

# Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director: HERNÁN  
CORRALES R

Redactores: RAMÓN  
ALCERRO CASTRO

J. NAPOLEÓN ALCERRO

J. RABIÓN PEREIRA

Secretario:

ALEJANDRO ZUNIGA

Administrador:

SALOMÓN MUNGUIA ALONZO

Año XXIV | Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A., Nov., Diciembre y Enero, 1954-1954 | 167

## MIOSITIS OSIFICANTE PROGRESIVA

Por el Dr. César Zúniga

Fue Patin en 1692 quien describió por vez primera la forma progresiva de la Mi.ositis y este autor venía interesado desde 1646 por haber encontrado una paciente la cual él describía «como haberse transformado tan dura como la madera». La enfermedad se encuentra comunmente, en niños, asociada a deformidades de los dedos de los pies y de las manos, tales como Microdactilia Polidactilia, etc., su curso es de un pronóstico grave y su terminación se ve a veces acelerada tanto por la distribución atómica de la misma o bien por una enfermedad intercurrente. El compromiso de los músculos respiratorios sobre todo los intercostales conduce a la pérdida de elasticidad torácica resultando en insuficiencia respiratoria. La localización en miembros superiores o inferiores provoca disminución funcional y deformidades de grado variable.

La enfermedad puede pasar desapercibida por varios meses pero su curso eminentemente progresivo nos lleva al diagnóstico cuando se comprueba en el examen físico, induración muscular localizada, o generalizada a varios músculos de un miembro. En la Etiología no se ha aclarado nada y con mucha frecuencia los pacientes relatan un episodio traumático. Este tipo de osificación heterotópica tiene algunos caracteres tumorales, tales como: abundante proliferación del tejido fibroso de las aponeurosis, ligamentos, fascias, tendones y vainas musculares pero su verdadera naturaleza microscópica permanece aún obscura. Las formaciones óseas toman asiento en el tejido conectivo fibroso de los músculos, no hay transformación del músculo en hueso sino que por etapas la fibra muscular se atrofia, degenera y finalmente es substituida por proliferación de tejidos fibroso en el cual se establece la osificación que termina con la pérdida de elasticidad muscular.



Fig. N° 1

La observación cuidadosa un examen físico y funcional bien hecho y el examen radiográfico son de gran utilidad en el diagnóstico. Si bien es cierto que esta condición tiene un cuadro radiológico y clínico típico, a veces la diferenciación con neoplasias es difícil. Se debe recurrir a la biopsia aun con el riesgo de acelerar el proceso o dar lugar a la formación de mayores cantidades de osificación. Aun cuando los estudios Histológicos post-operatorios de casos que han evolucionado largamente, revelan tejido óseo normal, en algunas circunstancias, por su carácter de gran difusibilidad o apariencias netamente metastaciantes, la enfermedad puede considerarse desde un punto meramente clínico como una forma maligna lare y en los cuales se ha invocado como en el caso de Miositis osificación traumática que revisten este carácter de malignidad, justificada en su poder de dispersión por diferentes regiones musculares y en los cuales se ha invocado como en el caso de Miositis osificante progresiva un factor constitucional altamente formador de hueso.

En la terapéutica de esta rara e interesante enfermedad ninguno de los elementos ensayados parece haber dado buenos resultados. Hasta la fecha no hay tratamiento curativo. Como paliativo se han aconsejado, dieta de calcificantes libres de huevos, leche y



Fig. N° 2

queso, y carbonato de magnesio a la dosis de  $\frac{1}{2}$  onza tres veces al día. Roentgenoterapia y Radioterapia no han dado muestras de ser recursos de ayuda. El tratamiento quirúrgico para remover las masas osificadas está contraindicada, puesto que estimula el proceso como ya se ha visto en algunos casos en los cuales se han visto nuevas osificaciones post-operatorias de mayor tamaño que las primitivamente extirpadas.

A continuación relatamos la historia de una niña de 4 años de edad que consultó por vez primera en el año de 1950.

G. M. A. de 4 años consulta porque en Septiembre de 1948 le notaron engrosamiento progresivo con induración lenta, al principio indoloro, sensible después, de la pantorrilla izquierda. En los antecedentes personales y patológicos no hay datos contribuyentes. Se trata de una niña que pesa 26 lbs. y mide 36.5 metros, pálida y delgada. En cabeza, oídos, nariz y garganta: Negativos.

Cardiovascular: Negativo.  
Gastrointestinal: Negativo.  
Genitourinario: Negativo.  
Broncopulmonar: Negativo.  
Piel: Negativo.



Fig. N° 3

Sistema Nervioso: Negativo.

Examen local.

Pantorrilla izquierda. Se nota engrosamiento perímetro 20 cm. comparado con la del lado es 11 cm. más gruesa. El engrosamiento es duro y doloroso se palpan abolladuras diseminadas. El tendón de Aquiles está retraído con una elevación de 2 pulgadas y media del Talón sobre el plano del suelo. No hay cambios de la piel, marcha con alguna cojera apoyándose en la punta del pie. Se aprecian otras zonas de induración muscular en la cara interna del músculo izquierdo al nivel del adductores.

Sangre: Gr. 4 millones GB 8.000. Hgb. 85% Neutrófilos 65%.

Orina: Normal.

Heces: Tricomonas y Huevos de Ascárides.

Se toma biopsia en julio de 1950 dando un reporte de lesión de tipo traumático, constituida por tejidos fibrosos y pilomatoso, focos de infiltración inflamatoria y hemorragia múltiples.

En agosto de 1953 la paciente consulta de nuevo con mayor deformidad y más formaciones óseas musculares, en esta oportunidad se toma nueva biopsia yendo hasta muy profundamente en contacto con el hueso. Obteniendo en esta etapa el diagnóstico Histopatológico de Miósitis osificante progresiva.

Los familiares rehusaron internar la niña quien fué dada de alta sin conocerse su evolución ulterior.