

Datos de alarma das cefaleas en Atención Primaria. A propósito dun caso de Síndrome de Horner

Datos de alarma de las cefaleas en Atención Primaria. A propósito de un caso de Síndrome de Horner

Headache alarms in Primary Care. About a case of Horner Syndrome

AUTORAS

Laura Bodelón Díez¹, Ronsel Noemí Fernández Suárez¹, Flora Miranda Pena²

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Saúde A Estrada. Unidade Docente de Santiago de Compostela. EOXI Santiago de Compostela

²Médica de familia. Centro de Saúde A Estrada. EOXI Santiago de Compostela

Autora para correspondencia: Laura Bodelón Díez. E-mail: laura.bodelon.diez@sergas.es
Enderezo Centro Saúde: Av. Benito Vigo, 110, 36680, A Estrada, Pontevedra

INTRODUCCIÓN

Varón de 43 anos que consulta por cefalea hemicranial esquerda progresiva, que dificulta o sono e asocia ptose ipsilateral. Como antecedentes persoais presenta rinite alérxica (con septoplastia e radiofrecuencia de cornetes en 2019) e litíases renais. Na exploración física destaca pupila esquerda miótica, respecto á contralateral, con resposta á luz conservada e ptose palpebral esquerda. Non se observan alteracións na otoscopia, outros datos de focalidade neurolóxica, lesións dérmicas nesa hemicara nin induración da arteria temporal. Atópase afebril, cunha tensión arterial de 115/83 mmHg e unha frecuencia cardíaca de 70lpm. Ante a focalidade neurolóxica e o relato de cefalea con datos de alarma é derivado a Urgencias hospitalarias. Á súa chegada realízase análise de sangue, electrocardiograma, radiografía de tórax e TAC cerebral, sen atoparse alteracións.

Contáctase coa garda de Neuroloxía, que indica a realización dun anxioTAC de troncos supraaórticos, onde se observa unha dilatación duns 10x9 mm dun segmento da porción extracranial da arteria carótide interna esquerda, compatible cunha aneurisma. Ingres a cargo de Neuroloxía e complétase o estudo cunha angiografía cerebral completa. Nela confírmase a existencia dunha aneurisma disecante carotídea cervical esquerda e unha grave arteriopatía vertebral bilateral, datos compatibles cunha displasia vascular. Decídese actitude expectante con control de neuroimaxe en 2-3 meses, e dásele a alta ao paciente con ácido acetilsalicílico 100mg cada 24 horas e control estrito de factores de risco cardiovascular por parte de Atención Primaria.

DIAGNÓSTICO

A síndrome de Horner, tamén chamada paresia oculosimpática [1] consiste na tríade neurolóxica de ptose, miose e anhidrose, porén non sempre están presentes estes tres signos.

Son múltiples as **causas** que poden producir esta síndrome, xa que é provocada por unha lesión en calquera tramo ao longo da vía oculosimpática. Entre elas destacan: tumores no troncoencéfalo, aneurisma da arteria subclavia, tumor de Pancoast, e diseccións ou aneurismas da arteria carótide interna.[1,2]

En relación á **clínica**, aínda que o máis típico é a tríade, non sempre se presenta coma unha síndrome de Horner clásica. Ademais, dependendo do lugar de interrupción da vía, asociaranse outros signos e síntomas (dor cervical, parálise doutros pares craniais...) [2]

O **diagnóstico** de sospeita realizarase en base a anamnese e a exploración física dirixidas, sempre prestando atención a presenza de datos de alarma das cefaleas [táboa 1]. Aínda que non adoita ser necesario, pódese empregar o test da apraclonidina [3] ou as probas de neuroimaxe para o diagnóstico de confirmación.

Táboa 1. Datos de alarma nunha cefalea [4]

<i>Cefalea intensa de inicio brusco</i>
<i>Inicio en maiores de 50 anos</i>
<i>Cefalea de inicio recente (menos de 6 meses)</i>
<i>Empeoramento progresivo e subagudo, ou cambios nunha cefalea previa</i>
<i>Focalidade neurolóxica</i>
<i>Antecedente de cancro ou VIH/SIDA</i>
<i>Febre (sen explicación sistémica)</i>
<i>Convulsións</i>
<i>Cefalea que dificulta o sono ou que esperta pola noite</i>
<i>Cefalea que se agrava co exercicio/desencadeada por manobras de Valsalva</i>
<i>Vómitos previos ao comezo do episodio de cefalea</i>

En canto aos diagnósticos diferenciais [táboa 2] compre salientar a disección carotídea (50 % delas presentan síndrome de Horner como clínica) [5].

Táboa 2. Diagnóstico diferencial [2]

LOCALIZACIÓN	ETIOLOXÍA
<u>Central</u> (Hipotálamo, tronco encefálico, medula)	Isquemia/Hemorragia Tumoral Desmielinización Siringomielia Traumatismo cervical
<u>Neurona preganglionar</u> (Ápex pulmonar, tórax, cadea simpática cervical)	Tumoral (Pancoast, mesotelioma) Costela cervical Patoloxía tiroidea Aneurisma de aorta/subclavia
<u>Neurona postganglionar</u> (Carótide interna, seo cavernoso, órbita)	Ocupación seo cavernoso Patoloxía carotídea (aneurisma, disección)

Polo que se refire o **tratamento**, este dependerá da etioloxía que orixina o cadro. No caso que presentamos, optouse pola actitude expectante con control de factores de risco cardiovascular e

probas de neuroimaxe periódicas. Por outro lado, é importante ter en conta o impacto emocional que pode supor para un paciente o diagnóstico etiolóxico, e neste caso, a decisión de realizar vixilancia no canto dunha intervención.

CONCLUSIÓNS

Salientar a importancia da Atención Primaria á hora de identificar aquelas cefaleas que precisen atención urxente. Debemos prestar atención aos datos de alarma que aparezan na anamnese e exploración dos doentes, e que indicarán a necesidade de ampliar estudos diagnósticos.

Consentimiento informado: Os/as autores/as declaran que se obtivo consentimento informado para a publicación deste caso clínico. Patients have provided their signed consent to publication.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kedar S, Bioussé V, Newman NJ. Horner syndrome. UpToDate [Internet]. www.uptodate.com. [citado o 22 xaneiro de 2024]. Dispoñible en: https://www.uptodate.com/contents/horner-syndrome?search=horner&source=search_result&selectedTitle=1~101&usage_type=default&display_rank=1
2. Davagnanam I, Fraser CL, Miskiel K, Daniel CS, Plant GT. Adult Horner's syndrome: a combined clinical, pharmacological, and imaging algorithm. *Eye* [Internet]. 2013 Mar 1 [citado 28 de decembro de 2023];27(3):291–8. Dispoñible en: <https://www.nature.com/articles/eye2012281>
3. Camós-Carreras A, Fontana S, Ortiz-Pérez S. ¿Qué haría usted ante un paciente con síndrome de Horner? *Medicina de Familia SEMERGEN* [Internet]. 2018 Mar 1;44(2):131–4. Dispoñible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-que-haria-usted-ante-un-S1138359316302015>
4. Loreto Cid JM. Cefaleas, evaluación y manejo inicial. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014 Xul;25(4):651–7. Dispoñible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cefaleas-evaluacion-manejo-inicial-S0716864014700860>
5. Buelens T, Scifo L, Schetgen J, Ould Hamou M, Kampouridis S, Willermann F. Internal Carotid Artery Dissection Presenting with Transient or Subclinical Horner Syndrome. *Case Rep Ophthalmol*. 2024 Jan 9;15(1):29-35.