

# URTICARIA Y ANGIOEDEMA

Amalia Bernad, Carmen D'Amelio

La **urticaria** es una reacción cutánea vascular con edema en la dermis, cuyo resultado son habones. El **angioedema** (AE) es un fenómeno similar a nivel de la dermis profunda y del tejido celular subcutáneo, que tiene como resultado edema localizado en el tejido subcutáneo y/o submucoso con sensación de hormigueo o dolor más que de prurito, de resolución más lenta que la urticaria y que, en muchos casos, puede asociarse a ésta.

## CLASIFICACIÓN

La urticaria se clasifica en espontánea e inducible.

**Tabla 1. Clasificación de urticaria. Modificado de M. Ferrer y cols., Clin Exp Allergy 2015<sup>(1)</sup>**

<p><b>Urticaria crónica espontanea</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aguda:</b> aparición espontánea de habones durante menos de seis semanas.</li> <li>• <b>Crónica:</b> aparición espontánea de habones, angioedema o ambos duante 6 o más semanas.</li> </ul>
<p><b>Urticaria física o inducible</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Urticaria física:</b> dermografismo sintomático, urticaria por frío, urticaria retardada por presión, urticaria solar, urticaria por calor, angioedema por vibración.</li> <li>• <b>Urticaria colinérgica.</b></li> <li>• <b>Urticaria de contacto.</b></li> <li>• <b>Urticaria acuagénica.</b></li> </ul>

El AE, por su parte, puede ser histaminérgico o bradiquinérgico, este último nunca va asociado a urticaria y no responde a tratamiento con antihistamínico, corticoide ni adrenalina.

La **urticaria aguda** es una entidad benigna que dura menos de 6 semanas y puede llegar a afectar hasta al 20% de la población en algún momento de su vida. Una de las principales características de la urticaria es el carácter evanescente de su lesión elemental, el habón, que en ningún caso es superior a las 24 horas. Una vez pasado este tiempo, la piel vuelve a su

aparición normal. Los habones suelen ser intensamente pruriginosos y cada reagudización suele durar entre 48 y 72 horas, aunque si no se trata adecuadamente, puede mantenerse en brotes repetidos durante varios días lo que le otorga el típico carácter fluctuante a esta entidad. Un alto porcentaje de las urticarias de corta duración son mediadas por IgE y requieren, por tanto, un estudio alergológico<sup>2</sup>.

La **urticaria crónica** es aquella que tiene una duración mayor de seis semanas y presenta habones diariamente o más de dos veces por semana<sup>3</sup>. Al igual que en la urticaria aguda, los habones tienen una duración inferior a 24 horas. Este tipo de urticaria es de origen autoinmune y requiere de estudio por un especialista en alergología. Se debe hacer diagnóstico diferencial con otras enfermedades con lesiones cutáneas urticariales como las enfermedades autoinflamatorias, el síndrome de Schnitzler y con enfermedades con lesiones fijas atípicas pseudourticariales (picaduras de insecto, exantemas virales, eritema multiforme, lupus eritematoso cutáneo, urticaria vasculitis, urticaria pigmentosa, mastocitosis cutánea, exantema fijo medicamentoso, penfigoide ampolloso, entre otras). La urticaria vasculitis se diferencia de la urticaria crónica en que las lesiones persisten durante más de 24 horas y, frecuentemente, dejan una lesión hiperpigmentada residual que refleja la extravasación de eritrocitos (<sup>2</sup>).

## APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

El diagnóstico de la urticaria es clínico y se basa en una historia clínica detallada y en una buena exploración física de las lesiones. La lesión característica es el habón rodeado de eritema que desaparece a la vitropresión, intensamente pruriginoso, con una duración menor de 24-48 horas sin dejar señal residual alguna, de localización errática, confluyente o no, que puede asociarse a angioedema.

En la urticaria aguda no es necesario solicitar exploraciones complementarias, si bien, en el caso de que se sospeche de un proceso subyacente (mononucleosis, infección viral...) por la existencia de síntomas asociados (malestar general, astenia, artralgias, adenopatías, fiebre, pérdida de peso) habrá que solicitar la analítica que corresponda en cada caso. En los casos de urticaria aguda siempre está indicado el estudio alergológico.

Por otra parte, el estudio de urticaria crónica espontánea debe realizarse en la consulta especializada de alergología. En muchos casos se emplean herramientas que resultan útiles para el seguimiento como el registro de actividad de la urticaria mediante el Urticaria activity score (UAS), Angioedema activity score (AAS) y el cuestionario de calidad de vida (CU-Q2oL), además de las pruebas complementarias pertinentes que incluyen el hemograma, pruebas de función hepática, la determinación de anticuerpos antitiroideos, IgE total, proteína C reactiva y VSG, además del estudio alergológico propiamente dicho y la biopsia cutánea, si está indicada (<sup>1</sup>).

## OTROS TIPO DE URTICARIA Y SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La **urticaria-dermografismo** se presenta como un habón inducido por el roce o el rascado sobre la piel y suele acompañarse de prurito generalizado desproporcionado.

La **urticaria por frío o a frigore** se produce por contacto con líquidos, sólidos o aire a bajas temperaturas. Su potencial gravedad radica en que puede cursar con hipotensión, síncope y otros síntomas de anafilaxia.

Se diagnostica mediante una adecuada historia clínica, pruebas específicas de exposición al frío y estudio analítico para descartar la presencia de otras enfermedades sistémicas. Debe hacerse diagnóstico diferencial con otras entidades que cursan con prueba de cubito positiva como la crioglobulinemia, algunas enfermedades infecciosas y la vasculitis leucocitoclástica y con otras que cursan con prueba de cubito negativa como las enfermedades autoinflamatorias mediadas por criopirinas.

La **urticaria solar** es una fotodermatosis que consiste en la aparición rápida de habones en las áreas fotoexpuestas. Se debe hacer diagnóstico diferencial con la erupción polimorfa solar y la protoporfirina eritropoyética.

La **urticaria colinérgica** se caracteriza por la rápida aparición de pequeños habones de 1-3 mm tras el ejercicio físico, baños calientes y situaciones de calor.

## TRATAMIENTO

### Antihistamínicos:

Actualmente se recomiendan antihistamínicos de segunda generación no sedantes, de forma regular una vez al día. Se desaconseja expresamente el uso de antihistamínicos de primera generación por su efecto sedante (4). En pacientes que no responden a la dosis estándar (terapéutica) del antihistamínico se recomienda aumentar la dosis; de hecho, se ha demostrado la seguridad y adecuada tolerancia de algunos antihistamínicos incluso al cuadruplicar la dosis terapéutica en casos con escasa respuesta a la dosis estándar (1,5,6), si bien en nuestra práctica clínica no solemos recomendar más de tres dosis de antihistamínico al día. En el manejo de un paciente con una reagudización de urticaria o con síntomas de novo se acepta la administración de dexclorfeniramina 5 mg (Polaramine®) IM o IV con la precaución de que el paciente evite la conducción de vehículos o de maquinaria pesada en las horas siguientes a su administración.

### Corticoides:

Se aconsejan en las exacerbaciones graves de urticaria crónica sobre todo si se acompaña de angioedema. La dosis recomendada de Prednisona es 0.5 mg/kg peso/día o su equivalente y reducción progresiva en 10 días (7).

### **Omalizumab:**

Es un anticuerpo monoclonal Anti-IgE indicado en urticaria crónica refractaria a antihistamínicos a dosis supraterapéuticas (1).

La **evitación de factores desencadenantes** resulta de gran importancia para el control de la urticaria, teniendo en cuenta aquello frente a lo que ha sido expuesto el paciente. Algunos medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos y la codeína pueden desencadenar un brote de urticaria crónica por lo que se deberá tener especial cuidado a la hora de prescribirlos. Las dietas libres bajas en histamina y aditivos no se consideran útiles, por lo que no deben recomendarse.

En los pacientes con angioedema no histaminérgico (bradiquinérgico) que no responde a antihistamínicos y corticoides, deberá administrarse Icatibant (Firazyr®) 30 mg vía subcutánea. De segunda elección es el concentrado del inhibidor de la C1 esterasa (Berinert®) 20 U/kg IV, o Cinryze® 1000U IV. Si el paciente presenta edema orofaríngeo debe asegurarse la permeabilidad de la vía aérea y realizar si es conveniente intubación orofaríngea o cricotiroidectomía.

### **Tratamiento en embarazadas**

Son primer escalon terapéutico los antihistamínicos H1 de segunda generación (8). Presentan categoría B, entre los de primera generación, la dexclorfeniramina y entre los de segunda generación la loratadina, cetirizina y levocetirizina. La hidroxicina es el único antihistamínico contraindicado en embarazadas. La loratadina y cetirizina son los recomendados durante la lactancia (9). Los corticoides en el embarazo sólo deberán usarse para exacerbaciones importantes en pautas de 2 a 3 días, como máximo (10).

### **Tratamiento al alta:**

En urticaria aguda pueden indicarse al alta antihistamínicos de segunda generación no sedantes (cetirizina 10 mg, levocetirizina 5 mg, bilastina 20 mg) un comprimido al día durante 3-4 días.

Se añadirá corticoide oral en pauta descendente si se considera necesario por la gravedad de los síntomas.

Remitir a consulta de Alergología en caso de empeoramiento y para ajuste del tratamiento y seguimiento de la urticaria. En el caso de urticaria aguda, el estudio puede realizarse pasadas 3-4 semanas del brote.



## BIBLIOGRAFÍA

---

1. M. Ferrer, J. Bartra. Management of urticaria: not too complicated, not too simple. *Clin Exp Allergy*. 2015 Apr; 45 (4): 731-743.
2. M. Ferrer Puga, B. Valero Pérez, I. Jáuregui Presa, A. Daschner. Urticaria. En: I.J.Dávila Gonzalez et al, editores. *Tratado de Alergología*. Vol 3. 2ª ed. Madrid: Ergon 2015. p. 751-767.
3. Greaves MW, Kaplan AP. *Urticaria and angioedema*. 2nd ed. New York: Informa Healthcare: 2009. p. 455.
4. Staevska M, Gugutkova M et all. Night-time sedating H<sub>1</sub>-antihistamine increases daytime somnolence but not treatment efficacy in chronic spontaneous urticaria: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol*. 2014; 171: 148-154.
5. Wang XY, Lim-Jurado M. et al. Treatment of allergic rhinitis and urticaria: a review of the newest antihistamine drug bilastine. *Ther Clin Risk Manag*. 2016. Apr 13; 12:585-97.
6. Ferrer M, Sastre J, Jáuregui I, et al. Effect of antihistamine up-dosing in chronic urticaria. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2011; 21 Suppl 3:34-9.
7. Asero R, Tedeschi A. Usefulness of a short course of oral prednisone in antihistamine-resistant chronic urticaria: a retrospective analysis. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2010; 20: 386-90.
8. Kar S, Krishnan A, Preetha K, Mohankar A. A review of antihistamines used during pregnancy. *Journal of Pharmacology & Pharmacotherapeutics*. 2012;3(2):105-108.
9. Ito S. Drug therapy for breast -feeding women. *N Engl J Med*. 2000; 343: 118-26.
10. Bracken MB, et al. Asthma symptoms, severity, and drug therapy: a prospective study of effects on 2205 pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2003; 102: 739-52.