

Terapia ortóptica en paciente con síndrome de Brown secundario a cirugía del oblicuo superior. A propósito de un caso

Orthoptic therapy in patient with Brown syndrome secondary to surgery of the superior oblique. A case report

FERNÁNDEZ DEL COTERO JN¹, PORTELA CAMINO JA²,
VELARDE RODRÍGUEZ JI³, ALONSO JUÁREZ E⁴, VÉLEZ LASSO E²

RESUMEN

Objetivo: Mostrar la eficacia de la terapia ortóptica en un paciente con diplopía inconcomitante debida a síndrome de Brown post-quirúrgico.

Material y métodos: Se empleó la terapia ortóptica para conseguir visión binocular sin prismas en paciente con inconcomitancia vertical por síndrome de Brown.

Resultados: El paciente es capaz de fusionar sin corrección prismática en todas las posiciones de mirada salvo en supraversión. El paciente se muestra satisfecho con el resultado de la terapia consiguiendo mantener la visión binocular constante elevando ligeramente la cabeza.

Conclusiones: La terapia ortóptica puede ser una herramienta eficaz como solución parcial en aquellos pacientes con síndrome de Brown en los que una reintervención no está indicada.

Palabras clave: Oblicuo superior, síndrome de Brown, diplopía, terapia prismática, terapia ortóptica.

Instituto Cántabro de Oftalmología. Instituto Salmantino de Oftalmología.

¹ Doctor en Medicina y Cirugía. Instituto Cántabro de Oftalmología.

² Óptico Optometrista. Instituto Cántabro de Oftalmología.

³ Licenciado en Medicina y Cirugía. Instituto Cántabro de Oftalmología.

⁴ Licenciado en Medicina y Cirugía. Instituto Salmantino de Oftalmología.

Correspondencia:
Instituto Cántabro de Oftalmología
Menéndez Pelayo, 48
39006 Santander
España

SUMMARY

Objective: To show the efficacy of orthoptic therapy in a patient with incomitant diplopia after an acquired Brown syndrome secondary to superior oblique surgery.

Material and methods: The goal of the orthoptic therapy is to achieve binocular vision (without prisms) in a patient with incomitant diplopia due to a secondary Brown Syndrome.

Results: The patient has binocular vision without the help of prisms in all positions except for supraversion. He is satisfied with the result, being able to avoid diplopia by lifting his chin in supraversion.

Conclusions: The orthoptic therapy can be a good help as a partial solution to those cases with acquired Brown Syndrome in which surgery is not suitable.

Key words: Superior oblique, Brown syndrome, diplopia, prism therapy, orthoptic therapy.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Brown es una alteración de la motilidad ocular que se manifiesta por una restricción de la elevación en aducción. Puede ser congénito o adquirido, constante o intermitente (1).

Se han utilizado distintas técnicas quirúrgicas para su solución, con resultados variables (2-4). Presentamos la eficacia de la terapia ortóptica en un caso de síndrome de Brown adquirido secundario a cirugía mediante plegamiento de oblicuo superior.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 39 años de edad con pólipo en seno esfenoidal izquierdo y parálisis secundaria de oblicuo superior de ojo izquierdo.

Tras la retirada del pólipo la parálisis no remitió por lo que se planteó la solución quirúrgica.

Se le intervino realizándose una retroinserción del recto inferior del ojo derecho y un plegamiento de oblicuo superior de ojo izquierdo apareciendo un síndrome de Brown. Se vuelve a reintervenir realizándose una retroinserción del oblicuo superior de ojo izquierdo (5).

El resultado de esta segunda intervención no fue satisfactorio por lo que el estrabólogo decidió prescribir un prisma tallado de 10 Dp base superior delante de ojo izquierdo. Es en

este momento cuando el paciente acude a nuestra consulta.

El examen realizado muestra un ligero astigmatismo miópico con visiones de 10/10 en ambos ojos con corrección.

Con la corrección prismática el paciente no percibe diplopía en posición primaria de mirada (PPM), pero sí en dextroversión, supraversión e infraversión. El resto de la exploración es normal.

El examen estrabológico confirma el síndrome de Brown de ojo izquierdo, con dificultad en la elevación en aducción de tres cruces y de una cruz en abducción. También el recto medio está afectado, presentando un síndrome adherencial que le impide funcionar normalmente en dextroversión (fig. 1).

El ojo izquierdo presenta una hipotropía de 8 Dp en PPM que se convierte en hipertropía de 2 Dp en infraversión.

La solución prismática es insuficiente por la inconcomitancia en la desviación, por lo que planteamos la terapia ortóptica con la finalidad de intentar reducir la potencia prismática necesaria para conseguir fusión en el mayor campo binocular.

Colocamos un prisma de Fresnell en sección de 8 dp base superior delante de ojo izquierdo, con el borde inferior del prisma a la altura del párpado inferior, fusionando el paciente en PPM pero con diplopía en versiones laterales e infraversión (fig. 2).

Comenzamos la terapia ortóptica con la finalidad de mejorar las vergencias verticales, horizontales y torsionales. El paciente



Fig. 1: Se aprecia claramente el S. Brown de ojo izquierdo.

acude a nuestra consulta dos días a la semana durante una hora diaria. Realiza ejercicios ortópticos con sinoptóforo, estereoscopios tipo Whestone y Brewster, láminas vectográficas y regla de apertura de Vodnoy.

El paciente desarrolla de manera óptima su capacidad vergencial disminuyendo la hipotropía en PPM a 4 Dp y desapareciendo la hipertropía en infraversión. Cambiamos el prisma de Fresnell a 4Dp en sección continuando con los ejercicios vergenciales.

Tras 2 meses de terapia ortóptica el paciente presenta ortoforia en PPM y en infraversión, por lo que es capaz de fusionar en todas las posiciones de mirada salvo en superversión. Para evitar la diplopía en esta posición se dan consejos posturales, recomendándole al paciente levantar ligeramente la cabeza cuando experimente diplopía (fig. 3).

DISCUSIÓN

La terapia ortóptica ha resultado claramente exitosa en este caso, el paciente es capaz de fusionar sin prismas en todas las posiciones de mirada salvo en superversión.

Debido a las complicaciones post-quirúrgicas que contraindicaban claramente una nueva intervención la única posibilidad de recuperar parcialmente la visión binocular es la terapia ortóptica.

Los ejercicios vergenciales desarrollan las vergencias fusionales horizontales, verticales y torsionales, compensando el paciente la desviación trópica mediante movimientos fusionales.



Fig. 2: Paciente con prisma de Fresnell de 8 Dp base superior en sección delante de ojo izquierdo. El paciente es capaz de fusionar en PPM, pero percibe diplopía en versiones laterales y verticales.

La valoración subjetiva del paciente así como la mejoría en los valores objetivos de la desviación nos animan a seguir trabajando en esta línea planteando la posibilidad de recuperar afecciones semejantes con dichas técnicas.

CONCLUSIONES

La terapia ortóptica puede ser una herramienta eficaz como solución parcial en aquellos pacientes con síndrome de Brown en los que una reintervención no está indicada.

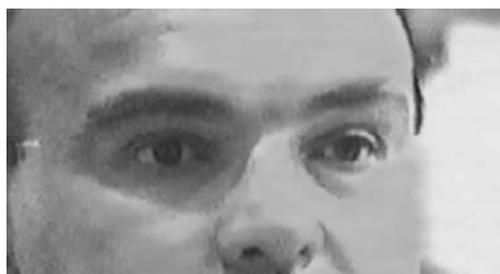


Fig. 3: El paciente es capaz de fusionar en PPM, dextroversión, levoversión e infraversión, percibiendo diplopía en superversión.

AGRADECIMIENTOS

A Paula García Antón por su colaboración en la elaboración del manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilson ME, Eustis HS Jr, Parks MM. Brown's syndrome. *Surv Ophthalmol* 1989; 34: 153-172.
2. Merino Sanz P, Gómez de Liaño Sánchez P, Valls Ferran I, Villarejo Díaz –Maroto I. Afilamiento del oblicuo superior en el síndrome de Brown «plus». Resultados. *Arch. Soc. Esp. Oftalmol*, 2000; 75: 29-34.
3. Harcourt B. Superior oblique muscle surgery. *Aust J Ophthalmol* 1984; 12: 167-169.
4. Morris RJ, Scott WE, Keech RV. Superior oblique tuck surgery in the management of superior oblique palsies. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1992; 29: 337-346.
5. Sprunger DT, von Noorden GK, Hevelston EM. Surgical results in Brown syndrome. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1991; 28: 164-167.