

RELATO DE CASO

SÍNDROME DE HORNER APÓS TRAUMA PENETRANTE EM REGIÃO CERVICAL E TORÁCICA - RELATO DE CASO

RAUL VALÉRIO PONTE^{1*}, RENIZA KELVIA SILVA DE ABREU², VANESSA ARAÚJO ROCHA², SIMÃO PEDRO DOS SANTOS LIMA², TAÍS BEZERRA MOTA RÔLA², MARIA THALLYTA SOARES MARQUES BARBALHO², LARISSA MATIAS ALVES RIBEIRO², LUANA SABINE DE AQUINO AUGUSTIN², BEATRIZ PINHEIRO MOREIRA DE ANDRADE³, LUANN GABRIEL PORPINO SALES⁴, JOSÉ WALTER FEITOSA GOMES⁵.

1 - Médico Residente de Cirurgia Geral do Instituto Doutor José Frota (IJF), Fortaleza, Ceará.

2 - Acadêmicos de Medicina do Centro Universitário Christus (Unichristus), Fortaleza, Ceará.

3 - Acadêmicos de Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, Ceará.

4 - Acadêmico de Medicina da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN), Mossoró, Rio Grande do Norte.

5 - Cirurgião Geral do Instituto Doutor José Frota e Preceptor do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral, Fortaleza, Ceará

Artigo submetido em: 04/03/2024

Artigo aceito em: 02/09/2024

Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: rppp@live.com

RESUMO

A síndrome de Horner compreende a tríade de miose, ptose e anidrose, ocasionada por lesão em algum ponto das vias simpáticas. Este estudo apresenta um caso da referida síndrome em um homem de 51 anos, vítima de perfuração por arma branca em tórax e região cervical. O conhecimento desta entidade clínica pode ajudar aos médicos e estudantes de medicina a fazerem um diagnóstico diferencial adequado nos pacientes vítimas de traumas, nos quais o diagnóstico correto e eficaz pode ser fundamental para a definição da conduta a ser tomada.

Palavras-chave: Síndrome de Horner, Trauma Cervical, Lesão Perfurante.

ABSTRACT

Horner's syndrome comprises the triad of miosis, ptosis, and anhidrosis, caused by injury at some point along the sympathetic pathways. This study presents a case of this syndrome in a 51-year-old man who suffered a stab wound to the chest and cervical region. Understanding this clinical entity can assist physicians and medical students in making an accurate differential diagnosis in trauma patients, where correct and effective diagnosis may be critical for determining the appropriate course of action.

Keywords: Horner Syndrome, Neck Trauma, Perforating Injury.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Horner (SH), também conhecida como paralisia óculo-simpática, é clinicamente caracterizada por miose, ptose palpebral e anidrose ipsilaterais decorrentes da interrupção da via óculo-simpática. Esta entidade clínica pode ser estratificada em 3 diferentes categorias: **1ª ordem:** neurônios originados no hipotálamo, traduzindo causas intracranianas; **2ª ordem:** neurônios pré-ganglionares simpáticos localizados em região torácica e cervical; **3ª ordem:** neurônios pós-ganglionares simpáticos que seguem o trajeto da artéria carótida interna (1). Este estudo objetiva relatar um caso incomum desta síndrome no contexto do trauma cervical.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 51 anos, admitido no Instituto José Frota (IJF), em Fortaleza - CE, devido a múltiplos ferimentos por arma branca em tórax e região cervical posterior (Figura 1). Foi transportado ao hospital e admitido na sala de trauma. À admissão, apresentava-se na avaliação primária: (A) Em uso de colar cervical e prancha rígida, vias aéreas pervias e verbalizando; (B) Eupneico em ar ambiente com saturação adequada, tórax simétrico e com expansibilidade preservada, lesão corto-contusa em HTE à direita com ausculta torácica diminuída ipsilateral; (C) Pelve e abdome livres sem sinais de sangramento e sinais vitais estáveis; (D) Escala de coma de Glasgow de 15 pontos com reflexo pupilar presente bilateral, mas com leve anisocoria e sem déficits motores focais identificáveis em membros; (E) Ferimento corto-cortante na linha cervical 2 em linha média posterior, sem demais lesões ectoscopicamente identificáveis. Após avaliação primária, foi optado pela coleta de exames laboratoriais e solicitado tomografia computadorizada (TC) de crânio, cervical, tórax, abdome e pelve.



Figura 1 – Cicatriz de ferimento em zona 2 cervical em linha média posterior.

Na TC de tórax, foi evidenciado hemopneumotórax de moderado volume à direita e fratura linear de processo espinhoso de C6 (Figura 2). Devido a esses achados, o paciente foi submetido a drenagem torácica em selo d'água à direita, sutura de lesões corto-contusas e tratamento conservador para fratura vertebral.

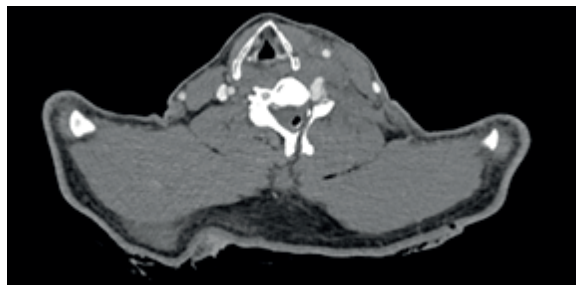


Figura 2 – Fratura linear de processo transverso de C6.

O paciente evoluiu, inicialmente, de forma satisfatória, porém foi observado no exame físico, durante as visitas na enfermaria, que o paciente apresentava miose e ptose palpebral, sem anidrose facial a esquerda (Figura 3). O próprio paciente negava que não tinha essas alterações e que elas surgiram após trauma sofrido. Foi investigada a etiologia dessa condição clínica e descartadas causas intracranianas por TC de crânio. Entretanto, o paciente tinha a fratura linear do processo espinhoso que se estendia para o canal medular, sendo levantada a hipótese de SH de 2ª ordem para os achados supracitados, com sua instalação decorrente do trauma cervical em zona 2 em linha média posterior. Foram solicitados pareceres e optou-se por manter tratamento conservador pela equipe de neurocirurgia e da traumatologia.



Figura 3 – Miose e ptose palpebral a esquerda.

O internamento do paciente tornou-se mais longo devido a complicações do hemotórax retido

que evoluiu com empiema pleural, mas foi resolvido após ser submetido a pleuroscopia torácica a direita para toaleta, nova drenagem torácica e escalonamento da antibioticoterapia. Recebeu alta em seu trigésimo primeiro dia de internação, mantendo a paralisia óculo-simpática, mas em boas condições clínicas.

DISCUSSÃO

A Síndrome de Horner é uma condição neurológica rara que resulta da interrupção da via simpática oculomotora. Essa via é responsável por inervar a pupila, a pálpebra superior e as glândulas sudoríparas da face. Clinicamente, é caracterizada pela tríade clássica de miose (constricção pupilar), ptose (queda da pálpebra superior) e anidrose (perda de sudorese) ipsilateral à lesão.

A causa mais comum da síndrome de Horner é relacionada a tumores (35-60%), enquanto as causas relacionadas a traumas são relativamente raras (4-13%) (7). Quando a síndrome de Horner se manifesta após um trauma penetrante ou contuso na região cervical, é crucial avaliar o dano à cadeia simpática. A ausência de anidrose é sugestiva de lesões de 2º ordem e chamada de SH incompleta como no caso descrito (4). A SH de segunda e terceira ordem podem estar relacionadas a patologias da região de transição cervicotorácica e ao trajeto da artéria carótida interna podendo estar associada a lesões potencialmente ameaçadoras a vidas devido proximidade com estruturas vasculares e nervosas importantes (2). O manejo da síndrome de Horner depende da causa subjacente. No contexto do trauma, o tratamento é geralmente conservador, focando na estabilização da lesão primária (5). No caso relatado, o tratamento incluiu drenagem torácica e manejo conservador da fratura vertebral. Considerando a presença de sintomas como miose e ptose, a realização de exames de imagem adicionais, como uma ressonância magnética (RM) da região cervical e torácica, poderia ter ajudado a identificar a extensão do dano à cadeia simpática.

Portanto, é imprescindível a alta suspeita clínica e diagnóstico precoce dessa condição rara no contexto dos traumas cervical e torácico, que terão seu primeiro atendimento manejado pelos cirurgiões do trauma. Estes devem estar aptos a avaliar e diagnosticar tal condição em tempo hábil para tratamento especializado (7).

CONCLUSÃO

Apesar de ser uma condição rara, a síndrome de Horner no contexto de traumas cervicais e torácicos exige uma alta suspeita clínica e uma abordagem diagnóstica cuidadosa. O manejo adequado inclui não apenas o tratamento das lesões primárias, mas também a avaliação e o monitoramento das complicações neurológicas. O diagnóstico precoce e a intervenção apropriada são cruciais para melhorar os resultados clínicos e a qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Mazza GS, Oliveira GP. Aspectos anatômicos, fisiopatológicos e clínicos da Síndrome de Horner: um guia ilustrado. *Rev Bras Neurol.* 2022;58(1):18-23.
2. Smith PG, Dyches TJ, Burde RM. Topographic Analysis of Horner's Syndrome. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1986;94(4):451-457.
3. Maloney WF, Younge BR, Moyer NJ. Evaluation of the Causes and Accuracy of Pharmacologic Localization in Horner's Syndrome. *American Journal of Ophthalmology.* 1980;90(3):394-402.
4. Miller N, Kanagalingam S. Horner syndrome: clinical perspectives. *EB.* 2015;35.
5. Bell RL, Atweh N, Ivy ME, Possenti P. Traumatic and iatrogenic Horner syndrome: case reports and review of the literature. *J Trauma.* 2001 Aug;51(2):400-4. doi: 10.1097/00005373-200108000-00034. PMID: 11493809.
6. Paiva WS, De Amorim RL, Tavares WM, Alho EJ, Jeng BP, Figueiredo EG. Horner's syndrome after blunt cervical and chest trauma: case report. *Arq Neuropsiquiatr.* 2007 Dec;65(4A):1037-9. doi: 10.1590/s0004-282x2007000600026. PMID: 18094873.
7. Ryu S, Won S, Lee SY, Park JJ. Delayed Horner's Syndrome After Multiple Penetrating Stab Injury of the Neck. *Ear Nose Throat J.* Published online September 2, 2022. doi:10.1177/01455613221125920