

SÍNDROME DE HORNER TRAUMÁTICO

TRAUMATIC HORNER SYNDROME

ASENSIO-SÁNCHEZ VM¹, SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ JC¹, MACÍAS-PASCUAL J²,
MARTÍNEZ RODRÍGUEZ M²

RESUMEN

Caso clínico: Se describe un caso documentado de síndrome de Horner como manifestación de un traumatismo cervical. Un varón de 33 años se presentó con ptosis y miosis derecha después de una lesión cervical incisa. Las imágenes de tomografía axial computerizada del cuello demostraron un hematoma a tensión con deformidad y estenosis de la tráquea.

Discusión: Un traumatismo cervical puede interrumpir la vía simpática y cuando se realiza la exploración el síndrome de Horner puede ser la manifestación de un proceso potencialmente mortal.

Palabras clave: Síndrome de Horner, miosis, ptosis, traumatismo cervical, hematoma, cuello, tráquea.

ABSTRACT

Case report: We present a case of Horner's syndrome in a 33-year-old man who presented with ptosis and right pupil miosis after cervical trauma. Computed tomography revealed a tender haematoma in the neck, which was producing tracheal deformity and stenosis.

Discussion: Cervical trauma may damage the sympathetic pathway and result in Horner's syndrome. This may be a manifestation of a life-threatening condition (*Arch Soc Esp Oftalmol 2007; 82: 171-174*).

Key words: Horner syndrome, meiosis, ptosis, cervical trauma, haematoma, neck, trachea.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Horner se produce por una interrupción de la vía simpática en cualquier localización de su recorrido que va desde el sistema nervioso central hasta el globo ocular. Clínicamente cursa con ptosis discreta del párpado superior por afecta-

ción del músculo de Müller, leve elevación palpebral inferior (que no siempre se evidencia) por parálisis del músculo liso que se inserta en el tarso inferior, miosis variable que se pone más de manifiesto con baja iluminación y enoftalmos aparente. En su forma completa se produce anhidrosis facial (1). En este trabajo se describe un caso inusual de síndrome

Recibido: 10/4/06. Aceptado: 13/2/07.

Hospital General. Medina del Campo. Valladolid. España.

¹ Doctor en Medicina.

² Licenciado en Medicina.

Correspondencia:

V.M. Asensio Sánchez

Hospital General Servicio Castellano-Leonés de Salud

Servicio de Oftalmología

Medina del Campo (Valladolid)

España

E-mail: vasensio@hmdc.sacyl.es

de Horner traumático en el que la actuación del médico oftalmólogo fue esencial para sospechar un proceso sistémico grave.

CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años que el 20-08-05 es trasladado a urgencias por un corte sangrante en el cuello realizado al caerse sobre el escaparate de una tienda. En urgencias se apreció un traumatismo inciso en la región antero-lateral derecha del cuello con una disección limpia que interesaba sólo a los tejidos superficiales y sin daño aparente del resto de estructuras por lo que se suturó por planos (fig. 1). El día 4-09-06 acude a urgencias de nuestro hospital para revisión de la herida refiriendo cefalea y visión borrosa con el ojo derecho (OD). En el examen oftalmológico la agudeza visual no corregida con el OD era de 1 y con el ojo izquierdo (OI) de 1. La presión intraocular fue de 12 mm Hg en OD y de 13 mm Hg en OI. La motilidad ocular extrínseca fue normal salvo una ptosis palpebral derecha de 3 mm con buena función del elevador. La pupila del OD medía 2,0 mm y la del OI 4,0 mm (fig. 2). La exploración y palpación externas del cuello, salvo los hallazgos del traumatismo, eran normales. Se realizó una TAC cervical apreciándose un gran hematoma con crecimiento interno que estaba comprimiendo de forma significativa la tráquea (fig. 3), por lo que se decidió exploración y evacuación



Fig. 1: 20-08-05: Traumatismo inciso contuso en la región antero-lateral derecha del cuello. Se suturó por planos y con puntos sueltos. Aparentemente no hay afectación de ninguna estructura vital.



Fig. 2: 04-09-05: Síndrome de Horner derecho, con ptosis y miosis. La anisocoria era más aparente en la oscuridad. La pupila derecha era miótica, pero la reacción a la luz permanecía intacta.

intraquirúrgica donde se apreció una solución de continuidad en la vena yugular externa que estaba filtrando a planos profundos. Cinco meses después el síndrome de Horner había desaparecido.

DISCUSIÓN

El síndrome de Horner es el resultado de una lesión en cualquier parte de la vía simpática que

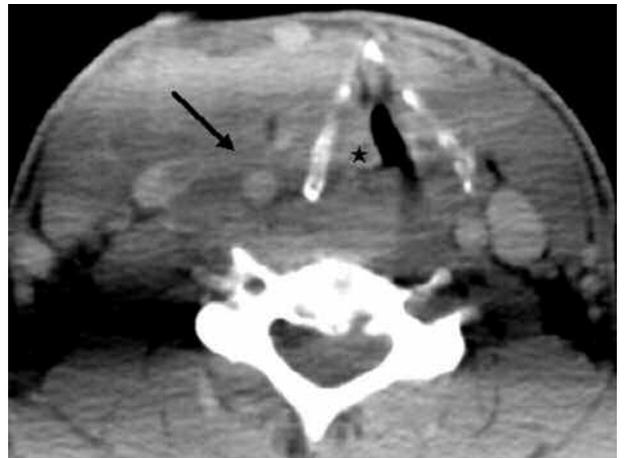


Fig. 3: TAC cervical: hematoma cervical (flecha) secundario a una pequeña dehiscencia en la pared de la vena yugular externa comprimiendo y desplazando la tráquea (estrella) de forma significativa y todas las estructuras del paquete vásculo-nervioso.

inerva al ojo (1). Es importante conocer el circuito óculo-simpático y las estructuras que están en íntimo contacto con él ya que la presencia de un síndrome de Horner adquirido puede ser la primera manifestación de un proceso de pronóstico vital. El síndrome de Horner como complicación de traumatismos cérvico-faciales, en la cabeza o del cuello es infrecuente (2,3). Sin embargo, el caso descrito secundario a un traumatismo inciso antero-lateral del cuello aparentemente superficial que se manifestó días después como un síndrome de Horner con potenciales secuelas vitales es incluso más inusual. Aunque es raro, el oftalmólogo en urgencias debe tener en mente la posibilidad de esta complicación oftalmológica en traumatismos del cuello, incluso como en el caso descrito en el que la exploración primaria de la lesión no detectó daños profundos.

La recuperación total del paciente cinco meses después del traumatismo inicial, parece indicar que la lesión original era una compresión localizada del simpático cervical y no una sección, por eso la importancia del diagnóstico precoz pues la cirugía puede limitar las secuelas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wray SH. *Neurooftalmología: campos visuales, nervio óptico y pupila*. In: Pavan-Langston D. *Manual de diagnóstico y terapéutica oculares*. Barcelona: Salvat; 1988; 333-370.
2. Bruce-Chwatt RM, Al-Shihabi B, Dawkins R. *Horner's syndrome associated with air-rifle wound of the neck: a case report*. *J Laryngol Otol* 1980; 94: 1441-1446.
3. Oono S, Saito I, Inukai G, Morisawa K. *Traumatic Horner syndrome without anhidrosis*. *J Neuroophthalmol* 1999; 19: 148-151.