

---

M.A. Martínez Granero,  
M<sup>a</sup>C. 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<sup>(1)</sup>, 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<sup>(2-5)</sup>, así como los 4 familiares de nuestra serie<sup>(1)</sup>, 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.<sup>(1)</sup> 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<sup>(2)</sup>, que no difieren de lo descrito por Muñoz-García y cols.<sup>(1)</sup>. 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

enzimas musculares; ambos presentaron un cultivo positivo a virus influenza B.

Diversos autores añaden el calificativo de *benigna*<sup>(3)</sup> o *transitoria*<sup>(4)</sup> a la miositis viral aguda, por su conocida ausencia de complicaciones. Los casos que presentan franca rhabdomiólisis con mioglobinuria son anecdóticos<sup>(5)</sup> y la clínica es diferente, ya que el paciente presenta mal estado general, dolor difuso y fiebre alta. Pensamos que si la anamnesis y exploración física son concordantes, sobre todo si se conoce la situación epidemiológica del momento, es posible orientar el diagnóstico sin la realización de ninguna prueba complementaria, evitando así molestias a los pacientes y gastos innecesarios.

## Bibliografía

- 1 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.
- 2 Cela ME, Martín MJ, Sarrión C, Pardo G, Fernández G, García JA, Otero JR. Miositis aguda benigna secundaria al virus influenza B. *An Esp Pediatr* 1998; **48**:206.
- 3 Ruff RL, Secrist D. Viral studies in benign acute childhood myositis. *Arch Neurol* 1982; **39**:261-263.
- 4 Stang H. Acute transient myositis associated with influenza virus infection. *Ped Inf Dis J* 1998; **8**:257-258.
- 5 Zamkoff K, Rosen N. Influenza and myoglobinuria in brothers. *Neurology* 1979; **29**:340-345.

---

M. Muñoz García, J. Valverde Molina,  
P. Díez Lorenzo, M. Cámara Simón

*An Esp Pediatr* 1998;49:438.

### Sr. Director:

Compartimos la opinión de Cela de Julián y cols. y no creemos necesario realizar confirmación etiológica en los casos clínicos sugestivos de miositis viral aguda. Tampoco hay que realizar probablemente, exámenes complementarios de manera rutinaria en estos enfermos.

Nosotros en el período descrito en nuestra carta<sup>(1)</sup> asistimos en el servicio de urgencias de nuestro hospital a otros 7 niños que fueron diagnosticados de probable miositis viral aguda, a los que no se les realizó ninguna exploración complementaria por la intensidad leve de la sintomatología que presentaban.

Como ya hemos comentado hay autores que creen que la miositis viral aguda benigna y la rhabdomiólisis viral aguda son formas clínicas o estadios progresivos de una misma entidad<sup>(2)</sup>.

Hay expertos en patología muscular que admiten el término rhabdomiólisis como un síndrome clínico en el que existen mialgias, debilidad muscular, mioglobinuria y niveles séricos de CPK mayores de 100 veces sus valores normales<sup>(3)</sup>.

Noguera Moya y cols.<sup>(4)</sup> describen cinco casos de pacientes con clínica y exploración física compatible con miositis aguda

## Réplica

benigna, presentando uno de ellos niveles de CPK elevados (90.000 U/L), mioglobinuria e insuficiencia renal aguda transitoria.

A pesar de la escasa frecuencia de la rhabdomiólisis y la posibilidad de orientación diagnóstica mediante los hallazgos clínicos, creemos, como demuestra el caso descrito por Noguera Moya y cols., que es necesaria una cautelosa valoración de los enfermos con clínica compatible con miositis viral aguda.

## Bibliografía

- 1 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.
- 2 Miositis virásica aguda. En: Delgado A, editor. *Pediatría Clínica 3. La pediatría a través de la historia clínica*. Bilbao: Alfonso Delgado Rubio. Cátedra de Pediatría. Univ. País Vasco. 1995. vol 6:134-141.
- 3 Grau JM. Miositis y rhabdomiólisis en el contexto de enfermedades infecciosas. Delimitaciones conceptuales y actitudes clínicas. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1994; **12**:49-51.
- 4 Noguera Moya A, Villanueva Farinos S, De la Hera MT, Blaya P, Roig N, Goberna F, Pastor J. Miositis aguda benigna. A propósito de 5 casos. *Act Ped Esp* 1997; **55**:129-131.