



Síndrome de Claude Bernard-Horner. Complicación infrecuente de discoidectomía cervical

Claude Bernard-Horner syndrome. Rare complication of cervical discectomy

Luis Gerardo Domínguez Carrillo^{*,‡} José Gregorio Arellano Aguilar^{*,§}

Citar como: Domínguez CLG, Arellano AJG. Síndrome de Claude Bernard-Horner. Complicación infrecuente de discoidectomía cervical. Acta Med GA. 2025; 23 (3): 308-309. <https://dx.doi.org/10.35366/119969>

Abstract

Claude Bernard Horner's-syndrome consists of the classic triad of blepharoptosis, miosis, and ipsilateral facial anhidrosis, associated with apparent enophthalmos. Specifically, in patients undergoing cervical discectomy, the incidence of Horner's syndrome is uncommon, with reports indicating an incidence of 0.1 to 0.06%. Knowledge of the regional anatomy of the cervical sympathetic trunk is fundamental to limiting the iatrogenic syndrome of Horner; the subperiosteal dissection should be performed to facilitate the placement of the retractor under the longus colli muscle of the neck since lateral dissection of this muscle can cause sympathetic injury.

Keywords: iatrogenic Horner syndrome, cervical spine surgery, anterior approach.

INTRODUCCIÓN

En 1852 Claude Bernard efectuó la descripción fisiológica del simpático cervical.¹ El síndrome fue descrito por primera vez en humanos en 1869 por Johann Friedrich Horner;² consiste en la clásica tríada de blefaroptosis, miosis y anhidrosis facial ipsilateral, asociada con enoftalmos aparente. El síndrome de Horner (SH) es poco frecuente, no existe predilección por género ni edad. Específicamente en pacientes sometidos a discoidectomía cervical y fusión, la incidencia de SH es extraordinaria, siendo de 0.1 a 0.06% de acuerdo con el reporte multicéntrico de Traynelis y colaboradores.³ Al presentarse un paciente a quien se le efectuó discoidectomía C5-C6 y fusión vertebral y manifestó SH inmediato a la cirugía, realizamos esta comunicación por lo infrecuente de su incidencia en este tipo de cirugías.

CASO CLÍNICO

Hombre de 40 años, con antecedente traumático de columna cervical, llegando al diagnóstico clínico e imagenológico de hernia discal C5/C6, con compresión radicular C5 y C6, sin mejoría con tratamiento conservador. Se le efectuó discoidectomía C5-C6 con fusión mediante placa y cuatro tornillos y caja intersomática con abordaje anterolateral izquierdo de cuello. En el postoperatorio inmediato el paciente manifestó síndrome de Horner (*Figura 1*); seis meses después de la cirugía acude a rehabilitación en búsqueda de recuperación principalmente de la blefaroptosis parcial izquierda. A la exploración dirigida, se corrobora síndrome de Horner izquierdo a nivel preganglionar por presentar: a) enoftalmos aparente de ojo izquierdo; b) blefaroptosis izquierda con mediciones de aperturas palpebrales en línea

* División de Medicina del Hospital Angeles León. León, Guanajuato, México.

‡ Especialista en Medicina de Rehabilitación. ORCID: 0000-0002-1985-4837

§ Médico Internista.

Correspondencia:

Dr. Luis Gerardo Domínguez Carrillo
Correo electrónico: lgdominguez@hotmail.com

Recibido: 07-06-2024. Aceptado: 19-07-2024.



media ocular de 12 mm en ojo derecho y 8 mm en ojo izquierdo (*Figura 2*); c) anisocoria, con pupila derecha de 4 mm e izquierda de 2 mm, la cual desaparece con aplicación de luz directa; d) anhidrosis de hemicara izquierda comprobada con prueba de Minor (para provocar sudoración), presenta tinción del almidón en hemicara derecha y ausente en hemicara izquierda, abarcando hasta zona supraclavicular; pares craneales II, III, IV y VI normales; la prueba de aplicación de gotas oculares de fenilefrina mejoró la blefaroptosis incrementándose la apertura palpebral a 10 mm, durante aproximadamente una hora. El paciente se derivó a oftalmología y cirugía estética.

COMENTARIOS

Para el tratamiento local de la blefaroptosis cuando no muestra cambios después de seis meses, las indicaciones de cirugía son: obstrucción visual, asimetría y presencia de



Figura 1: Fotografías clínicas. **A)** Presencia de ptosis palpebral izquierda en masculino de 43 años en postoperatorio de discectomía C5/C6 en columna cervical, **B)** con abordaje anterolateral izquierdo.



Figura 2: Fotografías de evolución de síndrome de Horner. **A)** Inicial en el postoperatorio; **B)** a los tres meses; **C)** a los seis meses bajo efectos de gotas de fenilefrina.

cefalea, y uso excesivo de las cejas. Glatt y colaboradores⁴ han descrito la mullerectomía como especialmente útil cuando la ptosis responde a gotas de fenilefrina (por su efecto agonista α adrenérgico que incrementa la apertura palpebral hasta en 2.2 mm, como en este caso). El pronóstico del SH en relación con su presencia después de discoidectomía y fusión cervical, en especial con abordajes anterolaterales de columna cervical, aparece de forma transitoria en 15.7%, mejora sin tratamiento dentro de los primeros tres a seis meses, y es permanente en 3.4%.³

REFERENCIAS

1. Bernard C. Sur les effets de la section de la portion cephalique du grand sympathique. *C R Soc Biol.* 1852; 4: 168-169.
2. Horner F. Über die Krümmung der Wirbelsaule in aufrechten Stehen [Thesis]. Suiza: University of Zürich; 1854.
3. Traynelis VC, Malone HR, Smith ZA, Hsu WK, Kanter AS, Qureshi SA et al. rare complications of cervical spine surgery: Horner's syndrome. *Global Spine J.* 2017; 7 (1 Suppl): 103S-108S.
4. Glatt HJ, Putterman AM, Fett DR. Muller's muscle-conjunctival resection procedure in the treatment of ptosis in Horner's syndrome. *Ophthalmic Surg.* 1990; 21 (2): 93-96.