

 <p><b>Servicio de Pediatría</b> Hospital Clínico Universitario de Valencia</p>	 <p>DEPARTAMENT DE SALUT DE VALÈNCIA CLÍNIC-LA MALVA-ROSA</p>	<p><b>PROPIETARIO</b></p> <p>Servicio de Pediatría</p>
<p><b>PROCEDIMIENTO DE TRABAJO</b></p>	<p><b>VERSIÓN</b></p>	<p><b>FECHA</b></p>
<p><b>PROTOCOLO DE URTICARIA</b></p>	<p>1.1</p>	<p>01/06/2020</p>

<p><b>OBJETIVO</b></p>
<p>Manejo de la urticaria en Atención Primaria y derivación a la Unidad de Alergia Infantil.</p>
<p><b>RESPONSABLES</b></p>
<p>Pediatras de atención primaria y atención especializada.</p>

<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p>
<p><b><u>1. INTRODUCCIÓN</u></b></p> <p>La urticaria se caracteriza por la aparición de ronchas o habones, angioedema, o ambos. La prevalencia exacta en la infancia es desconocida (se estima 2-3%).</p> <p>El habón afecta a capas medias y superficiales de la dermis, cursa con inflamación central y eritema circundante, prurito/quemazón y resolución en 30 minutos-24 horas.</p> <p>El angioedema produce edema de la dermis profunda y el tejido celular subcutáneo, la piel puede estar eritematosa o normal, produce más dolor que prurito y la resolución es más lenta (hasta 72 horas).</p> <p><b><u>2. CLASIFICACIÓN</u></b></p> <p>Se clasifica según la duración y la identificación de factores desencadenantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aguda: duración del brote &lt; 6 semanas (la más frecuente, hasta 85% casos).</li> <li>• Crónica: duración del brote &gt; 6 semanas.</li> <li>• Espontánea: sin factores desencadenantes involucrados.</li> <li>• Inducible: con factores desencadenantes involucrados.</li> </ul>

### 3. ETIOLOGÍA DE LA URTICARIA AGUDA

- No mediadas por IgE (las más frecuentes):
  - Infecciones. Es **la más frecuente**. Producida sobre todo por infecciones víricas, pero también por bacterias y otros.
  - Picaduras de insectos no himenópteros.
  - Alteración metabolismo ácido araquidónico: AINES
- Mediadas por IgE:
  - Alimentos: leche, huevo, frutos secos, frutas, pescado, etc.
  - Inhalantes (epitelio animales y pólenes).
  - Fármacos, látex, himenópteros.

### 4. ETIOLOGÍA DE LA URTICARIA CRÓNICA

- Urticaria crónica espontánea: aparición espontánea de ronchas y/o angioedema durante más de 6 semanas por causa conocida o desconocida.
- Urticaria Inducible: dermografismo, por frío, retardada por presión, solar, por calor, angioedema vibratorio, colinérgica, de contacto y acuagénica.
- Es poco probable un origen alérgico y menos por alimentos, conservantes y colorantes. Las relacionadas con alergia alimentaria aparecen poco tiempo tras la ingesta, reaparecen siempre que se toma el alimento y suelen desaparecer espontáneamente o tras tratamiento en menos de 48-72 horas.

### 5. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es fundamentalmente clínico

- **Urticarias agudas:** **no** está indicado hacer ningún estudio diagnóstico, excepto si se sospecha alergia IgE mediada.
- **Urticarias crónicas:** el estudio se justifica por el DD con otras enfermedades (mastocitosis cutánea, urticaria-vasculitis, angioedema hereditario, ....) y para descubrir factores desencadenantes. Es importante hacer una anamnesis y EF detalladas:

- Antecedentes familiares de urticaria y personales de enfermedad autoinmune.
- Inicio de las lesiones, forma, tamaño, distribución, frecuencia y duración de las lesiones. Asociación o no de angioedema.
- Síntomas asociados: artralgias, fiebre, dolor abdominal recurrente.
- Agentes desencadenantes: físicos, ejercicio, alimentos, fármacos.
- Resolución espontánea o tras tratamiento.

## **6. TRATAMIENTO DE LA URTICARIA AGUDA**

- Tratamiento etiológico: evitar factores desencadenantes conocidos.
- Tratamiento sintomático:
  - Antihistamínicos orales, preferibles los de 2ª generación (Tabla 1).
  - Asociar tanda de corticoides orales si brote intenso (Tabla 2).
  - Si urticaria en contexto de anafilaxia: adrenalina im.

## **7. TRATAMIENTO DE LA URTICARIA CRÓNICA**

- Evitar la causa subyacente, si se conoce.
- Tratamiento sintomático con antihistamínicos de 2ª generación.
  - Si control inadecuado tras 2-4 semanas (o antes si síntomas intensos): aumentar dosis de antihistamínico de 2ª generación hasta 4 veces.

## **8. CRITERIOS PARA 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.

Nombre genérico Nombre comercial	Presentación farmacéutica	Dosificación en adultos	Dosificación pediátrica		Uso no recomendado (por edad) Observaciones
Dexclorfeniramina <i>Polaramine</i>	Comp. 2 mg Jarabe 2 mg/5 ml Ampollas 5 mg/ml	2 mg/4-6 h, vo 5-10 mg, iv o im	vo: 0,04 mg/kg/6 h 6-12 años: 1-2 mg/6-8 h 2-6 años: 0,5-1 mg/6-8 h	iv, im: 0,1 mg/kg 6-12 años: 2,5-5 mg 2-6 años: 0,5-2,5 mg	No estudiado en menores de 2 años Vía parenteral en la anafilaxia (iv, lentamente, en 1 minuto)
Hidroxizina <i>Atarax</i>	Comp. 25 mg Jarabe 10 mg/5 ml	25 mg/8 h	1-2 mg/kg/día en 3-4 dosis		Mayores de un año
Ketotifeno <i>Zastén</i>	Comp. 1 mg Jarabe 1 mg/5 ml	1-2 mg/12 h	>2-3 años: 1 mg/12 h (según tolerancia) 0,5-3 años: 0,5 mg/12 h (2,5 ml cada 12 horas)		No en menores de 6 meses
Cetirizina <i>Zyrtec, Alerisín,</i>	Comp. 10 mg Jarabe 5 mg/5 ml Gotas 10 mg/ml	10 mg/día	>6 años: 5-10 mg/día en 1-2 dosis 2-6 años: 2,5-5 mg/día en 1-2 dosis		No en menores de 2 años 1 gota = 0,5
Levocetirizina <i>Xazal, Muntel, Aralevo</i>	Comp. 5 mg Jarabe 2,5 mg/5 ml Gotas 5 mg/ml	5 mg/día	>6 años: 5 mg/día 2-6 años: 2,5 mg/día, en 2 dosis: 5 gotas/12 horas o 2,5 ml/12 h		No en menores de 2 años 1 gota = 0,25 mg
Loratadina <i>Clarityne</i>	Comp. 10 mg Jarabe 5 mg/5 ml	10 mg/día	>6 años (>30 kg): 10 mg/día 2-6 años (<30 kg): 5 mg/día		No en menores de 2 años
Desloratadina <i>Aerius</i>	Comp. 5 mg (+bucodispers.) Jarabe 2,5 mg/5 ml	5 mg/día	6-12 años: 2,5 mg/día 1-6 años: 1,25 mg/día		No en menores de 1 año
Ebastina <i>Bactil, Ebastel, Alastina</i>	Comp. 10 y 20 mg Jarabe 5 mg/5 ml	10-20 mg/día	6-12 años: 5 mg/día 2-6 años: 2,5 mg/día		No en menores de 2 años Efecto lento, no para uso en cuadros agudos
Fexofenadina <i>Telfast</i>	Comp. 120 y 180 mg	60 mg/12 h 120-180 mg/día			Mayores de 12 años Nulo efecto sedante
Mizolastina <i>Mizolen, Zolistán</i>	Comp. 10 mg	10 mg/día			Mayores de 12 años
Rupatadina <i>Alergoliber, Rinialer, Rupafin, Rescetina</i>	Comp. 10 mg Jarabe 1 mg/ml	10 mg/día	10-25 kg: 2,5 mg/día >25 kg: 5 mg/día >12 años: 10 mg/día		Mayores de 2 años
Bilastina <i>Bilaxten, Ibis, Obalix</i>	Comp. 10 y 20 mg Jarabe 2,5 mg/ml	20 mg/día	6-11 años: 10 mg/día >11 años: 20 mg/día		Mayores de 6 años

im: intramuscular; iv: intravenoso; vo: vía oral.

Tabla 1. Antihistamínicos sistémicos más usados en pediatría. Tomado de "Torral Pérez MT, Moral Gil L, Bosque García M. Farmacoterapia de las enfermedades alérgicas. Protoc diagn ter pediatr. 2019;2:35-49".

Nombre genérico Nombre comercial	Presentación farmacéutica	Dosis
Prednisona Prednisona <sup>®</sup> , Dacortin <sup>®</sup>	Comp 2.5, 5, 10, 30 y 50 mg	VO 1-2 mg/Kg/día, en 1-2 dosis, durante 1-3 días
Prednisolona Estilsona <sup>®</sup> gotas  Paidocort <sup>®</sup> gotas	1 mg ~ 6 gotas aprox; 0,15 mL/Kg/día = 1 mg/Kg/día 1 mL = 40 gotas = 7 mg  3 mg = 1 mL	VO 1-2 mg/Kg/día, en 1-2 dosis, durante 1-3 días
Metilprednisolona Urbasón <sup>®</sup>	Amp 8, 20 y 40 mg IV/IM Comp 4, 16 y 40 mg	Vía IV, IM 1-2 mg/Kg/día, en 1-2 dosis, durante 1-3 días VO 0,8-1,5 mg/Kg/día, en 1-2 dosis, 1-3 días

Tabla 2. Corticoides sistémicos más utilizados en pediatría.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. The EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/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. Álvaro Lozano M. Urticaria y angioedema. Protoc diagn ter pediater. 2019;2:149-60.
4. Agencia Española del Medicamento. <http://www.aemps.es>

## **RESPONSABLES**

Pediatras de atención primaria y atención especializada.

## **REDACTADO POR:**

María José Palao Ortuño, Eva Flor Macián flor\_eva@gva.es

## **REVISADO POR:**

José María Martín (Servicio de Dermatología Infantil)- Silvia Castillo Corullón - Maite Asensi Monzó - Juan Carlos Juliá Benito