



CARTA AL EDITOR

Paresia unilateral del VI par craneal posvacunal. A propósito de un caso



Unilateral VI cranial nerve palsy after vaccination: Presentation of a case

Sr. Editor:

La disfunción del VI par craneal, que inerva el nervio motor ocular externo, puede resultar de lesiones que se produzcan a cualquier nivel a lo largo de su trayectoria desde el núcleo del VI par en la protuberancia al músculo recto lateral de la órbita. Las causas más comunes en niños son tumores, traumatismos, aumento de la presión intracraneal y congénitas¹. Sin embargo, también se han visto casos relacionados con infecciones virales, fiebre o vacunaciones².

Se presenta el caso de una niña de 4 años con antecedentes de prematuridad moderada y varios episodios de bronquitis, otitis media aguda y gastroenteritis. Acude a la consulta para realizar la revisión según el programa de salud infantil. No presenta problemas médicos activos y la exploración física es normal. Se le administra la segunda dosis de la vacuna triple vírica (MMRVAXPRO) sin incidencias.

A los 10 días acude a la consulta por aparición brusca de desviación del ojo izquierdo de 2 días de evolución y tortícolis. No refiere otra sintomatología acompañante. A la exploración destaca limitación de la abducción del ojo izquierdo, el resto de la movilidad ocular es normal. Presenta pupilas isocóricas y normorreactivas, y normalidad del resto de pares craneales. Fuerza, tono y sensibilidad conservados. Reflejos osteotendinosos presentes y simétricos.

Ante la sospecha de paresia del VI par craneal izquierdo se plantea el diagnóstico diferencial entre parálisis benigna o viral e hipertensión endocraneal. Se remite al hospital de referencia, donde se realiza valoración por oftalmología. Presenta agudeza visual 0,7/0,7, adecuada para su edad, y fondo de ojo normal. Es valorada por neurología, y se realiza resonancia magnética nuclear cerebral (RMN), que resulta normal.

Dada la relación temporal con la vacunación, la normalidad de la RMN y la clínica de la paciente se orienta la paresia del VI par craneal como secundaria a mononeuritis posvacunal. Se decide conducta expectante y control evolutivo. A los 8 días se evidencia mejoría clínica, aunque persiste giro

cefálico compensatorio, siendo la recuperación completa al mes y medio del inicio del cuadro.

La parálisis del VI par craneal provoca una limitación de la abducción del ojo afecto. En los adultos suele darse diplopía, queja no tan frecuente en niños¹. Existe estrabismo convergente al girar la mirada hacia el lado afecto, pudiendo evolucionar a estrabismo en posición neutra. Los pacientes giran la cabeza hacia el lado afecto, por lo que pueden desarrollar tortícolis.

Ante una parálisis del VI par craneal, deben descartarse una serie de patologías antes de catalogarla como benigna o viral. Entre otras, debe hacerse un diagnóstico diferencial con orbitopatías restrictivas (fracturas del suelo de la órbita, tumores de órbita u oftalmopatía tiroidea) y miastenia gravis. Dependiendo del nivel de la lesión del VI par craneal, puede ir acompañada de otras manifestaciones.

Por tanto, la evaluación de un niño con parálisis del VI par depende de si es una parálisis aislada o presenta otras alteraciones neurológicas. Se deben descartar traumatismos previos y síntomas de aumento de presión intracraneal, así como realizar un examen neurológico completo, descartando signos neurológicos focales, ya sean hemisféricos o de fosa posterior. De todas formas, aun siendo el resto de la exploración normal, debido a que pueden aparecer lesiones malignas en forma de parálisis aislada del VI par, se recomienda una prueba de neuroimagen en todos estos pacientes¹. El gold estándar es la RMN porque permite visualizar con mayor sensibilidad la fosa posterior. Además, estos pacientes, deberían ser valorados siempre por un oftalmólogo y un neuropediatra³ (fig. 1).

Durante años se ha asociado la administración de las vacunas con efectos secundarios neurológicos como encefalitis, convulsiones, disminución del estado de alerta y polineuropatía. Algunos, como el autismo, se han probado erróneos⁴. Otros, como la parálisis del VI par craneal, sí han sido descritos en la literatura, incluso en afecciones recurrentes, tanto con vacunas atenuadas como con inactivadas³.

El pronóstico de las parálisis del VI par craneal posvacunal es bueno, pero debe realizarse un seguimiento de estos pacientes hasta su total recuperación. En conclusión, cuando las pruebas de imagen y la exploración oftalmológica sean normales, no exista otra clínica concomitante y la relación temporal sea compatible, se puede concluir que la causa podría ser posvacunal aunque hay un cierto porcentaje de origen idiopático que no es posible descartar.

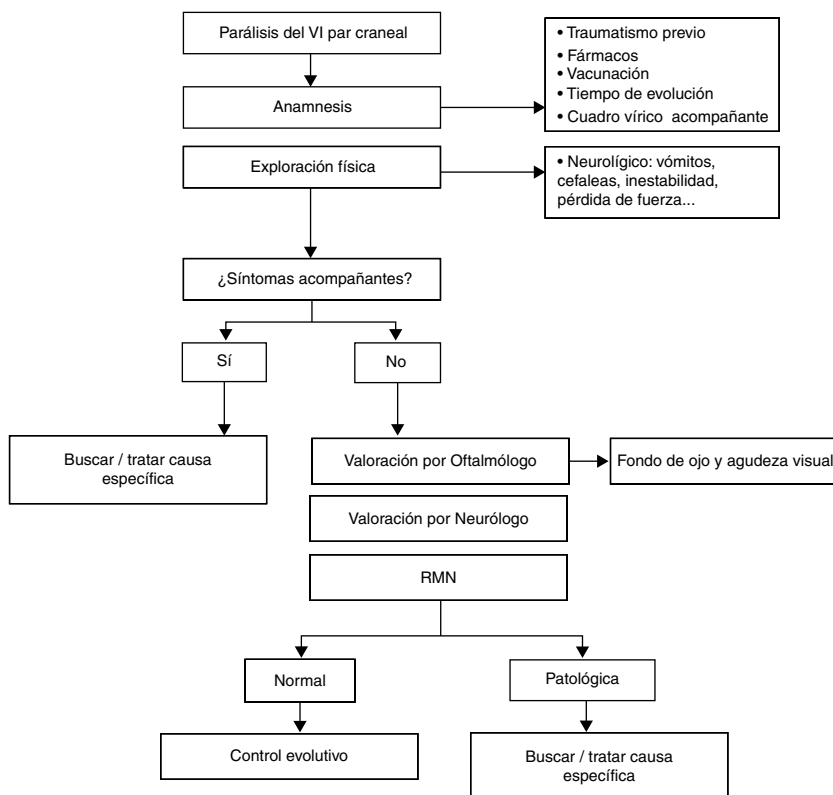


Figura 1 Algoritmo diagnóstico ante una parálisis de VI par craneal.

Bibliografía

1. Lee A, Brazis P. Sixth cranial nerve (abducens nerve) palsy in children. UptoDate. Actualización: junio de 2013.
2. Mahoney NR, Liu GT. Benign recurrent sixth nerve palsies in children. Arch Dis Child. 2009;94:394–6.
3. Cheng D, Crawford NW, Hayman M, Buckley C, Buttery JP. Recurrent 6th nerve palsy in child following different live attenuated vaccines: Case report. BMC Infect Dis. 2012;12:105.
4. Mäkelä A, Nuorti JP, Peltola H. Neurologic disorders after measles-mumps-rubella vaccination. Pediatrics. 2002;110:957–63.

L. Ríos^a, I. Martín^a y M. Mercadal^{b,*}

^a Centro de Atención Primaria La Mina, Sant Adrià del Besós, Barcelona, España

^b Servicio de Pediatría, Hospital del Mar, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 60810@parcdesalutmar.cat (M. Mercadal).