



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/2916 - ¡OJO CON EL OJO! SÍNDROME DE HORNER, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Nadal Fontané¹, S. Fernández Barrio², G. Camprubí Collell³ y V. Monforte Rodríguez⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.
²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Amadeu Torner. Hospital de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.
³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Santa Eulalia SES. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.
⁴Médico de Familia. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 53 años fumador, con factores de riesgo cardiovascular. Acude al Centro de Atención Primaria por cervicalgia y ptosis izquierdas de una semana de evolución, estable desde el inicio. Niega traumatismo previo, alteración visual, disfagia, síndrome tóxico, fiebre ni síndrome catarral asociado.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente hemodinámicamente estable con buen estado general. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones significativas. Neurológicamente, pupilas anisocóricas: izquierda > derecha, acentuándose en la oscuridad y reactivas a la luz. Ptosis izquierda. No fatigabilidad ocular ni de voz. Movimientos oculares y campimetría normal. No otra focalidad neurológica. Ante la sospecha de síndrome de Horner con cervicalgia asociada, se indica derivación urgente al hospital para descartar posible patología vascular. A la llegada al hospital se realizan estudios complementarios para continuar estudio etiológico. Analítica y radiografía de tórax sin alteraciones. Tomografía computarizada (TC) craneal sin patología aguda intracraneal. AngioTC craneal con permeabilidad de vasos intra/extracraneales. Ante normalidad de pruebas realizadas, se decide ingreso en Neurología para proseguir estudio.

Orientación diagnóstica: Síndrome de Horner con cervicalgia.

Diagnóstico diferencial: El síndrome de Horner puede causarlo cualquier patología que interrumpa la inervación simpática del ojo en cualquier punto de su trayecto, iniciando en hipotálamo, descendiendo por tronco cerebral (primera neurona) y cavidad torácica (segunda neurona), ascendiendo finalmente junto a carótida interna (tercera neurona) hasta órbita. Infartos, hematomas, tumores cerebrales, malformaciones y lesiones desmielinizantes, justificarían su lesión a nivel central. Neoplasias pulmonares, de mama, abscesos, masas mediastínicas, aneurismas o disecciones aórticas comportarían alteración de la segunda neurona. Lesiones carotídeas, traumatismos, displasias vasculares y neoplasias oculares o nasofaríngeas lesionarían la tercera neurona.

Comentario final: Durante su ingreso se realiza resonancia magnética (RMN) cerebral y cervical sin alteraciones, y angioRMN que muestra hematoma periarterial rodeando carótida interna izquierda con disección carotídea, sin estenosis. La focalidad neurológica en Atención Primaria es siempre un reto diagnóstico, destacando la importancia de una buena exploración física como herramienta principal para detectar signos de alarma que requieran derivación urgente en lugar de estudio ambulatorio.

Bibliografía

1. Flaherty PM, Flynn JM. Horner Syndrome Due to Carotid Dissection. The Journal of Emergency Medicine. 2011;41(1):43-6.
2. Martin TJ. Horner Syndrome: A Clinical Review. ACS Chemical Neuroscience. 2017;9(2):177-86.

Palabras clave: Síndrome de Horner. Disección carotídea. Anisocoria.