

**URTICARIA Y ANGIOEDEMA****Dra. María Lía Fox**

Médica interna residente en Medicina Familiar y Comunitaria

Constituye una de las patologías más frecuentes, y afecta al 20% de la población en algún momento de la vida.

**CLÍNICA**

La urticaria es un cuadro reactivo cutáneo caracterizado por la aparición de habones debido a la existencia de edema en la dermis. El síntoma fundamental es el prurito y puede acompañarse según la localización del edema de síntomas gastrointestinales, respiratorios y cardiovasculares. El habón es la lesión edematosa sobre elevada, firme, de color blanco o rosado, de bordes en pendiente suave y bien definidos, tamaño y forma variables, de evolución evanescente, que se blanquean a la presión, siempre inferior a 24 horas. La urticaria se caracteriza por la aparición de lesiones en brotes. Aunque el habón individual dure menos de 24 horas, la aparición de nuevas lesiones condiciona que la duración del brote sea variable. Se clasifica en aguda cuando el brote tiene una duración inferior a seis semanas (forma más frecuente) y crónica cuando se mantienen por un período superior.

El angioedema se caracteriza por la inflamación cutánea en piel normal. Suele aparecer en partes blandas como la cara, lengua, los genitales o las extremidades, se distribuye asimétricamente y es transitorio. Sus alteraciones patológicas son similares a la urticaria pero afecta a la dermis profunda y el tejido subcutáneo, por lo que no existe prurito asociado, sino sensación dolorosa o quemante. La mitad de los pacientes con urticaria suelen presentar angioedema.

El angioedema hereditario es el déficit congénito o adquirido de inhibidor de la C1 esterasa. Presenta afección de las vías aéreas superiores y del tubo digestivo y puede ser precipitado por traumatismos leves. Sospecharlo cuando haya antecedentes familiares de fallecimientos súbitos de causa no esclarecida o cuadros de obstrucción de la vía aérea por edema glótico.

**ETIOLOGÍA**

Es importante identificar el agente etiológico para evitar futuras reacciones de hipersensibilidad. En las urticarias agudas el factor etiológico sólo es identificado en un 40-50% de los casos, en las crónicas es aún más difícil encontrar el factor desencadenante y en estos casos hay que tener en cuenta su posible asociación con enfermedades autoinmunes, infecciones virales o parásitos.

Las causas más frecuentes son:

- Medicamentos, principalmente las penicilinas y los betalactámicos
- Alimentos y aditivos alimentarios: fresas, tomates, pescado, mariscos, chocolates, quesos.
- Alérgenos inhalados: pólenes, hongos, polvos domésticos, escamas y pelos de animales.
- Infecciones.
- Picaduras de insectos.
- Sustancias de contacto: productos cosméticos y látex.
- Factores físicos: calor, frío, presión en la piel, exposición a la luz solar.
- Asociación con enfermedades sistémicas: Síndrome de Sjögren, LES, artritis reumatoide, etc.

**TRATAMIENTO****URTICARIA**

- **Antagonistas de los receptores H1 de la histamina:**
  - En la fase aguda utilizar los de primera generación como la hidroxicina (Atarax comp 25mg cada 6h) o dexclorfeniramina (Polaramine ampollas 5mg cada 8h).
  - Para el mantenimiento se deben utilizar los anti H1 de segunda generación como la cetirizina.
- **Corticoides.**
  - Se utilizan Prednisona, Prednisolona o Metilprednisolona.
  - Se deben utilizar en pauta corta y descendente cada tres días.
  - Nunca deben administrarse en dosis única ya que se favorecen el efecto rebote. Los tópicos no son efectivos.
- **Adrenalina.**
  - Se utiliza sólo en aquellos casos donde existe afección laríngea o de anafilaxia.
  - Se administra 0.4 ml por vía subcutánea, que en caso de ser necesario se puede repetir hasta un máximo de tres dosis con intervalos cada 20 min.
  - En casos graves utilizar la vía endovenosa, para ello se diluye 1 ampolla de adrenalina en 9 ml de SF y se administran dosis de 4 ml, que se pueden repetir cada 10 minutos hasta un máximo de tres dosis.

ANTIISTAMÍNICOS	NOMBRE COMERCIAL Y PRESENTACIÓN	DOSIS
<b>PRIMERA GENERACIÓN (capacidad sedativa)</b>		
<b>Maleato de dexclorfeniramina</b>	Polaramine repetabs , grageas 6 mg	12h
	Polaramine tabletas, 2mg	6-8h
	Polaramine inyectable, ampollas, 5 mg	6-8h
<b>Hidroxicina</b>	Atarax comprimidos 25 mg	6-8h
	Atarax solución 1ml/2mg	6-8h
<b>Clemastina</b>	Tavegil, comprimidos 1mg	12h
<b>SEGUNDA GENERACIÓN (no sedativos, menor potencia)</b>		
<b>Ebastina</b>	Ebastel, comp 10 mg	24h
<b>Fexofenadina</b>	Telfast, comp 180 mg	24h
<b>Loratadina</b>	Claritine, comp 10 mg	24h
<b>Cetirizina</b>	Alerlisin, comp 10 mg Zyrtec, comp 10 mg	24h

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	
<b>Urticaria Leve</b>	Mantener antihistamínicos durante 5-7 días, aunque el paciente este asintomático, para evitar recidivas.
<b>Urticaria Grave</b>	Mantener antihistamínicos 10-15 días tras el tratamiento inicial y valorar uso de Prednisona 50 mg durante 4-10 días con retirada progresiva para evitar recidivas.

#### ANGIOEDEMA

- **Antagonistas de los receptores H1** en las mismas dosis que en la urticaria.
- **Corticoides:** indicado si hay edema de úvula o del paladar blando. Se utiliza metilprednisolona (Urbason, ampollas de 20 y 40 mg) en dosis de 40 mg cada 8h por vía endovenosa.
- **Adrenalina:** Si hay afectación laríngea. Se utiliza la vía endovenosa, diluir 1 ampolla en 9 ml de SF y se administran 4 ml que se pueden repetir cada 10 min hasta un máximo de tres dosis.

#### ANGIOEDEMA HEREDITARIO

- **Brote agudo:** se administra un inhibidor de la C1 esterasa (Berinert P, viales de 10ml con 500 UI) por vía ev, entre 500 y 1000 unidades. Su acción se inicia entre 30 min y 2h después de la perfusión y dura hasta tres días. Si el brote es leve se puede administrar Amchafibrin 500-100 mg cada 8 h, vía oral o ev.
- **Resuelto el brote:** administrar prednisona vo 1mg/kg/día en dosis descendentes y asociar antihistamínico no sedante (Ebastina, Loratadina, etc.) vo cada 12-24h durante tres días.