

Guía clínica

Para el manejo de la urticaria en Atención Primaria

**J.F. Silvestre Salvador¹, M. Serrano Manzano², E. Serra Baldrich³,
D. Palacios Martínez⁴, E. Gómez de la Fuente⁵, J.A. Heras Hitos⁶,
J.C. Armario Hita⁷, D. García Hernández⁸**

¹Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante

²Unidad de Atención Primaria. EAP Sant Vicenç dels Horts. Barcelona

³Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

⁴Unidad de Atención Primaria. Centro de Salud Sector III. Getafe (Madrid)

⁵Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

⁶Unidad de Atención Primaria. Centro de Salud Villarejo de Salvanes. Madrid

⁷Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz

⁸Unidad de Atención Primaria. EAP Raval Nord de Barcelona

Con el aval de



DIFERENCIAR

Prurito: síntoma consistente en la sensación desagradable que provoca el deseo de rascarse. El prurito es muy frecuente en la urticaria. Pero no todo prurito implica urticaria¹.



Alergia: reacción de hipersensibilidad iniciada por mecanismos inmunológicos específicos. Hipersensibilidad describe la aparición de síntomas o signos reproducibles de manera objetiva tras la exposición a estímulos específicos a dosis toleradas de manera estándar por la población. La alergia se puede manifestar como asma, rinitis, anafilaxia, eczema, urticaria o angioedema. No toda urticaria o angioedema implica alergia^{2,3}.



Urticaria: enfermedad caracterizada por la aparición súbita de habones o «ronchas», angioedema, o ambos⁴.



1. Ständer S, et al. *Clinical Classification of itch: A position paper of the International Forum for the Study of Itch*. *Acta Derm Venereol*. 2007; 87: 291-294.
2. Johansson SG, et al. *Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003*. *J Allergy Clin Immunol*. 113(5): 832-836.
3. Pawankar R, et al. *Libro Blanco sobre Alergia de la WAO (World Allergy Organization) 2011*.
4. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, et al. *The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update*. *Allergy*. 2014; 69(7): 868-887.

CLÍNICA

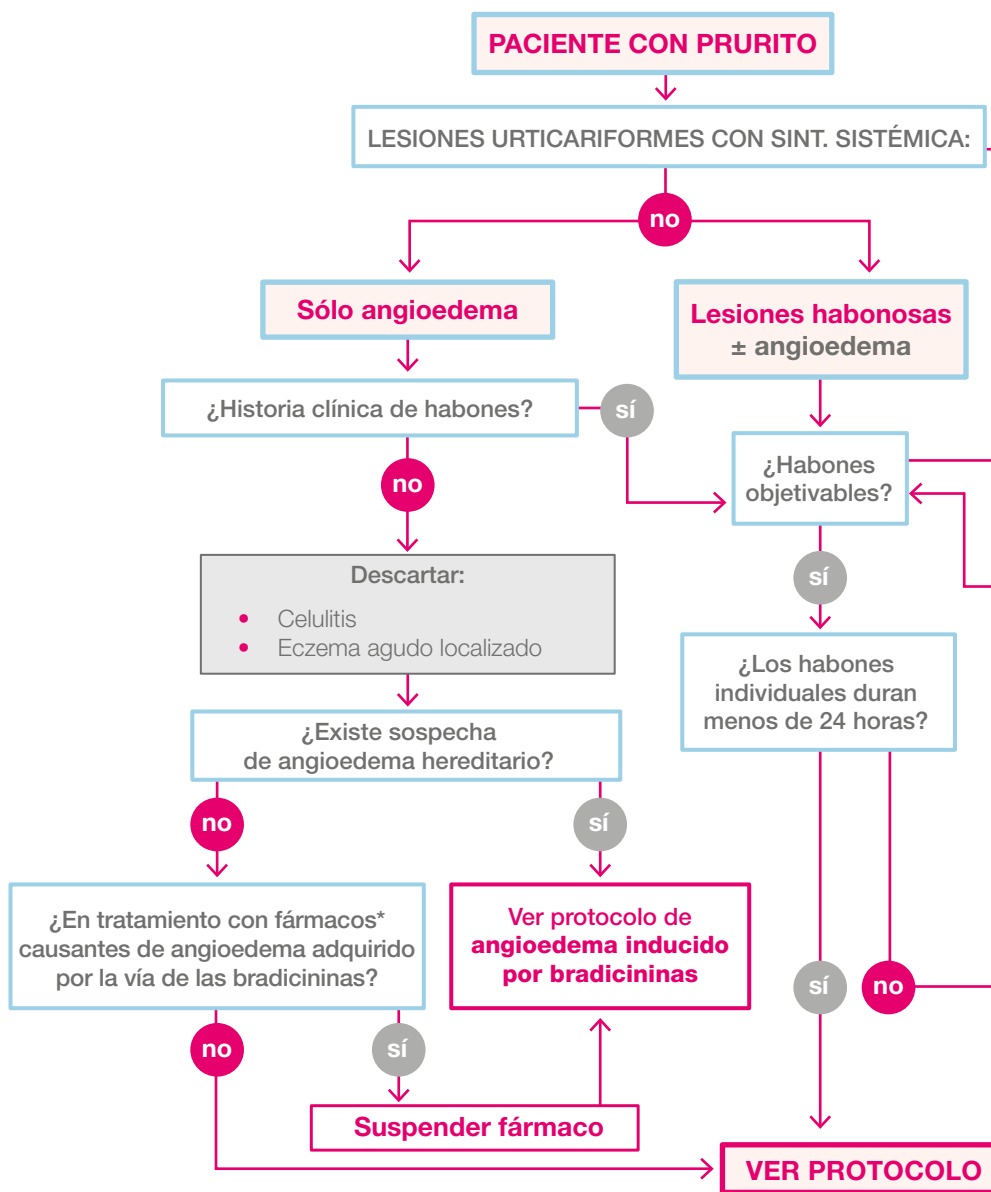
Habón: lesión cutánea caracterizada por elevación o edema central de tamaño variable casi siempre rodeado por eritema reflejo. De forma característica, el habón de la urticaria es evanescente (desaparece en un máximo de 24 horas). Los habones de la urticaria suelen asociarse a prurito y en ocasiones a sensación de quemazón¹.



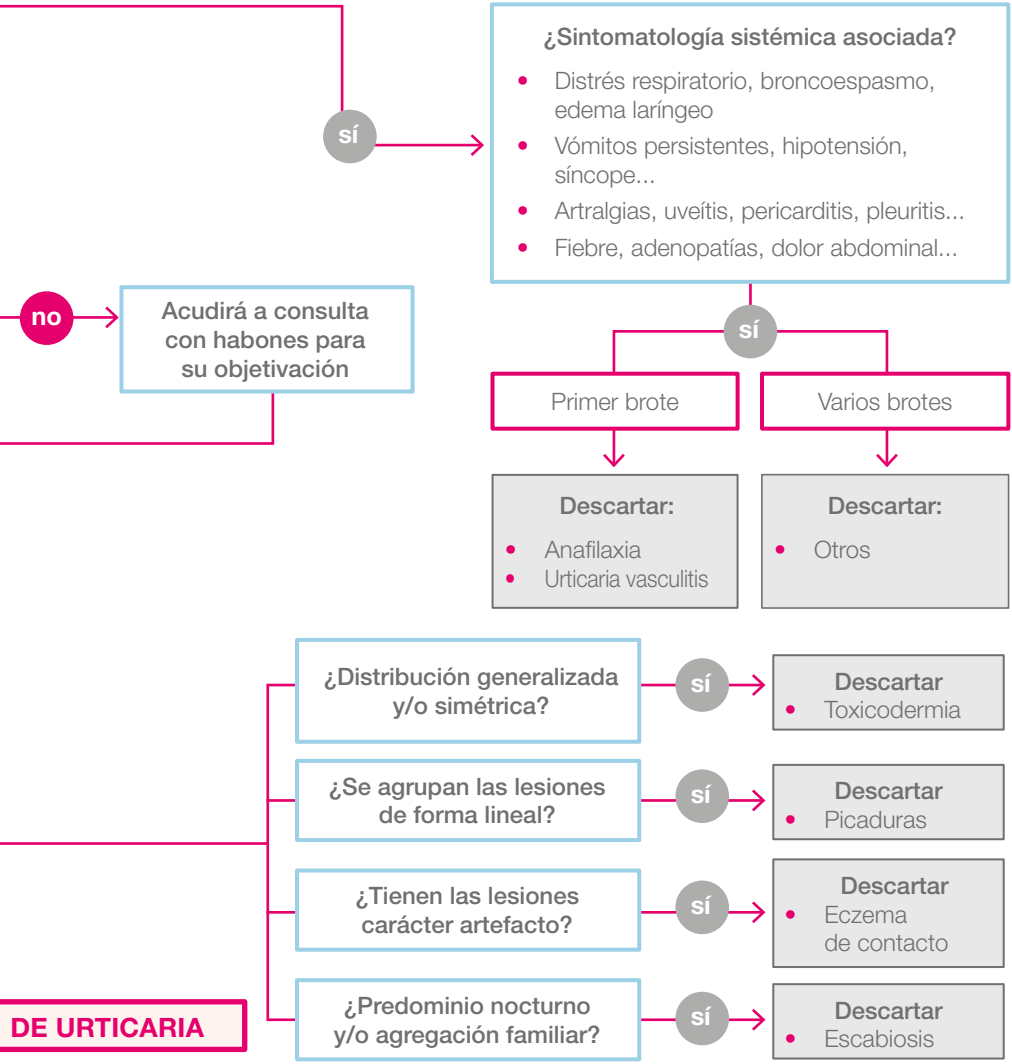
Angioedema: tumefacción o edema súbito pronunciado eritematoso o que produce coloración de la piel. El proceso inflamatorio se localiza en la dermis profunda y en el tejido celular subcutáneo, con frecuente afectación de los tejidos submucosos. En el angioedema, el prurito es menos frecuente que en la urticaria. Asimismo, la resolución de los habones es más lenta, pudiendo durar hasta 72 horas¹.



1. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, et al. The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy*. 2014; 69(7): 868-887.



*Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA): benazepril, captopril, cilazapril, delapril, enalapril, espirapril, fosinopril, imidapril, lisinopril, moexipril, perindopril, quinapril, ramipril,trandolapril, zofenopril. Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II): candesartán, eprosartán, irbesartán, losartán, olmesartán medoxomil, telmisartán, valsartán.





DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	URTICARIA	PICADURAS POR INSECTOS	ECZEMA AGUDO DIFUSO	SARNA	TOXICODERMIA
LESIONES ELEMENTALES	Habones +/- angioedema	Pápulas con vesícula central excoriada/ lesiones urticariformes	Placas eritemato-edematosas + vesículas y/o costras	Surcos, vesículas, pápulas y excoriaciones	Exantema maculopapular/ urticariforme
CLAVES DIAGNÓSTICAS	Lesiones fugaces (duran <24 h)	Agrupación de 3-4 lesiones	Lesiones persistentes	Manos y muñecas, genitales, axilas y pezones	Generalizada y simétrica, de predominio en pliegues
	Polimorfo y figurado	Distribución lineal	Exudación	Prurito intenso nocturno	Tendencia a la confluencia de las lesiones
	Distribución «caprichosa»		Distribución parcheada o flexural		
INTERROGAR	Factores desencadenantes /agravantes*	Estancia en campo/ contacto con animales	Antecedentes de dermatitis atópica Productos de contacto (cremas farmacéuticas, cosméticas...)	Prurito en convivientes	Fármacos en las últimas 6 semanas

*Ver factores agravantes en urticaria crónica.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	ANGIOEDEMA	CELULITIS	ECZEMA LOCALIZADO
LESIONES ELEMENTALES	Placa eritematoedematosa Duración 48 h	Placa eritematosa, dolorosa y caliente	Placas eritematoedematosas + vesículas y/o costras
CLAVES DIAGNÓSTICAS	Párpados, labios, genitales, periarticular Sensación de quemazón/ardor > prurito	Dolor Fiebre, malestar general AS: leucocitosis, elevación de PCR...	Prurito Exudación Distribución artefacta
INTERROGAR	Asociación con habones (urticaria) Otras causas: – Fármacos (IECA, ARA II, sitagliptina...) – Casos en familiares	Puerta de entrada Factores predisponentes (diabetes, alcoholismo, tratamiento inmunosupresor, VIH...)	Productos de contacto (cremas farmacéuticas, cosméticas...)

ANTI-HISTAMÍNICOS ANTI-H₁ NO SEDANTES MÁS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA URTICARIA

Nombre	Dosis en adultos
Levocetirizina	5-20 mg/día
Cetirizina	10-40 mg/día
Desloratadina	5-20 mg/día
Fexofenadina	120-480 mg/día
Loratadina	10-40 mg/día
Rupatadina	10-20 mg/día
Bilastina	20 mg/día
Ebastina	10-40 mg/día

POBLACIONES ESPECIALES

RECOMENDACIONES

Pediátrica¹	El tratamiento y dosis (ajustada al peso) no difiere de la recomendada para adultos. <i>Cetirizina, desloratadina, fexofenadina, loratadina</i> : bien estudiada y establecida la seguridad a largo plazo.
Gestante y Lactante^{1,2}	<i>Loratadina (B)*, desloratadina (B)*, levocetirizina (B)*, cetirizina (B)*.</i>
IH²	<i>Bilastina, desloratadina, fexofenadina, levocetirizina</i> : no requieren ajuste de dosis. <i>Ebastina</i> : en IH grave no administrar más de 10 mg. <i>Rupatadina</i> : no recomendado. Falta de evidencia.
IR^{1,2}	<i>Fexofenadina, bilastadina**</i> , <i>ebastina</i> : no requieren ajuste de dosis. <i>Cetirizina, loratadina, desloratadina</i> : precaución y ajuste de dosis. <i>Levocetirizina</i> : ajustar dosis de acuerdo con el CrCl. Contraindicado si CrCl <10 mL/min. <i>Rupatadina</i> : no recomendado. Falta de evidencia.
Problemas CV²	<i>Bilastina, desloratadina, fexofenadina, levocetirizina</i> : ninguna en particular. <i>Ebastina</i> : precaución en pacientes con riesgo CV conocido. <i>Rupatadina</i> : precaución en pacientes con intervalo QT prolongado, hipocalcemia y pacientes con condiciones clínicas como bradicardia o isquemia miocárdica aguda.

IH: insuficiencia hepática; IR: insuficiencia renal; CrCl: *Creatinine clearance*; CV: cardiovascular.

*Grado de evidencia. Clasificación FDA para la administración de fármacos en gestantes. **Evitar uso concomitante con inhibidores P-gP en IR moderada-severa.

- Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, et al. The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy*. 2014; 69(7): 868-887.
- Dávila I, Del Cuvillo A, Mullo J, Jáuregui I, Bartra J, Ferrer M, et al. Use of second generation H1 antihistamines in special situations. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2013; 23 Suppl 1: 1-16. Review.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS RECOMENDADAS

URTICARIA AGUDA:

Ninguna

URTICARIA CRÓNICA:

Analítica sanguínea básica con VSG. El resto de las exploraciones sólo en caso de sospecha por historia clínica

- La mayoría de las urticarias **NO SON DE CAUSA ALÉRGICA**; por ello, no son necesarias pruebas de alergia de rutina.

URTICARIA CRÓNICA REFRACTARIA:

Va a ser remitida a consulta especializada:

- **Analítica sanguínea:**

Hemograma, bioquímica con perfil lipídico y enzimas hepáticos, VSG, dímero D, perfil tiroideo, triptasa, ANA, AntiTPO, IgE, serología VHC y VHB, C3, C4, CH50

- **Orina de 24 h:**

Proteínas, creatinina

- Esta analítica no es imprescindible, pero podría ser de utilidad para conocer la situación basal del paciente ante la posibilidad de instaurar un tratamiento sistémico, y podemos aprovechar para solicitar marcadores de actividad e inmunidad para introducir estos datos en el registro de pacientes con urticaria.

TRATAMIENTO DE LA URTICARIA

¿ES UNA URGENCIA?

no

URTICARIA AGUDA:
Duración <6 semanas

Evitar factores desencadenantes^a

sí

TRATAMIENTO URGENTE

- Anti-H₁ no sedantes (1 o 2 comprimidos v.o.)
- Si cuadros muy extensos o sintomáticos o angioedema como principal manifestación: Metilprednisolona i.m. y/o v.o.^c
Si se ha administrado metilprednisolona por vía i.m., prescribir pauta corta^c corticoides

TRATAMIENTO ESTÁNDAR

- Anti-H₁ no sedantes
1 comprimido/día v.o. durante al menos 15-20 días en casos agudos y meses/años en crónicos

EXACERBACIÓN

Añadir prednisolona o prednisona (pauta corta)^c en caso de:

- Cuadros muy extensos o sintomáticos

^aVer factores desencadenantes en urticaria aguda.

^bVer factores agravantes en urticaria crónica.

^cPrednisolona o prednisona durante 5 días (0,5-1 mg/kg/día v.o.).

^dLa derivación a consulta especializada se podrá llevar a cabo desde el primer aumento de dosis de anti-H₁ o en cualquier momento del mismo.

- **Urgencia:** Aquella urticaria que, sin necesidad de asociarse a una reacción anafiláctica o anafilactoide, requiere un tratamiento urgente debido a que el paciente presenta manifestaciones clínicas importantes¹.
- **Urticaria aguda:** Presencia de habones, angioedema o ambos durante menos de 6 semanas².
- **Urticaria crónica (espontánea):** Presencia de habones espontáneos, angioedema o ambos durante 6 semanas o más².

URTICARIA CRÓNICA
Duración ≥ 6 semanas

Evitar factores agravantes^b
Suspender AINE si fuera posible

CASOS REFRACTARIOS

- En no respondedores aumentar dosis anti-H₁:
1 comp. cada 1-4 semanas hasta un máximo de 4 comp/día v.o.^d

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA ESPECIALIZADA

- Urticaria crónica refractaria a dosis licenciadas de anti-H₁
- Urticaria crónica refractaria a dosis no licenciadas de anti-H₁ (máximo de 4 comprimidos/día)^d
- Si precisa más de 2 o 3 tandas cortas de corticoides

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA ESPECIALIZADA DESDE EL INICIO

- Angioedema como principal manifestación
- Cuadro urticariforme atípico

- Angioedema como principal manifestación

- **Exacerbación de urticaria crónica (espontánea):** Situación clínica en la cual se produce un empeoramiento de los síntomas sobre el nivel habitual del paciente³.

1. Miembros AB urticaria 01-10-15.

2. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, et al. The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy*. 2014; 69(7): 868-887.

3. Maspero J, Cabrera H, Arduoso L, De Gennaro M, Fernandez Bussy R, Galimany J, et al; Guía argentina de urticaria y angioedema. Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica (AAAeIC); Sociedad Argentina de Dermatología. *Medicina (B Aires)*. 2014; 74 Suppl 1: 1-53.

FACTORES DESENCADENANTES EN **URTICARIA AGUDA**

- **Idiopática (50%)**
- **Infecciosa (40%):** infección de las vías respiratorias altas, estreptococos, anisakis, hepatitis B...
- **Estímulos físicos:** presión, temperatura corporal, dermatografismo...
- **Fármacos (9%):**
 - Intolerancia: aspirina y otros antiinflamatorios no esteroideos (AINE), medios de contraste, dextranos, codeína...
 - Alergia: penicilina...
- **Alimentos (1%):**
 - Más frecuente en niños
 - No alergia: aditivos, salicilatos naturales...
 - Alergia: frutos secos, marisco, melocotón...

FACTORES AGRAVANTES EN **URTICARIA CRÓNICA**

- **Aspirina y otros AINE**
- **Infección de las vías respiratorias altas y otras viriasis**
- **Estímulos físicos:** presión, temperatura corporal, dermatografismo...
- Periodo premenstrual en mujeres
- Estrés
- Alcohol
- Pseudoalérgenos alimentarios

J.F. Silvestre, J.M. Marín, F.J. de León, L. Berbegal. Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante.

©2016 de los autores. Coordinación y producción: Ediciones Mayo, S.A.
Todos los derechos reservados. Depósito legal: B-26.228-16

La distribución de este material cuenta con el apoyo de

