

## 424/3590 - DOCTORA, TENGO UNA PUPILA MÁS GRANDE QUE LA OTRA

G. Viera Herrera<sup>1</sup>, M. Ricote Belinchón<sup>2</sup> y M. Felizardo de Gouveia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 59 años sin AP de interés que acude a nuestra consulta tras detectarse en una revisión de su mutua, asimetría pupilar derecha. El paciente no lo ha notado ni sus familiares tampoco. Sí ha notado el párpado del OD caído desde hace meses, es fluctuante y le ocurre con más frecuencia cuando está cansado. Niega déficits visuales, no cefalea, no disfagia ni alteración en el habla. Niega TCE, accidentes ni otros esfuerzos ni manipulaciones a nivel cervical.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración neurológica: alerta, funciones superiores conservadas. Anisocoria con respuesta fotomotora directa y consensuada normal. Campos y agudeza visual dentro de la normalidad. MOEs sin restricciones, no fatigabilidad ocular. Pares craneales conservados. Fuerza y sensibilidad sin alteraciones. Pruebas cerebelosas normales. Realiza más de 15 palmadas y más de 20 sentadillas sin fatiga. Resto sin alteraciones. Ante la sospecha de síndrome de Horner, se deriva a CCEE de Oftalmología para confirmar el diagnóstico, se solicita Rx de tórax normal y TAC craneal que presenta lesiones nodulares parcialmente calcificadas en región de ganglios basales derechos. Podrían corresponder a lesión residual o cavernoma. Se realiza RMN cráneo que confirma cavernoma único en pálido izquierdo.

**Orientación diagnóstica:** Síndrome de Horner adquirido.

**Diagnóstico diferencial:** Las diferentes causas se relacionan con el nivel al que se ve afectada la vía oculosimpática: ACV a nivel central como el síndrome de Wallemburg. Lesiones desmielinizantes. Traumatismos o iatrogenia quirúrgica. Siringomielia. Tumores SNC o pulmonares. Lesiones del plexo braquial inferior. Disecciones o trombosis de carótida. Lesiones del seno cavernoso. Cefalea en racimos. Miastenia gravis.

**Comentario final:** Los signos clásicos del síndrome de Horner incluyen miosis, ptosis y anhidrosis y su presencia nos obliga a iniciar un proceso diagnóstico que incluya pruebas de imagen cerebral, cervical y torácica, pues su presencia puede ser la primera manifestación de un proceso de pronóstico vital. El diagnóstico de presunción es clínico y es importante conocer el circuito óculo-simpático y las estructuras que están en íntimo contacto con él.

### Bibliografía

- Camós-Carreras A, Fontana S, Ortiz-Pérez S. ¿Qué haría usted ante un paciente con síndrome de Horner? Medicina de Familia SEMERGEN. 2018;44(2):131-4.

**Palabras clave:** Anisocoria. Vía óculo-simpática.