

aplicação de emolientes, particularmente nas formas crónicas.

Embora os sub-tipos de urticária sejam desencadeados por uma grande variedade de factores, o tratamento da urticária segue alguns princípios básicos:

- Evicção ou eliminação dos factores desencadeantes (medicamentos, estímulos físicos, tratamento de infecções e processos inflamatórios crónicos, remoção de anticorpos anti-Fc_{RI}, alimentos)
- Minimizar os factores favorecedores de stress e ansiedade.

Alguns alimentos e aditivos favorecedores da libertação de histamina:

- Atum, bacalhau e crustáceos
- Charcutaria
- Frutos: banana, morango, kiwi e a generalidade dos frutos tropicais
- Frutos secos
- Tomate, cogumelos
- Queijos fermentados
- Enlatados e pré-cozinhados
- Aromatizantes: cacau, baunilha, malte, cola
- Especiarias

- Edulcorantes, corantes, conservantes e activadores de aroma
- Infusões: café e chá
- Gaseificados
- Álcool

Terapêutica farmacológica:

- Anti-histamínicos em monoterapia ou associados. Reservam-se os sedativos para situações clínicas muito particulares e os de aplicação tópica não deverão nunca ser utilizados.
- Corticosteróides sistémicos injectáveis ou administrados por via oral em situações excepcionais, mas sempre acompanhados por terapêutica subsequente com anti-histamínicos em períodos prolongados para controlo clínico sustentado.
- Anti-leucotrienos representam em alguns doentes um benefício adicional.
- Outros tratamentos poderão ser utilizados em alguns casos particulares (ex. imunoglobulinas endovenosas, salazopirina, ciclosporina A, dapsona, PUVA, etc), mas sempre submetidos a estreita vigilância clínica.

Outros títulos disponíveis:

Alergénios domésticos

Alergénios – ambiente exterior

Alergénios e aditivos alimentares

Agentes etiológicos da asma ocupacional

Alergia alimentar

Alergia ao látex

Alergia a fármacos

Alergia a venenos de himenópteros

Prevenção da alergia no recém-nascido

Anafilaxia

Imunoterapia

Asma brônquica

Asma ocupacional

Asma e gravidez

Asma na criança

Sibilância e asma no lactente

Asma induzida pelo exercício

Infecções recorrentes

Rinite

Tosse

Eczema atópico

Dermatite de contacto alérgica



Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica

Manual Educacional do Doente

Urticária

Responsabilidade e apoio científico:



Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica

Também disponível em formato electrónico em www.spaic.pt

Parceria



Coordenador:

Dr. Celso Pereira

Autores:

Dra. Alice Coimbra
Dra. Amélia Spinola Santos
Dra. Anabela Lopes Pregal
Dra. Ângela Gaspar
Dra. Beatriz Tavares
Dr. Celso Pereira
Dra. Cristina Santa Marta
Dra. Elisa Pedro
Dra. Emília Faria
Dra. Fátima Ferreira Jordão
Dra. Francisca Carvalho
Dra. Isabel Carrapatoso
Dr. José Luís Plácido
Dra. Leonor Cunha
Prof. Manuel Branco Ferreira
Dr. Mário Miranda
Dr. Mário Morais de Almeida
Dra. Paula Alendouro
Dra. Paula Leiria Pinto

Trata-se

de uma patologia comum, afectando todas as faixas etárias, estimando-se que cerca de 80% da população em algum momento da sua vida tenha pelo menos um episódio de urticária.

Definição

É caracterizada pelo rápido aparecimento de pápulas (lesões cutâneas ligeiramente elevadas em relação à pele sã), eritematosas (avermelhadas) algumas vezes esbranquiçadas na parte central, acompanhadas de prurido (comichão) ou por vezes sensação de queimadura, desaparecendo por breves segundos após pressão. Estas lesões regridem espontaneamente ou com terapêutica, sem pigmentação residual num período de 24 horas podendo recorrer. Em alguns casos, o edema da derme profunda e sub-cutis pode ser tão importante que dá origem ao aparecimento de angioedema (inchaço), por vezes doloroso em alternativa a pruriginoso, com envolvimento frequente das mucosas, sendo a resolução mais lenta comparativamente à da urticária (até 72 horas).

Mecanismo

Após processo de activação dos mastócitos, pelo alérgeno a que o indivíduo está sensibilizado, ou por outros mecanismos de natureza não alérgica, estas células existentes na pele e mucosas, libertam histamina, citocinas e outros mediadores da inflamação. Este processo dá início a uma série de alterações bioquímicas e intervenções celulares que culminam com o aparecimento e manutenção das lesões de urticária.

Classificação**a) Urticária com aparecimento espontâneo de pápulas.**

1. Urticária aguda – duração inferior a 6 semanas. Mais frequente em doentes com doenças atópicas como rinite, asma ou eczema atópico, e nas crianças e adultos jovens

- Infecções virais
- Reacções a alimentos (principalmente em crianças)
- Reacções a medicamentos (alérgicas ou pseudoalérgicas)

2. Urticária crónica – duração superior a 6 semanas, podendo estender-se em aproximadamente 50% dos casos até 6 meses, ou mesmo ter uma duração superior a 10 anos (20% dos casos). Afecta principalmente o sexo feminino, na 3ª e 4ª décadas de vida.

- Reacções alérgicas tipo I
- Reacções pseudoalérgicas
- Auto-imunidade (anticorpos anti-Fc_{RI}, anticorpos anti-tiroideus, outras doenças auto-imunes)
- Infecções (virais, bacterianas)
- Infestações por parasitas
- Gastrite, esofagite, inflamação da vesícula biliar
- Neoplasias (ex. linfomas)

2a. Urticária crónica contínua – frequência diária ou em quase todos os dias da semana

2b. Urticária crónica recorrente – intervalos livres de dias ou semanas sem sintomas

b) Urticárias físicas – embora de natureza crónica, são agrupadas separadamente porque dependem da presença de factor físico desencadeante:

1. Urticária dermatográfica ou dermatografismo – desencadeada por fricção da pele (aparecimento de pápulas 1 a 5 minutos depois). Afecta principalmente adultos jovens. Duração média 6,5 anos.

2. Urticária de pressão retardada – desencadeada por pressão vertical (aparecimento de pápulas 3 a 8 horas depois). Média de idade de aparecimento é os 30 anos, afectando 2 vezes mais os homens. Duração média 6-9 anos.

3. Urticária de contacto ao frio – desencadeada por ar frio, água ou vento (9 sub-tipos descritos). Mais frequente em jovens do sexo feminino. Duração média 4,2 anos. Na maioria dos casos, de causa desconhecida embora algumas doenças infecciosas possam estar na origem (sífilis, borreliose, sarampo, varicela, hepatite, mononucleose infecciosa, infecção por HIV)

4. Urticária de contacto ao calor – desencadeada por calor localizado

5. Urticária solar – desencadeada por radiação UV ou luz visível. Mais frequente em adultos jovens do sexo feminino.

6. Urticária / angioedema vibratórios – desencadeada por forças vibratórias (ex. martelo pneumático)

c) Tipos especiais de urticária

1. Urticária colinérgica – lesões muito pequenas com halo eritematoso, desencadeadas por breve aumento da temperatura corporal (ex. exercício físico, banho quente, stress emocional, etc.). Frequente em adultos jovens.

2. Urticária adrenérgica – pequenas lesões eritematosas com halo esbranquiçado, desencadeadas por stress emocional.

3. Urticária de contacto (alérgica ou pseudoalérgica) – aparecimento de pápulas nos locais em que as substâncias químicas contactam a pele (ex. alimentos, plantas, medicamentos, cosméticos, químicos industriais, produtos animais e têxteis)

4. Urticária aquagénica – desencadeada por um alérgeno libertado do estrato córneo da pele, quando em contacto com a água. Cinco vezes mais frequente no sexo feminino, principalmente em adultos jovens.

Um ou mais subtipos de urticária podem coexistir num mesmo doente.

Diagnóstico

Nas formas agudas, habitualmente, não é necessário qualquer tipo de estudo, uma vez que a relação causa-efeito é na maioria das vezes evidente. Na urticária crónica, uma história clínica aprofundada é fundamental para orientar a investigação. O estudo complementar diagnóstico deverá ser direccionado. O diário de sintomas, o registo alimentar e exames como os testes cutâneos de alergia, provas cutâneas específicas do diagnóstico de urticárias físicas, teste de soro autólogo, estudo laboratorial e imagiológico (radiografia, ecografia), provas de provocação com alimentos, medicamentos, ou aditivos alimentares e eventualmente biópsia de pele, orientados pela suspeição clínica, em muitos casos ajudam ao diagnóstico.

Tratamento

Algumas medidas podem ser úteis para aliviar o prurido, principalmente à noite: duche tépido e/ou aplicação de loção de calamina ou de creme anti-pruriginoso. É fundamental a hidratação cutânea com ▶