

Prevalencia de la urticaria crónica y su perfil clínico epidemiológico

Armando Cruz-Hernández,* Chrystopherson Gengyny Caballero-López,*
Aida Inés López-García,* Daniela Rivero-Yeverino,* Oswaldo Arana-Muñoz,*
José Sergio Papaqui-Tapia,* Lorena Ortega-López,* Alexis Guadalupe Rosales-Blanco,*
Israel Pablo Ruiz-Márquez,* Francisco Valle-Rodríguez*

RESUMEN

Introducción: La urticaria crónica se define como la aparición de ronchas o habones en forma transitoria asociada a prurito y/o angioedema, con duración mayor de seis semanas, su prevalencia oscila entre 0.05 y 5%. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de urticaria crónica en los pacientes que acuden a consulta del Servicio de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital Universitario de Puebla. **Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio transversal, observacional, descriptivo, analítico y prolectivo. Se estimaron estadísticos descriptivos como frecuencias, porcentajes y mediciones de dispersión. **Resultados:** Se incluyeron 63 pacientes, la edad promedio fue de 41.6 años (DE 19.7), el 68.2% fueron mujeres. La prevalencia de urticaria crónica fue de 4.78%, la duración promedio en semanas fue de 209.1, las áreas más frecuentemente afectadas fueron: cara, boca y extremidades. Del total de pacientes con urticaria crónica el 38.1% cursó con angioedema. **Conclusión:** La suma de resultados del presente estudio se condensa en términos de que, si bien es cierto que la prevalencia de la urticaria crónica es semejante a la reportada en diferentes literaturas, los resultados que aquí se presentan destacan la particularidad del área demográfica de procedencia y su duración extremadamente prolongada.

Palabras clave: Prevalencia, urticaria crónica.

ABSTRACT

Introduction: Chronic urticaria is defined as the appearance of wheals or hives in a transient form associated with pruritus and/or angioedema, lasting longer than six weeks, its prevalence ranges from 0.05 to 5%. **Objective:** To estimate the prevalence of chronic urticaria in the patients that come to consultation of the Allergy and Clinical Immunology service of the University Hospital of Puebla. **Material and methods:** A cross-sectional, observational, descriptive, analytical and prolective study was carried out. Descriptive statistics were estimated as frequencies, percentages and dispersion measurements. **Results:** 63 patients were included, the average age was 41.6 years (SD 19.7), 68.2% were women. The prevalence of chronic urticaria was 4.78%, the average duration in weeks was 209.1, the most frequently affected areas were: face, mouth and extremities. Of the total of patients with chronic urticaria, 38.1% had angioedema. **Conclusion:** The sum of the results of this study are condensed in terms of that, although it is true that the prevalence of chronic urticaria is similar to that reported in different literatures, the results presented here highlight the particularity of the demographic provenance and its extremely long duration.

Key words: Prevalence, chronic urticaria.

* Hospital Universitario de Puebla, Servicio de Alergia e Inmunología Clínica. Puebla.

INTRODUCCIÓN

La urticaria se define como la aparición de ronchas o habones en forma transitoria asociada a prurito y/o angioedema. Es una enfermedad que padece una quinta parte de la población en algún momento de su vida. Siendo una enfermedad de larga evolución, que resulta en efectos perjudiciales en la calidad de vida de quien la padece, además de un gran impacto en la sociedad en términos de costos de atención directa e indirecta de la salud así como un menor rendimiento en el trabajo y en la vida privada de los pacientes. La prevalencia de urticaria crónica (UC) oscila entre el 0.05 y el 3% en función de la población estudiada, algunos reportan una prevalencia hasta del 5%, tiende a ser más común entre la tercera y sexta década de la vida con un pico a los 40 años, presenta mayor prevalencia en las mujeres, probablemente debido a que 35 al 40% de las urticarias crónicas tienen carácter autoinmune, el 0.1% desarrollará urticaria crónica espontánea (SCU). En niños la prevalencia de la UC se reporta de un 0.1 a 0.3%, siendo más común en el género masculino. En las personas de edad avanzada se reporta de 1.8%, afectando por igual a ambos sexos. El angioedema está presente en 40 a 50% de los pacientes con SCU, el 10% de los mismos experimenta solamente angioedema sin urticaria y 40% presenta sólo ronchas.¹⁻⁹

La clasificación de urticaria se basa en su duración, frecuencia y las causas que la desencadenan, es aguda cuando su duración es menor de seis semanas y crónica cuando es mayor de seis semanas. Si se identifica la causa subyacente se denomina urticaria inducible y ésta se divide en urticaria física, donde se incluyen dermatografismo sintomático, urticaria por frío, por presión, urticaria solar, por calor, angioedema por vibración, y urticaria química como colinérgica, por contacto y acuagénica. Cuando no se identifica la causa de la urticaria se considera SCU.¹⁰

La UC puede ser desencadenada por múltiples factores, entre los que participan mecanismos inmunológicos, mediados o no por anticuerpos IgE, así como mecanismos no inmunológicos por activación directa de diferentes células. En la fisiopatología de la UC existe participación de mastocitos que liberan histamina, citoquinas, eicosanoides y proteasas produciendo vasodilatación, extravasación del plasma y reclutamiento de más células. Las lesiones son causadas generalmente por la histamina, que puede deberse a fenómenos mediados por IgE, desencadenarse por reflejos neurológicos o por estimulación directa. El angioedema es causado principalmente por la liberación de bradiquinina. Productos de degradación de los leucotrienos y el complemento también están implicados en las lesiones crónicas de urticaria y angioedema. Una pequeña proporción de pacientes puede tener anticuerpos contra el receptor de IgE en los mastocitos.^{11,12}

El diagnóstico de la urticaria requiere una historia clínica completa considerando el tiempo de aparición, la frecuencia o duración, variación diurna, forma, tamaño y distribución de las ronchas, angioedema asociado, síntomas subjetivos como prurito o dolor, historia familiar y personal de atopia, alergias, infecciones, enfermedades sistémicas, enfermedades psicosomáticas y/o psiquiátricas, problemas gástricos y/o intestinales, inducción por agentes físicos o ejercicio, uso de fármacos, correlación con alimentos, relación con el ciclo menstrual, tipo de trabajo, estrés, terapia anterior y la respuesta al tratamiento. Debe llevarse a cabo un examen físico en la piel, las ronchas o habones pueden tener múltiples formas y variar en tamaño desde 2 mm hasta 10 cm o más, con tres características típicas: Inflamación central de tamaño variable rodeado por eritema reflejo, prurito, y naturaleza fugaz, regresando la piel a su apariencia normal generalmente dentro de 1-24 horas. El angioedema se caracteriza por ser eritematoso o color piel, de presentación súbita con edema de dermis inferior y con frecuencia tejido subcutáneo por debajo de las membranas mucosas y en ocasiones dolor en lugar de prurito, es de resolución más lenta que los habones y puede durar hasta 72 horas. Las guías internacionales recomiendan pruebas diagnósticas de rutina como el recuento diferencial, velocidad de sedimentación globular, o proteína C reactiva para descartar enfermedad sistémica, exámenes de diagnóstico de extensión pueden realizarse de acuerdo a la historia clínica para identificar la causa subyacente y descartar posibles diagnósticos diferenciales, recomendados para pacientes con enfermedad grave o de larga duración, si la historia clínica del paciente lo justifica.¹³⁻¹⁵

Las guías actuales para el manejo de la urticaria recomiendan el tratamiento de forma gradual comenzando como primera línea la monoterapia con antihistamínicos H1 de segunda generación, si los síntomas persisten después de dos semanas, se sugiere aumentar la dosis hasta cuatro veces del antihistamínico elegido como una opción de segunda línea; algunas guías recomiendan la adición de un segundo antihistamínico y/o agregar antihistamínicos H2 o antagonistas de los leucotrienos. Como tercera línea de tratamiento si los síntomas persisten después de una a cuatro semanas, se recomienda añadir omalizumab, ciclosporina, además de cursos cortos de corticosteroides si lo exigen las exacerbaciones.^{1,16,17}

OBJETIVO

El objetivo del presente estudio fue estimar la prevalencia de urticaria crónica en los pacientes incidentes del Servicio de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital Universitario de Puebla, Puebla, México, así como determinar su perfil clínico epidemiológico y la prevalencia de angioedema en dichos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo, analítico y prolectivo. Se incluyeron pacientes de ambos géneros con cuadro clínico de urticaria crónica, que acudieron al Servicio de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital Universitario de Puebla en un periodo comprendido de ocho meses. Se les realizó historia clínica alergológica, incluyendo a todos los pacientes con diagnóstico de urticaria crónica, de acuerdo a la 10ª Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, complementando los datos de cada variable en la hoja de registro diseñada para tal efecto. Se realizó el análisis de los datos obtenidos mediante el programa estadístico informático SPSS versión 20. Se estimaron estadísticos descriptivos como frecuencias, porcentajes y mediciones de dispersión como desviación estándar.

La prevalencia de urticaria crónica se determinó como el número de casos con urticaria crónica entre el número de pacientes que acudieron a la consulta externa del Servicio de Alergia e Inmunología Clínica durante el periodo comprendido para dicho estudio.

RESULTADOS

Se incluyeron 63 pacientes, la edad promedio fue de 41.6 años (DE 19.7). El 68.2% fueron mujeres. La prevalencia de urticaria crónica fue de 4.78%. La frecuencia por lugar de procedencia fue mayor para el área urbana con un 85.7%, la duración promedio de la urticaria en semanas fue de 209.1, se reportó un promedio de áreas afectadas por habones de 3.5, predominando en cara, boca y extremidades, el promedio de síntomas asociados a urticaria fue de 0.25, reportándose sólo cefalea y astenia. Un total de 28 pacientes presentaron factores generales agravantes, de los cuales los alimentos se reportaron en un 82% y en segundo lugar la aspirina. La frecuencia de factores físicos agravantes fue mayor para el calor con un 47%, seguido de roce y presión. Del total de pacientes con UC, el 38.1% padeció angioedema, el cual tuvo una duración promedio de 98 semanas.

Los datos del perfil epidemiológico se refieren en el cuadro I.

DISCUSIÓN

Considerando que el conocimiento de la prevalencia de una enfermedad, la cual es igual al número de casos en una población en un punto dado en el tiempo, influye sensiblemente en la toma de decisiones del clínico para establecer un diagnóstico, en el contexto de los pacientes con enfermedades alérgicas dado el número limitado de patologías que incluye esta subespecialidad médica,

Cuadro I. Perfil epidemiológico de los pacientes con urticaria crónica.

Factor	Porcentaje
Procedencia rural	14.3
Procedencia urbana	85.7
Historia personal de alergia	50.7
Historia familiar de alergia	34.9
Historia personal de enfermedad autoinmune	7.9
Historia familiar de enfermedad autoinmune	7.9

el contar con una frecuencia de cinco por cada 100 pacientes se considera relevante; sin embargo, es equivalente a lo reportado en otros estudios.^{1,4}

En el presente trabajo se encontró similitud con otros datos epidemiológicos reportados, los pacientes adultos fueron el grupo etario predominante con mayor frecuencia en mujeres y con predominio en la cuarta década de la vida;^{6,7,14,15,18} sin embargo, los diferentes estudios con frecuencia no reportan aspectos clínicos y factores agravantes de la enfermedad y sólo algunos mencionan su asociación con enfermedades alérgicas. Destaca como hallazgo en el presente estudio el tiempo promedio de duración de la enfermedad, lo cual sin duda adquiere particular importancia en términos del tiempo ocupado para atención médica, costo impelido por la prescripción farmacológica y probablemente en días de incapacidad laboral sin dejar de lado la capital importancia que adquiere la repercusión que la enfermedad impone a la calidad de vida del enfermo. Respecto al angioedema los presentes resultados muestran un porcentaje ligeramente menor que los ya reportados.^{1,6,14,15}

CONCLUSIÓN

La suma de resultados del presente estudio se condensan en términos de que, si bien es cierto que la prevalencia de la urticaria crónica es semejante a la reportada en diferentes ámbitos y países, los resultados que aquí se presentan destacan la particularidad de la duración extremadamente prolongada del padecimiento antes de su atención altamente especializada y resolutive. Lo anterior permite delinear interrogantes que a la postre deberán ser resueltas con el objeto de esclarecer los diferentes impactos que la dilación diagnóstica y terapéutica precisa puedan determinar perfilando el desarrollo de estudios clínicos respecto a su repercusión económica, laboral y de la calidad de vida al menos.

AGRADECIMIENTOS Y DECLARACIONES

Conflicto de intereses: El autor no declara conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Larenas-Linnemann D, Medina-Ávalos M, Ortega-Martell J, Beirana-Palencia A, Rojo-Gutiérrez M. Guía mexicana para el diagnóstico y el tratamiento de la urticaria. *Rev Alerg Méx.* 2014; 61: S117-S193. revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/download/49/65.
2. Máspero J, Cabrera H, Arduoso L, Genaro M, Fernández-Bussy R, Galimany J y cols. Guía Argentina de urticaria y angioedema. *Medicina.* 2014; 74: 1-53. pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-734416.
3. Beck A, Bernstein A, Maurer M. A Review of international recommendations for the diagnosis and management of chronic urticaria. *Acta Derm Venerol.* 2017; 97 (2): 149-158. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27349620>.
4. Sánchez-Borges M, Asero R, Ansotegui I, Bernstein J, Canonica G. Diagnosis and treatment of urticaria and angioedema: a worldwide perspective. *World Allergy Organ J.* 2012; 5 (11): 125-147. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23282382>.
5. Lapi F, Cassano N, Pegoraro V, Cataldo N, Heiman F, Cricelli L et al. Epidemiology of chronic spontaneous urticarial: results from a nationwide, population-based study in Italy. *Br J Dermatol.* 2016; 174 (5): 996-1004. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26872037>.
6. Hernández-Ochoa C, Gómez-Gómez C, Rodríguez-Rodríguez I, Riquelme-Heras HM, de la Garza-Navarro RE, González-Díaz S y cols. Prevalencia de urticaria crónica y patologías asociadas en el Centro Regional de Alergia e Inmunología Clínica de Hospital Universitario, UANL. *Medicina Universitaria.* 2013; 15 (60): 114-117. www.medicina.uanl.mx/posgrado/programas-de-posgrado/.../alergia-e-inmunologia/.
7. Zuberbier T, Balke M, Worm M, Edenharter G, Maurer M. Epidemiology of urticaria: a representative cross-sectional population survey. *Clin Exp Dermatol.* 2010; 35: 869-873. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20456386>.
8. Ventura M, Cassano N, Romita P, Vestita M, Foti C, Vena G. Management of chronic spontaneous urticaria in the elderly. *Drugs Aging.* 2015; 32 (4): 271-282. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25851216>.
9. Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.* CIE-10. En <http://ais.paho.org/classifications/Chapters>.
10. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica G et al. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy.* 2014; 69: 868-887. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24785199>.
11. Spickett G. Urticaria and angioedema. *J R Coll Physicians Edinb.* 2014; 44: 50-54. <https://www.rcpe.ac.uk/sites/default/files/spickett.pdf>.
12. Sánchez-Borges M, Caballero-Fonseca F, Capriles-Hulett A. Subtypes of chronic Urticaria in patients attending allergy clinics in Venezuela. *Eur Ann Allergy Clin Immunol.* 2014; 46: 210-215. <http://www.eurannallergyimm.com/cont/journals-articles/337/volume-subtypes-chronic-urticaria-patients-attending-892allasp1.pdf>.
13. Giménez-Arnau AM, Grattan C, Zuberbier T, Toubi E. An individualized approach based on guidelines for chronic urticaria. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015; 29 (3): 3-11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26053290>.
14. Wedi B, Rapp U, Wiczorek D, Kapp A. Urticaria and infections. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2009; 5 (1): 10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20066173>.
15. Sussman G, Hébert J, Gulliver W, Lynde C, Wasserman S, Kanani A, Ben-Shoshan M. Insights and advances in chronic urticaria: a Canadian perspective. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology.* 2015; 11: 1-7. <https://aacijournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13223-015-0072-2>.
16. Fine LM, Bernstein JA. Guideline of chronic urticaria beyond. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2016; 8 (5): 396-403. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27334777>.
17. Powell R, Leech S, Till S, Huber P, Nasser S, Clark T. BSACI guideline for the management of chronic urticaria and angioedema. *Clin Exp Allergy.* 2015; 45 (3): 547-565. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25711134>.
18. Aguilar-Hinojosa N, Segura-Méndez N, Lugo-Reyes S. Correlación de la gravedad de urticaria crónica y calidad de vida. *Revista Alergia México.* 2012; 59 (4): 180-186. www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=39340.

Dirección para correspondencia:
 Dr. Armando Cruz Hernández
 Privada de Venezuela Núm. 100,
 Col. América Sur, 78050, Oaxaca, México.
 Tel. 2228434038
 E-mail: bastian031982@hotmail.com