

# URTICARIA

Guía para médicos de atención primaria

Servicio de Dermatología del Hospital Virgen de las Nieves

## ¿QUÉ ES LA URTICARIA?

Es una enfermedad cutánea que cursa con la aparición de **habones (“ronchas”)** que generan mucho picor y que típicamente son evanescentes (es decir, cada lesión individual de urticaria dura <24h en el mismo lugar). Dado que las lesiones son evanescentes, típicamente cambian constantemente de localización, apareciendo y desapareciendo.

## La urticaria puede clasificarse de diversas maneras:

En función de la **DURACIÓN** { **Aguda:** cuando dura menos de 6 semanas.  
**Crónica:** cuando dura más de 6 semanas.

En función de la **INDUCIBILIDAD** { **Espontánea:** la aparición de lesiones no se desencadena por ningún estímulo.  
**Inducible:** los habones aparecen tras la aplicación de algún estímulo físico. Dentro de estas últimas encontraríamos las urticarias por calor, por frío o a *frigore*, por presión retardada, el dermatografismo sintomático (por roce), y la urticaria colinérgica (causada por aumento de la temperatura corporal, como durante el ejercicio físico o las duchas calientes).

**Alérgica:** causa que requiere una mención aparte. Es muy poco frecuente (la minoría tanto en las urticarias agudas como crónicas, <10%). Solamente debe pensarse en ella cuando exista una muy clara relación temporal entre el contacto con la sustancia sospechosa y la aparición de las lesiones. Cuando no exista esta relación, se descartará la causa alérgica y no serán precisas pruebas de alergia.

La urticaria puede acompañarse o no de **angioedema** en los labios o la lengua

## ¿POR QUÉ SE PRODUCE LA URTICARIA?

Cada vez se dispone de más información acerca de la fisiopatología de la urticaria.

Se sabe que, independientemente del mecanismo causal, las lesiones están desencadenadas por la **liberación de histamina y otros mediadores por parte de los mastocitos de la piel**. El mecanismo que produce esta liberación varía en función de los **tipos de urticaria**:

### Urticarias AGUDAS

Generalmente la causa es infecciosa (infecciones virales paucisintomáticas), o idiopática. Una minoría de casos son debidos a alergias (<10%, variando entre las series)

### Urticarias CRÓNICAS

Cada vez parece más claro que el mecanismo es autoinmunitario, con auto-anticuerpos o a través de mecanismos auto-alergia. De nuevo, una minoría de casos se deben a otros casos como las infecciones, o la causa alérgica.

## ¿SON NECESARIAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS?

Las distintas guías internacionales coinciden en afirmar que **no es necesario realizar de manera protocolizada ninguna prueba diagnóstica a los pacientes con urticaria**. Por ello, el diagnóstico es únicamente clínico (lesiones habonosas pruriginosas y evanescentes).

**Solo se realizarán pruebas diagnósticas en algunos casos concretos:**

- 1 Sospecha de urticaria de causa alérgica: Cuando existe una muy clara relación temporal entre la toma de un fármaco o alimento y la aparición de las lesiones cutáneas. En este caso se realizarán pruebas de alergia dirigidas para dichas sustancias.
- 2 Sospecha de urticaria inducible: Existen diversos métodos para evidenciar la “inducibilidad” de la urticaria, como la exposición a frío o calor (mediante aparatos como el TempTest®, disponible en nuestro servicio de Dermatología), el roce de la piel para evidenciar el dermatografismo, y otros más complejos.
- 3 Urticarias crónicas: Aunque generalmente las guías no indican un estudio analítico específico, si se plantea utilizar tratamiento biológico se solicitará de manera protocolizada una analítica general desde la Unidad de Inmunoalergia de nuestro servicio.

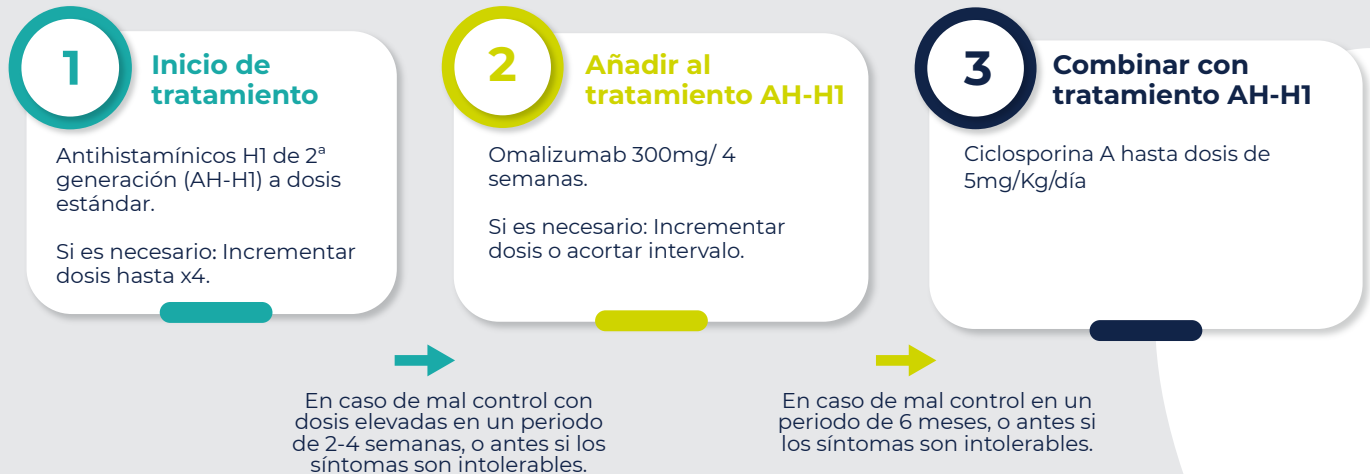
## ¿Qué otros signos se deben tener en cuenta?

- Existen algunas entidades que pueden cursar con lesiones habonosas y que deben ser tenidas en cuenta.
- Generalmente, si las lesiones duran >24h, o bien dejan un residuo marronáceo o violáceo al desaparecer deberá valorarse la posibilidad de una urticaria-vasculitis.
- Por otro lado, si las lesiones habonosas se acompañan de artritis, artralgiyas, dolor abdominal o aparición de picos febriles deberá valorarse la posibilidad diagnóstica de algún síndrome autoinflamatorio.
- En ambos casos, procedería la valoración por Dermatología y Medicina Interna para un abordaje diagnóstico específico.

## TRATAMIENTO

- La base del tratamiento de la urticaria son los **ANTIISTAMÍNICOS DE SEGUNDA GENERACIÓN**, generalmente a dosis elevadas (hasta dosis triples o cuádruples). Debe utilizarse la dosis menor que permita mantener a los pacientes sin síntomas.
- Algunos fármacos que se pueden utilizar serían: Loratadina 10mg (hasta 1 comprimido cada 6 horas); Cetirizina 10mg (hasta 1 comprimido cada 6 horas); o Bilastina 20mg (hasta 1 comprimido cada 6 horas). Debe tenerse en cuenta que esta dosis elevada está fuera de ficha técnica, pero su uso se avala por una amplísima experiencia clínica y todas las guías internacionales para el manejo de la urticaria así lo recomiendan.
- En caso de mal control de la urticaria a pesar de dosis cuádruples de antihistamínicos durante, al menos 2 semanas, procedería la **derivación del paciente al Servicio de Dermatología**. En este caso, tras valorar al paciente se instauraría tratamiento biológico con Omalizumab (fármaco anti-IgE), o, si este fracasa, con Ciclosporina A.

Onjetivo del tratamiento:  
paciente libre de síntomas y signos de UCE



## ¿Qué hay respecto a los corticoides?

Los corticoides orales y parenterales suelen ser muy efectivos para eliminar las lesiones de urticaria en poco tiempo. Sin embargo, muy frecuentemente se observan recidivas agresivas en los pacientes tratados con corticoides, por lo que **su uso generalmente está contraindicado**. Por ello, en una situación aguda es preferible la administración de antihistamínico intramuscular (Polaramine®) junto con la instauración de dosis cuádruples de cualquier antihistamínico de 2ª generación.

Por tanto, el uso de corticoides se reservará a aquellos casos:

- Muy extensos y muy sintomáticos que no puedan controlarse con antihistamínicos en el momento agudo;
- Aquellos casos con angioedema con riesgo vital.

En ambos casos se recomienda administrar una dosis parenteral de corticoide (Metilprednisolona), pautando siempre una dosis de continuación por vía oral en domicilio, en pauta descendente (por ejemplo Prednisona 30mg en el desayuno durante 3-5 días -> 20mg durante 3-5 días -> 10mg durante 3-5 días y suspender).