

Síndrome de Horner tras amigdalectomía



Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

ISSN 2171-9381

e-mail: envios@revistaorl.com
web: www.revistaorl.com

Caso clínico

SÍNDROME DE HORNER TRAS AMIGDALECTOMÍA

Pedro Díaz de Cerio Canduela

Servicio de O.R.L. Hospital San Pedro
Logroño (La Rioja)

Contacto:
Pedro Díaz de Cerio Canduel
pdiazdecerio@yahoo.es

Síndrome de Horner tras amigdalectomía

RESUMEN

Se expone el caso de un paciente que, tras la realización de una amigdalectomía complicada por sangrado, presenta un cuadro de ptosis, miosis y enoftalmos junto con dolor ocular ipsilateral al lado del sangrado. El cuadro se circunscribe dentro del denominado síndrome de Horner y constituye una complicación poco frecuente de las amigdalectomías.

Palabras clave: amigdalectomía, parálisis oculosimpática, síndrome de Horner.

HORNER'S SYNDROME POST-TONSILLECTOMY

SUMMARY

There is exposed the case of a patient who, after the accomplishment of a tonsillectomy complicated for bled, presents ptosis, miosis and enoftalmos with ipsilateral ocular pain next to the bleeding. The symptoms were inside Horner's syndrome called and constitutes a slightly frequent complication of tonsillectomy.

Keywords: tonsillectomy oculosympathetic palsy, Horner syndrome

Síndrome de Horner tras amigdalectomía

INTRODUCCIÓN

La amigdalectomía es un proceso quirúrgico muy habitual en la práctica diaria de un otorrinolaringólogo. A pesar de ser una técnica sencilla, no está exenta de complicaciones, siendo las más frecuentes el sangrado y la formación de hematoma en el lecho amigdalino, el edema de úvula y paladar, la obstrucción de la vía aérea y los vómitos¹ (Tabla 1). La parálisis de la cadena oculosimpática tras una amigdalectomía es una complicación poco frecuente (<0,5% de las complicaciones). La parálisis de la cadena oculosimpática o 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 ocular². Se manifiesta por ptosis discreta del párpado superior, leve elevación palpebral inferior, miosis variable que se pone más de manifiesto con baja iluminación, enoftalmos aparente y anhidrosis facial. Estos signos pueden presentarse de forma completa o parcial. Su recuperación depende de la causa subyacente, demostrándose recuperaciones casi totales sin la administración de tratamiento alguno.

Tabla 1: Complicaciones de las amigdalectomías

COMPLICACIONES DE LAS AMIGDALECTOMÍAS	
SANGRADO	1,46%
HEMATOMA EN LECHO AMIGDALINO	0,59%
EDEMA DE LENGUA Y PALADAR	0,21%
OBSTRUCCIÓN AÉREA	0,14%
DISFONÍA	0,09%
VÓMITOS PERSISTENTES	0,07%
ABSCESO PARAFARÍNGEO	0,04%
AVULSIÓN DENTAL	0,04%
MUERTE	0,02%
LESIONES NERVIOSAS	0,01%

Síndrome de Horner tras amigdalectomía

DESCRIPCIÓN

Varón de 37 años de edad con antecedentes de hemorragia digestiva alta en 1994 y meningitis vírica en el año 2000, que presenta amigdalitis de repetición desde hace

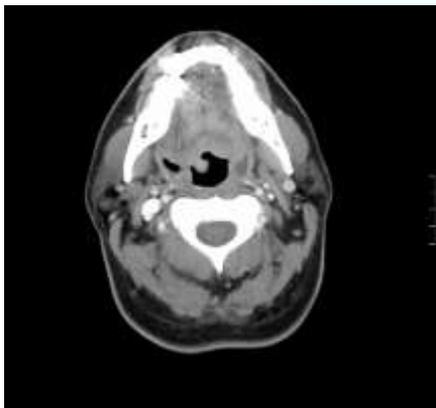


Figura 1. TC cervical con hematoma periamigdalino derecho

años, por lo que se decide la realización de una amigdalectomía. La amigdalectomía se realiza bajo anestesia general con infiltración de los pilares amigdalinos con anestésico local (lidocaína y mepivacaína) más adrenalina como vasoconstrictor. Se procede a realizar la exéresis de ambas amígdalas con la ayuda de un disector frío de Henker. Durante el proceso se produce un sangrado en el polo inferior de la amígdala derecha que obliga a la realización de numerosos puntos de sutura reabsorbibles, así como la colocación de torundas embebidas en adrenalina y materiales hemostáticos reabsorbibles. Una vez realizada la hemostasia el paciente es trasladado intubado a la unidad

de medicina intensiva donde se le transfunden dos unidades de concentrado



Figura 2. Ptosis residual a los 6 meses del cuadro

de hematíes. Al día siguiente es extubado y es dado de alta a los cinco días con resolución completa del cuadro. Tres días después acude a urgencias por presentar un cuadro de ptosis, miosis y enoftalmos. Ingresa de nuevo donde se le realiza una TC (figura 1) y una angiorresonancia observándose únicamente una colección hemática en el polo inferior del lecho amigdalario derecho. Días después es dado de alta

con revisiones en consultas externas de otorrinolaringología y oftalmología. A los 6 meses del inicio del cuadro la miosis y el enoftalmos han mejorado hasta casi desaparecer, dejando una pequeña ptosis residual (figura 2).

Síndrome de Horner tras amigdalectomía

DISCUSIÓN

La amigdalectomía es un proceso común en la práctica quirúrgica diaria de un otorrinolaringólogo. A pesar de ser una técnica sencilla no está exenta de riesgos, llegando a comprometer la vida del paciente. Las complicaciones más frecuentes son el sangrado, la formación de hematomas en el lecho amigdalor, el edema de úvula y paladar y los vómitos. La triada ptosis, miosis y enoftalmos, conocida como síndrome de Horner, es una complicación poco frecuente de la amigdalectomía. Ocurre por lesión de la tercera neurona de la vía oculosimpática a nivel del plexo cervical pericarotideo, bien por lesión directa en el transcurso de la cirugía o bien por efecto de la infiltración anestésica previa³.

Si la lesión es producida por efecto de la infiltración anestésica el cuadro es reversible⁴⁻⁵. En caso de ser lesión del plexo pericarotideo el cuadro puede ser permanente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Síndrome de Horner tras amigdalectomía

BIBLIOGRAFÍA

1. Safavi A, Fatahi A, reza M. Incidence of tonsillectomy complications (A 10-year Study of 4042 cases). Tanaffos (2004) 3 (11), 65-69.
2. Blanco CI, Buznego L, Méndez M. Síndrome de horner tras amigdalectomía. Arch Soc Esp Oftalmol 2008; 83: 129-132.
- 3.- Sancho A. Síndrome de Claude-Bernard-Horner en la anestesia local de la amigdalectomía. Acta Otorrinolaringológica Española. Año XXV. Mayo-Junio 1974. Volumen III.
4. Hobson JC, Malla JV, Kay NJ. Horner's syndrome following tonsillectomy. J Laryngol Otol. 2006 Sep;120(9):800-1.
5. Malik, Vikas, et al. Posttonsillectomy Horner's Syndrome. Laryngoscope March 2006. 116(3):494-495,
6. Shissias CG, Golnik KC. Horner's syndrome after tonsillectomy. Am J Ophthalmol. 1994 Jun 15;117(6):812-3.

