



11237  
106  
1el.  
1ejem.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION**

**SECRETARIA DE SALUD**

**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA**

**CARACTERISTICAS CLINICAS DE URTICARIA Y  
ANGIOEDEMA**

**TRABAJO DE INVESTIGACION  
QUE PRESENTAN**

**PARA**

**CA EN**

**DRA. MARICELA NOCHEBUENA PELCASTRE  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
PEDIATRIA MEDICA**



**INP**

**MEXICO, D.F.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**1997**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

**TESIS SIN PAGINACION**

**COMPLETA LA INFORMACION**

**CARACTERISTICAS CLINICAS DE URTICARIA Y  
ANGIOEDEMA**



**DR. SILVESTRE FRENK FREUND**  
DIRECTOR GENERAL Y PROFESOR  
TITULAR DE PEDIATRIA

**DR. ERNESTO DIAZ DEL CASTILLO**  
SUBDIRECTOR GENERAL DE ENSEÑANZA

**DR. LUIS HESHIKI NAKANDAKARI**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE  
ENSEÑANZA DE PRE Y POSTGRADO

**DR. JOSE HUERTA LOPEZ**  
JEFE DEL SERVICIO DE ALERGIAS  
PROFESOR DEL CURSO DE ALERGIAS  
PEDIATRICA

**DR. RODOLFO GARCIA CABALLERO**  
TUTOR DE TESIS



## ABSTRACT

**Background.** Prevalence of urticaria and angioedema are high in general population. Clinical features and association to allergic disease is no well established in our children population.

**Objective.** Determine clinical standards for diagnosis of urticaria and angioedema, and association to allergic disease.

**Methods.** Clinical charts of 183 pediatric patients diagnosed as urticaria, angioedema or both at the National Institute of Pediatrics were reviewed searching for major clinical data, and atopic background and allergic disease.

**Results.** The study included 183 patients ages 1-17 years, with a mean age 7 years (SD 4.5 years), 98 male (53%) and 85 females (47%). Diagnosis of urticaria in 87 (47%), angioedema 15(8.2%), and both 82 patients (44%). Chronic urticaria was found in 146 patients (79%). Atopy was found in 66 (36%). Allergic disease associated were rhinitis 54 (29%) and asthma 37 (20%). Food and drug urticaria were present in 58 (31%) and 44 (24%) patients.

**Conclusion.** Our results are in accordance to literature previous reports. We found a higher association to atopy and allergic disease.

## RESUMEN

**Antecedentes.** La prevalencia de la urticaria y angioedema es alta en la población general. Los datos clínicos y su asociación con enfermedades alérgicas no está bien establecida en nuestra población infantil.

**Objetivo.** Determinar los lineamientos para el diagnóstico de urticaria, angioedema y su asociación con enfermedades alérgicas.

**Métodos.** Se revisaron los expedientes clínicos de 183 pacientes con diagnóstico de urticaria y angioedema que acudieron al Servicio de Alergia del Instituto Nacional de Pediatría. Se investigaron edad, sexo, y principales datos clínicos de urticaria y angioedema, así como antecedentes de atopia y enfermedades asociadas. La información se describió en forma gráfica y numérica.

**Resultados.** El estudio incluyó 183 pacientes con edades de 1-18 años, con una media de edad de 7 años (DE 4.5 años), 98 masculinos(53%) y 85 femeninos (47%). Se diagnosticó urticaria en 87 pacientes (47%), angioedema en 15 (8.2%) y ambos en 82 (44%). Se encontró urticaria crónica en 146 pacientes (79%). Se encontró antecedentes de atopia en 66 (36%). Las enfermedades alérgicas asociadas fueron rinitis en 54(29%) y asma 37(20%). Urticaria a alimentos y fármacos se encontraron en 58(31%) y 44(24%).

**Discusión.** Nuestros resultados son acordes con reportes mundiales previos. Encontramos una mayor asociación con atopia y enfermedades alérgicas.

## INTRODUCCION

La urticaria representa un grupo heterogéneo de padecimientos que pueden ser de origen inmunológico y no inmunológico, los cuales conducen por lo general a degranulación de células cebadas y en forma subsecuente existe liberación de sustancias vasoactivas de tipo: bradicinina, histamina, anafilotoxinas (C3a, C4a, y C5a), factor activador de plaquetas, factores quimiotácticos, prostaglandinas, etc. (1,2,3)

La urticaria clínicamente se caracteriza por lesiones dérmicas eritematosas, pruriginosas, edematosas y fugaces denominadas habones o ronchas las cuales en forma constante cambian de localización y al momento de desaparecer no dejan huella, lo anterior como resultado de la actividad de sustancias vasoactivas que condicionan un incremento en la permeabilidad vascular y dilatación venular y capilar además de calor local por reflejo axónico de la dermis, observándose por lo anterior la triple respuesta de Lewis (calor, rubor y edema). A nivel histológico se produce ensanchamiento de las papilas dérmicas, aplanamiento de las crestas interpapilares así como edema de las fibras de colágena. (4,5)

La fisiopatología del angioedema es semejante al de la urticaria, pero las alteraciones histológicas se localizan en las capas profundas de la piel o tejido subcutáneo. Generalmente es asimétrico y no pruriginoso, pudiendo ser el aspecto de la piel normal, dado que en la zona de afectación, el número de células cebadas y terminaciones nerviosas es menor. Las manifestaciones clínicas se observan en cara, lengua, extremidades y vías respiratorias, pudiendo condicionar la muerte dos situaciones: colapso vascular y edema de glotis. (1,2)

La urticaria se cataloga de acuerdo al tiempo de evolución: aguda menor de 6 semanas y crónica de más de 6 semanas de duración. Se menciona la

prevalencia acumulada de urticaria entre un 15-25%. Predomina en la adolescencia con un mayor riesgo en los pacientes que tiene antecedentes atópicos (asma, rinitis, dermatitis atópica, y conjuntivitis alérgica). La coexistencia de urticaria y angioedema es frecuente, mencionándose en algunos estudios de un 20 hasta un 50%, siendo más frecuente durante la tercera y cuarta década de la vida. (6,7)

En la urticaria y angioedema agudos se llega a determinar la causa en un 50-85% de los casos y generalmente son : reacciones alimentarias (aditivos y conservadores), reacciones a fármacos, antígenos inhalados o de contacto, reacciones a hemoderivados, infecciones (bacterias, virus, hongos, parásitos), así como urticarias físicas (colinérgica, inducidas por agua, ejercicio, sol, presión, vibración y dermografismo), y enfermedades hereditarias como la deficiencia del inhibidor del complemento C1 con transmisión autosómica dominante (angioedema hereditario). (1,2,3,7)

La etiología real de la urticaria y angioedema crónicos se llega a desconocer entre un 70-90% de los casos. El abordaje diagnóstico es difícil y en la mayoría de los casos se realiza por exclusión debiendo individualizarse en cada paciente, por lo cual se recomienda la investigación de antecedentes personales y familiares, exposición a traumas físicos, y condiciones exacerbantes del padecimiento, exploración física completa así como estudios de laboratorio y gabinete, recomendándose de primera línea: Rx de tórax y senos paranasales, biometría hemática completa, examen general de orina, coproparasitoscópicos, determinación de C2,C4, CH50 y C1 inh. En caso de que a pesar de los estudios paraclínicos mencionados aún se desconociera la etiología, es importante la búsqueda intencionada de enfermedades neoplásicas, colagenopatías, endocrinopatías, y hepatopatías principalmente en pacientes en la tercera y cuarta décadas de la vida. (8,9,10)

El tratamiento de la urticaria y angioedema está encaminado a evitar la exposición al agente agresor o desencadenante, tratar la causa y control de los síntomas. Como medidas farmacológicas paliativas se recomienda la administración de bloqueadores de histamina para receptores H1 y H2, observándose mejoría en general cuando el padecimiento es de tipo agudo. En casos de urticaria y angioedema de tipo crónicos medicamentos comúnmente empleados son los esteroides y como preventivos se recomienda la administración de ketotifeno por periodos prolongados, ya que disminuye las recaídas y las exacerbaciones así como el acumulo in situ de eicosanoides. En forma reciente se ha recomendado la doxepina (neuroléptico) pues condiciona disminución de la tensión emocional en el paciente además de que tiene efecto bloqueador de receptores H1 y H2.

(11,12,13)

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó estudio retrospectivo, transversal para estudiar a todos los pacientes de 0-18 años de edad, que acudieron al servicio de alergia del Instituto Nacional de Pediatría en la ciudad de México, D.F.; con diagnóstico de Urticaria y/o angioedema, del 1 de Enero de 1983 al 31 de Diciembre de 1993.

Se revisaron los expedientes clínicos investigando edad, sexo, presencia de urticaria, angioedema o ambos, tiempo de evolución de urticaria y/o angioedema, enfermedades alérgicas asociadas, antecedentes de atopia, urticaria a alimentos, medicamentos o urticaria física.

### Definiciones operacionales

**Urticaria:** es una reacción cutánea con un patrón caracterizado por aparición de ronchas o habones pasajeros, edematosas, pruriginosas y eritematosas con aclaramiento del área central y que al desaparecer no dejan huella.(1,2)

**Angioedema:** es un proceso edematoso, semejante a la urticaria, asimétrico y no pruriginoso que involucra la dermis profunda y tejido subcutáneo, aunque la piel puede conservarse normal, comúnmente se asocia a urticaria, pero puede presentarse en forma aislada.(1,2)

**Urticaria por presión:** es aquella que se manifiesta por dolor y edema local después de presionar la piel, pudiendo haber síntomas y signos sistémicos como cefalea y fiebre.(1,2,15)

**Urticaria por frío:** es aquella que se manifiesta con prurito y edema local en áreas de la piel expuestas al frío, puede haber síntomas sistémicos similares a la anafilaxia. (1,2,17)

**Urticaria familiar:** es una alteración autosómica dominante, está desencadenada por la exposición al enfriamiento ambiental, se observan pápulas pruriginosas después de 1-18 horas, puede acompañarse de fiebre, cefalea, artralgias, y leucocitosis. (1,2,15)

**Urticaria solar:** se caracteriza por prurito, eritema y edema en áreas expuestas al sol y a la luz ultravioleta.

**Urticaria Colinérgica:** es provocada por la exposición a temperatura ambiental elevada y tensión emocional, representa el 5-7% de todas las urticarias, se observa una roncha de 2-3 mm redondeada con gran inflamación (semejante a huevo estrellado), puede llegar a desarrollar angioedema.

**Urticaria acuagénica:** se caracteriza por la aparición de pápulas pruriginosas tras el contacto con el agua a cualquier temperatura o salinas. (1,2,15)

**Angioedema vibratorio:** es una alteración de transmisión genética autosómica dominante, aparece tras estímulos vibratorios en la piel. (1,2,15)

**Dermografismo:** es secundario a un rascado de la piel o trauma leves que produce respuesta urticarial en forma posterior, es el tipo más común, afecta al 5-20% de la población. (1,2,15)

**Angioedema hereditario:** es un padecimiento cuya transmisión es autosómica dominante, secundario a la deficiencia del inhibidor de C1 esterasa. Se manifiesta por angioedema de vías aéreas así como del sistema gastrointestinal, comúnmente no se presenta prurito.

La información se describió en forma gráfica y numérica.

## RESULTADOS

Se estudiaron los expedientes clínicos de 183 pacientes con una media de edad de 7a6m (DE 4.5 ). La frecuencia por grupos de edad se describe en la figura 1. 98 pacientes fueron del sexo masculino (53.6%) y 85 del sexo femenino (46.4%) figura 2. 87 pacientes presentaron urticaria (47.5%), angioedema 15 pacientes (8.2%) y ambos diagnósticos 82 pacientes (44.3%) figura 3. La evolución de la urticaria fue mayor de 6 semanas en 146 pacientes (79%). Se asoció con asma en 37 pacientes (20.2%), rinitis alérgica 54 (29%), conjuntivitis alérgica 5 pacientes (2.7%). Se determinaron antecedentes de atopia positivos en 66 pacientes (36%). Se diagnosticó alergia a alimentos en 58 pacientes (31%), urticaria a medicamentos en 44 pacientes (24%). Se detectó dermatografismo en 43 pacientes (23.5%), urticaria por presión en 10 (5.5%), urticaria al frío en 5 (2.7%), urticaria solar 13 (7.1%), urticaria colinérgica en 14 (7.7%), urticaria acuagénica 2 (1.1%), angioedema vibratorio 1 (0.5%).

## DISCUSION

Al investigar las características clínicas de urticaria y angioedema de pacientes en edad pediátrica en nuestro estudio se obtuvo media de 7 años, pero el grupo de edad más afectado fué el de 6-12 años (fig.1) de acuerdo a lo reportado en la literatura en que se reporta mayor frecuencia en adolescentes. También encontramos que en cuanto a sexo estos estudios reportan predominio en sexo femenino (17.18) y, en el nuestro, hubo mínima diferencia en cuanto al sexo, incluso con leve predominio del sexo masculino con una relación 1:1.15 (fig.2).

En el presente estudio, se encontró una coexistencia de urticaria y angioedema de 44% de los pacientes, y únicamente el 8% con angioedema. Esto es acorde a reportes previos que van de 20-50% de los pacientes (17,19). Fig. 3.

En la mayoría de los estudios poblacionales de urticaria, se ha determinado mayor incidencia de urticaria aguda (17,18,19) sin embargo, en nuestra serie predomina la urticaria crónica (79%), debido probablemente a que el Instituto Nacional de Pediatría es una institución de tercer nivel.

La presencia de enfermedades asociadas como asma, rinitis y conjuntivitis alérgica se encontró en los pacientes similar a lo reportado previamente. (17,18,19)

Se encontró antecedentes de atopia en 36% de los pacientes, lo cual es mayor a lo encontrado en reportes previos, aunque no se ha reportado en población pediátrica. Otro factor que influye es que la selección de pacientes se llevó a cabo en el servicio de alergia.

Se encontró mayor frecuencia de pacientes con urticaria a medicamentos y alimentos que lo reportado previamente (17,18). El uso indiscriminado de

ESTA TESIS NO DEBE  
SER REPRODUCIDA  
SIN LA PERMISIÓN DE LA  
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

medicamentos puede ser una explicación en este aumento en la frecuencia de reacciones alérgicas.

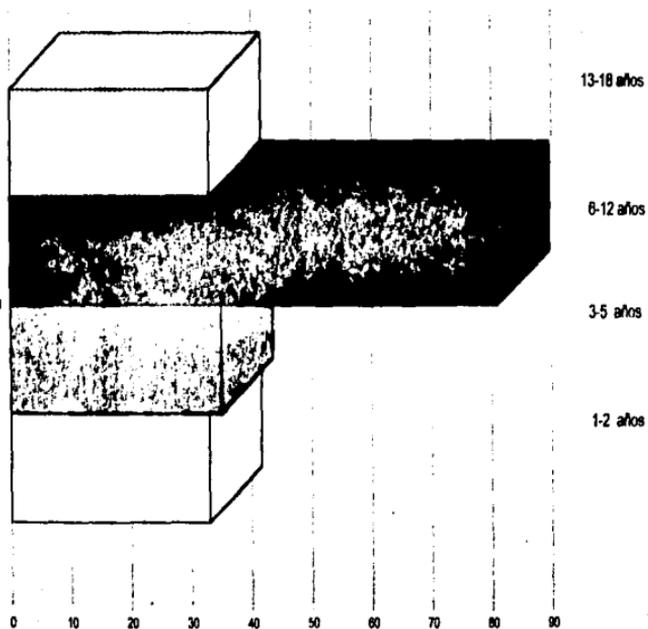
La frecuencia de urticarias físicas en forma global fue de 24%, encontrándose mayor frecuencia que en series previas hasta un 15%. la presencia de dermatografismo en 23% de los pacientes es menor a lo reportado en series estudiadas.(17,18, 19)

## BIBLIOGRAFIA

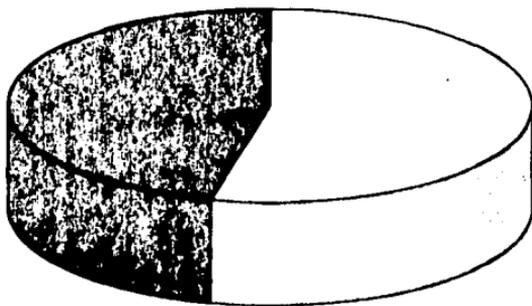
1. Mathews KP. Urticaria and angioedema. *J Allergy Clin Immunol* 1983; 72: 1-13.
2. Champion RH, Greaves MW, Kabza BA. *The urticarias*. Edinburgh; Churchill, Livingston 1985.
3. Lapizco M, Pedroza A, Huerta LJ. Urticaria y angioedema. *Alergia Ped* 1992; 3: 23-5.
4. Russell JR, Bohgal B. Urticaria and vasculitis, a continuum of histological and immunopathological changes. *Brith J Derm* 1983; 108: 695-703.
5. Crespo HL, Figueroa GU, Meza RG. Urticaria y angioedema. *Alergia Mexico* 1994; 61: 29-36.
6. Vavonis AG, Firenren P. Recurrent acute urticaria in adolescent. *Ann Allergy* 1992; 69:295-99.
7. Valorakis M, Katsarov-Katsai A. Etiologic factors in childhood chronic urticaria. *Ann Allergy* 1992;69:61-5.
8. Quaranta J, Rohr A, Rachelefsky G. The natural History and response of therapy of chronic urticaria and angioedema. *Ann Allergy* 1989; 62:421-24.
9. Natbony SF, Phillips ME. Histologic studies of chronic idiopathic urticaria. *J Allergy Clin Immunol* 1983;71:177-83.
10. Stafford C. Urticaria as a sign of sistemic disease. *Ann Allergy* 1990; 64:264-70.
11. Kemp J. Antihistamines, is there anything safe to prescribe? *Ann Allergy* 1992;69:276-80.

12. Rea MC, Herrera M. Urticaria en pacientes pediátricos: aspectos clínicos, etiológicos, y terapéuticos. *Acta pediátrica de México* 1993; 14:267-73.
13. Nicholas A, Soter MD. Urticaria: current therapy. *J Allergy Clin Immunol* 1990;86:264-70.
14. Helin KF, Godsmith L. The misspelling of pruritus. *J Am Acad Dermatol* 1989;20:705-6.
15. Orfan NA, Kolsli GB. Physical urticaria. *Ann Allergy* 1993;71:205-11.
16. Leenutaphong B, Holzle E, Plewing G. Pathogenesis and classification of solar urticaria, a new concept. *J Am Acad Dermatol* 1989;21:237-40.
17. Charlesworth EN. Urticaria and Angioedema: a clinical spectrum. *Ann Allergy, asthma Immunol* 1996;76:484-99.
18. Kaplan AP. Urticaria and Angioedema. In Middleton E, Reed CE eds. *Allergy Principles and Practice*. 4th edition. St Louis Missouri. Mosby 1993:1553-80.
19. Kaplan AP. Urticaria and Angioedema. In Samter EN. *Immunological Disease*. 4th edition. New York. McGraw-Hill. 1995: 1329-40.

Fig. 1 Distribución por edad en 183 pacientes con urticaria y/o angioedema



**Fig. 2 Distribución por sexo en 183 pacientes con urticaria y/o angioedema**



**femenino**  
46.4

**masculino**  
53.6

Figura 3. Diagnóstico de urticaria y/o angioedema en 183 sujetos.

