

SECCIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Parálisis benigna recurrente del VI nervio. Presentación de tres casos

Dr. Arturo Castellanos-Bracamontes

RESUMEN

Se presentan 3 pacientes con parálisis benigna (PB) de VI nervio, dos de ellos con parálisis benigna recurrente (PBR). El caso 1 tuvo PBR en tres ocasiones con recuperación total en el primero y segundo ataques, en el tercero se desarrolló una contractura del recto medial y terminó en cirugía. El caso 2 tuvo dos episodios de PBR, el primero a los 6 meses de edad posterior a una vacuna de DPT y el segundo a la edad de dos años, se recuperó totalmente; no requirió cirugía. El caso 3 con parálisis de VI nervio por primera ocasión después de presentar fiebre, con recuperación total dentro de los primeros dos meses; no requirió cirugía. Se realizó revisión de oído, exploración neurológica, pediátrica, punción lumbar y TAC siendo normal en todos los pacientes.

Palabras clave: Parálisis benigna, parálisis benigna recurrente.

SUMMARY

Three patients with benign sixth nerve palsy are presented, two of them with benign recurrent sixth nerve palsy. Case 1 had a recurrent palsy with 3 episodes with complete recovery in the first and the second attack, in the third attack medial rectus contraction developed and surgery was needed. Case 2 had a recurrent palsy, the first attack at six months after a DPT immunization and the second attack at nearly 2 years of age with complete recovery within the first 2 months. No surgery was needed. Case 3 had a benign sixth nerve palsy for the first time after a fever period with complete recovery within the first 2 months. No surgery was needed. Early neurologic, pediatric examinations, lumbar puncture and CAT scans were performed in all patients being normal in all of them.

Key-words: Benign sixth nerve palsy, benign recurrent sixth nerve palsy.

INTRODUCCIÓN

La parálisis benigna (PB) en niños es una patología bien conocida causada por múltiples factores y el diagnóstico se tiene que hacer en ausencia de signos inflamatorios del sistema nervioso central (SNC), cerebelo, afección piramidal, involucro de otros nervios craneales, hipertensión intracraneal o trauma (1). El cuadro clínico se caracteriza por una paresia monocular súbita, historia de procesos inflamatorios infecciosos de las vías respiratorias superiores (1, 2), historia previa de inmunizaciones o infecciones virales como herpes, sarampión, etc. (1, 3-5).

La parálisis benigna recurrente (PBR) es menos frecuente y generalmente siempre afecta el mismo músculo en los cuadros de repetición, es una condición rara en niños con excelente pronóstico si la remisión ocurre dentro de las primeras ocho semanas. Dos pacientes se describen con PBR y un tercero con PB por primera vez.

Caso 1

Niña de 4 años y medio, llegó al hospital por primera vez con endotropía manifiesta del ojo izquierdo que notaron los padres desde hace 6 meses. La historia clínica reveló que los padres estaban esperando que mejorara en forma espontánea ya que había presentado 2 cuadros previos en el mismo ojo, el primero a los 6 meses de edad y el segundo a los 2 años y medio, habiéndose recuperado totalmente. El examen oftalmológico reveló una agudeza visual de 20/20 en ambos ojos con 40 Dp de endotropía del ojo izquierdo con posición compensadora de la cabeza (PCC) de 30 grados a la izquierda fijando en dextroversión y limitación de abducción del OI de 6+. La prueba de la pinza pasiva reveló contractura del recto medial izquierdo y la prueba de la pinza activa para el recto lateral demostró buena actividad del recto lateral. Se realizó TAC de cráneo, punción lumbar y exploración pediátrica y del otorrinolaringólogo resultando normales. Se hizo el diagnóstico de PBR con endotropía se-

cundaria a la contractura del recto medial. Esta paciente requirió de cirugía consistente en retroinserción del recto medial y resección del recto lateral del ojo afectado 7 meses después, quedando en ortoposición al frente con limitación de 2+ para abducción del OI. La PCC desapareció. La agudeza visual del OI disminuyó a 20/50 que no mejoró a pesar de la terapia oclusiva 10 meses después.

Caso 2

Un niño de 21 meses de edad llegó al hospital con 15 Dp de endotropía del ojo izquierdo y PCC de 30 grados a la izquierda, fijando en dextroversión, con 2 días de evolución. La historia clínica reveló una infección viral de vías respiratorias superiores una semana antes. A los 6 meses de edad había presentado un episodio similar en el mismo ojo después de una aplicación de DPT con recuperación total. Se realizó TAC de cráneo, punción lumbar y exploración pediátrica y del otorrinolaringólogo resultando normales. Se hizo el diagnóstico de PBR. Se manejó con vitamina B IM, esteroides sistémicos de acuerdo con el peso con dosis de reducción y oclusión del ojo sano durante las primeras 4 semanas. No requirió cirugía y 2 meses después se encontraba en ortoposición al frente sin PCC ni limitación de abducción.

En este caso en particular la madre tenía el antecedente de haber presentado cuatro ataques de parálisis facial recurrente en hemicara izquierda, en los 3 primeros se recuperó en forma satisfactoria, el último ataque dejó las secuelas de una parálisis facial periférica en hemicara izquierda.

Caso 3

Un niño de 7 meses de edad llegó al hospital con una endotropía de 30 Dp del ojo izquierdo y PCC a la izquierda fijando en dextroversión, detectada por los padres un mes antes y presentaba una limitación de 4+ para la abducción. La historia clínica reveló que la endotropía se hizo manifiesta después de un cuadro febril con convulsiones tónicoclónicas que fue manejado por su pediatra. Se realizó el diagnóstico de PB. Se realizó TAC de cráneo, punción lumbar y exploración pediátrica y del otorrinolaringólogo resultando normales. Se manejó con vitamina B IM, esteroides sistémicos de acuerdo con el peso con dosis de reducción y oclusión del ojo sano durante las primeras 4 semanas. No requirió cirugía y 2 meses después se encontraba en ortoposición al frente sin PCC ni limitación de abducción.

DISCUSIÓN

La parálisis benigna (PB) y la parálisis benigna recurrente (PBR) son la misma patología pero la segunda es mucho menos frecuente. Cuando ocurre una PBR siempre afecta el mismo nervio craneal, es una rara condición perfectamente definida como una mononeuropatía de etiología viral (1, 6), el cuadro clínico es similar a la parálisis facial idiopática así como su curso clínico (1). En el caso 2, la madre presentó 4 ataques de parálisis facial dejando secuelas en el último. Scharf y Zonia (2) tuvieron un paciente con PBR que desa-

rolló endotropía y ambliopía, la cual mejoró dentro de las primeras semanas. Nuestra primera paciente desarrolló ambliopía que nunca se recuperó. Nemet y cols. (7) tuvieron un paciente con PBR durante el periodo de incubación de varicela, Knox y cols. (3) presentaron una serie de 10 pacientes con PBR después de cuadros febriles que se recuperaron totalmente dentro de las primeras 10 semanas. Fejerman y cols (1) dice que sólo 5 de los pacientes de Knox reunían los requisitos para hablar de PBR. Stenberg y Ronen (5) publicaron un caso clínico con 3 episodios de PBR en una mujer, el primero a la edad de 5 años, el segundo a los 13 años y el tercero a los 25 estando embarazada y con el antecedente de un cuadro febril 2 semanas antes. El tercer paciente lo presentó después de un cuadro de fiebres elevadas. El segundo paciente tuvo su primer ataque después de una vacuna de DPT.

Finalmente quiero hacer las siguientes observaciones. Si un paciente presenta una PB o una PBR, ésta se puede recuperar totalmente cuantas veces ocurra, siempre y cuando la recuperación ocurra dentro de las primeras 10 semanas, antes de que se presente la contractura del recto medial, ya que este músculo es el que más rápidamente se contractura y la endotropía ocurre como un secundarismo. La oclusión del ojo sano es un método eficaz para evitar la contractura muscular.

Hay pacientes que resultan más vulnerables a infecciones virales especialmente de la vía respiratoria superior o a infecciones virales o vacunas, y la PB puede ocurrir en cualquier momento a lo largo de la vida. Es probable que haya una predisposición familiar para presentar paresias o parálisis de otros nervios craneales como ocurrió en el caso 2.

La prueba de la ducción forzada pasiva es invaluable para determinar si hay contractura del músculo recto medial y la prueba de la pinza activa para determinar si hay función del músculo recto lateral (paresia) o no hay función muscular (parálisis).

El diagnóstico de parálisis benigna y/o de parálisis benigna recurrente debe ser por exclusión realizando exploración por pediatría, otorrinolaringología, neurología y siempre que sea posible punción lumbar y TAC de cráneo.

REFERENCIAS

1. Fejerman N. Patología Varias. En: Neurología Pediátrica. 2ª edición. Ed. Buenos Aires, Argentina, 1977, p:584-599.
2. Scharf JZ. Bening abducens nerve palsy in children J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1975; 12:165-168.
3. Knox DC, Clarck DB, Shuster FF. Benign sixth nerve palsies in children. Pediatrics 1967; 40(1):560-564.
4. Robertson DM, Hines JD, Rucker CW. Acquired sixth nerve palsies in children. Arch Ophthalmol 1970; 83(5):574-579.
5. Stenberg I, Ronen S, Arnon N. Recurrent isolated, post-febrile abducens nerves palsy. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1980; 17(5): 323-324.
6. Duke-Elder S, Wybar K. System of Ophthalmology Vol VI, Henry Kimpton, London 1973, p 703.
7. Nemet P, Ehrlich D, Lazar M. Benign abducens nerve palsy in varicella. Am J Ophthalmol 1974; 78(5):859.