E-ISSN: 1029 3043 | RNPS 1820

Medicentro ELECTRÓNICA

Revista Científica Villa Clara

Medicent Electrón. 2026;30:e4685

ISSN 1029-3043

Informe de Caso

Síndrome de Horner asociado a proceso linfoproliferativo torácico: Informe de caso

Horner's syndrome associated with a thoracic lymphoproliferative process: a case report

Enmanuel Pérez del Campo[1*] http://orcid.org/0000-0001-9948-8832
Darol Delgado Jiménez[1] http://orcid.org/0009-0003-4974-5484
Liliet Quintana Sotolongo[1] http://orcid.org/0009-0004-7567-5405

[1]Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: enmanuelpc7@gmail.com

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente femenina de 62 años, hipertensa y exfumadora, que acudió por dolor pleurítico persistente en hemitórax izquierdo y pérdida ponderal. En el examen físico se constató taquicardia, polipnea, abolición del murmullo vesicular basal izquierdo, adenomegalias supraclaviculares y signos oculosimpáticos izquierdos compatibles con síndrome de Horner. Los estudios mostraron derrame pleural bilateral, predominante izquierdo; derrame pericárdico de gran cuantía con colapso de cavidades derechas; masa hiliar izquierda con compromiso bronquial y adenomegalias infiltrativas. La citología aspirativa de

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

adenopatías fue positiva para proceso linfoproliferativo de alto grado y los estudios anatomopatológicos de adenopatía, líquido pleural y pericárdico fueron coincidentes. El caso resalta la importancia de reconocer el síndrome de Horner como signo de alarma de enfermedad torácica maligna.

DeCS: síndrome de Horner; neoplasias torácicas; derrame pleural; derrame pericárdico; linfoma.

ABSTRACT

We present a 62-year-old female patient—hypertensive and a former smoker—who came with persistent pleuritic pain in the left hemithorax and weight loss. Physical examination revealed tachycardia, tachypnea, absent breath sounds at the left lung base, supraclavicular lymphadenopathy and left-sided ocular signs consistent with Horner's syndrome. Diagnostic studies showed bilateral pleural effusion (predominantly left-sided), a large pericardial effusion with collapse of the right heart chambers, a left hilar mass with bronchial involvement and infiltrative lymphadenopathy. Fine-needle aspiration cytology of the lymph nodes was positive for a high-grade lymphoproliferative disorder and histopathological analysis of the lymph node, pleural fluid and pericardial fluid yielded concordant results. This case highlights the importance of recognizing Horner's syndrome as a warning sign of malignant thoracic disease.

MeSH: Horner syndrome; thoracic neoplasms; pleural effusion; pericardial effusion; lymphoma.

Recibido: 9/09/2026

Aprobado: 21/09/2026

El síndrome de Horner es una manifestación neurooftalmológica producida por la interrupción de la vía oculosimpática. Su presentación clásica incluye ptosis

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

palpebral parcial, miosis y anhidrosis ipsilateral, aunque pueden observarse enoftalmo aparente y disminución del lagrimeo, según la localización y extensión de la lesión.[1,2]

En personas adultas, el hallazgo de un síndrome de Horner adquirido, obliga a buscar causas potencialmente graves. Las lesiones preganglionares ubicadas en el tórax pueden relacionarse con tumores del vértice pulmonar, masas mediastínicas, enfermedad ganglionar o procesos malignos que comprometen la cadena simpática cervical y el ganglio estrellado. Los tumores del surco superior se asocian con dolor torácico o escapular, afectación del plexo braquial y síndrome de Horner; aunque el carcinoma broncogénico es la causa más frecuente, se han descrito linfomas y otras neoplasias torácicas como etiologías menos comunes.[3]

Se presenta un caso en el que los signos oculosimpáticos se acompañaron de derrame pleural, derrame pericárdico y adenopatías, con confirmación anatomopatológica de un proceso linfoproliferativo de alto grado.

Presentación del paciente:

Paciente femenina de 62 años, con antecedente de hipertensión controlada con captopril 25 mg por vía oral, tres veces al día. La paciente exfumadora que había presentado recientemente, una neumonía que fue tratada con ceftriaxona y azitromicina, con resolución total del cuadro infeccioso; sin embargo, persistió dolor pleurítico constante en hemitórax izquierdo y pérdida de peso de aproximadamente 20 libras.

Acudió a consulta por la persistencia del dolor torácico, la paciente se quejaba de disminución de la sudoración y sequedad del ojo del lado izquierdo. Al examen físico había taquicardia de 120 latidos por minuto, polipnea de 24 respiraciones por minuto, abolición del murmullo vesicular en la base pulmonar izquierda y adenomegalias palpables en la fosa supraclavicular izquierda. Llamaba la

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

atención, la presencia de enoftalmo izquierdo y los síntomas compatibles con afectación oculosimpática izquierda. (Figura 1)



Figura 1. Alteraciones oculares izquierdas compatibles con síndrome de Horner.

En el hemograma se informó hematocrito de 0,38 L/L, conteo de plaquetas de 190 x 10^9/L y velocidad de sedimentación globular de 50 mm/h. La hemoquímica mostró glucemia 5,1 mmol/L, creatinina 61 µmol/L, ácido úrico 223 µmol/L, triglicéridos 0,6 mmol/L, alanina aminotransferasa 12 U/L, gammaglutamiltransferasa 34 U/L, lactato deshidrogenasa 339 U/L, fosfatasa alcalina 104 U/L, proteínas totales 61 g/L, albúmina 37 g/L, bilirrubina total 5,8 µmol/L, ferritina 123 µg/L y proteína C reactiva 31 mg/L. El coagulograma mostró tiempo de coagulación de 8 minutos, tiempo de protrombina de 16 segundos para un control de 14 segundos y tiempo parcial de tromboplastina con caolín de 31 segundos para un control de 28 segundos.

La radiografía de tórax evidenció un derrame pleural de mediana cuantía en el hemitórax izquierdo y de pequeña cuantía en el hemitórax derecho. El ultrasonido torácico confirmó derrame pleural de mediana cuantía sin tabiques. Se practicó toracocentesis diagnóstica, con obtención de líquido serohemático de características exudativas según los criterios de Light. [(1)] Las muestras para

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

estudios microbiológicos resultaron negativas y se envió muestra para estudio citológico. (Figura 2)



Figura 2. Radiografía de tórax con derrame pleural bilateral, de predominio izquierdo.

La citología aspirativa con aguja fina de las adenopatías fue positiva para proceso linfoproliferativo de alto grado de malignidad. Se realizó interconsulta con la especialidad de cirugía para realizar exéresis de la adenomegalia con fines anatomopatológicos.

El ecocardiograma mostró un derrame pericárdico de gran cuantía, de 23 mm de diámetro máximo visible en todas las caras, con signos de colapso de cavidades derechas; además, se observó una imagen ecogénica que comprimía la aurícula izquierda.

La tomografía axial computarizada de tórax mostró una imagen de aspecto tumoral hacia la región hiliar izquierda, predominantemente hipodensa, de contornos lobulados y con calcificaciones en su interior; esta englobaba y obliteraba el bronquio principal izquierdo, con proyección paramediastínica y dimensiones aproximadas de 85 × 82 mm. Se describieron componentes atelectásicos en segmentos basales, derrame pleural bilateral de mayor cuantía en el hemitorax izquierdo y adenomegalias de aspecto infiltrativo que englobaban

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

estructuras vasculares, formando un conglomerado de 50 × 56 mm asociado al derrame.

Ante el derrame pericárdico de gran cuantía, se coordinó con Cirugía Torácica y se le realizó ventana pericárdica. Durante el proceder, se tomó muestra del saco pericárdico para estudio histológico. Los estudios anatomopatológicos de la adenopatía y de los líquidos pleural y pericárdico fueron coincidentes con el diagnóstico de proceso linfoproliferativo de alto grado de malignidad.

Comentario

El interés del caso radica, en que el síndrome de Horner fue un signo clínico orientador hacia una lesión torácica con probable compromiso de la vía simpática preganglionar. La coexistencia de dolor pleurítico persistente, pérdida de peso, adenopatías supraclaviculares, derrame pleural exudativo y masa hiliar/mediastínica reforzó la sospecha de enfermedad maligna.[2,3,4]

La fisiopatología del síndrome se explica por la interrupción de la inervación simpática del ojo y la hemicara. En las lesiones torácicas, el compromiso puede ocurrir por invasión o compresión de la cadena simpática cervical, del ganglio estrellado o de estructuras vecinas en el vértice pulmonar y mediastino superior. Aunque este patrón se asocia de forma clásica con tumores de Pancoast, el diagnóstico diferencial incluye linfomas, metástasis, tumores neurogénicos e incluso procesos infecciosos apicales.[2,3]

El derrame pleural maligno puede presentarse como exudado y, en contexto de enfermedades linfoides, puede confundirse con otras causas de exudado pleural, por lo que la citología, la biopsia ganglionar o pleural y los estudios inmunofenotípicos son esenciales para precisar el subtipo tumoral.[5,6]

En este caso, la positividad de la citología aspirativa de adenopatías y la coincidencia anatomopatológica entre adenopatía, líquido pleural y pericárdico, unido al comportamiento agresivo de la masa tumoral apoyan el diagnóstico de un proceso linfoproliferativo de alto grado de malignidad con afectación torácica. En

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

este caso no se pudo determinar el subtipo por no estar disponibles los estudios inmunohistológicos.[6]

El derrame pericárdico en pacientes oncológicos puede producirse por invasión directa, diseminación linfática o hematógena; las neoplasias pulmonares, mamarias, melanomas y linfomas se encuentran entre las causas relevantes. La presencia de derrame pericárdico de gran cuantía, con colapso de cavidades derechas, justifica el drenaje terapéutico o la ventana pericárdica, como ocurrió en la paciente presentada.[7,8]

La principal enseñanza clínica es que la identificación de ptosis, miosis, anhidrosis o enoftalmo aparente, debe ser considerada dentro del contexto clínico y no como un hallazgo aislado, sobre todo, cuando se acompaña de síntomas respiratorios, dolor torácico o pérdida ponderal. Su reconocimiento permite orientar el estudio imagenológico y acelerar la confirmación histológica de enfermedades torácicas potencialmente graves.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Porcel JM, Porcel L, Palma R, Bielsa S. Revisiting Light's criteria: a validated blood-free triple combination matches diagnostic accuracy in over 7000 patients. EJR Open Research [Internet]. 2026 [citado 2026 jul. 01];12(12):00821-2025. Disponible en: https://publications.ersnet.org/content/erjor/12/2/00821-2025

2. Khan Z, Bollu PC. Horner Syndrome. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. [Internet] 2023 [citado 2026 jul. 01]; Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500000/

3. Maamouri R, Ferchichi M, Houmane Y, Gharbi Z, Cheour M. Neuro-Ophthalmological Manifestations of Horner's Syndrome: Current Perspectives. Eye Brain [Internet]. 2023 [citado 2026 jul. 01];15:91-100.Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10351587/

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons

4. Villgran VD, Chakraborty RK, Cherian SV. Pancoast Syndrome. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; [Internet] 2023 [citado 2026 jul. 01]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK482155/

5. Orlandi R, Ascani S, Puglisi S. Malignant Pleural Effusion: Diagnosis and Treatment-Up-to-Date Perspective. J Clin Med [Internet]. 2024 [citado 2026 jul. 01];31(11):6867–78.Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11593232/

6. Lu F, Wu B, Zhang X, Zhang D, Wang Y, Chen Y, et al. Case Report: Rare pleural effusion-a case of B-lymphoblastic lymphoma presenting with pleural effusion and diagnostic challenges. Front Med (Lausanne) [Internet]. 2025; [citado 2026 jul. 01];12:1619-612. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12753425/

7. Mori S, Berton S, Vizzardi E, Vassanelli F, Cattaneo D, Senni M, et al. Pericardial effusion in oncological patients: current knowledge and principles of management. Cardiooncology [Internet] 2024 [citado 2026 jul. 01];10:8. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10870633/

8. Altinboğa AA, Calik M, Yilmaz A, Akdeniz D, Tezcan G, Hacisalihoglu UP. Cytopathological evaluation of pericardial effusions. Diagn Cytopathol [Internet]. 2025 [citado 2026 jul. 01];55(2):423-31.Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12058011/

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tener conflicto de intereses.

Este artículo está bajo Licencia de Creative Commons