

# Guía clínica y de tratamiento de la urticaria

Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica

AA.

Natalia Hernández Mantilla, MD<sup>1</sup>  
Liliana Tamayo Quijano, MD<sup>2</sup>  
Margarita María Velásquez Lopera, MD, PhD<sup>3</sup>

1. Médica Dermatóloga. Alergias Cutáneas y Dermatología Genital, Hospital "Henri Mondor Creteil", Francia. Dermatología Ocupacional. Universidad Complutense, Instituto de Salud "Carlos III", Madrid, España.
2. Médica Dermatóloga, Universidad Pontificia Bolivariana, Alergóloga Clínica, Universidad de Antioquia. Docente, Universidad Pontificia Bolivariana. Dermatología Ocupacional. Universidad Complutense, Instituto de Salud "Carlos III", Madrid, España.
3. Médica Dermatóloga. Doctora en Ciencias Básicas Biomédicas. Inmunología, Centro de Investigaciones Dermatológicas CIDERM. Sección de Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

## Nombre de la enfermedad

- L50 Urticaria

## Códigos CIE-10 relacionados

- L50.1 Urticaria idiopática
- L50.2 Urticaria debida al calor y al frío
- L50.3 Urticaria dermatográfica
- L50.4 Urticaria vibratoria
- L50.5 Urticaria colinérgica
- L50.6 Urticaria de contacto
- L50.8 Otras urticarias
- L50.9 Urticaria sin especificar

## EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de la urticaria crónica en la población general varía entre el 0,5 % y el 5 %. La incidencia estimada es de un 1,4 % por año. Es más frecuente en mujeres que en hombres, en una relación de 2:1. En España, la prevalencia de urticaria crónica es del 0,6 % (intervalo de confianza [IC] del 95 %: 0,4 a 0,8), siendo mayor en mujeres que en hombres (*odds ratio* [OR]: 3,82; IC 95 %: 1,56 a 9,37). Es una enfermedad autolimitada; sin embargo, en el 11,3 % de los casos puede durar más de 5 años (1).

Un estudio colombiano, que evaluó la frecuencia de urticaria física en pacientes con urticaria crónica espontánea (UCE), comparó 245 pacientes con UCE con 127 controles y reveló que el 75,9 % reportó tener un posible disparador físico y que solo el 36,3 % presentó una prueba positiva. El tipo de urticaria inducible más frecuente fue el dermografismo, con un 24,8 %, seguido por urticaria al frío, con un 13,4 %. Las personas que viven en Medellín tuvieron mayor frecuencia de dermografismo sintomático, con un 28,5 % (OR: 2,1; IC 95 %: 1 a 4,4; valor de  $p = 0,03$ ), y urticaria al frío, con un 16,5 % (OR: 3,3; IC 95 %: 1,125 a 9,8; valor de  $p = 0,02$ ), con respecto a quienes viven en Bogotá (dermografismo: 14,4 %; urticaria al frío: 5,2 %) (2).

## ETIOLOGÍA Y PATOGÉNESIS

Actualmente, la UCE es comprendida como una enfermedad de carácter autoinmune/autorreactivo, en la que las células efectoras más importantes son los mastocitos y los basófilos, que liberan histamina, leucotrienos y citocinas, luego de su activación. No se conocen completamente los mecanismos etiopatogénicos subyacentes. Uno de los mejor descritos es la activación de mastocitos y basófilos por autoanticuerpos de tipo IgG contra el receptor de alta afinidad de la IgE (anti-FcεRI), el receptor de baja afinidad de la IgE (FcεRII) y contra la IgE misma. También han sido descritos los autoanticuerpos del tipo IgE (3, 4).

Las fracciones del complemento, los neuropéptidos y algunos factores de la coagulación también participan en la activación de mastocitos y basófilos (5).

Otros mecanismos descritos son los cambios en el balance de las señales activadoras e inhibitoras de mastocitos y basófilos, que los hacen más excitables, las alteraciones en el factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF) y los cambios en la función y la supervivencia de los linfocitos B y las células dendríticas (6).

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La urticaria se caracteriza por la presencia de habones o angioedema (el 50 % cursa con habones más angioedema; el 40 %, solo con habones; y el 10 %, solo angioedema). En la urticaria aguda, estos episodios tienen una duración menor de 6 semanas y en la crónica, mayor de 6 semanas. El síntoma predominante es el prurito.

Se conoce como *urticaria crónica espontánea* al tipo de urticaria que ocurre en ausencia de un disparador externo discernible, mientras que la urticaria inducible es aquella que se presenta ante estímulos físicos (solar, vibratorios, acuagénicos, colinérgicos, por frío, por presión, entre otros) o las urticarias de contacto (por ejemplo, las relacionadas con el látex y los epitelios).

Cada uno de los habones tiene una duración menor de 24 horas y se resuelven sin dejar pigmentación residual, excepto en la urticaria por presión, en la que pueden encontrarse habones de mayor duración y con más dolor que prurito.

El angioedema es el edema de la dermis y el tejido subcutáneo y aparece especialmente en la cara, los párpados y los labios; se acompaña de prurito, dolor o sensación urente y puede tardar hasta 72 horas en resolverse.

La urticaria crónica no se acompaña de fiebre o síntomas sistémicos.

Frecuentemente, los pacientes presentan cuadros de urticaria mixta; es decir, UCE e inducible. Por ejemplo, dermatografismo sintomático o sufrir varias urticarias físicas simultáneamente (urticaria dermatográfica y urticaria colinérgica).

Los síntomas pueden agravarse con algunos medicamentos y alimentos, denominados *degranulantes inespecíficos del mastocito*, como las fresas, el colorante amarillo del mecato, el licor, los alimentos fermentados, el maní, los frutos secos, los conservantes de enlatados y los embutidos. En cuanto a los medicamentos, están los antiinflamatorios no esteroideos

(AINE), los opioides, los medios yodados, las quinolonas, entre otros. El estrés es un factor agravante de las crisis.

Bajo el término *urticaria autoinmune* se agrupan aquellos pacientes que presentan una prueba positiva de suero o plasma autólogo o de anticuerpos antitiroideos positivos, lo que indica la presencia de factores solubles, activadores del mastocito (7).

## ENFERMEDADES ASOCIADAS

La urticaria crónica se asocia especialmente con autoinmunidad tiroidea (anticuerpos antimicrosomales o antitiroglobulina). En la mayoría de los casos, los pacientes no sufren repercusión en la función tiroidea; es decir, son eutiroideos.

En una revisión sistemática reciente, las tasas de comorbilidad autoinmune fueron:  $\geq 1$  % para diabetes *mellitus* insulino dependiente, artritis reumatoide, psoriasis y enfermedad celíaca;  $\geq 2$  % para enfermedad de Graves;  $\geq 3$  % para vitiligo; y  $\geq 5$  % para anemia perniciosa y tiroiditis de Hashimoto (8).

En general, en los pacientes con UCE, son más prevalentes las enfermedades autoinmunes organoespecíficas que las multisistémicas. Se resalta que más del 2 % de los pacientes con UCE tiene síndrome poliglandular autoinmune por tiroiditis, vitiligo y anemia perniciosa, y que más del 15 % tiene historia familiar de enfermedad autoinmune (8).

Los trastornos psiquiátricos, como la ansiedad y la depresión, son más frecuentes en los pacientes con urticaria crónica.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la urticaria es esencialmente clínico. Se requiere una historia clínica completa, pues los estudios complementarios deben solicitarse según los síntomas del paciente. Se acepta que no se deben realizar exámenes de laboratorio exhaustivos en los pacientes con urticaria crónica (7, 9-11).

Resulta de gran ayuda saber el tiempo de inicio y la duración de cada habón, pues típicamente los habones duran escasas horas o minutos, rascan fuertemente y desaparecen sin dejar señales en la piel. En las urticarias físicas, por ejemplo, los habones aparecen en los 10 minutos siguientes de someter la piel al estímulo y desaparecen en la primera hora, excepto en

la urticaria por presión tardía, donde aparecen varias horas después de someter la piel a una presión sostenida y pueden durar más de 1 día. En las urticarias de contacto, aparecen de 10 a 30 minutos después de la exposición al desencadenante y mejoran en 2 horas. En la UCE, los habones aparecen sin un disparador externo.

A diferencia de lo anterior, las urticarias vasculíticas causan más dolor que prurito, duran más de 24 horas, dejan pigmentación residual, responden mal a los tratamientos convencionales y en el estudio histopatológico presentan daño de la pared vascular en la piel afectada (7).

La morfología y la distribución de las lesiones pueden dar indicios sobre el tipo de urticaria: por ejemplo, las lesiones lineares del dermatografismo, los habones micropapulares de la urticaria colinérgica y por frío, la localización en palmas, plantas o glúteos sugestiva de una urticaria por presión y la restricción a las áreas fotoexpuestas, una urticaria solar.

El hemoleucograma con sedimentación o la proteína C-reactiva (PCR) deben ser los exámenes iniciales; la disminución o la ausencia de basófilos debe alertar sobre la presencia de urticaria autoinmune; la eosinofilia puede indicar la presencia de parásitos; la sedimentación elevada y los síntomas sistémicos deben hacer sospechar un síndrome autoinflamatorio, como el síndrome de Schnitzler (urticaria recurrente, dolor óseo, fiebre, sedimentación elevada y paraproteinemia del tipo IgM); la artritis reumatoide juvenil, la enfermedad de Still, las criopirropatías, el síndrome autoinflamatorio familiar por frío, el síndrome de Muckle-Wells, la enfermedad inflamatoria multisistémica de comienzo en el neonato (NOMID) y el síndrome de hiper Ig D, entre otros (7).

Cuando hay sospecha de urticaria crónica autoinmune, se debe estudiar la función tiroidea (TSH), la presencia de anticuerpos tiroideos antitiroglobulina y antimicrosomales y realizar la prueba de suero autólogo (11, 12).

En los pacientes que presentan solamente angioedema, debe sospecharse angioedema hereditario y medir la concentración sérica de C4 e indagar por los antecedentes familiares. Otras causas de angioedema en adultos es el consumo de fármacos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas del receptor de la angiotensina (ARA II), debido al incremento de las bradicininas. Otra causa de angioedema en los adultos mayores es el consumo de

la fracción C1q del complemento, en relación con síndromes paraneoplásicos.

Las dietas de exclusión y las pruebas de provocación con alimentos, aditivos, colorantes o con medicamentos solamente deberán realizarse cuando se sospeche que estos pueden ser la causa de la urticaria.

La biopsia de piel es útil cuando hay indicios de urticaria vasculítica (habones que duren más de 24 horas, que no responden adecuadamente al tratamiento con antihistamínicos y que al desaparecer dejan pigmentación residual) o cuando se requiera para el diagnóstico diferencial.

Cuando no se ha logrado establecer la causa de la urticaria crónica y la respuesta al tratamiento es pobre, se podría intentar descartar agravantes tales como la infección por *Helicobacter pylori* o por parásitos, y en caso de estar presentes, iniciar el tratamiento específico buscando que también mejoren las manifestaciones de la urticaria.

La medición de la IgE no es necesaria para el diagnóstico de UCE.

En las urticarias físicas, se recomiendan las pruebas de provocación, tratando de reproducir el cuadro clínico.

## DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Aunque en la mayoría de los casos es muy sencillo llevar a cabo el diagnóstico de urticaria, en algunas oportunidades se plantean diagnósticos diferenciales que deben tenerse en cuenta. Para mayor facilidad, se pueden dividir en cutáneos, sistémicos y diagnósticos diferenciales de angioedema. Es importante tener en cuenta que una de las características más importantes de los habones de urticaria es su carácter evanescente, no se identifican cambios epidérmicos, ni ocasionan cambios pigmentarios en la piel, cuando se resuelven.

## ENFERMEDADES CUTÁNEAS

Las lesiones urticariales pueden presentarse con enfermedades diferentes a la urticaria (Tabla 1), en las que los habones pueden ser más persistentes (más de 24 a 36 horas), acompañarse de otras lesiones elementales, dejar lesión residual, no ser típicos, pueden ser infiltrados, simétricos y usualmente no se asocian con angioedema (13, 14).

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de la urticaria crónica

Enfermedades cutáneas con lesiones urticariales
Dermatitis urticarial
Dermatitis de contacto
Picadura de insectos y prurigo
Toxicodermias
Mastocitosis
Enfermedades ampollosas en fase urticarial, como penfigoide ampolloso y dermatosis por IgA lineal
Urticaria vasculítica
Hidradenitis ecrina neutrofílica
Dermatitis por progesterona
Síndrome de Wells
Mucinosis folicular

## ENFERMEDADES SISTÉMICAS CON LESIONES URTICARIALES

Trastornos inmunológicos (urticaria vasculítica, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren, dermatomiositis, poliarteritis nodosa), enfermedades hematológicas (linfoma no Hodgkin, crioglobulinemia, síndromes hipereosinofílicos, policitemia vera) y síndromes autoinflamatorios (síndrome de Schnitzler, criopirinopatías, entre otros). Una adecuada historia clínica es fundamental para orientar el diagnóstico diferencial.

## DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DEL ANGIOEDEMA

Celulitis facial, fotodermatitis de contacto aguda, dermatomiositis, linfedema facial, *lupus tumidus*, síndrome de Ascher, síndrome de Melkersson-Rosenthal y síndrome de vena cava superior, entre otros (13).

## TRATAMIENTO

Se presentan las recomendaciones con base en las guías europeas de EAACI/GA2 LEN/EDF/WAO, 2018 (Figura 1). La meta del tratamiento es el control completo de los síntomas, considerando la seguridad y la calidad de vida del paciente (7).

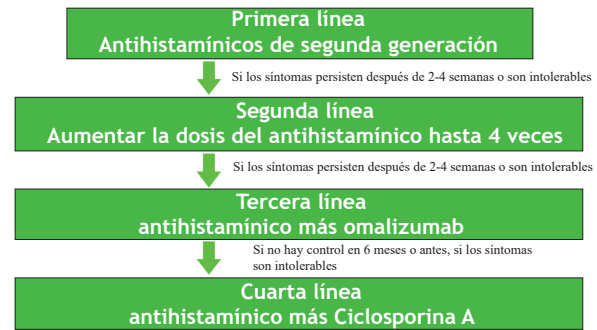


Figura 1. Guías de manejo de la urticaria. Se puede considerar un curso corto de esteroides sistémicos, como prednisona en 0,5-1 mg/kg/día, durante 5 a 7 días, ante exacerbación grave y en contadas ocasiones (7).

## PRIMERA LÍNEA

### Antihistamínicos de segunda generación en la dosis usual

Los antihistamínicos ejercen su acción por la inhibición competitiva de la unión de la histamina al receptor en la pared vascular. No previenen la activación de los mastocitos y basófilos; por tanto, ayudan al control de los síntomas, pero no inducen remisión o curación de la urticaria.

En urticaria crónica, se recomienda el uso de antihistamínicos anti-H<sub>1</sub> de segunda generación. Se ha descrito eficacia y seguridad con antihistamínicos tales como la loratadina, la desloratadina, la cetirizina, la levocetirizina, la fexofenadina, la bilastina y la rupatadina (15).

La primera línea de tratamiento son los antihistamínicos de segunda generación, en la dosis usual (7).

No se recomienda la administración de antihistamínicos anti-H<sub>1</sub> de primera generación (hidroxicina, difenhidramina y clorfeniramina), por los eventos adversos producidos por su acción sobre el sistema nervioso central, como somnolencia, agitación, confusión, cefalea, cambios en el sueño REM, riesgo de arritmias y prolongación del intervalo QT. Tampoco se recomienda el uso concomitante de dos antihistamínicos anti-H<sub>1</sub> de segunda generación o la combinación de anti-H<sub>1</sub> de primera generación y de segunda generación.

No se aconseja la adición de un antihistamínico anti-H<sub>2</sub>, porque no aumenta la respuesta clínica.

Se denomina *urticaria refractaria* a aquella en la que no se pueden controlar los síntomas con los antihistamínicos de segunda generación en las dosis usuales y, por tanto, se debe pasar a la segunda línea de tratamiento.

## SEGUNDA LÍNEA

### Antihistamínicos de segunda generación hasta cuatro veces la dosis

Se recomienda aumentar el antihistamínico de segunda generación hasta cuatro veces la dosis, si luego de 2 a 4 semanas con la dosis usual no se ha obtenido el control de la urticaria. Aumente la dosis antes de ser necesario, si los síntomas son intolerables (7).

## TERCERA LÍNEA

### Antihistamínicos de segunda generación más omalizumab

El omalizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado contra la inmunoglobulina E (IgE), que ha demostrado ser efectivo en la mayoría de las UCE y también en las urticarias crónicas inducibles o con componente autoinmune (16). Su mecanismo de acción en urticaria no ha sido elucidado completamente. Se considera que es un estabilizador del mastocito, debido a que, con el bloqueo de la IgE, induce la regulación negativa del receptor de alta afinidad en la superficie de mastocitos y basófilos.

La dosis de omalizumab más utilizada y costo-efectiva es la de 300 mg subcutáneos, cada 4 semanas, aun cuando la dosis de 150 mg también ha sido de utilidad. Esto fue demostrado en estudios comparativos con placebo, como el Asteria I, que incluyó 319 pacientes y donde se compararon dosis de 75, 150 y 300 mg, con eficacia comprobada para las dosis de 150 y 300 mg. En el Asteria II se incluyeron 323 pacientes y también se compararon las dosis de 75, 150 y 300 mg de omalizumab frente a placebo. Los autores encontraron, de nuevo, un mayor beneficio con la dosis de 300 mg (16, 17).

La mejoría con el omalizumab puede ser inmediata, en pocas horas, o hasta 12 semanas después de su aplicación.

La aplicación requiere supervisión, ya que una de las complicaciones descritas es la anafilaxia, aunque esta es poco frecuente.

Para el inicio del omalizumab, no se requieren exámenes paraclínicos ni profilaxis de tuberculosis latente, como sí es necesario en otros biológicos empleados en dermatología. No se requiere ajuste de la dosis con los niveles de IgE.

Se debe ajustar la dosis según los requerimientos de cada paciente. Una vez obtenido el control, se pueden

ampliar los intervalos de aplicación, a fin de optimizar el tratamiento, teniendo en cuenta que el medicamento no es curativo, sino controlador de síntomas y que las urticarias suelen remitir de manera espontánea.

## CUARTA LÍNEA

### Antihistamínico de segunda generación más ciclosporina

En un reciente metaanálisis, se propuso que las dosis adecuadas de ciclosporina varían de 1 a 5 mg/kg/día, siendo la dosis de 3 mg/kg/día la más apropiada, en teoría, para iniciar en la mayoría de los pacientes.

Las dosis muy bajas son menores de 2 mg/kg/día; las dosis bajas son de 2 a 3,9 mg/kg/día; y las dosis moderadas son de 4-5 mg/kg/día. Se deben vigilar frecuentemente los efectos adversos, que dependen de la dosis y se presentan en más de la mitad de los pacientes que reciben dosis moderadas (18).

Previo al inicio de la ciclosporina, deben evaluarse las pruebas de función renal, hemograma, función hepática, perfil lipídico, ionograma, ácido úrico, prueba de embarazo, virus hepatótrofos A, B y C, radiografía de tórax y tuberculina.

Durante el seguimiento, considere los posibles efectos adversos, tales como nefrotoxicidad, hipertensión arterial, hipomagnesemia, hiperpotasemia, hepatotoxicidad, dislipidemia, malignidades e hiperplasia gingival.

## SITUACIONES ESPECIALES

En embarazadas es mandatorio revisar la categoría de los medicamentos antes de su prescripción. Por ejemplo, en términos de seguridad, es preferible loratadina que es categoría B (Los estudios controlados realizados en animales no indican riesgo para el feto), frente a fexofenadina que es categoría C (riesgo potencial para el feto). (20).

En niños, el aumento del antihistamínico hasta 4 veces la dosis, debe ser muy cuidadosa.

## OTROS TRATAMIENTOS

- Esteroides sistémicos: únicamente en ciclos cortos. Prednisolona en 0,5-1 mg/kg/día, durante 5 a 7 días de rescate, en episodios de mayor actividad de la urticaria.

- Montelukast: una amplia revisión sistemática no recomienda la administración de montelukast (19), no hay mayor evidencia que respalde su uso y la guía europea actualizada a 2018 lo excluyó (7). Eventualmente sería de utilidad en casos puntuales, especialmente de urticaria agravada por AINES y urticarias físicas en niños, antes de aumentar a 4 veces la dosis del antihistamínico.
- Antimaláricos: se reservan para casos de urticaria vasculítica, como una de las opciones terapéuticas.
- Fototerapia: desensibilización a la luz ultravioleta, en casos de urticaria solar y en algunos casos de urticaria dermatográfica.
- Gammaglobulina, metotrexato, colchicina y dapsona: han sido administrados en casos refractarios.

## SEGUIMIENTO, HISTORIA NATURAL Y PRONÓSTICO

En el seguimiento de los pacientes, se recomienda implementar las herramientas de clinimetría, en cada visita:

- Actividad de la enfermedad:
  - *Urticaria activity score 7 (UAS7)* (Anexo 1).
- Control de la enfermedad:
  - *Urticaria control test (UCT)* (Anexo 2).
- Calidad de vida:
  - *Chronic urticaria quality of life (CU Q2oL)* (Anexo 3).

Para el angioedema también se han desarrollado herramientas de actividad de la enfermedad, como el AAS (*angioedema activity score*), y la calidad de vida.

## HISTORIA NATURAL Y PRONÓSTICO

La urticaria crónica se resuelve espontáneamente en 5 años para el 30 %-55 % de los pacientes, aunque puede persistir durante muchos años. El curso clínico es más desfavorable para los pacientes con urticarias físicas, y dentro de este grupo, la mayor afectación de la calidad de vida se observa en los pacientes con urticaria por presión, frío y colinérgica.

Algunos estudios determinan que la duración de la urticaria crónica tiene relación con la gravedad del cuadro clínico, la aparición de angioedema y con los parámetros de laboratorio, como la prueba de suero

autólogo positiva y la presencia de anticuerpos anti-tiroideos.

## INFORMACIÓN PARA PACIENTES

Se deberá explicar al paciente el carácter autolimitado de la enfermedad y que el tratamiento está encaminado a lograr el 100 % del control de los síntomas, a fin de no menoscabar la productividad laboral y la calidad de vida.

Los tratamientos disponibles ayudan al control de los síntomas, pero no a la curación de la enfermedad, que es autolimitada (meses o años) después de su inicio, con posibles episodios ulteriores de reaparición.

No es una enfermedad alérgica. Puede agravarse con el estrés y por medicamentos, los AINE agravan la urticaria y los IECA, el angioedema, por lo que que no deben administrarse. En las urticarias físicas, debe evitarse el desencadenante.

El médico debe hacer seguimiento clínico, para identificar otras enfermedades asociadas, en particular, las enfermedades tiroideas.

Los pacientes pueden requerir apoyo por psicología y psiquiatría, debido a que la ansiedad y la depresión son más frecuentes y pueden necesitar manejo especializado para restaurar la calidad de vida.

## CONSENTIMIENTOS

Para el inicio de la terapia sistémica, omalizumab o ciclosporina, se recomienda diligenciar el consentimiento informado.

## REFERENCIAS

1. Gaig P, Olona M, Muñoz Lejarazu D, Caballero MT, Domínguez FJ, Echechipia S, et al. Epidemiology of urticaria in Spain. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2004;14(3):214-20.
2. Sánchez J, Amaya E, Acevedo A, Celis A, Caraballo D, Cardona R. Prevalence of Inducible Urticaria in Patients with Chronic Spontaneous Urticaria: Associated Risk Factors. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2017;5(2):464-70. doi: 10.1016/j.jaip.2016.09.029.
3. Sabroe RA, Francis DM, Barr RM, Black AK, Greaves MW. Anti-FcERI autoantibodies and basophil histamine releasability in chronic idiopathic urticaria. *J Allergy Clin Immunol*. 1998;102:651-8.
4. Concha LB, Chang CC, Szema AM, Dattwyler RJ,

- Carlson HE. IgE antithyroid antibodies in patients with Hashimoto's disease and chronic urticaria. *Allergy Asthma Proc.* 2004;25(5):293-6.
5. Ferrer M, Nakazawa K, Kaplan AP. Complement dependence of histamine release in chronic urticaria. *J Allergy Clin Immunol.* 1999;104(1):169-72.
  6. Huilan Z, Runxiang L, Bihua L, Qing G. Role of the subgroups of T, B, natural killer lymphocyte and serum levels of interleukin-15, interleukin-21 and immunoglobulin E in the pathogenesis of urticaria. *J Dermatol.* 2010;37(5):441-7.
  7. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B, et al. The EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy.* 2018;73(7):1393-1414. doi: 10.1111/all.13397.
  8. Kolkhir P, Borzova E, Grattan C, Asero R, Pogorelov D, Maurer M. Autoimmune comorbidity in chronic spontaneous urticaria: A systematic review. *Autoimmun Rev.* 2017;16(12):1196-208.
  9. Kozel MM, Sabroe RA. Chronic urticaria: aetiology, management and current and future treatment options. *Drugs.* 2004;64(22):2515-36.
  10. Zuberbier T, Bindslev-Jensen C, Canonica W, Grattan CE, Greaves MW, Henz BM, et al. EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF guideline: management of urticaria. *Allergy.* 2006;61(3):321-31.
  11. Grattan CE. Autoimmune urticaria. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2004;24(2):163-81, v.
  12. Kaplan AP. Chronic urticaria: pathogenesis and treatment. *J Allergy Clin Immunol.* 2004;114(3):465-74.
  13. Peroni A, Colato C, Schena D, Girolomoni G. Urticarial lesions: if not urticaria, what else? The differential diagnosis of urticaria: part I. Cutaneous diseases. *J Am Acad Dermatol.* 2010;62(4):541-55. doi: 10.1016/j.jaad.2009.11.686.
  14. Kaplan AP, Greaves MW. Angioedema. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53(3):373-88; quiz 389-92.
  15. Simons FE, Simons KJ. Histamine and H1-antihistamines: celebrating a century of progress. *J Allergy Clin Immunol.* 2011;128(6):1139-50. doi: 10.1016/j.jaci.2011.09.005.
  16. Maurer M, Rosén K, Hsieh HJ, Saini S, Grattan C, Giménez-Arnau A, et al. Omalizumab for the treatment of chronic idiopathic or spontaneous urticaria. *N Engl J Med.* 2013;368(10):924-35. doi: 10.1056/NEJMoa1215372.
  17. Saini SS, Bindslev-Jensen C, Maurer M, Grob JJ, Bülbül Baskan E, Bradley MS, et al. Efficacy and safety of omalizumab in patients with chronic idiopathic/spontaneous urticaria who remain symptomatic on H1 antihistamines: a randomized, placebo-controlled study. *J Invest Dermatol.* 2015;135(1):67-75. doi: 10.1038/jid.2014.306.
  18. Kulthanan K, Chaweekulrat P, Komoltri C, Hunnangkul S, Tuchinda P, Chularojanamontri L, et al. J Cyclosporine for Chronic Spontaneous Urticaria: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Allergy Clin Immunol Pract.* 2018;6(2):586-599. doi: 10.1016/j.jaip.2017.07.017.
  19. de Silva NL, Damayanthi H, Rajapakse AC, Rodrigo C, Rajapakse S. Leukotriene receptor antagonist for chronic urticaria: a systematic review. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2014;10(1):24. doi: 10.1186/1710-1492-10-24.
  20. Safefetus.com. (2018). Medication in Pregnancy and Breastfeeding | SafeFetus.com. [Internet] Disponible en: <http://www.safefetus.com/> ; Ultimo acceso: Octubre 23 2018.

## ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD: O URTICARIA ACTIVITY SCORE 7 (UAS7) (ANEXO 1).

### UAS7 URTICARIA ACTIVITY SCORE<sup>1</sup>

Por favor, a continuación lea la información explicativa que se presenta en el siguiente cuadro. Esta información le permitirá diligenciar correctamente el cuestionario que se presenta en el reverso de la página.

#### INSTRUCCIONES

Puntuación	Nº de Ronchas (Habones) en las últimas 24h	Detalles	Puntuación	Intensidad Prurito en las últimas 24h	Detalles
0	Ninguno	Ninguno	0	Ninguno	Ninguno
1	Leve	< 20 ronchas	1	Leve	Prurito presente pero sin resultar irritante o molesto
2	Moderado	20-50 ronchas	2	Moderado	Prurito molesto pero sin interferir con mis actividades diarias o con mi sueño
3	Intenso	> 50 ronchas	3	Intenso	Prurito severo, suficientemente molesto como para interferir en mis actividades diarias y mi sueño

PUNTUACIÓN MÍNIMA POSIBLE: 0

PUNTUACIÓN MÁXIMA POSIBLE: 42

En las 4 semanas previas a la visita a su médico, deberá indicar de forma diaria la puntuación correspondiente al número de ronchas e intensidad de prurito (picor).

El resultado final del cuestionario se compone de la puntuación total de estas 4 semanas.

1. Zuberbier T, et al. The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticarial: the 2013 revision and update. Allergy 2014;69:868-87

#### A DILIGENCIAR EN LOS DÍAS PREVIOS A LA VISITA

DÍA	Días de la SEMANA 1							Días de la SEMANA 2							Días de la SEMANA 3							Días de la SEMANA 4						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Nº RONCHAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
PRURITO O PICOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Suma puntuación del día							Suma puntuación del día							Suma puntuación del día							Suma puntuación del día							
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
Suma puntuación semanal							Suma puntuación semanal							Suma puntuación semanal							Suma puntuación semanal							

## CONTROL DE LA ENFERMEDAD: O URTICARIA CONTROL TEST (UCT) (ANEXO 2).

### UCT URTICARIA CONTROL TEST<sup>1,2</sup>

Por favor, lea la información explicativa que se presenta en el siguiente cuadro. Esta información le permitirá completar correctamente el cuestionario que se presenta a continuación.

#### INSTRUCCIONES

- Las siguientes preguntas deberán registrar la situación actual de su enfermedad. Por favor, lea detenidamente cada pregunta y elija una de las cinco respuestas que mejor se adapte a su situación. Deberá ceñirse a las últimas 4 semanas. La respuesta deberá ser instantánea, no meditada.
- Por favor conteste a todas las preguntas que se presentan en el reverso de esta página, y elija para cada una de ellas únicamente una respuesta.

#### CÓMO RESPONDER (Ejemplo)

Nº	PREGUNTA / RESPUESTA					
1	¿Cuánto ha sufrido en las últimas 4 semanas los síntomas físicos de la urticaria (picazón, ronchas y/o hinchazón)?					
	MUCHO = 0	BASTANTE = 1	REGULAR = 2	POCO = 3	NADA = 4	
2	¿Se ha visto afectada su calidad de vida en las últimas 4 semanas debido a la urticaria?					
	MUCHO = 0	BASTANTE = 1	REGULAR = 2	POCO = 3	NADA = 4	
3	¿Con qué frecuencia en las últimas 4 semanas el tratamiento médico no ha sido suficiente para controlar los síntomas de la urticaria?					
	MUCHO = 0	BASTANTE = 1	REGULAR = 2	POCO = 3	NADA = 4	PUNTUACIÓN MÍNIMA POSIBLE: 0
4	Globalmente, indique qué tan bien controlada ha tenido su urticaria en las últimas 4 semanas					
	MUCHO = 0	BASTANTE = 1	REGULAR = 2	POCO = 3	NADA = 4	PUNTUACIÓN MÁXIMA POSIBLE: 16
<small>En las 4 semanas previas a la visita a su médico, deberá indicar de forma diaria la puntuación correspondiente. El resultado final del cuestionario se compone de la puntuación total de estas 4 semanas.</small>						<b>SUMA DE LA PUNTUACIÓN TOTAL: 11</b>
<small>• Puntuación 0-16 0: no control, 16: control completo</small>						

1. Weller et al. Development and validation of the Urticaria Control Test: A patient-reported outcome instrument for assessing urticaria control. *J Allergy Clin Immunol.* 2014;133:1365-72.  
2. García-Díez et al. Adaptación transcultural del cuestionario Urticaria Control Test del alemán al castellano. *Actas Dermosifiliogr.* 2015.

#### PARA COMPLETAR EN LOS DÍAS PREVIOS A LA VISITA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- Por Favor conteste todas las preguntas y elija para cada una de ellas únicamente una respuesta.

Pregunta 1	¿Cuánto ha sufrido en las últimas 4 semanas los síntomas físicos de la urticaria (picazón, ronchas y/o hinchazón)?				
	MUCHO = 0	BASTANTE = 1	REGULAR = 2	POCO = 3	NADA = 4
Pregunta 2	¿Se ha visto afectada su calidad de vida en las últimas 4 semanas debido a la urticaria?				
	MUCHO = 0	BASTANTE = 1	REGULAR = 2	POCO = 3	NADA = 4
Pregunta 3	¿Con qué frecuencia en las últimas 4 semanas el tratamiento médico no ha sido suficiente para controlar los síntomas de la urticaria?				
	MUCHO = 0	BASTANTE = 1	REGULAR = 2	POCO = 3	NADA = 4
Pregunta 4	Globalmente, indique qué tan bien controlada ha tenido su urticaria en las últimas 4 semanas				
	NADA = 0	POCO = 1	REGULAR = 2	BASTANTE = 3	TOTALMENTE = 4
	SUMA DE LA PUNTUACIÓN TOTAL:				

Cod. 6348980

PUNTUACIÓN DE LA URTICARIA MEDIANTE EL UCT\*

- > Se debe usar en cada visita
- > Proporciona información rápida y fiable
- > Permite la evaluación *ad hoc* (ej. primera visita)
- > Ayuda a optimizar el manejo y tratamiento de la urticaria
- > Es aplicable tanto en la urticaria crónica espontánea (UCE) como en la urticaria crónica inducible (UCI)
- > Útil para pacientes con ronchas, angioedema o ambos



1. Weller et al. Development and validation of the Urticaria Control Test: A patient-reported outcome instrument for assessing urticaria control. *J Allergy Clin Immunol.* 2014;133:1365-72.  
2. Garcia-Diez et al. Adaptación transcultural del cuestionario Urticaria Control Test del alemán al castellano. *Actas Dermosifiliogr.* 2015.

\* Urticaria Control Test

## CALIDAD DE VIDA: O CHRONIC URTICARIA QUALITY OF LIFE (CU-Q<sub>20</sub>L) (ANEXO 3).

### INSTRUCCIONES DE USO DEL CUESTIONARIO CU-Q<sub>20</sub>L

ESTE CUESTIONARIO CONSISTE EN 6 ESCALAS A EVALUAR:

Nº escala	Nombre de la escala	Nº ítem cuestionario	Nombre ítems cuestionario
I.	Trabajo	5, 6, 8, 9, 22, 23	Trabajo, actividades físicas, tiempo libre, relaciones sociales, deportes, efectos secundarios por la medicación
II.	Sueño	7, 11, 12, 13	Sueño, quedarse dormido, despertarse por la noche, cansancio
III.	Prurito/vergüenza	1, 2, 18, 19	Prurito (picor), ronchas, preocupado por las marcas, avergonzado en público
IV.	Estado mental	14, 15, 16	Concentración, nervios, mal humor
V.	Hinchazón/alimentación	3, 4, 10, 17	Hinchazón en los ojos, hinchazón en los labios
VI.	Limitaciones de estética	20, 21	Cosméticos, problemas con la ropa

### CÓMO CALCULAR LOS RESULTADOS DEL CU-Q<sub>20</sub>L

#### 1. Evaluación de la escala (puntuación de la escala)

Este cuestionario CU-Q<sub>20</sub>L se evalúa utilizando estas seis escalas individuales. Las seis deben evaluarse por separado con la siguiente fórmula:

$$(\sum \text{ítems} - \text{mín. } \sum \text{ítems} / \text{máx. } \sum \text{ítems} - \text{mín. } \sum \text{ítems}) \times 100$$

EJEMPLO: "Prurito/vergüenza"
Ítem 1 "Prurito": respuesta de puntuación 3
Ítem 2 "Ronchas": 2
Ítem 18 "Avergonzado por las señales": 4
Ítem 19 "Avergonzado en público": 2
$\sum \text{ítems: } (3 + 2 + 4 + 2) = 11$
mín. $\sum \text{ítems: } (1 + 1 + 1 + 1) = 4$
máx. $\sum \text{ítems: } (5 + 5 + 5 + 5) = 20$
<b>CÁLCULO: <math>(11 - 4 / 20 - 4) \times 100 = 43,75</math></b>

En caso de que falten las respuestas de algunos ítems, el total de los elementos de la escala se divide por el número de ítems que sí se han respondido.

Las escalas del CU-Q<sub>20</sub>L solo se calculan si el 50% o más de los elementos dentro de la escala están presentes.

#### 2. Impacto global (puntuación total)

Para calcular la puntuación total del cuestionario y tener un impacto global de los 23 ítems, se utilizará la misma fórmula que para la puntuación de la escala individual.

La puntuación total es igual a la media de todos los ítems del cuestionario. En caso de que no haya puntuación para alguna escala, el total de los ítems se divide por el número de ítems que sí se han respondido.

La puntuación total de CU-Q<sub>20</sub>L solo se calcula si el 50% o más de los elementos dentro del cuestionario están presentes.

## CU-Q<sub>2</sub>oL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA

Versión Adaptada

Fecha:  /

Nombre:

Hombre  Mujer

Fecha de nacimiento:  /

Durante los últimos 15 días, ¿cuánto le han molestado los siguientes síntomas?

		Para nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
1	Prurito	1	2	3	4	5
2	Ronchas	1	2	3	4	5
3	Hinchazón en los ojos	1	2	3	4	5
4	Hinchazón en los labios	1	2	3	4	5

Durante los últimos 15 días, indique si la urticaria le ha limitado en los siguientes ámbitos de su vida cotidiana

		Para nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
5	Trabajo	1	2	3	4	5
6	Actividad física	1	2	3	4	5
7	Sueño	1	2	3	4	5
8	Tiempo libre	1	2	3	4	5
9	Relaciones sociales	1	2	3	4	5
10	Alimentación	1	2	3	4	5

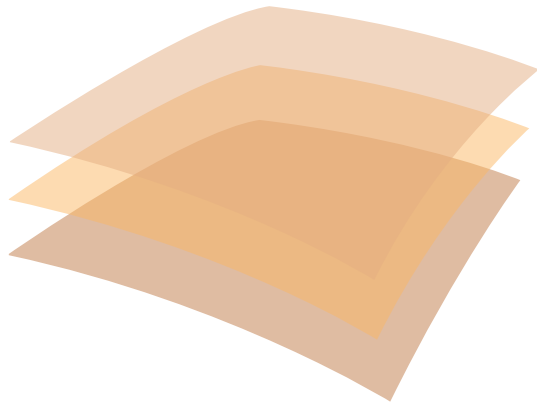
Baiardini I *et al.* Allergy 2005; 60:1073-8  
Valero *et al.* Adaptation and Validation of the Spanish Version of the Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-Q2oL); J Investig Allergol Clin Immunol 2008; Vol. 18(6): 426-432 © 2008 Esmon Publicidad.

Con las siguientes preguntas queremos profundizar en las dificultades y los problemas que pueden estar relacionados con la urticaria (referidos a los últimos 15 días)

	Para nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
11 ¿Tiene problemas para conciliar el sueño?	1	2	3	4	5
12 ¿Se despierta durante la noche?	1	2	3	4	5
13 ¿Durante el día está cansado porque de noche no descansa bien?	1	2	3	4	5
14 ¿Tiene dificultad para concentrarse?	1	2	3	4	5
15 ¿Se siente nervioso?	1	2	3	4	5
16 ¿Se siente bajo de moral?	1	2	3	4	5
17 ¿Tiene que limitarse al elegir los alimentos?	1	2	3	4	5
18 ¿Le avergüenzan los signos que, debido a la urticaria, aparecen en su cuerpo?	1	2	3	4	5
19 ¿Le avergüenza frecuentar locales públicos?	1	2	3	4	5
20 ¿Es un problema para usted utilizar cosméticos (por ejemplo perfumes, cremas, lociones de baño, maquillaje)?	1	2	3	4	5
21 ¿Se siente condicionado en la elección de su ropa?	1	2	3	4	5
22 ¿Limita su actividad deportiva debido a la urticaria?	1	2	3	4	5
23 ¿Le molestan los efectos secundarios de los fármacos que toma para la urticaria?	1	2	3	4	5

CONCLUSIONES (a rellenar por el médico):

Baiardini I *et al.* Allergy 2005; 60:1073-8  
Valero *et al.* Adaptation and Validation of the Spanish Version of the Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-Q2oL); J Investig Allergol Clin Immunol 2008; Vol. 18(6): 426-432 © 2008 Esmon Publicidad.



**AsoColDerma**®  
Asociación Colombiana de Dermatología  
y Cirugía Dermatológica



**Por el reconocimiento y proyección de la Dermatología**  
Junta Directiva 2016 - 2018

**Presidente Nacional**

Natalia Hernández

**Vicepresidente**

Juan Esteban Arroyave

**Presidente Honorario**

Juan Guillermo Chalela

**Presidente del Congreso**

Evelyne Halpert

**Secretaria General**

Claudia Marcela Arenas

**Tesorera**

Mónica Helena Rivera

**Vocales Principales**

Carolina Ivette Cortés

Claudia Juliana Díaz

Esperanza Meléndez

**Vocales Suplentes**

Julia Inés Mesa

Adriana Motta

Martha Susana Ramírez

**Fiscal Honorario**

Adriana Arrunátegui

INFORMACIÓN GENERAL: La Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica no asume ninguna responsabilidad por cualquier daño o injuria a personas u objetos resultantes de la utilización o aplicación de cualquier producto, procedimiento, cirugías, instrucciones o ideas contenidas en el material publicado en esta guía. Ningún procedimiento, prueba o terapia debe ser llevado a cabo a menos que a juicio del lector se justifique el riesgo. Debido a los constantes cambios y adelantos en la ciencia médica, se recomienda que se haga una verificación independiente de diagnósticos y

dosificaciones de medicamentos. Los productos mencionados y sus dosis no son responsabilidad de los autores.

Aunque todo el material publicitario se espera que esté conforme con la ética médica y los estándares actuales, su inclusión en esta publicación no es una garantía o apoyo de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica o de los editores, a la calidad de cualquier producto anunciado.

**Diseño y diagramación:** Juan Camilo Gómez y Manuel Galindo

**Corrección de estilo:** Andrés Mantilla Meluk