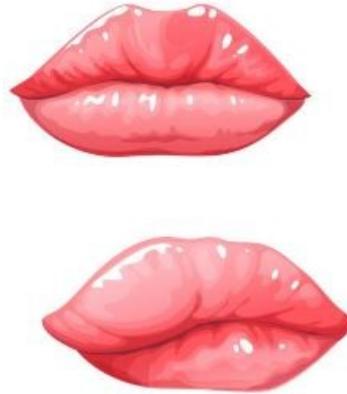


URTICARIA, ANGIOEDEMA

ABORDAJE DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS



**Servicio de Alergología del Complejo Hospitalario
Universitario de Badajoz**

Begoña Astrain Sánchez R2
Dánae Andreu Costa R3
Irene Sánchez Piñero R4



Hospital Perpetuo Socorro
Complejo Hospitalario
Universitario de Badajoz

JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

Servicio de
Urgencias

Informe

Motivo de Consulta

Prurito.

Antecedentes

Alergias, Intolerancias, RAM:

- Sin alergias detectadas.





Me pica la nariz... MO-VI-DA

Paciente  de 30 años que comienza con **lesiones habonosas pruriginosas** hace 1 hora tras la toma de gambas

No RAMs conocidas.

AP: sin interés.

IQ: no refiere

TA, Tª y FC normales.

Enfermedad actual: Comenta que estaba cenando en un restaurante y tras comerse un plato de gambas a la media hora empieza con ronchas y prurito generalizado.

Exploración física:

- ACP: rítmica, MVC sin ruidos sobreañadidos.
- Piel: lesiones habonosas evanescentes en tronco y MMSS.





¿Será
Urticaria?

¿QUÉ ES LA URTICARIA?

- **Definición:** Aparición súbita de habones o «ronchas» evanescentes (duración <24 horas), angioedema, o ambos.
- **Resolución:** < 24 horas (sin dejar lesión residual).
- **Lesión elemental:** **HABÓN** → Prurito **OJO: ¡¡No todo prurito implica urticaria!!**
- **Clasificación:**
 - Según la duración:
 - **Urticaria AGUDA** <6 semanas: fármacos, alimentos, infecciones, picaduras de insectos, etc.
 - **Urticaria CRÓNICA** ≥6 semanas (diaria o recurrente)
 - Según los factores desencadenantes:
 - Inducible (frio, calor, roce...)
 - Espontánea (idiopática)



HABÓN



- **Hinchazón central** superficial circunscrita, de tamaño y morfología variables, rodeada de eritema reflejo.
- **Prurito**
- Naturaleza **fugaz**, la piel vuelve a su forma habitual entre 30min y 24h.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	URTICARIA	PICADURAS POR INSECTOS	ECZEMA AGUDO DIFUSO	SARNA	TOXICODERMIA	EXANTEMA DE ORIGEN VIRAL
LESIONES ELEMENTALES	<ul style="list-style-type: none"> • Habones +/- angioedema 	<ul style="list-style-type: none"> • Pápulas con vesícula central excoriada/ lesiones urticariformes 	<ul style="list-style-type: none"> • Placas eritemato-edematosas + vesículas y/o costras 	<ul style="list-style-type: none"> • Surcos, vesículas, pápulas y excoriaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Exantema maculopapular/ urticariforme 	<ul style="list-style-type: none"> • Exantema maculopapular/ edematoso
CLAVES DIAGNÓSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones fugaces (duran <24 h) • Polimorfo y figurado • Distribución «caprichosa» 	<ul style="list-style-type: none"> • Agrupación de 3-4 lesiones • Distribución lineal 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones persistentes • Exudación • Distribución parcheada o flexural 	<ul style="list-style-type: none"> • Manos y muñecas, genitales, axilas y pezones • Prurito intenso nocturno 	<ul style="list-style-type: none"> • Generalizada y simétrica, de predominio en pliegues • Tendencia a la confluencia de las lesiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Generalizado y simétrico o de predominio acral (cara, manos y pies) • Fiebre y sintomatología general

ABORDAJE DESDE URGENCIAS DE LA URTICARIA

Diagnóstico: Clínico.



Tratamiento:

- Antihistamínicos de 2ª generación
- *Asociar corticoides si:
 - ❑ Angioedema como principal manifestación
 - ❑ Cuadros muy extensos o sintomáticos

ANTI-HISTAMÍNICOS ANTI-H₁ DE SEGUNDA GENERACIÓN MÁS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA URTICARIA

Nombre	Dosis en adultos		
	Dosis mínima o autorizada (en ficha técnica)	Dosis recomendada (2 × autorizada)	Dosis máxima (4 × autorizada)
Levocetirizina*	5 mg/día	10 mg/día	20 mg/día
Cetirizina*	10 mg/día	20 mg/día	40 mg/día
Desloratadina*	5 mg/día	10 mg/día	20 mg/día
Fexofenadina	120 mg/día	240 mg/día	480 mg/día
Loratadina*	10 mg/día	20 mg/día	40 mg/día
Rupatadina	10 mg/día	20 mg/día	40 mg/día
Bilastina	20 mg/día	40 mg/día	80 mg/día
Ebastina	10 mg/día	20 mg/día	40 mg/día

**Grado de evidencia B según la clasificación de la FDA para la administración de fármacos en gestantes. Únicos recomendados en embarazadas y lactantes.*

Metilprednisolona o prednisona
1 mg/kg i.m./i.v. o 0,5-1 mg/kg/día v.o.



Derivar a...

Dermatología

Alergología



Hospital Perpetuo Socorro
Complejo Hospitalario
Universitario de Badajoz

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

Servicio de
Urgencias



Informe

Motivo de Consulta

Edema lingual

Antecedentes

Alergias, Intolerancias, RAM:

- Sin alergias detectadas.



WHAT???



Paciente de 60 años, que empieza hace dos horas con edema lingual.

No RAMs conocidas.

AP: HTA, DM tipo 2, dislipemia.

Tratamiento actual: enalapril, rosuvastatina, metformina.

TA 145/73, **FC** 95 lpm, **Tº** 36,5°C **Sat. O2:** 94%

Enfermedad actual: comenta que de forma brusca, de madrugada, estando dormida, le despertó sensación de ocupación orofaríngea y dificultad para tragar la saliva

Exploración física:

- Edema lingual que sobresale por la cavidad oral.
- ACP: rítmica sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos.
- ORL: no edema de úvula



¿QUÉ ES ANGIOEDEMA?

- **Definición:** Hinchazón profunda, eritematosa, pronunciada y repentina del color de la piel, que se localiza en la dermis profunda y en el tejido celular subcutáneo, con frecuente afectación de los tejidos submucosos.
- **Lesión elemental:** **Edema** sin signos inflamatorios y sin fóvea.
- **Síntoma más frecuente:** **Hinchazón** con o sin compromiso de vía aérea. **El prurito es menos frecuente que en la urticaria.**
- **Tipos:** Histaminérgico o Bradicinérgico
- **Causa:** aumento de permeabilidad vascular por síntesis de mediadores vasoactivos
- **Resolución:** más lenta que en la urticaria (pueden persistir hasta 72 horas)



TIPOS DE ANGIOEDEMA

	NO MEDIADO POR BRADICININA	MEDIADO POR BRADICININA
Urticaria	Frecuente	NO
Duración del brote	24-48 h	48-96 h (hasta 5 días)
Inicio	Rápido (En < 6 h máxima intensidad)	Lento (progresivo, máxima intensidad hasta las 24 h)
Pródromos (eritema, ansiedad...)	NO	SÍ
Afectación gastrointestinal	Excepcional	Frecuente
Afectación glótica	Excepcional	Frecuente
Respuesta a corticoides, antihistaminérgicos y adrenalina	SÍ (De elección)	NO *Excepto el inducido por IECAs

HISTAMINÉRGICO :
alimentos, fármacos
himenópteros...

BRADICINÉRGICO:
Hereditario (déficit C1inh),
IECAs, ARA-II, gliptinas



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	ANGIOEDEMA	CELULITIS	ECZEMA LOCALIZADO
LESIONES ELEMENTALES	<ul style="list-style-type: none">• Placa eritematoedematosa• Duración 48 h	<ul style="list-style-type: none">• Placa eritematosa, dolorosa y caliente	<ul style="list-style-type: none">• Placas eritematoedematosas + vesículas y/o costras
CLAVES DIAGNÓSTICAS	<ul style="list-style-type: none">• Párpados, labios, genitales, periarticular• Sensación de quemazón/ardor > prurito	<ul style="list-style-type: none">• Dolor• Fiebre, malestar general• AS: leucocitosis, elevación de PCR...	<ul style="list-style-type: none">• Prurito• Exudación• Distribución artefacta
INTERROGAR	<ul style="list-style-type: none">• Asociación con habones (urticaria)• Otras causas:<ul style="list-style-type: none">– Fármacos (IECA, ARA II, sitagliptina...)– Casos en familiares	<ul style="list-style-type: none">• Puerta de entrada• Factores predisponentes (diabetes, alcoholismo, tratamiento inmunosupresor, VIH...)	<ul style="list-style-type: none">• Productos de contacto (cremas farmacéuticas, cosméticas...)

ABORDAJE DEL ANGIOEDEMA EN URGENCIAS

Diagnóstico: **CLÍNICO**

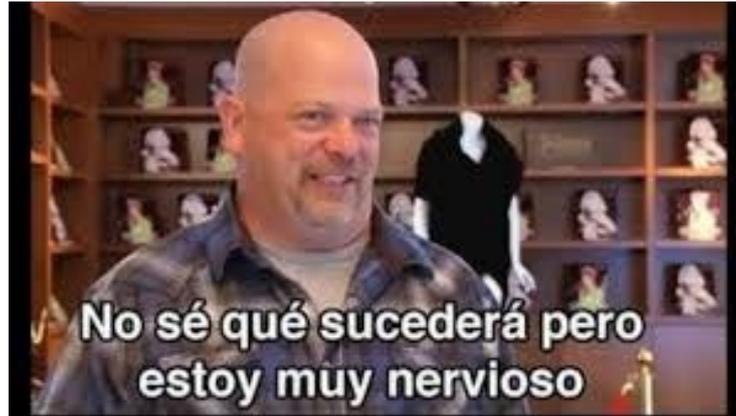
Tratamiento: **Antihistamínicos de 2ª generación + Corticoide (Metilprednisolona) 1 mg/kg peso**

Evitar exposición a posible desencadenante

*Sustituir IECAs por otros antihipertensivos

PERO **¡CUIDADO!**

NO TODOS LOS ANGIOEDEMAS
RESPONDEN A
ANTIHIISTAMÍNICOS Y
CORTICOTERAPIA



ATAQUE AGUDO ANGIOEDEMA INDUCIDO POR BRADICININAS*

INICIAR UNO DE LOS TRATAMIENTOS

Concentrado de inhibidor de C1 esterasa derivado del plasma (Berinert®), i.v., 20 U/kg

- Peso del paciente ≤ 50 kg \rightarrow 500 U
- Peso del paciente 50-100 kg \rightarrow 1.000 U
- Peso del paciente ≥ 100 kg \rightarrow 1.500 U

Respuesta adecuada dentro de 1 hora

sí

Alta

no

Repetir dosis (1 hora después de la primera)

Acetato de icatibant (Firazyr®), s.c., una dosis (jeringa precargada, 30 mg en 3 mL)

Respuesta adecuada dentro de 1 hora

sí

Alta

no

Repetir dosis (6 horas después de la primera dosis)

Se puede volver a repetir dosis 6 horas después de la segunda dosis, si no hay respuesta adecuada

Tratamiento de soporte si dolor, náuseas, vómitos o hipotensión:

- Analgésicos
- Antiespasmódicos
- Antieméticos
- Reposición de fluidos

DE ALTA: Derivar al especialista para iniciar terapia de mantenimiento o profilaxis de larga duración

TRATAMIENTO ANGIOEDEMA BRADICINÉRGICO

	Ataque agudo
BERINERT^R (C1-INH humano)	20 UI/kg iv (bolus lento o perfusión 4ml/min)
CINRYZE^R (C1-INH humano)	1000 UI iv (bolus lento o perfusión 1ml/min) (+1000 UI si no mejora en 1h)
RUCONEST^R (C1-INH-recombin)	<84kg 50 UI/kg iv >= 84 kg 4200 UI iv (bolus lento en 5-10min) (+4200 UI si no mejoría en 2h)
FIRAZYR^R (Acetato Icatibant, bloqueo RB2)	30 mg sc (+ 2 repeticiones cada 6h)

BIBLIOGRAFIA

- Jiménez, L., & Montero, F. J. (2018). *Medicina de urgencias y emergencias*. Elsevier Health Sciences.
- Dartigas. (2022). Manual Clínico de Urgencias. *Manuales Clínicos*. <https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias/manual-clinico-de-urgencias/>
- Maurer M, Magerl M, Ansotegui I, Aygören-Pürsün E, Betschel S, Bork K, et al. The international WAO/EAACI guideline for the management of hereditary angioedema -The 2017 revision and update. *Allergy*. 2018 Aug; 73(8):1575-1596. doi: 10.1111/all.13384. Epub 2018 Mar 12.
- Caballero T, Baeza ML, Cabañas R, Campos A, Cimbollek S, Gómez-Traseira C, et al. Consensus statement on the diagnosis, management, and treatment of angioedema mediated by bradykinin. Part I. Classification, epidemiology, pathophysiology, genetics, clinical symptoms and diagnosis. *J Investig Clin Immunol*. 2011; 21(5): 333-47.
- Moellman JJ, Bernstein JA, Lindsell C, Banerji A, Busse PJ, Camargo CA Jr, et al. A consensus parameter for the evaluation and management of angioedema in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2014;21 (4): 469-84.
- Baeza ML; Caballero-Molina T, Crespo-Diz C, Gonzalez-Quevedo T, Guilarte-Clavero M, Hernandez Fernandez de Rojas D, Lobera Labairu T, Marcos Bravo C, Navarro Ruiz A, Poveda Andrés JL; Cebollero MA. Algorithm for diagnosis and treatment of hereditary angioedema as a tool for management. *Farm Hosp* 2013; 37(6):521-9 doi: 10.7399/FH.2013.37.6.980.Review.Erratum in: *Farm Hosp*. 2014; 38(2):150. PMID:24256016
- Cicardi M, Aberer W, Baerji A, Bas M, Bernstein JA, Bork K, Caballero T, Farkas H, Grumach A, Kaplan AP, Riedl MA, Triggiani M, Zanichelli A, Zuraw B; HAWK under the patronage of EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology). *Allergy* 2014; 69(5): 602-16. doi: 10.11/all.12380.PMID:24673465

¡MUCHAS GRACIAS!

