



Parálisis de sexto nervio craneal en adulto inmunocompetente con varicela

Sixth cranial nerve palsy in an immunocompetent adult patient with varicella

Sr. Editor:

El virus varicela-zóster (VZ) es un ADN virus, ubicuo, de la familia *Herpesviridae*, que produce 2 trastornos clínicos diferenciados: varicela y herpes-zóster (HZ)¹. La varicela es la primoinfección por el VZ que se manifiesta por un exantema vesicular cutáneo pruriginoso y muy contagioso que se acompaña de fiebre. Más propia de la edad infantil, la varicela suele tener un curso benigno y autolimitado^{1,2}. En la edad adulta no son infrecuentes las complicaciones viscerales, especialmente la neumonitis^{1,2}. El HZ se debe a la reactivación del VZ latente en los ganglios sensoriales espinales y craneales tras la primoinfección, siendo más frecuente en adultos mayores o inmunodeprimidos^{2,3}. Se manifiesta por una erupción cutánea vesicular dolorosa con distribución por dermatomas^{2,3}. Las manifestaciones oculares (principalmente conjuntivitis y queratitis) se producen en el contexto de la afectación de la primera rama trigeminal conocida como *Herpes zoster ophthalmicus* (HZO) (hasta el 50% de los casos)^{2,3}.

Un varón de 59 años fue atendido por diplopía de 2 días de evolución. Tres días antes había sido diagnosticado de varicela a raíz de la aparición de un exantema cutáneo vesiculopapuloso principalmente localizado en cara y tronco, con extensión centrífuga y acompañado de fiebre (fig. 1). Como antecedentes personales, tan solo era hipertenso tratado con ramipril. Tres semanas antes, una hija suya de 21 años había padecido varicela resuelta sin complicaciones. En la exploración se observaba una marcada

limitación de abducción el ojo izquierdo (OI) (no pasaba de línea media) con diplopía homónima incitante en levoversión (fig. 2). El resto de exploración oftalmológica fue normal. Tampoco se objetivó ninguna otra focalidad neurológica asociada. Fueron anodinos los resultados de las siguientes pruebas complementarias: velocidad de sedimentación globular, Mantoux, serologías de lúes, hepatitis B y C, VIH y radiografía de tórax. Se le realizaron RM cerebral y orbitaria que resultaron ser normales y una punción lumbar, que objetivó pleocitosis mononuclear sin hiperproteínoorraquia y con niveles de glucosa normales. El test de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) fue positivo para el VZ. Con el diagnóstico de parálisis del VI nervio craneal izquierdo y meningocelofalitis por VZ se le administró aciclovir a dosis 10mg/kg/8h por vía intravenosa durante 10 días. Al mes se habían resuelto todas las lesiones cutáneas, pero a los 3 meses de evolución, la diplopía persistía sin disminución del ángulo de desviación. Se le inyectaron 5 UI de toxina botulínica A en el recto medio izquierdo induciéndose una exotropía con hipertropía de ese ojo. No se objetivó torsión ocular significativa o nistagmo en ningún ojo, ni tampoco torticolis torsional. A los 4 meses tras la inyección, los ojos estaban en ortotropía, sin diplopía en ninguna posición diagnóstica de lejos y de cerca.

Se han descrito numerosas manifestaciones oculares asociadas a la varicela: blefaritis, escleritis, conjuntivitis, queratitis, uveítis anterior, glaucoma, necrosis retiniana aguda, vasculitis retiniana, coriorretinitis, neuritis óptica, neurorretinitis y oftalmoplejías interna y externa^{1,4}. No obstante, la mayoría de estas descripciones se refieren a la varicela en la edad infantil¹ ya que esta es muy poco habitual en adultos⁴. De estas complicaciones, las más frecuentes son las lesiones cutáneas palpebrales asociadas a conjuntivitis seguidas de uveítis anterior y queratitis¹. El intervalo de aparición tras el exantema es variable, desde unos pocos días a varias semanas⁴. Como causa de oftalmoplejía externa por el VZ, normalmente en el contexto del HZ,



Figura 1 Exantema cutáneo generalizado de la varicela.



Figura 2 Exploración de las versiones horizontales: limitación severa de la abducción en el OI en la levoversión.

se han descrito paresias aisladas de nervios craneales³. Más raramente se han observado otros trastornos como oftalmoplejía internuclear⁵, síndrome de ápex orbitario y miositis orbitaria⁶. Generalmente las características clínicas conocidas acerca de las paresias de pares craneales por el VVZ se refieren al HZ⁴. Como complicación de varicela se han comunicado muy escasos casos (VII, VI y III pares, en orden de frecuencia)⁷ y algún caso anecdótico de miositis orbitaria. En el caso descrito, la parálisis extraocular apareció a los pocos días del *rash* cutáneo lo que pudiera deberse a un efecto citopático directo del virus^{3,8}. La presencia intratecal de linfocitos y la PCR positiva avalan la existencia de infección del SNC por el VVZ. En otros casos comunicados³, una aparición más tardía (semanas) y/o una producción intratecal de inmunoglobulinas IgM e IgG, indicaron una posible patogenia de tipo inmune o por vasculitis oclusiva inducida por el propio virus.

El tratamiento consiste en la administración de agentes antivíricos que atraviesen la barrera hematoencefálica (aciclovir, valaciclovir o famciclovir)^{2,3}. En las oftalmoparesias además podría ser beneficioso el tratamiento concomitante con corticoides³. El pronóstico de las oftalmoparesias en el HZ es favorable (recuperación del 87,5% al año de evolución)³. En los pocos casos descritos asociados a varicela (en niños), el curso clínico no parece ser peor⁸.

En el caso presente, la parálisis persistía y el tratamiento con inyección botulínica fue curativo a pesar del verticalismo inicialmente inducido. Como conclusión se puede afirmar que la varicela en adultos se puede complicar con una parálisis del VI nervio craneal. El pronóstico fue favorable tras tratamiento antivírico e inyección de toxina botulínica.

Bibliografía

1. Fernández de Castro LE, Sarraf OA, Hawthorne BS, Salomon KD, Vroman DT. Ocular manifestations after primary varicella infection. *Cornea*. 2006;25:866–7.
2. Liesegang TJ, Herpes Zoster, Ophthalmicus. Natural history, risk factors, clinical presentation and morbidity. *Ophthalmology*. 2008;115:S3–12.
3. Chaker N, Boulardi M, Chebil A, Jemmeli M, Mghaieth F, El Matri L. Herpes zoster ophthalmicus associated with abducens palsy. *J Neurosci Rural Pract*. 2014;5:180–2.
4. Gargouri S, Khoctail S, Zina S, Khairallah M, Zone-Abid I, Kaibi I, et al. Ocular involvement associated with varicella in adults. *J Ophthalmic Inflamm Infect*. 2016;6:47.
5. Paramanandam V, Perumal S, Jeyaraj M, Velayutham S, Shankar G. Herpes zoster internuclear ophthalmoplegia. *Neuroimmunol Neuroinflamm*. 2016;3:102–3.
6. Chandrasekharn A, Gandhi U, Badakere A, Sangwan V. Orbital apex syndrome as a complication of herpes zoster ophthalmicus. *BMJ Case Rep*. 2017;2017, <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2016-21738.2>, pii: bcr2016217382.
7. Kim JH, Lee SJ, Kim M. External ophthalmoplegia with orbital myositis in an adult patient after chickenpox infection. *BMJ Case Rep*. 2014;2014, <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2013-202415>, pii: bcr2013202415.
8. Farrouqui AA, Tahir MT, Jaiswal A, Usmani N, Sinha S. Oculomotor palsy following varicella in an immunocompetent adult. *South Med J*. 2009;102:445.

J.A. Reche-Sainz^{a,*}, F. Ruiz-Aimituma^a,
L.A. Rodríguez de Antonio^b
y H. Fernández Jiménez-Ortiz^a

^a Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

^b Sección de Neurología, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jalbres@yahoo.es (J.A. Reche-Sainz).

<https://doi.org/10.1016/j.jnrl.2017.12.007>
0213-4853/

© 2018 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).