



Medicina de Familia. SEMERGEN

<https://www.elsevier.es/semergen>



160/2426 - LA IMPORTANCIA DE AGUDIZAR NUESTROS SENTIDOS: CUANDO EL VERDADERO PACIENTE NO ES PRECISAMENTE LA PERSONA QUE CONSULTA

F. Mora Monago^a, T. Vegas Jiménez^b, J.A. Franco Arévalo^c, Y. Pérez Raposo^d, F.L. Pérez Caballero^e, L. Araujo Márquez^a, N. Rivera Jiménez^f, R. Mora Monago^g, M. Martín^h y M.E. Valle Rodasⁱ

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de San Fernando. Badajoz. ^cMédico Residente de 3^{er} año. Centro de Salud de San Fernando. Badajoz. ^dMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. ^eMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Paz. Badajoz. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ^gMédico de Radiodiagnóstico. Hospital Don Benito-Villanueva. Badajoz. ^hMédico Residente de 2^o año. Centro de Salud de San Fernando. Badajoz. ⁱMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Cirugía General. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 17 años de edad con antecedentes personales de adenopatía laterocervical izquierda biopsiada hace dos años, siendo normal; acude a principios de 2015, en calidad de acompañante de su abuela, a la consulta de Oftalmología. Allí le objetivan ptosis y miosis derechas, motivo por el que lo derivan a Urgencias. Además de la clínica referida anteriormente, el varón comentaba pérdida de fuerza y sensibilidad en el brazo derecho desde hace 10 días. Dada la sintomatología, se cursa ingreso del paciente en el Servicio de Neurología para realizar un estudio más a fondo.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente asintomático salvo hallazgos previamente expuestos. Analítica de sangre y orina completamente normal a expensas de una ligera leucocitosis con neutrofilia. En la radiografía de tórax se aprecia velamiento del ápex derecho. Se solicita resonancia magnética cervical con contraste que es informada como gran tumoración en región cervical inferior derecha del cuello, que se extiende al opérculo torácico y al vértice pulmonar del mismo lado, desplaza grandes vasos del cuello y engloba a las dos primeras costillas. Finalmente se realiza biopsia intraoperatoria de la lesión cuyo resultado es compatible con proceso linfoproliferativo.

Juicio clínico: Linfoma de Hodgkin clásico, tipo esclerosis nodular.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Horner. Tumor de Pancoast. Tumores de estirpe neurogénica. Procesos linfoproliferativos.

Comentario final: El síndrome de Horner lo conforma un conjunto de signos y síntomas que por compresión de estructuras adyacentes, suele ser secundario a tumores localizados en el vértice pulmonar. Aunque este síndrome se asocia hasta en un 50% de los casos con el tumor de Pancoast,

el diagnóstico definitivo nos lo va a proporcionar la integración de la semiología clínica junto con el estudio por imagen y el posterior análisis celular. Por esta razón es fundamental realizar un exhaustivo diagnóstico diferencial con otras patologías, que por muy relativamente infrecuentes que sean, debemos pensar en ellas y realizar un estudio complementario a fondo para filiar su origen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kong YX, Wright G, Pesudovs K, O'Day J, Wainer Z, Weisinger HS. Horner syndrome. Clin Exp Optom. 2007;90:336-44.
2. George A, Haydar AA, Adams WM. Imaging of Horner's syndrome. Clin Radiol. 2008;63:499-505.