



## Carta al Director

# Sialoadenitis por contrastes iodados en pacientes con insuficiencia renal crónica, papel de la hemodiálisis

## Iodide mumps in patients with chronic kidney failure, role of haemodialysis

Sr. Director,

La sialoadenitis por contraste iodado es un término que se utiliza para definir un cuadro caracterizado por la inflamación de una o varias glándulas salivares de naturaleza no dolorosa<sup>1</sup> pero molesta, en pacientes con insuficiencia renal que han sido sometidos a estudios de imagen con este tipo de medio.

Habitualmente los síntomas se inician desde unos minutos hasta 5 días posteriores a la administración del contraste<sup>2</sup>, originando gran incomodidad, malestar y, en los casos más severos, disfagia, sensación de dificultad respiratoria e intensa sequedad bucal. Aunque no compromete la vida de los pacientes, sí es motivo para los especialistas considerarlo como un peligro potencial, lo que frecuentemente lleva a rechazar la administración de contrastes iodados disminuyendo la sensibilidad la prueba de imagen, e incluso a prescindir de la misma. En la actualidad no existen datos disponibles de una terapéutica eficaz para su prevención o tratamiento para su resolución de forma rápida.

Describimos 3 casos estudiados en nuestra consulta con diagnóstico de sialoadenitis por contraste iodado, evaluando la eficacia de la hemodiálisis llevada a cabo de forma inmediata tras la realización de la exploración radiológica.

**Caso 1.** Mujer de 80 años, con AP de tiroidectomía hace más de 40 años (en tratamiento con eutirox), enfermedad renal crónica avanzada no filiada, en programa de hemodiálisis, que tras administración de contraste iodado (iopromida) para fistulografía/comprobación de permeabilidad de fístula, 24 h después de su realización presenta cuadro de tumefacción submaxilar. Medicada con metilprednisolona, el cuadro se resolvió en 48 h. Remitida a nuestra consulta para valoración, se realizan pruebas cutáneas de hipersensibilidad (prick e intradérmicas) con iopromida (300 y 30 mg/ml), ioversol (240 y 24 mg/ml), iobitridol (350 y 35 mg/ml), iodixanol (270 y 27 mg/ml) con control positivo (histamina 10 mg/ml) y negativo (suero salino fisiológico), dando resultado negativo en

lectura inmediata y retardada. Aun considerando que el uso de otro contraste no evitaría la reacción, se recomendó utilizar uno alternativo (ioversol) y se propuso la realización de hemodiálisis tan pronto fuera posible tras la llevar a cabo el estudio radiológico de imagen. El resultado es que no ha vuelto a presentar episodios de sialoadenitis, habiendo realizado al menos 3 estudios diferentes con contrastes iodados (fistulografías y tac abdominal).

**Caso 2.** Varón de 48 años, con diagnóstico de enfermedad renal crónica avanzada, de etiología no filiada, hipertensión arterial, hiperparatiroidismo secundario, trasplante renal en el año 2000, con rechazo crónico / reinicio de hemodiálisis y múltiples trombosis de fistulas arteriovenosas internas. En las 2 últimas fistulografías con iopromida, presenta (48 h después de su realización) edema en región mandibular/cuello, de predominio del lado derecho que observado por ORL fue diagnosticado de parotiditis derecha. El cuadro se resolvió en 72 h. El estudio alergológico similar al caso anterior también fue negativo. No se recomendó el uso de un contraste en concreto, solo se le indicó realizar hemodiálisis de forma inmediata tras estudio de imagen. El paciente ha realizado desde entonces un tac abdominopélvico y una flebografía con tolerancia adecuada, sin manifestaciones compatibles con sialoadenitis.

**Caso 3.** Mujer de 22 años con diagnóstico de enfermedad renal crónica avanzada de etiología no filiada, trasplante renal con rechazo y reinicio de hemodiálisis (4 veces por semana), hiperparatiroidismo secundario, hipertensión arterial nefrogénica y cardiopatía isquémica. Desde hace 10 años cada vez que se le hace exploración radiológica con contraste iodado (los últimos estudios con iopromida), presenta 12-24 h después inflamación en ángulo mandibular, caras laterales del cuello, indolora, con disfagia leve y sequedad bucal. El estudio alergológico con los contrastes fue negativo como en los otros casos. En coordinación con el Servicio de Nefrología se recomendó hemodiálisis de forma inmediata a la realización del procedimiento diagnóstico con contrastes. Desde entonces no ha

repetido los episodios, tolerando flebografías posteriores sin reacción adversa.

## Discusión

La sialoadenitis por contrastes iodados es una patología poco frecuente que generalmente afecta a pacientes que sufren insuficiencia renal crónica, ya que la vía de eliminación del contraste está alterada. La mayor parte del yodo se elimina por vía renal y el remanente por las glándulas salivares, sudoríparas y lacrimales<sup>3</sup>, y la introducción de medios de contrastes no iónicos no elimina el riesgo de desarrollar la misma<sup>4</sup>. Este mecanismo provoca una acumulación del yodo inorgánico en el tejido glandular y la secreción salivar, y secundariamente un proceso inflamatorio con edema de la mucosa y obstrucción de los ductos resultando en una sialoadenitis<sup>3</sup>. Se desconoce con exactitud el mecanismo fisiopatológico implicado, aunque la probabilidad de desarrollar sialoadenitis es directamente proporcional a los niveles séricos de yodo (> 10 mg/100 ml) e inversamente relacionado con la función renal<sup>5</sup>. La evolución suele ser benigna, pero en ocasiones produce molestias variables en cuanto a tipo e intensidad. El manejo terapéutico incluye el tratamiento con AINE y diálisis. El uso de antihistamínicos y corticoides no parece de utilidad, ya que la inflamación no es derivada de mediadores de mastocitos o leucocitos<sup>6</sup> y en nuestros pacientes no aportó beneficios.

Se ha publicado la resolución acelerada de un caso con la utilización de diálisis<sup>7</sup>, sugiriendo que esta intervención se podría usar en los casos de afectación más grave<sup>3</sup>.

Los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada y en programa de hemodiálisis requieren con frecuencia la realización de fistulografías para valorar la permeabilidad vascular. En esta población, el uso de contrastes iodados en técnicas de imagen es prioritario.

En nuestros casos, la realización de hemodiálisis de forma inmediata (aproximadamente una hora) tras la administración de contrastes, fue eficaz y previno la aparición de sialoadenitis, por lo que esta actitud terapéutica debe ser valorada en el manejo de estos pacientes.

## Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Zhang G, Li T, Wang H, Liu J. The pathogenesis of iodide mumps: A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96:e8881.
2. Cohen JC, Roxe DM, Said R, Cummins G. Iodide mumps after repeated exposure to iodinated contrast media. *Lancet*. 1980;315:762-3.
3. Egan M, Maglione PJ. Multiple reasonably tolerated percutaneous coronary interventions in a patient with iodide mumps. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2015;115:253-4.
4. Christensen J. Iodide mumps after intravascular administration of a non-ionic contrast medium. Case report and review of the literature. *Acta Radiol*. 1995;36:82-4.
5. Capoccia L, Sbarigia E, Speziale F. Monolateral sialadenitis following iodinated contrast media administration for carotid artery stenting. *Vascular*. 2010;18:34-6.
6. Gilgen-Anner Y, Heim M, Ledermann HP, Bircher AJ. Iodide mumps after contrast media imaging: A rare adverse effect to iodine. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2007;99:93-8.
7. Kalaria VG, Porsche R, Ong LS. Iodide mumps: Acute sialadenitis after contrast administration for angioplasty. *Circulation*. 2001;104:2384.

Luis Alfredo González Guzmán<sup>a,\*</sup>, Ramón Núñez Orjales<sup>a</sup>, Joaquín Martín Lázaro<sup>a</sup>, Raquel López Rodríguez<sup>a</sup>, Nicola Giangrande<sup>b</sup> y Francisco Carballada González<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Alergología, Hospital universitario Lucus Augusti, Lugo, España

<sup>b</sup> Departamento de Alergología, Hospital Público da Mariña, Burela, Lugo, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alfredo1651@yahoo.es](mailto:alfredo1651@yahoo.es) (L.A. González Guzmán).

0211-6995/© 2024 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2024.01.001>