

CONOCIMIENTOS Y CUIDADOS DE LA URTICARIA FACTICIA O DERMATOGRÁFICA. REVISIÓN CLÍNICA

KNOWLEDGE AND CARE OF FACTITIOUS OR DERMATOGRAPHIC URTICARIA. CLINICAL REVIEW

Autores:  Carlos Naveiras-Fernández ⁽¹⁾,  José María Rumbo-Prieto ^{(1,2) (*)}

(1) Área Sanitaria de Ferrol. Servizo Galego de Saúde (España).

(2) Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de A Coruña (España).

Contacto (*): jmrumbo@gmail.com

Fecha de recepción: 01/08/2023

Fecha de aceptación: 25/08/2023

Naveiras-Fernández C, Rumbo-Prieto JM. Conocimientos y cuidados de la urticaria facticia o dermatográfica. Revisión clínica. *Enferm Dermatol.* 2023; 17(49): e01-e07. DOI: 10.5281/zenodo.8306451

RESUMEN:

La dermatografía sintomática (urticaria facticia) es un tipo de urticaria crónica inducible que afecta hasta a un 5% de la población. Se caracteriza por la aparición de erupciones y ronchas en la piel, acompañadas o no de prurito, como resultado de la aplicación de un roce, rascamiento, frotamiento o fricción sobre ella. Los factores causales pueden ser múltiples, pero se desconoce la causa del origen. Aunque la enfermedad fue identificada hace casi 100 años, los estudios actuales ponen de relieve que es una patología todavía desconocida, en comparación con otras urticarias. El objetivo del estudio fue hacer una actualización clínica para conocer qué terapias y cuidados se están aplicando, y cuál es la efectividad que presentan. A través de una revisión bibliográfica en PubMed, ClinicalKey y UpToDate, se realizó una síntesis de los hallazgos, así como una exposición narrativa de la evidencia disponible. Como conclusión, no hay una pauta de tratamiento estándar para el dermatografismo. En casos leves se suele recomendar el uso de protectores emolientes, como la vaselina. En los demás casos se suele optar por la administración de antihistamínicos H1 de 2ª generación y/o H2 por vía sistémica, en combinación con anticuerpos monoclonales, como el omalizumab. Se precisan más estudios que aporten una mayor evidencia científica, tanto en el campo de la prevención como en el avance de terapias más eficientes. Los cuidados de enfermería están orientados al autocuidado, con el propósito de mejorar la calidad de vida del/la paciente, y dar apoyo biopsicosocial.

Palabras Clave: Dermografismo. Dermatografismo. Urticaria facticia. Urticaria dermatográfica. Cuidados de enfermería.

ABSTRACT:

Symptomatic dermatography (factitious urticaria) is a type of inducible chronic urticaria that affects up to 5% of the population. It is characterized by the appearance of rashes and hives on the skin, accompanied or not by itching, as a result of rubbing, scratching, rubbing or friction applied to it. The causal factors may be multiple, but the cause of origin is unknown.

Although the disease was identified almost 100 years ago, current studies highlight that it is a still unknown pathology, compared to other urticaria. The objective of the study was to make a clinical update to know what therapies and care are being applied, and what their effectiveness is. Through a bibliographic review in PubMed, ClinicalKey and UpToDate, a synthesis of the findings was carried out, as well as a narrative presentation of the available evidence. In conclusion, there is no standard treatment regimen for dermatographism. In mild cases, the use of emollient protectors, such as Vaseline, is usually recommended. In other cases, the administration of 2nd generation H1 and/or H2 antihistamines systemically is usually chosen, in combination with monoclonal antibodies, such as omalizumab. More studies are needed to provide greater scientific evidence, both in the field of prevention and in the advancement of more efficient therapies. Nursing care is oriented toward self-care, with the purpose of improving the patient's quality of life, and providing biopsychosocial support.

Keywords: Dermographism. Factitious urticaria. Dermatographic urticaria. Nursing care.

CONCEPTO DE URTICARIA:

Según el Diccionario de Términos Médicos se define la urticaria como: "enfermedad caracterizada por la aparición de habones sobre la piel, cuya erupción se compone de un número variable de elementos limitados a una región o diseminados por todo el cuerpo"⁽¹⁾.

En el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (DRAE), el término "urticaria" proviene del latín "urtica", que significa "ortiga". Se usa dicha locución porque las lesiones son semejantes a las que se producen en la piel tras el contacto con la hoja de la ortiga^(2,3), caracterizada por el desarrollo de ronchas o erupciones. También puede ocurrir que aparezca angioedema o ambos⁽³⁾.

Cuando la capa superficial de la piel (epidermis) se ve afectada, aparece el típico habón característico. Se trata de una lesión que consiste en un área de la piel elevada, pálida, con

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

los bordes definidos y rojos (Imagen 1), que pierde el enrojecimiento al presionar con el dedo. Cuando el área afectada es la capa profunda de la piel (dermis e hipodermis), ocurre el angioedema. Se trata de una hinchazón que suele ser más pronunciada si afecta a zonas laxas de la piel, como labios, párpados o las mucosas^(3,4).



Imagen 1: Ronchas o habones de una urticaria. (Fuente: upload.wikipedia.org, cortesía de Ercalens).

CLASIFICACIÓN GENERAL:

Las urticarias pueden ser muy diferentes entre sí, todo ello dependerá de su grado de severidad y/o cronicidad, espontaneidad o desencadenamiento por diferentes agentes causales, así como de si son genéticas o adquiridas. Actualmente, se recomienda clasificarlas según su duración en:

- 1) Agudas:** Son las más comunes. Su duración es corta (≤ 6 semanas) y autolimitada. Aparecen repentinamente como una erupción habonosa por el cuerpo, acompañada de picor intenso. Se suelen confundir con una reacción alérgica cutánea. Su tratamiento se basa en antihistamínicos y, en ocasiones, en el uso de corticoides^(3,4).
- 2) Crónicas:** Son menos frecuentes y de mayor duración (> 6 semanas). Se subdividen, a su vez, en: espontáneas (sin factor desencadenante específico involucrado) o inducibles (factor desencadenante específico involucrado)^(3,4).

El término "urticaria inducible" fue descrito en la Guía Internacional de Consenso⁽³⁾ de las asociaciones de EAACI (European Academy of Allergology and Clinical Immunology), GA²LEN (Global Asthma and Allergy European Network), EDF (European Dermatology Fórum) y WAO (World Allergy Organization) en el año 2018. Un ejemplo es la urticaria física, un tipo de alteración producida de forma inducida por estímulos mecánicos y ambientales, tales como: calor, frío, presión sobre la piel, ejercicio físico, agua, vibración y radiación ultravioleta.

Siguiendo la clasificación de la urticaria crónica de la Guía Internacional de Consenso (Tabla 1), según su duración y la relevancia de los factores desencadenantes, existe un amplio espectro de manifestaciones clínicas con diferentes subtipos de urticaria. Además, dos o más subtipos diferentes de urticaria pueden coexistir en cualquier paciente.

Urticaria Crónica Espontánea (UCE)	Aparición espontánea de ronchas, angioedema o ambos durante más de 6 semanas, debido a causas conocidas o desconocidas, tales como la presencia de auto-anticuerpos que activan los mastocitos.
Urticaria Inducible	Aparición de ronchas por diversas causas: <ul style="list-style-type: none">• Dermografismo sintomático (también llamado urticaria facticia o urticaria dermatográfica).• Urticaria por frío (también llamada urticaria por contacto con el frío).• Urticaria por presión retardada (también llamada urticaria por presión).• Urticaria solar.• Urticaria por calor (también llamada urticaria por contacto con el calor).• Angioedema vibratorio.• Urticaria colinérgica.• Urticaria de contacto.• Urticaria acuagénica.

Tabla 1: Subtipos de urticaria crónica. (Fuente: modificada de Zuberbier T, et al.⁽³⁾).

URTICARIA FACTICIA O DERMATOGRAFISMO:

Concepto:

La urticaria facticia o urticaria dermatográfica, también llamada dermatografismo o dermatografismo, significa literalmente "escribir en la piel" (del griego derma "piel" y grafía "escribir"). Se trata de una de las urticarias inducibles más comunes. Clínicamente se define como un eritema lineal que se produce en la piel normal (líneas elevadas e inflamadas sobre la epidermis) al trazar una línea de presión tangencial sobre ella con un objeto romo, ya sea con una uña o con un utensilio específico (lápiz, estilete, etc.). Este eritema persiste unos minutos y luego desaparece sin efectos secundarios⁽⁵⁾.

Según el DRAE, el término "facticio/a" significa "artificial"⁽⁶⁾. Por tanto, se trata de una urticaria física inducida, es decir, se caracteriza por la aparición de erupciones y ronchas en la piel como fruto de la aplicación de un roce, rascamiento, frotamiento o fricción sobre ella (Imagen 2). Su origen se debe a la reacción vascular de la piel frente a una gran diversidad de estímulos, liberando así histamina (modulador de la respuesta inmunológica) de los mastocitos (células inmunitarias localizadas en los tejidos). En ocasiones, la capacidad reactiva de la piel puede ser excesiva, propiciando la aparición de una lesión eruptiva (pápula) y rubor (triple reacción de Lewis). Esta lesión se caracteriza por una mayor persistencia en la piel, así como por la generación de prurito^(7,8).



Imagen 2: Dermografismo en el antebrazo de un paciente, inducido por el roce de una tapa de bolígrafo. (Fuente: imagen propia).

Evolución histórica:

El primer caso clínico de urticaria inducida descrito en la literatura, lo realizó en 1769 el médico inglés Heberden W. en un discurso en el Colegio de Medicina de Londres, publicándose en 1772 en la revista *Medical Transactions*⁽⁹⁾, con el título de *Of the nettle-rash* (“De la urticaria”), por su similitud con las erupciones cutáneas que producía la hoja de ortiga.

En 1859 el médico inglés Withey Gull W. introduce el término “urticaria facticia” para distinguir la urticaria dermatográfica de la urticaria crónica simple, en la que las lesiones cutáneas surgen espontáneamente. Este artículo será publicado en 1894 en un libro recopilatorio de los artículos científicos del autor⁽¹⁰⁾.

En 1870 la urticaria dermatográfica tiene un gran auge clínico en Francia, conocida como “autographique” y “autographisme” (autografía y autografismo), por la presentación llamativa (iconografía) de casos de dermatografismo de pacientes con histeria y trastornos mentales del Hospital Salpêtrière de París⁽¹¹⁾. Fue un episodio histórico donde los actos médicos son “éticamente cuestionables”, debido al abuso y uso de fotografías médicas de pacientes psiquiátricos desnudos (la mayoría mujeres), con palabras escritas en su piel, sin su consentimiento⁽⁹⁾.

Habiendo observado que la urticaria facticia no tenía una causa psiquiátrica como se pensaba, en 1890 el término autografismo fue reemplazado definitivamente por dermatografismo y dermatografismo (“dermographisme” en francés)⁽¹¹⁾. Por un lado, destacan los estudios de revisión del dermatólogo francés Barthelemy T. (1893), que la auto-denominó como “dermografía satánica”^(12,13); y los trabajos del norteamericano Henry Fox G. (1905), autor de un prestigioso Atlas fotográfico de las enfermedades de la piel^(11,14), con exposición de diferentes imágenes dermatográficas, que denominó como urticaria (Imagen 3).



Imagen 3: Urticaria (dermatografismo). Lámina del Atlas fotográfico de Henry Fox G⁽¹⁴⁾. (Fuente: wellcomecollection.org. Derechos de imagen: dominio público).

Por otro lado, cabe destacar los estudios histológicos sobre las ronchas dermatográficas, realizados por Gilchrist T.C. (1908), determinando el origen inflamatorio de los habones⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Así como, en 1927, Lewis T. publica la monografía sobre las reacciones cutáneas de los vasos sanguíneos que se dan en la dermatografía⁽¹⁷⁾, que actualmente conocemos como la “Triple reacción de Lewis” (Tabla II) (8,18).

REACCIÓN	CAUSA	MECANISMO VASCULAR
Reacción Roja (Enrojecimiento cutáneo leve)	Roce o fricción leve.	Dilatación de pequeños vasos cutáneos y liberación de histamina.
Rubor (Importante enrojecimiento cutáneo local)	Roces o fricciones repetidas.	Reflejo nervioso del área maltratada, que causa dilatación de las arteriolas con afectación de tejidos subyacentes.
Roncha (Presencia de edema e inflamación)	Estimulaciones cutáneas vigorosas.	Aumento de la permeabilidad de las paredes de los pequeños vasos cutáneos e inflamación local.

Tabla II: Reacciones vasculares cutáneas de Lewis. (Fuente: adaptado de la cita nº 18).

Actualmente, gracias a los avances farmacológicos, como el descubrimiento de los antihistamínicos, la revolución tecnológica y la experimentación de nuevas terapias y fármacos biológicos, las urticarias inducidas y, en este caso, las facticias, cobran de nuevo interés clínico.

Tipos de dermatografismo:

Dentro del dermatografismo existen dos tipos básicos⁽⁷⁾:

- 1) Dermatografismo simple:** Se caracteriza por el desarrollo de urticaria en la piel sin prurito, a causa del roce. Suele confundirse con la urticaria crónica espontánea.
- 2) Dermatografismo sintomático:** es el más frecuente, a diferencia del primero, se caracteriza por el desarrollo de urticaria en la piel con pruriginosidad.

Epidemiología:

Por un lado, se cree que el dermatografismo simple ocurre, aproximadamente, en un 1,5-5% de los individuos sanos, considerándose un fenómeno fisiológico normal⁽¹⁹⁾. Por otro lado, se observó que el dermatografismo sintomático se manifiesta en un 2-5% de la población general⁽²⁰⁻²²⁾, considerándose una de las formas más frecuentes de erupciones cutáneas e hinchazón⁽²²⁾.

Características clínicas:

Debido al carácter inexplicable de su etiología, la gravedad de las alteraciones dérmicas es muy relativa, pudiendo existir grandes diferencias entre un caso y otro. Según la cronología de la respuesta de ronchas y erupciones después de la aplicación del estímulo, se distinguen tres tipos de dermatografismo (Tabla III) (23):

En la urticaria facticia, además de la clásica respuesta de ronchas y erupciones dermatográficas comunes, se han descrito variantes de dermatografismo sintomático, en las cuales las reacciones son foliculares, inflamadas e hinchadas (dermatografismo rojo) o una dermatitis atópica (dermatografismo blanco) (23).

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Tipos de dermatografismo	Inicio	Duración
Inmediato (común)	2-5 min	30 min
Intermedio	30 min - 2 h	3-9 h
Inicio tardío, retrasado	4-6 h	24-48 h

Tabla III: Tipos de dermatografismo según la duración⁽²³⁾.

El dermatografismo es típicamente idiopático y comienza sin un evento desencadenante claro. Sin embargo, las alteraciones inflamatorias pueden preceder ocasionalmente al inicio, ya que se han descrito casos en los que el dermatografismo sintomático parecía estar desencadenado por infecciones (bacterias, hongos, virus y sarna) o después de recibir determinados fármacos (penicilina, famotidina...) (7).

Además de las ronchas clásicas, los/as pacientes, a menudo, no son conscientes de que el prurito idiopático o el prurito causado por la piel seca, puede ser el evento que provoca el rascado y el dermatografismo posterior. En estos casos, las ronchas suelen ser lineales. En otras circunstancias, el dermatografismo podría verse exacerbado por el agua caliente, las emociones, el ejercicio o la exposición al frío (urticarias inducibles) (7,8).

Patogénesis:

Se desconoce la causa del origen del dermatografismo, se supone que está involucrada la liberación de mediadores vasoactivos de los mastocitos cutáneos. Se han demostrado niveles elevados de histamina sérica después de un episodio de ronchas^(7,24). Las fuerzas en la dermis inducen la liberación de histamina. Esta forma, a menudo se asocia con estrés psicósomático, pero también se encuentra en combinación con alergia mediada por IgE. La aparición de urticaria facticia es variable y, a veces, depende directamente del estrés traumático y emocional⁽⁸⁾.

No existen datos detallados que evidencien de forma irrefutable cuáles son los factores desencadenantes y/o enfermedades asociadas. Taşkapan O, et al.⁽¹⁹⁾ encontraron que los factores psicológicos y una historia de acontecimientos vitales estresantes, han sido implicados como factores desencadenantes en el 30% de los/as pacientes. Anliker MD, et al.⁽²⁵⁾ detectaron que el estado psicológico (accidentes, miedo a la vida, intervención quirúrgica, dolor crónico y otros) estaban definidos en aproximadamente el 90% de los/as pacientes. En otro estudio, Schoepke N, et al.⁽²¹⁾ encontraron que el 44% de los/as pacientes afirmaron que el estrés era el motivo. Erpolat S, et al.⁽²⁶⁾ indicaron que los niveles circulantes de factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), participan como factor proinflamatorio; pueden liberarse en respuesta a acariciar, frotar y rascar la piel de pacientes con dermatografismo sintomático; y pueden servir como respuesta al estrés local que media la inflamación neurogénica. Yücel MB, et al.⁽²⁷⁾ describen 2 subtipos de dermatografismo sintomático previamente desconocidos, exacerbados por alimentos y dependientes de alimentos, resultando que la ingesta de alimentos puede ser un factor causal.

Diagnóstico:

El dermatografismo simple se diagnostica provocando una roncha al frotar la piel con un objeto limpio y firme. Hay dispositivos validados de prueba, especiales y con disponibilidad (FricTest®) (28), así como objetos estándar de punta roma⁽²⁹⁾. Existen diferentes factores desencadenantes y pruebas diagnósticas según el tipo de urticaria inducida (Tabla IV) (7,30). Es aconsejable que el/la paciente se abstenga de tomar antihistamínicos durante varios días antes de la prueba⁽³⁰⁾.

TRASTORNO	FACTOR DESENCADENANTE	PRUEBA DIAGNÓSTICA
Dermatografismo sintomático (urticaria facticia).	Caricias firmes, rascado, presión...	Acariciar moderadamente la piel con un objeto romo y liso (por ejemplo: punta de bolígrafo cerrada, depresor de lengua de madera o dermatógrafo).
Urticaria/angioedema por presión retardada.	Aplicación de presión 0,5 a 12 horas antes de la aparición de los síntomas.	Cabestrillo con pesas colocadas sobre el brazo o el hombro durante 15 minutos (7 kg de peso en una correa para el hombro de 3 cm de ancho). El/la paciente informa síntomas durante las próximas 24 horas. Los dermatógrafómetros son aparatos que se utilizan en la medición (100 g/mm ² durante 70 segundos).
Urticaria colinérgica.	Elevación de la temperatura corporal (ejercicio, agua caliente, emoción fuerte y comida caliente o picante).	Hacer ejercicio con una máquina (bicicleta estática o cinta de correr) hasta comenzar a sudar. Luego, continuar durante 15 minutos. Si esta prueba es positiva, entonces se realiza la prueba del calentamiento pasivo de uno o ambos brazos en un baño de agua caliente de 42 °C, para causar un aumento de la temperatura corporal de ≥ 1 °C. Algunos/as pacientes reaccionan a las pruebas cutáneas con su propio sudor.
Urticaria por contacto frío.	Exposición de la piel al aire frío, líquidos fríos u objetos fríos.	Prueba de cubitos de hielo: derretir el cubo de hielo en una bolsa de plástico delgada, colocada sobre la piel durante 5 minutos. Se valora con un test de temperatura (TempTest) para determinar el umbral del/la paciente.
Urticaria por contacto térmico.	Objeto caliente en contacto directo con la piel afectada.	Aplicación de un tubo de ensayo que contiene 45 °C de agua, o cilindro metálico calentado a 45 °C, sobre la piel durante 5 minutos.
Urticaria/anafilaxia inducida por el ejercicio.	Esfuerzo físico.	Prueba en cinta rodante o bicicleta estática.
Urticaria acuagénica.	Contacto de la piel con agua de cualquier temperatura. La salinidad del agua es importante en algunos casos.	Aplicación de agua a 35 °C en compresa en la parte superior del cuerpo durante 30-40 minutos.
Urticaria solar.	Exposición de la piel a la luz solar (las longitudes de onda desencadenantes varían).	Exposición de la piel normalmente cubierta a los rayos UVA (6 J/cm ²), UVB (60 mJ/cm ²) y luz visible (proyector).
Urticaria/angioedema vibratorio.	Cortar el césped, andar en motocicleta, montar a caballo, andar en bicicleta de montaña, exponerse a maquinaria vibrante, sostener algunos volantes...	Se usa un mezclador/agitador de laboratorio tipo "Vortex", que se mantiene contra la piel durante 10 minutos.

Tabla III: Factores desencadenantes y pruebas diagnósticas en urticarias inducibles. (Fuente: modificada de Dice J, et al. (7) y Magerl M, et al. (30)).

Tratamiento y cuidados:

El dermatografismo simple no requiere de terapia. Su tratamiento es de carácter preventivo, lo cual implica evitar los factores que propician su aparición. Si la piel está seca, se recomienda el uso de emolientes como la vaselina⁽⁴⁾.

En cuanto al dermatografismo sintomático (urticaria facticia), existen diferentes terapias farmacológicas, todavía no concluyentes, tanto tópicos como sistémicas. Algunas de ellas son:

- Los antihistamínicos H1 (en adelante, aH1) por vía oral son eficaces para el tratamiento del prurito y para la reducción de la roncha, y son el fármaco de elección inicial. Los aH1 de primera generación (por ejemplo: 25 mg de hidroxicina)⁽³¹⁾ y los de segunda generación (por ejemplo: 10 mg de cetirizina y 8 mg de acrivastina)^(32,33) han demostrado beneficios de forma individualizada, pero todavía no hay estudios de su uso de forma combinada.
- La adición de un antihistamínico H2 (aH2) (por ejemplo: cimetidina y ranitidina) fue beneficiosa en varios estudios. Se justifica la terapia combinada entre un aH1 (4 mg de clorfeniramina plus) y un aH2 (400 mg de cimetidina) en caso de que la respuesta a los aH1 por sí solos sea insuficiente⁽³⁴⁾.
- Aplicación de radiación ultravioleta tipo B (UVB). Un ensayo clínico no controlado de 43 pacientes⁽³⁵⁾ concluyó que el 90% mejoraron los síntomas de prurito con la aplicación de fototerapia UVB tras un período de 4-5 meses después de recibir una media de 13 radiaciones con una dosis de 0,14-1,8 J/cm². En otro estudio, combinando fototerapia UVB (dosis de 770 mJ/cm² durante 6 semanas) con un aH1 de 2ª generación (fexofenadina de 180 mg/d durante 2 semanas), se observó una mejoría significativa del 52% en la reducción del picor y un 71% de satisfacción⁽³⁶⁾.
- En otros casos experimentales, el uso de omalizumab, una proteína humana similar a las proteínas naturales producidas por el organismo, que pertenece a una clase de medicamentos denominados anticuerpos monoclonales, logró una mejoría notable del prurito en la urticaria facticia, en un caso clínico de una paciente afectada⁽³⁷⁾, después de haber transcurrido 4 semanas de tratamiento con 300 mg/s.c. de omalizumab. Reseñar que este medicamento se suele utilizar para el tratamiento adyuvante de la urticaria crónica espontánea, tanto en adolescentes como en adultos (pero no prescrito para la urticaria facticia), que ya están recibiendo antihistamínicos, pero cuyos síntomas no están bien controlados⁽³⁸⁾.

En una reciente revisión sistemática sobre las opciones de tratamiento en la dermatografía sintomática, realizada por Kulthanan K, et al.⁽³⁹⁾, se llegó a la conclusión de que los datos disponibles sobre los tratamientos para pacientes con SD son heterogéneos, en su mayoría unicéntricos, antiguos, de

muestra pequeña y métodos desiguales, para poder llevar a cabo un metaanálisis. En todo caso, se sugiere el uso de aH1 de 2ª generación como tratamiento de primera elección. En casos no controlados, se puede pautar una combinación de aH1 y aH2. Alternativamente, aunque no hay evidencia de su eficacia, por encima de la dosis estándar, puede ser necesario aumentar la dosis de un segundo aH1. También es recomendable agregar omalizumab en pacientes, si estos tratamientos fallan. Finalmente, nuevos y mejores tratamientos para la SD son necesarios, al igual que el desarrollo y uso de herramientas de valoración y evaluación sólidas y validadas.

Referente a las terapias no farmacológicas, se sabe que la mayoría de pacientes, a menudo modifican los hábitos de vida (dejan de hacer ejercicio, dejan de tomar el Sol, dejan de socializarse, etc.) para que no les aparezcan los síntomas, y se sienten poco comprendidos⁽⁴⁾. Es esencial que enfermería y otros profesionales de la salud fomenten el bienestar emocional, el autocuidado y el empoderamiento ante la enfermedad⁽⁴⁰⁾.

Algunas de las recomendaciones o consejos de cuidados para reducir la gravedad de los episodios de dermatografía son⁽²²⁾:

- Cuidar la piel y evitar usar jabones, lociones u otros productos que puedan secar o irritar la epidermis
- Evitar el uso de telas o tejidos que produzcan picazón, como la lana.
- Usar crema hidratante con frecuencia.
- Asegurarse de que la ropa esté suelta o libre, y que no se pegue a la piel.
- Evitar duchas o baños muy calientes o muy fríos.
- Secarse de forma suave tras mojarse la piel.
- Ingerir muchos alimentos no inflamatorios, como los mariscos ricos en ácidos grasos omega-3; verduras de hoja, como la col rizada y las espinacas; tomates; frutas y aceite de oliva.
- Usar protector solar y evitar la sobreexposición a la luz del Sol.

CONCLUSIONES:

Aunque la enfermedad fue identificada hace casi 100 años, los estudios actuales sobre esta patología tienen más de 30 años de antigüedad, lo que pone de relieve que la urticaria facticia es una patología dermatológica crónica todavía desconocida, en comparación a otras urticarias mejor estudiadas clínicamente.

Para los casos más simples sólo se requiere el uso de protectores emolientes, como la vaselina, y seguir pautas de recomendación. En casos más complejos, el tratamiento de elección suele requerir la administración de antihistamínicos H1 y/o H2 por vía sistémica. Pero hay otras terapias

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

prometedoras, como la fototerapia UVB, que podría ser adyuvante, para reducir los síntomas; o la administración de tratamientos inmunobiológicos a base de anticuerpos monoclonales, como el omalizumab.

Finalmente, aunque la prevalencia es baja y/o infradocumentada, se precisan más estudios que aporten una mayor evidencia científica, tanto en el campo de la prevención como en el avance de terapias más adecuadas. Con ello, se lograrían unos mejores cuidados que ayuden a conseguir una mejor calidad de vida del/la paciente, tal como el alivio del prurito y/o minimización de las erupciones dermatográficas, y apoyo emocional y psicológico, entre otros cuidados.

CONFLICTOS DE INTERÉS:

Los autores manifiestan no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Nacional de Medicina [Internet]. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011 [consultado 08/08/2023]. Diccionario de términos médicos. Urticaria. Disponible en: <https://dtme.ranm.es/index.aspx>
2. Real Academia Española [Internet]. Madrid: RAE; 2023 [consultado 26/08/2023]. Diccionario de la lengua española. Urticaria. Disponible en: <https://dle.rae.es/urticaria>
3. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul-Latif AH, 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(7):1393-414. doi: 10.1111/all.13397.
4. Ferrer-Puga M. La urticaria y el angioedema. (Capítulo 16). En: Zubledia JM, Baeza ML, Chivato T, Jaúregui I, Senent CJ, editores. El libro de las enfermedades alérgicas. (2ª ed.). Bilbao: Fundación BBVA; 2021. p. 183.
5. Real Academia Nacional de Medicina [Internet]. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011 [consultado 08/08/2023]. Diccionario de términos médicos. Dermografismo. Disponible en <https://dtme.ranm.es/index.aspx>
6. Real Academia Española [Internet]. Madrid: RAE; 2023 [consultado 26/08/2023]. Diccionario de la lengua española. Facticio. Disponible en: <https://dle.rae.es/facticio>
7. Dice J, González-Reyes E. Physical (inducible) forms of urticaria. *UpToDate*. 2023 [actualizado 07/10/2022; consultado 11/08/2023]. Disponible en: <https://uptodate.com> [acceso con login].
8. Ring J. Allergic Diseases (and Differential Diagnoses): Urticaria and Angioedema. En: *Allergy in Practice*. Germany: Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2005. p. 89-97.
9. Heberden W. Of the nettle rash. *Medical Transactions*. 1772; 2:173-91.
10. Withey Gull W. On factitious urticaria. En: *A collection of the published writings of William Withey Gull*. Medical Papers. London: The New Sidenham Society; 1894. p. 566-8.
11. Russell AP, Gailey JH, Abdulkarim B, Levell NJ, Parish LC, Hoenig LJ. Dermatographism in popular culture. *Clin Dermatol*. 2022; 40(6):768-72. doi: 10.1016/j.clindermatol.2022.08.006.
12. Didi-Huberman G. The figurative incarnation of the sentence (notes on the "autographic skin"): dermatographia and the inscribed body. *Cabinet Magazine* [Internet]. 2004 [consultado 28/08/2023]; (13). Disponible en: <https://cabinetmagazine.org/issues/13/didi-huberman.php>
13. Barthelemy T. Etude sur le dermagraphisme ou dermoneurose toxivasomotrice. París: Société d'Éditions Scientifiques; 1893.
14. Henry-Fox G. Urticaria. In: *Photographic atlas of the diseases of the skin in four volumes: a series of ninety-six plates, comprising nearly two hundred illustrations, with descriptive text, and a treatise on cutaneous therapeutics*. (Vol. 4). Philadelphia and London: J.B. Lippincott Company; 1905. p. 312-3.
15. Gilchrist TC. Some experimental observations on the histopathology of urticaria factitia. *J Cutan Dis*. 1908; 26:122.
16. Johnston TG, Cazort AG. Dermographia; clinical observations. *J Am Med Assoc*. 1959; 169(1): 23-6. doi: 10.1001/jama.1959.03000180025007.
17. Walzer A. Urticaria III: Experimental urticaria factitia. *Arch Dermatol Syphilo*. 1928; 18(6):868. doi: 10.1001/archderm.1928.0238018006300.
18. Lippincott-Company BJ. The Blood-vessels of the Human Skin and their Responses. *Nature*. 1928; 122(3062):5-6. doi: 10.1038/122005a0.
19. Taşkapan O, Harmanyeri Y. Evaluation of patients with symptomatic dermatographism. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006; 20(1): 58-62. doi: 10.1111/j.1468-3083.2005.01372.x.
20. Breathnach SM, Allen R, Ward AM, Greaves MW. Symptomatic dermatographism: natural history, clinical features laboratory investigations and response to therapy. *Clin Exp Dermatol*. 1983; 8:463-76.
21. Schoepke N, Mlynek A, Weller K, Church MK, Maurer M. Symptomatic dermatographism: an inadequately described disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015; 29(4): 708-12. doi: 10.1111/jdv.12661.
22. muyinteresante.es [Sede web]. Madrid: Zinet Media Global SL; 2023. [actualizado 24/10/2019, consultado 26/08/2023]. Romero S. ¿Qué es el dermatografismo?

- Disponible en: <https://www.muyinteresante.es/salud/21248.html>
23. Kontou-Fili K, Borici-Mazi R, Kapp A, Matjevic LJ, Mitchel FB. Physical urticaria: classification and diagnostic guidelines. An EAACI position paper. *Allergy*. 1997; 52(5):504-13. doi: 10.1111/j.1398-9995.1997.tb02593.x.
 24. Garafalo J, Kaplan AP. Histamine release and therapy of severe dermatographism. *J Allergy Clin Immunol*. 198; 68(2): 103-5. doi: 10.1016/0091-6749(81)90166-4.
 25. Anliker MD, Itin P. Psychic factors as a trigger in factitial urticaria and urticaria with positive. *Alergia*. 2001; 56: 31-2.
 26. Erpolat S, Celik HT, Bozkurt B. Brain-derived neurotrophic factor is increased in serum levels of patients with symptomatic dermatographism. *Postepy Dermatol Alergol*. 2017; 34(4): 346-9. doi: 10.5114/ada.2017.69315.
 27. Yücel MB, Ertas R, Türk M, Muñoz M, Atasoy M, Maurer M. Food-dependent and food-exacerbated symptomatic dermatographism: New variants of symptomatic dermatographism. *J Allergy Clin Immunol*. 2022; 149(2): 788-90. doi: 10.1016/j.jaci.2021.07.030.
 28. Mlynek A, Vieira-dos-Santos R, Ardelean E, Weller K, Magerl M, Church MK, et al. A novel, simple, validated and reproducible instrument for assessing provocation threshold levels in patients with symptomatic dermatographism. *Clin Exp Dermatol*. 2013; 38(4): 360-6; quiz 366. doi: 10.1111/ced.12107.
 29. Magerl M, Borzova E, Giménez-Arnau A, Grattan CE, Lawlor F, Mathelier-Fusade P, et al. The definition and diagnostic testing of physical and cholinergic urticarias--EAACI/GA2LEN/EDF/UNEV consensus panel recommendations. *Allergy*. 2009; 64(12): 1715-21. doi: 10.1111/j.1398-9995.2009.02177.x.
 30. Magerl M, Altrichter S, Borzova E, Giménez-Arnau A, Grattan CE, Lawlor F, et al. The definition, diagnostic testing, and management of chronic inducible urticarias - The EAACI/GA⁽²⁾ LEN/EDF/UNEV consensus recommendations 2016 update and revision. *Allergy*. 2016; 71(6): 780-802. doi: 10.1111/all.12884.
 31. Deutsch PH. Dermatographism treated with hydroxyzine and cimetidine and ranitidine. *Ann Intern Med*. 1984; 101(4): 569. doi: 10.7326/0003-4819-101-4-569_1.
 32. Juhlin L, de Vos C, Rihoux JP. Inhibiting effect of cetirizine on histamine-induced and 48/80-induced wheals and flares, experimental dermatographism, and cold-induced urticaria. *J Allergy Clin Immunol*. 1987; 80(4): 599-602. doi: 10.1016/0091-6749(87)90014-5.
 33. Boyle J, Marks P, Gibson JR. Acrivastine versus terfenadine in the treatment of symptomatic dermatographism: a double-blind, placebo-controlled study. *J Int Med Res*. 1989; 17(Suppl 2): 9B-13.
 34. Cook J, Shuster S. The effect of H1 and H2 receptor antagonists on the dermatographic response. *Acta Derm Venereol*. 1983; 63(3): 260-2.
 35. Johnsson M, Falk ES, Volden G. UVB treatment of factitious urticaria. *Photodermatol*. 1987; 4(6): 302-4.
 36. Borzova E, Rutherford A, Konstantinou GN, Leslie KS, Grattan CE. Narrowband ultraviolet B phototherapy is beneficial in antihistamine-resistant symptomatic dermatographism: a pilot study. *J Am Acad Dermatol*. 2008; 59(5): 752-7. doi: 10.1016/j.jaad.2008.07.016.
 37. Krause K, Ardelean E, Kessler B, Magerl M, Metz M, Siebenhaar F, et al. Antihistamine-resistant urticaria factitia successfully treated with anti-immunoglobulin E therapy. *Allergy*. 2010; 65(11): 1494-5. doi: 10.1111/j.1398-9995.2010.02409.x.
 38. European Medicines Agency (EMA). Xolair (omalizumab). An overview of Xolair and why it is authorised in the EU. [Monografía de Internet]. Amsterdam (The Netherlands): EMA; 2020. p. 1 [consultado 25/08/2023]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/xolair-epar-medicine-overview_en.pdf
 39. Kulthanan K, Ungprasert P, Tuchinda P, Chularojanamontri L, Rujitharanawong C, Kiratiwongwan R, et al. Symptomatic Dermatographism: A Systematic Review of Treatment Options. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020; 8(9): 3141-61. doi: 10.1016/j.jaip.2020.05.016.
 40. Rujitharanawong C, Tuchinda P, Chularojanamontri L, Nanchaipruek Y, Jantanapornchai N, Thamlikitkul V, et al. Natural history and clinical course of patients with dermatographism in a tropical country: a questionnaire-based survey. *Asia Pac Allergy*. 2022; 12(4): e39. doi: 10.5415/apallergy.2022.12.e39.