


**Urticaria crónica espontánea. Reporte de caso (Original)****Chronic spontaneous urticaria. Case report (Original)**

Jorge Luis Ramírez García. Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Alergología. Profesor Asistente. Policlínico Docente Dr. Faustino Pérez Hernández. Buey Arriba. Cuba. [jorgeluisramirezgarcia999@gmail.com](mailto:jorgeluisramirezgarcia999@gmail.com) 

Recibido: 11-04-2024/Aceptado: 22-05-2024

**Resumen**

La urticaria crónica es un trastorno vascular de la piel, cuyas lesiones elementales son las ronchas o habones, que pueden tener un tamaño variable y pueden ser localizadas o generalizadas. Aunque se asocia a una baja mortalidad, genera ansiedad y depresión, pues en muchos casos los tratamientos indicados no logran la resolutivez del cuadro clínico. En el artículo se presenta el caso de una paciente de 10 años de edad, con diagnóstico clínico de urticaria crónica, con manifestaciones cutáneas dadas por ronchas o habones generalizadas, que iniciaron tres meses antes, sin relación aparente con la ingestión de medicamento o alimento. A partir de la indicación de una dieta hipoalérgica, esteroides vía intramuscular, antihistamínico vía oral y después de cinco días de hospitalización, la paciente evolucionó satisfactoriamente.

**Palabras clave:** urticaria crónica; habón; angioedema; manifestaciones sistémicas.

**Abstract**

Chronic urticaria is a vascular disorder of the skin, whose elementary lesions are wheals or wheals, which can have a variable size and can be localized or generalized. Although it is associated with low mortality, it generates anxiety and depression, since in many cases the indicated treatments do not achieve resolution of the clinical picture. The article presents the case of a 10 year old patient with a clinical diagnosis of chronic urticaria, with cutaneous

manifestations of generalized hives or wheals, which began three months earlier, with no apparent relation to the ingestion of medication or food. Following the indication of a hypoallergenic diet, intramuscular steroids, oral antihistamines and after five days of hospitalization, the patient evolved satisfactorily.

**Keywords:** chronic urticaria; wheal; angioedema; systemic manifestations.

### **Introducción**

La urticaria crónica (UC) constituye un motivo frecuente de consulta no solo en las especialidades de alergología y dermatología, sino también en la atención primaria de salud. Según Aguilera et al. (2018), la duración de las lesiones se clasifica en aguda, cuando las lesiones duran menos de seis semanas, y crónica, cuando las lesiones tienen una duración de seis semanas o más. Cuando se acompaña de edema en la región ocular, facial, labios u otras partes del cuerpo, se le denomina angioedema.

La primera descripción de la urticaria que se conoce data entre los años 10.000 y 200 antes de Cristo y se encuentra en el libro “The Yellow Emperor's Inner Classic“, escrito por Huang Di Nei Jing. En las “Cuestiones Básicas” (Sin Wen), a la urticaria se le llama *Fen Yin Zheng*, que significa eritema oculto serpenteante, palabra que actualmente se utiliza en chino para denominar a la urticaria (Torrado, 2020, p.5).

Álvaro et al. (2019) definen la urticaria como: "una alteración de la piel cuya lesión característica es el habón, el cual consiste en un área central edematosa rodeada por eritema. Son característicos su desaparición a la presión y el prurito que causa" (p. 150).

Por su parte, Zuberbier et al. (2010, citados por López et al., 2020) reconocen que: "la UC se divide en dos subtipos diferentes, la urticaria crónica espontánea (anteriormente denominada urticaria idiopática crónica) y la urticaria crónica inducible (también llamada urticaria física)" (p. 17).

Diversos factores pueden provocar la aparición de la enfermedad, entre estos se encuentran mecanismos inmunológicos y no inmunológicos. Los mecanismos inmunológicos pueden estar o no mediados por anticuerpos del tipo IgE y los mecanismos no inmunológicos actúan mediante la activación directa de diversas células (Spickett, 2014 & Sánchez et al., 2014, citados por Cruz et al., 2019).

Beck et al. (2018) y Maurer et al. (2018) (citados por López et al., 2020), refieren que los habones y el angioedema en la UC están relacionados con los mastocitos y con la liberación de histamina, bradiquinina, prostaglandinas, leucotrienos, factor activador de plaquetas, citocinas y eosinófilos. Los mediadores de los mastocitos provocan vasodilatación y un aumento de la permeabilidad vascular, lo que da lugar a la formación de urticaria.

El angioedema es causado principalmente por la liberación de bradiquinina. Productos de degradación de los leucotrienos y el complemento, también están implicados en las lesiones crónicas de urticaria y angioedema. Una pequeña proporción de pacientes puede tener anticuerpos contra el receptor de IgE en los mastocitos (Spickett, 2014 & Sánchez et al., 2014, citados por Cruz et al., 2019, p.48).

En cuanto a la etiología de la enfermedad, se han realizado diversos estudios que identifican algunas de las causas que pueden desencadenar su aparición. Sin embargo, en la mayoría de los pacientes la causa continúa siendo de etiología desconocida. Zuberbier et al. (2021, citados por Cerda et al., 2022) enfatizan en que: "El tratamiento inicial es sintomático con antihistamínico no sedante y se recomienda escalar la dosis y considerar el uso de agentes inmunomoduladores o inmunosupresores hasta lograr el óptimo control" (p. 59).

Investigaciones desarrolladas en diferentes años y por especialistas de varios países, entre los que se destacan Cruz et al. (2019), Silvestre et al. (2020) y Zamitiz et al. (2021) (citados por Espinosa et al., 2022) arrojan que:

La UC tiene una prevalencia reportada entre 0,05 % y 3 % aunque algunos estudios reportan una prevalencia de hasta un 5 %. La enfermedad puede afectar hasta un 15 % de la población y se observa más comúnmente entre la tercera y sexta décadas de la vida con un pico de incidencia hacia los 40 años. El sexo femenino es el más afectado por la enfermedad probablemente debido a que hasta un 40 % de las urticarias crónicas son autoinmunes. En población pediátrica se reporta de 0,1 % a 0,3 % de prevalencia con predominio del sexo masculino, mientras que en adultos mayores la prevalencia de la enfermedad es de 1,8 % sin predominio de algún sexo. El angioedema se presenta hasta en el 40 % de los pacientes con UC y constituye la manifestación principal de la enfermedad en el 10 % de los casos. (p. 3)

Tomando en consideración todo lo antes expuesto y la importancia del tema abordado, se plantea como objetivo describir el manejo de una paciente en edad pediátrica con un cuadro de urticaria crónica espontánea.

### **Material y métodos**

Se realizó un estudio descriptivo observacional de una paciente en edad pediátrica con el diagnóstico de urticaria crónica, hospitalizada en la sala de pediatría del Hospital Antonio Prieto Andrade, municipio Buey Arriba. Durante el desarrollo de la investigación se emplearon métodos de investigación de los niveles teórico y empírico.

Correspondiente al nivel teórico, el analítico-sintético se empleó durante toda la investigación, fundamentalmente en la precisión de los fundamentos teóricos relacionados con

las características clínicas de pacientes con urticaria crónica, así como en el análisis e interpretación de los instrumentos aplicados; el histórico-lógico permitió establecer la necesaria ubicación del conocimiento acerca de los pacientes atendidos con urticaria crónica; la inducción- deducción, para establecer generalizaciones concretas sobre la base de la interpretación de los instrumentos aplicados, en aras de dilucidar la caracterización de pacientes con urticaria crónica atendidos en la consulta de alergología. Del nivel empírico, el interrogatorio se utilizó para la obtención de información sobre los datos clínicos de la paciente.

### **Análisis y discusión de los resultados**

La urticaria crónica es una enfermedad que en ocasiones genera estrés por parte del paciente y sus familiares pues a pesar de cumplir con los tratamientos indicados por el facultativo, en muchos casos la enfermedad no mejora; por el contrario, las lesiones en piel cursan con brotes y recidivas, lo que puede provocar incluso depresión en la persona afectada.

La paciente era una escolar de 10 años de edad, raza blanca, procedencia rural, con antecedentes de salud aparente, que fue traída al Cuerpo de guardia por presentar ronchas en todo el cuerpo, desde hacía aproximadamente tres meses, sin relación aparente con la ingestión de alimentos o medicamentos.

Los padres refieren que llevó tratamiento con Difenhidramina y dieta, pero no se observó mejoría del cuadro clínico; además, la niña se quejaba de picazón constante, de difícil alivio, por lo que deciden acudir nuevamente al Cuerpo de guardia para una nueva valoración médica. Por lo planteado anteriormente se decide su ingreso para un mejor estudio y tratamiento.

En el examen físico se observó la presencia de habones generalizados, de color blanco-rosado, edematosos, con el centro pálido y que blanquean con la vito presión (figuras 1 y 2). El resto del examen físico resulta sin alteraciones.

**Figura 1. Presencia de habones y eritema en tórax anterior y abdomen**



**Fuente: elaboración propia.**

**Figura 2. Presencia de habones en región frontal**



**Fuente: elaboración propia.**

Al ingreso hospitalario, se indicó: dieta hipoalérgica, Hidrocortisona (bulbo de 500 mg) a 5 mg/kg/dosis y Cimetidina (ámpulas de 300mg/2 ml) a 25 mg/kg/día. Asimismo, se solicitó la valoración por la especialidad de alergología. Como exámenes complementarios se orientaron: hemograma completo, eritrosedimentación, IgE sérica total, recuento global de eosinófilos y ultrasonido abdominal; los resultados no arrojaron alteraciones.

Tomando en consideración el cuadro clínico que presentaba la paciente, los hallazgos al examen físico y el resultado de los exámenes complementarios, se plantea el diagnóstico de urticaria crónica espontánea.

A las 48 horas en la sala de hospitalización las ronchas y el prurito comenzaron a desaparecer. A las 72 horas se suspendió el tratamiento por vía parenteral y se comenzó por vía

oral, con una respuesta favorable al mismo. A los cinco días se egresó de la sala de pediatría con tratamiento vía oral y seguimiento por la especialidad de alergología. Actualmente la paciente no ha presentado recaídas, se encuentra en el segundo mes de tratamiento con Cetirizina (tableta de 10 mg), 1 tableta diaria por tres meses.

Para Zamitiz et al. (2021, citados por Espinosa et al., 2022):

Alrededor del 10 % de los pacientes tiene un origen definido de la enfermedad y de ellos en el 80 % se constata autorreactividad, intolerancia alimentaria e infecciones crónicas, incluyendo infecciones por virus de la hepatitis B y C, Epstein-Barr y herpes simple, infecciones por *Helicobacter pylori* e infecciones por helmintos. (p.8)

Se toma en consideración que la urticaria afecta la calidad de vida del paciente y sus familiares, pero suele ser una enfermedad autolimitada; en el caso de la urticaria crónica debe resolver en un 50-80 % de los casos en los primeros cinco años. El objetivo del tratamiento de la enfermedad es el control de los síntomas hasta que remita (Lee et al., 2019 & Arik et al., 2017, citados por Sánchez et al., 2023).

Church et al. (2018, citados por Cerda et al., 2022) plantean que:

La urticaria crónica espontánea representa una entidad clínica secundaria a la activación persistente y descontrolada de la célula cebada en piel y mucosas, cuyo efecto es la liberación de sustancias vasoactivas que incrementan la permeabilidad vascular con la subsecuente aparición de la lesión elemental: habón y/o angioedema acompañados de prurito intenso y disminución de la calidad de vida. (p. 60)

Diversos autores afirman que no se conoce completamente la fisiopatología de la urticaria. Se plantea que en la aparición de la misma intervienen mecanismos inmunológicos y no inmunológicos, los cuales provocan la estimulación de los mastocitos a través de los cuales se

liberan mediadores químicos que son los causantes del cuadro clínico, entre los que se encuentra la histamina (Jimenez & Castelló, 2018, citados por Sarango et al., 2022).

La UC se presenta con mayor frecuencia en la edad adulta, pero puede aparecer también en edad pediátrica y dentro de este grupo etario es más frecuente en adolescentes.

Investigaciones desarrolladas por Azkur et al. (2016, citados por Álvaro, 2019) reconocen que la enfermedad:

Afecta la calidad de vida de los pacientes y sus familiares y puede conllevar un mal rendimiento escolar por faltas repetidas de asistencia. El 40% de los niños presentarán solo habones en el curso de la enfermedad, el 10% solo angioedema y el 50% ambos. El pronóstico es mejor que en adultos. (p.155)

Tsakok et al. (2014) y Kudryavtseva et al. (2019) (citados por Comité Nacional de Alergia, 2021) consideran que: "Tanto en los adultos como en los niños, la tasa de remisión de la UCE dentro de los 3 primeros años del inicio de los síntomas es del 30 % al 50 %, cuatro sin superar los 10 años de evolución" (p. 55). Por su parte Shahzad et al. (2018, citados por Comité Nacional de Alergia, 2021) refieren que: "Pueden destacarse como predictores de mayor duración la presencia de disparadores físicos, angioedema y autoanticuerpos" (p. 55).

Para Sugrañes et al. (2019) y Alcántara et al. (2019) (citados por Espinosa et al., 2022):

Los desencadenantes de la UCE son desconocidos. Los pseudoalérgenos contenidos en los alimentos pueden causar reacciones de hipersensibilidad a través de un mecanismo no mediado por inmunoglobulina E (IgE), al contener sustancias vasoactivas, fenoles y compuestos aromáticos. Los fármacos asociados, en su mayoría, inhiben la actividad intestinal de la diamina oxidasa y condicionan una mayor concentración de histamina sistémica. (p. 3)



La herramienta fundamental para el diagnóstico es la confección de una historia clínica exhaustiva y enfocada a las posibles causas de la enfermedad. A través del examen físico se corroborarán las lesiones características, que son las ronchas o habones, así como su distribución, y además, se podrá observar la existencia o no de angioedema. Los habones de la UC tienen iguales características a los de la urticaria aguda.

En la urticaria aguda no está indicado la realización de exámenes complementarios. Sin embargo, en el caso de una urticaria crónica deben indicarse algunos exámenes que incluyan: eritrosedimentación, proteína C reactiva, cuantificación de inmunoglobulinas y estudios del complemento.

Wong et al. (2018, citados por Sarango et al., 2022) refieren que entre los antihistamínicos más comunes se encuentran: "la levocetirizina (5-20 mg/día), la cetirizina (10-40 mg/día), la desloratadina (5-20 mg/día), la fexofenadina (120-480 mg/día), la loratadina (10-40 mg/día), la rupatadina (10-20 mg/día), la bilastina (20 mg/día) y la ebastina (10-40 mg/día)" (p.1055). Los autores antes citados enfatizan en que es importante señalar que se emplean los mismos grupos farmacológicos en niños y adultos, lo que cambia es la dosis a emplear. El tratamiento con esteroides se reserva para aquellos casos en los cuales las lesiones son muy extensas. Se recomienda tratamientos con esteroides por períodos cortos de tiempo, debido a los efectos adversos que pueden provocar estos fármacos.

En la práctica médica habitual, el tratamiento farmacológico se inicia con un antihistamínico H1 de segunda generación (no sedante). Si el paciente continúa sin mejoría se aumenta la dosis del medicamento hasta cuadruplicar la dosis que se indica habitualmente; de no mostrar mejoría, se asocia otro medicamento. El tratamiento de esta patología se hará de forma escalonada; si con este medicamento el paciente continúa sin mejoría, se añade otro tratamiento

(omalizumab, montelukast). Torrado (2020) opina que: "La reevaluación del paciente se realizará a las 2-4 semanas de instaurado el tratamiento si esto es posible, sino revisar cada 2 meses hasta conseguir estabilidad clínica" (p.18).

Se coincide con Tincopa (2014, citado por Espinosa et al., 2022), al plantear que si no se logra el control del paciente con estas opciones terapéuticas se puede considerar una tercera línea de tratamiento en las cuales se incluyen: inmunomoduladores, plasmaféresis, colchicina, dapsona y warfarina.

### **Conclusiones**

1. La urticaria crónica espontánea es más frecuente en la tercera y sexta década de la vida, y en el sexo femenino, pero también puede presentarse en edades pediátricas.
2. Las lesiones elementales de la piel presentes en la enfermedad son las ronchas o habones.
3. El diagnóstico se realiza a través de la anamnesis, el cuadro clínico, el examen físico y los exámenes complementarios.
4. El tratamiento recomendado es de forma escalonada y preferentemente se realiza con antihistamínicos H1 de segunda generación.

### **Referencias bibliográficas**

- Aguilera, R., Correa, H., Díaz, C., Marinovic, M. A. & Valenzuela, F. (2018). Guía clínica chilena de urticaria crónica espontánea. *Revista Médica Chilena*, 146, 1334-1342.  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872018001101334](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018001101334)
- Álvaro, M., (2019). Urticaria y angioedema. *Protoc diagn ter pediatr.*, 2,149-60.  
[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10\\_urticaria\\_angioedema.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_urticaria_angioedema.pdf)

- Cerda, S., Campos, R. I., Castellón, N. K., Maldonado, J. G. & Rodríguez, M. (2022). Urticaria crónica espontánea en población pediátrica: reporte de dos casos tratados con omalizumab. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas*, 31(2), 58-60.  
<https://dx.doi.org/10.35366/109666>
- Comité Nacional de Alergia. (2021). Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la urticaria en pediatría. *Arch Argent Pediatr*, 119(2), 54-66.  
<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2021.S54>
- Cruz, A., Caballero, C. G., López, A. I., Rivero, D., Arana, O., Papaqui, J. S., Ortega, L., Rosales, A. G., Ruiz, I. P. & Valle, F. (2019). Prevalencia de la urticaria crónica y su perfil clínico epidemiológico. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas*, 28(2), 47-50  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90060>
- Espinosa, K., Casado, P. R., Santos, R. S., Cruzata, J. & Lopes, N. D. (2022). Perfil clínico de pacientes con urticaria crónica en el Hospital Militar Principal, Guinea-Bisáu. *Revista Información Científica*, 101(4), e3773. <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v101n4/1028-9933-ric-101-04-e3773.pdf>
- López, E., Pedroza, A. & Huerta, J. G. (2020). Urticaria crónica en niños. Revisión sistemática. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas*, 29(1), 16-30.  
<https://dx.doi.org/10.35366/93322>
- Sánchez, J. M., Tamayo, L. M., Velásquez, M. M., García, E., Santos, L. C., Gaitán, J. D., Harman, O., Sánchez, J. L. & Espinosa, T. L. (2023). Consenso para el manejo práctico de la urticaria en atención primaria. *Revista Acta Médica Colombiana*, 48(1).  
[http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v48n1/es\\_0120-2448-amc-48-01-1m.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v48n1/es_0120-2448-amc-48-01-1m.pdf)

Sarango, K., Guapulema, J., Cabrera, E. & Pinzon, G. (2022). Urticaria alérgica: presentación de caso. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(5), 1951-1960.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i5.3222](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i5.3222)

Torrado, I. (2020). Urticaria aguda - Angioedema en Urgencias Pediátricas. *NPunto*, 3(23).

<https://www.npunto.es/content/src/pdf->

<articulo/5e42bced4978e5e417bcaee078NPvolumen23-5-24.pdf>