



Diagnóstico y tratamiento

Urticaria crónica espontánea

Chronic spontaneous urticaria

Silvia Garriga-Companys y Moisés Labrador-Horrillo*

Sección de Alergia, Servicio de Medicina Interna, Hospital Vall d'Hebron, Universidad Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de junio de 2013

Aceptado el 25 de julio de 2013

On-line el 8 de octubre de 2013

Introducción

En 1965 el Dr. Halpern¹, pediatra americano, escribió: «La urticaria crónica resulta una situación muy molesta para el paciente y para el médico. En el primero causa incomodidad, pica y es estéticamente desagradable. Mientras que para el médico es desconcertante, y consecuentemente incomoda su estabilidad intelectual porque este se ve incapaz de manejar el problema [...]». Esta afirmación, aunque sigue presentando validez, está empezando a ser superada por recientes hallazgos, principalmente en el campo del tratamiento. La urticaria crónica se define como la aparición espontánea de habones con o sin angioedema, que persisten al menos durante 6 semanas². En esta revisión vamos a repasar las principales novedades en el conocimiento de esta enfermedad.

Prevalencia y clasificación

La urticaria es una manifestación clínica que puede presentarse a cualquier edad. Se calcula que al menos el 20% de la población general presentará un episodio de urticaria aguda durante su vida, aunque serían necesarios estudios en diferentes países para confirmar esta cifra. La lesión primordial de la urticaria es el habón, producido por la liberación de mediadores mastocitarios, principalmente histamina, en la dermis superficial. Como consecuencia de las acciones de este mediador, la urticaria se asocia con prurito y eritema de forma prácticamente constante. Los habones típicamente presentan características transitorias, con una duración entre una hora y un máximo de 24 h, y pueden acompañarse en alguna ocasión de angioedema o «urticaria profunda». Aunque dicha manifestación es menos pruriginosa, puede producir dolor y permanecer hasta 72 h antes de su resolución, y debe

diferenciarse de otros tipos de angioedema que cursan sin urticaria³. El diámetro de los habones puede oscilar entre pocos milímetros y varios centímetros, confluyendo y formando placas.

Se define la urticaria crónica por la presencia de dichos habones (con o sin angioedema asociado) durante más de 6 semanas, bien diariamente, bien de forma recurrente varias veces por semana. Su prevalencia se estima en torno al 0,1% de la población, aunque algunos estudios consideran que puede llegar al 1%. En la [tabla 1](#) se resumen los principales tipos de urticaria crónica en función de la aparición de los habones de forma espontánea (urticaria crónica espontánea), o bien inducidos por algún estímulo físico (urticaria crónica inducible)⁴. Es importante resaltar que la urticaria crónica espontánea se asocia en muchas ocasiones con urticaria inducible, principalmente con dermatografismo (también llamada urticaria dermatográfica o urticaria facticia) y con urticaria retardada por presión⁵.

La aparición de urticaria crónica espontánea es más frecuente en las mujeres, en una relación aproximada de 2:1, o incluso superior en algunas series. Pocos estudios han analizado la duración de la urticaria crónica. En un trabajo realizado en España en 2004⁶ se encontró que en aproximadamente el 50% de los pacientes la urticaria crónica duraba menos de 3 meses, y en el 80% los brotes se autolimitaban antes de un año; sin embargo, en el 9% duraba entre 1-5 años y en el 11% persistía más de 5 años. Además, existen casos individuales descritos de duración superior a 50 años⁵.

Etiopatogenia

En la etiopatogenia de la urticaria crónica se han implicado infecciones, mecanismos autorreactivos/autoinmunitarios, así como reacciones «seudoalérgicas» tanto con alimentos como con fármacos. No obstante, en un grupo importante de pacientes la etiología es desconocida y es la que denominamos urticaria crónica idiopática.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mlabrador@vhebron.net (M. Labrador-Horrillo).

Tabla 1
Clasificación y nomenclatura de la urticaria crónica

Urticaria crónica espontánea
<i>Causas conocidas: urticaria crónica autoinmunitaria</i>
<i>Causas no conocidas: urticaria crónica idiopática</i>
Urticaria crónica inducible
<i>Urticarias físicas</i>
Dermografismo (urticaria facticia)
Urticaria «a frigore»
Urticaria retardada por presión
Urticaria solar
Urticaria por calor
Angioedema vibratorio
<i>Urticaria colinérgica</i>
<i>Urticaria de contacto</i>
<i>Urticaria acuagénica</i>

Respecto a las infecciones, la asociación más estudiada ha sido con *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), y a pesar de que numerosos estudios y metaanálisis han confirmado dicha asociación, la erradicación de esta infección en los pacientes afectados no supone automáticamente la desaparición de la urticaria crónica. El papel de otras infecciones, tanto bacterianas (dentales y nasofaríngeas) como virales (hepatitis A y B) y parasitarias (*Anisakis simplex*, *Blastocystis*, entre otras), es muy diferente según la población estudiada, y parece presentar un papel más como iniciador o desencadenante que como causante².

La primera relación de la urticaria crónica con la autoinmunidad parte de su asociación en algunos casos con la presencia de anticuerpos antitiroideos, así como de la descripción posterior de autoanticuerpos dirigidos bien contra el receptor de alta afinidad de la IgE (FcεRI), bien contra la propia IgE, con capacidad de activar mastocitos o basófilos, células donde se encuentran principalmente estos receptores. Estos autoanticuerpos definirían la llamada urticaria crónica autoinmunitaria. En un reciente artículo de posicionamiento, la Academia Europea de Alergia propone nuevos criterios para el diagnóstico de la urticaria crónica autoinmunitaria, que incluyen tanto técnicas directas (inmuno-blots o enzimoimmunoanálisis [ELISA] específicos) como técnicas indirectas mediante *autologous serum skin test* (ASST, «pruebas cutáneas con suero autólogo»), y ensayos *in vitro* de liberación de histamina o estudio de marcadores de activación de basófilos para demostrar la presencia y la funcionalidad de estos autoanticuerpos⁷.

Respecto a las reacciones «seudoalérgicas», estas estarían causadas por la liberación de mediadores mastocitarios mediante un mecanismo no alérgico, y engloban tanto a la urticaria crónica asociada a fármacos como a alimentos. Entre los fármacos se asocia principalmente a antiinflamatorios no esteroideos (AINE), en la cual el mecanismo responsable sería la activación directa de los mastocitos (no mediado por IgE), provocando la liberación de diferentes mediadores mastocitarios, entre ellos los que pertenecen a la vía de las prostaglandinas. Este mecanismo explica por qué en numerosas ocasiones los AINE se asocian a exacerbaciones de urticaria crónica. Algunos autores también incluyen en este grupo a «seudoalérgenos» presentes en alimentos, así como en aditivos alimentarios, que corresponden a aminos biógenos o ácidos benzoicos cuyo papel se detectaría de forma indirecta con la resolución de la urticaria crónica tras seguir dietas de exclusión durante un mínimo de 4 semanas bajas en dichos «seudoalérgenos»⁸. Otros factores asociados con exacerbaciones han sido el estrés emocional y, en el caso de las mujeres, cambios hormonales durante la menstruación².

No se ha encontrado asociación entre urticaria crónica y malignidad².

Tabla 2
Historia clínica

Historia familiar de urticaria o atopia
Antecedentes actuales o previos de alergias, infecciones u otras posibles causas de urticaria crónica
Uso de fármacos (antiinflamatorios no esteroideos, vacunas, tratamientos hormonales, fármacos tópicos, remedios alternativos, etc.) y relación con la urticaria
Alimentación y posible relación con la urticaria
Tipo de trabajo y hobbies
Aparición de la urticaria en relación con fines de semana, vacaciones y viajes
Implantes quirúrgicos
Inducción de la urticaria por agentes físicos o ejercicio
Reacciones a picaduras de insectos
Relación con el ciclo menstrual
Relación con estrés
Afectación de la calidad de vida por la urticaria
Tiempo de duración de la enfermedad
Frecuencia y duración de los habones
Variación diurna
Tamaño, forma y distribución de los habones
Síntomas subjetivos asociados (prurito, dolor, quemazón, etc.)
Respuesta a tratamientos previos

Diagnóstico de urticaria crónica

Todas las guías internacionales⁹ demuestran que la gran mayoría de las pruebas de cribado que se realizan de forma indiscriminada en los pacientes con urticaria crónica no deben recomendarse de forma generalizada por su baja relación respecto a coste-efectividad.

Es prioritario iniciar el proceso diagnóstico con una historia clínica detallada y la exploración física del paciente, utilizando pruebas de laboratorio básicas, principalmente para descartar una enfermedad sistémica.

Todas las investigaciones adicionales deben valorarse en función de un análisis individual de la relevancia de dichos factores en la población a estudiar.

Los datos que precisamos conocer en la historia clínica, para intentar clasificar la urticaria crónica tanto espontánea como inducible, se encuentran resumidos en la [tabla 2](#).

Posteriormente, según la sospecha clínica, puede ser necesario un análisis de sangre que incluya hemograma con fórmula diferencial, velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva, así como bioquímica basal que incluya valor basal de triptasa, perfil tiroideo, anticuerpos antitiroideos y estudio de complemento (en especial si se acompaña de angioedema), IgE total y específicas en caso de sospecha de alergia, así como coprocultivos, especialmente si existe eosinofilia. Se realizaría cribado de agentes infecciosos (*H. pylori*, virus de las hepatitis B y C, entre otros) en caso de sospecha clínica o analítica².

Para descartar la forma autorreactiva/autoinmunitaria de la urticaria crónica espontánea debemos realizar el ASST, también llamado test con suero autólogo o autotest, que consiste en la inyección intradérmica de suero o plasma sanguíneo del propio paciente recogido durante un brote y su valoración al cabo de 15 min. Se considera un resultado positivo si aparece una pápula en la zona de administración con un diámetro mayor de 1,5 mm que el aparecido en la pápula del control negativo con suero salino. Con un resultado positivo para el ASST, deberían realizarse las pruebas *in vitro* de liberación de histamina o bien la detección de marcadores de activación de basófilos (CD63 y/o CD203c) mediante citometría de flujo, así como demostrar (por inmunoblot o ELISA específicos) la presencia de autoanticuerpos anti-IgE o FcεRI para el diagnóstico definitivo de urticaria crónica autoinmunitaria⁷. El ASST puede también usarse para el control

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3798763>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3798763>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)