

- 2 Morandé G: Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. ¿Una epidemia? *An Esp Pediatr* 1998; **48**:229-232.
- 3 Morandé G, Casas J: Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatr Integral* 1997; **2**(3):243-260.
- 4 Morandé G: Trastornos de la alimentación en niños y adolescentes. En: Romero AI, Fernández A: Salud Mental. Formación continuada en Atención Primaria. Madrid: IDEPSA; 1990. p.121-130.
- 5 Toro J, Castro J, García M, Pérez P, Cuesta L: Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology* 1989; **62**:61-70.
- 6 Canals J, Barceló R, Domènech E: Cuestionario de actitudes alimentarias EAT en una población de edad puberal. Resultados. *Rev Psiqu Inf* 1990; **4**:265-268.
- 7 Raich RM, Rosen JC, Deus J, Pérez O, Requena A, Gross J: Eating disorder symptoms among adolescent in the United States and Spain: a comparative study. *International journal of Eating Disorders* 1992; **11**(1):63-72.
- 8 Raich RM, Deus J, Muñoz JM, Pérez O, Requena A. Estudio de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Rev Psiquiatría Fac Med Barma* 1991; **18**(7):305-315.
- 9 Carbajo G, Canals J, Fernández J, Doménech E. Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: dos años de seguimiento. *Psiquis* 1995; **16**(4):21-26.
- 10 Ruiz-Lázaro PM, Alonso JP, Velilla JM, Lobo A, Martín A, Paumard C, Calvo AI: Estudio de prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de Zaragoza. Comunicación oral. Barcelona: VIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 1998.

J.A. Villeda Deusto

An Esp Pediatr 1998;49:436.

Sr. Director:

En el artículo recientemente publicado en la sección de "Medicina Fetal y Neonatología⁽¹⁾, llama la atención que no se mencione -pese a un seguimiento neuropediátrico durante los primeros meses de vida- la duración o el tiempo de permanencia de la asimetría facial, un hecho que a nuestro entender es muy importante.

Habitualmente, cuando el pediatra detecta la anomalía, expone a los padres cual es su causa, que en la mayoría de los casos es la hipoplasia o asimetría del músculo depresor del ángulo de la boca. La explicación, por lo general, es bien recibida, pero a renglón seguido surge de ellos la pregunta obligada... ¿y cuándo se le va a "quitar"?

Así pues, además de diagnosticar la lesión en los primeros días de vida del recién nacido y, junto con una sencilla expli-

Asimetría facial con el llanto

cación, es adecuado informar a la familia que esta leve irregularidad puede estar presente y ser apreciable en similar o menor grado hasta los 12-15 meses de vida coincidiendo con la risa, el llanto o el bostezo.

Finalmente, como muy bien señalan los autores, la asimetría desaparece en pocos días en los casos de comprensión de la rama mandibular del nervio facial por la presión del hombro sobre el ángulo mandibular, debido a una mala postura intraútero. En el otro lado del espectro es probable que pueda perdurar más del año y medio señalado previamente en aquellos casos o situaciones que exista una parálisis facial congénita completa u otras anomalías o malformaciones asociadas.

Bibliografía

- 1 Martínez-Granero MA, Argüelles F, Roche MC, Omeñaca F, López-Terradas JM, Ortigado A. Asimetría facial con el llanto: estudio neurofisiológico y recuerdo clínico de esta entidad. *An Esp Pediatr* 1998; **48**:44-48.

Pediatra. Ambulatorio de Algorta (Vizcaya)
Correspondencia: Avda. Basagoiti, 85 - 1º. 48990 Algorta (Vizcaya)

M.A. Martínez Granero,
M^aC. Roche Herrero

An Esp Pediatr 1998;49:437.

Sr. Director:

Respondiendo al oportuno comentario del Dr. Villelabeitia, aclaramos que en los casos presentados en nuestro trabajo⁽¹⁾, la anomalía persistió durante el seguimiento, al tratarse en todos ellos de una hipoplasia/agenesia muscular y no de una comprensión postural de la rama mandibular del nervio facial, y por ser el tiempo de seguimiento breve, inferior a los 12 meses. Así no pudimos comprobar si el defecto desaparecía a los 12-15 meses de edad, como se sugiere, y tampoco encontramos en la literatura revisada estudios en este sentido. Sin embargo, los numerosos casos descritos de progenitores y otros familiares a los que se observaba el mismo defecto⁽²⁻⁵⁾, así como los 4 familiares de nuestra serie⁽¹⁾, indican que la anomalía puede persistir incluso en la edad adulta, si bien es cierto que se hace menos evi-

Correspondencia: Servicio de Neurología Infantil. Hospital Infantil La Paz. Paseo de la Castellana, 261. 28046 Madrid

Réplica

dente con el tiempo y, en ningún caso, interfiere de forma importante con la expresividad facial.

Bibliografía

- 1 Martínez-Granero MA, Argüelles F, Roche MC, Omeñaca F, López-Terradas JM, Ortigado A. Asimetría facial con el llanto: estudio neurofisiológico y recuerdo clínico de esta entidad. *An Esp Pediatr* 1998; **48**:44-48.
- 2 Perlman M, Reisner SH. Asymmetric crying facies and congenital anomalies. *Arch Dis Child* 1973; **48**:627-629.
- 3 Papadatos C, Alexiou D, Nicolopoulos D, Mikropoulos H, Hadzigeorgiou E. Congenital hypoplasia of depressor anguli oris muscle. A genetically determined condition? *Arch Dis Child* 1974; **49**:927-931.
- 4 Arroyos A, Sánchez L, Hernández RA, et al. Facies asimétrica de llanto: a propósito de nueve casos. *An Esp Pediatr* 1983; **19**:24-28.
- 5 Singhi S, Singhi P, Lall KB. Congenital asymmetrical crying facies. *Clin Pediatr* 1980; **19**:673-678.

M.E. Cela de Julián, M.J. Martín Puerto,
J.R. Otero*

An Esp Pediatr 1998;49:437-438.

Sr. Director:

En relación con la carta publicada en su Revista por Muñoz-García y cols.⁽¹⁾ a propósito de la miositis viral aguda, donde se plantea una pregunta sobre la necesidad de confirmación etiológica, comunicamos nuestra experiencia y actitud ante esta patología.

Durante los meses de enero y febrero de 1997, se diagnosticaron 17 niños en la unidad de urgencias de nuestro hos-

Sección de Urgencias Pediátricas y *Servicio de Microbiología. Hospital Materno-Infantil 12 de Octubre
Correspondencia: Crta. de Andalucía, Km 5,400. 28041 Madrid

Miositis viral aguda benigna: Ni confirmación etiológica ni pruebas complementarias

pital de probable miositis aguda benigna por los hallazgos clínicos característicos⁽²⁾, que no difieren de lo descrito por Muñoz-García y cols.⁽¹⁾. En todos ellos se realizó un frotis nasofaríngeo, pero solo en 8 se aisló el agente etiológico (virus influenza B en todos los casos). Ante el buen estado general de los niños y la sospecha diagnóstica de miositis, no se realizó ninguna prueba complementaria en 15 de los pacientes, salvo el cultivo de secreciones nasofaríngeas. La resolución de los síntomas fue completa en 1 a 3 días. Dos de los niños precisaron ingreso por el intenso dolor, y fueron sometidos a extracciones analíticas que demostraron la elevación típica de