



## 242/379 - SÍNDROME DE HORNER TRAUMÁTICO ¡CUIDADO CON LOS MASAJES!

A. Rodríguez Ponce<sup>a</sup> y A. Alayeto Sánchez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 50 años de edad, con antecedentes de HTA de reciente diagnóstico y fumador activo de 32 paquetes/año, que acude a la consulta de Atención Primaria por cuadro clínico de una semana de evolución de ptosis palpebral izquierda y visión borrosa, sin otra sintomatología aguda. Refiere manipulación cervical por fisioterapeuta por contractura cervical.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración física destaca miosis reactiva izquierda asociando ptosis palpebral ipsilateral. Resto de exploración neurológica sin signos de focalidad. Resto de exploración física anodina. El paciente es derivado al Servicio de Urgencias con sospecha clínica de síndrome de Horner izquierdo para realización de pruebas complementarias y diagnóstico etiológico. Analítica, radiografía de tórax y ECG sin alteraciones. AngioTC: imagen compatible con disección de carótida interna izquierda en su segmento extracraneal distal y parte de la intrapetrosa.

**Juicio clínico:** Síndrome de Horner izquierdo secundario a disección traumática de arteria carótida interna.

**Diagnóstico diferencial:** Diagnóstico diferencial con otras etiologías del síndrome de Horner, dividiéndose según su localización en centrales (tumores, ictus...), preganglionares (tumor de Pancoast, mediastínicos, disección de arteria subclavia, iatrogénicas...) y posganglionares (tumores ORL, disección de carótida interna, iatrogénicas...).

**Comentario final:** El síndrome de Horner se caracteriza por la tríada: ptosis, miosis y anhidrosis y es una manifestación clínica de multitud de patologías a diferentes niveles anatómicos, muchas de las cuales son potencialmente graves requiriendo un diagnóstico temprano. En este contexto la exploración física es fundamental y desde Atención Primaria podemos hacer al menos el diagnóstico sindrómico simplemente describiendo estos signos y facilitando de esta manera una derivación precoz para diagnóstico etiológico y tratamiento adecuados.

### Bibliografía

1. Asensio-Sánchez VM, Sánchez-Rodríguez JC; Macías-Pascual J, Martínez-Rodríguez M. Síndrome de Horner traumático. Arch Soc Esp Oftalmol. 2007;82:171-4.
2. González-Aguado R, Morales-Angulo C, Obeso-Aguera S, Longarela-Herrero Y, García-Zornoza

R, Acle-Cervera L. Síndrome de Horner secundario a cirugía cervical. Acta Otorrinolaringológica Esp. 2012;63(4):299-302.

3. Flaherty PM, Flynn JM. Horner Syndrome due to carotid dissection. J Emerg Med. 2011;41(1):43-6.
4. Knyazer B, Smolar J, Lazar I, Rosenberg E, Tsumi E, Lifshitz T, Levy J. Iatrogenic Horner Síndrome: Etiology, Diagnosis and Outcomes. Isr Med Assoc J. 2017;19(1): 34-8.

**Palabras clave:** Síndrome de Horner. Traumático. Disección carotídea.