

Diagnóstico e Tratamento da Urticária

Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia

Elaboração Final: 30 de Julho de 2001

Autoria: Criado RFJ, Criado PR, Aun WT

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

Foram pesquisados 146 artigos na base de dados MEDLINE, de 1996 a 2001, utilizando o descritor Urticária - diagnóstico ou tratamento. Idioma: inglês ou espanhol. Limite: humanos. Desta seleção inicial foram então utilizados os artigos mais relevantes e disponíveis localmente. Deu-se preferência às meta-análises, artigos de revisão e consensos, devido a diversidade de etiologias atribuídas a esta doença. Foram acrescentados a esta revisão, livros sobre o tema de autores brasileiros.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A: Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.
- B: Estudos clínicos e observacionais bem desenhados.
- C: Relatos e séries de casos clínicos.
- D: Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas.

OBJETIVOS:

1. Estabelecer um protocolo de investigação para urticária aguda e crônica na tentativa de minimizar os custos da investigação e diminuir o percentual dos casos de Urticária Crônica Idiopática, tentando relacionar todas as possíveis causas descritas na literatura;
2. Estabelecer um tratamento adequado ao paciente, com o mínimo de efeitos colaterais e com a máxima efetividade possível.

PROCEDIMENTOS^{1-3,5}(D)⁴(C):

1. História clínica detalhada;
2. Exame físico criterioso;
3. Exames iniciais na dependência da história e exame físico. Caso não haja nenhuma alteração, proceder segundo procedimentos em anexo.

EVOLUÇÃO E DESFECHO:

- Cura;
- Persistência da doença.

INTRODUÇÃO:

Apesar da existência de vários estudos envolvendo a urticária a doença permanece como um desafio ao médico. Morfologicamente, as lesões cutâneas na urticária são eritemato-edematosas, ou por vezes, de cor pálida, circunscritas, isoladas ou agrupadas, fugazes, geralmente numulares ou lenticulares, podendo variar em forma e tamanho, assumindo freqüentemente arranjos geográficos ou figurados. São conseqüentes à vasodilatação, aumento da permeabilidade capilar e edema da derme, estando geralmente associadas a prurido intenso. A duração das lesões individualizadas é fugaz, em torno de 24 a 48 horas, esmaecendo sem deixar seqüelas na pele, acompanhadas ou não de edema de partes moles ou mucosas, denominado angioedema^{1,2}(D).

As urticárias se classificam em agudas e crônicas de acordo com o tempo de evolução, sendo que as agudas têm menos de 6 semanas de evolução^{1,3} enquanto que as crônicas têm mais de 6 semanas de evolução (D).

Principais recomendações:

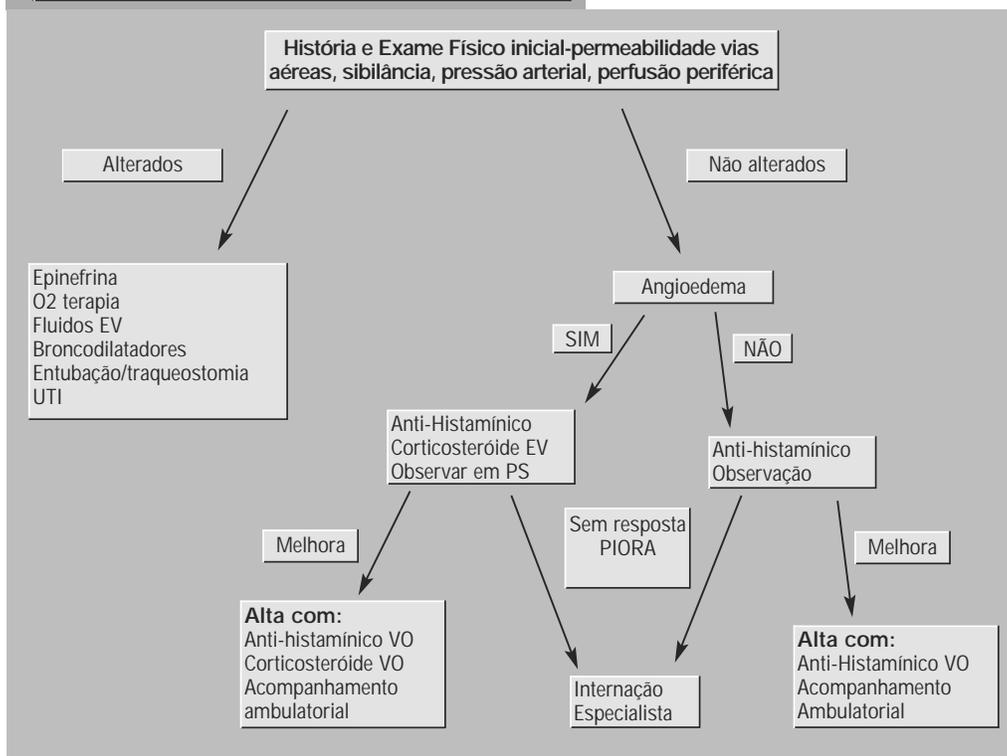
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA⁶ (D) (FIG. 1)

- Verificar os seguintes sinais indicativos de:
 - > Hipotensão arterial sistêmica;
 - > Permeabilidade das vias aéreas;
 - > Sinais de sibilância e broncoconstrição;
 - > Perfusão periférica através da cianose, palidez e pulso filiforme;
 - > Sinais de edema da glote.

- Se houver qualquer evidência destes sinais, há risco iminente de vida. Administrar via subcutânea, 0,3 ml de solução milesimal de adrenalina. Manter o equilíbrio cardiocirculatório com reposição endovenosa de fluidos. Administrar oxigenioterapia e broncodilatadores inalatórios. Internar o paciente em unidade de emergência;

- No angioedema: corticosteróides endovenosos, metilprednisolona na dose de 1 a 2 mg/Kg⁵(D);

Figura 1 - Urticária/Angioedema-Emergência:



- Se a manifestação for somente urticária: prescrever anti-histamínico. O único que se encontra disponível em serviços de urgência brasileiros é a *prometazina IM*(D);

- Observar o paciente em repouso durante pelo menos seis horas;

- Caso haja melhora com regressão das lesões, indicar alta hospitalar com prescrição de anti-histamínicos de primeira geração, via oral, por período não inferior a sete dias, ou corticosteróides orais, quando houver sinais de angioedema no atendimento inicial^{2,5}(D);

- Caso não haja melhora com as medidas anteriores ou evolução das lesões, manter a internação.

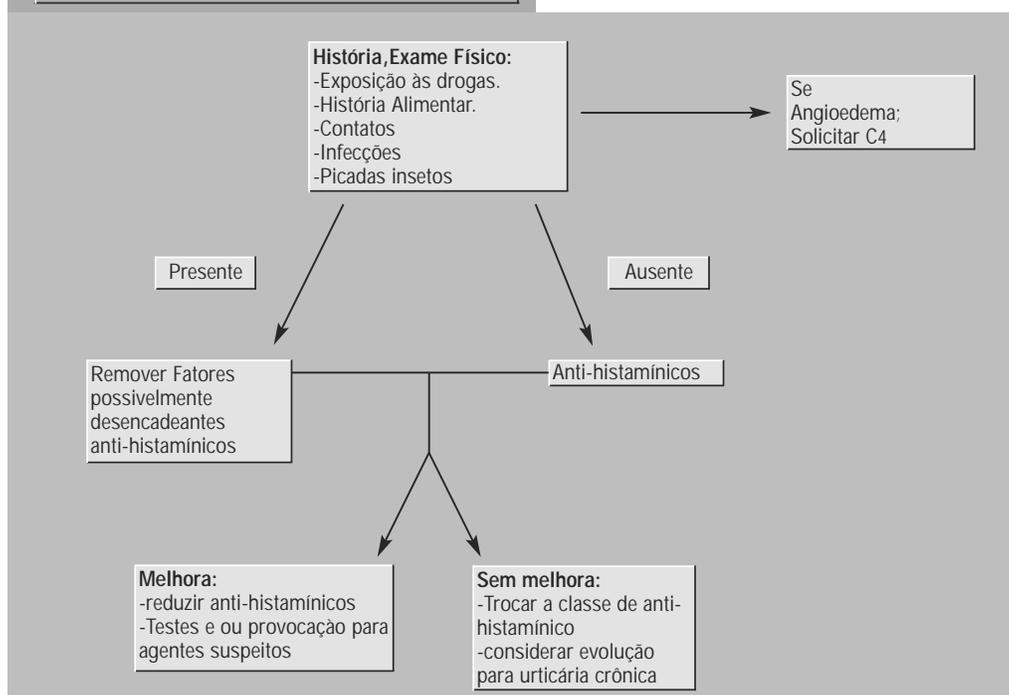
ATENDIMENTO AMBULATORIAL :

- URTICÁRIA AGUDA**
(DURAÇÃO MENOR QUE SEIS SEMANAS)
(FIG.2):

- Avaliação inicial:**

- > Obter história clínica detalhada de exposição às drogas e suplementos vitamínicos nas últimas duas semanas; exposição alimentar; processos infecciosos como os devidos aos

Figura 2 - Urticária/Aguda - ambulatório:



vírus respiratórios e da hepatite; contato com alérgenos ou irritantes, como picadas de insetos. Proceder exame físico completo, incluindo a pele, linfonodos, articulações, orofaringe, pulmões e abdome. Suspender os alimentos e medicações suspeitas⁵(D)⁴(C);

- Iniciar o uso de anti-histamínico, de preferência de segunda geração, via oral, e não havendo controle dos sintomas, utilizar anti-histamínico de primeira geração, que deverá ser mantido por um período não inferior a sete dias⁵(D).

- Avaliação subsequente:⁵(D)

- Havendo melhora dos sintomas, descontinuar o uso dos anti-histamínicos;

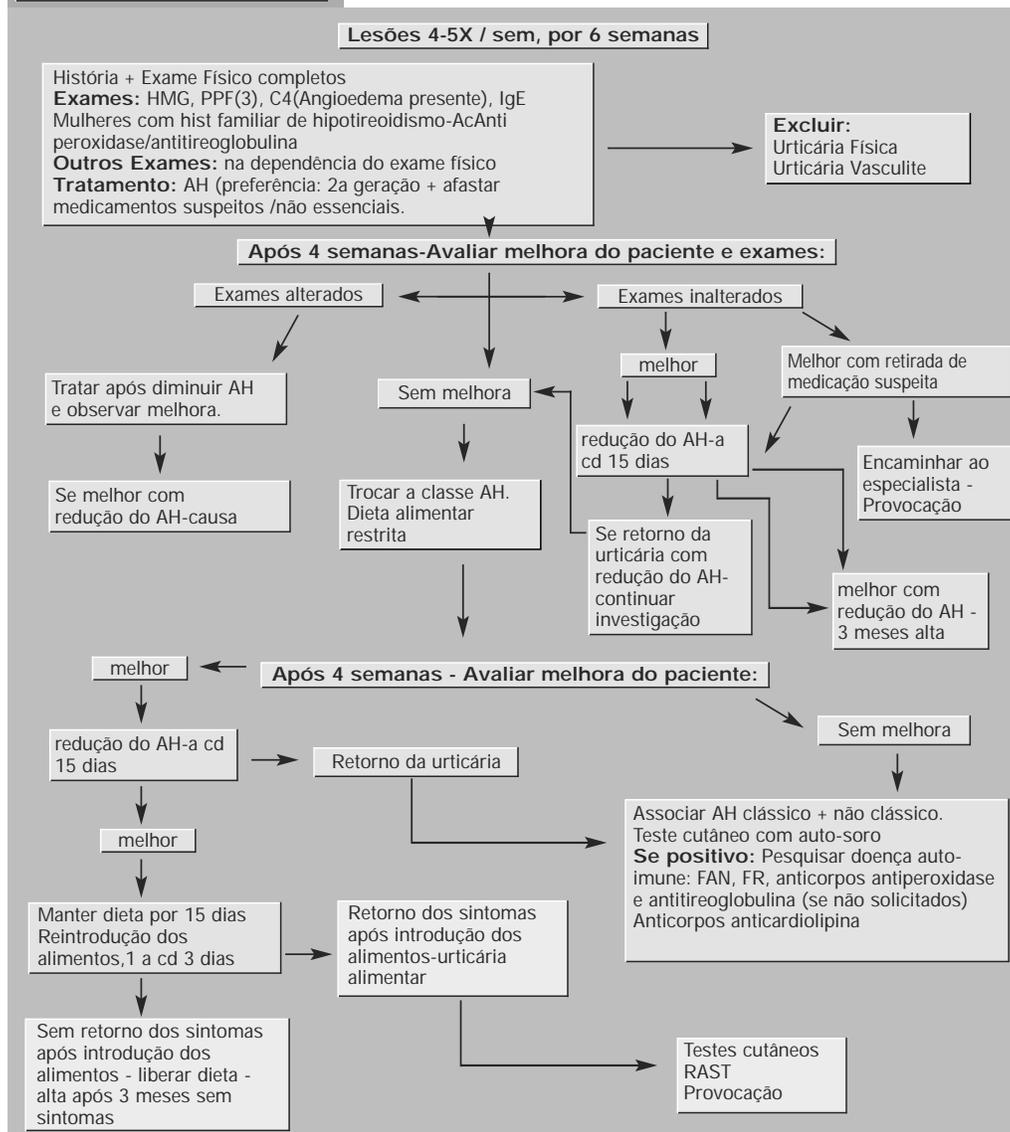
- Após a melhora do paciente, as medicações suspeitas poderão ser avaliadas por um especialista, sobre a possibilidade de provocação com drogas, com o paciente internado, caso as mesmas sejam essenciais e não havendo drogas correlatas que possam substituí-las⁵(D);

- Da mesma forma, os alimentos contatantes e aditivos alimentares suspeitos poderão ser avaliados com provas específicas realizadas por especialistas, do tipo testes cutâneos, RAST ou provocação⁵(D).

- URTICÁRIA CRÔNICA (FIGURA 3):

Caracterizada por duração maior que seis semanas, com episódios de recorrência igual ou superior a quatro vezes por semana.

Figura 3 - Urticária Crônica



- **Avaliação inicial:**
 - > Obter história clínica detalhada de exposição às drogas e suplementos vitamínicos; exposição alimentar; processos infecciosos do tipo vírus respiratórios ou hepatites virais; doenças auto-imunes, como doenças difusas do conectivo e

tireoidopatias; contato com alérgenos ou irritantes. Proceder exame físico completo da pele, linfonodos, articulações, orofaringe, pulmões e abdome. Suspende os alimentos suspeitos e as medicações suspeitas consideradas como não essenciais¹(D).

> Excluir urticária vasculite: Lesões individualmente persistentes por períodos maiores que 48 a 72 horas, com sintomas de prurido, ardor ou dor, cuja diascopia (compressão da pele

com lâmina de vidro) revela um componente de púrpura no local, com o esmaecimento do eritema de base. Caso esteja presente, proceder à biópsia cutânea incisional, e solicitar dosagem do complemento, VHS e hemograma¹⁰(D).

> Excluir as urticárias físicas, a saber: dermatografismo, urticárias colinérgicas, por pressão, calor, aquagênica e solar, através de testes específicos⁸⁻⁹(D), segundo a tabela 1.

Tabela 1: Metodologia da pesquisa das urticárias físicas^{6,7}(D)

Dermografismo sintomático imediato (Urticária factitia)	Aplicação de uma pressão de menos de 36 g/mm ² . O teste é realizado no dorso, com um instrumento denominado dermatômetro ou objeto de ponta romba.
Urticária de contato ao frio adquirida	Aplicação de cubo de gelo envolvido em saco plástico sobre a pele por um período de 5 minutos. A resposta ocorre dentro de 10 minutos. Caso o teste do cubo do gelo for negativo, pode-se imergir o braço em água fria (5 a 10°C) por 10 minutos.
Urticária ao frio reflexa	Apenas a exposição do corpo ao frio induz a urtica, sendo o teste do cubo do gelo negativo. As urticárias podem ser provocadas pelo resfriamento do corpo em uma sala a 4°C, por 30 minutos.
Urticária de pressão tardia	Aplica-se uma roda perpendicularmente sobre o dorso ou a coxa do paciente, de 1,5 cm de diâmetro, com um peso de 2,5 a 4,5 Kg por 20 minutos ou 15 minutos respectivamente. Surgimento de urtica na área do teste dentro de um período de seis horas, indica teste positivo.
Urticária solar	A provocação com luz solar natural, luz monocromática ou ainda simulador solar artificial por um período de 10 minutos, quando se espera o surgimento de urticárias.
Urticária aquagênica	Aplicar água através de uma gaze embebida em água a 37°C, por 20 minutos, ou banhar o paciente em água na temperatura corporal.
Urticária de contato ao calor adquirida	Aplicar um frasco contendo água aquecida a 38°C a 50°C por 1 a 5 minutos. As urticárias surgem dentro de minutos no local da aplicação.
Angioedema vibratório	Aplicação de um estímulo vibratório (de preferência um vibrador de vórtice laboratorial) sobre o antebraço do paciente por 15 minutos. Surgem urticárias no local da aplicação dentro de 10 minutos após o teste.
Urticária colinérgica	Submeter o paciente a exercício físico (ex. corrida) ao ponto de sudorese, ou então, imersão parcial do corpo em água aquecida a 42°C por 10 minutos. O teste provoca rápido aparecimento de urticárias. Caso o teste seja negativo deve ser repetido em um outro dia, para confirmação.

> Solicitar exames: hemograma, urocultura, VHS e, nos casos de mulheres com história de tireoidopatia familiar ou pessoal, solicitar os auto-anticorpos contra a tireóide antiperoxidase e antitireoglobulina^{11(B)}^{12(D)}.

> Conduzir a investigação diagnóstica com exames pertinentes à queixa ou sinal no exame físico encontrados na avaliação inicial, como exemplo, na dispepsia avaliar infecção pelo *Helicobacter pylori*^{11(B)}.

> Iniciar anti-histamínico de segunda geração por um período não inferior a trinta dias.

● Avaliações subsequentes^{5(D)}:

● Após um mês da avaliação inicial:

> Melhora dos sintomas: retirar o anti-histamínico progressivamente, diminuindo a dose a cada semana. Caso haja resolução do quadro, encerrar acompanhamento após três meses^{13(D)}.

> Caso não haja melhora, proceder os seguintes passos:

> Dieta restrita composta de frango, carneiro, arroz, maçã ou pêra cozida, brócolis ou couve-flor, alface, água, açúcar, sal, alho e óleo. Evitar corantes, conservantes, alimento liberador de histamina ou que contenha tiramina^{13(D)};

> Trocar anti-histamínico de segunda geração pelo de primeira geração, na menor dose que controlar os sintomas do paciente^{5(D)}.

● Reavaliar o paciente após 4 a 6 semanas (fig. 4):

> Se melhorar com a dieta, e uma vez retirado o anti-histamínico, a reintrodução deverá ser realizada com um tipo de alimento a cada 3 dias. Se durante a reintrodução ocorrer a volta dos sintomas, proceder com a orientação de urticária alimentar. Se não houver retorno

dos sintomas, liberar a dieta e acompanhar por 3 meses. Se o paciente permanecer assintomático, encerrar o acompanhamento;

> Se não houver melhora com o anti-histamínico ou com a retirada do mesmo, avaliar a presença de urticária auto-imune por teste cutâneo com auto-soro. Se o teste for positivo solicitar pesquisa de auto-imunidade com anticorpos antinucleares, fator reumatóide, anticorpos antitireóide, eletroforese de proteínas e anticorpo anticardiolipina, em casos excepcionais^{14(D)};

> Avaliar o uso de associação de anti-histamínico clássico com outro não clássico^{2,14(D)}.

● Reavaliar o paciente após 4 a 6 semanas:

> Se controlado os sintomas e exames inalterados, iniciar retirada do anti-histamínico como descrito anteriormente;

> Se exames alterados, tratar como urticária auto-imune, avaliando o uso de corticosteróide ou ciclosporina, em casos excepcionais^{15(D)}.

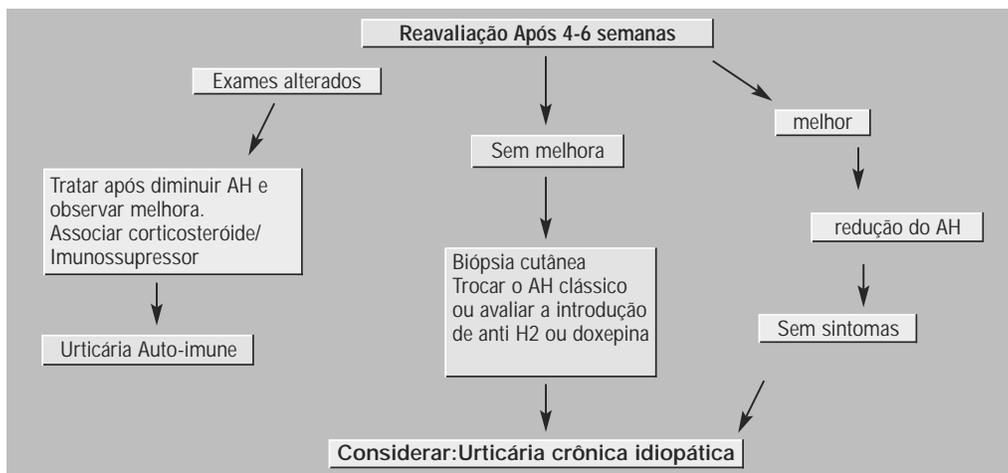
● Se não houver controle dos sintomas ou houver reaparecimento das lesões após a retirada do anti-histamínico:

> Biópsia cutânea, se não realizada, para afastar vasculite e mastocitose^{5(D)};

> Se não houver controle dos sintomas, avaliar introdução de doxepina: dose habitual, 10 a 25 mg à noite, via oral (antidepressivo tricíclico) ou anti-H2 ou corticosteróides^{2,5(D)};

> Urticária crônica Idiopática: manter anti-histamínicos e outras drogas na menor dose que mantenha o controle dos sintomas do paciente^{3,5(D)}.

Os acompanhamentos periódicos devem rever a história e realizar exame físico completo.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Criado RFJ, Criado PR, Sittart JA, et al. Urticária e doenças sistêmicas. Rev Ass Med Bras 1999; 45:349-56.
2. Aun WT. Urticária crônica. In: Sittart JAS, Pires MC, editores. Dermatologia para o clínico. 2ª ed. São Paulo: Lemos Editorial; 1998. p. 169-74.
3. Franca A T. Urticária e angioedema. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
4. Humphreys F, Hunter JAA. The characteristics of urticaria in 390 patients. Br J Dermatol 1998;138:635-8.
5. The diagnosis and management of urticaria: a practice parameter part I: acute urticaria/angioedema part II: chronic urticaria/angioedema. Joint Task Force on Practice Parameters. Ann Allergy Asthma Immunol 2000; 85:521-44.
6. Nicklas RA, et al. Joint Task Force on Practice Parameters. Algorithm for the treatment of acute anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol 1997;101: s465-s528.
7. Sveum RJ. Urticaria. The diagnostic challenge of hives. Postgrad Med 1996; 100: 77-8, 81-4.
8. Black AK, Lawlor F, Greaves MW. Consensus meeting on the definition of physical urticarias and urticarial vasculitis. Clin Exp Dermatol 1996; 21:424-6.
9. Croce J, Semeghini-Siqueira I, Castro FM. Classificação e características gerais. In: Urticária angioedema – abordagem interativa para diagnóstico e tratamento. Vivali; 1999. p. 19-65.

10. Wisnieski JJ. Urticarial vasculitis. *Curr Opin Rheumatol* 2000; 12: 24-31.
11. Kozel MMA, Mekkes JR, Bossuyt PMM, et al. The effectiveness of a history based diagnostic approach in chronic urticaria and angioedema. *Arch Dermatol* 1998; 134: 1575-80.
12. Heymmam WR. Chronic urticaria and angioedema associated with thyroid autoimmunity. Review and therapeutic implications. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40: 229-32.
13. Leznoff A. Chronic urticaria. *Can Fam Physician* 1998; 44:2170-6.
14. Tharp MD. Chronic urticaria: pathophysiology and treatment approaches. *J Allergy Clin Immunol* 1996; 98: S325-30.
15. Bindslev-Lensen C, Finzi A, Greaves M, et al. Chronic urticaria: diagnostic recommendations. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000;14:175-80.