

424/604 - CEFALEA Y SÍNDROME DE HORNER

R. Martos Martínez¹, J. Bedmar Estrella² y L. Zafra Iglesias³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud López Barneo. Torredonjimeno. Jaén.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mancha Real. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 63 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, retinopatía diabética, parálisis braquial obstétrica miembro superior izquierdo, psoriasis, depresión, déficit vitamina B12, exfumador desde hace 30 años de 1 paquete diario. Tratamiento actual: omeprazol, Optovite B12, vidagliptina/metformina, lorazepam. Acude a consulta de Atención Primaria (AP) por presentar dolor opresivo intenso en hemicara derecha que se irradia a ojo y región cervical ipsilateral de un día de evolución. Se acompaña de ptosis palpebral de ojo derecho que empeora a lo largo del día. No traumatismo previo. No diplopía.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica normal, salvo miosis, ptosis palpebral y enoftalmos de ojo derecho. No alteraciones de la agudeza visual. Se deriva a Urgencias Hospitalarias donde realizan analítica, radiografía de tórax y TAC craneal que son normales, no se ausculta soplo carotídeo. Se decide ingreso en Neurología para estudio de síndrome de Horner (SH). Se realiza angio-resonancia de troncos supraaórticos (angioRM TSA): disección de arteria carótida interna (ACI) derecha. Se inicia tratamiento con ácido acetilsalicílico 150 mg/24h. El paciente acude a consulta de AP con los resultados, refiere no tener dolor pero continúa con SH derecho. En revisión a los 2 meses, asintomático; angioRM TSA: ACI derecha permeable y sin estenosis significativas.

Orientación diagnóstica: Miosis, ptosis y enoftalmos de ojo derecho acompañado de dolor cervical que se irradia a hemicara derecha.

Diagnóstico diferencial: Accidente cerebrovascular: lesión de primera neurona aparecería hemiparesia, vértigo; tumor de Pancoast o lesión del plexo braquial: lesión preganglionar aparecería anhidrosis, enfermedad pulmonar; disección carótida: lesión posganglionar aparece dolor facial o cervical.

Comentario final: Desde Atención Primaria es fundamental realizar una anamnesis bien dirigida y una exploración exhaustiva para llegar al diagnóstico, sospechamos en nuestro paciente una disección carotídea espontánea dada la ausencia de antecedente traumático además de acompañarse de un SH doloroso. La disección de la arteria carótida puede tener complicaciones importantes, cuanto más rápido sea el diagnóstico y tratamiento, menores serán las complicaciones debidas a infartos cerebrales.

Bibliografía

1. Sheikh HU. Headache in Intracranial and Cervical Artery Dissections. *Curr Pain Headache Rep.* 2016;20(2):8.

Palabras clave: Síndrome de Horner. Carótida.