



Caso clínico. Miscelánea

La clave está en los ojos: paresia unilateral del VI par craneal unilateral posvacunal. A propósito de un caso

Ana Pilar Montiel Rey, Kary Leonisa Quiñones Coneo, Gema Sabrido Bermúdez, Myriam Herrero Álvarez, Esther González Ruiz de León

Hospital Universitario Rey Juan Carlos. CS de Navalcarnero. Madrid. España.

Publicado en Internet:
14-junio-2021

Ana Pilar Montiel Rey:
ana.montiel@hospitalreyjuancarlos.es

INTRODUCCIÓN

La paresia del VI par craneal o *abducens* se origina por lesiones en la trayectoria del nervio desde la protuberancia hasta el músculo recto lateral. Las causas más frecuentes en Pediatría son tumores, traumatismos, aumento de la presión intracraneal y congénitas. Otras causas son infecciones virales, fiebre o vacunación.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un lactante de 12 meses sin antecedentes de interés al que en la revisión de niño sano se realiza vacunación de triple vírica y meningococo C. A los diez días, acude al servicio de Urgencias por dificultad para girar el ojo izquierdo hacia fuera de un día de evolución, sin otra sintomatología. A la exploración, destaca limitación de la abducción del ojo izquierdo, con resto de movilidad ocular normal. Pupilas isocóricas y normorreactivas, con normalidad del resto de pares craneales. Resto de exploración neurológica sin alteraciones.

Ante sospecha de parálisis del VI par posvacunal, se plantea diagnóstico diferencial entre parálisis benigna/viral e hipertensión craneal. Se realiza tomografía computarizada craneal sin contraste, normal. Es valorado por Oftalmología, donde observan torticolis izquierda intermitente, limitación de abducción de ojo izquierdo y fondo de ojo, normal.

Dada la relación temporal con la vacunación, la normalidad del tomografía computarizada y la clínica del paciente, se orienta la paresia del VI par como secundaria a mononeuritis posvacunal. Se decide conducta expectante y control evo-

lutivo. A las cinco semanas se realiza resonancia magnética, sin alteraciones, y revisión en Oftalmología, donde no objetivan torticolis ni limitación de la abducción izquierda.

La parálisis del VI par genera una limitación de la abducción del ojo afecto. La diplopía es infrecuente en niños. Los pacientes presentan estrabismo convergente al girar la mirada hacia el lado afecto, así como giro de la cabeza hacia el lado afecto (torticolis). Se debe realizar examen neurológico completo, descartar otros signos focales (hemisféricos o de fosa posterior); examen oftalmológico y pruebas de imagen (la resonancia magnética es el *gold standard*).

La vacuna triple vírica ha sido asociada con diversos efectos secundarios neurológicos, como encefalitis, convulsiones, polineuropatía o parálisis del VI par craneal, incluso recurrente.

El pronóstico es bueno, pero debe realizarse un seguimiento de estos pacientes hasta su total recuperación.

CONCLUSIONES

En conclusión, ante un paciente con parálisis del VI par craneal aislada sin alteraciones en las pruebas de imagen y la exploración, con antecedente de vacunación y relación temporal compatible, se puede establecer que la causa podría ser posvacunal.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflicto de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Cómo citar este artículo: Montiel Rey AP, Quiñones Coneo KL, Sabrido Bermúdez G, Herrero Álvarez M, González Ruiz de León E. La clave está en los ojos: paresia unilateral del VI par craneal unilateral posvacunal. A propósito de un caso. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2021;(30):230.