UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

URTICARIA ANULAR AGUDA.

EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA EN DEL AÑO 2007-2017.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA.

PRESENTA:
DRA. SAMANTHA VELAZQUEZ CHALLA

TUTOR DE TESIS:

Dra. Lourdes Carola Durán Mckinster

CIUDAD DE MÉXICO, 2020.

INP

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

INDICE

1. ANTECEDENTES……...3
   1.1 EPIDEMIOLOGIA……..3
   1.2 CUADRO CLÍNICO……...3
2. DIAGNÓSTICO……4
   2.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL …….5
3. TRATAMIENTO……6
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA……...6
5. JUSTIFICACIÓN……6
6. OBJETIVO GENERAL……7
7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS……...7
8. MATERIAL Y MÉTODOS……7
9. TABLA DE VARIABLES……8-9
10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO……9
11. RESULTADOS……10-25
12. DISCUSIÓN……26
13. CONCLUSIONES……27
14. BIBLIOGRAFÍA……28-29
15. CRONOGRAMA……30

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

La urticaria anular aguda, también llamada urticaria multiforme, es una reacción de hipersensibilidad cutánea mediada por histamina, dependiente o no de IgE, característica de paciente pediátrico en el cual se asocian lesiones cutáneas con edema acral. (1)

EPIDEMIOLOGÍA

Alrededor de 15% al 20% de los paciente pediátricos pueden presentan un episodio de urticaria aguda antes de llegar a la adolescencia (2). La urticaria crónica es más rara en niños y la etiología difiere de la que se presenta en adultos, especialmente cuando aparece en menores de 2 años.

En contraste, la urticaria anular aguda es más frecuente en niños entre 4 meses y 4 años (3), sin predominio de sexo.

CUADRO CLÍNICO

La urticaria anular aguda se presenta con ronchas anulares bien delimitadas que inician de pocos centímetros y en horas adquieren un gran tamaño, principalmente en cara, tronco y extremidades y posteriormente se generalizan rápidamente. Los bordes son circinados y el centro azuloso. En el 37- 60% de pacientes se observa edema en párpados así como en manos y pies. Las lesiones son cambiantes por horas y el cuadro dura aproximadamente de 8 a 10 días. Al quinto día disminuyen las lesiones tanto en número como en intensidad y al décimo día resuelve completamente dejando una piel sana. En algunos pacientes se pueden presentar lesiones tipo purpúricas las cuales son las que mejor responden a esteroides.

Puede presentarse con síntomas sistémicos como fiebre entre 38 a 39ºC (1) que se presenta en el periodo de agudización de la enfermedad, en especial el día 4 donde las lesiones son más abundantes y como sintomatología general se reporta prurito irritabilidad (1,3).

Es importante recalcar que el cuadro es aparatoso y simula una gravedad mayor a la que realmente representa por lo que el tratamiento sistémico es frecuente, sin embargo no está indicado. Igualmente y por la primicia antes mencionada se suele tomar paraclínicos los cuales generalmente resultan sin alteraciones, únicamente se ha reportado niveles elevados de IgE como resultado patológico (2). No se recomienda la búsqueda exhaustiva de etiología infecciosa ya que la mayor parte de las veces resultaran negativas las pruebas.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS
Lesiones cutáneas típicas Cambios equimóticos transitorios de la piel. Ausencia de reales lesiones en diana, necrosis cutánea o ampollas Ausencia de involucro de mucosas Dermografismo positivo Angioedema que involucra manos y pies, se puede agregar también edema en cara sin artritis o artralgias Respuesta favorable a antihistamínicos Elevación discreta de reactantes de fase aguda.

Morfología: lesiones circulares policíclicas, eritematosas y edematosas que blanquean a la presión e incrementan el tamaño rápidamente de manera centrípeta hasta llegar a ser lesiones grandes, con el centro violáceo. . Las lesiones ya instaladas, desaparecen en 1 a 2 horas mientras que aparecen nuevas lesiones. Se acompaña igualmente de dermografismo con patrones geométricos lo cual representa una inmunidad mediada por mastocitos (3).

Histología: edema de la dermis con infiltrado perivascular linfocítico y escasos eosinófilos (2). Vale la pena recordar que no es necesaria la realización de biopsias cutáneas para el diagnóstico de esta enfermedad. Se muestra en otro estudio, que como hallazgos histopatológicos se encuentra una epidermis preservada así como hipodermis, como un infiltrados perivasculares de eosinófilos y neutrófilos (5)

El diagnóstico es clínico y no requiere biopsia cutánea como confirmación (4).

Se ha reportado que hasta el 65% de los pacientes tuvieron un cuadro previo infeccioso, bacteriano, viral o parasitario, ya sea gastrointestinal, de vías aéreas superiores u otitis media, generalmente una semana antes del cuadro de urticaria (1,2,3). Los agentes infecciosos más frecuentemente asociaciados son *Mycoplasma, Adenovirus, Streptococcus sp, Herpes Virus 6 y virus de Epstein-Barr* (6). Por otro lado, los pacientes refieren el antecedente de haber recibido algún medicamento como penicilinas, cefalosporinas y macrólidos, analgésicos, etc.) previos a la aparición de las lesiones cutáneas. El ácido acetilsalicílico se ha reportado como un factor de exacerbación de la enfermedad (4) al igual que la aplicación reciente de vacunas (1).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Con frecuencia, el médico de primer contacto diagnostica al paciente con diversas dermatosis como urticaria aguda, eritema multiforme, exantema viral, enfermedad del suero, vasculitis multiforme etc. Las características que diferencian a la urticaria anular aguda del eritema multiforme (EM) y la enfermedad del suero “like” (los principales diagnósticos diferenciales) son que en éstas últimas son lesiones

en diana, con el centro violáceo, fijas, y la duración de las lesiones es más corta. En el caso de eritema multiforme se ha reportado el antecedente de lesiones de herpes simple (1,4).

Como sintomatología general, el EM y la enfermedad del suero presentan, además del prurito, dolor y sensación de quemadura. La enfermedad del suero "like" presenta con mayores síntomas sistémicos como artralgias y mialgias, linfadenopatías y fiebre alta , el centro es violáceo y tiene respuesta muy buena a la

Administración de esteroides (3).

CARACTERÍSTICA	URTICARIA ANULAR	ERITEMA MULTIFORME	ENF DEL SUERO LIKE	VASCULITIS URTICARIAL
Lesiones características	Anulares, policíclicas con borde circinado, centro claro o equimótico.	Lesiones en diana con centro purpúrico, puede haber una vesícula. El anillo externo es pálido.	Urticaria policíclica y el centro purpúrico.	Habones de 1 a 2 cm, con centro purpúrico.
Localización	Cara, extremidades y tronco	Involucra palmas y plantas.	Cara, tronco y extremidades, bordes laterales de manos y pies.	Cara, tronco y extremidades, bordes laterales de manos y pies.
Duración de las lesiones	<24 h	Días a semanas	Días a semanas	Días a semanas.
Lesiones fijas	No	Si	Si	Si
Duración del cuadro	8 -10 días	2-3 semanas	1-6 semanas	1- 6 semanas.
Mucosas involucradas	No	Ampollas en labios, mucosa oral, nasal y conjuntival.	Edema únicamente	Ampollas en labios, mucosa oral, nasal y conjuntival
Edema acral	Sí	No	Sí	sí
Dermografismo	Si	No	No	No
Fiebre	Ocasionalmente, bajo grado	Ocasionalmente de bajo grado	Alto grado	Variable.

Otro diagnóstico diferencial a considerar es la vasculitis urticariana la cual presenta lesiones con centros purpúricos, resuelve con máculas hipopigmentadas.

TRATAMIENTO

En general es sintomático ya que se autolimita en un máximo de tiempo de 12 días (2). Se deben descontinuar todos los medicamentos que se sospechan que son causantes de la enfermedad. El tratamiento debe hacerse con antihistamínicos en terapia combinada de H1 (loratadina, cetirizina, difenhidramina) y H2 (ranitidina) (4) (1). Los esteroides sistémicos como hidrocortisona, únicamente disminuyen el tiempo de duración de las ronchas, sin embargo reaparecen al terminar su tiempo de acción, sin influir en la duración del cuadro por lo que no están indicados. En el caso de ambos medicamentos, únicamente redujeron la intensidad de la lesiones y ninguno de los dos previnieron la aparición de nuevas lesiones (6)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La urticaria anular aguda es una reacción cutánea de hipersensibilidad con una presentación aparatosa pero con curso benigno y con muy poco involucro sistémico. Las lesiones cutáneas resultan preocupantes para el médico de primer contacto lo que se traduce en toma de paraclínicos innecesarios y tratamientos excesivos, así como internamientos en salas de urgencia en el contexto de una enfermedad benigna cuyo tratamiento y seguimiento puede realizarse en un primer o segundo nivel de atención.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿Cuál es presentación clínica y la evolución de la urticaria anular aguda en el Instituto Nacional de Pediatría en relación con aquella reportada en la literatura mundial?.

JUSTIFICACIÓN

La urticaria anula aguda presenta grandes lesiones cutáneas que podrían confundir al médico de primer contacto. Al brindar información epidemiológica sobre los casos que se presentan en el Instituto Nacional de Pediatría, se podrá ofrecer una vista general de la enfermedad, presentación clínica más frecuente y pronóstico a corto, mediano y largo plazo de estos pacientes y así se sensibilizará a la comunidad médica a considerar el diagnóstico en caso de enfrentarse con un paciente con un cuadro compatible y lograr hacer un adecuado diagnóstico diferencial, evitando hospitalizaciones y tratamientos excesivos a los pacientes.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la experiencia del servicio de Dermatología en el Instituto Nacional de Pediatría en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con urticaria anular aguda en edad pediátrica (máximo 18 años) del año 2007 al año 2017 y así brindar datos claves en el diagnóstico de la enfermedad.

Objetivos específicos.

- Describir información epidemiológica sobre la presentación de la urticaria anula aguda más frecuente en nuestra población para comparar con lo reportado en la literatura internacional.
- Determinar y comparar los resultados con lo reportado, sobre los antecedentes infecciosos y evolución de las lesiones cutáneas.
- Describir el seguimiento y tratamiento dado por el hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, retrospectivo, entre grupos de comparación, retrolectivo. Se revisaron expedientes de pacientes del servicio de dermatología pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría de 0 a 18 años de edad de ambos sexos con diagnóstico de urticaria anular aguda , y que fueron tratados en este hospital.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todos los expedientes de niños y niñas entre 0 meses a 18 años con diagnóstico de urticaria anula aguda en el Instituto Nacional de Pediatría entre los años 2007 a 2017.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Expediente de pacientes que padecen otra enfermedad del diagnóstico a estudiar.

VARIABLES

Nombre de la Variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Medición de la Variable
Edad	Periodo de tiempo	Intervalo	Edad en años.
Sexo	Representado por órganos reproductivos externos.	Nominal	1.- Masculino 2.- Femenino
Antecedente infeccioso	Se reporta en la literatura internacional que los pacientes cuentan con el antecedente de cuadro gastrointestinal o respiratorio.	Nominal	1.Gastrointestinal 2.Respiratorio 3.Ninguno
Antecedente de medicamentos	Se reporta en la literatura internacional que los pacientes cuentan con el antecedente de algunos medicamentos	Nominal	1.Antibiotico 2.Antiinflamatorio 3.Ninguno
Duración de la dermatosis.	Se reporta en la literatura internacional que se tiene una duración máxima de 10 días.	Nominal	1.1-3 días 2.4-6 días 3. 7-10 días. 4. Más de 10 días
Comprobación por histología	No se requiere para el diagnóstico de la enfermedad.	Nominal	1.- No 2.- Sí
Presencia de edema en extremidades.	Signo frecuente asociado a la enfermedad.	Nominal	1. No 2. Sí

Sintomatología asociada	Se relaciona principalmente con la presencia de prurito	Nominal	1.Sí 2.No
Tipo de Tratamiento	Se incluyen todas las opciones de tratamiento.	Nominal	1.- Ninguno 2.- Antihistamínicos 3.- Esteroides

ANALISIS ESTADÍSTICO

Base de datos que se extrapola a SPSS versión 21.

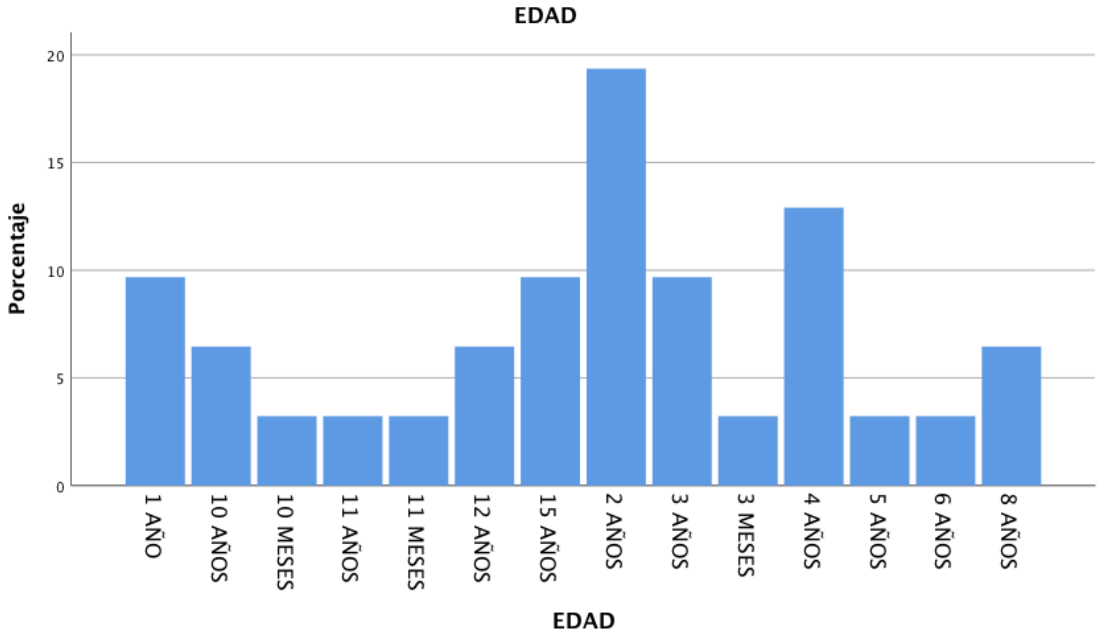
RESULTADOS

Se realiza representación gráfica de los resultados, expresando las variables de manera visual para detallar y comparar los datos obtenidos.

EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 AÑO	3	9,7	9,7	9,7
	10 AÑOS	2	6,5	6,5	16,1
	10 MESES	1	3,2	3,2	19,4
	11 AÑOS	1	3,2	3,2	22,6
	11 MESES	1	3,2	3,2	25,8
	12 AÑOS	2	6,5	6,5	32,3
	15 AÑOS	3	9,7	9,7	41,9
	2 AÑOS	6	19,4	19,4	61,3
	3 AÑOS	3	9,7	9,7	71,0
	3 MESES	1	3,2	3,2	74,2
	4 AÑOS	4	12,9	12,9	87,1
	5 AÑOS	1	3,2	3,2	90,3
	6 AÑOS	1	3,2	3,2	93,5
	8 AÑOS	2	6,5	6,5	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

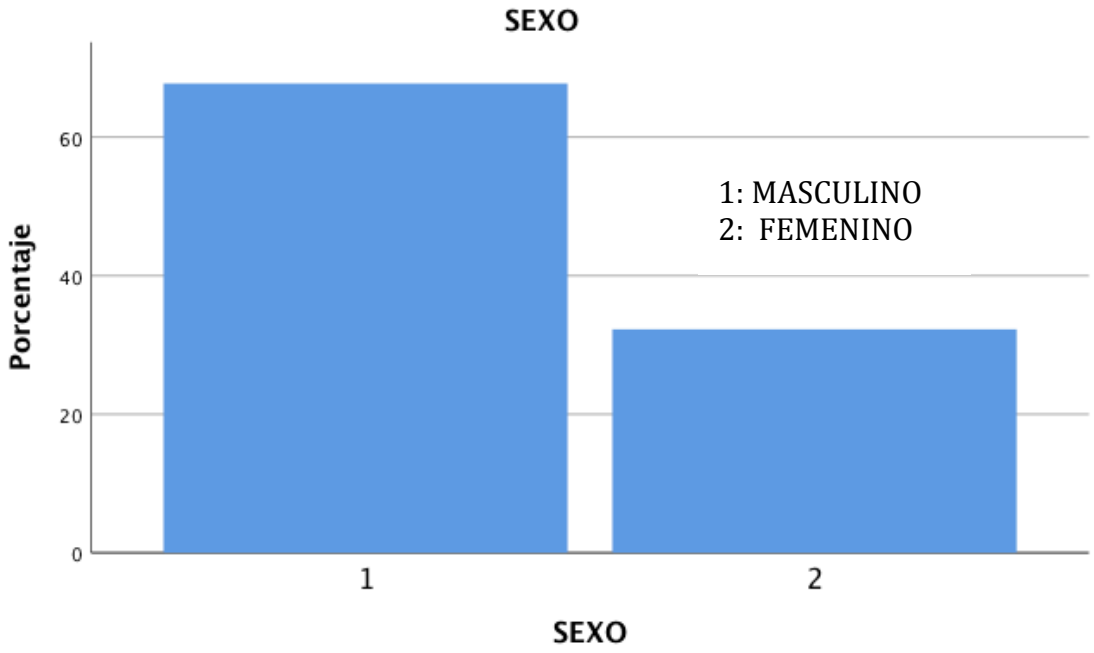
Se interpreta la primera variable denominada como edad para describir los años en los cuales es más frecuente encontrar la enfermedad. Se observa un pico principal a los dos años, representando el 19.7% de los casos, seguido por los 4 años que representan el 12.9%. En la literatura, la edad mas frecuente es entre los 4 meses y 4 años, obteniendo los mismos resultados en nuestro estudio. La mediana de edad fue 5.6 años en nuestra muestra poblacional. La edad menos frecuente fue 5 y 6 años.



SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	21	67,7	67,7	67,7
	2	10	32,3	32,3	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

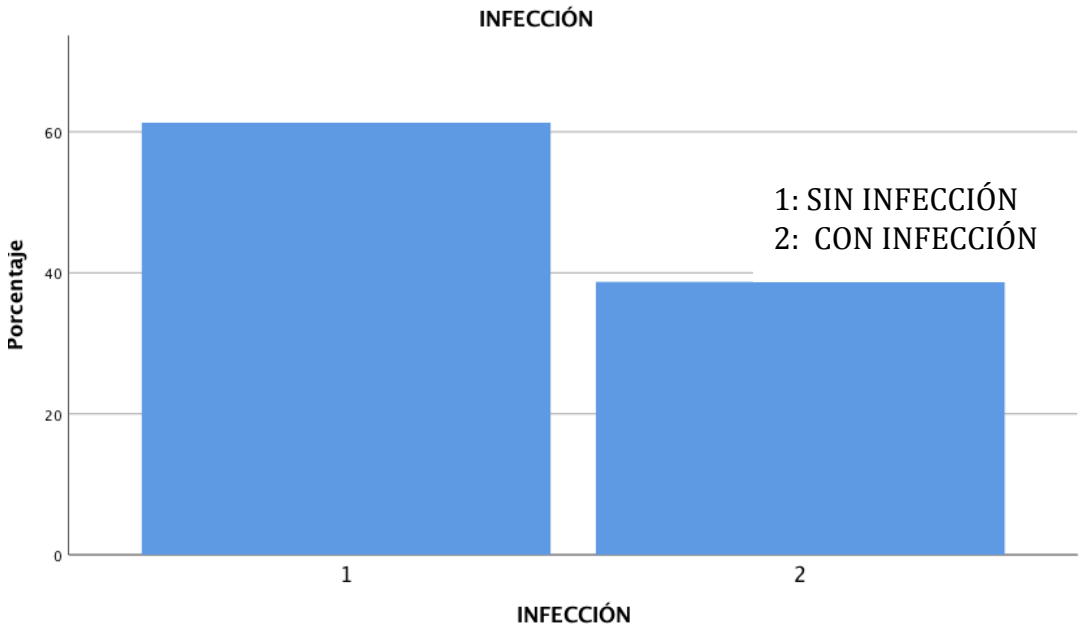
La segunda variable denominada sexo se planteo para describir el género más frecuente en el que se presenta la patología. El 1 representa al sexo masculino y el 2 al sexo femenino. Existe un claro predominio de los pacientes varones sobre las mujeres, siendo el 67.7% de la muestra hombres. En la literatura, se reporta que es más frecuente en pacientes masculinos como se comprueba en nuestra serie.



INFECCIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	19	61,3	61,3	61,3
	2	12	38,7	38,7	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

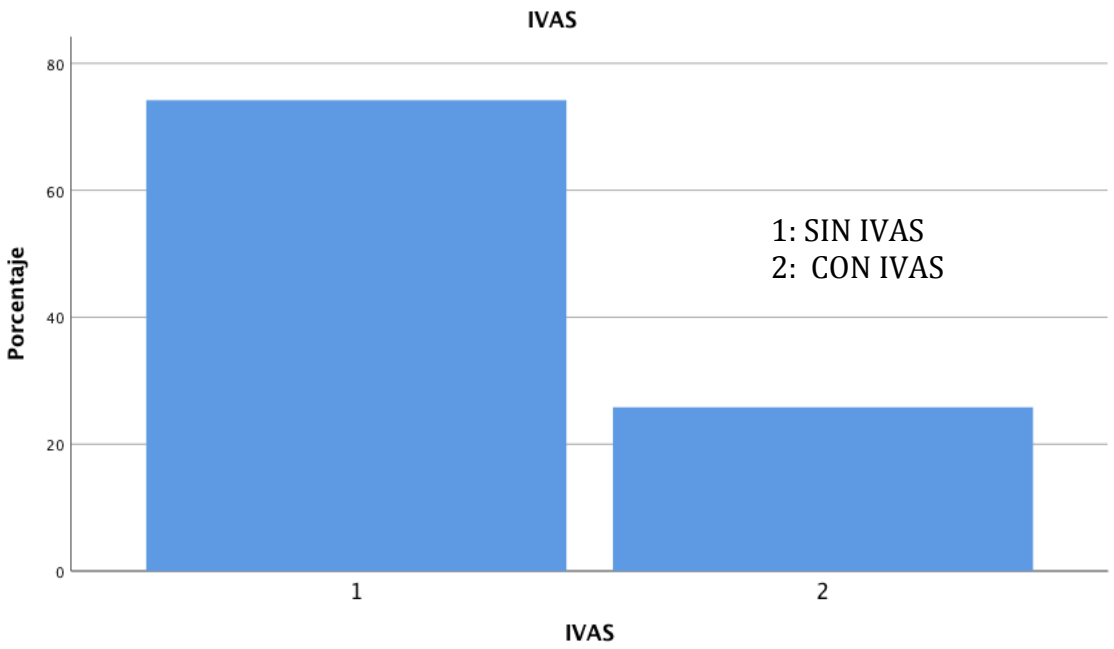
La variable “infección”, se describe la frecuencia de la presencia de un cuadro infeccioso prodrómico a las lesiones cutáneas. En esta variable no se hace diferencia entre el tipo de infección, únicamente si existe la historia de presentarlo o no. Se observa que en nuestra serie resulto más frecuente el hecho de no tener un cuadro infeccioso previo (el uno representa a la ausencia de infección), representando al 61.3% de los casos. Cabe mencionar que se debe tomar esta información con reserva debido a que no se interrogó a todos los pacientes sobre la historia de enfermedad infecciosa previa y probablemente, algunas madres no lo menciones ya que no es el motivo de consulta.



Esta variable define la cantidad de pacientes (en la totalidad de la muestra) que presentaron infección de vías respiratorias altas. Se obtiene como resultado, que en la minoría de pacientes – en el 25.8%-, se presenta un cuadro previo de esta índole.

IVAS

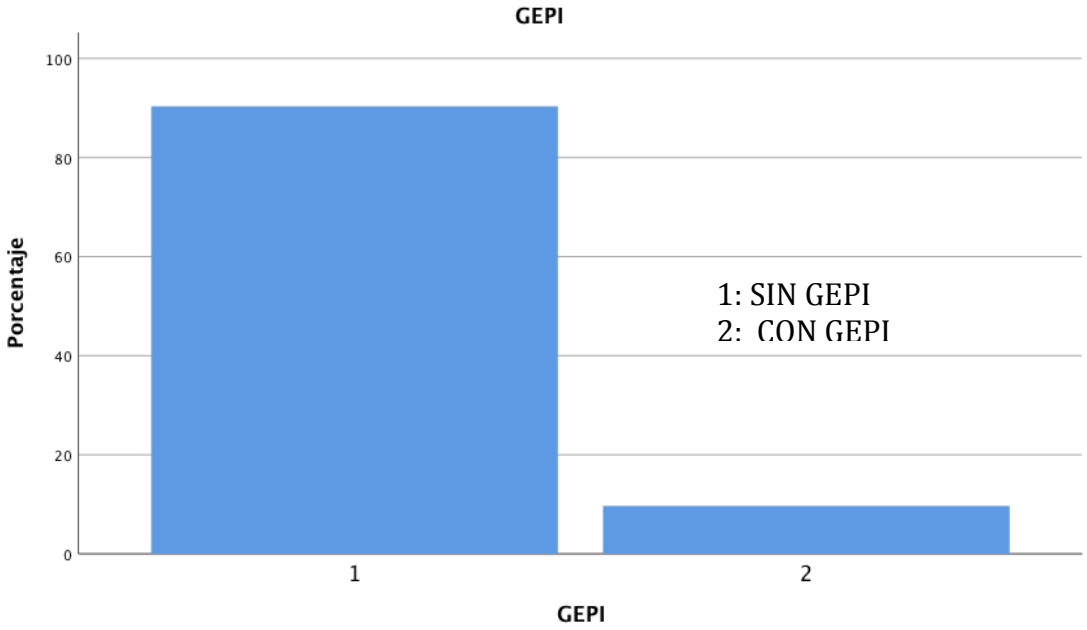
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	23	74,2	74,2	74,2
	2	8	25,8	25,8	100,0
	Total	31	100,0	100,0	



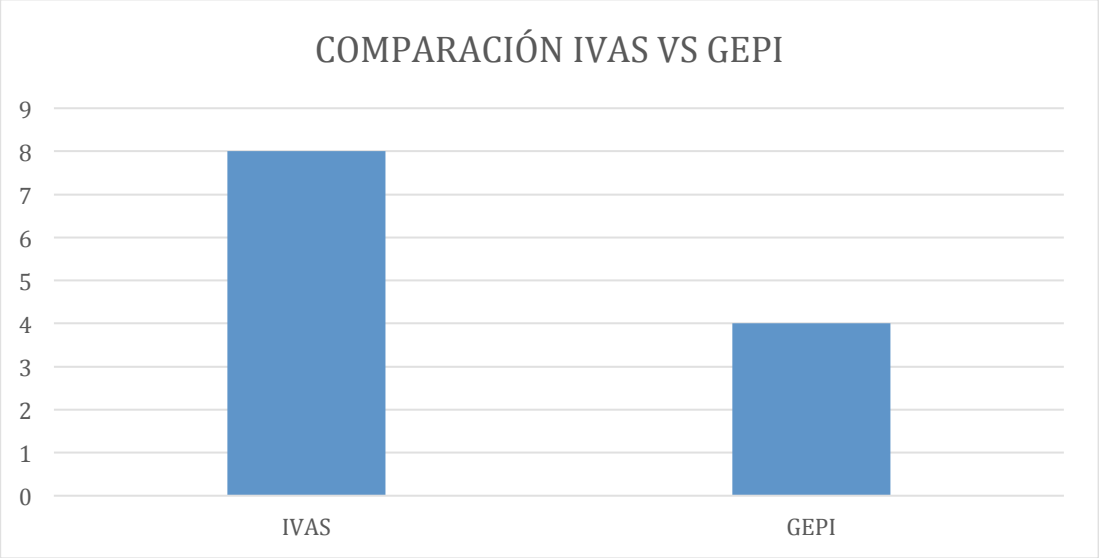
La siguiente variable define la cantidad de pacientes que presentan un cuadro gastrointestinal previo a la aparición de lesiones. En nuestra población, se obtiene que únicamente el 9.7% de los pacientes con urticaria anular aguda presentaron gastroenteritis infecciosa previa.

GEPI

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	28	90,3	90,3	90,3
	2	3	9,7	9,7	100,0
	Total	31	100,0	100,0	



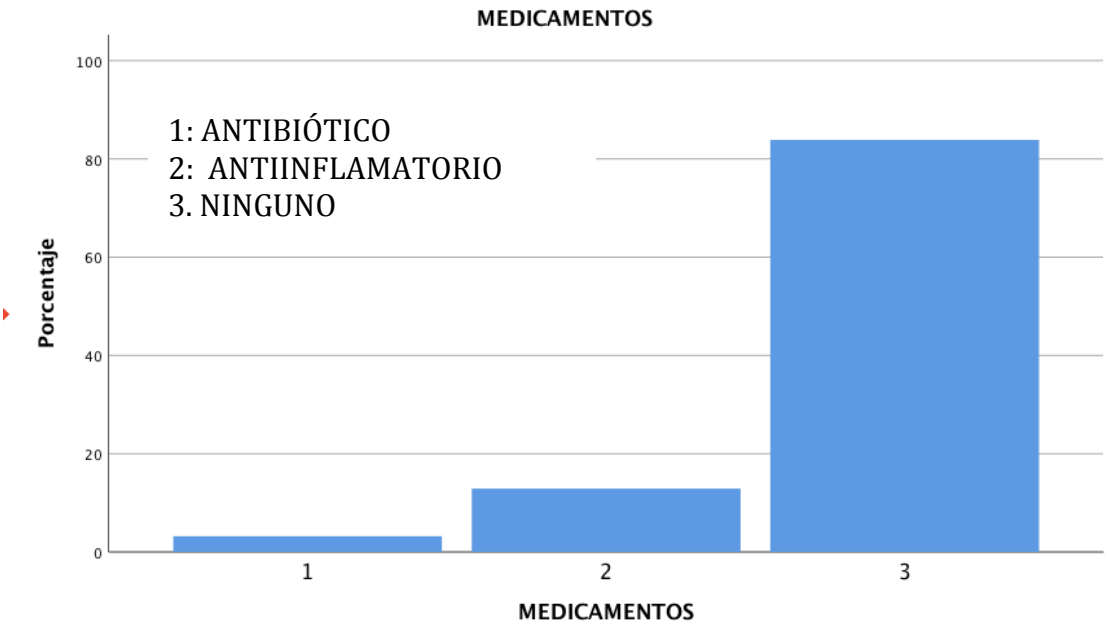
Se realiza comparación entre variables usando como población exclusivamente a los pacientes que se confirma que presentan cuadro previo infeccioso (12 de 31), para obtener estadísticas sobre la frecuencia de cuadro gastrointestinal contra cuadro respiratorio.



Tomando la muestra de población donde se confirmo antecedente de infección -12 pacientes- se observa que es más frecuente el antecedente de infección respiratoria en comparación con las gastrointestinales. De los casos, 8 fueron respiratorias (66.6%) y 4 gastrointestinales (33.3%).

MEDICAMENTOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	1	3,2	3,2	3,2
	2	4	12,9	12,9	16,1
	3	26	83,9	83,9	100,0
	Total	31	100,0	100,0	



En esta variable se estudia la frecuencia de antecedente de haber consumido algún medicamento previo a la aparición de las lesiones cutáneas y por ende, considerándose el desencadenante. Los medicamentos que se utilizaron, según lo encontrado en la serie, fueron antibióticos y antiinflamatorios. Estadísticamente, se encontró que lo más frecuente es que no se asocian a la administración previa de medicamentos, representándose por el 83.6%. En el 3.2% de los casos, el paciente consumió un antibiótico y en el 12.9%, un antiinflamatorio.

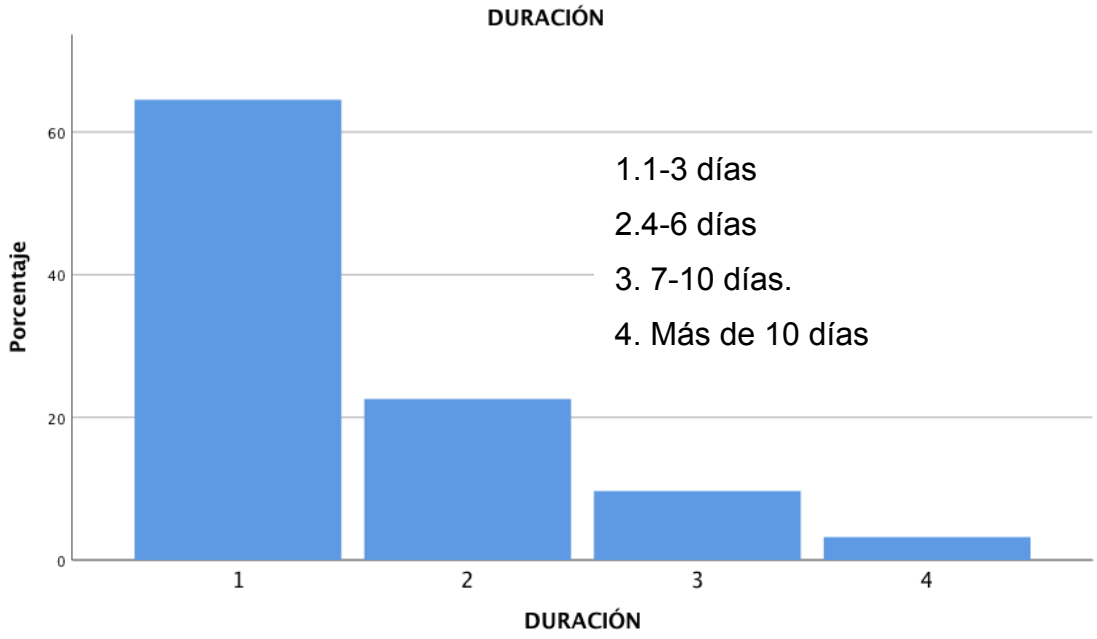
Comparándolo con la frecuencia de presentar una infección vs el consumo previo de algún fármaco, resulta más común que el desencadénate sean el cuadro infeccioso. De la muestra total, 12 pacientes padecían un cuadro infeccioso (38.7%) y solamente 5 pacientes fueron expuestos a medicamentos (16.1%).

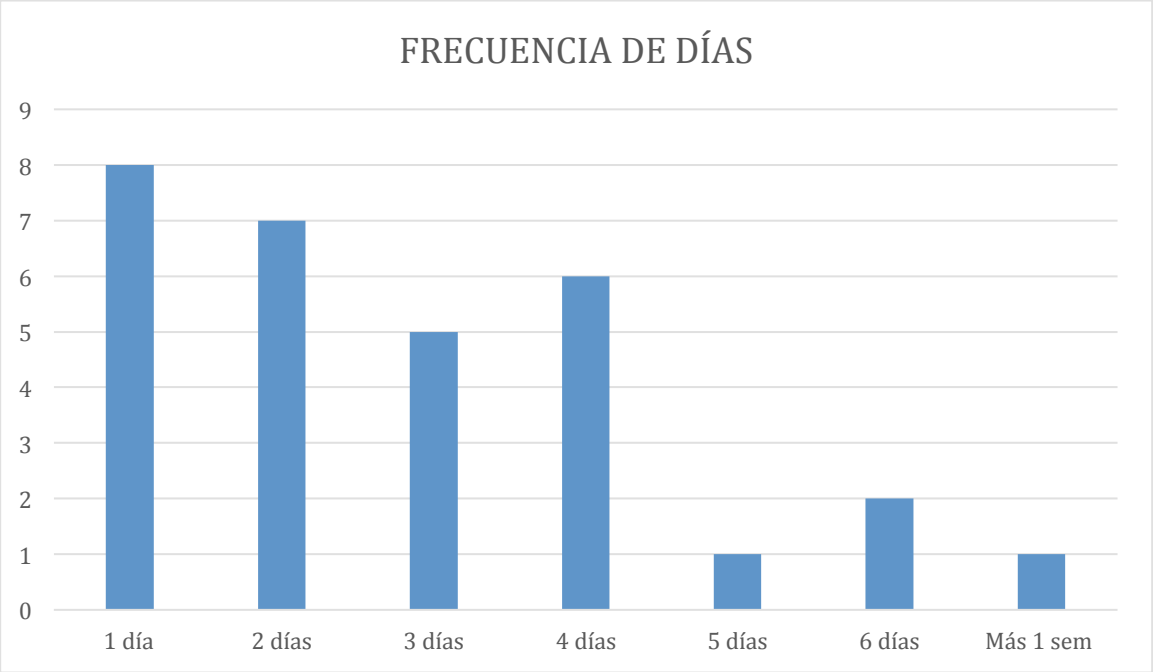
DURACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	20	64,5	64,5	64,5
	2	7	22,6	22,6	87,1
	3	3	9,7	9,7	96,8
	4	1	3,2	3,2	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

En la variables llamada “duración”, se cuantifica en días la cantidad de tiempo en la que el paciente presentó las lesiones cutáneas. Es importante hacer mención que en este rubro existen sesgos, debido a que en la mayoría de los pacientes no se cuenta con un seguimiento por consulta debido a que los casos provienen de urgencias y la mejoría del cuadro es rápida sin repercusiones sistémicas.

Interpretando la información, lo duración más frecuente fue la de 1-3 días (64.5%) y en segundo lugar de 4-6 días (22.6%). La literatura refiere una duración promedio de 2-8 días lo cual es compatible con lo que encontramos en nuestra serie.





Los dos picos de frecuencia de días que se encontraron a los 2 días, representando 22.5% de la muestra total y a los 4 días, representado el 19.3% de la muestra total, con un promedio de duración de 3.1 días. En menor frecuencia la duración es mayor de 5 días y solo en caso los días de lesiones fue mayor a 1 semana. Los datos obtenidos se correlacionan con lo reportado en la literatura.

BIOPSIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	31	100,0	100,0	100,0

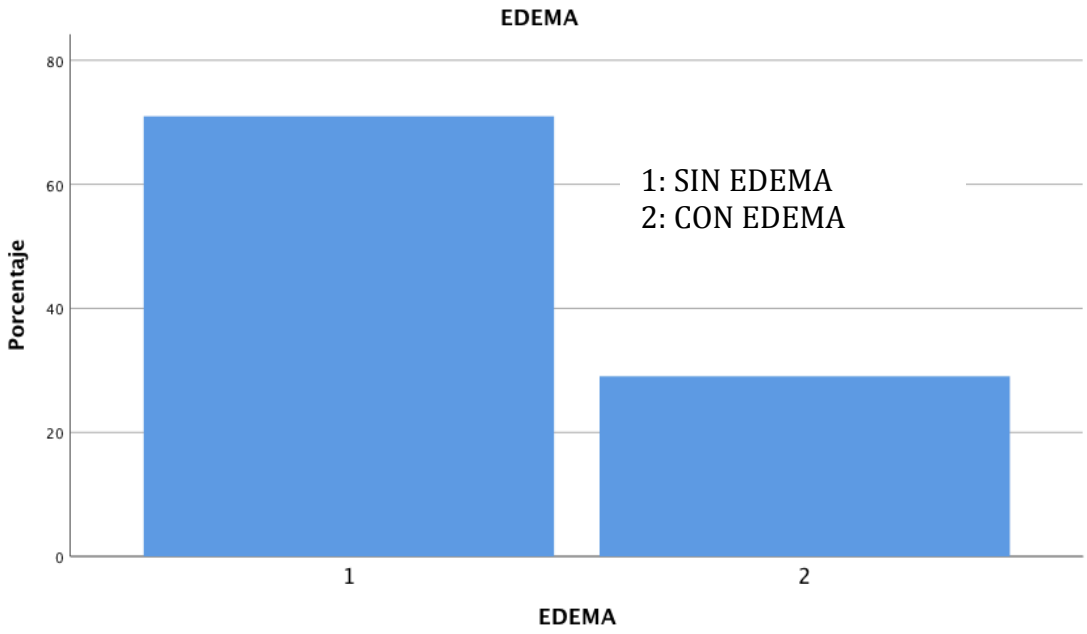
En esta variable se estudia la cantidad de pacientes que requirieron estudio histopatológico para la confirmación diagnóstica, encontrando que, ninguno de los pacientes, fueron sometidos al procedimiento para que llegar al diagnóstico final. Se indica en las publicaciones sobre la enfermedad que el diagnóstico es 100% clínico y que los hallazgos histológicos son inespecíficos por lo que su valor para diagnóstico son limitados.

Las siguientes variables a describir son aquellas relacionadas con los signos y síntomas que caracterizan a la enfermedad, los cuales resultan los más significativos para realizar un diagnóstico diferencial.

EDEMA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	22	71,0	71,0	71,0
	2	9	29,0	29,0	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Se analiza el primer signo relacionado con la urticaria anular aguda con la variable llamada edema, haciendo referencia a la presencia de aumenta de en manos y pies que aparece en compañía de las lesiones cutáneas. En nuestra serie no fue un signo frecuente, o en su defecto, no referido en los expedientes revisados. De los 31 niños con lo que cuenta nuestra muestra, 9 presentaron edema de extremidades, siendo el 29% de los casos.

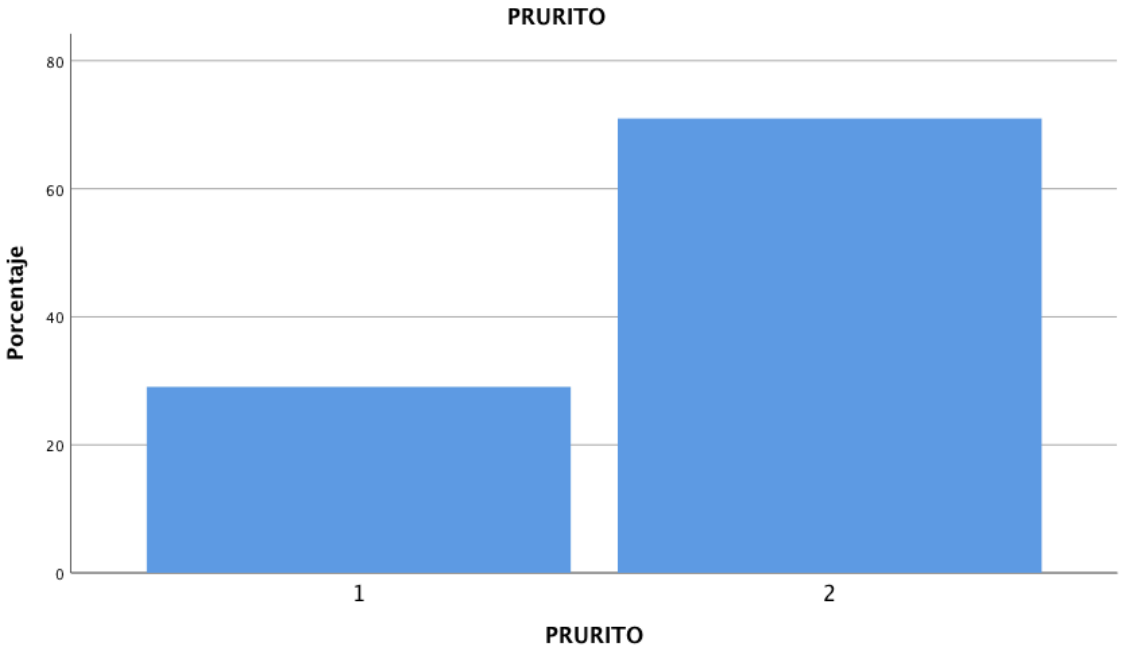


La siguiente variable a describir y el siguiente síntoma es la presencia de prurito, según lo referido por las madres de los pacientes. Es un síntoma frecuente pero igualmente inespecífico, en nuestra muestra se observa que de 31 pacientes, 22 de ellos presentaron prurito, en porcentaje representan el 71%, por lo que se encontró en la mayoría de los casos.

PRURITO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	9	29,0	29,0	29,0
	2	22	71,0	71,0	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Existe el sesgo de la posibilidad de que el síntoma no sea referido en las notas o que los pacientes no puedan describirlo.

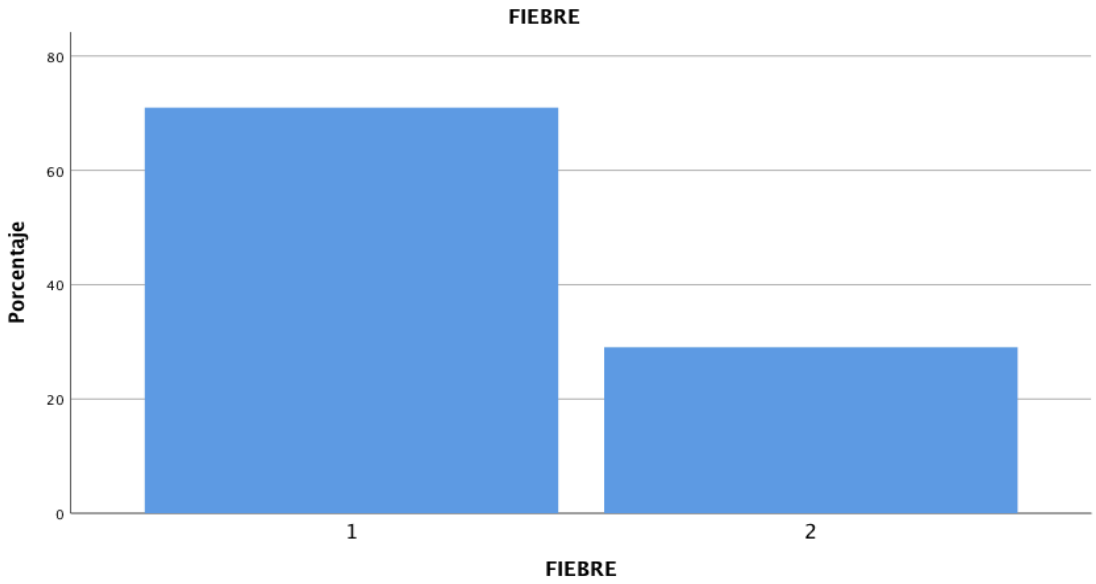


FIEBRE

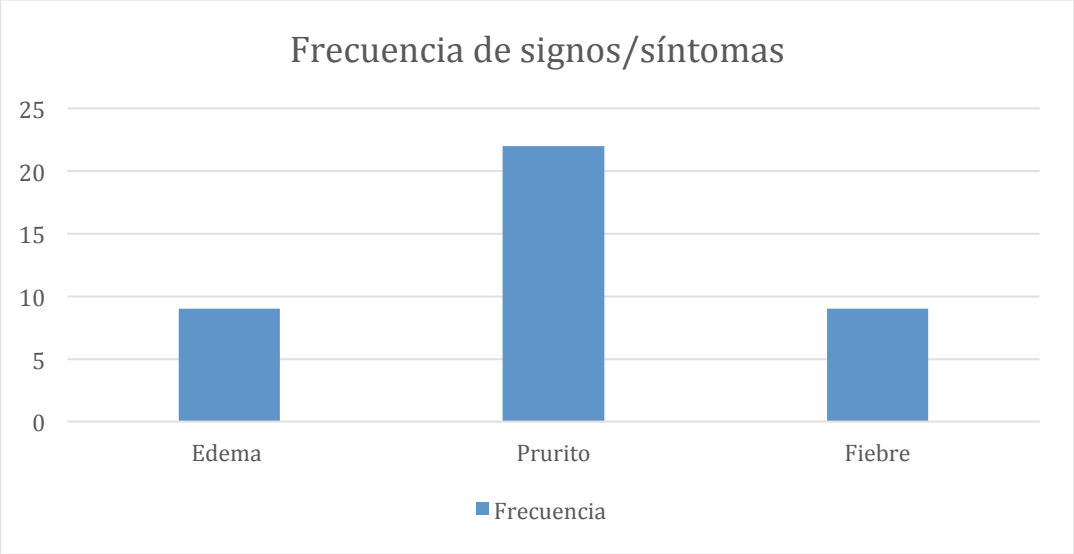
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	22	71,0	71,0	71,0
	2	9	29,0	29,0	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

La fiebre es el siguiente signo por estudiar, el cual es un distractor para lograr un diagnóstico diferencial final. En la muestra, 9 de los pacientes refirieron tener temperaturas compatibles con fiebre, siendo la minoría ya que únicamente

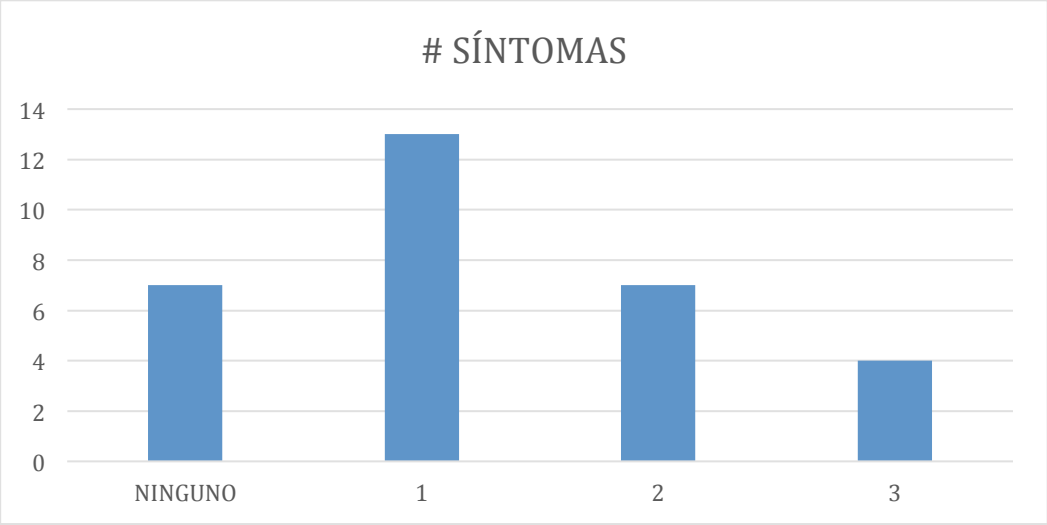
representan el 29% de la totalidad. En la gráfica se observa el evidente predominio de la ausencia de fiebre. No es referido la temperatura en grados en la mayoría de los expedientes, se refiere en la literatura que lo más común es que sea de bajo grado, sin embargo no poseemos con los datos para compararlo con lo reportado.



El signo/síntoma más usual en la serie resultó ser el prurito, información que es constante con lo reportado en la literatura. En porcentajes, el 70.9% de los niños presentaron prurito, el resto edema o fiebre. Se realiza una comparación de cual es el síntoma más frecuente que se presenta en los pacientes, y los resultados se expresan en la siguiente gráfica.



La siguiente comparación se realiza entre la cantidad de síntomas que presenta un paciente, es decir, cuántos niños no tuvieron signos/síntomas acompañantes, cuantos presentaron uno, cuántos presentaron dos y cuantos pacientes sufrieron los tres principales signos/síntomas de la enfermedad.



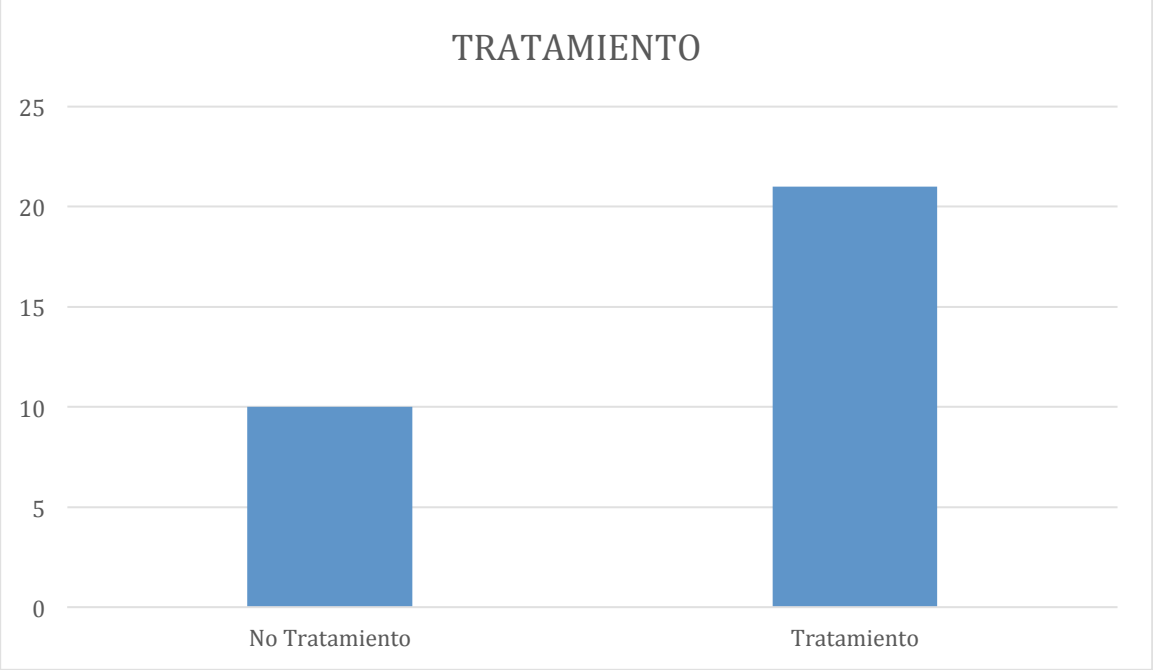
Con esta gráfica se observa que la mayoría de los pacientes presento únicamente un síntoma/signo de los tres más frecuentes. El 38.7% de los pacientes presentaron un solo signo/síntoma, seguido por aquellos pacientes que presentaron 2 de las posibilidades y los niños que no padecieron ninguno, ambos constituidos por 7 casos respectivamente y representando el 22.5%. Lo menos frecuente fue que el niño refiera los 3 signos/síntomas, en porcentaje fue únicamente el 12.9%. Como vimos en gráficas previas, el síntoma más común fue el prurito, por lo que observamos la asociación más frecuente con otro. La asociación de prurito tanto con fiebre y como con edema, apareció en 8 niños respectivamente, representando el 25.8% de los casos totales, respectivamente.

Se reporta en la literatura que la urticaria anular aguda no requiere tratamiento ya que se autolimita en todas las ocasiones y las manifestaciones son cutáneas exclusivamente, sin involucro sistémico.

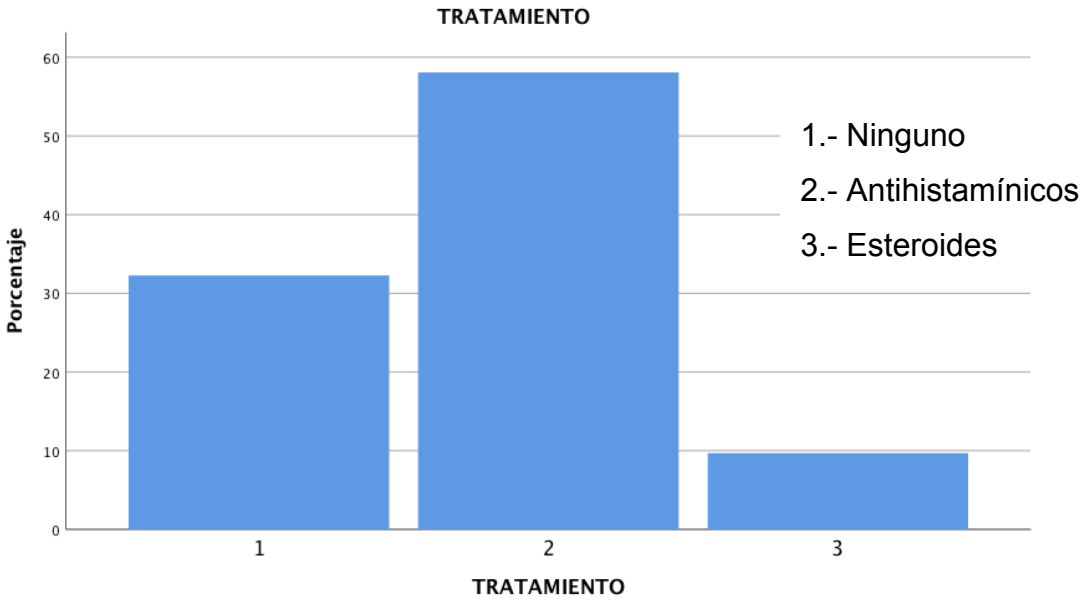
TRATAMIENTO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	10	32,3	32,3	32,3
	2	18	58,1	58,1	90,3
	3	3	9,7	9,7	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Es importante recalcar que en la serie se demuestra que la mayoría de los pacientes recibieron tratamiento. Se evaluaron tres categorías de tratamiento, en primer lugar los pacientes que no recibieron ninguno, en segundo lugar aquellos que fueron tratados con antihistamínicos y en último lugar, los pacientes que recibieron esteroides.



Se realiza comparación entre los que recibieron y los que no recibieron tratamiento de la serie. En el 66.7% de los niños estudiados, si recibieron un tratamiento. Se expresa en la siguiente gráfica la frecuencia de las diferentes opciones de tratamiento.



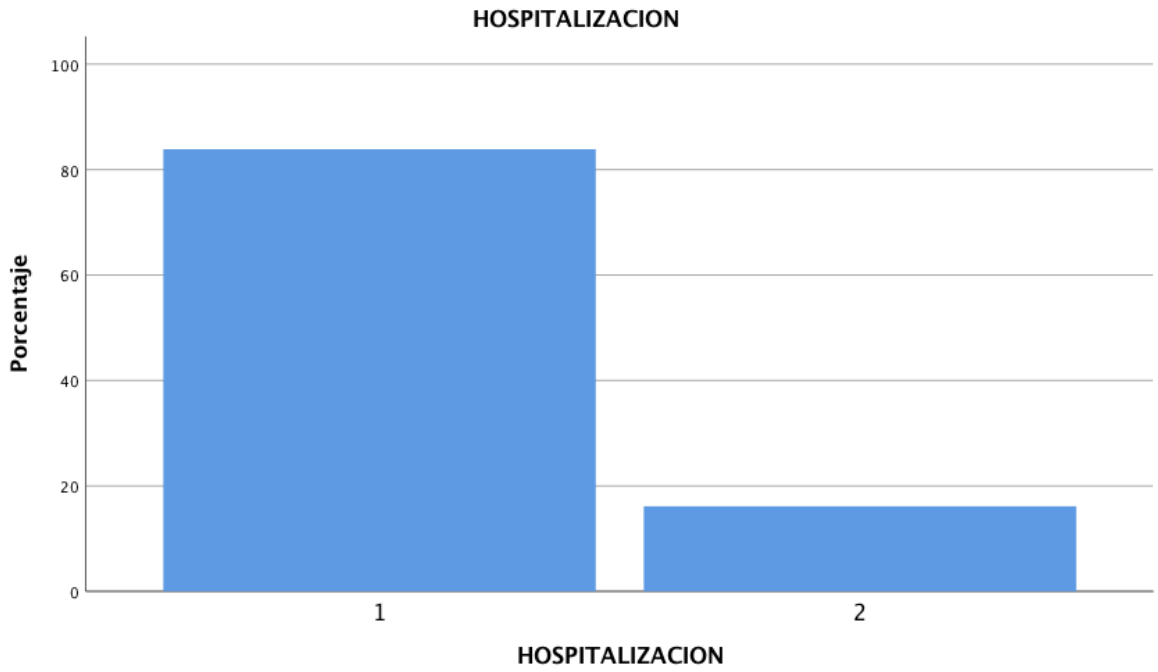
Se puede observar en la gráfica que el tratamiento más frecuente fueron los antihistamínicos en un 58.1%, el cual representa a 18 pacientes de 31. El siguiente porcentaje de 32.3% traduce la cantidad de pacientes que se egresaron sin tratamiento, siendo 10 de 31. La minoría fue tratada con esteroides.

Aunado a la gráfica previa, es importante conocer cuantos de ellos fueron hospitalizados, ya que las hospitalizaciones no justificadas son frecuentes debido a que el cuadro resulta aparatoso. En nuestra serie únicamente 5 pacientes de 31 fueron mantenidos en vigilancia hospitalaria. No se refiere en el expediente durante cuantas horas.

HOSPITALIZACION

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	26	83,9	83,9	83,9
	2	5	16,1	16,1	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

En el 83.9% de los paciente se precisó un egreso domiciliario y son en el 16.1% de ellos, se requirió observación.



Los pacientes hospitalizados, fueron principalmente aquellos que presentaron los 3 síntomas acompañantes de las lesiones cutáneas y casi la totalidad de aquellos a quienes se les dio tratamiento.

DISCUSIÓN

La urticaria anular aguda es una enfermedad dermatológica que predomina en lactantes mayores, preescolares y menos frecuentemente en escolares. No hay predilección por sexo.
La expresión del cuadro resulta aparatosa y preocupante para el médico de primer contacto por lo que se pueden dar tratamientos u hospitalizaciones no justificadas.

Se realizó el análisis descriptivo de una serie de 31 casos de urticaria anular aguda del Instituto Nacional de Pediatría con la finalidad de compararlos y correlacionarlos con lo reportado en la literatura internacional.

Tras el análisis estadístico y la visualización gráfica de las variables, es evidente que los datos obtenidos en la población se asocian con lo previamente reportado. La mayoría de los pacientes estudiados fueron del sexo masculino, representando el 67.7% de los casos, en contraste con lo reportado en la literatura donde se refería que no se notaba predominio de género.

Se encontraron dos picos de edad, a los 2 años y a los 4 años, lo cual correlaciona con lo reportado a nivel mundial ya que se dice que la mayoría de los paciente son de 4 meses a 4 años de edad.

Todos los pacientes presentaron dermatosis característica de la enfermedad por lo que en ninguno de los niños estudiados fue necesario la realización de biopsia para confirmar el diagnóstico. Con el análisis de los datos, se puede observar que las lesiones cutáneas clásicas son el punto clave para el diagnóstico ya que no todos los pacientes presentan los signos y/o síntomas acompañantes. En nuestra muestra obtuvimos que 38.7% de los pacientes presentaron alguno de los signos/síntomas asociados y que el 22.5% de ellos no refirieron ninguno. La mayoría de los pacientes presentaron signos inespecíficos pero relacionados con la enfermedad, principalmente el prurito. El signo que probablemente pueda ser más útil para la realización de un diagnóstico correcto es el edema acral, el cual únicamente se reportó en 9 pacientes. El porcentaje obtenido de este signo en los niños de nuestra serie es menor de lo reportado en la literatura, sin embargo, obtuvimos que el signo acompañante más frecuente es el prurito, lo cual correlaciona con los estudios internacionales. Es importante hacer mención que pueden existir sesgos en estos rubros debido a que no se describe en los expedientes toda la sintomatología.

En nuestra muestra, del total de 31 pacientes únicamente a 5 se le dio manejo intrahospitalario en el Servicio de Urgencias, por presentar fiebre y el diagnóstico inicial fue de probable urticaria por anafilaxia. 3/5 recibieron además esteroide IV con hidrocortisona, sin modificar la evolución del cuadro. El 58.1% de los pacientes recibieron tratamiento con antihistamínicos únicamente.

CONCLUSIONES

La urticaria anular aguda es una enfermedad dermatológica frecuente pacientes pediátricos en nuestro medio, sin embargo es poco reportada en la literatura.
Los resultados obtenidos fueron muy similares a lo reportado previamente.
La urticaria anular aguda es un cuadro que se autolimita, y tiene un curso muy previsible, en donde las lesiones son más intensas en el día 3 y 4, y a partir del 5° día disminuyen notablemente para desaparecer por completo alrededor del día 8.
En nuestro estudio, no se realizaron exámenes de laboratorio ya que el personal de Pediatría y Dermatología pediátrica está muy familiarizado con el cuadro, y no es necesario la realización de dichos estudios.
Se pretende que la información llegue a los médicos pediatras de primer contacto para que reconozcan la enfermedad y se logre evitar el tratamiento y/o hospitalización injustificados en los niños.

Se requieren más estudios prospectivos para poder valorar la etiología infecciosa y/o medicamentosa de aquellos que cuentan con el antecedente de infección respiratoria alta o gastrointestinal así como aquellos que recibieron fármacos.

BIBLIOGRAFIA

1. Emer, Jason J. et al. Urticaria Multiforme.*The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology* 6.3 (2013): 34–39.
2. Tamayo-Sanchez L, Ruiz-Maldonado R, Laterza A. Acute annular urticaria in infants and children. *Pediatr Dermatol.* 1997; 14:231–234
3. Kara N. Shah, Urticaria Multiforme: A Case Series and Review of Acute Annular Urticarial Hypersensitivity Syndromes in Children, Pediatrics Volume 119, Number 5, May 2007
4. Gilles Guerrier, Unusual Presentation of Acute Annular Urticaria: A Case Report. Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Dermatological Medicine Volume 2011.
5. Samorano, L et al.Urticaria multiforme: Two cases with histopathological findings. Allergology International Volume 66, Issue 1, January 2017,
6. L. Sempau, E. Urticaria multiforme: a report of 5 cases and a review of the literatura Actas Dermosifiliogr, 107 (2016).
7. Authried G, Bracher L, Bygum A. Urticaria multiforme is a variation of urticaria, which imitates erythema multiforme. Ugeskr Laeger. 2013;175:436-7.
8. Guerrier G, Daronat JM, Deltour R. Unusual presentation of acute annular urticaria: A case report. Case Rep Dermatol Med. 2011;2011:604390.
9. Starnes L, Patel T, Skinner RB. Urticaria multiforme–a case report. Pediatr Dermatol. 2011;28:436-8.
10. Fung IN, Berger EM, Castelo-Soccio L, Brown-Whitehorn TF. Urticaria multiforme in an 18-year-old girl. Allergy Clin Immunol Pract. 2013;1:520-1.
11. Toledo-Alberola F, Betlloch-Mas I. Annular erythema of infancy. Actas Dermosifiliogr. 2010;101:473-84.
12. Mathur AN, Mathes EF. Urticaria mimickers in children. Dermatol Ther. 2013;26:467-75.
13. Gaig P, Olona M, Munoz LD, Caballero MT, Dominguez FJ, Echechipia S, et al. Epidemiology of urticaria in Spain. J Investig Allergol Clin Immunol 2004;14:214-20. Greaves MW. Chronic urticaria. N Engl J Med 1995;332:1767-72.
14. Sussman G, Hebert J, Gulliver W, Lynde C, Waserman S, Kanani A, et al. Insights and advances in chronic urticaria: a Canadian perspective. Allergy Asthma Clin Immunol 2015;11:7.
15. Maurer M, Weller K, Bindslev-Jensen C, Gimenez-Arnau A, Bousquet P, Bousquet J, et al. Unmet clinical needs in chronic spontaneous urticaria. A GA^{2}LEN task force report. Allergy 2011;66:317-30.
16. Lara-Corrales I, Balma-Mena A, Pope E. Chronic urticaria in children. Clin Pediatr (Phila) 2009;48:351-5.
17. Ferriani MP, Silva MF, Pereira RM, Terreri MT, Saad MC, Bonfa E, et al. Chronic spontaneous urticaria: a survey of 852 cases of childhood-onset systemic lupus erythematosus. Int Arch Allergy Immunol 2015;167:186-92.
18. Caffarelli C, Cuomo B, Cardinale F, Barberi S, Dascola CP, Agostinis F, et al. Aetiological factors associated with chronic urticaria in children: a

systematic review. Acta Derm Venereol 2013;93:268-72.
19. Zuberbier T, Balke M, Worm M, Edenharter G, Maurer M. Epidemiology of urticaria: a representative cross-sectional population survey. Clin Exp Dermatol 2010;35:869-73.
20. Netchiporouk E, Sasseville D, Moreau L, Habel Y, Rahme E, Ben-Shoshan M. Evaluating comorbidities, natural history, and predictors of early resolution in a cohort of children with chronic urticaria. JAMA Dermatol 2017;153:1236-42.

Cronograma de Actividades
Servicio de Pediatría
INP

ividades	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
squeda bibliográfica									
RCO TEORICO ecedentes nteamiento del Problema		x							
tificación, Objetivos neral y Específicos)			x						
TERIAL Y METODOS		x		x					
n de análisis			x		x				
colección de la información					x	x			
cesamiento de la rmación							x		
álisis de la información							x	x	x
dacción de la Tesis									x
sentación de tesis									x