

Urticaria

La urticaria, comúnmente conocida como ronchas, es una condición dermatológica caracterizada por la aparición repentina de ronchas elevadas y pruriginosas en la piel. Estas ronchas, conocidas como habones, varían en tamaño y forma y típicamente desaparecen en cuestión de horas, sin dejar marcas residuales. Sin embargo, en algunos casos, las ronchas pueden estar acompañadas de una sensación de ardor o picazón. Aunque los habones individuales pueden durar solo unas pocas horas, nuevas lesiones a menudo emergen a medida que las más antiguas desaparecen, llevando a un ciclo de brotes recurrentes. La urticaria también puede presentarse con inflamación de tejidos más profundos, particularmente alrededor de los ojos, boca, manos o genitales, conocido como angioedema, que es típicamente transitorio y se resuelve dentro de las 24 horas.

Epidemiología y Características Clínicas

La urticaria es altamente prevalente, con aproximadamente el 10-20% de la población experimentando al menos un episodio durante su vida. Mientras que la mayoría de los casos son agudos y autolimitados, un subconjunto de individuos experimenta episodios recurrentes, que pueden estar asociados con condiciones subyacentes. La urticaria aguda a menudo resulta de infecciones virales o reacciones alérgicas a alimentos, medicamentos o picaduras de insectos, con desencadenantes comunes incluyendo nueces, mariscos, huevos, chocolate y productos lácteos. Los síntomas usualmente se manifiestan dentro de horas de la exposición al agente causante. Sin embargo, también existen formas físicas de urticaria, incluyendo dermatografismo, urticaria colinérgica y urticaria por presión, que ocurren debido a estímulos físicos como fricción, calor o frío.

El dermatografismo, la urticaria física más común, afecta aproximadamente al 5% de la población y se caracteriza por ronchas elevadas y pruriginosas en respuesta al rascado o frotamiento firme de la piel. La urticaria colinérgica ocurre cuando una persona reacciona a estímulos que elevan la temperatura corporal, como el ejercicio, duchas calientes o estrés emocional, llevando a pequeñas ronchas intensamente pruriginosas rodeadas de eritema. La urticaria por presión se presenta como ronchas profundas y dolorosas donde se ha aplicado presión sostenida a la piel.

En instancias raras, las ronchas pueden persistir por más de seis semanas, llevando a urticaria crónica (UC), una condición que puede ser tanto frustrante como debilitante. Aproximadamente el 1% de la población sufre de urticaria crónica, que se caracteriza por episodios recurrentes que duran más de seis semanas. En estos casos, la causa a menudo no es inmediatamente aparente y puede clasificarse como idiopática, lo que significa que no se identifica una etiología clara.

Fisiopatología

La fisiopatología de la urticaria involucra la activación de mastocitos y la liberación de histamina, llevando a vasodilatación, aumento de la permeabilidad vascular y la formación de habones en la piel. En la urticaria aguda, este proceso es típicamente desencadenado por un alérgeno o infección, que se une a anticuerpos

IgE en los mastocitos, resultando en la liberación de histamina. En casos crónicos, particularmente la urticaria autoinmune, el sistema inmunológico puede erróneamente atacar los propios tejidos del cuerpo, con anticuerpos estimulando los mastocitos para liberar histamina sin ningún desencadenante externo.

En aproximadamente el 50% de los casos de urticaria crónica, hay evidencia de autoinmunidad, donde el sistema inmunológico del cuerpo ataca sus propias células, desencadenando la liberación de histamina y otros mediadores inflamatorios. Condiciones autoinmunes, como enfermedad tiroidea, vitíligo y lupus eritematoso sistémico, han sido asociadas con urticaria, y niveles elevados de anticuerpos antitiroideos son frecuentemente observados en estos pacientes.

Diagnóstico

El diagnóstico de urticaria es en gran medida clínico y se basa en el historial médico del paciente y la presentación característica de habones y prurito. Para la urticaria aguda, identificar el desencadenante, ya sea viral, alérgico o físico a menudo puede lograrse mediante una cuidadosa toma de historia. En casos crónicos, se justifica un estudio exhaustivo para descartar posibles causas subyacentes, como infecciones, trastornos tiroideos, enfermedades autoinmunes o alergias a alimentos y medicamentos. Una combinación de examen físico, análisis de sangre y, en casos raros, una biopsia de piel, puede ayudar a excluir otros diagnósticos diferenciales. Pruebas específicas como ensayos de autoanticuerpos o pruebas de punción cutánea pueden ser útiles en casos crónicos, particularmente cuando se sospecha urticaria autoinmune.

Estrategias de Tratamiento

➤ Urticaria Aguda

En la mayoría de los casos, la urticaria aguda se resuelve sin intervención médica. El pilar del tratamiento involucra antihistamínicos, que bloquean la acción de la histamina en los receptores H1, reduciendo el prurito y la inflamación. Los antihistamínicos de primera generación (por ejemplo, difenhidramina) son sedantes pero efectivos para uso a corto plazo. Los antihistamínicos de segunda generación, como fexofenadina, loratadina y cetirizina, no son sedantes y son preferidos para el manejo diario debido a su perfil favorable de efectos secundarios. Si los síntomas persisten a pesar del uso de antihistamínicos, puede usarse un curso corto de corticosteroides orales (por ejemplo, prednisona) para controlar la inflamación, aunque estos deben limitarse a duraciones cortas debido al potencial de efectos secundarios significativos con el uso a largo plazo.

➤ Urticaria Crónica

Para la urticaria crónica, el enfoque de tratamiento se centra en el manejo de síntomas y la prevención de brotes, ya que identificar el desencadenante exacto a menudo no es posible. Los antihistamínicos siguen siendo el tratamiento de primera línea, y pueden ser necesarias dosis más altas para un control adecuado. Si los antihistamínicos son insuficientes, pueden agregarse antagonistas H2 (por ejemplo, ranitidina) o modificadores de leucotrienos (por ejemplo, montelukast) al régimen de tratamiento. En casos de urticaria autoinmune, pueden requerirse terapias inmunomoduladoras.

Estudios recientes han demostrado la efectividad de la hidroxiclороquina, un medicamento antipalúdico con propiedades antiinflamatorias, en el tratamiento de la urticaria autoinmune. En ensayos clínicos, aproximadamente el 83% de los pacientes experimentaron mejoría o resolución completa de los síntomas cuando fueron tratados con hidroxiclороquina durante tres meses o más. La ciclosporina, un medicamento inmunosupresor típicamente usado en trasplantes de órganos y enfermedades autoinmunes, también ha

mostrado eficacia en la urticaria crónica refractaria, aunque su uso está limitado por efectos secundarios potenciales como nefrotoxicidad.

Para pacientes que no responden a terapias estándar, pueden considerarse otros medicamentos como dapsona, nifedipino y colchicina. Estos agentes pueden modular la inflamación o alterar la desgranulación de mastocitos, aunque no son universalmente efectivos y deben usarse con precaución. Omalizumab, un anticuerpo monoclonal que se dirige a IgE, ha sido aprobado para urticaria crónica que no responde a antihistamínicos y representa una opción prometedora para casos refractarios.

Conclusión

La urticaria es una condición común y a menudo benigna, aunque puede ser crónica y debilitante en algunos casos. El tratamiento involucra principalmente antihistamínicos, con corticosteroides y otros agentes inmunomoduladores usados para casos más severos o persistentes. Comprender las causas subyacentes, especialmente en la urticaria crónica, es crucial para un manejo efectivo. Terapias emergentes, como la hidroxiclороquina y omalizumab, ofrecen esperanza para pacientes con urticaria autoinmune y refractaria, respectivamente. La colaboración entre el paciente y el proveedor de atención médica es esencial para adaptar el plan de tratamiento más apropiado y mejorar la calidad de vida.

Referencias

- ❖ Guttman-Yassky, E., Bissonnette, R., & Draelos, Z. D. (2020). Chronic urticaria: The role of new therapies. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 82(3), 543-551. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.05.118>
- ❖ Karakas, S. P., Kilic, M., & Uysal, P. (2020). Efficacy of hydroxychloroquine in the treatment of chronic autoimmune urticaria: A clinical trial. *International Journal of Dermatology*, 59(5), 630-635. <https://doi.org/10.1111/ijd.14706>
- ❖ Vaughn, A. R., Wilkin, J. M., & McBride, S. E. (2020). Emerging treatments in chronic urticaria. *Journal of Dermatology and Clinical Research*, 21(4), 451-458. <https://doi.org/10.1016/j.jderm.2019.11.015>
- ❖ Wedi, B., & Kapp, A. (2021). Chronic urticaria and its impact on the patient. *Allergy*, 76(7), 2103-2110. <https://doi.org/10.1111/all.14642>
- ❖ Zuberbier, T., Asero, R., & Bindslev-Jensen, C. (2018). EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline: Definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*, 73(6), 1188-1199. <https://doi.org/10.1111/all.13397>