



**Alumno: Raul Gibrán Gallegos Merlín**

**Grado: 8°**

**Grupo: A**

**Asignatura: MEDICINA BASADA EN  
EVIDENCIAS**

**Dr. Eduardo Zebadua**

La urticaria se define como síndrome que reacciona junto a la piel y mucosas caracterizado por edema y ronchas pruriginosas ocasionadas por edema vasomotor transitorio y circunscrito de la dermis. La incidencia calculada de urticaria en la población general es de 15% a 25%. 2 Predomina en mujeres de 40 a 50 años de edad. La urticaria afecta de 6% a 7% de los niños preescolares y a 17% de los niños con dermatitis atópica. La urticaria crónica se presenta con menor frecuencia en niños, en comparación con los adultos, y es necesaria una evaluación más extensa, debido a que puede ser una manifestación de enfermedad sistémica. Las urticarias físicas comprenden de 20% a 30% de los casos de urticaria crónica. Dentro de los detonantes físicos que inducen urticaria se incluyen estímulos mecánicos, térmicos, ejercicio, exposición solar y exposición al agua. La histamina es una amina vasoactiva que se encuentra en los gránulos de los mastocitos, basófilos y plaquetas. Sus efectos en la piel son mediados por vía de los receptores de histamina H1 y H2. Los receptores H1 median en la urticaria la vasodilatación, el aumento de la permeabilidad vascular y la estimulación nerviosa sensitiva

La urticaria, según el mecanismo fisiopatogénico potencial, se clasifica en urticaria inmunológica, no inmunológica, mediada por el complemento y urticaria autoinmune. La urticaria inmunológica está caracterizada por una hipersensibilidad mediada por IgE. Los detonantes principales de la respuesta mediada por IgE son medicamentos, como penicilina, veneno de hormigas, los alimentos, como leche o huevo, y las transfusiones. Se cree que la urticaria mediada de forma autoinmune ocurre por la activación de IgG de mastocitos y basófilos, y por el entrecruzamiento de IgE o la unión al Fc R1. Los autoanticuerpos son del subtipo de IgG1 e IgG3 y también son mezcla del complemento. En lesiones agudas se encuentra dilatación de pequeños vasos, infiltrado perivascular mínimo constituido por linfocitos, vasodilatación de linfáticos a nivel de dermis superficial, aplanamiento de los procesos interpapilares y edema de las fibras de colágena. La urticaria crónica se caracteriza por un denso infiltrado perivascular dentro de los plexos venulares superficiales y profundos, constituido por linfocitos T CD4, mastocitos, eosinófilos, basófilos y neutrófilos, virtualmente sin células B.

La historia clínica es la herramienta diagnóstica más importante en la evaluación de la urticaria. El uso de un cuestionario detallado puede mejorar la identificación de la causa, seguido de un abordaje sistemático para la clasificación de la urticaria, así como para la determinación de la conducta terapéutica y el pronóstico. La urticaria adrenérgica responde al tratamiento con beta-bloqueadores, los cuales se pueden utilizar tanto para realizar el diagnóstico como para prevenir los ataques. La urticaria por presión tiene poca respuesta a antihistamínicos y requiere tratamiento con corticosteroides y AINE. Los antihistamínicos son el punto clave para el tratamiento de la urticaria aguda y crónica. Los objetivos son aliviar el prurito, suprimir la formación de ronchas y maximizar la realización de actividades diarias.

Los corticosteroides son efectivos para reducir la severidad de la urticaria, aunque se recomiendan dosis bajas en episodios agudos refractarios a antihistamínicos de 0.5 a 1mg/kg/día. De hecho, la eficacia de dosis bajas de esteroides en días alternos en UC sustenta la importancia del infiltrado celular.

## Bibliografía

Diana Suguey Izaguirre, P. C. (2007). Urticaria crónica. Revisión. *DermatologíaCMQ*, 25-33.

LINK:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2007/dcm071e.pdf>