

ROCHA, Ricardo Neves  
OCULARE HOSPITAL DE OFTALMOLOGIA  
BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

## RESUMO

Trata-se aqui de um caso adquirido de Síndrome de Brown, em um jovem de 34 anos de idade, que após sofrer um acidente automobilístico apresentou como queixa principal, uma diplopia binocular indolor no olhar para cima. O quadro iniciou com uma provável paresia do músculo Oblíquo Superior Direito que evoluiu para uma Síndrome de Brown permanente, devido à presença de um fragmento de vidro aderido ao tendão reflexo deste músculo.

## INTRODUÇÃO

Descrita pela primeira vez por Harold Brown (1), em 1950, relatada como Síndrome da Banha do Músculo Oblíquo Superior só, posteriormente, ficou conhecida como Síndrome de Brown.

Apresenta-se com uma incidência de 1:500 casos dentre os pacientes Estrábicos (2). A grande maioria dos casos são unilaterais. Dentre as causas adquiridas possíveis encontramos as de origem inflamatórias (3), as latrogênicas (4), as Tumorais (5) e as Traumáticas (6,7). Por serem as adquiridas Traumáticas infrequêntes, apresentamos aqui um caso de um jovem de 34 anos de idade que após sofrer um acidente automobilístico, apresentou um quadro de Síndrome de Brown permanente, em decorrência da presença de um fragmento de vidro intra-orbitário, que se aderiu ao tendão reflexo do músculo Oblíquo Superior direito.

## RELATO DO CASO

Paciente de 34 anos, sexo masculino, procurou o serviço de Oftalmologia 20 dias após ter sofrido um acidente automobilístico, com queixa única de visão dupla indolor no olhar para cima. Paciente hígido, saudável, sem comorbidades.

Nenhum caso de Estrabismo na família. Seu exame apresentou pupilas isocóricas, fotorreativas com rimas palpebrais simétricas. Acuidade Visual e refratometria: OD: Plano = - 0,50 a 18 : 1 OE: + 0,25 = - 0,50 a 160 : 1. A Biomicroscopia e a Oftalmoscopia sem alterações evidentes, Tonometria de Aplanção: 12 mmHg em ambos os olhos. A motilidade ocular: Exotropia Intermitente em Posição Primária, Hipertropia direita na látero-versão esquerda que aumentava com a cabeça inclinada sobre o ombro direito, e uma incomitância vertical em V. Quadro compatível com uma provável paresia do músculo Oblíquo Superior direito.

Às versões, Oblíquo Superior Direito normo funcionante e o Oblíquo Inferior Direito com discreta hipofunção. Adotou-se uma conduta expectante, na possibilidade de uma resolução espontânea, já que o desvio em posição primária e a Incomitância em V eram pequenos. Paciente retorna quatro meses após o acidente relatando maiores dificuldades para elevar o globo ocular direito e que a diplopia se manifestava com maior frequência. Sua acuidade visual permanecia a mesma, sem alterações nos segmentos anterior e posterior de ambos os olhos, apenas uma leve hiperemia da Conjuntiva Bulbar no olho direito. A Motilidade Ocular se encontrava alterada com a restrição da elevação do olho direito em adução muito aumentada (Fig.1).



Fig. 1 - Restrição da elevação do olho direito em supra-levoversão

Desapareceu a Hipertropia direita na latero-versão esquerda e houve uma diminuição desta com a inclinação da cabeça sobre o ombro direito. Persistia a Incomitância em V e a pequena Exotropia Intermitente na posição primária do olhar (fig.2). Ausência de Torcicolo.



Fig.2 - Medidas comparativas dos desvios

Foi realizado o Teste da Dução Passiva que se mostrou fortemente positivo no olho direito. (Fig.3).



Fig.3 - Teste de Dução Forçada positiva no olho direito

A Tomografia Computadorizada das Órbitas evidenciou uma imagem de um corpo estranho de densidade aumentada, no quadrante súpero-nasal do olho direito, sugestiva de um possível fragmento de vidro (Fig.4).

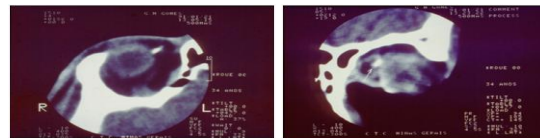


Fig.4 - Corpo estranho no quadrante súpero-nasal do olho direito

O corpo estranho foi removido cirurgicamente. Apesar da grande dificuldade cirúrgica, o encontramos envolto por um tecido fibrótico (Fig.5) e aderido ao tendão do músculo Oblíquo Superior direito. O corpo estranho foi removido e desfeito algumas aderências. O Teste da Dução Passiva referido ainda no per-operatório se mostrou negatvado.



Fig.5 - Imagem do corpo estranho envolvido por fibrose

O paciente não retornou mais ao serviço de Oftalmologia para fazer a revisão de sua cirurgia.

*ROCHA, Ricardo Neves*  
OCULARE HOSPITAL DE OFTALMOLOGIA  
BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

## DISCUSSÃO

O diagnóstico inicial de pesia do músculo Oblíquo Superior direito pode ser interpretado como uma fase inicial desta síndrome, por lesão traumática direta do corpo estranho sobre as fibras do tendão, antes que ambos fossem envolvidos por tecido fibrótico, impossibilitando o livre deslizamento deste dentro do Canal Troclear.

A história clínica, a restrição da elevação do globo ocular direito em adução, a incomitância Vertical em V, a Tomografia Computadorizada mostrando a presença de um corpo estranho próximo ao tendão reflexo do músculo Oblíquo Superior direito e o Teste da Dução Forçada positivo, selaram o diagnóstico de Síndrome de Brown Traumática.

Por estar enquadrada dentro do quadro dos Estrabismos Restritivos, o Teste da Dução Forçada se mostra sempre imperativo. Corroboramos com outros autores (6,10), de que este deve ser cuidadosamente interpretado, já que outros distúrbios da elevação do globo ocular podem ter origem na porção inferior da órbita, simulando um quadro de Síndrome de Brown.

Com relação ao fragmento de vidro, nenhum sinal foi evidenciado ao exame oftalmológico inicial que pudesse suspeitar da possibilidade de um corpo estranho intra-orbitário. A tendência de oclusão do trajeto pelo tecido orbitário dificulta a identificação de sua porta de entrada.

Ressalta-se ainda, a enorme dificuldade cirúrgica para localizá-lo no quadrante nasal superior que é tão complexo em sua estrutura anatômica.

## CONCLUSÃO

Apesar de não ser freqüente, o diagnóstico deste caso foi de uma Síndrome de Brown Adquirida Pós-Traumática. A decisão de remover o fragmento de vidro cirurgicamente foi fundamental para restabelecer as funções do músculo Oblíquo Superior Direito.

As aderências formadas não iriam permitir a recuperação espontânea, como visto em outros casos de Síndrome de Brown adquirida Pós-Traumáticas, descritas na literatura (8,9).

A interessante Evolução Clínica, diferente de tantas outras relatadas e a ausência de casos semelhante, nos motivaram a publicá-lo.

## REFERÊNCIAS

- 1- Brown H. Congenital Structural Muscle Anomalies. In J Allen(ed), Strabismus Ophthalmic Symposium. St.Louis:Mosby,1950;205.
- 2- Diaz JP- Dias CS – Estrabismo – (4a ed. Santos editora ) 2002:371
- 3- Marculino,LGC, Igami TZ, Quadrado AA, Goldchmit M. Síndrome de Brown inflamatória. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia 2010;73(4):377.
- 4- Wang Y, McCulley TJ, Doyle JJ, Chang J, Lee MS, McClelland CM, Brown Syndrome Following Upper Eyelid Ptosis Repair. Neuroophthalmology; 2018;42:49.
- 5- Biedenr B, Monos T, Frilling F, Mozes M, Yassur Y. Acquired Brown's syndrome caused by frontal sinus osteoma. J Pediatr Ophthal Strabismus 1988;25:226
- 6- Jackson O, Nankin S, ScottW. Traumatic simulated Brown's syndrome: a case report. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1979;16:160-162
- 7- Warrior S, Well J, Prabhakaran VC, Selva D . Traumatic rupture of the superior oblique muscle tendon resulting in acquired Brown's syndrome, J Pediatr Ophthalmol Strabismus- 2010;47(3):168-70.
- 8- Muhammad Khalil, Tayyaba Gul Malik, Mian Muhammad Shafique, Muhammad Moin, Muhammad Khalil Rana. Recovery of Post Traumatic Brown's Syndrome. Pak J Ophthalmol 2007.vol.23 no.3;165-168.
- 9- William N. Clarke, M,D, Leon P. Noel, M.D. &Peter J. Agapitos M,D. Traumatic Brown's Syndrome. Am Orthopt J, 2018; 100-104.
- 10- Ji SY, Yoo JH, Ha W, Lee JW, Yang WS. Three cases of acquired simulated brown syndrome after blowout fracture operations. Arch Plast Surg. 2015 May;42(3):346-50.