

Guía clínica

# Para el manejo de la urticaria en Atención Primaria

**J.F. Silvestre Salvador<sup>1</sup>, M. Serrano Manzano<sup>2</sup>, E. Serra Baldrich<sup>3</sup>,  
D. Palacios Martínez<sup>4</sup>, E. Gómez de la Fuente<sup>5</sup>, J.A. Heras Hitos<sup>6</sup>,  
J.C. Armario Hita<sup>7</sup>, D. García Hernández<sup>8</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante

<sup>2</sup>Unidad de Atención Primaria. EAP Sant Vicenç dels Horts. Barcelona

<sup>3</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

<sup>4</sup>Unidad de Atención Primaria. Centro de Salud Sector III. Getafe (Madrid)

<sup>5</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

<sup>6</sup>Unidad de Atención Primaria. Centro de Salud Villarejo de Salvanes. Madrid

<sup>7</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz

<sup>8</sup>Unidad 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 urticaria<sup>1</sup>.



**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<sup>2,3</sup>.



**Urticaria:** enfermedad caracterizada por la aparición súbita de habones o «ronchas», angioedema, o ambos<sup>4</sup>.



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

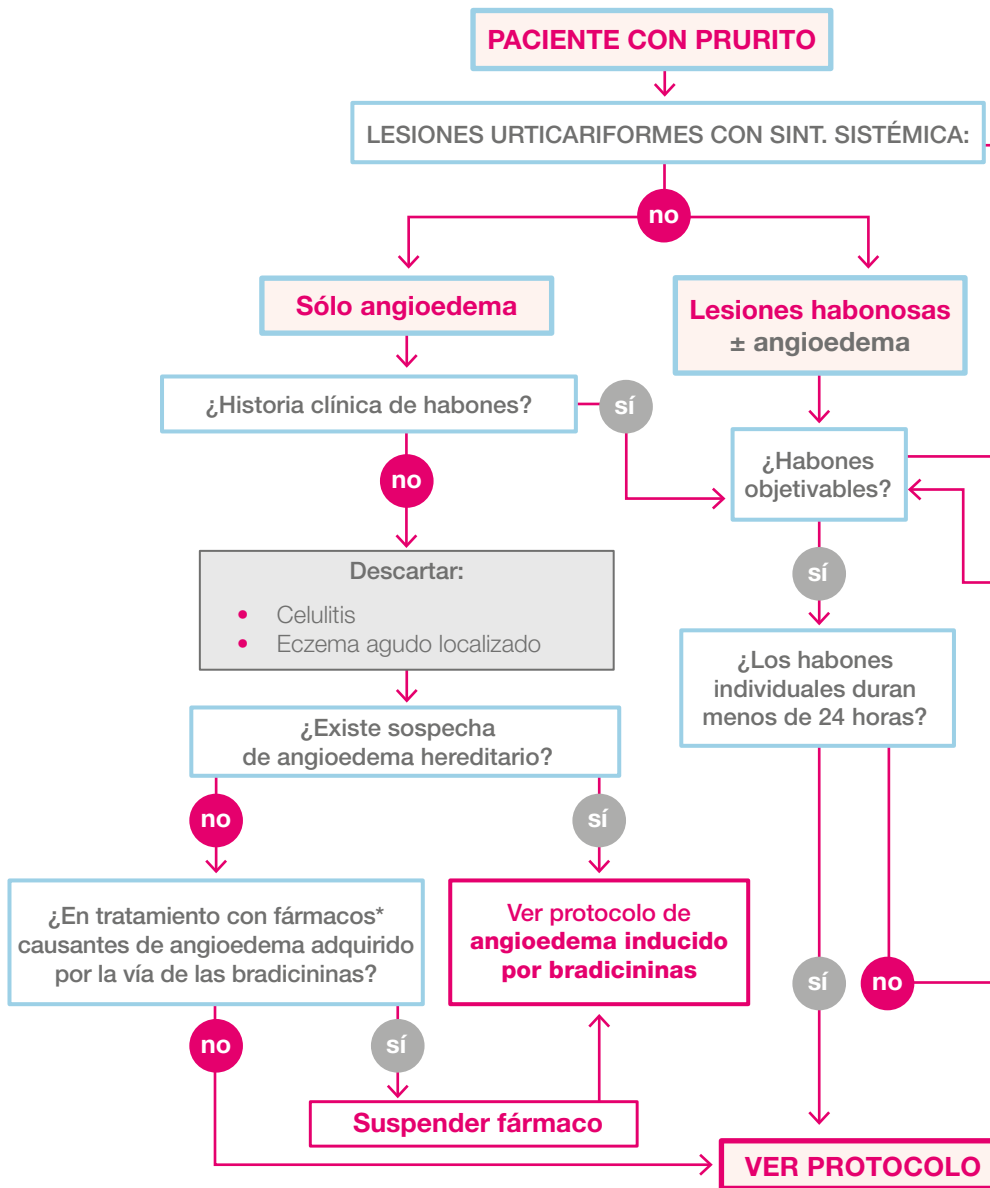
**Habón:** lesión cutánea caracterizada por elevación o edema central de tamaño variable casi siempre rodeado por eritema reflejo. De forma característica, el habón de la urticaria es evanescente (desaparece en un máximo de 24 horas). Los habones de la urticaria suelen asociarse a prurito y en ocasiones a sensación de quemazón<sup>1</sup>.



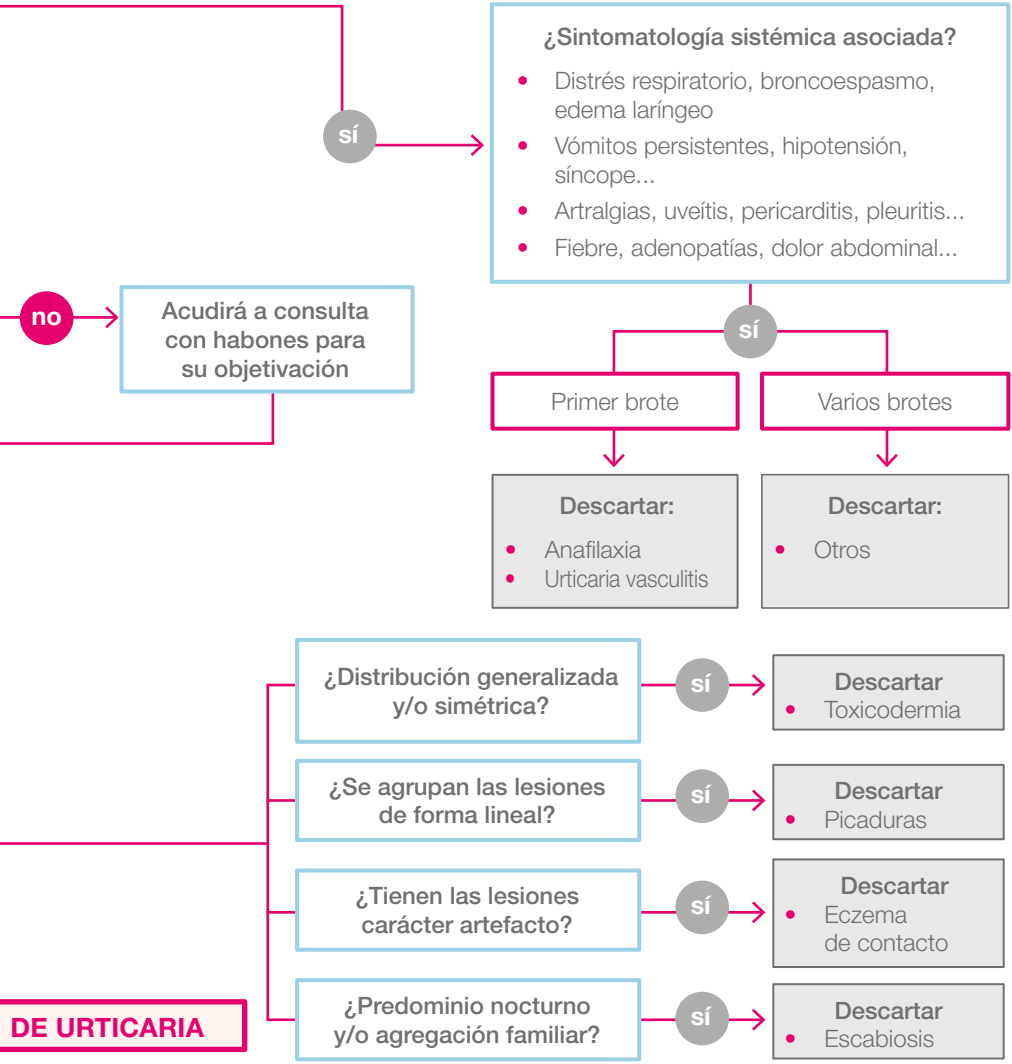
**Angioedema:** tumefacción o edema súbito pronunciado eritematoso o que produce coloración de la piel. El proceso inflamatorio se localiza en la dermis profunda y en el tejido celular subcutáneo, con frecuente afectación de los tejidos submucosos. En el angioedema, el prurito es menos frecuente que en la urticaria. Asimismo, la resolución de los habones es más lenta, pudiendo durar hasta 72 horas<sup>1</sup>.



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.



**DE URTICARIA**



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)  Polimorfo y figurado  Distribución «caprichosa»	Agrupación de 3-4 lesiones  Distribución lineal	Lesiones persistentes  Exudación  Distribución parcheada o flexural	Manos y muñecas, genitales, axilas y pezones  Prurito intenso nocturno	Generalizada y simétrica, de predominio en pliegues  Tendencia a la confluencia de las lesiones
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
<b>LESIONES ELEMENTALES</b>	Placa eritematoedematosa  Duración 48 h	Placa eritematosa, dolorosa y caliente	Placas eritematoedematosas + vesículas y/o costras
<b>CLAVES DIAGNÓSTICAS</b>	Párpados, labios, genitales, periarticular  Sensación de quemazón/ardor > prurito	Dolor  Fiebre, malestar general  AS: leucocitosis, elevación de PCR...	Prurito  Exudación  Distribución artefacta
<b>INTERROGAR</b>	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-H<sub>1</sub> 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**

<b>Pediátrica<sup>1</sup></b>	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.
<b>Gestante y Lactante<sup>1,2</sup></b>	<i>Loratadina (B)*, desloratadina (B)*, levocetirizina (B)*, cetirizina (B)*.</i>
<b>IH<sup>2</sup></b>	<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.
<b>IR<sup>1,2</sup></b>	<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.
<b>Problemas CV<sup>2</sup></b>	<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<sup>a</sup>

sí

### TRATAMIENTO URGENTE

- Anti-H<sub>1</sub> 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.<sup>c</sup>  
Si se ha administrado metilprednisolona por vía i.m., prescribir pauta corta<sup>c</sup> corticoides

### TRATAMIENTO ESTÁNDAR

- Anti-H<sub>1</sub> 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)<sup>c</sup> en caso de:

- Cuadros muy extensos o sintomáticos

<sup>a</sup>Ver factores desencadenantes en urticaria aguda.

<sup>b</sup>Ver factores agravantes en urticaria crónica.

<sup>c</sup>Prednisolona o prednisona durante 5 días (0,5-1 mg/kg/día v.o.).

<sup>d</sup>La derivación a consulta especializada se podrá llevar a cabo desde el primer aumento de dosis de anti-H<sub>1</sub> 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 importantes<sup>1</sup>.
- **Urticaria aguda:** Presencia de habones, angioedema o ambos durante menos de 6 semanas<sup>2</sup>.
- **Urticaria crónica (espontánea):** Presencia de habones espontáneos, angioedema o ambos durante 6 semanas o más<sup>2</sup>.

**URTICARIA CRÓNICA**  
Duración  $\geq 6$  semanas

Evitar factores agravantes<sup>b</sup>  
Suspender AINE si fuera posible

**CASOS REFRACTARIOS**

- En no respondedores aumentar dosis anti-H<sub>1</sub>:  
1 comp. cada 1-4 semanas hasta un máximo de 4 comp/día v.o.<sup>d</sup>

**CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA ESPECIALIZADA**

- Urticaria crónica refractaria a dosis licenciadas de anti-H<sub>1</sub>
- Urticaria crónica refractaria a dosis no licenciadas de anti-H<sub>1</sub> (máximo de 4 comprimidos/día)<sup>d</sup>
- 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 paciente<sup>3</sup>.

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

