

LA URTICARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA



Esther Serra Baldrich (Dermatóloga, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona)

Juan Francisco Silvestre Salvador (Dermatólogo, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante)

David Palacios Martínez (MFyC, CS Sector III, Getafe, Madrid, Grupo de Dermatología SEMERGEN)

David García Hernández (MFyC, EAP Raval Nord, Barcelona, Grupo de Dermatología CAMFiC)



I Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria
La piel: contamos contigo

19 de mayo de 2016, Hotel Barceló Sants, Barcelona

 #dermatoAP2016@camfic



Grupo de Dermatología de CAMFiC
dermato@camfic.org



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària



PROGRAMA

- Parte 1: Introducción y Retos en Atención Primaria (10min, D García)
- Parte 2: Generalidades de la Urticaria (15min, E Serra)
- Parte 3: Presentación “Guía del manejo de la urticaria en Atención Primaria” (15min, JF Silvestre)
- Parte 4: Casos Prácticos (30min, D Palacios y D García; preguntas a E Serra y JF Silverstre)
- Parte 5: Conclusiones y Preguntas (5min, D García)





PARTE 1

INTRODUCCIÓN Y RETOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

David García Hernández





Introducción:

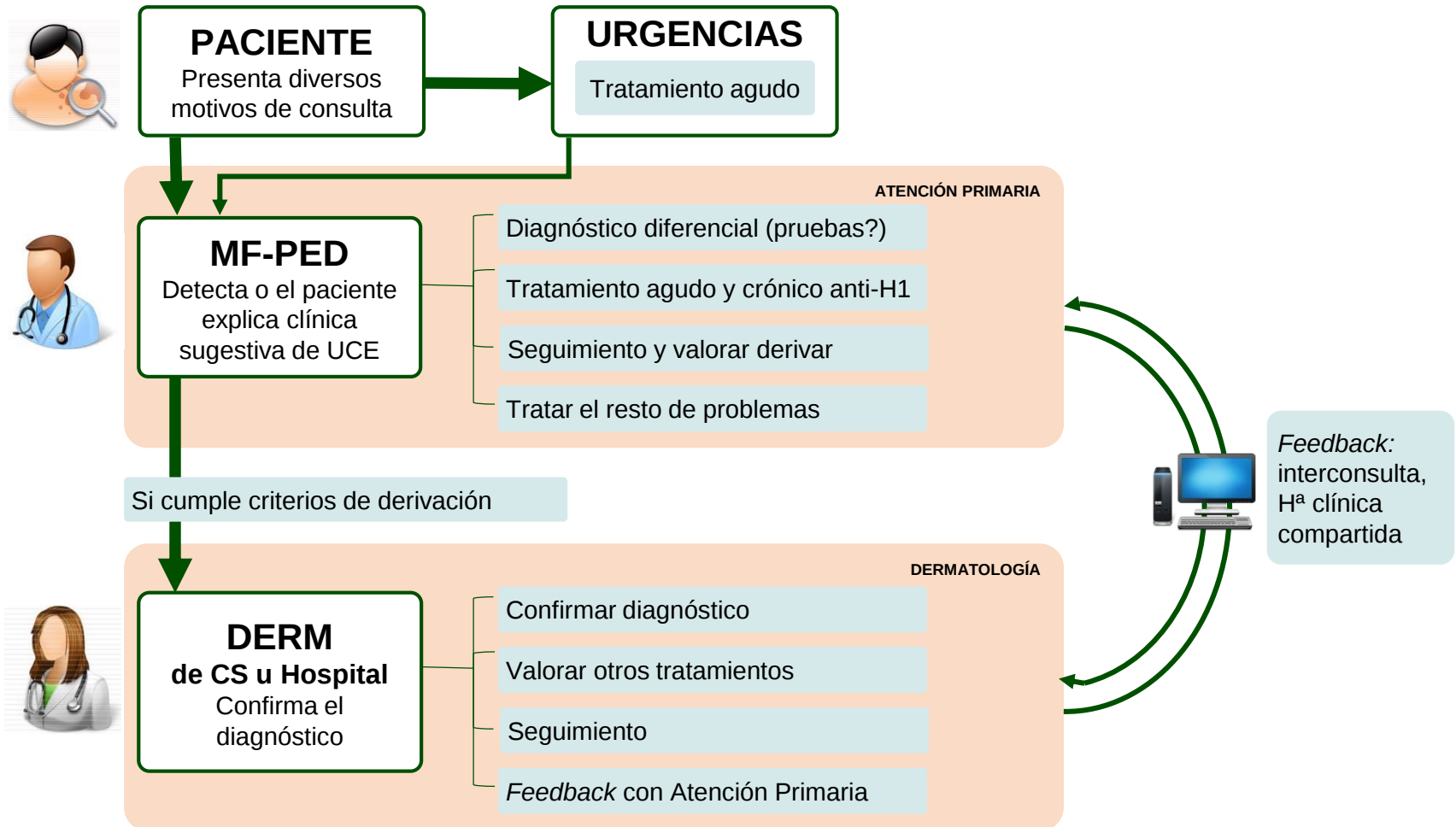
- Las dermatopatías representan el 5-22% de las consultas en At. 1ª.
- Los problemas dermatológicos más frecuentes son:
 - Infecciones cutáneas (30% aprox)
 - Dermatosis inflamatorias (30% aprox): Dermatitis de contacto, Dermatitis seborreica y atópica, psoriasis, otros eczemas, toxicodermias, **urticaria**.
 - Tumores malignos o premalignos (15% aprox).
 - Tumores benignos (15% aprox).
 - Problemas capilares o ungueales (<5%).

1-2 motivos de consulta/mes
Urticaria crónica aprox.

- Valcayo, R. Vives, F. Artal, J.M. Eciolaza, A. Parra, C. Bernués, J.M. Larrauri, M.Serrano. Frecuentación de las consultas de atención primaria por motivos dermatológicos en las zonas básicas de salud de la comarca de Pamplona. ANALES Sis San Navarra 1999, 22 (Supl. 3): 173-179.
- José Antonio Avilés-Izquierdo, María Guadalupe Izquierdo del Monte, María Encarnación Martín-Madruga, Lidia Ardiaca-Burgues, Silvia Pulido-Fernández y Pablo Lázaro-Ochaita. Enfermedades dermatológicas como motivo de consulta en atención primaria. Piel. 2006;21(4):176-9.
- Macaya-Pascual, R. López-Canós, S. López-Piqueras y S. Gómez. Análisis de los motivos de consulta y de su coste en la asistencia dermatológica en un centro de Atención Primaria. Actas Dermosifiliogr. 2006;97(9):569-72.
- N. Portaa, J. San Juanb, M.P. Grasac, E. Simala, M. Ara e I. Querola. Estudio de concordancia diagnóstica en Dermatología entre Atención Primaria y Especializada en el área de salud de un hospital de referencia. Actas Dermosifiliogr. 2008;99:207-12.
- R.M. Ojeda y J. Graells. Estudio comparativo de la habilidad en el diagnóstico clínico del cáncer cutáneo entre el médico de familia y el dermatólogo en una misma área geográfica. Actas Dermosifiliogr. 2011;102(1):48—52.
- Castillo-Arenas E, et al. Motivos dermatológicos de consulta en atención primaria. Análisis de la demanda derivada.. Actas Dermosifiliogr. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.10.003>



Introducción:





Dificultades y retos en Atención Primaria:

- Motivo de consulta frecuente en Atención primaria (múltiples motivos en 1 consulta). Confusión en la diferencia entre: prurito, alergia y urticaria.

RETO: conocimiento básico de definición de urticaria

RETO: no todo prurito generalizado secundario es urticaria

- Dificultad en el manejo diagnóstico y la clasificación de la urticaria.

RETO: la importancia de la anamnesis y exploración

RETO: conocimiento nueva clasificación y nomenclatura

- Miedo con el manejo terapéutico.

RETO: conocimiento del manejo terapéutico en Atenc. 1ª

RETO: conocimiento de principios activos

RETO: seguimiento del paciente

RETO: correcta derivación

- Desconocimiento de recursos y servicios especializados disponibles.

RETO: facilitar derivación a especialistas en cada área

RETO: mejorar interrelación profesionales en cada área.
Protocolos conjuntos de actuación



Confusión en la definición de urticaria:

RETO: conocimiento básico de definición de urticaria

RETO: no todo prurito generalizado secundario es urticaria

- A veces se diagnostica erróneamente de urticaria sólo por el prurito.
- El paciente puede acudir sin lesiones (habones/angioedema) y esto puede confundir al MF o PED y orientar el diagnóstico hacia otras patologías.
- El paciente puede acudir sólo a Urgencias cuando presenta un brote.



PROPUESTAS:

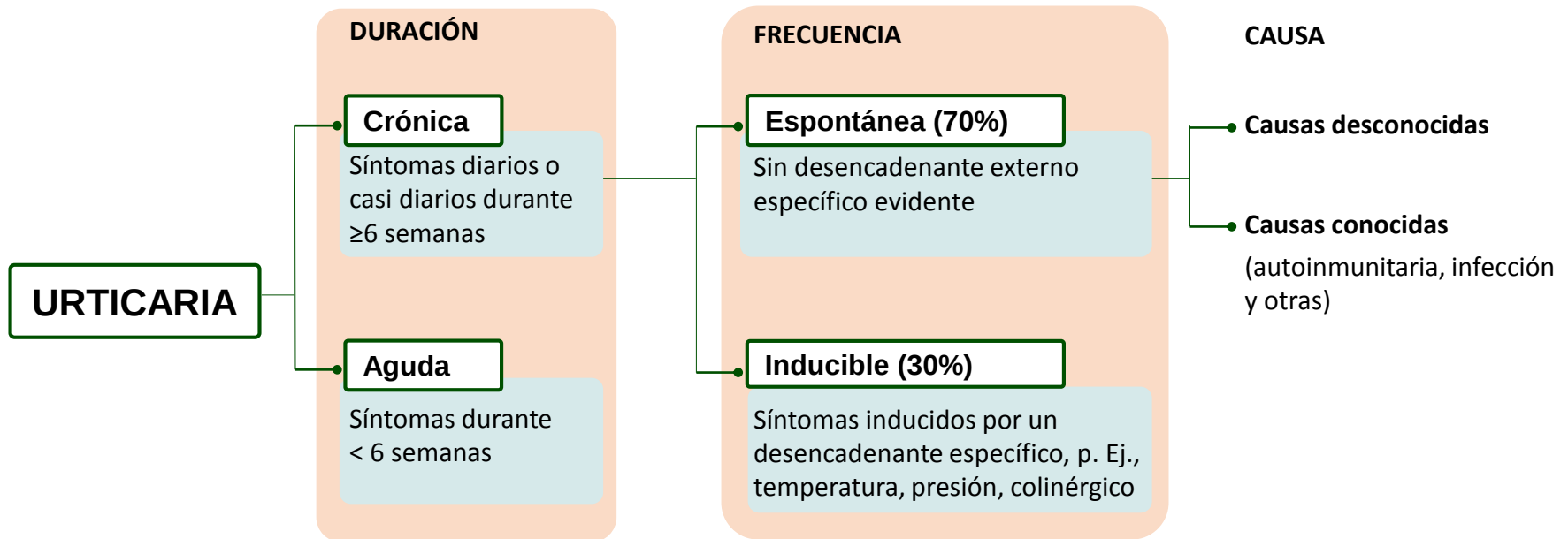
- Difundir las Guías clínicas para Atención primaria y Urgencias
- Realizar cursos conjuntamente por Dermatólogos + MF/PED + ENF (mejor aceptación por alumnos y más imagen de coordinación)



Dificultad en el diagnóstico y clasificación de la urticaria:

RETO: la importancia de la anamnesis y exploración

RETO: conocimiento nueva clasificación y nomenclatura¹





Miedo con el manejo terapéutico:

RETO: conocimiento del manejo terapéutico en Atención 1ª

RETO: conocimiento de los principios activos

Eliminar factor causal y evitar posibles desencadenantes

Anti-H1 selectivos 2ª generación

Si los síntomas persisten en 2-4 semanas aumentar dosis (x2-4) ~~o asociación a otro anti-H1 no sedante~~

~~Si persisten en 2 semanas considerar un anti-H1 de 1ª generación por la noche, durante unos días para evitar efecto aditivo~~

Si exacerbación: Corticoides sistémicos (5 días)

Si persiste: derivar especialista para tratamientos de tercera línea (omalizumab, ciclosporina A, antagonistas de los leucotrienos)

Anti-H1 selectivos 2ª generación

Levocetirizina	5-20 mg/d
Cetirizina	10-40 mg/d
Desloratadina	5-20 mg/d
Fexofenadina	120-480 mg/d
Loratadina	10-40 mg/d
Rupatadina	10-20 mg/d
Bilastina	20 mg/d
Ebastina	10-40 mg/d



Miedo con el manejo terapéutico:

RETO: seguimiento del paciente



PROPUESTA:

- Difundir las guías y dar a conocer los tests UAS, UAS7, UCT



Desconocimiento de recursos:

RETO: facilitar derivación a especialistas en cada área

RETO: mejorar interrelación profesionales en cada área. Protocolos conjuntos de actuación

- Saber a quién y cómo derivar (en función del área)
- Importante tener *feedback* de la derivación y potenciar la interrelación profesional



Feedback:
interconsulta,
Hª clínica
compartida



PROPUESTAS:

- Extender la figura del MF/PED/ENF Referente de Dermatología (para centralizar los casos y hacer llegar dudas a DERM)
- Uso de la Telemedicina y de la Hª Clínica Compartida
- Hacer reuniones de DERM y MF/PED/ENF para conocerse



PARTE 2

GENERALIDADES DE LA URTICARIA

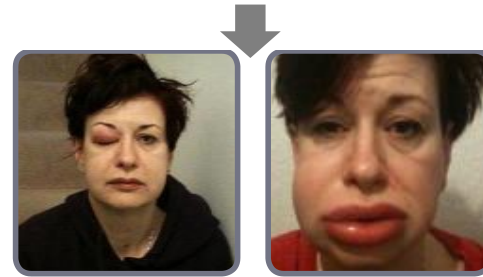
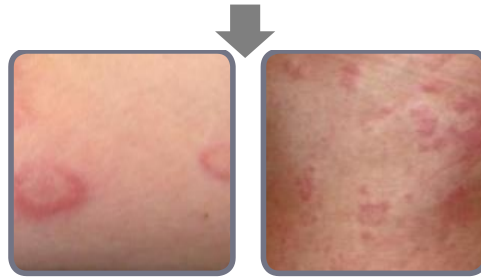
Esther Serra Baldrich





Definición:

- **Urticaria:** trastorno dermatológico caracterizado por la aparición repentina de **habones** pruriginosos (ronchas), **angioedema** o ambos.



- **NO confundir con:**

- **Alergia:** reacción de hipersensibilidad iniciada por mecanismos inmunológicos específicos. Hipersensibilidad describe la aparición de síntomas o signos reproducibles de manera objetiva tras la exposición a estímulos específicos a dosis toleradas de menor estándar por la población. La alergia se puede manifestar como asma; rinitis, anafilaxia, eczema, urticaria o angioedema. Pero no toda urticaria o angioedema implica alergia.
- **Prurito:** síntoma consistente en la sensación desagradable que provoca el deseo de rascarse. Muy frecuente en la urticaria. Pero no todo prurito implica urticaria.



Características de los habones:



Lesión



Prurito



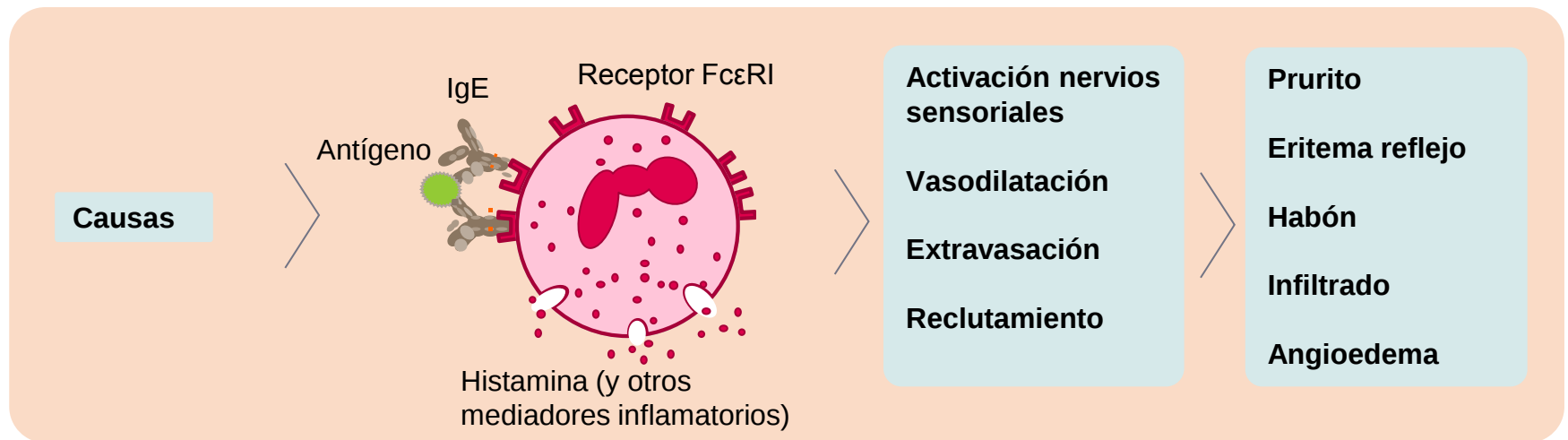
Evanescente





Patogenia de la urticaria:

- Los **mastocitos** son las células efectoras clave en la inducción de los síntomas de la urticaria:



Desencadenantes:
calor, frío, ejercicio
o no definido

Los mastocitos cutáneos liberan
mediadores en respuesta a
varios estímulos (fármacos,
péptidos y aminas vasoactivas)

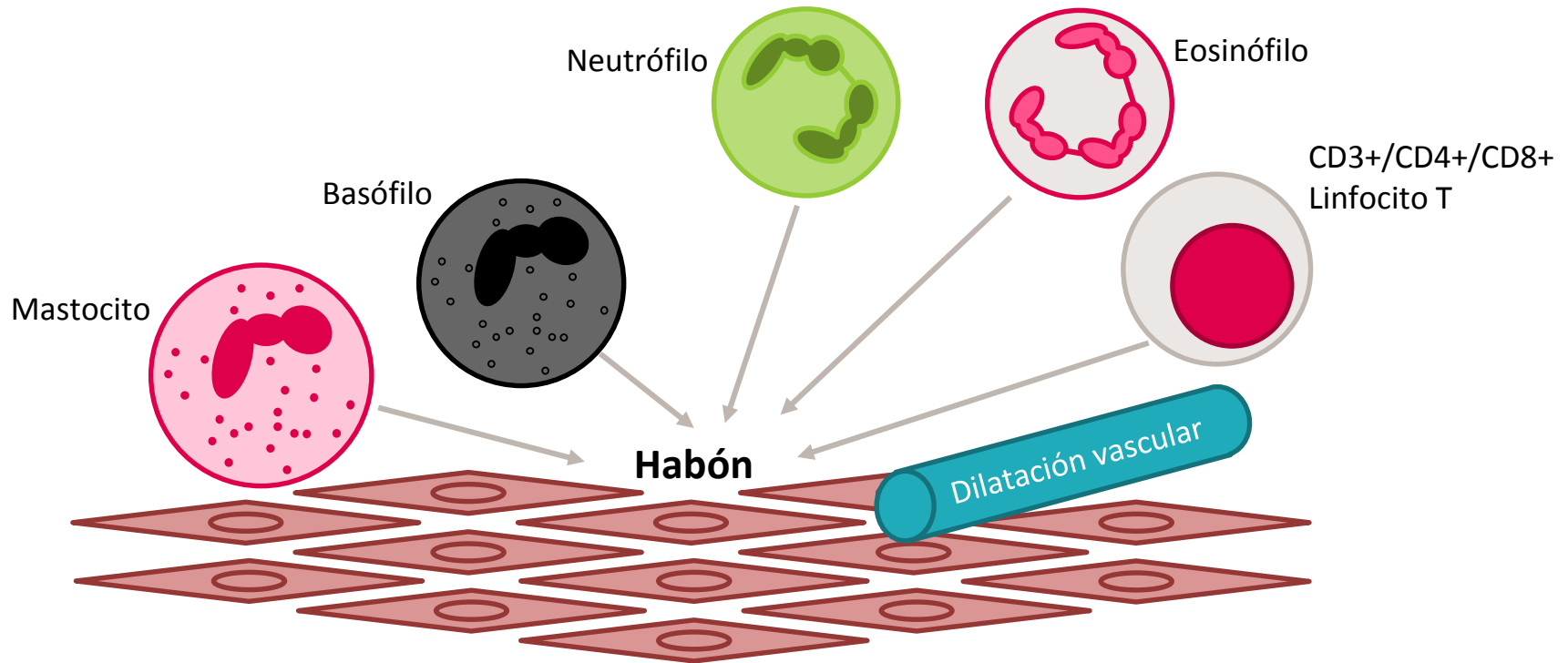
Inducción de
los síntomas vía
mediadores

Manifestaciones
clínicas



Patogenia: en la Urticaria Crónica Espontánea (UCE)

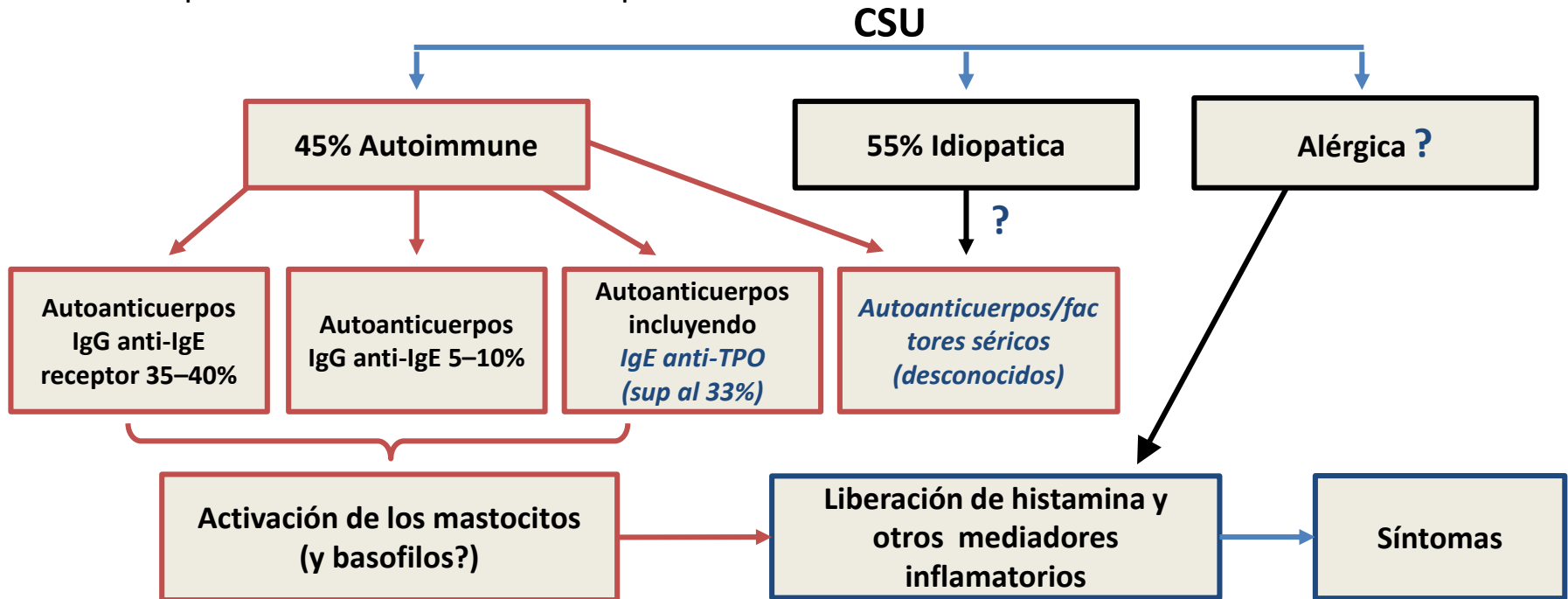
- Las lesiones cutáneas de la UCE muestran reclutamiento de mastocitos, basófilos, neutrófilos, eosinófilos y linfocitos T¹⁻⁶





Patogenia de la UCE: historia actual*

- CSU puede ser autoinmune o idiopática^{1,2}



- C de IgE están consenso general: la alergia no es una causa subyacente de CSU. Sin embargo, los niveles totales aumentados típicamente en los pacientes de CSU si los comparamos con individuos sanos^{3,4}.



Epidemiología:

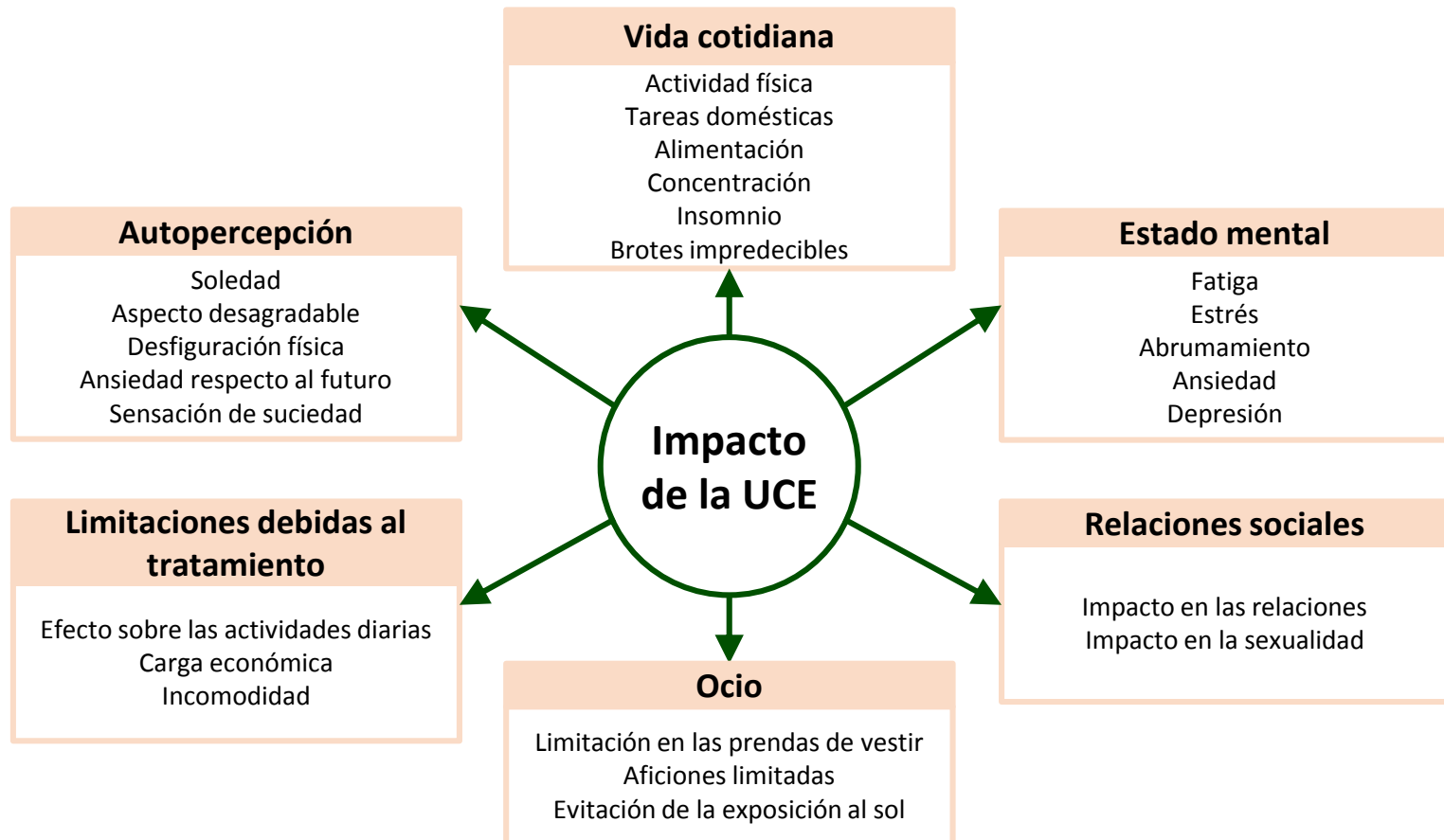
- **Urticaria Aguda (UA):** 20% de la población general algún episodio
- **Urticaria Crónica (UC):** 1% de la población general¹. En España, prevalencia de 0,6%²
 - UC Inducible: 30%
 - UC Espontánea: 70%
 - >50% padecerá ≥ 1 recurrencia tras una aparente remisión
 - El 8% continuará padeciendo 25 años después del inicio de los síntomas.

1. Maurer M. Revisions to the international guidelines on the diagnosis and therapy of chronic urticaria. J Dtsch Dermatol Ges. 2013

2. Gaig P et al. Epidemiology of urticaria in Spain. J Investig Allergol Clin Immunol. 2004;14(3):214-20

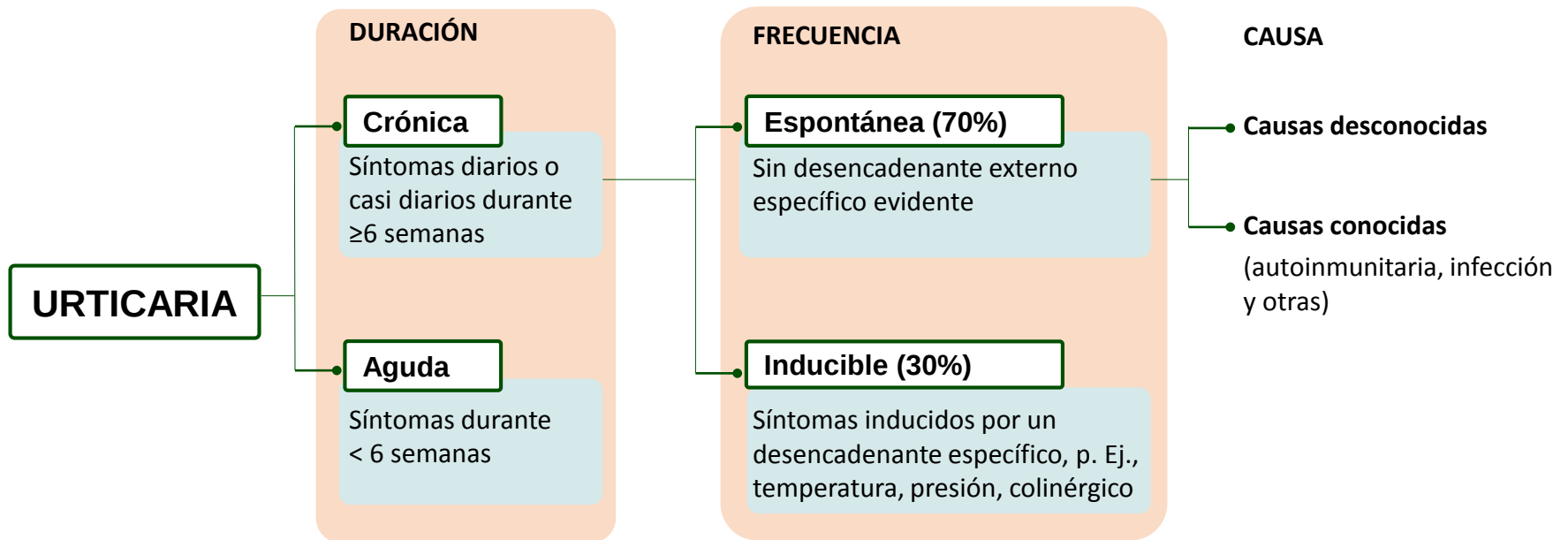


Impacto de la UCE:





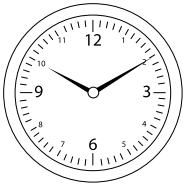
Clasificación de la urticaria:





Diagnóstico:

■ 1) Basado en la historia clínica del paciente:



- Tiempo, frecuencia, duración de los brotes
- Variación diurna de signos y síntomas
- Variación estacional de los síntomas
- Aparición en fin de semana, vacaciones y viajes (extranjero)



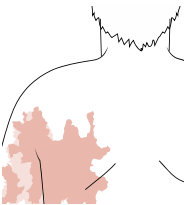
- Trabajo, aficiones
- Hábitos tóxicos (tabaco, cigarrillos aromatizados, cannabis, alcohol)
- Estrés



- Correlación con desencadenante: ciclo menstrual, alimentos, estímulo físico (frío, calor, fricción), ejercicio, uso de fármacos (AINEs, tratamientos hormonales, medicinas alternativas)



- Historial familiar urticaria o atopia
- Historia médica incluyendo alergias
- Trastornos psiquiátricos o psicosomáticos
- Calidad de vida en relación a la urticaria e impacto emocional



- Forma, tamaño, distribución de habones
- Lesiones residuales
- Prurito: intensidad y características
- Angioedema asociado: frecuencia y localización
- Síntomas asociados (dolor, escozor, artralgia, cefalea, vómitos, fiebre)



- Terapia anterior y respuestas
- Estudios diagnósticos previos y resultados



Diagnóstico:

URTICARIA CRÓNICA

+

AUTOINMUNIDAD

- **Asociación ocasional:**
 - Patología tiroidea
 - Conectivopatías (Lupus eritematoso)
 - Procesos linfoproliferativos
- **Urticaria crónica espontánea:**
 - Antitiroideos. Antinucleares
 - Anti-IgE y Anti-Fcε RI
(subunidad α receptor alta afinidad IgE)
- **Prueba del suero autólogo (Positiva 40%)**
- **Forma o subtipo de Urticaria crónica autoinmune (30-50%)**





URTICARIA CRÓNICA

SUERO AUTÓLOGO

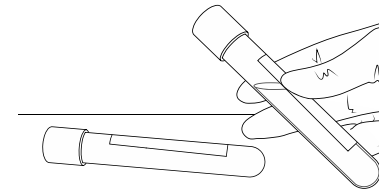




Diagnóstico:

■ 2) Pruebas diagnósticas rutinarias:

- **Urticaria aguda: NINGUNA**
- **Urticaria crónica espontánea**
 - Fórmula leucocitaria y VSG o PCR
 - Eliminación de fármacos sospechosos (AINE...)



■ 3) Diagnóstico ampliado (identificación de causas subyacentes o factores desencadenantes y descartar diagnósticos diferenciales):

- Descartar enfermedades infecciosas (infecciones vías respiratorias altas, estreptococos, Anisakis, Helicobacter pylori, hepatitis B)
- Alergia tipo I (IgE)
- Hormonas tiroideas y autoanticuerpos
- A nivel especializado: Anticuerpos funcionales, pruebas cutáneas incluidas pruebas físicas, dieta sin pseudoalérgenos durante 3 semanas, Triptasa, Prueba cutánea con suero autólogo, biopsia de piel lesionada.



Diagnóstico diferencial:

Urticaria (habones +/- angioedema)						Angioedema (placa edematosa)		
Diagnóstico diferencial	Urticaria	Picaduras por insectos	Eczema agudo difuso	Sarna	Toxicodermia	Angioedema	Celulitis	Eczema localizado
Lesiones elementales	Diagnóstico diferencial	Pápulas con Vesícula central excoriada / lesiones urticariformes	Placas eritema-toedematosas + vesículas y / o costras	Surcos, vesículas, Pápulas y excoriaciones	Exantema maculopapular / urticariforme	Placa eritema-toedematosa Duración 48h	Placa eritematosa dolorosa y caliente	Placa Eritematoe-dematosas + vesículas y /o costras
Claves Diagnósticas	Lesiones fugaces (duran < 24h)	Agrupación de 3-4 lesiones	Lesiones persistentes	Manos y muñecas, genitales, axilas y pezones	Generalizada y simétrica, de predominio en pliegues	Párpados, labios, genitales, periarticular	Dolor	Prurito
	Polimorfo y figurado	Distribución lineal	Exudación	Prurito intenso nocturno	Tendencia a la confluencia de las lesiones	Sensación de quemazón/ ardor > prurito	Fiebre, malestar general	Exudación
	Distribución "caprichosa"		Distribución parcheada o flexural				AS: leucocitosis, elevación de PCR...	Distribución artefacta
Interrogar	Factores desencadenantes / agravantes*	Estancia en campo / contacto con animales	Antecedentes de dermatitis atópica Productos de contacto (cremas farmacéuticas, cosméticas...)	Prurito en convivientes	Fármacos en las últimas 6 semanas	Asociación con habones (urticaria) Otras causas: - Fármacos (IECA, ARAII, sitagliptina...) - Casos en familiares	Puerta de entrada Factores predisponentes (diabetes, alcoholismo, tratamiento inmunosupresor, VIH...)	Productos de contacto (cremas farmacéuticas, cosméticas...)



Tratamiento:

- Los antihistamínicos H1 sedantes (primera generación) han dejado de estar recomendados para el tratamiento de la urticaria debido a:
 - Efectos pronunciados anticolinérgicos y sobre el SNC e interferencia con el sueño REM
 - Interacciones con fármacos (los que afectan al SNC, como analgésicos, hipnóticos, sedantes, antidepresivos) y alcohol

Eliminar factor causal y evitar posibles desencadenantes



Anti-H1 selectivos 2ª generación

Si los síntomas persisten en 2-4 semanas aumentar dosis (x2-4)

Si persiste: derivar especialista para tratamientos de tercera línea (omalizumab, ciclosporina A, antagonistas de los leucotrienos)

Si exacerbación: Corticoides sistémicos (5 días)

Anti-H1 selectivos 2ª generación

Levocetirizina	5-20 mg/d
----------------	-----------

Cetirizina	10-40 mg/d
------------	------------

Desloratadina	5-20 mg/d
---------------	-----------

Fexofenadina	120-480 mg/d
--------------	--------------

Loratadina	10-40 mg/d
------------	------------

Rupatadina	10-20 mg/d
------------	------------

Bilastina	20 mg/d
-----------	---------

Ebastina	10-40 mg/d
----------	------------



Seguimiento:

- Del control → Test UCT

- De la actividad → Tests UAS y UAS7

A COMPLIMENTAR

EN LOS DÍAS PREVIOS A LA VISITA

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Fecha: _____

• Rogamos que conteste a todas las preguntas, y que elija para cada una de ellas únicamente una respuesta.

Pregunta 1	¿Cuánto ha sufrido en las últimas 4 semanas los síntomas físicos de la urticaria (picor, ronchas y/o hinchazón)?				
	MUCHO = 0	BASTANTE = 1	REGULAR = 2	POCO = 3	NADA = 4

Pregunta 2	¿Se ha visto afectada su calidad de vida en las últimas 4 semanas debido a la urticaria?				
	MUCHO = 0	BASTANTE = 1	REGULAR = 2	POCO = 3	NADA = 4

Pregunta 3	¿Con qué frecuencia en las últimas 4 semanas el tratamiento médico no ha sido suficiente para controlar los síntomas de la urticaria?				
	MUCHO = 0	BASTANTE = 1	REGULAR = 2	POCO = 3	NADA = 4

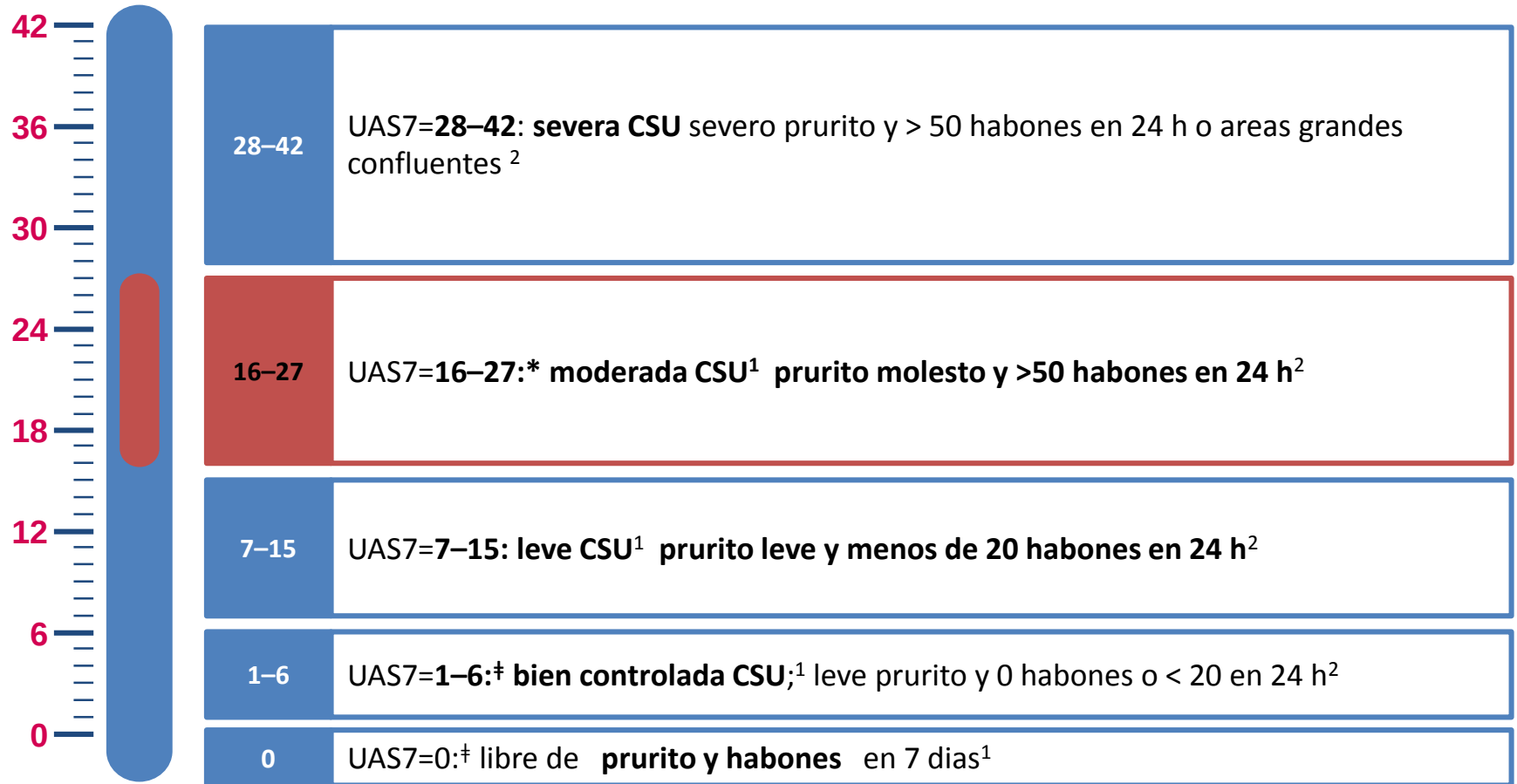
Pregunta 4	Globalmente, indique cómo de bien controlada ha tenido su urticaria en las últimas 4 semanas				
	NADA = 0	POCO = 1	REGULAR = 2	BASTANTE = 3	TOTALMENTE = 4

SUMA DE LA PUNTUACIÓN TOTAL:

A CUMPLIMENTAR EN LOS DÍAS PREVIOS A LA VISITA																													
		Días de la SEMANA 1							Días de la SEMANA 2							Días de la SEMANA 3							Días de la SEMANA 4						
DÍA		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
N° RONCHAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
PRURITO O PICOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		Suma puntuación del día							Suma puntuación del día							Suma puntuación del día							Suma puntuación del día						
		Suma puntuación semanal							Suma puntuación semanal							Suma puntuación semanal							Suma puntuación semanal						



Seguimiento: UAS7 es una medida de la severidad de la UCE en 7 días



*UAS7≥16 was an inclusion criterion for Phase III clinical trials of omalizumab in patients with refractory CSU;
†UAS7≤6 (well controlled disease) and UAS7=0 (complete response) were key secondary endpoints in these trials;
UAS7 = weekly Urticaria Activity Score.

1. Stull D, et al. EAACI 2014;
2. Zuberbier T, et al. Allergy 2014;69:868–87.



Criterios de derivación:

■ A Dermatología:

- Angioedema como principal manifestación.
- UCE refractaria a dosis máximas (4 veces la licenciada).
- Si precisa más de 2 ó 3 tandas cortas de corticoides.
- Cuadro urticariforme atípico



Caso clínico:

- Mujer 45 años
- UCS desde 2008
- Tratada desde 2009 con CsA 200-100 mg/d ya que era refractaria a antihistamínicos (cetirizina, rupatadina, ebastina...)
- Biopsia confirmatoria urticaria





- Nov 2009 inicia Dolquine® con cierta mejoría
- Abril 2010 se añade Singulair® por falta de respuesta
- Junio 2010 recaída que requiere tanda corticoide 4 días (había tomado ibuprofeno y paracetamol-codeína a pesar recomendaciones...ojo!!!!)





- Se cambia a colchicina y rupatadina x2 con cierto nuevo control no total
- Oct 2010 se inicia tratamiento omalizumab 150 mg (por peso e IgE) un vial y medio cada 15 días
- Asintomática tras primera dosis
- Sin otros tratamientos
- Marzo 2011 pasamos a 150 mg cada 15 días



- Mayo 2011 la paciente refiere que es como un “milagro”
- Y pasamos a 150 mg cada mes
- Feb 2012 inicio 150 mg cada 1,5 meses
- Marzo 2012 reaparición lesiones por lo que se pauta 150 mg cada mes y rupatadina 1 /d



- Se controla con 150 mg/mes
- Oct 2013 vuelvo a pautar cada 1,5 meses 150 mg
- Enero 2014 comenta que no se mantiene y ha requerido antiH1 a dosis x 2 ó 3
- Administro de nuevo mensual



- Abril 2014 refiere control desde administración mensual con UAS7 0
- Julio 2014 bien controlada con UAS7 1 (posible picadura mosquito aquella semana)



CASO LARGA EVOLUCIÓN TRATAMIENTO OMALIZUMAB

NO ES POSIBLE

DISMINUIR DOSIS

ALARGAR PERÍODO ADMINISTRACIÓN

ASINTOMÁTICA HASTA LA FECHA



PARTE 3

PRESENTACIÓN

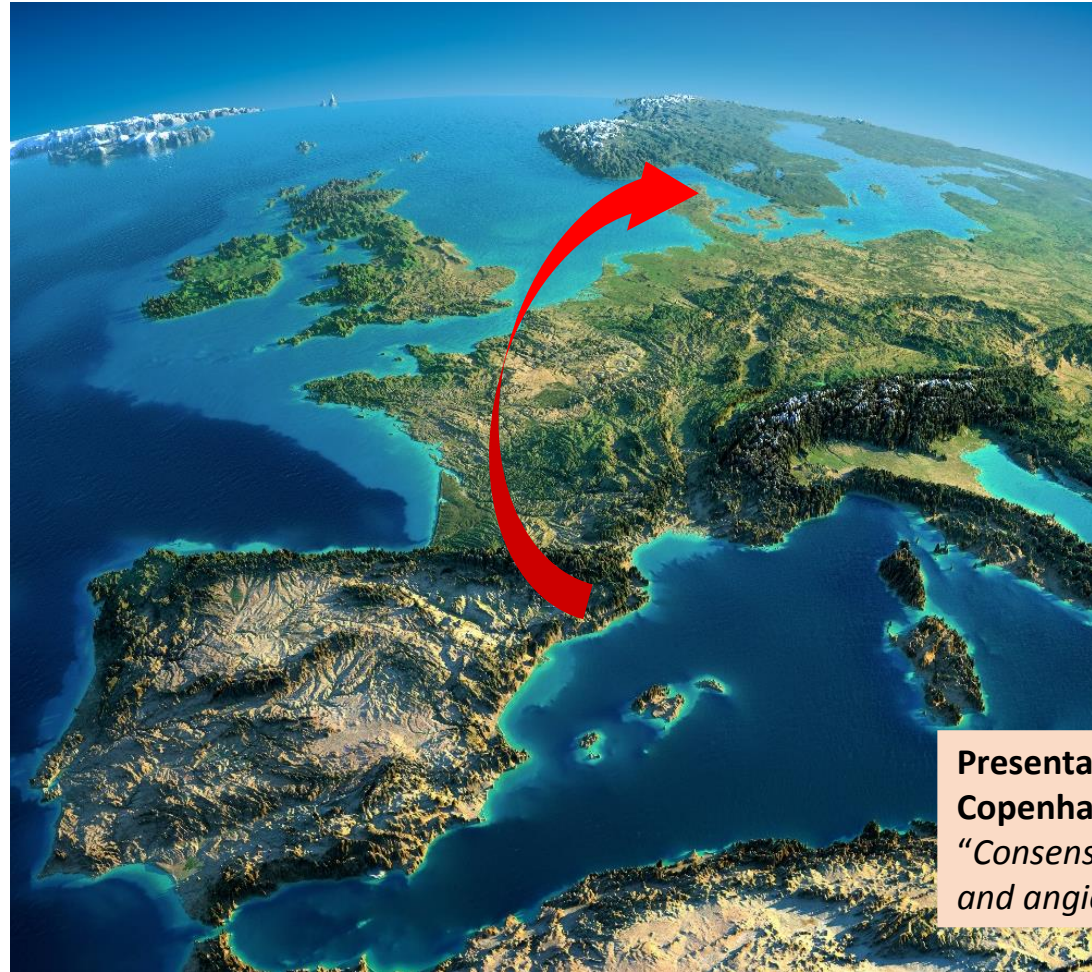
“GUÍA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA URTICARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA”

Juan Francisco Silvestre Salvador





Elaboración de la Guía:



en Madrid (Oct 2015):

Ólogos: Esther Serra, JF Silvestre,
ómez, José C Armario
eía Serrano, Julio Heras, David
David García

on de la Guía (Abr 2016)

a para el manejo de la urticaria en
Primaria

ión en IJPC 2016 (17 May 2016)

ión en SEMFyC 2016 (10 Jun 2016)

Presentación en WONCA 2016 (16 Jun 2016)

Copenhague

*"Consensus management protocol for urticaria
and angioedema in primary care"*



Referencias bibliográficas:

- Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, et al. The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy*. 2014; 69(7): 868-887.
- Dávila I, Del Cuvillo A, Mullol J, Jáuregui I, Bartra J, Ferrer M, et al. Use of second generation H1 antihistamines in special situations. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2013; 23 Suppl 1: 1-16. Review.
- Maspero J, Cabrera H, Arduzzo L, De Gennaro M, Fernandez Bussy R, Galimany J, et al; Guía argentina de urticaria y angioedema. Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica (AAAeIC); Sociedad Argentina de Dermatología. *Medicina (B Aires)*. 2014; 74 Suppl 1: 1-53.
- Ständer S, et al. Clinical Classification of itch: A position paper of the International Forum for the Study of Itch. *Acta Derm Venereol*. 2007; 87: 291-294.
- Johansson SG et al. Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003. *J Allergy Clin Immunol* 113 (5): 832-6.
- Ruby Pawankar et al. Libro Blanco sobre Alergia de la WAO (World Allergy Organization) 2011.



Definiciones:

- Prurito
- Alergia
- Urticaria

GUÍA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA URTICARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

DIFERENCIAR

Prurito: síntoma consistente en la sensación desagradable que provoca el deseo de rascarse. El prurito es muy frecuente en la urticaria. Pero no todo prurito implica urticaria¹.



Alergia: reacción de hipersensibilidad iniciada por mecanismos inmunológicos específicos. Hipersensibilidad describe la aparición de síntomas o signos reproducibles de manera objetiva tras la exposición a estímulos específicos a dosis toleradas de manera estándar por la población. La alergia se puede manifestar como asma, rinitis, anafilaxia, eczema, urticaria o angioedema. No toda urticaria o angioedema implica alergia^{2,3}.



Urticaria: enfermedad caracterizada por la aparición súbita de habones o «ronchas», angioedema, o ambos⁴.



1. Ständer S, et al. Clinical Classification of itch: A position paper of the International Forum for the Study of Itch. *Acta Derm Venereol.* 2007; 87: 291-294.

2. Johansson SG et al. Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003. *J Allergy Clin Immunol* 113 (5): 832-6.

3. Ruby Pawankar et al. Libro Blanco sobre Alergia de la WAO (World Allergy Organization) 2011.

4. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Blindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, et al. The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy.* 2014; 69(7): 868-887.



Clínica de la urticaria:

- Habón
- Y/o Angioedema

CLÍNICA

Habón: lesión cutánea caracterizada por elevación o edema central de tamaño variable casi siempre rodeado por eritema reflejo. De forma característica, el habón de la urticaria es evanescente (desaparece en un máximo de 24 horas). Los habones de la urticaria suelen asociarse a prurito y en ocasiones a sensación de quemazón¹.



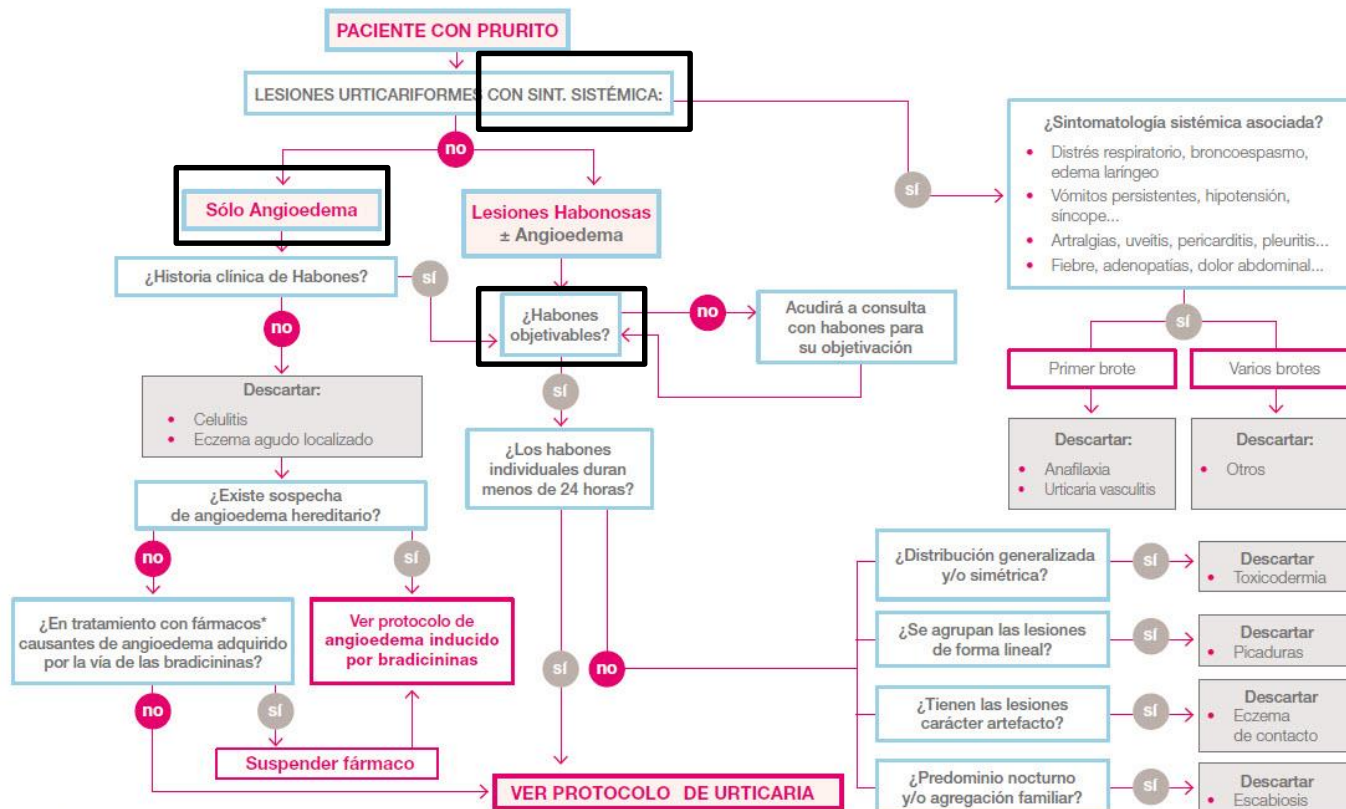
Angioedema: tumefacción o edema súbito pronunciado eritematoso o que produce coloración de la piel. El proceso inflamatorio se localiza en la dermis profunda y en el tejido celular subcutáneo, con frecuente afectación de los tejidos submucosos. En el angioedema, el prurito es menos frecuente que en la urticaria. Asimismo, la resolución de los habones es más lenta, pudiendo durar hasta 72 horas¹.



1. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Blindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, et al. The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy*. 2014; 69(7): 868-887.



Algoritmo prurito + habón/angioedema:



*Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA): benazepril, captopril, cilazapril, delapril, enalapril, espirapril, fosinopril, imidapril, lisinopril, moexipril, perindopril, quinapril, ramipril, trandolapril, zofenopril. Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II): candesartán, eprosartán, irbesartán, losartán, olmesartán medoxomil, telmisartán, valsartán



Diagnóstico diferencial urticaria:



					
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	URTICARIA	PICADURAS POR INSECTOS	ECZEMA AGUDO DIFUSO	SARNA	TOXICODERMIA
LESIONES ELEMENTALES	Habones +/- angioedema	Pápulas con vesícula central excoriada/ lesiones urticariformes	Placas eritemato-edematosas + vesículas y/o costras	Surcos, vesículas, pápulas y excoriaciones	Exantema maculopapular/ urticariforme
CLAVES DIAGNÓSTICAS	Lesiones fugaces (duran <24 h) Polimorfo y figurado Distribución «caprichosa»	Agrupación de 3-4 lesiones Distribución lineal	Lesiones persistentes Exudación Distribución parcheada o flexural	Manos y muñecas, genitales, axilas y pezones Prurito intenso nocturno	Generalizada y simétrica, de predominio en pliegues Tendencia a la confluencia de las lesiones
INTERROGAR	Factores desencadenantes /agravantes*	Estancia en campo/ contacto con animales	Antecedentes de dermatitis atópica Productos de contacto (cremas farmacéuticas, cosméticas...)	Prurito en convivientes	Fármacos en las últimas 6 semanas

*Ver factores agravantes en urticaria crónica.

			
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	ANGIOEDEMA	CELULITIS	ECZEMA LOCALIZADO
LESIONES ELEMENTALES	Placa eritematoedematosa Duración 48 h	Placa eritematosa, dolorosa y caliente	Placas eritematoedematosas + vesículas y/o costras
CLAVES DIAGNÓSTICAS	Párpados, labios, genitales, periarticular Sensación de quemazón/ ardor > prurito	Dolor Fiebre, malestar general AS: leucocitosis, elevación de PCR...	Prurito Exudación Distribución artefacta
INTERROGAR	Asociación con habones (urticaria) Otras causas: - Fármacos (IECA, ARA II, sitagliptina...) - Casos en familiares	Puerta de entrada Factores predisponentes (diabetes, alcoholismo, tratamiento inmunosupresor, VIH...)	Productos de contacto (cremas farmacéuticas, cosméticas...)



Pruebas diagnósticas:

- En urticaria aguda
- En urticaria crónica
- En urticaria crónica refractaria

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS RECOMENDADAS

URTICARIA AGUDA:

Ninguna

URTICARIA CRÓNICA:

Análítica sanguínea básica con VSG. El resto de las exploraciones solo salvo sospecha por historia clínica.

- La mayoría de las urticarias **NO SON DE CAUSA ALÉRGICA**; por ello, no son necesarias pruebas de alergia de rutina.

URTICARIA CRÓNICA REFRACTARIA:

Va a ser remitida a consulta de dermatología:

- **Análítica sanguínea:**

Hemograma, bioquímica con perfil lipídico y enzimas hepáticos, VSG, dímero D, perfil tiroideo, triptasa, ANA, AntiTPO, IgE, serología VHC y VHB, C3, C4, CH50

- **Orina de 24 h:**

Proteínas, creatinina

- Esta analítica no es imprescindible, pero podría ser de utilidad para conocer la situación basal del paciente ante la posibilidad de instaurar un tratamiento sistémico, y podemos aprovechar para solicitar marcadores de actividad e inmunidad para introducir estos datos en el registro de pacientes con urticaria.



Algoritmo tratamiento urticaria:



^aVer factores desencadenantes en urticaria aguda.

^bVer factores agravantes en urticaria crónica.

^cPrednisolona o prednisona durante 5 días (0,5-1 mg/kg/día v.o.).

^dLa derivación a consulta especializada se podrá llevar a cabo desde el primer aumento de dosis de anti-H₁ o en cualquier momento del mismo.

• **Urgencia:** Aquella urticaria, que sin necesidad de asociarse a una reacción anafiláctica o anafilactoide, requiere un tratamiento urgente debido a que el paciente presenta manifestaciones clínicas importantes¹.

• **Urticaria aguda:** Presencia de habones, angioedema o ambos durante menos de 6 semanas².

• **Urticaria crónica (espontánea):** Presencia de habones espontáneos, angioedema o ambos durante 6 semanas o más².

• **Exacerbación de urticaria crónica (espontánea):** Situación clínica en la cual se produce un empeoramiento de los síntomas sobre el nivel habitual del paciente³.

1. Miembros AB urticaria 01-10-15.

2. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, et al. The EAACI/GA(2) LENEDF/NAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy*. 2014; 69(7): 868-887.

3. Maspero J, Cabrera H, Arduoso L, De Gennaro M, Fernandez Bussey R, Gallimany J, et al; Guía argentina de urticaria y angioedema. Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica (AAAeIC); Sociedad Argentina de Dermatología. *Medicina (B Aires)*. 2014; 74 Suppl 1: 1-53.



Factores:

- Desencadenantes de UA
- Agravantes de UC

FACTORES DESENCADENANTES EN URTICARIA AGUDA

- **Idiopática (50%)**
- **Infecciosa (40%):** infección de las vías respiratorias altas, estreptococos, anisakis, hepatitis B...
- **Estímulos físicos:** presión, temperatura corporal, dermatografismo...
- **Fármacos (9%):**
 - Intolerancia: aspirina y otros antiinflamatorios no esteroideos (AINE), medios de contraste, dextranos, codeína...
 - Alergia: penicilina...
- **Alimentos (1%):**
 - Más frecuente en niños
 - No alergia: aditivos, salicilatos naturales...
 - Alergia: frutos secos, marisco, melocotón...

FACTORES AGRAVANTES EN URTICARIA CRÓNICA

- **Aspirina y otros AINE**
- **Infección de las vías respiratorias altas y otras viriasis**
- **Estímulos físicos:** presión, temperatura corporal, dermatografismo...
- Período premenstrual en mujeres
- Estrés
- Alcohol
- Pseudoalérgenos alimentarios



Antihistamínicos:

- Principios activos Anti-H1
- Dosis
- Poblaciones especiales

GUÍA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA URTICARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

ANTIHISTAMÍNICOS ANTI-H₁, NO SEDANTES MÁS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA URTICARIA

Nombre	Dosis en adultos
Levocetirizina	5-20 mg/día
Cetirizina	10-40 mg/día
Desloratadina	5-20 mg/día
Fexofenadina	120-480 mg/día
Loratadina	10-40 mg/día
Rupatadina	10-20 mg/día
Bilastina	20 mg/día
Ebastina	10-40 mg/día

POBLACIONES ESPECIALES

RECOMENDACIONES	
Pediátrica ¹	El tratamiento y dosis (ajustada al peso) no difiere de la recomendada para adultos. <i>Cetirizina, desloratadina, fexofenadina, loratadina</i> : bien estudiada y establecida la seguridad a largo plazo.
Gestante y Lactante ^{1,2}	<i>Loratadina (B)[*], desloratadina (B)[*], levocetirizina (B)[*], cetirizina (B)[*].</i>
IH ²	<i>Bilastina, desloratadina, fexofenadina, levocetirizina</i> : no requieren ajuste de dosis. <i>Ebastina</i> : en IH grave no administrar más de 10 mg. <i>Rupatadina</i> : no recomendado. Falta de evidencia.
IR ^{1,2}	<i>Fexofenadina, bilastina</i> : no requieren ajuste de dosis. <i>Cetirizina, loratadina, desloratadina</i> : precaución y ajuste de dosis. <i>Levocetirizina</i> : ajustar dosis de acuerdo con el CrCl. Contraindicado si CrCl <10 mL/min. <i>Rupatadina</i> : no recomendado. Falta de evidencia.
Problemas CV ²	<i>Bilastina, desloratadina, fexofenadina, levocetirizina</i> : ninguna en particular. <i>Ebastina</i> : precaución en pacientes con riesgo CV conocido. <i>Rupatadina</i> : precaución en pacientes con intervalo QT prolongado, hipocalcemia y pacientes con condiciones clínicas como bradicardia o isquemia miocárdica aguda.

IH: insuficiencia hepática; IR: insuficiencia renal; CrCl: Creatinine clearance; CV: cardiovascular.
^{*}Grado de evidencia. Clasificación FDA para la administración de fármacos en gestantes. ^{**} Evitar uso concomitante con inhibidores P-gP en IR moderada-severa.

1. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, et al. The EAACI/GA(2) LENEDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy*. 2014; 69(7): 868-887.
2. Dávila I, Del Cuvillo A, Mullol J, Jáuregui I, Bartra J, Ferrer M, et al. Use of second generation H1 antihistamines in special situations. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2013; 23 Suppl 1: 1-16. Review.



PARTE 4

CASOS PRÁCTICOS

David Palacios Martínez
David García Hernández





Caso Clínico 1:

Paciente mujer de 60 años, origen colombiano. Trabaja en floristería (hace 6 meses).

- Habones en tronco y extremidades desde hace 24 horas (evanescencia).
- Prurito intenso.
- No angioedema.
- No ha tomado ningún medicamento en los últimos días
- Episodios similares desde hace 1 año atendidos en URG At 1ª y hospital y tratados con Polaramine® IM + Urbason® IM



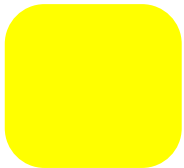


Caso Clínico 1:

■ ¿Qué tratamiento propondrías?



Anti-H1 de 2ª generación (1 ó 2 comp/día VO) + seguimiento en 2-4 semanas



Anti-H1 de 1ª generación (1 comp/noche VO 9 días) + Predsinona VO (a dosis descendentes 9 días)



Anti-H1 de 1ª generación IM + Metilprednisolona 1 ampolla IM



Caso Clínico 1:

■ ¿Qué tratamiento propondrías?

Anti-H1 de 2ª generación (1 ó 2 comp/día VO) + seguimiento en 2-4 semanas

Anti-H1 de 1ª generación (1 comp/día VO (a dosis descendentes 9 d

Anti-H1 de 1ª generación IM

GUÍA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA URTICARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

ANTIISTAMÍNICOS ANTI-H₁, NO SEDANTES MÁS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA URTICARIA

Nombre	Dosis en adultos
Levocetirizina	5-20 mg/día
Cetirizina	10-40 mg/día
Desloratadina	5-20 mg/día
Fexofenadina	120-480 mg/día
Loratadina	10-40 mg/día
Rupatadina	10-20 mg/día
Bilastina	20 mg/día
Ebastina	10-40 mg/día



Caso Clínico 1:

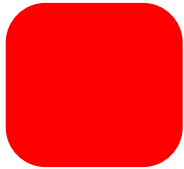
- **¿Cuál es el diagnóstico más probable en este momento?**



Alergia a polen



Toxicodermia



Urticaria aguda



Caso Clínico 1:

- ¿Cuál es el diagnóstico más probable en este momento?

Alergia a polen

Toxicodermia

Urticaria aguda

					
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	URTICARIA	PICADURAS POR INSECTOS	ECZEMA AGUDO DIFUSO	SARNA	TOXICODERMIA
LESIONES ELEMENTALES	Habones +/- angioedema	Pápulas con vesícula central excoriada/ lesiones urticariformes	Placas eritemato-edematosas + vesículas y/o costras	Surcos, vesículas, pápulas y excoriaciones	Exantema maculopapular/ urticariforme
CLAVES DIAGNÓSTICAS	Lesiones fugaces (duran <24 h) Polimorfo y figurado Distribución «caprichosa»	Agrupación de 3-4 lesiones Distribución lineal	Lesiones persistentes Exudación Distribución parcheada o flexural	Manos y muñecas, genitales, axilas y pezones Prurito intenso nocturno	Generalizada y simétrica, de predominio en pliegues Tendencia a la confluencia de las lesiones
INTERROGAR	Factores desencadenantes /agravantes*	Estancia en campo/ contacto con animales	Antecedentes de dermatitis atópica Productos de contacto (cremas farmacéuticas, cosméticas...)	Prurito en convivientes	Fármacos en las últimas 6 semanas

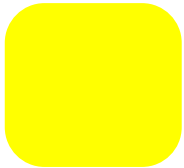


Caso Clínico 1:

▪ ¿Qué pruebas complementarias solicitarías?



Derivar a Alergología para realizar pruebas de alergia



Analítica de sangre (hemograma, BQ, VSG, triptasa, ANA, AntiTPO, VHC, VHB, C3, C4, CH50) + Analítica de orina 24h (proteínas, creatinina)



Analítica de sangre básica + VSG



Caso Clínico 1:

■ ¿Qué pruebas complementarias solicitarías?

Derivar a Alergología para real

Analítica de sangre (hemograma, VHB, C3, C4, CH50) + Analítica de

Analítica de sangre básica + VSG

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS RECOMENDADAS

URTICARIA AGUDA:

Ninguna

URTICARIA CRÓNICA:

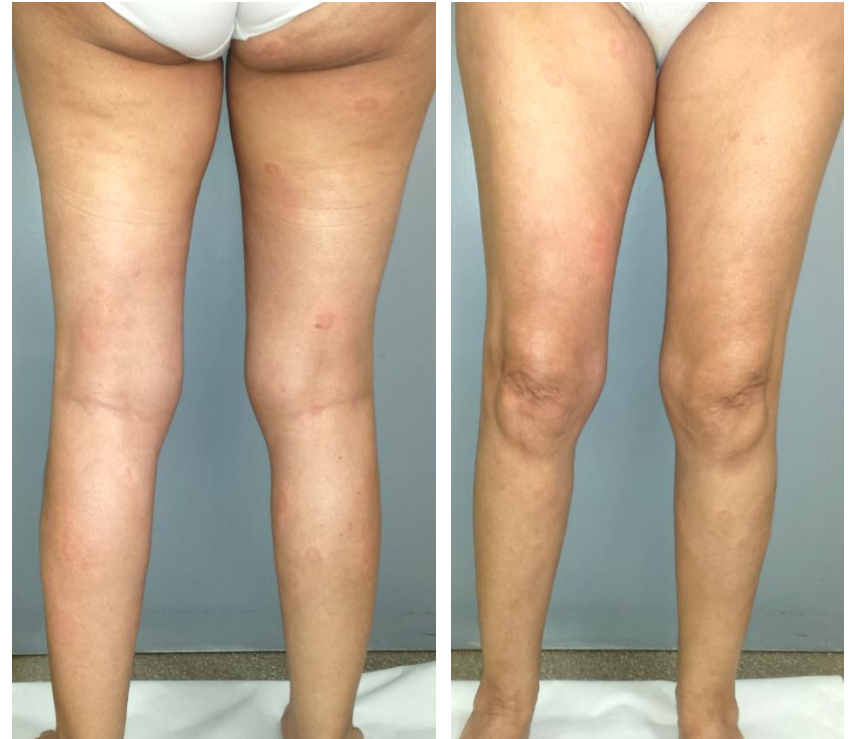
Analítica sanguínea básica con VSG. El resto de las exploraciones solo salvo sospecha por historia clínica.

- La mayoría de las urticarias **NO SON DE CAUSA ALÉRGICA**; por ello, no son necesarias pruebas de alergia de rutina.



Caso Clínico 1:

- Pasadas 7 semanas, acude de nuevo a la consulta de su MF por persistencia de aparición de habones, sin angioedema.





Caso Clínico 1:



Fuente: Dr. David García Hernández



Caso Clínico 1:

- **Pasadas 7 semanas, acude de nuevo a la consulta de su MF por persistencia de aparición de habones, sin angioedema. ¿Qué tratamiento recomendarías?**



Aumentar la dosis de Anti-H1 (x2-4 VO) + Evitar factores agravantes + Derivar a Dermatología



Añadir un Anti-H1 de 1ª generación VO por la noche



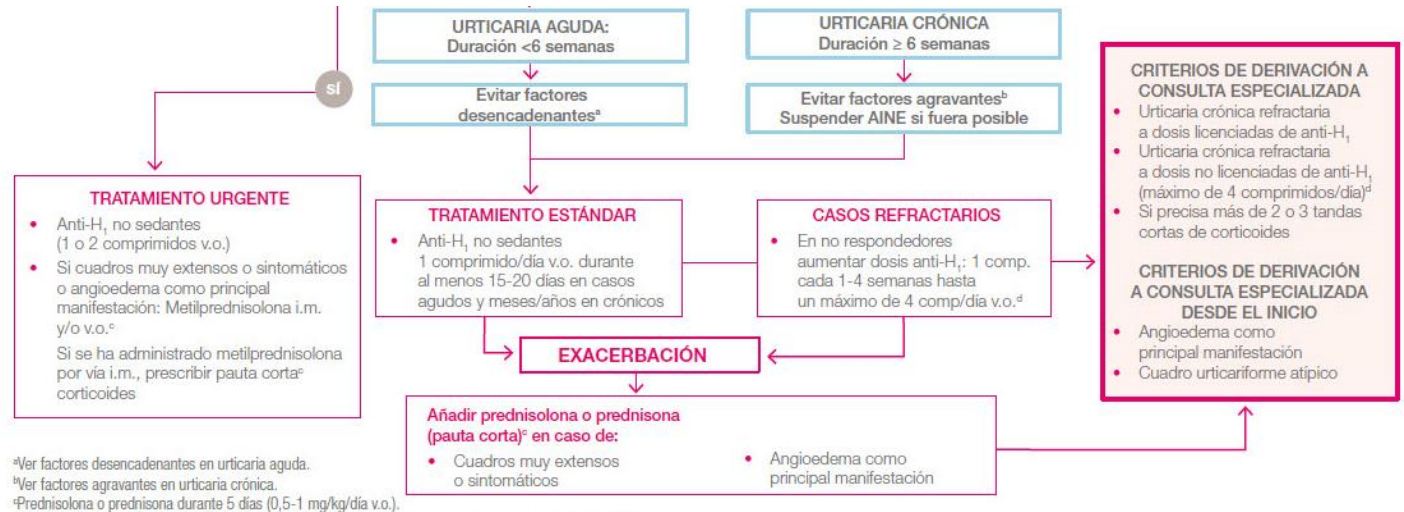
Administrar Metilprednisolona IM y pautar Prednisona VO (en dosis descendentes durante 9 días)



Caso Clínico 1:

- Pasadas 7 semanas, acude de nuevo a la consulta de su MF por persistencia de aparición de habones, sin angioedema. ¿Qué tratamiento recomendarías?

Aumentar la dosis de Anti-H1 (x2-4 VO) + Evitar factores agravantes + Derivar a Dermatología





Caso Clínico 1:

- La paciente ha sido derivada a Dermatología
- Actualmente sigue tratamiento con Omalizumab desde hace 2 meses y no ha presentado agudizaciones de la Urticaria.



Caso Clínico 2:

Paciente mujer de 39 años. Trabaja como administrativa. Tras una excursión por el campo, presenta desde hace 7 horas:

- Lesiones habonosas de distribución en los muslos.
- No presenta angioedema.
- Intenso prurito.
- Dermografismo con el rascado.
- Hace varios años presentó un episodio similar atendido tratado con Polaramine® oral.



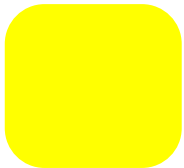


Caso Clínico 2:

- ¿Qué diagnóstico y plan consideras más adecuados?



Urticaria “urgente”: antihistamínicos anti-H1 y corticoides.



Urticaria aguda: tratamiento estándar con antihistamínicos anti-H1.



Urticaria crónica: tratamiento estándar con antihistamínicos anti-H1.



Caso Clínico 2:

■ ¿Qué tratamiento propondrías?

Urticaria “urgente”: antihistamínicos anti-H1 y corticoides.

Urticaria aguda: tratamiento estándar con antihistamínicos anti-H1.

Urticaria crónica: tratamie



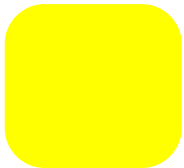


Caso Clínico 2:

- ¿Qué tratamiento **NO** considera adecuado para esta paciente?



Fexofenadina 480 mg al día.



Desloratadina 5 mg al día.



Cetirizina 5 mg al día.



Caso Clínico 1:

- ¿Qué tratamiento NO considera adecuado para esta paciente?

Fexofenadina 480 mg

Desloratadina 5 mg a

Cetirizina 5 mg al día.

ANTI-HISTAMÍNICOS ANTI-H₁, NO SEDANTES MÁS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA URTICARIA

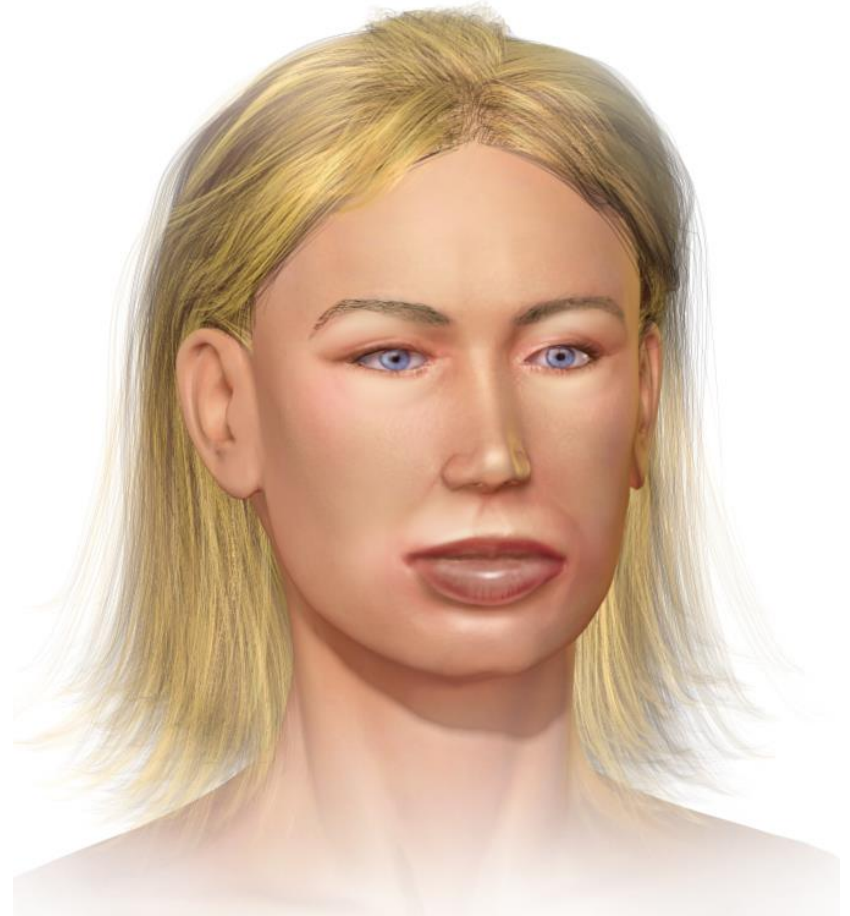
Nombre	Dosis en adultos
Levocetirizina	5-20 mg/día
Cetirizina	10-40 mg/día
Desloratadina	5-20 mg/día
Fexofenadina	120-480 mg/día
Loratadina	10-40 mg/día
Rupatadina	10-20 mg/día
Bilastina	20 mg/día
Ebastina	10-40 mg/día



Caso Clínico 2:

6 meses después vuelve a la consulta. Refiere notarse los labios más pesados e “hinchados”.

- No presenta antecedentes médico-quirúrgicos significativos.
- No realiza ningún tratamiento de manera habitual.
- Fumadora de 7 cigarrillos al día.
- Bebedora ocasional. No consume otros tóxicos.
- No refiere antecedentes epidemiológicos de interés.



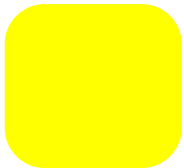


Caso Clínico 2:

- **Contando únicamente con estos datos, podría tratarse de:**



Angioedema.



Celulitis.

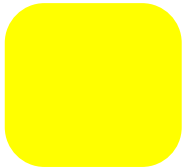


Picadura de insecto.



Caso Clínico 2:

- Contando únicamente con estos datos, podría tratarse de:



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL						DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL			
									
URTIKARIA	PICADURAS POR INSECTOS	ECZEMA AGUDO DIFUSO	SARNA	TOXICODERMIA		ANGIOEDEMA	CELULITIS	ECZEMA LOCALIZADO	
Habones +/- angioedema	Pápulas con vesícula central excoriada/ lesiones urticariformes	Placas eritemato-edematosas + vesículas y/o costras	Surcos, vesículas, pápulas y excoriaciones	Exantema maculopapular/ urticariforme	LESIONES ELEMENTALES	Placa eritematoedematosa Duración 48 h	Placa eritematosa, dolorosa y caliente	Placas eritematoedematosas + vesículas y/o costras	



Caso Clínico 2:

Refiere:

- Disnea y dolor torácicos leve-moderados.
- No refiere fiebre, ni malestar general.
- No hay signos de infección.
- No se evidencian picadura de insectos.
- No ha utilizado cosméticos labiales diferentes a los habituales.
- No refiere ningún otro dato epidemiológico significativo.

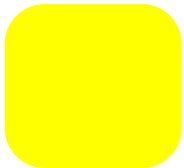


Caso Clínico 2:

- ¿Qué opción diagnóstico-terapéutica considera más apropiada?



Angioedema.



Celulitis.



Picadura de insecto.



Caso Clínico 2:

- ¿Qué pruebas complementarias solicitarías?



Angioedema



Celulitis



Picadura de insecto.



Caso Clínico 2:

La exploración física evidencia:

- No macroglosia ni edema de úvula.
- No tirajes.
- Auscultación cardiaca: taquicardia a unos 110 latidos por minutos.
- Auscultación pulmonar: discreta taquipnea a 22 respiraciones por minuto. Alargamiento de tiempo espiratorio, sin otros ruidos.



Caso Clínico 2:

- ¿Qué opción diagnóstico-terapéutica considera más apropiada?



Angioedema “urgente”. Antihistamínicos anti-H1.



Angioedema “urgente”. Antihistamínicos anti-H1 y corticoides por vía intramuscular.



Angioedema “urgente”. Antihistamínicos anti-H1 y corticoides por vía oral.



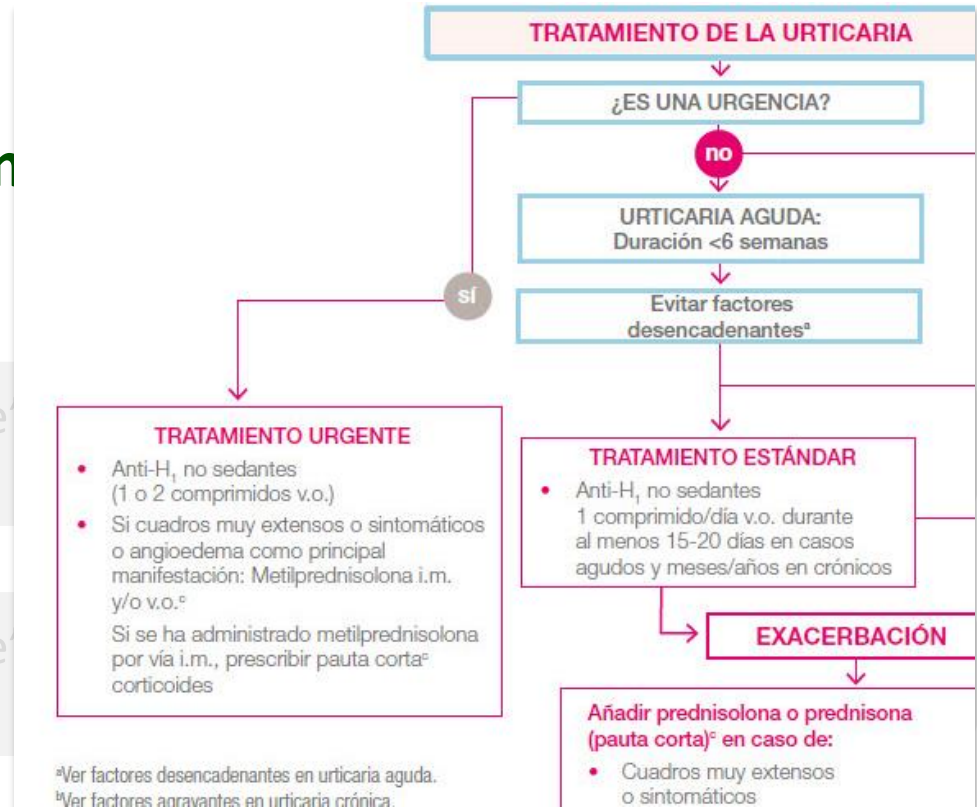
Caso Clínico 2:

■ ¿Qué pruebas complementarias?

Angioedema “urgente”

Angioedema “urgente”
por vía intramuscular.

Angioedema “urgente”. Antihistamínicos anti-H1 y corticoides por vía oral.





Casos Clínicos 3:

Paciente mujer de 33 años, sin antecedentes patológicos destacables, sin alergias conocidas. Presenta aparición de lesiones **pruriginosas** papulares y placas confluentes eritematosas con descamación fina desde hace **48 horas**. Predominio en **tronco**. Al inicio existía una placa más grande de forma ovalada. **No ha tomado medicación** en la última semana.





Casos Clínicos 3:





Casos Clínicos 3:

- ¿Qué diagnóstico consideras más probable?



Pitiriasis rosada.



Psoriasis *guttata*.



Urticaria aguda.



Casos Clínicos 3:

- ¿Qué diagnóstico consideras más probable?



Pitiriasis rosada.



Psoriasis *guttata*.



Urticaria aguda.



Casos Clínicos 3:

- ¿Qué diagnóstico consideras más probable en estos casos de lesiones pruriginosas durante todo el día?



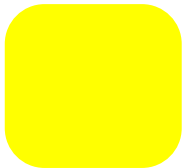


Casos Clínicos 3:

- ¿Qué diagnóstico consideras más probable en estos casos de lesiones pruriginosas durante todo el día?



Urticaria aguda.



Picaduras por artrópodos.



Sarna.



Casos Clínicos 3:

- ¿Qué diagnóstico consideras más probable en estos casos de lesiones pruriginosas durante todo el día?

Urticaria aguda.

Picaduras por artrópodos.

Sarna.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	URTICARIA	PICADURAS POR INSECTOS	ECZEMA AGUDO DIFUSO	SARNA	TOXICODERMIA
LESIONES ELEMENTALES	Habones +/- angioedema	Pápulas con vesícula central excoriada/ lesiones urticariformes	Placas eritemato-edematosas + vesículas y/o costras	Surcos, vesículas, pápulas y excoriaciones	Exantema maculopapular/ urticariforme
CLAVES DIAGNÓSTICAS	Lesiones fugaces (duran <24 h) Polimorfo y figurado Distribución «caprichosa»	Agrupación de 3-4 lesiones Distribución lineal	Lesiones persistentes Exudación Distribución parcheada o flexural	Manos y muñecas, genitales, axilas y pezones Prurito intenso nocturno	Generalizada y simétrica, de predominio en pliegues Tendencia a la confluencia de las lesiones
INTERROGAR	Factores desencadenantes /agravantes*	Estancia en campo/ contacto con animales	Antecedentes de dermatitis atópica Productos de contacto (cremas farmacéuticas, cosméticas...)	Prurito en convivientes	Fármacos en las últimas 6 semanas



Conclusiones:

<http://www.urticariacronica.org>

- Urticaria = Prurito + Habones y/o Angioedema.
- No todo prurito generalizado es urticaria. La urticaria no se debe confundir con alergia.
- La UCE se define como la presencia de habones y/o angioedema persistentes o recurrentes durante ≥ 6 semanas, sin ningún desencadenante externo específico.
- La UCE tiene una prevalencia del 1% de la población y afecta a muchos aspectos de la CdV de los pacientes.
- El diagnóstico de la UCE se basa en la historia clínica completa y puede incluir algunas pruebas diagnósticas, si la historia clínica lo sugiere.
- Se puede realizar un seguimiento del paciente mediante escalas: UAS, UAS7, UCT.
- El tratamiento se basa en la evitación de factores agravantes (AINEs, estrés, alcohol, etc.) y en antiH1 de 2ª generación (hasta 4 veces la dosis licenciada).
- Los criterios de derivación a Dermatología son:
 - Angioedema como principal manifestación.
 - UCE refractaria a dosis máximas (4 veces la licenciada).
 - Si precisa más de 2 ó 3 tandas cortas de corticoides.
 - Cuadro urticariforme atípico.



¿Alguna pregunta?





¡Muchas gracias!





CAMFiC

societat catalana de medicina
familiar i comunitària



I Jornadas de Patología Cutánea en Atención Primaria **La piel: contamos contigo**

19 de mayo de 2016, Hotel Barceló Sants, Barcelona



#dermatoAP2016@camfic