

IMÁGENES EN PEDIATRÍA

## Anisocoria por bromuro de ipratropio durante la ventilación no invasiva

### Ipratropium bromide-induced anisocoria during non-invasive ventilation

J. Mayordomo Colunga<sup>a,b,\*</sup>, C. Rey Galán<sup>b</sup> y M. González Sánchez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Pediatría, Hospital San Agustín, Avilés, España

<sup>b</sup> Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

Disponible en Internet el 12 de abril de 2012

Niño de 7 años, ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) debido a crisis asmática grave refractaria. Siguiendo el protocolo interno<sup>1</sup>, se inició ventilación no invasiva (VNI) en modo presión de soporte, empleando una interfase buconasal. Durante la VNI se administraron salbutamol y bromuro de ipratropio (BI) mediante un nebulizador intercalado en la tubuladura. La fuga de aire medida por el respirador era de 20-25 lpm, a pesar de lo cual la sincronía paciente-respirador era adecuada y el paciente evolucionaba favorablemente. A las 18 h del ingreso, se observó que presentaba la pupila derecha dilatada y fija (figura 1). La exploración neurológica no evidenció ninguna alteración y el niño refería no tener cefalea ni náuseas. Se suspendió el BI, sin realizarse estudios de neuroimagen. La anisocoria desapareció progresivamente en las siguientes 15 h. El niño fue dado de alta de la UCIP 24 h más tarde.

La aparición de anisocoria ya ha sido referida en niños que recibían BI nebulizado<sup>2</sup> y en algún paciente adulto durante el empleo de VNI<sup>3,4</sup>. Las fugas que frecuentemente aparecen durante la VNI en niños, por la escasez de interfases específicas para ellos, puede favorecer la llegada del agente nebulizado a la conjuntiva ocular. Por otra parte, los



**Figura 1** Paciente con mascarilla buconasal y anisocoria, con midriasis derecha de causa farmacológica.

pacientes pediátricos precisan sedantes con frecuencia para conseguir una adecuada adaptación a la VNI<sup>1</sup>, lo que dificulta en gran medida una adecuada valoración neurológica. El BI debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de la anisocoria, lo que podría evitar la realización de algunos procedimientos innecesarios.

#### Bibliografía

1. Mayordomo-Colunga J, Medina A, Rey C, Concha A, Menéndez S, Arcos ML, et al. Non-invasive ventilation in pediatric status

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [jmcolunga@hotmail.com](mailto:jmcolunga@hotmail.com)  
(J. Mayordomo Colunga).

- asthmaticus: a prospective observational study. *Pediatr Pulmonol.* 2011;46:949-55.
2. Woelfle J, Zielen S, Lentze MJ. Unilateral fixed dilated pupil in an infant after inhalation of nebulized ipratropium bromide. *J Pediatr.* 2000;136:423-4.
  3. Iosson N. Nebulizer-associated anisocoria. *N Engl J Med.* 2006;354:e8.
  4. Bisquerra RA, Botz GH, Nates JL. Ipratropium-bromide-induced acute anisocoria in the intensive care setting due to ill-fitting face masks. *Respir Care.* 2005;50:1662-4.