

## Miositis orbitaria como complicación tras una amigdalitis por «Streptococcus pyogenes»

N. Rius Gordillo<sup>1</sup>, E. Mora Muñoz<sup>1</sup>, M.A. Arcediano Sánchez<sup>2</sup>, C. Corbella Sala<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. <sup>2</sup>Servicio de Oftalmología. <sup>3</sup>Servicio de Radiodiagnóstico.  
Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Terrassa (Barcelona)

### Resumen

La miositis orbitaria es un trastorno inflamatorio poco común en la infancia, clasificado dentro del llamado síndrome inflamatorio de la órbita, o seudotumor orbitario, en el que se ven afectados los músculos extraoculares. Presentamos el caso de un paciente de 12 años de edad, con dolor y edema palpebral de inicio brusco, junto con limitación de la movilidad ocular. Tras la realización de pruebas de imagen y estudios de laboratorio, se diagnostica de miositis orbitaria tras una infección estreptocócica. Aun siendo una asociación poco frecuente, debemos tener en cuenta esta etiología infecciosa ante un paciente con clínica de dolor ocular brusco y limitación de la movilidad, sobre todo en casos con antecedentes de infección de las vías respiratorias altas.

**Palabras clave:** Miositis orbitaria, seudotumor orbitario, *S. pyogenes*

### Abstract

*Title: Orbital myositis as a complication of Streptococcus pyogenes amigdalitis*

Orbital myositis is an uncommon inflammatory disorder in childhood, classified into orbital inflammation syndrome, or orbital pseudotumor, where extraocular muscles are affected. We report a 12 years old patient with pain, eyelid oedema and ocular motility limitation. After the scan and laboratories exam he was diagnosed of orbital myositis after streptococcal infection. Even as a rare association we should take account of this infectious etiology in a patient with symptoms of sudden eye pain and limited mobility, especially in cases with a recent history of upper respiratory tract infection.

**Keywords:** Orbital myositis, orbital pseudotumor, *S. pyogenes*

Fecha de recepción: 24/10/11. Fecha de aceptación: 20/03/12.

**Correspondencia:** N. Rius Gordillo. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Pl. Doctor Robert, 5. 08221 Terrassa (Barcelona). Correo electrónico: [neusrus@gmail.com](mailto:neusrus@gmail.com)

## Introducción

El seudotumor orbitario, o síndrome de inflamación orbitaria, se describe como un grupo de trastornos inflamatorios, de etiología y presentación clínica muy variada. Descrito en 1903, es la tercera patología orbitaria más frecuente (el 5% de todos los procesos orbitarios), tras la oftalmopatía de Graves y los procesos limfoproliferativos<sup>1</sup>.

Pueden estar afectadas distintas estructuras, como la glándula lagrimal, los músculos extraoculares y la grasa orbitaria, y provoca como clínica principal hinchazón, ptosis, proptosis, diplopía y dolor a los movimientos oculares.

Su verdadera incidencia es difícil de determinar, dados los pocos casos descritos, aunque se conoce mayoritariamente en adultos, preferentemente en el sexo femenino (en una proporción 2:1).

El seudotumor orbitario es una entidad poco conocida en los niños. Se han descrito tan sólo unos 70 casos (el 6-17% de todos los casos se dan en la edad pediátrica), con hallazgos que difieren de los del adulto, como la uveítis, la eosinofilia y la tendencia a la afectación bilateral<sup>2-4</sup>.

Aunque su etiología es desconocida, se postula que los mecanismos inmunológicos tienen un papel determinante en su aparición. Se ha visto asociado a diversos procesos infecciosos, incluida la infección de las vías respiratorias altas, así como trastornos sistémicos, como la sarcoidosis, la granulomatosis de Wegener, la enfermedad de Sjögren, las conectivopatías y la oftalmopatía tiroidea<sup>4</sup>.

## Caso clínico

Presentamos el caso de un niño de 12 años de edad, que consulta por presentar un edema palpebral y dolor a la movilidad del ojo izquierdo. Se trata de un niño sano, que presenta como único antecedente personal un episodio de faringoamigdalitis febril autolimitada y de etiología desconocida hacía 3 semanas, sin precisar un estudio ni un tratamiento específico. Presenta un edema y un eritema palpebral, por lo que se inicia tratamiento con amoxicilina oral ante la sospecha de una celulitis preseptal. Tras 48 horas de tratamiento, y ante la persistencia del edema, junto con la aparición de dolor a la movilidad ocular, ingresa en nuestro centro para efectuarle el estudio correspondiente.

En la exploración, el paciente presenta un buen estado general, sin lesiones cutáneas ni adenopatías aparentes. Se observa un edema en el párpado superior del ojo izquierdo sin zona eritematosa, así como una leve ptosis palpebral, limitación y dolor a la mirada superior; el resto de los movimientos de la musculatura extraocular están conservados. En la auscultación cardiorrespiratoria no se apreciaron anomalías. El abdomen era blando y depresible, sin masas ni megalias. La orofaringe era congestiva, sin presencia de exudados. Los resultados de la exploración neurológica estaban acordes con su edad, sin focalidades presentes.

Se realiza una tomografía computarizada (TC) de las órbitas (figura 1), que muestra un aumento del grosor del músculo recto superior de la órbita izquierda, con márgenes bien definidos, sin afectación del tejido graso ni presencia de colecciones postseptales, intraconales ni extraconales. Solicitamos una resonancia magnética (RM) de órbitas con contraste (figura 2), que descartó una afectación del nervio óptico, confirmando el aumento de grosor del músculo recto superior de la órbita izquierda, así como el recto lateral de la órbita derecha, con captación tras la administración de contraste, por lo que se diagnosticó de miositis orbitaria. Se solicitaron pruebas de laboratorio con los siguientes resultados: hemoglobina de 11,5 g/dL, cifras de leucocitos de 11.200/mm<sup>3</sup> (60% neutrófilos, 29% linfocitos), proteína C reactiva (PCR) de 15 mg/L y velocidad de sedimentación globular (VSG) de 9 mm. Los resultados del estudio de anticuerpos antinucleares, factor reumatoide, complemento y hormonas tiroideas estuvieron dentro de la normalidad; las antiestreptolisinas estaban elevadas (597 UI/L). Ante el antecedente de faringoamigdalitis reciente, se solicitó un frotis amigdalario para el estudio del antígeno *Streptococcus pyogenes*, que resultó positivo, y no se realizó ningún cultivo del mismo dada su poca rentabilidad, por encontrarse el paciente en tratamiento antibiótico desde hacía 48 horas.

Ante el cuadro clínico y los resultados de las exploraciones comentadas, se diagnosticó una miositis orbitaria tras una infección faringoamigdalario por *S. pyogenes*.

Se valoró el caso conjuntamente con el servicio de oftalmología, por lo que se decidió mantener el tratamiento erradicador de *S. pyogenes* con penicilina y se inició una pauta de prednisolona oral (1 mg/kg/día). El paciente presentó una mejoría progresiva, con retirada definitiva de la corticoterapia tras 5 semanas de tratamiento, hasta la normalización de la sintomatología. Posteriormente, el paciente ha seguido controles en el servicio de oftalmología, sin observarse incidencias hasta la fecha.

## Discusión

La miositis orbitaria es un trastorno inflamatorio poco común, clasificado dentro de los procesos inflamatorios de la órbita, en el que se afectan los músculos extraoculares, sobre todo el recto lateral y medial.

Normalmente, se presenta con un dolor brusco, sobre todo con los movimientos oculares. La historia natural de la miositis orbitaria consiste en 3 fases: infiltración muscular asintomática, y en las 2 semanas siguientes limitación del movimiento y dolor; en la fase final puede aparecer una fibrosis muscular con restricción completa de la movilidad ocular.

Las pruebas de laboratorio ayudarán a descartar la asociación con procesos sistémicos, infecciosos y autoinmunes, y es muy útil la realización de un recuento celular, así como la determinación de VSG, PCR, factor reumatoide, ANA, ASLO y perfil tiroideo. Aunque en general no se observan alteraciones, podemos encontrar una cierta leucocitosis con eosinofilia y aumento de VSG. Tanto la TC como la RM son pruebas

de imagen útiles en los trastornos inflamatorios de la órbita, en las que se observa una inflamación y una infiltración de las estructuras, que se realiza tras la administración de contraste<sup>4,5</sup>.

El diagnóstico diferencial incluye una amplia variedad de procesos (celulitis orbitaria, traumatismo o cuerpo extraño ocular, quiste dermoide y epidermoide, hemangioma capilar, limfangioma, oftalmopatía tiroidea, granuloma eosinofílico, dacrioadenitis) y neoplasias, como rabdomiosarcoma, retinoblastoma, glioma del nervio óptico, neuroblastoma, leucemia, linfoma y metástasis<sup>5</sup>.

En ocasiones, es una entidad autolimitada que se resuelve espontáneamente. En la mayoría de los casos se inicia tratamiento con prednisolona en dosis elevadas durante 2 semanas (1-1,5 mg/kg/día), con una pauta descendente posterior durante 5 semanas, con lo que se consigue una tasa de recuperación en el 80% de los pacientes. En los pacientes con miositis persistente o recidiva, se realizará una biopsia muscular para llegar a un diagnóstico definitivo, así como la valoración del inicio de otros tratamientos propuestos, como radioterapia (15-20 Gy fraccionados en 10 días) o agentes quimioterápicos (ciclofosfamida o ciclosporina), o la exéresis en casos de fácil acceso<sup>4</sup>.

En este paciente, tras ampliar el estudio y ante la presencia de una infiltración de la musculatura extraocular, se confirmó el diagnóstico de miositis orbitaria. Dado el antecedente de faringoamigdalitis, la positividad del test rápido para estreptococo del grupo A y la negatividad del resto de los estudios realizados, creemos con una elevada probabilidad que dicho germen podría ser el causante de forma indirecta de su afectación ocular, lo que coincide con los datos de otros 3 casos descritos en la bibliografía previamente.

Aunque se conoce la relación de los procesos inflamatorios de la órbita con las infecciones de las vías respiratorias altas, como hemos comentado, se han descrito pocos casos tras una infección por *S. pyogenes*. Además de la fiebre reumática y la glomerulonefritis, se incluyen entre las complicaciones de la infección por *S. pyogenes* la artritis reactiva, los trastornos neuropsiquiátricos, la uveítis, el eritema nodoso y la polimiositis<sup>6</sup>.

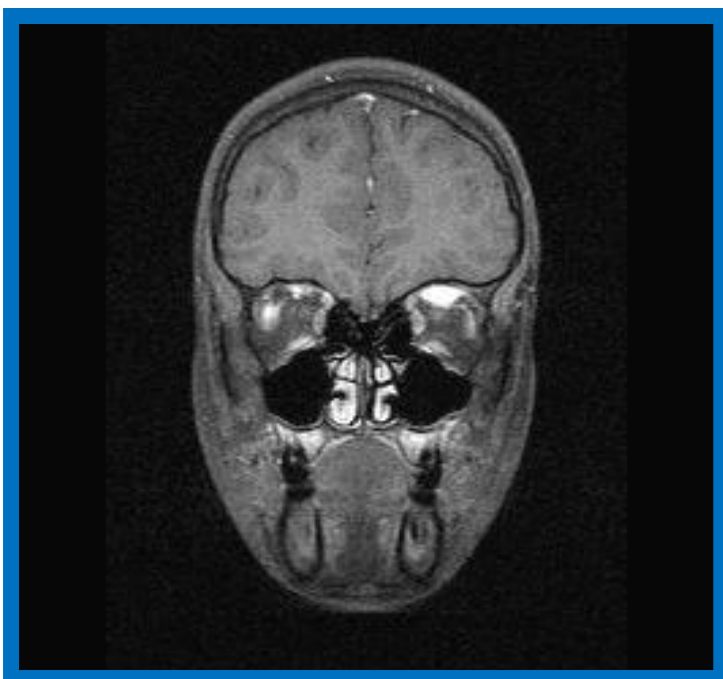
Por tanto, en un paciente con una aparición brusca de dolor, edema palpebral y limitación de la movilidad ocular, deberemos pensar en la posibilidad de una miositis orbitaria. En este caso, como hemos comentado anteriormente, deberemos descartar algunas entidades, como los procesos linfoproliferativos, las conectivopatías o los problemas tiroideos, así como tener presente que un pequeño porcentaje de estos casos se produce tras un antecedente reciente de infección de las vías respiratorias altas, cuya fisiopatología exacta aún se desconoce.

## Bibliografía

1. Mendenhall WM, Lessner AM. Orbital pseudotumor. *Am J Clin Oncol.* 2010; 33: 304-306.
2. Belanger C, Zhang KS, Reddy AK, Yen MT, Yen KG. Inflammatory disorders of the orbit in childhood: a case series. *Am J Ophthalmol.* 2010; 150: 460-463.
3. Kitei D, Di Mario FJ. Childhood orbital pseudotumor: case report and literature review. *J Child Neurol.* 2008; 23: 425-430.
4. Ahn Yuen SJ, Rubin PA. Idiopathic orbital inflammation. *Arch Ophthalmol.* 2003; 121: 491-499.
5. Browne MA, O'Keefe M, Twomey E, Donoghue V, Ryan S. A case of relapsing flitting bilateral idiopathic orbital inflammation. *Pediatr Radiol.* 2009; 39: 1.361-1.364.
6. Alshaikh M. Orbital myositis following streptococcal pharyngitis. *J Paediatr Child Health.* 2008; 44: 233-234.



**Figura 1.** TC de las órbitas



**Figura 2.** RM de las órbitas