

Linfadenopatías regionales tras inmunización con vacunas ARNm

18/01/2021

Respuesta del Experto a ...

Linfadenopatías regionales tras inmunización con vacunas ARNm

Pregunta

Me han puesto la vacuna de Pfizer de COVID y tengo 3 adenopatías axilares izquierdas bastante grande. En la consulta de Ginecología he mandado bastantes vacunas de Gardasil y recuerdo una paciente que la primera dosis tuvo linfadenitis, y en la segunda dosis tuvo una linfadenitis masiva que impidió poner la tercera dosis. Mi pregunta es si sería recomendable no ponerme la segunda dosis de Pfizer como consecuencia de esta reacción que he tenido.

Respuesta de José Antonio Navarro (18 de Enero de 2021)

Buen día.

Se ha descrito en los ensayos clínicos de las vacunas de mRNA (más frecuentes con las de Moderna) la linfadenopatía en los lugares de drenaje correspondientes al punto de inoculación (habitualmente axilar). En ellos, la duración promedio tras la primera dosis fue de 24 horas y de 48 horas tras la segunda. Debido al riesgo de exposición al SARS-CoV-2 es aconsejable la recepción de la segunda dosis para disponer de una óptima protección. Analgésicos y frío local es lo aconsejable.

La vacuna del Oxford Vaccine Group, AZD1222, administrada por vía intranasal reduce en monos la carga nasal del virus SARS-COV-2

18/01/2021

Investigadores de los *National Health Institutes* de los Estados Unidos y del *Jenner Institute* del Reino Unido han publicado en [preprint](#) un artículo sobre los resultados obtenidos con la vacuna frente al SARS-CoV-2 del *Oxford Vaccine Group*, AZD1222, aplicada por vía intranasal a hámsters sirios y a monos.

Los fundamentos de una vacuna intranasal vendrían derivados de disponer de una respuesta mucosa local que redujera o impidiera la replicación, y por tanto, la transmisión del virus, dado que las actuales vacunas se administran por vía intramuscular y generan potentes respuestas séricas IgG con escasa respuesta mucosa en vías respiratorias altas. A pesar de disponer de abundante literatura acerca de la respuesta sistémica a la infección natural, la concerniente a la inmunidad mucosa es muy limitada. En fluidos mucosos de pacientes con COVID-19 se detectan IgA, IgM e IgG específicas frente a S y frente a RBD, de donde surge la hipótesis de que la IgA secretora protege mayormente al tracto respiratorio superior y la IgG al inferior.

Los autores, por consiguiente, llevaron a cabo estudios preclínicos en hámsters y en primates no humanos que recibieron la vacuna AZD1222 por vía intramuscular, por vía intranasal o placebo intramuscular para enfrentarlos al virus SARS-CoV-2 que incluía la mutación D614G.

Se comprobó como la vacuna intranasal indujo en ambos animales respuestas robustas humorales y mucosas. En hámsters, además, tras el *challenge*, tuvieron una reducción en la excreción de virus y una protección completa del aparato respiratorio sin detección de ARN vírico, al compararlos con animales vacunados por la vía intramuscular. En monos, tras la provocación vírica, solo se observó ARN subgenómico y excreción de virus infeccioso en uno de cuatro animales. En estos animales, se detectó IgG e IgA en suero, en concentraciones similares a la de los vacunados por vía intramuscular, en muestras nasales y en el lavado broncoalveolar. Adicionalmente, se redujo la excreción vírica y la carga vírica en el lavado broncoalveolar y en el tracto respiratorio inferior. Todo ello hace pensar que para controlar de manera eficiente la excreción nasal del virus es necesaria una robusta respuesta humoral en esa mucosa.

Una vez desplegadas a escala mundial las campañas de vacunación frente a la COVID-19 será de crucial importancia investigar si las vacunas ya comercializadas proporcionan inmunidad esterilizante o, dicho de otra manera, si las personas vacunadas son todavía susceptibles a la infección del tracto respiratorio superior y por tanto a la transmisión mantenida del virus. Una vez que se ha demostrado que es posible generar inmunidad mucosa específica local tras la administración nasal de una vacuna, sería muy interesante investigar si los hallazgos de estos autores se pueden trasladar a la clínica.

Traducido y adaptado por José A. Navarro-Alonso M.D.

Pediatra. Comité Editorial A.E.V.

janavarroalonso@gmail.com

El virus de la gripe sin circular en España y en Europa

18/01/2021

El [Instituto de Salud Carlos III](#) ha actualizado su informe a 14 de enero sobre la vigilancia de la gripe en España que incluye el periodo de 4 a 10 de enero. Los resultados más destacables son que en la semana 01/2021 Andalucía, Cataluña y La Rioja han notificado al sistema información sobre infección respiratoria aguda (IRA). La tasa global en la semana 01/2021 fue de 180,0 casos de IRAs por 100.000 habitantes (190,7 casos por 100.000 habitantes en la semana 53/2020) con casos registrados en Andalucía, Cataluña y La Rioja. Desde el inicio de la temporada, Aragón ha notificado la detección de un virus A(H1N1) pdm09 no centinela en la semana 46/2020 y Castilla La Mancha la detección de tres virus de la gripe tipo B no centinela en la semana 49/2020.

En la Región Europea de la OMS la actividad gripal se mantiene en niveles de intertemporada y desde el inicio de temporada solo han salido positivas 2 del tipo A y 6 del B (3 Victoria y 1 Yamagata) de 12.999 muestras centinela enviadas.