



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/295 - ¿Urticaria, AngioEdema o ambas patologías?

C. Grille Álvarez^a, L. Dani Ben Abdellah^b, Ó.A. Baptista Ferreira^c, L. Folz García^d, J. Laguna Velasco^c e I. Sánchez Miró^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bustarviejo. Madrid. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infanta Mercedes. Madrid. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuencarral. Madrid. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bustarviejo. La Paz. Madrid. ^eMédico Internista. Centro de Salud Bustarviejo. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 39 años que acude a nuestro Centro de Salud porque desde hace tres días tras el uso de un tinte de pelo comienza con prurito en cuero cabelludo e importante edema facial y sensación disneica. Refiere haber tomado cetirizina sin remisión de su sintomatología, comentando que incluso ha ido progresivamente en aumento. No asocia el inicio del cuadro a la ingesta de alimentos, ni de tóxicos. Convive con una perra pero desde hace años. No añade otro tipo de clínica adicional, no proceso infeccioso concomitante. AP: NAMC, DL, no HTA ni DM. Fumadora 30 c/día, bebedora de 2-3 cervezas diarias. No otros AP personales de interés ni tratamientos habituales. Refiere que inicia aproximadamente hace 6 meses con brotes de angioedema en diferentes localizaciones (pies, genitales, manos, cara) precedidos de habones pruriginosos en diferentes localizaciones, y en una ocasión se asocia con disnea. Resolución en 3-4 días, a veces menos, con corticoides y antihistamínicos.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 160/110, FC: 97, SatO2 96%B. Afebril. consciente y orientada. Eupneica en reposo. CyC: Cuero cabelludo con lesiones de rascado. Nuca con eccema pruriginoso, vía aérea permeable. No edema de glotis. Tórax: AC: rítmica sin soplos audibles. AP: MVC con sibilancias inspiratorias, Abd: dolor abdominal difuso. No signos de IP, EE: no edemas, no signos de TVP. Nrl: no focalidad neurológica en el momento actual. Se realiza analítica resultando normal.

Juicio clínico: Urticaria vs angioedema.

Diagnóstico diferencial: Angioedema: edematosas, localizadas, bordes difusos, no pruriginosas, ligeramente dolorosas párpados, labios, lengua, genitales, manos y pies. 48 a 72 horas. Mucosas: dificultad para deglución, dolor abdominal. Vías respiratorias: estridor y dificultad respiratoria. Dermis profunda, tj celular subcutáneo, tj submucoso. Urticaria: eritematosas, edematosas. Prurito. Se blanquean a la presión. Localización, forma y tamaño variables. No descamada. Minutos/días/semanas. Habón. Recuperación. Dermis superficial. Mordedura de artrópodos. Urticaria papular: picadura de insectos. En MMII y MMSS atópica. Mastocitosis cutánea: Bx aumento de mastocitos. Eritema multiforme: lesiones en diana y más duraderas. Vasculitis urticarial:

habones > 24 horas, purpúricas, dolorosas, tras resolución lesiones hiperpigmentadas. Dermatitis herpetiforme: simétricas y bx con IF directa muestra depósitos de IgA. Dermatitis de contacto de tipo urticante: bien delimitada.

Comentario final: En relación a las lesiones que presenta la paciente en cuero cabelludo se podría decir que cumpliendo las características de urticaria en relación con tinte de pelo (halo edematoso central rodeado por área eritematosa e intenso prurito en nuca) al estar asociadas con lesiones faciales de distribución asimétrica en zonas no declives, afectación de mucosa perioral, edema palpebral y sin presentar prurito facial; considerando además el episodio previo de angioedema de la paciente, podíamos concluir que este caso clínico presenta concomitantemente urticaria y angioedema por lo que decidimos tratar ambas entidades considerando el tratamiento de la fase aguda. Medidas de soporte. Observación estrecha y preservación de vía aérea. ¡Corticoides, antihistamínicos y adrenalina son ineficaces en fase aguda y los reservaremos para una vez resuelto el cuadro!. ICATIBANT: AEH tipo I y II. Bloquea la unión de bradikinina a su receptor. Dosis habitual de 30 mg/sc, siendo rara la necesidad de una segunda dosis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cardona Dahl V, Cabañes Higuero N, Chivato Pérez T, Guardia Martínez P, Fernández Rivas MM, Freijó Martín C, et al. Proyecto GALAXIA. Guía de actuación en anafilaxia; 2009. [En línea] www.guiasalud.es/GPC/GPC_467_Anafilaxia.pdf.
2. Kozel MM, Mekkes JR, Bossuyt PM, Bos JD. The effectiveness of a history-based diagnostic approach in chronic urticaria and angioedema. *Arch Dermatol*. 1998;134(12):1575-80.
3. Muller A. Urticaria and angioedema, a practical approach, *Am Fam Physician*. 2004;1123-8.
4. Yadav S, Bajaj AK. Management of difficult urticaria. *Indian J Dermatol*. 2009;54(3):275-9.
5. Kaplan AP. Chronic Urticaria: pathogenesis and treatment. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;114:645.
6. Tranche Alvarez-Cagigas P, Rivera Tejjido M. "Urticaria aguda y angioedema". Centro de Salud Isabel I. Área X. Madrid. [En línea] <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/urticaria-aguda-angioedema/>.
7. Santos Sampedro MI, Cornide Santos I, Ferrer Armengou L y Concepción Medina T. Tratamiento de la urticaria. *JANO*. 2005;1293-5.
8. Kaplan AP. Clinical practice. Chronic Urticaria and Angioedema. *N Eng J Med*. 2002;346:175.
9. Sanmartín Novell V, et al. Diagnóstico y tratamiento de la urticaria. *FMC*. 2010;17 (5):292-302.
10. Barbara Muller BA. Urticaria and angioedema: a practical approach. *Am Fam Physician*. 2004;69 (5):1123-8.