CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):475

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-102 - SÍNDROME DE HORNER TRAS TIROIDECTOMÍA POR PATOLOGÍA BENIGNA

Cuenca Gómez, Carlota; Larrañaga Blanc, Itziar; Hernández Giménez, Laura; Tur Martínez, Jaume; Rivero Déniz, Joaquín; García Olivares, Esteban; Veloso Veloso, Enrique

Hospital Mutua, Terrassa.

Resumen

Introducción: El síndrome de Horner consiste en la asociación de miosis, ptosis y anhidrosis facial, secundaria a la lesión de la inervación simpática ocular a diferentes niveles, siendo una complicación poco frecuente de la cirugía cervical. Presentamos el caso de un síndrome de Horner como secuela neurológica tras tiroidectomía total.

Caso clínico: Mujer de 48 años sin antecedentes de interés, que consulta por tumoración cervical sintomática. Se inicia el estudio mediante ecografía cervical, en la que se observa tiroides muy aumentado de tamaño de estructura heterogénea, con múltiples nódulos bilaterales, compatible con bocio multinodular gigante. No se observan adenopatías laterocervicales de tamaño significativo. Analíticamente la función tiroidea resulta normal. Es intervenida de manera programada, practicándose tiroidectomía total con sección de músculos pretiroideos derechos, sin incidencias intraoperatorias. El postoperatorio inmediato transcurre sin incidencias. Un mes después de ser intervenida, la paciente presenta ptosis palpebral derecha, con miosis pupilar asociada y anhidrosis ipsilateral, catalogándose el cuadro como síndrome de Horner derecho.

Discusión: La aparición de un síndrome de Horner es poco frecuente tras la realización de cirugía cervical, con una incidencia documentada entre 0,56 y 9,8%. Las intervenciones quirúrgicas que más frecuentemente lo ocasionan son la endarterectomía carotídea y la cirugía de columna cervical por vía anterior. La incidencia en los casos secundarios a cirugía de tiroides y paratiroides por patología maligna es de 0,27%. Los casos registrados en la literatura por patología benigna son esporádicos, por lo que se desconoce su incidencia global. El riesgo aumenta si se practica linfadenectomía asociada, sobre todo si la disección ganglionar incluye los niveles II, III y IV. El mecanismo lesivo más frecuente del sistema simpático es la lesión directa durante la cirugía, provocando un síndrome de Horner irreversible. De forma indirecta se puede producir por lesión de las anastomosis con los diferentes nervios y ramas que siguen a la arteria tiroidea inferior; por inflamación, seroma o hematoma de la zona; o la tracción de la vaina carotídea realizada con el separador durante la intervención. En estos casos el síndrome de Horner es transitorio, presentando una recuperación espontánea. Para evitar dañar el sistema simpático a este nivel debemos contar un buen conocimiento de la anatomía y la presencia de anastomosis con diversos nervios circundantes, tener en cuenta las distintas variaciones anatómicas del nervio recurrente, ya que puede dar una rama comunicante con la cadena simpática; así como realizar una disección cuidadosa y evitar una tracción excesiva con el instrumental quirúrgico.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados