

Urticaria y angioedema

Urticaria and Angioedema

Telma Margarita Ferrá Torres^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-0453-7839>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.

*Autor para la correspondencia: tferratorres@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La *urticaria* es una de las afecciones cutáneas más comunes y se define como la presencia de ronchas, angioedema o ambos. Es motivo frecuente de consulta. Alrededor de un 20 % de la población la ha padecido en algún momento de su vida. La forma crónica causa un serio impacto en los pacientes, y conlleva serias implicaciones socioeconómicas.

Objetivo: Realizar una actualización sobre el tema de urticaria y angioedema.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura nacional e internacional en las principales bases de datos disponibles: Pubmed, Medline, Cochrane, Hinari y SciELO. Se seleccionaron 29 publicaciones científicas en inglés y español sobre el tema, en su mayoría de menos de cinco años de actualización.

Conclusiones: La piedra angular de la terapéutica de la urticaria son los antihistamínicos. Los corticoesteroides deben evitarse y si se emplean deben utilizarse como rescate, y solo por ciclos cortos.

Palabras clave: urticaria; angioedema; urticaria crónica espontánea; urticaria crónica inducible.

ABSTRACT

Introduction: Urticaria is one of the most common skin conditions and is defined as the presence of hives, angioedema, or both. It is a frequent reason for consultation. Around

20% of the population has suffered from it at some point in their lives. The chronic form has a serious impact on patients, and carries serious socio-economic implications.

Objective: To provide an update on the subject of urticaria and angioedema.

Methods: A literature review of national and international literature was carried out in the main available databases: Pubmed, Medline, Cochrane, Hinari and SciELO. A total of 29 scientific publications in English and Spanish on the subject were selected, most of them with less than five years of update.

Conclusions: Antihistamines are the cornerstone of urticaria therapy. Corticosteroids should be avoided, if used they should be used as a rescue strategy, and only for short cycles.

Keywords: urticaria; angioedema; chronic spontaneous urticaria; chronic inducible urticaria.

Recibido: 23/10/2022

Aceptado: 26/11/2022

Introducción

La urticaria es una de las afecciones cutáneas más comunes, y es motivo frecuente de consulta en dermatología, alergología, atención primaria de salud y servicio de urgencias. La primera descripción de esta enfermedad data de 200 años A.C. y se encuentra en el libro *The Yellow Emperor's Inner Classic*, la siguiente descripción que ha llegado a nuestro tiempo es de Hipócrates.⁽¹⁾ El término fue utilizado por William Cullen en 1771 y lo relacionó con la similitud que existía entre las lesiones que aparecían en esta entidad y aquellas producidas por el contacto con las ortigas (del latín *urtica urens*).⁽²⁾

Dada su repercusión en los pacientes que la padecen, las molestias que ocasiona y las dificultades para determinar su prevalencia se realizó esta revisión cuyo objetivo fue realizar una actualización sobre el tema de urticaria y angiodema.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura nacional e internacional en las principales bases de datos disponibles: Pubmed, Medline, Cochrane, Hinari y SciELO. Se seleccionaron 29 publicaciones científicas en inglés y español sobre el tema, en su mayoría de menos de cinco años de actualización. Los descriptores utilizados fueron urticaria; angioedema; urticaria crónica espontánea; urticaria crónica inducible.

Análisis y síntesis de la información

La *urticaria* se define como la presencia de ronchas, angioedema o ambos.^(3,4) Las manifestaciones clínicas se caracterizan por una roncha central de tamaño variable, casi siempre rodeada de eritema reflejo, que se asocia con prurito intenso, o en ocasiones sensación de ardor, de naturaleza fugaz, con el retorno de la piel a su estado normal entre 30 min y 24 h.⁽⁵⁾

La urticaria se clasifica de acuerdo con el tiempo de evolución en aguda y crónica y, esta última se subdivide en urticaria crónica espontánea y urticaria inducible.

Cuando las lesiones se extienden al dermis profundo, al tejido celular subcutáneo o afectan las mucosas se produce el llamado angioedema. El angioedema se caracteriza por una inflamación súbita de la piel del dermis inferior, tejido celular subcutáneo, o membranas mucosas, sin cambios de color del tegumento cutáneo. Generalmente no se acompaña de prurito y en ocasiones puede existir dolor o sensación de ardor, su resolución es lenta y puede tomar hasta 72 h.⁽⁶⁾

Es una de las dermatosis más frecuentes en la práctica médica, se estima que un 20 % de la población, la ha padecido en algún momento de su vida^(7,8) y es menos frecuente en niños.⁽⁹⁾ La incidencia estimada de todas las variantes de urticaria infantil se encuentra entre el 3 y el 6 %.⁽¹⁰⁾ La prevalencia de la urticaria crónica (UC) en adultos se halla entre el 0,5 y el 5 %.⁽¹¹⁾ Esta tiende a ser más común entre la tercera y sexta década de la vida con un pico a los 40 años y, con más afectación en las mujeres.^(7,12) En niños la prevalencia de la UC se reporta entre el 0,1 y el 0,3 %, y es más común en el género masculino.⁽¹⁰⁾

Kaplan⁽¹³⁾ manifiesta que el sexo, color de la piel, ocupación, región geográfica y estación del año solo pueden estar implicados en la medida en que puedan contribuir

a la exposición al agente desencadenante. Por otra parte, *Fricke* y otros,⁽¹⁴⁾ en una investigación acerca de la urticaria crónica, hallaron que la prevalencia mostró considerables diferencias regionales y comentaron que parecía ser más prevalente en Asia que en Europa y Norteamérica. Señaló además, que las mujeres suelen ser más afectadas que los hombres, mientras que en niños menores de 15 años no existieron diferencias en cuanto al sexo.

En niños, las causas más comunes de urticaria aguda son las infecciones, principalmente virales y de vías respiratorias superiores, la hipersensibilidad a medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y a algunos antibióticos, así como los alimentos, estos últimos específicamente en la edad preescolar.⁽¹⁵⁾

Dentro de los agentes etiológicos descritos para la urticaria crónica se deben considerar algunos factores de riesgo como, infecciosos, genéticos, ligados a HLA (del inglés human leukocyte antigens), alimentarios, medicamentos, enfermedades autoinmunes⁽¹⁰⁾ y dentro de los agentes infecciosos, el *Helicobacter pylori*, *Giardia lamblia* y el *Anisakis simplex*,⁽⁵⁾ así como en la actualidad, la COVID-19.^(16,17) Los sujetos atópicos no tienen mayor prevalencia de urticaria crónica.⁽³⁾

Se comenta que las causas más frecuentes de UC son los pseudoalérgenos de la dieta, las infecciones y los medicamentos, fundamentalmente los (AINE), pero que la frecuencia y relevancia de las enfermedades infecciosas, así como los agentes causales de estas, varían considerablemente entre diferentes grupos de pacientes y regiones geográficas.^(5,9)

Resalta que los trastornos autoinmunes como el hipotiroidismo, el hipertiroidismo, la enfermedad celíaca, el síndrome de Sjögren, el lupus eritematoso sistémico, la artritis reumatoide y la diabetes *mellitus* tipo I, se observan con mayor frecuencia en pacientes con urticaria.⁽¹⁰⁾

Los mastocitos son células que desempeñan un papel primordial en la patogenia de esta enfermedad.^(5,9) Poseen gránulos que contienen moléculas diversas, las cuales reciben el nombre de mediadores, los que pueden ser preformados (histaminas, proteasas neutras y heparina), y neoformados como son la prostaglandina (PGD₂), leucotrienos C₄, D₄ E₄ y el factor activador de plaquetas, a partir del ácido araquidónico. Se ha identificado una amplia variedad de citocinas en los mastocitos, como son el factor de necrosis tumoral (TNF), las interleucinas (IL) 3, 4, 5, 6, 8 y 13,

y el factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos (GM-CSF).⁽⁶⁾ El entrecruzamiento de dos o más FcεRI adyacentes situados sobre la membrana del mastocito iniciará una cadena de pasos que conducirá a la fusión de los gránulos de almacenamiento con la membrana celular y a la liberación de su contenido, lo que se denomina desgranulación. Existen varios estímulos desgranuladores inmunitarios reconocidos que actúan a través del receptor para la IgE, como los anticuerpos anti-IgE y anti-FcεRI.⁽¹²⁾

La urticaria puede ser desencadenada por múltiples factores, entre los que participan mecanismos inmunológicos, mediados o no por anticuerpos IgE, así como mecanismos no inmunológicos por activación directa de diferentes células.⁽⁷⁾

La autoinmunidad desempeña un papel importante, es el principal mecanismo subyacente. La UC puede ser causada por autoanticuerpos IgE contra autoalérgenos o autoanticuerpos IgG dirigidos contra el receptor de alta afinidad de los mastocitos FcεRI y/o IgE.⁽¹⁸⁾ Las propiedades biológicas de los productos liberados por los mastocitos, consisten en su capacidad de producir vaso-dilatación con aumento de la permeabilidad capilar y de las pequeñas vénulas, extravasación plasmática, prurito por estimulación de las fibras nerviosas, contracción de la musculatura lisa de diversos órganos, su influencia sobre la motilidad de los leucocitos y su capacidad de modular la liberación de sustancias biológicamente activas de otros tipos de células. Todas las sustancias anteriormente señaladas son responsables de las manifestaciones clínicas que caracterizan a la urticaria y al angioedema, principalmente la histamina.⁽²⁾

Estas erupciones tienden a ser migratorias alrededor del cuerpo, con picos entre ocho y 12 h, y por lo regular antes de 24 h la piel vuelve a su estado normal.⁽⁵⁾ El tamaño de las lesiones puede variar desde unos milímetros hasta varios centímetros, pueden tener múltiples formas, si bien lo habitual es que sean ovaladas, redondeadas o anulares y su número va de pocas a muchas, generalizadas o localizadas.

El angioedema suele afectar la cara o un segmento de un miembro, puede ser doloroso, pero no pruriginoso y persistir varios días. Es frecuente el compromiso de los labios, las mejillas y las regiones periorbitarias, pero también puede afectar la lengua, la faringe o la laringe.⁽¹³⁾ El angioedema puede verse en todas las urticarias físicas excepto en el dermatografismo sintomático.⁽¹²⁾

En la urticaria aguda se observa edema intersticial dérmico, vénulas dilatadas con inflamación endotelial y una escasez de células inflamatorias. En la urticaria crónica

están presentes el edema dérmico intersticial y un infiltrado perivascular e intersticial de células mixtas con números variables de linfocitos y una mezcla de eosinófilos y neutrófilos. En el angioedema el edema y el infiltrado se extienden al tejido celular subcutáneo.⁽¹⁹⁾

La urticaria de acuerdo al tiempo de duración se clasifica en aguda y crónica.⁽⁴⁾ La urticaria aguda espontánea se define como la ocurrencia de habones de aparición súbita, angioedema o ambos, por menos de seis semanas, y la urticaria crónica por una duración de seis o más semanas. Esta última a su vez se divide en dos subtipos diferentes, la urticaria crónica espontánea (anteriormente denominada urticaria idiopática crónica), cuando no se conoce el factor desencadenante, y la urticaria crónica inducible (también llamada urticaria física) cuando se conoce el factor desencadenante, según las últimas directrices internacionales.⁽⁵⁾

El espectro de las manifestaciones clínicas de los diferentes subtipos de urticaria es muy amplio. Por otra parte, dos o más subtipos de urticaria pueden coexistir.^(3,5) *Kudryavtseva* y otros⁽⁹⁾ comentan que alrededor de la cuarta parte de los pacientes adultos con urticaria presentan tanto la urticaria espontánea como la inducible.

En la actualidad la vasculitis urticariana, la mastocitosis cutánea máculopapular, los síndromes autoinflamatorios, como el síndrome de Schnitzler, el angioedema por bradiquinina, el angioedema hereditario y otras enfermedades que pueden manifestarse por ronchas o angioedema no se consideran subtipos de urticaria, debido a que sus mecanismos patofisiológicos son diferentes.⁽⁵⁾

El dermatografismo o urticaria facticia es la forma más frecuente de urticaria inducible.⁽¹³⁾ *Richa* y *Souza*⁽²⁰⁾ comentaban que puede afectar hasta el 5 % de la población y consiste en la aparición de una roncha lineal en un sitio en el que se estimula enérgicamente la piel con un objeto firme,⁽¹³⁾ es más frecuente en la segunda década de la vida, y el sexo femenino es el más afectado.⁽²⁰⁾ Se divide en simple y sintomático. El dermatografismo inmediato simple ocurre en alrededor del 5 % de la población como respuesta a un frote moderado de la piel. Se puede considerar una respuesta fisiológica exagerada. Aparece rápidamente, y en general desaparece en unos 30 min.⁽¹²⁾

En el dermatografismo inmediato sintomático las lesiones aparecen en una, tres, o seis horas, y persisten de 24 a 48 h. Se puede asociar a la urticaria por presión retardada, que algunos la consideran como una misma entidad. Se manifiesta como habones

lineales en lugares de fricción, como collares o puños de la ropa. Con frecuencia los pacientes se quejan de prurito antes de que aparezcan las lesiones. Empeora por la tarde y a menudo aparece en brotes. No hay afectación mucosa, pero se ha descrito la tumefacción vulvar durante las relaciones sexuales.⁽¹²⁾

La urticaria por presión retardada se caracteriza por la aparición de tumefacciones locales profundas, eritematosas, a menudo dolorosas, y pruriginosas, en las zonas sometidas a una presión mantenida de la piel, que aparecen después de 30 min a 12 h, y pueden persistir varios días.⁽¹²⁾ Las zonas afectadas con frecuencia son los glúteos después de sentarse en una silla dura, la cintura, tras llevar ropa ajustada, los pies después del uso de un calzado ajustado y de correr, las palmas tras un trabajo manual y los genitales tras una relación sexual.⁽²¹⁾ En ocasiones se puede asociar a manifestaciones sistémicas, como malestar general fiebre, escalofríos, y artralgias.⁽¹³⁾ Es más frecuente en mujeres que en hombres y la edad de inicio se sitúa sobre los 30 años.⁽⁶⁾

La urticaria solar se caracteriza por ronchas, prurito, en ocasiones angioedema, que aparecen después de minutos de haberse expuesto a la luz solar o a fuentes de luz artificiales. Las manifestaciones sistémicas son cefaleas, síncope, mareos, sibilancias y náuseas. Se han descritos seis tipos de acuerdo con el espectro de la luz al que reaccionen. Es rara, más frecuente en hombres que en mujeres, y suele aparecer en la tercera década de la vida. Puede asociarse a lupus eritematoso sistémico y a erupción polimorfa lumínica.⁽¹³⁾

La urticaria por calor es la forma más infrecuente de urticaria, en la que las ronchas aparecen minutos después de la aplicación local de calor producido por cualquier fuente.⁽¹²⁾ Existen formas adquiridas y familiares.⁽⁸⁾

En cuanto a la urticaria por frío, es aquella en que los habones o el angioedema aparecen después de la exposición a estímulos fríos.⁽²²⁾ Es más frecuente en mujeres. Aunque usualmente solo se afectan las áreas expuestas, y pueden ocurrir reacciones sistémicas en casos graves.^(23,24) Se señalan formas adquiridas y hereditarias. Hay formas primarias, secundarias y reflejas. La forma primaria aparece después de la exposición al frío, clima lluvioso y ventoso, del contacto con objetos fríos o beber líquidos fríos. Se apunta que puede aparecer después de infecciones, picaduras o mordeduras de artrópodos, la forma secundaria es debida a infecciones, a crioglobulinemias o síndromes linfoproliferativos y la forma refleja ocurre por el

enfriamiento generalizado del cuerpo, e induce habones generalizados. Los pacientes con este trastorno pueden experimentar reacciones peligrosas para la vida.⁽¹²⁾

El angioedema vibratorio es una forma muy infrecuente de urticaria en la que el estímulo vibratorio induce una tumefacción y eritema localizados en minutos, que dura unos 30 min. Los estímulos son la carrera, el frotado fuerte con una toalla y el uso de máquinas que vibran como cortacésped y motocicletas. El angioedema vibratorio puede ser adquirido o familiar. La forma adquirida es a menudo más leve, puede asociarse a otras urticarias inducibles.⁽¹²⁾

La urticaria colinérgica se caracteriza por la aparición de múltiples habones de 2-3 mm de diámetro, rodeados de un marcado eritema, que se distribuyen de forma simétrica, muy pruriginosa y en ocasiones pueden ocasionar dolor.⁽²¹⁾ Se produce en el término de minutos después de la elevación de la temperatura corporal, como un baño caliente, ejercicios físicos y por estrés emocional brusco.⁽²²⁾ Se puede también desencadenar al pasar de una habitación fría a una caliente, beber alcohol y comer alimentos picantes.⁽¹²⁾ Es más frecuente en adultos jóvenes, la máxima prevalencia se aprecia en individuos de 23 a 28 años. Esta entidad puede acompañarse de angioedema y manifestaciones sistémicas, como mareos, cefalea, palpitaciones, dolor abdominal y sibilancias.⁽¹³⁾

La urticaria por contacto es aquella que aparece unos 30 min después del contacto directo con diversas sustancias, y desaparece hacia las 24 h o antes. Los síntomas presentes son prurito, ardor o sensación de pinchazos. Los habones pueden estar limitados a la zona de contacto o bien generalizarse, se puede asociar a manifestaciones extracutáneas como rinitis, conjuntivitis, disnea, síntomas gastrointestinales e incluso *shock*.⁽⁶⁾

La urticaria acuagénica es una forma de urticaria física poco frecuente, que aparece después del contacto directo con agua, las lesiones se ubican por lo general en la región de tórax anterior y la parte superior del cuerpo⁽⁴⁾ y consisten en pequeñas ronchas, parecidas a las de la urticaria colinérgica.^(13,24) Se presenta más en mujeres, y en sus inicios en los jóvenes,⁽⁶⁾ y en algunos grupos de pacientes se ha observado un componente familiar.⁽²¹⁾ Con referencia a la temperatura del agua *Grattan*,⁽¹²⁾ *Kaplan*⁽¹³⁾ y *Crespo* y otros⁽²¹⁾ expresaron que lo producía el contacto con agua a cualquier temperatura, mientras que *Cardona-Hernández* y otros⁽³⁾ plantean que es a temperatura ambiente.

El diagnóstico de urticaria aguda por lo regular no resulta difícil una vez identificada la lesión elemental, roncha o habón que caracteriza el cuadro clínico de esta enfermedad. En estos casos no se necesitan estudios de laboratorio, con la sola excepción de sospecha de una alergia por alimentos en pacientes sensibilizados, o la existencia de otros factores desencadenantes como los AINE; en este caso los test alérgicos y medición de anticuepos IgE específicos para el alérgeno pueden ser útiles para permitirles evitar una reexposición a los agentes causales.⁽⁵⁾

El enfoque diagnóstico del paciente con urticaria crónica se basa en:

1. Identificar el tipo y el subtipo de urticaria,
2. Excluir diagnósticos diferenciales,
3. Evaluar la actividad, el impacto y el control de la enfermedad,
4. Identificar los desencadenantes de la exacerbación o las causas subyacentes.⁽⁵⁾

La historia clínica es el primer paso en el proceso,⁽²⁵⁾ debe ser realizada de una manera concienzuda, con una anamnesis exhaustiva, que comprenda el momento de aparición y duración de la enfermedad, frecuencia de las crisis,⁽¹²⁾ duración de cada lesión, intervalo entre la exposición y la aparición de ronchas, angioedema asociado, inducción por agentes físicos o ejercicios, incidencia en relación con el día, fines de semana, actividades laborales y de ocio, viajes al extranjero, ciclo menstrual, aparición de estas en relación con alimentos o fármacos, con estrés, antecedentes personales y familiares de habones y angioedema, síntomas asociados, como dolores óseos o en articulaciones, fiebre cólicos abdominales, enfermedades asociadas,⁽⁵⁾ reacciones adversas conocidas, alergias, calidad de vida, pruebas de laboratorio realizadas anteriormente, tratamientos previos, síntomas y enfermedades asociadas, problemas gástricos, intestinales u otros.⁽¹⁰⁾

El examen físico debe ser completo y el dermatológico debe precisar la extensión, si las ronchas son localizadas o no, la forma, el tamaño, la distribución y si existe presencia de angioedema.

Las ronchas que duran más de 24 h hacen pensar en una urticaria por presión o una vasculitis, por el contrario, las ronchas que duran menos de una hora son comunes en la urticaria física (con excepción de la urticaria inducida por presión).⁽¹⁾

Algunas formas de urticarias pueden identificarse por su aspecto característico, como las ronchas pequeñas con gran eritema de la urticaria colinérgica, las ronchas lineales del dermatografismo y la localización de las lesiones en zonas expuestas de la urticaria al sol o al frío.⁽¹³⁾

Si el cuadro clínico sugiere una urticaria física deben realizarse pruebas como una enérgica fricción para el dermatografismo,⁽²⁰⁾ la utilización de un peso para la urticaria por presión retardada, la aplicación de un estímulo caliente para la urticaria por calor o de un cubito de hielo durante 5 min para la urticaria por frío.⁽¹³⁾ Las fotopruebas confirman el diagnóstico de urticaria solar, con la aparición de habones a los pocos minutos de la exposición a la radiación natural o artificial. La prueba de provocación de la urticaria colinérgica es el ejercicio hasta el punto de sudar en un ambiente cálido.⁽¹²⁾

Las ronchas o el angioedema también pueden estar presentes en otras enfermedades. En los pacientes que presentan solo ronchas es necesario descartar la vasculitis urticariana y los trastornos autoinflamatorios como el síndrome de Schnitzler, el síndrome de Gleich y los síndromes periódicos asociados a la criopirina.⁽⁵⁾

El diagnóstico diferencial también incluye el eritema multiforme, los eritemas tóxicos, las reacciones a picaduras de insectos (urticaria papulosa), la mastocitosis cutánea máculo papular (antigua urticaria pigmentaria), la fase preampollosa del penfigoide (penfigoide urticarial),^(12,15) la roséola leprótica,⁽²⁶⁾ la roséola sifilítica y la pitiriasis rosada ortigada. En los enfermos que solo presentan angioedema se deben descartar el angioedema mediado por la bradicinina, el angioedema por inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina o el angioedema hereditario, es decir aquellos no relacionados con los mastocitos⁽⁵⁾ y debe descartarse la dermatitis de contacto.^(12,15)

Los expertos desaconsejan los programas extensivos y costosos de detección general de las causas de urticaria, y señalan que solo deben realizarse investigaciones en función de los antecedentes del paciente.⁽⁵⁾

En la urticaria crónica espontánea se sugiere realizar de rutina hemograma con diferencial, eritrosedimentación y proteína C reactiva, además, evitar los posibles desencadenantes, por ejemplo, medicamentos, fundamentalmente los AINE, o los alimentos. El diagnóstico debe basarse en el historial de ingesta de AINE o en un protocolo de dieta de eliminación pseudoalérgica. Si hay sospecha de posibles

infecciones se deben realizar exámenes complementarios para descartar agentes infecciosos como *Helicobacter pylori*, parasitismo intestinal, entre otros y otros complementarios de acuerdo con los datos de la historia clínica, así como pruebas cutáneas de alergia.⁽⁵⁾

Se deben realizar pruebas para el estudio de la función tiroidea, si el cuadro clínico es sugestivo de enfermedad de la glándula tiroides.

Las últimas directrices internacionales⁽⁵⁾ plantean que no se deben hacer estudios de rutina para descartar malignidades, salvo que la historia clínica lo sugiera.

En el dermografismo sintomático, en la urticaria por frío y en la urticaria crónica espontánea se orienta indicar hemograma con diferencial, eritrosedimentación y proteína C reactiva.⁽⁵⁾

La biopsia de piel debe realizarse si hay sospecha de vasculitis urticariana.⁽¹⁰⁾

Las guías actuales presentan herramientas, para evaluar la actividad, el impacto y el control de la enfermedad, basadas en la percepción del paciente. Estas son: la escala de actividad de la urticaria (UAS), escala de actividad de la urticaria-7 (UAS-7) y la prueba de control de urticaria (UCT).

La escala de actividad de la urticaria (UAS), se basa en una puntuación individual respecto al número de habones e intensidad del prurito durante las últimas 24 h. Se emplea para medir la actividad de la enfermedad y así evaluar la respuesta al tratamiento.

La escala de actividad de la urticaria-7 (UAS-7) se calcula sumando el puntaje diario de UAS, durante una semana, fluctuando el puntaje entre 0 y 42. Un puntaje ≤ 6 de UAS-7 refleja una urticaria crónica espontánea controlada. Se basa en la evaluación de los signos y síntomas clave de la urticaria que están documentados por el paciente.

La prueba de control de urticaria (UCT) sirve para valorar el nivel de control de la enfermedad, lo que es de gran ayuda en las decisiones terapéuticas. Se basa en preguntas que evalúan el control de signos y síntomas de la enfermedad, así como mejoría de la calidad de vida, eficacia del tratamiento y control general de la sintomatología. El puntaje va de 0 (sin ninguna mejoría) a 16 (control total).

Se deben evaluar a los pacientes para determinar la actividad, el impacto y el control de la enfermedad en la primera, y en cada visita de seguimiento (cuadro).

Evaluación de la actividad de la urticaria crónica espontánea⁽⁵⁾

Puntuación	Ronchas	Prurito
0	Ninguna	Ninguna
1	Leve (<20 ronchas/24 h)	Leve (presente, pero no molesto o problemático)
2	Moderado (20-50 ronchas/24 h)	Moderado (problemático, pero no interfiere con la actividad diaria normal o el sueño)
3	Intenso (>50 ronchas/24 h) grandes áreas confluentes	Intenso (prurito grave que es lo suficientemente problemático para interferir con la actividad diaria normal o el sueño)

Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Latiff A, Baker D, Ballmer-Weber B, *et al.* The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy*. 2018;73(7):1393-414. DOI: [10.1111/all.13397](https://doi.org/10.1111/all.13397)⁽⁵⁾

El objetivo del tratamiento es tratar la enfermedad hasta que esta desaparezca. La terapéutica incluye la identificación de las causas subyacentes, evitar los factores desencadenantes, la inducción de la tolerancia o el uso de tratamiento farmacológico, cuyo fin es prevenir la liberación de mediadores de mastocitos y sus efectos.⁽⁵⁾ Es fundamental determinar y eliminar la causa, aunque muchos pacientes de urticaria espontánea permanecen sin causa conocida.

La educación del enfermo es muy importante, se le debe ofrecer información acerca de los precipitantes frecuentes, cómo evitar de los factores agravantes, incluidos los AINE, sobre todo la aspirina, así como disminuir el estrés físico y emocional.⁽¹⁰⁾

Se debe realizar la evaluación de la actividad de la enfermedad.

Se puede orientar una dieta libre de pseudoalérgenos, y baja en histamina, mantenida como mínimo de 2 a 3 semanas,⁽⁹⁾ aunque este aspecto es controversial.⁽⁵⁾

Si existen infecciones, estas deben ser tratadas.^(9,10)

En algunos subtipos de urticaria se puede inducir la tolerancia, como por ejemplo, en la urticaria por frío.⁽⁵⁾

En la práctica dermatológica, según experiencia de la autora, para el tratamiento de la urticaria aguda de etiología alimentaria, resulta exitosa una dieta líquida de una infusión de manzanilla por 48 h, enema evacuante y purgante salino, luego continuar con dieta libre de histamina y pseudoalérgenos por unos días más.

La guía basada en la evidencia y el consenso desarrollado por la Academia Europea de Alergología e Inmunología Clínica (EAACI), la red de excelencia fundada en la Unión

Europea, la Red Europea de Alergia y Asma Global (GA²LEN), el Fórum de Dermatología Europea (EDF) y la Organización Mundial de Alergia (WAO),⁽⁵⁾ recomiendan para el tratamiento medicamentoso de la urticaria crónica, una terapéutica de forma gradual. Debe comenzar como primera línea la monoterapia con antihistamínicos H1 de segunda generación, si los síntomas persisten después de dos o cuatro semanas, o incluso antes. Si los síntomas son intolerables, entonces se sugiere aumentar la dosis del antihistamínico elegido hasta cuatro veces, como una opción de segunda línea.

Sin embargo, las guías de la Academia Americana de Alergia, Asma e Inmunología (AAAAI) y del Colegio Americano de Alergia, Asma e Inmunología (ACAAI),⁽²⁷⁾ recomiendan la adición de un segundo antihistamínico o agregar antihistamínicos H2 o antagonistas de los leucotrienos. Como tercera línea de tratamiento si los síntomas persisten después de dos a cuatro semanas, se recomienda añadir omalizumab a dosis de 150 a 300 mg diarios cada cuatro semanas. Si el control es inadecuado dentro de los seis meses, o antes si los síntomas son intolerables, continuar con un antihistamínico de segunda generación y añadir ciclosporina. Deben evitarse los corticosteroides y si se usan deben utilizarse de manera de rescate, y limitarse estrictamente sólo a ciclos cortos que no duren más de diez días, en una dosis entre 20 y 50 mg diarios.

Kolkhir y otros⁽²⁸⁾ plantean que el omalizumab es el tratamiento de elección en aquellos pacientes con urticaria crónica espontánea con resistencia a los antihistamínicos. Los antihistamínicos de segunda generación a emplear son loratadina, fexofenadina, cetirizina, ebastina, crivastina, bilastina, levocetirizina, esloratadina, azelastina y rupatadina. No se recomienda el uso de astemizol y terfenadina.⁽⁵⁾

Si no se cuenta con antihistamínicos de segunda generación se indicarán antihistamínicos de primera generación: dexclorfeniramina 2 mg cada cuatro a 6 h, difenhidramina 25 mg a 50 mg cada 6 a 8 h, o ciproheptadina 4-8 mg cada 4 a seis h por vía oral.

Los antihistamínicos que son autorizados para pacientes pediátricos de dos a 11 años son: cetirizina, desloratadina, fexofenadina, levocetirizina, bilastina, loratadina y rupatadina.⁽⁵⁾

En la urticaria por frío se orienta tomar un antihistamínico 2 h antes de la actividad a realizar.⁽⁵⁾

Los tratamientos alternativos incluyen metotrexato, plasmaferesis, inmunoglobulina intravenosa, antagonistas del factor de necrosis tumoral y fototerapia, entre otros.

Zuberbier y otros⁽⁵⁾ manifiestan que algunos tratamientos alternativos propuestos anteriormente, como el ácido tranexámico y el cromoglicato de sodio en la urticaria crónica espontánea, la nifedipina en el dermatografismo sintomático, la colchicina y la indometacina en la urticaria por presión retardada mostraron ser inefectivos en un estudio a doble ciegas, por lo que se hace necesario realizar más investigaciones al respecto.

El tratamiento tópico consiste en la indicación de una loción antipruriginosa. Los esteroides tópicos solo tienen una posible utilidad en la urticaria por presión en las plantas de los pies.⁽⁵⁾

La epinefrina se utiliza cuando hay componente respiratorio,⁽²⁹⁾ en solución acuosa al 1x1000, se administra en dosis de 0,3 a 1 ml por vía subcutánea.⁽²⁾ En resumen, los antihistamínicos de segunda generación siempre deben considerarse como el tratamiento sintomático de primera línea para la urticaria debido a su buen perfil general de seguridad y eficacia comprobada.⁽⁵⁾

Conclusiones

La piedra angular de la terapéutica de la urticaria crónica son los antihistamínicos de segunda generación. La terapéutica alternativa incluye, metotrexato, plasmaferesis, inmunoglobulina intravenosa, antagonistas del factor de necrosis tumoral y fototerapia entre otros. Los corticoesteroides deben evitarse y si se emplean, se utilizarán como rescate, y deben limitarse a ciclos cortos. Esta afección causa un serio impacto en los enfermos que la padecen y conlleva serias implicaciones socioeconómicas.

Referencias bibliográficas

1. Torrado Español I. Urticaria aguda-Angioedema en urgencias pediátricas. Punto. 2020 [acceso 17/05/2023];3(23). Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/23/urticaria-aguda-angioedema-en-urgencias-pediatricas>
2. Alfonso Morejón S. Liquen plano, Urticaria y Erupciones por medicamentos. En: Manzur- Díaz Almeida Cortes, editor. Dermatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p. 84-5.

3. Cardona-Hernández MA, López-Ortiz KV, Quezada-Morales RP, Contreras-Moren MG. Urticaria acuagénica. Rev Cent Dermatol Pascua. 2019 [acceso 17/05/2023];28(3):136-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2019/cd193f.pdf>
4. Radonjic-Hoesli S, Scherer Hofmeier K, Micaletto S, Schmid-Grendelmeir P, Bircher A, Simon D. Urticaria and Angioedema: An Update on Classification and Pathogenesis. Clin Rev Allergy Immunol. 2018;54(1):88-101. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12016-017-8628-1>
5. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Latiff A, Baker D, Ballmer-Weber B, *et al.* The EAACI/GA²LEN/ EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. Allergy. 2018;73(7):1393-414. DOI: <https://doi.org/10.1111/all.13397>
6. Serra-Baldrich E, Alomar Muntanola A. Urticaria y Angioedema. En: Conejo Mir J, Moreno JC, Camacho FM, editores. Tratado de Dermatología. España: OCEANO/ergon; 2013. p. 99-109.
7. Cruz-Hernández A, Caballero-López C, López-García AI, Rivero-Yeverino D, Arana-Muñoz O, Papaqui-Tapia JS, *et al.* Prevalencia de la urticaria crónica y su perfil clínico epidemiológico. Alergia, Asma e Inmunología pediátricas. 2019 [acceso 11/05/2023];28(2):47-50. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2019/al192c.pdf>
8. Kolkhir P, Giménez-Arnau AM, Kulthanan K, Peter J, Metz M, Maurer M. Urticaria. Nat Rev Dis Primers. 2022;8(1):61. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00389-z>
9. Kudryavtseva AV, Neskorođova KA, Staubach C. Urticaria in children and adolescents: An update review of the pathogenesis and management. Pediatric Allergy Immunol. 2019;30:17-24. DOI: <https://doi.org/10.1111/pai12967>
10. López Valentín E, Pedroza Meléndez A, Huerta López JG. Urticaria crónica en niños. Revisión sistemática. Alergia, Asma e Inmunología pediátricas. 2020;29(1):16-30. DOI: <https://doi.org/10.35366/93322>
11. Zuberbier T, Balke M, Worm M, Edenharter G, Maurer M. Epidemiología de la urticaria: una encuesta representativa de población transversal. Clin Exp Dermatol. 2010;35:869-73. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.2010.03840.x>
12. Grattan EHC, Saini SS. Urticaria y angioedema. En: Bologna JL, Shaffer JV, Cerroni L, editors. Dermatología. 4 ed. España: Elsevier; 2018. p. 304-20.

13. Kaplan AP. Urticaria y angioedema. En: Fitzpatrick editor. Dermatología en Medicina General. 8 ed. España: Elsevier; 2018. p. 414-30.
14. Fricke J, Ávila G, Keller T, Weller K, Lau S, Maurer M, *et al.* Prevalence of chronic urticaria in children and adults across the globe: Systematic review with meta-analysis. *Allergy*. 2020;75:423-32. DOI: <https://doi.org/10.1111/all.14037>
15. Sánchez-Villalobos JY, Huerta-Romero J. Urticaria aguda en pediatría. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*. 2019 [acceso 24/10/2022];36(2):72-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2019/bis192d.pdf>
16. Veintimilla-Quintana P, Pazmiño MB, Coral-Rosero AP. Síntomas no respiratorios del COVID-19. Urticaria en pacientes asintomáticos. *Dermatol Rev Mex*. 2020 [acceso 11/05/2022];64(3):287-93. Disponible en: <https://dermatologiarevistamexicana.org.mx/article/sintomas-no-respiratorios-del-covid-19-urticaria-en-pacientes-asintomaticos>
17. Gottlieb M, Long B. Dermatologic manifestations and complications of COVID-19. *Am J Emerg Med*. 2020;38(9):1715-21. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.06.011>
18. Maurer M, Zuberbier T, Siebenhaar F, Krause K. Chronic urticaria-What does the new guideline tell us? *J Dtsch Dermatol Ges*. 2018 [acceso 17/05/2023];16(5):584-93. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29750467/>
19. Mobini N, Toussaint Caire S, Hu S, Kamino H. Enfermedades escamosas, papulares y eritematosas no infecciosas. En: Elder DE, editor. *Histopatología de la Piel de Lever*. 11 ed. Colombia: Ediciones Médicas Amolca; 2017. p. 192-240.
20. Richa RHS, Souza MCA. Dermografismo Inmediato Sintomático. Relato de caso. *Revista de Saúde*. 2018 [acceso 20/05/2023];09(1):18-21. Disponible en: <http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RS/article/download/1163/RS1163>
21. Crespo N, Santamaria L, Sánchez A, Sánchez J. Reporte de dos casos infrecuentes de urticaria inducible en niños y un caso de urticaria por presión en adulto durante la actividad sexual. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2021 [acceso 21/05/2023];29(4):300-07. Disponible en: <https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/1703/1424>
22. Maltseva N, Borzova E, Fomina D, Bizjak M, Terhorst-Molawi D, Košnik M, *et al.* Cold urticaria-What we know and what we do not know. *European Journal of Allergy*

- and Clinical Immunology. 2021 [acceso 02/05/2023];76(4):1077-94. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/all.14674>
23. Paulino M, Costa C, Neto M, Pedo E. Cold Urticaria. Characterizing the population from an urticaria outpatient clinic. *Actas Dermosifiliogr.* 2021;112(8):740-46. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.adengl.2021.05.020>
24. Tokura Y. Direct and indirect action modes of acetylcholine in cholinergic urticaria. *Allergol Int.* 2021 [acceso 02/05/2023];70(1):39-44. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1323893020300691?via3Dihub>
25. Antia C, Baquerizo K, Korman A, Bernstein JA, Alikhan A. Urticaria: A comprehensive review: Epidemiology, diagnosis, and work-up. *J Am Acad Dermatol.* 2018;79(4):599-614. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.01.020>
26. Rodríguez Rojas JL, Mir García YG, Atrio Mouiño N, Zayas Calás YS, Pimentel Fraga Y, Hernández Rodríguez H. Lepra borderline lepromatosa que simula urticaria. Presentación de un caso. *Fontilles Rev Leprol.* 2019 [acceso 24/10/2022];32(3):169-74. Disponible en: https://fundacionfontilles.org/wp-content/uploads/2020/03/LEPRA-BORDELINLEPROMATOSA-QUE-SIMULA-URTICARIA.-RevLeprol_SepDic2019.pdf
27. Bernstein JA, Lang DM, Khan DA. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J Allergy Clin Immunol.* 2014 [acceso 24/05/2023];133:1270-71. Disponible en: <https://www.aaaai.org/Aaaai/media/MediaLibrary/PDF20Documents/Practice20and20Parameters/Urticaria-2014.pdf>
28. Kolkhir P, Altrichter S, Munoz M, Hawro T, Maurer M. New treatments for chronic urticarial. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2020;124:2-12. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anai.2019.08.014>
29. Victoria CJ. Urticaria. En: Falabella Falabella R, Victoria Chaparro J, Barona Cabal MI, editores. *Fundamentos de medicina. Dermatología.* 8 ed. Colombia: CIB; 2017. p. 349-61.

Conflicto de intereses

La autora declara que no existe conflicto de intereses.