

Intoxicación por tetraborato de sodio y nafazolina (euboral oftálmico®). A propósito de un caso

J M Paricio*, M J Benlloch, T Llobat, L Santos, M Grieco, J Martín, E Soler** y A Cuenca

*Servicio de Pediatría Hospital de Dénia. **Servicio de Farmacia. Hospital de Gandía. Valencia.

PALABRAS CLAVE: Intoxicación. Tetraborato de sodio. Nafazolina.

INTRODUCCION

Se presenta un caso de esta cada vez más rara intoxicación debido a no corresponder la sintomatología clínica con la descrita en lo que se refiere al ácido bórico en los manuales de toxicología (1) y por advertir de la existencia de preparados comerciales cuya presencia en el mercado y forma de presentación no tienen hoy día justificación.

CASO CLINICO

Anamnesis: Niño de 13 meses al que por error, media hora antes de acudir a urgencias se le ha administrado una papilla de cereales preparada con 175 cc. de una solución de agua mineral que contiene Euboral Oftálmico (Tetraborato de sodio: 97%, Clorhidrato de Nafazolina 1% y p-hidroxibenzoato de metilo: 2% en bolsa de 10 gr. para preparar en 1 l. de agua). Lo trae por haber leído las observaciones del prospecto y haber observado sopor, frialdad-cutánea y sudoración profusa. Antecedentes sin interés, primer hijo de madre de 31 años y padre de 35 años.

Exploración inicial: Peso: 10.900 grs. Tª rectal: 36,1. FC: 76 l/m. FR: 30-36 r/m. Regular-buen estado general, rubefacción facial, discreto sopor con aspecto decaído, sudoración y frialdad de extremidades. Buena perfusión periférica. Llanto débil durante la exploración que no modifica la bradicardia.

Análítica: Hemograma, plaquetas, VSG, iones, ph-gases, glucemia, uremia, iones y sedimento urinario normales.

Evolución: Se administra una dosis de jarabe de ipecacuana con lo que se produce el vómito a los 10 minutos, se perfunde solución glucosalina 1/3 a 150 cc/k/día y se monitorizan constantes. A la hora del ingreso se aprecia bradicardia sinusal a 56 l/m. (ECG: ritmo sinusal) y una tensión arterial (TA) de 140/90 que 15 minutos después asciende a 160/120 con diuresis mantenida. Se administra Seguril 20 mgr. Al persistir una TA de 140/85 se administran 3 mgr de Hidralazina bajando la TA a la media hora a 95/60. A las 4 horas del ingreso presenta distensión ab-

dominal con timpanismo abdominal, borborigmos y expulsión de ventosidad maloliente y 2 vómitos, manteniendo buena diuresis. A las 6 horas del ingreso, las constantes se han estabilizado con una FC de 110 l/m, una TA de 95/55 y una tª rectal de 36,1° C, estando consciente y orientado y desapareciendo la rubefacción facial. 12 horas después, la exploración es normal, comiendo con normalidad y la tª rectal es de 37° C. A las 20 horas le aparece un exantema de tipo escarlatíniforme y algo pruriginoso en abdomen y extremidades que desapareció en dos días. Al alta, la exploración y la analítica (Hemograma, transaminasas, urea, creatinina, glucemia, calcemia, sideremia) son normales. No presentó más vómitos y las deposiciones fueron normales. La FC se estabilizó en torno a los 120-130 l/m.

DISCUSION

El Euboral Oftálmico viene indicado como antiséptico ocular y para la higiene diaria de los ojos. Advierte de la gravedad de la ingestión oral y de mantenerlo fuera del alcance de los niños, así como de no prepararlo en frascos que puedan inducir a confusión con bebidas habituales, hecho bastante difícil en el hogar, pero «no obstante» adjunta etiqueta identificadora para adherirse al frasco (que no adjunta), resultado una solución incolora.

Describe exactamente los síntomas que le ocurrieron al niño, que no se corresponden con los tratados habituales de toxicología para el ácido bórico (1). Según el fabricante dichos síntomas los han referenciado de otras intoxicaciones ocurridas. La explicación la encontramos en el otro componente del preparado, que por su pequeña concentración respecto al ácido bórico, tiende a pasar desapercibido: el clorhidrato de nafazolina sería responsable de buena parte de la sintomatología: hipotermia, depresión del sistema nervioso central, bloqueo A-V, choque profundo e incluso coma.

En una búsqueda realizada en la base de datos Comprehensive Medline sólo se han encontrado tres publicaciones (2-4) de intoxicación por ácido bórico en los 5 últimos años, dos de ellas en animales domésticos.

La toxicidad del ácido bórico está bien documentada (con dosis referidas como letales de 1 a 3 grs. para neonatos, 5 grs. para lactantes y 15 a 20 grs. para adultos), así como las dudas en cuanto a su efectividad como antiséptico a concentraciones menores del 5% (5).

También está bien documentada la toxicidad de los simpatomiméticos de aplicación tópica que se emplean como vasoconstrictores de acción local en mucosas y en el ojo (nafazolina, oximetazolina, fenilpropanolamina, ciclopentamina, etc.) cuando se absorben por la mucosa en excesiva cantidad, sobre todo en niños, o son ingeridos accidentalmente (6).

No encontramos pues justificación para mantener en el mercado productos tan peligrosos y de tan escaso o sustituable valor terapéutico.

BIBLIOGRAFIA

1. Dresbach, R H: «Manual toxicología clínica. Prevención diagnóstico y tratamiento». Ed E. Manual Moderno. Méjico, 1984.
2. Litovitz, T L; Klein-Schwartz, W; Oderda, G M, y Schmitz, B F: «Clinical manifestations of toxicity in a series of 784 boric acid ingestions». *Am. J. Emerg. Med.*, 6: 209-213, 1988.
3. Sisk, D B; Colvin, B M, y Bridges, C R: «Acute, fatal illness in cattle exposed to boron fertilizer». *J. Am. Vet. Med. Assoc.*, 193: 943-945, 1988.
4. Egjford, M; Jansen, J A; Flachs, H, y Schou, J S: «Combined boric acid and cinchocaine chloride poisoning in a 12-month-old infant: evolution fo haemodialysis». *Hum. Toxicol.*, 7: 175-178, 1988.
5. Siegel, E, y Wason, S: «Toxicidad del ácido bórico». *Clin. Ped. NA*, 2: 375-379, 1986.
6. Florez, J; Armijo, J A, y Mediavilla A: «Farmacología humana». Ed. EUSAN, 1: 157-158. Ed. EUSAN, 1987.

Correspondencia:

J. M. Paricio Talayero
 Jefe de Servicio de Pediatría
 Hospital «Marina Alta»
 Partida de la Pedrera, s/n
 03700 Denia. Alicante
