

CAPÍTULO XVII

Urticaria

*Juan Guillermo Chalela, MD
Jefe, Sección de Dermatología
Fundación Santa Fe de Bogotá*

La urticaria es, junto con las reacciones a drogas, la causa más común de consulta de urgencia relacionada con las enfermedades de la piel.

Se caracteriza por la aparición de lesiones pápulo-edematosas, eritematosas, pruriginosas y fugaces, que pueden localizarse en cualquier parte de la superficie cutánea o en las mucosas. Suele clasificarse en forma regular en urticaria aguda, cuando lleva menos de 6 semanas de aparición y en urticaria crónica, cuando lleva más de 6 semanas. Dentro de esta clasificación están todas las formas de urticaria, pero no el angioedema o edema angioneurótico.

Se dividen en urticaria ordinaria o clásica, urticaria física, secundaria a algún estímulo (como son la adrenérgica, acuagénica, colinérgica, al frío, por presión, dermatografismo rojo, inducida por el ejercicio, por calor, solar o vibratoria), la urticaria de contacto (por contacto con productos biológicos o químicos), la urticaria vasculítica y el angioedema.

DIAGNÓSTICO

Es clínico, especialmente cuando se trata de un cuadro de urticaria aguda, pero es importante realizar un interrogatorio ordenado y sucinto para aclarar el proceso. En este aspecto, hay que tener en cuenta varias situaciones

tales como: tipo de brote, intensidad del prurito, tiempo que dura una lesión, si cambia la calidad de vida del enfermo, si altera el sueño, circunstancias en que aparece, tales como las relacionadas con drogas, comidas o medio ambiente.

El examen físico es muy importante; hay que valorar el tipo de lesiones, si en vez de prurito el paciente tiene dolor, la forma de las lesiones, puesto que en las urticarias figuradas los medicamentos son los más comúnmente implicados en la etiología y buscar dermatografismo rojo; este dermatografismo es de muy importante ayuda, pues muchas veces en el momento de examinar el paciente no exhibe ninguna otra lesión, a pesar de una historia muy clara de urticaria.

Usualmente en el servicio de urgencias no es necesario practicar exámenes de laboratorio especiales, pero cuando es mandatario hacerlo, se realiza hemograma con velocidad de sedimentación globular (VSG), uroanálisis, examen de heces y un frotis de garganta con cultivo, este último para hacer diagnóstico diferencial con erisipela. En el hemograma es importante tener en cuenta la presencia de eosinofilia o una VSG elevada; la primera hace pensar en parasitismo intestinal y la segunda, en caso de estar elevada, lleva a pensar en una urticaria crónica o vasculítica. La biopsia de piel no se practica en urgencias y usualmente cualquier médico debe reconocer una

urticaria con el cuadro clínico; sin embargo, en casos de urticaria crónica o de urticaria vasculíptica, este examen es mandatorio y debe practicarlo un dermatólogo.

ETIOLOGÍA

La urticaria aguda, tiene diversas etiologías y condiciones en su aparición: medicamentos, comidas, inhalantes, picaduras de insectos, el sol. En la urticaria crónica, se debe pensar en las mismas causas de la aguda, más las causas de infecciones ocultas, neoplasias, enfermedades autoinmunes, implantes: siliconas, dispositivos intrauterinos (DIU) y prótesis, entre otras.

PATOGÉNESIS

Todos los tipos de urticaria, al final de cuentas, tienen como resultado la desgranulación de los mastocitos, pero con un mediador diferente en cada uno. Hay tipos de urticaria que incluyen la mediación de la IgE. El complemento sérico (C5A) actúa también directamente en la producción de histamina por parte de los mastocitos. Otras vías serían la activación del AMP cíclico y las vías de la ciclooxigenasa, facilitando la acción del ácido araquidónico sobre la desgranulación celular. En las urticarias crónicas se sabe que el 20 a 25% son de origen autoinmune. Últimamente se han demostrado mediadores proinflamatorios como citoquinas, proteasas y heparina, lo mismo que leucotrienos, factor activador de plaquetas y prostaglandina D2, como factores relacionados con la desgranulación mastocítica.

TRATAMIENTO

Es diferente el manejo de la urticaria en un servicio de urgencias que en una consulta de urticaria crónica.

En urgencias se hace el interrogatorio clínico y una observación minuciosa de las lesiones cutáneas, las cuales deben ser reconocidas en forma rápida por cualquier médico con una capacitación universitaria adecuada. Son muy pocas las enfermedades con las cuales se debe establecer diagnóstico diferencial, ya que la tríada clásica de pápulas eritematosas, edematosas y pruriginosas, fugaces o con cambio de localización, es prácticamente única de esta enfermedad. Hay que determinar si el paciente tiene urticaria o angioedema, puesto que en la primera la posibilidad de edema de glotis o de asfixia por obstrucción de las vías respiratorias es mínimo o casi inexistente, lo cual hace innecesario tomar medidas "heroicas", muchas veces más peligrosas que la misma enfermedad de base; pero en el angioedema hay un 15% de probabilidad de tal situación, lo que amerita estar muy conciente de este riesgo.

Se debe suspender, si es el caso, el uso de medicamentos innecesarios, siendo los AINES y los salicilatos los que se deben suspender en primera instancia, los cuales aumentan en un 30% el agravamiento de las urticarias, lo mismo que las bebidas alcohólicas, las gaseosas negras, los derivados lácteos y los embutidos o alimentos con preservativos o aditivos.

TRATAMIENTO EN URGENCIAS

1. **Corticoides sistémicos:** No sirven como terapia de la urticaria aguda, y solamente se usan para aliviar la situación inicial del paciente, preferiblemente en administración por vía intramuscular. La dexametasona y/o la hidrocortisona son las más aconsejables por su acción rápida, corta y de bajos efectos secundarios. Una ampolla IM de cualquiera de las dos, por una o dos dosis, es suficiente.

2. **Antihistamínicos:** son las drogas de elección en la terapia de la urticaria aguda. Hay antihistamínicos anti H1, anti H2 y antidepresivos tricíclicos que actúan como antihistamínicos.

Los anti H1 más recomendados son:

- **Hidroxicina**, 10 a 50 mg, que es de acción rápida por vía oral, por lo que es de elección en el servicio de urgencias; tiene efecto sedante, potencial productor de glaucoma o retención urinaria en ancianos.
- **Cetiricina**, de la misma familia de la hidroxicina, por lo cual se deben dar al tiempo: 10 mg, una vez al día; es ligeramente sedante y de acción un poco más lenta que la anterior.
- **Loratadina**, 10 mg diarios.
- **Desloratadina**, 5 mg, de la misma familia de la anterior, de acción muy poco sedante y algo más lenta, por lo cual se aconseja más una vez el paciente se retire de urgencias, con la ventaja de tener acción antiinflamatoria muy importante.
- **Fexofenadina** 180 a 240 mg al día, de acción más lenta, poco sedante, con buen efecto antiinflamatorio.

Sustancias como la **clemastina** no se aconseja por su lenta acción, su efecto sedante marcado y su poca eficacia en las urticarias crónicas.

Los anti H2 más aconsejables, pero de mayor uso en urticaria crónica son:

- **Ranitidina**, 300 mg, una o dos veces al día.
- **Famotidina**, 20 a 40 mg al día.

1. Los **antidepresivos tricíclicos**, como la **amitriptilina** en dosis de 25-50 mg al día o la **doxepina**, 25-75mg al día, son muy efectivos pero producen mucho efecto sedante y tienen numerosos efectos secundarios graves en pacientes ancianos.

2. **Epinefrina:** sólo se usa en casos de angioedema agudo con edema de laringe y solamente la debe emplear un médico o una enfermera entrenada para este fin, pues es muy peligrosa por sus numerosos efectos secundarios graves y no es mucho más efectiva, en la urticaria aguda, que los esteroides sistémicos.

Como resumen, un buen esquema en urgencias sería:

Dexametasona 4-8 mg IM + hidroxicina 20 mg VO + amitriptilina 25 mg o doxepina 50 mg vía oral. Si no hay mejoría a las 8 horas, se puede aplicar una nueva ampolla de dexametasona, continuando con la dosis de antihistamínicos por vía oral.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

No hay manera de evitar la aparición de un cuadro de urticaria y solamente el paciente que conoce las circunstancias de su enfermedad es el único que la puede prevenir. En todo caso, todos los servicios médicos deben realizar campañas explicativas, especialmente en situaciones ambientales especiales. Cuando una urticaria aparece una vez, no necesariamente tiene que seguir apareciendo cuando el paciente se expone a las mismas situaciones que la produjeron.

Si el médico de urgencias no posee la capacidad de reconocer las lesiones de la piel, y en especial la urticaria, es deber perentorio interconsultar al dermatólogo en el mismo servicio de urgencias.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Atuesta J. Urticaria y angioedema agudos. Urgencias en dermatología. Editado por Chalela, Pérez,

- Atuesta, Rodríguez. Essex Farmacéutica, Bogotá, 1998.
2. Chalela J. Guías de manejo para internistas. Departamento de Medicina Interna, Fundación Santa Fe de Bogotá, 2002.
3. Jorizzo J. Urticaria. *Curr Prob Dermatol* 2000; 12:9-10.
4. Grattan C, Sabroe R, Graves M. Chronic urticaria. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46:645-657.
5. Greaves M. Antihistamines. *Dermatol Clin* 2001; 19:53-63.