



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/345 - ME NOTO EL PÁRPADO CAÍDO

M. Pérez Eslava^a, C. Naranjo Muñoz^b y L. Sáez García^c

^aMédico de Familia. Centro Salud Barrio Alto. Sanlúcar. Cádiz. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz. ^cMédico Residente de 4^º año. Centro de Salud de La Laguna. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 46 años, sin antecedentes personales de interés, acude a su médico por referir visión borrosa aguda y debilidad muscular importante en extremidades de una hora de evolución tras realizar sobre esfuerzo físico. No náuseas ni vómitos. No miodesopsias.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales. Auscultación cardiaca y pulmonar normal. Exploración neurológica sin hallazgos salvo que refiere dificultad visión ojo izquierdo, a pesar de agudeza visual normal. Se deja la paciente en observación en enfermería, pero ante la persistencia del cuadro, se deriva a SCCU, donde realizan analítica, normal, y derivan a consulta preferente de oftalmología. Un día después, acude de nuevo a su médico por persistencia de sintomatología, presentando ahora ptosis palpebral y miosis izquierda, sin limitación de MOE, resto normal, derivando de nuevo a SCCU para estudio del síndrome de Horner presente. Se solicita nueva analítica, Rx tórax y TAC craneal, normales. Fondo de ojo normal. Ingresa a cargo de Medicina Interna que realiza RMN craneal, así como angioRM TSA que confirmó diagnóstico.

Juicio clínico: Síndrome de Horner secundario a disección carótida interna izquierda espontánea.

Diagnóstico diferencial: Accidente cerebrovascular, tumoración cráneo-cervical, Malformaciones arterio-venosas, Trombosis carótida interna, Lesión del seno cavernoso, síndrome de Pancoast.

Comentario final: El síndrome de Horner debe ser estudiado dado su multifactorial etiología, cuyo tratamiento dependerá de la lesión que lo cause. La disección extracraneal de la arteria carótida interna es una entidad poco frecuente y difícil diagnóstico. Su incidencia es aproximadamente de 3/100.000 habitantes, aunque la incidencia real es difícil de determinar porque muchas veces es asintomática. La disección es mucho más frecuente en el segmento extracraneal de la arteria. Se presenta sobre todo de los 35 a los 50 años y en ambos sexos por igual. En el seguimiento de estos pacientes se les repite la angio-RM en los primeros 6 meses tras la disección para comprobar la permeabilidad de la arteria. Respecto al tiempo óptimo de seguimiento dependerá de las secuelas neurológicas que presente, en nuestro caso, se recuperó del cuadro, estando asintomática en la actualidad.

Bibliografía

1. Thanvi B, Munshi SK, Dawson SL. Carotid and vertebral artery dissection síndromes. Postgrad Med J. 2005;81:383-8.