

Síndrome de Brown

Dos casos clínicos

Dr. RAMÓN Escaño MA [Médico oftalmólogo, estrabólogo],
Dra. DEBORAH Caamaño RIV y Dra. LAURA Guevara RIII
[Residentes de Oftalmología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas]

RESUMEN

El Síndrome de Brown es un trastorno estrábico inusual que se caracteriza por una restricción de la elevación en aducción, con ortotropía en posición primaria de mirada [PPM] o más frecuentemente con esotropía, presenta patrón en V, en ocasiones hipertropía del ojo afectado y el fenómeno de la correa I. Presentamos dos casos uno unilateral y otro bilateral.

[PALABRAS CLAVES]

Síndrome de Brown. Tendón del oblicuo superior.

ABSTRACT

The Brown Syndrome is a rare strabismic disorder characterized by a restriction of elevation in adduction with orthotropy in primary gaze or most frequently with esotropia, V pattern occurs, occasionally hypertropia in the affected eye and upshoot-downshoot phenomenon I. We report two cases one of them unilateral and an other bilateral.

KEY WORDS

Brown syndrome. Superior oblique tendon.

INTRODUCCIÓN

El primero en describir este síndrome fue Harold Whaley Brown, en 1950, como el síndrome de la vaina del oblicuo superior. Más tarde, en 1970, como Síndrome de Brown. Se presenta en I de cada 500 estrabismos, siendo bilateral en un 10% de los casos, se ha descrito un ligero predominio en el sexo femenino, más frecuente en ojo derecho [OD].

El Síndrome de Brown puede ser congénito o adquirido, en algunos casos intermitente cuando de

debe enfermedades inflamatorias. La presentación congénita o Brown verdadero se debe a una inelasticidad del complejo músculo-tendón del músculo oblicuo superior debido a diversas causas como anomalías de la vaina del tendón [una vaina corta y/o apretada o adhesiones fibrosas], anomalías del propias del tendón [engrosamiento], anomalías del oblicuo inferior y estructuras adyacentes e inervación paradójica. La presentación adquirida se debe a causas externas como cirugías de retina, blefaroplastias o traumas orbitarios y otras como parálisis del oblicuo inferior, artritis reumatoide, pan sinusitis, escleritis y abscesos cercanos a la tróclea.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La parálisis de oblicuo inferior se diferencia al presentar una mayor desviación vertical en PPM por hiperacción del oblicuo superior, patrón en A y ducción forzada negativa. La deficiencia de la elevación monocular se caracterizaría por la imposibilidad de elevar el ojo en cualquier posición de mirada.

TRATAMIENTO

Los congénitos no suelen necesitar tratamiento, pero en el caso de presentar hipotropía en PPM, posición anómala de cabeza, visión doble significativa, visión binocular afectada, se debilitaría el oblicuo superior o una tenotomía o tenectomía de Berke. Los adquiridos dependiendo de su etiología pueden mejorar mediante una inyección de corticoides cercana a la tróclea.



Fotos Caso No. 1. Síndrome de Brown OD. Fotos Dr. R.

La deficiencia de la elevación monocular se caracterizaría por la imposibilidad de elevar el ojo en cualquier posición de mirada.

CASO CLÍNICO NO. 1

Se trata de escolar femenina de 10 años de edad, quien es traída por su padre refiriendo elevación anómala en ojo izquierdo [OI] notado aproximadamente desde los 3 años de edad. Sin antecedentes mórbidos relevantes.

Al realizar el examen oftalmológico encontramos una visión de 20/20 para ambos ojos. En segmento anterior y fundoscopia no se evidencian alteraciones.

En la evaluación de los músculos extraoculares encontramos ortoforia en posición primaria de mirada, fijando OD y fijando OI ortoforia. No se evidencia posición compensatoria de la cabeza [PCC].

- + **Ducciones:** OD no eleva.
- + **Versiones:** OD no eleva en aducción. Se identifica exotropía en posición 2 de mirada y ortoforia en posición 8 de mirada describiendo un patrón en Y. [Ver fotos. Caso No. 1]

Test de ducción pasiva positivo [OD no eleva aun con la ayuda de la pinza].

Ante este cuadro nos encontramos con un Síndrome de Brown que afecta el ojo derecho.

En cuanto al tratamiento de este caso en particular, solo recomendamos seguimiento periódico, ya que no presenta hipotropía, diplopía, ni PCC.



Imagen B. Síndrome de Brown bilateral, Casao IV. Fotos Dra. D. Caamaño.

CASO CLÍNICO NO. 2

Escolar masculino de 7 años de edad, es traído por su madre quien refiere notar desviación de la mirada hacia adentro desde el primer año de edad, sin tratamiento previo. La madre refiere haber sufrido maltrato físico durante el embarazo del paciente y también el mismo paciente durante su primer año de vida.

Al examen oftalmológico se obtiene una visión binocular de 20/30, siendo difícil la evaluación de la agudeza visual monocular por déficit de atención y analfabetismo de dicho paciente. Se realiza refracción bajo cicloplejia encontrando una ametropía de +2.75-0.75x170° OD y +2.75-0.75x180° OS. Sin alteraciones biomicroscópicas ni en la fundoscopia.

En la evaluación de los músculos extraoculares se

Los adquiridos, dependiendo de su etiología, pueden mejorar mediante una inyección de corticoides cercana a la tróclea.

observó endotropía de 20Δ, con hipertropía derecha de 5Δ, sin PCC.

En las ducciones y versiones se identifica una restricción a la elevación en aducción marcada [3+] de ambos ojos, con exotropía de 20Δ en posición 2 de mirada [Ver fotos caso No.2]. Prueba de ducción forzada positiva, sin hallazgos positivos en los estudios de imágenes realizados. ●