



Clínica cotidiana

Síndrome linfadenopático asociado a síndrome de fuga capilar como reacción adversa de la tercera vacuna Comirnaty frente al SARS-CoV-2

Emérito Peramato Martín^a, Manuel Jesús Luengo Martín^b, Elpidio García Ramón^{c,*},
 María José Refart Corral^d, Nerea García Granja^e, Esther Fernández Corral^a

^aCentro de Salud Benavente Norte. Benavente (Zamora). ^bCentro de Salud de Guijuelo (Salamanca). ^cGerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste. Valladolid. ^dCentro de Salud Benavente Sur. Benavente (Zamora). ^eCentro de Salud Huerta del Rey. Valladolid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de julio de 2022
 Aceptado el 28 de marzo de 2024
 On-line el 29 de mayo de 2024

Palabras clave:

Linfadenopatías
 Síndrome de fuga capilar
 Vacuna COVID-19

Keywords:

Lymphadenopathy
 Capillary leak syndrome
 COVID-19 vaccine

R E S U M E N

Presentamos un caso inusual, del que no hemos obtenido referencias de publicaciones o notificaciones anteriores tras una búsqueda intensa en las bases de datos en línea, incluyendo Scopus, Medline (Pub Med), Web of Science, Embase (Elsevier), Biblioteca Cochrane y Google académico.

Se trata de un paciente que, 30 días después de haber sido vacunado con la tercera dosis de Comirnaty, presentó un síndrome linfadenopático generalizado, acompañado de un síndrome de fuga capilar "menos grave".

Tras un estudio exhaustivo lleno de diagnósticos alternativos y vicisitudes, no pudo ser relacionado con ningún otro diagnóstico, por lo que creemos que esta es la primera comunicación de un síndrome linfadenopático asociado a síndrome de fuga capilar relacionado con la tercera dosis de la vacuna Comirnaty.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
 Publicado por Ergon Creación, S.A.

Lymphadenopathic syndrome associated with capillary leak syndrome as an adverse reaction to the third Comirnaty vaccine against SARS-CoV-2

A B S T R A C T

We present an unusual case, for which we have not obtained references to previous publications or notifications after an extensive search of online databases, including Scopus, Medline (Pub Med), Web of Science, Embase (Elsevier), Cochrane Library and Google Scholar.

This is a patient who, 30 days after being vaccinated with the third dose of Comirnaty, presented a generalized lymphadenopathy syndrome with a "less severe" capillary leak syndrome.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elpiyo127@hotmail.com (E. García Ramón).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2024.019>

2254-5506 / © 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

After an exhaustive study full of alternative diagnoses and vicissitudes, we could not be related to any other diagnosis, so we believe that this is the first report of a lymphadenopathy syndrome associated with capillary leak syndrome related to the third dose of the Comirnaty vaccine.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by Ergon Creación, S.A

Varón de 65 años de edad, operario de la construcción y recientemente jubilado. No ha tenido reacciones adversas a medicamentos ni intolerancias conocidas; no hábitos tóxicos.

Antecedentes patológicos: diabetes mellitus tipo 1 desde los 20 años, bien controlada; hipertensión arterial y dislipemia por hipercolesterolemia. Sigue tratamiento con candesartán/hidroclorotiazida (32/25 mg), simvastatina (20 mg), ezetimiba (10 mg), manidipino (10 mg), insulina basal (17 U cada 24 horas) e insulina rápida (7 U antes de las tres principales comidas). Ha sido vacunado con tres dosis de Comirnaty.

Un mes después de la última dosis comienza con un cuadro de sensación distérmica, febrícula de hasta 38 °, tos seca, disconfort faríngeo y congestión nasal. Se le practica RDT-Ag para el SARS-CoV-2, cuyo resultado es negativo. Unos días más tarde también se practica PCR, cuyo resultado es igualmente negativo. Más tarde se insiste con nuevas PCR con resultados también negativos.

La exploración física es totalmente anodina.

Se pauta tratamiento sintomático con paracetamol.

Dos días después acude al Servicio de Urgencias por ausencia de mejoría de los síntomas. Se pauta azitromicina 500.

Tres días más tarde, el paciente acude de nuevo a la consulta con la misma sintomatología, a la que se añaden disnea de esfuerzos moderados y aumento brusco de peso de hasta 5 kg, con aumento del perímetro abdominal e intensos edemas maleolotibiales.

Durante la exploración se aprecian adenopatías cervicales bilaterales de hasta 2 cm y supraclaviculares de hasta 1 cm.

En la exploración ecográfica de abdomen se aprecia derrame pleural bilateral, de predominio derecho, y esplenomegalia ligera.

En la exploración ecográfica del cuello se aprecian múltiples adenopatías laterocervicales bilaterales y supraclaviculares, de hasta 2,5 cm, de aspecto reactivo muy dudoso (casi imperceptible el hilio graso central).

Ante estos hallazgos clínicos y ecográficos decidimos enviar al paciente al hospital para valoración de ingreso.

Es ingresado en Medicina Interna. Tras múltiples analíticas con serología e inmunología infecciosa, pruebas de autoinmunidad, se descarta patología infecciosa y autoinmune.

Se le practica TAC de cuello y abdómino-pélvica, en las que se encuentran adenopatías laterocervicales bilaterales, adenopatías supraclaviculares izquierdas, axilares, mediastínicas, retroperitoneales y en la cadena iliaca izquierda; leve esplenomegalia (13,5 cm).

Se inicia tratamiento deplectivo con diuréticos por estado congestivo-edematoso y disnea.

El paciente no solo no mejora, sino que empeora (cifras tensionales bajas).

Ante la falta de respuesta se inicia tratamiento con corticoides y oxigenoterapia.

El frotis de sangre periférica, el estudio de médula ósea y el estudio molecular no son concluyentes para el diagnóstico de síndrome linfoproliferativo (primer diagnóstico de sospecha). No hay proliferación clonal B, hay algún linfocito atípico-virocítico. La B2-microglobulina asciende hasta 5.163, pero en una segunda determinación baja a 3.273.

Se descarta también tromboembolismo pulmonar mediante angioTAC.

El ecocardiograma es rigurosamente normal.

Todavía sin diagnóstico se decide abordar quirúrgicamente una adenopatía laterocervical por el servicio de ORL. Se traslada al paciente al quirófano y se le incide el cuello, pero no es posible encontrar adenopatía significativa en ese momento para biopsiar, por lo que no se completa el procedimiento.

Más tarde se realiza una punción-aspiración con aguja fina de un ganglio inguinal, que resulta negativa para malignidad.

Se contacta con el hospital de referencia para intentar el estudio de una adenopatía intratorácica, pero los ganglios ya están en regresión.

Con el tratamiento corticoideo y una dosis de 40 mg de furosemida, el paciente va mejorando progresivamente hasta ser dado de alta.

Actualmente está asintomático y sin ninguna adenopatía apreciable por exploración o pruebas de imagen.

Comentarios

La aparición de adenopatías locales en personas a las que se han administrado vacunas ARNm frente al SARS-CoV-2 fue ya documentada en los ensayos clínicos de estas vacunas. Su aparición está relacionada con el mecanismo inmunógeno de la vacuna, que determina la activación de linfocitos Th, con crecimiento y proliferación de los folículos germinales^{1,2}. También se ha observado una mayor proporción de linfadenopatías tras la administración de las terceras dosis³.

El *Pharmacovigilance Risk Assessment Committee* de la Agencia Europea del Medicamento, decidió añadir como efecto secundario de las vacunas de Janssen (Ad 26. CoV2.S), Moderna y Comirnaty el síndrome de fuga capilar, cuadro grave y extraordinariamente infrecuente caracterizado por hinchazón de brazos y piernas, súbita ganancia de peso e hipotensión⁴. Hasta ese

momento solo se habían reportado 55 casos en todo el mundo: 11 de Spikevax y 44 de Comirnaty, tras 559 y 2.000 millones de dosis, respectivamente.

El síndrome de fuga capilar sistémica, también denominado enfermedad de Clarkson⁵, en nuestro caso se comportó de manera menos grave que habitualmente. El grado de edematización alcanzado por el paciente en poco tiempo y no haber podido hallar un diagnóstico alternativo (sepsis, enfermedad cardiovascular, síndrome nefrótico, ni síndromes de hiper-viscosidad o poliadenopático), nos ha inducido a relacionarlo claramente con la tercera dosis de Comirnaty recibida.

El conocimiento de este diagnóstico es importante para la detección precoz de posibles casos en otros pacientes, en los que podamos tomar en consideración desde el principio este diagnóstico diferencial y, con ello, evitar pruebas precipitadas o no pertinentes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Polack PP, Thomas SJ, Kitchin N, Absalon J, Gurtman A, Lockhart S, et al. Safety and Efficacy of the BNT 162b2 mRNA Covid-19 vaccine. *N Engl J Med.* 2020; 383(27): 2603-15.
2. Prevention. CfDca. Local reactions systemic reactions, adverse events and serious adverse events: Pfizer-BionTech Covid-19 Vaccine. 2020. Disponible en: [https://www.cdc.gov/vaccines\(Covid-19/infobay: products/Pfizer/reactogenityhtml](https://www.cdc.gov/vaccines(Covid-19/infobay: products/Pfizer/reactogenityhtml)
3. 15º Informe de Farmacovigilancia sobre vacunación Covid-19. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. N° 15 Publicado: 25/05/2022.
4. European Medicines Agency. Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC). 2022.
5. Buj M, Morales-Vara G, Pedrosa Guerrero A, Alonso Cilia E. Síndrome de fuga capilar sistémica tras infección por el SARS-CoV-2 y tras la vacunación contra el Covid-19, una revisión de alcance a propósito de un caso. *Rev Clin Esp.* 2022; 222(6): 374-6.