



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**“URTICARIA CRÓNICA”**

**DOCENTE: EDUARDO ZEBADUA.**

**MATERIA: MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS.**

**ALUMNO: MIGUEL VELASQUEZ CELAYA.**

**TUXTA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.**

## URTICARIA CRÓNICA.

La urticaria se define como la aparición repentina de habones pruriginosos, angioedema o ambos, por la liberación de histamina y otros mediadores por los mastocitos.

La nueva clasificación de urticaria excluye los angioedemas mediados por bradicininas (hereditarios y adquiridos secundarios a fármacos) y las reacciones anafilácticas o anafilactoides, que pueden cursar con lesiones habonosas y angioedema pero siempre acompañadas de sintomatología sistémica y con potencial riesgo vital.

El habón corresponde a una elevación circunscrita de la piel, de forma y dimensiones variables, con un área edematosa central rodeado por una zona eritematosa.

La urticaria es una enfermedad común con una prevalencia del 20% para la urticaria aguda y del 0,5-1% para la crónica (definida por su duración mayor a 6 semanas), que afecta a la calidad de vida del paciente y que supone un motivo frecuente de consulta.

El angioedema corresponde a un aumento de volumen localizado, que compromete la dermis profunda, tejido subcutáneo y submucoso, secundario al aumento de la permeabilidad vascular.

Cuando se asocia a urticaria, afecta principalmente la región palpebral, labios y/o cara, sin compromiso de la vía aérea en la mayoría de los casos.

El angioedema es más bien doloroso y su resolución es más lenta que el habón, pudiendo durar hasta 72 horas.

Según su duración, la urticaria se clasifica en aguda (menos de 6 semanas) y crónica (más de 6 semanas).

La urticaria crónica (UC) se clasifica a su vez en UC espontánea (UCE) y UC inducible (UCInd), dependiendo si existe o no un estímulo definido.

La UCE es la forma predominante, afectando a más de 75% de los pacientes, aunque ambos tipos pueden coexistir en un mismo paciente.

La prevalencia de UC a lo largo de la vida es alrededor de 1,8% y es más frecuente en mujeres, a razón de 2:1.

Puede afectar a cualquier edad, la incidencia máxima se observa entre los 20 y 40 años.

### **Diagnóstico.**

El diagnóstico de UCE es clínico y el laboratorio debe estar orientado a cada paciente, sin embargo, para descartar patologías sistémicas, se recomiendan algunos exámenes básicos en todos los pacientes.

- Hemograma completo.
- VHS.
- Anticuerpos anti-nucleares (ANA).
- Hormona estimulante de tiroides (TSH).
- Anticuerpos antitiroideos.
- Proteína C reactiva (PCR).
- Estudio de enfermedades infecciosas (p. Ej: VIH, sífilis).
- Coproparasitológico seriado.
- Coprocultivo.
- IgE total.
- Dímero-D.
- Test de suero autólogo.

- Triptasa sérica basal.
- Electroforesis de proteínas séricas.
- Biopsia de piel.

En casos de UCE de larga data o síntomas más severos, se sugieren además exámenes extendidos para descartar otras patologías asociadas.

### **Escala de actividad de la urticaria (UAS).**

Esta escala se basa en una puntuación individual respecto al número de habones e intensidad del prurito durante las últimas 24 h.

Se emplea para medir la actividad de la enfermedad y así evaluar la respuesta a tratamiento.

### **Test de control de urticaria (UCT).**

Es una herramienta validada y confiable para valorar el nivel de control de la enfermedad, siendo de gran ayuda en las decisiones terapéuticas.

Se basa en preguntas que evalúan el control de signos y síntomas de la enfermedad, así como mejoría de la calidad de vida, eficacia del tratamiento y control general de la sintomatología.

### **Diagnóstico diferencial:**

- Urticaria vasculítica.
- Mastocitosis.
- Erupción polimorfa del embarazo.
- Eritema multiforme.
- Síndromes autoinflamatorios.

- Angioedema recurrente hereditario o adquirido.

## **Tratamiento.**

El objetivo de la terapia en UCE es lograr el control completo de los síntomas con un tratamiento lo más seguro posible.

Este se basa en dos pilares, la evitación de factores exacerbantes, como el uso de anti-inflamatorios no esteroideos, y el tratamiento farmacológico.

Se estima que los AINE provocan una exacerbación de la urticaria en el 20-30% de los pacientes que tienen urticaria crónica y, por tanto, su uso debería ser evitado.

El tratamiento farmacológico se sustenta en el uso de anti-histamínicos (anti-H1) de 2ª generación, no obstante alrededor de 70% de los pacientes no logra mejoría completa.

Por este motivo se han estudiado y aprobado otro tipo de tratamientos para el manejo de UCE, como los fármacos inmunosupresores sistémicos y drogas biológicas.

Respecto al tratamiento farmacológico, los antihistamínicos no sedantes o de nueva generación son de elección.

Se deben administrar diariamente, y no a demanda.

En los casos refractarios, las guías recomiendan aumentar la dosis hasta cuadruplicarla.

El tratamiento puede durar meses o años.

No se recomiendan los antihistamínicos sedantes, solos ni asociados a no sedantes, dados sus efectos secundarios. La utilización de corticoides orales debe ser en tandas cortas, evitando su cronicidad. Entre un 25-40% de las urticarias crónicas van a ser refractarias y precisarán tratamiento sistémico (omalizumab, ciclosporina o antileucotrienos, según las guías) en una unidad especializada.

Proponemos remitir a estas unidades aquellos pacientes con:

- 1) Angioedema como principal manifestación.
- 2) Urticaria crónica refractaria a dosis altas de antihistamínicos.
- 3) Si precisa más de 2-3 tandas cortas de corticoides.
- 4) Cuadros urticariformes atípicos.

## BIBLIOGRAFÍA.

Aguilera-Insunza, Raquel, Correa, Hernán, Díaz, Carolina, Marinovic, María Angélica, & Valenzuela, Fernando. (2018). Guía clínica chilena de urticaria crónica espontánea. *Revista médica de Chile*, 146(11), 1334-1342. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872018001101334>