



Comunicación e-póster

PATOLOGÍA / FARMACOLOGÍA

Viernes, 4 de abril ▶ 10:20 h ▶ T-09 ▶ ID-00207

▼ SÍNDROME DE HORNER TRAS CIRUGÍA CERVICAL POR CARCINOMA PAPILAR TIROIDEO

Autores:

Mónica Muñoz Mendoza¹, Amelia Nieto Bona², Catalina Palomo Álvarez²

Instituciones: ¹ Hospital Universitario del Sureste (Madrid) ²Facultad de Óptica y Optometría (Universidad Complutense de Madrid).

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Horner (SH) se caracteriza por la clásica triada de ptosis palpebral, miosis pupilar y anhidrosis facial ipsilateral y se debe a una interrupción del trayecto del nervio oculosimpático desde su origen en el hipotálamo hasta el ojo. La causa de lesión preganglionar más frecuente es la iatrogénica, siendo la cirugía cervical de patología tiroidea y paratiroidea de las menos frecuentes. El carcinoma papilar de tiroides (CPT) es el tumor maligno endocrino más común. El SH secundario a tiroidectomía en este tipo de cáncer puede deberse a un mecanismo directo (estrés mecánico) y/o indirecto.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 48 años, remitida por presencia de ptosis y miosis en OD de un mes de evolución tras tiroidectomía total con vaciamiento cervical funcional derecho por CPT con adenopatía positiva cervical derecha. No presentaba anhidrosis facial, otros trastornos neurológicos ni enfermedades sistémicas de interés. La historia ocular previa a la cirugía cervical era irrelevante.

Exploración clínica: La agudeza (AV) con corrección fue de -0.1 Y 0.0 LogMAR en ambos ojos en visión lejana (VL) y próxima (VP) respectivamente. Presentaba

una ptosis del párpado superior derecho y miosis pupilar ipsilateral, aumentando la anisocoria en condiciones escotópicas de iluminación sin defecto pupilar aferente relativo. La motilidad ocular extrínseca estaba conservada y presentaba ortotropía en VL y VP. El examen del polo anterior y el fondo de ojo fueron normales.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La resonancia magnética (RM) cervical reveló tejido hiperintenso en el lecho tiroideo, región pretraqueal y en el espacio carotídeo derecho con extensión al espacio cervical anterior en probable relación con vaciamiento cervical. La RM craneal no reveló hallazgos de especial significado patológico.

DIAGNÓSTICO

El cuadro clínico fue compatible con SH secundario a lesión simpática tras cirugía cervical de CPT.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se decidió adoptar una actitud conservadora y observar la evolución del cuadro a la espera de una resolución espontánea. Tras 5 meses de seguimiento la ptosis del OD mejoró notablemente, pero la anisocoria persistió, lo que presupone una lesión directa de la

▼ SÍNDROME DE HORNER TRAS CIRUGÍA CERVICAL POR
CARCINOMA PAPILAR TIROIDEO

inervación simpática con sección parcial de las fibras nerviosas. Se decidió no realizar cirugía de la ptosis palpebral por conformidad estética de la paciente y no existir afectación de la AV ni del campo visual.

CONCLUSIÓN

El SH puede ser secundario a multitud de procesos con diferente pronóstico siendo una complicación poco frecuente de la tiroidectomía por CPT. Para evitarlo, se recomienda una disección cuidadosa, evitando la tracción excesiva con el instrumental quirúrgico. Es fundamental un buen conocimiento del simpático cervical y su relación con las estructuras adyacentes para entender los mecanismos de aparición y su diagnóstico diferencial. En la mayoría de los casos es benigno, pero puede ser la primera manifestación de un cuadro que ponga en peligro la vida del paciente. El pronóstico suele ser bueno en los casos en los que no hay una afectación total de la inervación simpática. En las secciones totales, las alteraciones oftalmológicas como ptosis y miosis deben ser valoradas para abordarlas quirúrgica o farmacológicamente en los casos sintomáticos.