

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

424/628 - LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA: SÍNDROME DE HORNER

M. Aymamí Martínez¹, E. Bravo Lara¹, Y. Jiménez Hernández¹ y D. Iturriza Burlando²

¹Médico de Familia. CAP Vilaseca. Tarragona. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Vilaseca. Tarragona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 77 años con antecedentes de: paquipleuritis bilateral calcificada; control con TAC torácico sin cambios hace 9 meses y fumador de 40 cigarrillos/día. Actualmente jubilado, trabajó como soldador expuesto a amianto. Consulta al médico de familia por dolor punzante persistente escapular derecho de 2-3 meses de evolución; empeora con los movimientos y la inspiración profunda, irradiación reciente al brazo derecho, dolor nocturno y sin respuesta a antiinflamatorios no esteroideos AINE. Dolor similar 6 meses antes, que se resolvió con AINE. Astenia y pérdida de 5 kg en 1 mes. Se solicita estudio preferente; ingresa por aumento del dolor en 24 horas.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiopulmonar que objetiva crepitantes bibasales pulmonares secos. Exploración neurológica que muestra ptosis palpebral y miosis pupilar derecha e hiperestesia en brazo derecho. Además, a nivel cervical se palpan dos adenopatías laterocervicales derechas. Radiografía simple de tórax que muestra masa pleural derecha e imágenes nodulares bilaterales. El análisis de sangre muestra anemia normocítica normocrómica, leucocitosis y trombocitosis, con elevación de reactantes de fase aguda. Marcadores: CEA 5,14 ng/ml (0-5), AFP, AntígenoCA153, Antígeno19.9 i PSA normales. TAC torácico que muestra severa afectación pleural derecha con masas tumorales polilobuladas en espacio pleural derecho con morfología nodular en diferentes niveles, sobre todo apical paravertebral, condicionando desplazamiento vascular. Moderado derrame pleural. Placas de paquipleuritis bilateral. Adenopatías. Conclusión: mesotelioma maligno derecho en el contexto de paquipleuritis bilateral. TAC craneal y RNM cervical normales. Biopsia pulmonar que confirma el mesotelioma sarcomatoide. PET-TAC que identifica extensión metastásica y adenopatías cervicales.

Orientación diagnóstica: Sd. Horner y Sd. Pancoast secundarios a mesotelioma sarcomatoide estadio IV (metástasis suprarrenales y óseas).

Diagnóstico diferencial: Sd. Horner postraumático, posquirúrgico o yatrogénico; gliomas; esclerosis múltiple; siringomielia; neuroblastoma mediastínico; aneurisma aorta torácica.

Comentario final: La realización de una anamnesis y exploración física completa del paciente permitió la orientación diagnóstica de Sd. Horner con Sd. Pancoast, confirmada por exploraciones complementarias. El mesotelioma pleural maligno es un tumor infrecuente con mal pronóstico, relacionado con la exposición a amianto. El paciente realizó quimioterapia pero falleció a los 6 meses.

Bibliografía

1. Kanagalingam S, Miller NR. Horner syndrome: clinical perspectives. Eye Brain. 2015;7:35-46.
2. Kindler HL, Ismaila N, Armato SG 3rd, Bueno R, Hesdorffer M, Jahan T, et al. Treatment of Malignant Pleural Mesothelioma. J Clin Oncol. 2018;36(13):1343-73.

Palabras clave: Horner. Pancoast. Amianto.