



Trabalhos Científicos

Título: Síndrome De Horner Associado À Trauma Torácico

Autores: JULIANA GUARAGNA (HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE PORTO ALEGRE), LETÍCIA OLIVEIRA (HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE PORTO ALEGRE), VINICIUS DELGADO (HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE PORTO ALEGRE), LUCIANA BARCELLOS (HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE PORTO ALEGRE)

Resumo: Introdução: Politraumatizado por atropelamento e Síndrome de Horner. Descrição do caso: Menino, 10 anos, procedente de Mostardas, vítima de atropelamento por caminhonete em via pública. Primeiro atendimento em Osório, glasgow 12, intubado por dessaturações e instabilidade hemodinâmica. Após manejo inicial, transferido para centro de referência em trauma. Exames de imagem : Tc tórax: fratura com luxação anterior da primeira costela direita, contusão pulmonar extensa, pneumotórax à E, hemopneumotórax à D, TC abdome: lesão hepática grau 2 e renal direita grau 3. Tratamento: drenagem de tórax bilateral, suporte ventilatório, hemodinâmico, demais lesões tratamento conservador. Antibioticoterapia 7 dias por pneumonia associada à ventilação mecânica. Identificada anisocoria, pupila direita maior que esquerda. Avaliação neurologia: descartada causa central por TC crânio normal na chegada, sem sinais de hipertensão intracraniana. Avaliação oftalmologia: anisocoria, pupilas fotorreagentes e ptose em olho esquerdo 2mm. Teste da fenilefrina à E positivo. Angiotomografia cervical até ápice pulmonar descartou estenose, dissecação ou aneurisma de vasos. Impressão de Síndrome de Horner associada à trauma torácico com lesão pré ganglionar. Discussão: a Síndrome Claude Bernard Horner, também conhecida como paralisia oculossimpática, é causada pela lesão da via simpática com manifestação de ptose palpebral, miose e anidrose. Diagnóstico é clínico, podendo ser realizados exames complementares para esclarecer a provável causa. Pode ser congênita (tocotrauma, infecções, neuroblastoma ou idiopática) ou adquirida (neuroblastoma, malformação arteriovenosa, trauma cervical e torácico, pneumotórax, tumores cerebrais, trombose de carótida arterial ou pós cirurgia torácica ou cervical). Tratamento consiste em erradicar a causa de base. Conclusão: Presente caso ressalta a importância do diagnóstico diferencial da anisocoria no paciente politraumatizado, onde as causas podem ser desde intracranianas, lesões periféricas do nervo oculomotor e possibilidade de paralisia oculossimpática.