

Urticaria

¿Qué es la urticaria y cuáles son sus causas?

La urticaria es una enfermedad en cuyo curso —debido a algún factor— se forman en la piel habones abultados de coloración blanca, rodeados de un halo eritematoso. Dichos habones se parecen a las lesiones que se producen al exponer la piel al contacto con la ortiga: de ahí el nombre. La urticaria provoca prurito intenso o sensación de quemazón en la piel, es indolora y desaparece sin dejar cicatrices o cambios en la coloración de la piel.

En casi la mitad de los enfermos la urticaria va acompañada del denominado angioedema. Dicho edema afecta al tejido subcutáneo, p. ej. de los labios, párpados, manos, pies, a veces genitales. Normalmente es más intenso en un lado del cuerpo, y la piel a veces está enrojecida.

En enfermos con urticaria a menudo se observa el denominado dermatografismo: enrojecimiento de la piel producido después de rascarla.

Urticaria aguda y crónica

La urticaria se divide en aguda (cuando las lesiones cutáneas se resuelven durante 6 semanas) y crónica (cuando las lesiones cutáneas persisten más de 6 semanas).

La urticaria aguda normalmente es alérgica o inducida por fármacos. Por su parte, hasta en el 80-95 % de los casos de urticaria crónica no se llega a identificar el factor responsable de su aparición (a pesar de lo que suelen opinar los pacientes, raramente es causada por una alergia).

En la tabla 1 se han agrupado los factores que más frecuentemente provocan urticaria, aunque cabe mencionar que esta reacción también puede manifestarse en respuesta a otros factores poco frecuentes.

Urticaria alérgica, no alérgica y física

La urticaria puede ser de carácter alérgico (p. ej. en alergia a los gatos) o no alérgico (si se produce una reacción a algunos fármacos). Las denominadas urticarias físicas están causadas por factores físicos, tales como frío, compresión o luz solar. La urticaria también puede presentarse en enfermos con infecciones (p. ej. infecciones víricas del hígado), neoplasias, enfermedades autoinmunes y otras patologías.

Si la urticaria es de carácter alérgico, su aparición se ve favorecida por una reacción IgE-dependiente y por la secreción de varias sustancias de los denominados mastocitos (sobre todo la histamina, que es la principal causa de la formación de habones, enrojecimiento, edema y prurito cutáneo). Los mecanismos de aparición de la urticaria crónica son poco explorados.

Causas seleccionadas de la urticaria

Factor desencadenante de la urticaria	Ejemplos
---------------------------------------	----------

Alérgenos inhalados y por contacto	polen (sobre todo los alérgenos de las frutas y verduras consumidas semejantes al mismo: síndrome de alergia oral), polvo, pelo de animales, látex, sustancias utilizadas en cosméticos y ropa, etc.
---	--

Fármacos	antinflamatorios no esteroideos (aspirina, ibuprofeno, ketoprofeno, naproxeno y otros) pirazolonas antibióticos (penicilina, cefalosporinas, aminoglucósidos, tetraciclina y otros) otros: medios de contraste yodados utilizados en la radiología, analgésicos opioides (codeína, morfina) otros fármacos (casi cualquier fármaco puede causar urticaria)
-----------------	--

Alimentos y aditivos alimentarios	alérgica en adultos: cacahuetes, avellanas; pescados y crustáceos en niños: huevos de gallina, leche de vaca, cacahuetes, avellanas, trigo, soja no alérgica fresas, queso, espinacas, berenjena, marisco aditivos alimentarios (benzoato, sulfitos, glutamato de sodio, colorantes) infecciones bacterianas o parasitarias, p. ej. de algunos pescados
--	---

Venenos de himenópteros	venenos de abejas, avispas, avispones, hormigas
--------------------------------	---

Factores físicos	por frío por compresión por vibración por calor acuagénica solar colinérgica (pequeños habones que aparecen después de un esfuerzo físico o calentamiento del cuerpo) por el ejercicio
-------------------------	---

¿Con qué frecuencia se presenta la urticaria?

Un 20 % de las personas desarrollan habones en la piel a lo largo de su

vida. La urticaria crónica se presenta en un 1 % de los enfermos, con mayor frecuencia en adultos que en niños. Es dos veces más frecuente en mujeres, normalmente entre la 3.ª y la 5.ª década de la vida. En niños, la aparición de los síntomas de urticaria aguda muchas veces se debe a una infección vírica.

¿Cómo se manifiesta la urticaria?



Foto 1. Urticaria: hábón urticarial



Foto 2. Urticaria colinérgica

Los habones urticariales normalmente desaparecen espontáneamente en unas horas, confluyéndose gradualmente y perdiendo color sin dejar rastro.

Es necesario prestar atención a si la urticaria va acompañada de tales síntomas, como:

- vértigo
- sensación de gran debilidad
- palpitaciones
- ronquera
- sensación de falta de aire
- náuseas y vómitos
- reducción de la presión arterial.

Dichos síntomas pueden preceder la aparición del *shock* anafiláctico.

Otro síntoma peligroso es el angioedema, puesto que en su curso puede producirse dificultad para respirar e incluso muerte (generalmente el edema e "hinchazón" del tejido de la garganta son tan graves que conducen al cierre de la laringe y el enfermo se sofoca).

¿Cómo actuar ante los síntomas?

En caso de que se presente urticaria, el enfermo debe tomar un fármaco antihistamínico, y ante los síntomas más graves, sobre todo si se presenta angioedema, un glucocorticoide (si estos fármacos han sido anteriormente indicados por el médico). El paciente debe acudir al médico.

Importante

Si la urticaria va acompañada de un angioedema u otros síntomas que pueden preceder la aparición del *shock* anafiláctico, es necesario llamar una ambulancia de forma urgente y administrarse adrenalina (si el enfermo la tenía prescrita con anterioridad).

El día del examen no se debe fumar.

¿Cómo se establece el diagnóstico?

Normalmente el aspecto de los habones urticariales es tan típico que el diagnóstico no resulta problemático. Sin embargo, los habones pueden diferir en función de las causas desencadenantes:

- en la denominada urticaria colinérgica a menudo son pequeños;
- en la urticaria inducida por el ejercicio son gigantes (esta forma de urticaria puede causar un *shock* anafiláctico);
- en la urticaria por compresión se forman en el punto de contacto de la piel con —por ejemplo— un cinturón o un bolso pesado, o en los pies después de una marcha larga;
- la urticaria vibratoria aparece en enfermos que trabajan, p. ej., con un martillo neumático;
- la urticaria solar aparece después de la exposición al sol.

Para el médico también es importante la localización de las lesiones urticariales en el cuerpo y el tiempo que tardan en desaparecer. Muchos de los enfermos no se dan cuenta de la duración de las lesiones (se puede trazar el contorno de un hábón con bolígrafo y observar cuándo desaparece).

Normalmente el enfermo no está seguro de cuál ha sido el factor desencadenante de la urticaria (sobre todo crónica), por lo que lo más importante es realizar una anamnesis detallada que abarque los fármacos tomados con anterioridad por el enfermo (especialmente los nuevos, incluidas las hierbas), alimentos consumidos, contacto con alérgenos, infecciones recientes, factores físicos que provocan urticaria e incluso viajes (riesgo de infecciones parasitarias) y síntomas en otros órganos.

Muchos tipos distintos de erupciones pueden confundirse con la urticaria. Entre otras, son: infecciones víricas, pénfigo (una enfermedad de la piel que consiste en la aparición de ampollas), dermatitis atópica y de contacto, y muchas más. Lesiones semejantes a las de la urticaria pueden presentarse en muchas otras enfermedades, p. ej. autoinmunes.

Si las lesiones urticariales provocan dolor intenso, se mantienen en la piel por más de 24 horas, causan petequias y van acompañados de dolor articular o fiebre, se debe considerar otro diagnóstico (p. ej. la denominada urticaria vasculitis).

Diagnóstico de la urticaria

El diagnóstico de la urticaria es complicado y lento. En el caso de la urticaria crónica, solo en un 5-20 % de los enfermos se llega a determinar la causa. Algunos investigadores opinan que el diagnóstico de la urticaria aguda no requiere realizar pruebas.

Un diagnóstico preliminar de la urticaria crónica abarca la determinación de VHS o proteína C-reactiva (estas pruebas valoran de manera general la presencia de un estado inflamatorio en el organismo), hemograma con frotis, pruebas de función hepática, examen de orina, y a veces valoración de la función tiroidea. Se realizan pruebas cutáneas o de contacto con alérgenos, así como la determinación de IgE en sangre, en enfermos con urticaria aguda o crónica que previamente presentaron

urticaria después del contacto con algún alérgeno.

A veces el médico, basándose en la anamnesis y la presencia de otros síntomas, decide realizar pruebas menos frecuentes: la eosinofilia en la sangre y pruebas para las denominadas enfermedades autoinmunes, tiroideas, infecciones virales del hígado y otros trastornos. En algunos enfermos se realiza la denominada prueba de suero autólogo. Antes de realizar esta prueba, se toma una muestra de sangre del paciente para separar las células sanguíneas del resto de la sangre, gracias a lo que se obtiene el denominado suero: un líquido que se aplica en la piel perforada del antebrazo, al igual que durante las pruebas cutáneas con alérgenos. La aparición de un habón significa que en la sangre del enfermo se encuentran anticuerpos, los cuales tienen importancia en la formación de la urticaria. En los centros especializados a veces se realizan pruebas de provocación con un alimento o fármaco (también con factores que causan urticarias físicas).

A veces es necesario realizar una biopsia de piel que consiste en el raspado de una muestra de unos milímetros para estudiarla bajo el microscopio.

¿Cuáles son los métodos de tratamiento?

La terapia de la urticaria tiene que ser dirigida por un médico y debe evitarse la automedicación. Los fármacos antihistamínicos son básicos en la terapia de la urticaria: reducen el prurito y causan la desaparición de los habones urticariales.

Actualmente se recomienda el uso de fármacos antihistamínicos de la denominada nueva generación (p. ej. cetirizina, levocetirizina, loratadina, desloratadina, fexofenadina), aunque a veces se los combina con los de primera generación, que tienen un fuerte efecto antiprurítico y tranquilizante (se utilizan por la noche en algunos enfermos que tienen dificultades para conciliar el sueño debido al prurito). En caso de síntomas más intensos, el médico aumenta la dosis de fármacos antihistamínicos. En más raras ocasiones se utiliza el ketotifeno.

A veces también se utilizan fármacos antihistamínicos de otro tipo que tienen un mecanismo de acción levemente distinto y suelen utilizarse en el tratamiento de la pirosis, entre otros (p. ej. la ranitidina).

Los glucocorticoides orales tienen un fuerte efecto antialérgico, pero también demuestran numerosos efectos adversos, por lo que generalmente se utilizan durante varios días en el caso de una urticaria grave y cuando la misma va acompañada de un angioedema. Los glucocorticoides en forma de ungüento se utilizan esporádicamente.

Los fármacos antileucotrienos (sobre todo el montelukast) a veces se utilizan en enfermos con síntomas de la urticaria crónica resistente al tratamiento previo. Su efecto es bastante débil. En enfermos que debido al prurito no pueden conciliar el sueño, a veces se utiliza la doxepina (un antidepresivo).

¿Es posible la curación completa de la urticaria?

En enfermos con urticaria aguda los síntomas desaparecen en un período de <6 semanas (normalmente después de unos días; en muchos pacientes hay solo un episodio en toda la vida), y la reacción a fármacos antihistamínicos y a glucocorticoides es muy buena.

En ~2/3 de los enfermos con urticaria aguda las lesiones desaparecen sin ningún tratamiento.

En el 5 % de los enfermos con urticaria aguda dichas lesiones pueden progresar a crónicas. La urticaria crónica desaparece a lo largo de un año en un 30-50 % de los enfermos. Sin embargo, en 1/5 de los enfermos, los síntomas persisten transcurridos 5 años.

¿Qué se debe hacer después de finalizar el tratamiento?

Un elemento importante de la actuación es determinar los factores desencadenantes de la urticaria, lo que no siempre es posible. El enfermo requiere supervisión no solo de un alergólogo, sino también de un dermatólogo. Si se diagnostica alguna de las enfermedades alérgicas, el enfermo debe acudir a visitas de control regulares y seguir las indicaciones del médico.

La educación juega un papel importante en los enfermos con urticaria crónica. Dichos enfermos a menudo se sienten frustrados por el prurito y su aspecto. La enfermedad les dificulta el trabajo y les altera el sueño. Muchas veces el entorno cree que las lesiones son de carácter infeccioso.

Importante

Es necesario recordar que en la mayoría de los pacientes las lesiones se resuelven en un año, no son infecciosas y la terapia por lo general brinda muy buenos resultados. Obviamente, si el factor desencadenante es conocido, debe evitarse.

¿Cómo se puede evitar?

Importante

No se ha determinado qué medios permiten evitar el desarrollo de la urticaria. Sin embargo, sus recurrencias por lo general se eliminan de manera eficaz al utilizar los fármacos mencionados anteriormente y evitar los factores desencadenantes conocidos.

Muchos enfermos con urticaria crónica observan un deterioro de las lesiones bajo el efecto de antiinflamatorios no esteroideos (p. ej. aspirina), el nerviosismo y la dieta. Raras veces padecen una verdadera alergia alimentaria, pero algunos alimentos pueden agravar las lesiones, p. ej. las fresas pueden aumentar la secreción de histamina en el organismo. Por otra parte, el alcohol dilata los vasos sanguíneos. No se ha demostrado de manera absoluta la influencia de dietas especiales, pero algunos pacientes (30-70 %) perciben una mejoría en el aspecto de la piel al evitar algunos alimentos (p. ej. alcohol, especias, conservantes, colorantes, verduras y frutas crudas).

autor:
Monika Świerczyńska-Krępa (MD, PhD)