

Caso Clínico

SINDROME DE HORNER CONGENITO SECUNDARIO A NEUROBLASTOMA CERVICAL EN UN LACTANTE MENOR

Dra. Rosa Amelia Avendaño Castro; Dra. Elsa Mayte Echavarria Valenzuela;
Dra Liliana Chavez Pacheco

Servicio consulta -Oncología
Hospital Pediátrico de Sinaloa “Dr. Rigoberto Aguilar Pico” Culiacán Sinaloa México

RESUMEN

El Síndrome de Horner u oculosimpaticoparesia es causado por la interrupción de la vía simpática, que va desde el cerebro hasta el ojo. El Síndrome de Horner pediátrico puede ser congénito o adquirido. La causa congénita más frecuente es secundaria a trauma del parto (30-50% de los casos), otras menos frecuentes son Neuroblastoma, Varicela congénita, lesiones de las arterias carótida interna o subclavia, malformaciones del tronco cerebral, o tumores cervicales.

Por otro lado, sabemos que el Neuroblastoma es el tumor sólido extracranial más frecuente en Pediatría y que la localización más habitual, es el abdomen (65%), seguido la torácica (19%), pélvica (2%), cervical (1 %) Y otras (1.3%). En los primeros meses de vida, el diagnóstico de neuroblastoma con localización torácica y cervical es relativamente más frecuente que en niños mayores de un año, mientras que la localización abdominal, se da con mayor frecuencia en niños mayores.

Se analiza el caso de un lactante menor con ptosis palpebral y aumento de volumen en cuello desde su nacimiento, visto en la Consulta Externa de Hospital Pediátrico de Sinaloa, las posibilidades diagnósticas y su fisiopatología.

INTRODUCCIÓN

En el Síndrome de Horner (SH) u oculosimpaticoparesia hay lesión de la vía simpática (VS) en cualquier parte de su recorrido, desde el cerebro hasta el ojo. La VS está constituida por tres neuronas: la primera, nace en el hipotálamo y hace sinapsis en el centro cilíoespinal de Budge de la médula espinal (entre C8- T3), la segunda sale por las raíces ventrales de C8, T1 y T2, asciende por la cadena simpático-cervical y hace sinapsis en el ganglio cervical superior con la tercera, que una vez que emite la rama que lleva las fibras constrictoras y sudomotoras de la hemicara, asciende junto a la vaina de la carótida interna hasta el músculo dilatador de la pupila y el elevador accesorio del párpado (músculo de Muller).

El SH completo presenta miosis, ptosis, enoftalmos, heterocromía de iris y hemianhidrosis facial.

La anamnesis y el recorrido de la vía simpática nos ayudan a una clasificación temporal (congenito y adquirido), topográfica (periférico y central) y preganglionar o postganglionar. Esto es esencial para dirigir el estudio con imágenes de la zona precisa

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLINICO:

Paciente masculino de 2 meses de edad, que inicia su padecimiento al notarle los padres el ojo izquierdo más pequeño desde el nacimiento, además de un aumento de volumen en cuello de lado izquierdo, no dolorosa, con incremento progresivo de tamaño.

Originario de Baturis Angostura, Sin., medio socioeconómico bajo, padre jornalero, madre ama de casa, aparentemente sanos, sin toxicomanías, producto de la G3, obtenido por cesárea por DCP, sin complicaciones, peso al nacer 4.370 Kg. alimentado seno materno, inmunizaciones BCG, Sabin y 1ra pentavalente.

EF: peso 7.500, talla 65 cm. PC40, a la exploración se observa ptosis izquierda que no ocluye eje visual, pupila miótica, hiporreflectica, se palpa tumoración en hemicuello izq., de aprox. 4x4 cm. de diámetro, con bordes mal definidos, adherida a planos profundos, resto sin alteraciones.



Masa en hemicuello izq. Localizado en región prefaríngea, leve desplazamiento de la traquea, que muestra calcificaciones y mide 2.96 x 3.6 x 4.8 cm... Diámetro.

Se procede a realizar estudios de extensión, reportándose BHC, QS, PFH, USG abdominal, SOM, TC de Tórax y Abdominal, Ecocardiograma sin alteraciones, así como catecolaminas en orina de 24 hs (Ac. Homovanilico 23.3 mg/g creatinina, Ac. Vanilmandelico 1.42 mg/24 hs).

DISCUSIÓN

Ante los datos clínicos presentados: ptosis, miosis, y tumoración en cuello, se hizo el Dx de Sx de Homer secundario a tumoración cervical, ya que existía interrupción de la vía simpática a nivel del ganglio cervical superior.



Los diagnósticos diferenciales de una masa en cuello podrían ser una Fibromatosis Coli (tumor del músculo esternocleidomastoideo de la infancia), Quiste Branquial, Lesión Vascular (Hemangioma o Linfangioma), Teratoma, Proceso inflamatorio (bacteria no, viral o granulomatoso), y Lesiones Neoplásicas (Unfoma, Carcinoma o Sarcoma).

Se procedió a la toma de TC de cuello, reportándose masa adherida a planos profundos, con calcificaciones, sugestivo de un Teratoma vs Neuroblastoma. Se programa para Resección y toma de biopsia, encontrando en el transoperatorio tumoración muy friable, adherida a tejidos adyacentes, se decide únicamente toma de biopsia y tx por Oncología, ya con el dx por patología de un Neuroblastoma.

Por otro lado sabemos que es un tumor productor de catecolaminas, y en éste paciente se presentaron cifras tensionales altas en el postoperatorio, las cuales fueron controladas. Actualmente continúa su ciclo de quimioterapia, la ptosis ha disminuido, así como la tumoración

en cuello y se programa para resección quirúrgica completa.

En el Hospital, existen 15 casos de Neuroblastoma en total, 3 casos con localización cervical, 2 de ellos con SD de Homer, el resto con localización abdominal, excepto uno de localización torácica. Por el departamento de Oftalmología no hay reportes de casos de Sx de Homer anteriores.



CONCLUSIONES

El pronóstico de Neuroblastoma, además de otros factores, depende en gran parte de criterios clínicos (edad, localización del tumor primario, diseminación, etc.) siendo el diagnóstico precoz de importancia vital ya que la cura es aprox. 100% detectado durante el primer año de vida

En un Sx De Homer congenito aislado, se sugiere descartar Neuroblastoma, lo que puede realizarse midiendo ácido vanillilmandélico en orina.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Pizarro ME., Camños L.V Síndrome de Homer pediátrico. Rev.Chil. Pediatr v.77 n 1 Santiago feb 2006.
- 2.- Rodríguez Luis JC, Pérez Hdez. R, Domínguez Suarez M. Tumores del Sistema Nervioso Simpático: formas de presentación, sospecha diagnostica. www.Comtf.es/pediatria/Congreso_AEP_2000/Ponenciashtm/Rodriguez_Luis.htm
- 3.- López-Ibor B, Schwartz AD: Neuroblastoma. Clin Pediatr N A (ed. Esp) 1985,3:787-810.
- 4.- Ted L. Tewfik. Cervical Mass in a Newborn. Egyptian Doctor's Guide. www.drguide.mohp.gov.eg/neusitelearning/Casos/Case72.asp
- 5.- Tai CF, Lee KS, Chen IH. Primary Cervical Neuroblastoma in Infants. J. Formos Med Asoc. 1997 Jul; 96(7):
- 6.- Drs. Mirta López y Patricio Mellado. Cuadernos de Neurología. Vol. XXIV-2000
- 7- Colección Ciba de ilustraciones médicas. Sistema Nervioso anatomía y fisiología Tomo 1. 1989
- 8-Archivos Hospital Pediátrico de Sinaloa.

Acerca del zapato

El único objetivo de los zapatos es para protección contra lesiones, el frío, o quemaduras (de superficies asfaltadas calientes). No se necesitan zapatos más que cuando su hijo camina sobre terreno áspero. Los niños que caminan dentro de una casa o afuera en la arena o el césped no necesitan calzado.

Comentariasta: Dr. Vladimiro Alcaraz Ortega