

---

# URTICARIA. CAUSAS Y TRATAMIENTO

---

Constanza Bedin, Pabla Roxana del Carmen Gimenez  
Dra. Gisela Bedin

## Resumen

La urticaria tiene gran variedad de presentaciones clínicas y causas. Se caracteriza por la presencia de ronchas o placas eritematosas, edematosas, transitorias de diferente tamaño. Es una de las enfermedades dermatológicas más frecuentes. Se clasifica de acuerdo con el tiempo de evolución, en aguda (menos de 6 semanas) o crónica (más de 6 semanas). Se calcula que la urticaria aguda afecta a 20% de la población a escala mundial. Diversos estudios recientes en este campo han contribuido considerablemente al entendimiento de la patogenia de la urticaria. Las estrategias de manejo incluyen medidas no farmacológicas y medicamentos, éstos se encuentran agrupados en drogas de primera línea (antihistamínicos), de segunda línea (corticosteroides y anti leucotrienes) y de tercera línea (inmunomoduladores). Este trabajo revisa los tipos de urticaria, sus causas, la patogenia y su manejo.

**Palabras clave:** Urticaria, Causas, Tratamiento.

## Summary

Urticaria has diverse clinical presentations and causes. It is characterized by wheals or transient edematous red spots that vary in size and shape. Based on its temporal evolution, urticaria is classified as acute (less than 6 weeks) or chronic (more than 6 weeks). It is estimated that acute urticaria occurs in 20% of the world's population. Further studies in this field in the recent past have contributed considerably in understanding the pathomechanism of urticarias in a better way. Urticaria is classified based on its temporal evolution as acute (less than 6 weeks) or chronic (more than 6 weeks). Management strategies may involve non-pharmacological measures and drug interventions, which are grouped into first- (antihistamines), second- (corticosteroids and anti-leukotrienes) and third-line therapies (immunomodulators). This article reviews the types of urticaria, its causes, pathophysiologic basis and current approaches in its management.

Key Words: Urticaria, Causes, Treatment

## INTRODUCCION

La urticaria se define como un síndrome reaccional de piel y mucosas caracterizado por edema y ronchas pruriginosas ocasionadas por edema vasomotor transitorio y circunscrito de la dermis que dura algunas horas; puede ser recidivante y de origen inmunológico, no inmunológico o desconocido.<sup>1</sup> La lesión elemental es una pápula edematosa dérmica (roncha).<sup>2</sup> El angioedema se manifiesta típicamente como un edema asimétrico causado por la presencia de plasma dentro de tejido celular subcutáneo y mucosas.<sup>1</sup>

**Objetivos.** La presente revisión tiene como objetivos actualizar conceptos sobre la enfermedad, evaluar sus causas y definir sus líneas de tratamiento.

## MATERIAL Y METODOS

Para la realización del siguiente trabajo se utilizaron la base de datos MEDLINE a través del buscador PUBMED y de La Biblioteca Cochrane Plus. Fueron seleccionados artículos de Pediatrics, Anais Brasileiros de Dermatologia y del Indian Journal of Dermatology. Las palabras clave para la búsqueda de artículos fueron: urticaria aguda, crónica, clasificación, tratamiento.

## DESARROLLO

Se produce por una vasodilatación y aumento de la permeabilidad de los capilares de

la dermis, que permiten la extravasación del suero en el tejido circundante. Cuando la urticaria es de tipo inmunológica se acompaña de síntomas generales de hipersensibilidad.

## Clasificación

La urticaria se puede clasificar de acuerdo con diferentes parámetros: 1) según la evolución: en aguda o crónica; 2) según el cuadro clínico: en urticaria ordinaria (urticaria propiamente dicha), urticaria física (por estímulo detonador), urticaria por contacto (inducida por un contacto químico o biológico) y angioedema (sin ronchas), en el cual el espectro de las manifestaciones clínicas de los diferentes tipos es muy amplio; y 3) según el mecanismo potencial de su desarrollo: inmunológico, no inmunológico, mediada por el complemento, o bien urticaria autoinmune.<sup>3</sup>

## Clasificación por evolución

La *urticaria aguda* se define tradicionalmente por la presencia de ronchas de forma espontánea, casi la mayoría de los días, por menos de seis semanas.<sup>4</sup> La *urticaria crónica* se define como la presencia de ronchas de forma espontánea por más de seis semanas, diariamente o casi la mayoría de los días de la semana.<sup>4</sup> El tiempo es importante, ya que la evaluación de las urticarias aguda y crónica es diferente.

La urticaria aguda es una entidad común y se calcula que ocurre en 20% de la población mundial. Su causa puede identificarse con relativa frecuencia. La mayoría de los casos puede atribuirse a infecciones virales, especialmente del tracto respiratorio superior, medicamentos o alimentos.<sup>2</sup> Su prevalencia es más alta en personas con enfermedades atópicas.<sup>5</sup> En niños preescolares los alérgenos más comunes son huevo, leche, salsa, nueces y trigo (cereal), mientras que en niños mayores son pescado, mariscos, nueces y maníes.<sup>6</sup> La urticaria crónica se presenta con menor frecuencia en niños, en comparación con los adultos, y es necesaria una evaluación más extensa, debido a que puede ser una manifestación de enfermedad sistémica (gastritis, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), enfermedades autoinmunes y neoplasias) o infecciones virales (virus de la hepatitis A y B, citomegalovirus, virus Coxsackie); bacterianas (*Streptococo* y *Helicobacter pylori*);<sup>3</sup> parasitarias (*Giardia lamblia*, áscaris, strongiloides, *Entamoeba histolytica* y *Trichinella*) o fúngicas (*Tricophyton sp* y *Candida sp*) de forma excepcional. Cuando la causa de la urticaria no es identificada se considera como urticaria idiopática.<sup>1</sup>

### Cuadro clínico

Las *urticarias físicas* comprenden de 20% a 30% de los casos de urticaria crónica. Dentro de los detonantes físicos que inducen urticaria se incluyen estímulos mecánicos, térmicos, ejercicio, exposición solar y exposición al agua.<sup>4</sup>

El *dermografismo* es la urticaria física de tipo mecánico más común y afecta de 2% a 5% de la población. La fricción de la piel activa la formación de ronchas que se disponen de forma lineal en unos cuantos minutos posteriores al estímulo y persisten de 30 minutos a dos horas. Se cree que es mediado por la IgE, pero no se ha identificado un alérgeno.<sup>2</sup>

La *urticaria colinérgica* se caracteriza por la presencia de ronchas pequeñas y transitorias que se exacerban por calor, ejercicio, ropa oclusiva o factores emocionales. Puede ser confundida con anafilaxia inducida por ejercicio, debido a que dentro de los síntomas que la acompañan se encuentran angioedema, mareo y síncope. Se ha propuesto como mecanismo patogénico la activación de mastocitos secundaria a agentes liberadores por el sistema nervioso colinérgico.<sup>1</sup>

La *urticaria adrenérgica* es extremadamente rara. Las ronchas son eritematosas, puntiformes y con un halo blanco; en contraste con las presentes en la urticaria colinérgica, que presentan un halo eritematoso. Se desencadenan por estrés y no por ejercicio o incremento de la temperatura corporal.<sup>1</sup>

La *urticaria por presión retardada* puede ocurrir después de la aplicación de presión a la piel (por 20 minutos). Afecta predominantemente palmas, plantas y nalgas. A pesar de que puede llegar a ser incapacitante, su mecanismo de acción es desconocido.<sup>2</sup>

La *urticaria por calor* se presenta por el contacto directo de la piel con objetos o aire caliente. Los rangos de temperatura desencadenante varían de 38°C a más de 50°C.<sup>4</sup>

La *urticaria por frío* es inducida por exposición a bajas temperaturas (aire, agua, objetos, alimentos o bebidas). Aunque el mecanismo aún no es claro, se postula que están involucrados factores séricos, como los anticuerpos. La "prueba al frío" se realiza al colocar un cubo de hielo en el antebrazo por cuatro minutos, desencadenando el desarrollo de urticaria durante el recalentamiento.<sup>4</sup> La urticaria por frío se subdivide en: adquirida y familiar. 1) El tipo adquirido se subdivide en aquellas con prueba al frío positiva (+) y con prueba al frío negativa. La urticaria al frío primaria afecta a pacientes con edades que varían de los tres meses a los 74 años de edad. 2) El tipo familiar tiene una herencia autosómica dominante. La historia natural de los diferentes tipos de urticaria al frío es la resolución espontánea después de cinco a nueve años. El objetivo principal del manejo es limitar la exposición al frío para prevenir el cuadro durante los meses de invierno o al realizar actividades acuáticas.<sup>4</sup>

La *urticaria solar* se desarrolla pocos minutos después de la exposición a la luz solar. Se clasifica de acuerdo con la longitud de onda de luz, induciendo urticaria las longitudes de onda que van de los 2 800 a los 5 000nm. Su mecanismo se basa en la activación de una molécula precursora, que con exposición a longitudes de onda de luz particulares se convierte en fotoalérgeno.<sup>4</sup>

En la *urticaria acuagénica*, el contacto con el agua precipita lesiones urticarianas pequeñas, desconociéndose aún su mecanismo de acción. Se puede demostrar aplicando una toalla húmeda a la piel del tronco durante 30 minutos.<sup>4</sup>

### Mecanismos fisiopatogénicos

La urticaria, según el mecanismo fisiopatogénico potencial, se clasifica en urticaria inmunológica, no inmunológica, mediada por el complemento y urticaria autoinmune.<sup>2</sup>

La urticaria inmunológica está caracterizada por una hipersensibilidad mediada por IgE. El entrecruzamiento de la proteína de la IgE localizada en la superficie del mastocito o basófilo resulta en la liberación de mediadores inflamatorios (histamina, leucotrienos, prostaglandina D2, factor activador de plaquetas, factor quimiotáctico de eosinófilos de anafilaxis y factor liberador de histamina), donde la histamina es

el mediador principal que desencadena edema y urticaria.<sup>1</sup> Los detonantes principales de la respuesta mediada por IgE son medicamentos, como penicilina, veneno de hormigas, los alimentos, como leche o huevo, y las transfusiones.<sup>3</sup>

La urticaria no-inmunológica se caracteriza por la degranulación de mastocitos por otros mediadores no-IgE como estímulos físicos, químicos (alcohol y material de contraste), medicamentos ( morfina, codeína, vancomicina, tiamina) y alimentos (frutillas y pescado).<sup>3</sup>

En la urticaria mediada por complemento, las proteínas del complemento, como C4a, C3a y C5a (anafilatoxinas), pueden estimular directamente los mastocitos. En el lupus eritematoso sistémico, enfermedad del suero y angioedema adquirido, los complejos inmunes circulantes pueden activar la cascada del complemento e incrementar estas proteínas.<sup>3</sup>

### Diagnóstico diferencial

El eritema polimorfo, la urticaria vasculitis, los mastocitomas, la dermatitis herpetiforme y la urticaria pigmentosa (mastocitosis), erupción polimorfa solar tienen una presentación similar a la urticaria.<sup>2</sup>

### Evaluación y Diagnóstico

La historia clínica es la herramienta diagnóstica más importante en la evaluación de la urticaria.<sup>3,4</sup> El uso de un cuestionario detallado puede mejorar la identificación de la causa, seguido de un abordaje sistemático para la clasificación de la urticaria, así como para la determinación de la conducta terapéutica y el pronóstico. Pruebas de laboratorio fundamentalmente en las crónicas, complementemia y dosajes de inmunoglobulina E. Pruebas cutáneas y Físicas.<sup>7</sup>

Está demostrada la relación entre la auto-inmunidad en la urticaria crónica y la infección por *H. pylori*.<sup>8</sup> En más del 20 % de pacientes con urticaria crónica refractaria al tratamiento fueron encontrados altos títulos de anticuerpos antitiroideos (antiperoxidasa y antitiroglobulina)<sup>3</sup>

### Tratamiento

#### Medidas generales

De ser posible se debe eliminar la causa desencadenante (alimentos, aditivos, fármacos, frío, calor, picaduras, etc).<sup>2</sup>

Se debe implementar una dieta de eliminación suspendiendo por 10 días los alimentos que contienen polipéptidos o haptenos altamente antigénicos (nueces, pescados y mariscos) y los que favorecen la liberación de histamina (chocolate, frutillas, huevo, café, mariscos y lácteos).<sup>2</sup>

A los 10 días se comienza a incorporar un alimento cada 3 días, observando si reapare-

cen las lesiones, en cuyo caso se debe suprimir de la dieta.<sup>2</sup>

En diversos estudios realizados sobre la evitación de alimentos potencialmente antigénicos en la dieta de las mujeres embarazadas no fue demostrado un efecto protector sobre la incidencia de dermatitis atópica y urticaria en el lactante.<sup>9</sup>

Hay que recordar que las urticarias físicas comprenden de 20% a 30% de los casos de urticaria crónica. Para los pacientes con urticarias físicas es útil la identificación de los agentes detonantes de la enfermedad para evitarlos, lo cual es casi siempre el único tratamiento necesario, aunque en algunos casos se necesitan tratamientos específicos adicionales.<sup>3</sup> Para el dermatografismo severo, una ingesta regular de cualquier antihistamínico no sedante produce un alivio total de los síntomas.<sup>2</sup> La urticaria adrenérgica responde al tratamiento con beta-bloqueadores, los cuales se pueden utilizar tanto para realizar el diagnóstico como para prevenir los ataques.<sup>2</sup> La urticaria por presión tiene poca respuesta a antihistamínicos y requiere tratamiento con corticosteroides y AINES. El ketotifeno, un estabilizador de los mastocitos, ha mostrado ser eficaz en el tratamiento de las urticarias colinérgica y por frío; en esta última la ciproheptadina y la doxepina también han mostrado ser efectivas.<sup>1</sup> Los efectos adversos incluyen aumento del apetito, ganancia de peso y somnolencia. El tratamiento de la urticaria solar consiste en evitar la exposición a la luz solar, uso de ropa protectora y pantallas solares. El tratamiento de la urticaria acuagénica comprende barreras protectoras y tratamiento previo con antihistamínicos.<sup>1</sup>

Los antihistamínicos (activos en el receptor H1) son el punto clave para el tratamiento de la urticaria aguda y crónica. Los objetivos son aliviar el prurito, suprimir la formación de ronchas y maximizar la realización de actividades diarias.<sup>4</sup> Los antagonistas de segunda generación H1 son considerados generalmente la primera opción de tratamiento. Éstos tienen poca penetración al SNC y no producen letargia. Los más utilizados son loratadina, ceterizina, desloratadina, fexofenadina, astemizol y epinastina.<sup>3</sup>

En Europa la misolastina ha sido efectiva en el tratamiento de la urticaria crónica idiopática y de la urticaria al frío primaria adquirida.

Los corticosteroides (CE) son efectivos para reducir la severidad de la urticaria, aunque se recomiendan dosis bajas en episodios agudos refractarios a antihistamínicos de 0.5 a 1mg/kg/día. Los CE se reservan para casos de urgencia: reacciones anafilácticas que comprometen la vida del paciente, en el angioedema de mucosas y en las urticarias severas. Pueden ser suficientes dosis bajas de 5mg de

prednisona (o equivalentes) diarias o en días alternos.<sup>6</sup>

En la 2da línea de tratamiento también se encuentran los antileucotrienes: montelukast (10 mg diarios) y zafinlukast (20 mg 2 veces al día) están indicados en urticarias crónicas, en casos agravados por el uso de AINES y aditivos de alimentos.<sup>10</sup>

La inmunoterapia (plasmaféresis, interferón-a, IG IV y ciclosporina) se utiliza en pacientes con una enfermedad incapacitante crónica y particularmente si ya son dependientes de esteroides.<sup>6</sup>

## CONCLUSION

La urticaria tiene diversas presentaciones clínicas y causas. Es una de las dermatosis más frecuentes, fundamentalmente en personas alérgicas o atópicas. Las causas más frecuentes son algunos alimentos, drogas e infecciones. Dentro de las pautas de tratamiento se encuentran medidas generales como la dieta de eliminación y las farmacológicas divididas en tres líneas de tratamiento

## BIBLIOGRAFIA

- 1- Yadav S, Upadhyay A, Bajaj A. Chronic urticaria: An overview. IJD [en línea] 2006 [fecha de acceso 4 de marzo de 2007];51-3:171-177. Disponible en: <http://www.e-ijd.org/article.asp?issn=0019-5154;year=2006;volume=51;issue=3;spage=171;epage=177;aulast=Yadav>
- 2- Woscoff A, Kaminsky A, Marini M, Allevato M. Dermatología en Medicina Interna. Buenos Aires, Edición de los Autores, 2003: 24-27.
- 3- Criado PR, Fachini Jardim Criado R, Maruta C, Costa Martins JE, Rivitti E. Urticaria. An.Bras.Dermatol 2005, v.80 n.6: 183-185.
- 4- Cabrera HN, Gatti CF. Dermatología de Gatti-Cardama. 12ª Ed. Buenos Aires: El Ateneo, 2003: 108-112.
- 5- Hari Sai Priya V, Anuradha B, Vijayalakshmi VV, Latha Suman G, Murthy KJR. Profile of food allergens in urticaria patients in Hyderabad. IJD [en línea]2006 [fecha de acceso 4 de marzo de 2007] Disponible en: <http://www.e-ijd.org/article.asp?issn=0019-5154;year=2006;volume=51;issue=2;spage=111;epage=114;aulast=Hari>
- 6- Burks W. Skin Manifestations of Food Allergy. PEDIATRICS [en línea]2003[fecha de acceso 4 de marzo de 2007] Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/111/6/S2/1617>
- 7- Sugey Vera-Izaguirre D, González-Sánchez PC, Domínguez-Cherit. Urticaria crónica. Revisión. DCMQ [en línea] 2005 [fecha de acceso 27 de febrero de 2007] URL disponible en: <http://www.dcmq.com.mx/num0701/revisiones.html>
- 8- Cuevas Acuna MT, Lopez Garcia AI, Paz Matrínez D, Galindo Garcia JA y col. Frequency of Helicobacter pylori infection in patients with chronic urticaria of Puebla University Hospital. Rev. Alerg. Mex. 53(5): 174-8
- 9- Kramer MS, Kakuma Evitación de antígenos en la dieta materna durante el embarazo o la lactancia para la prevención o el tratamiento de la enfermedad atópica en niños. (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus [en línea] 2007 [fecha de acceso 27 de febrero de 2007] URL disponible en: <http://www.update-software.com/AbstractsES/ab000133-ES.htm>
- 10- Sanada S, Tanaka T, Kameyoshi Y, Hide M. The effectiveness of montelukast for the treatment of anti-histamine-resistant chronic urticaria. SPRINGERLINK [en línea] 2005 [fecha de acceso 4 de marzo de 2007] Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/w0724274668lu4m6/fulltext.html>
- 11- Kozel MM, Sabroe RA. Chronic urticaria: aetiology, management and current and future treatment options. Drugs, 2004; 64 (22):2515-36.