

Urticaria

Mireia Serrano Manzano

Médico de Familia. CAP Sant Vicenç dels Horts (Barcelona). Coordinadora del Grupo de Trabajo de Dermatología de CAMFiC

Mensajes clave

- ▶ La urticaria, sobre todo la urticaria crónica espontánea, no ha de confundirse con la alergia.
- ▶ El diagnóstico de la urticaria es fundamentalmente clínico, aunque pueden realizarse algunas pruebas complementarias.
- ▶ Su tratamiento se basa en la evitación de factores agravantes (antiinflamatorios no esteroideos, estrés, alcohol, etc.) y antihistamínicos H1 de segunda generación (hasta 4 veces la dosis licenciada).

La urticaria es un motivo frecuente de consulta en atención primaria (AP), pero su abordaje a veces no es adecuado, lo que puede llevar a una disminución importante de la calidad de vida del paciente. La urticaria crónica espontánea (UCE) es un problema cutáneo que afecta hasta un 0,6% de la población española, según un estudio de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica. Es una afección cutánea grave, crónica y angustiosa, difícil de diagnosticar y controlar.

La urticaria se caracteriza por la aparición súbita de habones, angioedema, o ambos. Normalmente, el habón, la lesión elemental de la urticaria, es evanescente (duración <24 h), por lo que para su correcto manejo es imprescindible realizar una buena anamnesis y un diagnóstico clínico. El angioedema es una tumefacción o edema súbito eritematoso, localizado en la dermis profunda y en el tejido celular subcutáneo, de resolución más lenta, a veces de 72 horas.

Ante la variedad de cuadros clínicos que podríamos tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de la urticaria, es muy importante la identificación de habones evanescentes con o sin angioedema. Si las lesiones tienen una duración superior a 24 horas, se deberán descartar otras causas. Si sólo se observa un angioedema, habría que descartar otras afecciones, como la celulitis o el eccema agudo localizado, el angioedema hereditario y el asociado al tratamiento con fármacos causantes de angioedema, adquirido a través de las bradicininas.

Resulta imprescindible diferenciar el concepto de urticaria del de alergia. La alergia es una hipersensibilidad iniciada por mecanismos inmunológicos específicos, que se puede manifestar como asma, rinitis, anafilaxia, eccema, urticaria o angioedema. La sintomatología de la urticaria se debe a la liberación de mediadores preformados y neosintetizados

por parte de los mastocitos de la piel. Así pues, no toda alergia implica una urticaria y, generalmente, la urticaria no es una enfermedad alérgica.

Distinguiremos entre urticaria aguda (UA) o crónica (UC) en función de la duración (<6 y ≥6 semanas, respectivamente). En la UA no será necesario realizar ninguna prueba, mientras que en el caso de la UC se recomienda realizar una analítica sanguínea para determinar la velocidad de sedimentación globular (VSG). De hecho, es necesario limitar inicialmente los estudios complementarios, y orientarlos según la sospecha clínica, ya que la mayoría de urticarias no son de causa alérgica.

El abordaje terapéutico de la UA se basa en evitar los posibles factores desencadenantes y, aunque en un 50% de los casos son idiopáticos, entre ellos podemos encontrar infecciones (de las vías respiratorias altas, estreptococos, anisakis, hepatitis B), estímulos físicos (presión sobre la zona, temperatura corporal, dermatografismo), fármacos (intolerancia a aspirina y otros antiinflamatorios no esteroideos [AINE]) o alimentos.

En la UC, los AINE son los responsables de agravar la patología en un 20-30% de los casos, por lo que es muy importante su suspensión.

En cuanto al tratamiento sintomático, se basa en el uso de antihistamínicos H1. Los antihistamínicos H1 de segunda generación son el tratamiento de primera línea para la urticaria, con un mejor perfil de seguridad, un mínimo efecto sedante y sin efectos anticolinérgicos. Como tratamiento de segunda línea, si no se controlan los síntomas, se recomienda aumentar la dosis a razón de 1 comprimido cada 1-4 semanas hasta un máximo de 4 comprimidos/día.

Evidencias en...

Urticaria

En los casos en que el cuadro sea muy extenso o sintomático, o exista angioedema como principal manifestación, se administrará metilprednisolona, prednisolona o prednisona durante 5 días por vía oral (0,5-1 mg/kg/día). Excepcionalmente, en las urticarias asociadas a angioedema que afectan a las vías respiratorias superiores, se considerará el uso de adrenalina i.m. como medicación de rescate.

En AP podremos realizar un seguimiento del paciente de manera sencilla mediante varias escalas de valoración: UAS, UAS7 y UCT.

Los casos siguientes constituyen criterios de derivación al servicio de dermatología: UCE refractarias a dosis máximas, si se precisan 2 o 3 ciclos de corticoides para controlar los síntomas, o si aparece un angioedema como principal manifestación o un cuadro atípico.

La mayor parte de UCE suelen controlarse con antihistamínicos de segunda generación; sin embargo, un 40% de los pacientes con UC no logran un buen control de la sintomatología y requieren otros tratamientos para controlar su enfermedad.

La evidencia más reciente considera que los fármacos que pueden utilizarse como tercera línea en estos casos, para mejorar la calidad de vida de los pacientes y limitar la toxicidad por el uso frecuente o crónico de esteroides sistémicos, son fundamentalmente tres: omalizumab, ciclosporina A y antileucotrienos. Aunque la evidencia sobre la eficacia de estos últimos es limitada, con un grado de recomendación bajo respecto a su uso.

Haciendo una simplificación acerca de su manejo, podemos decir que la ciclosporina es el agente del que se dispo-

ne de mayor evidencia sobre su eficacia, y su uso en casos complicados sólo está limitado por su toxicidad. Se emplea en dosis de 3-5 mg/kg/día por lo menos durante 2 meses. Las dosis y la duración óptima del tratamiento aún no se han definido y no existen criterios predictivos de respuesta.

Omalizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado, también indicado como tratamiento en el control del asma alérgica persistente en adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. El mecanismo de acción de omalizumab en la UC sería multifactorial e involucraría diferentes células y vías. Ya existen diversos estudios que ponen de manifiesto su eficacia y seguridad, así como una mejora en la calidad de vida de estos pacientes tras el tratamiento con este fármaco. En la urticaria se utilizan dosis fijas de 300 mg cada 4 semanas, y se observa una mejoría en la primera semana de tratamiento. Por lo general, la enfermedad retorna gradualmente al suspenderse el tratamiento, pero se ha demostrado que al reiniciarlo se logra recuperar el control rápidamente.

Bibliografía

1. AAFA website [consultado en febrero de 2014].
2. Silvestre Salvador JF, Serrano Manzano M, Serra Baldrich E, Palacios Martínez D, Gómez de la Fuente E, Heras Hitos JA, et al. Guía clínica para el manejo de la urticaria en atención primaria. [Falta revista o editorial]. 2016 B-26.228-16.
3. Bernstein JA, Lang DM, Khan DA, Craig T, Dreyfus D, Hsieh F, et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J Allergy Clin Immunol*. 2014; 133(5): 1.270-1.277.
4. Ferrer M, Bartra J, Giménez-Arnau A, Jauregui I, Labrador-Horrillo M, Ortiz de Frutos J, et al. Management of urticaria: not too complicated, not too simple. *Clin Exp Allergy*. 2015; 45(4): 731-743.
5. Máspero J, Cabrera H, Arduoso L, De Gennaro M, Fernández R, Galimany J, et al. Guía argentina de urticaria y angioedema. *Medicina (Buenos Aires)*. 2014; 74 Supl 1: 1-53.
6. Tonacci A, Billeci L, Pioggia G, Navarra M, Gangemi S. Omalizumab for the treatment of chronic idiopathic urticaria: systematic review of the literature. *Pharmacotherapy*. 2017; 37(4): 464-480.

Práctica clínica

- La lesión elemental que define la urticaria es el habón, que característicamente es evanescente y dura menos de 24 horas.
- Se puede realizar un seguimiento del paciente mediante la aplicación de las escalas UAS, UAS7 y UCT.
- Los criterios de derivación del paciente al servicio de dermatología son los siguientes:
 - Aparición de angioedema como principal manifestación.
 - UCE refractaria a dosis máximas (4 veces la estipulada).
 - Si se precisan más de 2-3 ciclos cortos de corticoides.
 - Aparición de un cuadro urticariforme atípico.