

URTICARIA Y ANGIOEDEMA CRONICO (CHRONIC URTICARIA AND ANGIOEDEMA)

* Christine Clausen Oreamuno

RESUMEN

La urticaria es aparición abrupta de ronchas con o sin angioedema (edema de tejido profundo).

Existen dos maneras de clasificar la urticaria. La primera es por la duración de sus síntomas y la segunda forma de clasificación está basada según el estímulo por el cual llega a producirse.

La urticaria se presenta con ronchas elevadas, circunscritas, de 1 a 2cm, eritematosas brillantes e intensamente pruríticas, fácil de visualizar y diagnosticar ya que refleja edema de la piel superficial, por lo contrario el angioedema se describe como una edema localizado, doloroso y caliente. El angioedema tiene predicción por la boca, cara, orofaringe y genitales.

Se recomienda educación exhaustiva sobre desencadenantes conocidos y uso de antihistamínicos.

DESCRIPTORES

Urticaria, angioedema, ronchas, prurito, antihistamínicos.

SUMMARY

Hives are abrupt onset of hives with or without angioedema (deep tissue edema).

There are two ways of classifying urticaria. The first is for the duration of their symptoms and the second form of classification is based according to the stimulus which does occur.

Hives comes with bright and intensely pruritic, easy to visualize and diagnose high, circumscribed hives, 1 to 2cm, erythematous and reflecting edema of the superficial skin, otherwise the angioedema is described as a localized edema, painful and hot. Angioedema has prediction by mouth, face, oropharynx and genitals.

Comprehensive education known triggers and use of antihistamines is recommended.

KEYWORDS

Urticaria, angioedema, hives, itching, antihistamines.

*Médico General.
Universidad de Ciencias
Médicas – San José
Costa Rica

INTRODUCCION

La urticaria es una enfermedad de alta prevalencia mundial y en un importante

número, el motivo de consulta principal en medicina general y alergología. Esta patología está definida como la aparición abrupta de ronchas con o sin angioedema.

La prevalencia varía de acuerdo a la población estudiada, estimada a lo largo la vida para cualquier tipo de urticaria de un 8,8%, pero solamente un 30-45% de ellos van a desarrollar urticaria crónica. En estudios realizados recientemente en España, ésta patología afecta en su mayoría a mujeres entre 35 a 60 años (edad media en 40 años). Por la presentación clínica se ha logrado diferenciar los casos en los cuáles únicamente se detecta urticaria, siendo 50% de la totalidad, en los que se asocia angioedema, 40% y los pocos casos con angioedema sin urticaria, un 10%.

FISIOPATOLOGIA

La urticaria y el angioedema de etiología espontánea (hasta un 40-50% de los casos) se cree deriva de un proceso fisiopatológico similar, con producción y liberación de histamina y mediadores vasoactivos provenientes de la degranulación de mastocitos (célula efectora central) y basófilos. Subsecuentemente las citoquinas, quimosinas y mediadores derivados de membrana (leucotrienos y prostaglandinas) son liberados, contribuyendo a la extravasación de líquido a tejido superficial. La diferencia es la ubicación de estas células en la capa de la piel. En la urticaria se encuentran en la dermis papilar, mientras que en angioedema se involucran capas más profundas (dermis reticular y tejido subcutáneo).

Con respecto a la urticaria de origen autoinmune, se desarrollan anticuerpos IgG (específicos) hacia la subunidad alfa de IgE de mastocitos (un tercio de los pacientes con urticaria crónica). Además se ha descrito otros procesos implicados como formación de complejos autoinmunes/vasculíticos, en dónde hay

una activación del complemento (anafilotoxina C5a) desencadenada por la interacción antígeno-anticuerpo. Posibles desencadenantes alimentarios se han estudiado, por lo que alergias mediadas por IgE deben descartarse al igual que urticaria con relación a comorbilidades psicológicas y psiquiátricas, en dónde no se ha podido esclarecer el orden causal pero si la relación con respecto a mayor frecuencia de brotes con crisis ansiosas y depresión, aunado a una respuesta positiva con psicoterapia.

Los casos en dónde se presenta únicamente el angioedema, sin asociar urticaria, se deben, en su mayoría, a procesos relacionados a alergias a medicamentos, entre los más reconocidos están los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (en hasta un 0,68%), por una reducción en el metabolismo de la bradicina, (razón por la cual están contraindicados en antecedentes clínicos de angioedema, con mayor frecuencia en raza afrocaribeña). Otros medicamentos relacionados son: antibióticos y AINES. Por otra parte, el angioedema hereditario, se ha estudiado y presenta una mutación en el gen SERPING1 asociado a deficiencia o disfunción del inhibidor del complemento (C1) y mutación en el factor XII, siendo tipos I, II y III respectivamente, síndrome más frecuente en población femenina, con probable relación a efecto estrogénico, por lo que anticonceptivos combinados están contraindicados en estas pacientes.

CLASIFICACION

Existen dos maneras en las cuáles de puede clasificar la urticaria. La primera es por la duración de sus síntomas: aguda - caracterizada por la aparición abrupta de urticaria y/o angioedema con una duración

de menos de 6 semanas- y crónica con una duración mayor a 6 semanas. La segunda forma de clasificación está basada según el estímulo por el cual llega a producirse: urticaria espontánea, autoinmune, inducible (colinérgico, frío, aquagénico, calor, vibratorio y dermatografismo), angioedema sin urticaria, vasculitis y síndromes raros (tabla 1).

DIAGNOSTICO

Clásicamente la urticaria se presenta con ronchas elevadas, circunscritas, de 1 a 2cm

(pueden medir desde milímetros hasta el tamaño de una mano y ser coalescentes), eritematosas brillantes e intensamente pruríticas, fácil de visualizar y diagnosticar ya que refleja edema de la piel superficial, por lo contrario el angioedema se describe como una edema localizado, clásicamente doloroso (más que pruriginoso) y caliente, de predilección en boca, cara, orofaringe y genitales, lesiones que en ocasiones resultan difíciles diagnosticar ya que representan una alteración de capas profundas.

Tabla 1. Clasificación clínica de urticaria / angioedema crónico según Guías BSACI, 2015.		
Descripción	Tipo	Ejemplo de desencadenante
Urticaria espontánea	Espontánea	Estrés, infección, drogas.
Urticaria autoinmune	Autoinmune	Desconocido
Urticaria inducible	Aquagénico	Agua fría o caliente
	Colinérgico	Ejercicio o emociones
	Frío	Nado en agua fría
	Presión retardada	Ropa ajustada
	Dermografismo	Trauma menor
	Ejercicio	Ejercicio físico
	Calor	Baño caliente
	Solar	Sol
Angioedema sin urticaria	Espontáneo	Estrés, infección y drogas
	Deficiencia de inhibidor de C1	Trauma, cirugía, estrés, infección.
	Deficiencia de inhibidor de C1 + Paraproteinemia	Trauma, cirugía, estrés, infección.
	Drogas	IECAs, estrógenos, antipsicóticos, estatinas, AINES.
Vasculitis	Vasculitis urticarial	Infección, drogas, enfermedades autoinmunes, malignidad
Síndromes raros	Síndrome periódico asociado a criopirinas	Frío
	Síndrome de Schnitzler	

Fuente: R. J. Powell, S. C. Leech, S. Till, P. A. J. Huber, S. M. Nasser and A. T. Clark. Clinical & Experimental Allergy, 2015 (45) 547-565.

Ambas presentaciones son de inicio abrupto, usualmente de minutos y la resolución, de aproximadamente 24 horas la urticaria y 72 horas el angioedema, sin lesiones residuales, excepto probables escoriaciones de rascado.

Por lo anterior, cabe resaltar que con una adecuada y exhaustiva valoración clínica con descripción de lesiones y su: frecuencia, inicio, posible desencadenante, duración, patrón de recurrencia, antecedentes patológicos, alérgicos, heredofamiliares, de respuesta a tratamiento y en la mejor de las situaciones un registro dietario (en sospecha de tal desencadenante) y fotográfico de las lesiones, el diagnóstico es clínico. En casos donde hay sospecha de causas secundarias o bien que no sea de origen espontáneo, algunas de las siguientes son recomendadas como valoración complementaria:

- Pruebas de punción cutánea: panel de aeroalergenos y alimentos.
- Hemoleucograma: eosinofilia asociado a parasitosis y neutrofilia se ha documentado en casos vasculíticos.
- Urianálisis: datos de infección urinaria concomitante o lesión renal de origen vasculítico.
- Marcadores de fase aguda: velocidad de eritrosedimentación y/o proteína C reactiva aumentadas sugieren presencia de condición sistémica como infección aguda, crónica o vasculitis.
- Pruebas de función tiroidea y autoanticuerpos: asociación a trastornos de etiología autoinmune (hasta un 20% de pacientes presentan positividad de reactivos

comparado a un 6% de población general).

- Otros: complemento, inmunoglobulinas, parasitología.
- Pruebas cutáneas: Exposición al frío, agua o ejercicio y dermatografismo.
- Biopsia cutánea: Apropiado de realizar en caso de presentación inusual, síntomas sistémicos asociados sugestivos a etiología vasculítica como: fiebre, artralgia, lesiones de más de 24 horas, con petequias y púrpura. En casos que represente urticaria de origen espontáneo o autoinmune revela infiltrado perivascular de linfocitos CD4+, monocitos y granulocitos, de lo contrario en procesos vasculíticos se observa vasculitis de pequeños vasos con depósitos de inmunoglobulinas y complemento.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El término ronchas es utilizado con frecuencia, sin embargo, no siempre con el mismo significado por lo que diferentes condiciones se confunden con urticaria (tabla 2). Otras enfermedades se presentan con ronchas, sin ser el diagnóstico final una urticaria con o sin angioedema, tales como: mastocitosis cutánea (urticaria pigmentosa), urticaria vasculítica, crioglobulinemia y otros síndromes menos comunes (síndrome de Muckle-Wells, de Schnitzler, Gelich y celulitis eosinofílica).

MANEJO

Luego de realizar un abordaje diagnóstico con una impresión de urticaria crónica espontánea, con o sin angioedema, se recomienda determinar la severidad por métodos subjetivos (con diferentes escalas

Tabla 2. Otras patologías que se pueden confundir con urticaria.	
Condición	Características distintivas
Picadura por artrópodos	Duración por días, con historia de picadura.
Dermatitis atópica	Maculopapular con distribución característica.
Dermatitis de contacto	Papular, márgenes no diferenciados.
Eritema multiforme	Duración por días, iriales, tiro al blanco y fiebre.
Reacción medicamentosa	Hiperpigmentada, no pruriginosa, historia de ingesta.
Púrpura de Henoch-Schonlein	Miembros inferiores, lesiones purpúricas, síntomas sistémicos.
Pitiriasis rosea	Duración por semanas, "árbol de Navidad", no prurito.
Exantema viral	Pródromos, fiebre, lesiones máculopapulares, no prurito.
Fuente: P. Schaefer. Urticaria: Evaluation and Treatment. Am Fam Physician. 2011;83 (9):1078-1084.	

existentes, el test de control de urticaria, consiste en 4 preguntas sencillas: síntomas, interferencia con calidad de vida, frecuencia de síntomas y control, todos en las últimas 4 semanas y cada uno de ellos con una puntuación de 0 a 4, con resultado >12: no controlado y <11 controlado).

Como medidas generales se recomienda: educación exhaustiva sobre desencadenantes conocidos, con estrategias de rechazo y realización de diarios además de intervenciones psicológicas (un metaanálisis reciente confirmó la alta prevalencia de asociación entre ambas entidades y una correlación positiva que indican que el tratamiento con psicoterapia e intervenciones de comportamiento son beneficiosos).

Las guías de manejo actuales recomiendan el tratamiento se base en tres pasos:

1. Antihistamínicos: no se recomienda utilizar los de primera generación (menor eficacia, menor duración de

acción, numerosos efectos secundarios -principal: somnolencia-, posibilidad de interacciones medicamentosas y mismo costo). Se recomiendan los de segunda generación. Aprobados para todas las formas: desloratadina, levcetirizina, rupatadina, ebastina, bilastina y misolastina, con una dosis de una tableta diaria.

2. Aumentar dosis de antihistamínico: hasta la mitad de los pacientes con urticaria crónica refieren no disminución sintomática suficiente con una única dosis diaria. Estudios hablan de efectividad hasta en dosis cuádruplicada. Sin embargo no se llega a una evidencia si es seguro en todos los medicamentos y para todos los pacientes por lo que se deja a criterio médico el aumentar dosis o bien cambiar a otro medicamento de la misma clase.
3. Casos refractarios: se recomienda, con hasta un 70% éxito

4. (logrando pacientes asintomáticos), el uso de omalizumab (300mg SC semanal por 4 semanas).

Otros medicamentos utilizados en el tratamiento crónico son: antagonistas de receptor de leucotrienos (montelukast) y ciclosporina A y en caso de exacerbación o bien presentación aguda medicamentos de rescate: corticoesteroides sistémicos (periodos cortos, aproximadamente 7-10 días de 40mg de prednisona) y adrenalina intramuscular.

CONCLUSIONES

La urticaria involucra la aparición de ronchas elevadas, altamente pruriginosas,

eritematosas con o sin edema de tejido profundo (angioedema), usualmente autolimitada y benigna, sin embargo en ocasiones puede comprometer la vida. Es causado por reacción mediada por la célula central: mastocitos y liberación de sustancias vasodilatadoras, usualmente esporádica y que requiere una simple valoración clínica y en ocasiones realizar estudios complementarios. Para lograr un manejo óptimo se requiere entendimiento y educación brindada por el médico y soporte psicológico, para evitar agravantes, además de tratamiento sintomático y en ocasiones de mantenimiento.

BIBLIOGRAFIA

- R. J. Powell, S. C. Leech, S. Till, P. A. J. Huber, S. M. Nasser and A. T. Clark. Clinical & Experimental Allergy, 2015 (45) 547-565. doi: 10.1111/cea.12494
- P. Schaefer. Urticaria: Evaluation and Treatment. Am Fam Physician. 2011;83 (9):1078-1084.
- C. Termeer, P. Staucah et al. Chronic spontaneous urticaria – a management pathway for patients with chronic spontaneous urticaria. Journal of the German Society of Dermatology. 2015. doi: 10.1111/ddg.12633
- M. Sánchez-Borges et al. Diagnosis and Treatment of Urticaria and Angioedema: A Worldwide Perspective. World Allergy Organization Position Paper. 2012.;5:125-147.

Recepción: 04 Abril de 2016

Aprobación: 10 Abril de 2016