



- ▶ **Els antihistamítics (AH) H1** es classifiquen en clàssics de **1.ª generació, moderns de 2.ª generació («no sedants»)** i els anomenats de tercera generació, aquests últims són enantiòmers actius (levocetirizina) o metabòlits (desloratadina i fexofenadina) derivats dels de segona generació.
- ▶ **Els AH de 1.ª generació o clàssics<sup>6</sup>** són lipofílics, poden travessar la barrera hematoencefàlica, causar efectes anticolinèrgics (sequedat de boca, retenció d'orina), adrenèrgics (hipotensió) i dopaminèrgics (somnia i sedació que disminueix després de la primera setmana de tractament); aquests s'han de prescriure amb cura a ancians, polimedicats, en pacients en tractament amb fàrmacs psicòtrops, no es poden prendre amb alcohol, ni conduir o realitzar un treball de concentració<sup>7</sup>. Presenten un inici d'acció més ràpid (15 a 30 min)<sup>6</sup> i s'administren en dosis nocturnes.
- ▶ **Els AH de 2.ª generació o moderns<sup>6</sup>** tenen caràcter lipofòbic cosa que fa que passi la barrera hematoencefàlica amb dificultat. Habitualment s'indica un antihistamínic no sedant i, en cas de no obtenir millora, s'associa a un altre AH sedant en toma nocturna. Aquests són d'elecció per a les urticàries agudes i cròniques, es recomanen fins a 5-7 dies després de la desaparició de les lesions, fins a un màxim de 3 setmanes<sup>5</sup>.

- ▶ **L'associació d'AH1 un anti-H2<sup>3</sup>** (cimetidina 400 mg/12h, ranitidina 150 mg/12h) no té suficient evidència científica.
- ▶ En **casos refractaris<sup>2</sup>**, com a segona línia disposem de corticoides sistèmics orals (per exemple: prednisona 40 mg/d/4d)<sup>2</sup>, en pauta descendent només en cas d'exacerbacions en les urticàries cròniques espontànies i en casos d'afectació important. En les urticàries cròniques refractàries un tractament actual és la ciclosporina A<sup>2</sup>, estalviant així l'ús de corticoides orals. Altres són:

**Antidepressius tricíclics** (doxepina 10-75 mg a la nit)<sup>3</sup>. Antagonista del receptor de leucotriens (Montelukast: 10 mg/dia)<sup>3</sup>. Actualment s'està estudiant el tractament amb omalizumab (anticòs monoclonal)<sup>2</sup>.

- ▶ En **cas d'afectació de la via respiratòria** es recomana l'administració d'adrenalina<sup>5</sup> 1:1000, 03-05 ml per via subcutània o intramuscular, vigilar l'adrenalina en ancians i cardíopates. Repetir en 10-30 min si és necessari.
- ▶ **Embaràs i lactància<sup>3,5,6</sup>**: els anti-H1 travessen la placenta per la qual cosa s'ha de valorar si els beneficis superen els riscos. Hi ha molt poca informació sobre els anti-H1 de 2.ª generació en la lactància, per la qual cosa el seu ús es desaconsella.
- ▶ **Insuficiència renal i hepàtica<sup>5,7</sup>**: consultar fitxa tècnica segons principi actiu per ajustar dosis.
- ▶ **Cardiopatia**: dins dels anti-H1 de 2.ª generació, la bilastina<sup>8</sup> presenta un bon perfil de seguretat cardiovascular.



TAULA 5. ANTI-H1 DE 1.ª GENERACIÓ<sup>5,7</sup>

Principi actiu	Dosis en adults
Alimemazina	10 mg/8-12 h
Azatadina	1 mg/12 h
Clemastina	1 mg/12 h
Dexclorfeniramina	2-6 mg/8-12 h via oral 5-20 mg/d intramuscular
Difenhidramina	25-50 mg/6-8 h
Hidroxizina	25-100 mg/6-8 h
Oxatomida	30 mg/12 h
Prometazina	50-100 mg/d

TAULA 6. ANTI-H1 DE 2.ª GENERACIÓ<sup>5,6,7</sup>  
(ASTEMIZOL I TERFENADINA RETIRATS PER CARDIOTOXICITAT:  
ARÍTMIES CARDÍAQUES<sup>6</sup>)

Principi actiu	Dosis en adults
Bilastina	20 mg/24 h
Cetirizina	10-20 mg/24 h
Desloratadina	5 mg/24 h
Ebastina	10-20 mg/24 h
Fexofenadina	120-180 mg/24 h
Levocetirizina	5 mg/24 h
Loratadina	10 mg/24 h
Mizolastina	10 mg/24 h
Rupatadina	10 mg/24 h

## Bibliografia

- Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, Walter Canonica G, Church MK, Giménez-Arnau A, et al. Dermatology Section of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology; Global Allergy and Asthma European Network; European Dermatology Forum; World Allergy Organization. EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. Allergy. 2009 Oct; 64(10): 1417-26.
- Tranche Alvarez-Cagigas P, Rivera Tejjido M. Guía Urticaria Aguda y Angioedema. Fisterra. 2011. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/urticaria-aguda-angioedema/>, accedido en marzo 2012.
- Kozel MM, Sabroe RA. Chronic urticaria: etiology, management and current and future treatment options. Drugs. 2004; 64(22): 2515-36.
- Muller BA. Urticaria and angioedema: a practical approach. Am Fam Physician. 2004 Mar 1; 69(5): 1123-8.
- Valiente Hernandez S, Arias Moliz I. Guía Urticària i angioedema. 3 clics. Atención primaria basada en la evidencia. Octubre 2011. Disponible en: <http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=GuiaPage&idGuia=96>, accedido en marzo 2012.
- Madridejos Mora R, Bistuer Mallén C. Nuevos antihistamínicos H1. Butlletí d'informació terapèutica. 2004; 16(1): 1-4.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Guía de Prescripción Terapéutica. Disponible en: <http://www.imedicinas.com/GPTage/>, accedido en marzo 2012.
- Bachert C, Kuna P, Zuberbier T. Bilastine in allergic rhinoconjunctivitis and urticaria. Allergy. 2010; 65 (Suppl. 93): 1-13.
- Borrego L. Seminario de urticaria. Actualización septiembre 2011. Disponible en: <http://dermatoweb2.udl.es/seminarios.php?pag=1&idsubmenu=2642&idapartat=3777>, accedido en junio 2012.

# MANEIG DE LA URTICÀRIA a l'Atenció Primària

M. Mar Ballester  
Montse Andreu  
Olga Domínguez  
Susana Bel

Grup de Dermatologia de CAMFiC  
Revisora: Anna Giménez. Dermatòloga, Hospital del Mar



Trastorn molt freqüent que pot aparèixer a qualsevol edat. Un 20%<sup>1</sup> de persones tenen almenys un episodi d'urticària al llarg de la seva vida i una quarta part dels que la presenten tenen possibilitat de patir urticària crònica. La urticària recidivant és més freqüent en dones<sup>2</sup>.

La característica principal de les lesions elementals de la urticària (**faves**) és la **evanescència**: cada lesió desapareix abans de 24 h tot i que en poden sortir d'altres noves a altres localitzacions, els episodis poden durar dies, mesos i anys.

Quan el procés edematós s'estén fins a dermis profunda o teixit subcutani o submucós es coneix com a **angioedema** (no en parlarem al tríptic com tampoc parlarem **d'urticària vasculitis**).

La clínica principal és la pruija però pot haver també clínica sistèmica, fonamentalment gastrointestinal i respiratòria en menys o més intensitat (aquesta darrera: dispnea o disfonia per edema laringi que pot donar compromís vital). Pot afectar severament la qualitat de vida, actualment existeix un test validat en castellà per quantificar-ho (qüestionari de qualitat de vida en urticària crònica: CUQ2oL<sup>3</sup>).

## Classificació de la urticària 1,2

### 1. Segons l'evolució<sup>9</sup>:

- ▶ **Aguda:** brot de menys de 6 setmanes. Pot detectar-se per la història un factor desencadenant fins un 50% dels casos (infeccions de les vies aèries superiors 40%, analgèsics 9% i intolerància alimentària 1%) o ser idiopàtics.
- ▶ **Crònica:** brot de més de 6 setmanes i més de dos brots setmanals. Tradicionalment anomenada idiopàtica i actualment anomenada espontània. Dins d'aquesta urticària crònica (UC) idiopàtica hi ha 2 grups: la UC idiopàtica vertadera (60%) i la UC autoimmune (40%). Afecta al 0,5-1% dels individus al llarg de la vida.
- ▶ **Urticària recurrent o crònica intermitent:** més de 6 setmanes però hi ha intervals variables de temps lliures de lesions.

### 2. Segons el mecanisme<sup>2,5</sup>:

- ▶ **Urticària immunològica** (urticària de contacte al·lèrgica) mediada per immunoglobulines per IgE precisa sensibilització prèvia i pot evolucionar a una reacció anafilàctica.
  - a. **Medicaments:** antibiòtics (penicil·lina, sulfamides...).
  - b. **Aliments:** nous, peix, ous...
  - c. **Infeccions:** virus, bacteries, paràsits.
  - d. **Picades d'insectes.**
- e. **Urticària autoimmune:** representa el 30-50% d'urticàries cròniques i pot associar-se amb malalties autoimmunes com la tiroïditis. De difícil tractament, pel diagnòstic es realitzen proves específiques (prova del sèrum autòleg) en centres de referència.
- ▶ **No immunològiques** es deu a un efecte neurogènic o histamina alliberador directe.
  - a. **Medicaments** (per reaccions de pseudo-al·lèrgia per l'efecte tòxic directe del fàrmac sobre els mastòcits): penicil·lina, tetraciclins, codeïna, aspirina, antiinflamatoris no esteroïdals...
  - b. **Aliments:** maduixes, clara d'ou, marisc, colorants...

### 3. Segons la clínica: el diagnòstic és clínic<sup>5</sup>.

- ▶ **Urticària espontània<sup>1</sup>:**
  - a. **Aguda:** faves espontànies < 6 setmanes.
  - b. **Crònica:** faves espontànies > 6 setmanes.
- ▶ **Urticària física:** inici immediat després del contacte amb estímuls específics com el fred, el sol, l'aigua (aquagènica molt rara) o la pressió (més freqüent).
  - a. El **dermografisme** és, amb diferència, la més freqüent (50% del total) i es caracteritza per l'aparició de faves lineals de pocs minuts de duració en les zones de fricció o gratat.
  - b. **Urticària colinèrgica** és la segona en freqüència (15-25% del total). L'exercici físic provoca sudoració i aquesta desencadena lesions **urticariformes petites (papuloses) molt pruriginoses**.
  - c. **Urticària per contacte:** la fava apareix després d'un contacte amb un al·lèrgen (aliments, plantes, fàrmacs o substàncies tòpiques, caspa i pèl d'animals, pol·len, derivats del làtex) en la zona de contacte amb aquest. Dura entre 30 min i 2 h.

La «European Academy of Allergology and Clinical Immunology Dermatology Section» (EAACI), el «Global Allergy and Asthma European Network» (GALEN) i la «European Dermatology Forum»<sup>1</sup> (EDF) fan la següent classificació segons la clínica (taula 1).

TAULA 1. FORMES CLÍNiques D'URTICÀRIA<sup>1,5</sup>

Tipus	Subtipus	Descripció o desencadenant (D)
Urticària espontània (80%)	Aguda (90%)	Faves espontànies < 6 setmanes
	Crònica (10%)	Faves espontànies > 6 setmanes
Urticària física (15%)	Per contacte amb fred (5%)	D: sòlid, líquid o aire fred
	Per pressió retardada	D: pressió vertical (3-8 h de latència)
	Per calor	D: calor localitzat
	Solar	D: ultraviolada o llum visible (< 60 min)
	Dermografisme o urticària factícia (50%)	D: fricció (1-5 min latència)
Altres urticàries	Vibratòria/angioedema	D: vibració (martell neumàtic)
	Aquagènica	D: aigua (< 60 min)
	Colinèrgica (25%)	D: augment de la temperatura corporal (> de 24 h)
	Per contacte	D: substàncies urticaritzants
	Per exercici	D: exercici físic



TAULA 2. TESTS DIAGNÒSTICS RECOMANATS SEGONS EL SUBTIPUS D'URTICÀRIA<sup>1,5</sup>

Grup	Subgrup	Test rutina	Ampliació
Urticària espontània	Aguda	Cap	
	Crònica	Hemograma, VSG (elevada en urticària vasculitis)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Retirar fàrmacs</li> <li>▶ Hormones tiroidees</li> <li>▶ Ferro, vitamina B<sub>12</sub>, folats disminuïts en algunes parasitosis i certes reaccions farmacològiques</li> <li>▶ Ig E específica anisakis</li> <li>▶ Cribratge de <i>H. pylori</i> si és coexistent amb símptomes intestinals</li> <li>▶ Estudi de femta, si hi ha sospita de paràsits intestinals</li> </ul>
Urticària física	Per fred	Test glaçó de gel 5 min → apareixen lesions > 5 mm	Crioproteïnes
	Per pressió	Test de pressió (0,2-1,5 kg/cm <sup>2</sup> /10-20 min) → apareixen lesions coalescents	
	Per calor	Test aigua calenta	
	Solar	Exposició a radiació UV i llum visible, fototest (2-15 min)	
	Dermografisme	Estímul de pressió moderada amb objecte dur (6-7 min)	
Altres urticàries	Aquagènica	Roba humida a 37 °C/20 min → apareixen lesions eritematoses amb «halo» blanquinós	
	Colinèrgica	Provocació per exercici i/o bany calent (10-15 min) apareixen lesions de 1-5 mm en palmes, plantes i axil·les	
	De contacte	Prick/patch test-lectura als 20 min	
	Per exercici	Relacions temporals amb exercici físic (córrer...)	



TAULA 3. VALORACIÓ DE L'ACTIVITAT DE LA URTICÀRIA<sup>1</sup>

Valors	Faves	Pruït
0	Cap	Cap
1	Lleu: <20 faves/24 h	Lleu
2	Moderat: 20-50 faves/24 h	Moderat
3	Intens: >50 faves/24 h o z. confluents	Intens
<b>Suma total (0-6)</b>		

## Tractament

- ▶ Eliminar factor causal i evitar possibles desencadenants com alcohol, estrès, calor, exercici, aliments picants<sup>2</sup>, codeïna, inhibidors de l'enzim de conversió d'angiotensina (IECA), AAS i AINE (grau de recomanació C<sup>5</sup>).
- ▶ Evitar els antihistamítics anti-H1 tòpics pel risc de fotosensibilitat<sup>3</sup>.

TAULA 4. PLANTEJAMENT DEL TRACTAMENT DE LA URTICÀRIA<sup>2,4</sup>

Eliminar factor causal i evitar possibles desencadenants	
↓	1. Antihistamítics anti-H1 no sedants de <b>2.ª generació</b>
	2. Si els símptomes persisteixen en 2 setmanes augmentar dosi (x2-4) o associació a un altre antihistamínic anti-H1 no sedant
	3. Si persisteixen en 2 setmanes considerar un antihistamínic anti-H1 de <b>1.ª generació</b> sedant per la nit, durant uns dies per evitar l'efecte additiu
	4. Si exacerbació: corticoides sistèmics (3-7 dies)
	5. Si persisteix derivar a un especialista per a tractaments de segona línia de ciclosporina A i actualment s'està estudiant el tractament amb omalizumab (anticòs monoclonal)

