



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

CARTA CIENTÍFICA

Insuficiencia suprarrenal aguda en paciente con panhipopituitarismo posterior a la vacunación contra la COVID-19 (BNT162b2 Pfizer-BioNTech)



Acute adrenal insufficiency in a patient with panhypopituitarism after vaccination against COVID-19 (BNT162b2 Pfizer-Biontech)

El proceso de vacunación de la población general frente a la COVID-19 (coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo) está en constante evolución en lo que respecta al conocimiento y aprendizaje, y a la eventual necesidad de combinar la evidencia y la experiencia clínica para responder a nuevas cuestiones. A propósito de ello presentamos este caso.

Se trata de una mujer de 73 años. Destacan como antecedentes personales un panhipopituitarismo secundario a un macroadenoma hipofisario, resecado quirúrgicamente en 1982, requiriendo posteriormente radioterapia y una nueva resección en 2004 por recidiva. Desde entonces recibe hidrocortisona sustitutiva, así como hormona tiroidea. Ha presentado varias crisis addisonianas, siendo la última en 2020 durante un ingreso por neumonía por COVID-19, que se relacionó con abandono del tratamiento y la condición de estrés agudo propia del proceso infeccioso. Destaca además un asma bronquial, cardiopatía isquémica y enfermedad renal crónica.

Acude a urgencias por un cuadro agudo de deterioro del estado de conciencia, con una hipoglucemia de 63 mg/dl objetivada en su domicilio, que posteriormente remonta con la administración de glucagón. A su llegada se muestra estuporosa, con mal estado general acompañado de hipotensión y dolor abdominal. La anamnesis inicial es dificultosa por el estado confusional de la paciente. Se comienza el tratamiento con reposición intravenosa de líquidos con solución glucosalina e hidrocortisona a dosis elevadas, con lo que se evidencia una rápida mejoría del cuadro con recuperación del estado de conciencia y normalización de la tensión arterial y la glucemia, e ingresa a cargo de endocrinología.

La paciente refiere haber estado tomando su medicación habitual y niega eventos que pudiesen actuar como factores precipitantes. Sin embargo, se constata que un día antes del inicio del cuadro se le administró la primera dosis de la vacuna contra la COVID-19 (Pfizer) que pudo haber desencadenado un cuadro subclínico pseudogripal, ya que la propia paciente lo describe como una intensa astenia pre-

via, sin haber aumentado las dosis de hidrocortisona. Esto lo convierte en el único antecedente relevante y posible detonante de la crisis addisoniana actual. Durante su ingreso se practicó un estudio analítico completo y sedimento de orina, sin identificarse procesos infecciosos interrecurrentes, además de una ecografía abdominal que fue normal. Ante la resolución del cuadro clínico y la normalidad de las pruebas complementarias se procede a dar el alta con ajustes del tratamiento basal y recomendaciones específicas de aumento de los requerimientos para la segunda dosis de la vacuna.

Sin embargo, nuevamente coincidiendo con la administración de dicha dosis, y sin objetivar otro posible desencadenante, requiere un nuevo ingreso hospitalario por clínica compatible con una nueva crisis adrenal (bajo nivel de conciencia con TCE, hipoglucemia, hipotensión y pico febril autolimitado) a pesar de cumplir las recomendaciones previas descritas, que la familia nos confirma. De manera similar experimenta favorable evolución posterior dándose de alta.

En la literatura disponible sobre la vacuna BNT162b2 reportan que los efectos adversos locales son relativamente frecuentes, principalmente después de la segunda dosis y en los primeros 2 días posteriores a la administración de la vacuna. También se ha identificado efectos generales como artralgias, astenia, mialgias y síntomas respiratorios leve-moderados, y en menor frecuencia reacciones anafilácticas¹. Además algunos estudios sugieren una mayor respuesta inmune y de frecuencia de los eventos adversos con la primera dosis en los pacientes que tienen como antecedente haber pasado la COVID-19 frente a los que no², como es el caso de nuestra paciente.

La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición reporta que los pacientes con insuficiencia suprarrenal no tienen un mayor riesgo de efectos adversos posterior a la vacunación, y recomiendan la administración de la misma como en el resto de la población general. No se contempla específicamente el aumento de la dosis de corticoide³.

Según una encuesta realizada a profesionales miembros de la *Pituitary Society Statement* la mayoría de los clínicos no sugieren aumentar dichos requerimientos con la vacunación, aunque pueden recomendarlo en el caso de desarrollar algún síntoma. Sin embargo, se reconoce que es preciso que haya más estudios que aporten evidencia a la necesidad o no de este incremento como profilaxis de posibles crisis addisonianas⁴.

En este caso la única situación identificada que justifica la crisis adrenal es la vacunación previa, la cual pudo haber causado una situación de estrés agudo que al no ser suplementada por dosis extra de corticoide provocó el cuadro

ya mencionado, sabiendo que la reacción posvacunal presenta una gran variabilidad interpersonal, desde molestias locales a cuadros pseudogripales autolimitados. Teniendo en cuenta lo descrito a nuestra paciente se le recomienda al alta supervisión de aumento de los requerimientos sustitutos cuando esté indicado, y la posibilidad de pauta de hidrocortisona parenteral previa a la administración de futuras dosis de vacunas de la COVID-19. En ciertas situaciones de estrés agudo se recomienda doblar o triplicar la dosis habitual de corticoides en este tipo de pacientes, siendo clara la indicación en casos de cirugía, infecciones graves o moderadas, vómitos, diarrea y fiebre de más de 38 °C. En situaciones más leves, como infección respiratoria de vías altas, fiebre menor de 38 °C y cuadros de malestar general es más controvertido, y puede no ser necesario en la mayoría de los pacientes⁵. Así mismo no hay una clara indicación de aumento de dosis previo a la administración rutinaria de vacunas, siendo necesarios más estudios en este aspecto, ya que los pacientes con insuficiencia adrenal autoinmune son candidatos a vacunación rutinaria para evitar infecciones graves que puedan desencadenar las mencionadas crisis.

Bibliografía

- Edwards KM, Orenstein WA. Vaccines to prevent SARS-CoV-2 infection (2021) En *Uptodate* [consultado 30 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-vaccines-to-prevent-sars-cov-2-infection>
- Astursalud.es [consultado 29 Abr 2021]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/1496836/Guia+Tecnica+vacuna+Pfizer>
- Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN). Información para pacientes con enfermedades endocrinas [consultado 30 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.seen.es/portal/informacion-sobre-enfermedades/glandulas-adrenales>
- Katznelson L, Gadelha M. Glucocorticoid use in patients with adrenal insufficiency following administration of the COVID-19 vaccine: A pituitary society statement. *Pituitary*. 2021;24:143–5.
- Araujo Castro M, Currás Freixes M, de Miguel Novoa P, Gracia Gimeno P, Álvarez Escolá C, Hanzu FA. SEEN guidelines for the management and prevention of acute adrenal insufficiency. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)*. 2020;67:53–60.

Javier González López^{a,*}, Dianis Escorcio Faria^b y María Riestra Fernández^c

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España

^b Servicio de Hematología, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España

^c Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javigonzalezlopez@usal.es (J. González López).

<https://doi.org/10.1016/j.endinu.2021.11.003>
2530-0164/ © 2021 SEEN y SED. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Hiperaldosteronismo no endocrino. Cuando las hormonas son actores secundarios



Non-endocrine hyperaldosteronism. When hormones are supporting players

El descubrimiento de una hipocaliemia persistente en una paciente joven sin evidencia de pérdidas autoinducidas o evidentes (por diuréticos, abuso de laxantes o vómitos) incluye la evaluación del eje renina-aldosterona. La detección de un exceso de aldosterona plantea un aldosteronismo primario como primera sospecha, pero incluye un amplio abanico diagnóstico no siempre evidente. Presentamos una paciente remitida a estudio por hipocaliemia con niveles muy elevados de aldosterona y mostramos su curso diagnóstico hasta el sorprendente diagnóstico final.

Paciente de 31 años enviada tras estudio en otro centro por detección de cifras bajas de potasio (K): 3,11 mmol/L en un episodio de mareo ortostático atendido en Urgencias. No presentaba antecedentes de interés, salvo asma tratada intermitentemente con inhaladores de budesonida. Aportaba un extenso estudio que incluía determinaciones analíticas, una colonoscopia normal, una TC abdominal con suprarrenales y riñones normales e incluso una consulta a psiquiatría remitida desde nefrología para descartar vómi-

tos subrepticios. Negaba el uso reciente de budesonida ni la toma previa o actual de diuréticos o laxantes. La exploración física era anodina, con fenotipo normal, índice de masa corporal (IMC) de 21 kg/m² y tensión arterial (TA) de 95/60 mm Hg, sin otros hallazgos de interés. Aportaba varias determinaciones de iones en plasma y orina, con cifras de potasio plasmático sin suplementar entre 2,85 y 3,3 mmol/L, calurias en el rango normal (40-55 mmol/24 h) y cifras de aldosterona plasmática muy altas con renina simultánea elevada. La determinación más reciente mostraba los siguientes valores: K 3,27 mmol/L; sodio (Na) 140 mmol/L; aldosterona ortostática 1.478 pmol/L (límite superior de la normalidad [LSN] 997); actividad plasmática de renina ortostática 11,9 ng/mL/h (LSN 4,8); diuresis de 1.650 mL con 188 mmol/24 h de Na y 45 mmol/24 h de K. Había recibido tratamiento empírico con espironolactona mal tolerada por mareos y poliuria. La reevaluación con 24 mEq/día de suplemento oral diario de potasio mostró una aldosterona ortostática de 1.680 pmol/L con renina (masa) de 352 mU/L (LSN 46,1) y K 3,6 mmol/L. Se solicitó un estudio ampliado en sangre y orina, manteniendo los suplementos de potasio, cuyo resultado se muestra en la [tabla 1](#). Ante los resultados, se planteó una posible pérdida renal con criterios compatibles con síndrome de Gitelman sin hipomagnesemia. La secuenciación del gen *SLC12A3* demostró una mutación en homocigosis (variante c.812T > C) en el gen *SLC12A3*, pre-