

Recibido: 17/07/2025.
Aceptado: 03/07/2026.

Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con urticaria crónica espontánea del Servicio de Alergia del Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza»

Clinical and epidemiological profile of patients with chronic spontaneous urticaria from a Tertiary Care Hospital in Mexico City

Hanael Pérez Castañeda,*† Amyra Alí Azamar Jácome,*§ Rodrigo Hiroshi González Luna*§

Resumen. La urticaria crónica espontánea (UCE) representa una de las enfermedades más complejas y demandantes dentro de la práctica contemporánea de la Alergia e Inmunología Clínica. Su prevalencia a nivel mundial va de un 1-5% en población general, detrás de estas cifras se esconde un impacto socioeconómico y en calidad de vida ampliamente subestimado. Al ser una causa frecuente de consulta en nuestra unidad nuestro objetivo fue describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de UCE. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo de enero a diciembre de 2024 en el Servicio de Alergia e Inmunología clínica del Hospital Regional «Gral. Ignacio Zaragoza» en el que se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico de UCE de entre 18 y 70 años. Se encontró una prevalencia del 5.6% para urticaria crónica y de 0.3% para UCE. 86.4% del sexo femenino y 13.6% masculino, edad promedio de 51.3 ± 9.4 años, 50% de los presentaban únicamente habones, 22.7% únicamente angioedema y en 27.3% ambos. El 100% de los pacientes se encontraba bajo tratamiento monoclonal, a pesar de ello 40.9% requerían de manejo concomitante con antihistamínicos. La evaluación del control mediante UCT demostró 40.9% de los pacientes controlados, en la medición de la actividad por UAS7 18.2% tenían ausencia de actividad, 45.5% buen control, 31.8% actividad leve y 4.5% actividad moderada. En la evaluación de calidad de vida a través de CuQ2oL 90.9% percibió poca afectación global y 9.1% ninguna. Con este estudio podemos documentar a la urticaria crónica como una causa importante de consulta, con un comportamiento similar a lo reportado a nivel mundial.

Palabras clave: urticaria crónica, urticaria crónica espontánea, México, Latinoamérica.

ABSTRACT. Chronic spontaneous urticaria (CSU) represents one of the most complex and demanding conditions in Clinical Allergy and Immunology practice. Its global prevalence ranges from 1% to 5% in the general population; behind these figures lies a widely underestimated socioeconomic and quality-of-life impact. As a frequent cause of consultation in our unit, the objective of this study was to describe the clinical and epidemiological characteristics of patients diagnosed with CSU. An observational, descriptive, cross-sectional, and retrospective study was conducted from January to December 2024 at the Clinical Allergy and Immunology Service of the Regional Hospital «Gral. Ignacio Zaragoza», enrolling all patients aged from 18 to 70 years with a confirmed diagnosis of CSU. Our findings revealed a prevalence of 5.6% for chronic urticaria and 0.3% for CSU, 86.4% of the cohort were female and 13.6% male, mean age of 51.3 ± 9.4 years. Phenotypically, 50% of the patients presented wheals, 22.7% angioedema and 27.3% both. In terms of therapeutic management, all patients were under monoclonal antibody therapy; nevertheless, 40.9% required concomitant treatment with antihistamines. Disease control assessment via UCT demonstrated 40.9% of patients controlled. Regarding disease activity measured by UAS7, 18.2% showed absence of activity, 45.5% well-controlled disease, 31.8% mild activity, and 4.5% moderate activity. In the quality of life evaluation via CuQ2oL, 90.9% perceived low overall impairment, while 9.1% reported none. This study allows us to document chronic urticaria as a significant burden in specialized medical consultations, exhibiting an epidemiological behavior consistent with global reports.

Keywords: chronic urticaria, chronic spontaneous urticaria, Mexico, Mexico, Latin America.

Citar como: Pérez CH, Azamar JAA, Hiroshi GLR. Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con urticaria crónica espontánea del Servicio de Alergia del Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza». Alergia Asma Inmunol Pediatr. 2026; 35 (1): 5-10. <https://dx.doi.org/10.35366/123526>

* Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza».

† Médico residente de Alergia e Inmunología Clínica Pediátrica.

§ Médico adscrito del Servicio de Alergia e Inmunología Clínica.

doi: 10.35366/123526



INTRODUCCIÓN

La urticaria crónica espontánea (UCE) representa una de las enfermedades más complejas y demandantes dentro de la práctica contemporánea de la Alergia e Inmunología Clínica. Ésta se define como una afección dermatológica caracterizada por la aparición diaria (o casi diaria) de habones (ronchas), angioedema o ambos, durante un periodo superior a seis semanas y sin un factor desencadenante externo identificable.¹⁻³ La UCE no debe considerarse una simple afección cutánea, sino una enfermedad sistémica con un trasfondo inmunológico multifactorial.^{2,4,5}

Su prevalencia a nivel mundial oscila entre un 1-5% de la población general; en México se estima afecta a cerca del 3.4% de la población.^{1,2} Detrás de estas cifras se esconde un impacto socioeconómico y en calidad de vida ampliamente subestimado, ya que los pacientes con UCE experimentan niveles de ansiedad, depresión y alteración del sueño comparables a los de individuos con enfermedades crónicas cardíacas u oncológicas.^{6,7} Esto se traduce en ausentismo laboral y elevado consumo de recursos de los sistemas de salud debido a consultas reiteradas en los servicios de urgencias.^{8,9} Existe poca información acerca de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con esta enfermedad a nivel mundial, en Latinoamérica y a nivel de nacional.^{10,11}

El reto a nivel institucional esta dado por la heterogeneidad fenotípica de la UCE y su frecuente asociación con patologías autoinmunes que complican su abordaje y terapéutica.^{4,12,13} De ahí la importancia de la caracterización de estos pacientes, ya que usualmente en hospitales de tercer nivel se concentran los casos de difícil control, refractarios a antihistamínicos y/o que requieren terapias biológicas avanzadas o inmunomodulación.^{3,14,15} A pesar de esta realidad, la evidencia epidemiológica local actual sigue siendo limitada, dificultando la estandarización de guías adaptadas a los recursos y características propias de nuestra población.^{1,16}

Al ser una causa frecuente de consulta en nuestra unidad, el presente estudio tuvo como objetivo describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de UCE del Servicio de Alergia e Inmunología Clínica en un Hospital de Tercer Nivel. Con ello se busca proveer de datos que permitan optimizar las rutas de referencia oportuna, estratificar factores de riesgo de severidad y/o refractariedad al tratamiento y, en última instancia, fundamentar la toma de decisiones clínicas y administrativas que permitan mejorar el pronóstico y la calidad de vida de nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo de enero a diciembre de 2024 en el Servicio de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital Regional «Gral. Ignacio Zaragoza». Mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, se incluyó a todos los pacientes de con diagnóstico de UCE, de entre 18 y 70 años, ambos sexos, que acudieron a recibir consulta. Se recabaron variables sociodemográficas: sexo, edad, nivel de estudios, ocupación, nivel socioeconómico; y clínicas: manifestaciones, presencia de comorbilidades (alérgicas y no alérgicas), factores exacerbantes, tiempo de evolución al diagnóstico, puntaje de actividad (test de actividad de urticaria, UAS7),^{1,3} control (test de control de urticaria, UCT),^{1,3} calidad de vida (cuestionario de calidad de vida, CU-Q2oL),¹⁷ tratamiento prescrito (dosis de antihistamínico, dosis de Omalizumab, tiempo de manejo con monoclonal) y gasto mensual promedio en cuidados de la piel. Los datos obtenidos se tabularon y fueron analizados utilizando el programa estadístico SPSS. Utilizando estadística descriptiva, las variables cuantitativas se analizaron mediante media y desviación estándar, cuando adoptaron distribución normal, y con mediana y rangos intercuartílicos, en aquellas con distribución no normal. Las variables categóricas se presentaron como proporciones y porcentajes. El presente protocolo fue sometido y aprobado por el Comité de Investigación y Ética de nuestro hospital, garantizando la confidencialidad de los datos de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y las normativas locales de salud.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se atendieron a 6,230 pacientes en el Servicio de Alergia, en 351 de éstos el motivo de consulta fue urticaria crónica, siendo clasificados como UCE 22 de ellos, lo cual nos arroja una prevalencia del 5.6% para urticaria crónica y 0.3% para UCE en el Servicio de Alergia de nuestra unidad. De los pacientes con UCE 86.4% (n = 19) correspondieron al sexo femenino y 13.6% (n = 3) al sexo masculino, para una relación hombre:mujer de 6.3:1. La edad promedio fue de 51.3 ± 9.4 años (mínimo 35, máximo 70) (*Figura 1*).

En el aspecto sociodemográfico, 13.6% (n = 3) contaba con un nivel de educación básico, 63.6% (n = 14) nivel medio superior y 22.7% (n = 5) nivel superior. En relación a la ocupación 59.1% (n = 13) de los pacientes se reportaban como laboralmente activo, 22.7% (n = 5) se dedicaban a labores del hogar y 18.2% (n = 4) se encontraban jubilados. Dentro de las ocupaciones

reportados encontramos: administrativos en 30.8% (n = 4), empleados 30.8% (n = 4), elementos de seguridad/policía 23% (n = 3) y profesores 15.4% (n = 2). En términos del nivel socioeconómico, bajo los criterios de ingresos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 81.8% (n = 18) pertenecía a clase baja y 18.2% (n = 4) se clasificó como clase media-alta (**Figura 2**).

En cuanto a las manifestaciones clínicas, 50% (n = 11) de los pacientes presentaron únicamente habones, 22.7% (n = 5) únicamente angioedema y en 27.3% (n = 6) coexistían los habones y el angioedema. 40.9% (n = 9) presentaba una evolución menor a tres años, 45.5% (n = 10) entre 3 y 5 años, y 13.6% (n = 3) presentaba una evolución superior a los cinco años. 86.4% (n = 19) de los pacientes asociaba sus crisis a ciertos factores desencadenantes, mientras que 13.6% (n = 3) no identificó factores. Los factores que los pacientes asociaron a sus crisis fueron: estrés en 31.6% (n = 6), alimentos en 26.3% (n = 5), factores ambientales/climáticos en 26.3% (n = 5) y medicamentos en 15.8% (n = 3). En el análisis de la presencia de comorbilidades 72.8% (n = 16) presentaban alguna comorbilidad: en 37.5% (n = 6) padecía enfermedad alérgica (rinitis alérgica 66.7% y asma 33.3%) y 62.5% (n = 12) alguna otra

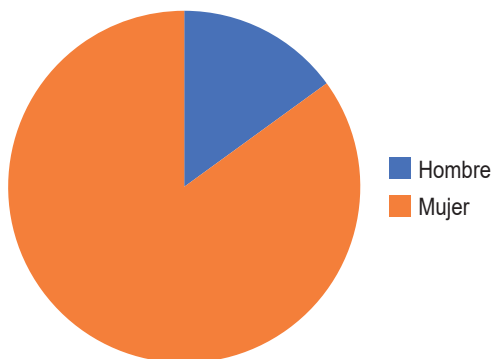


Figura 1: Sexo de pacientes estudiados.

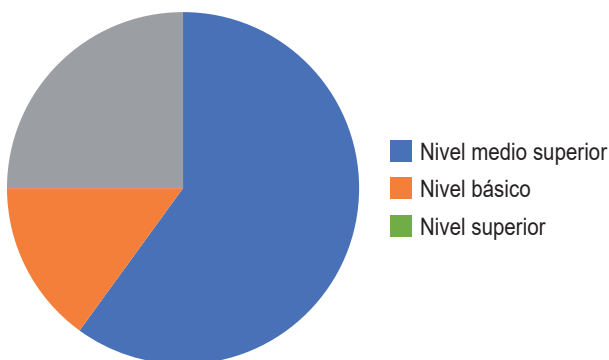


Figura 2: Grado máximo de estudios.

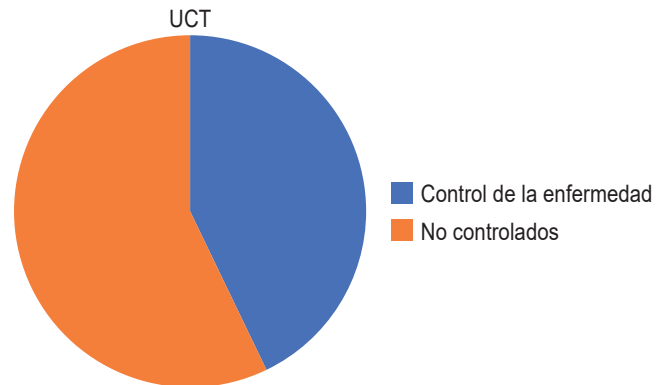


Figura 3: Control de la enfermedad.
UCT = control de urticaria.

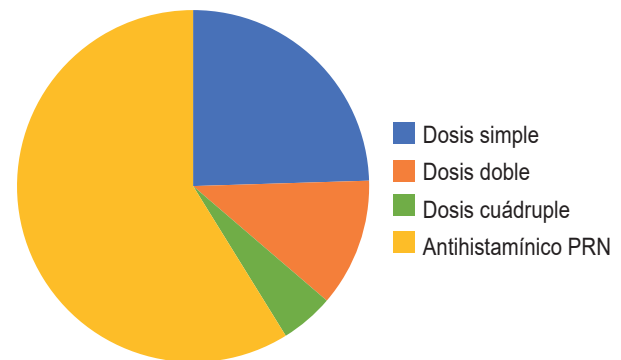


Figura 4: Antihistamínicos.
PRN =

enfermedad crónica; 58.3% (n = 7) padecía más de dos enfermedades: hipertensión arterial sistémica 50% (n = 6), enfermedad endocrinológica 25% (n = 3), diabetes mellitus 16.7% (n = 2), enfermedades del corazón 8.3% (n = 1) y discrasias sanguíneas 8.3% (n = 1) (**Figura 3**).

Respecto al manejo de la UCE, el 100% de los pacientes se encontraba bajo tratamiento monoclonal: 86.4% (n = 19) recibía una dosis estándar de 300 mg mensuales de omalizumab, 9.1% (n = 2) requirió escalamiento a 450 mg mensuales y 4.5% (n = 1) se mantuvo con un régimen de 600 mg mensuales; 27.3% (n = 6) tenía menos de un año de tratamiento monoclonal, 27.3% (n = 6) se encontraba entre los 12 a 24 meses, y el 45.4% (n = 10) acumulaba más de dos años de tratamiento biológico. A pesar del tratamiento biológico 40.9% (n = 9) requerían de manejo concomitante con antihistamínicos de segunda generación a: dosis simple en 55.6% (n = 5), dosis doble en 33.3% (n = 3) y dosis cuádruple en 11.1% (n = 1); el 59.1% (n = 13) restante utilizaba el antihistamínico por razón necesaria (**Figura 4**). En relación a gastos destinados a cuidados de la piel derivados de la UCE 59% (n = 13) reportó un gasto

mensual promedio de \$251 a \$500 MXN, 13.6% (n = 3) de \$501 a \$750 MXN, otro 13.6% (n = 3) de \$751 a \$1,000 MXN, y 4.5% (n = 1) más de \$1,250 MXN.

En la evaluación objetiva del control mediante el UCT demostró que únicamente el 40.9% (n = 9) de los pacientes se encontraba controlado, mientras que 59.1% (n = 13) continuaba en descontrol a pesar del tratamiento. La medición retrospectiva de la actividad por UAS7 ubicó al 18.2% (n = 4) con ausencia de actividad, 45.5% (n = 10) con buen control, 31.8% (n = 7) con actividad leve y 4.5% (n = 1) con actividad moderada. Al evaluar calidad de vida a través del CuQ2oL, 90.9% (n = 20) percibió poca afectación global y el 9.1% (n = 2) ninguna afectación, sin reportarse afección grave.

DISCUSIÓN

La prevalencia global de urticaria crónica (UC) en población general oscila entre 0.5-2%.³ Estudios en México reportan la prevalencia en 3.4%.¹ Sin embargo, en centros de atención especializada o tercer nivel, la prevalencia puede elevarse significativamente debido al sesgo de concentración de patología compleja. En nuestro estudio su prevalencia fue del 5.6%, lo cual demuestra la alta carga como motivo de consulta que representa esta enfermedad para el médico especialista en Alergia en México. Algo interesante fue que sólo 6.2% de los pacientes UC fueron clasificados como UCE, lo cual contrasta con la literatura internacional donde la UCE suele representar hasta 60-70% de los casos de urticaria crónica, siendo el resto inducibles.^{4,7,18} Esta divergencia puede sugerir un riguroso proceso de depuración diagnóstica en nuestra clínica o un subregistro de la variante espontánea.

A nivel mundial la UCE es una enfermedad predominantemente de mujeres adultas jóvenes, con una relación mujer:hombre de 2-3:1 y un pico de incidencia entre los 30 y 40 años.¹⁹ En nuestro estudio esta tendencia se observa pero en una proporción significativamente mayor y con desplazamiento hacia la quinta década de la vida. En este sentido, algunos autores han descrito cuadros de difícil control en mujeres en peri y posmenopausia, lo cual teóricamente pudiera explicarse por una mayor susceptibilidad a respuestas autoinmunes y desregulación mastocitaria.^{20,21} Si esta situación aplica en nuestra población, es algo que deberá abordarse en otros estudios.

Así mismo, la UCE ha sido fuertemente ligada a comorbilidades autoinmunes como tiroiditis de Hashimoto (10-15%) y atópicas (rinitis y asma).⁴ Estudios recientes de inflamación sistémica han comenzado a asociar la UCE con el síndrome metabólico y la hipertensión arterial debido a la activación crónica de bajo grado de

vías de coagulación y endoteliales.^{13,20,22} Nuestros datos se alinean a los datos reportados a nivel internacional, ya que 37.5% padecían alguna enfermedad alérgica (rinitis y asma) y 13.6% enfermedades de la tiroides. No obstante, la hipertensión arterial se posicionó como la primera comorbilidad, este hallazgo pudiese estar ligado más que nada a la edad avanzada de nuestra cohorte.

La respuesta terapéutica observada en nuestra cohorte abre un debate crucial sobre la evaluación de la UCE en la vida real. La literatura internacional reporta que el tratamiento con omalizumab induce la remisión completa o el control óptimo en 65-70% de los pacientes en condiciones de vida real a los seis meses.^{23,24} En nuestro estudio, a pesar de que el 86.3% de los pacientes reciben tratamiento biológico (y casi la mitad ellos lo han recibido por más de dos años) sólo 40.9% reportan adecuado control por UCT; pero al contrastar este indicador con el UAS7, el 63.7% de los pacientes se clasifica con ausencia de actividad, cifra muy parecida a lo reportado a nivel mundial. Así mismo, 90.9% de los pacientes reporta baja afectación en calidad de vida por CuQ2oL, diferente a lo reportado en otras cohortes latinoamericanas.²⁰ Estas discrepancias pudieran no interpretarse como una falla terapéutica *per se*, sino como una demostración de la naturaleza intrínseca y las ventanas temporales de los instrumentos empleados.^{1,3,17} El UAS7 funciona como un diario que cuantifica de forma objetiva la presencia física de síntomas (habones y prurito) en los últimos siete días, lo que podría explicar el mayor porcentaje de éxito reflejado a través de él y su correlación con un puntaje del CuQ2oL favorable. Por su parte, el UCT evalúa de forma retrospectiva las últimas cuatro semanas, integrando la percepción subjetiva de la suficiencia del tratamiento y el impacto global, capturando así el sesgo de memoria y la percepción de impredecibilidad y «miedo al brote» que experimenta el paciente crónico. Nuestros resultados sugieren que el paciente en tratamiento con omalizumab se mantiene relativamente estable desde una perspectiva estrictamente cutánea en los días previos a la consulta; sin embargo, persiste con una carga de ansiedad derivada de la cronicidad de su padecimiento. Por tanto, el UAS7 pudiera ser una mejor herramienta para valorar el control en este tipo de pacientes.

Por último, se ha descrito una relación entre la profesión y la UCE debido estrés psicofísico y actividad física extenuante. Estudios en Europa y Asia oriental han reportado prevalencias más altas en trabajadores con altas demandas de estrés (personal administrativo, profesores) y en aquellos expuestos a fatiga física o sudoración extrema (fuerzas de seguridad/policías), esto probablemente debido a liberación de neuropéptidos y

cortisol.^{6,14} En nuestra muestra las ocupaciones predominantes fueron: administrativos (18.8%), policías (13.6%) y profesores (9%), además de amas de casa (22.7%). Lo cual correlaciona con el hecho de que casi la mitad de los pacientes identificó al estrés y cansancio como factores exacerbantes de sus crisis. Por otro lado, la gran mayoría de nuestros pacientes cuentan con un nivel superior/medio superior lo cual se ha asociado en otras cohortes con una búsqueda más temprana de atención médica especializada, pero, de igual forma, con ser más críticos al evaluar el propio control de la enfermedad, reportando menores niveles de satisfacción debido a las altas expectativas de remisión.^{6,7,14} Esto pudiera haber influido en el elevado porcentaje de descontrol reportado por UCT (59.1%) debido a la alta expectativa de control en una población con un alto nivel, quienes pudieron percibir brotes leves como un fracaso terapéutico.

CONCLUSIONES

Con nuestro estudio podemos documentar la elevada carga institucional que representa la urticaria crónica en unidades de tercer nivel, con predominio en el sexo femenino y en la quinta década de la vida. En nuestro centro, hay una baja proporción de la variante espontánea, lo cual sugiere un riguroso proceso de depuración diagnóstica. Asimismo, pudimos corroborar la estrecha vinculación de la enfermedad con comorbilidades alérgicas y tiroideas, posicionando a la hipertensión arterial como un hallazgo probablemente asociado a la madurez etaria de la cohorte. En el ámbito terapéutico, el tratamiento con omalizumab demostró una efectividad óptima en la supresión de la actividad objetiva de corto plazo (UAS7), lo cual coincide con lo reportado a nivel mundial, así como en la preservación de la calidad de vida (CuQ2oL), diferente a lo reportado en otras cohortes; no obstante, se identificó una brecha sustancial en la percepción de control retrospectivo (UCT). Esta divergencia instrumental, probablemente traduce el impacto del estrés psicofísico laboral y las altas expectativas de remisión propias de una población con un nivel educativo superior, cuyo sesgo de memoria perpetúa la ansiedad y el «miedo al brote». Por tanto, la evaluación de la UCE en la práctica clínica real exige una transición metodológica que consolide al UAS7 como la herramienta de elección para la monitorización de la actividad de la enfermedad, complementándose con un abordaje integral que debe incluir la esfera psicoemocional.

REFERENCIAS

1. Larenas-Linnemann D, Medina-Ávalos MA, Ortega-Martell JA et al. Guía Mexicana para el Diagnóstico y el tratamiento de la urticaria. *Rev Alerg Mex*. 2014; 61(Supl 2): S118-S193.

2. Kolkhir P, Giménez-Arnau AM, Kulthanan K et al. Urticaria. *Nat Rev Dis Primers*. 2022; 8 (1): 61.
3. Zuberbier T, Abdul LAH, Abuzakouk M et al. The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*. 2022; 77 (3): 734-766.
4. Kolkhir P, Altrichter S, Asero R et al. Autoimmune diseases are linked to type iib autoimmune chronic spontaneous urticaria. *Allergy Asthma Immunol Res*. 2021; 13 (4): 545-559. doi: 10.4168/aaair.2021.13.4.545.
5. Bansal CJ, Bansal AS. Stress, pseudoallergens, autoimmunity, infection and inflammation in chronic spontaneous urticaria. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2019; 15: 56.
6. O'Donnell BF. Urticaria: impacto en la calidad de vida y costo económico. En: Greaves M, editor. *Urticaria Clínica*. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2021. p. 45-52.
7. Arias-Cruz A, González-Díaz SN, Macías-Weinmann A, et al. Calidad de vida en urticaria crónica y su relación con el impacto económico y control de la enfermedad en pacientes atendidos en el Hospital Universitario de Monterrey, México. *Rev Alerg Méx*. 2018; 65 (3): 250-258.
8. DeLong LK, Culler SD, Saini SS, Beck LA, Chen SC. Annual direct and indirect health care costs of chronic idiopathic urticaria: a cost analysis of 50 nonimmunosuppressed patients. *Arch Dermatol*. 2008; 144 (1): 35-39.
9. Zazzali JL, Broder MS, Chang E, Chiu MW, Hogan DJ. Cost, utilization, and patterns of medication use associated with chronic idiopathic urticaria. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2012; 108 (2): 98-102.
10. Sánchez-Borges M, Ansotegui IJ, Baiardini I et al. The challenges of chronic urticaria part 1: epidemiology, immunopathogenesis, comorbidities, quality of life, and management. *World Allergy Organ J*. 2021; 14 (6): 100533.
11. Sugrañes-Montalván A, Barreto-Suárez E, Nicolau-Pestana E, Quesada-Leyva L. Relación entre infección por *Helicobacter pylori* y urticaria crónica [Relation between *Helicobacter pylori* infection and chronic urticaria]. *Rev Alerg Mex*. 2017; 64 (4): 396-402.
12. Shalom G, Magen E, Babaev M, et al. Chronic urticaria and the metabolic syndrome: a cross-sectional community-based study of 11 261 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018; 32 (2): 276-281.
13. Cardona-Hernández MÁ, Candelaria de la Cruz PL. Urticarias crónicas inducibles. Clasificación y características generales. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2022; 31 (1-2): 16-25.
14. Khan DA, Kocatürk E, Bauer A, Aygoren-Pürsün E. What's new in the treatment of urticaria and angioedema. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2021; 9 (6): 2170-2184.
15. Metz M, Maurer M. Use of biologics in chronic spontaneous urticaria - beyond omalizumab therapy? *Allergol Select*. 2021; 5: 89-95.
16. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C et al. EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria. *Allergy*. 2009; 64 (10): 1427-1443.
17. Cardona R, Marín-Serrano MH. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en dermatología. *Iatreia*. 2013; 26 (4): 467-475.
18. Maurer M, Ziegler S, Giménez-Arnau A, Marcelino J, Khan DA, Sussman G, et al. Omalizumab treatment patterns and disease burden in chronic spontaneous urticaria: 2-year results from the AWARE study. *Allergy*. 2019; 74 (12): 2408-2419.
19. Oliver ET, Saini SS. Chronic spontaneous urticaria: etiology and pathogenesis. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2024; 44 (3): 421-438.
20. Gómez RM, Jares E, Borges MS et al. Latin American chronic urticaria registry (CUR) contribution to the understanding and

- knowledge of the disease in the region. *World Allergy Organ J.* 2019; 12 (6): 100042.
21. Ensina LF, Cusato-Ensina AP, Cardona R. Advances in the pathogenesis representing definite outcomes in chronic urticaria. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2019; 19 (3): 193-197.
22. Vena GA, Cassano N. The link between chronic spontaneous urticaria and metabolic syndrome. *Eur Ann Allergy Clin Immunol.* 2017; 49 (5): 208-212.
23. Casale TB, Gimenez-Arnau AM, Bernstein JA et al. Omalizumab for patients with chronic spontaneous urticaria: a narrative review of current status. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2023; 13 (11): 2573-2588.
24. Maurer M, Weller K, Bindslev-Jensen C et al. Unmet clinical needs in chronic spontaneous urticaria. A GA²LEN task force report. *Allergy.* 2011; 66 (3): 317-330.

Correspondencia:
Hanael Pérez Castañeda
E-mail: hanael2008@live.com.mx