



Dermografismo y urticaria crónica etiología, diagnóstico y tratamiento

Dermographism and chronic urticaria etiology, diagnosis and treatment

Dermografismo e etiologia, diagnóstico e tratamento da urticária crônica

Andrés Mauricio Bastidas-Montalvo ^I
andybastidas1997@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0007-4066-6738>

Ana Sofía Cepeda-Zaldumbide ^{II}
soficepeda-174@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0000-9514-4928>

Grace Estefanía Noroña-Guevara ^{III}
gracenorogue98@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-9565-2559>

Lisbeth Esthefany Soria-Flores ^{IV}
lisbeth.soria16@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-0847-0050>

Correspondencia: andybastidas1997@gmail.com

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

* **Recibido:** 25 de julio de 2024 * **Aceptado:** 06 de agosto de 2024 * **Publicado:** 30 de septiembre de 2024

- I. Médico General, Magíster en gerencia de instituciones de salud, Investigador Independiente, Ibarra, Ecuador.
- II. Médica cirujana, Investigador Independiente, Quito, Ecuador.
- III. Médica, Investigador Independiente, Ambato, Ecuador.
- IV. Médica, Investigador Independiente, Quito, Ecuador.

Resumen

En este artículo se hablará sobre el dermatografismo y la urticaria crónica mismos que son dos afecciones cutáneas comunes que pueden afectar significativamente la calidad de vida de la persona que la padece. El dermatografismo, también conocido como escritura en la piel, es una afección que se caracteriza por la aparición de ronchas o ronchas elevadas que pican en respuesta a un rascado o presión suave. La urticaria crónica, por otro lado, es una afección cutánea persistente y debilitante que se caracteriza por episodios recurrentes de ronchas dolorosas, hinchadas y con picazón. Este artículo tiene como objetivo proporcionar una revisión integral de la etiología, el diagnóstico y el tratamiento del dermatografismo y la urticaria crónica.

Palabras clave: dermatografismo; urticaria; diagnóstico; tratamiento.

Abstract

This article will talk about dermatographism and chronic urticaria, which are two common skin conditions that can significantly affect the quality of life of the person who suffers from it. Dermatographism, also known as skin writing, is a condition characterized by the appearance of raised, itchy welts or bumps in response to gentle scratching or pressure. Chronic urticaria, on the other hand, is a persistent and debilitating skin condition characterized by recurrent episodes of painful, swollen, itchy hives. This article aims to provide a comprehensive review of the etiology, diagnosis and treatment of dermatographism and chronic urticaria.

Keywords: dermatographism; urticaria; diagnosis; treatment.

Resumo

Este artigo falará sobre dermatografismo e urticária crônica, duas doenças comuns da pele que podem afetar significativamente a qualidade de vida de quem as sofre. O dermatografismo, também conhecido como escrita na pele, é uma condição caracterizada pelo aparecimento de vergões ou inchaços que coçam em resposta a arranhões ou pressões suaves. A urticária crônica, por outro lado, é uma doença cutânea persistente e debilitante, caracterizada por episódios recorrentes de urticária dolorosa, inchada e com coceira. Este artigo tem como objetivo fornecer uma revisão abrangente da etiologia, diagnóstico e tratamento do dermatografismo e da urticária crônica.

Palavras-chave: dermatografismo; urticária; diagnóstico; tratamento.

Introducción

El dermatografismo o también conocido como la piel escrita o escritura sobre la piel es una afección caracterizada por la aparición de habones lineales en los lugares donde ha existido algún tipo de roce o fricción y corresponde a una forma atípica o exagerada de la respuesta de Lewis, en las que se incluyen la formación de una línea roja inicial causada por una dilatación capilar debido a la fricción producida en la piel al ser frotada o rascada, seguida de un área eritematosa provocada por una dilatación arteriolar y finalmente se produce la formación del habón lineal (trasudado de líquido/ edema).(1) La prevalencia del dermatografismo reportada en la población general es de un 5%. En una minoría de la población se cree que la incidencia es mayor sobre todo en pacientes jóvenes, cuando se produce un frote firme con un objeto romo o si la presión ejercida es de aproximadamente 4900 gramos por centímetro cuadrado de piel con un dermatógrafo produce un habón de >2mm de ancho en 1 a 3 minutos, alcanzando el máximo tamaño a los 15 minutos, y desapareciendo por lo general luego de 30 minutos. En casos sumamente raros puede durar entre 3 a 15 horas a lo que se le ha denominado dermatografismo retardado.(2)

En comparación con el dermatografismo común, el dermatografismo sintomático por sus siglas (DS) es una reacción menos común que aparece rápidamente y alcanza su pico en el plazo de 5 a 10 minutos, siendo capaz de afectar la calidad de vida de los pacientes, debido a que son pacientes que presentan urticaria crónica, por lo que rascan su piel instintivamente causando que el dermatografismo se manifieste.(3) El mecanismo exacto del dermatografismo sigue siendo incierto, pero se cree que el trauma puede liberar un antígeno que se une en la membrana celular de los mastocitos a la inmunoglobulina E, causando a su vez una liberación en los tejidos de mediadores inflamatorios, particularmente histamina.(4) Esto tiene como consecuencia que los pequeños vasos sanguíneos aumenten su permeabilidad, permitiendo que el líquido se acumule en la piel. Otros mediadores implicados en la reacción incluyen a los leucotrienos, heparina, bradiquinina, calicreína y péptidos tales como la sustancia P, proponiéndose un mecanismo de hipersensibilidad de tipo 113,7,8. Se ha observado incremento de la incidencia del dermatografismo en el embarazo (especialmente hacia la mitad del segundo trimestre), en el inicio de la menopausia, en niños atópicos y en pacientes con enfermedades autoinmunes.(5) Una probable asociación con enfermedad tiroidea se ha descrito en algunos pacientes, aunque es aún motivo de controversia.

Los síntomas se pueden agravar con el calor (baño caliente) o presión leve (rasguño, fricción de la ropa y frotamiento con toallas(4,5)

Etiología del dermatografismo

No se sabe cuál es la causa exacta del dermatografismo. Puede ser una reacción alérgica, aunque no se ha encontrado ningún alérgeno específico. Los síntomas del dermatografismo pueden desencadenarse por cosas simples. Por ejemplo, el roce con la ropa o las sábanas puede irritar la piel. En algunas personas, los síntomas aparecen después de una infección, estrés emocional, vibraciones, exposición al frío o medicamentos. Sin embargo, se piensa que los siguientes factores pueden influir a su aparición. (6,7)

- Predisposición genética
- Liberación de histamina y otros mediadores de los mastocitos atípica
- Activación de mecanorreceptores
- Terminaciones nerviosas hiper sensitivas mismas que juegan un papel crucial en el desarrollo del dermatografismo.

Etiología de la urticaria crónica

A pesar de que los cuadros de urticaria tienen etiología variada aquí se describen los más comunes, sobre todos aquellos que pueden desencadenar un cuadro urticarioso crónico.(8)

- Factores autoinmunes
- Infecciones bacteriales, virales o parasitarias
- Comida y medicación
- Drogas
- Influencia hormonal
- Estrés y factores emocionales

Mastocitos y su influencia en el dermatografismo y urticaria crónica

Los mastocitos residen en el tejido conectivo de todos los órganos vascularizados y en los tejidos mucosos. Son más numerosos en la piel y en los tejidos mucosos de los tractos respiratorio e intestinal. Su número y densidad son más altos en las interfaces entre los entornos interno y externo,

donde actúan como centinelas y pueden responder rápidamente a organismos extraños, antígenos y toxinas. Evolutivamente, los mastocitos fueron probablemente más beneficiosos en las respuestas rápidas a venenos, parásitos y posiblemente infecciones bacterianas.(8–10)

Cuando se activan, los mastocitos liberan una variedad de mediadores vasoactivos, como histamina y metabolitos de ácido araquidónico, de los gránulos citoplasmáticos y los lípidos de la membrana en cuestión de minutos que forman la respuesta inmediata y también generan y liberan citocinas y quimiocinas durante horas que reclutan otras células inflamatorias en los tejidos involucrados. Estos mediadores son responsables de muchos de los signos y síntomas de las reacciones alérgicas y las enfermedades alérgicas, como enrojecimiento, prurito, artrosis, aguedema, broncoespasmo, aumento de la permeabilidad vascular y anafilaxis. Estos mismos síntomas se observan en los diversos trastornos de los mastocitos. Por lo tanto, los pacientes con trastornos de los mastocitos presentan signos y síntomas que se superponen con los de las reacciones alérgicas y las enfermedades alérgicas, lo que dificulta el diagnóstico.(8,10)

La triptasa es el mediador de los gránulos de los mastocitos que resulta más útil clínicamente, aunque sus funciones biológicas no se comprenden por completo. Aunque tanto los mastocitos como los basófilos liberan triptasa tras la activación, los mastocitos contienen aproximadamente 500 veces más que los basófilos y, por lo tanto, la triptasa sérica es un marcador relativamente específico de la carga y la actividad de los mastocitos [3-5]. Un aumento agudo de la concentración sérica de triptasa indica la participación de los mastocitos en eventos clínicos, y una elevación persistente de la triptasa sérica indica un aumento del número total de mastocitos en el cuerpo.(11) Entre los trastornos de los mastocitos los que realmente tienen importancia para este artículo son los trastornos secundarios de activación ya que los mastocitos son aparentemente normales en cantidad y función, pero responden a un estímulo externo identificable.(10,11) Los estímulos activadores incluyen alérgenos, autoanticuerpos, factores físicos, infecciones, fármacos o productos de la activación del complemento, las causas secundarias de los trastornos de activación de mastocitos son mucho más frecuentes que los trastornos primarios o idiopáticos de los mastocitos. En la mayoría de los casos, los médicos no considerarían los trastornos anteriores como trastornos secundarios de activación de mastocitos. Sin embargo, los trastornos secundarios de activación de mastocitos deben considerarse y excluirse antes de poder diagnosticar un trastorno primario o idiopático de mastocitos.(11,12)

Los trastornos secundarios de activación de mastocitos incluyen

Enfermedades alérgicas: alergias mediadas por IgE a alimentos, medicamentos y una variedad de otros alérgenos a los que la persona está expuesta sistémicamente.(12)

Formas físicas de urticaria: los factores físicos que pueden activar los mastocitos en personas susceptibles incluyen presión o vibración en la piel, cambios repentinos de temperatura, estrés y exposición al agua o a la luz ultravioleta (UV).(13)

Trastornos inflamatorios y neoplásicos crónicos: en pacientes ocasionales con trastornos inflamatorios/autoinmunes crónicos (p. ej., artritis reumatoide, lupus, psoriasis, dermatitis atópica, fibrosis pulmonar) o afecciones neoplásicas, se pueden observar aumentos secundarios en la cantidad de mastocitos que causan síntomas (urticaria y/o prurito) e infiltran los tejidos afectados.(14)

Las neoplasias que a veces se asocian con un aumento de mastocitos en las biopsias de tejido incluyen tumores sólidos (p. ej., cáncer de mama), linfoma de Hodgkin y tumores de la piel y del tejido conectivo. Además, la anemia aplásica se asocia de forma variable con una mayor expresión de SCF, lo que conduce a una proliferación de mastocitos en la médula ósea. Se observan niveles elevados de triptasa en algunas variantes mieloproliferativas de síndromes hipereosinofílicos.(13)

Los pacientes con trastornos de los mastocitos a menudo experimentan enrojecimiento, causado por los efectos vasodilatadores de la histamina y otros mediadores. El enrojecimiento puede ser inducido por la presión arterial, el alcohol, los cambios de temperatura y los eventos emocionales.(15) En la experiencia de los autores, los pacientes con trastornos de los mastocitos desarrollan enrojecimiento en asociación con signos y síntomas en otros sistemas orgánicos, mientras que el enrojecimiento aislado (p. ej., en el pecho o en la parte superior del cuello) es una presentación poco común y puede deberse a otras causas, como la disfunción autonómica.(15,16)

El diagnóstico diferencial del enrojecimiento es amplio e incluye etiologías hormonales, neurológicas, dermatológicas, iatrogénicas y cardiovasculares. El enrojecimiento observado en los trastornos de los mastocitos es episódico (urticaria crónica), de mayor duración, dura minutos a algunas horas y generalmente no está acompañado de sudoración, mientras que los sofocos perimenopáusicos suelen durar de dos a cuatro minutos y a menudo están acompañados de sudoración.(15,17)

Diagnóstico

Los trastornos de mastocitos secundarios suelen considerarse cuando los pacientes presentan síntomas compatibles con la activación de los mastocitos, como enrojecimiento, artrosis, diarrea, calambres abdominales, sibilancias, supuración o supuración cercana. Las lesiones cutáneas características son exclusivas de las formas cutáneas y sistémicas de mastocitosis y, por lo tanto, son muy útiles cuando están presentes. En la mayoría de los casos, el médico ya ha considerado una amplia gama de trastornos alérgicos más comunes (trastornos secundarios de mastocitos), pero ninguno explica la presentación completa.(16,18,19)

En lactantes y niños, la mayoría de las mastocitosis se limitan a la piel (mastocitosis cutánea (MC). La presentación típica de MC implica lesiones cutáneas características de la urticaria pigmentosa / mastocitosis cutánea maculopapular (UP/MPCM) combinadas con síntomas de activación de mastocitos.(20,21)

En adultos que presentan afiliación recurrente o episodios recurrentes de aparente activación de mastocitos sin una etiología mediada por IgE u otra secundaria, los trastornos de mastocitos que deben considerarse son mastocitosis sistémica (SM) y MC, síndrome de activación de mastocitos monoclonal (MMAS), síndrome de activación de mastocitos idiopático (IMCAS) y afiliación idiopática.(16)

Además de los diagnósticos analizados en este tema, la CIE10-CM incluye una codificación diagnóstica adicional para dos entidades: D89.40 activación de mastocitos, no especificada, y D89.49 otro trastorno de activación de mastocitos. No se han establecido pautas diagnósticas para estas entidades y no se recomienda asignar estos códigos como diagnósticos primarios, para ayudar al diagnóstico es necesario abarcar los siguientes pasos:(12)

- Historial de paciente y anamnesis enfocada
- Prueba de tolerancia de presión en piel
- Prueba cutánea con suero autólogo
- Evaluaciones de laboratorio (hemograma completo, velocidad de sedimentación globular, triptasa.)
- Diagnostico diferencial (picadura de insectos, prurigo, alergia medicamentosa, drogas)

Perlas de conocimiento

Hay varias observaciones que pueden ser útiles al considerar la probabilidad de que un paciente tenga un trastorno de mastocitos que puedan desencadenar un cuadro de urticaria crónica y la manifestación del dermatografismo.(13)

- Pacientes con urticaria recurrente o crónica, angioedema y/o hinchazón de las vías respiratorias superiores no son características de la mastocitosis.(22)
- La anafilaxia con hipotensión en respuesta a una picadura de abeja o avispa es una manifestación clásica de mastocitosis y puede ser el escenario de presentación de cuadros dermatograficos con o sin urticaria subsecuente. Se debe medir la triptasa sérica (cuando el paciente se encuentra en el estado basal) en cualquier paciente con reacciones sistémicas graves.(8,22)

Tratamiento para dermatografismo

En la mayoría de los casos no es necesario dar tratamiento para la dermatografía, ya que los síntomas suelen desaparecer por sí solos. Sin embargo, si los síntomas son graves o provocan molestias al paciente es posible que se requiera el uso de antihistamínicos leves por vía oral, entre los más usados Loratadina, cetirizina, desloratadina, fexofenadina, levocetirizina, el más usado en nuestro medio es la loratadina a dosis de 5mg diarios por 5 días. sin embargo, es necesario entender que se debe iniciar un tipo que no provoque somnolencia, como fexofenadina, loratadina o cetirizina.(3,10) Si ninguno ayuda, es posible el uso de doxepina antes de acostarse debido al efecto somnífero que tiene al ser un antidepresivo tricíclico, además es necesario que el paciente evada los factores desencadenantes (si se conoce la causa), es posible el uso de corticoides tópicos en casos de dermatografismo mantenido que se acompaña de cuadros urticaricos, en casos muy severos es posible el uso de fototerapia.(23)

Tratamiento de la urticaria crónica

- Antihistamínicos primero se debe usar aquellos que no provoquen sueño.
- Corticoesteroides es necesario que el tratamiento sea por corto periodo de tiempo
- Terapia inmunomoduladora para casos refractarios o recurrentes
- Omalizumab (como terapia anti-IgE)

- Ciclosporinas (para casos severos)

Manejo y pronóstico

La educación y asesoría al paciente son importantes, de modo que se pueda crear una modificación del estilo de vida, en cuanto a manejo del estrés, y evitar la automedicación, es importante realizar un estudio de cada paciente con dermatografismo para determinar cuál es el agente causante o el desencadenante de dicho cuadro, mismo que puede estar acompañado por urticaria (ejemplo: cuando un paciente con dermatografismo sufre fricción de cualquier índole, puede presentar urticaria en la zona complicando más el cuadro así como a su vez puede no presentar prurito en la zona, mientras que en otros casos pacientes con urticaria crónica, al rascar zonas de su piel activan la cascada de mastocitos causando dermatografismo en las zonas afectadas)(1,7,14,23)

Complicaciones

El rascado insistente puede provocar daño del tejido perdiendo la protección natural de la piel, dando paso a infecciones de tejidos blandos como celulitis infecciosas, eccema en la zona afectada, sangrados, infecciones oportunistas.(2,3)

Conclusión

El dermatografismo y la urticaria crónica son afecciones cutáneas complejas que requieren un enfoque integral para su diagnóstico y tratamiento. Comprender la etiología y las características clínicas de estas afecciones es esencial para un tratamiento eficaz. Una combinación de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas puede mejorar significativamente los resultados y la calidad de vida de los pacientes. Es necesario realizar más investigaciones para dilucidar los mecanismos subyacentes y desarrollar terapias dirigidas a estas afecciones cutáneas debilitantes.

Referencias

1. Overview of skin testing for IgE-mediated allergic disease [Internet]. 2024. Available from: www.uptodate.com
2. Atopic dermatitis (eczema)_ Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis - UpToDate.

3. Mastocytosis (cutaneous and systemic) in children [Internet]. 2024. Available from: www.uptodate.com
4. Approach to flushing in adults [Internet]. 2024. Available from: www.uptodate.com
5. Pruritus: Therapies for localized pruritus [Internet]. 2024. Available from: www.uptodate.com
6. Overview of in vitro allergy tests [Internet]. 2024. Available from: www.uptodate.com
7. Diagnosis of Hymenoptera venom allergy [Internet]. 2024. Available from: www.uptodate.com
8. Pruritus: Etiology and patient evaluation [Internet]. 2024. Available from: www.uptodate.com
9. Serum sickness and serum sickness-like reactions - UpToDate.
10. Approach to the patient with unexplained eosinophilia [Internet]. 2024. Available from: www.uptodate.com
11. Patient education: Hives (urticaria) (Beyond the Basics) [Internet]. 2024. Available from: www.uptodate.com
12. Hypersensitivity reactions to insulins [Internet]. 2024. Available from: www.uptodate.com
13. Clinical manifestations and diagnosis of Behçet syndrome - UpToDate.
14. Approach to the patient with annular skin lesions [Internet]. 2024. Available from: www.uptodate.com
15. Suárez-Ardura M, Coto-Segura P, Fernández-Prada M. White dermographism as an atypical cutaneous manifestation of COVID-19. *Semergen*. 2021 Oct 1;47(7):e55–6.
16. Patient education: Inducible hives (The Basics) What are inducible hives? [Internet]. 2024. Available from: www.uptodate.com
17. Hypereosinophilic syndromes: Clinical manifestations, pathophysiology, and diagnosis [Internet]. 2024. Available from: www.uptodate.com
18. Cold urticaria [Internet]. 2024. Available from: www.uptodate.com
19. Maternal adaptations to pregnancy: Skin and related structures [Internet]. 2024. Available from: www.uptodate.com
20. Physical (inducible) urticaria INTRODUCTION [Internet]. 2024. Available from: www.uptodate.com

21. The most important initial questions to ask patients with a skin problem include the following [Internet]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-clinical-dermatologic-diagnosis/print?search=dermografismo&source=search_result&selecte
22. Neutrophilic dermatoses [Internet]. 2024. Available from: www.uptodate.com
23. Diagnostic evaluation of IgE-mediated food allergy [Internet]. 2024. Available from: www.uptodate.com

© 2024 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).