



ANALES DE PEDIATRÍA

www.elsevier.es/anpediatr



CARTA AL EDITOR

Urticaria recidivante y tiroiditis autoinmunitaria: influencia del tratamiento con tiroxina en la evolución de la urticaria

Recurrent urticaria and autoimmune thyroiditis: The influence of thyroxine treatment on the outcome of the urticaria

Sr. Editor:

La urticaria crónica se define por episodios recurrentes, casi diarios, de lesiones eritemato-habonosas, pruriginosas, evanescentes, de más de 6 semanas de duración. Si los episodios son menos frecuentes se denomina recidivante. El 40% de los casos presentan también angioedema, que constituye la única manifestación en el 10%¹⁻⁴. La urticaria crónica (o recidivante) es una entidad muy poco frecuente en la infancia, mucho menos que en la edad adulta. Solamente en el 20% se identifica el factor desencadenante, habitualmente físico (frío, calor, presión...) y al 80% restante se les denomina ideopáticas^{5,6}. Realmente de estas, el 35-50% son de origen autoinmunitario, como lo demuestra su asociación a otras enfermedades autoinmunitarias (diabetes tipo 1, tiroiditis, enfermedad celíaca) y la presencia de autoanticuerpos funcionales (tipo IgG1 e IgG3) dirigidos contra el receptor de alta afinidad para la IgE (FcεRI) o contra la propia IgE del mastocito cutáneo o del basófilo, que se unen al receptor y liberan histamina. Aunque estos anticuerpos son capaces de activar directamente al mastocito, normalmente actúan a través de la vía clásica del complemento que libera C5a (anafilotoxina), potenciadora de su efecto, que provoca mayor liberación de histamina²⁻⁶. En el 12-45% de los pacientes con urticaria crónica se encuentran anticuerpos antitiroideos (con normo, hipo e hiperfunción tiroidea por orden de frecuencia). En ellos la evolución es más severa y prolongada (más de 5 años en el 52%)⁷⁻⁹. Algunos autores refieren mejoría de la urticaria cuando se trata con tiroxina a los pacientes con autoinmunidad tiroidea (incluso eutiroideos), aunque es controvertido^{4,5,7,8}.

Se trata de un varón de 13 años con urticaria recidivante, sin antecedentes familiares de interés y con antecedentes personales de CIV intervenida, hernia inguinal, neumonía, bronquitis, rinoconjuntivitis estacional y migraña.

Debutó con urticaria generalizada en el curso de una infección respiratoria superior, que se trató con adrenalina, metilprednisolona, dexclorfeniramina y salbutamol. A pesar de ello empeoró en pocas horas asociando hipotonía, hipoventilación y pérdida de conocimiento. Tras repetir el tratamiento mejoró transitoriamente, volviendo a empeorar enseguida presentando eritrodermia generalizada, prurito intenso, hipotensión e hipoxemia, que precisó expansores y oxígeno. Permaneció ingresado 7 días, siendo valorado por los alergólogos que le diagnosticaron de alergia al látex, frutos secos, garbanzos y plátano y descartaron alergia medicamentosa. Fue controlado al alta en su consulta, tratado con exclusión de alérgenos y con antihistamínicos orales unos días. Al mes volvió a urgencias por urticaria. Dos meses después presentó otro episodio de urticaria generalizada y angioedema en los pies tras ingerir paracetamol por fiebre, pero al aplicarle compresas frías empeoraron bruscamente los habones, asociando hipotensión, por lo que volvió a ingresar. Trece días después, durante un tratamiento con amoxicilina por sinusitis y celulitis preseptal, tuvo otra urticaria que precisó nuevo ingreso hospitalario. Ante la sospecha de alergia a betalactámicos se sustituyó la amoxicilina por vancomicina, pero durante la infusión apareció urticaria generalizada, por lo que se acabó tratando con eritromicina. Posteriormente, se descartó alergia a estos medicamentos.

En la analítica tenía inmunoglobulinas normales salvo IgE de 342 mU/ml, C1 inhibidor, C3 y C4 normales, alfa 1 antitripsina normales. Las serologías de virus de las hepatitis A y B y los ANA fueron negativos. Perfil tiroideo: TSH 7,2 mU/ml, T4L 0,93 ng/dl, ac. anti-TG 127, anti-TPO 4.440 U/ml. Se repitió: TSH 5,6, T4L 0,93, ac. anti-TG 221 y ac. anti-TPO 7.007. Se inició tratamiento con tiroxina 25 µg/día, que se subió a 37 y poco después a 50 µg. Tras 15 meses de tratamiento exclusivamente con tiroxina, no ha tenido nuevos episodios de urticaria, permanece asintomático, con exploración normal, sin bocio, ni habones y ha completado la pubertad con peso y talla normales. Última analítica tomando tiroxina 50 µg al día: TSH 4,5 mU/ml, T4L 1,1 ng/dl, anticuerpos anti-TG 77 y anti-TPO 7.090 U/ml.

Este caso nos parece interesante por lo infrecuente que es la urticaria crónica (o recidivante) en niños, por el curso clínico grave del paciente en el que se asociaba tiroiditis autoinmunitaria e hipertirotrópinemia y que tras más de un año de tratamiento solo con tiroxina no presentó nuevos episodios de urticaria.

Aunque no todos los autores observan estos resultados^{2,7,8}, se especula que las personas con tiroi-
ditis autoinmunitaria tienen autoanticuerpos dirigidos
contra las proteínas de su tiroides (anti-TPO, anti-TG), que
producen inflamación y liberan citocinas, estas se ligan
a C4, activan el complemento y estimulan la liberación
de histamina por mastocitos y basófilos⁴. Los anticuerpos
antitiroideos y los del receptor de alta afinidad para la IgE
activan de forma sinérgica el complemento, aumentando
la liberación de histamina por el mastocito y, en conse-
cuencia, la urticaria. Al suprimir la glándula, disminuyen
los inmunocomplejos, los antígenos y el complemento,
reduciéndose la liberación de histamina.

Bibliografía

1. Kozel M, Sabroe RA. Chronic urticaria. *Drugs*. 2004;64:2515–36.
2. Deacock SJ. An approach to the patient with urticaria. *Clin Exper Immunol*. 2008;15:3–161.
3. Kaplan AP. Clinical practice. Chronic urticaria and angioedema. *N Engl J Med*. 2002;346:175–9.
4. Najib U, Sheikh J. The spectrum of chronic urticaria. *Allergy Asthma Proc*. 2009;30:1–10.
5. Boguniewicz M. Chronic urticaria in children. *Allergy Asthma Proc*. 2005;26:13–7.
6. Bayley E, Shaker M. An update on childhood urticaria and angioedema. *Curr Opin Pediatr*. 2008;20:425–30.
7. Zauli D, Grassi A, Ballardini G, Contestabili S, Zucchini S, Bianchi SB. Thyroid Autoimmunity in Chronic Idiopathic Urticaria. *Am J Clin Dermatol*. 2002;3:525–8.
8. Dreskin SC, Andrews KY. The thyroid and urticaria. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2005;5:408–12.
9. Asero R, Orsatti A, Tedeschi A, Lorini M. Autoimmune chronic urticaria associated with type 1 diabetes and Graves Disease. *J Allergy Clin Immunol*. 2005;115:1088–9.

C. Temboury Molina^{a,*}, Y. Alins Sahún^a
e I. Cerecedo Carballo^b

^a *Servicio de Pediatría, Hospital del Sureste, Madrid, España*

^b *Servicio de Alergia, Hospital del Sureste, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carmentemboury@hotmail.com
(C. Temboury Molina).