

Urticaria

¿Qué es la urticaria?

La urticaria y el angioedema son un patrón de reacción de la piel caracterizadas por el picor en el caso de la urticaria y el edema en labios y párpados en el caso del angioedema. Esto se produce ante diferentes estímulos y se caracterizan por una lesión elemental, el habón o roncha.

¿Cómo se forman las ronchas de la urticaria?

En la urticaria se produce extravasación de suero en la dermis, la capa de la piel que hay justo debajo de la más superficial llamada epidermis. Esto es debido al aumento de permeabilidad de los vasos dérmicos por las sustancias o mediadores liberados por unas células llamadas mastocitos y los basófilos.

¿Por qué se liberan los mediadores de los mastocitos y los basófilos?

Los estímulos que provocan esta liberación de mediadores son múltiples con mecanismos inmunológicos (relacionados con el sistema inmune o defensas) y no inmunológicos:

MECANISMOS INMUNOLÓGICOS		
TIPO DE REACCIÓN ALÉRGICA	MECANISMO	EJEMPLO
Reacción de hipersensibilidad Tipo I	Las IgE específicas (responsables de la alergia), en número de 2, se unen al mastocito y al basófilo.	Penicilina y alimentos. Urticaria de contacto por látex
Reacción de hipersensibilidad Tipo II y III	Activación del complemento liberando anafilotoxinas (C3a, C5a y C4a) que estimulan al mastocito.	Proteínas y medicamentos. Urticaria-vasculitis o urticaria de la enfermedad del suero
MECANISMOS NO INMUNOLÓGICOS		
TIPO DE REACCIÓN	MECANISMO	EJEMPLO
No inmunológica	Estímulo colinérgico.	Ejercicio
	Fármacos	Polimixina, B-Bloqueantes, codeína, morfina, contrastes yodados, manitol, AINES.
	Alimentos	Fresas, langosta, mejillones, clara de huevo
	Alteración del metabolismo del ácido araquidónico	AAS, indometacina, tartracina y conservantes benzoicos
	Agentes físicos	Frío, calor, presión, radiación UV y agua

PRINCIPALES AGENTES ETIOLÓGICOS DE LAS URTICARIAS
MEDICAMENTOS
ALIMENTOS: Huevos, leche, chocolate, pescado, marisco, tomate, cerdo, fresas, leche, especias y levadura
ALERGENOS AEROTRANSPORTADOS: Pólenes, esporas, polvo doméstico...
PICADURAS DE INSECTOS: Avispas y abejas
INFECCIONES: Hepatitis, VEB, virasis, helmintiasis, hidatidosis
FACTORES FÍSICOS
ENFERMEDADES SISTEMICAS: LES, policitemia vera, macroglobulinemia, hipertiroidismo, embarazo, menstruación, prótesis metálicas óseas y dentarias.
NEOPLASIAS: Colon, recto, pulmón y linfomas
ALTERACIONES GENÉTICAS: Déficit de C1 Inhibidor
FACTORES PSICOLOGICOS

¿Cuál es la causa de la urticaria entonces?

Normalmente la causa puede descubrirse en el 50-65% de las urticarias agudas descendiendo hasta un 20% en las urticarias crónicas donde la causa más frecuente es la idiopática o desconocida. Para algunos autores, la urticaria crónica se trata de una enfermedad autoinmune, es decir, en la que las propias defensas del individuo atacan al organismo. Esto viene dado porque que se detectan en algunos pacientes un factor sérico liberador de histamina que se trata de autoanticuerpos antisubunidad ? del receptor de IgE y antiIgE, así como mayor incidencia de antígeno de histocompatibilidad HLADR4.

¿Cómo diagnostican los médicos la urticaria?

Habitualmente la presencia de habones rosados pruriginosos que tienden a palidecer por el centro de curso en brotes es suficiente para el diagnóstico. Esta lesión es evanescente (normalmente dura menos de 24 h.) y cambiante. Si dura menos de seis semanas se habla de urticaria aguda y si dura más, de urticaria crónica. Esta última es mas frecuente en mujeres de 20 a 40 años.

En casos especiales es preciso realizar una biopsia para completar el estudio. En estos casos se observa edema dérmico superficial en el habón y en dermis profunda o hipodermis en el angioedema. En la urticaria-vasculitis existe además una afectación inflamatoria de los vasos de la piel denominada vasculitis leucocitoclástica.

¿Cuáles son las formas especiales de urticaria?

La urticaria producida por reacción de hipersensibilidad tipo I suele asociar angioedemas y hasta formas severas como el shock anafiláctico. En las urticarias mediadas por inmunocomplejos como en la urticaria-vasculitis o la enfermedad del suero, las lesiones suelen durar más de 24 h y pueden acompañarse de lesiones vasculíticas. En las urticarias producidas por estímulos físicos los habones duran pocos minutos y existe un periodo refractario en el que aunque el paciente se exponga al estímulo, no aparecen

lesiones. Si los habones duran más de 24 h hay que pensar en urticaria-vasculitis o urticaria retardada por presión.

URTICARIAS FÍSICAS	
1.- DERMOGRAFISMO:	Urticaria física más frecuente. 5% población general
2.- U. COLINÉRGICA:	Habones pequeños en mitad superior de tórax provocados por la sudoración (ejercicio, estímulos gustatorios, calor, emociones) y producido por la liberación de acetilcolina
3.- U. ACUAGÉNICA:	Precisa diagnóstico diferencial con el prurito acuagénico que cursa sin lesiones cutáneas
4.- U. SOLAR:	Precisa diagnóstico diferencial con la erupción lumínica polimorfa y la protoporfiria eritropoyética
5.- U. "A FRIGORE":	Se diagnostica por el test del cubito de hielo
6.- U. POR CALOR:	
7.- U. RETARDADA POR PRESIÓN:	En áreas sometidas a presión continua (cintura, nalgas, palmas y plantas). Lesiones más dolorosas que pruriginosas. Existe un tiempo de latencia entre el estímulo y la aparición de las lesiones que persisten en ocasiones más de 48 h
8.- ANGIOEDEMA VIBRATORIO:	AD

¿Qué es el angioedema?

Cuando el edema se localiza a nivel más profundo da lugar al angioedema que se manifiesta como placas edematosas de tacto infiltrado de mayor tamaño que los habones. La localización más frecuente del angioedema es en párpados, labios y genitales instaurándose en horas y tardando más de dos días en desaparecer. En el angioedema no existe picor sino tirantez o quemazón y en relación de la localización del edema puede presentar síntomas gastrointestinales como dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea, síntomas respiratorios como rinorrea, estornudos, disnea y disfonía y por último, síntomas cardiovasculares como taquicardia e hipotensión por vasodilatación generalizada.

La urticaria se presenta sola en el 40% de los casos, acompañada de angioedema en el 50% de los casos. El angioedema se presenta sólo en el 10% restante.

¿Cómo se trata la urticaria?

En primer lugar retirar el agente causal si se identifica y en segundo lugar; uso de antihistamínicos para bloquear los efectos de la histamina, uno de los mediadores más importantes. La histamina tiene 3 receptores celulares: H1, H2 y H3. El H1 es el más importante en la génesis de la urticaria.

ANTIISTAMINICOS ANTI H1	
PRIMERA GENERACIÓN	Difenhidramina, clorfeniramina e hidroxicina (el mas potente), ciproheptadina.
SEGUNDA GENERACIÓN	Terfenadina, astemizol, cetirizina, ebastina, loratadina, ketotifeno y mizolastina.

Suelen emplearse antihistamínicos antiH1, solos o asociados entre sí. También se asocian los anti H2, los β -adrenérgicos, la adrenalina, el cromoglicato disódico y los antidepresivos tricíclicos.

Los corticoides se deben de emplear solamente en el shock anafiláctico y las urticarias por presión asociado a hidroxicina, ya que se asocian a efecto rebote al abandonarlos en las urticarias agudas. El tratamiento de elección del dermatografismo es la hidroxicina por su alto poder anticolinérgico. En la urticaria a frígore es útil la ciproheptadina. En la urticaria solar se emplean fotoprotectores tópicos, hidroxiclороquina y el desarrollo de tolerancia a la luz UV con exposiciones repetidas. Las dietas de exclusión sólo son útiles en caso de sospecha clínica clara.

Los nombres y logos de la Academia Española de Dermatología son marcas registradas y no pueden utilizadas sin permiso. Esta información es exclusivamente un consejo médico y no reemplaza a una consulta con un dermatólogo profesional cualificado ya que cada paciente y cada caso específicos requieren atención personalizada.