



Miositis viral aguda y rabdomiólisis. Un estudio descriptivo

Lucía Mateos Camino¹ , Irene Martínez Negro² , Ana Muñoz Lozón³ , María Cabrerizo Ortiz³ , Begoña Pérez-Moneo^{3,4} , Sara Suárez-Cabezas³

RESUMEN

Introducción. La miositis aguda viral es un cuadro inflamatorio secundario a virus respiratorios, caracterizado por dolor en extremidades inferiores y dificultad para la marcha. Es un cuadro benigno y autolimitado; son raras las complicaciones como rabdomiólisis o insuficiencia renal aguda. El objetivo del estudio es analizar el curso clínico y el tratamiento de pacientes atendidos en un servicio de urgencias pediátricas (SUP).

Población y métodos. Estudio observacional retrospectivo con análisis exploratorio de asociaciones. Se analizaron los pacientes diagnosticados con miositis aguda viral entre enero de 2018 y marzo de 2023 en el SUP. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y de laboratorio, analizándose mediante medias, desviación estándar y análisis bivariable (prueba de la *t* de Student o chi-cuadrado), así como correlaciones (Pearson o Spearman).

Resultados. Se incluyeron 40 pacientes, con una edad media de 6,75 años (DE 2,59). Se realizó analítica sanguínea en 30/40 pacientes (75,0 %; IC95% 59,8-85,8). Presentaron criterios de rabdomiólisis 11/40 pacientes (27,5 %; IC95% 16,1-42,8). No se observaron casos de insuficiencia renal ni otras complicaciones. De forma exploratoria, se encontró que las cifras de creatina-fosfoquinasa (CPK) fueron mayores en varones que en mujeres y que se asociaron con la edad, el índice AST/ALT, la lactato-deshidrogenasa (LDH), la necesidad de ingreso y de sueroterapia intravenosa.

Conclusión. La miositis aguda viral en esta serie pediátrica presentó un curso clínico favorable. Una proporción de pacientes presentó elevación marcada de CPK y criterios de rabdomiólisis, sin casos de insuficiencia renal aguda.

Palabras clave: miositis; gripe; rabdomiólisis; mialgia; medicina de urgencia pediátrica.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11028>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11028.eng>

Cómo citar: Mateos Camino L, Martínez Negro I, Muñoz Lozón A, Cabrerizo Ortiz M, Pérez-Moneo B, Suárez-Cabezas S. Miositis viral aguda y rabdomiólisis. Un estudio descriptivo. *Arch Argent Pediatr.* 2026;e202611028. Primero en Internet 24-SEP-2026.

¹ Centro de Salud José María Llanos, Gerencia Asistencial Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España; ² Centro de Salud Federica Montseny, Gerencia Asistencial Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España; ³ Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Infanta Leonor, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España; ⁴ Departamento de Salud Pública y Materno-Infantil, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España.

Correspondencia para Begoña Pérez-Moneo: begona.perez@salud.madrid.org

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 14-1-2026

Aceptado: 26-5-2026



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

La miositis aguda viral (MAV) es un cuadro inflamatorio transitorio y poco frecuente. Es más común en niños que en adultos y afecta predominantemente al sexo masculino.¹ Lo ocasionan sobre todo virus respiratorios, asociándose frecuentemente con el virus de la gripe B, por lo que su incidencia depende de periodos epidémicos.¹ El cuadro clínico característico consiste en dolor bilateral de pantorrillas y dificultad para la marcha a los 3 o 4 días del inicio de los síntomas catarrales.¹ La infección inicial causa necrosis de la fibra muscular resultando en una elevación de la creatina-fosfoquinasa (CPK) en sangre. En la mayoría de los casos, su evolución es autolimitada, con excelente pronóstico y sin secuelas funcionales. Sin embargo, es importante destacar que se han descrito varios casos de rabdomiólisis en relación con esta condición.²

La rabdomiólisis es una enfermedad en la que se produce una degradación rápida y masiva del tejido muscular. Esta degradación libera una gran cantidad de sustancias musculares al torrente sanguíneo pudiendo ocasionar complicaciones como la insuficiencia renal aguda (IRA).³ La rabdomiólisis se ha estudiado principalmente en adultos. Sin embargo, su etiología y consecuencias difieren significativamente en la población pediátrica.⁴ Los estudios disponibles en población pediátrica muestran una menor prevalencia de IRA asociada a rabdomiólisis que en adultos. La literatura disponible no ha vinculado la IRA a cuadros leves como infecciones comunes,⁵ lo que sugiere que, en este grupo etario, la afectación renal podría deberse más a la enfermedad subyacente que a la rabdomiólisis en sí misma.

El objetivo principal de este estudio es describir las características demográficas, clínicas y analíticas de los pacientes pediátricos con diagnóstico de MAV atendidos en nuestro servicio de urgencias pediátricas (SUP), analizar el curso de la enfermedad y su tratamiento clínico, así como explorar posibles asociaciones entre variables clínicas y analíticas.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional retrospectivo con análisis exploratorio de asociaciones, basado en la revisión de historias clínicas electrónicas, realizado en el SUP de un hospital de complejidad intermedia. El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de

Investigación de nuestro centro.

Se analizaron los pacientes atendidos en el SUP desde enero de 2018 hasta marzo de 2023 con diagnóstico de MAV. Los criterios de inclusión fueron pacientes de 0-16 años con diagnóstico de MAV, definida como la presencia de mialgias en miembros inferiores que condicionaban dificultad para la deambulación y asociadas a síntomas compatibles con infección viral (clínica respiratoria o fiebre). Se excluyeron aquellos pacientes con mialgias difusas o mialgias sin clínica respiratoria, fiebre o dificultad para la deambulación. Al tratarse de un estudio retrospectivo, sin intervención directa sobre los participantes y con análisis de datos en conjunto, no se precisó la obtención del consentimiento informado.

Las variables recogidas se agruparon en variables demográficas, clínicas, analíticas y evolutivas. Entre las variables demográficas, se incluyeron la edad y el sexo. Las variables clínicas incluyeron antecedentes personales relevantes, días de fiebre, temperatura máxima registrada, días de mialgia, localización y carácter de las mialgias, y alteraciones de la deambulación. Entre las variables analíticas, se registraron los parámetros de laboratorio disponibles, así como la realización y resultados de pruebas microbiológicas y urinarias. Se definió rabdomiólisis como una elevación de CPK superior a 5 veces el límite superior de la normalidad (>5000 U/L). Se definió insuficiencia renal aguda como un aumento de creatinina $\geq 0,3$ mg/dL o $\geq 1,5$ veces el valor basal. Por último, entre las variables evolutivas, se incluyeron la necesidad de ingreso hospitalario y su duración del ingreso, el tratamiento recibido, los valores analíticos durante el ingreso, la presencia de complicaciones y la necesidad de nuevas consultas.

Los datos fueron incluidos en una base de datos alojada en el repositorio interno del centro y protegida mediante contraseña.

Las variables categóricas se describieron mediante porcentajes, mientras que las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar (DE) si seguían una distribución normal (evaluada mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y/o Shapiro-Wilks), o como mediana y rango intercuartílico (RIC) en caso contrario.

Para el análisis bivariable de las variables categóricas, se realizó la prueba de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher; para las variables continuas, la prueba de la *t* de Student o U de

Mann-Whitney para los casos no paramétricos. Para explorar asociaciones entre variables, se emplearon los coeficientes de correlación de Pearson o de Spearman según las características de las variables. Para el análisis de los datos, se utilizó el programa informático SPSS versión 23, considerando un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Dado el tamaño muestral, los análisis inferenciales se consideraron de carácter exploratorio.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, fueron diagnosticados de MAV un total de 40 pacientes. La edad media fue de 6,75 años (DE 2,59); 26/40 fueron varones (65,0 %; IC95% 49,5-77,9). Ninguno presentaba antecedentes personales de enfermedad renal y/o muscular ni tomaba medicación que afectase a estos órganos.

La temporada con mayor número de casos (16/40) fue 2022-2023, seguido de la 2019-2020 (12/40), como puede verse en la *Figura 1*. La mayoría de los pacientes acudieron durante el invierno.

Las características clínicas basales se resumen en la *Tabla 1*. En el momento de la consulta, 37/40 pacientes presentaban fiebre (92,5 %; IC95% 79,6-97,3). La duración media de la fiebre fue de 3,22 días (DE 1,27) y la

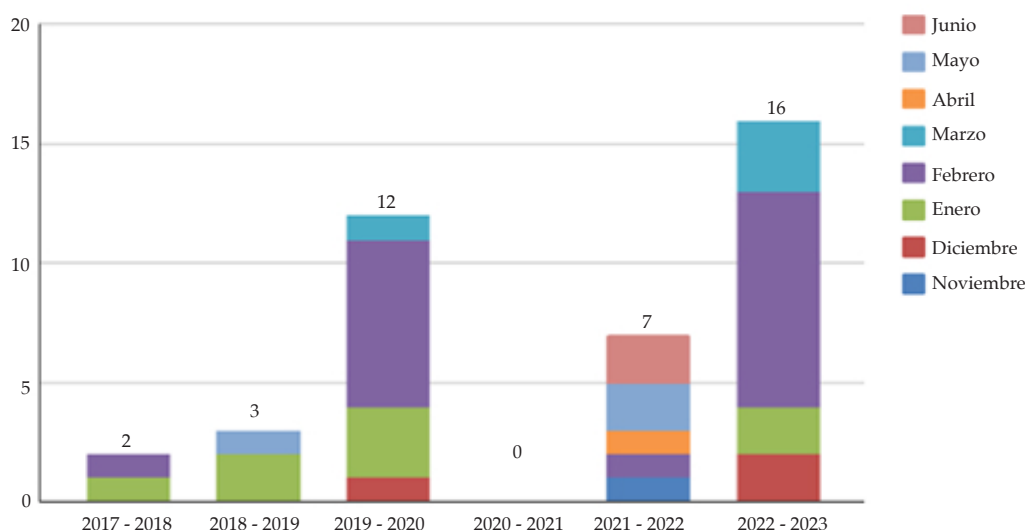
temperatura máxima media, de 38,9 °C (DE 0,79). La duración media de las mialgias fue de 1,1 días (DE 0,5). Las mialgias se localizaron en gemelos en 34/40 pacientes (85,0 %; IC95% 70,2-93,2) o en cuádriceps en 6/40; fueron bilaterales en 34/40 (85,0 %; IC95% 70,2-93,2). Se realizó la prueba de gripe a 25/40 de los pacientes; resultó positivo en 13/25, todos ellos por gripe B. Se realizó prueba de COVID en 9/40 pacientes, con 2 resultados positivos.

Se obtuvo analítica de sangre en 30/40 pacientes (75,0 %; IC95% 59,8-85,8), tira de orina rápida en 6/40 y sedimento de orina en 11/40. De los 11 sedimentos realizados, 3 mostraron hematuria.

En relación con el daño muscular, 11/40 pacientes cumplieron criterios de rabdomiólisis (27,5 %; IC95% 16,1-42,8) y la CPK media fue de 2929 U/L (DE 1977). Los datos analíticos se muestran en las *Tablas 2 y 3*.

De forma exploratoria, se observó que las cifras de CPK fueron mayores en varones que en mujeres y que se asociaron con la edad, el índice AST/ALT, la lactato-deshidrogenasa (LDH), la necesidad de ingreso, la duración de la internación, y la necesidad de sueroterapia IV. El resto de las asociaciones analizadas no mostró una relación estadísticamente significativa (*Tablas 4 y 5*).

FIGURA 1. Casos por temporada de gripe



Se entiende como temporada de gripe la comprendida entre noviembre de un año y marzo del año siguiente. Dado que la temporada puede variar según la estacionalidad anual del virus, los meses que comprenden la temporada pueden variar de un año a otro.

TABLA 1. Características, síntomas y signos de los pacientes con miositis aguda vírica

Variables	n = 40	IC95%
Fiebre	37 (92,5)	79,6-97,3
Días con mialgia	1,10 (0,5)*	0,95-1,27
Mialgia bilateral	34 (85)	70,2-93,2
Alteraciones marcha	9 (31)	15,3-50,8
Cojera	8 (27,6)	12,8-47,2
Marcha equina	3 (10,3)	2,2-27,4
Aumento base sustentación	9 (31)	15,3-50,8
Rechazo marcha	30 (75)	59,8-85,8
Analítica de sangre	6 (15)	5,7-29,8
Tira de orina	11 (27,5)	16,1-42,8
Sedimento de orina	25 (62,50)	46,7-76,2
Prueba de gripe	0	
Gripe	13/25 (52)	31,3 - 72,2
A		
B		

Los datos están expresados en valor absoluto y porcentaje (%) en variables categóricas o en media (DE)* en variables continuas.

TABLA 2. Resultados analíticos en el servicio de urgencias pediátricas

Valores analíticos	n = 40
Leucocitos ($\times 10^3/\mu\text{l}$)	4,43 (17,42)*
Neutrófilos ($\times 10^3/\mu\text{l}$)	1,8 (1,80)*
Plaquetas ($\times 10^3/\mu\text{l}$)	216,4 (82,85)
Hemoglobina (g/dl)	13,5 (10,70)*
PCR (mg/L)	2,9 (48,90)*
Creatinina (mg/dl)	0,40 (0,13)
Urea (mg/dl)	26,47 (6,94)
CPK (U/L)	2920 (5454)*
AST/ALT	2,84 (1,08)
LDH (U/L)	329 (703)*

Los datos están expresados en media (DE) o mediana (RIC)*.

PCR: proteína C reactiva, CPK: creatina-fosfocinasa, AST/ALT: aspartato aminotransferasa/alanina aminotransferasa, LDH: lactato-deshidrogenasa.

TABLA 3. Resultados analíticos durante el ingreso

Valores analíticos	n = 7
Días de ingreso hasta el valor máximo de CPK	1,14 (0,37)
CPK (valor máximo) U/L	12 531 (10 769)*
CPK (valor al alta) U/L	1432 (3273)*
Días de ingreso hasta valor máximo de creatinina	1,28 (0,48)
Creatinina (valor máximo) mg/dl	0,41 (0,067)

Los datos están en media (DE) o mediana (RIC)*. CPK: creatina-fosfocinasa.

Recibieron analgesia intravenosa (IV) 5/40 de los pacientes y sueroterapia IV 10/40. Ingresaron en total 7/40 pacientes (17,5 %; IC95% 8,7-31,9), de los cuales 5 lo hicieron por elevación de CPK y el resto por mal control del dolor e impotencia funcional. La estancia media fue de 2,0 días (DE 1,15).

Ningún paciente presentó insuficiencia renal asociada ni otras complicaciones relevantes.

Tampoco se registraron nuevas consultas en el SUP durante el seguimiento.

DISCUSIÓN

En esta serie retrospectiva de pacientes pediátricos diagnosticados de miositis aguda viral, no se observaron complicaciones relevantes, lo que sugiere un curso clínico favorable en nuestra muestra y resulta concordante con la evolución

TABLA 4. Análisis bivariado entre la creatina-fosfocinasa inicial y variables categóricas

Variable		CPK Mediana (RIC)	p valor
Sexo	Hombre	5021,00 (8181,50)	0,031
	Mujer	477,00 (2529,00)	
Fiebre	Sí	4114,00 (6158,00)	0,734
	No	3782,50 (NC; n = 2)	
Mialgia bilateral	Sí	4312,00 (7570,50)	0,230
	No	525,00 (NC; n = 3)	
Alteración marcha	Sí	4114,00 (5996,50)	0,532
	No	826,00 (4014,00)	
Gripe	Sí	4446,50 (7501,30)	0,168
	No	7438,00 (NC; n = 2)	
Sueroterapia IV	Sí	7227,50 (NC; n = 2)	0,043
	No	4446,50 (7396,00)	
Ingreso	Sí	(NC; n = 1)	0,030
	No	4390,00 (5794,00)	

Comparación mediante prueba U de Mann-Whitney (variables no paramétricas). No se reporta IC95% de diferencia de medias por ser prueba no paramétrica.

*NC: no calculable, CPK: creatina-fosfocinasa.

TABLA 5. Correlación entre la creatina-fosfocinasa inicial y variables continuas

Variable	Coefficiente de correlación (r_s)	IC95%	p valor
Edad	0,430	0,022 a 0,722	0,014
Índice AST/ALT	0,725	0,440 a 0,901	0,000
Creatinina	0,120	-0,272 a 0,419	0,526
Urea	-0,370	-0,634 a 0,111	0,119
LDH	0,814	0,412 a 0,955	0,000
Días de ingreso	0,765	0,331 a 1,000	0,045

CPK: creatina-fosfocinasa, AST: aspartato aminotransferasa, ALT: alanina aminotransferasa, LDH: lactato-deshidrogenasa. Nivel de correlación calculado mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

descrita en la literatura. La edad media de los pacientes analizados fue de 6,7 años, lo cual concuerda con los resultados obtenidos por Attaianese *et al.*⁶ Otros autores, sin embargo, describen una edad media ligeramente superior.⁷

Al igual que en otros estudios,⁶⁻⁹ la proporción de MAV en varones fue mayor que en mujeres. Sin embargo, al revisar los datos censales, no encontramos diferencias con respecto a la población de referencia.

Los síntomas y signos exploratorios fueron similares a los reportados en otros estudios.^{1,5-9} En cuanto a las pruebas complementarias, llama la atención la discrepancia en la solicitud, aun cuando las características clínicas de los pacientes fueron similares entre sí. Aunque se trata de un cuadro predominantemente benigno, en la mayoría de las ocasiones se solicitó analítica de sangre y, en menor medida,

analítica de orina. Este abordaje tan heterogéneo puede deberse a la ausencia de protocolos estandarizados sobre esta enfermedad.¹⁰

En nuestro estudio, a pesar de la clásica asociación entre MAV y gripe, solo se realizó prueba microbiológica a la mitad de los pacientes, que resultó positiva en el 52 %. Esta cifra es mayor que la reportada por otros estudios (19-22 %)^{5,6}. Dado que no se realizó prueba de virus a la totalidad de la muestra, esta mayor proporción de gripe en relación con otros estudios podría deberse a una selección inicial de pacientes con más probabilidad de presentar un cuadro gripal. Todos los pacientes fueron positivos para gripe B, lo que concuerda con la bibliografía revisada.^{3,5,8} En relación con el virus SARS-CoV-2, el 22,2 % de las pruebas realizadas resultaron positivas, una cifra similar a la reportada por otro estudio que encontró una frecuencia del 16,9 %.⁹ No

se observó una asociación entre los niveles de CPK y la infección por COVID-19, a diferencia de lo descrito por Chen HW *et al.*,⁹ quienes reportaron alteraciones analíticas más marcadas en pacientes con MAV y COVID-19, así como una mayor frecuencia de hospitalización. Sin embargo, la ausencia de asociación en nuestra serie debe interpretarse con prudencia dado el reducido número de pacientes con infección confirmada por SARS-CoV-2.

Los hallazgos de laboratorio principales fueron los relativos al daño muscular: elevación de CPK, aumento del índice AST/ALT y aumento de LDH, como ya se describe en otros estudios.^{2,3,6,7} Los valores medios de CPK fueron de 2920 U/L, similar a otros estudios.⁵ Los valores de CPK se asociaron con la edad y con el sexo —fueron mayores en varones—, hallazgos que no han sido previamente descritos en la literatura. También encontramos una asociación entre los valores de CPK y el ingreso hospitalario, y con el inicio de sueroterapia IV, siendo más habitual que algunas de estas dos intervenciones se llevaran a cabo cuanto mayor era la cifra de CPK. Esto podría reflejar una tendencia a un abordaje más intervencionista en pacientes con niveles elevados de CPK, posiblemente por miedo a la aparición de complicaciones secundarias. Por último, encontramos una asociación entre los niveles de CPK iniciales y los días totales de internación: más prolongada cuando las cifras son elevadas, lo que sugiere que el alta podría quedar supeditada a la mejoría de los niveles elevados de CPK en sangre y no tanto a la resolución o mejoría de la clínica.

La presencia de rabdomiólisis en nuestro estudio, aceptando como tal la definición de niveles de CPK 5 veces mayor del límite de la normalidad, es del 27,5 % de los pacientes (11/40), mucho mayor que la descrita en otros estudios, donde es de entre un 3 % y un 6,7 %.^{7,11} Esta diferencia podría explicarse bien porque no se realizó analítica a todos los pacientes en nuestro estudio, bien a una discrepancia en los criterios utilizados como definición de rabdomiólisis, que no se especifican en los estudios mencionados,^{7,11} o al escaso tamaño muestral.

Existe escasa evidencia publicada acerca de la rabdomiólisis en la infancia y las recomendaciones se extrapolan de los hallazgos obtenidos en población adulta. Mientras que estudios previos reportan una proporción global de IRA de entre el 35 % y el 50 %, ⁵ en la

revisión de Mannix *et al.*,⁴ la serie pediátrica más numerosa hasta la fecha, se comprueba que la proporción de IRA atribuida exclusivamente a la rabdomiólisis es, en realidad, de tan solo el 1,6 % (IC95% 0-3,3), y que, en general, esta se asocia más a la presencia de otros factores como deshidratación o fallo multiorgánico. Ningún caso de IRA secundaria a rabdomiólisis⁴ fue atribuido a MAV.

En relación con las complicaciones secundarias a MAV, en nuestra serie de 5 años, ningún paciente presentó datos de deterioro de la función renal, de forma similar a de lo que ocurre en otros estudios revisados,^{5,7,11} donde la proporción de complicaciones es igualmente baja.

Limitaciones del estudio

Se trata de una patología con baja incidencia, por lo que el tamaño muestral es escaso, lo que limita la potencia estadística del estudio. Además, al tratarse de un estudio retrospectivo, el registro de datos en la historia clínica no se realizó de manera protocolizada ni el tratamiento de los pacientes fue el mismo, lo cual puede alterar los resultados. Por ello, los análisis de asociación deben considerarse de carácter exploratorio, sin permitir establecer relaciones causales.

Implicaciones en la práctica clínica

La MAV es un cuadro generalmente benigno con una frecuencia de complicaciones muy baja que puede ser tratada generalmente de forma ambulatoria. Sin embargo, en la práctica clínica, se siguen realizando procedimientos invasivos para su diagnóstico o para el despistaje de dichas complicaciones.

Según los datos de nuestro estudio y de la literatura disponible, la rabdomiólisis es poco frecuente en el contexto de una MAV y la IRA secundaria, casi anecdótica.

Son necesarios, por tanto, nuevos protocolos que permitan homogeneizar el tratamiento de esta patología. Dado que se ha comprobado que los pacientes con sospecha de rabdomiólisis y tira de orina negativa presentan un riesgo casi nulo para desarrollar IRA,^{4,8} podría plantearse un primer escalón diagnóstico con la realización de una tira de orina sin analítica, y reservarla solo para aquellos casos con posibles comorbilidades o complicaciones asociadas que puedan evolucionar en IRA, como mala tolerancia oral, deshidratación, sospecha de sobreinfección bacteriana, etc. No obstante, esta propuesta debe interpretarse con cautela debido al tamaño

muestral y requiere validación en estudios prospectivos con mayor número de pacientes. Este enfoque podría contribuir a un tratamiento menos invasivo de los pacientes, reducir el número de ingresos innecesarios y reducir el gasto sanitario.

CONCLUSIÓN

La miositis aguda viral en nuestra serie pediátrica presentó un curso clínico favorable, sin casos de insuficiencia renal aguda ni otras complicaciones relevantes durante el seguimiento. Una proporción de pacientes presentó elevación marcada de CPK y criterios de rabdomiólisis, sin que ello se asociara en nuestra muestra a deterioro de la función renal. Las asociaciones observadas entre la CPK y algunas variables clínicas y analíticas deben considerarse exploratorias. ■

REFERENCIAS

1. Magee H, Goldman RD. Viral myositis in children. *Can Fam Physician*. 2017;63(5):365-8.
2. Agyeman P, Duppenhaler A, Heininger U, Aebi C. Influenza-associated myositis in children. *Infection*. 2004;32(4):199-203. doi:10.1007/s15010-004-4003-2.
3. Elsayed EF, Reilly RF. Rhabdomyolysis: a review, with emphasis on the pediatric population. *Pediatr Nephrol*. 2010;25(1):7-18. doi:10.1007/s00467-009-1223-9.
4. Martínez López AB, Alcaraz Romero AJ, Hidalgo Cebrián R, Fernández Lafever SN, González Pacheco N. Rabdomiólisis aguda: revisión y evaluación del daño renal. *Acta Pediatr Esp*. 2014;72(7):e235-8.
5. Mannix R, Tan ML, Wright R, Baskin M. Acute pediatric rhabdomyolysis: causes and rates of renal failure. *Pediatrics*. 2006;118(5):2119-25. doi:10.1542/peds.2006-1352.
6. Attaianesi F, Costantino A, Benucci C, Lasagni D, Trapani S. Benign acute children myositis: 5 years experience in a tertiary care pediatric hospital. *Eur J Pediatr*. 2023;182(10):4341-9. doi:10.1007/s00431-023-05115-9.
7. Delavar MA, Ebrahimi HK, Borhani N, Karimian P, Ehsanipour F, Jafarnejad S, et al. Evaluation of the prevalence and clinical and laboratory features of acute viral myositis in children with influenza referred to the emergency department of Ali Asghar Tehran Hospital in 2019 and 2020. *J Family Med Prim Care*. 2022;11(6):2744-9. doi:10.4103/jfmprc.jfmprc_1940_21.
8. Cavagnaro SMF, Aird GA, Harwardt RI, Maramba QCG. Miositis aguda benigna de la infancia. Serie clínica y revisión de la literatura. *Rev Chil Pediatr*. 2017;88(2):268-74. doi:10.1016/j.rchipe.2016.07.002.
9. Chen HW, Chang MC, Wang TL, Shia BC, Wang SR. Benign acute childhood myositis in the COVID-19 era: how does it compare to influenza? *Eur J Pediatr*. 2025;184(5):291. doi:10.1007/s00431-025-06116-6.
10. Turan C, Yurtseven A, Cicek C, Keskin G, Saz EU. Benign acute childhood myositis associated with influenza A/B in the paediatric emergency department and the efficacy of early-onset oseltamivir. *J Paediatr Child Health*. 2022;58(6):1022-7. doi:10.1111/jpc.15894.
11. Brisca G, Mariani M, Pirlo D, Romanengo M, Pistorio A, Gaiero A, et al. Management and outcome of benign acute childhood myositis in pediatric emergency department. *Ital J Pediatr*. 2021;47(1):57. doi:10.1186/s13052-021-01002-x.