



Urticaria crónica: características clínicas de un grupo de pacientes de Veracruz, México

Juan Ignacio Salgado Gama,* Paulo Barrera Perigault,** Martín Becerril Ángeles**

RESUMEN

Antecedentes: la urticaria crónica y el angioedema tienen incidencia elevada en la población general. Ambas enfermedades representan un reto en la identificación de sus causas, que en la mayor parte de los casos no llegan a conocerse.

Objetivo: investigar algunas causas de urticaria crónica y angioedema, así como su evolución en un grupo de pacientes.

Pacientes y métodos: se incluyeron 32 pacientes con urticaria crónica y angioedema, con mala reacción al tratamiento previo. A todos se les elaboró una historia clínica y se les solicitó biometría hemática completa, examen general de orina, cultivo de exudado faríngeo y estudios coproparasitoscópicos (tres). En algunos casos se hicieron otros exámenes de laboratorio y gabinete.

Resultados: predominó el sexo femenino 22/32 (69%). Se observó que 75% de los pacientes tenían más de 20 años de edad. El tiempo de evolución tuvo una moda entre tres y seis meses, con variaciones de tres meses a seis años. En 16 casos se detectaron diversos tipos de parásitos intestinales; se les prescribió tratamiento específico para cada uno de ellos pero sólo cinco mejoraron de la urticaria. Casi la mitad de los pacientes manifestaban ronchas todos los días. Se apreciaron siete casos con estreptococo beta hemolítico del grupo A, de los cuales tres tuvieron mejoría de la urticaria con el manejo antimicrobiano; hubo cuatro casos de leucorrea/vulvovaginitis, con mejoría después del tratamiento para la candidiasis identificada por laboratorio.

Conclusiones: predominaron los adultos con enfermedad infecciosa y parasitaria. Ésta se identificó en la mayor parte de los casos y tuvo buena reacción clínica al tratamiento específico.

Palabras clave: urticaria crónica, características clínicas.

ABSTRACT

Background: Chronic urticaria and angioedema have a high incidence in the general population. Both diseases constitute a challenge in the identification of their causes, which in most of the cases are unknown.

Objective: To investigate some causes of chronic urticaria and angioedema, as well as its evolution in a group of patients.

Patients and methods: 32 patients with chronic urticaria and angioedema, with poor response to the previous treatment, were included. A clinical history was made to all of them and they were asked for a complete hematic biometry, general urine exam, pharyngeal exudate, and coproparasitoscopic examinations. Some cases required other laboratory exams.

Results: There was a predominance of the female gender 22/32 (69%). It was observed that 75% of the patients had more than 20 years old. Evolution time has a mode between three and six months, with variations of three months to six years. We observed several types of intestinal parasites in 16 cases; each of them received specific treatment, but only five had an improvement of urticaria. Almost half of the patients presented wheals every day. We found seven cases with streptococcus β -hemolytic group A, from which three had improvement of urticaria with the antimicrobial treatment; there were four cases of leukorrhea/vulvovaginitis, with improvement after the treatment for candidiasis identified by laboratory.

Conclusions: There was a predominance of adults with infectious and parasitic disease. It was identified in most of the cases and had good clinical response to the specific treatment.

* Consulta privada, Coatzacoalcos, Veracruz, México.

** Servicio de alergia e inmunología clínica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Correspondencia: Dr. Juan Ignacio Salgado Gama. Av. Juárez 428 altos, Centro, CP 96400, Coatzacoalcos, Veracruz, México, Recibido: mayo, 2005. Aceptado: julio, 2005.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

La urticaria y el angioedema son padecimientos que pueden afectar, incluso, al 20% de la población en algún momento de la vida.¹⁻⁷ Su incidencia es cada vez mayor^{1,6,8} y puede deberse al estilo de vida urbano occidental, a la exposición a la gran variedad de productos físicos, químicos o biológicos, a la polifarmacia, las enfermedades crónicas, metabólicas, autoinmunitarias, degenerativas, infecciosas, los tumores, etc. Los

mecanismos fisiopatológicos propuestos son diversos: actividad inmunológica con hipersensibilidad inmediata mediada por IgE, hipersensibilidad mediada por linfocitos T, autoanticuerpos antirreceptores de IgE (FcεRI) o anti-IgE, entre otros.^{1,2,9-12}

La urticaria y el angioedema predominan en el sexo femenino, en el grupo de mediana edad.^{5,13-16} En ocasiones, los casos agudos corresponden a una respuesta alérgica asociada con alimentos o medicamentos, lo que ayuda a establecer el diagnóstico por la relación temporal causa-efecto,^{4,5,15,17-27} muchas veces referida por los pacientes. En las formas crónicas se desconoce la causa en más del 60% de los casos, lo que representa un reto diagnóstico y terapéutico.^{1,2,4,6,14-16,18} Las parasitosis intestinales,^{4,14,15,28-30} infecciones virales, focos sépticos aparentes y ocultos,^{1,2,4,14,15,29} alimentos,^{3,19,22-24,26} endocrinopatías,^{1,2,15,23,31,32} tumores,^{1,2,4,15} enfermedades hematopoyéticas y autoinmunitarias,^{1,2,12,13,33} inmunodeficiencias, sobre todo en niños,^{4,15,33,34} ingestión de alcohol y cafeína,^{3,35-37} entre otros, son causas potenciales de las manifestaciones crónicas de urticaria y angioedema. En este estudio se muestran las características de 32 pacientes atendidos en consulta privada, los resultados de exámenes primarios realizados y un abordaje diagnóstico, según la orientación clínica, que permitió identificar, en la mayor parte de los casos, las causas de angioedema y urticaria crónica.

PACIENTES Y MÉTODOS

En este estudio, efectuado en un consultorio privado de pediatría y alergología en Coatzacoalcos, Veracruz, se incluyeron 32 pacientes, de cualquier edad y sexo, con diagnóstico de urticaria o angioedema crónicos, es decir, de más de seis semanas de evolución. Todos ya habían recibido tratamiento con diversos antihistamínicos, con reacción transitoria de mejoría parcial o débil, pero con persistencia de las ronchas pruriginosas y edema al suspender los medicamentos. A todos los pacientes se les hizo historia clínica, además de biometría hemática completa, examen general de orina, cultivo de exudado faríngeo y estudios coproparasitoscópicos (tres). De acuerdo con las características clínicas de cada caso se realizaron los siguientes estudios paraclínicos: pruebas de función hepática, VDRL,

pruebas cutáneas por punción con alérgenos (aeroalérgenos y alimentos), velocidad de sedimentación globular, radiografía de senos paranasales y de tórax, citología nasal, determinación de complemento (C3, C4 y CH50), pruebas de función tiroidea y cultivo de exudado vaginal. En este estudio el diagnóstico etiológico se consideró en los casos con resultado positivo en uno de los exámenes, y con reacción clínica favorable al tratamiento específico.

RESULTADOS

En la muestra estudiada predominaron las mujeres, 22/32 (69%). El 75% de los pacientes eran mayores de 20 años. Los grupos de edad más afectados fueron los de la segunda y tercera décadas de la vida (56%, cuadro 1). El tiempo de evolución de la urticaria y el angioedema varió entre tres meses y seis años, en 56% de los pacientes la duración fue entre tres y nueve meses (moda tres a seis meses; mediana seis a nueve meses; 40.6% de los pacientes manifestaron tiempo de evolución superior a un año). La manifestación clínica fue diversa, más de la mitad de los pacientes cursaban con lesiones todos los días (56%), otros (16%) con un promedio semanal de lesiones, seis pacientes tuvieron exacerbaciones de una a tres veces por mes y en otros dos casos los síntomas fueron cada mes (cuadro 2). Se encontraron dos casos con imágenes radiológicas de sinusitis, uno etmoidal y otro maxilar, este último tenía, además, hipertrofia adenoidea. En el primer caso no hubo mejoría inicial, pero al tratar la infección de las vías urinarias en consulta subsecuente se resolvió la urticaria. En el otro caso la urticaria también remitió

Cuadro 1. Frecuencia de casos de urticaria crónica según sexo y grupos de edad, n = 32

	Casos n (%)
Edad (años)	
0-10	5 (15.6)
11-20	4 (12.5)
21-30	11 (34.3)
31-40	7 (21.9)
41-50	6 (18.8)
Sexo	
Femenino	22 (68.8)
Masculino	10 (31.2)

después de recibir tratamiento antimicrobiano y descongestivo.

Cuadro 2. Frecuencia de casos según tiempo de evolución y forma de manifestación temporal de la urticaria crónica, n = 32

	Casos n (%)
Tiempo de evolución (meses)	
3 a 6	12 (37.5)
6 a 9	6 (18.8)
9 a 12	1 (3.1)
12 a 24	5 (15.6)
24 a 48	6 (18.8)
48 a 72	2 (6.3)
Manifestación	
Diaria	18 (56.3)
Semanal	5 (15.6)
Mensual	2 (6.3)
Continua	1 (3.1)
Variable (1 a 3 veces al mes)	6 (18.8)

Por lo que se refiere a otros procesos infecciosos asociados se observaron siete casos con cultivo de exudado faríngeo positivo para estreptococo beta hemolítico del grupo A; tres de los siete casos tuvieron mejoría de la enfermedad infecciosa, de la urticaria y del angioedema con el tratamiento antimicrobiano específico (una de las pacientes tenía vulvovaginitis y exudado patológico). En cuatro pacientes con leucorrea/vulvovaginitis se aisló *Candida albicans* y una de ellas tuvo bartolinitis, que se trató mediante marsupialización; dos de las cuatro mejoraron de la urticaria luego del tratamiento antimicótico específico. Seis de los casos infecciosos mejoraron después del tratamiento específico.

En la mitad de los pacientes se encontraron parasitosis intestinales; cada caso sólo tenía una especie de parásito. Se apreciaron siete casos con *E. histolytica*, tres con giardiasis, tres con *T. trichiura*, dos con ascariasis y uno con necatoriasis. Todos los pacientes recibieron antiparasitarios específicos, pero sólo cinco mejoraron de la urticaria luego del tratamiento específico: dos con amibiasis, uno con *G. lamblia*, uno con *N. americanus* y uno con *A. lumbricoides* (cuadro 3). A 14 pacientes, con historia clínica sugerente, se les aplicaron pruebas cutáneas con alérgenos, y sólo siete tuvieron resultados positivos: cinco con aeroalérgenos (*Dermatophagoides* sp, pólenes y hongos) y dos con alimentos. En otros dos casos hubo reacción positiva

al extracto de tabaco. Los que tuvieron pruebas positivas para los aeroalérgenos recibieron inmunoterapia específica y quienes resultaron positivos para los alimentos fueron tratados con dieta de eliminación. En ambos grupos desapareció la urticaria (cuadro 4).

Cuadro 3. Causas de la urticaria crónica, n = 32

Causa identificada	n (%)
Desconocida	14 (43.8)
Infecciosa	6 (18.8)
Parasitosis	5 (15.6)
Alérgica	7 (21.9)

Cuadro 4. Desenlace clínico de urticaria crónica al término del tratamiento, n = 28

Evolución clínica	n (%)
Mejoría absoluta	18 (56.3)
Mejoría parcial	7 (21.9)
Sin mejoría	3 (9.4)
Se ignora	4 (12.5)

Los pacientes que no reaccionaron al tratamiento de la enfermedad asociada continuaron su manejo con antihistamínicos H1 y H2, y en algunos casos se utilizaron esteroides sistémicos.

En general se resolvió la urticaria y el angioedema en 56% de los casos (18/32); siete tuvieron mejoría parcial, tres no mejoraron y en cuatro se ignora la evolución, ya que no acudieron a consultas subsecuentes.

DISCUSIÓN

La urticaria y el angioedema crónicos son padecimientos de fácil identificación clínica pero de difícil diagnóstico etiológico^{1,2,11,12,32,38-40} y tratamiento. Según diversos autores los adultos integran el grupo de edad más afectado, algo similar a los hallazgos de este estudio. De igual forma se observó predominio del sexo femenino 2.2:1.^{5,13-15,31}

La causa de ambos padecimientos no consigue precisarse en más del 70% de los casos.^{1,2,4,6,14-16,18} En varios grupos de pacientes con urticaria crónica se ha documentado un mecanismo autoinmunitario implicado.^{1,2,11,12,33} La falta de un diagnóstico etiológico

impide, en muchos casos, corregir un padecimiento de fondo que puede ser determinante de la expresión cutánea de las lesiones de urticaria o angioedema. De hecho, algunos autores sugieren que éstas no son verdaderas enfermedades, sino manifestaciones en la piel de padecimientos de otros órganos. En estos casos es necesario hacer una historia clínica completa, en la que se aplique toda la acuciosidad médica.^{31,32,38-40}

En este estudio se encontraron diversas enfermedades asociadas con urticaria y angioedema en más de la mitad de los casos, lo que realza la importancia de una buena historia clínica apoyada en estudios paraclínicos, que permiten establecer un tratamiento adecuado con base en un diagnóstico etiológico.

Las parasitosis son causa rara de urticaria crónica en los países desarrollados,^{28,31,32,38,39} pero la realidad de este medio es distinta. Los pacientes de este estudio viven en una región tropical, con alta prevalencia de parasitosis, lo que se reflejó en los casos de helmintiasis, giardiasis y amibiasis. Hay que tener en cuenta que los tipos de parasitosis varían de acuerdo con las condiciones ecológicas y hábitos alimentarios de cada región y país. Aún hay lugares donde la gente camina descalza o come carne de pescado cruda o mal cocida, por ejemplo.

Otra enfermedad importante observada en el estudio fue la infecciosa, que es una de las primeras causas que deben sospecharse desde la evaluación inicial.^{1-3,11,12,14,31,32,38-40} El espectro de infecciones que puede estudiarse es mucho más amplio y, aunque se debate actualmente, incluye infecciones bacterianas, fúngicas y virales; en algunos casos son útiles los estudios específicos, como: serología para hepatitis viral, TORCH e, incluso, *H. pylori*,^{1,11,12} entre otros. La valoración endocrinológica^{1,2,15,23,31,32,38-40} o de autoinmunidad,^{1,2,12,13,31-33,38,39} apoyada con exámenes de laboratorio, también es un recurso auxiliar cuando las características clínicas de los pacientes lo sugieren. Las enfermedades sistémicas o neoplásicas son causas infrecuentes de urticaria crónica.^{32,38,39}

Hace tiempo se consideraba a la urticaria crónica una manifestación de alergia a alimentos, aditivos alimentarios u otros alergenicos; sin embargo, son pocos los casos relacionados con esas causas.^{1,11} En la urticaria crónica es poco frecuente encontrar una causa alérgica verdadera, aunque sí sucede en algunos casos.

A veces los alimentos pueden ejercer un estímulo persistente e inadvertido para el paciente,^{19,21-26} otras veces es inconsistente la aparición de ronchas o edema con el mismo alimento. Varios ensayos clínicos controlados de reto alimentario o con aditivos han demostrado que menos del 10% de los pacientes con urticaria crónica manifiestan una reacción alimentaria mediada por IgE.¹² Las enfermedades alérgicas y los aeroalergenicos son una causa poco frecuente de urticaria. Es posible que los resultados positivos en las pruebas cutáneas por punción para aeroalergenicos no tengan significado estadístico o correlación clínica en este estudio y sólo sean hallazgos coincidentales. Sin embargo, vale la pena mencionar que todos los pacientes con pruebas cutáneas positivas, tratados con inmunoterapia con aeroalergenicos o evitación del alimento, mejoraron; para este estudio constituyeron causas identificadas.

Algunos medicamentos de uso crónico o intermitente también pueden exacerbar los brotes o ronchas, como sucede con la ingestión de salicilatos, AINE, IECA o sulfitos, como los componentes de medicamentos compuestos o de alimentos o bebidas.^{14-18,24,27}

Aunque las reacciones adversas por fármacos tienen diversos mecanismos de acción, no siempre inmunológicos, en ocasiones son la causa de la urticaria o de la exacerbación de la misma.^{12,17}

Otras causas comunes de urticaria crónica que deben considerarse de manera importante son las urticarias físicas, sobre todo en los pacientes en quienes después de una evaluación inicial, orientada según la historia clínica, no se logran determinar las causas del padecimiento. Éstas pudieran abarcar una causa importante de las urticarias crónicas idiopáticas o de causa desconocida en este estudio, y no se evaluaron de forma específica por no haber una correlación clínica que lo justificara. Hay pacientes con urticaria crónica idiopática que tienen autoanticuerpos contra IgE o receptores de IgE o anticuerpos antitiroideos, cuya relevancia aún no es clara.

No es raro encontrar pacientes con urticaria crónica y hallazgos positivos de varios exámenes o cultivos, los cuales al tratarse redundan en beneficio del paciente sin conocer cuál o cuáles fueron las causas de la urticaria; podrían ser factores que, en conjunto, desencadenan el problema. Estos resultados también

pueden carecer de asociación clínica y ser factores de confusión, ya que el paciente en algunos casos mejorará, al tratar los hallazgos de los exámenes positivos o negativos.

El abordaje clínico de estas enfermedades debe hacerse de forma secuencial y orientada. Los exámenes auxiliares diagnósticos solicitados se indicarán en forma racional, guiada por las características clínicas de cada caso.^{32,38-40} Es inútil pedir gran cantidad de exámenes rutinarios, puesto que se ha demostrado que ello no aumenta la probabilidad de encontrar la causa de la urticaria.³² En la revisión sistemática de series de casos realizada por Kozel y colaboradores se propone un protocolo para el abordaje de la urticaria crónica, que se basa en los mismos principios, orientados por la historia clínica.³²

CONCLUSIONES

La urticaria y el angioedema crónicos son un reto diagnóstico y terapéutico. Aún no es clara su etiopatogenia multifactorial. Su estudio requiere una estrategia clínica secuencial, que parta de una buena historia clínica y exámenes paraclínicos,^{32,38-40} que de manera gradual, según la sospecha diagnóstica, pueden ser más especializados.^{32,39} Debe partirse de la enfermedad más frecuente, según el grupo de edad y las características clínicas y epidemiológicas del entorno del paciente. Aun después de una investigación clínica metódica, en la mayor parte de los casos no se logra identificar su verdadera causa.^{1,2,11,32} Es deber del médico informar al paciente y su familia de la dificultad diagnóstica y terapéutica, para evitar falsas expectativas o frustración. Es conveniente, además, trabajar conjuntamente con médicos de otras especialidades para ofrecer al paciente mayores oportunidades de diagnóstico y tratamiento.

REFERENCIAS

- Greaves M. Chronic urticaria. *J Allergy Clin Immunol* 2000;105(4):664-72.
- Grattan CE. Chronic urticaria. *J Am Acad Dermatol* 2002;46(5):645-57.
- Urticaria and angioedema. *Advances in allergy*. Jansen Pharmaceutica, 1984.
- Kaplan A. Chronic urticaria. Possible causes, suggested treatments alternatives. *Postgrad Med* 1983;74(3):209-22.
- Shelley WB. Antihistamines and the treatment of urticaria. *Arch Dermatol* 1983;119:442-4.
- Greaves MW. Chronic urticaria. *N Engl J Med* 1995;322:1767-72.
- Huston DO, Gresler RB. Urticaria and angioedema. *Med Clin North Am* 1992;76:805-40.
- Bishop PC, Wisnieski JJ, et al. Recurrent angioedema and urticaria. *West J Med* 1993;159:605-8.
- Reitamo S, et al. Eczematous reactions in atopic dermatitis patients, caused by epicutaneous testing with inhalant allergens. *Br J Dermatol* 1986;114:303-10.
- Wahlgren CF. Pathophysiology of itching in urticaria and atopic dermatitis. *Allergy* 1992;47:65-75.
- Kaplan AP. Clinical practice. Chronic urticaria and angioedema. *N Engl J Med* 2002;346(3):175-9.
- Sabrol RA. Classification of anti-Fc epsilon RI and anti-IgE autoantibodies in chronic idiopathic urticaria and correlation with disease severity. *J Allergy Clin Immunol* 2002;110(3):492-9.
- Valentine M. Chronic urticaria. Current therapy in allergy, immunology and rheumatology. Mosby, 1985;pp:45-49.
- Fineman S. Urticaria y angioedema. Manual de alergología e inmunología, diagnóstico y tratamiento. Salvat Editores, 1999;pp:219-22215
- Shapiro GG. Urticaria and angioedema. Allergic diseases of infancy, childhood and adolescence. 2nd ed. Washington: WB Saunders, 1983;pp:440-6.
- Fitzpatrick TB. Urticaria y angioedema. Atlas de dermatología clínica. Ediciones Doyma, 1986;pp:118-21.
- Gruchalla R. Drug metabolism, danger signals, and drug induced hypersensitivity. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108(4):475-88.
- Lewis GM. Urticaria, eritemas tóxicos y erupciones medicamentosas. Salvat Editores, 1983;pp:219-22.
- Juhlin L. Additives and chronic urticaria. *Ann Allergy* 1987;59(5):119-22.
- Ruiz Maldonado R, Amado S, et al. Urticarias. Temas de dermatología pediátrica. Méndez FC, editor. 1^a ed. 1980;pp:109-12.
- Ortolani C, Pastorello EA. Chemical and drugs as triggers of food associated disorders. *Ann Allergy* 1988;60(4):358-66.
- Sampson H. Food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2003;111(Suppl 2):540-7.
- Spergel JM. Food allergy. Mechanism, diagnosis, and management in children. *Pediatr Clin North Am* 2002;49(1):73-96.
- Simon RA. Sulfite sensitive. *Ann Allergy* 1988;56(4):281-8.
- Dannaeus A. Food allergy in infancy and children. *State of art. Ann Allergy* 1987;59(5):124-6.
- Neumann R, Nahum H, et al. The danger of "yellow dyes" (tartrazine) to allergic subjects. *Clin Allergy* 1978;8:65.
- Szczeklik A. Adverse reactions to aspirin and nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Ann Allergy* 1987;59(5):113-8.
- KritiKou-Pliota E, Galanakis E, Siamopoulou A, Lapatsanis PD, et al. An unusual cause of mild urticaria. *Lancet Infect Dis* 2001;1(1):20.
- Caputo R. Recent advances in pediatric dermatology. *Pediatr Clin North Am* 1983;30(4):733-4.
- Roitt I. Essential immunology. 5th ed. Blackwell Scientific Publications, 1984;pp:174.

31. Juhlin L. Recurrent urticaria. Clinical investigation of 330 patients. *Br J Dermatol* 1983;104:369.
32. Kozel M, Bossuyt P. Laboratory test and identified diagnosis in patients with physical and chronic urticaria and angioedema. A systematic review. *J Am Acad Dermatol* 2003;48(3):409-16.
33. Dalal I, Levine A, Somekh E, et al. Chronic urticaria in children: expanding the "autoimmune kaleidoscope". *Pediatrics* 2000;106:1139-41.
34. Staford C, Jamieson D. Cold urticaria associated with C4 deficiency and elevated IgM. *Ann Allergy* 1986;56(4):313-6.
35. Tuer W, William DJ, et al. Contact urticaria to O-phenylphenate. *Ann Allergy* 1986;56(1):19-21.
36. Wanderer A. Physical allergy. Allergic diseases of infancy, childhood and adolescence. 2nd ed. 1983;pp:447-51.
37. Stanislaus T, Rauls D. Ethanol induced urticaria: a case report. *Ann Allergy* 1988;60(6):527-30.
38. Kozel M, et al. The effectiveness of a history based diagnostic approach in chronic urticaria and angioedema. *Arch Dermatol* 1998;134:1575-80.
39. Bindslev-Lensen C, Finzi A, Greaves M, Camarasa J, Ortonne JP, Schopf E, et al. Chronic urticaria: diagnostic recommendations. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000;14:175-80.
40. Jacobson KW, Branco LB. Laboratory test in chronic urticaria. *JAMA* 1980;(243):1644-6.

Revista Alergia México

informa del sensible fallecimiento del

Dr. Luis Villanueva
Acaecido en septiembre del 2005

El doctor Villanueva fue Presidente del Colegio Mexicano de Alergia, Asma e Inmunología Clínica, A.C.
y Jefe del Servicio de Alergia del Hospital Adolfo López Mateos

Descanse en paz