

Urticaria: clínica y fisiopatología

JUAN PEDRO VELÁSQUEZ

INTRODUCCIÓN

ES UNA ENTIDAD DE CONSULTA FRECUENTE y de atención urgente, en la mayoría de los casos, que resulta de la degranulación de mastocitos o basófilos y se caracteriza por episodios transitorios de ronchas o habones pruriginosos. Los episodios de menos de 4 semanas de duración se consideran agudos y los que persisten más tiempo se denominan crónicos.

URTICARIA Y ANGIOEDEMA

ANGIOEDEMA ES UN TÉRMINO USADO para describir la urticaria que afecta principalmente la cara y los labios, pero pueden tener cualquier localización. El edema se extiende habitualmente hacia los tejidos subcutáneos y en los casos severos puede afectar la laringe, con peligro de muerte por asfixia, el tracto respiratorio inferior, el intestino o a las articulaciones. Entre un 15% y un 20% de la población experimenta por lo menos un episodio de urticaria o angioedema a lo largo de la vida. En un 50% de los casos se presentan urticaria y angioedema, en un 40% urticaria aislada y en un 10% sólo angioedema. Se le considera el 1% de la consulta dermatológica. Cuando la urticaria tiene carácter agudo, habitualmente se puede encontrar la causa. Entre los pacientes con urticaria crónica, la causa se aclara en sólo el 25% de los casos.

.....
DOCTOR JUAN PEDRO VELÁSQUEZ, MD, Dermatólogo, Clínica Las Américas, Medellín.

Urticaria crónica

Corticoides e hidroxicina 25 a 50 mg 3 veces x día.

En caso de edema laríngeo o shock anafiláctico administrar líquidos intravenosos, epinefrina im, vía aérea permeable, aminofilina iv, broncodilatadores beta-adrenérgicos, antihistamínicos H1 de acción rápida oral o im según el estado del paciente y esteroides iv de acción y eliminación rápida.

BIBLIOGRAFÍA

1. SOTER NICHOLAS. Urticaria and Angioedema. In: Fitzpatrick's, Fifth Edition, vol I pág 2409, International edition. Mc Graw Hill. New York, 1999.
2. ATUESTA N. Urgencias en Dermatología. Urticaria y angioedema agudos. Ed. Atuesta, Chalela, Pérez, Rodríguez. Schering Plough. Bogotá, 1999.
3. CERIO R, Jackson WF. Los Trastornos cutáneos alérgicos. Mosby, España, 1993.
4. NICHOLSON AN, STONE BM, TURNER C, MILLS SL. Los antihistamínicos y la tripulación aérea. Utilidad de la Fexofenadina. Investigación original, Grecia, 1998.
5. KENNARD CHARLES. Urticaria. In: Conn's Current Therapy. Pag. 850, 5 Th Anniversary. Ed. W.B. Saunders Company, edited by Robert E. Rakel. Philadelphia, 1998.
6. LOPERA MC. Antihistamínicos. En: Fundamentos de Dermatología. CIB. Editores: Zuluaga, Uribe, Velásquez. Medellín, 1998.
7. COSTA MARTINS JE, CAMARGO PASCHOAL. Autores y editores: Dermatología Terapéutica 2a. ed. pág 194. Sao Paulo, Brasil, 1998.
8. FITZPATRICK TB et al. Atlas de Dermatología Clínica, Urticaria y Angioedema, pág 3-14. Ed. Mc Graw Hill Interamericana, 3a. ed. México, 1998.



TIPOS DE URTICARIA

Urticaria dependiente de la IgE (por hipersensibilidad)

Este tipo de urticaria se debe a una reacción alérgica tipo I mediada por IgE y a veces por IgG4. Los alérgenos se pueden introducir mediante ingestión de alimentos, inhalación, inyección, contacto con parásitos, infecciones o picaduras de insectos.

Urticaria Idiopática Crónica

Es muy común y se encuentra en alrededor de las tres cuartas partes de los pacientes que acuden al médico con cuadros urticariales. La mayoría de los sujetos que desarrollan episodios prolongados, continuos o frecuentes de urticaria no son atópicos y presentan concentraciones normales de IgE.

El comienzo suele ser bastante súbito, sin causa aparente. Por fortuna la mayoría de los casos se resuelven de modo espontáneo antes de 2 años, pero los síntomas pueden persistir durante 10 años o más, en alrededor del 20% de los pacientes. Se han demostrado anomalías de los factores del complemento en ciertos casos, principalmente en la llamada vasculitis urticarial.

Urticaria Física

Se han descrito numerosas formas de urticaria provocada por estímulos físicos como el dermatografismo sintomático, la urticaria por presión, la urticaria solar, la urticaria por frío, la urticaria por calor, la urticaria colinérgica, la urticaria acuagénica y el angioedema vibratorio.

CLASIFICACIÓN INMUNOPATOGENICA

1. Inmunológica
2. No Inmunológica

Inmunológica

- A. Dependiente de IgE
 - Diátesis atópica.
 - Sensibilidad antígeno-específica.
- B. Mediada por complemento
 - Angioedema hereditario-adquirido.
 - Vasculitis necrotizante.
 - Enfermedad del suero.
 - Reacciones a productos sanguíneos.

No inmunológica

- A. Agentes degranuladores directos del mastocito: opiáceos, antibióticos, curare, d-tubocurarina, medios de contraste.
- B. Agentes que presumiblemente alteran el metabolismo del ácido araquidónico: ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios no esteroideos, colorantes, azoles y benzoatos.
- C. Física.

ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS

LOS HABONES Y EL ANGIOEDEMA suelen ser producidos por mediadores vasoactivos, con la histamina como el más importante, y se explican por la triple respuesta de Lewis: 1. Eritema inicial por vasodilatación. 2. Expansión del eritema ("flare") por dilatación arteriolar mediada por reflejos

axonales y 3. Edema por la extravasación de líquidos. Estas reacciones son consecuencia de la activación del mastocito por diferentes vías, lo que conduce a su degranulación, con la consecuente liberación de mediadores preformados y secreción de mediadores neoformados, con potentes acciones vasodilatadores e inflamatorias.

La estimulación por la histamina de los nervios sensitivos genera un impulso que llega a la médula espinal y viaja hasta el S.N.C. donde es percibido como sensación de prurito. El mismo impulso genera estímulos hacia las terminaciones nerviosas cutáneas, donde se liberan la sustancia P y otros neuropéptidos, que provocan vasodilatación y degranulación, amplificando la respuesta inicial.

Existen, además, una serie de sustancias denominadas secretagogos, que disparan la liberación de mediadores del mastocito. Pueden ser inmunológicos y no inmunológicos. La activación del mastocito conduce a su degranulación y liberación de mediadores preformados (histamina, proteasas neutras, heparina, factores quimiotácticos, etc) y la generación de metabolitos lipídicos (prostaglandinas, leucotrienos, PAF, tromboxano, A2, adenosina, etc).

CONSIDERACIONES CLÍNICAS DE LA URTICARIA AGUDA

CASI SIEMPRE RONCHAS O HABONES GRANDES, a menudo dependientes de IgE con fondo atópico, relacionadas con agentes alimentarios, parásitos y penicilina. También están mediadas por complemento en las reacciones similares a enfermedad del suero (sangre total, inmunoglobulinas, penicilina). Se acompaña a menudo de angioedema.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS DE LA URTICARIA CRÓNICA

ES RARO QUE DEPENDA de IgE; la etiología se desconoce en un 80% a 90% de los casos, por lo que se considera idiopática; a menudo, la tensión emocional (estrés) parece ser un factor desencadenante. Hay intolerancia a salicilatos y benzoatos. La urticaria crónica afecta principalmente a los adultos y su frecuencia es casi el doble en las mujeres que en los varones. Hasta el 40% de los pacientes con urticaria crónica de más de seis meses, siguen presentando la urticaria 10 años más tarde.

CONSIDERACIONES BREVES SOBRE TERAPIA Y EFECTOS COLATERALES

DURANTE MUCHOS AÑOS LOS ANTIHISTAMÍNICOS se consideraron como los medicamentos más seguros. No obstante en los últimos años se han acumulado evidencias crecientes de cardiotoxicidad, tanto con la terfenadina como con el astemizol, por un bloqueo en la corriente tardía rectificadora del potasio que lleva a la prolongación del intervalo QTc, similar al observado con la quinidina. La sobredosis de estas sustancias y el uso simultáneo de antimicóticos, antibióticos macrólidos, zumo de toronja o insuficiencia hepática pueden llevar a la prolongación del intervalo QTc. Igualmente se debe tener precaución a prescribir estas sustancias a quienes tengan prolongación congénita de este intervalo, bradicardia, enfermedad cardíaca isquémica, ICC, cambios electrolíticos, especialmente la hipocalcemia.

MODALIDADES TERAPÉUTICAS SEGÚN ALGUNOS AUTORES

Soter Nicholas In: Fitzpatrick's Dermatology, General Medicine. 5th ed. Vol II, pág 118, 1999:

IDENTIFICAR la causa, eliminarla o tratarla.

INICIAR con antihistamínicos H1.

COMBINAR varios tipos de antihistamínicos H1.

ADICIONAR un antagonista β -adrenérgico (terbutalina) a un antihistamínico H1.

MEZCLAR antihistamínico H1 y H2.

USO DE corticoides sistémicos sólo en casos severos refractarios.

EVITAR el uso de epinefrina, excepto en casos en los que hay compromiso respiratorio o colapso cardiovascular.

SON RECOMENDABLES los antidepresivos tricíclicos tipo Doxepina que actúan tanto sobre receptores H1 como H2.

Kennant Charles, Current Therapy, 1999:

Urticaria aguda

HIDROXICINA 10 a 50 mg 3 veces x día.

DIFENHIDRAMINA 25 a 100 mg 3-4 veces x día.

CIPROHEPTADINA 8 a 12 mg 2 veces x día.

De no presentarse mejoría se recomienda prednisona, 40 mg día por 10 a 14 días.

En casos de angioedema hereditario se recomienda el estanozolol (andrógeno oral) 2 mg 3 veces x día y luego disminuir gradualmente.

Urticaria Crónica

SI NO SE CONOCE LA CAUSA, evitar opiáceos, asa, calor, ejercicio o alcohol.

HIDROXICINA a dosis altas.

FEXOFENADINA 60 mg 2 veces x día o 120 mg dosis única.

ASTEMIZOL, loratadina, o cetirizina con estómago lleno 10 mg dosis única, son efectivas y de poca o ninguna sedación. Igualmente se pueden administrar fexofenadina, ebastina o terfenadina.

Fundamentos de Dermatología, Terapia Dermatológica. Zuluaga A et al, CIB, 1998:

La combinación de antihistamínicos H1 H2 ha sido beneficiosa en algunos pacientes con urticaria aguda o crónica. La doxepina y el ketotifeno también han sido efectivos en algunos casos de urticaria idiopática crónica y de urticaria física.

Costa-Martins, Dermatología Terapéutica. Urticaria. Segunda ed. Pág. 195. Sao Paulo, Brasil, 1998:

Urticaria aguda

OXIGENACIÓN con un flujo de 4 a 6 l/min.

ADRENALINA acuosa 0.3 ml subcutánea. En caso necesario, repetir cada 20 min.

FENOTIAZÍNICO (prometazina) 10-20 mg vo cada 6 horas o 50 mg im cada 6 horas.

LORATADINA 10 mg 2 veces x día.

CETIRIZINA 10 mg 2 veces x día.

ASTEMIZOL 10 mg 2 veces x día.