



SÍNDROME DE HORNER SECUNDARIO A DISECCIÓN TRAUMÁTICA DE LA ARTERIA CARÓTIDA INTERNA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M^a Elena Sánchez; Mar Fernández; Virginia Sánchez-Migallón; Yolanda Boliart; Rosa M^a Borràs; Alejandro Miranda

Hospital Universitario Dexeus; Hospital Universitario Mútua de Terrassa

Introducción: Sólo un 4% de las disecciones de arteria carótida interna (DCAI) son de origen traumático. Estos pacientes presentan un amplio espectro de síntomas, destacando el síndrome de Horner ipsilateral. Esta gran variabilidad clínica junto a sus graves complicaciones la convierten en una patología fácilmente infradiagnosticada y potencialmente letal.

Descripción del caso: Varón de 26 años que sufre un accidente de circulación de alta energía. Es trasladado, vía SEM, a UCI del hospital de referencia. A su llegada está estable desde el punto de vista hemodinámico y respiratorio. Neurológicamente está consciente pero desorientado en tiempo y espacio, presenta pupilas anisocóricas y reactivas. Refiere pérdida de la agudeza visual y diplopia. Se diagnostica parálisis del VI pc izquierdo y miosis izquierda que empeora con la luz, revirtiendo la anisocoria con test de Lopimax. Se orienta como Sd. de Horner izquierdo. La Angio-RM muestra imágenes de "intimal flap" con flujo a ambos lados de la arteria carótida interna izquierda, a nivel de C1, compatible con disección carotídea. Dado el pequeño tamaño no requiere colocación de stent intravascular. Se inicia tratamiento descoagulante. El paciente es dado de alta tras la resolución de sus síntomas.

Conclusiones: La DCAI debe considerarse en jóvenes con síntomas de isquemia cerebral, especialmente si han sufrido un traumatismo. El plan terapéutico (médico vs endovascular) debe individualizarse en función de la localización, la clínica y la presencia de pseudoaneurismas. Es necesario establecer un protocolo de diagnóstico precoz para evitar complicaciones y minimizar la morbilidad-mortalidad a largo plazo.