



Repertorio de Medicina y Cirugía

www.elsevier.es/repertorio



Reporte de caso

Síndrome de Horner secundario a adenocarcinoma primario de timo: reporte de caso



Magda Gil^{a,b} y Denis Anaya^{a,b,*}

^a Servicio de Oftalmología, Hospital de San José, Bogotá D.C., Colombia

^b Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá D.C., Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de agosto de 2017

Aceptado el 10 de octubre de 2017

On-line el 21 de noviembre de 2017

Palabras clave:

Síndrome de Horner

Timo

Mediastino

R E S U M E N

Objetivo: Describir el caso de un paciente con síndrome de Horner de causa inusual: adenocarcinoma primario de timo, quien acudió al servicio de consulta externa de oftalmología del Hospital de San José.

Diseño del estudio: Reporte de caso.

Métodos: Se realizó una revisión de la literatura sobre el síndrome de Horner, con énfasis en las causas asociadas a lesiones mediastinales y específicamente los carcinomas de timo, dada su baja incidencia y rara presentación.

Presentación del caso: Mujer de 41 años con cefalea hemisférica derecha de 6 meses de evolución irradiada a cuello y miembro superior derecho, parestesias y anhidrosis en región facial derecha, ptosis de párpado superior derecho y miosis pupilar derecha. Con evidencia de síndrome de Horner y los estudios imagenológicos se diagnosticó un tumor del timo clasificado como adenocarcinoma. Se realizó escisión quirúrgica de la lesión, complementada con tratamiento oncológico.

Conclusión: Una causa rara de síndrome de Horner preganglionar es la compresión de la vía simpática por neoplasias mediastinales como el adenocarcinoma de timo, uno de los tumores menos frecuentes que comprometen timo y mediastino.

© 2017 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Horner's syndrome secondary to thymic adenocarcinoma: Case report

A B S T R A C T

Objective: To describe the case of a patient suffering from Horner's syndrome of an unusual cause, that is, a primary thymic adenocarcinoma. She attended the ophthalmology service at Hospital de San José.

Keywords:

Horner's syndrome

Thymus

Mediastinum

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bleen13@hotmail.com (D. Anaya).

<https://doi.org/10.1016/j.reper.2017.10.002>

0121-7372/© 2017 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Study design: A case report.

Methods: A review of the literature was performed on Horner's syndrome emphasizing on the causes associated with mediastinal lesions particularly thymic carcinomas, given their low incidence and rare occurrence.

Case report: A 41-year-old woman with a six month history of right hemicranial headache radiating to the neck and right arm, paresthesias and right hemifacial anhidrosis, right upper eyelid ptosis and miosis of the right pupil. A thymic neoplasm classified as an adenocarcinoma was diagnosed by imaging tests and evidencing the presence of Horner's syndrome. The tumor was resected and followed by adjuvant oncologic therapy.

Conclusion: A rare cause of Horner's syndrome is preganglionic compression of the sympathetic pathway by a mediastinal mass such as a thymic adenocarcinoma, one of the most uncommon tumors involving the thymus and the mediastinum.

© 2017 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La vía simpática de inervación ocular comprende una ruta larga que se inicia en el hipotálamo y termina en el ojo. El síndrome de Horner se puede clasificar según la localización de la lesión en la vía simpática como central, preganglionar o posganglionar. Las causas varían y pueden ir desde condiciones letales hasta idiopáticas^{1,2}.

El síndrome de Horner también llamado paresia oculosimpática, es un conjunto de manifestaciones clínicas causadas por una alteración de la vía simpática que inerva la cabeza, el ojo, sus anexos y el cuello; se caracteriza por ptosis de párpado superior, miosis y anhidrosis facial ipsilateral^{1,2}. La ptosis es menor de 2 mm porque ocurre debido a parálisis del músculo de Müller que es inervado por la vía simpática. También hay compromiso del párpado inferior, lo que resulta en estrechamiento de la hendidura palpebral y enoftalmos aparente¹.

Debido a la parálisis del músculo dilatador del iris se produce miosis pupilar del lado afectado. La anisocoria es más evidente en condiciones de penumbra y hay retraso en la dilatación de la pupila afectada durante el examen pupilar al retirar la fuente de luz, esto debido a que la dilatación se da de forma pasiva por relajación del esfínter del iris¹.

La anhidrosis se presenta en lesiones de neuronas de primer o segundo orden, debido a que las fibras que inervan las glándulas sudoríparas de la cara provienen del ganglio cervical superior, se separan del resto de la cadena simpática y viajan con la arteria carótida externa. Es un signo difícil de medir y registrar, que en muchas ocasiones pasa inadvertido³. Hay síntomas que pueden orientar hacia la localización de la lesión y de acuerdo con estos se enfocará la búsqueda del nivel de la lesión y su causa (tabla 1).

Presentación del caso

Paciente femenina de 41 años sin antecedentes patológicos conocidos. Asiste a consulta externa de oftalmología en el Hospital de San José de Bogotá, con cuadro de 6 meses de evolución consistente en cefalea hemicraneana derecha irradiada a cuello y miembro superior derecho y parestesias en región



Figura 1 – Ptosis leve del párpado superior derecho y miosis ipsilateral.

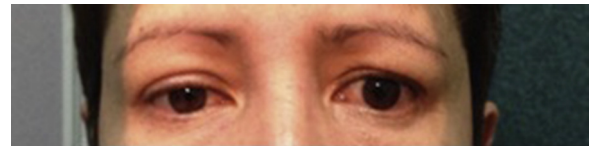


Figura 2 – Asimetría de párpados y enoftalmos derecho aparente.

facial derecha. Recibió manejo extrahospitalario por neurología, quienes indicaron propranolol y antiinflamatorios no esteroideos por diagnóstico de migraña; la paciente suspendió el primero por asociarlo con accesos de tos.

Al examen oftalmológico se encontró una agudeza visual lejana mejor corregida de 20/30 en el ojo derecho y 20/25 en el ojo izquierdo. Al examen externo (figs. 1 y 2) presentaba ptosis del párpado superior derecho con buena función del músculo elevador del párpado y exoftalmometría con base 100 de 18 mm en ambos ojos, que se realizó para descartar exoftalmos del ojo contralateral. La presión intraocular y movimientos oculares eran normales en ambos lados. Al examen pupilar se evidenció miosis derecha con aumento de la anisocoria en condiciones de penumbra, la pupila derecha se dilató menos y más lentamente que la izquierda. La biomicroscopía se encontraba normal y al fondo de ojo se evidenciaba un aumento de las excavaciones del nervio óptico.

La paciente traía una tomografía computarizada de cráneo y senos paranasales extrahospitalario, que se encontraba dentro de los límites normales. Se ordenó tomografía computarizada de órbitas y pruebas de función tiroidea las cuales fueron normales. Se solicitó radiografía de tórax que evidenció una lesión con densidad de tejidos blandos en mediastino

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8695936>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8695936>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)