



0 - Síndrome de Horner: Hallazgos en neuroimagen

A. Gutiérrez Pantoja, E. Collado Montes, F.M. Salgado, B. García-Castaño Gandiaga, Z. López Ricardo y J.F. Antezana Tapia

Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, España.

Resumen

Objetivo docente: Repaso anatómico de la vía oculosimpática y de los hallazgos en neuroimagen de la patología de acuerdo a su clasificación preganglionar (neurona de primer y segundo orden) y posganglionar (neurona de tercer orden).

Revisión del tema: El síndrome de Horner se define por la triada: miosis, ptosis y anhidrosis como consecuencia de la afectación de la vía oculosimpática. Es importante conocerlo, pues puede ser un signo originado por neoplasias, enfermedades neurológicas de causa inflamatoria, traumática o vascular, etc. El síndrome de Horner se clasifica según a qué nivel quede interrumpida la vía oculosimpática. Segmento pregangliónico: se divide en 2 subsegmentos, uno central (neurona de primer orden) localizado entre el hipotálamo y la sustancia gris intermedio lateral de la médula cervical, antes de la sinapsis en el centro cilio espinal de Budge-Waller. La segunda porción periférica (neurona de segundo orden), que está localizado en la sustancia gris intermedio lateral entre C8-T2 correspondiendo al centro cilio espinal de Budge-Waller y sus fibras posganglionares hasta la sinapsis en el ganglio cervical superior. Segmento posgangliónico (neurona de tercer orden): es la porción de la vía entre el ganglio cervical superior, localizado en el nivel C2-C3 posterior a la vaina carotídea hasta el ojo. Repasamos los hallazgos en neuroimagen de acuerdo con la clasificación anterior, presentando casos de patología tumoral, vascular, traumática e inflamatoria que se acompañaban de síndrome de Horner.

Conclusiones: El radiólogo debe conocer la anatomía de la vía oculosimpática con el fin de saber donde localizar la patología y dirigir adecuadamente los estudios.