

# ENFRENTAMIENTO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA URTICARIA AGUDA EN NIÑOS

**Autor:** Dra. Catalina Campos A. Residente de Medicina Familiar PUC

**Editor:** Dra. Pamela Rojas G. Docente Departamento Medicina Familiar PUC

**Fecha:** 20 de noviembre de 2018

**Resumen portada:** La urticaria es un conjunto heterogéneo de enfermedades cuya lesión elemental es el habón. En el siguiente artículo revisaremos como identificar la urticaria aguda, su importancia y su enfrentamiento inicial en niños.

## INTRODUCCIÓN:

La urticaria es un conjunto heterogéneo de enfermedades cuya lesión elemental es el habón<sup>1</sup>. El cuadro clínico se manifiesta en diferentes severidades, desde la urticaria y el angioedema hasta la anafilaxia. Según su temporalidad se puede clasificar en aguda (menos de seis semanas) o crónica (más de seis semanas).

La UA afectará al 20% de la población en algún momento de la vida. En España la incidencia de UA es de 18,7% en población general, encontrándose la mayor incidencia entre los 3 y 6 años con un 43,9%. Ambos sexos se afectan por igual<sup>2,3</sup>.

La UA es una enfermedad autolimitada, sin embargo, hasta un 5,4% de los pacientes persisten con síntomas más de 2 semanas.

## ¿Cómo identifico una Urticaria Aguda (UA)?<sup>2</sup>

La UA tiene distintas formas de presentación:

- 78,4% se presenta en sólo con habones
- 6,6% se presenta sólo con angioedema
- 15% puede presentar ambas lesiones
- 44% de los casos se acompaña de dolor abdominal y diarrea

El habón o roncha se caracteriza por ser una lesión solevantada, de forma y tamaño variable, que presenta un centro pálido, rodeada de un halo eritematoso, y que característicamente se resuelve a los 30 minutos a 24 horas. Los habones pueden confluír formando placas y afectar cualquier lugar del cuerpo. La mayoría de los afectados presenta prurito como síntoma principal, pero también pueden presentar ardor<sup>1</sup>.

El angioedema corresponde a un edema de la dermis profunda y del tejido subcutáneo, de presentación aguda. Se caracteriza por presentarse como piel pálida, con poco prurito. Puede afectar cualquier lugar del cuerpo, pero se verá con mayor frecuencia en cara (especialmente labios y párpados), cuello, cabeza, genitales y extremidades. También puede comprometer la mucosa oral, digestiva y respiratoria. Su resolución puede tardar hasta 72 horas<sup>1</sup>.

No es objetivo de este artículo referirse al enfrentamiento específico de la anafilaxia, pero es importante recordar que tiene criterios diagnósticos específicos, que deben ser detectados de forma precoz, y que se resumen en la tabla 1.

**Tabla 1: Criterios diagnósticos de anafilaxia.<sup>3</sup>**

Criterios clínicos diagnósticos de anafilaxia	
Es muy probable cuando cumple uno de los tres siguientes:	
1	Inicio agudo de una enfermedad (minutos a pocas horas) que comprometa la piel, mucosas o ambas y al menos uno de los siguientes: a. Compromiso respiratorio (disnea, sibilancias, estridor, hipoxemia) b. Reducción de la presión arterial o síntomas asociados a disfunción de órganos (hipotonía, síncope, incontinencia, etc)
2	Dos o más de los siguientes que ocurran de manera rápida tras la exposición a un presunto alérgeno (minutos a pocas horas): a. Compromiso de piel y/o mucosas b. Compromiso respiratorio c. Reducción de la presión arterial o síntomas asociados a disfunción de órganos d. Síntomas gastrointestinales persistentes
3	Reducción de la presión arterial luego de la exposición a un alérgeno conocido a. Lactantes 1-12 meses: TAS* < 70 mmHg b. Niños 1-10 años: TAS < 70 mmHg + (edad años x 2) c. Adolescentes >11 años: TAS <90 mmHg o caída de 30% de la TAS habitual
*TAS = Tensión arterial sistólica.	

Fuente: Adaptación a partir de referencia citada

## ¿CUALES SON LAS PRINCIPALES ETIOLOGÍAS DE LA UA EN NIÑOS?<sup>5,6,7</sup>

Causas comunes que gatillan UA en niños incluyen infecciones, fármacos y alimentos. En la mayoría de los casos no lograremos identificar la etiología. Aparentemente las infecciones parecen ser la causa predisponente más frecuentemente documentada en niños con UA (más de 40% de los casos). En la práctica la mayoría de los pacientes no tienen causas precisas y se clasifican como urticarias idiopáticas.

Un estudio observacional retrospectivo realizado en un departamento de dermatología de un hospital universitario en China entre el 2013 y 2017, documentó que 411 pacientes pediátricos recibieron el diagnóstico de urticaria, de estos, solo en 49 se pudo encontrar causa etiológica y en el 41% de los casos, la causa eran las infecciones. Esta proporción disminuye con la edad. Otros alérgenos involucrados incluyen: picaduras de insectos, látex, plantas, cosméticos, lociones y detergentes.

## ¿CUÁL ES EL ENFRENTAMIENTO INICIAL DE UNA UA EN NIÑOS?

La historia clínica y el examen físico bastan para realizar el diagnóstico de UA. No se recomienda el uso de exámenes diagnósticos de rutina, pero sí intentar identificar el gatillante, y evitarlo. Es clave descartar la presencia de anafilaxia, considerando sus criterios específicos, de modo de tratar esa condición de la manera más adecuada posible<sup>1,2</sup>.

**Tratamiento farmacológico: Orientado al alivio sintomático**

### 1. Antihistamínicos receptores H1:

Son la primera línea de tratamiento. Debido a que son de vida media corta y con una mayor tasa de efectos adversos, hay expertos que no recomiendan el uso de antihistamínicos de primera generación y sugieren estrictamente utilizar antihistamínicos de segunda generación, que tienen una vida media más larga y presentan una menor tasa de efectos adversos. Estas recomendaciones se basan en estudios realizados en niños mayores de 12 años y en adultos con urticaria crónica espontánea, donde los resultados no son muy diferentes al comparar los antihistamínicos de primera generación versus los de segunda generación, pero sí presentan se observan diferencias significativas en los efectos adversos, siendo los de primera generación los que más los presentan<sup>1,8,9,10</sup>.

Estos mismos estudios recomiendan aumentar las dosis de antihistamínicos en urticaria desde 2 hasta 4 veces la dosis estándar para el peso del niño, desde el inicio de tratamiento, y escalar según los resultados observados<sup>1,9,10</sup>.

Un estudio prospectivo observacional, realizado en 98 niños con urticaria crónica espontánea reagudizada, mostró que al cuadruplicar la dosis de antihistamínicos de segunda generación un 97,1% de los casos logra la remisión de los síntomas<sup>12</sup>.

### 2. Corticoides:

Expertos recomiendan, con un grado de evidencia muy bajo, cursos cortos de corticoides orales (máximo por 10 días), ya que podrían ser útiles en reducir la duración y/o actividad de la enfermedad<sup>1</sup>. Como evidencia indirecta en niños, un estudio clínico randomizado doble ciego realizado en mayores de 18 años concluyó que adicionar prednisona por 4 días a un tratamiento con levocetiricina no era superior que levocetiricina sola en mejorar el prurito ni el tiempo de resolución en UA<sup>11</sup>.

### 3. Bloqueadores H2 (ranitidina, famotidina)

Su uso está en debate, aunque los efectos adversos son bajos. La recomendación de los expertos es considerar una prueba terapéutica en casos severos de UA o con escasa respuesta a tratamiento habitual<sup>1,2</sup>.

### SEGUIMIENTO:

Se sugiere que los pacientes con UA sean controlados a las dos semanas de inicio del tratamiento, según evolución del paciente.

Si el tratamiento se inició con doble dosis de antihistamínicos, y no hay respuesta en 2 semanas, es posible escalar hasta incluso cuadruplicar la dosis<sup>1</sup>.

Si el paciente persiste más de 6 semanas es necesario considerar una urticaria crónica. En estos casos se sugiere derivar a dermatología o inmunología para un estudio específico y considerar realizar pruebas estandarizadas de gatillantes.

### RESUMEN

- La UA es una enfermedad inflamatoria de la piel, cuya lesión elemental es el habón y el síntoma principal es el prurito.
- En los niños la etiología principal de las UA son las infecciones virales
- Dado que las UA son condiciones autolimitadas, y que su diagnóstico es clínico, no requieren exámenes adicionales
- El tratamiento de primera línea para UA infantil son los antihistamínicos de segunda generación, usando hasta 4 veces la dosis estándar.

## REFERENCIAS

1. Zuberbier, T., Aberer, W., Asero, R., et al. (2018). The EAACI/GALEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy*, Vol. 73, 1393-1414.
2. Marrouche, N.; Grattan, C. (2012). Childhood urticaria. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*. Vol. 12(5), 485–490.
3. Fustiñana, A., Rino, P., Kohn-Loncaira, G. (2019). Reconocimiento y manejo de la Anafilaxia en pediatría. *Rev Chil Pediatr*. Vol. 90(1), 44-51.
4. Wong, H., Najib U. (2018). Acute Urticaria. Recuperado el 1 de noviembre de 2018, de <https://emedicine.medscape.com/article/137362-overview>
5. Imbalzano, E., Casciaro, M., Quartuccio, S., Minciullo, P., Cascio, A., Calapai, G., Gangemi, S. (2016). Association between urticaria and virus infections: A systematic review. *Allergy and Asthma Proceedings*. Vol. 37 (1), 18-22.
6. Tang, N., Mao, M., Zhai, R., Chen, X., Zhang, J., Zhu, W., Li, J. (2017). Clinical characteristics of urticaria in children versus adults. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi*. Vol. 19(7), 790-795.
7. Shin, M., Lee, S. (2017) Prevalence an Causes of Chidlhood Urticaria. *Allergy Asthma Immunol Res*. Vol. 9(3):189-190
8. Sharma, M., Bennett, C., Cohen, S., Carter, B. (2014). H1-antihistamines for chronic spontaneous urticaria. *Cochrane Database Syst Rev*.
9. Ferrer, M., Sastre, J., Jáuregui, I., Dávila, I., Montoro, J., Del Cuillo, A., Mullol, J., Bartra, J., Valero, A. (2011). Effect of antihistamine up-dosing in chronic urticaria. *J Investig Allergol Clin Immunol*. Vol. 21(3), 34-39.
10. Pattanaik, D., Lieberman, J. (2017). Pediatric Angioedema. *Curr Allergy Asthma Rep*. Vol. 17(9), 60.
11. Barniol. C., Dehours, E., Mallet, J., Houze-Cerfon, C., Lauque, D., Charpentier, S. (2018). Levocetirizine and Prednisone Are Not Superior to Levocetirizine Alone for the Treatment of Acute Urticaria: A Randomized Double-Blind Clinical Trial. *Ann Emerg Med*. Vol. 71(1), 125-131.
12. Cornillier, H., Giraudeau, B., Munck, S., Hacard, F., Jonville-Bera, A., D'Acromont, G., Pham, B., Maruani, A. (2018). Chronic spontaneous urticaria in children - a systematic review on interventions and comorbidities. *Pediatr Allergy Immunol*. Vol. 29(3), 303-310.