



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/539 - Pupilas Asimétricas: Qué se esconde detrás

A. Elizondo Rúa^a, J.A. Aldanondo Gabilondo^b, E.M. Rúa Portu^c, E. Urrestarazu Etxezarreta^d, N. Amondarain Iburguren^e, R. Casteño Becerril^e, A. Zubeldia Iturralde^f e I. Sánchez Pombar^f

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villabona. Gipuzkoa. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Alegia. Guipuzkoa. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Alegia. OSI Tolosaldea (Osakidetza). Alegia. Guipuzkoa. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Tolosa. Guipuzkoa. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pasajes. Guipuzkoa. ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Beraun. Guipuzkoa.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 61 años, alérgico a la penicilina, con antecedentes personales de hiperlipemia y adenoma de próstata en tratamiento con tamsulosina 0,4 mg/24h, intervenido de hernia discal L4-L5. Acude por cefalea occipital y disfagia para sólidos y disfonía de 4 días de evolución. En la exploración neurológica se objetiva anisocoria, inyección conjuntival y ptosis palpebral izquierda por lo que es derivado al Servicio de Urgencias, donde tras realización de TAC craneal y ser valorado por neurólogo es dado de alta con el diagnóstico de proceso viral con afectación ocular izquierda. Dos días más tarde acude de nuevo a Urgencias hospitalarias por no mejoría de la clínica, siendo nuevamente dado de alta pendiente de estudio por medicina interna. Dos días después y tras presentar dificultad para movilizar la extremidad superior izquierda por dolor en cara anterior del brazo así como hiperalgesia en región hemicraneal izquierda es nuevamente derivado por su MAP para descartar una posible afectación carotídea ingresando para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Neurológica: mínima anisocoria con miosis izquierda, mínima ptosis palpebral. Afonía. Resto de la exploración sin hallazgos significativos. analítica (Bq, Hg, coagulación) y Rx tórax: sin alteraciones significativas. TAC craneal: estudio compatible con la normalidad. Angio-TAC de TSAO y polígono de Willis: aumento de calibre de carótida interna izquierda en trayecto cervical alto con hiperdensidad mural compatible con trombo-hematoma. En este nivel en la angio TAC se aprecia disminución del calibre de la luz que se extiende a la porción proximal del segmento C2 intrapetroso compatible con disección carotídea. Duplex TSA y transcraneal: leve asimetría de flujo en eje carotídeo izquierdo que sugiere la existencia de un problema a nivel de carótida intrapetrosa. TAC cervical y torácico: laringocele derecho, resto sin hallazgos significativos. RMN craneal: signos indirectos de disección de carótida interna intracavernosa izquierda, resto sin alteraciones.

Juicio clínico: Disección espontánea de carótida interna izquierda intracraneal produciendo un síndrome de Horner izquierdo y paresia de IX y X pares craneales izquierdos.

Diagnóstico diferencial: Una primera aproximación diagnóstica precisa determinar si la

localización de la lesión causante del síndrome es Central o periférica (pre o post ganglionar). Los principales diagnósticos diferenciales están relacionados con la causa del síndrome y abarca principalmente causas tumorales y patología vascular.

Comentario final: El paciente pasó por múltiples diagnósticos: S. viral, disfagia y disfonía; fue valorado en los Servicios de Urgencias hospitalarios en 4 ocasiones y visto en Atención Primaria en varias consultas. Desde AP se derivó a urgencias hospitalarias en dos ocasiones: En la primera ya se indicaba la presencia de pupila miótica izquierda y en la segunda derivación ya indica el diagnóstico de sd. de Horner incompleto a descartar posible disección carotídea. En ocasiones pequeños hallazgos a la exploración nos pueden orientar hacia diagnósticos poco frecuentes. En este caso se llegó al diagnóstico en AP y se confirmó en ingreso hospitalario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez P, Rubio E. Síndrome de Horner en paciente con infección respiratoria. FMC. 2012;19:383-4.
2. Touceda A, Prieto A, Castro J, Fandiño JM. Disección carotídea espontánea manifestada como síndrome de Horner doloroso. Med Clin (Barc). 2013;140:285.