

Síndrome de Brown adquirido en una paciente con artritis psoriásica

Acquired Brown's syndrome in a patient with psoriatic arthritis

Sr. Editor:

El síndrome de Brown (SB) es un trastorno de la motilidad ocular caracterizado por la incapacidad para la elevación del ojo afectado en aducción completa. Puede ser congénito o adquirido, siendo este último originado por una restricción mecánica del movimiento del tendón del músculo oblicuo superior a su paso por la tróclea¹. Se ha descrito como una complicación ocular rara en varias enfermedades reumatológicas, incluyendo artritis reumatoide², artritis idiopática juvenil³, enfermedad de Still del adulto⁴, lupus eritematoso sistémico⁵, síndrome de Sjögren⁶, artritis reactiva postestreptocócica⁷ y artritis asociada a enfermedad de Crohn⁸. Los pacientes con psoriasis y artritis psoriásica (APs) desarrollan frecuentemente procesos inflamatorios oculares, incluyendo conjuntivitis, uveítis y queratoconjuntivitis seca⁹; sin embargo, hasta la fecha solo se ha descrito un caso de SB asociado a APs¹⁰.

Una mujer de 24 años, con historia personal y familiar de psoriasis, fue diagnosticada en noviembre del 2006 de APs basándose en oligoartritis asimétrica, dactilitis, y dolor inflamatorio torácico y lumbar de un año de evolución. Presentaba reactantes de fase aguda elevados (proteína C reactiva 21 mg/l, velocidad de sedimentación globular 35 mm/h), con factor reumatoide, anticuerpos anti-PCC y anticuerpos antinucleares negativos. La tipificación HLA-I fue negativa para B27 y Cw*06. Las radiografías de columna lumbosacra no mostraron signos de sacroileítis o afectación vertebral, y en las de manos y pies tampoco hubo alteraciones significativas. Se inició tratamiento con indometacina 150 mg/día, metotrexato 15 mg/semana, sulfasalazina 2 g/día y prednisona 5 mg/día, a pesar de lo cual mantenía una importante actividad inflamatoria.

En noviembre del 2007 acudí a urgencias por diplopía y dolor desencadenado por los movimientos oculares derechos. Presentaba limitación para elevar el ojo derecho en aducción, con elevación conservada en abducción y diplopía con la supraleveversión. La motilidad del ojo izquierdo era normal. La exploración del fondo de ojo y la resonancia magnética (RM) orbitaria no mostraron alteraciones. Se diagnosticó SB adquirido y se intensificó el tratamiento (prednisona 10 mg/día, metotrexato 20 mg/semana), sin mejoría. En enero del 2008 se realizó una infiltración en la tróclea del oblicuo superior derecho, con recuperación completa a las 2 semanas. Debido a la actividad persistente de la artritis se inició posteriormente tratamiento con adalimumab, logrando remisión clínica articular en pocos meses. No ha habido recurrencias del SB durante un periodo de seguimiento de 55 meses.

Se ha sugerido que el mecanismo fisiopatológico del SB asociado a enfermedades reumatológicas es un atrapamiento del oblicuo superior secundario a tenosinovitis estenosante,

similar al del dedo en resorte^{6,7}. Su aparición suele coincidir con etapas de mayor actividad de la enfermedad reumatológica de base^{2,7,8}, pero también se ha descrito en pacientes en remisión^{5,10}. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, y las pruebas de imagen como la RM pueden demostrar inflamación en el tendón del oblicuo superior o la tróclea. Sin embargo, este hallazgo no está siempre presente⁷. El diagnóstico diferencial incluye parálisis aisladas del IV par, lesiones traumáticas, sinusitis y metástasis trocleares^{6,8}. El curso del SB adquirido es generalmente autolimitado, pero en casos persistentes se ha demostrado la eficacia del tratamiento corticoideo, tanto sistémico como local⁶. En conclusión, aunque el SB es un trastorno infrecuente, debería ser considerado en pacientes con enfermedades reumatológicas que desarrollan diplopía o alteraciones de la motilidad ocular.

Bibliografía

1. Brown HW. True and simulated superior oblique tendon sheath syndromes. *Doc Ophthalmol*. 1973;34:123-36.
2. Cooper C, Kirwan JR, McGill NW, Dieppe PA. Brown's syndrome: an unusual ocular complication of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 1990;49:188-9.
3. Tejada P, Enriquez E, María Rodríguez Del Valle J, Barcelo A, Gutierrez E, de Inocencio J. Juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis complicated by glaucoma and Brown's syndrome. *Rheumatology (Oxford)*. 2012;51:1729-30.
4. Kaufman LD, Sibony PA, Anand AK, Gruber BL. Superior oblique tenosynovitis (Brown's syndrome) as a manifestation of adult Still's disease. *J Rheumatol*. 1987;14:625-7.
5. Alonso-Valdivielso JL, Alvarez Lario B, Alegre Lopez J, Sedano Tous MJ, Buitrago Gomez A. Acquired Brown's syndrome in a patient with systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 1993;52:63-4.
6. Brahma AK, Hay E, Sturges DA, Morgan LH. Acquired Brown's syndrome and primary Sjogren's syndrome. *Br J Ophthalmol*. 1995;79:89-90.
7. Faust AO, Gillenwater JM, Saulsbury FT. Acquired Brown's syndrome in a child with poststreptococcal reactive arthritis. *J Rheumatol*. 2001;28:2748-9.
8. Bradshaw DJ, Bray VJ, Enzenauer RW, Enzenauer RJ, Truweit CL, Damiano TR. Acquired Brown syndrome associated with enteropathic arthropathy: a case report. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 1994;31:118-9.
9. De Lima FB, Abalem MF, Ruiz DG, F. Gomes Bde A, de Azevedo MN, Moraes Jr HV, et al. Prevalence of eye disease in Brazilian patients with psoriatic arthritis. *Clinics (Sao Paulo)*. 2012;67:249-53.
10. Thorne JE, Volpe NJ, Liu GT. Magnetic resonance imaging of acquired Brown syndrome in a patient with psoriasis. *Am J Ophthalmol*. 1999;127:233-5.

Walter Alberto Sifuentes Giraldo*, José Luis Morell Hita,
Javier Bachiller Corral
y Elia Brito Brito

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: albertosifuentesg@gmail.com
(W.A. Sifuentes Giraldo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2012.09.010>