

URTICARIA

La urticaria se caracteriza por la presencia de placas migratorias, bien delimitadas, eritematosas y pruriginosas en la piel.

La urticaria puede estar acompañada por angioedema, que es el resultado de la activación de mastocitos y basófilos en la dermis más profunda y en los tejidos subcutáneos y se manifiesta como edema en la cara, labios, extremidades y genitales. El angioedema puede ocurrir en el intestino y manifestarse como dolor abdominal tipo cólico. El angioedema puede ser potencialmente fatal cuando hay obstrucción de las vías aéreas, debido al edema laríngeo o hinchazón de la lengua.

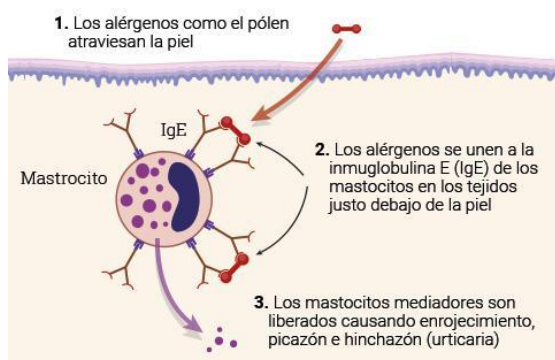


Fisiopatología de la urticaria

La urticaria se produce por la liberación de histamina, bradicinina, calicreína y otras sustancias vasoactivas liberadas por los mastocitos y los basófilos en la dermis superficial, lo que causa edema intradérmico y vasodilatación venosa. En ocasiones, está provocado por infiltración leucocitaria.

El proceso puede ser mediado por reacciones inmunitarias o no inmunitarias.

La activación de mastocitos mediada por mecanismos inmunitarios incluye



Reacciones de hipersensibilidad de tipo I, en las cuales el alérgeno se une a los anticuerpos de tipo IgE en los receptores de alta afinidad de la superficie celular de los mastocitos y basófilos

Trastornos autoinmunitarios, en los cuales los anticuerpos a un receptor de tipo IgE tienen un cruzamiento de tipo funcional con los receptores de tipo IgE y pueden causar

desgranulación de los mastocitos

La activación de mastocitos no mediada por mecanismos inmunitarios incluye

Activación directa no alérgica de los mastocitos por ciertos fármacos

La inhibición de la ciclooxigenasa inducida por fármacos que activa a los mastocitos por mecanismos no del todo conocidos

Activación por estímulos físicos o emocionales; no se conoce del todo el mecanismo, aunque es posible que involucre la liberación de neuropéptidos que interactúan con los mastocitos

Etiología de la urticaria

La urticaria se clasifica como aguda (< 6 semanas) o crónica (> 6 semanas); los casos agudos (70%) son más frecuentes que los crónicos (30%).

La urticaria aguda (ver Algunas causas de urticaria) suele ser el resultado de Reacciones de hipersensibilidad de tipo I

En ocasiones, puede identificarse un desencadenante (p. ej., un fármaco, un alimento, la picadura de un insecto o la mordedura de un animal, una infección).

La urticaria crónica suele ser el resultado de

Causas idiopáticas

Trastornos autoinmunitarios

La urticaria crónica puede durar meses a años; finalmente, resuelve sin haber identificado la causa.

Anamnesis

Urticaria crónica espontánea	<ul style="list-style-type: none">• Aguda: aparición espontánea de habones durante menos de 6 semanas• Crónica: aparición espontánea de habones, angioedema o ambos durante 6 o más semanas
Urticaria física o inducible	<ul style="list-style-type: none">• Urticaria física: dermatografía sintomática, urticaria por frío, urticaria retardada por presión, urticaria solar, urticaria por calor, angioedema por vibración• Urticaria colinérgica• Urticaria por contacto• Urticaria acuagénica

Cuadro 1. Clasificación de la urticaria.⁵

Antecedentes de la enfermedad actual: deben incluir en detalle los episodios individuales de urticaria, incluidos distribución, tamaño y aspecto de las lesiones, la frecuencia de la aparición, la duración de cada lesión y los episodios previos. Deben registrarse las actividades y la exposición durante, inmediatamente antes y en el

transcurso de las últimas 24 horas de aparecida la urticaria. Los médicos deben preguntar específicamente sobre actividad física reciente, exposición a alérgenos potenciales, insectos o animales, jabones o detergentes nuevos, alimentos nuevos, infecciones o episodios recientes de estrés. Es preciso preguntar al paciente sobre la duración entre la aparición de cualquier posible desencadenante y la urticaria y cuáles son los factores sospechados. Algunos síntomas importantes asociados son el prurito, la rinorrea, el edema de cara y lengua y la disnea.

Revisión de aparatos y sistemas: debe incluir la pesquisa de síntomas de los trastornos causantes, como fiebre, fatiga, dolor abdominal y diarrea (infección); intolerancia al frío o al calor, temblores y cambios en el peso corporal (tiroiditis autoinmunitaria), dolor articular (crioglobulinemia, lupus eritematoso sistémico), exantema malar (lupus eritematoso sistémico), ojos y boca secos (síndrome de Sjögren), úlceras cutáneas y lesiones hiperpigmentadas luego de la resolución de la urticaria (vasculitis urticariana), pequeñas pápulas pigmentadas (mastocitosis), linfadenopatías (enfermedad viral, cáncer, enfermedad del suero), diarrea aguda o crónica (enterocolitis viral o parasitaria), y fiebre, sudoración nocturna o pérdida de peso (cáncer).

Antecedentes personales: deben incluir una anamnesis detallada de alergias, incluidos los cuadros atópicos conocidos (p. ej., alergias, asma y eccema) y posibles causas conocidas (p. ej., trastornos autoinmunitarios y cáncer). Se debe revisar el uso de fármacos, incluidos los medicamentos de venta libre y a base de hierbas, sobre todo los agentes relacionados con la urticaria (ver Algunas causas de urticaria). Los antecedentes familiares deben revelar la presencia de enfermedad reumatoidea, trastornos autoinmunitarios o cáncer. Los antecedentes sociales incluyen cualquier viaje reciente y factores de riesgo para la transmisión de enfermedades contagiosas (p. ej., hepatitis, HIV).

Examen físico

Los signos vitales revelan la presencia de bradicardia o taquicardia y taquipnea. El examen general muestra de inmediato signos de dificultad respiratoria y caquexia, ictericia y agitación.

El examen de la cabeza revela edema facial, de los labios o la lengua, escleróticas amarillas, exantema malar, agrandamiento y dolor tiroideos, linfadenopatías u ojos y boca secos. Se debe revisar la bucofaringe y palpar y transiluminar los senos paranasales en busca de signos de infección oculta (p. ej., infección sinusal, abscesos dentarios).

El examen abdominal revela la presencia de masas, hepatomegalia, esplenomegalia o dolor. El examen neurológico detecta temblores e hiperreflexia o hiporreflexia. El examen musculoesquelético muestra la presencia de articulaciones inflamadas o deformadas.

El examen de la piel revela la presencia y distribución de lesiones urticarianas y de úlceras cutáneas, hiperpigmentación, pápulas pequeñas e ictericia. Las lesiones urticarianas aparecen como induraciones de bordes netos que comprometen la dermis. Estas tumefacciones suelen ser de color rojo y tamaño variable, desde una cabeza de alfiler hasta cubrir áreas extensas. Algunas lesiones pueden ser muy

grandes. En otros casos, las lesiones más pequeñas pueden ser confluentes. No obstante, las lesiones cutáneas pueden estar ausentes en el momento de la consulta. Pueden realizarse maniobras para reproducir la urticaria, como la exposición a la vibración (prueba con diapasón), calor (prueba del diapasón bajo agua tibia), frío (estetoscopio o diapasón), agua o presión (ligero rascado del área afectada con la uña).

Signos de alarma

Los siguientes hallazgos son de particular importancia:

Angioedema (hinchazón de la cara, labios y lengua)

Estridor, sibilancias u otros signos de dificultad respiratoria

Lesiones hiperpigmentadas, úlceras o urticaria que persisten > 48 horas

Signos de enfermedad sistémica (p. ej., fiebre, linfadenopatías, ictericia, caquexia)

Interpretación de los hallazgos

La urticaria aguda es debida casi siempre a una exposición definida a un fármaco, a un estímulo físico o a una enfermedad infecciosa aguda. Sin embargo, no siempre es fácil identificar el desencadenante, sobre todo porque la alergia a una sustancia antes bien tolerada puede desarrollarse sin aviso.

La mayoría de las urticarias crónicas son idiopáticas. La siguiente causa más frecuente es un trastorno autoinmunitario. El trastorno autoinmunitario causante suele producir manifestaciones clínicas. La vasculitis urticariana suele estar asociada con enfermedades del tejido conectivo (en particular, lupus eritematoso sistémico o síndrome de Sjögren). En la vasculitis urticariana, la urticaria se acompaña de hallazgos de vasculitis cutánea; debe considerarse si la urticaria es dolorosa más que pruriginosa, dura > 48 horas, no desaparece a la vitropresión ni se acompaña de vesículas o púrpura.

Estudios complementarios

En general, no se necesita realizar estudios complementarios para un episodio aislado de urticaria, a menos que los signos y síntomas sugieran un trastorno específico (p. ej., infección).

Los casos inusuales, recurrentes o persistentes requieren evaluación más profunda. Deben solicitarse un estudio de pruebas alérgicas y las de laboratorio, que consisten en hemograma completo, bioquímica, función hepática y niveles de hormona tiroideoestimulante o tirotropina (TSH). Los signos y síntomas guían hacia pruebas más específicas (p. ej., de trastornos autoinmunitarios), así como anomalías en las pruebas de cribado (p. ej., serología hepática en caso de anomalías de pruebas

hepáticas, huevos y parásitos en caso de eosinofilia, crioglobulina por niveles elevados en pruebas hepáticas o creatinina elevada, autoanticuerpos tiroideos en casos de niveles anormales de TSH).

Es preciso realizar una biopsia de piel si existen dudas sobre el diagnóstico o si las placas persisten > 48 horas (para excluir vasculitis urticariana).

Los médicos deben ser cautelosos al recomendar al paciente que realice una prueba empírica (p. ej., "intente una y otra vez y vea si tiene una reacción") porque las reacciones posteriores pueden ser más graves.

Tratamiento de la urticaria

Deben tratarse todas las causas identificadas. Hay que suspender la administración de fármacos o alimentos.

El tratamiento de los síntomas inespecíficos (p. ej., tomar baños fríos, evitar el agua caliente y el rascado, usar ropa suelta) puede ser útil.

Fármacos

Los antihistamínicos siguen siendo el pilar del tratamiento. Deben tomarse de acuerdo con un plan establecido en lugar de hacerlo según necesidad. Se prefieren los antihistamínicos nuevos por vía oral, porque se toman 1 vez al día y tienen menor efecto sedante. Los más recomendados son:

Cetirizina 10 mg 1 vez al día

Fexofenadina 180 mg 1 vez al día

Desloratadina 5 mg 1 vez al día

Levocetirizina 5 mg 1 vez al día

Los antihistamínicos por vía oral más antiguos (p. ej., hidroxicina 10 a 25 mg cada 4 a 6 horas, difenhidramina 25 a 50 mg cada 6 horas) tienen efecto sedante, pero son menos costosos y también son bastante efectivos.

Los corticoides sistémicos (p. ej., prednisona 30 a 40 mg por vía oral, 1 vez al día) se indican cuando los síntomas son graves, aunque no se recomienda su uso prolongado. Los corticoides o los antihistamínicos tópicos no son eficaces.

Los pacientes con urticaria idiopática crónica a menudo no responden a los antihistamínicos u otros fármacos de uso común. El omalizumab, un anticuerpo monoclonal que puede suprimir ciertas reacciones alérgicas puede ayudar a aliviar los síntomas, pero la experiencia con este uso es limitada.

Angioedema

Los pacientes con angioedema que compromete la bucofaringe o las vías aéreas deben recibir adrenalina (0,3 mL con dilución 1:1.000) por vía subcutánea y deben ser hospitalizados. Al alta médica, deben recibir educación sobre el uso de la adrenalina autoinyectable.