



Is it possible for chronic urticaria diagnostic approach to be simplified? A clinical data checklist

¿Es posible simplificar el abordaje diagnóstico de urticaria crónica? Una lista de verificación de información clínica

Iván Chérrez-Ojeda,^{1,2} Karla Robles-Velasco,¹ Pamela Bedoya-Riofrio,¹ Peter Schmid-Grendelmeier,⁴ Sofía Chérrez,^{2,3} Florian Colbatzky,³ Ricardo Cardona,⁵ Pedro Barberan-Torres,¹ Erick Calero,^{1,2} Juan Carlos Calderón,² José I. Larco,⁶ Annia Chérrez⁷

Abstract

Background: Existing clinical guidelines do not offer an efficient alternative for the collection of data on relevant clinical traits during history and physical of the patient with chronic urticaria.

Objective: Our aim was to provide a clinical data checklist together with its guide to allow for thorough information to be obtained and for a physical exam that identifies the main features and triggering factors of the disease to be carried out.

Methods: A search was conducted for relevant literature on chronic urticaria in Medline, the Cochrane library and PubMed.

Results: We developed an easy-to-use clinical data checklist with its corresponding clinical guide, comprised by 42 items based on two components: essential clues for history taking and chronic urticaria diagnosis (typical symptoms according to subgroups, etiology and laboratory results). Some components are the time of disease onset, wheals' duration, shape, size, color and distribution, associated angioedema, atopy, triggering factors and others.

Conclusions: The clinical data checklist and its guide constitute a tool to focus, guide and save time in medical consultation, with the main purpose to aid physicians in providing better diagnosis and management of the disease.

Keywords: Chronic urticaria; Clinical guidelines; Medical record

Este artículo debe citarse como: Chérrez-Ojeda I, Robles-Velasco K, Bedoya-Riofrio P, Schmid-Grendelmeier P, Chérrez S, Colbatzky F, Cardona R, Barberan-Torres P, Calero E, Calderón JC, Larco J, Chérrez A. ¿Es posible simplificar el abordaje diagnóstico de urticaria crónica? Una lista de verificación de información clínica. Rev Alerg Mex. 2017;64(3):309-326

¹Universidad Espíritu Santo. Samborondón, Ecuador

²Respiralab Research Center. Guayaquil, Ecuador

³Universidad de Heidelberg, Escuela de Medicina. Heidelberg, Alemania

⁴Hospital Universitario de Zurich, Departamento de Dermatología, Unidad de Alergia. Zurich, Suiza

⁵Universidad de Antioquia, Grupo de Alergología Clínica y Experimental. Medellín, Colombia

⁶Clínica San Felipe. Lima, Perú

⁷Universidad de Rostock, Departamento de Dermatología y Vene-reología. Rostock, Alemania

Correspondencia: Iván Chérrez-Ojeda. ivancherez@gmail.com

Recibido: 2017-05-31

Aceptado: 2017-05-06

Resumen

Antecedentes: Las guías clínicas existentes no ofrecen una alternativa eficiente para la recolección de rasgos clínicos relevantes durante la anamnesis y el examen físico del paciente con urticaria crónica.

Objetivo: Proporcionar una lista de verificación de información clínica y una guía que permitan obtener información completa y realizar un examen físico que identifique las características principales de la enfermedad y los factores desencadenantes.

Métodos: Se realizó una búsqueda de literatura relevante sobre urticaria crónica en Medline, la Biblioteca Cochrane y PubMed.

Resultados: Desarrollamos una lista de verificación de información clínica fácil de usar, con su respectiva guía clínica, integrada por 42 elementos basados en 2 componentes: pistas esenciales para la anamnesis y el diagnóstico de la urticaria crónica (síntomas típicos según sus subtipos, etiología y resultados de laboratorio). Algunos componentes son el tiempo de aparición de la enfermedad, duración, forma, tamaño, color y distribución de las erupciones; angioedema asociado, atopia, factores desencadenantes y otros.

Conclusiones: La lista de verificación de información clínica y su guía constituyen una herramienta para enfocar, orientar y ahorrar tiempo en la consulta médica, con el fin principal de que los médicos realicen un mejor diagnóstico y manejo de la enfermedad.

Palabras clave: Urticaria crónica; Guías clínicas; Historia clínica

Abreviaturas y siglas

AINE, antiinflamatorios no esteroideos

IECA, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina

LES, lupus eritematoso sistémico

UC, urticaria crónica

UCE, urticaria crónica espontánea

UCInd, urticaria inducible

Introducción

La urticaria crónica (UC) es una enfermedad caracterizada por el desarrollo de erupciones, angioedema o ambos.¹ Las erupciones tienen 3 características esenciales: hinchazón y eritema, picazón o sensación de ardor y naturaleza transitoria (la piel vuelve a la normalidad en 1 a 24 horas).² El angioedema se caracteriza por hinchazón súbita, localizada, eritematosa y pronunciada de la dermis y tejido subcutáneo, con frecuente compromiso de las membranas mucosas y a veces dolor en lugar de picazón. Su resolución es más lenta que la de las erupciones y puede tardar hasta 72 horas.^{1,3}

Prevalencia o incidencia

Se ha estimado que la prevalencia de UC en la población general oscila entre 0.5 y 5 %; su incidencia se ha estimado en 1.4 % por año.¹ En España ocupa el cuarto lugar en las enfermedades alérgicas después de la rinitis, el asma y la alergia a medicamentos.⁴

Un estudio realizado en Alemania demostró que la prevalencia era de 8.8 % entre todas las formas de urticaria.⁴ Si bien la guía argentina para urticaria y angioedema indica que 20 % de la población puede tener urticaria en algún momento de su vida,⁵ no hay reportes actuales de prevalencia o incidencia de la UC en América Latina.⁵

Clasificación

La urticaria se clasifica en 2 tipos principales de acuerdo con su tiempo de duración: aguda y crónica (\leq y $>$ 6 semanas, respectivamente).² La urticaria crónica se clasifica para uso clínico en 2 subtipos: urticaria crónica espontánea (UCE) y urticaria crónica inducible (UCInd). En UCE hay apariciones espontáneas de erupciones, angioedema o ambos debido a causas conocidas o desconocidas. En cambio, en la UCInd hay un estímulo conocido que desencadena los síntomas, de ahí el dermatografismo sintomático, frío, estímulos colinérgicos, de contacto o acuagén-

cos, como los diferentes subtipos en relación con sus desencadenantes.¹ A menudo hay una superposición entre UCE y UCInd (como un componente facticio en la UCE); la tendencia es denominar ambas formas bajo la forma de urticaria crónica.⁶

Etiología

Hasta en 90 % de los casos de UCE, la búsqueda de causas subyacentes no tiene éxito en la práctica clínica rutinaria.⁶ En 10 % de los casos, la etiología es conocida y en 80 % se debe a autorreactividad,⁴ intolerancia alimentaria^{4,6,7} e infecciones crónicas,^{8,9} incluyendo infecciones virales como hepatitis B y C, virus Epstein-Barr y virus del herpes simple, infecciones por *Helicobacter pylori* e infecciones parasitarias helmínticas.^{9,10,11} Un estudio en Ecuador reveló que 57 % de los casos de urticaria crónica es de etiología idiopática y 12 % de urticaria vasculítica.¹² Se conoce que la etiología podría variar dependiendo de la región del mundo.

Condiciones sistémicas mediadas por el complemento (crioglobulinemia, enfermedad del suero), enfermedades del tejido conectivo (lupus eritematoso sistémico), neoplasias (trastornos linfoproliferativos), trastornos endocrinos o terapias hormonales (tumores ováricos y uso de anticonceptivos orales, respectivamente) y autoanticuerpos antitiroideos^{13,14} se han correlacionado con UCE. En UCInd hay un grupo heterogéneo de estímulos que incluyen la causa colinérgica y las físicas como frío y calor, presión retardada, dermatografismo, sol, agua y vibración.⁸

El objetivo de este estudio fue proporcionar una lista de verificación de información clínica y una guía que permitan una exhaustiva investigación de la historia clínica y examen físico de los pacientes para identificar las características relevantes de la enfermedad con sus posibles factores desencadenantes y, en consecuencia, hacer un diagnóstico preciso y un manejo adecuado de la patología.

Método

Para el propósito del estudio, residentes de dermatología, alergología y estudiantes de la licenciatura de medicina llevaron a cabo una búsqueda bibliográfica de estudios relevantes de la UC publicados hasta diciembre de 2016. Se utilizaron las bases de datos MedLine y Cochrane for Systematic Reviews, así como el buscador Pubmed. La pesquisa incluyó artículos en inglés y español, seleccionados alea-

toriamente utilizando palabras clave como “chronic urticaria AND diagnosis”, “urticaria”, “chronic urticaria AND etiology”, “chronic urticaria AND guidelines”, “chronic urticaria AND assessment”, “chronic urticaria AND clinical features” y “chronic urticaria AND management”.

Se identificaron 82 artículos y se discutieron los componentes que iban a ser parte de la lista de verificación de información clínica según los resultados de la búsqueda y revisión. Esta versión de la lista fue editada y presentada con una guía de historia clínica para la urticaria crónica, compuesta por 42 reactivos.

Resultados

La lista de verificación y la guía de historia clínica para la urticaria crónica (Anexos 1 y 2) consta de lo siguiente:

- Elementos esenciales para la anamnesis y diagnóstico de la UC.
- Síntomas/parámetros o características típicas según los subtipos de UC y etiología.

Los elementos de la guía son los siguientes:

- Tiempo de aparición de la enfermedad.
 - *Muy rápidamente (menos de 2 horas)*: UCInd, dermatografismo a los 6 a 7 minutos; urticaria fría, 2 a 5 minutos; urticaria por calor, pocos minutos a horas;¹⁴ urticaria acuagénica, 5 a 10 minutos;¹⁶ urticaria por ejercicio, 6 a 25 minutos;¹⁷ urticaria colinérgica, 6 a 25 minutos;¹⁷ urticaria vibratoria/angioedema, 2 a 30 minutos; urticaria solar, 2 a 15 minutos.¹⁸
 - *Más de 2 horas*: urticaria por presión, 4 a 8 horas.¹⁹
- Duración de las erupciones.
 - *Menos de 24 horas*: UCInd, menos de 2 horas, que incluye dermatografismo, menos de 30 minutos; urticaria acuagénica, menos de 60 minutos;¹⁶ urticaria solar, menos de 60 minutos;¹⁸ urticaria de contacto, 2 horas; y la mayoría de subtipos de urticaria.
 - *Mayor a 24 horas*: urticaria por presión, 24 horas;¹⁹ urticaria vasculítica, frecuentemente 2 a 3 días (deja zona hiperpigmentada).^{2,20} En estos casos, una biopsia de piel puede proporcionar información adicional sobre la etiología y tipo de urticaria.

- Forma, tamaño, color y distribución de las erupciones.
 - *Tamaño*: de 1 a 5 mm en urticaria colinérgica, urticaria por calor y urticaria solar; > 5 mm en urticaria por frío, urticaria crónica autoinmune coalescentes, angioedema y urticaria por presión.
 - *Forma*: la urticaria vasculítica cursa con petequias/equimosis, *livedo reticularis*/fenómeno de Raynaud y, en ocasiones, ampollas.^{21,22}
 - *Color*: eritematoso (en la mayoría de las urticarias), amarillo a rojo marrón en urticaria pigmentosa, eritematoso con halo blanquecino en urticaria acuagénica¹⁶ y púrpura-violácea en urticaria vasculítica.²¹
 - *Distribución*: en UCInd (urticaria por presión, urticaria solar, dermatografismo, urticaria por picadura de insecto, urticaria colinérgica) se presenta distribución localizada.¹⁷ Existen características especiales como en la urticaria colinérgica (afecta palmas, plantas y axilas), urticaria por presión y dermatografismo (pies, manos, nalgas, hombros), urticaria por frío y urticaria solar, en zonas expuestas y no expuestas. Las urticarias por frío y ejercicio pueden ser generalizadas. La urticaria vasculítica afecta principalmente las extremidades inferiores.^{2,17,19}
- *Aparición de los síntomas*: el dermatografismo comienza con eritema y urticaria.⁸ La urticaria por frío presenta eritema, edema y prurito cuando comienza. El prurito está presente en la urticaria por ejercicio y prurito, edema y ardor en urticarias por presión y vasculítica.^{17,22}
- *Asociación con angioedema*: se ha descrito que hasta en 76 % puede haber asociación con urticaria.²³ En la deficiencia hereditaria de inhibidor de esterasa C1, el angioedema puede ser localizado o generalizado; cuando es generalizado, 58 % se presenta en las manos y 40 % en los pies y hasta en 48 % puede haber compromiso abdominal.²⁴ Sus desencadenantes pueden ser trauma físico, estrés, fármacos y alimentos.²⁵ De forma característica, el angioedema hereditario no se asocia con lesiones urticarianas pruriginosas en piel.²⁶
- *Asociación con síntomas subjetivos de las lesiones y síntomas sistémicos*: picazón, dolor y quemadura en urticaria por presión y urticaria vasculítica; ardor en urticarias vasculítica²¹ y por frío.²⁷ La urticaria vasculitis puede tener compromiso sistémico y afectar a diferentes órganos.²⁰
- *Historia familiar y personal de urticaria en relación con atopia*: existe alta prevalencia de atopia en UCE y UCInd; los casos más comunes fueron asma alérgica, rinitis y alergia de contacto.^{28,29,30}
- Factores desencadenantes de las erupciones:
 - *Estímulos físicos*: frío (urticaria por frío), calor (urticaria por calor), cambios de temperatura (urticaria colinérgica), exposición a la luz solar (urticaria solar), agua (urticaria acuagénica), presión (urticaria a presión), máquinas que transmiten vibración (urticaria vibratoria), frotamiento (urticaria dermatográfica), ejercicio físico (urticaria física, angioedema hereditario), estrés (urticaria física, angioedema hereditario o paraneoplásico),²⁴ implantes quirúrgicos y eventos durante la cirugía como implantes, dispositivos anticonceptivos intrauterinos,³¹ clips quirúrgicos, prótesis metálicas,³² implantes ortopédicos,³³ prótesis femoral de Vitalium Smith-Petersen,³⁴ grapas de tantalio (angioedema hereditario o paraneoplásico).
 - *Alimentos*: camarón, pescados, cangrejo, huevo, pollo, cerdo, ternera, leche, trigo, cacahuate, cerveza (alcohol). El café ha mostrado un mecanismo de reactividad cruzada con proteínas de alimentos como castañas, aguacate y plátanos en la sensibilización inducida por látex. Las legumbres, las frutas, las nueces, el chocolate, el ajo, las patatas, los cereales, el colorante de los dulces y conservadores pueden desencadenar episodios de urticaria.⁶
 - *Infecciones*: la asociación entre infecciones y urticaria puede considerarse más directa cuando la urticaria desaparece después del tratamiento de la infección. Los agentes etiológicos identificados son bacterias (*Streptococcus spp*, *Staphylococcus spp*, *Yersinia*, *Helicobacter pylori*, *Treponemapallidum*), virus (hepatitis B y C, citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, norovirus), parásitos (*Blastocystis hominis*, *Giardia lamblia* [adultos], *Toxocara canis* [niños], *Strongyloides stercoralis*, *Trichinella*, *Trichomonas vaginalis*, *Anisakis*, *Enterobius vermicularis*)⁹ y hongos (*Candida*, dermatofitosis).
 - *Picadura de insecto*: mosquitos, moscas, pulgas, chinches, garrapatas (urticaria aguda, ocasionalmente crónica).³⁵
 - *Contacto*: látex, níquel, animales, cocción al vapor, perfumes, polen (urticaria crónica).^{1,10}

- *Medicamentos*: los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) pueden desencadenar urticaria crónica y angioedema. Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) se describen como factores desencadenantes de angioedema y urticaria por frío.³⁶ Las inyecciones, inmunizaciones, hormonas, laxantes, supositorios, gotas para oídos y ojos y medios de contraste están relacionados con urticaria crónica y angioedema. Se ha descrito que las píldoras para bajar de peso pueden causar urticaria vasculítica.^{3,37}
- *Variación diurna y nocturna*: el prurito en niños y adultos muestra una variabilidad temporal extensa (empeora por la noche, a menudo altera el sueño, y es menos intenso al despertar).³⁸ Hallazgos recientes muestran que el ritmo circadiano es un importante componente regulador de la reacción alérgica local y sistémica.³⁹
- Alergias anteriores o actuales, infecciones, enfermedades internas u otras causas posibles.
- *Enfermedades psicósomáticas y psiquiátricas*: principalmente ansiedad y depresión.⁴⁰ Los pacientes con UC tienen puntuaciones más altas en el Índice de depresión de Beck e índice de ansiedad de Beck.⁴¹ La reducción de la productividad laboral es causada por la interferencia del sueño.⁴²
- *Problemas gastrointestinales*: los pacientes con síntomas de dispepsia deben someterse a una prueba de rutina para detectar *Helicobacter pylori*. La erradicación de esta bacteria no tiene efectos discernibles sobre la UCE, por lo que solo debe iniciarse de acuerdo con las indicaciones actualmente aceptadas de las directrices terapéuticas.⁴³ Hasta 16.9 % de los pacientes con angioedema hereditario pueden tener complicaciones abdominales.⁴⁴
- *Relación con el ciclo menstrual*: una rara forma de urticaria aparece entre 7 a 10 días antes del periodo menstrual.^{39,40} Durante el tercer trimestre del embarazo y en el posparto pueden aparecer pápulas urticarias intensamente pruriginosas de 1 a 2 mm, relacionadas con el estiramiento de la piel, caracterizadas por aparición abrupta y coalescencia para formar placas. Las lesiones se extienden sobre el abdomen.⁴¹
- *Hábito de fumar*: agentes como el tabaco (especialmente el uso de tabaco perfumado) y la *Cannabis* pueden agravar la urticaria crónica.⁴⁵
- *Tipo de trabajo*: se ha observado mayor prevalencia en personas que laboran en el área de la salud, peluquería, preparación de alimentos,⁴⁶ actividades agrícolas, producción de lácteos y veterinaria.⁴⁷ La UC ha sido reportada durante la exposición a anhídridos cíclicos (en plomeros, empacadores, pintores)⁴⁸
- *Pasatiempos*: se investigan detalles de viaje, picaduras de insectos, estilo de vida, realización de ejercicio físico.⁴⁹
- *Estrés*: se ha establecido que el estrés financiero, profesional o personal empeora la UC.⁴¹
- *Tratamiento previo y respuesta*: el uso de modernos antihistamínicos H1 de segunda generación debe ser preferido sobre la primera generación de antihistamínicos en el tratamiento de la UC. Las guías europeas sugieren aumentar 4 veces más la dosis de la segunda generación de antihistamínicos H1 modernos. Las guías estadounidenses también recomiendan la segunda generación de antihistamínicos o la adición de uno de los siguientes: antihistamínicos H2, antihistamínicos H1 de primera generación a la hora de acostarse o antileucotrienos. Como tratamiento de tercera línea se puede agregar omalizumab en el tratamiento de pacientes que no responden a 3 o 4 veces las dosis de H1-antihistamínicos; se observa éxito en aproximadamente 60 % de todos los casos.⁴⁷ También se sugiere la ciclosporina A. Pueden usarse otros agentes antiinflamatorios, pero la evidencia de eficacia en la UC es limitada y algunos pacientes requieren monitorización de laboratorio para efectos adversos.
- *Procedimientos y resultados de diagnóstico previos*: no se sugiere la detección sistemática de tumores malignos en el diagnóstico de las causas subyacentes de la urticaria, sin embargo, es necesario realizar estudios al respecto cuando hay sospecha.¹ Como se mencionó, en una revisión sistemática se describió la prevalencia de al menos un anticuerpo antitiroideo en 20 % de los pacientes UCE y en ocasiones se asoció con progresión más prolongada y severa de la urticaria.¹⁴ Nuestro grupo de trabajo ha descrito una rara presentación de urticaria como hallazgo inicial de un tumor carcinóide.⁵⁰ El médico debe considerar la posibilidad de neoplasias malignas neuroendocrinas,⁵¹ específicamente de tumores carcinoides tipo I, al evaluar a pacientes con urticaria, por lo que se

recomienda realizar pruebas de rutina de detección de anticuerpos antitiroideos y complemento y considerar la detección de niveles elevados de anticuerpos antiparietales.^{8,50}

Discusión

Los pacientes con urticaria crónica son un desafío para el médico. Un examen exhaustivo de la historia y el examen físico para identificar todos los posibles factores desencadenantes y las causas son importantes para el diagnóstico de la UC.⁸

Ya están disponibles las guías internacionales para el diagnóstico y manejo de la UC.^{1,3,5,49} La mayoría de ellas recomienda realizar procedimientos diagnósticos una vez que el médico tenga sospecha, por ejemplo, recomendaciones para diferenciar UCE de UCI y para medir la actividad y el impacto de la enfermedad (UAS 7, UCT). Es importante considerar que estas recomendaciones no proporcionan una alternativa rápida y eficiente en la recolección de la información clínica relevante durante la anamnesis y el examen físico, debido a que es general y no muy útil en el primer encuentro médico-paciente.

Los médicos necesitan una herramienta que les permita formular el diagnóstico de esta patología de una manera rápida y fácil. La lista de verificación que proponemos tiene parámetros generales y específicos ordenados de acuerdo con la secuencia de una historia clínica completa. Además, puede ser utilizada por todos los médicos, independientemente de su especialidad, sin causar confusión en el diagnóstico diferencial y puede contribuir a la correcta gestión del paciente desde el inicio de la ocurrencia clínica, logrando así un mejor control de la enfermedad y reduciendo el impacto social y económico de la UC. Es preciso mencionar que el retraso en el diagnóstico incrementa estadísticamente la gravedad y los costos de la atención de la salud, específicamente los relativos a la visita ambulatoria y los salarios perdidos debido al ausentismo laboral.⁴⁹

Hasta donde conocemos, esta es la primera lista de verificación disponible desde 2010 para el diagnóstico y manejo de los pacientes con UC. En 2014 se publicó una historia clínica de UC que proporcionó una herramienta para ayudar al diagnóstico y evaluación del estado de la enfermedad en la práctica diaria.⁵⁰ Sin embargo, en esa propuesta no se pregunta sobre características específicas importantes en el diagnóstico clínico de los subtipos

de UC como color, características que acompañan a la lesión, distribución de las erupciones, síntomas asociados y otros posibles agentes etiológicos; ni se proporciona referencia bibliográfica de apoyo para cada pregunta, como sí hicimos con la nuestra.^{3,50,51}

En los últimos 30 años, la atención se ha centrado en nuevas formas de entender y manejar la UC, desde la reciente adición de nuevos fármacos al arsenal terapéutico, la actualización de las guías de práctica clínica y la publicación de conceptos fisiopatológicos. Esto significa que hace 3 décadas no habría sido posible desarrollar una guía clínica fácil.

Hay algunas limitaciones a nuestra guía. La primera es que identificar la etiología en la UC es un gran desafío ya que, por ejemplo, la frecuencia y la importancia de las enfermedades infecciosas varían entre los diferentes grupos de pacientes y las diferentes regiones geográficas. Por lo tanto, recomendamos se realicen investigaciones locales para desarrollar herramientas adaptadas al contexto de cada país. Por otra parte, nuestra lista de verificación no proporciona una evaluación real de la herramienta en la práctica diaria, por lo que será necesario comprobar su utilidad en la vida real.

En el presente estudio no se pretende verificar la validez y fiabilidad de la lista de verificación, tarea que deberá efectuarse en el futuro. Nuestra versión inicial fue en español, por lo que es necesario realizar una investigación para explorar la utilidad de la lista en otros idiomas.

Otra limitación es que algunos médicos pueden considerarla demasiado larga, pero la extensión se justifica por los parámetros relevantes que no pueden omitirse en la historia clínica de un paciente con UC.

Una de las virtudes de nuestro estudio es la extensa búsqueda bibliográfica, que proporciona los elementos necesarios para realizar una recolección correcta de la información de un paciente que padece de UC, que puede utilizarse para ayudar a identificar las posibles etiologías.

En un estudio anterior se encontró que en Ecuador es bajo el conocimiento de la guía en los médicos que tratan pacientes con UC,¹² y que el diagnóstico y tratamiento no se realizan conforme a las recomendaciones internacionales.

En el futuro, este instrumento puede contribuir a aumentar el conocimiento sobre la UC y su frecuencia, pues en América Latina los datos sobre la preva-

lencia de esta enfermedad aún no se conocen.⁵

Conclusiones

La atención de la UC puede ser frustrante para los pacientes y los médicos ya que las lesiones pueden persistir, los factores desencadenantes son confusos y los esfuerzos pueden terminar en un mal diagnóstico y manejo. Creemos que nuestra lista de verificación y guía son herramientas fáciles de usar, que deben adaptarse dependiendo de la etiología más frecuente de la UC en cada país. Por último, la lista puede ayudar a enfocar, orientar y ahorrar tiempo en una consulta médica, de tal forma de que los médicos realicen un mejor diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Fondos

Este estudio fue apoyado parcialmente por una donación de la Universidad de Especialidades Espiritu

Santo. El patrocinador no participó en el diseño ni en la recolección, análisis e interpretación de los datos.

Agradecimientos

Por sus esfuerzos en el desarrollo de la primera versión de la lista de control y guía, a los doctores Vladimir Preciado, Gladys Zambrano, María Seminario, María Arévalo, Analía Pasquel y Silvania Naranjo. También al Programa MECOR, a su directora global, doctora Sonia Buist, y a su directora latinoamericana, Ana Menezes, por su orientación y apoyo en la investigación a lo largo de todos estos años. A los miembros de Comité de Urticaria de la Sociedad Latinoamericana de Alergia: doctores Patricia Latour, Maximiliano Gómez, Ricardo Cardona, José Larco, José Mori, Edgar Matos y César Galván, por las recomendaciones al manuscrito. Damos las gracias al equipo de Respiralab, por su apoyo diario

Referencias

1. Magerl M, Altrichter S, Borzova E, Giménez-Arnau A, Grattan C, Lawlor F, et al. The definition, diagnostic testing, and management of chronic inducible urticarias-The EAACI/GA(2) LEN/EDF/UNEV consensus recommendations 2016 update and revision. *Allergy*. 2016;71(6):780-802. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/all.12884>
2. Vestergaard C, Deleuran M. Chronic spontaneous urticaria: Latest developments in aetiology, diagnosis and therapy. *Ther Adv Chronic Dis*. 2015;6(6):304-313. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/2040622315603951>
3. Beck LA, Bernstein JA, Maurer M. A review of international recommendations for the diagnosis and management of chronic urticaria. *Acta Derm Venereol*. 2017;97(2):149-158. DOI: <http://dx.doi.org/10.2340/00015555-2496>
4. Champion RH, Roberts SO, Carpenter RG, Roger JH. Urticaria and angio-oedema. A review of 554 patients. *Br J Dermatol*. 1969;81(8):588-597. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.1969.tb16041.x>
5. Máspero J, Cabrera H, Arduoso L, De-Gennaro M, Fernández-Bussy R, Galimany J, et al. Guía argentina de urticaria y angioedema. *Medicina (B. Aires)*. 2014;74(Supl 1):1-53. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802014000600001
6. Chung BY, Cho YS, Kim HO, Park CW. Food allergy in Korean patients with chronic urticaria. *Ann Dermatol*. 2016;28(5):562-568. DOI: <http://dx.doi.org/10.5021/ad.2016.28.5.562>
7. Kulthanan K, Tuchinda P, Chularojanamontri L, Chanyachailert P, Korkij W, Chunharas A, et al. Clinical practice guideline for diagnosis and management of urticaria. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2016;34(3):190-200. Disponible en: <http://apjai-journal.org/wp-content/uploads/2016/10/3.-AP0817.pdf>
8. Schoepke N, Doumoulakis G, Maurer M. Diagnosis of urticaria. *Indian J Dermatol*. 2013;58(3):211-218. DOI: <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5154.110831>
9. Wedi B, Raap U, Wiczorek D, Kapp A. Infektfokus und chronische spontane Urtikaria. *Der Hautarzt*. 2010;61(9):758-764. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00105-010-1930-y>
10. Bernstein JA, Lang DM, Khan DA, Craig T, Dreyfus D, Hsieh F, et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J Allergy Clin Immunol*. 2014;133(5):1270-1277. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2014.02.036>

11. Kolkhir P, Balakirski G, Merk HF, Olisova O, Maurer M. Chronic spontaneous urticaria and internal parasites. A systematic review. *Allergy*. 2015;71(3):308-322. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/all.12818>
12. Chérrez-Ojeda I, Uruga E, Tafur A, Cazar T, Mantilla R, Guerrero T, et al. Diagnóstico de urticaria crónica en Guayaquil. *Arch Alerg Inmunol Clin*. 2007;38(2):73-77.
13. Harvey A, Kaufman K, Daily J. Chronic autoimmune urticaria as the presenting manifestation of primary hyperparathyroidism. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2016;117(6):724-725. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anai.2016.09.436>
14. Kolkhir P, Metz M, Altrichter S, Maurer M. Comorbidity of chronic spontaneous urticaria and autoimmune thyroid diseases: A systematic review. *Allergy*. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/all.13182>
15. Pezzolo E, Peroni A, Gisondi P, Girolomoni G. Heat urticaria: A revision of published cases with an update on classification and management. *Br J Dermatol*. 2016;175(3):473-478. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.14543>
16. Rothbaum R, McGee JS. Aquagenic urticaria: Diagnostic and management challenges. *J Asthma Allergy*. 2016;9:209-213. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5136360/>
17. Montgomery SL. Cholinergic urticaria and exercise-induced anaphylaxis. *Curr Sports Med Rep*. 2015;14(1):61-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1249/JSR.0000000000000111>
18. 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. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.09.003>
19. Beggs S, Heymann WR, Butala N. Pressure urticaria. 2016. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1050387-overview#a3>
20. Gimenez-Arnau A, Maurer M, De-La-Cuadra J, Maibach H. Immediate contact skin reactions, an update of contact urticaria, contact urticaria syndrome and protein contact dermatitis. "A Never Ending Story". *Eur J Dermatol*. 2010;20(5):552-562. DOI: <http://dx.doi.org/10.1684/ejd.2010.1049>
21. Davis MD, Brewer JD. Urticarial vasculitis and hypocomplementemic urticarial vasculitis syndrome. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2004;24(2):183-213. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iac.2004.01.007>
22. Schaefer P. Urticaria: evaluation and treatment. *Am Fam Physician*. 2011;83(9):1078-1084. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2011/0501/p1078.html>
23. Amin P, Levin L, Holmes SJ, Picard J, Bernstein JA. Investigation of patient-specific characteristics associated with treatment outcomes for chronic urticaria. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2015;3(3):400-407. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaip.2014.12.007>
24. Hofman ZL, Relan A, Hack CE. Hereditary angioedema attacks: Local swelling at multiple sites. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2016;50(1):34-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s12016-014-8463-6>
25. Sánchez-Borges M, Asero R, Ansoategui IJ, Baiardini I, Bernstein JA, Canonica GW, et al. Diagnosis and treatment of urticaria and angioedema: a worldwide perspective. *World Allergy Organ J*. 2012;5(11):125-147. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/WOX.0b013e3182758d6c>
26. Bowen T, Cicardi M, Farkas H, Bork K, Longhurst HJ, Zuraw B, et al. 2010 international consensus algorithm for the diagnosis, therapy and management of hereditary angioedema. *Allergy, Asthma Clin Immunol*. 2010;6(1):24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1710-1492-6-24>
27. Singleton R, Halverstam CP. Diagnosis and management of cold urticaria. *Cutis*. 2016;97(1):59-62.
28. Sánchez J, Amaya E, Acevedo A, Celis A, Caraballo D, Cardona R. Prevalence of inducible urticaria in patients with chronic spontaneous urticaria: Associated risk factors. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2017;5(2):464-470. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaip.2016.09.029>
29. Altrichter S, Koch K, Church MK, Maurer M. Atopic predisposition in cholinergic urticaria patients and its implications. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30(12):2060-2065. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.13765>
30. Lee SJ, Ha EK, Jee HM, Lee KS, Lee SW, Kim M, et al. Prevalence and risk factors of urticaria with a focus on chronic urticaria in children. *Allergy Asthma Immunol Res*. 2017;9(3):212-219. DOI: <http://dx.doi.org/10.4168/aaair.2017.9.3.212>

31. Dry J, Leynadier F, Bennani A, Piquet P, Salat J. Intrauterine copper contraceptive devices and allergy to copper and nickel. *Ann Allergy*. 1978;41(3):194.
32. Lyell A. Metal allergy and metallic prostheses. *Int J Dermatol*. 1979;18(10):805-807. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-4362.1979.tb04467.x>
33. Kubba R, Taylor JS, Marks KE. Cutaneous complications of orthopedic implants: a two-year prospective study. *Arch Dermatol*. 1981;117(9):554-560. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archderm.1981.01650090036021>
34. McKenzie AW, Aitken CV, Ridsdill-Smith R. Urticaria after insertion of Smith-Petersen Vitallium nail. *Br Med J*. 1967;4(5570):36. DOI: <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.4.5570.36>
35. Demain JG. Papular urticaria and things that bite in the night. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2003;3(4):291-303. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jeffrey_Demain/publication/10721801_Papular_urticaria_and_things_that_bite_in_the_night/links/00b7d525eb54bbb554000000/Papular-urticaria-and-things-that-bite-in-the-night.pdf
36. Kränke B, Mayr-Kanhäuser S. Cold urticaria and angiotensin converting enzyme inhibitor. *Acta Derm Venereol*. 2002;82(2):149-150. DOI: <https://dx.doi.org/10.1080/00015550252948284>
37. Chérrez-Ojeda I, Loayza E, Greiding L, Calderón JC, Chérrez A, Adum F. Urticarial vasculitis induced by OTC diet pills: A case report. *World Allergy Organ J*. 2015;8(1):12. DOI: <https://dx.doi.org/10.1186/s40413-015-0059-y>
38. Smolensky MH, Portaluppi F, Manfredini R, Hermida RC, Tiseo R, Sackett-Lundeen LL, et al. Diurnal and twenty-four hour patterning of human diseases: Acute and chronic common and uncommon medical conditions. *Sleep Med Rev*. 2015;21:12-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.smr.2014.06.005>
39. Nakao A. Circadian regulation of urticaria and anaphylaxis. *Nihon Rinsho*. 2013;71(12):2153-2157.
40. Tsintsadze N, Beridze L, Tsintsadze N, Krichun Y, Tsivadze N, Tsintsadze M. Psychosomatic aspects in patients with dermatologic diseases. *Georgian Med News*. 2015;(243):70-75.
41. O'Donnell B, Lawlor F, Simpson J, Morgan M, Greaves MW. The impact of chronic urticaria on the quality of life. *Br J Dermatol*. 1997;136(2):197-201. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2133.1997.d01-1168.x>
42. Thompson AK, Finn AF, Schoenwetter WF. Effect of 60 mg twice-daily fexofenadine HCl on quality of life, work and classroom productivity, and regular activity in patients with chronic idiopathic urticaria. *J Am Acad Dermatol*. 2000;43(1 Pt 1):24-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1067/mjd.2000.104680>
43. Curth H-M, Dinter J, Nigemeier K, Kütting F, Hunzelmann N, Steffen HM. Effects of helicobacter pylori eradication in chronic spontaneous urticaria: Results from a retrospective cohort study. *Am J Clin Dermatol*. 2015;16(6):553-558. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s40257-015-0152-6>
44. Bygum A. Hereditary angio-edema in Denmark: A nationwide survey. *Br J Dermatol*. 2009;161(5):1153-1158. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2009.09366.x>
45. Williams JD, Lee AY, Matheson MC, Frowen KE, Noonan AM, Nixon RL. Occupational contact urticaria: Australian data. *Br J Dermatol*. 2008;159(1):125-131. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2008.08583.x>
46. Grattan CEH, Kobza Black A. Urticaria & Mastocytosis. En: Griffiths C, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D, editores. *Rook's Textbook of Dermatology*. USA: Wiley; 2013.
47. Helaskoski E, Kuuliala O, Aalto-Korte K. Occupational contact urticaria caused by cyclic acid anhydrides. *Contact Dermatitis*. 2009;60(4):214-221. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0536.2009.01526.x>
48. Madgaonkar CS. *Diagnosis: A symptom-based approach in internal medicine*. India: Jaypee; 2011.
49. Wilches P, Wilches P, Calderón JC, Chérrez A, Chérrez-Ojeda I. Omalizumab for chronic urticaria in Latin America. *World Allergy Organ J*. 2016;9:36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s40413-016-0127-y>
50. DeLong LK, Culler SD, Saini SS, Beck LA, Chen SC. Annual direct and indirect health care costs of chronic idiopathic urticaria: a cost analysis of 50 nonimmunosuppressed patients. *Arch Dermatol*. 2008;144(1):35-39. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archdermatol.2007.5>
51. Chérrez-Ojeda I, Calderón JC, Plaza K, Vanegas E, Chérrez A, Cano J. Urticaria as initial finding of a patient with carcinoid tumor. *World Allergy Organ J*. 2015;8(1):34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s40413-015-0083-y>

Anexo 1 GUÍA CLÍNICA DE URTICARIA CRÓNICA**1. Anamnesis de las lesiones**

a. Duración de urticaria

≤ 6 semanas: urticaria aguda

>6 semanas: urticaria crónica

b. Duración de las erupciones

< 24 horas

Urticaria física < 2 horas

- Urticaria dermatográfica (< 30 minutos)
- Urticaria acuagénica (< 60 minutos)
- Urticaria solar (< 60 minutos)
- Mayoría de urticarias

> 24 horas

- Urticaria colinérgica (> 24 horas).
- Urticaria por presión (8 a 48 horas)
- Urticaria vasculítica (24 a 98 horas)
- Urticaria por frío (hasta 48 horas)

c. Tiempo de aparición de las lesiones posterior al desencadenante

5 minutos

- Urticaria dermatográfica: 6 a 7 minutos
- Urticaria por frío: 2 a 5 minutos

Más de 5 minutos

- Urticaria acuagénica: 5 a 10 minutos
- Urticaria inducida por ejercicio: 6 a 25 minutos

Más de una hora

- Urticaria por presión: 4 a 8 horas

No específicos

- Urticaria colinérgica: 6 a 25 minutos
- Urticaria/angioedema por vibración: 2 a 30 minutos
- Urticaria solar: 2 a 15 minutos

d. Síntomas iniciales

- **Eritema y erupciones:** urticaria dermatográfica
- **Eritema, edema, prurito:** urticaria por frío
- **Prurito:** urticaria inducida por ejercicio
- **Prurito, edema y quemazón:** urticaria por presión

e. Características de las ronchas

Tamaño

- 1 a 5 mm: urticaria colinérgica, urticaria por calor y urticaria solar.
- Mas de 5 mm: urticaria por frío y urticaria crónica autoinmune
- Coalescentes: angioedema, urticaria por frío

Forma

- Petequia/equimosis: urticaria vasculítica
- Livedo reticularis/fenómeno de Raynaud: urticaria vasculítica
- Ampollas: urticaria vasculítica

Color

- Eritematoso (mayoría de las erupciones)
- Amarillo a café rojizo: urticaria pigmentosa
- Eritematoso con halo blanquecino: urticaria acuagénica
- Púrpura: urticaria vasculítica

Distribución

- **Localizada:** Urticaria por presión, solar, dermatográfica, por picadura de insecto y colinérgica
 - Palmas, plantas y axilas: urticaria colinérgica
 - Piel, manos, nalgas, hombros: urticaria dermatográfica
 - Áreas expuestas y no expuestas: urticaria por frío, calor y solar
- **Generalizada:** Urticaria por frío e inducida por ejercicio
 - Cualquier urticaria en cualquier momento puede convertirse en generalizada

f. Angioedema asociado: Deficiencia hereditaria de inhibidor de esterasa C1

g. Compromiso gastrointestinal: angioedema hereditario

h. Características relacionadas con las lesiones

- Prurito: mayoría de urticarias
- Dolor: urticaria vasculítica y por presión
- Quemazón: urticaria por frío y vasculítica
- Petequia/equimosis: urticaria vasculítica
- Fenómeno de Raynaud: urticaria vasculítica
- Livedo reticularis: urticaria vasculítica
- Ampollas: urticaria vasculítica

i. Síntomas asociados

Sistémicos: urticaria vasculítica y por presión

- Sibilancias: urticaria inducida por ejercicios y vasculítica
- Disnea, mareos, cefalea: urticaria solar
- Artralgia: urticaria por frío, urticaria vasculítica
- Dolor abdominal, mareos, cefalea: urticaria por calor, urticaria vascular, angioedema hereditario
- Diarrea, salivación, síncope, cefalea: urticaria colinérgica, urticaria vasculítica
- Cefalea: urticaria por presión, urticaria vasculítica
- Fenómeno de Raynaud: urticaria vasculítica

j. Desencadenantes

Desencadenantes físicos

- Frío: urticaria fría
- Calor: urticaria de calor
- Variación de temperatura: urticaria colinérgica
- Exposición a la luz solar: urticaria solar
- Frotación: urticaria dermatográfica
- Presión: urticaria a presión
- Dispositivos que transmiten la vibración (mezclador, podadora, etcétera): urticaria vibratoria.
- Ejercicio físico: urticaria física, angioedema hereditario
- Cirugía (pinzas quirúrgicas), trauma, implantes ortopédicos, dispositivos anticonceptivos intrauterinos: angioedema hereditario o paraneoplásico

Alimentos

Urticaria aguda y crónica: huevo, leche, pescado, legumbres, frutas, nueces, mariscos (camarones, caballa, cangrejo); chocolate, ajo, patatas, trigo, carnes rojas, caramelos, tintes, cerdo, huevo, pollo, cerveza, café

Infecciones

- **Infecciones:** urticaria crónica
- **Virus:** hepatitis B y C, Epstein-Barr, herpesvirus, citomegalovirus, norovirus
- **Bacterias:** *Helicobacter pylori*, *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Yersinia*, *Treponema pallidum*
- **Hongos:** candidiasis, dermatofitosis
- **Parásitos:** *Anisakis*, *Enterovius vermicularis* (gusanos), *Toxocara canis* (en niños), *Giardia lamblia* (en adultos)

Picadura de insectos

- **Mosquito, mosca, pulga, chinche de cama, garrapata:** Urticaria aguda, ocasionalmente crónica
- **Contacto:** urticaria crónica

Medicamentos

- AINE: urticaria crónica, angioedema.
- IECA: angioedema, urticaria crónica.
- Antibióticos, medicina alternativa, hormonas, laxantes, vacunas: urticaria crónica y angioedema
- Medicina alternativa: urticaria vasculfítica

Ciclo menstrual

- Urticaria crónica: relacionado con hormonas
- Embarazo: relacionado con erupción polimorfa del embarazo

Tipo de trabajo

- Relacionado con urticaria crónica y urticaria de contacto

Aficiones

- Relacionadas con urticaria crónica

Estrés

- Urticaria física, angioedema hereditario o paraneoplásico

Tabaco

- La urticaria crónica es exacerbada

k. Variación diurna y nocturna

Urticaria crónica: empeora durante la noche

l. Uso previo de medicación para UC

Tomar en cuenta consideraciones generales de las guías internacionales

2. Evaluación de la actividad

a. UAS7 (Urticaria Activity Score en 7 días)

- **Score 0. Ninguno:** 0
- **Score 1. Leve:** menos de 20 erupciones/24 horas y prurito (presente pero no molesto)
- **Score 2. Moderado:** 20 a 50 habones/24 horas y prurito problemático, pero no interfiere con la actividad diaria normal o el sueño
- **Score 3. Grave:** más de 50 habones/24 horas o grandes áreas confluentes de pápulas; prurito severo, que es suficientemente problemático para interferir con la actividad diaria normal o el sueño

b. Urticaria control Test

- **Puntuación 0 a 20**
- **Menos de 12 puntos:** mal control de la urticaria crónica
- **Más de 12 puntos:** urticaria crónica controlada

3. Laboratorio

a. Hemograma completo

- **Eosinofilia:** parásitos, alergias (urticaria crónica)
- **Leucopenia:** viral (urticaria crónica)
- **Leucocitosis:** proceso bacteriano infeccioso. (urticaria crónica)
- **VSG-PCR:** proceso infeccioso (urticaria crónica)
- **Alto:** (urticaria vasculfítica)
- **TGO, TGP, GGT:** insuficiencia hepática (urticaria crónica, urticaria vasculfítica)
- **Urea, creatinina, ácido úrico:** insuficiencia renal (urticaria vasculfítica)

Otros

- **IgE total y específico:** urticaria crónica en niños y adultos; Urticaria crónica autoinmune
- **Prick test:** urticaria alérgica crónica
- **Prueba de parche:** urticaria de contacto, urticaria crónica.
- **Coproparasitológico seriado y concentrado:** urticaria aguda o crónica
- **Físico, químico y sedimento de orina:** cilindruria, proteinuria: urticaria vasculítica
- **Marcadores para hepatitis B y C, citomegalovirus, Epstein-Barr, *Helicobacter pylori*:** urticaria crónica
- **C3, C4, C1q, CH50:** urticaria vasculítica, angioedema
- **T3, T4, TSH, anticuerpos anti tiroideos (antitiroglobulina, antiperoxidasa):** urticaria crónica asociada a la enfermedad tiroidea autoinmune
- **Ecografía de tiroides:** urticaria crónica asociada con enfermedad tiroidea autoinmune
- **Prueba de suero autólogo:** urticaria crónica autoinmune
- **Biopsia de piel:** urticaria vasculítica y para evaluar el recuento celular o el predominio de la terapéutica
- **ASTO y fases de cultivo:** en algunas regiones puede ser útil debido a la alta incidencia de estreptococo beta hemolítico (urticaria crónica)

Anexo 2 HISTORIA CLÍNICA DE URTICARIA CRÓNICA

Duración de la urticaria	≤ 6 semanas	<input type="checkbox"/>
	> 6 semanas	<input type="checkbox"/>
Duración de las erupciones	≤ 24 horas	<input type="checkbox"/>
	> 24 horas	<input type="checkbox"/>
Tamaño de la lesión	1 a 5 mm	<input type="checkbox"/>
	> 5 mm	<input type="checkbox"/>
Forma	Petequias/equimosis	<input type="checkbox"/>
	Livedo reticularis/fenómeno de Raynaud	<input type="checkbox"/>
	Ampollas	<input type="checkbox"/>
Color	Eritematosa	<input type="checkbox"/>
	Amarillenta a rojo marrón	<input type="checkbox"/>
	Eritematosa con halo blanquecino	<input type="checkbox"/>
	Púrpura	<input type="checkbox"/>
	Otros:	
Distribución de erupciones	Localizadas:	
	Palmas, plantas, axilas	<input type="checkbox"/>
	Pies, manos, nalgas, hombros	<input type="checkbox"/>
	Zonas expuestas y no expuestas	<input type="checkbox"/>
	Otras:	
	Generalizadas:	<input type="checkbox"/>
Síntoma inicial	Eritema	<input type="checkbox"/>
	Erupción	<input type="checkbox"/>
	Edema	<input type="checkbox"/>
	Prurito	<input type="checkbox"/>
	Ardor	<input type="checkbox"/>
	Quemazón	<input type="checkbox"/>
	Otros:	
Acompañada de angioedema	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
Características del angioedema	Localizado	<input type="checkbox"/>
	Generalizado	<input type="checkbox"/>
Desencadenantes	Trauma físico	<input type="checkbox"/>
	Estrés	<input type="checkbox"/>
	Fármacos	<input type="checkbox"/>
	Alimentos	<input type="checkbox"/>
	Otros:	
Compromiso gastrointestinal	Náuseas	<input type="checkbox"/>
	Vómito	<input type="checkbox"/>
	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>

Características que acompañan a la lesión	Prurito	<input type="checkbox"/>	
	Dolor	<input type="checkbox"/>	
	Ardor/quemazón	<input type="checkbox"/>	
	Petequias/equimosis	<input type="checkbox"/>	
	Fenómeno de Raynaud	<input type="checkbox"/>	
	Livedo reticularis	<input type="checkbox"/>	
	Ampollas	<input type="checkbox"/>	
	Otros:		
Al desaparecer la lesión, queda zona hiperpigmentada	Sí	<input type="checkbox"/>	
	No	<input type="checkbox"/>	
Síntomas asociados	Constitucionales (fiebre, malestar general, decaimiento)	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
	Respiratorios	Sibilancias	<input type="checkbox"/>
		Disnea	<input type="checkbox"/>
		Tos	<input type="checkbox"/>
		Expectoración	<input type="checkbox"/>
		Otros:	
	Oculares	Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>
		Uveítis	<input type="checkbox"/>
		Episcleritis	<input type="checkbox"/>
Otros:			
Articulares	Artralgias	<input type="checkbox"/>	
Renales	Hematuria	<input type="checkbox"/>	
	Proteinuria	<input type="checkbox"/>	
	Cilindruria	<input type="checkbox"/>	
	Otros:		
Gastrointestinales	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	
	Diarrea	<input type="checkbox"/>	
	Náuseas	<input type="checkbox"/>	
	Salivación	<input type="checkbox"/>	
	Otros:		
Neurológicos	Síncope	<input type="checkbox"/>	
	Pseudotumor cerebral	<input type="checkbox"/>	
	Cefalea	<input type="checkbox"/>	
	Vértigo	<input type="checkbox"/>	
Otros	Fenómeno de Raynaud	<input type="checkbox"/>	

Posible desencadenante	Estímulos físicos	Estímulos físicos: frío, calor, agua, presión, vibración, sol, ejercicio	<input type="checkbox"/>	
		Estrés	<input type="checkbox"/>	
		Sí	<input type="checkbox"/>	
			No	<input type="checkbox"/>
		Cirugía, trauma	<input type="checkbox"/>	
		Sí	<input type="checkbox"/>	
		No	<input type="checkbox"/>	
	Alimentos (mencione)			
	Infecciones	Virales	<input type="checkbox"/>	
		Bacterianas	<input type="checkbox"/>	
		Micóticas	<input type="checkbox"/>	
		Parasitarias	<input type="checkbox"/>	
Picadura de insectos	Sí	<input type="checkbox"/>		
	No	<input type="checkbox"/>		
Contacto	Látex	<input type="checkbox"/>		
	Níquel	<input type="checkbox"/>		
	Platas (pólenes)	<input type="checkbox"/>		
	Animales	<input type="checkbox"/>		
	Vapor de cocción	<input type="checkbox"/>		
	Productos de belleza (perfumes)	<input type="checkbox"/>		
Otros:				
Medicamentos	AINE	<input type="checkbox"/>		
	IECA	<input type="checkbox"/>		
	Antibióticos	<input type="checkbox"/>		
	Vacunas	<input type="checkbox"/>		
	Medios de contraste	<input type="checkbox"/>		
	Hormonas	<input type="checkbox"/>		
	Laxantes	<input type="checkbox"/>		
	Medicina alternativa	<input type="checkbox"/>		
Otros:				
Ciclo menstrual	Sí	<input type="checkbox"/>		
	No	<input type="checkbox"/>		
Embarazo	Sí	<input type="checkbox"/>		
	No	<input type="checkbox"/>		
Tabaco	Sí	<input type="checkbox"/>		
	No	<input type="checkbox"/>		

Posible desencadenante	Tipo de trabajo	Trabajador de la salud <input type="checkbox"/>
		Peluquería <input type="checkbox"/>
		Manipulación de alimentos <input type="checkbox"/>
		Agricultura <input type="checkbox"/>
		Ganadería <input type="checkbox"/>
	Veterinaria <input type="checkbox"/>	
	Plomería <input type="checkbox"/>	
	Pintores <input type="checkbox"/>	
	Empacadores <input type="checkbox"/>	
	Otros:	
	Pasatiempos	
	Detalles de viajes, picaduras de insectos, estilo de vida, ejercicio	
	Estrés	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
	Variación diurna y nocturna	Sí <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
	Uso previo de medicación para urticaria crónica	Sí <input type="checkbox"/>
		Antihistamínicos <input type="checkbox"/>
		Corticoides <input type="checkbox"/>
		Antileucotrienos <input type="checkbox"/>
		Antiinflamatorios <input type="checkbox"/>
		Omalizumab <input type="checkbox"/>
		Ciclosporina A <input type="checkbox"/>
		Biológicos <input type="checkbox"/>
	Antecedentes patológicos familiares	Urticaria-angioedema <input type="checkbox"/>
		Enfermedad tiroidea <input type="checkbox"/>
		Alérgicas: asma, rinitis alérgica, dermatitis atópica <input type="checkbox"/>
		Enfermedades psicósomáticas y psiquiátricas <input type="checkbox"/>
		Enfermedades gastrointestinales <input type="checkbox"/>
		Otros:
	Antecedentes patológicos personales	Diabetes mellitus <input type="checkbox"/>
		Hipertensión <input type="checkbox"/>
		Neoplasias <input type="checkbox"/>
		Urticaria/angioedema <input type="checkbox"/>
		Enfermedades infecciosas <input type="checkbox"/>
		Colagenopatías <input type="checkbox"/>
		Alérgicas: asma, rinitis alérgica, etcétera <input type="checkbox"/>
		Enfermedad tiroidea (hipotiroidismo, etcétera) <input type="checkbox"/>
		Otros:

Examen físico	Piel	<input type="checkbox"/>
	Cuello: (ganglios y tiroides)	<input type="checkbox"/>
	Ojos	<input type="checkbox"/>
	Oídos	<input type="checkbox"/>
	Boca	<input type="checkbox"/>
	Pulmón	<input type="checkbox"/>
	Corazón	<input type="checkbox"/>
	Abdomen	<input type="checkbox"/>
Articulaciones	<input type="checkbox"/>	