

Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas

Volumen **11**
Volume

Número **1**
Number




Enero-Abril **2002**
January-April

Artículo:




Urticaria y angioedema

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Colegio Mexicano de Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica, AC

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com



Urticaria y angioedema

Dra. Sara Elva Espinosa Padilla*

RESUMEN

La urticaria se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas eritematosas, pruríticas, con elevaciones y que a la presión desaparecen; lo que indica dilatación de vasos sanguíneos y edema. El angioedema es causado por las mismas condiciones patológicas que la urticaria y se presenta en la dermis profunda y en el tejido subcutáneo.

La urticaria se puede presentar en cualquier parte del cuerpo, mientras que el angioedema (en ausencia de urticaria) casi siempre involucra: cara, lengua, extremidades o genitales. La urticaria y angioedema pueden aparecer juntos. Se examinarán primero los mecanismos que llevan al desarrollo de la urticaria y angioedema, y posteriormente se menciona la presentación, patogénesis, tratamiento, así como los estudios de laboratorio indicados.

Palabras clave: Urticaria, angioedema.

ABSTRACT

Urticaria is characterized by the appearance of pruritic, erythematous, cutaneous elevations that blanch with pressure, indicating the presence of dilated blood vessels and edema. Angioedema is caused by the same or similar pathologic alterations that occur in the deep dermis and subcutaneous tissue.

Urticaria may occur on virtually any part of the body, whereas, angioedema (in the absence of hives) often involves the face, tongue, extremities or genitalia. Urticaria and angioedema can occur together. First examines the biochemical mechanisms that lead to the development of urticaria and angioedema and then summarizes the presentation, pathogenesis, and treatment of various clinical entities, as well as the diagnosis studies indicated.

Key words: Urticaria, angioedema.

INTRODUCCIÓN

La urticaria, habitualmente denominada "ronchas" se caracteriza por la aparición de unas tumefacciones localizadas, rojas o pálidas en la piel sin superficie descamada, y de tamaño y forma variables. Afecta cualquier parte del cuerpo. Pueden unirse, *siempre son pruriginosas* y pueden aparecer rodeadas por un halo rojo.

El angioedema también denominado urticaria gigante, se manifiesta con una tumefacción más grande de la piel debido a la afectación de la capa subcutánea y dérmica profunda. Así, estas lesiones tienen unos límites poco definidos y a menudo, conservan la coloración cutánea normal. En general el angioedema afecta: párpados, labios, lengua, genitales, manos, pies y rara vez laringe, tracto gastrointestinal y vejiga. El edema no corre en zonas declives.

Afectan del 20 al 25% de la población general. Se pueden clasificar como agudas (menos de 6 semanas) y crónicas (más de 6 semanas de evolución).

Se afectan todos los grupos de edad. La forma aguda se ve con más frecuencia en niños y adultos jóvenes.

* Médico Inmuno-Alergólogo egresada del Instituto Nacional de Pediatría.



nes, la crónica afecta a los adultos, sobre todo a mujeres de mediana edad. En la urticaria aguda, es frecuente el antecedente de atopia.

El tamaño de las lesiones de la urticaria oscila entre unos milímetros hasta varios centímetros de diámetro. Las lesiones de la urticaria pueden adoptar formas anulares, en herradura, o ser serpentiginosas. La expresión clínica de las lesiones de urticaria son principalmente una consecuencia de la inflamación y el edema de la *dermis superior*. Y presentan las siguientes características: máculas con superficie cutánea normal (ausencia de descamación), pigmentación normal, eritema indicativo de vasodilatación. En general las lesiones se prolongan menos de 24 horas. A diferencia de la urticaria, en el angioedema las lesiones se localizan en la *dermis profunda* y pueden afectar al tejido subcutáneo. Estas lesiones aparecen como grandes áreas de ligero eritema con marcas de superficie epidérmica normal y márgenes poco definidos. A menudo son asintomáticos aunque pueden resultar poco dolorosos y generalmente suelen ser asimétricas.

CAUSAS DE URTICARIA Y ANGIOEDEMA

1. Reacciones a drogas
2. Alimentos, aditivos de alimentos
3. Inhalantes, antígenos ingeridos o de contacto
4. Reacciones transfusionales
5. Infecciones bacterianas, fúngicas, virales, helmintos
6. Picaduras de insectos (urticaria papular)
7. Enfermedades autoinmunes: Vasculitis cutánea, enfermedad del suero, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide juvenil
8. Neoplasias
9. Agentes físicos:
 - fría
 - colinérgica
 - dermatografismo
 - por presión
 - angioedema vibratorio
 - urticaria solar
 - urticaria acuagénica.
10. Ejercicio
11. Urticaria pigmentosa: mastocitosis sistémica.
12. Enfermedades hereditarias:
 - urticaria fría familiar
 - angioedema hereditario
 - deficiencia del inactivador de C3b
 - amiloidosis con sordera y
13. Anticuerpos contra IgE y contra FcεR (receptor IgE)

14. Factores psicológicos (Stress emocional)

15. Embarazo

16. Urticaria idiopática crónica

Drogas

La reacción más frecuente es por penicilina. La reacción puede ocurrir desde minutos después de la administración hasta 10 días más tarde. Otras drogas que usualmente causan urticaria y angioedema son sulfonamidas, analgésicos, materiales de contraste, sedantes, tranquilizantes, diuréticos, vitaminas, AINES, anticonceptivos.

Alimentos

Es frecuente que causen urticaria aguda. No son muy útiles las pruebas cutáneas ya que hay una mayor incidencia de reacciones positivas que no correlacionan con los síntomas del paciente.

Agentes infecciosos

Pueden provocar urticaria crónica. Virus como hepatitis y E.-Barr son poco frecuentes pero pueden dar estas manifestaciones. Los parásitos también se asocian con eosinofilia y pueden dar cuadros de urticaria y angioedema. Agentes bacterianos y hongos también pueden estar involucrados.

Urticaria papular (por picadura de insecto)

Se presenta en niños pequeños, principalmente en las extremidades y partes expuestas. Las lesiones parecen ocurrir en el sitio de la picadura del insecto la cual se pigmenta típicamente Darier.

Urticarias autoinmunes

Son secundarias a desórdenes inmunológicos, pueden estar dadas por depósitos de complejos inmunes perivasculares. Suele ser necrotizante.

Urticarias físicas

- Frío. Se localiza en el sitio corporal expuesto al frío. Los síntomas se exacerban posterior a calentar la zona. Los alimentos fríos pueden causar edema de labios y al sostener elementos fríos en manos le provoca edema. No hay predominio de edad ni sexo.
- Calor. Puede ser local o generalizada. La forma generalizada se caracteriza por pápulas rodeadas por zonas eritematosas asociadas con el ejercicio, duchas calientes, sudor y ansiedad. Inician en el cuello pero se pueden extender al cuerpo. En algunos pacientes se acompaña con síntomas colinérgicos como lagrimeo, salivación, y diarrea.
- Presión. Se diferencia de los otros tipos porque las manifestaciones tardan 4-6 horas después de ejercida la presión. Pueden presentar urticaria so-



lamente o asociada con angioedema. Se exacerba en las zonas de presión (ropa apretada, zapatos, etc).

- Dermatografismo. Significa: escribir en la piel. Ocurre en el 2-5% de la población de los cuales sólo algunos reciben tratamiento, en el 50% se ha detectado una reacción por IgE sin encontrar alérgeno.
- Solar. Se presenta con la exposición breve a la luz desarrollando una urticaria dentro de los 2 a 3 minutos. Inicia con prurito, seguido por eritema y edema en el área expuesta rodeado por una zona eritematosa secundaria a un reflejo axonal, desaparecen las lesiones 1 a 3 horas después. Cuando se expone una superficie corporal grande se pueden llegar a presentar manifestaciones como hipotensión arterial y asma. Se ha clasificado en 6 tipos (I-VI).
- Acuagénica. Se presenta posterior a la exposición con agua independientemente de la temperatura.

Ejercicio

Sólo se presenta con el ejercicio y es de 10 a 15 mm a diferencia de la colinérgica.

Mastocitosis

Es un desorden más generalizado mediada por la infiltración de las células cebadas en hígado, bazo, y linfáticos. Los pacientes pueden presentar dermatografismo. La fricción de las lesiones provoca signo de Darier.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

La biopsia de las lesiones muestra alteraciones histopatológicas que consisten en dilatación y congestión de los vasos linfáticos y de los vasos superficiales, junto con el edema dérmico y además un infiltrado mononuclear perivascular entre escaso y moderado con pocos eosinófilos. La piel más lesionada puede mostrar un infiltrado perivascular además con neutrófilos y mayor número de eosinófilos, sin evidencia de leucocitoclasia. En algunos pacientes se ha demostrado la presencia de anticuerpo contra IgE y receptores de IgE. La inmunofluorescencia directa muestra presencia de inmunoglobulinas, C3 y/o fibrina lo que puede traducir patología por inmunocomplejos.

En el angioedema la vasodilatación y el edema asociados con un infiltrado celular mixto parecen ser signos habituales. Se observa principalmente en la dermis profunda y en el tejido subcutáneo.

PATOGÉNESIS

Generalmente las células cebadas tisulares tienen una función importante en la expresión de la urticaria y/o

angioedema. La activación de la célula cebada se puede llevar a cabo por mecanismos inmunológicos y no inmunológicos:

Mecanismos inmunológicos	Mecanismos no inmunológicos
Antígeno-anticuerpo (IgE) en membrana de célula cebada	Neuropéptidos (sustancia P, péptido relacionado con el gen de calcitonina, péptido intestinal vasoactivo y neurocinina Y)
Estimulación de receptores específicos de la célula cebada por anafilotoxinas del complemento (C3a, C5a)	Hormonas (gastrina, estrógeno, ACTH)
Activación de la célula cebada por proteína básica mayor del eosinófilo	Fármacos (AINES, codeína, curare, succinilcolina, polimixina B, tiamina)
Factores de liberación de histamina derivados de leucocitos	Estímulos físicos (calor, frío, presión, luz)
Anticuerpos contra IgE y contra el IgE α R	Venenos Medio de contraste radiológicos

DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN

Es importante realizar una historia clínica acuciosa, dentro del interrogatorio clasificar como proceso agudo o crónico, a la exploración física se debe hacer la descripción de las lesiones cutáneas para diferenciar de otros padecimientos, se deben buscar procesos infecciosos, descartar enfermedades sistémicas o neoplasias, y realizar pruebas físicas en el caso de sospecha de urticaria física.

En cuanto a las pruebas de laboratorio y gabinete se deben iniciar con pruebas sencillas y comunes en primera instancia (dependiendo del interrogatorio y exploración física previas):

- Examen general de orina
- Coproparasitoscópicos
- Biometría hemática completa
- Velocidad de sedimentación globular
- Exudado vaginal
- Serología: virus hepatitis, E.-Barr, autoanticuerpos
- Rx de senos paranasales

Otras pruebas de segunda instancia

- Complemento: C1, C2, C3, C4, factor B, funcionales
- Otros inmunológicos
- Biopsia de piel
- ANA
- Pruebas de función tiroidea



TRATAMIENTO

- Identificar y eliminar el agente causal (infeccioso, alérgico, físico, etc)
- Evitar en lo posible uso de medicamentos no indicados
- Antihistamínicos
- En caso de infección: antibióticos, antiparasitarios, antimicóticos.
- En caso de componente psicológico: antidepresivos tricíclicos más antihistamínicos
- Corticoesteroides sistémicos
- Se ha descrito el uso de inmunosupresores en casos severos y crónicos, sobre todo asociados a procesos autoinmunes

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan A. *Urticaria and angioedema*. In: Middleton E, Reed Ch, Ellis E, Adkinson N, Yunginger J, Buse W eds. *Allergy principles & practice*. 5ta Ed. Mosby 1998: 1104-22.
2. Bressler R. *Mastocytosis*. In: Rich R ed. *Clinical Immunology principles and practice*. Mosby 1996: 1000-21.
3. Fireman P, Slavin R. *Urticaria y angioedema*. Atlas de Alergia, 2da. Edición. 1997: 249-265.
4. Grattan C, Charlesworth E. *Urticaria*. In: Holgate S, Church M, Lichtenstein L eds. *Allergy*. 2da Ed. Mosby 2001: 93-104.
5. Charlesworth E. *The spectrum of urticaria*. Charlesworth E. Ed. *Allergy Clinics of North American*. Philadelphia. WB Saunders Co; 1995.
6. Stevens S, Cooper K. *Allergic skin diseases*. In: Rich R ed. *Clinical Immunology principles and practice*. Mosby. 1996: 957-65.

Dirección para correspondencia:
Dra. Sara Elva Espinosa Padilla
Insurgentes Sur 1650-407
Colonia Florida
Tel. 5661-1486
sara_elva_espino@hotmail.com