

Título: Urticaria y Angioedema Crónicos.

Autores:

Dr. Armando Guillermo Ginard Cabanas. Especialista de 2do. Grado en Alergología. Profesor Auxiliar.

Dra. Ilonka María Estruch Fajardo. Especialista de 2do. Grado en Alergología. Profesora Auxiliar y Consultante.

Dra. Igermis Figueroa García. Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral y en Alergología. Máster en enfermedades infecciosas, Instructora.

Servicio de Alergología
Email: alergia@hha.sld.cu

Introducción

La urticaria constituye un síndrome eruptivo que expresa una manifestación reactiva de la piel, caracterizada por la aparición paroxística de ronchas o habones, de forma, tamaño y distribución variables, muy pruriginosos, localizados en la dermis y que a menudo se acompañan de un cortejo de síntomas generales.

Dependiendo de las mismas o similares alteraciones patológicas puede aparecer un edema localizado en la dermis profunda o el tejido celular subcutáneo, que en ocasiones se extiende a las mucosas o a los órganos internos, pudiendo poner la vida en peligro, denominado Angioedema.

La persistencia de los habones, el angioedema o ambos por más de seis semanas; debido a causas conocidas o desconocidas, se denomina urticaria crónica

espontánea. La prevalencia de este trastorno en la población general es del 0,5 – 5%; es de destacar que en el 90% de los casos no se llega a identificar la causa.

Objetivos:

- .- Identificar los posibles factores desencadenantes y/o enfermedades causales del proceso eruptivo, orientando la conducta a seguir de acuerdo a estas apreciaciones.
- Obtener una mejoría sintomática clínicamente significativa y evitar exacerbaciones severas.
- Lograr un incremento de la calidad de vida en estos pacientes.
- .- Reducir, en lo posible, los efectos adversos del tratamiento.

Desarrollo

Criterios diagnósticos.

El diagnóstico positivo de la urticaria crónica resulta, generalmente, bastante sencillo dado su cuadro clínico característico y el tiempo de evolución. Se tiene en cuenta la presencia de habones o ronchas, identificándolos mediante la inspección y la palpación del tegumento.

En cuanto al edema alérgico subcutáneo se diferencia de otros tipos de edemas debido a su carácter transitorio, localización típica y síntomas acompañantes.

Puede aparecer aislado o asociado a la urticaria.

Cuadro Clínico.

La urticaria se manifiesta por la aparición paroxística de lesiones de tipo roncha y eritema, generalmente pruriginosas, aisladas o confluentes en grandes placas de bordes policíclicos.

El habón o roncha consiste en una pápula o placa edematosa de color eritematoso, evanescente, de palidez central, de forma circular y de tamaño variable.

Generalmente las lesiones se establecen en minutos y desaparecen en menos de 24 horas, reapareciendo diariamente o con intervalos de algunos días. En otros casos persisten, cambiando su lugar de localización, pero manteniéndose en todo momento algunos elementos eruptivos.

El angioedema consiste en placas edematosas, de bordes mal definidos, situado profundamente en la piel; puede localizarse en cualquier zona, pero lo hace preferentemente en los párpados, labios y genitales. Predomina una sensación de ardor o presión más que de prurito.

La urticaria y el angioedema, pueden acompañarse de otros síntomas como: náuseas, vómitos, diarreas, dolor abdominal, disnea y asfixia; esto último debido al edema de la laringe, así como síntomas cardiovasculares: hipotensión y taquicardia.

Clasificación.

La urticaria y el angioedema crónico, de acuerdo a su patogenia, se clasifican en:

a) Urticarias de mecanismo inmune:

- IgE dependientes

- Mediadas por Inmunocomplejos.

b) Urticarias mediadas por mecanismos no inmunes:

- Por estimulación directa de la degranulación del mastocito.

- Urticarias por agentes que interfieren el metabolismo del Acido Araquidónico.
- c) Urticarias físicas o inducibles.
- Dermografismo.
 - Urticaria colinérgica.
 - Urticarias por frío.
 - Urticaria solar.
 - Urticaria por presión.
 - Urticaria acuogénica.
 - Angioedema vibratorio.
- d) Angioedemas aislados: relacionados con defectos del C1-Inhibidor, o mediados por Bradicinina.
- e) Urticaria asociada a enfermedades autoinmunes.
- f) Urticaria asociada a enfermedades neoplásicas.
- g) Urticaria asociada a infecciones.
- h) Urticaria crónica idiopática.

Pruebas diagnósticas básicas.

Historia Clínica detallada y exploración física adecuada.

En todos los pacientes con urticaria crónica: hemograma completo con diferencial.

Eritrosedimentación, química sanguínea, proteinograma, VDRL, sedimento urinario, heces fecales seriados, RX de tórax.

En algunos pacientes, según la sospecha etiológica:

- Urticarias de causa física: inducir mediante ejercicio, frío, calor, presión y luz ultravioleta. Detección de crioglobulinas, en el caso de urticaria por frío.

- Urticarias por activación del complemento: Detección de anticuerpos antinucleares, fracciones del Complemento, C3 y C4, Inmunocomplejos circulantes.
- Angioedema hereditario o adquirido por déficit de C1-Inhibidor; determinación de C1-INH, C2 y C4.
- Urticarias por hipersensibilidad a antígenos específicos: IgE global, pruebas por punción, pruebas epicutáneas.
- Urticarias asociadas a enfermedades infecciosas y parasitarias: serología para sífilis, cultivos bacterianos y micóticos, técnicas de concentración en heces fecales, serología de hepatitis crónicas B y C, serología para VIH , determinación de anticuerpos heterófilos, pruebas para la detección del Helicobacter Pylori.
- Urticaria vasculíticas: biopsia de piel.
- Urticaria asociada a enfermedades neoplásicas y urticarias asociadas a enfermedades autoinmunes : ante la sospecha se estudiarán mediante los protocolos correspondientes de las distintas especialidades..

6. - Recomendaciones Terapêuticas. Tratamiento médico medicamentoso.

Antihistamínicos: Anti H1 clásicos : Difenhidramina, via oral o parenteral según la severidad del cuadro. Vía oral: tabletas (25mg), de 25 a 50 mg cada 6-8 horas. Vía IM o EV: 25-50mg cada 6-8 horas (usar en bolos si vía EV), no exceder de 300 mg en 24 horas.

Ciproheptadina : VO (tabletas 4mg) ; 4 mg cada 6-8 horas.

Dexclorferinamina: VO (tabletas 2mg); 4mg cada 4-6 horas.

Ketotifeno, VO: (tabletas de 1mg); 1mg cada 12 horas.

Anti H1 de nueva generación: loratadina o cetirizina (tabletas 10mg), VO 10 mg por día, o doblando las dosis habituales, según recomendación de expertos.

Se utilizan distintas combinaciones de estos fármacos, según respuesta clínica, disponibilidad y tolerancia.

Anti H2: ranitidina (tab. 150mg), VO 1 tab. Cada 12 horas.

Corticosteroides: prednisona VO de 40 a 60 mg diarios en cursos de 2-4 semanas, disminuyendo progresivamente la dosis según se obtiene el control.

Edema alérgico subcutáneo por déficit de C1-INH. Danazol (cap.200mg), VO de 100-400mg por día, ajustando las dosis según respuesta. En situaciones de urgencia o preoperatorio: ácido épsilon- aminocaproico (amp.2gr en 10ml), de 2-4 gr EV, en infusión continua; administrando 1 gr por hora. Se pueden utilizar transfusiones de plasma fresco.

Urticaria vasculítica: colchicina (tab. 0,5mg), se utilizan de 0,5 a 1 mg diario durante 3 a 4 semanas. Dapsona (tab. 100mg), 50-100mg diarios durante 4-8 semanas.

Tratamiento médico no medicamentoso: evitar agentes desencadenantes que favorecen la vasodilatación cutánea (AINES, alcohol, stress, calor).

Tratamiento higiénico dietético: dieta libre de alimentos histaminoliberadores.

Seguimiento.

Los pacientes tendrán reconsultas programadas de acuerdo a su estado clínico, a su evolución y al desarrollo de los estudios indicados. Estas reconsultas tendrán una periodicidad variable, de acuerdo al criterio de los autores del protocolo asistencial. Estos coordinarán de forma pertinente las consultas interdisciplinarias en

caso de requerirse. En todos los casos se garantiza el seguimiento médico planificado y organizado y la accesibilidad a la atención especializada cuando se requiera por el paciente.

INDICADORES

Indicadores de estructura		Estándar
Recursos humanos	% de Especialistas en Alergología	100%
	% de Residentes de Alergología	100%
	% de Técnico de Alergología	100%
Recursos materiales	% de disponibilidad de local	100%
	% de disponibilidad de pruebas básicas.	100%
	% de disponibilidad de pruebas especiales.	100%
Recursos organizativos	% de planillas para la recogida de datos	100%
	% de base de datos	100%
Indicadores de procesos		Estándar
	% de pacientes diagnosticados correctamente según criterios del PA	100%
	% de pacientes clasificados adecuadamente según criterios del PA	100%
	% de cumplimiento adecuado del proceso investigativo	100%
	% de identificación de criterios de evaluación interdisciplinaria	100%
	% de prescripción adecuada de indicaciones según PA	100%
	% de seguimiento ambulatorio programado y sistemático según PA	100%
Indicadores de resultados		Estándar
	% de pacientes con mejoría subjetiva de los síntomas	>95%
	% de disminución de las exacerbaciones que requirieron tratamiento de emergencia	>90%

% de disminución de los días de hospitalización debido a exacerbaciones severas	>90%
% de incremento de la calidad de vida	>90%
% de reducción de complicaciones debidas al tratamiento.	>85%

Bibliografía

Bernstein, J.A. (2014). The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 Update. *J Allergy Clin Immunol*, 133, pp. 1270-77. DOI: 10.1016/j.jaci.2014.08.008.

Bork, K. (2014). Angioedema. *Immunol Allergy Clin N Am*, 34, pp. 23-31. DOI: 10.1016/j.iac.2013.09-004.

Cicardi, M., Zanichelli, A. (2013). Diagnosing Angioedema. *Immunol Allergy Clin N Am*, 33, pp. 449-56. DOI: 10.1016/j.iac.2013.07-001.

Colgecen, E., Ozyurt.K. , Gul, A. I., Utas, S. (2015). Evaluation of etiological factors in patients with chronic urticaria. *Acta Dermatovenerol Croa* ,23, pp.36-42.

DOI: 10.1007/s00281-015-0544-y.

Dilek, A.R., Dilek, N. (2014). The role of protozoos in the etiology of chronic urticaria. *Turkderm*, 48, pp. 13-16. DOI: 10.1111/j.1398-9995-2013.02487.

Isik, S., Ayyildiz,S. A. (2012). Etiological evaluation of outpatient with chronic urticaria. *Dermatologica Sinica*, 30, pp. 90-4. DOI: 10.1016/j.jdermsci.2012.08.011.

Kay, A. B., Ying, S. (2014). Elevation in vascular markers and eosinophils in chronic spontaneous urticaria weals. *Br J Dermatol*, 171, pp. 505-11. DOI: 10.1111/j.1365.2133.2014.08149x.

Kay, A. B., Clark, P. (2015). Elevation in T-helper-2 initiating cytokines in lesional skin from chronic spontaneous (“idiopathic”) urticaria. *Br J Dermatol*, 172, pp. 1294-1302. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2014.07213.x.

Kolkhin, P., Balakinski, G., Merk, H. F., Olisova, O., Maurer, M. (2016). Spontaneous urticaria and internal parasites. A systematic review. *Allergy*, 71, pp. 308-22. DOI: 10.1111/all.12818.

Pulido-Pérez, A., Avilés- Izquierdo, J. A., Suárez- Fernández, R. (2012). Vasculitis cutáneas. *Actas Dermosifilogr*, 103 (3), pp. 179-91. DOI: 10. 1016/j.ad. 2011. 06.001.

Tedeschi, A., Kolkhir, P., Asero, R. (2014). Chronic urticaria and coagulation: pathophysiological and clinical aspects. *Allergy*, 69, pp. 683-91. DOI: 10.1111/all.1274.

Termeer, M. (2015), Chronic spontaneous urticaria. *J Am Acad Dermatol*, 13 (5), 419-28. DOI: 10. 1016/j. jaad. 2015. 11. 900.

Werffel, T. (2015), Documento de posición de la EAACI: Alergia a alimentos. Reacciones cruzadas. *Allergy*, 70, pp. 1079-90. DOI: 10. 1111/all. 12630.

Zuberbier, T.. et al. (2014). The EAACI/ GA (2) LEN/ EDF/ WAO. Guidelines for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. The 2013 revision and update. *Allergy*, 69, pp. 868-87. DOI: 10. 1111/all. 12524.