

## Carta al Director

# Fracaso de omalizumab en una urticaria solar grave inducida por ultravioleta



## Failure of omalizumab in ultraviolet-induced severe solar urticaria

Sr. Director:

La urticaria solar (US) es un proceso crónico poco común que se caracteriza por la aparición de habones tras la exposición a la radiación solar, luz visible o radiación ultravioleta<sup>1,2</sup>.

Presentamos el caso de una paciente mujer de 50 años, hipertensa, fototipo II, que desde hacía 25 años presentaba lesiones eritematosas pruriginosas en cara, cuero cabelludo, tronco y miembros a los pocos minutos de la exposición solar, remitiendo en unas horas (fig. 1). En algunas ocasiones los síntomas se acompañaban de síncope con hipotensión. La clínica disminuía al final del verano, cuando conseguía broncearse. Dentro de las pruebas complementarias destacaba en la analítica una IgE total de 1.382,0 kU/l. El resto de pruebas

—que incluyeron protoporfirinas en suero y hematíes, hemograma, bioquímica, autoinmunidad, serologías y radiografía tórax— fueron normales o negativas.

Se realizó un estudio fotobiológico con varias fuentes de luz, obteniéndose respuesta habonosa a los pocos minutos de radiar con UVB de banda ancha, UVA completa, UVA 2 y simulador solar (Solarlight 601), con dosis urticarianas mínimas (DUM) de 9 mJ/cm<sup>2</sup> con UVB, <0,6 J/cm<sup>2</sup> con UVA, y 10 mJ/cm<sup>2</sup> con simulador solar (fig. 1). La fotoprovocación con proyector de diapositivas, en zona dorsal durante 20 min, se consideró negativa.

En el fototest realizado se constató una dosis mínima eritematosa (DEM) corregida, con simulador solar de 13,51 mJ/cm<sup>2</sup>, y DEM con UVB de 22,5 mJ/cm<sup>2</sup>.

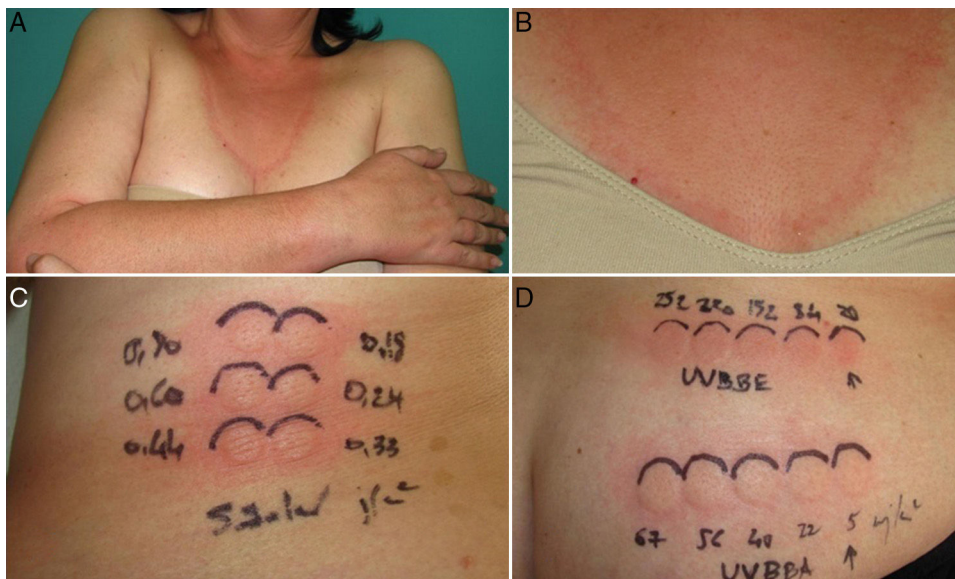


Figura 1 – A) Lesiones tipo habón en zonas fotoexpuestas tras 15 min de exposición solar. B) Detalle de la misma paciente. C) Eritema, habón y prurito en zonas expuestas en los 6 spots, con DUM de 10 mJ/cm<sup>2</sup>. D) Estudio fotobiológico: lectura inmediata tras fotoprovocación con Gigatest UVB. Se observa prurito, habón y eritema en los 5 spots cutáneos, con DUM de 9 mJ/cm<sup>2</sup>.

La provocación natural con sol cenital resultó positiva.

Dados los hallazgos, nuestro diagnóstico fue de US con espectro de acción en ultravioleta y una fotosensibilidad leve.

El tratamiento con antihistamínicos-H1 (loratadina 40 mg diarios) y fotoprotección solar (FPS) no fue suficiente. Dadas las DUM tan bajas para UVB y UVA, se descartó la desensibilización con UVBBE. Se inició tratamiento con omalizumab a dosis de 150 mg cada 15 días, llegando a recibir 3 dosis, sin mostrar cambios en el fototest, ni mejoría subjetiva. Posteriormente se intentó tratamiento con ciclosporina a dosis de 2,3 mg/kg/día junto con antihistamínicos-H1 (loratadina 40 mg), durante 2 meses, con escasa mejoría. Actualmente, la paciente se encuentra en tratamiento con antihistamínicos-H1 y FPS.

Omalizumab es un anticuerpo monoclonal recombinante anti-IgE que disminuye la cantidad circulante de IgE en sangre. Está aprobado en casos de asma refractaria al tratamiento, pendiente de aprobación para urticaria crónica, como segunda línea de tratamiento, a dosis de 75 a 600 mg cada 2-4 semanas<sup>3</sup>.

Existen 3 casos publicados de US tratados con omalizumab, con respuestas muy variables. El primero de ellos, publicado en 2008, presenta el caso de una mujer de 52 años de edad con historia de US con espectro de acción en UVA, de un año de evolución, que se acompañaba de síntomas sistémicos<sup>4</sup>.

Su IgE en sangre era de 22 kU/l. La paciente había recibido previamente radiación UVA para producir fotodesensibilización, pero a petición expresa de la paciente se decidió cambiar de tratamiento a omalizumab, con dosis de 150 mg s.c. cada 4 semanas, desapareciendo por completo la clínica tras la primera dosis y hasta el momento del seguimiento.

En 2010 se publicó el segundo caso de US en un varón de 16 años de edad, con US de 5 meses de evolución, con espectro de acción en UVA + UVB, con IgE de 851 IU/ml<sup>5</sup>. El paciente fue refractario a los antihistamínicos, por lo que se inició tratamiento con omalizumab a dosis de 400 mg s.c. cada 2 semanas; tras 6 dosis, el fototest mostró una menor DUM, pero clínicamente irrelevante, aunque el paciente no acudió a revisión.

Por último, en 2011 se publicó un último caso, en un paciente de 24 años, con US de 3 años de evolución, con espectro de acción en luz visible y UVA, y una IgE de 77,1 kU/l<sup>6</sup>. La FPS junto con antihistamínicos no fue tratamiento suficiente, por lo que se pautó omalizumab a dosis de 150 mg s.c. cada

4 semanas, y tras 4 dosis recibidas no mostró cambios en el fototest ni mejoría clínica subjetiva.

Como conclusión, presentamos un caso de US grave inducida solamente por UV, con DUM muy bajas, lo que limita el uso de fototerapia para inducir fotodesensibilización. La falta de respuesta clínica, demostrable tras la repetición del fototest tras la tercera dosis de omalizumab, implica que es el segundo caso publicado que no presenta mejoría tras este nuevo tratamiento. Quedan por determinar los factores predictivos de respuesta en la US (espectro de acción, niveles de IgE, dosis urticarianas mínimas, etc.).

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Eguino P, Lasa O, Gardeazábal J, Díaz-Pérez JL. Urticaria solar. Estudio de 20 casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:25-9.
2. Botto NC, Warshaw EM. Solar urticaria. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59:909-20.
3. Francés L, Leiva-Salinas M, Silvestre JF. Omalizumab in the treatment of chronic urticaria. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:45-52.
4. Güzelbey O, Ardelean E, Magerl M, Zuberbier T, Maurer M, Metz M. Successful treatment of solar urticaria with anti-immunoglobulin E therapy. *Allergy.* 2008;63:1563-5.
5. Waibel KH, Reese DA, Hamilton RG, Devillez RL. Partial improvement of solar urticaria after omalizumab. *J Allergy Clin Immunol.* 2010;125:490-1.
6. Duchini G, Bäumlner W, Bircher AJ, Scherer K. Failure of omalizumab (Xolair®) in the treatment of a case of solar urticaria caused by ultraviolet A and visible light. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2011;27:336-7.

Alejandra Pérez-Plaza \*, María José Concha-Garzón, Guillermo Solano-López y Diego de Argila  
Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [aperezplaza@gmail.com](mailto:aperezplaza@gmail.com) (A. Pérez-Plaza).  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.inmuno.2014.08.001>  
0213-9626/© 2014 Sociedad Española de Inmunología.  
Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.