



VII Jornadas Infectológicas de Invierno

11 y 12 de agosto 2016 Salón Yacanto - Sheraton Hotel

1ras Jornadas de Control de Infecciones para Enfermeros

Hotel Dr. César Carman - ACA 13 de agosto 2016



Nº TI032

RESUMEN

TÍTULO: Síndrome de Horner como consecuencia de lesión por TBC pulmonar en adulto

Autores: Gutierrez Magaldi I; Camporro F; Lucero P; Córdoba C; Bianchi S.

Institución: Clínica Universitaria Reina Fabiola

Correo electrónico del autor presentador: cecordoba26@gmail.com

* Cuerpo del Resumen: (máx 2500 caracteres sin espacios)

Síndrome de Horner como consecuencia de lesión por TBC pulmonar en adulto Gutierrez Magaldi I; Camporro F; Lucero P; Córdoba C; Bianchi S. Clínica Universitaria Reina Fabiola Introducción: El Sd de Horner es una parálisis oculosimpática producto de una lesión en cualquier zona del recorrido de la vía simpática desde el hipotálamo hasta el ojo, que se caracteriza por ptosis palpebral, miosis pupilar, anhidrosis en caso de lesiones centrales, y ocasionalmente, ojo rojo. Se reconocen múltiples causas como tumores de pulmón (Tu. Pancoast) o de pleura superior, malformaciones congénitas, traumas, etc. Objetivos: Reconocer la TBC como un posible agente causal del Sd de Horner. Caso clínico Paciente sexo masculino de 74 años de edad con antecedente de hipertensión arterial y derrame pleural en la infancia. Consulta por inestabilidad en la marcha con lateropulsión y ptosis palpebral derecha. Al examen físico TA 170/80 mmHg, FC 70, T° 36.4, FR 20, Sat O2: 98%. Vigil, OTE y P, nomina, comprende y repite. Pupilas isocóricas y reactivas. Ptosis palpebral derecha, nistagmus bilateral inagotable. No foco motor ni sensitivo. MV +, VV +, buena mecánica ventilatoria. Laboratorio al ingreso: Hb 12, HTO 35.1, GB 5200 (Ns 81/Eo 5/L 11/Mo 3), PCR 29, Procalcitonina 0.06. Se realizan TAC y RMN cerebrales que descartan lesión aguda. Al interrogatorio refiere pérdida de peso de 8-10 kg en los últimos 2 meses, que se acompañó de astenia y sudoración nocturna. Antecedente 2 meses atrás de fiebre y tos, por lo que se lo estudió para Dengue y se realizó fibrobroncoscopia, ambos con resultados negativos. Se indaga por antecedentes familiares, y se destaca hermano que en la infancia recibió tratamiento para tuberculosis. Al segundo día de internación suma miosis pupilar derecha. Rx Tórax: Imagen nodular en vértice pulmonar derecho. TAC tórax: Imagen heterogénea de contornos espiculados de 6x4.3x3.6cm en lóbulo superior derecho con infiltrados alveolos-intersticiales. Mediastino con múltiples adenomegalias. Estudios complementarios Serología para HIV (-), Proteinograma: normal, PPD: no reactiva, Esputo seriado : BAAR (++), Lavado broncoalveolar: BAAR (+), Biopsia de nódulo mediastinal: BAAR (-). Diagnóstico: Sd de Horner secundario a TBC pulmonar. Se inicia tratamiento para TBC con Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol. Discusión: Si bien se reconoce como clínica más frecuente de la TBC pulmonar, la tos crónica con esputo sanguinolento, fiebre y sudores nocturnos, la misma reacción inflamatoria puede causar efecto de masa por si mismo, generando así manifestaciones mas diversas y extrapulmonares como es el caso del Sd de Horner. Conclusión: Se debe recordar siempre causas infecciosas como posibles agentes causales de un Sd de Horner, destacandose entre ellas la tuberculosis. Remarcamos la importancia de una anamnesis completa y estudio integral del paciente.