



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/2057 - No me des la espalda

L.M. Vázquez Canales<sup>a</sup> y R. Blanes García<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia.

<sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II y Hospital de Sagunto. Valencia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 32 años de edad que acude por presentar desde hace 3 días intenso dolor dorsal izquierdo que empeora en decúbito, caída del párpado superior izquierdo y hormigueo en región braquiocefálica izquierda. Como antecedentes personales destaca una timpanoplastia derecha y portador de prótesis de cadera derecha por fractura. Consumidor ocasional de cocaína y cannabis.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración presentaba constantes normales, auscultación cardiopulmonar normal y la exploración neurológica presenta buen nivel de conciencia, funciones superiores conservadas, campimetría por confrontación normal, ptosis y mitosis izquierda compatible con síndrome de Horner. Pares craneales normales. No alteración motora ni sensitiva. Marcha y pruebas cerebelosas sin alteraciones. Analítica, radiografía tórax y TAC cerebral normales. La RMN vasculo-cerebral presentaba hernia discal extrusa en T1-T2 de localización lateral izquierda que provocaba un severo compromiso de espacio sobre la raíz emergente de ese lado. No condiciona atrapamiento medular ni mielopatía.

**Juicio clínico:** Parálisis braquial inferior.

**Diagnóstico diferencial:** Disección de carótida, síndrome de Wallenberg, siringomielia, síndrome de Pancoast, migraña con aura, cefalea Horton, hernia discal, trombosis del seno cavernoso.

**Comentario final:** El paciente se ingresó para estudio y tratamiento con traslado al servicio de Neurocirugía del hospital de referencia para tratamiento. Tras ser valorado se desestima intervención quirúrgica con seguimiento y dándole al alta tratamiento analgésico. Nos encontramos ante un caso de presentación atípica de una parálisis braquial inferior que debutó con un síndrome de Horner por compresión medular de las raíz nerviosa T1, área donde se produce una de las sinapsis más importantes del sistema simpático. Al diagnosticarse de una hernia discal a nivel de T1 justifica toda la presentación del cuadro clínico. Destacar no solo la presentación atípica del cuadro sino la temprana edad de aparición, ya que es más frecuente en personas mayores de 50 años, y la prevalencia de 1 de cada 10.000 casos. De manera que ante un síndrome de Horner no siempre deberemos pensar en patología cerebral o pulmonar debiendo aumentar nuestro espectro diagnóstico para llegar a un diagnóstico más certero.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Gille O, Razafimahandry HJ, Söderlund C, Gangnet N, Vital JM. T1-T2 disc herniation: two cases

2. Lloyd TV, Johnson JC, Paul DJ, Hunt W. Horner's syndrome secondary to herniated disc at T1-T2.
3. Negovetić L, Cerina V, Sajko T, Glavić Z. Intradural disc herniation at the T1-T2 level.
4. Kuzma SA, Doberstein ST, Rushlow DR. Postfixed brachial plexus radiculopathy due to thoracic disc herniation in a collegiate wrestler: a case report.