

11220  
5



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO *2-ef*

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado  
Hospital Regional "20 de Noviembre"  
I . S . S . S . T . E .

CLASIFICACION DE LA URTICARIA

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Título de  
ESPECIALISTA EN ALERGIA  
E INMUNOLOGIA CLINICA

p r e s e n t a  
DRA. PATRICIA A. LATOUR STAFFELD



ISSSTE MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1991



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## RESUMEN

Se analizaron los primeros 30 pacientes enviados al Servicio de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital 20 de Noviembre, enviados con diagnóstico de Urticaria, independientemente de su tiempo de evolución, entre los meses de Enero a Mayo de 1990. De 21 estudiados, 7 presentaron urticaria aguda y 14, urticaria crónica. El sexo más afectado fué el femenino con 14 casos, y una edad media de 38.2 años. Para las urticarias agudas la más frecuente fué la tóxica en 3 casos, por error metabólico un caso, secundaria a padecimiento sistémico un caso, e idiopática en dos casos. Entre las crónicas, la más frecuente fué la psicógena en 5 casos, física (frío, acuagénica y calor) en 3 casos; por error metabólico, alergia y padecimientos sistémicos, la cifra fué la misma con un paciente para cada caso. Los exámenes de laboratorio incluyeron BHC, EGO, coproparasitoscópicos, copro y urocultivos, cultivos secreción nasal y faríngea, complemento, VSG, reacciones febriles y pruebas cutáneas; los cuales en solo 3 pacientes confirmaron el diagnóstico. Se siguió la evolución de los pacientes por tres meses. Solo 3 de ellos persisten con el cuadro. Nuestro estudio sugiere que mediante nuestro criterio de clasificación, es posible llegar al diagnóstico y curación en más del 80% de los casos.

## INDICE

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	5
RESULTADOS	8
DISCUSION	16
CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFIA	21

## INTRODUCCION

El término Urticaria lo usa por primera vez J. William en 1777. Alfred Wolf Eisner, en 1906, inicia el concepto de urticaria como fenómeno de relación antígeno-anticuerpo, al responsabilizar a albúminas extrañas del proceso. En 1942, Lewis y Grant, establecen la importancia de la histamina en la producción de la misma. (1,2,3,4)

La urticaria consiste en placas eritematosas, pruriginosas, evanescentes, que al confluír forman habones, producidas por aumento de permeabilidad vascular y extravasación de líquido intravascular a nivel de la dermis superficial (5).

Un 20% de la población presentará al menos un episodio de urticaria, más frecuentemente, las mujeres de 30 a 50 años. Un 30% de los pacientes tienen historia de otro padecimiento alérgico y el 20% cuenta con historia familiar de atopía (6).

Las lesiones son debidas a la liberación de mediadores químicos contenidos en los mastocitos y basófilos; el principal de ellos, la histamina. Otros son el factor activador de plaquetas, cininas, leucotrienos, factor quimiotáctico de eosinófilos y neuropéptidos (sustancia P) (7).

La desviación del metabolismo del ácido araquidónico a la vía de la lipooxigenasa, aumenta la producción de leucotrieno D4, que como la histamina, posee alto poder vasodila-

tador y permeabilizante de los vasos sanguíneos. Por este mecanismo se producen las reacciones por aspirina y antiinflamatorios no esteroideos. La activación del complemento y mediante las anafilotoxinas C3a y C5a, puede producir la liberación de los mismos, como sucede en las reacciones por lidocaina, sus derivados y enfermedades sistémicas. Independientemente del mecanismo implicado, puede o no estar participando la Ig E como disparador de la desgranulación (8,9,10,11).

Se produce liberación directa de mediadores por medicamentos (opiáceos, morfina, codeína, tiamina, medios de contraste); alimentos ricos en lectinas (fresas, leguminosas); estímulos físicos y aditivos (preservativos, colorantes) (13, 14, 15).

En cuanto a las clasificaciones, la urticaria aguda es aquella con evolución menor a 6 semanas; la crónica, permanece por más de estas 6 semanas. Con respecto a los mecanismos de producción, la urticaria inmunológica implica la participación de reacciones de hipersensibilidad I, II y III, anafilotoxinas y complejos inmunes. La no inmunológica se produce por liberación directa de mediadores, efectos colinérgicos, agentes físicos y factores moduladores (alcohol, fiebre, hormonas). En otras clasificaciones se postula la participación de infecciones bacterianas (estrepto y estafilococos, *Escherichia coli*, salmonella); parásitos (helminths, Giardiasis); hongos (cándida, tiña); virus (hepatitis B, mononucleosis infecciosa). Se incluyen también enfermedades sistémicas (cola

genopatías, neoplasias); urticarias físicas e intolerancia a medicamentos. En este último caso, participando la IgE sólo en el caso de la penicilina, sus derivados y la insulina. (16)

La urticaria alérgica es producida por inhalantes (polvo y pólenes), picaduras de insectos, medicamentos y alimentos, todos, casos donde se demuestre la mediación de la IgE por clínica o por RAST. En la alergia a alimentos, que se presenta en el 7% de los niños y solo 2% de adultos, la urticaria se acompaña de síntomas gastrointestinales, presentes cada vez que se ingiere el alimento y a menor cantidad del mismo progresivamente.

El Dr. Salazar Mallén en México, cita como responsable del 35% de los casos de urticaria aguda la que denomina como tóxica, producida por liberación directa de histamina, por efecto de toxinas bacterianas, o por efectos de metabolitos de las mismas con propiedades idénticas a las de la histamina. A ésto, otros añaden la producida por alimentos ricos de por sí en histamina o por degranuladores.

Postulamos que la urticaria tóxica es la más frecuente de las urticarias agudas, ya que en la mayoría de los casos existe el antecedente de ingesta de estos alimentos histamino liberadores o de otros contaminados por estas bacterias, y en los cuales, los cuadros no se acompañan de síntomas gastrointestinales.

Al contrario de muchos reportes donde se estipula que

en menos del 30% de las urticarias, sobre todo crónicas, se llega al diagnóstico etiológico, nuestros mayores aciertos a ese respecto se basan en la utilización de la clasificación que proponemos:

- 1- Urticaria tóxica
- 2- Urticaria psicógena
- 3- Urticaria por error metabólico:
  - a) activación o defectos en la cascada del complemento.
  - b) alteración del metabolismo del ácido araquidónico
- 4- Urticaria alérgica
- 5- Urticaria secundaria a padecimientos sistémicos:
  - a) Infecciones (bacterianas, parasitarias, virales y por hongos)
  - b) Colagenopatías
  - c) Endocrinas
- 6- Urticaria Física:

(colinérgica, por frío, calor, presión, dermatografismo, vibración y acuagénica)
- 7- Urticaria Idiopática

El objetivo de esta tesis es destacar la importancia del conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos de la urticaria, a través de la clasificación que proponemos, para que, aunados a la elaboración de una historia clínica dirigida, sirva para la obtención rápida del diagnóstico y la aplicación de la terapia específica para cada condición.



## MATERIAL Y METODOS

El estudio, de tipo observacional, prospectivo, descriptivo y abierto, se realizó al estudiarse los primeros 30 pacientes recibidos de primera consulta en el Servicio de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital Regional 20 de Noviembre ISSSTE, durante los meses de Enero a Mayo de 1990.

Los datos de cada paciente se obtuvieron mediante la realización de una historia clínica completa y dirigida, así como de un examen físico minucioso. Entre los datos más importantes de la historia se consideraron los siguientes aspectos:

- 1- Antecedentes de atopia personales o familiares.
- 2- Factores desencadenantes desde el primer episodio.
- 3- Inicio y frecuencia de los síntomas y signos.
- 4- Asociación con otras enfermedades alérgicas y sistémicas.
- 5- Tratamiento recibido previa atención en nuestro servicio.

Los estudios a cada paciente fueron los siguientes:

- Biometría hemática completa y diferencial
- Examen general de orina
- Urocultivo
- Coproparasitoscópicos seriados (tres muestras).
- Coprocultivo
- Cultivo de secreciones nasal y faríngea.
- Reacciones febriles.

- Velocidad de eritrosedimentación globular
- Complemento (C3, C4, CH50).
- VDRL
- Ig E sérica total.
- Pruebas cutáneas.

Posterior a la realización del diagnóstico, se realizó seguimiento a cada paciente por espacio de un mínimo de tres meses, para corroborar dicho diagnóstico y valorar su evolución.

#### Criterios de inclusión

- Ser derechohabiente del ISSSTE.
- Pacientes de 0 a 70 años, que presentaran urticaria independientemente de su tiempo de evolución.

#### Criterios de exclusión

- Ingesta de antibióticos inmediatamente antes o después de la aparición del cuadro inicial.
- Falta de cooperación del paciente.

#### Criterios de eliminación

- Falta de cumplimiento por el paciente de las indicaciones hechas por el médico, tanto para fines diagnósticos como terapéuticos.
- No asistencia a sus citas de seguimiento, o en caso de menor de edad, hacerlo sin la compañía del padre o tutor.

Los resultados fueron analizados mediante la chi-cuadrada con corrección de Yates.

## RESULTADOS

De los 21 pacientes estudiados, 14 fueron del sexo femenino, y 7 lo fueron del sexo masculino. (Ver figura 1).

La edad media de presentación fué para el sexo femenino de 38.2 años (13-65) y para los masculinos, de 25 años (3-58).

### Urticaria Aguda

De los 21 pacientes, 7 presentaron urticaria aguda. De acuerdo a nuestro criterio de clasificación propuesto, los diagnósticos fueron los siguientes: (Figura 2)

- Urticaria tóxica: 3 pacientes
- Urticaria idiopática: 2 pacientes.
- Urticaria secundaria a padecimientos sistémicos: un paciente.
- Urticaria secundaria a error metabólico (medicamentos): un paciente.

En este grupo, del total de siete pacientes, 6 fueron del sexo femenino y uno del sexo masculino. La distribución por edades fué la siguiente: no hubo pacientes en la primera ni segunda décadas de la vida; 1 paciente de la tercera década; 3 de la cuarta; 2 de la quinta y uno de la sexta. Resultó más frecuentemente afectado el sexo femenino, predominando las mujeres entre los 30 y 50 años de edad. (Figuras 2 y 3).

## Urticaria Crónica

En este grupo fueron incluidos 14 pacientes, clasificados de la siguiente manera: (Figura 4)

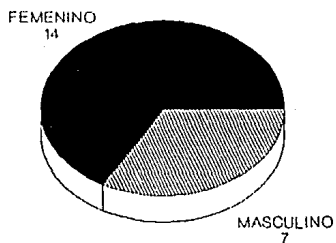
- Urticaria Psicógena: 5 pacientes
- Urticaria Física: 3 pacientes
- Urticaria por alergia a alimentos: 2 pacientes
- Urticaria por error metabólico: 2 pacientes
- Urticaria secundaria a padecimiento sistémico: 2 pacientes

Del total de 14 pacientes de este grupo, 8 fueron del sexo femenino, y 6 del masculino. La distribución por edades se muestra en la figura 5, predominando las mujeres de 30 a 40 años.

De nuestros 21 pacientes en total, en 18 de ellos remitió el cuadro definitivamente; en sólo 3 persiste la sintomatología.

Los resultados de los exámenes de laboratorio solicitados se muestran en la figura 6. El reporte del complemento los coprocultivos y cultivos nasal y faríngeo, en todos los casos fué normal. Los coproparasitoscópicos, el VDRL y las reacciones febriles, solo se repotaron con positividad en un caso. El urocultivo y la VSG fueron anormales en 17 de los 21 casos. Las pruebas cutáneas realizadas a todos los pacientes, fueron positivas en 5 casos solamente. El resultado de la Ig E sérica total solo fué reportado en 4 casos, estando en todos dentro de los límites normales.

## URTICARIA DISTRIBUCION POR SEXO



$P < 0.001$

FIGURA 1

## URTICARIA AGUDA TOTAL DE CASOS

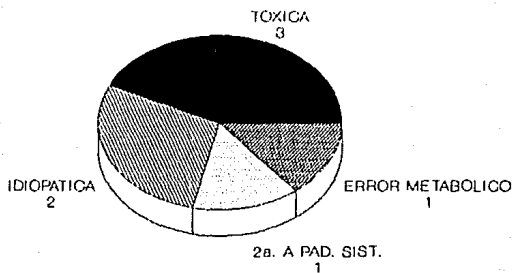


FIGURA 2

## URTICARIA AGUDA DISTRIBUCION POR EDADES Y SEXO

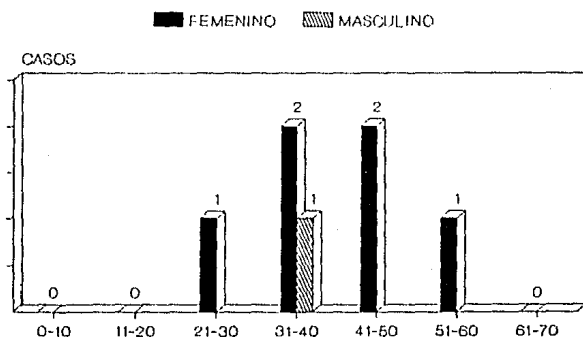


FIGURA 3



## URTICARIA CRONICA TOTAL DE CASOS

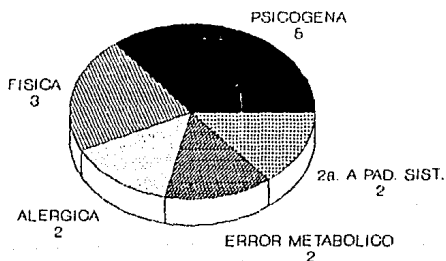


FIGURA 4

## URTICARIA CRONICA DISTRIBUCION POR EDADES Y SEXO

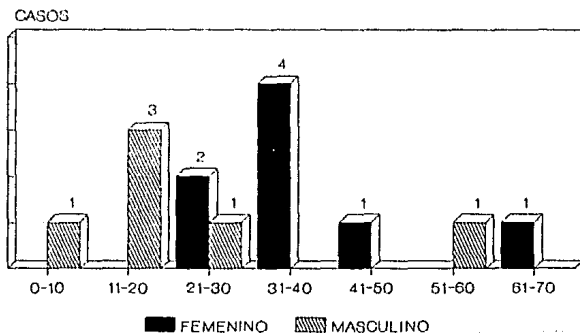


FIGURA 5

## RESULTADOS DE LABORATORIO

<u>EXAMENES</u>	<u>NORMALES</u>	<u>ANORMALES</u>
BIOMETRIA HEMATICA	17	4
LEUCOCITOS	20	1
EOSINOFILIA	19	2
EXAMEN GRAL DE ORINA	17	4
UROCULTIVO	19	2
COPROPARASITOSCOPICO	20	1
COPROCULTIVO	21	0
COMPLEMENTO	21	0
V D R L	20	1
V S G	19	2
PRUEBAS CUTANEAS	16	5
IG E SERICA TOTAL	4	-
REACCIONES FEBRILES	20	1
CULT. NASAL Y FARING	21	-

$p < 0.001$  PARA TODOS LOS VALORES. (S) FIGURA 6

## DISCUSION

La urticaria es uno de los padecimientos con que más frecuentemente se enfrentan no solo el alergólogo, sino también el dermatólogo y el médico internista, por lo que el conocimiento a fondo de la misma es indispensable.

La realización de una historia clínica exhaustiva donde se indaguen de manera dirigida no solo las características de presentación del cuadro de urticaria sino también sus factores desencadenantes, y el conocimiento de los mecanismos responsables de la patogenia de este problema, nos permiten identificar sus causas de manera rápida e incluir al paciente en cualquiera de los parámetros propuestos en nuestra clasificación.

Nuestros resultados mostraron que en 8 de 21 pacientes se refería historia personal de atopia y en 5 de ellos, por lo menos un familiar directo tenía también antecedentes de algún padecimiento alérgico, lo que va de acuerdo con la literatura alergológica, que reporta entre un 30 y 35% de atopia personal, y 20-25% en cuanto a historia familiar.

En nuestro estudio, el sexo femenino de la cuarta década de la vida fué el más afectado ( $P < 0.001$ ), al igual que en la mayoría de los reportes, (4,6,13) que así lo establecen; sin embargo, no hubo relación entre la edad de presentación y el tiempo de evolución del padecimiento ( $P > 0.4$ ).

La urticaria tóxica fué la más frecuente de las urticarias agudas (3 casos). Los alimentos implicados en su producción fueron embutidos, papas fritas (en bolsas) y carne de cerdo, los cuales habían sido ingeridos antes y después del cuadro urticariano, sin desencadenarlo siempre lo que difiere de un cuadro típicamente alérgico, ya descrito anteriormente. Esto no ha sido tomado en cuenta por otros autores, siendo un factor importante en nuestro medio, donde se acostumbra a ingerir alimentos con escasas medidas de higiene y conservación. En el caso de las papas fritas, el factor histamino liberados directo, eran los aditivos para la preservación de las mismas.

El padecimiento sistémico responsable del cuadro agudo de urticaria fué una infección de vías urinarias por *Escherichia coli*, diagnosticada por urocultivo, que desapareció solo después de erradicar la infección.

Dos pacientes con urticaria crónica cursaron con otro padecimiento sistémico; uno de ellos con infección supurativa a través del meato urinario (niño de 3 años), con evolución de ocho semanas, que desapareció a la administración de ampicilina. El segundo paciente, cursa con enfermedad mixta del tejido conectivo.

Por error metabólico, incluimos a tres pacientes quienes presentaron su cuadro posterior a la ingesta de aspirina dos de ellos, y un tercero, por xilocaína, constituyendo un total de tres pacientes. El mecanismo implicado

fué en el caso de la aspirina, un trastorno en el metabolismo del ácido araquidónico, y para la xilocaína, la activación del complemento según lo comentado anteriormente. Esto aún es objeto de controversia y estudio por otros autores.

La urticaria por verdadera alergia a alimentos se detectó en dos pacientes que, como era de esperarse, presentaron un curso crónico, debiéndose en un paciente a la ingesta de camarón, llegando incluso a presentar el cuadro al tener contacto manual con el mismo. El segundo paciente era alérgico a la carne de cerdo, presentando las características típicas ya mencionadas de la alergia a alimentos.

Las urticarias físicas fueron responsables de 3 de los casos crónicos. Estas fueron por frío, acuagénica y por calor.

La urticaria psicógena, y de acuerdo a lo reportado en la literatura, fué la más frecuente de nuestros casos crónicos, llegando a presentarse en 5 de los 14 pacientes. De estos pacientes, dos de ellos se mantienen controlados con antidepresivos tricíclicos y antihistamínicos no sedantes.

Los tres pacientes con urticaria física y el tercero con urticaria psicógena, son los únicos que siguen presentando los cuadros a pesar del tratamiento, cifra notoriamente menor que la reportada en otras fuentes.

Con respecto a los exámenes de laboratorio solicitados, el número de los reportados como normales fué significativamente mayor que aquellos con alguna anormalidad, ( $P < 0.001$ ), por lo que su utilidad para el diagnóstico etiológico es escasa. Solo en tres pacientes, en los que sospechábamos una enfermedad sistémica concomitante, confirmaron el diagnóstico. (Figura 6)

Las cifras de Inmunoglobulina E sérica fueron solicitadas en todos nuestros pacientes, pero por falta de reactivos solo se reportaron los resultados en cuatro pacientes, y en todos se encontraron dentro de los parámetros normales. Aunque esta cantidad es muy baja y no se presta a análisis, los resultados concuerdan con los reportes que establecen poca relación entre los valores de esta inmunoglobulina, y los cuadros establecidos de urticaria, aún cuando la etiología de la misma sea alérgica.

Las pruebas cutáneas solo se reportaron positivas en los pacientes que cursaban con otro padecimiento atópico, como asma bronquial o rinitis alérgica, por lo que para la urticaria, no constituyen un método diagnóstico confiable.

## CONCLUSIONES

- 1- La urticaria tóxica es la más frecuente de las urticarias agudas.
- 2- La urticaria psicógena es la más frecuente de las urticarias crónicas.
- 3- Las mujeres de la cuarta década de la vida son las más afectadas independientemente del tipo de presentación.
- 4- La clasificación propuesta por nosotros, permite llegar al diagnóstico etiológico en más del 80% de los casos.
- 5- Las pruebas cutáneas no son un método diagnóstico útil en los casos de urticaria.



## BIBLIOGRAFIA

- 1- Velazquez J . Historia de la alergia. Tesis. UNAM; México 1985.
- 2- Salazar M . La Alergia en la teoría y la práctica; 1a edición, México, Méndez Oteo, 1958:337-350.
- 3- Olivares M, Alfonso L, Gomez A. Inmunoglobulina E y síndrome urticariano crónico. Alergia 1988; 35:9-12.
- 4- Quaranta J, Rohr A, Rachelfsky G. The natural history and response to therapy of chronic urticaria and angioedema. Ann Allergy 1989; 62:421-424.
- 5- Mathews K. Urticaria and angioedema. J Allergy Clin Immunol 1983; 72:1-14.
- 6- Middleton E. Allergy principles and practice, 3a edición, Toronto. Mosby 1988:1377-1395.
- 7- Senent C. Alergología, 1a edición, Madrid, Luzán, 1985: 327-350.
- 8- Vercelli D, Geha R S. The IgE system. Ann Allergy 1989; 63:4-13.
- 9- Samter M. Immunological diseases, 4ta edición, Boston/Toronto, Little Brown Co. 1988: 1187-1200.

- 10- Monroe E, Jones H. Urticaria. Arch Dermatol 1977; 113: 80-90.
- 11- Stafford C. Urticaria as a sign of systemic disease. Ann Allergy, 1990; 64:265-271.
- 12- Green G, Koelsche G, Kierland R. Etiology and pathogenesis of chronic urticaria. Ann Allergy 1965; 23:30-36.
- 13- Bierman C. Allergic diseases from infancy to adulthood, 2da edición, Philadelphia. W.B. Saunders 1988:415-423.
- 14- Montaña M, Orea M. Estudio de la frecuencia de urticaria y angioedema inducidos por aditivos a alimentos. Rev Alergia 1989; 36:15-18.
- 15- Metcalfe D. Food hypersensitivity. J Allergy Clin Immunol 1983; 73:749-761.
- 16- Valdés A, Cárdenas S, Gómez A. Urticaria crónica, etiología y diagnóstico. Rev Alergia, 1985; 32:41-44.
- 17- Kaplan AP. Mediators of urticaria and angioedema. J Allergy Clin Immunol, 1977; 60:324-332.