

Urticária: Diagnóstico e Tratamento

Urticaria: Diagnosis and Treatment

Resumo

Introdução: A urticária é uma condição comum, porém complexa e de alta frequência na população mundial, com profundo impacto na qualidade de vida dos pacientes acometidos e seus familiares. O conhecimento mais abrangente dos mecanismos envolvidos na patogênese da urticária permite uma melhor compreensão dos seus diferentes subtipos e uso de medidas terapêuticas corretas. Porém, em alguns casos o seu manejo permanece sendo um desafio.

Objetivo: Revisar os conceitos atuais de urticária, definir os critérios para classificação e diagnóstico e estabelecer conduta terapêutica de acordo com os diferentes subtipos. **Método:** Revisão não sistemática da literatura médica nacional e internacional disponível no MEDLINE por meio de busca no PubMed, referentes aos anos de 1999 a 2008. Idiomas: português e inglês. **Conclusões:** A urticária aguda é uma enfermidade comum na infância sendo a anamnese e o exame físico detalhados essenciais para o seu diagnóstico etiológico. O curso da doença na maioria dos casos é rápido. Já a forma crônica é rara e embora muitas vezes o seu diagnóstico etiológico seja difícil à resolução ocorre em 25% dos casos após três anos de duração da doença. Os vários tipos de anti-histamínicos continuam sendo a droga de primeira linha para o tratamento sintomático da urticária.

Palavras-chave: Urticária, Angioedema, Criança, Literatura de revisão

Summary

Introduction: Urticaria is a common condition, however complex of high frequency in the world population, with profound impact in the quality of life of the affected patients and their relatives. An increasing understanding of the mechanisms involved in the pathogenesis of urticaria has allowed a better understanding of its different subtypes and the use of correct therapeutically measures. However, in some cases its management remains a challenge.

Objective: Revise the today concepts of urticaria, define the criteria for classification and diagnosis and establish therapeutically measures in accordance with the different subtypes. **Method:** A non-systematic revision of the national and international medical literature available on MEDLINE by means of search in the Pub Med, referring to the years of 1999 to 2008. Idioms: Portuguese and English. **Conclusion:** Acute urticaria is a common condition in childhood, being its history and detailed physical examination essential to its etiological diagnosis. The course of illness is fast in most of the cases. On the other hand, the chronic form is rare, and although its etiological diagnosis is difficult sometimes its remission occurs in 25% of the cases after three-year disease duration. Antihistamines of various types continue to represent the first line of symptomatic treatment for urticaria.

Keywords: Urticaria, Angioedema, Child, Review literature

Solange Oliveira Rodrigues Valle¹

¹ Mestre em Imunologia (médica)

Endereço para correspondência

Rua Miguel Lemos, 44 sl 1002 Copacabana
Rio de Janeiro - RJ
22071-000

Introdução

A urticária é uma enfermidade comum e descrita desde a antiguidade. A medicina Chinesa a referia como “Wind-rash-patch” e na medicina ocidental tem sido descrita como uma entidade clínica distinta desde Hipócrates. É uma afecção comum na infância, entretanto, existem poucos estudos nesta população. Consiste de lesões eritemato-papulosa, pruriginosas, isoladas ou agrupadas, fugazes, geralmente circulares, podendo variar em forma e tamanho, desaparecendo a vitropressão. As lesões podem ocorrer em qualquer região da pele e das mucosas, sendo conseqüentes a vasodilatação e ao edema da derme superficial, estando geralmente associadas com prurido intenso.⁽¹⁾



A urticária pode ocorrer isoladamente, 40 % dos casos, ou estar associada ao angioedema, como ocorre em 50% dos pacientes.⁽²⁾ O angioedema, inicialmente chamado de urticária gigante ou edema angioneurótico, resulta de edema na derme profunda e tecidos subcutâneo e submucoso, acometendo frequentemente as pálpebras e os lábios. As lesões são geralmente assimétricas com pouco ou nenhum prurido, podendo ser dolorosas ou apresentar sensação

de queimação ou ardência e duram entre 24 e 72 horas⁽³⁾.



Não existe diferença significativa quanto à etiologia e patogenia da urticária e o angioedema, com exceção do angioedema hereditário e o angioedema pelo inibidor da enzima conversora de angiotensina.

O sexo feminino é mais acometido que o masculino, em uma proporção de 2:1.⁽⁴⁾

A urticária é classificada arbitrariamente em duas formas: aguda e crônica. Na forma aguda os episódios duram de poucos dias até seis semanas, sendo o

fator etiológico identificado na maioria das vezes. O quadro clínico pode estar associado a outras manifestações extra cutâneas e surgir logo após a exposição ao agente causador. Na forma crônica, as lesões podem estar presentes diariamente ou quase diariamente, permanecendo menos de vinte quatro horas por um período superior a seis semanas. Nesta forma a identificação da etiologia é mais difícil, uma vez que diferentes enfermidades têm a urticária como primeira manifestação clínica.⁽⁴⁾ Quando o agente etiológico não é identificado pela história clínica, exames físico e laboratoriais, a urticária é denominada de idiopática.

Classificação

O espectro de manifestações clínicas da urticária é grande. Adicionalmente, um ou mais tipos podem coexistir no mesmo paciente. O Quadro 1 mostra a classificação para uso clínico de Zuberbier et al. (tabela abaixo)⁽⁵⁾

GRUPO	SUBGRUPO	DEFINIÇÃO
Urticária Espontânea	Aguda	Pápulas espontâneas < 6 semanas
	Crônica	Pápulas espontâneas > 6 semanas
Urticárias Físicas		Fatores Desencadeantes
	Frio	Ar frio / água fria / vento frio
	Pressão tardia	Pressão vertical (pápulas surgem com período de latência de 3 a 8 horas)
	Calor	Calor localizado
	Solar	Radiação ultravioleta ou luz visível
	Factícia	Forças mecânicas aplicadas em pressão (pápulas surgem após 1 a 5 minutos)
	Vibratória	Forças vibratórias
Outros tipos / desordens		Fatores Desencadeantes
	Aguagênica	Água
	Colinérgica	Aumento de temperatura corporal
	Contato	Contato com substância urticariogênica
	Anafilaxia induzida por exercício / urticária	Exercício físico

Patogênese

Os mecanismos patogênicos da urticária não estão totalmente esclarecidos. Nos últimos anos, muitos dos mecanismos moleculares envolvidos na sua fisiopatologia têm sido descobertos e reforçam as evidências de heterogeneidade desta enfermidade. Os mastócitos são considerados as células que desempenham o papel central na patogênese da urticária independente de sua etiologia. Na urticária, os mastócitos estão aumentados em número na pele e apresentam baixo limiar de degranulação. Os mediadores envolvidos são liberados por mecanismos imunitários e não imunitários, a partir de células e vias enzimáticas. A histamina é o principal mediador, estando aumentada em vários tipos de urticária. A histamina tem papel central na patogênese dos sintomas alérgicos iniciais e inflamatórios de fase tardia.

A degranulação mastocitária leva à liberação de mediadores vaso-ativos pré-formados como a histamina, fatores quimiotáticos para eosinófilos e neutrófilos, proteases, heparina e fator necrose tumoral alfa. A liberação desses mediadores ocorre imediatamente após o contato com o agente causal levando ao aparecimento da urticária. Os mediadores derivados da membrana celular como os leucotrienos e prostaglandinas são liberados subsequentemente, contribuindo tanto para a fase imediata como tardia, aumentando a permeabilidade vascular e ampliando o extravasamento de líquido para o tecido superficial. A fase tardia, que ocorre 6 a 12 horas após a fase imediata, está associada à produção de citocinas e quimiocinas liberadas principalmente pelas células inflamatórias como eosinófilos, neutrófilos e basófilos. As citocinas e os produtos do metabolismo do ácido aracídico exercem seus efeitos localmente ou à distância, agindo de diferentes modos. A ativação do sistema do com-

plemento também pode ocorrer.

A existência de auto-anticorpos do tipo Ig G anti-receptor de alta afinidade para IgE ou para a própria IgE tem papel importante na patogênese da urticária crônica de natureza auto-imune. Existe uma associação de urticária crônica com tireoidite tanto em adultos como crianças, sugerindo auto-imunidade.⁽⁶⁾

A imunidade celular parece participar na patogênese da urticária crônica. As células T estão ativadas, provocando ativação e degranulação dos mastócitos com liberação de mediadores químicos pré e neo-formados.⁽⁷⁾

Urticária e Angioedema Agudos

A urticária e o angioedema agudos ocorrem mais comumente em indivíduos atópicos. Sua prevalência durante a vida varia de 12% a 15%.⁷ Os agentes etiológicos mais comumente envolvidos são alimentos, drogas e infecções virais.⁽⁸⁾

Os alimentos induzem reações mediadas por IgE específica sendo os mais frequentes leite, ovo, amendoim, nozes, soja, trigo, peixe e crustáceos. O alimento suspeito de causar a urticária aguda comumente é identificado pela relação temporal entre a ingestão e o aparecimento das lesões. Geralmente, os sintomas se iniciam entre poucos minutos até 2 horas após a ingestão do mesmo. A urticária e angioedema podem ocorrer isoladamente ou acompanhados de manifestações respiratórias e gastrointestinais típicas de reações mediadas por IgE, podendo representar a manifestação inicial de um quadro de anafilaxia. Nos casos em que não foi possível estabelecer claramente a relação causa e efeito do alimento pode se proceder a investigação por meio de testes cutâneos de puntura ou pesquisa de IgE específica no soro, dieta de exclusão e reexposição. O teste de provocação duplo cego placebo controlado é considerado o pa-

drão ouro no diagnóstico.⁽⁹⁾

São relatados casos relacionados a co-antes alimentares, aditivos, salicilatos naturais, derivados do ácido benzóico e sulfito, porém, os mecanismos ainda não estão definidos e sem comprovação de relação causa e efeito.⁽¹⁰⁾

As infecções bacterianas e as infestações parasitárias podem ocasionar quadro de urticária e angioedema. Entretanto, as infecções mais comumente implicadas são as virais, notadamente aquelas do trato respiratório superior seguida das infecções gastrointestinais e do trato urinário. Neste caso, ressaltamos que o aparecimento das lesões cutâneas pode ocorrer dias após os sintomas respiratórios.

Em algumas crianças, a combinação entre a infecção viral e o uso de medicamentos, principalmente os anti-inflamatórios não hormonais (AINH), desencadeia o quadro de urticária.⁽¹¹⁾

Qualquer droga, por qualquer via de administração, é capaz de desencadear urticária e angioedema. Na investigação destas enfermidades induzidas por drogas, é importante questionar não somente sobre medicações prescritas, mas também sobre fitoterápicos, medicamentos homeopáticos, e outros medicamentos que são comercializadas sem necessidade de prescrição médica como gotas nasais, entre outros. As drogas responsáveis pela maioria das reações são penicilinas, sulfas, aspirina e outros AINH. Podem causar urticária com menor frequência os opiáceos, diuréticos, laxativos, vacinas, heparina, hemoderivados, expansores plasmáticos, formaldeído, relaxantes musculares e contrastes. As drogas podem desencadear urticária e angioedema por mecanismos imunitários, com reações mediadas por IgE, e mecanismos não-imunitários, como a degranulação mastocitária direta (ex.: opiáceos e relaxantes musculares) e a inibição de vias

enzimáticas (AINH).

Vários AINH podem causar angioedema, sendo a aspirina o mais comum, porém reações verdadeiramente alérgicas são raras. O angioedema por AINH, na maioria dos casos, decorre de uma reação pseudoalérgica, que pode ser explicada pelas propriedades farmacológicas da droga. Os AINH, notadamente os inibidores da ciclo-oxigenase-1 (COX-1), inibem a via enzimática de síntese de prostaglandinas a partir do metabolismo do ácido aracdônico. Por isso, há um redirecionamento para a via enzimática da lipo-oxigenase, levando ao aumento compensatório dos leucotrienos cisteínicos. O uso de inibidores da ciclo-oxigenase-2 (COX-2) ou de paracetamol costuma ser bem tolerado pelos pacientes com angioedema por AINH, uma vez que estas drogas têm ação inibitória fraca sobre a COX-1. O diagnóstico baseia-se na história clínica de início de sintomas pouco após uso de AINH e não há indicação para realização de testes cutâneos.^(3,4)

Muito se tem discutido sobre a utilização de testes cutâneos para confirmação de reações de hipersensibilidade às drogas. No entanto, apenas a penicilina tem teste cutâneo de leitura imediata validado. Dosagens de IgE específica já estão sendo comercializados em alguns países, mas seu valor preditivo ainda não está estabelecido.⁽³⁾

Picadas de insetos também podem causar lesões de urticária e angioedema agudos.

Urticária e Angioedema Crônicos

A urticária crônica é uma enfermidade ainda pouco compreendida nas crianças. Existem poucas informações sobre a epidemiologia da urticária na infância, prevalência dos diferentes tipos e sua história natural. No Reino Unido sua frequência varia de 0,1% a 3% e 50% a 80% estão associadas com angioedema.⁽¹²⁾ A maioria

das informações são indiretas e extrapoladas dos adultos.

AS PRINCIPAIS CAUSAS DAS URTICÁRIAS CRÔNICAS SÃO:

Urticárias Físicas

As urticárias físicas são entidades clínicas distintas, resultantes da aplicação de um estímulo físico sobre a pele. Constituem em enfermidades com disfunção mastocitária, caracterizadas por diminuição do limiar para a degranulação de mediadores após estimulação por fatores de natureza física.

As urticárias físicas surgem geralmente minutos após a exposição ao estímulo físico e desaparecem em torno de 1 hora, com exceção da urticária/angioedema de pressão tardia. Diferentes formas de urticária física podem coexistir no mesmo paciente. O diagnóstico é realizado por meio dos testes de provocação com o estímulo que as desencadeia não havendo necessidade de gastos excessivos com exames laboratoriais.^(13,14)

Factícia / Dermografismo

É o tipo mais freqüente de urticária física. Pode ser precipitado em alguns casos por medicamentos, como as penicilinas, antiinflamatórios, opióides, famotidina, ou após infestação por escabiose, infecções virais e banhos quentes. O estresse e a ansiedade também podem agravá-lo. As lesões são geralmente lineares e surgem em locais de fricção especialmente nos locais de pressão das roupas. O prurido cutâneo que precede o aparecimento da pápula é uma característica clínica importante que difere das outras urticárias. O diagnóstico pode ser confirmado através da realização de pressão na pele com um material de ponta romba.

Urticária e Angioedema de Pressão Tardia (UPT)

A UPT é caracterizada pelo aparecimen-

to de edema profundo, doloroso e eritematoso horas após ter sido aplicada uma pressão na pele. Algumas vezes pode ser acompanhada de manifestações sistêmicas como febre, leucocitose, mal-estar e calafrio. As lesões surgem de 30 minutos a 9 horas após ter sido aplicada a pressão na pele, com duração de 12 a 72 horas. As áreas mais afetadas são as palmas, plantas, ombros, braços e lábios, mas qualquer região do corpo pode ser acometida.

Cerca de 1/3 dos pacientes com urticária crônica idiopática têm UPT, enquanto mais de 90% dos pacientes com UPT têm urticária crônica idiopática associada. O diagnóstico pode ser feito através da técnica de Warin, que consiste na provocação com peso.

Urticária ao Frio

É caracterizada por eritema, pápulas e prurido na pele exposta ao frio. Predomina no sexo feminino sendo a faixa etária mais acometida entre 20 e 30 anos. Existem dois tipos de urticária ao frio: adquirida e familiar. A forma adquirida divide-se em idiopática e secundária, sendo a idiopática a forma mais comum. As lesões surgem nas áreas expostas ao frio minutos após o seu aquecimento. Frequentemente ocorre em dias frios, chuvosos ou com o contato com objetos frios. Quando grandes superfícies são atingidas manifestações sistêmicas podem surgir, tais como cefaléia, dor abdominal e síncope. Por este motivo, os banhos de imersão em água fria devem ser evitados.

O tipo adquirido secundário pode ser decorrente de infecções como mononucleose, hepatite, fungos, síndrome de imunodeficiência adquirida, borreliose, sífilis, infecções bacterianas e comprometimento respiratório por *Mycoplasma pneumoniae*. Outras anormalidades mais raras associadas a urticária ao frio são a crioglobulinemia, criofibrinogenemia e

hemoglobinúria paroxística ao frio. O diagnóstico pode ser firmado através do teste do cubo do gelo. Aplica-se um cubo de gelo envolto em plástico no antebraço do paciente durante 5 minutos. A leitura é realizada após 10 minutos, onde se observa no local da aplicação do gelo, a formação de uma pápula eritematosa e pruriginosa.

A urticária ao frio familiar é uma forma rara. Seu início ocorre nas primeiras semanas de vida. É acompanhada de calafrios e febre. O teste do cubo do gelo é negativo.

O tratamento consiste em orientar os pacientes a evitar os fatores desencadeantes como mudanças bruscas de temperatura e contato com água fria. A resposta aos anti-histamínicos é boa. Nas formas secundárias, o objetivo é controlar a doença de base.

Urticária Solar

É uma entidade clínica rara. A exposição à luz solar induz ao aparecimento de lesões após 1 a 3 minutos e o desaparecimento ocorre em 1-3 horas.

É dependente do comprimento de onda incidente, existindo seis grupos. O fototeste é utilizado no diagnóstico deste tipo de urticária.

O tratamento consiste em evitar a exposição solar, usar roupas protetoras, filtros solares, uso de películas especiais nos vidros do carro e casa. Os anti-histamínicos, anti-maláricos, corticosteróides e fotoquimioterapia com psoralen têm sido empregados e devem ser avaliados para cada tipo de urticária.

Urticária ao Calor

É uma das formas mais raras de urticária. O edema e o prurido surgem minutos após o contato com qualquer tipo de calor. As lesões duram cerca de uma hora. O diagnóstico é feito mediante a aplicação, na pele, de um cilindro com água na temperatura entre 43° e 56°C

durante 4-5 minutos. O tratamento é limitado e pouco eficaz. O uso de anti-histamínicos H1 isolados ou combinados com anti-H2 podem ser empregados. A doxepina pode ser uma boa opção.

OUTROS TIPOS / DESORDENS COM URTICÁRIA

Aquagênica

Extremamente rara, é caracterizada pela presença de micropápulas pruriginosas sobre base eritematosa ao redor dos folículos pilosos, principalmente no tronco, pescoço e nos membros superiores, que se formam imediatamente após o contato direto da pele com a água de qualquer origem, independente da temperatura. O diagnóstico é feito por meio do teste de provocação utilizando-se água em temperatura ambiente ou próxima a temperatura corporal. Existe boa resposta ao uso dos anti-histamínicos, principalmente os de primeira geração.⁽⁸⁾

Colinérgica

A urticária colinérgica é um dos tipos mais frequentes de urticária física depois do dermatografismo. Acomete principalmente adolescentes e adultos jovens. A lesão característica é representada por pequenas pápulas de 1-5 mm de diâmetro envoltas por halo eritematoso. É precipitada por um aumento da temperatura corpórea de pelo menos 1°C, geralmente associada ao exercício, emoções, estresse ou a ingestão de alimentos condimentados ou álcool. A reação tem início de 2-30 minutos após o estímulo desencadeante e dura de 20-90 minutos ao término do mesmo. Pode estar associada a outros sintomas como broncoespasmo, angioedema, dor abdominal, diarreia, síncope e cefaléia. O diagnóstico consiste na provocação por exercício (correr em esteira ergométrica).

ca). O teste cutâneo com metacolina tem se mostrado pouco reprodutível.⁽¹⁴⁾ O tratamento consiste em orientar o paciente a evitar os fatores desencadeantes e na utilização de anti-histamínicos, preferencialmente a hidroxizina.

Urticária de Contato

É definida como uma reação eritematopapular que surge em 20-30 minutos após exposição por contato a determinadas substâncias, que podem ser alimentos, conservantes, perfumes, metais, produtos animais e vegetais. Pode ser dividida em 2 categorias: imunitária e não -imunitária.

Na primeira, as reações são IgE mediadas. Os grupos de agentes mais comumente implicados são: leite, ovos, frutos do mar e amendoim. Reações com látex também podem ocorrer. A segunda pode ser provocada por substâncias que penetram na pele e causam degranulação dos mastócitos, como o persulfato de amônia, aldeído cinâmico e dimetilsulfóxido.⁽¹⁵⁾

Urticária Papular

Atualmente a urticária papular está inserida no grupo das urticárias especiais. É uma reação de hipersensibilidade a picadas, ferroadas e contato com insetos, como ácaros, carrapatos, aranhas, moscas, mosquitos, pulgas, piolhos ou mesmo lagartas.⁽¹⁶⁾ É mais frequente em crianças na faixa etária de 2-7 anos. As lesões medem em torno de 3-10 mm e surgem nas áreas descobertas, principalmente nas extremidades inferiores. A maioria das lesões persiste por 2-10 dias e após resolução, torna-se uma pigmentação ou eritema pós-inflamatório temporário.

As lesões eritemato-papulo-pruriginosas decorrentes das picadas, principalmente de mosquitos, são denominadas de estrófulo ou prurigo estrófulo. Estas lesões apresentam um ponto he-

morrágico central substituído por uma vesícula de conteúdo seroso.

O diagnóstico é clínico. O tratamento pode ser dividido em profilático e sintomático. No primeiro recomenda-se a aplicação de repelentes, uso de roupas que protejam braços e pernas, emprego de telas ou cortinados, eliminação de focos de proliferação de insetos. O tratamento sintomático pode ser feito com a utilização de corticosteróides tópicos e anti-histamínicos orais. A decisão de se utilizar imunoterapia específica em pacientes com sinais e sintomas cutâneos após picada de insetos deve ser tomada baseada em características individuais. A imunoterapia com injeções de alérgenos em baixas concentrações previne a recidiva das reações de hipersensibilidades.⁽¹⁷⁾

Urticária Auto-Imune

A primeira descrição da relação da urticária crônica com auto-imunidade foi feita a partir da observação da incidência aumentada de anticorpos antitireoideanos nesses pacientes em relação a população geral. Cinco a 10% dos pacientes que apresentavam urticária crônica idiopática tinham auto-anticorpos IgG anti-IgE e 30 % a 40% apresentavam auto-anticorpos IgG anti-receptor de alta afinidade para IgE em mastócitos e/ou basófilos. Posteriormente foi demonstrada a presença de auto-anticorpos por meio do teste com soro autólogo. O teste com soro autólogo mostra sensibilidade de 70% e especificidade de 80%.

As crianças com urticária crônica, da mesma forma que os adultos, têm a capacidade de produzir auto-anticorpos funcionalmente ativos dirigidos para os receptores de alta afinidade da IgE ou contra a própria IgE. Muitos dos pacientes com urticária dita idiopática tem sido diagnosticados com UC auto-imune.

Este tipo de urticária não responde satisfatoriamente com a utilização das doses usuais dos anti-histamínicos, havendo necessidade de se fazer doses aumentadas dos mesmos. Outra alternativa é a adição de um anti-depressivo como a doxepina. A associação com os antagonistas dos receptores de leucotrienos pode ter efeito adicional assim como o uso de drogas imunossupressoras.⁽¹²⁾

Urticária Idiopática

A urticária é denominada de idiopática quando a etiologia não é identificada. Com os novos conhecimentos que estão sendo adquiridos a respeito dos mecanismos patogênicos, este grupo de urticária está se reduzindo.

Diagnóstico Diferencial

Na grande maioria das vezes o médico não tem dificuldades no diagnóstico sindrômico da urticária. No entanto, quando esta está associada com outras lesões cutâneas, ou quando sua duração é mais persistente, sem prurido ou com edema mais profundo, o diagnóstico pode tornar-se difícil. O diagnóstico diferencial deve ser feito com as seguintes enfermidades:⁽³⁾

- *eritema multiforme*
- *exantema maculopapular*
- *eritema marginatum*
- *granuloma anular*
- *tinea corporis*
- *síndrome de Sweet*
- *pênfigo*
- *herpers gestationes*
- *dermatite herpetiforme*

Tratamento

O tratamento da urticária consiste em três princípios básicos:

- 1. Eliminar ou tratar o estímulo indutor. .**
- 2. Inibir a liberação de histamina de mastócitos e basófilos.**

3. Inibir ou bloquear os efeitos dos mediadores nos tecidos.

1. Este é o mais desejável, mas nem sempre possível uma vez que o exato estímulo que desencadeia a lesão nem sempre é identificado. Esta conduta é especialmente útil no caso das urticárias físicas onde a orientação para evitar o estímulo físico como pressão, frio entre outros pode eliminar ou diminuir os sintomas. Mas nem sempre é tão fácil de ser conseguido. No caso dos medicamentos estes devem ser excluídos e os pacientes orientados para usar outras classes de medicamentos. Nas de causa alimentar quando o mecanismo for mediado por IgE a melhora dos sintomas ocorre de 24 a 48 horas após a retirada do alimento. Contudo, nas reações pseudo-alérgicas os efeitos só vão ser observados após 2 a 3 semanas da exclusão do alimento.
2. Os medicamentos eficientes para inibir a liberação de histamina de mastócitos e basófilos são poucos e com importantes efeitos colaterais. Os corticosteróides são as drogas mais utilizadas. Seu uso na urticária aguda, por um período curto de tempo pode ser útil na redução da duração da crise. Entretanto, na forma crônica, o uso por tempo prolongado deve ser evitado. A ciclosporina A tem efeito direto na liberação dos mediadores dos mastócitos. A sua utilização está recomendada quando não se consegue o controle dos sintomas com as medidas usuais. Porém, deve ser prescrita por especialista que esteja apto a diagnosticar e tratar os efeitos colaterais decorrentes da utilização desta droga.
3. É o procedimento mais utilizado pela disponibilidade de drogas eficientes e seguras, principalmente os anti-

histamínicos.

De acordo com o último Consenso da Sociedade Britânica de Alergia e Imunologia o Manejo da urticária crônica deve ser baseado na identificação dos fatores desencadeantes, educação do paciente em relação a evitar esses fatores e o tratamento farmacológico.⁽¹²⁾

A recomendação é que iniciemos com um anti-histamínico não sedante. En-

tretanto, caso não haja resposta devemos aumentar a dose do mesmo ou usar um outro anti-histamínico não sedante. Como terceiro passo podemos adicionar um anti-histamínico não sedante ou acrescentar um anti-histamínico de primeira geração à noite. Se a resposta terapêutica não for satisfatória devemos considerar a adição de um antagonista dos receptores de leucotrienos. Como

última etapa podemos utilizar os modificadores da resposta imune ou outros tratamentos que, no entanto só devem ser realizados por especialistas.

Dos anti-histamínicos de segunda geração a cetirizina, a loratadina e a desloratadina estão liberados para o uso em crianças a partir de dois anos.⁽¹²⁾

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Zuberbier T, Bindslev-Jensen C, Canônica W, Grattan CEH, Greaves MW, Henz BM, Kapp A, Kozel MMA, Maurer M, Merk HF, Schäfer T, Simon D, Vena GA, Wedi B. EA-ACI/ GA² LEN/ EDF Guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. *Allergy* 2006; 61:316-20.
- Champion RH, Roberts SO, Carpenter RG, et al. Urticaria and angioedema: a review of 554 patients. *Br J Dermatol* 1969;81:588-97.
- França AT, Valle SOR. Urticaria e Angioedema. Diagnóstico e Tratamento. 2ªed. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter, 2005.
- Kaplan AP. Urticaria and angioedema. In: *Allergy: principles and practice*. Adkinson NF Jr, Yunginger JW, Busse WW, Bochner BS, Holgate ST, Simons FER (eds) 1ª. Ed., Philadelphia, Mosby, 2003:1537-58.
- Zuberbier T, Bindslev-Jensen C, Canônica W, Grattan CEH, Greaves MW, Henz BM, Kapp A, Kozel MMA, Maurer M, Merk HF, Schäfer T, Simon D, Vena GA, Wedi B. EA-ACI/ GA² LEN/ EDF Guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. *Allergy* 2006; 61:316-20.
- Henz BM. The spectrum of urticaria. In: Henz BM, Zuberbier T, Grabbe J, Monroe E, editores. *Urticaria*. Berlin: Springer; 1998. p 1-17.
- Zuberbier T, Iffländer J, Semmler C, Czarnecki BM. Acute urticaria - clinical aspects and therapeutical responsiveness. *Acta Derm Venereol* 1996;76:295-97.
- Zuberbier T. Urticaria. *Allergy* 2003; 58:1224
- Burks W. Skin manifestations of food allergy. *Pediatrics*. 2003 Jun;111 (6 Pt 3):1617-24.
- Bush RK, Taylor SL and Hefle SL. Adverse Reactions to Food and Drug Additives. In: Adkinson NF; Yunginger JW, Busse WW, Bochner BS, Holgate ST, Simons FER. *Middleton's Allergy - Principles & Practice*. Mosby, 2004. 1645 p.
- Sackesen C, Sekerel BE, Orhan F, Kocabas CN, Tuncer A, Adalioglu G. Etiology of different forms of urticaria in childhoods. *Pediatr Dermatol*.2004;21(2)102-8.
- Powell RJ, Du Toit GL, Siddique N, Leech SC, Dixon TA, Clark AT, Mirakian R, Walker SM, Huber PAJ, Nasser SM. BSACI guidelines for the management of chronic urticaria and angio-oedema. *Clin Exp Allergy* 2007; 37(5):631-50
- Casale TB, Sampson HA, Hanifin J et al. Guide to physical urticarias. *J Allergy Clin Immunol* 1988;82:758-63.
- Kontou-Fili K, Borici-Mazi R, Kapp A et al. Physical urticaria: classification and diagnostic guidelines. *Allergy* 1997;52:504-13.
- Lahti A, von Krogh G, Maibach HI. Contact urticaria syndrome. An expanding phenomenon. In: Stone J. *Dermatologic immunologic and allergy*. St. Louis Mosby; 1985.p 379-90.
- Demain JG. Papular urticaria and things that bite in the night. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2003 Jul;3 (4):291-303.
- Valentine MD, Schuberth KC, Kagey Sobotka A, Graft DF; Kwiterovich KA, Szlo M, Lichtentein LM. The value of immunotherapy with venom in children with allergy to insect stings. *N England J Med* 1990 Dec;323:1601-03.

AValiação

1. Dentre as urticárias físicas a mais frequente é?

- Frio
- Colinérgica
- Dermografismo
- Solar

2. Na urticária aguda alimentar, quando na anamnese não é possível estabelecer claramente a relação causa e efeito, qual o teste que é considerado o padrão ouro para o seu diagnóstico?

- Teste cutâneo de puntura
- Dosagem de IgE específica no soro
- Dieta de exclusão e reexposição
- Teste de provocação duplo cego placebo controlado

3. Qual das seguintes provas é mais útil na avaliação de uma urticária ao frio?

- Teste do cubo de gelo
- Determinação de crioglobulinas
- Determinação de criofibrinogênio
- Teste intradérmico com metacolina

4. Qual a droga de primeira linha para o tratamento da urticária crônica?

- Corticosteroide sistêmico
- Antagonistas dos receptores de leucotrienos
- Anti-histamínicos de primeira geração
- Anti-histamínicos de segunda geração

Preencher ficha na página 27 e enviar à SOPERJ

FICHA DE AVALIAÇÃO-RESPOSTAS-ANO 10-Nº2-DEZ 2009

I) Urticária: Diagnóstico e Tratamento

1. a) b) c) d) e)

2. a) b) c) d) e)

3. a) b) c) d) e)

4. a) b) c) d) e)

Sócios: respostas no site www.soperj.org.br

Não sócios: enviar à SOPERJ (R da Assembléia, 10, g 1812 - Centro - Rio de Janeiro, 20011-901 - RJ, junto com comprovação de depósito bancário de R\$ 20,00 - Bradesco - ag. 2756-1, conta 1274-2.