

# URTICÁRIA: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Luciana Maria Berardi Cioffi  
Francisca Sperb Indrusiak  
Sergio Antonio Curcio Celia

## UNITERMOS

URTICÁRIA; HISTAMINA; MASTÓCITOS; ANTI-HISTAMÍNICOS; ANGIOEDEMA.

## KEYWORDS

*URTICARIA; HISTAMINE; MAST CELL; ANTIHISTAMINES; ANGIOEDEMA.*

## SUMÁRIO

A urticária apresenta-se com diversas formas clínicas e causas distintas. Constitui uma das dermatoses mais frequentes: 15% a 20% da população têm pelo menos um episódio agudo da doença em sua vida. A urticária é classificada do ponto de vista de duração da evolução temporal em aguda (inferior a seis semanas) ou crônica (superior a seis semanas). O tratamento da urticária pode compreender medidas não farmacológicas e intervenções medicamentosas, as quais são agrupadas em tratamentos de primeira (anti-histamínicos), segunda (corticosteróides e antileucotrienos) e terceira linha (medicamentos imunomoduladores). Essa entidade clínica acarreta importante perda na qualidade de vida e deve ser prontamente tratada pelo profissional de saúde.

## SUMMARY

The urticaria presents itself with diverse clinical forms and distinct causes. It is one of the most common dermatosis: 15% to 20% of the population has at least one acute episode of illness in their life. Urticaria is classified based on its temporal evolution as acute (less than 6 weeks) or chronic (more than 6 weeks). Management strategies may involve nonpharmacological measures and drug interventions, which are grouped into first-(antihistamines), second (corticosteroids and antileukotrienes) and third-line therapies (immunomodulators). This clinical entity has a major loss in quality of life and should be promptly treated by a health professional.

## INTRODUÇÃO

A urticária é uma dermatose comum que ocorre como manifestação clínica de vários mecanismos imunológicos e inflamatórios, ou pode ser idiopática. É caracterizada pelo aparecimento de pápulas eritematosas, edematosas, superficiais e bem definidas, chamadas de urticas, efêmeras e acompanhadas de prurido. É comum a lesão urticariforme aparecer associada ao angioedema. O angioedema apresenta maior área edemaciada e envolve a derme e o tecido subcutâneo, sendo profundo e mal definido.<sup>1,2</sup>

## EPIDEMIOLOGIA

É muito comum, aproximadamente um quinto da população tem ou teve urticária. A mulher é mais afetada do que o homem (2:1). Aparece em qualquer idade, porém sua maior frequência ocorre entre os 20-50 anos.<sup>3</sup>

## ETIOLOGIA

- 
- Alimentos: frutas, frutos do mar, castanhas, condimentos, chá, chocolate produtos laticínicos.
  - Drogas: antibióticos (penicilinas e sulfonamidas), inibidores da ECA, ácido acetilsalicílico, antiinflamatórios não hormonais, morfina e codeína.
  - Idiopática
  - Hemoderivados
  - Radiocontrastes
  - Infecções virais e doenças febris
  - Picada de abelha e vespa
- 

\*Adaptado de Criado.

## Patogenia

A principal célula envolvida na patogenia da urticária é o mastócito, que, ao degranular-se, libera diversos mediadores, sendo o principal a histamina, responsável pela urtica. Esses mediadores são pré-formados e acumulam-se em grânulos no citoplasma dos mastócitos, e são liberados em resposta a estímulos diversos. Após a liberação de mediadores, o eritema inicial ocorre pela dilatação de capilares na derme superficial, o edema, por extravasamento de fluidos para o interstício e o eritema secundário, por dilatação arteriolar mediada por reflexos axonais.<sup>4</sup>

**Quadro 1 - Classificação Das Urticárias**

<b>Espontâneas</b>	<b>Físicas</b>	<b>Tipos especiais</b>
-Aguda (< 6 semanas) -Crônica (> 6 semanas)	- Dermografismo - De pressão tardia - Pelo frio - Pelo calor - Solar - Vibratória	- Colinérgica - Adrenérgica - De contato - Aquagênica

Adaptado de Burns.

### **Manifestação Cutânea**

Lesões cutâneas urticariformes bem definidas, pequenas (<1cm) e grandes (>8cm), eritematosas ou brancas, com um halo eritematoso, redondo, oval, acríforme, anular ou serpinginoso, devido à confluência e resolução em uma área e progressão em outra. As lesões são pruriginosas e transitórias. A distribuição é regional ou generalizada.<sup>2</sup>

### **Diagnóstico**

O diagnóstico clínico das urticárias não apresenta dificuldades. A história detalhada do doente e o exame físico completo são fundamentais para o diagnóstico etiológico das urticárias. Exames laboratoriais e testes de provocação orientados pela anamnese e exame físico complementam a investigação. A suspeita de que tal quadro clínico seja a apresentação inicial de uma crise anafilática deve ser levado em consideração na avaliação inicial.<sup>4</sup> A biópsia de pele está indicada na investigação de alguns casos de urticária crônica, principalmente, quando houver suspeita de urticária vasculite, ou seja, lesões com duração maior que 24 horas e doloridas, que não desaparecem à digitopressão.<sup>3</sup>

### **Diagnóstico Diferencial**

Na maioria das vezes não há dificuldade para o diagnóstico sindrômico das urticárias. Entretanto, quando está associada com outras lesões cutâneas, ou quando sua duração é mais persistente, sem prurido ou com edema mais profundo, o diagnóstico pode se tornar mais difícil. O diagnóstico diferencial deve ser feito com as seguintes enfermidades: eritema multiforme, exantema maculopapular, eritema marginatum, eritema anular, tinea corporis, penfigoide bolhoso, pênfigo, dermatite herpetiforme, sífilis secundária, prurigo estrófulo, mastocitose, vasculites, poliartrite, lúpus eritematoso, erupções morbiliformes a droga, entre outros.<sup>5</sup>

## Urticária na Infância

As formas agudas costumam ser idiopáticas, físicas, desencadeadas por infecções ou por ingestão de alérgenos, sejam alimentares ou medicamentos. Casos crônicos na infância são excessivamente investigados- muitas vezes, sem embasamento clínico. A urticária autoimune também ocorre na faixa etária pediátrica. Autoanticorpos tireoideanos podem ser positivos mesmo em estado eutireoideo. O curso natural dos casos crônicos é a remissão após alguns anos.<sup>6</sup>

### Tratamento

Aproximadamente dois terços dos casos de urticária apresentam-se como quadros autolimitados e de resolução espontânea. Portanto, o manejo inicial da urticária objetiva o alívio do prurido.<sup>7</sup>

#### Quadro 2 - Tratamento Medicamentoso

Primeira Linha: Anti-histamínicos de Segunda geração	Quadro agudo
Segunda Linha: Corticóides orais Antileucotrienos	Exacerbações importantes Resposta incompleta
Terceira Linha: Imunomoduladores	Casos refratários

Adaptado de Zuberbier.

Os anti-histamínicos de primeira geração podem ser usados caso a resposta ao tratamento inicial não seja satisfatória. Devido a suas propriedades sedativas são administrados à noite. As medidas terapêuticas de segunda e terceira linha apresentam maiores efeitos adversos, devendo ser reservadas aos doentes que não apresentaram controle da doença com os de primeira linha, ou àqueles a respeito dos quais não é possível estabelecer uma etiologia, tal como nas urticárias auto-ímmunes.<sup>3</sup>

#### Quadro 3 - Orientações Gerais ao Paciente

- Remover a causa identificada.
- Explicação sobre a doença.
- Reduzir o estresse emocional, o sobreaquecimento do corpo e a ingestão alcoólica.
- Evitar o uso de ácido acetilsalicílico, antiinflamatórios não hormonais, codeína e morfina.
- Pacientes com angioedema devem evitar inibidores da ECA.
- Dietas de exclusão, se a anamnese sugerirnexo causal.

Adaptado de Criado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade de vida em pacientes com urticária é gravemente afetada, logo, o manejo dessa afecção deve ser prontamente iniciado e envolve a cooperação entre médico e paciente. O tratamento visa a resolução total dos sintomas e a prevenção da recorrência dos mesmos.<sup>8</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Grattan CEH, Kozba Black A. Urticaria and mastocytosis. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, et al. Rook's Textbook of Dermatology. 8<sup>nd</sup>. New Jersey: Wiley-Blackwell; 2010. p. 949-84.
2. Soter NA. Urticária e angioedema. In: Freedberg IM et al. Fitzpatrick: tratado de dermatologia. 5<sup>nd</sup> ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2005. p. 1409-19.
3. Fraça AT, et al. Urticária e angioedema: diagnóstico e tratamento. 2<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2006.
4. Criado PR, Criado RFJ, Maruta CW et al. Urticária. An Bras Dermatol. 2005;80:613-30.
5. Brodell LA, et al. Differential diagnosis of chronic urticaria. Ann Allergy Asthma Immunol. 2008; 100:181-8.
6. Oranje AP. Management of urticarial and angioedema in children: new trends. G Ital Dermatol Venereol. 2010;145:771-4.
7. Breno SM, Nadel FM, Alessandrini EA. A survey of emergency department management of acute urticaria in children. Pediatr Emerg Care. 2007;23:862.
8. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, et al. EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline: management of urticarial. Allergy. 2009; 64:1417-26.