

Consenso chileno sobre el diagnóstico y tratamiento de urticaria crónica (2025). Parte I: Definición, clasificación y diagnóstico

Isabel Ogueta ^{C1,2,12,*}, Felipe Valdés ^{A3,4}, Raquel Aguilera-Insunza⁵, Carolina Díaz ^{G6}, María Angélica Marinovic ^{M7}, Marlene Rubio ^{B2,8}, Fernando Valenzuela ^{A9,10,11}.

National Consensus on the Diagnosis and Treatment of Chronic Urticaria (2025). Part I: Definition, classification, and diagnosis

RESUMEN

La urticaria se caracteriza por la presencia de habones pruriginosos y/o angioedema, clasificándose según su duración en aguda (menor o igual a 6 semanas) y crónica (UC) (mayor a 6 semanas). La UC se clasifica a su vez en UC espontánea (UCE) y UC inducible (UCInd), dependiendo si existe o no un factor inducible definido. La UCE corresponde a la forma predominante de UC, afectando a más del 75% de los pacientes. Pese a lo anterior, en algunos casos, pueden coexistir ambos tipos de UC. La prevalencia de UC a lo largo de la vida es del 1% aproximadamente, siendo predominante en mujeres a razón de 2:1. La incidencia máxima se observa entre los 20 y 40 años de edad, siendo la mayoría de las veces autolimitada, con una duración entre 1 a 5 años, aunque en hasta el 20% de los pacientes puede prolongarse por más tiempo, generando gran afectación en la calidad de vida, desempeño académico y/o laboral. El diagnóstico de UC es clínico, basado en la historia del paciente y el examen físico. Los exámenes se solicitan en base a la anamnesis, siendo la mayoría de las veces innecesario realizar pruebas de laboratorio extensas. A la fecha, no existen tratamientos curativos para esta patología. Su manejo se basa en el uso de antihistamínicos de 2° generación (anti-H1), cuya dosis se puede cuadruplicar según respuesta. En el caso de pacientes refractarios a anti-histamínicos se sugieren tratamientos sistémicos como omalizumab, anticuerpo monoclonal que debe ser indicado por médicos especialistas. A continuación, se presenta el consenso nacional sobre el diagnóstico y tratamiento de urticaria cró-

¹Departamento de Dermatología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

²Unidad de Dermatología, Hospital Regional de Rancagua Dr. Franco Ravera Zunino, Chile.

³Departamento de Inmunología Clínica y Reumatología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

⁴Unidad de Inmunología, Servicio de Medicina Interna, Complejo Asistencial Barros Luco. Santiago, Chile.

⁵Departamento de Inmunología, Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile.

⁶Servicio de Medicina, Unidad de Inmunología Clínica Meds – Hospital Militar de Santiago, Chile.

⁷Unidad de Inmunología y Alergias, Clínica Santa María, Santiago, Chile.

⁸Unidad de Dermatología, Hospital Regional de Rancagua Dr. Franco Ravera Zunino, Chile.

⁹Departamento de Dermatología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

¹⁰Departamento de Dermatología, Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

¹¹Centro Internacional de Estudios Clínicos, Probit Medical Research. Santiago, Chile.

¹²DermaCDU, Centro UCARE. Santiago, Chile.

*Correspondencia:

Isabel Ogueta C. / iaogueta@uc.cl
Coordinadora del Grupo de Trabajo de Urticaria y Angioedema SOCHIDERM.
DermaCDU, UCARE. Av. Apoquindo 3990, of 607, Las Condes.

Financiamiento: El trabajo no recibió financiamiento.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Recibido: 29 de enero de 2025.

Aceptado: 01 de septiembre de 2025.

nica, conformada por las partes I y II, que tiene por objetivo revisar las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas en la UC según la experiencia de dermatólogos e inmunólogos expertos pertenecientes a las sociedades científicas chilenas respectivas, en relación con las guías y evidencia disponibles.

Palabras clave: Angioedema; Guías Práctica Clínica; Urticaria; Urticaria Crónica; Urticaria Crónica Inducible.

ABSTRACT

Urticaria is a condition characterized by the presence of pruritic wheals and/or angioedema, and is classified according to its duration as acute (less than or equal to 6 weeks) and chronic (CU) (greater than 6 weeks). Chronic urticaria is subdivided into chronic spontaneous urticaria (CSU) and chronic inducible urticaria (CIndU), depending on the presence or absence of a defined stimulus. The predominant form is CSU, affecting more than 75% of patients. Despite this, in some cases, both types of CU may coexist. The lifetime prevalence of CU is approximately 1%, with a 2:1 ratio of women predominating. The maximum incidence is observed between 20 and 40 years of age, being most of the time self-limited, with a duration between 1 to 5 years, although in up to 20% of patients it can last longer, generating great affectation in the quality of life, academic and/or work performance. The diagnosis of CU is clinical, based on the patient's history and physical examination. Laboratory tests are requested based on the patient's clinical history, and extensive laboratory tests are most often unnecessary. To date, there are no curative treatments for this pathology, and treatment is based on the use of 2nd generation antihistamines, the dose of which can be quadrupled according to response. In patients who are refractory to antihistamines, systemic treatments such as omalizumab, a monoclonal antibody that must be indicated by a specialist, is suggested. The national consensus on the diagnosis and treatment of chronic urticaria is presented below, comprising Parts I and II. The objective of this consensus is to review the diagnostic and therapeutic recommendations for CU based on the experience of expert dermatologist and immunologists belonging to the respective Chilean scientific societies, in relation to the available guidelines and evidence.

Keywords: Angioedema; Clinical Practice Guideline; Urticaria; Urticaria, Chronic; Urticaria, Chronic Inducible.

La urticaria es una patología cutánea frecuente caracterizada por la presencia de habones (ronchas) pruriginosos y/o angioedema. En población general, puede alcanzar una prevalencia de 0.5-1% aproximadamente¹. El habón es una elevación circunscrita de la piel, de forma y dimensiones variables de milímetros a centímetros, con un área edematosa central y eritema periférico, evanescente y pruriginoso¹, mientras que el angioedema hace referencia a un aumento de volumen localizado, que compromete la dermis profunda, tejido subcutáneo y submucoso, secundario al aumento de la permeabilidad vascular². El prurito, eritema y edema de la dermis superficial que están presentes en urticaria son causadas por la activación de los nervios sensoriales, la vasodilatación y el aumento de la permeabilidad vascular, respectivamente³. Cuando el angioedema se asocia a urticaria, afecta principalmente al rostro, en especial a la región palpebral y labial. Hay que destacar que el compromiso de la vía aérea suele ser excepcional². A diferencia del habón, que suele generar prurito y tener una duración menor a 24 horas, el angioedema produce más dolor que prurito y su resolución es más lenta, pudiendo durar hasta 72 horas¹. Sabemos que la urticaria crónica (UC) es una enfermedad debilitante⁴, y pese a que el habón es la lesión cutánea mayormente asociada al cuadro, el angioedema también es frecuente de ver, encontrándose entre el 40% y el 50% de pacientes con urticaria crónica espontánea (UCE)³, e incluso hay un 10% de pacientes que reportan el angioedema como su principal manifestación clínica³.

Según su duración, la urticaria se clasifica en aguda (menor o igual a 6 semanas) y crónica (mayor a 6 semanas)¹. La UC se clasifica a su vez en UCE e inducible (UCInd), dependiendo de si existe o no un estímulo identificable que gatille la sintomatología (Tabla 1)⁵. Si bien la UCE es la forma predominante, afectando a más de 75% de los pacientes, ambos tipos de urticaria pueden coexistir en un mismo individuo³. Para cumplir los criterios de UCE, las lesiones no necesariamente deben presentarse diariamente, basta con que éstas –que recurren espontáneamente– ocurran durante la mayoría de los días de la semana por

más de 6 semanas para confirmar el diagnóstico¹. Pese a que los síntomas surgen independientemente de causas externas, circunstancias como infecciones o altos niveles de estrés pueden afectar la actividad de la enfermedad¹.

El objetivo de este consenso es actualizar la guía chilena de urticaria crónica espontánea del año 2018 y revisar las recomendaciones nacionales basadas en la última evidencia científica, para así facilitar las mejores prácticas clínicas en el manejo de esta patología, con alcance tanto para médicos generales como especialistas³⁷.

Metodología

Se conformó un grupo de trabajo compuesto por médicos inmunólogos y dermatólogos expertos en UC. Se llevaron a cabo reuniones mensuales vía telemática para definir el contenido y las distintas secciones del documento. Se realizó una revisión rigurosa de la literatura actualizada en cuanto a epidemiología, diagnóstico y tratamiento de UC. En cada reunión se discutieron los contenidos de cada sección del documento con la finalidad de llegar a consenso en cuanto a los distintos puntos revisados. Debido a la extensión del documento, se decidió dividirlo en dos partes, parte I de definición, clasificación y diagnóstico; y parte II de fisiopatología, estudio y tratamiento.

Epidemiología y clínica

La prevalencia poblacional estimada para UCE es del 1% aproximadamente, valor que ha ido aumentando en el tiempo⁶, con reportes que evidencian un incremento de entre 2 y 10 veces durante la última década⁷. Una revisión sistemática y meta-análisis recientes informaron una prevalencia general de UC a lo largo de la vida del 4.4% y una prevalencia en un momento dado del 0.7%, que oscila entre el 0.1% en América del Norte y el 0.5% en Europa, llegando hasta el 1.5% y el 1.4% en países de América Latina y Asia, respectivamente⁷. Esta patología afecta tanto a niños como adultos, y suele afectar mayormente a mujeres⁷ alcanzando una prevalencia cercana al 80%^{8,9}, sin embargo, esta diferencia por género no se observa en niños menores a 15 años^{10,11} como tampoco en adultos mayores¹².

Tabla 1. Tipos de urticaria crónica.

Tipos de Urticaria Crónica	Definición	Desencadenante	Subgrupo
Urticaria crónica espontánea (UCE)	Presencia espontánea de habones y/o angioedema por >6 semanas	Sin desencadenante identificable	–
Urticaria crónica inducible (UCInd)	Presencia de habones y/o angioedema >6 semanas	Con desencadenante identificable	Dermografismo sintomático= frotación mecánica. Por frío= exposición al frío. Por calor= contacto con calor. Colinérgica= aumento T° corporal central. Acuagénica= contacto con agua. Por contacto= con estímulo alérgico o no alérgico. Por presión retardada= presión vertical sostenida. Vibratoria= vibración Solar= radiación UV y/o luz visible.

Nota: Adaptado de “Guía clínica chilena de urticaria crónica espontánea” (p. 1335), 2018, Rev Med Chile, 146.

Pese a que la UC afecta principalmente a adultos jóvenes y de mediana edad^{13,14} con una edad media de aparición entre los 20 años y los 40 años^{8,13} estudios recientes sugieren que los niños y adultos mayores se ven afectados en un grado similar. Se ha reportado una prevalencia de UC del 1.4% en menores de 18 años¹⁵ y del 1% en niños menores de 14 años¹⁰. Aún faltan datos sobre pacientes de edad avanzada, pero aquellos mayores de 65 años representan entre el 10% y el 21.7% de los casos de UC¹².

La UC se considera una enfermedad autolimitada, aunque puede durar largo tiempo combinando períodos de remisión y recurrencia. Entre los adultos se estima que más del 20% de los afectados tiene síntomas persistentes por más de cinco años^{16,17} e incluso se ha reportado en

estudios basados en encuestas que la duración de la UCE pudiese llegar a 11.5 +/- 10.8 años¹⁸, con una tasa de remisión en el primer año del 20% al 75%¹⁹ y del 30% al 55% dentro de los primeros 5 años de la enfermedad²⁰. Un 20% a 30% de los pacientes con UCE presenta exacerbaciones tras el consumo de anti-inflamatorios no esteroideos (AINE); de éstos hasta un 10% puede desarrollar además síntomas respiratorios^{21,22}.

A la fecha, no existen tratamientos curativos para esta patología¹, y hasta el 61% de los pacientes con UCE suelen ser refractarios al tratamiento antihistamínico (anti-H1) administrado a la dosis inicial licenciada. Por esto, con el aumento de la dosis del anti-H1 en dos, tres y cuatro veces, se puede obtener un beneficio adicional logrando tasas de éxito que rondan el 45%-55%; sin em-

bargo, cerca del 50% de los pacientes no van a responder y requerirán un enfoque terapéutico distinto²³.

En cuanto a las comorbilidades y externalidades asociadas a la enfermedad, los pacientes con UCE tienen una productividad académica y laboral reducida, así como mayores tasas de comorbilidades psicológicas²⁴. El reciente estudio "Evaluación de la carga económica y humanística de los pacientes con UC espontánea/idiopática (ASSURE-CSU)" demostró que más del 20% de los pacientes con UCE faltan al menos una hora al trabajo por semana, y el deterioro de la productividad general descrito fue del 27%⁹. Además, se incurre en importantes gastos y costos de atención médica para tratar a los pacientes con UCE. Así, esta entidad se asocia con una elevada carga física y económica no sólo para los pacientes y sus familias, sino también para los sistemas de salud⁶.

Respecto a las UCInd, el gran desafío es lograr identificar y confirmar el o los inductores que gatillan los síntomas, con el fin de recomendar estrategias para evitar o minimizar la exposición a estos factores provocadores⁵. El diagnóstico se confirma mediante la realización de pruebas de provocación (Tabla 3).

Las dos formas más comunes de UCInd son el dermatografismo sintomático y la urticaria colinérgica⁵. El dermatografismo ("escritura en la piel") implica la liberación local de histamina generada por la presión aplicada a la piel por cualquier objeto, siendo observado hasta en el 5% de la población general, aunque sólo un pequeño porcentaje requiere atención médica⁵. La urticaria colinérgica, inducida por el aumento de temperatura corporal en forma activa o pasiva (con aumento de la temperatura central), también es común y representa aproximadamente el 5% de todos los casos de UC y hasta el 30% de la UCInd²⁵. A su vez, la urticaria por ejercicio puede ocurrir en pacientes con urticaria colinérgica o en un grupo específico de pacientes con urticaria/anafilaxia inducida por ejercicio⁵. En este último grupo es importante descartar si es que la actividad física actúa como un cofactor sobre una alergia alimentaria de base²⁶.

Se ha informado que las UCInd tienen una

tasa de resolución más baja que la UCE²⁰ y que en solo el 13 % al 50% de los pacientes con UCInd los síntomas remiten en uno y cinco años, respectivamente²⁷. Por ejemplo, la urticaria solar puede persistir por 5 años en más de 50% de los pacientes²⁸, y la urticaria por frío todavía está presente en más del 25% de los casos después de 10 años del debut de la enfermedad²⁹.

Clasificación

Ya se ha mencionado que la urticaria se clasifica en aguda o crónica dependiendo del tiempo en que se manifiestan los síntomas, siendo crónica si es mayor a 6 semanas. La UC puede subclasificarse en UCE, en la que las ronchas y/o el angioedema son en su mayoría espontáneas sin desencadenantes identificables consistentes, y en UCInd, en la que las ronchas y/o el angioedema son inducidas consistentemente por desencadenantes físicos (urticarias físicas) u otros agentes no físicos (es decir, urticaria colinérgica, urticaria acuagénica y urticaria de contacto). Actualmente no se dispone de una estimación poblacional general de la prevalencia de UCInd, sin embargo, investigaciones hospitalarias sugieren que comprenderían entre el 8% y el 33% de los casos de UC³⁰.

Como ya se ha mencionado, los dos tipos de UCInd más frecuentes son el dermatografismo sintomático y la urticaria colinérgica, representando del 3%-27% y 4%-11% de los casos de urticaria física, respectivamente^{6,31}.

La urticaria colinérgica, descrita por primera vez por Duke en 1924, se manifiesta como ronchas puntiformes, pruriginosas con eritema circundante, en su mayoría perifoliculares. Éstas aparecen por la sudoración inducida con el aumento en la temperatura corporal central, que ocurre en respuesta a saunas, baños calientes, ejercicio físico y/o estrés emocional. Su duración suele ser breve, resolviendo los síntomas rápidamente (en menos de 1 hora), sin embargo, la mayoría de los pacientes suelen tener gran afectación de su calidad de vida, ya que los síntomas pueden iniciar con prurito, sensación dolorosa punzante y/o hormigueo en situaciones recreativas y deportivas de su día a día³².

La urticaria por frío es una forma común de

UCInd caracterizada por el desarrollo de habones, angioedema o ambos en respuesta a la exposición al frío. La clasificación incluye subtipos típicos y atípicos, en que incluso puede haber desarrollo de anafilaxia. El diagnóstico se basa en la anamnesis del paciente y las pruebas de provocación con frío (TempTest® y/o test de cubo de hielo)³³.

La urticaria acuagénica es una afección muy poco frecuente en la que la urticaria se desarrolla después del contacto directo de la piel con el agua. En algunos pacientes la salinidad del agua pudiese ser importante, donde las reacciones pueden ocurrir sólo en contacto con agua del grifo o agua de mar. Las mujeres parecieran tener una incidencia ligeramente mayor que los hombres y la edad de inicio es durante la pubertad. También se han informado casos familiares. Aunque el mecanismo fisiopatogénico de la degranulación de los mastocitos y liberación de histamina inducida por agua no está claro, la activación de la vía colinérgica es esencial en la patogénesis de la urticaria acuagénica³⁴.

Métodos diagnósticos, clinimetría y seguimiento clínico

La solicitud de exámenes en UCE se basa en la evaluación de 7 objetivos (7C):

- Confirmar o descartar diagnóstico diferencial
- Causas: buscar indicadores de UCE autoalérgica o por autoinmunidad Tipo IIb
- Cofactores: factores gatillantes o agravantes
- Comorbilidad: evaluar potenciales patologías asociadas
- Consecuencias: efectos
- Componentes: biomarcadores o predictores de respuesta a tratamiento
- Curso: monitorizar la actividad de la UC^{35,36}.

La solicitud de exámenes de laboratorio debe realizarse de manera individualizada según el cuadro clínico de cada paciente (Tabla 2), sin embargo, para descartar patologías sistémicas, se recomiendan algunos exámenes básicos de rutina en todos ellos^{35,37,38}.

En casos de UCE de larga data con síntomas más severos, se sugieren además exámenes extendidos

para descartar otras patologías asociadas^{6,35,37}.

El hemograma suele ser normal en UCE, sin embargo, la presencia de eosinopenia <50 céls/ml (presente hasta en el 10% de pacientes con UCE) y basopenia, se asociarían a enfermedad más severa, presencia de autoinmunidad y peor respuesta a anti-H1 de segunda generación y omalizumab^{3,6,38}.

La proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación (VHS) habitualmente son normales, pero una elevación significativa de éstas se puede asociar a enfermedad más severa y menor respuesta a anti-H^{13,38,39}. En estos casos, se deben descartar patologías asociadas (enfermedades sistémicas, reumatológicas, autoinmunes, infecciosas, neoplasias y síndromes autoinflamatorios)^{6,36} y se recomienda complementar el estudio con anticuerpos antinucleares (ANA), niveles de crioglobulinas, serología virus hepatitis B, virus hepatitis C, VIH, CH50 y electroforesis de proteínas séricas, esta última en pacientes adultos mayores de 40 años.

Finalmente, con respecto a la biopsia de piel, ésta se debe solicitar en caso de habones que duren más de 24 hrs, duelen o ardan, dejen hiperpigmentación residual, o en caso de síntomas sistémicos donde se sospeche enfermedades autoinmunes o síndromes autoinflamatorios.

Test de provocación en UC inducible

En cuanto al diagnóstico de las UCInd, éste se basa en una anamnesis exhaustiva, solicitud individualizada de exámenes de laboratorio y la ejecución del test de provocación correspondiente, con el fin de determinar el desencadenante y objetivar el umbral de activación para cada tipo de urticaria, de modo de medir el nivel de actividad de la enfermedad y monitorizar la respuesta a tratamiento³⁵. Las características y test de provocación para cada tipo de UCInd se presentan en la Tabla 3.

Evaluación de la actividad de la UC

Existen distintas herramientas, basadas en la percepción del paciente, para evaluar la actividad de la enfermedad³⁵. Los resultados reportados por el paciente (o en inglés: Patient Reported Outcomes Measures - PROMS), son instrumentos validados

Tabla 2. Exámenes diagnósticos en UCE.

Exámenes básicos	Estudio extendido según patología de base		Diagnóstico diferencial	
Hemograma con VHS y/o PCR IgE total ANA	AE sin urticaria:	C4, Inhibidor de C1 cuantitativo y funcional, C1 q	Sospecha Mastocitosis:	Triptasa sérica
	Sospecha patología tiroidea:	TSH, Anticuerpos antitiroideos	Sobre 40 años:	Electroforesis de proteínas séricas
	Sospecha enfermedades infecciosas:	ej: VIH, Sífilis, Parasitológico seriado, Coprocultivo ^a	Sospecha Vasculitis urticarial:	Biopsia de piel

VHS: Velocidad de Sedimentación; PCR: Proteína C Reactiva; IgE: Inmunoglobulina E; ANA: anticuerpos antinucleares; AE: angioedema; TSH, Hormona tiroestimulante; VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana. ^aSólo en caso de sospecha clínica de infección gastrointestinal.

que se usan para medir actividad, impacto y control de la enfermedad. El Urticaria Activity Score 7 (UAS7) y el Urticaria Control Test (UCT) son los dos cuestionarios mayormente utilizados en la práctica clínica, ya que permiten objetivar severidad y respuesta a tratamiento.

UAS-7: ha sido desarrollado para evaluar la gravedad y el control de la enfermedad. Evalúa la gravedad del prurito (0-3 puntos) y el número de ronchas (0-3 puntos), los que se registran diariamente, una semana antes de la consulta médica. Una puntuación menor o igual a 6 indica control de la enfermedad, mientras que una puntuación mayor a 28 indica enfermedad grave (puntuación máxima 42)^{37,40,41,42}.

UCT: se ha desarrollado para evaluar el control de la enfermedad. Contiene 4 ítems, con 5 opciones de respuesta cada una, con una puntuación de 0 a 4 puntos, y los puntos altos indican una baja actividad de la enfermedad y un buen control de ésta. Las puntuaciones mínimas y máximas varían de 0 a 16, indicando este último un control completo de la enfermedad^{35,41}.

Otros cuestionarios disponibles incluyen el CU-Q2oL, que es una encuesta de calidad de vida^{40,41,43}, el Índice de severidad de urticaria que

evalúa medidas de calidad de vida relevantes para la UC, además de la cantidad y tipo de medicamento requerido para controlar los síntomas, y otros como la Puntuación de interferencia de actividad semanal o el Índice de actividad de angioedema⁴¹.

Diagnóstico diferencial

Los habones y/o angioedema pueden estar presentes en otras patologías^{44,45}, por lo que es importante considerar ampliar el estudio teniendo en cuenta el diagnóstico diferencial en urticaria, donde clínicamente puede haber similitudes, pero con un trasfondo fisiopatológico diferente. De esta manera, frente a un paciente con habones de comportamiento atípico, por ejemplo, que duren más de 24 horas, duelan y/o dejen hiperpigmentación residual; que curse con angioedema aislado, con compromiso del estado general, artralgias, entre otros, se debe sospechar un diagnóstico distinto a UC y éste debe ser estudiado de manera dirigida. En la Tabla 4 se resumen las principales patologías a considerar.

En pacientes que únicamente presentan habones sin angioedema, deben sospecharse síndromes autoinflammatorios³⁵, tales como síndrome de Schnitzler o síndromes periódicos asociados a criopirinas.

Tabla 3. Exámenes de provocación para el diagnóstico de UC inducibles.

Tipo de UCInd	Desencadenante	Subtipos de enfermedades reconocidas	Test de provocación recomendado	Tiempo de los síntomas tras la exposición
Dermografismo sintomático	Fuerza sobre la piel		Fric test o dermatógrafo	5-10 min
Urticaria por presión retardada	Aplicación de presión sostenida sobre la piel		Dermatógrafo o suspensión de peso de 5 kg en antebrazo u hombro	6-8 hr
Urticaria por frío	Exposición de la piel con frío	Urticaria por frío típica Urticaria por frío atípica (p. ej., urticaria por frío atípica sistémica, urticaria por frío localizada, urticaria refleja por frío localizada, urticaria por frío retardada, urticaria colinérgica inducida por frío y dermatografismo dependiente del frío)	TempTest, test de cubo de hielo	5-10 min
Urticaria por calor	Exposición de la piel al calor	Urticaria por calor localizada inmediata, generalizada inmediata y localizada tardía	TempTest	5-10 min
Urticaria colinérgica	Aumento de la temperatura central corporal (activo/pasivo)		Máquina de ejercicio (trotadora, bicicleta) o baños calientes	5-10 min
Urticaria solar	Exposición de la piel a longitudes de onda específicas de radiación electromagnética solar.		Fuente luz visible, UVB y UVA	5-10 min
Urticaria acuagénica	Exposición de la piel al agua		Toalla húmeda a 35-37 °C	5-10 min
Urticaria vibratoria	Exposición a fuente vibratoria	Angioedema vibratorio hereditario Angioedema vibratorio adquirido	Vórtex	5-10 min
Urticaria de contacto			Prick by prick test	Minutos a días

Tabla 4. Diagnóstico diferencial en urticaria crónica.

Mastocitosis cutánea maculo-papular (urticaria pigmentosa)
Urticaria vasculítica
Angioedema mediado por bradiquinina
Síndromes auto-inflamatorios: Schnitzler, Síndromes periódicos asociados a criopirinas
Síndrome de Wells (celulitis eosinofílica)
Penfigoide buloso (fase preampollar urticarial)
Síndrome de Still del adulto
Dermatosis neutrofílica urticarial

En general, las ronchas en estos pacientes son refractarias a los anti-H1 y pueden asociarse a la dermatosis neutrofílica urticarial, en cuya biopsia hay leucocitoclasia, pero sin vasculitis⁴⁶.

En la urticaria vasculítica los habones suelen durar más de 24 horas en el mismo sitio, pican y/o duelen, y dejan hiperpigmentación postinflamatoria. La biopsia es confirmatoria, demostrando vasculitis con leucocitoclasia, depósito de fibrina y extravasación de eritrocitos⁴⁵.

Cuando los pacientes presentan de manera recurrente solo angioedema, sin ronchas o habones, deben excluirse en el diagnóstico diferencial angioedema hereditario y aquellos angioedemas mediados por bradiquinina, como aquellos secundarios al uso de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina³⁵.

Finalmente, la urticaria pigmentosa es otra patología similar de urticaria que se presenta en niños. Corresponde a una forma de mastocitosis cutánea caracterizada por la presencia de múltiples y grandes placas habonosas polimorfas, asalmonadas o marrones, pruriginosas, que se vuelven evidentes tras el roce de la lesión (signo de Darier). Las lesiones cutáneas pueden estar desde el nacimiento, pero su mayor frecuencia es en niños de 2 años aproximadamente. No tiene compromiso sistémico y tiende a la resolución espontánea en la adolescencia hasta en un 60% de los pacientes⁴⁷.

Conclusión

La UC afecta, a lo largo de la vida, al 1% de la población general, siendo más frecuente en mujeres jóvenes. Se caracteriza por la aparición recurrente de habones y/o angioedema, y la duración del cuadro resulta impredecible, aunque tiende a resolverse espontáneamente después de algunos meses-años, sin dejar secuelas. Si bien no existe un tratamiento curativo, las estrategias terapéuticas actuales incluyen el uso de antihistamínicos de segunda generación, omalizumab (junto a otros tratamientos biológicos) y ciclosporina que permiten mejorar la calidad de vida de quienes la padecen. Los avances en el diagnóstico, como el uso de prueba de provocación para las formas inducibles, y la implementación de herramientas de evaluación como el UAS7 y el UCT, facilitan un mejor manejo clínico de esta patología. En la Parte II de esta guía se hará mención a la fisiopatología de la enfermedad, el uso de biomarcadores y los últimos tratamientos disponibles.

Referencias

1. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B, et al. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2018; 73(7): 1393-1414.
2. Dreyfus DH. *Differential Diagnosis of Chronic Urticaria and Angioedema Based on Molecular Biology*, Pharma-

- cology, and Proteomics. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2017; 37(1): 201-215.
3. Kaplan A, Lebwohl M, Giménez-Arnau AM, Hide M, Armstrong AW, Maurer M. Chronic spontaneous urticaria: Focus on pathophysiology to unlock treatment advances. *Allergy*. 2023; 78(2): 389-401.
 4. Saini SS, Kaplan AP. Chronic Spontaneous Urticaria: The Devil's Itch. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2018; 6(4): 1097-106.
 5. Lang DM. Chronic Urticaria. *New England Journal of Medicine*. 2022; 387(9): 824-831.
 6. Kolkhir P, Giménez-Arnau AM, Kulthanan K, Peter J, Metz M, Maurer M. Urticaria. *Nat Rev Dis Primers*. 2022; 8(1): 61.
 7. Fricke J, Ávila G, Keller T, Weller K, Lau S, Maurer M, et al. Prevalence of chronic urticaria in children and adults across the globe: Systematic review with meta-analysis. *Allergy*. 2020; 75(2): 423-432.
 8. Maurer M, Houghton K, Costa C, Dabové F, Ensina LF, Giménez-Arnau A, et al. Differences in chronic spontaneous urticaria between Europe and Central/South America: Results of the multi-center real world AWARE study. *World Allergy Organization Journal*. 2018; 11: 32.
 9. Maurer M, Abuzakouk M, Bérard F, Canonica W, Oude Elberink H, Giménez-Arnau A, et al. The burden of chronic spontaneous urticaria is substantial: Real-world evidence from ASSURE CSU. *Allergy*. 2017; 72(12): 2005-2016.
 10. Caffarelli C, Paravati F, El Hachem M, Duse M, Bergamini M, Simeone G, et al. Management of chronic urticaria in children: A clinical guideline. *Ital J Pediatr*. 2019; 45(1): 101.
 11. Fricke J, Ávila G, Keller T, Weller K, Lau S, Maurer M, et al. Prevalence of chronic urticaria in children and adults across the globe: Systematic review with meta-analysis. *Allergy*. 2020; 75(2): 423-432.
 12. Magen E, Mishal J, Schlesinger M. Clinical and laboratory features of chronic idiopathic urticaria in the elderly. *Int J Dermatol*. 2013; 52(11): 1387-1391.
 13. Gonçalves M, Giménez-Arnau A, Al-Ahmad M, Ben-Shoshan M, Bernstein JA, Ensina LF, et al. The global burden of chronic urticaria for the patient and society. *British Journal of Dermatology*. 2021; 184(2): 226-236.
 14. Thomsen SF, Pritzler EC, Anderson CD, Vaugelade-Baust N, Dodge R, Dahlborn A-K, et al. Chronic urticaria in the real-life clinical practice setting in Sweden, Norway and Denmark: Baseline results from the non-interventional multicentre AWARE study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2017; 31(6): 1048-155.
 15. Balp M, Weller K, Carboni V, Chirilov A, Papavassilis C, Severin T, et al. Prevalence and clinical characteristics of chronic spontaneous urticaria in pediatric patients. *Pediatric Allergy and Immunology*. 2018; 29(6): 630-636.
 16. Beltrani VS. An Overview of Chronic Urticaria. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2002; 23(2): 147-170.
 17. Saini SS. Basophil responsiveness in chronic urticaria. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2009; 9(4): 286-290.
 18. Maurer M, Staubach P, Raap U, Richter-Huhn G, Baier-Ebert M, Chapman-Rothe N. ATTENTUS, a German online survey of patients with chronic urticaria highlighting the burden of disease, unmet needs and real-life clinical practice. *British Journal of Dermatology*. 2016; 174(4): 892-894.
 19. Eun SJ, Lee JY, Kim DY, Yoon HS. Natural course of new-onset urticaria: Results of a 10-year follow-up, nationwide, population-based study. *Allergology International*. 2019; 68(1): 52-58.
 20. Kozel MMA, Mekkes JR, Bossuyt PMM, Bos JD. Natural course of physical and chronic urticaria and angioedema in 220 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2001; 45(3): 387-391.
 21. Shah RH, Kuder MM, Lang DM. Anaphylaxis to Drugs, Biological Agents, and Vaccines. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2022; 42(1): 121-144.
 22. Cook KA, White AA. Chronic Urticaria with NSAID-Exacerbated Cutaneous Disease: A (NSAID) Challenge Worth Taking. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020; 8(10): 3584-3585.
 23. Guillén-Aguinaga S, Jáuregui Presa I, Aguinaga-Ontoso E, Guillén-Grima F, Ferrer M. Updosing non-sedating antihistamines in patients with chronic spontaneous urticaria: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Dermatology*. 2016; 175(6): 1153-1165.
 24. Mendelson MH, Bernstein JA, Gabriel S, Balp MM, Tian H, Vietri J, et al. Patient-reported impact of chronic urticaria compared with psoriasis in the United States. *Journal of Dermatological Treatment*. 2017; 28(3): 229-236.
 25. Lang DM, Hsieh FH, Bernstein JA. Contemporary approaches to the diagnosis and management of physical urticaria. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. 2013; 111(4): 235-241.
 26. Feldweg AM. Food-Dependent, Exercise-Induced Anaphylaxis: Diagnosis and Management in the Outpatient Setting. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2017; 5(2): 283-288.
 27. Silpa-archa N, Kulthanan K, Pinkaew S. Physical urticaria: Prevalence, type and natural course in a tropical country. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2011; 25(10): 1194-1199.
 28. Pérez-Ferriols A, Barnadas M, Gardeazábal J, de Argila D, Carrascosa JM, Aguilera P, et al. Urticaria solar. Epidemiología y fenotipos clínicos en una serie española de 224 pacientes. *Actas Dermosifiliogr*. 2017; 108(2): 132-139.
 29. Deza G, Brasileiro A, Bertolin-Colilla M, Curto-Barredo L, Pujol RM, Giménez-Arnau AM. Acquired cold urticaria: Clinical features, particular phenotypes, and disease course in a tertiary care center cohort. *J Am Acad Dermatol*. 2016; 75(5): 918-924.e2.
 30. McSweeney SM, Christou EAA, Maurer M, Grattan CE, Tziotziou C, McGrath JA. Physical urticaria: Clinical features, pathogenesis, diagnostic work-up, and management. *J Am Acad Dermatol*. 2023; 89(2): 324-337.
 31. Ritzel D, Altrichter S. Chronic Inducible Urticaria. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2024; 44(3): 439-452.
 32. Fukunaga A, Oda Y, Imamura S, Mizuno M, Fukumoto T,

- Washio K. Cholinergic Urticaria: Subtype Classification and Clinical Approach. *Am J Clin Dermatol*. 2023; 24(1): 41-54.
33. Maltseva N, Borzova E, Fomina D, Bizjak M, Terhorst-Molawi D, Košnik M, et al. Cold urticaria – What we know and what we do not know. *Allergy*. 2021; 76(4): 1077-1094.
 34. Pozderac I, Lugović-Mihić L, Artuković M, Stipić-Marković A, Kuna M, Ferček I. Chronic inducible urticaria: classification and prominent features of physical and non-physical types. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*. 2020; 29(3): 141-148.
 35. Zuberbier T, Abdul Latiff AH, Abuzakouk M, Aquilina S, Asero R, Baker D, et al. The international EAACI/GA2LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*. 2022; 77(3): 734-766.
 36. Metz M, Altrichter S, Buttgereit T, Fluhr JW, Fok JS, Hawro T, et al. The Diagnostic Workup in Chronic Spontaneous Urticaria-What to Test and Why. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2021; 9(6): 2274-2283.
 37. Aguilera-Insunza R, Correa H, Díaz C, Marinovic MA, Valenzuela F. Guía clínica chilena de urticaria crónica espontánea. *Rev Med Chil*. 2018; 146(11): 1334-1342.
 38. Kolkhir P, Church MK, Altrichter S, Skov PS, Hawro T, Frischbutter S, et al. Eosinopenia, in Chronic Spontaneous Urticaria, Is Associated with High Disease Activity, Autoimmunity, and Poor Response to Treatment. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020; 8(1): 318-325.e5.
 39. Asero R, Cugno M. Biomarkers of chronic spontaneous urticaria and their clinical implications. *Expert Rev Clin Immunol*. 2021; 17(3): 247-254.
 40. Aguilar N, Segura N, Lugo-Reyes S. Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (Cu-Q2 Ol) and Urticaria Activity Score (UAS). *World Allergy Organization Journal*. 2012; 5(Suppl 2): s193.
 41. Antia C, Baquerizo K, Korman A, Alikhan A, Bernstein JA. Urticaria: A comprehensive review. *J Am Acad Dermatol*. 2018; 79(4): 617-633.
 42. Katelaris CH, Lima H, Marsland A, Weller K, Shah A, Waserman S. How to Measure Disease Activity, Impact, and Control in Patients with Recurrent Wheals, Angioedema, or Both. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2021; 9(6): 2151-2157.
 43. Baiardini I, Fasola S, Maurer M, Weller K, Canonica GW, Braido F. Minimal important difference of the Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire (CU-Q2oL). *Allergy*. 2019; 74(12): 2542-2544.
 44. Peter J, Krause K, Staubach P, Wu MA, Davis M. Chronic Urticaria and Recurrent Angioedema: Clues to the Mimics. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2021; 9(6): 2220-2228.
 45. Marzano AV, Maronese CA, Genovese G, Ferrucci S, Moltrasio C, Asero R, et al. Urticarial vasculitis: Clinical and laboratory findings with a particular emphasis on differential diagnosis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2022; 149(4): 1137-1149.
 46. Gusdorf L, Lipsker D. Neutrophilic urticarial dermatosis: An entity bridging monogenic and polygenic autoinflammatory disorders, and beyond. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2020; 34(4): 685-690.
 47. Macri A, Cook C. Urticaria Pigmentosa. *StatPearls*; 2024.