

ALERGIA A MEDIOS DE CONTRASTE RADIOLÓGICOS

Dr. Jaume Martí Garrido

La alergia a los medios de contraste radiológicos (MCR) es una condición bastante frecuente en el ámbito hospitalario, con una incidencia estimada de un 2,5% de reacciones con estos preparados aunque hay evidencias de aumento en estas cifras dado el progresivo uso de estos preparados.

Los medios de contraste radiológicos se clasifican, según su estructura química, en monoméricos o diméricos y en iónicos o no iónicos, siendo los monoméricos iónicos los de osmolaridad más elevada, generalmente peor tolerados y más baratos.

Tras una reacción adversa por un MCR es importante determinar el tipo de reacción, sugestiva de toxicidad o hipersensibilidad (alérgica o no) e incluso valorar si pudo no estar relacionada con la exposición al medio de contraste (alergia al látex, reacciones vagas o manifestaciones de la enfermedad de base).

Es importante recoger toda la información sobre el tipo de prueba radiológica y el tipo de preparado administrado: medios de contraste yodados (para angiografía, radiografía gastrointestinal, mielografía, linfografía, broncografía e histerosalpingografía), paramagnéticos (para resonancia magnética nuclear), supermagnéticos (también para resonancia magnética nuclear), ecopotenciadores (para ecografía) o sulfato de bario (para radiografía gastrointestinal). Además, se recogerá información sobre las manifestaciones clínicas de la reacción, su gravedad, el tiempo entre la infusión del contraste y la aparición de los síntomas, el tratamiento requerido y la evolución.

DIAGNÓSTICO

Si la reacción fue sugestiva de ser por hipersensibilidad el paciente debe ser remitido para evaluación alérgica con el fin de investigar la patogenia de la reacción, ya sea por activación del sistema del complemento (liberación de anafilotoxinas), por presencia de IgE específica frente a los preparados, por liberación inespecífica de histamina por mastocitos o basófilos, por activación por proteínas plasmáticas, o por mecanismos de hipersensibilidad retardada mediada por linfocitos T. Además, es importante tener en cuenta la naturaleza irritante de los MCR.

SERVICIO DE ALERGIA

El estudio alergológico debe ir dirigido a evaluar el riesgo de recurrencia de la RAM ante futuras exposiciones. Para ello es importante saber si el paciente es susceptible de nuevas exploraciones con MCR (se ha demostrado que los pacientes que han tenido una reacción con un contraste tienen más probabilidad de padecer otra nueva reacción en una nueva exposición, siendo el riesgo más elevado para contrastes iónicos que para los no iónicos). Aunque la clínica cutánea prevalece en un 75%, son los síntomas menos frecuentes (neurológicos, broncoespásticos o gastrointestinales) los que condicionan la gravedad de la reacción.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las RAM inducidas por MCR depende su clínica. Cuando ésta es leve responde al tratamiento IV o IM con corticoides (p.ej. metilprednisolona) y antihistamínico (p.ej. dexclorfeniramina). En ocasiones puede ser necesaria la administración de una pauta corta de antihistamínico oral durante unos días hasta resolución completa del episodio. Por el contrario, en casos de anafilaxia grave con la infusión del MCR, se recomienda la administración de adrenalina IM, reposición de fluidos (cristaloides), monitorización y/o ingreso en unidad de cuidados intensivos si inestabilidad clínica y/o hemodinámica.

PREVENCIÓN

Cuando tras una reacción adversa por un MCR es necesaria su readministración, es recomendable la valoración alergológica previa, con el fin de indicar el uso de pautas de **premedicación**, de acuerdo a la gravedad de la RAM presentada o el riesgo de recurrencia (Tabla 1). En casos de elevado riesgo o gravedad se indica una pauta prolongada, que se inicia 12-14 horas antes de la administración del contraste. Cuando la reacción no revistió gravedad o hay escaso riesgo de recurrencia, la premedicación se administra 1-2 horas antes de la administración del MCR.

Tabla 1: Pauta orientativa de premedicación en adultos.

Medicamento	Dosis	Tiempo	Vía
Prednisona/ metilprednisolona	1 mg/kg	13 horas antes de la prueba	oral o parenteral
Prednisona/ metilprednisolona	1 mg/kg	7 horas antes de la prueba	oral o parenteral
Prednisona/	1 mg/kg		

SERVICIO DE ALERGIA

metilprednisolona + Dexclorfeniramina	5 mg	1-2 horas antes de la prueba*	intramuscular o endovenosa
---	------	----------------------------------	-------------------------------

* Cuando el riesgo de recurrencia no es elevado o la reacción no fue grave.

RESUMEN

La actitud del facultativo ante la necesidad de realizar una nueva exploración a un paciente con antecedentes de RAM por MCR se resume en la Tabla 2.

Tabla 2. Actitud ante un paciente que ha presentado RAM por MCR y requiere su readministración.

<ol style="list-style-type: none">1. Confirmar la necesidad del estudio.2. Comprobar, si es posible, el tipo de reacción previa y MCR utilizado.3. Explicar los riesgos de la nueva exploración y obtener el consentimiento informado.4. Administrar premedicación, si está indicada.5. Utilizar un preparado de baja osmolaridad, si es posible.

REFERENCIAS:

- Brockow K, Sánchez-Borges M. Hypersensitivity to contrast media and dyes. Immunol Allergy Clin North Am 2014;34:547-64.
- Gracia MT, Herrero T, Iriarte P, Cruz MS, Infante S. Reacciones alérgicas inducidas por fármacos poco habituales (I): de masa molecular baja o inorgánicos. En: Peláez A, Dávila JJ. (Ed.) Tratado de Alergología (Tomo II), Madrid 2007; 1531-56.