

Dr. Jesús López-Herce. Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital G.U. Gregorio Marañón. Madrid. Dr Castelo 49. 28009 Madrid. Tf 91- 5866708

Dr. Pedro Domínguez Sampedro. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Valle de Hebron. Paseo del Valle de Hebron s/n. 08035 Barcelona. Teléfono: 93-427 20 00 (Ext: 2301).

Bibliografía

1. Zaritsky A. Outcome of pediatric cardiopulmonary resuscitation. *Crit Care Med* 1993;**21**: S325- S327.
2. Schindler MB, Bohn D, Cox PN, McCrindle BW, Jarvis A, Edmonds J, Barker G. Outcome of out-of-hospital cardiac or respiratory arrest in children. *N Engl J Med* 1996;**325**:1473-1479.
3. Pediatric Life Support Working Party of the European Resuscitation Council. Guidelines for paediatric life support. *BMJ* 1994;**308**:1349-1355.
4. Nadkarni V, Hazinski MF, Zideman D, Kattwinkel J, Quan L, Bingham R, Zaritsky A, Bland J, Kramer E, Tiballs J. Paediatric Life Support. *Resuscitation* 1997;**34**:115-127.
5. Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal. Normas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada en pediatría (1ª parte). *An Esp Pediatr* 1995;**43**:245-251.
6. Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal. Normas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada en pediatría (2ª parte). *An Esp Pediatr* 1995;**43**:323-334.
7. Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal. La formación en reanimación cardiopulmonar pediátrica: cursos de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada pediátrica y neonatal. *An Esp Pediatr* 1996;**44**:2-6.
8. Zaritsky A, Nadkarni V, Hazinski MF, Foltin G, Quan L, Wright J, Fiser D, Zideman D, O'Malley P, Chameides L, Cummins R. Recommended Guidelines for Uniform Reporting of Pediatric Advanced Life Support: The Pediatric Utstein Style. *Ann Emerg Med* 1995;**26**:487-503.
9. Cummins R, Chamberlain D, Hazinski MF, Nadkarni V, Kloeck W, Kramer E, Becker L, Robertson C, Koster R, Zaritsky A, Bossaert L, Ornato JP, Callanan V, Allen M, Steen P, Connolly B, Sanders A, Idris A, Cobbe S. Recommended guidelines for reviewing, reporting, and conducting research on in-hospital resuscitation: the in-hospital "Utstein style". *Resuscitation* 1997;**34**:151-183.

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

An Esp Pediatr 1998;**48**:333-334.

Sr. Director:

La miositis viral aguda es un cuadro de instauración brusca consistente en mialgias, debilidad muscular de predominio en extremidades inferiores e impotencia funcional. Típicamente existe un período prodrómico de hasta siete días, en el que aparece fiebre y síntomas de infección respiratoria de vías altas o gastrointestinales⁽¹⁻²⁾.

Es una enfermedad autolimitada que con tratamiento sintomático experimenta mejoría en pocos días y a pesar de ser relativamente frecuente, no hay muchos casos descritos en la literatura⁽¹⁾.

Presentamos cuatro casos de miositis aguda benigna que ingresaron en nuestro Hospital, procedentes de la misma Zona de

Miositis viral aguda. ¿Es necesaria la confirmación etiológica?

Salud, en un período de 7 días comprendido entre el 20/1/97 y 27/1/97.

En todos existía un período prodrómico que oscilaba entre 3-5 días, con síntomas de infección de vías respiratorias superiores.

La clínica consistió en aparición brusca de intensas mialgias en miembros inferiores e imposibilidad para la deambulacion, realizando una marcha en puntillas.

En la exploración física no había afectación del estado general, existiendo dolor a la palpación de masas musculares de extremidades inferiores, sin signos inflamatorios externos. La exploración neurológica fue rigurosamente normal.

En los exámenes complementarios realizados destaca leucopenia, PCR negativa y elevación de las cifras de CPK. Se remitieron muestras en fase aguda y convaleciente de suero, exudado faríngeo y heces al Centro Nacional de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitarias de Majadahonda, donde re-

Servicio de Pediatría. *Servicio de Microbiología. Hospital Los Arcos. Santiago de la Ribera (Murcia)

Correspondencia: Jose Valverde Molina.
C/ Galdo, 1 -1°C. 30002 Murcia.

Tabla I Datos de laboratorio

Edad	Sexo	Leucocitos	PCR (mg/dl)	CPK (U/L)	GOT (U/L)	Serología
8a	M	4.500	0.2	3.591	61	V. Influenzae B
6a	M	3.700	0.4	5.937	226	Negativa
6a	V	2.500	0.7	366	-	V. Influenzae A
7a	V	3.000	0.5	4.439	159	Adenovirus

alizaron las siguientes determinaciones: cultivo celular para virus en heces y exudado faríngeo, estudio de PCR para herpesvirus en exudado faríngeo, anticuerpos (serología) mediante fijación de complemento, inmunoanálisis enzimático e inmunofluorescencia para virus *influenzae* A y B, citomegalovirus, virus respiratorio sincitial, adenovirus, *M. pneumoniae*, rubeola, toxoplasma, Epstein-Barr y *triquinella*. El diagnóstico directo mediante cultivo celular y PCR fue negativo en todos los casos y el estudio serológico se consideró positivo cuando existía un incremento cuádruple de los títulos entre dos muestras seriadas (Tabla I).

Los niños fueron tratados de forma sintomática con reposo y antiinflamatorios no esteroideos, con mejoría del cuadro clínico a las 48 horas. La normalización enzimática ocurrió aproximadamente a los 15 días y no se presentaron complicaciones.

La miositis aguda benigna fue descrita por Lundberg en 1957⁽³⁾, pero hasta 1970 no se estableció la asociación entre este cuadro y la infección por virus *influenzae* A y B⁽⁴⁾. Posteriormente se describió, aunque con menor frecuencia, asociado a parainfluenzae⁽⁵⁾, adenovirus⁽⁵⁾, VRS⁽⁶⁾, rotavirus⁽⁷⁾, *cox-sackie*⁽⁸⁾ y *herpes simplex*⁽¹⁾.

Aunque la miositis viral recibe el calificativo de benigna no está exenta de complicaciones, habiéndose descrito casos de fracaso renal secundario a mioglobinuria intensa por destrucción muscular grave⁽⁸⁾. De hecho se considera que la miositis viral aguda y la rabiomiolisis son distintas formas clínicas de una misma entidad^(8,9), por lo que ante un cuadro de impotencia funcional brusca y mialgias, se debe mantener una actitud vigilante para descartar el inicio de rabiomiolisis y aparición de com-

plicaciones secundarias.

Característicamente esta enfermedad se ha relacionado con virus *influenzae*⁽⁴⁾, tal como encontramos en 2 muestras de nuestros pacientes.

En la literatura médica no encontramos referencias, en cuanto a diferencia clínica, gravedad o pronóstico según el agente viral asociado al cuadro⁽¹⁰⁾. Nuestros casos presentan la misma clínica y evolución, estando asociados a 3 virus diferentes, por lo que nos planteamos si son realmente necesarios los estudios serológicos o estarían únicamente indicados con fines de investigación, pues realmente no modifica la actitud terapéutica, el diagnóstico etiológico es tardío y costoso.

A pesar de todo, es necesario conocer y diagnosticar esta enfermedad, en principio banal, para poder controlar y prevenir las posibles complicaciones.

Bibliografía

1. Labay Matías M, Galve Rojo F, Valero Adán MT y cols. Miositis aguda transitoria benigna. Un diagnóstico infrecuente en Atención Primaria. *An Esp Pediatr* 1995; **42**: 462-463.
2. San José A, Knobel H, Fernández JM, Bosch JA. Miositis aguda benigna. *Med Clin (Barc)* 1987; **88**: 82-83.
3. Lundberg A. Myalgia cruris epidemica. *Acta Paediatr Scand* 1957; **46**: 18-31.
4. Middleton PJ, Alexander RM, Szymanski MT. Severe myositis during recovery from influenza. *Lancet* 1970; **2**: 532-535.
5. McKinlay IA, Mitchell I. Transient acute myositis in childhood. *Arch Dis Child* 1976; **51**: 135-137.
6. Labay M. Miositis aguda benigna asociada a infección por virus sincitial respiratorio. *An Esp Pediatr* 1990; **32**: 114.
7. Hattori H, Torii S, Nagafuji H et al. Bening acute myositis associated with rotavirus gastroenteritis. *J Pediatr* 1992; **121**: 748-749.
8. Kallen PS, Louie JS, Kenneth MN, Bayer AS. Infectious Myositis and Related Syndromes. *Semin Arthritis Rheum* 1982; **11**: 421-437.
9. Miositis virásica aguda. En: Delgado A, ed. *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.
10. Hall CB, Douglas RG, Geiman JM, Meagher MP. Viral Shedding patterns of children with influenza B infection. *J Infect Dis* 1979; **140**: 610-613.