

Urticaria aguda

Introducción

La urticaria engloba un conjunto de enfermedades cuya lesión característica es el habón o roncha y que puede acompañarse o no de angioedema.

Aunque se trata de una enfermedad generalmente benigna, supone una gran preocupación para los padres y pacientes, originando numerosas consultas en los Servicios de Urgencias y practicándose numerosas exploraciones complementarias. Debido a que los estudios de urticaria infantil son escasos, la prevalencia exacta de urticaria en niños es desconocida, pero se estima que entre el 3% de los preescolares y el 2% en edades superiores han padecido urticaria en alguna ocasión¹.

Histología y fisiopatología

La lesión típica de la urticaria, el habón, se caracteriza por afectación de la dermis superior con una zona central inflamada, rodeada de un halo eritematoso asociado a picor y calor. Las lesiones pueden aparecer en minutos, aumentar de tamaño y fusionarse con otras, o persistir de forma aislada, y suelen desaparecer espontáneamente o tras tratamiento en menos de 24 horas. En el 50% de los casos de urticaria, además de habones, podemos observar angioedema, siendo la zona afectada por la inflamación más profunda (dermis y tejido subcutáneo), produciendo sensación de dolor o tirantez, con tendencia a afectar a mucosas y resolución más lenta, pudiendo necesitar hasta 72 horas para la desaparición total².

Se producen por la estimulación y degranulación de los mastocitos, que liberan diferentes mediadores (la histamina es el principal), iniciando la respuesta inflamatoria. La liberación de estos mediadores conduce, por una parte, a un incremento de la permeabilidad vascular, produciendo el típico habón, y, por otra, a una estimulación del tejido neuronal, provocando prurito y dilatación vascular (con la consecuente respuesta eritematosa)³.

Clasificación

La urticaria con o sin angioedema se clasifica habitualmente según su curso y duración en:

- Urticaria aguda: Duración de los brotes menor de seis semanas. Este tipo de presentación es el más frecuente en población infantil y las lesiones suelen desaparecer sin dejar lesión en horas o días⁴.
- Urticaria crónica: La urticaria crónica se caracteriza por lesiones habonosas con o sin angioedema, de forma recurrente, diaria o casi diaria y durante más de 6 semanas consecutivas³.

Las guías³ dividen la urticaria crónica en dos grupos:

- Urticaria crónica espontánea: de causa reconocida o desconocida.
- Urticaria inducible: lesiones provocadas por un estímulo
 - o Dermografismo
 - o Urticaria retardada por presión
 - o Urticaria por frío
 - o Urticaria solar
 - o Urticaria colinérgica
 - o Urticaria por calor
 - o Urticaria por vibración
 - o Urticaria acuagénica
 - o Urticaria de contacto

La urticaria crónica no es frecuente en niños, se presenta con una prevalencia de 1.8%⁵. La mayoría son urticarias espontáneas con factores físicos precipitantes como la presión o la exposición al frío. Ciertos fármacos pueden exacerbar la urticaria crónica.

Etiología

Es imprescindible conocer las causas más frecuentemente responsables de los cuadros de urticaria para realizar un diagnóstico etiológico y tratamiento preventivo. Sin embargo, en un porcentaje elevado de urticarias agudas y crónicas, no se puede establecer con exactitud la causa que desencadenó el proceso. Existe un amplio espectro de factores que pueden desencadenar urticaria y/o angioedema, incluyendo estímulos físicos (frío, calor, presión, vibración, luz ultravioleta), fármacos o infecciones, entre otras¹.

Urticaria mediada por IgE

Alimentos: Por ingestión, contacto o inhalación del alimento y puede ser localizada o generalizada y, en ocasiones, puede formar parte o ser la primera manifestación de un cuadro anafiláctico. Generalmente, se trata de episodios agudos con relación clara entre la clínica y la exposición al alimento.

Medicamentos: Aunque los fármacos, sobre todo los antibióticos betalactámicos, se asocian con frecuencia a urticaria, en la infancia solo se demuestra su implicación causal en un bajo porcentaje de las consultas (5-10%), atribuyéndose el resto a urticaria en relación a infecciones. Estas cifras también varían en función de la edad, aumentando la frecuencia de urticaria por fármacos en la adolescencia.

Látex: La exposición a látex puede ser causa de urticaria, angiodema, incluso anafilaxia. Los pacientes se suelen sensibilizar por contacto cutáneo o mucoso repetido con látex (globos, guantes, etc.), aunque también por vía inhalatoria. Es frecuente en los niños que han sufrido múltiples intervenciones quirúrgicas (espina bífida, malformaciones urológicas, etc.). En ocasiones, la alergia al látex se asocia a alergia a frutas (plátano, kiwi, aguacate) y/o frutos secos (castaña), mediante un fenómeno de reactividad cruzada.

Picaduras: La urticaria de causa alérgica producida por picaduras de insectos no es habitual en la infancia, por la baja exposición a himenópteros.

Aeroalérgenos: La exposición a alérgenos, como pólenes o epitelios (perro, gato, caballo, etc.), puede producir urticaria de contacto, generalizada o angioedema palpebral en pacientes sensibilizados.

Urticaria en relación con infecciones

Las infecciones víricas son la causa más frecuente de urticaria aguda en pediatría, encontrándose hasta en un 47% de los casos. Aunque el diagnóstico es clínico, por exclusión de otros desencadenantes, suelen ser motivo de consulta con el especialista debido al uso concomitante de fármacos. La duración media de la urticaria es de pocos días. Puede asociarse a angioedema.

Urticarias inducibles

Se producen tras la aplicación de distintos estímulos físicos y suelen desaparecer espontáneamente tras su cese en menos de 2 horas. Pueden representar desde el 15% al 30% de las urticarias crónicas.

- **Dermografismo:** Significa escritura en la piel. Es una reacción habonosa transitoria que aparece tras 5-12 minutos de la aplicación de una leve presión o fuerza sobre la piel, que aumenta tras el rascado, por baño con agua caliente, ejercicio, emociones, zonas de roce y presión (toallas, etiquetas de ropa, etc.) y no se asocia a síntomas sistémicos. Es la causa más frecuente de urticaria crónica en niños.
- **Urticaria por presión:** Se desencadena por la aplicación de presión sobre cualquier zona del cuerpo, aparece hasta 6 horas después del estímulo. Es una forma de urticaria poco frecuente. En ocasiones, la intensidad del cuadro y el hecho de que las lesiones aparezcan horas después y se mantengan durante días, dificulta el diagnóstico.

- **Urticaria por frío:** Se desencadena por contacto con frío: agua, aire, bebidas, alimentos y objetos fríos. Aparecen habones en las zonas expuestas 2-5 minutos después del inicio del estímulo, sabiendo que cuanto más pequeño es el periodo entre éste y la aparición de la lesión, mayor es el riesgo de síntomas sistémicos graves. En niños el 30% y en adolescentes hasta el 50% padecerán anafilaxia, principalmente cuando se producen exposiciones de todo el organismo (baños en piscinas o mar). Se diagnostica por el test del cubito de hielo, aunque su negatividad no lo excluye.
- **Urticaria solar:** Muy poco frecuente en edad pediátrica y adolescentes, consiste en la aparición de urticaria a los pocos minutos de la exposición a luz solar. Si se exponen grandes áreas corporales, se pueden desencadenar síntomas sistémicos. Las lesiones desaparecen a los pocos minutos y nunca sobrepasan las 24 horas.
- **Urticaria por vibración y por calor:** Desencadenadas por estímulo vibratorio o por calor, son las urticarias físicas más infrecuentes.
- **Urticaria colinérgica:** Es una de las urticarias más frecuentes. Sus síntomas se producen como respuesta a un aumento de la temperatura corporal central, bien por ejercicio físico, exposición a un ambiente caluroso o, incluso, el estrés con sudoración. Las lesiones características son pequeñas, de 1 a 3 mm de diámetro, rodeadas de un halo eritematoso, que aparecen a los pocos minutos y desaparecen entre 4 y 30 horas después del cese del estímulo. De manera característica, el enfriamiento del paciente hace que las lesiones remitan rápidamente.

Diagnóstico

Las nuevas guías³ recomiendan no realizar exploraciones complementarias de forma sistemática en la urticaria, solo se solicitarán en aquellos casos seleccionados en los que existan indicios de enfermedades asociadas.

Por lo tanto, el diagnóstico es principalmente clínico. A través de una historia clínica detallada se recoge la frecuencia y gravedad de los brotes, la evolución natural espontánea o si se ha resuelto con tratamiento, así como investigar los posibles desencadenantes. La exploración física también es necesaria para ver las características de la piel, identificar las lesiones, y buscar indicios de posibles patologías sistémicas. Debe explorarse siempre el dermografismo. Una vez realizada la exploración y la anamnesis, se seleccionarán las pruebas complementarias en cada caso.

En la urticaria aguda y si se sospecha base alérgica, debe hacerse estudio inmuoalérgico específico mediante prueba cutánea y/o IgE sérica específica y, en algunos casos, prueba de exposición controlada para confirmar o descartar el diagnóstico etiológico. Pero si no se sospecha ninguna etiología, no es necesario realizar ningún tipo de estudio complementario, debido al carácter autolimitado y benigno de estos cuadros.

En las urticarias físicas, el diagnóstico se basa principalmente en intentar reproducir la urticaria en condiciones controladas con el estímulo desencadenante, sin ser necesarios otros estudios complementarios.

Se requerirán pruebas complementarias específicas en contadas ocasiones, si tras una valoración inicial no se ha podido clasificar el cuadro clínico o se requiera realizar el diagnóstico diferencial con otras lesiones (triptasa sérica, complemento, actividad de C1 inhibidor y C1q o biopsia).

Tratamiento

El tratamiento de la urticaria debe basarse en la evitación de los factores desencadenantes y el tratamiento farmacológico.

Se considera que los fármacos antihistamínicos H1 no sedantes son el tratamiento de primera elección (algunos, como la rupatadina, incluso han demostrado una mayor afinidad en su unión al receptor de la histamina que los antihistamínicos H1 de primera generación). Los antihistamínicos de primera generación tienen efectos anticolinérgicos y acción sedante en el SNC. Las guías recomiendan no usarlos de rutina. El perfil de seguridad de los antihistamínicos H1 de segunda generación es mejor comparados con los de primera. En el paciente pediátrico sólo se deben utilizar medicación con eficacia y seguridad probada como es el caso de: cetirizina, desloratadina, fexofenadina, levocetirizina, rupatadina, bilastina y loratadina. Se deben administrar diariamente, y no a demanda. Si se produce una reagudización de la urticaria, debemos valorar un ciclo corto de 3-5 días de corticoide oral, siempre evitando su cronicidad. Se recomienda, por lo tanto, remitir a unidades especializadas a todos aquellos pacientes con cuadros urticariales atípicos, urticaria crónica refractaria a antihistamínicos, en los que el diagnóstico etiológico muestre dificultades o aquellos en los que el angioedema sea la principal manifestación.

Si la urticaria se presenta en niños menores de 2 años podrían tratarse con Cetirizina o Desloratadina (pueden darse a partir del año de vida). Loratadina o Levocetirizina en niños a partir de 2 años y Bilastina y Rupatadina en niños a partir de 12 años.

El metabolismo de la Cetirizina en niños es diferente, por lo que se debería dar dos veces al día.

Bibliografía

1. Calderón Rodríguez S, Alonso Lebrero E. Urticaria y angioedema. *Protoc diagn ter pediatr.* 2013;1:207-18.
2. Sahiner UM, Civelek E, Tuncer A, et al. Chronic urticaria: etiology and natural course in children. *Int Arch Allergy Immunol* 2011; 156:224-30.

3. Zuberbier T, Aberer W, Asero R et al. The EAACI/GALEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. The 2017 revision and update. *Allergy* 2018 Jul;73(7):1393-1414.
4. Marrouche N, Grattan C. Childhood urticaria. *Curr Opin Clin Immunol*. 2012; 12(5):485-90.
5. Cornillier H, Giraudeau B, Munck S. Chronic spontaneous urticaria in children – a systematic review on interventions and comorbidities. In press. Doi: 10.1111/pai. 12870.