

Dermatología Práctica

Guía Clínica Completa

AUTOR:

Juan Gabriel Torres Bernal



CUEVAS
EDITORES

Dermatología Práctica : Guía Clínica Completa

**Dermatología Práctica : Guía Clínica
Completa**

AUTOR:

Juan Gabriel Torres Bernal

IMPORTANTE

La información aquí presentada no pretende sustituir el consejo profesional en situaciones de crisis o emergencia. Para el diagnóstico y manejo de alguna condición particular es recomendable consultar un profesional acreditado.

Cada uno de los artículos aquí recopilados son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

ISBN:978-628-96766-1-7

Una producción © Cuevas Editores SAS

Avenida Carrera 14 No. 58 - 26

Bogotá, Colombia

Febrero 2025

cuevaseditores.com

Editado en Colombia - Edited in Colombia

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Índice:

Índice:	5
Prólogo	6
Tratamiento de las urticarias crónicas Nuevas	
Opciones terapéuticas	7
Juan Gabriel Torres Bernal	

Prólogo

La dermatología es una especialidad en constante evolución, donde el diagnóstico preciso y el tratamiento oportuno son clave para el éxito clínico. Dermatología Práctica: Guía Clínica Completa es una obra diseñada para proporcionar un enfoque claro y actualizado sobre las enfermedades cutáneas más frecuentes, combinando bases teóricas con estrategias de manejo basadas en la evidencia.

Con un estilo accesible y una estructura didáctica, este libro es una referencia indispensable para dermatólogos, médicos generales y residentes que buscan optimizar su práctica clínica. Una herramienta esencial para el cuidado integral de la piel.

Tratamiento de las urticarias crónicas

Nuevas Opciones terapéuticas

Juan Gabriel Torres Bernal

Médico Cirujano Universidad Nacional de
Colombia

Definición

La urticaria crónica (UC) es una enfermedad cutánea caracterizada por la aparición recurrente de habones, angioedema o ambos durante más de seis semanas, afectando aproximadamente al 1% de la población y deteriorando significativamente la calidad de vida de los pacientes debido al prurito intenso, la alteración del sueño y el impacto psicológico.

Se clasifica en urticaria crónica espontánea (UCE), sin un desencadenante claro y frecuentemente asociada con mecanismos autoinmunes, y urticaria crónica inducible (UCI), desencadenada por estímulos físicos o químicos específicos. El tratamiento

convencional se basa en antihistamínicos H1 de segunda generación, sin embargo, hasta un 50% de los pacientes no logran un control adecuado con esta estrategia, requiriendo enfoques terapéuticos alternativos.

Aunque los corticosteroides sistémicos pueden proporcionar alivio temporal, sus efectos adversos limitan su uso prolongado, lo que ha impulsado el desarrollo de nuevas terapias dirigidas, como los anticuerpos monoclonales y los inhibidores de mediadores inflamatorios. Este capítulo explorará los avances recientes en el tratamiento de la UC, analizando nuevas opciones terapéuticas, su eficacia, seguridad y su impacto en la práctica clínica, con el objetivo de optimizar el manejo de los pacientes refractarios a las terapias convencionales.

Tabla 1. Clasificación de la urticaria crónica

Tipo de urticaria	Características principales	Ejemplos
Urticaria crónica espontánea (UCE)	Aparece sin desencadenante identificable.	Asociada a procesos autoinmunes, infecciones, o idiopática.
Urticaria crónica inducible (UCI)	Se activa por estímulos específicos.	Urticaria por frío, presión, colinérgica, solar, vibratoria, acuagénica.

[1]

Fisiopatología y mecanismos inmunológicos involucrados

La urticaria crónica (UC) es una enfermedad mediada principalmente por la activación y degranulación de mastocitos y basófilos en la piel, lo que provoca la liberación de histamina y otros mediadores inflamatorios como prostaglandinas, leucotrienos y citoquinas proinflamatorias (IL-4, IL-5, IL-17, IL-31, TNF- α), desencadenando vasodilatación, edema y prurito.

En algunos pacientes, la UC tiene un origen autoinmune, con anticuerpos dirigidos contra los receptores de IgE (Fc ϵ RI) o la propia IgE, lo que lleva a una activación sostenida del sistema inmunológico y una inflamación persistente, explicando la falta de respuesta a los antihistamínicos convencionales.

Además, se ha identificado una asociación con enfermedades autoinmunes como la tiroiditis de Hashimoto y el lupus eritematoso sistémico, así como con alteraciones en la microbiota intestinal que pueden modular la respuesta inmune.

Estos hallazgos han impulsado el desarrollo de nuevas terapias dirigidas, como los anticuerpos monoclonales anti-IgE (omalizumab, ligelizumab), inhibidores de citoquinas y moduladores de la activación mastocitaria, que representan opciones prometedoras para pacientes refractarios a los tratamientos convencionales[2].

Opciones terapéuticas actuales

El tratamiento de la urticaria crónica (UC) se basa en un enfoque escalonado, iniciando con antihistamínicos H1 de segunda generación y avanzando hacia terapias biológicas en casos refractarios. Aunque los antihistamínicos continúan siendo la piedra angular del tratamiento, un porcentaje significativo de pacientes no logra un control adecuado de la enfermedad, lo que ha impulsado la búsqueda de nuevas opciones terapéuticas [3].

Tratamientos convencionales

Los antihistamínicos H1 de segunda generación, como cetirizina, loratadina, fexofenadina y bilastina, son el tratamiento de primera línea debido a su perfil de seguridad y eficacia. En pacientes con síntomas persistentes, se

recomienda aumentar la dosis hasta cuatro veces la estándar antes de considerar otros tratamientos. Sin embargo, aproximadamente el 40-50% de los pacientes no responden adecuadamente a esta estrategia.

Los corticosteroides sistémicos pueden proporcionar alivio en episodios severos, pero su uso prolongado está limitado por efectos adversos graves, como inmunosupresión, osteoporosis y síndrome metabólico.

Otras opciones incluyen los antileucotrienos (montelukast), que pueden tener un efecto beneficioso en algunos pacientes al modular la inflamación mediada por cisteinil-leucotrienos.

Tabla 4. Comparación entre tratamientos convencionales y terapias emergentes

Tratamiento	Mecanismo de acción	Ventajas	Limitaciones
Antihistamínicos H1	Bloqueo de receptores H1 de histamina.	Buen perfil de seguridad, accesibles.	Ineficaces en casos severos.
Corticosteroides	Inhibición de la inflamación.	Alivio rápido en exacerbaciones.	Efectos adversos graves a largo plazo.

Omalizumab	Anticuerpo anti-IgE.	Alta eficacia en UC refractaria.	Coste elevado, no todos responden.
Ligelizumab	Anti-IgE de nueva generación.	Mayor potencia que omalizumab.	En fase de investigación.
Inhibidores de BTK	Bloqueo de activación mastocitaria.	Potencial terapia para casos severos.	No aprobados aún.

[4,10]

Terapias emergentes

En los últimos años, se han desarrollado terapias biológicas dirigidas a los mecanismos inmunológicos subyacentes de la UC. Omalizumab, un anticuerpo monoclonal anti-IgE, ha revolucionado el tratamiento de la enfermedad refractaria al reducir la activación mastocitaria y mejorar significativamente los síntomas en la mayoría de los pacientes. Ligelizumab, otro anticuerpo anti-IgE en investigación, ha mostrado una eficacia aún mayor en ensayos clínicos recientes. Además, se están explorando terapias dirigidas contra citoquinas clave en la inflamación crónica, como los inhibidores de IL-4, IL-5 y IL-17, que podrían ofrecer nuevas opciones para los casos más difíciles.

Otras estrategias incluyen los inhibidores de la tirosina quinasa de Bruton (BTK), que regulan la activación de mastocitos y basófilos, y las terapias dirigidas contra el complemento, cuyo papel en la patogénesis de la UC está siendo cada vez más reconocido.

El avance en la comprensión de los mecanismos inmunológicos de la urticaria crónica ha permitido desarrollar tratamientos más específicos y efectivos, mejorando el pronóstico de los pacientes con enfermedad refractaria.

La selección de la terapia debe basarse en la severidad de los síntomas, la respuesta al tratamiento previo y la presencia de comorbilidades, con un enfoque personalizado que optimice la calidad de vida del paciente.

Terapias en investigación y perspectivas futuras

El avance en la comprensión de los mecanismos fisiopatológicos de la urticaria crónica (UC) ha impulsado el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas dirigidas a dianas moleculares específicas. Aunque los antihistamínicos H1 y el omalizumab han mejorado significativamente el control de la enfermedad, un porcentaje de pacientes sigue sin una respuesta adecuada, lo que ha llevado a la exploración de nuevas opciones terapéuticas en ensayos clínicos. Entre ellas, destacan los anticuerpos monoclonales en desarrollo, como **ligelizumab**, un anti-IgE que ha demostrado una mayor eficacia en comparación con omalizumab, y los **inhibidores de IL-4, IL-5, IL-17 y IL-31**, que buscan modular la inflamación crónica y la

hiperactividad mastocitaria. Asimismo, los **inhibidores de la tirosina quinasa de Bruton (BTK)**, que regulan la activación de mastocitos y basófilos, han mostrado resultados prometedores en estudios preliminares. Otra línea de investigación se centra en la modulación del complemento y la regulación de la microbiota intestinal, dado su papel emergente en la inmunorregulación. La terapia génica y la medicina personalizada también están en evaluación, con el objetivo de identificar biomarcadores que permitan predecir la respuesta terapéutica y optimizar los tratamientos según las características individuales del paciente. En los próximos años, la integración de estas nuevas estrategias en la práctica clínica podría transformar el abordaje de la UC, ofreciendo opciones más efectivas y

personalizadas para los pacientes refractarios a los tratamientos actuales [5,6,9].

Consideraciones clínicas y recomendaciones prácticas

El manejo de la urticaria crónica (UC) debe basarse en un enfoque individualizado, considerando la severidad de los síntomas, la respuesta a tratamientos previos y la presencia de comorbilidades. En la práctica clínica, se recomienda seguir un **algoritmo de tratamiento escalonado**, iniciando con antihistamínicos H1 de segunda generación en dosis estándar y aumentando progresivamente hasta cuadruplicar la dosis si no se obtiene un control adecuado. En pacientes refractarios, se debe considerar el uso de **omalizumab**, un anticuerpo monoclonal anti-IgE con un alto perfil de eficacia y

seguridad, antes de recurrir a inmunosupresores como ciclosporina, cuya indicación se reserva para casos graves debido a su potencial toxicidad. La elección del tratamiento debe incluir una evaluación cuidadosa de los factores desencadenantes, ya que en algunos pacientes la eliminación de ciertos estímulos puede mejorar significativamente la enfermedad.

Además, la monitorización periódica de la respuesta terapéutica es esencial para ajustar la estrategia según la evolución del paciente, utilizando escalas de actividad de la enfermedad como el **Urticaria Activity Score 7 (UAS7)**. Con la aparición de nuevas terapias dirigidas, el manejo de la UC está evolucionando hacia un enfoque más personalizado, en el que la identificación de biomarcadores permitirá

optimizar la selección del tratamiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Tabla 2. Factores que pueden agravar la urticaria crónica

Factor	Ejemplo
Estrés emocional	Ansiedad, depresión, fatiga crónica.
Infecciones	Helicobacter pylori, infecciones virales crónicas.
Alimentos y aditivos	Colorantes, conservantes, histamina en alimentos fermentados.

Fármacos	AINEs, opiáceos, antibióticos.
Enfermedades asociadas	Tiroiditis autoinmune, lupus eritematoso sistémico.

[7,8]

Referencias

1. Mayo Clinic. Chronic hives - Diagnosis and treatment. [Internet]. 2024 Sep 15 [cited 2025 Feb 28].
2. Mayo Clinic. Hives and angioedema - Diagnosis and treatment. [Internet]. 2023 Aug 10 [cited 2025 Feb 28].
3. American College of Allergy, Asthma & Immunology. Urticaria crónica espontánea/idiopática (erupción crónica). [Internet]. [cited 2025 Feb 28].
4. Beacon Health System. Urticaria crónica. [Internet]. 2024 Sep 15 [cited 2025 Feb 28].
5. González-Muñoz M, Sastre J, Fernández-Nieto M, et al. Recomendaciones para el manejo de la

urticaria en Atención Primaria. *Med Fam (Barc)*. 2020;46(1):25-32.

6. Consejería de Sanidad de Castilla y León. Protocolo de manejo de la urticaria crónica espontánea. [Internet]. 2024 Dec [cited 2025 Feb 28].
7. Academia Española de Dermatología y Venereología. Más opciones para la urticaria crónica espontánea. [Internet]. 2018 Aug 20 [cited 2025 Feb 28].
8. González-Muñoz M, Sastre J, Fernández-Nieto M, et al. Recomendaciones para el manejo de la urticaria en Atención Primaria. *Med Fam (Barc)*. 2020;46(1):25-32. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-recomendaciones-el-manejo-urticaria-atencion-S1138359320300071>

9. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, et al. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy*. 2018;73(7):1393-1414. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1/all.13397>
10. Sánchez-Borges M, Asero R, Ansotegui IJ, et al. Diagnosis and treatment of urticaria and angioedema: a worldwide perspective. *World Allergy Organ J.*;5(11):125-147. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500038/>