



UDS

Mi Universidad

*Nombre del Alumno: **Rebeca María Henríquez Villafuerte***

*Nombre del tema: **Urticaria***

*Parcial: **1°***

*Nombre de la Materia: **Inmunoalergias***

*Nombre del profesor: **Dra. María Isabel Cruz López***

*Nombre de la Licenciatura: **Medicina Humana***

*Semestre: **8°***

San Cristóbal de las Casas, Chis, 06 de Marzo de 2025.

URTICARIA:

Es un síndrome reaccional de la piel y las mucosas, caracterizado por ronchas, angioedema, o ambos, es una de las afecciones cutáneas más frecuentes.



CLASIFICACIÓN:

Se clasifica según el tiempo de evolución en: aguda (menos de seis semanas) y crónica (de seis semanas o más) ésta última, a su vez se subdivide en espontánea e inducible.

URTICARIA AGUDA:

Se caracteriza por la aparición de habones o angioedema de menos de 6 semanas de evolución. El habón es una lesión cutánea que se distingue por elevación o edema central de tamaño variable, casi siempre rodeado por eritema reflejo. De forma característica, el habón de la urticaria es evanescente (desaparece en el transcurso de las primeras 24 horas) suele asociarse con prurito y, a veces, con sensación de quemazón.



PREVALENCIA:

Es relativamente frecuente y puede aparecer en todos los grupos de edad. Su naturaleza transitoria y casi siempre benigna condiciona que la incidencia pueda subestimarse. En general, de 12 al 22% de la población general sufrirá, al menos, un subtipo de urticaria en algún momento de su vida con una prevalencia del 0.11 al

0.6%. Aproximadamente 50% de los pacientes tendrá ambas manifestaciones (urticaria y angioedema), del 30 al 40% solo tendrán ronchas, y del 10 al 20% angioedema.

ETIOLOGÍA:

De acuerdo con los reportes epidemiológicos los casos de urticaria aguda se deben a infecciones de las vías respiratorias en un 40%, a medicamentos en el 9% a alimentos en el 1% e idiopáticos incluso hasta 50%.





CUADRO CLÍNICO:

Consiste en la aparición de ronchas o habones recurrentes, casi siempre pruriginosas, circunscritas, elevadas, eritematosas, a menudo con el centro pálido, áreas evanescentes de edema que afectan la porción superficial de la dermis. Varían en tamaño, de unos pocos milímetros a varios centímetros en su diámetro, y pueden localizarse en cualquier lugar del cuerpo. Su evolución no es mayor a las 24 horas.

Cuando el proceso edematoso se extiende hacia la dermis profunda y el tejido celular subcutáneo se denomina angioedema, que puede ocurrir en cualquier localización del cuerpo, aunque, por lo general, afecta la cara (labios, mejillas, áreas periorbitarias y lengua).

FISIOPATOLOGÍA:

Puede ser desencadenada por mecanismos inmunológicos, mediados o no por anticuerpos IgE y mecanismos no inmunológicos por activación directa de diferentes células.

Cuando es desencadenada por medicamentos, picadura de insectos, contacto con agentes externos o parásitos suele ser dependiente de anticuerpos IgE, mientras que los opioides, relajantes musculares, medios de radiocontraste y la vancomicina, a menudo desencadenan una urticaria vía desgranulación directa del mastocito con la consecuente liberación de mediadores proinflamatorios. Si es precipitada por el complemento puede observarse en la enfermedad del suero, reacciones transfusionales e infecciones bacterianas o virales, inclusive se ha reportado por picadura de garrapata



DIAGNÓSTICO:

La historia clínica detallada, orientada a las enfermedades alérgicas y el examen físico son fundamentales para el diagnóstico. La urticaria aguda no suele requerir un estudio diagnóstico porque desaparece espontáneamente. La única excepción es la sospecha de urticaria aguda debida a alergia alimentaria tipo I en pacientes sensibilizados o existencia de otros factores desencadenantes, como los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs); en este caso, las pruebas de alergia pueden ser útiles.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Entre los principales diagnósticos diferenciales de urticaria aguda se encuentran: eritema multiforme, eritema tóxico, eccema agudo o dermatitis por contacto aguda, enfermedades ampollas autoinmunitarias, erupción polimórfica del embarazo, celulitis o erisipela, dermatosis inducida por progesterona, vasculitis urticariforme, lupus eritematoso sistémico e intoxicación por escombroides.





El objetivo primordial del tratamiento es evitar el agente etiológico cuando se ha detectado, cuando no, lo indicado es el control de los síntomas con algún antihistamínico de segunda generación (sgAH) y la educación al paciente para evitar los desencadenantes.

URTICARIA CRÓNICA:

Es una afección cutánea, caracterizada por episodios de lesiones eritemato habonosas pruriginosas, por un periodo de al menos 6 semanas, en la que los episodios ocurren diariamente o coexisten más de dos veces por semana. El 50% de los casos de urticaria se asocia con angioedema.



PREVALENCIA:

En adultos es de entre 0.5 y 5%, tiende a ser más común entre la tercera y sexta décadas de la vida con un pico a los 40 años, con mayor prevalencia en las mujeres. En la población pediátrica la prevalencia de la urticaria crónica se reporta de 0.1 a 0.3% y es más común en el género masculino

ETIOLOGÍA:

En estudios genéticos de pacientes con urticaria crónica se han propuesto polimorfismos en genes relacionados con la activación de mastocitos y del metabolismo de histamina, incluidos FcεRI, HNMT, HRH1, HRH2, TNF-α, TGFβ1, ADORA3 e IL-10.

Las causas y los factores detonantes asociados con la urticaria crónica son diversos, entre ellos: **estímulos físicos, agentes infecciosos, tratamientos con fármacos, estrés físico o emocional.**



Las infecciones se relacionan como factor de riesgo exacerbador de la urticaria crónica. *Helicobacter pylori* es una de las bacterias más estudiadas relacionadas con esta enfermedad porque in vitro puede activar a los mastocitos y provocar la liberación de histamina, TNF-α, IL-3, INF-g. Entre los medicamentos, los antibióticos y los AINEs son los que representan los grupos más frecuentes relacionados con esta enfermedad.

CUADRO CLÍNICO:

La lesión elemental de la urticaria es el habón, casi siempre rodeado de un halo eritematoso. Los habones son evanescentes, las más de las veces pruriginosos y afectan a las capas superficiales de la dermis. El angioedema no se acompaña de prurito o es muy escaso, puede describirse como doloroso o con sensación de comezón. Su topografía más frecuente es la cara (los párpados y los labios), las manos, los pies, el escroto y las mucosas (oral y genital).



FISIOPATOLOGÍA:

La roncha y el angioedema son causados por mastocitos que liberan histamina, citocinas, eicosanoides y proteasas que dan lugar a la vasodilatación y aumento de la permeabilidad vascular. Los mastocitos activados (6 a 24 horas después de la estimulación) desencadenan la liberación de citocinas: interleucina-1

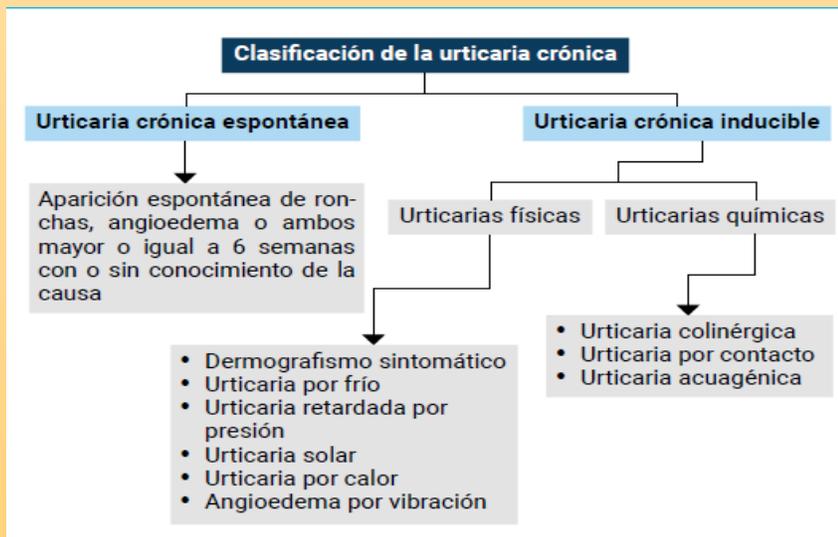
FISIOPATOLOGÍA:

(IL-1) y factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α). Estas citocinas activan el endotelio, lo que permite la infiltración de leucocitos en la dermis, en particular los eosinófilos. Esta reacción de fase tardía induce el mantenimiento de la inflamación, que clínicamente se expresa como eritema indurado. Los basófilos no son los primeros en activarse en la urticaria, pero al hacerlo pueden exacerbarla.



CLASIFICACIÓN:

La clasificación actual recomendada por la Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI) divide a la urticaria crónica en 2 subtipos: **espontánea e inducible**



DIAGNÓSTICO:

Se establece con base en la historiación, el examen físico y los estudios de laboratorio complementarios, luego de descartar enfermedades autoinmunitarias o autoinflamatorias sistémicas. En pacientes con síntomas compatibles con urticaria crónica espontánea se recomiendan: biometría hemática completa, velocidad de sedimentación de eritrocitos y proteína C reactiva. Otros marcadores de laboratorio que han demostrado utilidad son: el dímero-D y la prueba de suero autólogo. Las concentraciones elevadas de dímero-D se asocian con

urticaria crónica espontánea de mayor duración y severidad. Un resultado positivo de la prueba de suero autólogo indica la activación de los mastocitos mediada por autoanticuerpos o factores séricos, de igual manera se asocia con enfermedad más prolongada y con mala respuesta al tratamiento



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

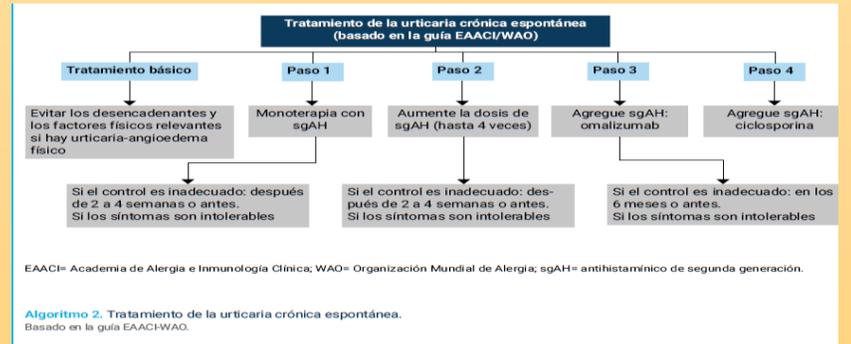
Entre los principales diagnósticos diferenciales de la urticaria crónica se encuentran: mastocitosis cutánea maculopapular, vasculitis urticariana, angioedema hereditario, síndromes autoinflamatorios, síndrome de Schnitzler, síndrome de Gleich, síndrome de Well.

Cuadro 1. Puntaje de actividad de la urticaria (UAS7)

Puntuación	Ronchas	Prurito
0	Ninguna	Ninguno
1	Leve (< 20 ronchas en 24 h)	Leve (presente, pero no molesto)
2	Moderado (20-50 ronchas en 24 h)	Moderado (problemático, pero no interfiere con la actividad diaria o el sueño)
3	Intenso (> 50 ronchas en 24 h) grandes áreas confluentes	Intenso (prurito severo, que interfiere con la actividad diaria, normal o el sueño)



TRATAMIENTO:



BIBLIOGRAFÍA:

Inmunialergia para médicos de primer contacto.

Daniela Rivero Yeverino

Chrystopherson Gengyny Caballero López

Editores

2021 Edición y Farmacia, SA de CV (Nieto Editores®).

Páginas: 196-224