

EDITORIAL

LA URTICARIA COMO PROBLEMA

La distinción entre los conceptos de urticaria aguda, urticaria crónica o urticaria recidivante, no parece estar claramente establecida, pues tan agudas son las lesiones que tienen lugar tras la ingesta de un determinado alimento como las que aparecen tras la exposición al frío o por roce que, sin embargo, se incluyen entre las formas crónicas.

Se considera la cronicidad de la reacción urticarial cuando las lesiones características se mantienen al menos durante 6 semanas, aunque como hemos dicho, en el mismo concepto se incluyen procesos en los que las lesiones recidivan cuando tienen lugar determinados estímulos bien identificados (urticaria física, urticaria térmica, alergenos: alimentos, medicamentos, parásitos) u otras causas cuya identificación puede ser laboriosa, llegándose en no pocas ocasiones al diagnóstico provisional de "urticaria crónica idiopática", es decir, de causa desconocida (1). Es bien sabida la frecuencia con que la urticaria se acompaña de angioedema, que a veces es la lesión dominante y que incluso puede ser causa de situaciones graves.

En un intento de sintetizar las distintas causas de la reacción urticarial, existen diversas clasificaciones, con criterios no siempre coincidentes, aunque en un orden práctico, cualquiera de ellas es suficiente para comprender la complejidad de la investigación etiológica, sobre todo cuando la aparición de las lesiones no puede relacionarse con un hecho concreto (p. ej., la toma de ciertos alimentos o medicamentos), contrariamente a lo que suele suceder con los variados tipos de urticarias físicas o térmicas (2, 3).

En todo caso, conviene tener presente lo que puede etiquetarse de síndrome urticarial, es decir, una misma lesión cutánea producida por diversas causas, frente a la posibilidad de que la lesión cutánea sea simplemente un síntoma más de otros procesos, por lo común de gran trascendencia, como son vasculitis diversas, déficit de factores del complemento, enfermedades autoinmunes (tiroiditis), neoplasias, conectivopatías, entre otras enfermedades menos frecuentes (4-6). De ahí que el clínico se plantee en cada caso la necesidad de agotar todas las posibilidades diagnósticas antes de considerar la "causa idiopática", no olvidando la posibilidad de que la lesión sea un mero síntoma de otra enfermedad más grave.

En este número de Allergologia et Immunopathologia se publican varios artículos que estudian algunos aspectos de esta problemática.

Aunque se ha puesto en duda que el Helicobacter pylori pueda causar urticaria en los pacientes infectados por esta bacteria (7, 8), sin embargo, Gaig et al (9), encuentran beneficiosa la erradicación de la misma para conseguir mejorar el cuadro urticarial, mientras que otros autores igualmente observan mejoría tras la erradicación en pacientes con edema angioneurótico hereditario, aunque, lógicamente, el mecanismo por el que el mi-

croorganismo interviene en el proceso deba ser diferente, al tratarse de una enfermedad por déficit de la actividad del complemento (10).

Por su parte, Santaolalla et al (11) exponen las características de una serie de 12 pacientes jóvenes estudiados en su hospital, afectados de urticaria a frigore, tres de los cuales padecen al mismo tiempo otros tipos de urticaria física o térmica.

Por último, Karakaya y Kalyonku (12) revisan la relación entre asma e intolerancia al metamizol en un grupo de 264 pacientes, de los que cerca de la mitad presentaban urticaria (43%) o angioedema (45%) al tomar el medicamento, siendo éste un ejemplo de las no raras reacciones urticariales agudas causadas por analgésicos/antipiréticos. Igualmente agudas y a veces graves, son las reacciones causadas por sensibilización a mariscos o moluscos, como lo recuerdan González et al (13) en la presentación de un caso clínico.

F. Muñoz-López

BIBLIOGRAFÍA

1. Pigatto PD, Valsecchi RH. Chronic urticaria: A mystery. Allergy 200;55:306-8.
2. Charlesworth EN. Urticaria and angioedema: A clinical spectrum. Ann Allergy Asthma Immunol 1996;76:484-96.
3. Greaves M. Chronic urticaria. J Allergy Clin Immunol 2000;105:664-72.
4. Chieira C. Da urticaria à síndrome urticariana. Clínica e classificaçao. Secção II (pag. 23-8, of reference 5) (Pereira C).
5. Pereira C (editor). Urticaria. Imunopatologia, clínica e terapéutica. Publ. Permanyer Portugal. Lisboa, 2001.
6. Kaplan A. Chronic urticaria and angioedema. N Engl J Med 2002;346:175-9.
7. Schnyder B, Helblind A, Pichler WJ. Chronic idiopathic urticaria: Natural course and association with *Helicobacter pylori* infection. Int Arch Allergy Immunol 1999;119:80-3.
8. Greaves MW. Chronic idiopathic urticaria (CIU) and *Helicobacter pylori* – not directly causative but could there be a link? Allergy Clin Immunol Int 2001;13:23-7.
9. Gaig P, García-Ortega P, Enrique E, Papo M, Quer JC, Richard C. Efficacy of the eradication of *Helicobacter pylori* infection in patients with chronic urticaria. A placebo-controlled double blind study. Allergol et Immunopathol 2002;30:255-8.
10. Farkas H, Füst G, Fekete B, Karádi I, Varga L. Eradication of *Helicobacter pylori* and improvement of hereditary angioneurotic edema. Lancet 2001;358:1695-6.
11. Santaolalla M, Martínez MI, Santaolalla F, Baeza ML, Alonso E, Zapatero L. Urticaria por frío: revisión de 12 casos. Allergol et Immunopathol 2002;30:259-62.
12. Karakaya G, Kalyonku AF. Metamizole intolerance and bronchial asthma. Allergol et Immunopathol 2002;30:267-72.
13. Gonzalez I, Garcia JM, Jimenez G, Gonzalez G. Anaphylactic shock to oysters and white fish with generalized urticaria to prawns and white fish. Allergol et Immunopathol 2002;30:300-3.