

URTICARIA. ANAFILAXIA

Dra. Irene Álvarez González
Médica especialista en Pediatría

Urticaria: erupción cutánea caracterizada por pápulas edematosas, circunscritas y pruriginosas (habones), confluentes y fugaces, de consistencia elástica que desaparece a la vitropresión. Se limita a la dermis superior.

Angioedema: hinchazón edematosa, no pruriginosa y generalmente indolora, sensación de quemazón. No fóvea. Asimétrico, suele afectar a cara, genitales, manos y pies. Afecta a la dermis profunda y tejido celular subcutáneo. También puede afectarse el tracto respiratorio y gastrointestinal.

Anafilaxia: reacción aguda de afectación multiorgánica que pone en peligro la vida del paciente.

ETIOLOGÍA

URTICARIA/ANGIOEDEMA

Mediante distintos mecanismos se produce una activación de mastocitos con degranulación de los mismos lo que da lugar a la sintomatología de la urticaria y el angioedema:

ACTIVACIÓN INMUNOLÓGICA	<p>TIPO I (mediado por IgE histamina):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos. • Medicamentos. • Látex. • Picadura de insectos. • Aereoalérgenos. <p>TIPO II (activación del complemento mediado por mecanismos citotóxicos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Productos sanguíneos. <p>TIPO III (activación del complemento mediado por inmunocomplejos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infecciones: virus, bacterias, parásitos. • Enfermedades vasculares del colágeno. • Medicaciones (enfermedad del suero). <p>TIPO IV (hipersensibilidad celular retardada):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urticaria por contacto.
ACTIVACIÓN NO INMUNOLÓGICA	<p>Acción directa en el mastocito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medios de radiocontraste. • Opiáceos. • Curarínicos, antibióticos polianiónicos. <p>Activación del metabolismo del ácido araquidónico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspirina y otros AINE. • Colorantes y conservantes.
ACTIVACIÓN DEL COMPLEMENTO	<p>Activación del complemento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angioedema hereditario. • Déficit adquirido de C1 inhibidor. • Productos sanguíneos.
FÍSICA	Dermografismo, ejercicio físico, frío, calor, vibratoria, colinérgicas, solar, presión, acuagénicas.

ANAFILAXIA

Muchas de las causas coinciden con la urticaria:

Alimentos	Leche, huevo, pescado blanco, legumbres, frutos secos, marisco, frutas (melocotón, kiwi, manzana, plátano).
Medicamentos	Antibióticos (betalactámicos), AINEs, vacunas (incluidos los extractos alérgicos).
Veneno himenópteros	Ápidos (abeja), véspidos (avispa y avispones).
Físicos	Ejercicio, frío.
Parásitos	Quiste hidatídico, anisakis.
Otros	Látex, contrastes radiológicos, idiomático.

CLÍNICA

La urticaria suele ser una enfermedad benigna pero el prurito intenso puede influir en la calidad de vida del niño. El hinchazón del cuerpo, párpados o labios puede crear alarma. Cuando afecta a estructuras vitales como la laringe puede afectar a la vida del paciente. No hay que olvidar que la urticaria es la manifestación más frecuente de la anafilaxia y puede ser un signo precoz de una reacción alérgica grave.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS REACCIONES ANAFILÁCTICAS

- Para el diagnóstico de anafilaxia debe coexistir la afectación de al menos dos órganos de choque.
- **Prodromos:** prurito palmo-plantar, pabellones auriculares, prurito nasal, estornudos, parestesias, intranquilidad, malestar general.

	PIEL	GASTROINTESTINAL	RESPIRATORIO	CARDIOLÓGICO	NEUROLÓGICO
1	Síntomas locales	Prurito oral leve			
2	Síntomas generales	+ náuseas o vómitos	Congestión nasal estornudos		Cambio en el nivel de actividad
3	Cualquier anterior	+ vómitos repetidos	Rinorrea, congestión marcada. Picor de garganta, falta de aire	Taquicardia	+ ansiedad
4	Cualquier anterior	+ diarrea	Tos perruna, disnea, cianosis, sibilancias	Disritmia, hipotensión leve	Sensación de mareo
5	Cualquier anterior	Cuadro severo	Parada respiratoria	Bradicardia, hipotensión, PCR	Pérdida de conciencia

- **Anafilaxia bifásica:** recrudescencia de los síntomas tras mejoría temporal. Pueden ocurrir hasta 8-12h después del ataque inicial.

GRAVEDAD SEGÚN MANIFESTACIONES CLINICAS

- **Leve:** solo manifestaciones cutáneas.
- **Moderada:** respiratorias y cardiovasculares leves.
- **Grave:** respiratorias y cardiovasculares extensas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ANAFILAXIA

- Síncope vasovagal.
- Accidente cerebrovascular.
- Epilepsia.
- Hipoglucemia.
- Déficit de C1 inhibidor.
- Fármacos.
- Pánico, histeria.
- Mastocitosis sistémica.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

No indicadas en cuadros leves. Cuando se sospeche alérgeno desencadenante o se trate de cuadro de repetición (3 o más episodios), remitir a C.Ext. de alergias pediátricas.

- **Generales:**
 - Hemograma y bioquímica básica.
 - Rx de tórax y senos paranasales, ecografía (según anamnesis).
- **Compatible con reacción mediada por IgE:** pruebas cutáneas, IgE total, IgE específica, dieta de exclusión-provocación, provocación controlada con el alérgeno.
- **Urticaria por infección:** hemograma, PCR, VSG, investigación foco ORL, serología virus.
- **Angioedema:** C3, C4, CH50, C1inh, actividad C1inh.
- **Causa física:** dermatografismo, test de cubito de hielo, crioglobulinas y criofibrinógeno.
- **Vasculitis:** anticuerpos antinucleares, inmunoglobulinas y criofibrinógeno.
- **Sospecha de parásitos:** prueba cutánea e IgE específica a Anisakis, investigación de huevos y parásitos, serología para hidatidosis.

TRATAMIENTO

URTICARIA

- **Farmacológico:**
 - **Antihistamínicos:** son efectivos en el control de los síntomas: prurito, disminución del número, tamaño y duración de las lesiones, y reducen la intensidad y frecuencia de los episodios. Se utilizan antihistamínicos de primera y segunda generación.
 - En los cuadros agudos se pueden utilizar los antihistamínicos de primera generación porque tienen más efecto sobre el prurito por su efecto sedante:
 - Dexclorfeniramina: 0.2mg/kg/día /6-8h (Polaramine® 2mg/5ml)
 - Hidroxizina: 0.5 mg/kg/dosis c/6h (Atarax® 10mg/5ml)

- En las urticarias físicas algunos antihistamínicos son más efectivos dependiendo del caso concreto. Para la urticaria por frío la ciproheptadina 0.25mg/kg/día c/8-12h (Viternum[®]-susp 3mg/5ml) es de elección y para la urticaria colinérgica la hidroxizina..
 - Corticoides: en el control de la urticaria aguda, sobre todo si responde mal a antihistamínicos o cuando hay afectación cutánea y de partes blandas se puede pautar una dosis de prednisona 1-2 mg/kg/día c/12-24h (Dacortin[®]-comp 5 mg) o Prednisolona a las mismas dosis (Estilsona[®]-got 7 mg/ml), ciclo corto 4-10 días.
 - Adrenalina: si hay angioedema y dificultad respiratoria el tratamiento de elección es la adrenalina 1:1000, 0.01mm/kg im o sc. Se puede repetir cada 20 minutos hasta 3 dosis.
 - Si el paciente ha sufrido cuadros intensos de urticaria y/o angioedema con afectación de la vía respiratoria se recomienda que lleve consigo adrenalina autoinyectable (Adrejet[®] 0.15mg <30kg, 0.30mg >30kg), corticoides y antihistamínicos.
 - Déficit de C₁ inhibidor: administración intravenosa de C₁INH purificado (Behriner[®]), 500UI en 500ml de reconstituido con 10ml de suero.
- **Etiológico**: eliminación o evitación del alérgeno.
 - En el caso de la urticaria por frío el paciente debe evitar exposición al frío, practicar deportes de invierno, actividades acuáticas o ingerir alimento o bebidas frías.
 - En la urticaria por roce o presión se debe utilizar ropa, cinturones y calzado amplio.

ANAFILAXIA

- **Primer paso:**
 - Adrenalina 1:1000: 0.01 mg/kg sc o im (no esperar al acceso venoso) max 0.3-0.5mg. Repetir cada 15-20 min hasta 3 veces.
 - Oxígeno
 - Monitorización cardiorespiratoria
 - Historia clínica rápida (alergias, fármacos: β-bloqueantes, bloqueantes de Ca; déficit C₁ esterasa*)
 - Trendelemburg
 - Acceso venoso o intraóseo.
- **Si el paciente se estabiliza:**
 - Hidrocortisona IV: 5-10 mg/kg/dosis, max 250mg. Mantenimiento 8 mg/kg/día /8h (Actocortina[®]).
 - Desclorfeniramina: 0.2 mg/kg/día /6-8h (Polaramine[®] 2mg/5ml).
 - Ingreso en observación al menos 24h con antihistamínico y corticoide, mantener ambos 3 días tras el alta.
- **Manejo a largo plazo de la anafilaxia:**
 - Medidas de evitación: evitación alimentos, insectos, evitar contrastes radiológicos de gran osmolaridad, valorar inmunoterapia.
 - Profilaxis farmacológica: la inmunoterapia con veneno de himenópteros es muy efectiva por lo que se debe recomendar a todos los pacientes con anafilaxia por picadura de insectos.
 - Educación del paciente: deben conocer la reactividad cruzada entre varios alérgenos, todos los pacientes deben ser educados en la autoadministración de la adrenalina (Adrejet[®] 0.15mg, 0.30mg) y llevar antihistamínicos y corticoides.

CRITERIOS DE TRASLADO: Paciente inestable (UVI-móvil)

- **Estridor-Disfonía (Obstrucción alta):**
 - Adrenalina 1:1000: aerosol, 0.5ml/kg, max 5ml.
 - Hidrocortisona: 5mg/kg/iv.
 - Si no hay buena respuesta clínica: Adrenalina IV perfusión a 0.1-0.2 mcg/kg/min.
- **Disnea (Broncoespasmo):**
 - Salbutamol nebulizado (Ventolin[®]): 0.03ml/kg + Br. Ipratropio (Atrovent[®]): 250 µgr + SSF aerosol.
 - Hidrocortisona: 5mg/kg/iv
 - Si no hay buena respuesta clínica: Teofilina: 4-6mg/kg/iv dosis de carga en SSF en 30 min, después perfusión continua 0.5-1mg/kg/h.
- **Taquicardia, Hipoperfusión, Hipotensión:**
 - SF: 20 ml/kg en 15 min hasta 3 veces.
 - Hidrocortisona: 5mg/kg/iv
 - Si persiste, Adrenalina iv en perfusión a 0.1-0.2 mcg/kg/min.

REACCION ALERGICA EN URGENCIAS

LEVE
Oligosintomática
(se limitan a cuadro urticarial o edema local, no hay compromiso multisistémico)

MODERADA O GRAVE
Compromiso multisistémico especialmente si se afecta la vía aérea (edema de úvula, edema faríngeo, broncoespasmo) o compromiso hemodinámico (Taquicardia, hipoperfusión periférica, hipotensión)

Antihistamínicos:
- **Dexclorfeniramina:** 0.2 mg/kg/día c/6-8h. Polaramine (2mg/5ml).
- **Hidroxizina:** 0.5 mg/kg/dosis c/6h. Atarax (10mg/5ml).

Si afectación articular, angioedema o mala respuesta al tratamiento, emplear **corticoide:**
Prednisolona 1-2 mg/kg/día c/12-24h (Estilsona-got 7 mg/ml), ciclo corto 4-10 días.

ABC de la reanimación

Adrenalina 1:1000: 0.01 mg/kg sc o im (no esperar al acceso venoso) max 0.3-0.5mg. Repetir cada 15-20 min hasta 3 veces.

Oxígeno, monitorización cardiorespiratoria, historia clínica rápida (alergias, fármacos:β-bloqueantes*, bloqueantes de Ca; déficit C₁ esterasa*), Trendelemburg, acceso venoso o intraóseo.

INESTABLE
(avisar UVI)

ESTABLE

ESTRIDOR-DISFONIA
(Obstrucción alta)

DISNEA
(Broncoespasmo)

REPERCUSIÓN HEMODINÁMICA
(↑FC, hipoperf., ↓TA)

Hidrocortisona IV (Actocortina) 10mg/kg, max 250mg. (Mantenimiento 8mg/kg/día /8h iv).

Desclorfeniramina 0.15/mg/kg/dosis iv cada 6-8h Polaramine (2 mg/5 ml).

INGRESO EN OBSERVACIÓN al menos 24h con Antihistamínico y Corticoide, mantener ambos 3 días tras el alta.

1º Adrenalina 1:1000 nebulizada, 0.5ml/kg (máx. 5ml)
2º Hidrocortisona iv (Actocortina): 10 mg/kg (máx. 250 mg)

Si no hay buena respuesta clínica **Adrenalina iv en perfusión a 0.1-0.2 mcg/kg/min.**

1º Salbutamol nebulizado 0.03ml/kg + Br. ipatropio 250 µgr + SF en aerosol.
2º Hidrocortisona iv (Actocortina): 10 mg/kg (máx. 250 mg)

Si no hay buena respuesta clínica:
Teofilina: 4-6mg/kg/iv dosis de carga en SF en 30 min., después perfusión continua 0.5-1mg/kg/h.

1º SF: 20 ml/kg en 15 min hasta 3 veces.
2º Hidrocortisona iv (Actocortina): 10 mg/kg (máx. 250 mg)

Si persiste, **Adrenalina iv en perfusión a 0.1-0.2 mcg/kg/min.**

VALORAR INTUBACIÓN Y TRASLADO UVI

***DÉFICIT C1 ESTERASA (Angioedema Hereditario no alérgico):** administrar Berinet, 1 vial iv lento. Si reacción anafiláctica administrar antihistamínicos y corticoides iv.
***PACIENTES CON ANAFILAXIA TRATADOS CON B-BLOQUEANTES QUE NO RESPONDEN A AGENTES ADRENÉRGICOS:** Atropina 0.3-0.5 mg/iv/10min (máx. 2 mg) ó Glucagón 20-30 mcg/kg/iv lento, (máx. 1 mg) y seguir 5-15 mcg/kg/min.