

URTICARIA

La urticaria es un síndrome reaccional de piel y mucosas que por un estímulo desconocido induce a los mastocitos a la liberación de mediadores que llevan a un edema cutáneo formando habones y/o angioedema. Es por ello que, aunque la identificación de la causa es importante para una aproximación diagnóstica, el abordaje terapéutico es universal, basándose en la similitud a cualquier proceso alérgico, centrado en el alivio a corto plazo del prurito. En algunos casos, la aplicación de lociones antipruriginosas y la evitación de los factores desencadenantes, si se conocen, pueden ser suficientes, pero es habitual que se requiera el uso de fármacos sistémicos.

Por otra parte, la severidad de los síntomas y la naturaleza o magnitud del estímulo que los provoca o perpetúa puede variar considerablemente de un paciente a otro. Si un paciente alérgico no tiene contacto con su alérgeno causante, permanecerá asintomático, pero ello no supondrá que no siga teniendo ese problema de salud.

Es importante tener en cuenta estas consideraciones en el manejo del tratamiento de la urticaria y poder establecer un algoritmo que pueda servir, tanto para el tratamiento de pacientes con una sintomatología más fácil de abordar, como para casos más refractarios.

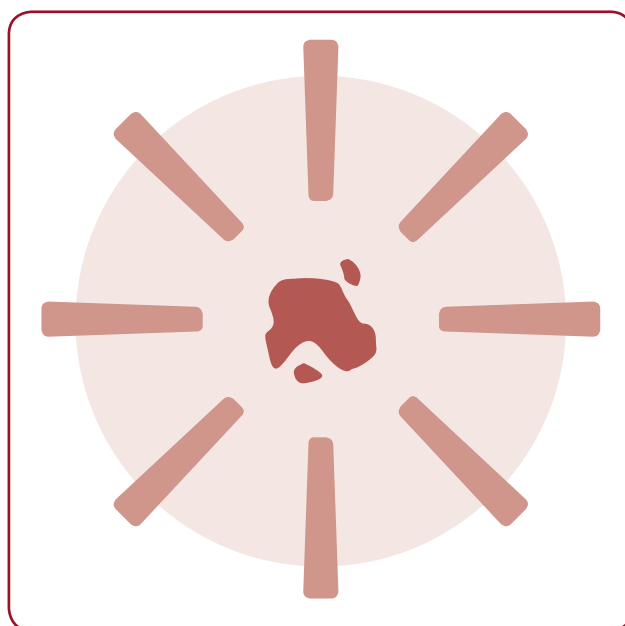
Identificación y eliminación o evitación del estímulo o desencadenante.

Para poder llevar a cabo la eliminación o las medidas adecuadas para evitar el agente o estímulo que provoca la urticaria es necesario conocerlo y esto no es un proceso sencillo en muchas ocasiones ya que, por ejemplo, en caso de detectarse una infección, ésta puede ser el desencadenante, un factor agravante o simplemente un problema de salud concomitante no asociado a la urticaria. Además, una vez identificado el posible agente causante, deberá repetirse la prueba de exposición para confirmarlo ya que, aunque los síntomas remitan, siempre puede coincidir con una remisión espontánea de la propia urticaria.

Cuando se sospeche que el agente causante sea un medicamento, éste deberá suspenderse inmediatamente o sustituirse, en caso necesario, por un fármaco que no tenga el mismo efecto secundario. Fármacos que causan reacciones de hipersensibilidad no alérgica como los AINEs pueden provocar o agravar una urticaria crónica espontánea pre-existente, por lo que su eliminación mejorará los síntomas del paciente.

Tratamiento

Como primera elección suele iniciarse tratamiento con antihistamínicos orales que ayudan a disminuir el prurito y el número y duración de los habones. Si no existe respuesta o si ésta es leve se puede aumentar la dosis del antihistamínico o realizar combinaciones. En los casos en los que la clínica es severa y la sintomatología intensa, está indicado el uso de glucocorticoides por periodos cortos y aplicados en pauta descendente. Otro tipo de tratamientos como terapias inmunosupresoras, inmunoglobulinas o plasmaféresis quedan reservados a los casos más extremos en los que la afectación es discapacitante para el paciente. También se han probado diversos tratamientos con sulfasalazina, metrotexato, colchicina, dapsona y ciclofosfamida con distintos resultados.



Cuestionario para la medida de la calidad de vida en casos de urticaria crónica (QoL-instrument).

El cuestionario se referirá a la situación del paciente durante los últimos 15 días.

A. ¿cuánto le han molestado los siguientes síntomas?

1. Prurito (picores).
☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo
2. Habones (ronchas).
☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo
3. Edema ocular.
☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo
4. Edema labial.
☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo

B. ¿La urticaria ha limitado su vida cotidiana?

5. Trabajo-estudios.
☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo
6. Actividad física.
☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo
7. Sueño.
☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo
8. Tiempo libre.
☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo
9. Relaciones sociales.
☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo
10. Alimentación.
☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo

C. Con el fin de profundizar en las posibles dificultades y problemas psicológicos relacionados con la urticaria, podemos recurrir a las siguientes preguntas:

11. ¿Tiene problemas para conciliar el sueño?
☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo
12. ¿Se despierta durante la noche?
☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo
13. ¿Durante el día está cansado porque en la noche no duerme bien?
☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo
14. ¿Tiene dificultad para concentrarse?
☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo
15. ¿Se siente nervioso?
☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo
16. ¿Se siente bajo de moral?
☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo
17. ¿Tiene que limitarse al escoger sus alimentos?
☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo
18. ¿Le avergüenzan las marcas que, debido a la urticaria, aparecen en su cuerpo?
☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo
19. ¿Le avergüenza frecuentar locales públicos?
☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo

20. ¿Es un problema para usted utilizar cosméticos (por ejemplo, perfumes, cremas, lociones para baño, maquillaje)?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo

21. ¿Se siente condicionado para la elección de su ropa?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo

22. ¿Limita su actividad deportiva debido a la urticaria?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo

23. ¿Le molestan los efectos secundarios de los fármacos que se administra para el control de la urticaria?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo

Tratamiento farmacológico.

La mayoría de los fármacos utilizados para el tratamiento de la urticaria modulan la capacidad de degranulación del mastocito y de liberación de sus mediadores. Se incluyen en este grupo ciertos antihistamínicos, los corticosteroides, la ciclosporina A (CsA), el tacrolimus, el metotrexato o la fototerapia. Los fármacos mayoritariamente empleados en el manejo de la urticaria ejercen su efecto bloqueando los receptores y modulando

los mediadores que, situados sobre las fibras nerviosas y los vasos sanguíneos, inducen prurito, vasodilatación y quimiotaxis, como los antihistamínicos (anti-H1 y H2), antileucotrienos, o la dapsona, por ejemplo. Otros principios activos actúan previamente a la activación de la célula efectora o mastocito. Este grupo incluye el omalizumab (un anticuerpo monoclonal con capacidad para unirse a la IgE), la plasmaféresis o las inmunoglobulinas intravenosas.

Tratamientos de la urticaria crónica según su mecanismo de acción.

Moduladores de IgE	Moduladores de los mastocitos	Receptores nervios, vasos y quimiotaxis
Omalizumab	Antihistamínicos	Antihistamínicos
Inmunoglobulinas intravenosas	Corticosteroides	Antileucotrienos
Plasmaféresis	Ciclosporina	Dapsona
Micofenolato mofetil	Tacrolimus	Colchicina
	Fototerapia	Micofenolato mofetil
	Ácido tranexámico+HBPM	Ácido tranexámico+HBPM
		Interferón
		Anti-TNF alfa

HBPM: heparina de bajo peso molecular; TNF: tumoral necrosis factor.

Antihistamínicos

Los antihistamínicos han sido utilizados en el tratamiento de la urticaria desde hace más de 60 años y siguen siendo el tratamiento de primera elección, ya que la histamina desempeña un papel clave en la formación de la lesión típica de urticaria. Se ha observado que en pacientes afectados de urticaria los niveles locales de histamina son mayores que en individuos sanos, tanto en la piel afectada como en la piel sana.

La mayoría de los síntomas de la urticaria son la consecuencia de las acciones de la histamina sobre los receptores H1 localizados en las células endoteliales (habón) y en las terminaciones nerviosas sensitivas (prurito). Los antihistamínicos actúan sobre el endotelio de las vénulas poscapilares disminuyendo la extravasación y la formación del habón, y sobre las fibras nerviosas aferentes de la piel reduciendo el prurito.

Los antihistamínicos H1 de primera generación poseen efectos anticolinérgicos y atraviesan la barrera hematoencefálica, por lo que presentan un efecto sedante. Dichos efectos secundarios pueden limitar la adherencia al tratamiento, por lo que suelen reservarse para aquellos casos agudos en los que la sintomatología pruriginosa es de predominio nocturno (que impide conciliar el sueño) y en pacientes no respondedores a antihistamínicos de segunda generación, de elección en la urticaria crónica. No obstante, algunas guías recomiendan seguir utilizando antihistamínicos no sedantes y adicionar un hipnótico si el paciente refiere insomnio.

Los antihistamínicos H1 de segunda generación han demostrado su eficacia en el tratamiento de los sín-

tomas de la urticaria que, además, al no atravesar la barrera hematoencefálica, no ocasionan efectos sedantes y no suelen presentar efectos secundarios anticolinérgicos. De hecho, son el único tratamiento con evidencia clase 1 y grado de recomendación A, por lo que son fármacos de elección en el tratamiento actual de la urticaria crónica (UC) pero, en gran parte de los pacientes, los síntomas persisten a pesar del tratamiento con antihistamínicos a dosis recomendadas, probablemente como consecuencia de que las dosis recomendadas han sido establecidas para el tratamiento de otras enfermedades de base alérgica como la rinitis estacional. En estos casos se recomienda aumentar la dosis de antihistamínico hasta 4 veces la dosis recomendada.

Antihistamínicos H1 de segunda generación:

Principio activo	Mecanismo de acción	Dosificación	Efectos secundarios
Mizolastina	Reclutamiento neutrófilos, 5-lipooxigenasa VEGF, TNF alfa	10mg/24h	Prolongación intervalo QT, Alteraciones gastrointestinales, Sequedad de boca, somnolencia, cefalea, Aumento de apetito
Terfenadina	Quimiotaxis eosinófilos, Adherencia eosinófilos, Generación superóxido IL-6, IL-8, TNF alfa GM-CSF	60-120mg/24h	Cardiotoxicidad, Cefalea, vértigo, Aumento sudoración, Alteraciones digestivas, Sedación, sequedad de boca
Fexofenadina		180mg/24h	Cefalea, mareo, somnolencia, fatiga, sequedad de boca, náuseas
Loratadina	Quimiotaxis eosinófilos IL-8, RANTES, ICAM-1	10mg/24h	Somnolencia/insomnio, cefalea, aumento del apetito
Desloratadina	Quimiotaxis eosinófilos, Producción superóxido, TNF alfa, IL-1, IL-6, IL-8, IL-13P-selectina, ICAM-1, Apoptosis de eosinófilos, Activación NK-BK	5mg/24h	Cansancio, sequedad de boca, Cefalea
Rupatadina	PAF, TNF alfa	10mg/24h	Somnolencia, cefalea, fatiga
Ebastina	Antihistamínico, Antialérgico	10-20mg/24h	Cefalea, somnolencia, fatiga, sequedad de boca, rinitis, faringitis
Acrivastina		16-24mg/24h	
Ceterizina	Adhesión eosinófilos, Quimiotaxis eosinófilos y neutrófilos, Quimiotaxis linfocitos T y monocitos IL-8, MCP1/ RANTES NF-kB 19ICAM-1LTC4	10mg/24h	Cefalea, somnolencia, fatiga, Sequedad de boca, Alteraciones gastrointestinales
Levocetirizina		5mg/24h	

GM-CSF: factor estimulante de las colonias de granulocitos-macrófagos; ICAM: molécula de adhesión intercelular; IL: interleucina; LTC4: leucotrieno C4; PAF: factor activador de plaquetas (platelet activation factor); RANTES: regulated and normal T cell expressed and secreted; TNF alfa: factor de necrosis tumoral; VEGF: factor de crecimiento del endotelio vascular.

Los antihistamínicos H2 tienen un papel controvertido en el tratamiento de la urticaria. Los vasos sanguíneos cutáneos contienen tanto receptores H1 como receptores H2 y la activación de ambos tipos induciría la formación de habón y eritema, aunque la activación de H2 posee un escaso efecto sobre el prurito. Existen diversos estudios de valoración de la eficacia de la combinación antihistamínicos H1 y antihistamínicos H2 en los que se observa un posible efecto sinérgico. Sin embargo, esta asociación no parece justificada en el tratamiento de la UC al no haberse demostrado una eficacia significativamente superior. En este grupo se encuentran cimetidina, ranitidina, nizatidina y famotidina.

Uso de antihistamínicos en situaciones especiales

Los antihistamínicos se sitúan en las categorías B y C de riesgo durante el embarazo. Dentro de la categoría B (no existe evidencia de daño fetal durante el embarazo) se incluyen los antihistamínicos de segunda generación cetirizina y loratadina. Suele recomendarse, dada la mayor experiencia acumulada, la prescripción de antihistamínicos de primera generación como clorfeniramina y, en fase de lactancia, se aconseja también la cetirizina o la loratadina, siempre a las menores dosis posibles.

En niños mayores de 12 años pueden utilizarse todos los antihistamínicos y para el tratamiento de la urticaria en mayores de 2 años está aprobado el uso de cetirizina, loratadina y desloratadina. En caso de insuficiencia renal o hepática grave se recomienda, como medida general, disminuir la dosis de antihistamínicos H1 de 2ª generación.

Antileucotrienos

Los leucotrienos actúan atrayendo células a los lugares de la inflamación, amplificando así la respuesta inflamatoria. Aunque su respuesta es poco predecible, Montelukast puede ser efectivo en el tratamiento de la urticaria autoinmune, la urticaria por presión retardada y en la urticaria complicada con

intolerancia al ácido acetilsalicílico o a colorantes alimentarios, pero no ha mostrado ninguna o casi ninguna efectividad en UC idiopática. Puede administrarse asociado a antihistamínicos H1 de 2ª generación. Se ha utilizado para tratar la urticaria eosinofílica (infiltrado eosinofílico en la biopsia cutánea) dado que los eosinófilos activados inducen la síntesis de mediadores eicosanoides generados a partir de ácido araquidónico y leucotrienos, particularmente LTC₄, LTD₄ y LTE₃.

Corticosteroides

Aunque no existen estudios controlados del uso de los corticosteroides en el tratamiento de la urticaria/angioedema, se recomienda su prescripción a ciclos cortos y en pautas descendentes en el tratamiento de exacerbaciones severas de la UC especialmente cuando se acompaña de angioedema por el riesgo de dificultad respiratoria secundaria (grado de recomendación D). También pueden administrarse cuando existen dificultades en el control de los síntomas con antihistamínicos en monoterapia o cuando se desea obtener una mejoría clínica rápida. También se han utilizado en el tratamiento de la urticaria vasculitis. Se recomienda administrar la dosis mínima eficaz y evitar tratamientos prolongados para evitar la aparición de efectos secundarios. Los corticosteroides tópicos no deben utilizarse en la urticaria.

Ciclosporina A

La CsA actúa bloqueando la síntesis de IL-2 provocando una situación de inmunosupresión celular y humoral. En el manejo de la UC la ciclosporina está indicada en pacientes con UC grave que no han respondido a antihistamínicos. Se usa a dosis de 3-5mg/kg/día por lo menos durante 2 meses. Las dosis y la duración óptima del tratamiento no han sido definidas y no existen criterios predictivos de respuesta. Se ha observado también respuesta en pacientes con UC espontánea. Los principales efectos secundarios son la neurotoxicidad y la hipertensión arterial.

Contraindicaciones para tratamiento con ciclosporina A

Contraindicaciones absolutas	Contraindicaciones relativas
Hipertensión arterial mal controlada	<18 años o >65 años
Insuficiencia renal	Abuso drogas y alcohol
Antecedentes de malignidad	Embarazo y lactancia
Infecciones no controladas	Disfunción hepática severa
No posibilidad de seguimiento	Inmunodeficiencia primaria o secundaria
	Diabetes mellitus
	Epilepsia

Antidepresivos tricíclicos.

Los antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina o, sobre todo, la doxepina han sido utilizados ampliamente en el tratamiento de la UC por su potente efecto antihistamínico H1 y H2. Sin embargo, su uso está limitado por sus efectos sedantes y anticolinérgicos que se potencian con el uso de alcohol, y por el riesgo relativo de arritmias cardíacas secundarias al alargamiento del intervalo QT. Suele recomendarse su administración por la noche (por sus efectos sedantes) y son especialmente útiles en casos en los que coexiste depresión. En el tratamiento de la UC la doxepina se usa a dosis de 10-30mg.

Tacrolimus

Se ha usado con éxito para el tratamiento de UC corticoddependiente a dosis de 0,5-2mg/kg/día en 2 tomas. Actúa inhibiendo los linfocitos T y disminuyendo la liberación de citocinas inflamatorias.

Micofenolato mofetil

El micofenolato mofetil es un fármaco inmunomodulador que actúa inhibiendo la síntesis de ADN en los linfocitos. Es un inhibidor reversible de la inosina monofosfato deshidrogenasa (presente exclusivamente en linfocitos e involucrada en la síntesis de purinas). En la UC inhibe la producción de autoanticuerpos frente al receptor de alta afinidad de IgE o frente a la propia IgE. También reduce la expresión de moléculas de adhesión en células endoteliales e inhibe la migración de linfocitos a la piel. Se ha visto que el uso de micofenolato mofetil para el tratamiento de la UC (tanto autoinmune como idiopática) puede ser efectivo en la disminución del prurito, la duración, el número de habones y el número de episodios de urticaria/angioedema. En algunos casos se ha comunicado una remisión completa. Se han utilizado dosis de 500mg/12h durante 2-4 semanas. Es un fármaco seguro y con pocos efectos secundarios (principalmente gastrointestinales a las dosis usadas para el tratamiento de la UC, aunque estos mejoran con el tiempo).

Ciclofosfamida

El uso de ciclofosfamida intravenosa, en el intento de erradicar la producción de autoanticuerpos en una paciente con urticaria crónica idiopática corticoddependiente, resultó eficaz administrada a dosis correspondientes al 20% de las usadas en cáncer al alcanzar la remisión completa, pudiendo suspender el tratamiento corticosteroide tras 13 años de uso continuado.

Metotrexato

En un estudio retrospectivo de casos que incluyó pacientes con urticaria crónica de etiologías diversas, Metotrexato fue de utilidad en algunos casos como fármaco ahorrador de corticosteroides a dosis de 10-15mg semanales. La presencia o ausencia de autoanticuerpos en suero no parece relacionarse con la respuesta, por lo que se cree que su mecanismo de respuesta se halla más relacionado con su efecto antiinflamatorio que inmunosupresor, siendo tan eficaz en el tratamiento de la UC idiopática como autoinmune.

Fármacos anti-TNF (factor de necrosis tumoral)

Existe escasa literatura sobre el tratamiento de la UC con inhibidores de TNF alfa. Magerl et al. describieron el caso de un paciente con psoriasis y UC por presión retardada en el que el tratamiento con etanercept consiguió una mejoría rápida y persistente.

Fototerapia

La fototerapia se ha utilizado para el tratamiento de la UC idiopática y en el dermatografismo sintomático, ya que reduce el número de mastocitos cutáneos en la dermis superficial. El tratamiento consiste en la aplicación de UVA, UVB o UVB de banda estrecha durante 1-3 meses. En un ensayo aleatorizado con control, el tratamiento con UVB de banda estrecha presentó buenos resultados como tratamiento complementario junto a antihistamínicos y, en algunos casos, se ha observado una eficacia de hasta 3 meses después de finalizar el tratamiento.

Inmunoglobulinas intravenosas

Las indicaciones de las inmunoglobulinas intravenosas aceptadas por la FDA son inmunodeficiencias primarias, inmunodeficiencias secundarias, enfermedad de Kawasaki y la púrpura trombocitopénica idiopática. En el tratamiento de la UC se ha utilizado sobre todo para la UCA refractaria a otros tratamientos. O'Donnell et al. trataron a 10 pacientes con UCA severa a dosis de 400mg/kg/día durante 5 días con mejoría clínica en 9 de los 10 pacientes, en 3 de los cuales hubo una mejoría a largo plazo. También se ha descrito algún caso de buena respuesta en pacientes con urticaria por presión retardada y urticaria solar. El mecanismo de acción involucrado no está del todo claro, pero se ha propuesto que las inmunoglobulinas intravenosas podrían contener anticuerpos antiidiotípicos que competirían con las IgG endógenas por los receptores H1, bloqueando la liberación de histamina. La saturación de la

Fc de los receptores por inmunoglobulinas evita la unión de IgE a los mastocitos cutáneos e impide la liberación de histamina y el desarrollo de habones. Se desconoce el motivo por el cual el efecto se mantiene en el tiempo. Es un tratamiento de elevado coste económico y con una morbilidad importante. No existen estudios controlados.

Plasmaféresis

La plasmaféresis es una técnica de depuración extracorpórea que consiste en la separación del plasma y los elementos de la sangre con el fin de eliminar aquellos patógenos causantes de la enfermedad. En la UC debe utilizarse en combinación con fármacos inmunosupresores para prevenir la reacumulación de autoanticuerpos liberadores de histamina. No existen ensayos clínicos controlados, pero se ha usado en casos de UC resistente a tratamiento, aunque es una terapia cara con una potencial morbilidad y recurrencias frecuentes.

Omalizumab

Omalizumab es un anticuerpo monoclonal que se une a la IgE y evita así que ésta se una a los receptores de los

mastocitos y basófilos que desencadenan la reacción alérgica. Los complejos IgE-omalizumab son eliminados por fagocitosis y las concentraciones de IgE libre se reducen en un 95-99% en pocos días, previniendo su activación y degranulación por autoanticuerpos.

Varios estudios han demostrado que omalizumab consigue disminuir la sintomatología, mejorar la calidad de vida y reducir la necesidad de tomar medicación de rescate en pacientes con UC. En general los efectos adversos descritos son leves (rinofaringitis, diarrea, cefalea, sintomatología local en zona de inyección) aunque se ha dado algún caso grave de anafilaxia.

Otros Fármacos utilizados en el tratamiento de la urticaria son Nifedipino, anticoagulantes/antifibrinolítico, Dapsone, Colchicina, Sulfasalazina e Hidroxicloroquina.

Urticaria inducida por fármacos

La urticaria inducida por fármacos puede estar causada por la activación de los mastocitos, vía IgE, por complejos inmunes o por la activación de vías no inmunológicas.

Los fármacos que se asocian más frecuentemente con urticaria son:

Ácido acetilsalicílico	Opiáceos
Sales de oro	Penicilinas
Heparina	Sulfonamidas
Ibuprofeno	Sulindac
Indometacina	Tartrazina
Medio de contraste ionizado	Tolmetin
Naproxeno	

Estas lesiones pueden aparecer a los pocos minutos o a las horas de la exposición al fármaco, por lo que son consideradas reacciones inmediatas, que en algunos casos son la primera manifestación de una reacción anafiláctica. También pueden darse reacciones tardías, que pueden aparecer hasta 21 días después de la exposición. La aparición de estas reacciones pueden estar relacionadas con las concentraciones del fármaco empleado.

Otros síntomas que pueden acompañar la urticaria son fiebre, linfadenopatías, artralgias y exudado de las articulaciones.

El tratamiento depende de la gravedad de los síntomas y de la posibilidad de identificación de la causa. No se recomienda el empleo de fármacos tópicos, como los antihistamínicos, puesto que pueden aumentar la incidencia de sensibilización por contacto.

Resumen.

La urticaria tiene diversas presentaciones clínicas y causas. Se caracteriza por la presencia de ronchas o placas eritematosas, edematosas transitorias de diferente tamaño.

Es una de las enfermedades dermatológicas más frecuentes. Se clasifica de acuerdo con el tiempo de evolución, en aguda (menos de 6 semanas) o crónica (más de 6 semanas). Se calcula que la urticaria aguda afecta a 20% de la población a escala mundial. Diversos estudios recientes en este campo han contribuido considerablemente al entendimiento de la patogenia de la urticaria.

Las estrategias de manejo incluyen medidas no farmacológicas, como la identificación del agente causante y las medidas higiénico dietéticas necesarias para evitarlo, y farmacológicas, que se encuentran agrupadas en fármacos de primera línea (antihistamínicos), de segunda línea (corticosteroides y antileucotrienos) y de tercera línea (inmunomoduladores), aunque existen otros medicamentos que pueden ser útiles en según que casos.

Las causas más frecuentes son algunos alimentos, fármacos e infecciones.

El tratamiento depende del tipo de reacción observada, aunque lo que siempre se debe intentar es suspender la causa que ha originado la reacción e intentar que esta no se vuelva a producir, evitando su contacto o ingestión, así como el reinicio del tratamiento, si el causante fue un fármaco, ya que podría volver a desencadenar la reacción dermatológica, que en algunos casos podría poner incluso en peligro la vida del paciente.

La urticaria inducida por fármacos es un tipo de reacción adversa que en los últimos años está aumentando, en parte al mayor número de fármacos que se comercializan rápidamente tras la realización de los ensayos clínicos. El farmacéutico tiene un papel clave para poder detectar estas reacciones y para prevenirlas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Urticaria. PAM 2014; 38 (379): 1042-1046. http://www.dicaf.es/dicafdigest_card.php?id=5652
2. 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.
3. Actualización en el tratamiento de la urticaria crónica Actas Dermosifiliogr 2014;105:469-82 - Vol. 105 Núm.5 DOI: 10.1016/j.ad.2012.12.019
4. Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-Q2oL). J Investig Allergol Clin Immunol 2008;18:426-432.
5. Solar urticaria treated with intravenous immunoglobulins. J Am Acad Dermatol, 65 (2011), pp. 336-340 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2010.05.040>
6. Diagnosis and treatment of urticaria and angioedema: a worldwide perspective. World Allergy Organ J 2012;5:125-147.
7. Guía mexicana para el Diagnóstico y tratamiento de la Urticaria. Revista Alergia México 2014;61(Supl. 2):S117-S193.
8. Urticaria vasculitis: estudio retrospectivo de 15 casos. Actas Dermosifiliogr. 2013;104(7):579-585

Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>
Información y suscripciones:
DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA
Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>