



Médicos de El Salvador – <http://www.medicosdeelsalvador.com>

Este artículo fue escrito por:

Dra. Marta Alicia Larín López

Inmunólogo Clínico, Alergóloga y Medicina Interna

<http://www.medicosdeelsalvador.com/doctora/larin>

Todos los derechos reservados.

HOSPITAL ROSALES 1936

San Salvador 1936





URTICARIA - ANGIOEDEMA

Dra. Marta Alicia Larín López MSc.
Servicio de Alergia e Inmunología
Hospital Nacional Rosales

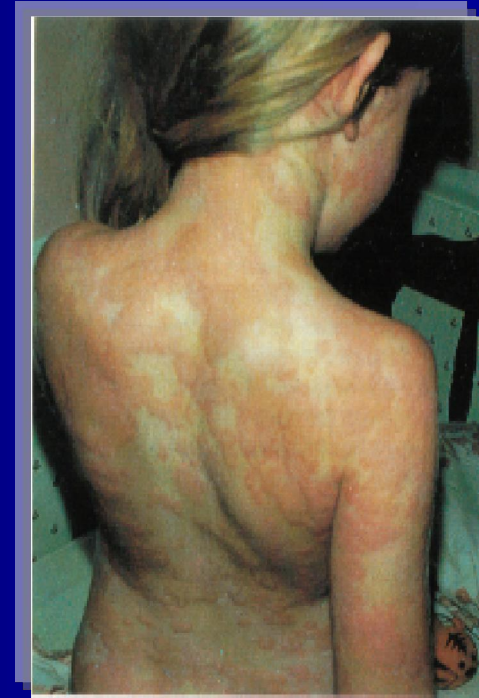
URTICARIA - ANGIOEDEMA

20% de la población presentará al menos un episodio de urticaria durante su vida



URTICARIA GENERALIZADA

- Lesiones cutáneas eritematosas, elevadas y muy pruriginosas, que blanquean a la presión.
- Su localización, forma y tamaño son variables.
- Limitadas a la dermis superior.
- Duración de minutos, horas o semanas.
- No dejan cicatriz



ANGIOEDEMA

- **Hinchazón edematosa, no pruriginosa y generalmente indolora.**
- **Algunas veces con sensación de quemadura o tensión.**
- **No deja fovea.**
- **Límites poco nítidos.**
- **Asimétrico.**
- **Cara, genitales, manos y pies**
- **Puede afectar tracto respiratorio y gastrointestinal.**
- **Localizadas en la dermis profunda y tejido celular subcutáneo.**



LESION TIPICA DE URTICARIA

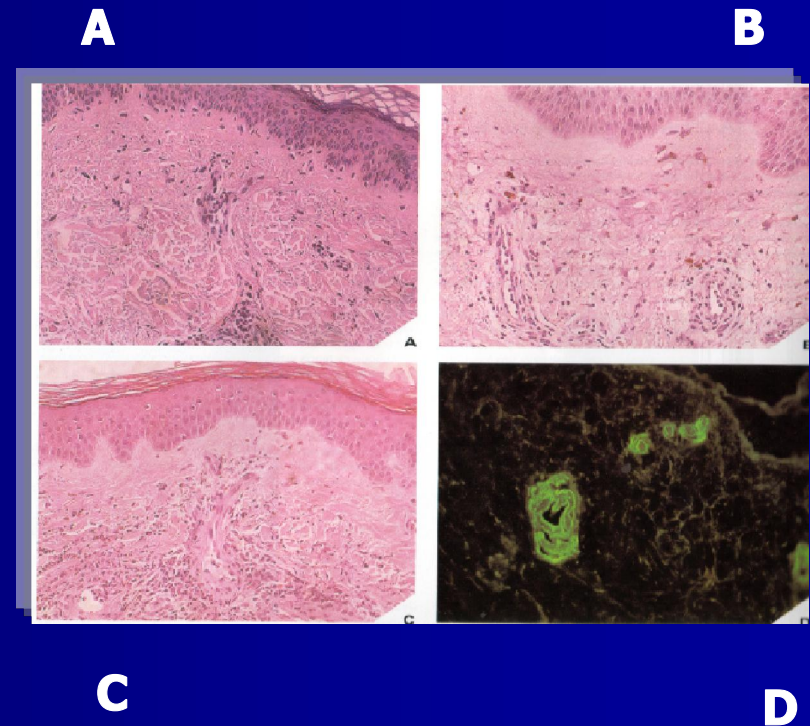
Habón o roncha:

Expresión de un patrón de respuesta vascular de la dermis superior que puede aparecer en distintas zonas de la piel.



HALLAZGOS HISTOLOGICOS

- **A:** vasodilatación de pequeñas vénulas y capilares; edema dérmico y escaso infiltrado celular mononuclear, perivascular.
- **B:** acumulación de células plasmáticas dérmicas e infiltrado de eosinófilos alrededor de los vasos sin vasculitis.
- **C:** urticaria-vasculitis con intensa acumulación neutrofílica perivascular y leucocitodasia y células endoteliales.
- **D:** IFI muestra presencia de C3 y depósito de IgG e IgM alrededor de los vasos



URTICARIA - ANGIOEDEMA

- Son consideradas como una sola enfermedad, ya que están asociadas en el 50% de los casos.
- Se caracteriza por vasodilatación e incremento de la permeabilidad vascular en la piel (urticaria) o en tejidos subcutáneos (angioedema).

EPIDEMIOLOGÍA

- **Prevalencia mundial: 15-25%**
- **50% aguda**
- **20% crónica (hasta 10 años)**
- **La urticaria crónica es más frecuente en mujeres en la edad media.**
- **La urticaria aguda es más frecuente en niños y adultos jóvenes .**

CLASIFICACION DURACION

- **AGUDA:** menor de 6 semanas
- **CRONICA:** Mayor de 6 semanas
- **RECURRENTE:** Crónica con episodios de urticaria que duran menos que los períodos asintomáticos.

CLASIFICACION DE LA URTICARIA

URTICARIAS ESPONTANEAS

IDIOPATICAS

- a) Urticaria Aguda
- b) Urticaria Crónica

URTICARIAS FISICAS

- a) Dermografismo
- b) Urticaria por presión
- c) U. por contacto con frío
- d) U. por contacto con calor
- e) U. solar
- f) U. por vibración

URTICARIAS ESPECIALES

- a) U. colinérgica
- b) U. adrenérgica
- c) U. por contacto (alérgica o pseudoalérgica)
- d) U. acuagénica

URTICARIA 2a A ENFERMEDADES SISTEMICAS

- a) U. pigmentosa (mastocitosis)
- b) U. vasculítica
- c) U. familiar al frío (vasculitis)

CLASIFICACIÓN DE LA URTICARIA POR SU MECANISMO ETIOPATOGÉNICO

■ MEDIADA POR IgE

- Alimentos
- Medicamentos
- Aeroalergenos
- Látex
- Insectos

■ INDUCIDA POR INFECCIONES

- Virus
- Bacterias
- Parásitos

■ FISICA

ALTERACION DEL METABOLISMO ACIDO ARAQUIDONICO

- ASA
- Colorantes y conservantes

■ COMPLEMENTO

- Angioedema hereditario
- Enfermedad del suero
- Vasculitis
- Reacciones a hemoderivados

■ DEGRANULADORES DE MASTOCITOS

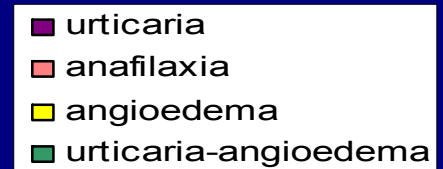
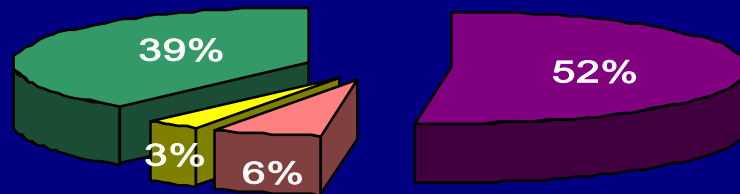
- Medios de contraste
- opiáceos
- Polimixina B
- curarínicos

■ SECUNDARIA A ENFERMEDADES SISTEMICAS

■ OTROS

■ IDIOPATCAS

MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA URTICARIA-ANGIOEDEMA

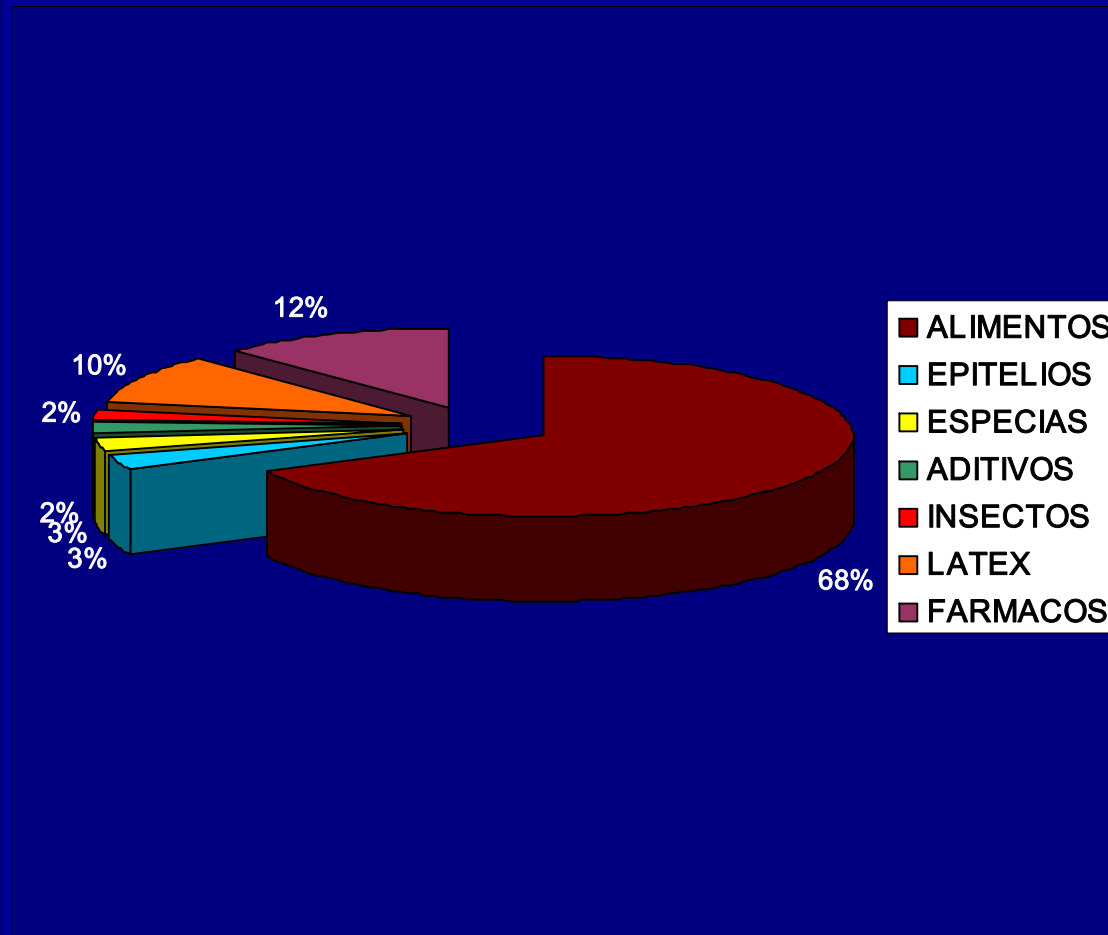


MANIFESTACIONES CLINICAS

- **Síndrome de alergia oral**
- **Urticaria Generalizada + angioedema sin síntomas sistémicos**
- **Urticaria Generalizada + angioedema y con síntomas sistémicos: gastrointestinales, respiratorios.**
- **Anafilaxia**

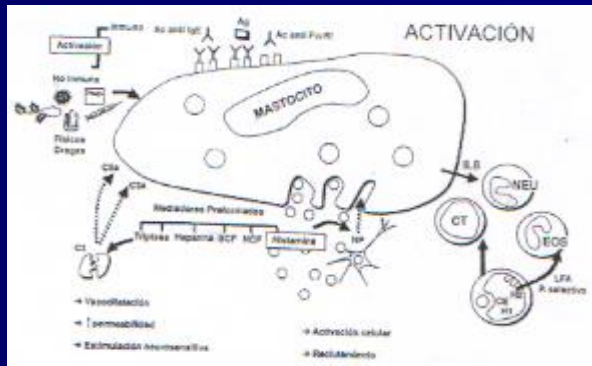
URTICARIA – ANGIOEDEMA

ETIOLOGIA



URTICARIA

MECANISMO PATOGENICO

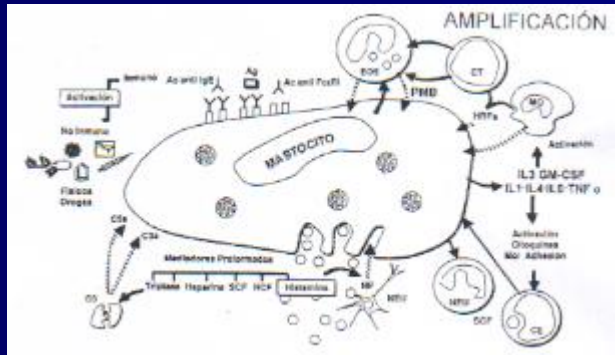


- Mecanismos inmunológicos
- Mecanismos no inmunológicos

**ACTIVACION
DEL
MASTOCITO**

URTICARIA

MECANISMOS PATOGENICOS



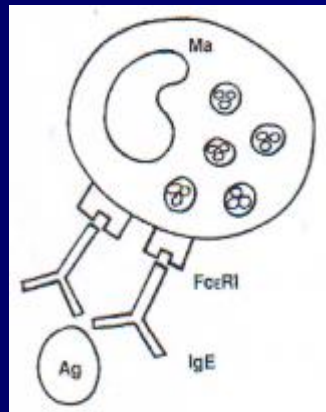
AMPLIFICACION DE LA RESPUESTA

- Efectos secundarios de los mediadores.
- Síntesis de citocinas por el mastocito.
- Regulación de moléculas de adhesión.
- Efectos de los mediadores y citocinas de otras células leucocitarias que son atraídas al sitio inflamatorio.

URTICARIA

MECANISMOS PATOGENICOS

ACTIVACION



- Alergenos
- Complemento
- Neuropeptidos
- Drogas
- Sustancias Químicas

- Citocinas
- Quimiquinas
- Estímulos físicos
- Autoanticuerpos
- Eosinófilos

AMPLIFICACION

- Efecto secundario de mediadores
- Síntesis de citocinas
- Regulación de moléculas de adhesión
- Activación de otras células

→ citocinas
mediadoras

MECANISMOS DE ACTIVACION DEL MASTOCITO

INMUNOLOGICOS

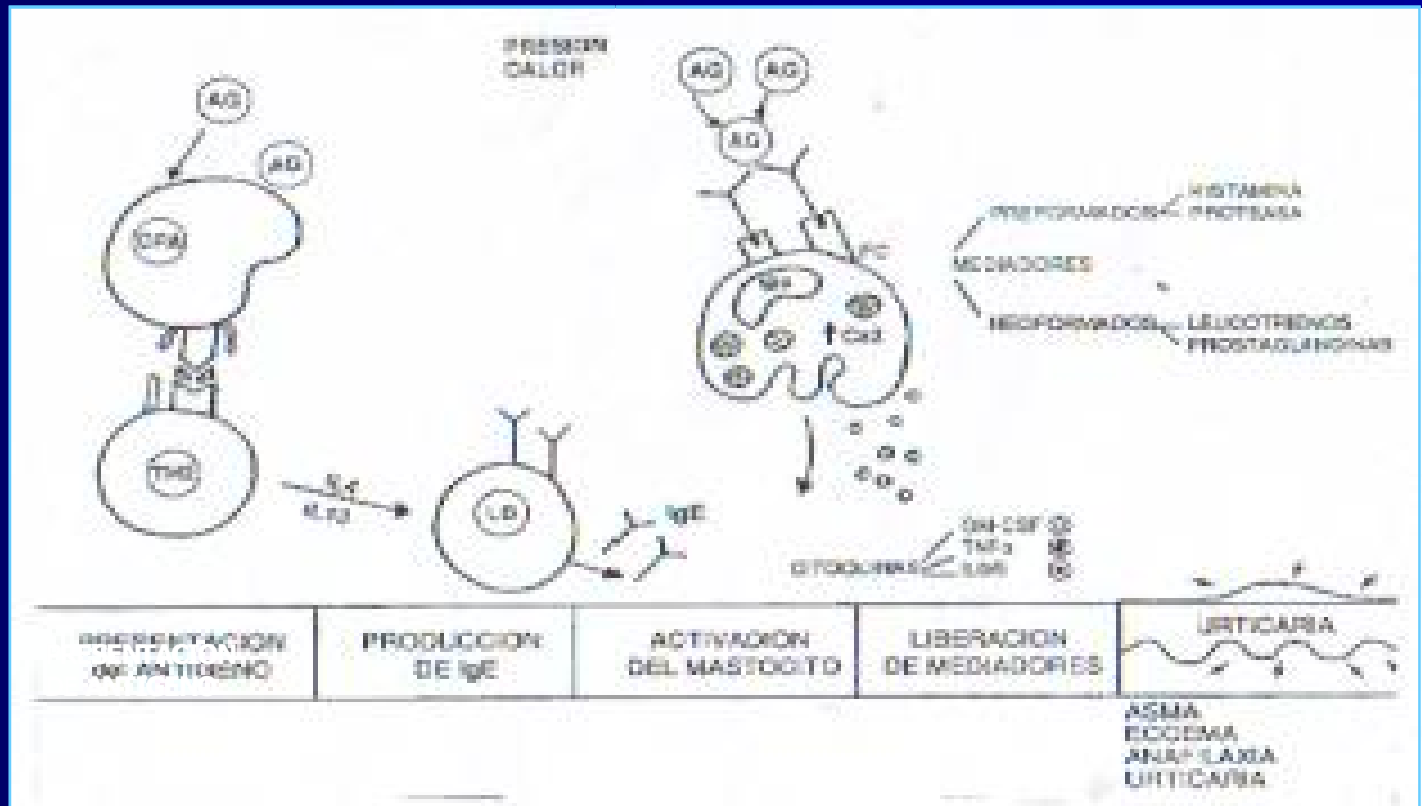
- IgE específica
- Anafilotoxinas del complemento C3a y C5a
- Proteína Básica Mayor del eosinófilo.
- Factores de liberación de histamina derivados de leucocitos
- Anticuerpos anti IgE y anti receptor de IgE

NO INMUNOLOGICOS

- Neuropeptidos: sustancia P, péptido relacionado con el gen de calcitonina, PIV, neurocinina Y
- Hormonas: gastrina, estrógeno, ACTH
- Fármacos: ATB, ASA, AINES, opiáceos, polimixina B, tiamina.
- Estímulos físicos
- Venenos
- Medios de contraste radiológico

URTICARIA

FACTORES CELULARES Y SOLUBLES



FACTORES SOLUBLES

- **Histamina**
- **Metabolitos del ácido araquidónico: PGD2 y LTC4**
- **Citocinas:**
 - a) liberación de histamina
 - b) inducción de moléculas de adhesión
- **Quemoquinas**
- **Neuropéptidos**
- **Factores liberadores de Histamina**
- **Autoanticuerpos:**
 - anti-IgE
 - Anti-cadena α Fc ϵ RI (atópicos IgM)
 - Anti α Fc ϵ RI
 - Anti-células endoteliales

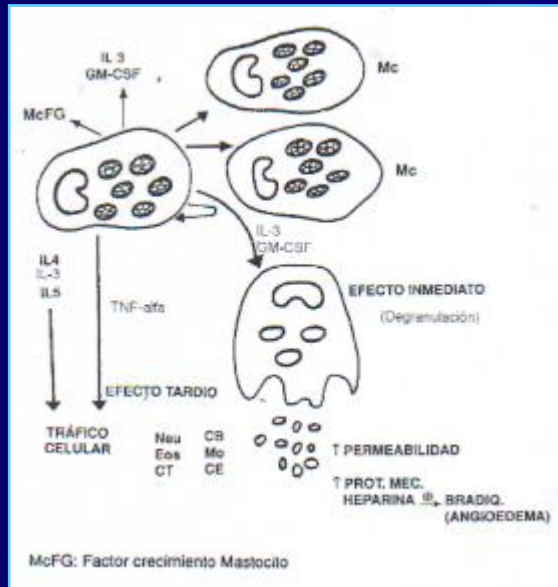
URTICARIA

CITOCINAS

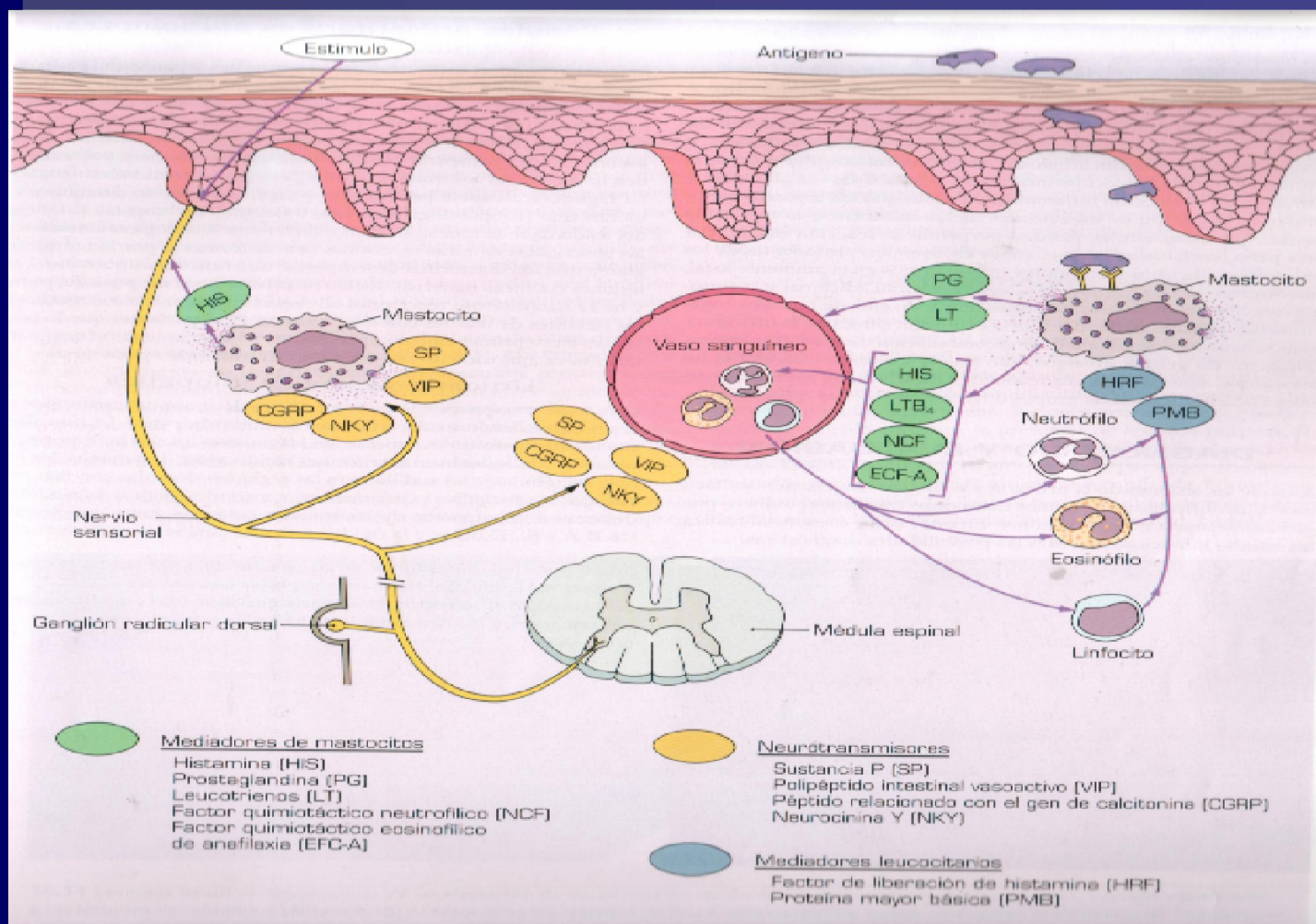
- Mastocitos mucosos:
IL4, IL5, IL6
- Mastocitos cutáneos:
IL6, IL8

Otros péptidos:

IL1, IL3, TNF α , TGF β , GM-CFS, NCF, gINF, MIP, C1q



INMUNOPATOGENIA DE LA URTICARIA CRONICA



URTICARIA CRONICA

- **Es la forma más frecuente en adultos**
- **Puede durar años (5-10 años)**
- **Anticuerpos IgG contra receptores de IgE de alta afinidad.**
- **Asociada a otras enfermedades autoinmunes como hipo o hipertiroidismo**



PROTOCOLO PARA EL ESTUDIO DE LA URTICARIA CRONICA

- Historia clínica
- Exploración física completa
- Radiología
- Recuento y fórmula. Velocidad de sedimentación globular
- Estudio inmunológico: IgG, IgM, IgA, IgE, IgE específica (CAP;RAST)
- Estudio del complemento: C3,C4,CH50,CH1inhibidor
- Estudio autoinmunidad, factor reumatoide, ANA
- Serologías víricas, VDRL, crioglobulinas
- Estudio parasitológico en heces
- Estudio para descartar infección subclínica. H. pylori
- Test específicos: de provocación con alimentos, inhalantes, fármacos
- cubito hielo, exposición lumínica, agitador vibratorio,
- dermatógrafo, metacolina intradérmica,
- exposición aquagénica
- Biopsia cutánea

DERMOGRAFISMO



- **Urticaria física**
- **“escribir sobre la piel”**
- **El habón aparece tras un estímulo moderado de roce o fricción.**
- **Duración limitada (20 a 30 minutos)**

URTICARIA COLINERGICA



- Es la forma crónica más frecuente con múltiples agentes físicos que la provocan
 - Cambio de temperatura
 - Ejercicio
 - estrés, ansiedad.
- La elevada temperatura corporal inicia una respuesta colinérgica que desencadena la liberación de histamina.
- Puede acompañarse de calambres en el aparato digestivo e hipotensión

URTICARIA POR FRIO



- **Tras la exposición al frío aparece urticaria o angioedema asociado con prurito intenso en el sitio del contacto.**
- **PRIMARIA:** familiar (autosómica dominante)
Carácter diferido (9-18 horas)
- **SECUNDARIA:**
crioglobulinemia, hemoglobinuria paroxística por frío, sífilis, rubeola, varicela, hepatitis, infecciones virales respiratorias, MNI) o por inducción farmacológica-

URTICARIA-VASCULITIS

- Los habones duran más de 24 horas en la misma localización.
- Poco pruriginosas
- Dejan lesión pigmentada residual.
- Vasculitis Urticariana Hipocomplementémica
- LES



ANGIOEDEMA

- **Angioedema adquirido.**
- **Angioedema hereditario:**
 - Deficiencia del inhibidor del C1q
 - Ataques recidivantes
 - Afecta extremidades, TGI y TGU produciendo dolor abdominal intenso
 - C2 y C4 disminuidos
 - C1-Inh disminuído o ausente



MASTOCITOSIS



- Se presenta en los primeros 2 años de vida.
- Plasmocitoma solitario
- Lesiones múltiples pigmentadas cya fricción desencadena urticaria. Signo de Darier.
- Biopsia

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE URTICARIA

- a) Eritema anular centrífugo
- b) Eritema multiforme
- c) Dermatitis herpetiforme
- d) Herpes zoster
- e) Herpes zoster

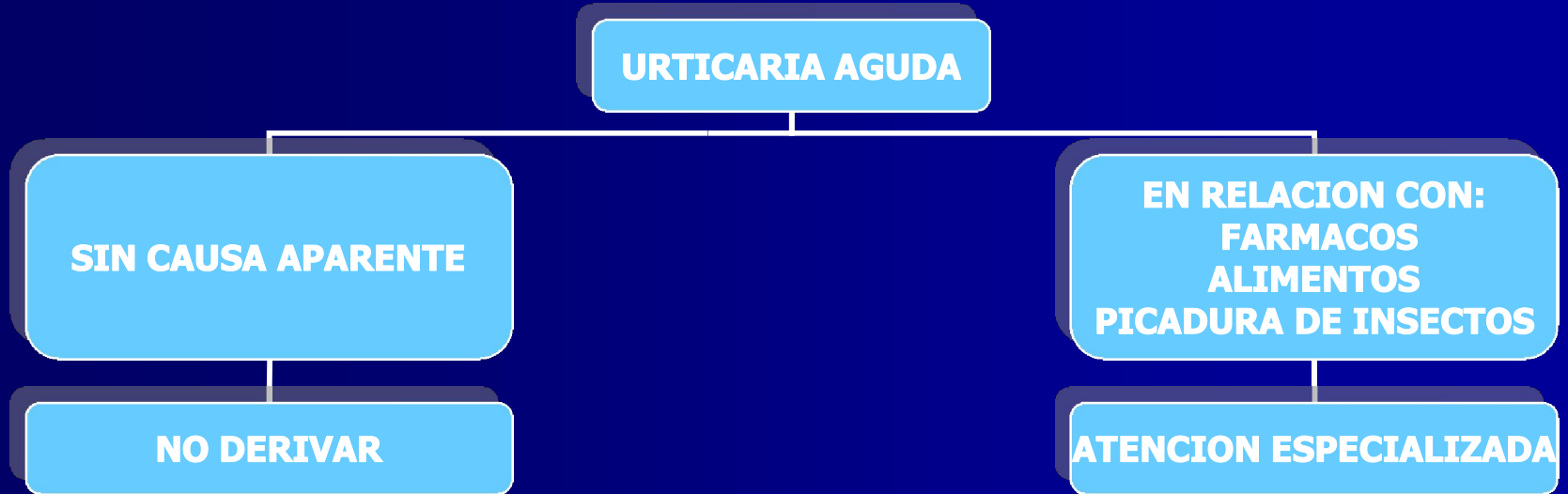


TRATAMIENTO

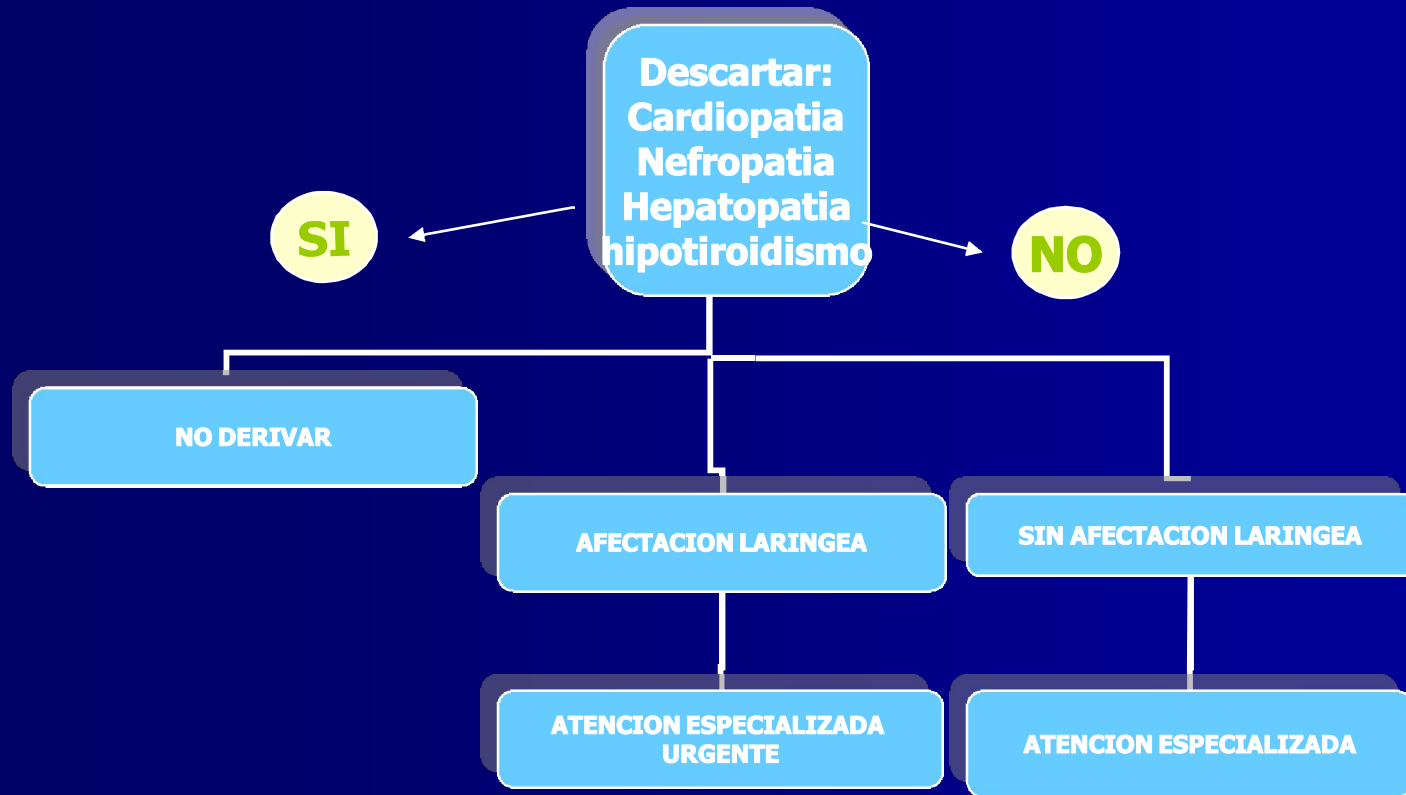
- **Eliminación de la causa**
- **Antihistamínicos anti-H1: clásicos o de 2a. Generación.**
- **Esteroides**
- **Adrenalina subcutánea**
- **Antagonistas de los leucotrienos**
- **Inmunosupresores**

- **No tiene sentido el uso de medicamentos tópicos.**

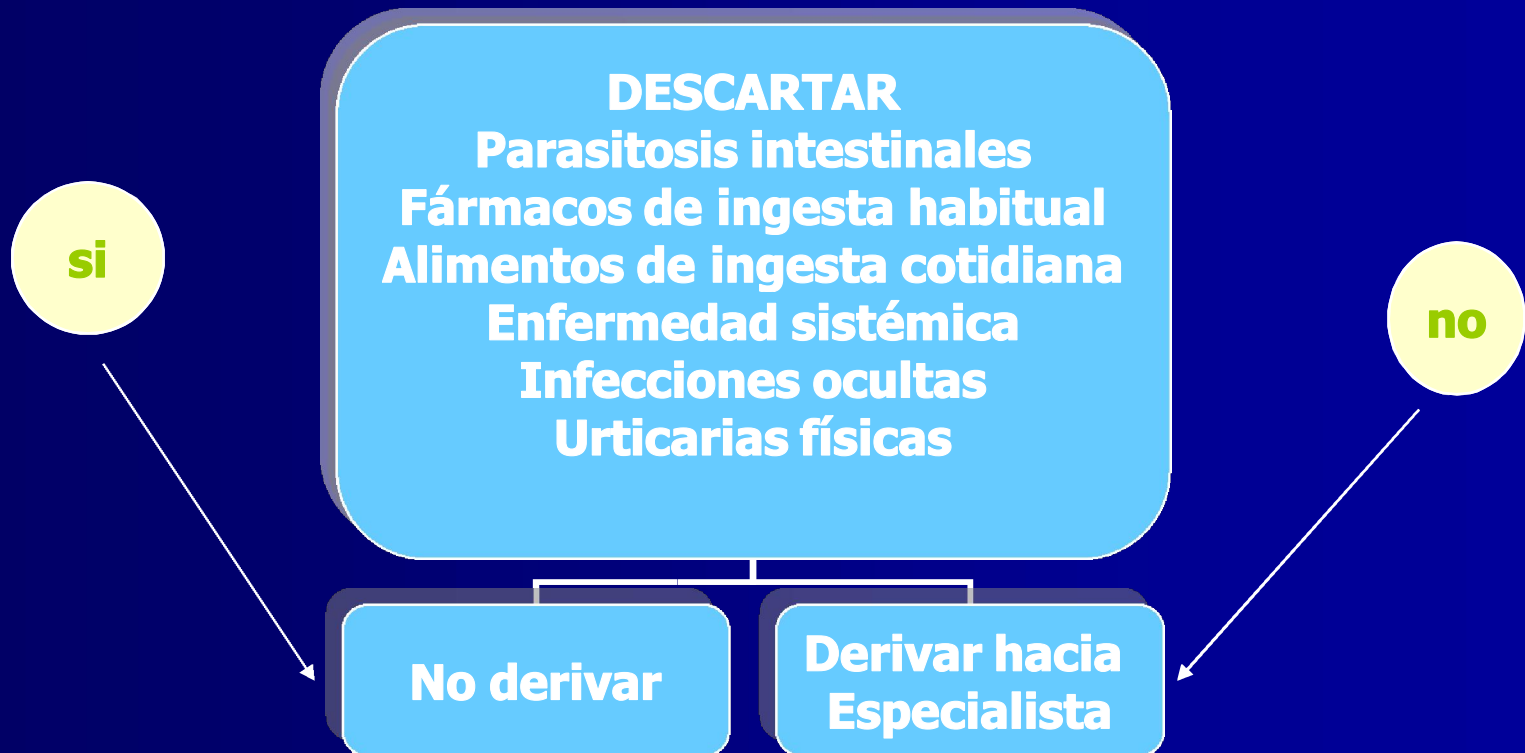
ALGORITMOS DE DERIVACION



ALGORITMO DE DERIVACION ANGIOEDEMA



URTICARIA RECURRENTE Y CRONICA



REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS

**Dra. Marta Alicia Larín López. MSc.
Servicio de Alergia e Inmunología
Hospital Nacional Rosales.**

REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS

- Es una respuesta no deseada ante el uso de un medicamento para el tratamiento de una enfermedad dada.
- Frecuencia: 30% de pacientes ingresados
3% de los ingresos

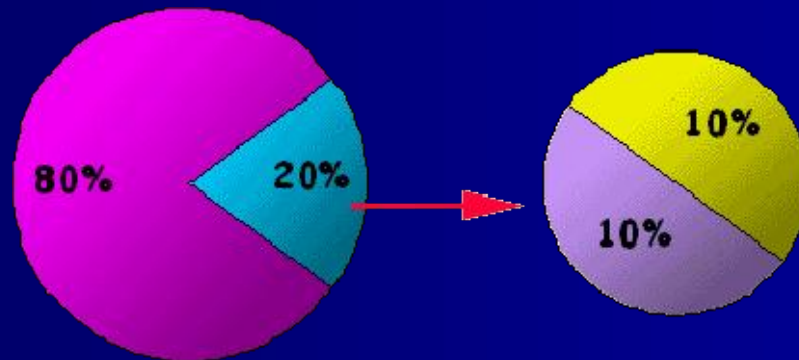
REACCIONES ADVERSAS

- **Tipo A: 80%**
 - **Puede ocurrir en cualquier individuo**
 - **Dependientes de la dosis**
 - **Son reversibles**
 - **Sobredosis**
 - **Efectos colaterales y secundarios.**

REACCIONES ADVERSAS

- **Reacciones tipo B. (20%)**
 - **Ocurren sólo en ciertos individuos**
 - **No son previsibles**
 - **Intolerancia**
 - **Idiosincracia**
 - **Reacciones alérgicas (5%-10%)**

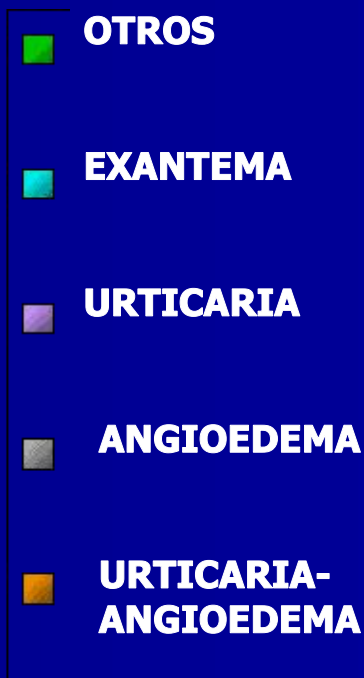
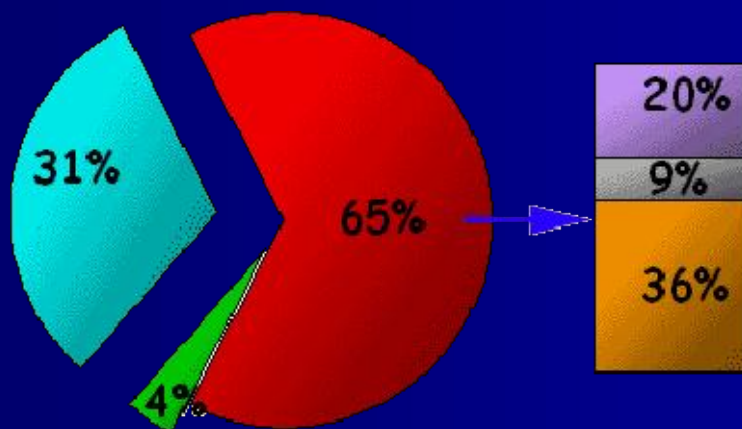
REACCIONES A MEDICAMENTOS



- TIPO A
- TIPO B
- ALÉRGICAS
- OTRAS

REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

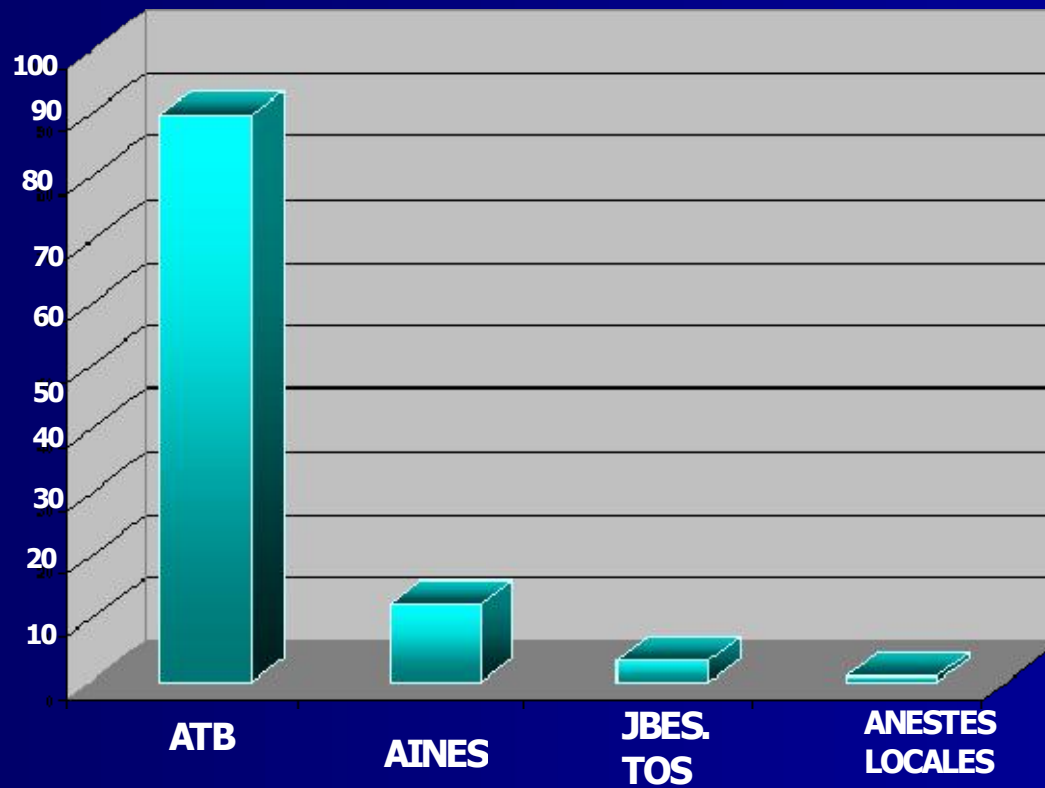
PRESENTACION CLÍNICA



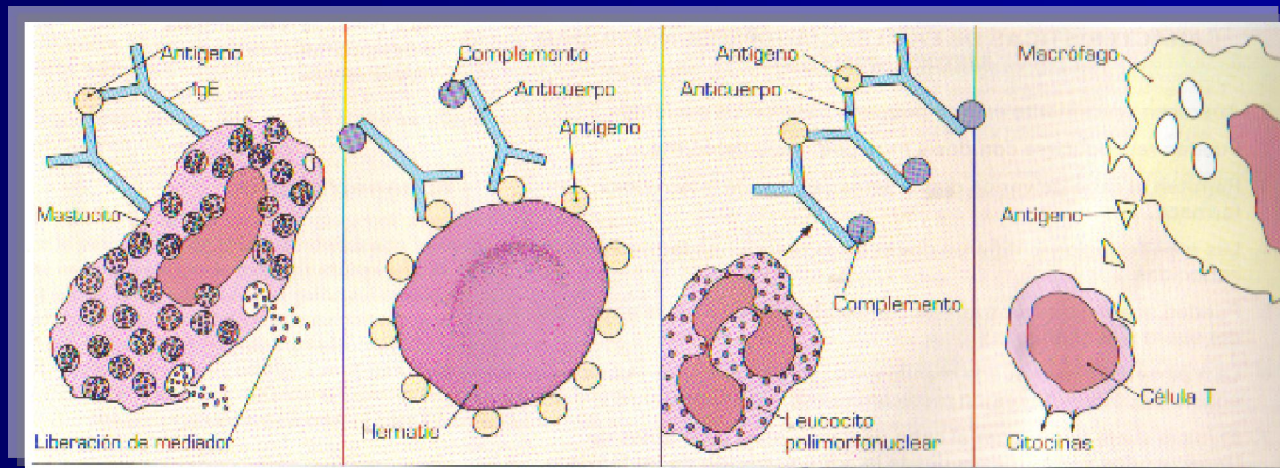
PROBABILIDAD DE REACCION ADVERSA

- **Depende de 2 circunstancias:**
 - **Estructura química**
 - **Amplio uso en la práctica diaria**
 - **Ej: Antibióticos y anti-inflamatorios**

FRECUENCIA DE REACCIONES ADVERSAS



MECANISMOS DE HIPERSENSIBILIDAD GELL Y COOMBS



**TIPO I
ANAFILACTICA**

**TIPO II
CITOTOXICA**

**TIPO III
COMPLEJOS
INMUNES**

**TIPO IV
TARDIA**

CARACTERÍSTICAS DE LA ALERGIA MEDICAMENTOSA

- 1. Aparecen únicamente en una pequeña fracción de pacientes.**
- 2. Pueden reproducirse con dosis muy pequeñas del fármaco.**
- 3. Remiten al cabo de varios días o semanas, tras la interrupción del fármaco.**
- 4. Las manifestaciones difieren de las otras reacciones farmacológicas conocidas.**
- 5. Pueden asemejarse a otras reacciones alérgicas, como la enfermedad del suero y la anafilaxis.**
- 6. La hipersensibilidad puede manifestarse como infiltrados pulmonares con eosinofilia, fiebre de origen medicamentoso o lupus-like.**
- 7. El inicio suele tener lugar al cabo de varios días, pero antes de transcurridos varios meses desde la administración de un fármaco.**
- 8. El mecanismo inmunológico es demostrable o es el mecanismo putativo.**

FARMACOS MAS FRECUENTEMENTE IMPLICADOS

- **Penicilinas y Cefalosporinas**
- **Sulfonamidas**
- **Antifímicos**
- **Nitrofurantoína**
- **Antipalúdicos**
- **Griseofulvina**
- **Sedantes hipnóticos (barbitúricos)**
- **Anticonvulsivantes**
- **Fenofltaeina**
- **Antihipertensivos**
- **Antiarrítmicos**
- **Antisueros y vacunas**
- **Extractos orgánicos (ACTH, insulina)**
- **Metales pesados (oro)**
- **Alopurinol**
- **Penicilamina**
- **Enzimas**
- **Tranquilizantes antipsicóticos**

PRESENTACIONES CLINICAS DE LA ALERGIA MEDICAMENTOSA

- **Afectación de un órgano aislado**
- **Manifestaciones dermatológicas**
- **Manifestaciones respiratorias o pulmonares**
 - *Asma, Neumonía por hipersensibilidad*
- **Manifestaciones hematológicas:**
 - Eosinofilia, Citopenias*
- **Manifestaciones hepáticas:**
 - Colestasis, Lesión hepatocelular*
- **Manifestaciones renales:**
 - Glomerulonefritis, S. nefrótico, Nefritis*
- **Manifestaciones multisistémicas:**
 - Anafilaxia, Enfermedad del suero, Lupus-like*

DIAGNOSTICO DE ALERGIA MEDICAMENTOSA

- **HISTORIA** minuciosa y completa. Relación temporal.
- **PRUEBAS *IN VITRO*:**
 - Investigación
 - Escaso valor clínico
- **PRUEBAS *IN VIVO* :**
 - Indicadas en casos seleccionados
 - Prueba cutánea
 - Prueba de provocación

TRATAMIENTO

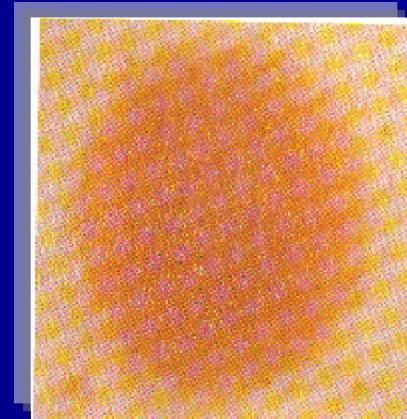
- **Descontinuar el fármaco**
- **Antihistamínicos**
- **Esteroides**
- **Inmunosupresores**

PREVENCIÓN

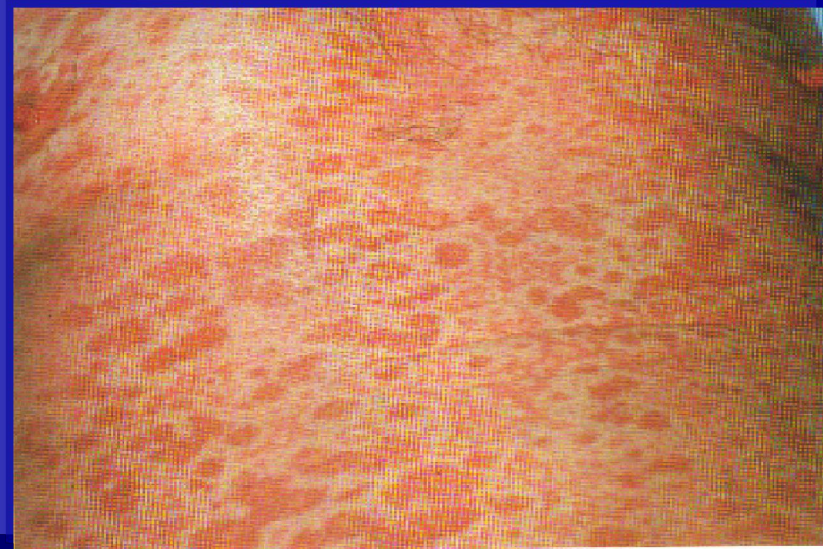
- **Prescribir fármacos sólo cuando sea esencial.**
- **Historia medicamentosa completa y minuciosa.**
- **Nunca prescribir fármacos que ya hayan provocado reacción o del mismo grupo químico o familia, para evitar reacciones cruzadas.**
- **Si aparece una reacción alérgica informar al paciente. Los registros médicos deben reflejar el incidente.**
- **Comunicar las reacciones medicamentosas a Farmacoterapia (vigilancia)**

ERITEMA PIGMENTADO FIJO

- Asociado a sulfas
- Puede haber reacción cruzada con otros medicamentos relacionados como furosemida, hidroclorotiazida IECA

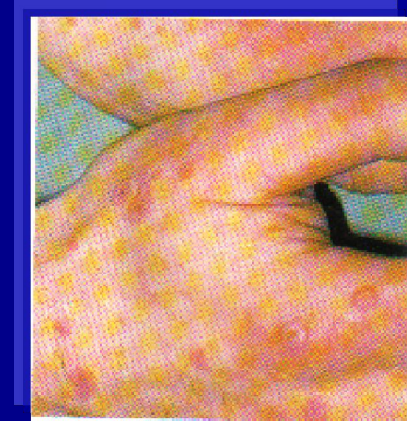


ERUPCION MORBILIFORME POR AMPICILINA



ERITEMA MULTIFORME

- Lesiones en forma de iris
- Suele afectar extremidades superiores e inferiores
- Puede ser producida por sulfonamidas, barbitúricos y fenilbutazona



PPRESENTACIONES DERMATOLOGICAS

- **Sindrome de Stevens-Johnson**
- **Dermatitis exfoliativa**
- **Fotosensibilidad**
- **Sindrome de Lyell**



REACCIONES ADVERSAS

conclusión

- El mejor tratamiento para la alergia a fármacos es el uso de una sustancia diferente con propiedades farmacológicas similares, pero distinta estructura química.

James Wedner, MD
Inmunología Básica y Clínica
9a. Edición

GRACIAS POR SU ATENCIÓN