



CARTA CIENTÍFICA

Midriasis unilateral de origen farmacológico



Unilateral mydriasis of pharmacological origin

Mujer de 67 años con antecedentes de tabaquismo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), fenotipo agudizador con bronquitis crónica y con obstrucción moderada. Consultó por disnea de esfuerzos moderados, aumento de la expectoración y purulencia del esputo. Ante la sospecha de exacerbación infecciosa de EPOC se inició tratamiento con levofloxacino y bromuro de ipratropio en nebulización a través de mascarilla facial.

Tres días después acude a urgencias por dificultad en la visión del ojo derecho en ambientes muy luminosos y por asimetría en el tamaño de sus pupilas. En la exploración física se constata una anisocoria con presencia de midriasis arreactiva de la pupila derecha en ambiente iluminado (fig. 1). La exploración neurológica resultó



Figura 1. Anisocoria con presencia de midriasis en pupila derecha.

normal. Se realizó test de pilocarpina al 0,125% que descartó un síndrome de Adie y posteriormente el test de pilocarpina al 1% que resultó negativo.

Ante el diagnóstico de midriasis farmacológica se retiró tratamiento con bromuro de ipratropio con resolución del cuadro a las 24 h de suspender las nebulizaciones.

El uso de broncodilatadores en nebulización es una práctica habitual tanto hospitalaria como en atención primaria. La midriasis por bromuro de ipratropio es, de acuerdo con su ficha técnica¹, un efecto adverso raro ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$), pero benigno. Sin embargo, se han descrito efectos adversos graves como el glaucoma de ángulo agudo^{1,2}. La unilateralidad de los síntomas en el caso presentado, se explica por la llegada del agente nebulizado a la conjuntiva ocular.

La anisocoria es una asimetría pupilar mayor de 1 mm, en la que el proceso diagnóstico comienza con determinar cuál es el ojo

afecto. En un ambiente iluminado, si la diferencia entre ambas pupilas aumenta, la pupila anormal será la más grande y, por tanto, midriática. Por el contrario, en un ambiente oscuro, la anormal será la más pequeña y, por ende, estaremos ante una pupila miótica.

En pupila midriática, la anomalía del reflejo de acomodación obligará a descartar afectación ocular. Inicialmente con el test de pilocarpina al 0,125%, que provocará en el síndrome de Adie la miosis de la pupila afectada³. En ausencia de miosis, el test de la pilocarpina al 1% ayuda a diferenciar la denervación parasimpática del esfínter del iris de la midriasis farmacológica, causando contracción o ausencia de la misma, respectivamente⁴.

La nebulización de broncodilatadores es una práctica común, sin embargo, no están exentos de complicaciones como la anisocoria. Este caso ilustra la importancia del diagnóstico diferencial ante una anisocoria, incidiendo en una recogida adecuada de posibles fármacos precipitantes, así como la detección de posibles fugas en los dispositivos empleados para la nebulización de aerosoles. A pesar de la infrecuencia de este efecto adverso, su conocimiento es necesario, para el proceder diagnóstico y evitar complicaciones.

Bibliografía

1. Malani JT, Robinson GM, Seneviratne EL. Ipratropium bromide induced angle closure glaucoma. *N Z Med J*. 1982;95:749.
2. Ortiz Rambla J, Hidalgo Mora JJ, Gascón Ramón G, Navarro Arambudo B. Glaucoma agudo de ángulo cerrado y bromuro de ipratropio. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:795-799.
3. Bremner FD, Smith SE. Bilateral tonic pupils: Holmes Adie syndrome or generalised neuropathy? *Br J Ophthalmol*. 2007;91:1620-3.
4. Leavitt JA, Wayman LL, Hodge DO, Brubaker RF. Pupillary response to four concentrations of pilocarpine in normal subjects: Application to testing for Adie tonic pupil. *Am J Ophthalmol*. 2002;133:333-6.

Javier Miguel Martín Guerra^{a,*}, Claudia Iglesias Pérez^b, Miguel Martín Asenjo^a y Laura Rodríguez Fernández^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javi6vega@hotmail.com (J.M. Martín Guerra).

0211-139X/

© 2018 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.11.009>