

URTICARIA

Nathalia Malvehy H
Residente de dermatología
Universidad del Valle

Generalidades

- **Epidemiología:**

- Afecta el 20% de la población
 - 2/3 de las urticarias son agudas y autolimitadas

- **Manifestaciones:**

- **Habones:** se producen por edema en dermis superficial, en urticaria no vasculítica duran menos de 24h y no dejan hiperpigmentación residual
 - Es mediada por la degranulación mastocitos en la dermis superficial
 - Los basófilos también participan en la liberación de mediadores inflamatorios
 - Mediadores inflamatorios en urticaria: histamina, intermediarios que producen vasodilatación.
 - **Angioedema:** se produce por edema en la dermis profunda, submucosa o tejido celular subcutáneo



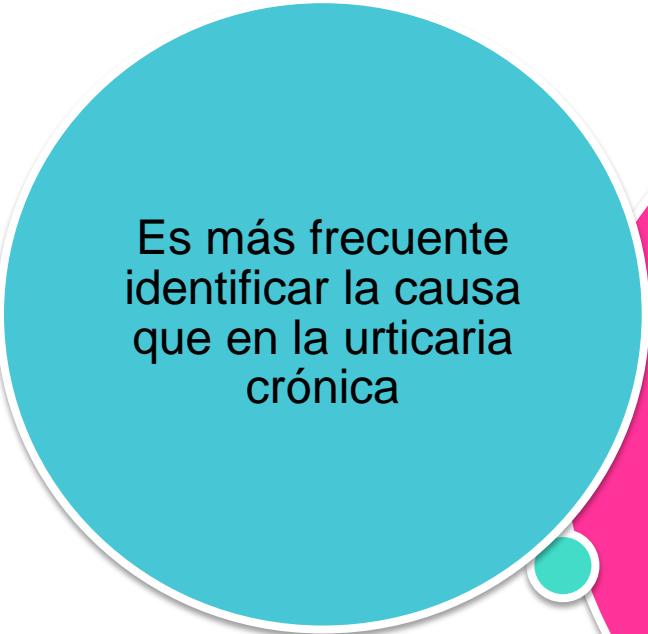


Clasificación

	Urticaria Crónica		Otras formas de urticaria		
Urticaria Aguda	Autoinmunitaria (55%)	Idiopática (45%)	Vasculitis urticariana	Urticaria física	Urticaria por contacto

URTICARIA AGUDA

Generalidades



Es más frecuente identificar la causa que en la urticaria crónica



Duración menor a 6 semanas



Representa el 60% de los casos de urticaria

Causas de urticaria aguda



Causas de urticaria aguda: infecciones

80% de las urticarias agudas en niños (formación de inmunocomplejos y activación del complemento)

Virales:

- Pródromo de HAV, HBV, HCB
- Manifestación inicial de VIH
- Asociación de infecciones virales en niños y uso de antibióticos: picornavirus, coronavirus, VSR, entre otros

Bacterianas:

- La urticaria aguda refractaria a antihistamínicos pero respondedora a azitromicina se ha asociado con mycoplasma pneumoniae

Parasitarias:

- Ancilostoma, estrongiloides, filarias, echinococcus, trichinella, toxocara, fasciola, schistosoma mansoni, blastocystis hominis, anisakis simplex

Causas de urticaria aguda: Hipersensibilidad Tipo I

Ocurre minutos a par horas tras la exposición al alérgeno

Picaduras de himenópteros

Exposición al látex: puede simular vaginitis

Alimentos:

- leche, maní, huevo, nueces, soya y trigo son más frecuentes en niños
- Pescado, mariscos y maní son más frecuentes en adultos

Causas de urticaria aguda: Activación de mastocitos

No medida por IgE

Narcóticos (opioides, dextrometorfan)

Relajantes musculares: atracuronio, vecuronio, succinilcolina

Medios de contraste

Alimentos (pseudoalergenos): tomates, fresas, entre otros

Paracídnicos: 2 enfoques

Europeo:

- No se recomiendan, a menos que haya otros síntomas que sugieran enfermedad de base o urticaria vasculítica

Americano:

- Se recomienda estudio básico para identificar 1/3 de los pacientes que tendrán urticaria crónica como resultado de una enfermedad de base:
 - Hemograma
 - Transaminasas
 - VSG
 - Uroanálisis
 - IgE específica si se sospecha etiología alérgica



Tratamiento

Antihistamínicos H1:

- Son la primera línea de tratamiento
- Se prefieren los de 2da. generación por mejor perfil de seguridad
- Embarazadas: loratadina, cetirizina o clorfeniramina
- Lactancia: loratadina o cetirizina

Anti H2: ranitidina, famotidina, cimetidina

- La evidencia es débil, pero hay estudios que soportan la mejoría más rápida cuando se combinan con antiH1

Glucocorticoides: ciclo corto

- No inhiben la degranulación del mastocito, pero controlan otros factores inflamatorios asociados
- Indicación: síntomas severos o persistentes, angioedema asociado
- Dosis de prednisolona o equivalente → 30-60 mg/día por 5-7 días (0,5-1 mg/kg/día)

URTICARIA CRÓNICA

Epidemiología



1-2% de la población general

Mas frecuente en mujeres → 2:1

3-5 décadas de la vida

El 50% de los casos remiten después del primer año y el 85% después de los 5 años

40% tienen angioedema asociado



Manifestaciones

Definición:

- Duración mayor a 6 semanas
- Cada habón dura menos de 1 día
- Sin causa identificable en 80% de los casos
 - Las causas internas se identifican solo en 1.6% de los casos con paraclínicos

Factores agravantes:

- Físicos: calor, ropa apretada,
- AINES: empeoran los síntomas en 25-50% de los pacientes
- Estrés
- Cambios en la dieta
- Alcohol



Clasificación

Urticaria crónica autoinmunitaria (30-60%):

- Prueba de suero antólogo positiva
- Diferentes mecanismos:
- Autoanticuerpos de tipo IgG dirigidos contra la subunidad α de la IgE
 - Activación de fracción C5a del complemento -> activación de mastocitos
 - Hiperactividad de los mastocitos

Urticaria crónica idiopática (45%)

Comorbilidades frecuentes

Tiroiditis autoinmune

- El 12-30% de los pacientes tienen anticuerpos anti-tiroideos: anti-microsómicos y anti-tirotoglobulina → sin embargo la mayoría de pacientes con autoanticuerpos anti-tiroideos tienen función tiroidea normal

Vitíligo

Diabetes

Enfermedad celíaca

Artritis reumatoide, LES, Anemia perniciosa

Evaluación

Evaluación básica

- Hemograma
- VSG
- PCR

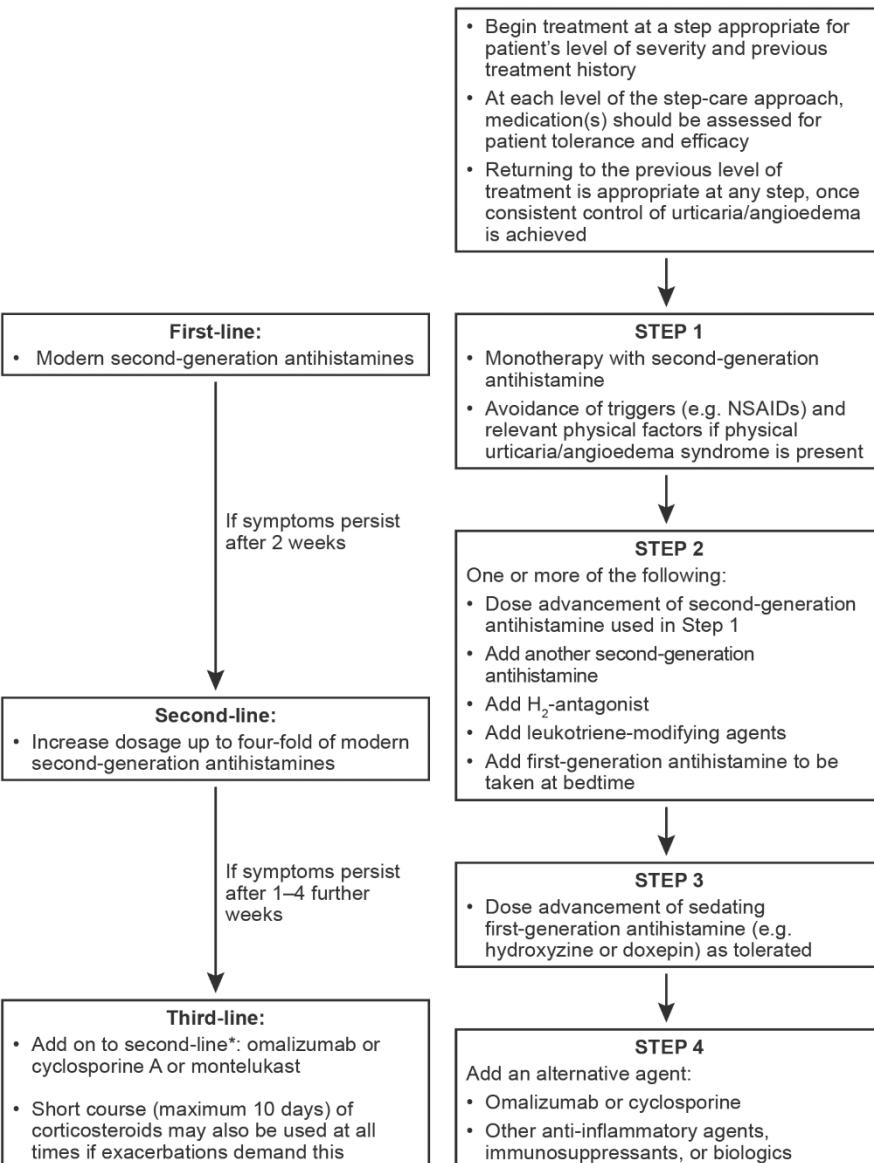
Evaluación adicional guiada según sospecha

- Enfermedades infecciosas: Helicobacter Pylori, parásitos, entre otras
- IgE específica para alergias
- Anticuerpos funcionales
- Perfil tiroideo: TSH y autoanticuerpos
- Retiro de medicamentos sospechosos: AINES
- Dieta libre de pseudoalergenos por 3 semanas
- Triptasa sérica
- Test de suero autólogo
- Biopsia de piel



A

B



Tratamiento

Urticaria crónica espontánea refractaria: no completa resolución de los síntomas con antihistamínico a pesar del aumento en la dosis hasta 4 veces

Fig. 2. Chronic urticaria treatment algorithm. A) European Academy of Allergy and Clinical Immunology/Global Allergy and Asthma European Network/ European Dermatology Forum/World Allergy Organization (EAACI/GA²LEN/EDF/WAO) international guidelines and B) the US practice parameters for the diagnosis and management of chronic urticaria (CU). NSAID: non-steroidal anti-inflammatory drug. Adapted from Bernstein et al. (2).

Beck, L. A., Bernstein, J. A., & Maurer, M. (2017). A review of international recommendations for the diagnosis and management of chronic urticaria. *Acta Dermato-Venereologica*, 97(2), 149–158

VASCULITIS URTICARIANA

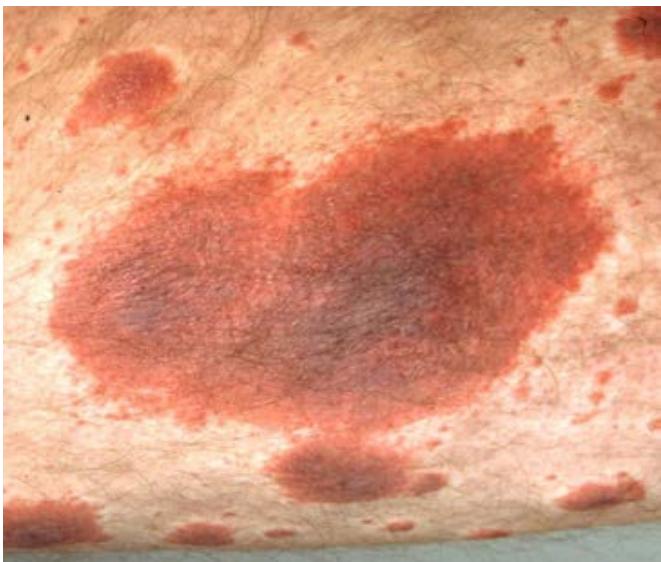
Generalidades

Se define por la presencia de 2 componentes:

- Manifestaciones clínicas de urticaria
 - Los habones tienen una duración mayor a 24 horas, pueden ser dolorosos y generalmente resuelven con hiperpigmentación residual
- Evidencia histopatológica de vasculitis leucocitoclástica de pequeños vasos
 - Compromete principalmente las vénulas postcapilares



Epidemiología



Causas

Idiopática

Medicamentos:
• Infliximab
• Ácido hialurónico

Autoinmunidad

Infecciones:
• HBV
• HCV

Neoplasias



Clasificación

Manifestaciones con espectro amplio que va desde urticaria con escasas manifestaciones de vasculitis hasta vasculitis con compromiso sistémico y escasas manifestaciones de urticaria

Vasculitis urticariana normocomplementemica

- Forma de presentación más leve

Vasculitis urticariana hipocomplementemica:

- Enfermedad cutánea sin manifestaciones sistémicas

Síndrome de vasculitis urticariana hipocomplementemica

- Urticaria > 6 meses
- Hipocomplementemia
- Síntomas sistémicos: artralgia / artritis, epiescleritis / uveítis, glomerulonefritis, dolor abdominal recurrente

Manifestaciones clínicas

Más prurito que dolor: 30% de los pacientes reportan dolor o ardor

La duración de los habones es > 24 h en el 60% de los pacientes

hiperpigmentación residual -> 35%

Al hacer vitropresión se ve una mácula hiperpigmentada central → púrpura y vasculitis subyacente

Lesiones asociadas:

- Angioedema 51%
- Purpura 35%
- Livedo reticularis 14%



Síntomas sistémicos

Síntomas constitucionales
56%

Musculoesquelético 82%

- Artralgias / arthritis
- Artropatía de Jaccoud
- Miositis subclínica

Ocular 56%

- Epiescleritis
- Uveítis
- Conjuntivitis

Pulmonar 19%

- Asma
- Pleuritis
- Derrame pleural
- Hemoptisis
- Tos
- Disnea

Renal 14% → hematuria / proteinuria

- Glomerulonefritis proliferativa
- Vasculitis focal necrotizante
 - Nefritis tubulointersticial

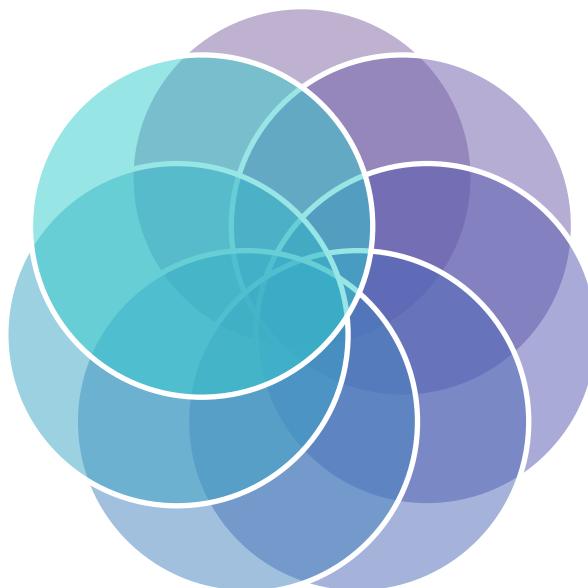
ParACLÍNICOS

↑ VSG: no
relacionada con
la severidad

Serología para
hepatitis
virales: B y C

Uroanálisis

Hemograma



↓
complemento:
C1q, C3 y C4

Niveles
normales de
C1q-inhibidor

ANAs positivos

- Anti dsDNA:
negativo

Tratamiento

Sintomático:
Antihistamínicos
(anti-H1)

No modifican el curso de la enfermedad

Control de síntomas

Glucocorticoides:

- 0,5-1 mg/kg/día hasta lograr el control de los síntomas
- Son la base del tratamiento

Tratamiento adyuvante:

Compromiso leve-moderado:

- Dapsona: 50-100 mg/día
 - Monoterapia en presentaciones leves
 - En combinación con glucocorticoides en presentación moderada
- Colchicina: 0,5-1,5 mg/día
 - Como alternativa a la dapsona
- Hidroxicloroquina: 200-400 mg/día
 - Pacientes con compromiso cutáneo limitado

Compromiso moderado-severo:
síntomas refractarios o que amenazan la vida

- Micofenolato mofetil, metotrexate, azatioprina, ciclosporina A, biológicos (Rituximab, anakinra, canakinumab, omalizumab)

URTICARIA FÍSICA



Clasificación

Urticaria física:

Dermografismo	Urticaria por presión	Angioedema vibratorio	Urticaria por frío	Urticaria colinérgica	Urticaria por calor local	Urticaria solar	Anafilaxia inducida por ejercicio	Urticaria adrenérgica	Urticaria acuagénica
---------------	-----------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------	-----------------------------------	-----------------------	----------------------

Dermografismo

- Forma más frecuente de urticaria física
- Aparición de habones en el sitio donde se ha estimulado con un objeto romo; la lesión se autolimita usualmente en 30 minutos
- Prevalencia:
 - Población general: 2-5%
 - Pacientes con urticaria crónica: 22%
 - Más frecuente en 2-3 décadas de la vida
- Tratamiento:
 - Evitación del disparador
 - Emolientes: mejoría de xerosis y prurito asociados
 - Antihistamínicos



Urticaria por presión retardada

Manifestaciones

- Eritema y edema local profundo, doloroso, que aparece 3-6 horas después de ejercer presión firme sobre la piel (después de sentarse en una silla dura, en los pies después de correr, debajo del cinturón, etc.)
- Predomina después de la tercera década de la vida

Tratamiento:

- Antihistamínicos
- Inhibidores de leucotrienos: montelukast



Urticaria colinérgica

Manifestaciones

- Los síntomas aparecen tras el aumento de la temperatura corporal (fiebre, baño caliente, ejercicio)
- Habones de 1-2 mm con eritema perilesional
- Compromiso sistémico: náuseas, sibilancias, disnea, hipotensión, síncope y vómito



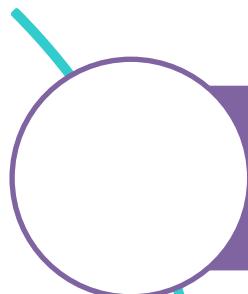
Diagnóstico:

- Inyección intradérmica de metacolina
- Aumento de temperatura corporal
- Test de ejercicio

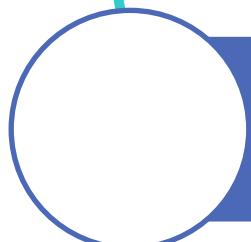
Tratamiento:

- Evitación de disparadores
- Antihistamínicos
- Anticolinérgicos

Anafilaxia inducida por ejercicio



Aparición de prurito, habones, eritema, disnea y síncope con la realización de ejercicio



Mecanismo fisiopatológico diferente a la urticaria colinérgica

- No hay otros desencadenantes identificados



Suele haber asociación con alimentos ingeridos en las 5 horas previas al ejercicio



Urticaria inducida por frío



Manifestaciones:

Aparición de síntomas
pocos minutos
después de la
exposición a frío

La prueba diagnóstica
es la aparición de
habones tras el
contacto con hielo

Puede asociarse con
síntomas sistémicos
como cefalea,
sibilancias,
hipotensión, náuseas,
disnea y síncope



Epidemiología:

Hombres = mujeres
50% de los pacientes
tienen historia de
atopia

25% tienen otro tipo de
urticaria inducible

Se ha reportado
asociación con
infecciones:

- Enfermedad de Lyme,
hepatitis,
mononucleosis
infecciosa,
toxoplasmosis aguda,
colonización por H.
pylori, VIH



Tratamiento:

Evitación de
desencadenantes

Antihistamínicos:
requieren dosis
mayores a las
habituales

Doxiciclina: 100 mg
C/12 h por 3 semanas

Anti-H2: en
combinación con anti
H1

Antagonistas de
leucotrienos

Omalizumab

Ciclosporina

Epinefrina: Indicada
para anafilaxia
inducida por frío

Urticaria acuagénica

Epidemiología:

- 50 casos reportados
- Más frecuente en mujeres

Manifestaciones:

- Aparición de habones perifoliculares 20-30 minutos tras el contacto con el agua
- Respeta palmas y plantas
- Autolimitación en 30-60 minutos
- Puede haber síntomas sistémicos asociados

Diagnóstico:

- exposición a compresas húmedas a 35C° por 30 minutos

Tratamiento:

- Antihistamínicos
- Propanolol: 10-40 mg/día
- Fototerapia: UVB

Urticaria solar

Epidemiología:

- Pocos casos reportados
- Más frecuente en mujeres
- Edad de inicio es variable
- Diferentes longitudes de onda

Manifestaciones:

- Aparición de lesiones a los pocos minutos de la exposición solar
 - Las lesiones de autolimitan tras el cese de la exposición
- Exposiciones cortas → eritema y prurito
- Exposiciones prolongadas → habones

Diagnóstico:

- Fototest

Tratamiento:

- Antihistamínicos
- Glucocorticoides: tópicos Vs. orales
- Fototerapia: Desensibilización

