

Anafilaxia por la vacuna de la COVID-19: ¿quién tiene riesgo?

Nota de la editora: Encuentre las últimas noticias y orientación acerca de la vacunación contra la COVID-19 en el [Centro de información sobre la vacuna contra el SARS-CoV-2](#).

Parte de la celebración y del entusiasmo por la aprobación de las vacunas de la COVID-19 ha quedado amortiguada por las notificaciones recientes de complicaciones alérgicas. Se han confirmado 21 casos de [anafilaxia](#) después de administrar 1,8 millones de dosis de la vacuna de *Pfizer/BioNTech* (1 de cada 87.000 inyecciones aproximadamente). Aunque los casos son infrecuentes, [el riesgo es bastante más alto que con otras vacunas](#) (1,3 por millón).^[1]

La mayoría de los episodios de anafilaxia ocurrió en los 30 minutos siguientes a la administración de la vacuna y respondió rápidamente al tratamiento. De los [21 casos notificados](#), cinco pacientes tenían alergia alimentaria y tres de ellos tenían también antecedentes de [alergia a fármacos](#).^[2] Doce pacientes habían presentado reacciones alérgicas previas a fármacos o a vacunas y uno presentaba alergias ambientales.

Con la vacuna de *Moderna* se han detectado [dos casos de tumefacción facial](#) diferida sin consecuencias relevantes. Actualmente *Centers for Disease Control and Prevention* de Estados Unidos recomienda un periodo corto de observación después de la vacunación en un centro sanitario con medios y preparación para tratar la anafilaxia.

¿Cuál es la causa más probable de estas reacciones y cómo podemos

preservar la seguridad de los pacientes? A continuación respondemos algunas preguntas que puede plantearse.

¿Son frecuentes las alergias a las vacunas?

La alergia a la vacuna es infrecuente. La causa de estas reacciones alérgicas infrecuentes a las vacunas no es el antígeno habitualmente, sino un excipiente (es decir, un aditivo, como antibiótico, conservante o potenciador). Las proteínas de la carne (gelatina, y con menos frecuencia, alfa-gal) son otras causas de reacciones mediadas por inmunoglobulina E a las vacunas con contenido más alto de gelatina (triple vírica y virus varicela zóster). Por tanto, en algunos pacientes la atopia (sobre todo la alergia alimentaria) puede ser un factor de riesgo de reacciones a ciertas vacunas. Por otra parte, la vacuna de la [influenza](#) cultivada en huevo contiene una cantidad tan pequeña de alérgeno del huevo que [no plantea problemas](#) ni siquiera a los pacientes con alergia grave al huevo.^[3]

¿Qué puede causar la anafilaxia por la vacuna de la COVID-19?

Hace poco tiempo [se ha señalado](#) que la causa de estas reacciones es polietilenglicol, un alérgeno conocido presente en las vacunas de *Moderna* y de *Pfizer* para estabilizar el ARN mensajero.^[4] Se ha identificado polietilenglicol como causa de reacciones a los productos de preparación para [colonoscopia](#), laxantes (como macrogol), corticoesteroides tópicos y parenterales, comprimidos con revestimiento de polietilenglicol y pasta de dientes. El peso molecular alto de polietilenglicol puede ser inmunógeno. La presencia de anticuerpos inmunoglobulina E e inmunoglobulina G contra estos excipientes y las pruebas cutáneas positivas apoyan este concepto.

¿Quién tiene riesgo de anafilaxia por la vacuna de la COVID-19?

No está claro y puede variar con cada vacuna de la COVID-19. Si aceptamos la premisa de que la causa puede ser polietilenglicol, los pacientes con antecedente de reacciones mediadas por inmunoglobulina E a un laxante, producto de preparación para colonoscopia u otros productos sanitarios que contienen polietilenglicol pueden considerarse de riesgo.

¿Cómo debe evaluar a los pacientes que pueden tener riesgo?

[Se han realizado](#) pruebas de pinchazo cutáneas e intradérmicas a polietilenglicol-3350 (polietilenglicol presente en el laxante macrogol) con resultados positivos en algunos pacientes con antecedente de anafilaxia por este producto.^[5] La prueba cutánea causó exantema urticarial leve con disnea y prurito difuso. Debido a que hay al menos cierta experiencia con la prueba cutánea con polietilenglicol, puede hacerse a los pacientes con antecedente dudoso de alergia a polietilenglicol. No obstante, se desconoce cómo actuar en otras circunstancias.

¿Cómo debemos tratar a los pacientes de riesgo alto?

Centers for Disease Control and Prevention de Estados Unidos recomienda que los pacientes que presentan reacción anafiláctica a la primera dosis de la vacuna de la COVID-19 [no deben recibir la segunda dosis](#). Si el diagnóstico es dudoso (por ejemplo, por posible reacción vasovagal después de la vacunación) la determinación de la [triptasa sérica](#) (o de SC5b-9, el complejo terminal del complemento) puede confirmar el diagnóstico de anafilaxia. Aconsejo interpretar el resultado de esta prueba con la colaboración de un alergólogo o un inmunólogo.

Un antecedente de reacción anafiláctica a cualquier polisorbato (como polietilenglicol) [es una contraindicación](#) de las vacunas de *Pfizer* y de *Moderna*.

¿Cómo debemos tratar a los pacientes con contraindicaciones de la vacuna?

La vacuna de la COVID-19 de *Johnson & Johnson* utiliza un vector adenoviral en vez de ARN mensajero. En los pacientes que pueden haber presentado anafilaxia después de la primera dosis, pero con dudas razonables de la reacción, el alergólogo puede realizar una prueba de raspado con provocación secuencial. Es discutible si merece la pena, porque la primera dosis de la vacuna tiene una eficacia moderada y hay una vacuna alternativa en el horizonte.

El Dr. Gary J. Stadtmauer es especialista en alergología e inmunología en Nueva York. Sus áreas de interés clínico son asma, eccema, tos crónica y sinusitis. Colabora con Medscape desde 2014.

Para más contenido siga a Medscape en [Facebook](#), [Twitter](#), [Instagram](#) y [YouTube](#).