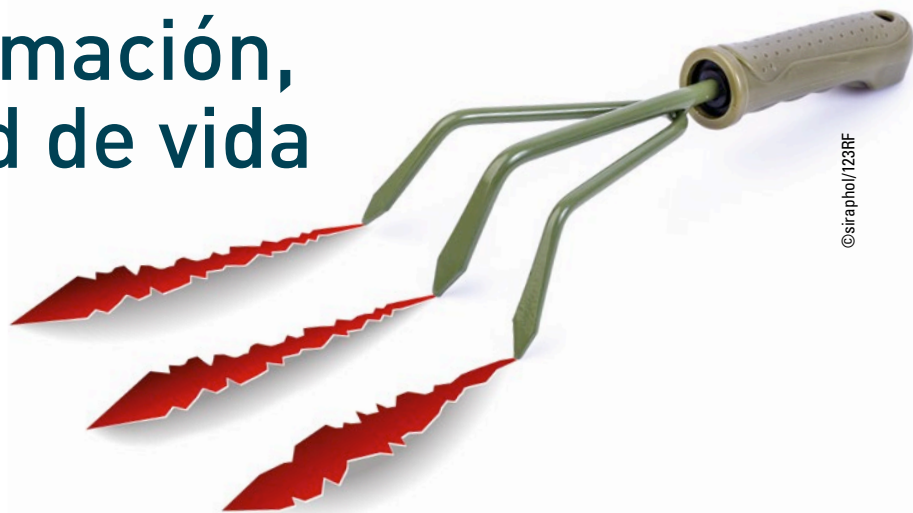


Urticaria crónica: a más información, más calidad de vida

Óscar Giménez



©siraphol/123RF

Se calcula que la urticaria crónica, también conocida como urticaria crónica idiopática o urticaria crónica espontánea, afecta al 0,5-1% de la población general. Aunque no se trata de una enfermedad mortal, comporta una importante pérdida de la calidad de vida de quienes la padecen, algo que se puede paliar con los tratamientos adecuados y una buena educación para la salud.

El término urticaria procede del latín *urtica*, referido a la planta que conocemos como ortiga, y tiene que ver con la comezón que dicha planta produce en nuestra piel cuando la tocamos.

La Dra. Ana María Giménez-Arnau, responsable de la Unidad de Inmunología-Alergia Cutánea y Fotobiología del Servicio de Dermatología del Hospital del Mar (Barcelona), la describe como una enfermedad cutánea que se caracteriza por una lesión elemental en la piel: el habón, una mancha rosada o eritematosa muy pruriginosa que en pocos minutos se vuelve edematosa y gruesa, y que en menos de 24 horas desaparece. «Sin embargo, el paciente con urticaria no tiene una sola lesión, sino múltiples habones que a veces se unen entre ellos, siempre pican mucho y tienen tendencia a cambiar de lugar de un día a otro», apunta esta experta.

Sin embargo, es necesario diferenciar la urticaria crónica de la aguda. Se calcula que 1 de cada 5 personas experimenta un episodio de urticaria aguda en algún momento de su vida, pero para que se considere crónica debe perpetuarse, al menos, durante 6 semanas. «Las personas con urticaria crónica se ven afectadas de forma habitual por la aparición de habones durante un tiempo prolongado –explica la Dra. Giménez-Arnau–. A veces no todos los días, sino 2 o 3 días por semana. Que sea crónica no significa que sea una enfermedad para toda la vida, sino que el episodio que se desencadena a partir de un momento dado se prolonga más de ese periodo citado de 6 semanas. Calculamos que el 50% de los afectados necesita tratamiento durante 1 año, un 20% durante 3 años y otro 20% durante 5 años. Excepcionalmente hay pacientes que sufren episodios hasta un periodo de 10 años.»

Causas y desencadenantes

Una de las cosas que más resalta la Dra. Giménez-Arnau es que la urticaria crónica no es una alergia, como mucha gente pueda pensar. No se debe a algo que la persona haya comido o haya tocado. «Aparece en personas predispuestas a presentar esta enfermedad, y el estímulo desencadenante puede ser variopinto –señala–, pero la gran mayoría de urticarias crónicas espontáneas tiene un mecanismo endógeno autoinmune. Gracias a la respuesta a los tratamientos biológicos, cada vez conocemos mejor que tiene lugar una sobreexpresión de alta afinidad de la inmunoglobulina E (IgE). Este receptor se puede estimular con una IgE contra un agente exógeno, pero también contra un propio anticuerpo interno. Por ello, las bases autoinmunes

En portada

Urticaria crónica: a más información, más calidad de vida

de la urticaria son probablemente responsables de la mayor parte de casos y son también causa de confusión entre la población, ya que mucha gente piensa que la urticaria crónica está provocada por un agente exógeno y no es así. De hecho, los pacientes con urticaria crónica espontánea presentan con frecuencia alguna otra enfermedad autoinmune asociada. La diferencia es que se trata de una autoinmunidad que no lesiona un tejido, sino que estimula una célula, el mastocito, para que libere histamina.»

Respecto a los desencadenantes que pueden dar lugar a la aparición de un episodio, la Dra. Giménez-Arnau comenta que, «siendo un fenómeno autoinmune, los desencadenantes pueden ser varios: antiinflamatorios no esteroideos (AINE), infecciones crónicas, estrés o ciertas situaciones de la vida que pueden alterar a la persona.»

Sobre este tema, el Dr. Juan Francisco Silvestre, responsable de la Consulta de Alergia Cutánea del Servicio de Dermatología del Hospital General Universitario de Alicante, explica que «los pacientes con urticaria crónica se presentan en nuestra consulta con la esperanza de que descubramos la causa de su enfermedad. Nosotros les explicamos que la mayoría tiene una causa desconocida y de naturaleza autoinmune. Nuestro principal objetivo será controlar la enfermedad mediante la evitación de los factores desencadenantes y la instauración de un tratamiento farmacológico adecuado. Centramos nuestro esfuerzo en que el paciente reconozca cuáles son los factores agravantes en su caso y sepa cómo evitarlos o cómo actuar ante su aparición.»

«Estos factores agravantes –añade el Dr. Silvestre– son principalmente los AINE, las infecciones, sobre todo de las vías respiratorias altas, los estímulos físicos, el estrés y, en mujeres en edad fértil, los cambios hormonales premenstruales. Los alimentos raramente actúan como factores agravantes y, por tanto, las dietas restrictivas no están indicadas en la gran mayoría de los casos.»

Tratamiento

En enero de este año se publicó en la edición *online* de la revista *Allergy* una actualización de la guía clínica para la definición, clasificación, diagnóstico y tratamiento de la urticaria (Allergy. 2018 [DOI: 10.1111/all.13397]), consensuada por más de 300 expertos y avalada por la gran mayoría de sociedades científicas de todo el mundo.

La Dra. Giménez-Arnau explica que la primera línea del tratamiento de la urticaria crónica espontánea consiste en el uso de antihistamínicos de segunda generación no sedantes en dosis autorizadas. «El problema –puntualiza– es que la indicación de urticaria crónica de estos fármacos es secundaria a la rinitis alérgica, por lo que las dosis licenciadas suelen ser insuficientes para la urticaria crónica.» De ahí que muchos casos no se puedan controlar y sea necesario avanzar al segundo escalón.

«Después de 4-6 semanas sin controlar adecuadamente la enfermedad, el paso siguiente consiste en duplicar o cuadruplicar la dosis del antihistamínico utilizado –indica esta especialista–, un aumento que ha demostrado ser seguro con los antihistamínicos de segunda generación. Algunos estudios realizados muestran que, tras este incremento de la dosis, más del 60% de los pacientes tratados logra controlar su enfermedad.»

Pero todavía queda una importante proporción que no lo consigue. «Para este 40% restante es necesario pasar a una tercera línea de tratamiento, que se restringe a un solo fármaco: el omalizumab –prosigue esta experta–. En anteriores versiones de las guías se podía utilizar en esta tercera línea la ciclosporina o el montelukast, pero en los últimos años se ha obtenido más evidencia acerca de la eficacia del omalizumab, que además tiene un mejor perfil de seguridad que la ciclosporina.»

El omalizumab es un anticuerpo monoclonal que fue aprobado por la Food and Drug Administration estadounidense en 2003 y por la Agencia Europea de Medicamentos en 2005 para el tratamiento del asma bronquial grave de origen alérgico. Desde 2014 está aprobado su uso en la urticaria crónica espontánea en adultos y en adolescentes a partir de los 12 años que tienen una respuesta insuficiente a los antihistamínicos.

Por último, la nueva actualización de las guías incluye una cuarta línea en los casos en que la enfermedad no se controla con omalizumab o no se puede utilizar este fármaco, y sugiere el uso de ciclosporina. «Es un fármaco que no tiene el mejor perfil de seguridad ni está licenciado para la urticaria, pero es eficaz y durante años nos ha ayudado a controlar a los pacientes cuando no existía el omalizumab», recuerda la doctora.

«A lo largo de todo el algoritmo –añade– podemos utilizar pautas cortas de corticoides orales, si bien las guías se muestran en todo momento en contra del uso continuado de estos fármacos para la urticaria crónica. El plan terapéutico para un paciente puede estar pensado para uno o varios años vista. Por tanto, el principio del tratamiento es obtener lo antes posible el control absoluto de los síntomas para que recupere su vida normal, aunque la enfermedad debe tratarse el tiempo necesario hasta poder dejar la medicación.»

En la misma línea, el Dr. Silvestre subraya que la aparición del omalizumab ha significado una revolución en el manejo terapéutico de los casos refractarios de urticaria crónica. «Aproximadamente el 40% de los pacientes no logra ser controlado con el empleo de dosis altas de antihistamínicos no sedantes. Previamente, estos pacientes eran tratados con inmunosupresores, sobre todo con ciclosporina, con una eficacia aceptable, pero asumiendo muchos efectos secundarios, lo que llevaba a retirar el fármaco tan pronto

como fuera posible. El omalizumab ha permitido controlar la práctica totalidad de los casos refractarios a antihistamínicos con un perfil de seguridad muy bueno tanto a corto como a largo plazo», apunta este experto.

Atención primaria

En las primeras fases del tratamiento, los médicos de familia pueden hacerse cargo del manejo de los pacientes con urticaria crónica, prescribiendo antihistamínicos y aumentando la dosis de éstos cuando no se controla la enfermedad a las pocas semanas.

Dado que se trata de una enfermedad relativamente frecuente, el Dr. Silvestre opina que el médico de atención primaria (AP) debe estar familiarizado con su manejo tanto diagnóstico como terapéutico. «Considero que deberían remitirnos a los especialistas a los pacientes en quienes no tengan claro el diagnóstico, por la morfología o duración de las lesiones, y los que no respondan a dosis altas de antihistamínicos no sedantes. Los pacientes que presentan angioedema como síntoma principal y los que precisan varias tandas de corticoides orales también deberían derivarse», opina este experto.

Educación para la salud y otros retos

Sin embargo, tal como destaca la Dra. Giménez-Arnau en la entrevista adjunta, los médicos de familia tienen otro papel fundamental, que no es otro que el de informar correctamente a sus pacientes acerca de la enfermedad que padecen, sus desencadenantes, sus factores agravantes, su tratamiento y lo que se puede esperar de éste. La urticaria crónica no se cura, pero se pueden controlar los síntomas en la mayoría de casos. Y todo esto lo deben saber los pacientes, lo cual implica un buen conocimiento de la enfermedad por parte de los médicos para saber qué mensajes deben proporcionar.

Por tanto, para esta especialista «el reto más importante en todo el mundo en estos momentos es la educación: informar correctamente a la población sobre qué es la urticaria».

«El segundo reto importante –continúa la Dra. Giménez-Arnau– sería ofrecer información precisa a los pacientes para que se organicen y apoyen entre ellos, ya que la enfermedad tiene a veces un gran impacto psicológico. Espero que con un conocimiento cada vez mayor y con tratamientos más efectivos que permitan controlar antes la enfermedad, toda la comorbilidad psiquiátrica que acompaña a la urticaria crónica irá disminuyendo.»

Por último, también existen desafíos desde el punto de vista científico, «entre ellos buscar soluciones para el 20% de pacientes que no responden al omalizumab –menciona esta especialista–. También estamos buscando biomarcadores, que nos permitan predecir la respuesta en función de la expresión de los receptores de IgE o de los niveles de IgE.

«Guía clínica para el manejo de la urticaria en Atención Primaria»

En 2016 se publicó la «Guía clínica para el manejo de la urticaria en Atención Primaria», un documento avalado por varias sociedades científicas, entre ellas la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen).

El Dr. Silvestre fue uno de los coordinadores de esta guía, que diferencia claramente entre urticaria aguda y crónica, y resume los protocolos diagnósticos y terapéuticos que deben seguir los médicos del primer nivel asistencial para un correcto manejo de la enfermedad.

«Nos dimos cuenta de que los dos servicios médicos que frecuentaban estos pacientes eran el de urgencias y el de AP –explica este especialista–. En urgencias eran tratados como si presentaran una enfermedad aguda. En AP solían utilizar antihistamínicos orales únicamente en dosis licenciada, y la mayoría de profesionales consideraba que la urticaria crónica era de origen alérgico.»

«Decidimos realizar y consensuar dos guías clínicas –prosigue el Dr. Silvestre–, una para urgencias y otra para AP. En ellas se definen conceptos que crean mucha confusión tanto en la población general como en el colectivo médico (prurito, urticaria, alergia, anafilaxia...), se establece un diagnóstico diferencial con las patologías cutáneas más frecuentes (con síntomas o signos clave para diferenciarlas), se aporta un algoritmo terapéutico con medidas para las exacerbaciones y con tratamientos prolongados, y se proponen unos criterios de derivación a dermatología. Creemos que han tenido una gran aceptación, y prueba de ello es que en la mayoría de países europeos se está imitando esta iniciativa.»



Además, aparecerán otros nuevos fármacos para la urticaria crónica, nuevos anti-IgE y nuevos moduladores de otros aspectos de la actividad del mastocito a nivel intracitoplasmático.



«La urticaria crónica no mata, pero interfiere mucho en las actividades cotidianas y el sueño»

Dra. Ana María Giménez-Arnau

Responsable de la Unidad de Inmunología-Alergia Cutánea y Fotobiología.
Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona

– ¿Qué datos epidemiológicos se conocen acerca de la urticaria crónica?

La urticaria crónica es una enfermedad cutánea que sufre aproximadamente un 1% de la población adulta, especialmente las mujeres. Pese a que es predominante en la población adulta joven, en la serie de nuestro hospital, de los 549 enfermos registrados desde 2000 a 2014, un 25% tenía más de 65 años.

– ¿Qué tipos de urticaria crónica existen?

Hay 2 grandes grupos de pacientes con urticaria crónica. Por un lado, los que a lo largo de su vida experimentan varios episodios de forma cíclica, separados por el tiempo. En nuestra serie, más de un 25% presentó más de un episodio a lo largo de su vida. Por otro lado, hay pacientes que experimentan un único episodio que puede durar más o menos tiempo. Es lo que conocemos como urticaria crónica espontánea, porque el curso de los habones es errático y no tiene una causa concreta que lo produzca, a diferencia de las urticarias crónicas inducibles que son provocables por un estímulo.

– ¿Cuáles son estas urticarias inducibles?

Hay una variedad de urticarias crónicas inducidas por estímulos muy concretos y bien definidos y son crónicas porque siempre aparecen cuando el paciente se expone al estímulo. Se trata de las urticarias por dermatografismo sintomático (fricción), por presión retardada (el habón aparece en la parte del cuerpo que ha soportado un peso), por frío (al entrar en contacto con aire, líquidos o sólidos fríos), colinérgica (al aumentar la temperatura corporal), solar, vibratoria, acuagénica, etc., si bien estas dos últimas son muy infrecuentes. Todas se diagnostican de forma precisa mediante pruebas de provocación y algunas pueden incluso comprometer la vida, como podría ser el caso de una persona con urticaria por frío que se exponga masivamente a bajas temperaturas sumergiéndose en agua.

– ¿En qué medida afecta la urticaria crónica a la calidad de vida de los pacientes?

Les afecta mucho. Es una enfermedad que no mata, pero interfiere mucho en las actividades cotidianas y el sue-

ño. Además, se ha demostrado que los pacientes con una urticaria más activa son los que ven su calidad de vida más afectada. Asimismo, es peor la calidad de vida de los pacientes que tienen episodios de angioedema, personas que presentan a veces habones más profundos y permanentes que afectan a los párpados, labios, pies o manos, y les incapacitan aún más en sus actividades diarias.

– ¿Puede afectarles también laboralmente?

Desde el punto de vista de incapacitación laboral, el estudio multicéntrico europeo ASSURE muestra que los pacientes no dejan de ir a trabajar debido a la enfermedad, pero tienen una gran afectación durante el trabajo. Es lo que se conoce como «presentismo» e implica no estar suficientemente concentrados en su trabajo.

– ¿Qué papel pueden tener los médicos de AP en el manejo de la enfermedad?

Absolutamente crucial. En el algoritmo terapéutico que se incluye en las guías clínicas, los primeros pasos del tratamiento, consistentes en la prescripción de antihistamínicos no sedantes e incluso el aumento de la dosis de estos fármacos si es necesario, se dejan en manos del médico de AP. Pero su papel más importante es transmitir a sus pacientes el mensaje adecuado desde el primer momento. Debe explicarles qué es la urticaria, enseñarles a identificar la lesión elemental y que no la confundan con un eccema, y orientarlos de forma correcta sin proporcionar mensajes erróneos como «esto se le curará cuando quiera» o «no vale la pena que haga nada», o prescribiendo un antihistamínico no sedante sin ofrecer ninguna explicación. El paciente necesita desde el primer momento una información precisa de lo que le ocurre y debe saber que la urticaria no es una alergia. Por tanto, el médico de AP es quien tiene en su mano dar el primer mensaje adecuado al paciente y orientarlo.



Accede a la
videoentrevista

