

Síndrome da restrição do oblíquo superior

Sidney Júlio de Faria e Sousa *

INTRODUÇÃO

A síndrome de Brown foi originalmente descrita como sendo uma limitação de elevação em adução decorrente de uma anormalidade estrutural congênita do músculo oblíquo superior (2). Esta hipótese etiológica tem sido questionada em virtude da descoberta de casos intermitentes de início tardio e remissão espontânea. Uma vez que estes casos tendem a apresentar um teste de dução forçada negativo ou duvidoso argumenta-se que eles não podem ser considerados como síndrome de Brown verdadeiras (3).

O objetivo deste trabalho é o de apresentar um caso que, apesar de possuir uma semiologia típica de uma síndrome de Brown verdadeira, teve início tardio e remissão completa.

DESCRIÇÃO DO CASO

Um menino de 10 anos procurou um oftalmologista em fevereiro de 1979 devido à visão dupla. Nessa época detectou-se deficiência de elevação do olho esquerdo em adução e uma massa dolorosa de consistência elástica ao nível da tróclea esquerda. Submeteram-no à intensa investigação laboratorial e radiológica com resultados negativos. Nenhum tratamento foi instituído. Vinte e oito dias depois o paciente procurou-nos por não haver obtido melhora. Os antecedentes pessoais não revelavam desvio ou diplopia prévia. Nenhuma história de traumatismo associado. Um tio paterno, menino de 12 anos, apresentava síndrome de Brown desde o nascimento.

Ao exame físico, notou-se uma discreta rotação de cabeça para direita com o queixo um pouco elevado. Apalpando-se delicadamente a região troclear esquerda o paciente referia dor discreta. Não se encontrou massa anômala nessa região. A acuidade visual era 20/20 em ambos os olhos. A pupila, segmento anterior e fundo eram normais em ambos os olhos.

O exame da motricidade revelou uma limitação de elevação do olho esquerdo, que aumentava com a adução. Na posição nasal extrema o olho esquerdo ficava abaixo da linha média e não se elevava nem mesmo com o auxílio de uma pinça. A visão binocular estava presente em todos os campos onde não havia heterotropia. As medidas dos

desvios obtidos com cristal de Maddox e prismas eram:

não eleva	— 15	0
olho esquerdo	RHT 20	
— 9	— 9	— 5
(*) RHT 8	RHT 4	
— 5	— 4	— 5

(*) RHT — hipertropia do olho direito.

Foi feito diagnóstico de síndrome de restrição do oblíquo superior de origem presumivelmente inflamatória e prescreveu-se 20 mg de prednisona oral por 4 semanas seguido de 10 mg por mais 4 semanas. Pediu-se ao paciente que fizesse exercícios de elevação e depressão dos olhos em dextroversão.

Duas semanas depois havia grande melhora do quadro. A elevação do queixo desaparecera. Nessa ocasião o paciente passou a experimentar uma sensação de “clique” no canto interno e superior da órbita esquerda que aparecia durante os exercícios oculares. Este fenômeno, que podia ser objetivamente detectado mediante palpação, não era seguido por nenhuma modificação significativa da restrição.

Dez meses depois a dupla visão já não o atrapalhava. As medidas obtidas com cristal de Maddox e prismas eram:

— 10	— 10	0
RHT 7	RHT 7	
— 4	— 4	— 4
0	0	— 4

Vinte e três meses depois o quadro havia regredido totalmente. A figura 1 mostra o resumo da evolução clínica da condição descrita.

DISCUSSÃO

Há fortes indícios na literatura de que a limitação mecânica de elevação em adução apresenta uma forma “permanente” e uma forma “intermitente”.

* Professor Assistente Doutor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

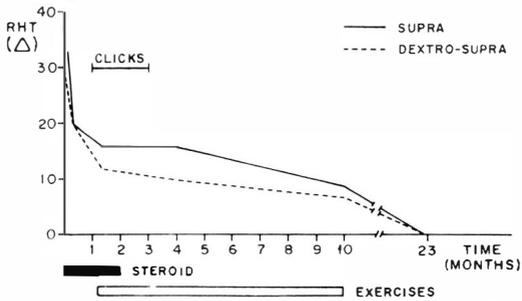


Fig. 1 — Variação da hipertropia do olho direito (RHT) em supra e dextro-supravisão em função do tempo.

A forma “permanente” caracteriza-se por uma restrição de elevação constante acompanhada de um teste de dução forçada positivo. Nela distingue-se uma variedade em que a restrição tende a se perpetuar e outra em que, após longo período de estabilidade, a restrição desfaz-se espontaneamente. A primeira variedade reúne os casos da síndrome de Brown que supostamente se originam de uma anormalidade congênita do tendão do oblíquo superior. Na segunda encontram-se casos de etiologia mal esclarecida que, em virtude da melhora espontânea, têm pouca probabilidade de serem oriundos de uma anormalidade músculo facial congênita (1, 4, 11).

A forma “intermitente” identifica-se por uma limitação de elevação que pode ser desfeita mediante repetidas tentativas de elevação do olho no campo afetado e pela tendência à remissão espontânea (5, 6, 7). O teste de dução forçada é aparentemente negativo. Alguns pacientes referem sentir um clique na região troclear imediatamente antes da soltura do olho (5, 9). Presume-se que o quadro clínico seja motivado por uma restrição intermitente à movimentação do tendão do oblíquo superior ao nível da tróclea em decorrência de um espessamento do mesmo e de uma constrição de sua bainha envoltória (8, 9, 10).

No presente caso, tanto a história quanto a evolução clínica sugerem uma origem inflamatória. A dor à palpação e os cliques na região troclear localizam o problema. O antecedente familiar dá margem a conjecturas sobre a existência de algum fator predisponente. Os dados semiológicos são característicos da “forma permanente” da síndrome de restrição do oblíquo superior. A evolução peculiar caracteriza uma terceira variedade de manifestação desta condição. Levando-se, no entanto, em consideração so-

mente os dados semiológicos conclui-se que até mesmo os casos com semiologia típica de uma síndrome de Brown verdadeira podem ter origem inflamatória não congênita.

A concomitância entre o uso do corticóide oral e a melhora do quadro clínico sugere uma relação e causalidade entre estas variáveis. É possível que os esteróides sejam de utilidade no tratamento dos casos análogos ao apresentado.

Uma vez que existem divergências quanto a natureza da anormalidade responsável pela restrição do movimento do oblíquo superior, achamos mais prudente chamá-la de síndrome da restrição do oblíquo superior que de síndrome do tendão do oblíquo superior.

RESUMO

Descreveu-se um caso de restrição de elevação do olho em adução que apesar de possuir uma semiologia típica de uma síndrome de Brown verdadeira teve um início tardio e uma remissão espontânea. Este caso, de origem presumivelmente inflamatória, foi aparentemente beneficiado por esteróides orais.

SUMMARY

It was described a case of restriction of elevation of the eye in adduction that, in spite of presenting a typical semiology of the true Brown syndrome, had a late onset and a complete remission. This case, of presumed inflammatory origin was apparently benefited by oral steroids.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER, F. H. — Spontaneous recovery in a case of superior oblique tendon sheath syndrome of Brown. *Arch. Ophthalmol.* 61: 1006, 1959.
- BROWN, H. W. — Congenital structural muscle anomalies. In: Allen, J. ed. — *Strabismus Ophthalmic Symposium I.* St. Louis, The C. V. Mosby Company, 1950, p. 205.
- BROWN, H. W. — True and simulated superior oblique tendon sheath syndromes. *Doc. Ophthalmol.* 34: 123, 1973.
- COSTENBADER, F. O. & ALBERT, D. G. — Spontaneous regression of pseudoparalysis of the inferior oblique muscle. *Arch. Ophthalmol.* 59: 607, 1958.
- GOLDHAMMER, Y. & SMITH, J. L. — Acquired intermittent Brown's syndrome. *Neurology* 24: 666-668, 1974.
- GOLDSTEIN, J. H. — Intermittent superior oblique tendon sheath syndrome. *Am. J. Ophthalmol.* 67: 960-962, 1969.
- LABRECQUE, R. & BOGHEN, D. — Syndrome de Brown acquis et intermittent. *C.M.A. Journal.* 117: 498-501, 1977.
- MEIN, J. — Superior oblique tendon sheath syndrome. *Brit. Orthop. J.* 28: 70-76, 1971.
- SANDFORD-SMITH, J. H. — Intermittent superior oblique tendon sheath syndrome. *Brit. J. Ophthalmol.* 53: 412-417, 1969.
- SANDFORD-SMITH, J. H. — Superior oblique tendon sheath syndrome. *Brit. J. Ophthalmol.* 59: 385-386, 1975.
- TAPLEY, J. — Spontaneous recovery in bilateral superior oblique. *Brit. Orthopt. J.* 34: 96-100, 1977.