnóstico diferencial.*

**Palabras clave:** Miositis aguda, Gripe, Afectación muscular, CPK sérica.

## Abstract

*Four cases of acute myositis during influenza epidemic detected at the Asturias Central Hospital are described. They had affection of the muscles of the legs and abnormal CPK levels. Influenza virus was confirmed in two cases. Evolution was benign in every case, with only symptomatic treatment. We describe the clinical and biological findings of this illness. It must be considered as the first possibility for a child with lower leg pain and abnormal CPK levels into an epidemiological setting of influenza and more aggressive studies are not justified. Paediatrician at the Health Centre is fundamental at this role. Incidence of this illness probably is higher than reported in our country because of his transient clinical course. Serological and virological studies are of little conclusiveness. We describe rare complications and differential diagnosis.*

**Key words:** Acute Myositis, Influenza, Leg-muscle pain, Serum CPK.

## Introducción

La miositis aguda es una de las complicaciones posibles de la infección por el virus *influenza*, descrita hace tiempo<sup>1</sup> pero de mecanismo patogénico no muy bien conocido. Constituye un cuadro clínico muy típico<sup>2</sup> diferenciado de las mialgias transitorias propias de la infección gripal, en el que predomina el dolor en extremidades inferiores y la impotencia funcional secundaria al mismo sin afectación de los reflejos osteotendinosos, de instauración brusca, acompañando o sucediendo en el tiempo al cortejo sintomático de la infección gripal, así como una elevación muy llamativa de la CPK y otros enzimas musculares; que permite en el contexto de la presencia epidémica del virus gripal realizar un diagnóstico diferencial respecto a patologías más severas sin la necesidad de realizar estudios diagnósticos agresivos<sup>3</sup>.

La evolución clínica suele ser benigna y bastante rápida, con una normalización de los niveles de CPK en una semana aproximadamente. Los estudios serológicos y la determinación del virus de la *influenza* en exudados pueden confirmar la etiología aunque no parecen necesarios en el contexto epidémico<sup>4</sup>.

## Casos clínicos

Presentamos cuatro casos ocurridos en nuestro hospital en el plazo de un

mes, en pleno pico epidémico de la *influenza*, con confirmación serológica en dos de ellos y una evolución clínica benigna en todos los casos. Se comentan los aspectos clínicos y diagnósticos más significativos del proceso (Tabla I).

### Caso 1

Varón de 4 años que consulta por mialgias generalizadas dentro de cuadro febril de 24 horas de evolución. A la exploración se apreció un dolor selectivo en masas musculares de extremidades inferiores. Dentro de los antecedentes personales destacaba el año anterior una sinovitis de cadera con aumento de Antiestreptolisina (ASLO) diagnosticado de fiebre reumática tratado con penicilina i.m. En los exámenes complementarios iniciales destacó una elevación significativa de la CPK (1.052 U/l), con una Proteína C reactiva (PCR) de 2,4 mg/dl. El cuadro clínico se resolvió tras reposo y tratamiento con ibuprofeno en 48 horas. Las cifras de CPK se normalizaron a las 48 horas (260 U/l). El cultivo de exudado faríngeo para bacterias, así como la serología de virus y el Electrocardiograma (ECG) fueron normales.

### Caso 2

Niña de 7 años que, durante un proceso febril de 3 días de evolución en trata-

miento con amoxicilina-clavulánico, presenta de forma aguda dolor en región gemelar bilateral, con hiporreflexia rotuliana aparente e impotencia funcional. El proceso se autolimitó en 2 días tras reposo y tratamiento antiinflamatorio. Inicialmente presentó una notable elevación en las cifras de CPK (4.953 U/l), con GOT: 146 U/l, GPT: 44 U/l y PCR: 0,2 mg/dl. Normalización en los controles posteriores (a las 72 horas CPK: 477 U/l, CPK-MB: 27

U/l, LDH: 559 U/l, GOT: 57 U/l y GPT: 42 U/l). ECG dentro de la normalidad. La serología de virus presentó títulos positivos para el virus de la *influenza* A y B y adenovirus de  $\geq 8$  (positivo débil).

### Caso 3

Niña de 9 años con cuadro febril de 48 horas de evolución, tras el cual inicia de forma brusca episodio de dolor intenso en masas gemelares que le imposibilitan

**Tabla I. Parámetros analíticos y microbiológicos de los 4 casos presentados**

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
CPK <sub>o</sub>	1.052	4.953	4.981	11.264
CPK <sub>1</sub>	260	477	730	90
GOT <sub>o</sub>		146	182	243
GOT <sub>1</sub>		57	74	25
GPT <sub>o</sub>		44	53	45
GPT <sub>1</sub>		42	50	18
LDH <sub>o</sub>			798	
LDH <sub>1</sub>		559	615	342
RFA	PCR: 2,4	PCR: 0,2	VSG: 17	PCR: 2,0
Serología virus	Negativo	Positivo <i>Influenza</i> A y B Adenovirus	Negativo	Positivo <i>Influenza</i> A
Exudado faríngeo para virus			Negativo	Negativo
Exudado faríngeo para bacterias	Negativo		Negativo	Negativo

Valores enzimáticos al ingreso -0- y al alta -1- ; RFA: reactantes de fase aguda, PCR en miligramos/decilitro; resto de valores en unidades/litro. CPK: creatinfosfoquinasa; GOT: glutámico oxalato transaminasa; GPT: glutámico pirúvico transaminasa; LDH: lactato deshidrogenasa.

la deambulaci3n. En la exploraci3n f3sica destacaba un dolor intenso a la palpaci3n de las pantorrillas con reflejos osteotendinosos conservados. Buena evoluci3n cl3nica en 72 horas tras reposo e ibuprofeno. Al ingreso present3 unos valores de CPK: 4.981 U/l, GOT: 182 U/l, GPT: 53 U/l, LDH: 798 U/l y VSG de 17 mm, con niveles a las 72 horas de CPK: 730 U/l, GOT: 74 U/l, GPT: 50 U/l y LDH: 615 U/l. Tanto el exudado far3ngeo para virus y bacterias, as3 como las serolog3as fueron negativos.

#### Caso 4

Niña de 9 años que presenta cuadro gripal de 3 d3as de evoluci3n con aparici3n de dolor en pantorrillas y dificultad para caminar. En la exploraci3n presentaba dolor a la palpaci3n de los gemelos con hiporreflexia osteotendinosa. Buena evoluci3n cl3nica en 3-4 d3as tras reposo e ibuprofeno. Al ingreso present3 unos valores de CPK: 11.264 U/l, GOT: 243 U/l, GPT: 45 U/l y PCR de 2,0 mg/dl, con niveles a los 9 d3as de CPK: 90 U/l, GOT: 25 U/l, GPT: 18 U/l y LDH: 342 U/l. El exudado far3ngeo para virus y bacterias fueron negativos. La serolog3a para virus *influenza A* fue positiva (t3tulo de fijaci3n del complemento) habi3ndose negativizado en el control anal3tico dos meses despu3s.

#### Discusi3n

Creemos importante tener presente esta posible complicaci3n de la infecci3n gripal, que aunque no es frecuente en s3 misma, tiene un cuadro cl3nico muy sugerente<sup>5,6</sup>, en el que predomina el dolor de instauraci3n brusca en masas gemelares con afectaci3n llamativa de los enzimas musculares y una evoluci3n habitualmente r3pida y benigna con tratamiento sintom3tico y reposo.

Aunque se desconoce el mecanismo fisiopatog3nico se ha relacionado con la replicaci3n viral en las c3lulas musculares o con mecanismos inmunol3gicos por dep3sito de complejos ant3geno anticuerpo o reconocimiento anormal de ant3genos de la c3lula muscular<sup>2</sup>.

Los casos descritos de recurrencia parecen estar en relaci3n con una susceptibilidad gen3tica o una metabolopat3a muscular no expresada<sup>5</sup>.

El pediatra de Atenci3n Primaria es el profesional clave en el diagn3stico y seguimiento de este proceso que salvo complicaciones no deber3a precisar seguimiento hospitalario.

Debe realizarse el diagn3stico diferencial basado fundamentalmente en la exploraci3n y anamnesis, la determinaci3n de CPK de origen muscular y la epidemiolog3a; con las miopat3as bacterianas (que tienen un mayor riesgo de acom-

pañarse de rabdmiolisis y fallo renal), así como con las miopatías inmunológicas, como la dermatomiositis y polimiositis, y otras causas de ataxia aguda como el síndrome de Guillén-Barré en su fase inicial.

En caso de sospecharse estas patologías, se realizarían estudios diagnósticos más complejos como electromiografía, biopsia muscular o estudios analíticos y de imagen<sup>3</sup>.

Las escasas comunicaciones de esta patología parecen deberse a que su curso clínico es muy limitado y coincide con el encamamiento por la propia afección gripal.

Aunque es más infrecuente no debe dejar de descartarse la afectación cardiaca asociada, potencialmente mucho más grave (miopericarditis) con el ECG y la determinación de CPK-MB, así como la mioglobulinuria y la afectación renal, más frecuentes en adultos<sup>7</sup>.

---

## Bibliografía

---

1. Antony JH, Procopis PG, Ouvrier RA. Benign acute childhood myositis. *Neurology* 1979; 29 (7): 1068-71.
2. Neipp Lindenau C, Guillem Lanuza F, Vargas Torcal F. Miositis aguda transitoria postgripal. *An Esp Pediatr* 1988; 28 (2): 153-5.
3. Álvarez Cordovés MM, Moreno García MJ, Álvarez Aldean J, Obando Santaella I. Miositis aguda postinfluenza en niños. *Aten Primaria* 1997; 20 (4): 210-1.
4. 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: 333-4.

5. Zafieuriou DI, Katzos G, Gombakis N. Clinical features, laboratory findings and differential diagnosis of benign acute childhood myositis. *Acta Paediatr* 2000; 89 (12): 1493-4.
6. Mackay MT, Kornberg AJ, Shield LK, Dennett X. Benign acute childhood myositis: laboratory and clinical features. *Neurology* 1999; 10; 53 (9): 2127-31.
7. Moulin F, Mimieux C, Marc E. Myosites aiguës postgrippales. *Arch Pediatr* 2000; 7 (supl 3): 483-5.

