



11237
 FACULTAD DE MEDICINA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

181
 2ej.

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
 "DR. FEDERICO GOMEZ"

URTICARIA CRONICA EN EL HOSPITAL
 INFANTIL DE MEXICO

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE

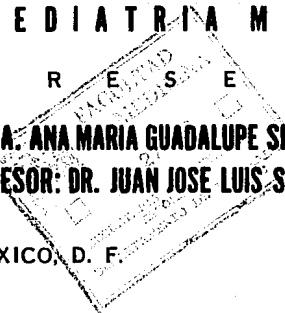
P E D I A T R I A M E D I C A

P R E S E N T A

DRA. ANA MARIA GUADALUPE SIERRA AZUARA
ASESOR: DR. JUAN JOSE LUIS SIENRA MONGE

MEXICO, D. F.

FEBRERO, 1992





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.

INDICE

I.- INTRODUCCION	1
DEFINICION	1
MARCO HISTORICO	1
EPIDEMIOLOGIA	3
ETIOPATOGENIA	3
CUADRO CLINICO	7
DIAGNOSTICO	8
TRATAMIENTO	9
JUSTIFICACION	10
II.- MATERIAL Y METODOS	12
III.- RESULTADOS	14
IV.- DISCUSION	33
V.- CONCLUSIONES	36
VI.- BIBLIOGRAFIA	37

I N T R O D U C C I O N

DEFINICION.-

La Urticaria Crónica (UC) se define como la presencia de 3 o mas episodios de Urticaria/Angioedema en una semana por un lapso mínimo de 6 semanas (1,2,3).

MARCO HISTORICO.-

Se encuentran descripciones de urticaria desde tiempos inmemorables, y ya en la era Antes de Cristo, Hipócrates, Plinio y Celso presentaban en sus escritos la enfermedad de la piel que puede ser reconocida como urticaria.

Siglo XVIII.-

Se introduce el término URTICARIA, Willan propone una clasificación de las enfermedades de la piel, dividiéndolas en 6 grupos sobre bases de su aparición, dándoles una terminología binomial típica botánica .

Siglo XIX.-

Los medicos empiezan a tomar interés en los mecanismos de la enfermedad. Se inician múltiples escritos sobre Urticaria, en

1866 Hebra en su libro "Sobre Enfermedades de la piel" describe la Urticaria como una enfermedad de poca importancia porque rara vez pone en peligro la vida. McCall Anderson en 1887 hace mención sobre la diversidad de causas de la UC, así como la imposibilidad en encontrar alguna etiología en la gran mayoría de los casos (4).

Siglo XX.-

En 1927 la histamina es reconocida como constituyente natural del cuerpo humano. En la década de los años 60's son descritos por primera vez los receptores de Histamina H1 por Ash y Schild, y para 1972 se describen los receptores H2 de la Histamina (5). Kinsolving, Munro y Carr en 1973 introducen la Terfenadina como un nuevo antagonista histamínico selectivo para receptores H1 (6) y en estudios posteriores se demuestra que este medicamento esta libre de efectos colaterales sedativos, sin afectación en la coordinación visomotora (3,7).

En la década pasada se postula que los antihistaminicos proveen el tratamiento de elección en la UC (8) y posteriormente se sugiere una terapia antihistamínica combinada de antagonistas H1 y H2 (5,9,10). Así mismo es en esta época cuando hay multiples estudios que tratan de demostrar las causas precipitantes de esta enfermedad, refiriéndose que solamente en un pequeño porcentaje de los casos (entre el 5 al 25%) puede encontrarse una etiología, y que esta puede ser muy variada (1,2,4,11).

EPIDEMIOLOGIA.-

Se refiere que aproximadamente un 20% de las personas experimentan un episodio de urticaria, edema angioneurótico o de ambos durante su vida (1,2, 4, 12,13).

La mayor incidencia es observada durante la tercera y cuarta década de la vida, sin embargo aunque en la práctica pediátrica es menos frecuente, también ocurre en niños pequeños, reportándose desde recién nacidos (1,2,13,14).

ETIOPATOGENIA.-

La UC es una enfermedad relativamente común en la cual no se ha encontrado una etiología específica, ya que no se conoce el mecanismo etiopatogénico en forma exacta. Entre las causas ó factores desencadenantes mas frecuentemente asociados estan:

a) INFECCIONES O INFESTACIONES.- Algunas veces se atribuye la UC a infecciones focales, como los abscesos dentarios, infección de senos paranasales o de vías urinarias, observandose mejoría clínica al tratar el proceso infeccioso subyacente. Han sido referidas también las infestaciones por parásitos como causas, sobre todo en países subdesarrollados (15,16).

b) MEDICAMENTOS.- Se menciona que del 20 al 50% de los adultos con UC son intolerantes al ácido acetil salicílico (1) y en estudios sobre población pediátrica aparentemente solo en el 3% era

responsable este fármaco de la presencia de la UC (17), además una cuarta parte de estos sujetos en quienes se ha observado la presencia de UC desencadenada por ácido acetilsalicílico también reaccionan a colorante azoicos, especialmente al colorante amarillo, tartrazina y a conservadores, sobre todo al ácido benzoico. Aunque estos agentes pueden provocar de forma evidente episodios agudos en pacientes con UC, su eliminación rara vez conduce a la remisión completa de la sintomatología (11,18,19).

c) ALIMENTOS.- Es raro que la hipersensibilidad a alimentos mediada por IgE sea causa de UC, se menciona que los colorantes y aditivos alimentarios están implicados en estos casos (20,21).

d) INHALANTES.- En las series más amplias de pacientes con UC muy rara vez se identifican como causa primordial (1,11).

e) AGENTES FÍSICOS.- Se mencionan como factores desencadenantes el ejercicio y el calor (13,22).

f) ENDOCRINOLÓGICAS.- El hipertiroidismo, las alteraciones paratiroides e hipercalcemia, y los ciclos menstruales.

g) PSICOLÓGICAS.- En algunas series estudiadas, las situaciones de stress emocional son mencionadas como factores desencadenantes (1).

h) COLAGENO PATIAS.- Un pequeño porcentaje de pacientes tienen urticaria que se cree sea secundaria a una enfermedad sistémica subyacente tal como la enfermedad vascular de la colágena (Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Reumatoidea Juvenil, etc.).

i) IDEOPÁTICA.- La mayoría de los pacientes tiene la llamada Urticaria Crónica Ideopática (UCI), la causa de la cual permanece desconocida. A pesar de la carencia de entendimiento sobre la misma, la mayoría de los investigadores están de acuerdo que el final la vía común en la inducción de las ronchas involucra una liberación intradérmica de histamina de los mastocitos en la piel. Esto está basado en el hecho de que inyecciones de histamina en la piel inducen la roncha típica y que las lesiones urticarianas son frecuentemente suprimidas por drogas HI-antagonistas.

Hay dos preguntas no resueltas que son el problema central de la UC, la primera es porque los mastocitos se degranulan en la ausencia de cualquier evento precipitante obvio, y la segunda es porque este fenómeno permanece localizado en la piel. Entre todas las posibles explicaciones para ambas preguntas, se consideran dos teorías como las más adecuadas. Una es que los pacientes con UC han incrementado el número de mastocitos dérmicos, así que una estimulación en niveles relativamente bajos, produce una gran concentración local de histamina liberada y subsecuentemente aparecen las lesiones clínicas. Una segunda teoría es que el número de mastocitos en piel sea anormal en la

UC, pero que además su degradación celular sea más fácil que la de células de individuos normales. Estas dos posibilidades no son mutuamente excluyentes y la patogénesis de la UC puede involucrar ambos factores (23,24).

Varios estudios histopatológicos han demostrado que las lesiones en la mayoría de los pacientes con UC están caracterizadas por una acumulación perivascular de células mononucleares (25,26). En comparación a la piel de individuos normales, la piel lesionada contiene cuatro veces el número de células y 10 veces el número de mastocitos. Recientemente se ha encontrado que más del 90% de las células infiltrativas en las lesiones de la UC fueron linfocitos T, además el 65% de estos linfocitos exhibían cantidades aumentadas de antígeno inmune asociado a la superficie (HLA-DR), indicando que éstas eran células activadas; a diferencia de la piel no lesionada de estos pacientes la cual no exhibía ningún aumento de infiltración celular, sugiriendo que las lesiones de urticaria ocurren primariamente en áreas de densidad celular mononuclear aumentada (27). Nuevos estudios han reportado que 93% de los pacientes con UC muestran liberación espontánea de histamina hacia las lesiones (28), y más de la mitad de estos pacientes además exhibía liberación de histamina elevada en áreas de piel normal. La conclusión obtenida de todos estos estudios es que la piel de los pacientes con UC es más "Sensible", liberando más histamina que la piel de individuos normales en respuesta a ambos estímulos físicos y químicos. Además existe otro fenómeno observado en la UC, se trata de una

respuesta disminuida de la liberación de histamina de los basófilos hacia el anti-IgE, que junto con la liberación aumentada en los mastocitos de la piel en respuesta a los inductores no específicos esta de acuerdo con un estado de desensibilización crónica inducida por antígenos (23).

CUADRO CLINICO.-

La UC se caracteriza por la aparición de ronchas, prurito y eritema, que desaparecen a la presión, indicando la presencia de vasos sanguíneos dilatados y edema (28). Las lesiones suelen ser algo prominentes, eritematosas, de bordes serpinginosos y centro pálido. Su tamaño y distribución es muy variable. Las pápulas pueden medir hasta 20 a 30 cm, y a veces son confluentes. La urticaria puede aparecer en cualquier zona del cuerpo, mientras que el angioedema que es de localización en las capas subcutáneas más profundas, en forma de zonas edematosas bien delimitadas, pálidas, frecuentemente involucra cara (labios, lengua, regiones perioral y periorbitaria), genitales y extremidades, con una distribución asimétrica, pudiendo acompañarse o no de prurito, el cual se describe como doloroso o quemante. La Urticaria y el Angioedema pueden aparecer juntos, en algunas series se refiere aproximadamente la mitad de los pacientes (1). Algunos pacientes se mencionan además con la presencia de dermografismo (1,28). La duración de la sintomatología se refiere en la literatura en general como un promedio de 3 a 4 años. Además se dice que del 50 a 60% de los pacientes con UC presentan sintomatología por más de

un año, 34 a 50% por más de 5 años, y de un 15 a un 40% presentan sintomatología por más de 10 años (1,2,4).

DIAGNOSTICO.-

Una historia clínica meticulosa y una exploración física completa pueden ser suficientes para realizar un diagnóstico específico o bien ayudar a dirigir los estudios posteriores, pudiendo interrogar sobre factores desencadenantes, y encontrar a veces una causa evidente.

Como la UC de la infancia casi siempre es una enfermedad benigna, sólo esta indicada una exploración extensa de laboratorio en presencia de síntomas que sugieran una enfermedad general subyacente, como infecciones o colagenosis. Sin embargo, como la etiología se identifica pocas veces, es difícil decidir la extensión correcta de esta evaluación (1,2).

Las pruebas cutáneas rara vez sirven para identificar el agente causal de una UC, pero se refieren en algunas series como las únicas pruebas positivas obtenidas, a pesar de que al momento de eliminar el alérgeno al cual se refería atopia, no había una remisión del cuadro y en ocasiones ni mejoría del mismo (1,2,11,20,21).

TRATAMIENTO.-

El mejor tratamiento que se puede ofrecer a un paciente con UC, es el tratar de encontrar el factor etiológico desencadenante, sin embargo el manejo está dirigido a brindar el alivio sintomático, más que a suprimir la urticaria. Este consiste en el uso de antihistamínicos y en algunas ocasiones la utilización de esteroides. Aunque los antihistamínicos no siempre disminuyen el número de lesiones urticarianas o la frecuencia de la erupción, significativamente sí disminuyen el prurito. Son mínimas las diferencias en la eficacia clínica de los antihistamínicos existentes; sin embargo algunos estudios indican que la hidroxicina es más eficaz que otra clase de antihistamínicos en la supresión del prurito desencadenado por la histamina (8). Cuando un sólo antihistamínico es insuficiente, la respuesta terapéutica puede aumentarse combinando dos antihistamínicos H1 de diferente clase, o con la adición de un beta-adrenérgico o un antihistamínico H2 como la cimetidina (9,10,29). Rara vez están indicados los corticosteroides por vía sistémica, pero pueden ser necesarios en un tratamiento de corta duración para controlar los síntomas agudos intensos o aquellas formas de presentación resistentes a los demás tratamientos (2), así como no se deben aplicar por vía tópica ya que son ineficaces.

La administración diaria de los antihistamínicos tiene por objeto la minimización o prevención de las que pueden ser recaídas

intermitentes en la UC, ya que el uso de los antihistamínicos después del establecimiento de las lesiones es muy tardío.

La decisión de un tratamiento prolongado o continuo con antihistamínicos, depende de la intensidad de los síntomas y del grado de molestias subjetivas. El patrón intermitente y casi siempre impredecible de los síntomas de la UC, dificulta la evaluación de la respuesta. Cuando se ha confirmado la benignidad de la enfermedad, el tratamiento más importante es tranquilizar a los padres y al paciente.

JUSTIFICACION.-

De acuerdo a todo lo anteriormente mencionado se deduce lo difícil que ha sido tratar de establecer un tratamiento específico, siendo necesario la realización de múltiples ensayos con diversos manejos, como la administración de antihistamínicos, antiinflamatorios no esteroideos, hiposensibilización, tratamiento antiparasitario e infeccioso, y la supresión de alimentos de la dieta, así como evitar los factores relacionados como desencadenantes de los cuadros entre otros; sin llegarse finalmente a la obtención de una respuesta ideal, sino a la remisión eventual o descanso sintomático ocasional.

Debido a que la determinación de la causa de la UC ha sido un reto para el médico, y ya que la mayoría de los casos escapan al diagnóstico etiológico en las manos más experimentadas, se realizó un estudio de los pacientes con UC vistos en el Servicio de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital Infantil de México

"Federico Gomez", para obtener un panorama de la situación actual de la UC en nuestro hospital y así tratar de elaborar una ruta de abordaje diagnóstico etiológico con una secuencia de los estudios a realizar, de acuerdo a las etiologías más frecuentemente encontradas por los diversos autores y en nuestro Hospital acerca de éste tema.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron en forma retrospectiva un total de 65 expedientes clínicos, los cuales habían sido vistos en el Servicio de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" con el diagnóstico de Urticaria Crónica por un periodo comprendido de 1984 a 1989.

Las variantes que se analizaron fueron:

- 1.-) Edad a la que se iniciaron los síntomas.
- 2.-) Edad a la que se realizó el diagnóstico.
- 3.-) Presencia de antecedentes familiares de enfermedades alérgicas
- 4.-) Presencia de antecedentes personales de enfermedades alérgicas.
- 5.-) Presencia de enfermedades asociadas.
- 6.-) Factor desencadenante de las manifestaciones clínicas, el cual

fue referido por el paciente o sus padres.

7.-) Forma de presentación de la urticaria.- manifestada unicamente como urticaria o con presencia de angioedema.

8.-) Cuales fueron los procedimientos paraclínicos y de laboratorio solicitados para encontrar el factor etiológico de la urticaria.

9.-) Cuales y cuantos de estos procedimientos paraclínicos y de laboratorio fueron positivos.

10.) A cuantos pacientes se les realizó pruebas cutáneas y la reactividad cutánea que presentaron los pacientes.

11.) Cuales fueron los alérgenos demostrados mas comunmente e investigar la evolución clinica en los pacientes que presentaron reactividad cutánea a alérgenos alimentarios.

12.) Valorar la evolución del padecimiento de acuerdo a la terapéutica empleada.

R E S U L T A D O S

Se estudiaron un total de 65 pacientes que habían sido vistos en el Servicio de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", por presentar UC en el periodo comprendido de 1984 a 1989.

De estos 65 pacientes 43 (66.1%) correspondieron al sexo masculino y los 22 (33.9%) restantes correspondieron al sexo femenino (fig. 1).

La edad de los pacientes al momento de ser vistos en el Servicio de Alergia fue de la siguiente manera: Un paciente fue menor de 1 año, 3 pacientes estaban comprendidos entre la edad de 1 y 2 años, 18 pacientes su edad se encontraba entre los 2 y 5 años, en el rango de edad entre los 5 y 12 años se encontraron 38 pacientes, siendo mayores de 12 años 5 pacientes (fig. 2).

La edad de inicio de su sintomatología fue la siguiente: 8 niños iniciaron su sintomatología antes del año de edad (12.3%), 11 pacientes iniciaron su sintomatología durante el 2do. año de vida (16.9%), 17 (26.1%) pacientes entre los 2 y 5 años, y entre los 6 y 12 años fueron 29 (44.7%) pacientes, no se observó ningún caso de UC en mayores de 12 años (fig.3).

En relación a la presencia de antecedentes familiares de alergia se refirió como presentes en 33 (50.8%) casos, siendo considerados negativos en 32 (49.2%). Dentro de los antecedentes familiares alérgicos en 17 (26.2%) se refirió la presencia de Urticaria, Rinitis alérgica en 8 (12.3%) y asma bronquial en 8 (12.3%) (fig. 4).

De los 65 pacientes 5 (7.7%) de ellos refirieron la presencia de enfermedades alérgicas asociadas a UC, 2 (3.1%) presentaron dermatitis atópica, la presencia de rinitis alérgica fue en 2 (3.1%) y asma bronquial en 1 (1.5%) (fig. 5).

Así mismo del total de pacientes estudiados se observó la presencia de padecimientos no alérgicos de origen infeccioso, los cuales fueron: Rinosinusitis infecciosa en 23 (35.4%), Parasitosis en 18 (27.7%), Infección de vías urinarias en 4 (6.1%), Otitis media aguda en 3 (4.6%) y tiña pedis, faringoamigdalitis y diarrea crónica en un caso.

Otro tipo de padecimientos de origen no infeccioso encontrados fueron: Dermatitis solar hipocromiante en 3 (4.6%), Pitiriasis alba en 2 (3.0%), y 1 caso para crisis convulsivas, obesidad exógena, enuresis y depresión (Cuadro 1).

La presencia de uno ó mas factores desencadenantes de la UC referido por el paciente o el familiar al momento de realizar la historia clínica se encontró en 50 (76.9%) pacientes, y sin

referirse factor desencadenante se encontraron 15 (23.1%) pacientes (Cuadro 2).

Al analizar la forma de presentación de la UC se refirió asociada con Angioedema en 35 (53.9%) pacientes y como manifestación única de urticaria en 30(46.1%) . Asi mismo se observo la presencia de Dermografismo en 24 (36.9%) (fig. 6).

Los exámenes de laboratorio que se solicitaron mas comunmente en búsqueda del factor etiológico desencadenante fueron: Coproparasitoscópicos en 51 (78.5%), Biometría Hemática en 50 (76.9%), ExÁmen General de Orina en 39 (60%), Pruebas cutáneas de hipersensibilidad tipo I en 32 (49.2%), Radiografía de senos paranasales en 20 (30.8%), Determinación de IgE sérica total en 9 (13.8%), PPD en 7 (10.8%), Cultivo de exudado faríngeo en 7 (10.8%), Pruebas de Función Hepática en 7 (10.8%), y determinación de Antiestreptolisinas en 5 (7.7%) (Cuadro 3).

La positividad de los paraclínicos realizados fue de la siguiente manera: se encontro Parasitosis en 32 de 51 pacientes (63%), Anemia en 10 de 50 (20%), Infección de vías urinarias en 4 de 39 (10%), Sinusitis radiológica en 9 de 20 (45%), IgE aumentada mas de 2 desviaciones estandar para su valor esperado en 4 de 9 (44%) pacientes, el PPD fue negativo en los 7 pacientes a los que se le realizó, Cultivo de Exudado Faringeo con crecimiento de Streptococo B-Hemolítico en 1 de 7 (14%), en los 7 pacientes a los que se les realizó pruebas de función hepática a ninguno se

le observó anomalías, y elevación de estreptolisinas por arriba de 500 U Todd en 3 de 5 (60%) pacientes (Cuadro 4).

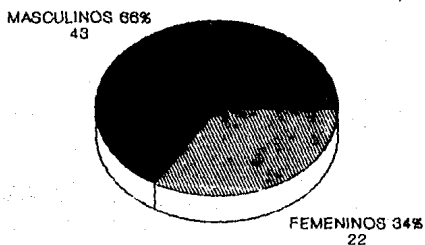
La realización de pruebas cutáneas fue en 32 (49.2%) pacientes, de los cuales 22 (68.7%) presentaron reactividad cutánea mayor de 2+ para 1 o más alérgenos probados (figs. 7). De los alérgenos que presentaron una reactividad cutánea mayor a 3+ fueron 20 (90.9%) pacientes para alimentos, 14 (64.4%) para hongos ambientales, 13 (59%) para polenes, 11 (50%) para Dermatofagoides, 10 (45.3%) para epitelio de animales y 4 (18.1%) para polvo de casa (fig. 8).

Dentro de los alérgenos alimentarios demostrados en 20 pacientes en orden de frecuencia son los siguientes: Leche en 9 (45%), chocolate en 6 (30%), Naranja en 6 (30%), Huevo en 5 (25%), cacahuete en 5 (25%), frijol en 5 (25%), Maíz en 4 (20%), pescado en 3 (15%), fresas en 3 (15%), melón en 3 (15%), jitomate en 3 (15%), levadura en 2 (10%), carne de res en 2 (10%), sardina 1 (5%), mostaza 1 (5%), camarón 1 (5%), manzanilla 1 (5%), chícharo 1 (5%), arroz 1 (5%), sierra 1 (5%).

Al analizar el tipo de terapéutica utilizada y cual fue la respuesta clínica a este tratamiento en 65 pacientes, encontramos que a 56 (86.1%) pacientes se les había administrado algún tipo de antihistamínico, presentando 20 de ellos (35.7%) una mejoría clínica importante. La utilización de antimicrobianos fue indicada en 24 (36.9%) pacientes y de estos el 25% presentó

mejoría. Se prescribieron diversos tipos de antiparasitarios en 32 (49.2%) pacientes, de los cuales solamente 2 (6.2%) pacientes presentaron mejoría. Y en 18 pacientes se utilizó algún tipo de dieta de supresión de acuerdo a la reactividad cutánea demostrada a alérgenos alimentarios, observándose mejoría en 4 (22%) (fig. 9). En forma global 56 (86.1%) presentaron mejoría clínica de su urticaria mientras que solamente 9 (13.9%) la urticaria se mostró rebelde a la terapéutica empleada.

URTICARIA CRONICA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO



DISTRIBUCION POR SEXO

FIGURA 1

URTICARIA CRONICA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

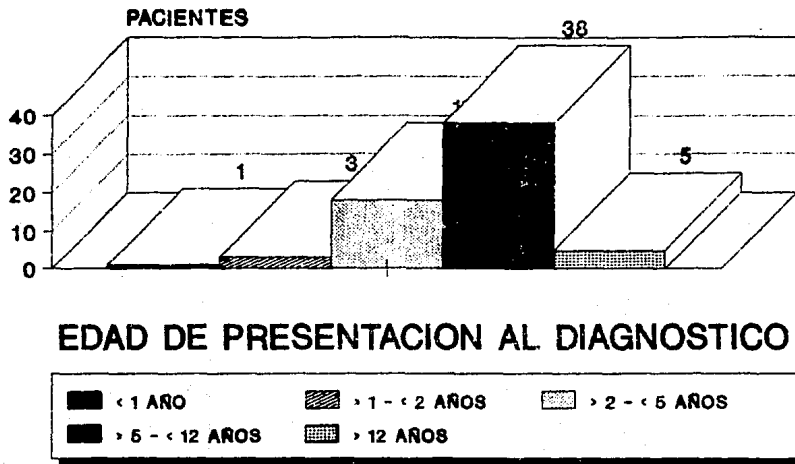


FIGURA 2

URTICARIA CRONICA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

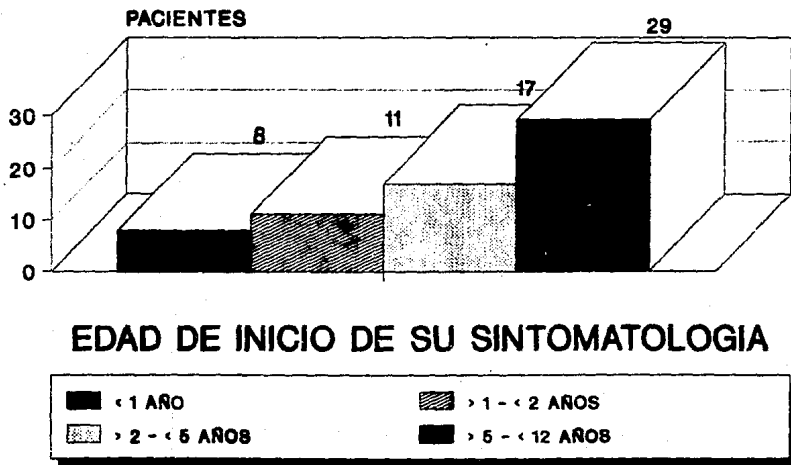
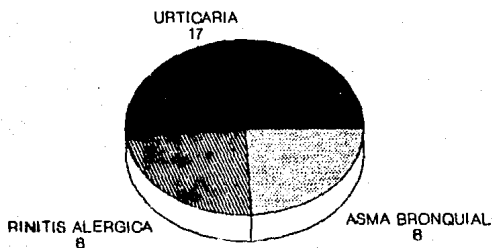


FIGURA 3

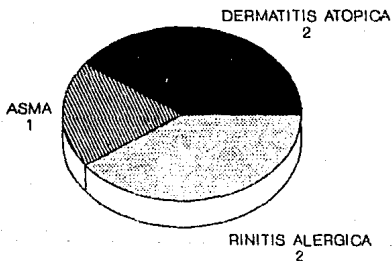
URTICARIA CRONICA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO



ANTECEDENTES FAMILIARES DE ALERGIA

FIGURA 4

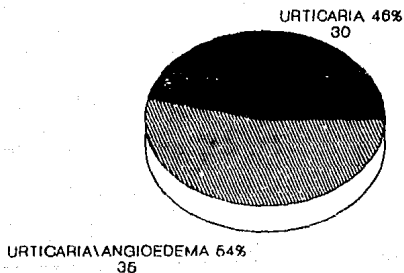
URTICARIA CRONICA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO



ENFERMEDADES ALERGICAS ASOCIADAS

FIGURA 5

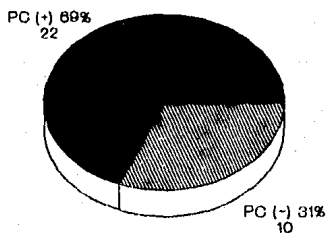
URTICARIA CRONICA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO



FORMA DE PRESENTACION

FIGURA 6

URTICARIA CRONICA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO



REACTIVIDAD CUTANEA

FIGURA 7

URTICARIA CRONICA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

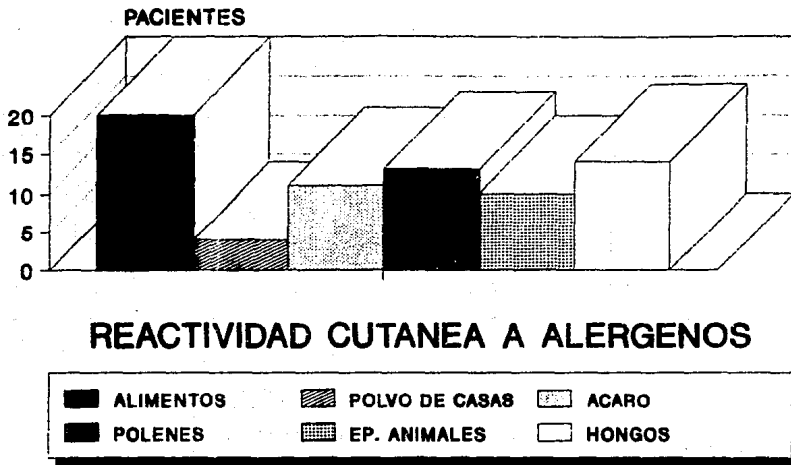
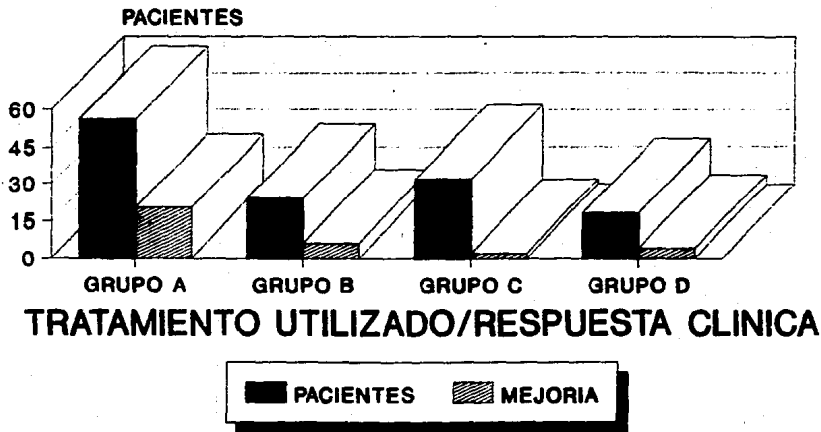


FIGURA 8

URTICARIA CRONICA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO

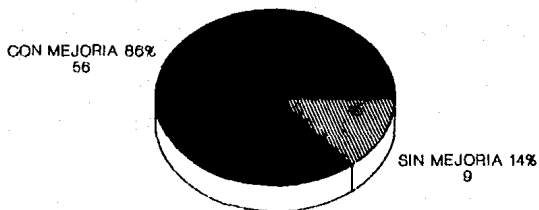


GRUPO A ANTIISTAMÍNICOS
GRUPO B ANTIMICROBIANOS

GRUPO C ANTIPARASITARIOS
GRUPO D DIETA DE SUPRESIÓN

FIGURA 9

URTICARIA CRONICA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO



RESPUESTA CLINICA AL TRATAMIENTO
UTILIZADO

FIGURA 10

CUADRO 1

**URTICARIA CRONICA
PADECIMIENTOS ASOCIADOS**

<u>PADECIMIENTO</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
RINOSINUSITIS	23	35.4
PARASITOSIS	18	27.7
INF. VIAS URINARIAS	4	6.1
DERMATITIS SOLAR	3	4.6
OTITIS MEDIA AGUDA	3	4.6
PITIRIASIS ALBA	2	3.0
TINEA PEDIS	1	1.5
FARINGOAMIGDALITIS	1	1.5
DIARREA CRONICA	1	1.5
CRISIS CONVULSIVAS	1	1.5
OBESIDAD EXOGENA	1	1.5
ENURESIS	1	1.5

CUADRO 2

**FACTORES DESENCADENANTES DEL PROBLEMA
REFERIDO POR EL PACIENTE O FAMILIAR**

<u>FACTOR</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
ALIMENTOS	31	47.7
LUZ SOLAR	12	18.5
FRIO	10	15.4
EMOCIONES	9	13.8
ALIMENTOS ENLATADOS	7	10.8
SITIOS DE PRESION	7	10.8
CONTACTO CON PLANTAS	7	10.8
ROPA	6	9.2
AGUA	6	9.2
EJERCICIO	4	6.1
POLVO DE CASA	4	6.1
MEDICAMENTOS	3	4.6
ANIMALES DOMESTICOS	2	3.0

URTICARIA CRONICA EXAMENES SOLICITADOS

<u>EXAMENES</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
COPROPARASITOSCOPIOS	51	78.5
BIOMETRIA HEMATICA	50	76.9
EXAMEN DE ORINA	39	60.0
PRUEBAS CUTANEAS	32	49.2
RX. SENOS PARANASALES	20	30.8
Ig E	9	13.8
PPD	7	10.8
EXUDADO FARINGEO	7	10.8
FUNCION HEPATICA	7	10.8
ANTIESTREPTOLISINAS	5	7.7

CUADRO 3

POSITIVIDAD DE LOS EXAMENES EXAMENES REALIZADOS

<u>EXAMENES</u>	<u>No. (+)</u>	<u>%</u>
PARASITOSIS	32/51	63
ANEMIA	10/50	20
INFECCION URINARIA	4/39	10
SINUSITIS RADIOLOGICA	9/20	45
Ig E ELEVADA	4/9	44
PPD	0/7	0
EXUDADO FARINGEO	1/7	14
FUNCION HEPATICA	0/7	0
ANTIESTREPTOLISINAS	3/5	60
TOTAL DE PACIENTES	51	
* No.(+)/No.realizado		

CUADRO 4

D I S C U S I O N

En este estudio se revisaron los expedientes clínicos de niños que acudieron al Servicio de Alergia de un hospital de concentración de III Nivel, a quienes se les había diagnosticado Urticaria Crónica. En relación al sexo de los pacientes, observamos que cerca de dos terceras partes de los pacientes correspondieron al sexo masculino y una tercera parte al sexo femenino, siendo en el adulto esta relación a la inversa, predominando principalmente el sexo femenino (2).

En un poco menos de la mitad de los casos, el momento de aparición de la sintomatología fue en la edad escolar (5 a 12 años), así mismo, la edad en la que se observó la máxima frecuencia al efectuar el diagnóstico se encuentra en el mismo rango. Esto concuerda con lo publicado, ya que la urticaria crónica es mucho más frecuentemente observada en el adulto que en el niño, y cuando se presenta en el paciente pediátrico, la edad de presentación esta comprendida en la edad escolar. (1,30)

Fueron observados en la mitad de los casos la presencia de antecedentes familiares de alergia, siendo que para la población general solamente es de esperarse de un 10 a un 15%. En nuestro estudio la asociación de enfermedades alérgicas en pacientes con UC solamente fue observada en cerca del 8%, a diferencia de la

literatura en general, ya que estudios recientes demuestran que aproximadamente se presenta en un 40% de estos pacientes (15).

El factor desencadenante con el que se exacerbaba su sintomatología, en cerca de la mitad de los pacientes, fue referido a algún tipo de alimento. La presencia de reactividad cutánea a alérgenos alimentarios fué aproximadamente del 90% y solamente el 22% de los pacientes a los que se les realizó dieta de supresión (18 pacientes) refirieron, o se asoció su mejoría al manejo dietético. Se ha tratado de relacionar la alergia alimentaria (mediada por IgE) así como la ingestión de aditivos como factores etiológicos desencadenantes de la UC y la respuesta clínica de una dieta de supresión a los alimentos (12,19,20). Recomendándose la utilización de pruebas de reto oral, las cuales parecen ser prácticas, seguras y útiles como parte del protocolo de estudio de pacientes con urticaria o angioedema crónicos.

Observamos que ningún estudio de laboratorio o de gabinete por sí solo es lo suficientemente orientador hacia un diagnóstico etiológico. Estos estudios deben de ser orientados a partir de la sospecha clínica que se encuentre en el interrogatorio específico, resultados que concuerdan con lo publicado por la gran mayoría de los autores (1,2,31).

Al analizar las enfermedades asociadas al momento de ingresar al Servicio de Alergia 49 pacientes (75.5%) presentaban procesos infecciosos agudos, la gran mayoría confinado a vías aéreas

superiores e infestaciones parasitarias. Cuando valoramos la respuesta clínica del problema dermatológico al tratar estos procesos infecciosos, vimos mejoría en cerca del 25% de ellos. Está descrito que las infecciones pueden estar implícitas en la génesis de la urticaria, tanto aguda como crónica, siendo en algunos casos la asociación evidente (1). Entre las causas de urticaria ha sido sugerida la ocasionada por infestaciones parasitarias, que se puede sospechar por la presencia de eosinofilia periférica y niveles elevados de IgE. En trabajos realizados en Europa se ha encontrado la asociación de cuadros urticarianos crónicos y Giardiasis, señalando frecuencias que oscilan entre el 12 al 60% (30).

En relación al tratamiento utilizado en este tipo de pacientes, todos recibieron antihistamínicos H₁, siendo el más comúnmente empleado la hidroxicina. La mejoría clínica del problema a la utilización de dichas drogas fue observada en el 35% de los casos. Se han descrito la asociación de dos antihistamínicos H₁ cuando no hay una respuesta clínica satisfactoria o también se refiere la asociación de un H₁ + H₂ (cimetidina), o a la utilización de glucocorticoides para casos rebeldes a terapéuticas convencionales. (2,3,9,11,12,29).

CONCLUSIONES

Nuestro estudio ofrece un análisis retrospectivo de pacientes a los que se les había diagnosticado urticaria o angioedema crónico.

Este estudio demuestra la efectividad en el tratamiento de la UC con antihistaminicos.

La urticaria y el angioedema son problemas comunes encontrados en la práctica pediátrica. La lista de las causas potenciales es muy amplia y la búsqueda de los factores etiológicos desencadenantes requiere una historia orientadora, un examen físico cuidadoso y la selección apropiada de los exámenes de laboratorio. Sin embargo a pesar de esto en la gran mayoría de los pacientes, no podremos identificar en forma absoluta el factor desencadenante en su génesis.

Dentro de las causas más frecuentes observadas de UC en este estudio son los procesos infecciosos de vías aéreas superiores, parasitosis intestinales y jugó un papel importante la probable intolerancia alimentaria en 4 pacientes, confirmada por dieta de supresión en donde se observó mejoría clínica.

B I B L I O G R A F I A

1. Twarog F.: Urticaria en el niño: patogenia y conducta a seguir. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*, 1985; 5: 871-875.
2. Quarante J.H, Rohr A, Rachelefsky G, et al: The Natural history and response to therapy of chronic Urticaria and Angioedema. *Annals of Allergy*, 1989; 62(5): 921-924.
3. Cerio R, Lessef M.H.: Treatment of chronic idiopathic Urticaria with terfenadine. *Clinical Allergy*, 1984; 14: 139-141.
4. Champion R.H.: Urticaria: Then and now. Centenary Review. *British Journal of Dermatology*, 1988; 14: 179-184.
5. Cook J, Shuster S: Lack of effect of H₂ Blockade in Chronic Urticaria. *British Journal of Dermatology*, 1979; 101 (Supp. 17): 21.
6. Kinsolving C R, Munro N L, Carr A A: Separation of the CNS and H₁ receptor effects of antihistamine agents. *Pharmacologist*, 1978; 6; 31.
7. Clarke C H, Nicholson A N . Performance studies with antihistamines. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1978; 6; 31.
8. Mathews K P. Management of Urticaria and Angioedema. 1980. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*; 66: 347.
9. Bleehen S S, Thomas S E, Greaves M W et al: Cimetidine and Chlorpheniramine in the treatment of chronic idiopathic Urticaria: a multicentre randomized double-blind study. *British Journal of Dermatology*, 1987; 117: 81-88.

10. Cohen S H, Monroe E W: Combined H1 and H2 antihistamine treatment for chronic urticaria. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 1980;65:(3)189.
11. Salisbury J, Bor S, Lair CB et al: A double blind placebo controlled study of terfenadine in the treatment of chronic idiopathic urticaria. *The British Journal of Clinical Practice*, 1987;41(8).
12. Levinson Arnold I, MD: Urticaria y Angioedema. *Postgraduate Medicine*, 1984;76(1).
13. Champion R H, Roberts S O B, Carpenter R G et al. Urticaria and Angioedema, a review of 554 patients. *British Journal of Dermatology*, 1969;81:588.
14. Juhlin L: Recurrent Urticaria: Clinical investigation of 330 patients. *British Journal Dermatology*, 1981;104:369.
15. Robbio T L: Estudio de 100 casos de Urticaria Crónica. *Alergia*, 1983;3(3):109-117.
16. Valdés A, Sanchez S, Cárdenas O y cols: Urticaria Crónica: Etiología y Diagnóstico. *Alergia*, 1985;32(2).
17. Harris A, Twarog F, Gehay R: Chronic Urticaria in Childhood: Natural course and etiology. *Ann Allergy*.
18. Vershave A, Stevens E, Degroef H: Dieta libre de Pseudoalergenos en la Urticaria Crónica. *Dermatologica*, 1983;167:256-259.
19. Montaña García M, Orea M: Estudio de la Frecuencia de Urticaria y Angioedema inducidos por Aditivos de Alimentos.
20. Kemp A, Schembri G: Una dieta de eliminación para la Urticaria Crónica del Niño. *The Medical Journal of Australia*, 1985;143(9).

21. Atkins F MD: The Multiple Etiology of Food Hypersensitivity-
Nutrition Reviews, 1983;41(8):245-248.
22. Davis K, Mekori Y, Kohler P. et al: Possible role of diet in
delayed pressure urticaria. Preliminary report.
23. Rosentreich D: Chronic Urticaria, activated T cells and mast
cell releasability. Journal of Allergy and Clinical Immunology,
1986;78(6):1099-1101.
24. Kaplan A P, Horakova Z, Kats S: Assesment of tissue fluid
histamine levels in patients with urticaria. Journal Allergy and
Clinical Immunology. 1978;61:350.
25. Phanuphak P, Shocket A, Arroyave C M et al: Skibn Histamine in
chronic Urticaria. Journal of Allergy and Clinical Immunology,
1980;65:371.
26. Natbony S, Phillips M, Elias J et al: Histological studies of
chronic Idiopathic Urticaria. Journal of Allergy and clinical
Immunology, 1983;71:177.
27. Mekon Y, Giorno R, Anderson P et al: Lymphocyte subpopulations
in the skin of patients with Urticaria crònica. Journal of
Allergy and Clinical Immunology. 1983;72:681.
28. Kaplan A: The pathogenesis basis of Urticaria and
Angioedema: Recent Advances. American Journal of Medicina;
1981;71:755.
29. Jafer Farnam, Grant Andrew et al: Tratamiento exitoso de la
urticaria ideiopatica crònica y Angioedema solo con cimetidina.
Journal of Allergy and Clinical Immunology. 1984;73:842-845.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

St. Dupont Charles.:Laboratory Investigation in Chronic >Urticaria
adquired angioedema. British Journal of Clinical
Practice.1984(6).