

PROTOCOLO DE URTICARIA AGUDA

Junio 2019

- DEFINICIÓN:

La urticaria es una entidad que se caracteriza por la aparición de ronchas o habones, angioedema, o ambos.

La roncha o habón afecta a capas medias y superficiales de la dermis y tiene tres características típicas:

1. Inflamación central de tamaño variable, casi siempre con eritema circundante
2. Sensación de prurito o quemazón
3. Naturaleza fugaz, con resolución de las lesiones entre 30 minutos y 24 horas

El angioedema se caracteriza por:

1. Hinchazón súbita de la dermis profunda y el tejido celular subcutáneo, que puede tener aspecto eritematoso o conservar el color normal de la piel
2. Tiende a ocasionar más dolor que prurito
3. Resolución más lenta que los habones, puede tardar hasta 72 horas

- CLASIFICACIÓN:

El espectro de situaciones en las que puede aparecer la urticaria es muy variado, la clasificación actual más recomendada atiende a su duración y a la identificación de factores desencadenantes.

- Aguda: duración del brote < 6 semanas (la más frecuente)
- Crónica: duración del brote > 6 semanas

- Espontánea: sin factores desencadenantes involucrados
- Inducible: con factores desencadenantes involucrados

En la infancia hasta el 85% de los casos son urticarias agudas.

Quedan fuera de la clasificación de urticaria enfermedades que han sido relacionadas históricamente con la urticaria porque pueden presentarse con ronchas, angioedema o ambos, como: mastocitosis cutánea, urticaria vasculitis, angioedema hereditario, anafilaxia inducida por el ejercicio, síndrome de Schnitzler, etc.

- FISIOPATOLOGÍA:

Las lesiones de la urticaria son consecuencia de la liberación por parte de mastocitos y basófilos activados de histamina, factor activador de plaquetas y otras citoquinas que producen vasodilatación, edema debido al aumento de la permeabilidad vascular y prurito por estimulación nerviosa.

- PREVALENCIA:

La prevalencia exacta en la infancia es desconocida, se estima que alrededor del 3% de preescolares y el 2% en edades superiores han padecido urticaria en alguna ocasión. La incidencia de urticaria crónica aumenta en la adolescencia y edad adulta.

- ETIOLOGÍA URTICARIA AGUDA:

- No mediadas por IgE (las más frecuentes):
 - Virus y bacterias, sobre todo infecciones víricas de vías respiratorias altas y gastrointestinales: Influenza, Parainfluenza, Citomegalovirus, Virus Ebstein Barr, Staphylococcus, Helicobacter pylori y otros. Se diagnostican por anamnesis, suelen durar menos de 4 días y no está indicado el estudio serológico sistemático. Es la más frecuente en la infancia, aunque como no suele identificarse la causa muchas veces se clasifican como idiopáticas

- Picaduras de insectos no himenópteros: inoculación de irritantes causando “urticaria papular por insectos”, un ejemplo es la picadura por mosquito tigre
- Alteración metabolismo ácido araquidónico: AINES (antiinflamatorios no esteroideos)
- Mediadas por IgE:
 - Alimentos: leche, huevo, frutos secos, frutas, pescado, etc. La causa de urticaria por mecanismo IgE mediado más frecuente en la infancia.
 - Inhalantes (epitelio animales y pólenes)
 - Fármacos
 - Himenópteros
 - Látex
- ETIOLOGÍA URTICARIA CRÓNICA:

Urticaria Crónica Espontánea	Urticaria Inducible
Aparición espontánea de ronchas, angioedema o ambos durante más de 6 semanas por causa conocida o desconocida	Dermografismo
	Urticaria por frío
	Urticaria retardada por presión
	Urticaria solar
	Urticaria por calor
	Angioedema vibratorio
	Urticaria colinérgica
	Urticaria de contacto
	Urticaria acuagénica

- DIAGNÓSTICO:

Es fundamentalmente **clínico**, tras anamnesis detallada y exploración clínica con identificación de las lesiones cutáneas características.

- En las **urticarias agudas** hay que descartar síntomas respiratorios, hemodinámicos, neurológicos o digestivos asociados (descartar anafilaxia). Las urticarias agudas son las más frecuentes en la infancia y no está indicado hacer ningún estudio diagnóstico, excepto si se sospecha por anamnesis alergia IgE mediada (alimentos, medicamentos, picadura de himenópteros, etc.) sólo en este caso se derivarán a consulta de Alergia Infantil.
- En las **urticarias crónicas** el estudio se justifica por la necesidad de realizar diagnóstico diferencial con otras enfermedades que cursan con ronchas o angioedema y por la posibilidad de descubrir factores desencadenantes. Está indicado remitir a consulta de Alergia Infantil para estudio.

El primer paso es una anamnesis detallada, preguntar por:

- Antecedentes familiares de urticaria
- Antecedentes personales de enfermedades autoinmunes
- Cuándo aparecieron las lesiones por primera vez
- Forma, tamaño, distribución, frecuencia y duración de las lesiones
- Asociación o no de angioedema
- Síntomas asociados: artralgias, fiebre, dolor abdominal recurrente
- Agentes desencadenantes conocidos: físicos, ejercicio, alimentos, fármacos
- Resolución espontánea o tras tratamiento

El segundo paso es una exploración clínica detallada.

Se solicitará pruebas diagnósticas en consulta según la orientación diagnóstica previa, no deben realizarse estudios estandarizados de rutina.

- TRATAMIENTO URTICARIA AGUDA:

- Tratamiento sintomático:

- Antihistamínicos orales para control del prurito, preferibles los de 2ª generación
- Asociar tanda de corticoides orales si brote intenso
- Si urticaria en contexto de anafilaxia: adrenalina intramuscular (ver protocolo anafilaxia)
- Tratamiento etiológico:
 - Evitar factor desencadenante, si se conoce
- Antihistamínicos H1: Inhibidores de receptor H1
 - 1ª GENERACIÓN: sedantes. Aumento del apetito y efectos anticolinérgicos (sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento y/o retención de orina). Se metabolizan rápidamente, se suelen tomar 2-3 veces al día. Las últimas recomendaciones desaconsejan su uso:
 - **Atarax® jarabe 2 mg/ml y comprimidos 25 mg (Hidroxicina)**
 - Está autorizado su uso en niños a partir de 12 meses
 - Niños de 1 a 12 años: 1 - 2 mg/ kg/ día cada 8-12 h (jrbe). Regla: peso/6 = ml cada 8 h (1 mg/kg/dosis).
 - Mayores de 12 años: 1 comp 25 mg cada 6-8 h
 - Las dosis máximas diarias no deberán superar 100 mg/ día en adultos y 2 mg/ kg/ día en niños de hasta 40 kg de peso
 - Está contraindicado en pacientes con prolongación del intervalo QT congénito o adquirido o con factores de riesgo predisponentes para la prolongación del mismo
 - **Polaramine® jarabe 2 mg/ 5 ml, comprimidos 2 mg y ampollas para uso iv 5 mg/ ml (Dexclorfeniramina)**

- Por vía parenteral autorizado en niños a partir de los 30 meses, por vía oral a partir de los 2 años
- Dosis intravenosa o intramuscular profunda: 0.1-0.15 mg/ kg / 6 - 8 h; ampollas 5 mg/ ml. Máx 20 mg/ día. Sin diluir. Bolo lento
- Dosis oral: 0.04 mg/ kg/ 6 h (sol oral) o comprimidos 2 mg. Máx. 12 mg/ día

- 2ª GENERACIÓN: no sedantes. Menos interacciones medicamentosas que los fármacos clásicos. Su uso es vía oral, en la mayor parte de los casos en dosis única diaria. Se prefiere el uso de éstos frente a los de 1ª generación:
 - **Aerius[®], Azomyr[®] (Desloratadina) solución oral 0,5 mg/ ml y comprimidos 5 mg**
 - No recomendado en menores de 1 año
 - Niños de 1 a 5 años: 2.5 ml/ 24 h (sol oral)
 - Niños de 6 a 11 años: 5 ml/ 24 horas (sol oral)
 - Mayores de 12 años: 10 ml/ 24 horas (sol oral) o comp recubierto o bucodispersable de 5 mg/ 24 h
 - **Bilaxten[®], Ibis[®] (Bilastina) solución oral 2.5 mg/ ml y comprimidos 20 mg**
 - No recomendado en menores de 6 años
 - Niños de 6 a 11 años: 4 ml/ 24 h (sol oral)
 - Mayores de 12 años: 8 ml/ 24 h (sol oral) o comp 20 mg/ 24 h
 - **Cetirizina[®], Alerlisin[®] (Cetirizina) solución oral 1 mg/ ml y comprimidos 10 mg**
 - Efecto antiinflamatorio
 - No recomendado en menores de 2 años
 - Niños de 2 a 6 años: 2.5 ml dos veces al día (sol oral)

- Niños de 6 a 12 años: 5 ml dos veces al día (sol oral)
- Mayores de 12 años: 10 ml/ 24 h (sol oral) o comp 10 mg/ 24 h

- **Ebastel[®], Ebastina[®] (Ebastina) solución oral 1 mg/ ml y comprimidos de 10 y 20 mg**
- No recomendado en menores de 2 años
- Niños de 2 a 6 años: 2.5 ml / 24 h (sol oral)
- Niños de 6 a 11 años: 5 ml/ 24 h (sol oral)
- Mayores de 12 años: 10 ml/ 24 h (sol oral) o comp recubiertos o bucodispersables de 10 mg/ 24 h

- **Loratadina[®] solución oral 1 mg/ ml y comprimidos 10mg**
- No recomendado en menores de 2 años
- Niños de 2 a 12 años: si peso < 30 kg 5 ml/ 24 h (sol oral);
Si peso >30 kg 10 ml/ 24 h (sol oral)
- Mayores de 12 años: 10 ml/ 24 h (sol oral) o comp 10 mg/ 24 h

- **Xazal[®] (Levocetiricina) gotas 5 mg/ m (1ml= 20 gotas; 1 gota =0.25 mg), solución oral 0.5 mg/ ml y comprimidos 10 mg**
- No recomendado en menores de 2 años
- Niños de 2 a 6 años: 2.5 ml/ 12 h (sol oral) o 5 gotas/ 12 h (gotas)
- Niños de 6 a 12 años: 10 ml/ 24 h (sol oral)
- Mayores de 12 años: 10 ml / 24 h (sol oral) o comp 5 mg/ 24 h

- **Rinialer[®], Rupafin[®], Allergoliber[®] (Rupatadina) sol oral 1 mg/ ml y comprimidos 10 mg**
- No recomendado a niños menores de 2 años

- Niños de 2 a 6 años: 2.5 ml/ 24 h (sol oral)
 - Niños de 6 a 11 años: 5 ml/ 24 h (sol oral)
 - Mayores de 12 años: 10 ml/ 24 h (sol oral) o comp 10 mg/ 24 h
 - No administrar con zumo de pomelo (puede aumentar el nivel de rupatadina en el organismo x 3.5 veces)

 - Corticoides:
 - **Dacortin[®], Prednisona[®] (Prednisona) comprimidos 2.5 mg, 5 mg, 10 mg y 30 mg**

 - Vía oral 1-2 mg/ kg/ día (en 1-2 dosis, 1-3 días)
 - **Estilsona gotas[®] (Prednisolona)**
 - Vía oral 1-2 mg/ kg/ día (en 1-2 dosis, 1-3 días). 1 mg equivale a 6 gotas aprox.; 0.15 ml/ kg/ día equivale a 1 mg/ kg/ día. 1 ml = 40 gotas

 - **Urbason[®] (Metilprednisolona) ampollas 8 mg, 20 mg y 40 mg para uso iv/ im y comprimidos de 4 mg, 16 mg y 40 mg para uso oral**
 - Vía intravenosa, intramuscular: 1-2 mg/ kg/ día en 1-2 dosis, 1-3 días
 - Vía oral 0.8-1.5 mg/ kg/ día en 1-2 dosis, 1-3 días

 - **TRATAMIENTO URTICARIA CRÓNICA:**
 - Evitar la causa subyacente, si se conoce
 - Tratamiento sintomático con antihistamínicos H1 de 2^a generación

↓

 - Si control inadecuado tras 2-4 semanas (o antes si síntomas intensos): aumentar dosis de antihistamínico H1 de 2^a generación hasta 4 veces
- ↓

- Si control inadecuado tras 2-4 semanas (o antes si síntomas intensos): añadir omalizumab en mayores de 12 años

- REMITIR A CONSULTA DE ALERGIA INFANTIL:
 - Urticaria aguda en la que se sospeche etiología IgE mediada (antecedente de ingesta de alimento sospechoso 2 horas antes, medicamentosa, tras picadura de himenópteros, etc.)
 - Urticaria crónica (duración mayor de 6 semanas)
 - Episodios repetidos de angioedema sin habones

- BIBLIOGRAFÍA:
 1. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis and management of Urticaria. Position paper. Allergy. 2018; 73:1393-1414
 2. Autoimmune Theories of Chronic Spontaneous Urticaria. Bracken SJ, Abraham S, MacLeod AS. Frontiers in Immunology. 2019. Vol 10. Art 627
 3. Calderón Rodríguez S, Alonso Lebrero E. Urticaria y angioedema. Protoc diagn ter pediatr. 2013; 1:207-1
 4. Agencia Española del Medicamento. <http://www.aemps.es>