

# 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

---



### **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<sup>1-3,5</sup>(D)(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<sup>1,2</sup>(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<sup>1,3</sup> enquanto que as crônicas têm mais de 6 semanas de evolução (D).

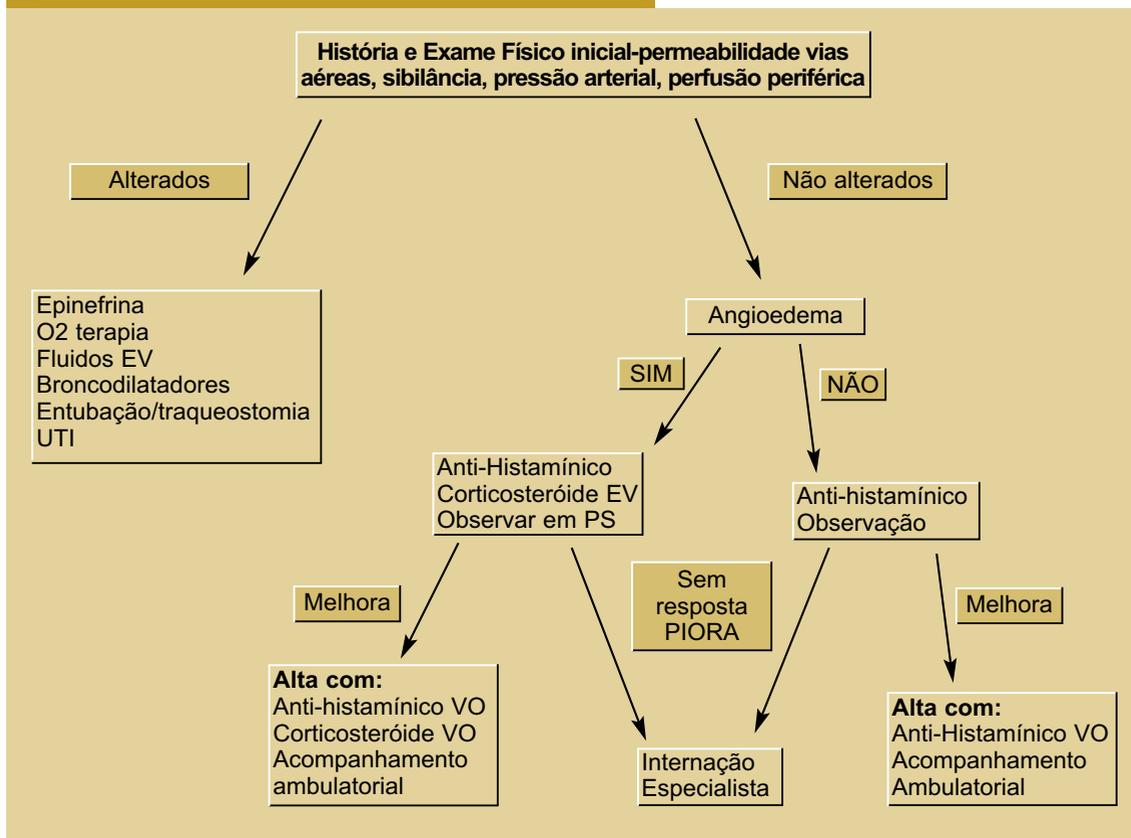
## Principais recomendações:

### ATENDIMENTO DE URGÊNCIA<sup>4</sup>(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/Kg<sup>5</sup>(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<sup>5</sup>(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<sup>2,5</sup>(D);

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

#### ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

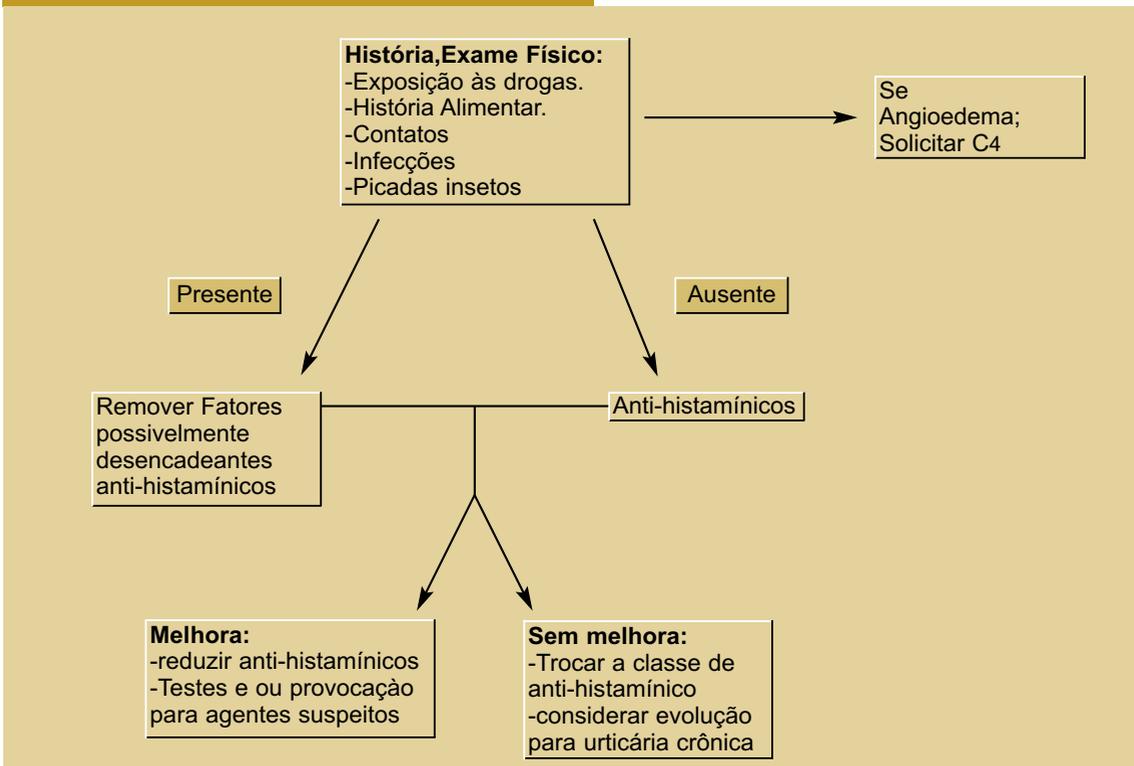
- URTICÁRIA AGUDA**  
(DURAÇÃO MENOR QUE SEIS SEMANAS)  
(FIG.2):

- 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 suspeitas<sup>5(D)</sup>(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 dias<sup>5(D)</sup>.

- **Avaliação subsequente:**<sup>5(D)</sup>

- 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-las<sup>5(D)</sup>;

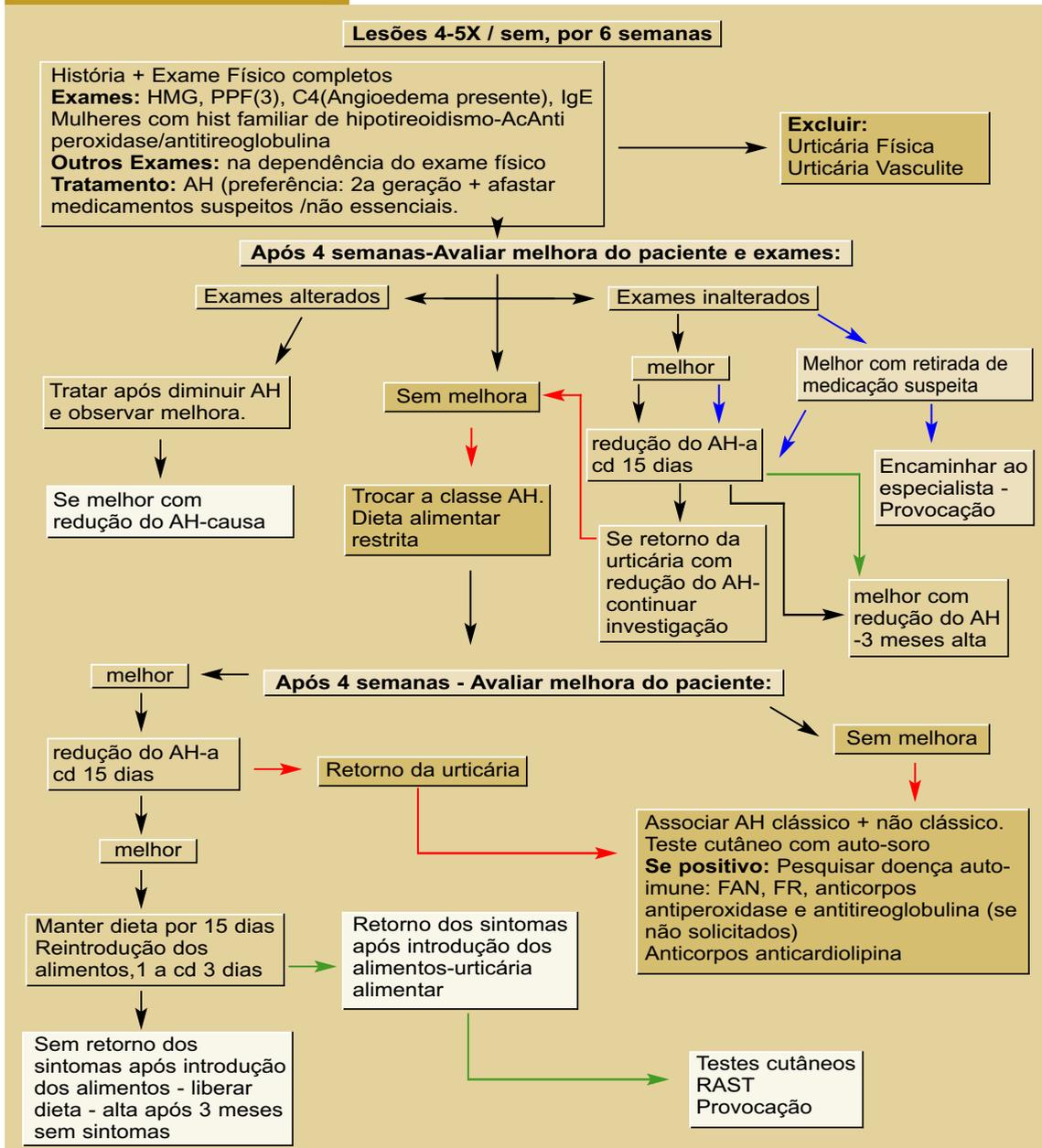
- Da mesma forma, os alimentos contantes e aditivos alimentares suspeitos poderão ser avaliados com provas específicas realizadas por especialistas, do tipo testes cutâneos, RAST ou provocação<sup>5(D)</sup>.

- **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. Suspender os alimentos suspeitos e as medicações suspeitas consideradas como não essenciais<sup>1</sup>(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 hemograma<sup>10</sup>(D).

➤ Excluir as urticárias físicas, a saber: dermografismo, urticárias colinérgicas, por pressão, calor, aquagênica e solar, através de testes específicos<sup>8-9</sup>(D), segundo a tabela 1.

**Tabela 1: Metodologia da pesquisa das urticárias físicas<sup>6,7</sup>(D)**

Dermografismo sintomático imediato (Urticária factitia)	Aplicação de uma pressão de menos de 36 g/mm <sup>2</sup> . O teste é realizado no dorso, com um instrumento denominado dermatografometro 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 urticar 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 urticar.
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 urticar surgem dentro de minutos no local da aplicação
Angioedema vibratório	Aplicação de um estímulo vibratório (de preferência um vibrador de vórtex laboratorial) sobre o antebraço do paciente por 15 minutos. Surgem urticar 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 urticar. 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<sup>11(B)</sup><sup>12(D)</sup>.

> 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*<sup>11(B)</sup>.

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

● **Avaliações subseqüentes<sup>5(D)</sup>:**

● **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<sup>13(D)</sup>.

> **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<sup>13(D)</sup>;

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

● **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<sup>14(D)</sup>;

> Avaliar o uso de associação de anti-histamínico clássico com outro não clássico<sup>2,14(D)</sup>.

● **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<sup>15(D)</sup>.

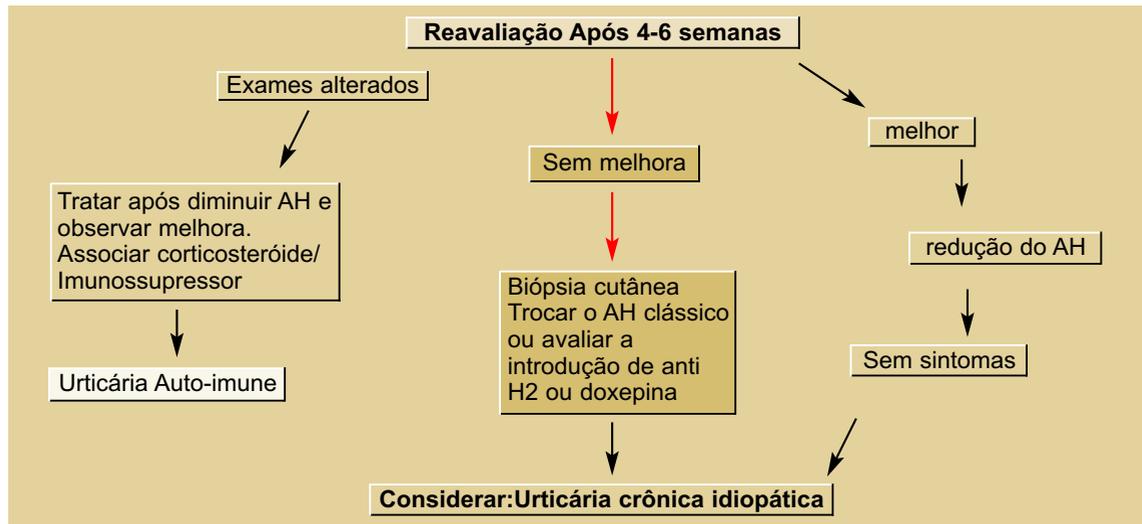
● **Se não houver controle dos sintomas ou houver reaparecimento das lesões após a retirada do anti-histamínico:**

> Biópsia cutânea, se não realizada, para afastar vasculite e mastocitose<sup>5(D)</sup>;

> 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<sup>2,5(D)</sup>;

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

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, Semeguini-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.

