



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

TEMA:

“Urticaria crónica en pediatría: caracterización clínica, epidemiológica y terapéutica en el Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert (2018 – 2024)”.

AUTOR:

Fuentes Muñoz Lissette Nathalie

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Especialista en Pediatría**

TUTOR:

Correa Acosta Andrea Paola

Guayaquil, Ecuador
9 de abril del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SUBSISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Fuentes Muñoz Lissette Nathalie**, como requerimiento para la obtención del título de **Especialista en Pediatría**.

TUTOR (A)

f. _____
Correa Acosta Andrea Paola

DIRECTOR DEL PROGRAMA

f. _____
Vinces Balanzategui Linna Betzabeth

Guayaquil, a los 9 días del mes de abril del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**SUBSISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Fuentes Muñoz Lissette Nathalie**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Urticaria crónica en pediatría: caracterización clínica, epidemiológica y terapéutica en el Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert (2018 – 2024)** previo a la obtención del título de **Especialista en Pediatría**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 9 días del mes de abril del año 2026

EL AUTOR (A)

f. _____
Fuentes Muñoz Lissette Nathalie



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**SUBSISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Fuentes Muñoz Lissette Nathalie**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Urticaria crónica en pediatría: caracterización clínica, epidemiológica y terapéutica en el Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert (2018 – 2024)**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 9 días del mes de abril del año 2026

AUTOR(A):

f. _____
Fuentes Muñoz Lissette Nathalie



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Urticaria crónica en pediatría- caracterización clínica, epidemiológica y terapéutica en el Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert (2018 – 2024)

ID : a120279e413601d9a3816ee5fd528c7386207afa



4%

Textos
sospechosos

Nombre del fichero : Urticaria crónica en pediatría-
caracterización clínica, epidemiológica y terapéutica en
el Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert (2018 – 2024)
.txt

Tamaño del archivo original : 1,34 MB

Número de palabras : 12.162

Número de caracteres : 88557

Depositante : Nathalie Fuentes Muñoz

Fecha de depósito : 5 de abril de 2026

Tipo de carga : url_submission

fecha de fin de análisis : 5 de abril de 2026

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme la oportunidad de volver realidad mi sueño de ser pediatra, a mi familia por el apoyo constante en especial a mis padres y a mis maestros que siempre estuvieron dispuestos a guiarme.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a cada uno de los pacientitos que hicieron parte de mi formación como especialista durante los 3 años académicos y que me enseñaron la paciencia, la fe y la perseverancia en los momentos más difíciles.

ÍNDICE

Tabla de contenido	
AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
RESUMEN	X
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	XII
INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO	4
MARCO TEÓRICO.....	4
<i>Definición y conceptos generales</i>	4
<i>Fisiopatología</i>	5
<i>Epidemiología</i>	8
<i>Clasificación de la urticaria crónica</i>	10
<i>Manifestaciones clínicas</i>	11
<i>Diagnóstico</i>	12
<i>Tratamiento</i>	15
<i>Guías clínicas y consensos internacionales</i>	16
OBJETIVOS GENERALES Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
OBJETIVO ESPECÍFICO	17
OBJETIVOS OPERACIONALES O SECUNDARIOS	18
METODOLOGÍA	18
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	18
DEFINICIÓN DE VARIABLES	18
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	21
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	22
MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	22
ENTRADA Y GESTIÓN INFORMÁTICA DE DATOS.....	23
ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	23
RESULTADOS	23

DISCUSIÓN.....	35
CONCLUSIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	41
ANEXOS	44

RESUMEN

Introducción: la urticaria crónica en población pediátrica representa un desafío diagnóstico y terapéutico debido a su curso prolongado, etiología multifactorial y repercusión en la calidad de vida. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas, epidemiológicas, estudios complementarios solicitados y terapéutica aplicada a los pacientes pediátricos con urticaria crónica atendidos entre 2018 y 2024. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, mediante revisión de 1150 historias clínicas con diagnóstico CIE-10 L50.9. Tras la depuración de registros duplicados y aplicación de criterios de exclusión, se analizaron 42 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. **Resultados:** la edad mediana fue de 10.2 años, con dos picos de frecuencia a los 4 y 14 años; se observó un predominio femenino (59%). El angioedema se presentó en 33% de los casos, dentro de las formas clínicas predominó la espontánea (80%), la rinitis alérgica se asoció en un 36% de pacientes. Dentro del perfil de laboratorios se observaron las parasitosis intestinales (12/35 pacientes) como posibles comorbilidades asociadas. El tratamiento de primera línea se basó en antihistamínicos H1 de segunda generación (100%). **Conclusión:** la urticaria crónica en la población pediátrica se presenta principalmente como urticaria crónica espontánea, con predominio en el sexo femenino y una distribución etaria bimodal. La asociación con comorbilidades alérgicas y niveles elevados de IgE sugiere la importancia de una evaluación integral en estos pacientes. El tratamiento de primera línea son los antihistamínicos de segunda generación, en concordancia con las guías internacionales.

Palabras Claves: *urticaria crónica, pediatría, epidemiología, angioedema, enfermedades parasitarias, antihistamínicos.*

ABSTRACT

Introduction: Chronic urticaria in the pediatric population represents a diagnostic and therapeutic challenge due to its prolonged course, multifactorial etiology, and impact on quality of life. The aim of this study was to describe the clinical and epidemiological characteristics, complementary tests requested, and treatments applied in pediatric patients with chronic urticaria treated between 2018 and 2024.

Materials and Methods: An observational, descriptive, and retrospective study was conducted through the review of 1,150 medical records with an-ICD-10 diagnosis of L50.9. After removing duplicate records and applying exclusion criteria, 42 patients who met the inclusion criteria were analyzed.

Results: The median age was 10.2 years, with two frequency peaks at 4 and 14 years; a female predominance was observed (59%). Angioedema was present in 33% of cases. Among clinical forms, spontaneous urticaria predominated (80%), and allergic rhinitis was associated in 36% of patients. Within the laboratory profile, intestinal parasitosis (12/35 patients) was observed as a possible associated comorbidity. First-line treatment was based on second-generation H1 antihistamines (100%).

Conclusion: Chronic urticaria in the pediatric population mainly presents as chronic spontaneous urticaria, with a female predominance and a bimodal age distribution. The association with allergic comorbidities and elevated IgE levels highlights the importance of a comprehensive evaluation in these patients. Second-generation antihistamines remain the first-line treatment, in accordance with international guidelines.

Keywords: *Chronic urticaria, pediatrics, epidemiology, angioedema, parasitic infections, antihistamines.*

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado
AAP	Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics)
ANA	Anticuerpos Antinucleares
APAAACI	Asia Pacific Association of Allergy, Asthma and Clinical Immunology
C3 / C4	Componentes del complemento C3 y C4
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión
EAACI	European Academy of Allergy and Clinical Immunology
EDF	European Dermatology Forum
ELISA	Ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas
FceRI	Receptor de alta afinidad para la fracción constante de la IgE (en mastocitos y basófilos)
FceRII/CD23	Receptor de baja afinidad para la fracción constante de la IgE
GA²LEN	Global Allergy and Asthma European Network
GM-CSF	Factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos
H1	Receptor de histamina tipo 1
H2	Receptor de histamina tipo 2
IgE	Inmunoglobulina E
IgG	Inmunoglobulina G
IL	Interleucina
LT (C4, D4, E4)	Leucotrienos C4, D4 y E4
mg/L	Miligramos por litro
mm/h	Milímetros por hora (unidad de velocidad de sedimentación)
mm³	Milímetros cúbicos (unidad de conteo celular)
PCR	Proteína C Reactiva
PGD₂	Prostaglandina D2
RIC	Rango Intercuartílico
TG	Tiroglobulina
TNF-α / FNT-α	Factor de Necrosis Tumoral alfa
TPO	Peroxidasa Tiroidea
TSH	Hormona Estimulante de la Tiroides
UA	Urticaria Aguda
UAS7	Urticaria Activity Score 7 (escala de actividad de urticaria en 7 días)
UC	Urticaria Crónica
UCE	Urticaria Crónica Espontánea
UCI	Urticaria Crónica Inducible

UCT	Urticaria Control Test (test de control de urticaria)
UI/mL	Unidades Internacionales por mililitro
VSG	Velocidad de Sedimentación Globular
WAO	World Allergy Organization

INTRODUCCIÓN

Se define la urticaria como una reacción inflamatoria no vascular de la piel que se caracteriza por habones (ronchas evanescentes de tamaño variable, eritematosas y pruriginosas), angioedema o ambos [1]. Tanto su origen como terminología han sido mencionados desde la antigüedad —con referencias por Hipócrates y formalmente nombrada “urticaria” por Cullen en 1769—, su clasificación actual se basa en la duración de los síntomas [2]. Cuando los brotes persisten durante más de seis semanas, se denomina urticaria crónica, una condición que puede afectar tanto a niños como adultos y que se clasifica en dos grandes tipos: urticaria crónica espontánea, sin un desencadenante identificable, y urticaria crónica inducible, provocada por estímulos físicos o químicos específicos [3].

La prevalencia mundial estimada de urticaria crónica oscila entre el 0.1% y el 1% de la población general, siendo menos frecuente que la urticaria aguda, pero de mayor impacto clínico debido a su curso prolongado y su repercusión en la calidad de vida [4]. En Ecuador, un estudio de tesis no indexado a revista científica lo cual limita su validez, reportó en el año 2008 una mayor afectación en el género femenino (64%) y una edad de presentación más común entre los 16 y 20 años [5], aunque estos datos corresponden mayoritariamente a población general, sin distinción clara entre formas aguda y crónica. Más recientemente, un estudio nacional en niños realizado en 2023 mostró una posible asociación entre urticaria y enfermedades alérgicas concomitantes, como la rinitis, observándose urticaria en el 66.7% de los niños con rinitis alérgica, y en el 50% de aquellos sin esta condición [6]. Estos hallazgos respaldan la necesidad de caracterizar mejor los casos de urticaria crónica pediátrica, tanto en su presentación clínica como en sus posibles asociaciones y abordajes terapéuticos.

La urticaria crónica en pediatría representa un reto diagnóstico debido a que, en su fase inicial, las manifestaciones clínicas son similares a las de la urticaria aguda, y solo el curso del tiempo permite establecer su carácter crónico. Esta falta de distinción temprana puede dificultar un enfoque diagnóstico y terapéutico adecuado desde la primera consulta lo cual exige una evaluación detallada de la historia clínica y del examen físico para establecer una causa

probable, sin que exista un consenso claro sobre cuándo solicitar estudios complementarios. Las guías internacionales, como la de la EAACI/GA²LEN/EDF/WAO, sugieren que los exámenes de laboratorio deben reservarse para casos en los que se sospeche una condición subyacente, como urticaria vasculítica o trastornos autoinmunes [7]. En la práctica pediátrica, estas indicaciones no siempre se aplican de forma uniforme, y en muchos casos se realiza una batería de estudios sin una orientación clínica clara. Además, el manejo terapéutico también genera incertidumbre, especialmente respecto al uso prolongado de antihistamínicos y el papel de los corticoides. Ante la falta de un perfil clínico bien definido en población pediátrica, se hace necesario caracterizar a los pacientes con urticaria crónica para orientar de forma más sistematizada.

La urticaria crónica es una condición menos frecuente que la urticaria aguda, pero clínicamente desafiante en la práctica pediátrica. Su curso prolongado, definido por la presencia de habones recurrentes durante más de seis semanas, genera malestar persistente en el paciente y preocupación en las familias, lo que se traduce en múltiples consultas médicas tanto en el ámbito ambulatorio como en emergencias. En muchos casos, la causa no se identifica con claridad, lo que limita el abordaje etiológico y terapéutico. Esta incertidumbre clínica suele generar dudas sobre el uso adecuado de antihistamínicos (tipo, dosis, duración), así como sobre la indicación de corticoides, especialmente cuando los síntomas se acompañan de angioedema o son refractarios. A esto se suma la falta de un perfil clínico definido que oriente la solicitud de exámenes complementarios como IgE sérica, pruebas de alérgenos, biometría o marcadores inflamatorios en población pediátrica. Estudios recientes han demostrado que una proporción significativa de niños con urticaria crónica requiere terapias de tercera línea como omalizumab, lo que evidencia la necesidad de caracterizar mejor a estos pacientes desde etapas iniciales [8]. Este estudio busca describir los casos de urticaria crónica atendidos en el hospital, abordando su perfil clínico, causas probables, tratamiento recibido y estudios realizados, con el fin de generar evidencia local que permita un abordaje más sistemático y adaptado a la población.

Los resultados de este estudio permitirán describir el perfil clínico y terapéutico de los pacientes pediátricos con urticaria crónica en un hospital de referencia nacional. Esta información será útil para optimizar el abordaje diagnóstico, orientar la solicitud de exámenes complementarios relevantes, y guiar decisiones terapéuticas con base en patrones clínicos frecuentes. Además, podrá contribuir al desarrollo de protocolos institucionales y a la educación médica continua en el manejo de esta patología poco frecuente pero clínicamente desafiante.

DESARROLLO

Marco Teórico

Definición y conceptos generales

Definición de urticaria

“La urticaria es una enfermedad que se caracteriza por el desarrollo transitorio de habones, angioedema o ambos”[9]. Los habones se presentan como un área de hinchazón central sobreelevada, bien delimitada, rodeada de un eritema reflejo, son de tamaños variables, producen prurito o a veces ardor, duran entre 30 minutos a 24 horas, no dejan cambios residuales en la pigmentación de la piel ni cicatrices o hematomas. El angioedema se caracteriza por ser una hinchazón repentina, pronunciada que involucra la dermis profunda y el tejido celular subcutáneo o las mucosas, produce hormigueo, ardor y en ocasiones dolor en lugar de prurito, es de resolución más lenta que los habones hasta 72 horas [10].

Tabla 1 Diferencias entre urticaria aguda y crónica.

Característica	Urticaria aguda (UA)	Urticaria crónica (UC)
Duración	Duración \leq a 6 semanas	Duración $>$ a 6 semanas.
Inicio	Súbito, se asocian frecuentemente con causas identificables	Gradual o episódico, a menudo sin causa identificable
Frecuencia	Autolimitada, usualmente 1 episodio	Episódica o continua, recurrente
Desencadenantes comunes	Infecciones virales u otras enfermedades infecciosas, alimentos, medicamentos, picaduras	Idiopática, autoinmunidad, factores físicos, infecciones virales crónicas (hepatitis B o C, Ebstein Bar, herpes virus

		simple), H. pilory, parásitos helmínticos.
Fisiopatología	Activación aguda de los mastocitos por múltiples vías además de la IgE mediada.	Inflamación persistente, a veces con autoanticuerpos IgG ¹⁰
Pronóstico	Excelente, resolución espontánea	Puede durar meses o años, manejo prolongado

Fuente: Elaboración propia adaptada de Zuberbier et al. [9] y Sarraquigne M. [10].

Urticaria crónica espontánea vs inducible

La urticaria crónica espontánea (UCE) se produce sin un desencadenante específico. Los habones, angioedema o ambos pueden presentarse incluso sin la presencia definitiva de un estímulo. Esta puede reaparecer tras meses o años de remisión completa [9].

La urticaria crónica inducible (UCI) se produce por uno o más desencadenantes, con frecuencia agentes físicos que pueden ser identificados en la historia clínica y/o exámenes de laboratorios. Los habones, el angioedema o ambos siempre ocurren cuando el desencadenante está presente y nunca si está ausente [11].

Fisiopatología

Mecanismos inmunológicos y no inmunológicos

Existe una variedad de mecanismos inmunológicos y no inmunológicos que inducen la desgranulación de los mastocitos los cuales en su interior continúen gránulos con mediadores vasoactivos que tienen como órgano blanco los vasos sanguíneos, en especial sus paredes. Para que se produzca la liberación de gránulos la IgE se une con el FcεRI en la superficie del mastocito y forman un complejo que conduce a la desgranulación, proceso dependiente de energía y calcio para que haya la fusión del contenido con la membrana. Entre los mecanismos inmunológicos se encuentra la unión con el receptor FcεRI de la IgE por alérgenos, de anticuerpos anti FcRI y de anti-IgE. Entre los no inmunológicos los opioides, la anafilotoxina C5a, el factor de células madre y el neuropéptido sustancia P [1].

La histamina es el mediador más importante de los mastocitos, mismo que actúa sobre los receptores H1 que se encuentran en las células endoteliales y da lugar a la expresión de habones, angioedema o ambos. También actúa a nivel de las terminaciones nerviosas sensitivas desencadenando prurito [10]. Los mastocitos también generan otros mediadores, entre ellos la triptasa, el FNT- α , las interleucinas (IL) 3, 4, 5, 6, 8 y 13, el factor de estimulación de las colonias de macrófago-granulocito (GM-CSF). A partir del ácido araquidónico, derivado de los fosfolípidos de la membrana celular, se producen otros mediadores como la prostaglandina PGD₂ y los leucotrienos (LT) C₄, D₄ y E₄ [1,3].

La histamina, el FNT- α y la IL8 regulan la expresión de las moléculas de adhesión sobre las células endoteliales y estimulan la quimiotaxis de células inflamatorias hasta el habón. La IL-4 tiene mecanismo de retroalimentación positiva lo que promueve mayor producción de IgE.

También se ha descrito que en el suero del 30 al 40% de los pacientes con urticaria crónica hay autoanticuerpos IgG que se unen a la subunidad α de Fc ϵ RI extracelular, que reconocen el dominio α 2 y compiten con la IgE por el sitio de unión. Existen otros autoanticuerpos no competitivos que reconocen el dominio α 1, con capacidad de unirse al receptor en presencia de IgE. Estos autoanticuerpos unidos a los mastocitos también pueden iniciar la activación del complemento y así generar anafilotoxina C5a la misma que facilita la desgranulación [1].

Rol de los mastocitos y mediadores como la histamina

En revisiones sistemáticas se ha demostrado que en la mayoría de las urticarias crónicas los mastocitos juegan un rol importante, estos se encuentran cerca de los vasos sanguíneos de la dermis. La degranulación de los mastocitos se considera el evento inicial en la fisiopatología de la urticaria (formación del habón y angioedema) ya que liberan gránulos de histamina y algunas citosinas que desencadenan toda la respuesta inflamatoria, además reclutan basófilos, eosinófilos y células T [12].

La histamina es el principal mediador mastocitario, este se une al receptor H1 en el músculo liso y endotelio del vaso sanguíneo produce aumento de la permeabilidad capilar donde da lugar a la formación de ronchas y

angioedema, y a nivel de las terminaciones nerviosas sensitivas induce prurito. La unión al receptor H2 produce vasodilatación arteriolar y venular [1]. La activación del receptor de alta afinidad para la inmunoglobulina E (FceRI) que se expresa en la superficie de los mastocitos y basófilos es clave para el desarrollo de la urticaria. Se ha demostrado que la gravedad de la enfermedad y su actividad están directamente relacionados a la basopenia periférica y la presencia de autoanticuerpos [10].

Los eosinófilos se reclutan tanto en la piel afectada como en la que no tiene lesiones visibles, estos participan en la fase tardía lo que conlleva a la persistencia de habones eritematosos. Estudios actuales indican que los mastocitos pueden comportarse como células presentadoras de antígenos capaces de activar las células linfocíticas Th (helper) y las células T infiltrantes lo que contribuye a la cronicidad de las lesiones. En casos refractarios a los antihistamínicos o durante los brotes se ha evidenciado la activación de la cascada de coagulación y el complemento lo que conduce al aumento de la permeabilidad vascular, activación de mastocitos, quimiotaxis de neutrófilos y eosinófilos [10,12].

Dentro de las reacciones de hipersensibilidad podemos mencionar que intervienen los tipos de hipersensibilidad:

Tipo I, esta mediada por anticuerpo IgE y el antígeno que forman un complejo que se une al receptor Fc en la superficie del mastocito y de los basófilos, lo produce la desgranulación de estas células y liberación de histamina.

Tipo II, esta mediada por células T citotóxicas que conllevan al depósito de inmunoglobulinas, complemento y fibrina alrededor de los vasos sanguíneos lo que conlleva a una urticaria vasculítica.

Tipo III intervienen complejos inmunes y se asocia a enfermedades autoinmunes que expresan urticaria como el lupus eritematoso sistémico [1].

La parte autoinmune en la urticaria crónica espontánea es esencial ya que se han detectado autoanticuerpos dirigidos contra el receptor FceRI de la inmunoglobulina E (IgE) hasta en un 40%, lo que genera liberación de histamina y activa el complemento. De igual forma el autoanticuerpo de baja afinidad FceRII/CD23 contra la IgE está presente en la superficie del eosinófilo en un 5 a 11% e induce la desgranulación del mastocito. Ambos son ejemplos de autoinmunidad IIb y pueden presentarse en la UCE además de la

autoinmunidad tipo I donde anticuerpos IgE contra antígenos propios (15%) como los AC antitiroideos antitiroglobulina (TG) y antiperoxidasa (TPO) se ven activados [12].

Implicaciones fisiopatológicas en población pediátrica

La fisiopatología de la urticaria crónica en la población pediátrica comparte muchos mecanismos con los adultos, pero con algunas diferencias significativas respecto a desencadenantes y respuesta inmune. La activación de mastocitos y basófilos con la liberación de mediadores como histamina, leucotrienos y citocinas juegan un papel clave. Esta activación puede ser inmunológica (IgE o autoanticuerpos) o no inmunomediada (producida por estímulos físicos o fármacos)[9].

En pacientes pediátricos se ha encontrado que las infecciones virales pueden ser potenciales desencadenantes y muchas veces el agente etiológico principal en la urticaria aguda o crónica. En especial existe fuerte asociación con la familia de los Herpesviridae [13]. Además, diversas investigaciones han señalado una posible relación entre infecciones bacterianas y urticaria, particularmente las causadas por *Helicobacter pylori* y *Streptococcus*. Sin embargo, los estudios publicados hasta la fecha no han demostrado de forma concluyente dicha asociación [14].

A pesar de la base inmunológica en niños no es completamente clara, estudios recientes revelan que una gran proporción de niños con urticaria crónica presenta marcadores inflamatorios persistentes que conllevan a la disfunción de células T reguladoras y liberación sostenida de citoquinas proinflamatorias [9]. En la expresión clínica esta activación prolongada puede reflejarse como presencia continua o intermitente de habones y/o angioedema lo que produce un impacto emocional, alteraciones del sueño o la alimentación. La persistencia de síntomas implica la necesidad de una evaluación más profunda para descartar urticaria crónica espontánea de tipo autoinmune, como lo sugieren diversos autores [15].

Epidemiología

Prevalencia mundial y local

La prevalencia de urticaria a nivel mundial es muy variada, dependiendo de la población y del grupo etario estudiado. De forma general se estima que la

prevalencia de urticaria crónica en población pediátrica oscila entre 0.1% y el 1% en contraste con adultos donde es mayor, pero con un impacto clínico relevante [9].

En una revisión sistemática y metaanálisis publicado en el año 2020 se reportó que, la prevalencia global de urticaria crónica a lo largo de la vida era del 4.4% y que la prevalencia puntual de urticaria crónica era del 0.7% con rangos que variaban entre 0.1% al 0.5% en América del Norte y Europa, mientras que en algunas series asiáticas puede llegar hasta el 1,4% y América latina hasta 1.5% respectivamente [16]. Estos hallazgos de diferencias geográficas reflejan la influencia de factores ambientales, infecciones y características genéticas en la manifestación de la enfermedad.

En un estudio realizado en Argentina, documentaron una prevalencia de urticaria crónica del 0.16% en población pediátrica atendida en un hospital general, con mayor frecuencia en mujeres [17]. De forma complementaria se destaca que, aunque la prevalencia en la región es baja, la carga de la enfermedad a nivel de la calidad de vida y necesidad de atención especializada es significativa.

Un estudio en Brasil señala que la urticaria crónica refractaria en pediatría, aunque sea poco frecuente, representa un desafío terapéutico y debe considerarse en la práctica clínica [15].

Datos epidemiológicos en niños

En pediatría, la urticaria crónica representa una proporción reducida de casos en relación con la urticaria aguda, la cual tiene una prevalencia mayor en la infancia. Sin embargo, cuando se presenta, esta tiene una evolución más prolongada y un impacto mayor en la calidad de vida. Se estima que entre un 20 y 30% de los niños puede experimentar al menos un episodio de urticaria en su vida, siendo la gran mayoría de carácter agudo y autolimitado [18].

La urticaria crónica en pediatría tiene predominio en niñas y adolescentes, lo que sugiere se deba a una influencia hormonal y factores autoinmunes en esta etapa de la vida [12,17]. Además, en niños pequeños, las infecciones son los desencadenantes asociados frecuentemente, a diferencia de los adultos, donde predominan mecanismos autoinmunes[13].

Factores de riesgo asociados en pediatría

Se han reportado diversos factores relacionados a la urticaria en niños. Entre ellos se destacan:

Infecciones virales y bacterianas: las infecciones virales constituyen el desencadenante más frecuente en edad pediátrica, especialmente en formas agudas y recurrentes. De igual forma se han descritos asociaciones con infecciones bacterianas como *H. pylori* y *Estreptococos* [9,14].

Relación con helmintos intestinales: las parasitosis por *Ascaris lumbricoides*, *Strongyloides stercoralis*, *Giardia lamblia* y *Entamoeba histolytica* se han asociado con la urticaria recurrente en niños, posiblemente por activación inmunológica con liberación de IgE y eosinofilia periférica [9,12].

Sexo y edad: se ha reportado mayor predominio en el sexo femenino, mayoritariamente en adolescentes [12,17].

Factores inmunológicos y autoinmunidad: en algunos casos en pediatría se ha detectado autoanticuerpos contra el receptor de IgE (FceRI), lo que sugiere mecanismo autoinmune similar al observado en adultos [9,15].

Impacto psicoemocional y comorbilidades: la cronicidad de la enfermedad puede afectar el sueño, el rendimiento escolar y el bienestar emocional, lo que agrava la percepción de la severidad en pacientes pediátricos y sus familias [12].

Clasificación de la urticaria crónica

Urticaria crónica espontánea

La urticaria crónica espontánea se define como la aparición de habones, angioedema o ambos en un periodo de 6 semanas o más, sin un desencadenante identificable [9]. Esta constituye la forma más frecuente en pediatría y puede tener una base inmunológica asociada a la activación de mastocitos y basófilos, mediada por autoanticuerpos contra el receptor IgE (FceRI) o contra la IgE [11].

En niños, aunque la proporción de casos con autoanticuerpos es menor que en adultos, si se ha encontrado mecanismos autoinmunes que explican cuadros persistentes y refractarios al tratamiento convencional [15,18]. El curso clínico es variable, es decir, algunos pacientes presentan síntomas

diarios, mientras que otros los expresan de forma intermitente, generando un impacto importante en la calidad de vida [12,18].

Urticaria crónica inducible

La urticaria crónica inducible es aquella en que los síntomas tienen desencadenantes, ya sean factores físicos o ambientales específicos. Dentro de los subtipos más frecuentes en pediatría tenemos:

Dermografismo sintomático: se producen por presión o fricción en la piel.

Urticaria por frío: es inducida por bajas temperaturas.

Urticaria solar: desencadenada por la exposición a la luz solar.

Urticaria colinérgica: asociada al aumento de temperatura corporal, como durante el ejercicio o fiebre [9,18].

Aunque en los niños estas formas son poco comunes que la UCE, deben considerarse ya que su detección permite orientar al paciente y la familia en medidas de evitación, además de un manejo más dirigido [12].

Otras formas clínicas en la edad pediátrica

En la infancia también se presentan otras formas poco frecuentes, pero clínicamente importantes.

Urticaria crónica asociada a infecciones recurrentes, comúnmente virales y bacterianas, descritas como desencadenantes importantes en pediatría [9,13].

Urticaria crónica con componente autoinmune (tipo IIb), en ella se documentan autoanticuerpos contra receptores de mastocitos, asociándose a casos refractarios y con mayor severidad [9,15].

Urticaria aguda recurrente en pediatría, aunque no siempre formalmente clasificada, algunos autores la consideran como un puente entre la urticaria aguda y crónica, involucra episodios múltiples que generan impacto clínico semejante a la cronicidad [19].

Manifestaciones clínicas

Lesiones típicas: habones, prurito, distribución

La urticaria crónica se caracteriza clínicamente por la aparición de habones eritematosos, bordes bien definidos y generalmente acompañados de prurito intenso [9]. Las lesiones son transitorias de duración menor a 24 horas en el mismo sitio, aunque pueden presentarse en otras áreas de la piel. La

distribución es generalizada, afecta el tronco, extremidades y, en algunos casos involucra cara y cuero cabelludo [18].

En pacientes pediátricos, los habones pueden ser más extensos y de aparición rápida, lo cual produce incomodidad y ansiedad tanto en el paciente como la familia [12]. Son de aparición diaria o intermitente, cuando se extiende más de 6 semanas se clasifica como crónica [9].

Angioedema asociado

El angioedema se presenta en aproximadamente del 30 al 40% de los pacientes pediátricos con urticaria crónica [9,18]. Este se caracteriza por ser de aparición súbita y de mayor profundidad porque afecta tanto la dermis y tejido subcutáneo. Aparece con frecuencia en párpados, labios, manos, pies y genitales.

Puede presentarse aislado o asociado a los habones, y en niños es particularmente importante diferenciarlo de otras entidades como anafilaxia o causas hereditarias [12]. Su aparición se relaciona a cuadros más severos y con mayor impacto en la calidad de vida [15].

Repercusiones en la calidad de vida infantil

Más allá de la expresión cutánea, la urticaria crónica impacta de manera considerable en la vida diaria. Se ha descrito alteraciones en el sueño, problemas de concentración escolar, irritabilidad y limitaciones en actividades físicas [12,18].

Los síntomas persistentes y el prurito nocturno afectan la calidad del descanso, lo que influye en el rendimiento académico. Asimismo, el estigma social por las lesiones visibles puede generar ansiedad y baja autoestima en los pacientes pediátricos [12].

En un estudio se señala que, los casos refractarios pediátricos no solo condicionan un mayor uso de recursos sanitarios, sino que también implican sobrecarga emocional y monetaria para la familia, por lo que se debe considerar esta enfermedad no solo como algo clínico sino como social y psicológico [15].

Diagnóstico

Historia clínica detallada

En la historia clínica detallada se deben documentar:

Duración: confirmar que la aparición de lesiones debe ser \geq a 6 semanas (cronicidad), patrón de aparición (diario / intermitente), presencia de angioedema, desencadenantes posibles (infecciones recientes, frío, ejercicio, frío, presión, calor, agua, fármacos – en especial AINES – y alimentos solo si hay una relación clara), síntomas sistémicos (fiebre, dolor articular), antecedentes de atopia (asma, rinitis, dermatitis), autoinmunidad familiar/personal (tiroiditis) y medición del impacto (escalas como UAS7 y UCT). Debe consignarse la exposición a parásitos en áreas endémicas, viajes y contacto con mascotas. La mayor parte de los casos no se identifica un desencadenante único.

Dentro de la evaluación de urticaria uno de los instrumentos que más se utiliza para puntuar la actividad de la enfermedad es el Urticaria Activity Score de 7 días (UAS7). Esta prueba permite mediante un registro diario durante 7 días consecutivos de 2 variables clínicas: número de habones e intensidad del prurito. Cada variable tiene una puntuación del 0 al 3 según la gravedad, dando como puntaje diario máximo 6 puntos, durante la semana se obtiene un puntaje que va de 0 a 42 puntos, los valores más elevados indican mayor actividad de la enfermedad. Su aplicabilidad facilita conocer la gravedad de la urticaria y la respuesta al tratamiento.

Otro instrumento frecuentemente utilizado es el Urticaria Control Test (UCT), esta prueba está diseñado para evaluar el grado de control de la enfermedad durante 4 semanas. El UCT tiene 4 preguntas que abordan la intensidad de los síntomas, el impacto de la enfermedad en la vida diaria, eficacia del tratamiento y la percepción general del control de la urticaria. Cada pregunta tiene un puntaje del 0 al 4, con una puntuación total máxima de 16 puntos. Un resultado mayor o igual a 12 puntos indica control adecuado, mientras que un puntaje inferior sugiere enfermedad no controlada [9].

Examen físico dirigido

Al examen físico se debe confirmar la presencia de habones evanescentes (< de 24 horas) pruriginosos con bordes definidos y angioedema; estimar la extensión y distribución. Buscar signos de formas inducibles como dermatografismo (realizar un trazo con bajalenguas), habones que se producen por fricción/fricción, test de frío local (urticaria por frío) o ejercicio para la urticaria colinérgica. Examinar la presencia de petequias/ hiperpigmentación

residual o dolor que sugieran vasculitis urticarial; descartar lesiones fijas > de 24 horas, ampollas o afectación de mucosa que orienten a un diagnóstico diferencial [9,11,18].

Pruebas complementarias en urticaria crónica

Las guías recomiendan estudios básicos y dirigidos por clínica, entre los que mencionamos:

- Hemograma y VSG/PCR: como búsqueda de inflamación o infección persistente.
- IgE total y pruebas de alergia cuando la historia sugiere alergia mediada por IgE (no de rutina en UC).
- Perfil tiroideo/anticuerpos antitiroideos: si se encuentran datos de autoinmunidad o urticaria crónica espontánea persistente.
- C4 y función/inhibidor de C1 si existe angioedema sin habones o antecedente familiar (descartar angioedema hereditario).
- Parasitológico en heces y, según el contexto, antígeno de H. pylori cuando exista epidemiología compatible.
- Pruebas de provocación en caso de formas inducibles (frio, presión, calor, ejercicio) en un entorno seguro.
- Se recomienda el hemograma y reactantes de fase aguda como valoración inicial; estudios adicionales (IgE específica, perfil tiroideo, C4/C1 – INH, parásitos y H. pylori) deben solicitarse solo ante la sospecha clínica o refractariedad.

Diagnóstico diferencial

Vasculitis urticarial: lesiones > 24 horas, dolorosas o con equimosis residual. Complemento bajo, se debe considerar realizar biopsia.

Anafilaxia / reacciones medicamentosas graves: involucra compromiso sistémico (hipotensión, broncoespasmo).

Exantemas virales/eritema multiforme/ enfermedad del suero: curso prolongado y lesiones fijas.

Mastocitosis cutánea, síndromes autoinflamatorios (ejemplo, fiebre recurrente), **dermatitis de contacto y escabiosis** (pápulas lineales pruriginosas nocturnas) según la clínica.

Angioedema hereditario cuando antecedentes familiares y edema sin habones [20].

Tratamiento

Objetivos terapéuticos

Cuando se implementa un plan terapéutico se plantean objetivos como: suprimir el prurito y los habones, prevenir o atenuar el angioedema, normalizar el sueño y la asistencia escolar, reducir la carga psicosocial y minimizar los efectos adversos [3,9]. El abordaje debe ser escalonado (step-up/step-down), con educación del paciente y la familia, evitando desencadenantes y monitorizando la actividad de la enfermedad mediante escalas como UAS7 o UCT [9,12].

Uso de antihistamínicos H1 en pediatría

Los antihistamínicos H1 de segunda generación no sedantes (cetirizina, loratadina, desloratadina, fexofenadina, rupatadina) son la primera línea de tratamiento en pediatría. Las guías recomiendan incrementar la dosis hasta 4 veces la dosis estándar en casos no controlados, especialmente en pacientes mayores de 12 años [9]. En niños menores, la decisión debe ser individualizada y bajo supervisión clínica. Los antihistamínicos de primera generación no están recomendados por sus efectos sedantes y sobre el aprendizaje [11]. Los corticoides orales deben reservarse solo para exacerbaciones y ciclos cortos [3].

Tratamientos de segunda línea: omalizumab, ciclosporina

Cuando los antihistamínicos H1 no logran el control de síntomas, se recomienda el uso de omalizumab (anticuerpo monoclonal anti-IgE), principalmente en mayores de 12 años, aunque existen series en población pediátrica más joven con buenos resultados [9,11]. Si la respuesta es insuficiente, puede considerarse ciclosporina como inmunosupresor, con monitorización estricta de efectos adversos [3,8,12].

Consideraciones en casos refractarios

En casos refractarios, se debe confirmar la adherencia y el diagnóstico, descartar urticaria inducible, tratar posibles infecciones o parasitosis en áreas endémicas, y escalar a terapias avanzadas. En este contexto, el uso de

omalizumab o ciclosporina debe individualizarse y considerarse la derivación a un especialista en alergia e inmunología pediátrica [2,3,15].

Guías clínicas y consensos internacionales

Recomendaciones EAACI/GA²LEN/WAO (2021)

La guía conjunta de la EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI (actualizada en 2022) es la referencia más utilizada a nivel global. Sus puntos clave son:

- Definición y clasificación de urticaria crónica en espontánea e inducible.
- Establece que, en la **urticaria crónica espontánea**, los estudios de laboratorio **no están recomendados de forma rutinaria**, salvo en presencia de **hallazgos clínicos específicos**, como angioedema sin habones (sospecha de angioedema hereditario), síntomas digestivos en zonas endémicas o antecedentes de autoinmunidad. Esta postura pretende evitar estudios innecesarios y centrarse en un abordaje estandarizado.
- Uso de antihistamínicos H1 de segunda generación no sedantes como primera línea.
- Posibilidad de incrementar dosis hasta 4 veces si no se logra control con dosis estándar.
- Recomendación de omalizumab como segunda línea y ciclosporina como tercera, en casos refractarios.
- Énfasis en evitar estudios diagnósticos innecesarios, centrando el abordaje en historia clínica y examen físico [9].

Consideraciones basadas en publicaciones de la Academia Americana de Pediatría (AAP)

Aunque la AAP no tiene una guía exclusiva sobre urticaria crónica, sus documentos de revisión en alergia e inmunología pediátrica destacan:

- Importancia de diferenciar urticaria aguda recurrente de la urticaria crónica.
- Relevancia de las comorbilidades atópicas (asma, rinitis, dermatitis) [21].

- Recomienda que, en pacientes con **urticaria recurrente o persistente**, se considere una **valoración inicial básica** que incluya hemograma y reactantes de fase aguda (VSG/CRP), y que otros estudios (perfil tiroideo, autoanticuerpos, coproparasitario, pruebas de alergia) se soliciten únicamente cuando existan signos clínicos o antecedentes que lo justifiquen. Este enfoque busca descartar causas subyacentes relevantes sin recurrir a estudios extensos de rutina [22]
- Enfoque en la seguridad de antihistamínicos en niños, evitando los de primera generación por su impacto en el rendimiento escolar [23].
- Adaptación de las recomendaciones de la EAACI a la práctica pediátrica norteamericana, con énfasis en la seguridad farmacológica.

Aplicación en el contexto latinoamericano

En Latinoamérica, la prevalencia de parasitosis, infecciones recurrentes y acceso limitado a biológicos obliga a adaptar las guías internacionales:

- Los antihistamínicos H1 de segunda generación siguen siendo la primera línea de elección, aunque la disponibilidad puede variar entre países.
- La erradicación de parásitos intestinales y el manejo de infecciones son considerados pasos diagnósticos y terapéuticos más frecuentes en la región.
- El uso de omalizumab está restringido en algunos países por su costo y disponibilidad, lo que lleva a un mayor uso de ciclosporina en casos refractarios.
- Los consensos latinoamericanos, como los publicados en Revista Alergia México y en la Sociedad Brasileña de Alergia e Inmunología, recomiendan siempre un abordaje contextualizado, considerando factores epidemiológicos y sociales [12,15].

Objetivos generales y objetivos específicos

Objetivo Específico

Describir las características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de los pacientes pediátricos con urticaria crónica atendidos en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde durante el periodo 2018 – 2024.

Objetivos Operacionales o Secundarios

1. Identificar las formas clínicas más frecuentes (espontánea vs. inducible) y la presencia de angioedema en pacientes pediátricos con urticaria crónica.
2. Describir el perfil de estudios complementarios solicitados y sus principales hallazgos en los pacientes incluidos.
3. Determinar los tratamientos farmacológicos empleados y la frecuencia de uso.
4. Estimar la frecuencia y asociación entre comorbilidades alérgicas y niveles de IgE.

METODOLOGÍA

Diseño de la investigación

El presente estudio corresponde a una investigación de tipo observacional, retrospectiva, transversal y descriptiva, diseñada como un estudio de prevalencia o corte transversal.

Definición de variables

Variable	Indicador	Unidades (categoría o valor final)	Tipo/Escala
Variables de Caracterización Principales			
Tipo de urticaria crónica	Clasificación clínica del subtipo	Espontánea/Inducible /Combinadas/No documentada	Cualitativa nominal politómica
Evolución en semanas	Tiempo desde el inicio del cuadro clínico hasta la atención	Semanas (con decimales)	Cuantitativa continua
Presencia de angioedema	Asociación con angioedema	Sí / No	Cualitativa nominal dicotómica
Variables de Caracterización Secundarias			
Edad	Edad del paciente al momento de la atención	Años con un decimal	Cuantitativa continua

Sexo	Género biológico	Masculino/Femenino	Cualitativa nominal dicotómica
Residencia	Lugar de residencia	Urbana / Rural	Cualitativa nominal dicotómica
Antecedentes alérgicos personales	Enfermedades atópicas previas documentadas	Rinitis/Asma/Dermatitis atópica/Ninguno/No documentado	Cualitativa nominal politómica
Factores desencadenantes	Agentes asociados reportados	Infección/Alimento/Fármaco /Físico/Idiopático/Otro/No documentado	Cualitativa nominal politómica
Leucocitos totales	Recuento total en sangre periférica	Células/mm ³	Cuantitativa continua
Neutrófilos absolutos	Conteo absoluto de neutrófilos	Células/mm ³	Cuantitativa continua
Linfocitos absolutos	Conteo absoluto de linfocitos	Células/mm ³	Cuantitativa continua
Eosinófilos absolutos	Conteo absoluto de eosinófilos	Células/mm ³	Cuantitativa continua
Plaquetas	Recuento total de plaquetas	Células/mm ³	Cuantitativa continua
PCR	Resultado en mg/L	Numérico (mg/L) / No solicitado	Cuantitativa continua (con categoría adicional)
VSG	Resultado en mm/hora	Numérico (mm/h) / No solicitado	Cuantitativa continua (con categoría adicional)
IgE total	Nivel de IgE	Valor numérico (UI/mL) / No solicitado	Cuantitativa continua (con categoría adicional)
Alérgeno positivo en IgE	Nombre del alérgeno detectado en IgE específica	Dermatophagoides pteronyssinus/D. farinae/ Blomia tropicalis/Leche/ Huevo/Pescado/Soya/ Trigo/Epitelio animal/Otro/No solicitado	Cualitativa nominal politómica

Valor cuantitativo IgE específica	Nivel de IgE frente al alérgeno más relevante	Clasificación por clases (0-6) según niveles RAST	Cuantitativa continua
Test parasitológico	Presencia de parásitos	Parásito detectado en la muestra/sin presencia de parásito/ No solicitado	Cualitativa nominal politómica
Uroanálisis	Análisis de orina	Normal/Alterado (descripción de hallazgos) /No solicitado	Cualitativa nominal politómica
TGO (AST)	Nivel en suero (UI/L)	Valor numérico/No solicitado	Cuantitativa continua (con categoría adicional)
GPT (ALT)	Nivel en suero (UI/L)	Valor numérico / No solicitado	Cuantitativa continua (con categoría adicional)
TSH	Valor en suero (μ U/mL)	Valor numérico / No solicitado	Cuantitativa continua (con categoría adicional)
Anti-TPO (peroxidasa tiroidea)	Nivel sérico UI/mL	Valor numérico / No solicitado	Cuantitativa continua (con categoría adicional)
Anti - TG (tiroglobulina)	Nivel sérico UI/mL	Valor numérico / No solicitado	Cuantitativa continua (con categoría adicional)
ANA (anticuerpos antinucleares)	Resultado de autoinmunidad	Positivo / Negativo / No solicitado	Cuantitativa continua (con categoría adicional)
C3	Nivel de complemento C3	mg/dL / No solicitado	Cuantitativa continua (con categoría adicional)
C4	Nivel de complemento C4	mg/dL / No solicitado	Cuantitativa continua (con

			categoría adicional)
Detección de h. pylory en heces (Elisa)	Presencia de antígenos de H. pylori en la muestra	Positivo / Negativo / No solicitado	Cualitativa nominal politómica
Antihistamínico 1° generación	Principio activo utilizado	Hidroxicina / Clorfenamina / Difenhidramina/ Dexclorfeniramina/ Prometazina/Otro / Ninguno	Cualitativa nominal politómica
Antihistamínico 2° generación	Principio activo utilizado	Loratadina / Desloratadina Cetirizina / Levocetirizina / Bilastina / Fexofenadina / Otro / Ninguno	Cualitativa nominal politómica
Corticoide	Principio activo utilizado	Prednisona / Prednisolona / Dexametasona / Metilprednisolona / Otro / Ninguno	Cualitativa nominal politómica
Otras opciones terapéuticas utilizadas	Medicamentos distintos a antihistamínicos y corticoides utilizados para tratar la urticaria crónica	Montelukast / Omalizumab / Ciclosporina / Antibiótico / Antiparasitario / Otro / Ninguno	Cualitativa nominal politómica
Área de atención	Lugar de atención médica	Emergencia / Consulta externa	Cualitativa nominal dicotómica
Número de consultas	Cantidad de atenciones médicas por urticaria crónica en el periodo revisado	Número total	Cuantitativa discreta

Población y muestra

La población de estudio está conformada por pacientes pediátricos (de 0 a 18 años) atendidos en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, con diagnóstico clínico de urticaria crónica, definido como la presencia de habones recurrentes por un período mayor a seis semanas.

Se revisaron 1150 historias clínicas con diagnóstico CIE-10 L50.9 (Urticaria no especificada), correspondientes al período 2018-2024.

Se eliminaron 149 registros duplicados, quedando 1001 válidos para la revisión. De estos, 949 fueron excluidos por corresponder a urticaria aguda, 5 no se realizaron los exámenes de laboratorio solicitados por el médico, 3 no tenían tiempo de evolución y 2 correspondían a urticaria aguda recurrente.

La muestra final incluyó 42 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión establecidos.

Criterios de Inclusión y exclusión

Inclusión

1. Pacientes pediátricos (0 – 18 años) atendidos en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde entre 2018 y 2024, con diagnóstico clínico de urticaria crónica definida como la presencia de habones recurrentes durante un período mayor a 6 semanas.
2. Pacientes con registro médico que incluye datos clínicos, exámenes complementarios y tratamiento instaurado.

Exclusión

1. Historias clínicas en la que no se menciona el tiempo de evolución de la urticaria.
2. Paciente en los que se ha solicitado un perfil de laboratorio de urticaria crónica y no realizaron.
3. Diagnóstico diferencial confirmado que excluye urticaria (por ejemplo: vasculitis, mastocitosis, reacciones medicamentosas severas, entre otros).
4. Pacientes en los que no se describen lesiones compatibles con urticaria (lesión sobre elevada, pruriginoso y eritematoso de duración menor a 24 horas).

Método de recolección de datos

Se revisaron las historias clínicas del sistema informático Servinte y se registraron los datos en una tabla de Excel para su tabulación.

Entrada y gestión informática de datos

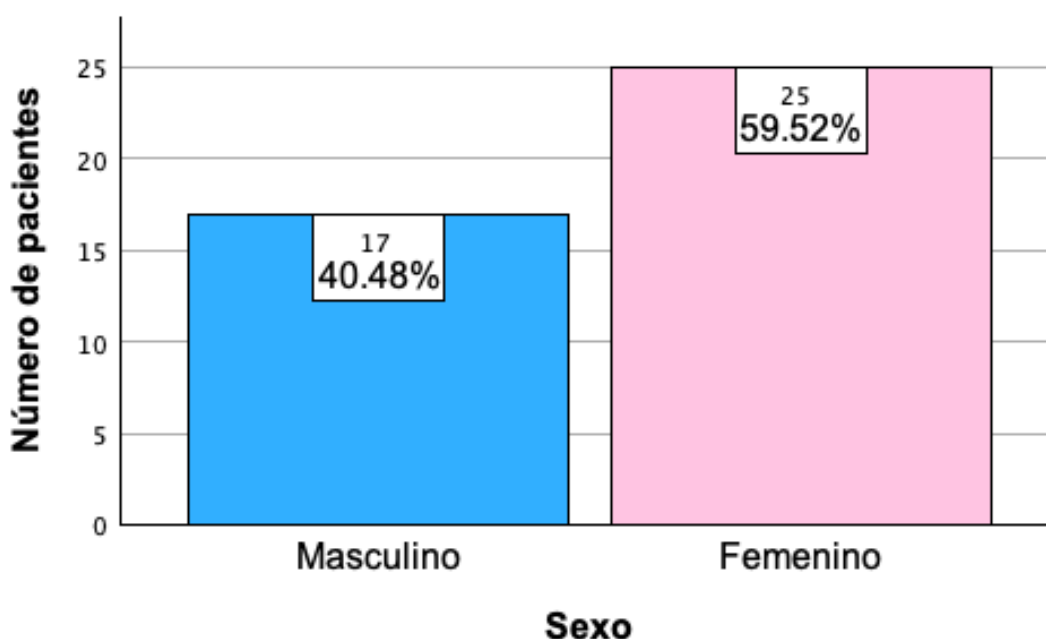
Se elaboró una base de datos en Microsoft Excel utilizando las variables previamente definidas, con el fin de sistematizar la recolección y organización de la información extraída de las historias clínicas.

Estrategia de análisis estadístico

Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central (media), dispersión (desviación estándar) y frecuencias absolutas y relativas. Se realizó también la prueba estadística Chi-cuadrado para medir correlación. Los resultados se presentaron mediante tablas y gráficos generados en SPSS complementados con herramientas como Microsoft Excel y Jamovi de acuerdo con la naturaleza de cada variable.

RESULTADOS

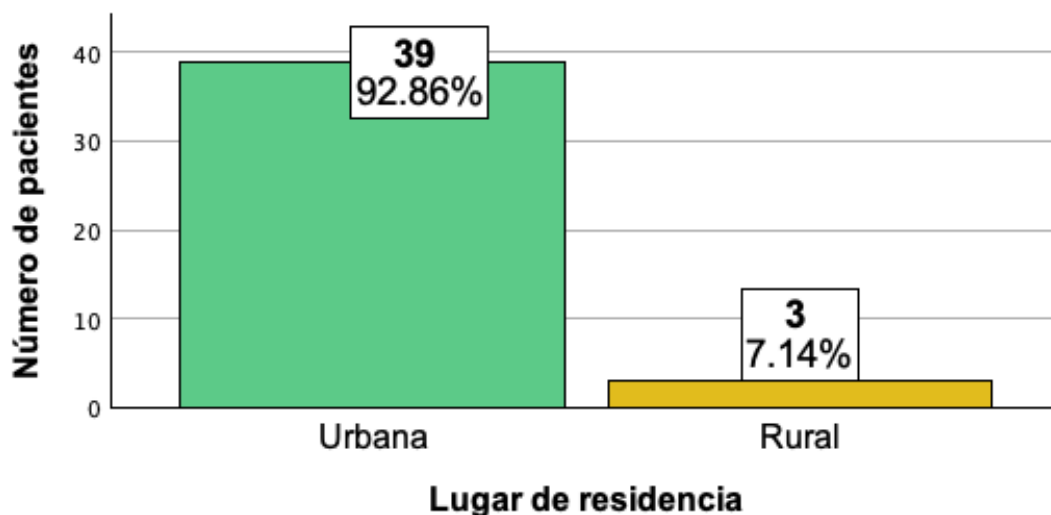
Gráfico 1 Distribución de los pacientes con urticaria crónica según sexo (n=42)



Fuente: Base de datos propia (2025).

Se observó que la urticaria crónica afecta más frecuentemente al sexo femenino (59.5%) que al masculino (40.4%) con una diferencia porcentual de aproximadamente 20 puntos en esta muestra.

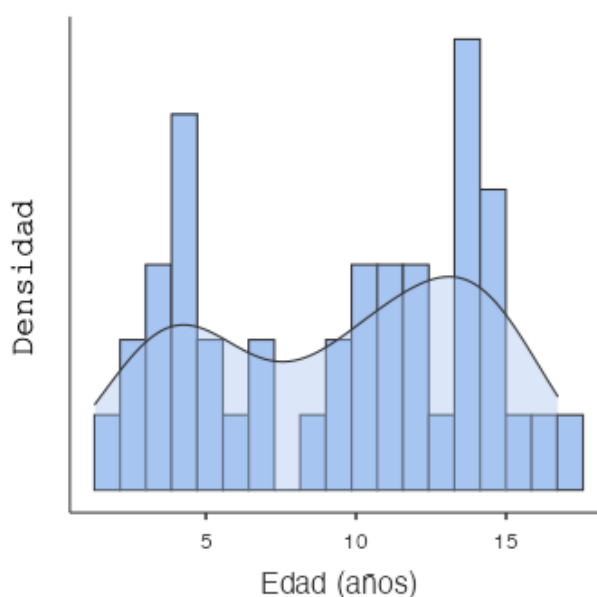
Gráfico 2 Distribución de los pacientes con urticaria crónica según lugar de residencia (n=42)



Fuente: Base de datos propia (2025)

Existe una clara predominancia de pacientes con urticaria crónica que residen en zonas urbanas con 92.8 % (39 pacientes) frente al área rural con 7.1 % (3 pacientes).

Gráfico 3 Distribución de la edad (años) de los pacientes (n=42).



Fuente: Base de datos propia (2025).

La distribución etaria de los pacientes con estimación de densidad Kernel mostró mayor concentración de casos entre los 5 y 15 años, observándose dos picos principales alrededor de los 4-6 años y 12-15 años.

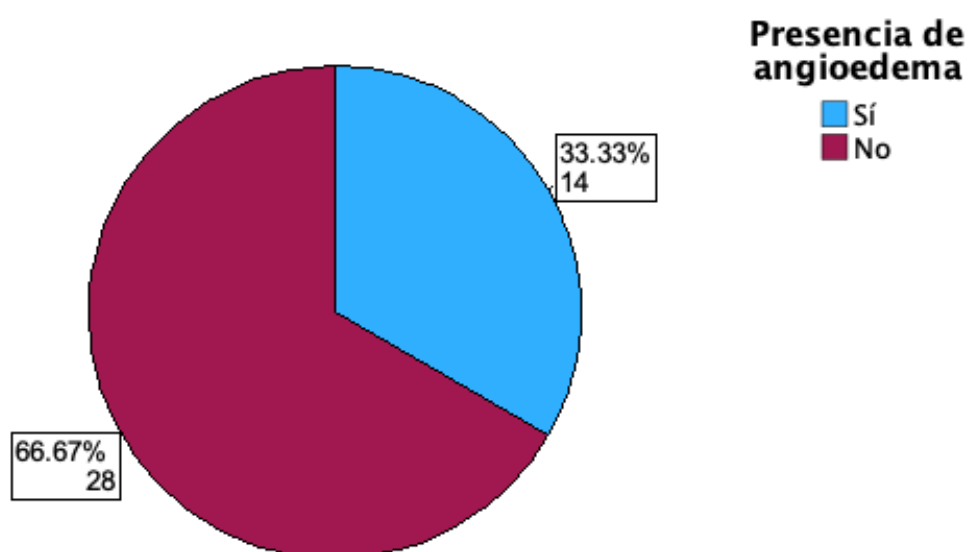
Tabla 2 Estadística descriptiva de la edad de los pacientes con urticaria crónica (n=42)

ESTADISTICA DESCRIPTIVA						
N ESTADISTICA	Mínimo ESTADISTICA	Máximo ESTADISTICA	Mediana ESTADISTICA	Media ESTADISTICA	Desviación Estándar ESTADISTICA	
Edad en años	42	1.30	16.72	10.23	9.40	4.59

Fuente: Base de datos propia (2025).

En la tabla 2 se presenta el análisis estadístico descriptivo de la variable “edad” en una muestra de 42 pacientes con urticaria crónica. La edad mínima de presentación registrada fue de 1.3 años, mientras que la edad máxima fue de 16.7 años. La mediana de presentación fue de 10.2 años, una media de 9.4 años con una desviación estándar de 4.5 años, lo cual indica una dispersión moderada de los datos alrededor de la media.

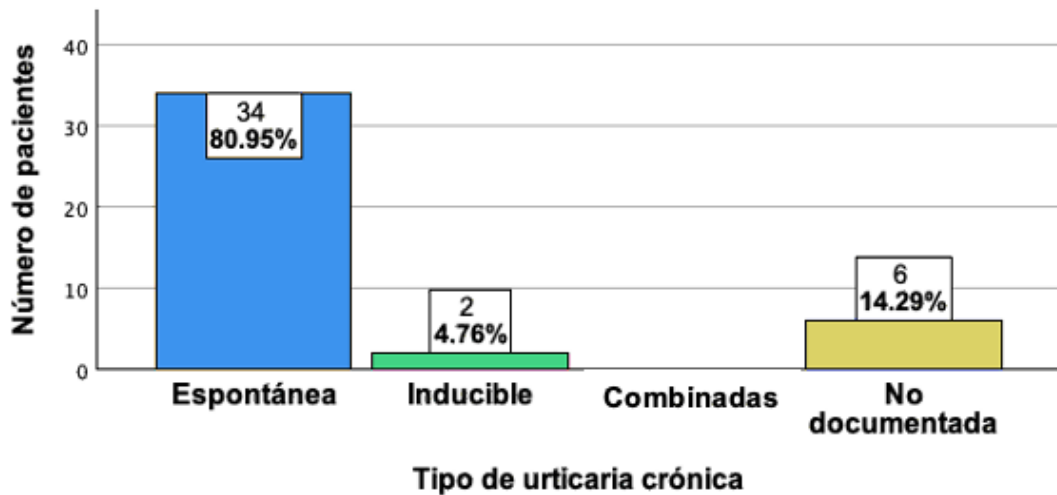
Gráfico 4 Distribución de pacientes con presencia de angioedema (n=42)



Fuente: Base de datos propia (2025).

En cuanto a los pacientes con urticaria crónica que presentan angioedema asociado. De los 42 pacientes descritos, 14 (33.3%) presentaron angioedema, mientras que 28 (66.6%) no lo presentaron.

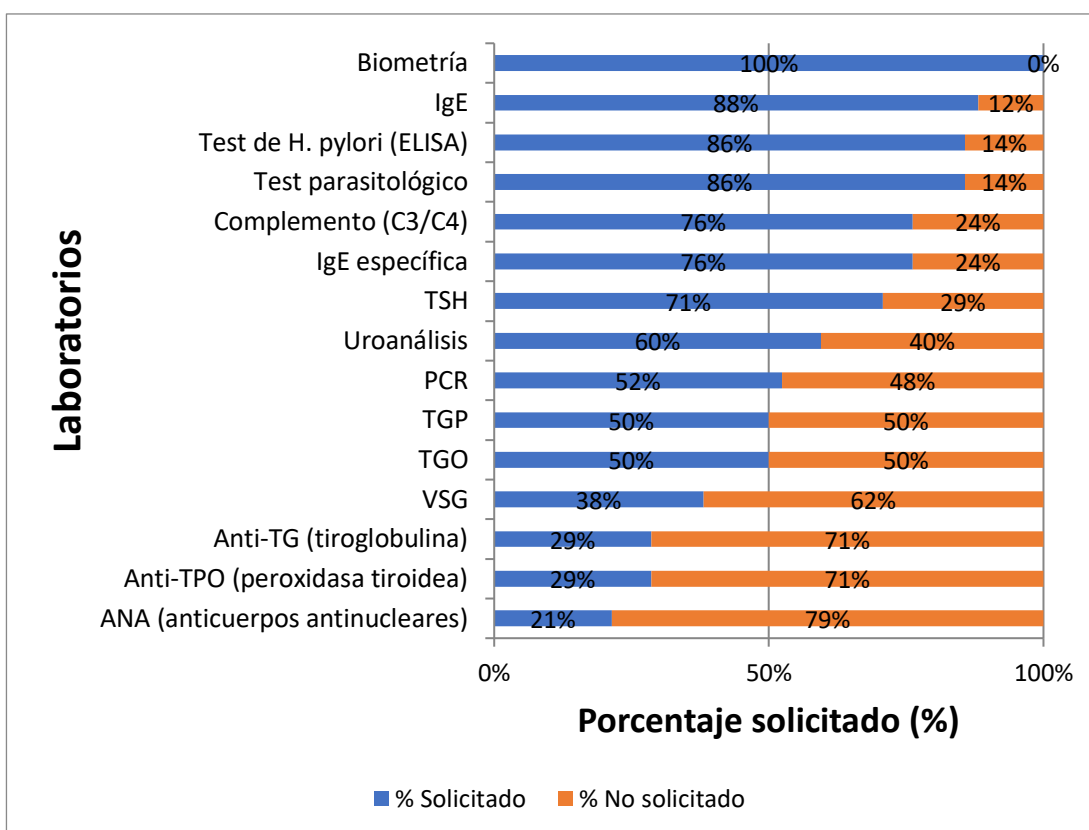
Gráfico 5 Distribución de los pacientes con urticaria crónica según tipo (n=42)



Fuente: Base de datos propia (2025).

Se observó que la mayoría de los pacientes con urticaria crónica fueron diagnosticados con la forma clínica espontánea, correspondiente a 34 pacientes (80.9%). Solo 2 pacientes (4.7%) presentaron urticaria inducible, mientras que ningún caso fue clasificado como combinadas. Por otro lado, en 6 pacientes (14.2%) no se documentó el tipo de urticaria.

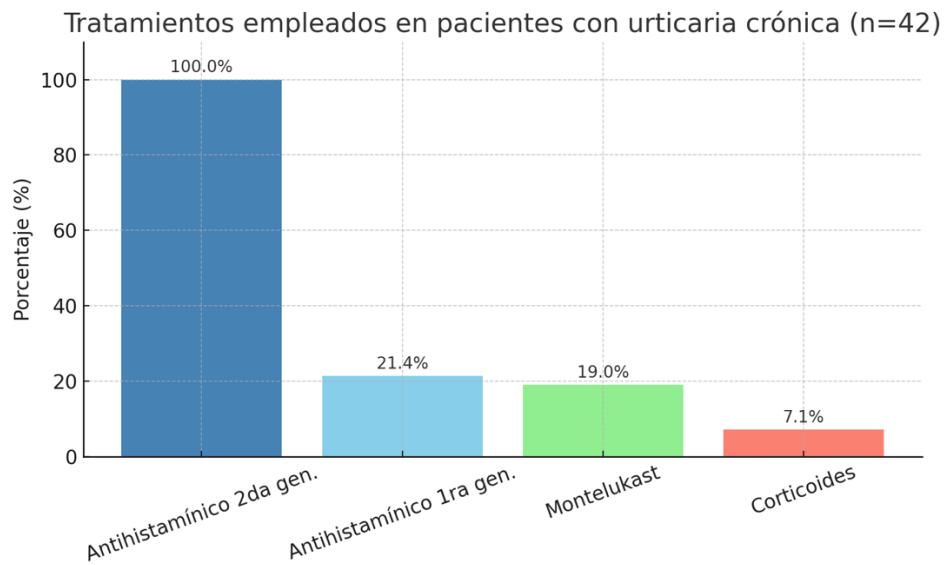
Gráfico 6 Perfil de laboratorio solicitado en urticaria crónica



Fuente: Base de datos propia (2025).

Los exámenes más frecuentemente solicitados fueron biometría hemática (100%), IgE total (88%), test H. pylori (ELISA) y test parasitológico (ambos con 86%). También se solicitaron en alta proporción estudios de complemento c3/c4 e IgE específica (76%). En contraste, los exámenes inmunológicos como anticuerpos antitiroideos (anti – TG y anti – TPO) y ANA fueron menos solicitados (29% y 21%, respectivamente), al igual que la VSG (38%).

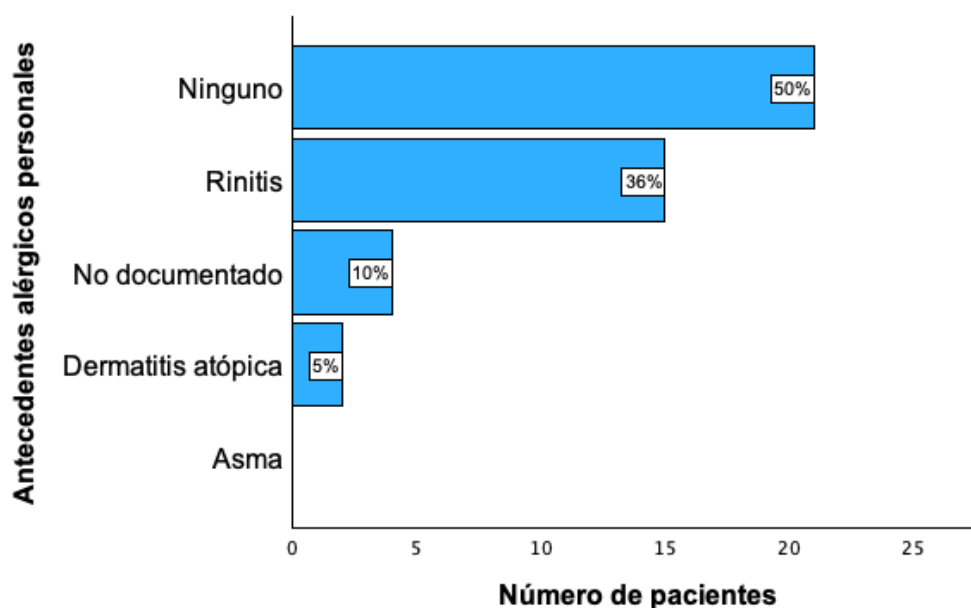
Gráfico 7 Frecuencia de tratamientos farmacológicos empleados en urticaria crónica (n=42)



Fuente: Base de datos propia (2025).

Los medicamentos más utilizados fueron los antihistamínicos de segunda generación, prescritos en el 100% de los pacientes. En menor frecuencia se emplearon antihistamínicos de primera generación (21.4%) y montelukast (19%). Solo un 7,1% de los pacientes recibió corticoides.

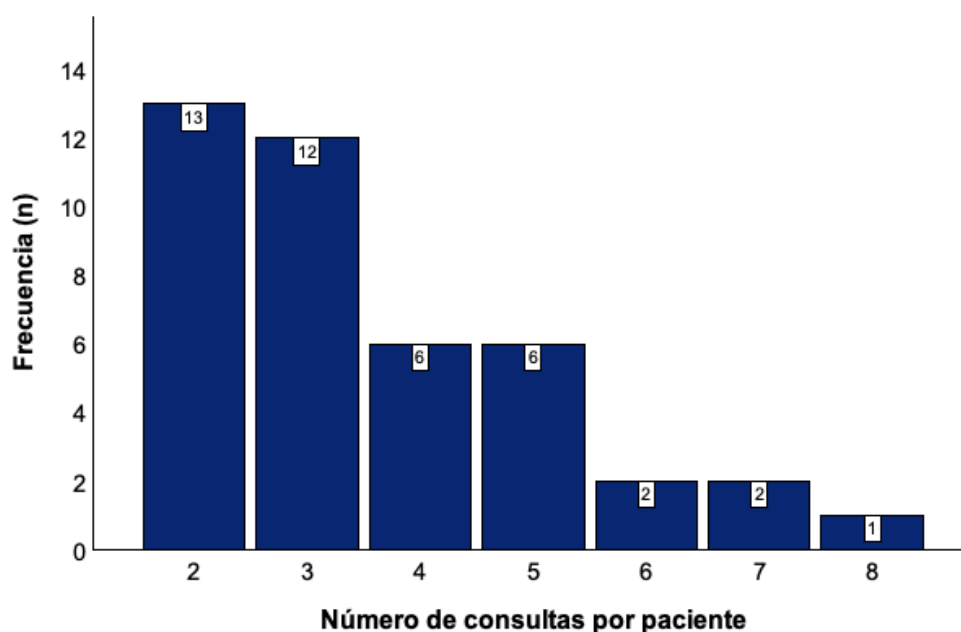
Gráfico 8 Comorbilidades alérgicas en pacientes con urticaria crónica (n=42)



Fuente: Base de datos propia (2025)

En cuanto a comorbilidades alérgicas el 50% de los pacientes no presentó antecedentes alérgicos personales. Entre los que sí, la comorbilidad más frecuente fue la rinitis alérgica (36%), seguida de dermatitis atópica (5%) y asma (no se reportaron casos). En un 10% de los casos no se documentó esta información.

Gráfico 9 Distribución del número de consultas por paciente (n=42)



Fuente: Base de datos propia (2025)

La mayoría de los pacientes con urticaria crónica tuvo entre 2 y 3 consultas médicas, con frecuencias de 13 y 12 pacientes, respectivamente. Un menor número requirió 4 o 5 consultas (6 pacientes cada uno), y muy pocos necesitaron más de 5 visitas (solo 5 pacientes en total).

Tabla 3 Características de los pacientes con urticaria crónica (n=42)

Variable	n (%)	Media ± DE
Sexo		
Masculino	17 (40.4%)	-
Femenino	25 (59.5%)	-
Lugar de residencia		
Urbana	39 (92.8%)	-
Rural	3 (7.1%)	-
Presencia de angioedema		
Sí	14 (33.3%)	-
No	28 (66.6%)	-
Edad (años)	-	9.4 ± 4.6
Evolución de síntomas (semanas)	-	46.4 ± 59.6

Fuente: Base de datos propia (2025).

En una muestra de 42 pacientes pediátricos con urticaria crónica, se observó un predominio del sexo femenino (59.5%) y de residentes en áreas urbanas (92.9%). La media de edad fue de 9.4 ± 4.6 años, evidenciado una población

mayoritariamente infantil y adolescente. El tiempo de evolución de los síntomas fue en promedio de 46.4 semanas, aunque con una amplia variabilidad entre casos.

Tabla 4 Distribución de las formas clínicas de urticaria crónica

Variable		n	%
Tipo de urticaria crónica	Espontánea	34	80.9%
	Inducible	2	4.7%
	Combinadas	0	0.0%
	No documentada	6	14.2%

Fuente: Base de datos propia (2025).

La forma clínica más frecuente fue la urticaria crónica espontánea, presente en 80.9% de los pacientes (n=34). La urticaria inducible se identificó solo en 4.7% (n=2), mientras que no se reportaron caso de presentación clínica combinada. En un 14.2% de los pacientes (n=6) no se documentó el tipo de urticaria.

Tabla 5 Hallazgos de laboratorio en pacientes con urticaria crónica

Variable	Pacientes n (%)
Leucocitos totales células/mm ³ , mediana (RIC)	7.530 (6.030 - 9.330)
Eosinófilos absolutos células/mm ³ , mediana (RIC)	192 (110 - 282)
Eosinofilia > 3%	13/42 (30.9%)
Eosinopenia < 0.1%	3/42 (7,14%)
Basófilos absolutos células/mm ³ , mediana (RIC)	20 (20 - 50)
Basopenia <0.1%	0/42 (0%)
Plaquetas células/mm ³ , mediana (RIC)	302.000 (252.000 - 375.000)
Trombocitosis > 350.000 células/mm ³	12/42 (28,5%)
Elevación de PCR (>5 mg/L)	4/22 (18.1%)
Elevación de VSG (>20 mm/hora)	4/19 (36.8%)
IgE total UI/mL, mediana (RIC)	203.5 (89.3 - 445.4)
IgE específica positiva para alimentos (>0.350 kU/L)	13/32 (40.6%)

IgE específica positiva para aeroalérgenos (>0.10 kU/L)	18/32 (56.2%)
Elevación de IgE total	24/38 (63.1%)
Elevación de transaminasas	1/21 (4.7%)
Análisis de orina anormal	2/26 (7.6%)
Detección de parásitos en heces	12/35 (34.2%)
Anticuerpos antinucleares positivos (ANA)	2/9 (22.2%)
Complemento anormal, C3 o C4	3/32 (9.3%)
TSH anormal	2/29 (6.8%)
Anticuerpos antitiroideos positivos	1/12 (8.3%)
Helicobacter pylori positivo en heces	1/36 (2.7%)

RIC: rango intercuartil; PCR: reacción en cadena de la polimerasa; VSG velocidad de sedimentación globular.

Fuente: Base de datos propia (2025)

Los análisis de laboratorio evidenciaron una mediana de leucocitos totales de 7,530 células/mm³, dentro de un rango intercuartílico (RIC) de 6,030 a 9,330.

El recuento absoluto de eosinófilos presentó una mediana de 192 células/mm³ (RIC: 110 – 282). Se observó eosinofilia (> 3%) en 13 de 42 pacientes. Aunque una proporción relevante de pacientes presentó eosinofilia relativa, el recuento absoluto se mantuvo dentro de rangos normales para la mayoría de las edades pediátricas. Esta aparente discordancia puede explicarse porque el porcentaje de eosinófilos depende del recuento total de leucocitos.

Respecto a los basófilos, la mediana fue de 20 células/mm³ y no se detectó basopenia. Las plaquetas mostraron una mediana de 302,000/mm³, con trombocitosis (>350,000/mm³) en el 28.5% de los pacientes. La elevación de PCR se identificó en 18.1%, y la VSG elevada en 36.8% de los casos.

En cuanto a los marcadores inmunológicos:

- La IgE total mostró una mediana de 203.5 UI/mL, con elevación en el 63.1% de los pacientes.
- La IgE específica positiva para alimentos estuvo presente en el 40.6%, y para aeroalérgenos en el 56.2%.

- Se hallaron ANA positivos en 22.2%, alteraciones del complemento (C3 o C4) en 9.3%, y anticuerpos antitiroideos positivos en 8.3%.

Por otro lado, se detectaron parásitos en heces en 34.2% de los casos, mientras que la prueba de *Helicobacter pylori* fue positiva en solo el 2.7%.

Tabla 6 Tratamientos empleados en pacientes pediátricos con urticaria crónica

Tratamientos utilizados	Pacientes (n=42)	Porcentaje %
Antihistamínico 2da generación	42	100%
Antihistamínico 1era generación	9	21%
Montelukast	8	19%
Corticoides	3	7%

Fuente: Base de datos propia (2025)

En cuanto a tratamientos farmacológicos, el 100% de los pacientes recibió antihistamínicos de segunda generación. En menor proporción se utilizaron antihistamínicos de primera generación (21%), montelukast (19%) y corticoides (7%).

Tabla 7 Comorbilidades alérgicas presentes en los pacientes con urticaria crónica

Variable	Pacientes (n=42)	Porcentaje %	
Antecedentes alérgicos personales	Ninguno	21	50%
	Rinitis	15	36%
	No documentado	4	10%
	Dermatitis atópica	2	5%
	Asma	0	0%

Fuente: Base de datos propia (2025)

En cuanto a las comorbilidades alérgicas, el 36% de los pacientes presentó rinitis, un 5% dermatitis atópica y ninguno presentó asma. La mayor proporción de los pacientes (50%) no presentó comorbilidades alérgicas y en un 10% de los casos no se documentó comorbilidad.

Tabla 8. Tabla de contingencia y prueba de Chi-cuadrado entre la variable comorbilidades alérgicas y los niveles de IgE.

Comorbilidades alérgicas	IgE elevada n (%)	IgE normal n (%)	Total (n=38)
Si	16 (88,9%)	2 (11,1%)	18
No	8 (40.0%)	12 (60.0%)	20
Total	24 (63,2%)	14 (36.8%)	38

Fuente: Base de datos propia (2025)

Prueba de chi-cuadrado, Fisher y medida de asociación.

Prueba estadística	X ²	GI	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.73	1	0.001	
Prueba exacta de Fisher	-	-	-	0.0025

Medida de asociación	Valor
Odds ratio	12.0
IC 95% del OR	2.13 – 67.52

El análisis de asociación entre comorbilidades alérgicas y niveles de IgE se realizó en **38 pacientes**, debido a que cuatro pacientes no contaban con determinación de IgE total. Inicialmente, la prueba de chi-cuadrado de Pearson mostró una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables (**p = 0.001**). Sin embargo, debido a la frecuencia baja en una celda de la tabla de contingencia 2x2, se reportó la **prueba exacta de Fisher**, la cual también evidenció una asociación significativa (**p bilateral = 0.0025**). Como medida de asociación, se obtuvo un **odds ratio de 12.0** (IC 95%: 2.13 – 67.52), lo que indica que los pacientes con comorbilidades alérgicas presentaron mayores probabilidades de tener IgE elevada en comparación con aquellos sin comorbilidades alérgicas. No obstante, la amplitud del intervalo de confianza sugiere que la estimación debe interpretarse con cautela debido al tamaño muestral reducido.

Tabla 9 Tabla de contingencia y prueba de Chi-cuadrado entre de la variable eosinofilia y detección de parásitos en heces

Parasitosis	Eosinofilia (>3%)	Eosinófilos normales (<3%)	Total (n=35)
Si	4	8	12
No	7	16	23
Total	11	24	35

Fuente: Base de datos propia (2025)

Prueba de chi-cuadrado, Fisher y medida de asociación.

Prueba estadística	X ²	GI	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.03	1	0.86	-
Prueba exacta de Fisher	-	-	-	1.00

Medida de asociación	Valor
Odds ratio	1.14
IC 95%	0.26 – 5.08

El análisis de la asociación entre eosinofilia y detección de parásitos en heces se realizó en 35 pacientes, debido a que siete pacientes no contaban con estudio coproparasitario. En base a lo observado no se encontró asociación entre eosinofilia (>3%) y detección de parásitos en heces. La prueba de Chi-cuadrado de Pearson no fue significativa. Debido a que se reportaron frecuencias esperadas menores a 5, se realizó la prueba exacta de Fisher, la cual confirmó la ausencia de asociación significativa ($p=1.00$). Como medida de asociación, se obtuvo un odds ratio de 1.14 (IC 95%: 0.26 – 5.08), lo que indica que no se observó una diferencia relevante en la presencia de eosinofilia entre pacientes con y sin parasitosis.

DISCUSIÓN

En este estudio se describen las características epidemiológicas, clínicas, hallazgos de laboratorio y la terapéutica de los pacientes con urticaria crónica

atendidos en el hospital de niño Dr. Roberto Gilbert Elizalde entre los años 2018 y 2024.

De forma general la urticaria crónica en pediatría tiene una prevalencia en promedio menor al 1% según lo reportado en diferentes artículos [3,11,17]. Esto refleja que, a pesar de una amplia revisión de historias clínicas, en este estudio (entre 2018 y 2024) se encontró un porcentaje de aproximadamente 3.6% casos totales que correspondían a urticaria crónica. Entre las limitaciones del estudio están el tamaño muestral pequeño, el diseño retrospectivo que condiciona a la información proporcionada por la historia clínica, falta de aplicación de escalas de actividad de la enfermedad y el código de CIE – 10 de urticaria que engloba a las formas agudas y crónicas. Además, la escasez de estudios a nivel local que orienten a conocer más sobre esta patología en población infantil.

Uno de los principales hallazgos de este estudio es el predominio del sexo femenino, similar a lo descrito en estudios de prevalencia en población sudamericana [5,12,17], quienes señalan una mayor frecuencia en mujeres adolescentes, posiblemente asociada a factores hormonales y mayor predisposición a etiologías autoinmunes ([2,9]. Esto se diferencia de otros estudios internacionales donde no hay diferencia entre hombres y mujeres [4,11]. También se diferencia del reporte de un estudio local donde hubo predominio en el sexo masculino en un 68% [24].

Respecto a la edad, la mediana de presentación fue de 10.2 años, resultado similar a un estudio realizado en Barcelona donde reportaban una mediana de 8.8 años [21]. Resultado similar a lo publicado por Mera et al. [24] donde describen un rango frecuente de presentación ente 1 y 10 años.

Sin embargo, al analizar la distribución etaria, los datos de esta investigación mostraron un patrón bimodal, con dos picos de frecuencia definidos: uno en la etapa escolar temprana (alrededor de los 4 años) y otro en la adolescencia (cerca de los 14 años).

Este comportamiento de la curva de edad se diferencia de los estudios internacionales, donde la distribución tiende a ser unimodal, concentrada principalmente en la edad escolar en su mayoría, aunque al comparar la mediana observamos que tienen rangos amplios desde lactantes hasta adolescentes [25]. En la población analizada, la presencia de un segundo pico en la adolescencia podría explicarse por factores hormonales y madurativos propios de esta etapa, así como por la posible influencia de mecanismos inmunológicos diferenciales entre infantes y adolescentes [11]. La coexistencia de ambos grupos etarios dentro de la muestra justifica que, a pesar del patrón bimodal, la media y mediana se mantiene cercana a los valores descritos en la mayoría de la literatura.

La forma clínica de presentación más frecuente fue la urticaria crónica espontánea (UCE), hallazgo similar a lo descrito por Ensina et al. [15] y Zuberbier et al. [9], quienes reportan que esta forma clínica representa entre el 70 y el 90% de los casos pediátricos. La presencia de angioedema en aproximadamente un tercio de los pacientes coincide con las observaciones de Ben-Shoshan et al. [18], quienes registran cifras entre el 25 y el 40% en cohortes similares. Estos datos refuerzan que el fenotipo clínico de la urticaria crónica presenta patrones homogéneos entre diferentes poblaciones.

En cuanto al perfil de exámenes de laboratorio, la mayoría de los pacientes fueron sometidos únicamente a laboratorios básicos, como hemograma, IgE total y coproparasitario, en correspondencia con las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (AAP), que propone una valoración inicial limitada en pacientes con urticaria recurrente y la solicitud de estudios adicionales solo ante hallazgos clínicos sugerentes de cronicidad [10]. De forma similar, la guía europea EAACI/GA2LEN/EuroGuiDerm/APAACI (2022) sugiere no realizar pruebas extensas en ausencia de datos clínicos relevantes, priorizando el juicio clínico como herramienta principal de diagnóstico [14]. En este estudio, la detección de eosinofilia en aproximadamente 30% de pacientes y la presencia de parasitosis en un tercio de los casos sugiere una posible relación entre infecciones helmínticas y urticaria crónica, un fenómeno previamente documentado por Caffarelli et al.

en un artículo de revisión sistemática donde describen las parasitosis intestinales como factores que contribuyen a la urticaria crónica entre el 1 al 3% de casos, particularmente en regiones tropicales donde son infecciones helmínticas son prevalentes [26]. Otro estudio realizado en Turquía (región no tropical) se encontró que un 10% de casos presentaba parasitosis y UC [27]. Debido a la latente posibilidad de asociación se aplicó la estadística de Chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher sin encontrarse asociación entre eosinofilia y parasitosis.

Respecto a comorbilidades atópicas la más frecuente fue la rinitis alérgica seguida de la dermatitis atópica, observándose una frecuencia del 36% y 5% respectivamente. Se aplicó una prueba de relación donde se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de IgE elevados y las comorbilidades atópicas. Estos hallazgos se respaldan con los datos reportados por Carrera et al. [6], Caffarelli et al. [11] y Ensina et al. [15], quienes señalan la estrecha relación entre la urticaria crónica y enfermedades alérgicas en edad pediátrica. Estos resultados difieren de los descritos por Jami et al. [6] donde se analizaron 72 niños con urticaria y no hubo correlación estadísticamente significativa con la rinitis.

Dado que en aproximadamente la mitad de los pacientes no se identificaron antecedentes de atopia, se refuerza la hipótesis de que una proporción importante de casos pediátricos corresponde a formas idiopáticas o autoinmunes, tal como lo mencionan Zuberbier et al. [9] y Correa A. [17]. En la muestra estudiada, solo en 9 de los 42 pacientes se solicitó la determinación de anticuerpos antinucleares (ANA), de los cuales 2 presentaron resultados positivos. Aunque la literatura reporta una mayor frecuencia de ANA positivos en los pacientes con UCE, en este estudio el número reducido de pacientes evaluados limita la comparación y no permite extrapolar estos resultados [28].

El tratamiento más empleado fue el uso de antihistamínicos de segunda generación, en concordancia con las guías internacionales que los establecen como primera línea de manejo [9,15,22]. Sin embargo, se utilizó en gran

proporción 21% antihistamínicos de primera generación a pesar de que las guías actuales desaconsejan su uso principalmente por efectos colaterales al cruzar la barrera hemato-encefálica [11]. El uso de corticoides sistémicos fue bajo, lo que se asemeja a las recomendaciones actuales de restringir su empleo a casos refractarios o con síntomas graves [10,15]. El empleo de montelukast en un número reducido de pacientes refleja su uso como adyuvante en el contexto latinoamericano, donde suele indicarse en cuadros de coexistencia de asma o rinitis, aunque la evidencia científica respalda su efectividad solo en determinados subgrupos [2].

CONCLUSIONES

La urticaria crónica en pediatría es una enfermedad que a nivel local y mundial tiene una baja prevalencia y no cuenta con mucha literatura disponible que nos permita conocer más sobre su abordaje, factores causales y comorbilidades ya que es una patología desafiante en este ámbito, aunque el tratamiento sea estandarizado, mucha de su recurrencia se debe a etiologías que deben ser tratadas como el caso de las parasitosis intestinales.

La afectación de edades con una distribución bimodal, con mayor frecuencia en escolares y adolescentes hace inferir que existen factores propios asociados a la edad que intervienen en la expresión de la enfermedad y causas subyacentes. El género mayormente afectado fue el femenino donde existen mecanismos inmunológicos fuertemente asociados.

La forma clínica de presentación más frecuente fue la urticaria crónica espontánea, dentro de la cual se encuentran las asociadas a causas inmunológicas y las no inmunológicas como las enfermedades parasitarias e infecciosas. Con respecto a las causas inmunológicas la determinación de anticuerpos antinucleares (ANA) se realizó en una proporción limitada de pacientes, observándose positividad en un número reducido de casos, por lo que no es posible establecer conclusiones sobre su frecuencia en la población analizada. La presencia de angioedema en un tercio de los pacientes resalta

la importancia de una evaluación clínica integral, especialmente por su potencial impacto funcional y emocional en la población pediátrica.

Se evidenció que realizar un perfil básico de laboratorio orienta el abordaje clínico sin necesidad de pruebas extensas o invasivas. Se observó una proporción importante de eosinofilia y parasitosis, lo que sugiere la influencia de estos factores en la población analizada más no una asociación clínicamente significativa entre ambas. La elevación de IgE total fue frecuente, lo cual refleja una tendencia atópica en este grupo de pacientes.

La rinitis alérgica fue la comorbilidad más frecuente, seguida de la dermatitis atópica (asociada a la sensibilización alérgica), lo que pone de manifiesto la relación entre la urticaria crónica y las enfermedades alérgicas en la infancia, dato que es respaldado por la prueba de asociación entre niveles de IgE y comorbilidades alérgicas que mostró ser estadísticamente significativa. Sin embargo, un número considerable de pacientes no presentó antecedentes atópicos, lo que confirma la heterogeneidad clínica de esta entidad.

En relación con el tratamiento, los antihistamínicos de segunda generación fueron la terapia más empleada. El uso de corticoides sistémicos fue limitado. La adición de montelukast se utilizó de manera ocasional como coadyuvante.

En conclusión, los hallazgos de este estudio contribuyen a la comprensión del comportamiento local de la enfermedad y refuerzan la importancia de un manejo racional, centrado en la evaluación clínica y en la aplicación individualizada de las recomendaciones terapéuticas.

Se recomienda la realización de estudios con mayor tamaño muestral y evaluación sistemática de pruebas complementarias para una mejor caracterización de la enfermedad. Además, la protocolización institucional del abordaje de esta patología y su tratamiento ya que en un 21% de los pacientes se utilizaron antihistamínicos de primera generación a pesar de que en las guías internacionales de desaconseja su uso.

Referencias bibliográficas

1. Tincopa Wong O. Urticaria y angioedema: una visión general. *Acta Med Peru*. 2014; 31:111-24.
2. Zuberbier T, Ensina L, Giménez-Arnau A, Grattan C, Kocatürk E, Kulthanan K, et al. Chronic urticaria: unmet needs, emerging drugs, and new perspectives on personalised treatment. *Lancet*. 2024; 404:393-404. doi:10.1016/S0140-6736(24)00852-3.
3. Forgia M, Torre A, Song A, Ritchie C, Medina I, Cannavó A, et al. Actualización práctica de diagnóstico y tratamiento de la urticaria crónica. *Medicina (B Aires)*. 2023; 83:772-92.
4. Buono E, Gianni G, Scavone S, Caffarelli C. Clinical characteristics, investigations and treatment in children with chronic urticaria: an observational study. *Medicina (Kaunas)*. 2024; 60:704. doi:10.3390/medicina60050704.
5. Angamarca Morocho J. Prevalencia, factores causales y tratamiento de la urticaria [tesis]. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2010.
6. Jami Carrera E, Pimienta Concepción I, Ramos Argilagos M. Estudio de casos y controles sobre rinitis y urticaria en niños del Ecuador. *Rev Cubana Invest Bioméd*. 2023.
7. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff A, Baker D, Ballmer-Weber B, et al. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy*. 2018; 73:1393-414. doi:10.1111/all.13397.
8. Özhan AK, Arıkoğlu T. Evaluation of pediatric chronic urticaria with emphasis on clinical and laboratory characteristics and treatment response to omalizumab: a real-life experience from a tertiary allergy center. *Children (Basel)*. 2024;11. doi:10.3390/children11010086.
9. Zuberbier T, Abdul Latiff A, Abuzakouk M, Aquilina S, Asero R, Baker D, et al. The international EAACI/GA2LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*. 2022; 77:734-66. doi:10.1111/all.15090.

10. Sarraquigne M. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la urticaria en pediatría. *Arch Argent Pediatr.* 2021;119(2 Suppl): S54-66. doi:10.5546/aap. 2021.S54.
11. Caffarelli C, Paravati F, El Hachem M, Duse M, Bergamini M, Simeone G, et al. Management of chronic urticaria in children: a clinical guideline. *Ital J Pediatr.* 2019; 45:101. doi:10.1186/s13052-019-0695-x.
12. Hernández Montiel K, Maldonado Colin G. Urticaria crónica: una entidad poco frecuente en pediatría. *South Fla J Dev.* 2024;5: e3875. doi:10.46932/sfjdv5n5-002.
13. Imbalzano E, Casciaro M, Quartuccio S, Minciullo PL, Cascio A, Calapai G, et al. Association between urticaria and virus infections: a systematic review. *Allergy Asthma Proc.* 2016; 37:18-22. doi:10.2500/aap.2016.37.3915.
14. Minciullo PL, Cascio A, Barberi G, Gangemi S. Urticaria and bacterial infections. *Allergy Asthma Proc.* 2014; 35:295-302. doi:10.2500/aap.2014.35.3764.
15. Ensina L, Brandão L, Melo A, Antila M, Ben-Shoshan M, Solé D. Chronic urticaria treatment challenges in children. *Rev Paul Pediatr.* 2025;43. doi:10.1590/1984-0462/2025/43/2024107.
16. Fricke J, Ávila G, Keller T, Weller K, Lau S, Maurer M, et al. Prevalence of chronic urticaria in children and adults across the globe: systematic review with meta-analysis. *Allergy.* 2020; 75:423-32. doi:10.1111/all.14037.
17. Correa Acosta A, Parisi C, Petriz N. Prevalencia de urticaria crónica en población pediátrica de un hospital general. *Arch Argent Pediatr.* 2024;122. doi:10.5546/aap.2023-10202.
18. Ben-Shoshan M, Kanani A, Kalicinsky C, Watson W. Urticaria. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2024;20. doi:10.1186/s13223-024-00931-6.
19. Chin ML. It comes and goes: pediatric chronic spontaneous urticaria. *Cureus.* 2023;15: e40006. doi:10.7759/cureus.40006.

20. Leelawadee T, Pariwat P, Jitjira C, Rattapon U. Etiological and predictive factors of pediatric urticaria in an emergency context. *BMC Pediatr.* 2021;21. doi:10.1186/s12887-021-02553-y.
21. Sandoval-Ruballos M, Domínguez O, Ortiz de Landazuri I, Gereda D, Espinoza Cisneros M, Quesada Sequeira F, et al. Pediatric chronic urticaria: clinical and laboratory characteristics and factors linked to remission. *Pediatr Allergy Immunol.* 2023;34. doi:10.1111/pai.13929.
22. 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; 133:1270-1277.e66. doi: 10.1016/j.jaci.2014.02.036.
23. Pier J, Bingemann TA. Urticaria, Angioedema, and Anaphylaxis. *Pediatr Rev* 2020; 41:283–92. <https://doi.org/10.1542/PIR.2019-0056>.
24. Mera Y, Bravo F, Toledo N. Chronic urticaria in children treated in a private basic hospital in Portoviejo. *J Adv Educ Sci Humanit.* 2025; 3:1-7. doi:10.5281/zenodo.14816598.
25. Kim HA, Hyun MC, Choi BS. Natural history and influencing factors of chronic urticaria in children. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2022; 14:73-84. doi:10.4168/aair.2022.14.1.73.
26. Caffarelli C, Cuomo B, Cardinale F, Barberi S, Povesi Dascola C, Agostinis F, et al. Aetiological factors associated with chronic urticaria in children: a systematic review. *Acta Derm Venereol.* 2013; 93:268-72. doi:10.2340/00015555-1511.
27. Yilmaz EA, Karaatmaca B, Sackesen C, Sahiner UM, Cavkaytar O, Sekerel BE, et al. Parasitic infections in children with chronic spontaneous urticaria. *Int Arch Allergy Immunol.* 2016; 171:130-5. doi:10.1159/000450953.
28. Castellanos Molina V, Cortés Correa C. Urticaria crónica espontánea y autoanticuerpos: revisión narrativa. *Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dermatol.* 2025;33. doi:10.29176/2590843X.2000.

ANEXO 2 Parámetros hematológicos por edades de biometría

TABLA 14.7

RECuento diferencial de leucocitos por edades

Edad	Número total de leucocitos ^a		Neutrófilos ^b		Linfocitos		Monocitos		Eosinófilos	
	Media (intervalo)		Media (intervalo)	%	Media (intervalo)	%	Media	%	Media	%
Al nacer	18,1 (9-30)		11 (6-26)	61	5,5 (2-11)	31	1,1	6	0,4	2
12 h	22,8 (13-38)		15,5 (6-28)	68	5,5 (2-11)	24	1,2	5	0,5	2
24 h	18,9 (9,4-34)		11,5 (5-21)	61	5,8 (2-11,5)	31	1,1	6	0,5	2
1 semana	12,2 (5-21)		5,5 (1,5-10)	45	5 (2-17)	41	1,1	9	0,5	4
2 semanas	11,4 (5-20)		4,5 (1-9,5)	40	5,5 (2-17)	48	1	9	0,4	3
1 mes	10,8 (5-19,5)		3,8 (1-8,5)	35	6 (2,5-16,5)	56	0,7	7	0,3	3
6 meses	11,9 (6-17,5)		3,8 (1-8,5)	32	7,3 (4-13,5)	61	0,6	5	0,3	3
1 año	11,4 (6-17,5)		3,5 (1,5-8,5)	31	7 (4-10,5)	61	0,6	5	0,3	3
2 años	10,6 (6-17)		3,5 (1,5-8,5)	33	6,3 (3-9,5)	59	0,5	5	0,3	3
4 años	9,1 (5,5-15,5)		3,8 (1,5-8,5)	42	4,5 (2-8)	50	0,5	5	0,3	3
6 años	8,5 (5-14,5)		4,3 (1,5-8)	51	3,5 (1,5-7)	42	0,4	5	0,2	3
8 años	8,3 (4,5-13,5)		4,4 (1,5-8)	53	3,3 (1,5-6,8)	39	0,4	4	0,2	2
10 años	8,1 (4,5-13,5)		4,4 (1,5-8,5)	54	3,1 (1,5-6,5)	38	0,4	4	0,2	2
16 años	7,8 (4,5-13)		4,4 (1,8-8)	57	2,8 (1,2-5,2)	35	0,4	5	0,2	3
21 años	7,4 (4,5-11)		4,4 (1,8-7,7)	59	2,5 (1-4,8)	34	0,3	4	0,2	3

^aLas cifras de leucocitos son $\times 10^9/\mu\text{l}$; los intervalos son estimaciones de los límites del confianza del 95%; los porcentajes hacen referencia a recuentos diferenciales.

^bLos neutrófilos comprenden las células en banda a todas las edades y un pequeño número de metamielocitos y mielocitos en los primeros días de vida.

Adaptado de Cairo MS, Brauh F. Blood and blood-forming tissues. In: Randolph AM, ed. *Pediatrics*. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2003.

TABLA 14.1

ÍNDICES HEMATOLÓGICOS POR EDADES

Edad	Hb (g/dl) ^a	Hct (%) ^a	VCM (fl) ^a	CMHC (g/dl eritrocitos) ^a	Reticulocitos	Leucocitos ($\times 10^9/\text{ml}$) ^b	Plaquetas ($\times 10^9/\text{ml}$) ^b
26-30 semanas de gestación	13,4 (11)	41,5 (34,9)	118,2 (106,7)	37,9 (30,6)	—	4,4 (2,7)	254 (180-327)
28 semanas	14,5	45	120	31	(5-10)	—	275
32 semanas	15	47	118	32	(3-10)	—	290
A término ^c (cordón)	16,5 (13,5)	51 (42)	108 (98)	33 (30)	(3-7)	18,1 (9-30) ^a	290
1-3 días	18,5 (14,5)	56 (45)	108 (95)	33 (29)	(1,8-4,6)	18,9 (9,4-34)	192
2 semanas	16,6 (13,4)	53 (41)	105 (88)	31,4 (28,1)	—	11,4 (5-20)	252
1 mes	13,9 (10,7)	44 (33)	101 (91)	31,8 (28,1)	(0,1-1,7)	10,8 (4-19,5)	—
2 meses	11,2 (9,4)	35 (28)	95 (84)	31,8 (28,3)	—	—	—
6 meses	12,6 (11,1)	36 (31)	76 (68)	35 (32,7)	(0,7-2,3)	11,9 (6-17,5)	—
6 meses-2 años	12 (10,5)	36 (33)	78 (70)	33 (30)	—	10,6 (6-17)	(150-350)
2-6 años	12,5 (11,5)	37 (34)	81 (75)	34 (31)	(0,5-1)	8,5 (5-15,5)	(150-350)
6-12 años	13,5 (11,5)	40 (35)	86 (77)	34 (31)	(0,5-1)	8,1 (4,5-13,5)	(150-350)
12-18 AÑOS							
Hombre	14,5 (13)	43 (36)	88 (78)	34 (31)	(0,5-1)	7,8 (4,5-13,5)	(150-350)
Mujer	14 (12)	41 (37)	90 (78)	34 (31)	(0,5-1)	7,8 (4,5-13,5)	(150-350)
ADULTO							
Hombre	15,5 (13,5)	47 (41)	90 (80)	34 (31)	(0,8-2,5)	7,4 (4,5-11)	(150-350)
Mujer	14 (12)	41 (36)	90 (80)	34 (31)	(0,8-4,1)	7,4 (4,5-11)	(150-350)

Anexo 3: Parámetros de Inmunoglobulinas y complemento por edades

TABLA 15.3

CONCENTRACIONES SÉRICAS DE INMUNOGLOBULINAS^a

Edad	IgG (mg/dl)	IgM (mg/dl)	IgA (mg/dl)	IgE (UI/ml)
Sangre del cordón (a término)	1.121 (636-1.606)	13 (6,3-25)	2,3 (1,4-3,6)	0,22 (0,04-1,28)
1 mes	503 (251-906)	45 (20-87)	13 (1,3-53)	
6 semanas				0,69 (0,08-6,12)
2 meses	365 (206-601)	46 (17-105)	15 (2,8-47)	
3 meses	334 (176-581)	49 (24-89)	17 (4,6-46)	0,82 (0,18-3,76)
4 meses	343 (196-558)	55 (27-101)	23 (4,4-73)	
5 meses	403 (172-814)	62 (33-108)	31 (8,1-84)	
6 meses	407 (215-704)	62 (35-102)	25 (8,1-68)	2,68 (0,44-16,3)
7-9 meses	475 (217-904)	80 (34-126)	36 (11-90)	2,36 (0,76-7,31)
10-12 meses	594 (294-1.069)	82 (41-149)	40 (16-84)	
1 año	679 (345-1.213)	93 (43-173)	44 (14-106)	3,49 (0,8-15,2)
2 años	685 (424-1.051)	95 (48-168)	47 (14-123)	3,03 (0,31-29,5)
3 años	728 (441-1.135)	104 (47-200)	66 (22-159)	1,8 (0,19-16,9)
4-5 años	780 (463-1.236)	99 (43-196)	68 (25-154)	8,58 (1,07-68,9) ^b
6-8 años	915 (633-1.280)	107 (48-207)	90 (33-202)	12,89 (1,03-161,3) ^c
9-10 años	1.007 (608-1.572)	121 (52-242)	113 (45-236)	23,6 (0,98-570,6) ^d
14 años				20,07 (2,06-195,2)
Adulto	994 (639-1.349)	156 (56-352)	171 (70-312)	13,2 (1,53-114)

TABLA 15.6

CONCENTRACIONES SÉRICAS DEL COMPLEMENTO^a

Edad	C3 (mg/dl)	C4 (mg/dl)
Sangre del cordón (a término)	83 (57-116)	13 (6,6-23)
1 mes	83 (53-124)	14 (7-25)
2 meses	96 (59-149)	15 (7,4-28)
3 meses	94 (64-131)	16 (8,7-27)
4 meses	107 (62-175)	19 (8,3-38)
5 meses	107 (64-167)	18 (7,1-36)
6 meses	115 (74-171)	21 (8,6-42)
7-9 meses	113 (75-166)	20 (9,5-37)
10-12 meses	126 (73-180)	22 (12-39)
1 año	129 (84-174)	23 (12-40)
2 años	120 (81-170)	19 (9,2-34)
3 años	117 (77-171)	20 (9,7-36)
4-5 años	121 (86-166)	21 (13-32)
6-8 años	118 (88-155)	20 (12-32)
9-10 años	134 (89-195)	22 (10-40)
Adulto	125 (83-177)	28 (15-45)



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Fuentes Muñoz Lissette Nathalie**, con C.C: # **1206717744** autor/a del trabajo de titulación: **Urticaria crónica en pediatría: caracterización clínica, epidemiológica y terapéutica en el Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert (2018 – 2024)** previo a la obtención del título de **Especialista en Pediatría** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 9 de abril de 2026

f. _____
Nombre: **Fuentes Muñoz Lissette Nathalie**
C.C: **1206717744**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Urticaria crónica en pediatría: caracterización clínica, epidemiológica y terapéutica en el Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert (2018 – 2024)		
AUTOR(ES)	Fuentes Muñoz Lissette Nathalie		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Correa Acosta Andrea Paola		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Pediatría		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en pediatría		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	9 de abril de 2026	No. DE PÁGINAS:	46 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Pediatría, alergología, dermatología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	urticaria crónica, pediatría, epidemiología, angioedema, infecciones parasitarias, antihistaminicos.		
RESUMEN	<p>Introducción: la urticaria crónica en población pediátrica representa un desafío diagnóstico y terapéutico debido a su curso prolongado, etiología multifactorial y repercusión en la calidad de vida. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas, epidemiológicas, estudios complementarios solicitados y terapéutica aplicada a los pacientes pediátricos con urticaria crónica atendidos entre 2018 y 2024.</p> <p>Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, mediante revisión de 1150 historias clínicas con diagnóstico CIE-10 L50.9. Tras la depuración de registros duplicados y aplicación de criterios de exclusión, se analizaron 42 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.</p> <p>Resultados: la edad mediana fue de 10.2 años, con dos picos de frecuencia a los 4 y 14 años; se observó un predominio femenino (59%). El angioedema se presentó en 33% de los casos, dentro de las formas clínicas predominó la espontánea (80%), la rinitis alérgica se asoció en un 36% de pacientes. Dentro del perfil de laboratorios se observaron las parasitosis intestinales (12/35 pacientes) como posibles comorbilidades asociadas. El tratamiento de primera línea se basó en antihistamínicos H1 de segunda generación (100%).</p> <p>Conclusión: la urticaria crónica en la población pediátrica se presenta principalmente como urticaria crónica espontánea, con predominio en el sexo femenino y una distribución etaria bimodal. La asociación con comorbilidades alérgicas y niveles elevados de IgE sugiere la importancia de una evaluación integral en estos pacientes. El tratamiento de primera línea son los antihistamínicos de segunda generación, en concordancia con las guías internacionales.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-996543223	E-mail: Lissette.fuentes02@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN	Nombre: Vincés Balanzategui Linna Betzabeth		
	Teléfono: 0987165741		



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

(COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	E-mail: linnavi40blue@hotmail.com
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA	
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	