

08:30 | 11:00 - Sala Lince

Mesa: Eduardo Conde, Ferreira Pinto, Olga Berens

PO136 - 08:45 | 08:50**SÍNDROME DE HORNER COMO PRIMEIRO SINAL DE DISSECÇÃO ESPONTÂNEA DA CARÓTIDA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Cristina Fonseca; Nuno Oliveira; Tânia Rocha; Andreia Silva; Filipe Henriques; Mário Neves
(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Objectivo

Apresentar um caso de dissecção espontânea da carótida com apresentação súbita sob a forma de síndrome de *Horner* parcial doloroso. Discussão da abordagem diagnóstica e terapêutica e revisão da literatura relacionada.

Material e métodos

Estudo retrospectivo e descritivo de um caso clínico com base em informação recolhida do processo clínico, observação da doente e análise de exames complementares de diagnóstico.

Relato de caso

Doente do sexo masculino, de 54 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência por noção de diminuição da fenda palpebral à esquerda e cefaleias frontais bilaterais, pulsáteis, de instalação súbita, sem história de traumatismo contuso craniano ou cervical. Como antecedentes pessoais referia hipertensão arterial, recentemente diagnosticada e medicada. O exame oftalmológico objectivou presença de ptose de 2mm e miose à esquerda, sem alteração da acuidade visual. A angio-TC dos vasos do pescoço mostrou diminuição do calibre da carótida interna esquerda, com ausência quase completa de fluxo imediatamente acima da sua origem, compatível com dissecção. A angio-RM confirmou o diagnóstico mostrando oclusão da carótida interna com presença de trombose intra-luminal, hematoma intramural e edema de tecidos moles peri-vasculares. A oclusão estendia-se durante todo o trajecto da artéria até ao segmento clinoideu superior, com manutenção da perfusão vicariante das artérias cerebral média e anterior. O doente foi imediatamente admitido na Unidade de AVC do Serviço de Neurologia e iniciou anticoagulação com heparina endovenosa, seguida de varfarina, com resposta favorável, sem sequelas neurológicas. A investigação etiológica de factores de risco trombofílicos revelou-se negativa e nenhuma patologia subjacente foi identificada.

Conclusões

A dissecção da carótida é uma causa de AVC em idades jovens e meia-idade e pode resultar de traumatismo ou ocorrer espontaneamente. A dissecção provoca disrupção das fibras nervosas simpáticas que ascendem em redor da parede da carótida interna, provocando um síndrome de *Horner* parcial. Este caso alerta para a necessidade de considerar o diagnóstico de dissecção da carótida perante a associação de cefaleias e Síndrome de *Horner* agudo parcial, com necessidade de investigação imagiológica contrastada urgente do crânio e vasos do pescoço. Neste caso, não foi possível determinar qualquer factor etiológico subjacente e o doente apresentou uma evolução favorável sob anti-coagulação.

Bibliografia

Patel R. *et al.* Cervical Carotid Artery Dissection: Current Review of Diagnosis and Treatment. Cardiology in review. 2012. Volume 20, Number 3, May/ June
Flaherty P. *et al.* Horner Syndrome due to Carotid Dissection. The Journal of Emergency Medicine. 2011. Volume 41, Number 1: 43-46
Rorhweck S. *et al.* Horner syndrome as a manifestation of carotid artery dissection. Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología. 2011. 86 (11): 377-379