

Síndrome de Brown asociado a sinusitis

R. García Ocaña*, M^a.D. Cano Pérez*, M^a.I. Contreras Calzada*
S. Varela Castro*, M. Riquelme Pérez**

*Residente de MFyC. **Pediatra
CS Chopera I. Madrid.

Pap 2000: 2(8); 55-59

Resumen

Se describe un caso de síndrome de Brown asociado a un cuadro de sinusitis en una niña de 12 años. Este síndrome consiste en una tenosinovitis estenosante de la vaina del tendón del músculo oblicuo superior (MOS), que se traduce en diplopia cuando el paciente eleva en aducción el ojo afectado. Aunque este proceso es benigno y autolimitado, ante la aparición del mismo es necesario descartar otras patologías como artritis reumatoide, artritis crónica juvenil, lupus eritematoso sistémico o metástasis.

Palabras clave: Síndrome de Brown. Sinusitis. Diplopia. Tortícolis. Estrabismo.

Abstract

It is related a Brown's syndrome case associated with a sinusitis in a 12 years old girl.

The syndrome consists in a stenosing tenosynovitis of the mayor oblique muscle, which means diplopia when the patient raises in adduction her ill eye.

Although the disorder is benign and self-limited, others patologies, such as rheumatoid arthritis, juvenile chronic arthritis, systemic lupus erythematosus and metastasis, ian appear associated with it.

Key words: Brown's syndrome. Sinusitis. Diplopia. Torticollis. Estrabismus.

Introducción

El Síndrome de Brown fue descrito en 1950 como una forma de estrabismo congénito con limitación de la elevación en aducción del ojo enfermo, atribuida a anomalías estructurales del músculo o bien de su vaina tendinosa¹.

Más tarde se fueron describiendo casos no congénitos asociados a enfermedades reumáticas como la artritis reuma-

toide², la artritis crónica juvenil³ y el lupus eritematoso sistémico⁴, entre otros. También se ha presentado este síndrome de forma secundaria a traumatismos de la órbita⁵, como efecto iatrogénico de intervenciones quirúrgicas⁶ y también se ha encontrado asociado a sinusitis⁷.

En todos los casos adquiridos, se apreció una tenosinovitis estenosante de la vaina del tendón del músculo obli-

cuo mayor, que dificultaba su relajación durante la mirada hacia arriba, simulando una parálisis de su antagonista, el músculo oblicuo menor. Clínicamente se manifiesta como diplopia con la mirada en aducción.

Presentamos un caso en una niña de 12 años con síndrome de Brown y una sinusitis incipiente en el seno maxilar ipsilateral como único hallazgo patológico.

Presentación del caso

Niña de 12 años que acude a la consulta por dolor en el ojo derecho de 4 días de evolución, lagrimeo, visión doble al mirar hacia arriba de forma intermitente y torticolis.

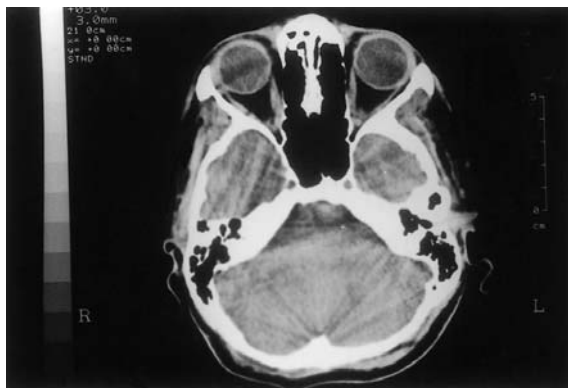
En la exploración de la motilidad ocular se apreció limitación en la dextroelevación y leve elevación del ojo derecho,

acompañado de dolor a la palpación a nivel troclear de dicho ojo y compensación con la cabeza, que presenta elevación del mentón y desviación de la cara hacia el hombro izquierdo.

Se derivó al servicio de urgencias del hospital de referencia; en la exploración oftalmológica se observó una conjuntiva congestiva sin afectación periquerática, pupilas isocóricas y normorreactivas, tono ocular, agudeza visual y fondo de ojo normales. Se le realizó una tomografía axial computerizada (TAC) craneal en la que se observó aumento de grosor de los músculos rectos sin afectación de su inserción, el músculo oblicuo mayor poco apreciable en los cortes (Figura 1).

Por los datos clínicos, fue diagnosticada de síndrome de Brown y se inició tratamiento con inyección en la zona tro-

Figura 1. TAC craneal: Se observa engrosamiento de los músculos rectos laterales del ojo derecho, sin una visualización clara del músculo oblicuo mayor.



clear de un corticoide de liberación retardada y la administración de prednisona oral 40 mg al día durante una semana en pauta descendente. El cuadro evolucionó favorablemente, desapareciendo la diplopía y recuperando la motilidad ocular en una semana.

El estudio se continuó en el centro de salud realizándose una radiografía de senos paranasales en la que se observó un engrosamiento bilateral de la pared del seno maxilar con veladura parcial del derecho, sugestivo de sinusitis incipiente (Figura 2).

Además se realizó analítica con hemograma normal, bioquímica normal, velocidad de sedimentación globular normal, factor reumatoide < 10,10 UI/ml (N= 0-30), proteinograma normal, determina-

ción de inmunoglobulinas dentro de los límites de la normalidad y anticuerpos antinucleares negativos.

Entre los antecedentes personales de la paciente no hay historia de artralgias ni artritis, ni traumatismo ocular reciente en el ojo afectado.

Actualmente la paciente se encuentra asintomática y no ha vuelto a tener síntomas sugestivos de recidiva.

El diagnóstico final fue de síndrome de Brown adquirido que se presenta asociado a sinusitis maxilar ipsilateral.

Discusión

El síndrome de Brown adquirido aparece asociado a diferentes entidades, y puede estar producido por una tenosinovitis estenosante de la vaina

Figura 2. Radiografía simple de senos nasales (proyección de Waters): Se observa engrosamiento bilateral de la pared del seno maxilar con ligera veladura del derecho que sugiere sinusitis incipiente.



del tendón del músculo oblicuo mayor¹.

La elevación del globo ocular en la posición de aproximación se realiza gracias a la contracción del músculo oblicuo menor acompañada de la relajación del oblicuo mayor. Si se produce una inflamación de la vaina tendinosa de éste último, puede verse comprometida su relajación durante el movimiento de elevación y aducción, con lo que actuaría en contra de su antagonista el músculo oblicuo menor, simulando una parálisis de éste.

Clínicamente se manifiesta como diplopia al mirar hacia arriba, dolor ocular en el canto interno del ojo y tortícolis compensadora.

La revisión bibliográfica revela que en la mayoría de los casos de síndrome de Brown adquirido, los pacientes presentan patología articular asociada¹, con menos frecuencia se encuentran otras causas como son iatrogénicas⁶, postraumáticas⁵ y en algún caso asociado a sinusitis^{7,9}.

La paciente presentaba la tríada clínica típica de diplopia, lacrimo y tortícolis, por lo que fue diagnosticada por el servicio de oftalmología de urgencias de síndrome de Brown con buena respuesta al tratamiento, lo que apoya el diagnóstico inicial. Sin embargo, no se realizaron otras pruebas complementarias para el diagnóstico definitivo tales como un

TAC orbitario y una Resonancia Magnética Nuclear específicas para visualizar la musculatura extrínseca ocular y determinar el grado de ensanchamiento del músculo oblicuo superior por no considerarlo necesario al presentar una sintomatología tan sugestiva⁸.

Dada la mencionada asociación con otras patologías se realizó estudio de pruebas reumáticas resultando éste negativo y un estudio radiográfico de senos paranasales donde se observó una sinusitis maxilar ipsilateral leve, única alteración encontrada en las exploraciones realizadas a la paciente.

Por eso en el diagnóstico final ante este cuadro clínico altamente sugestivo, y una vez descartadas lesiones ocupantes de espacio cerebrales por medio del TAC craneal, se debe pensar que la sinusitis puede estar relacionada con el síndrome de Brown de esta paciente.

No obstante, dado que este síndrome aunque es autolimitado puede tener características cíclicas y recidivar¹⁰, obliga a un control estrecho de la paciente y a estar prevenidos ante manifestaciones de patología articular inflamatoria, porque podría ser una primera manifestación de patología reumática, aunque en los casos descritos en la literatura este síndrome se presenta en la fase de mayor actividad de la enfermedad reumática¹.

Bibliografía

1. Calabozo M, Medina J, Díaz-Miguel C, Mohino A. *Síndrome de Brown asociado a artritis*. Med Clin 1980; 91: 220-222.
2. Killian PJ, Mc Clain B, Lawless OJ. *Brown's syndrome. An unusual manifestation of rheumatoid arthritis*. Arthritis Rheum 1977; 20: 1080-4.
3. Wang Fm et al. *Acquired Brown's syndrome in children with rheumatoid arthritis*. Ophthalmology 1984; 91: 23-26.
4. Whitfield L, Isenberg DA, Brazier DJ, Forber J. *Acquired Brown's syndrome in systemic lupus erythematosus*. Br J Rheumatol 1995; 30: 1092-4.
5. Baker RS, Conklin JD. *Acquired Brown's syndrome from blunt orbital trauma*. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1987; 24: 17-21.
6. Ilankovan V, Al- Qurainy IA, Moosk F, Dutton GN. *Acquired Brown's syndrome: iatrogenic causes*. J Oral Maxillofac Surg 1990; 48: 420-4.
7. Saunders RA, Stratus BA, Gordon RA, Holgate RC. *Acute-onset Brown's syndrome associated with pansinusitis*. Arch Ophthalmol 1990; 108: 58-60.
8. Sener EC, Ozkan SB, Aribal ME, Sanac AS, Aslan B. *Evaluation of congenital Brown's syndrome with magnetic resonance imaging*. Eye 1996; 10: 492-6.
9. Moothy RS, Yung CW. *Antibiotic responsive exophthalmos and lateral rectus paralysis*. Ann Ophthalmol 1991; 23: 195-8.
10. Can I, Yarangumeli A, Kural G. *Brown's syndrome with cyclic characteristic: case report and review of physiopathologic mechanism*. J-Pediatr-Ophthalmol-Strabismus. 1995; 32: 24 3-7.

