



# Fexofenadina: Una revisión de su uso en el tratamiento de la urticaria en poblaciones pediátricas y adultas

Margarita Murrieta-Aguttes, MD, y Mohamed Amessou, PhD, MBA

La urticaria es un trastorno inflamatorio de la piel debido a la activación de mastocitos cutáneos. Los mediadores inflamatorios liberados y la histamina son responsables de la aparición de ronchas y/o angioedema. Las directrices actuales recomiendan antihistamínicos H<sub>1</sub> de segunda generación no sedantes, como el clorhidrato de fexofenadina como tratamiento de primera línea. Una revisión reciente llevada a cabo por Ansoategui et al. proporciona información actualizada sobre la urticaria, tanto en poblaciones adultas como pediátricas, y sobre la seguridad y la eficacia del clorhidrato de fexofenadina como opción de tratamiento.

La urticaria es una afección que se caracteriza por la aparición de ronchas y/o angioedema [1]. Una roncha es una hinchazón superficial claramente delimitada, acompañada de picazón o ardor. Puede darse repentinamente y vuelve a la normalidad entre 30 minutos y 24 horas. El angioedema se desarrolla más lentamente que la roncha y se presenta con edema localizado en la dermis inferior y subcutis o membranas mucosas. El angioedema se caracteriza por hormigueo, ardor y tirantez en lugar de picazón. La recuperación dura más que para las ronchas, hasta 72 horas [1, 2].

Aproximadamente una de cada cinco personas experimenta urticaria al menos una vez a lo largo de su vida, el 50 % solo presenta ronchas, el 40 % presenta ronchas y angioedema y el 10 % presenta solo angioedema. La urticaria aguda suele ser autolimitante, con episodios que se resuelven en seis semanas, mientras que la urticaria crónica persiste más tiempo [2].

La urticaria tiene una alta carga socioeconómica en todo el mundo. Ejerce un fuerte impacto en la calidad de vida de los pacientes adultos y pediátricos, con consecuencias significativas en el sueño, la interacción social y el rendimiento en el trabajo/escuela [2].

Según su duración, la urticaria se clasifica como aguda o crónica y, dependiendo de los factores desencadenantes, como espontánea o inducible (véase **Tab. 1** y **2**).

Tab. 1. Clasificación de la urticaria según su duración [2]

Tipo de urticaria	Duración
Urticaria aguda	Aparición durante un periodo de menos de 6 semanas
Urticaria crónica	Aparición durante un periodo de más de 6 semanas

Tab. 2. Clasificación de la urticaria según las causas [2]

Espontánea: mayoría de casos	Inducible: minoría de casos
Causas: <ul style="list-style-type: none"><li>■ Infecciones</li><li>■ Alimentos</li><li>■ Medicamentos</li><li>■ Estrés</li><li>■ Trastornos autoinmunes</li></ul>	Causas físicas: <ul style="list-style-type: none"><li>■ Dermografismo</li><li>■ Urticaria por calor</li><li>■ Urticaria por frío</li><li>■ Urticaria solar</li><li>■ Urticaria por presión retardada</li><li>■ Angioedema vibratorio</li></ul> Otras causas: <ul style="list-style-type: none"><li>■ Urticaria acuagénica</li><li>■ Urticaria colignérgica</li><li>■ Urticaria de contacto</li></ul>

No se conoce con precisión la patogénesis de la urticaria. Se trata de una enfermedad causada principalmente por los mastocitos. Los efectores reaccionan con la membrana de los mastocitos, activándolos y provocando así la liberación de mediadores inflamatorios y la estimulación de vías de señalización que provocan la formación de ronchas y angioedema (véase **Fig. 1** y **2**) [2].

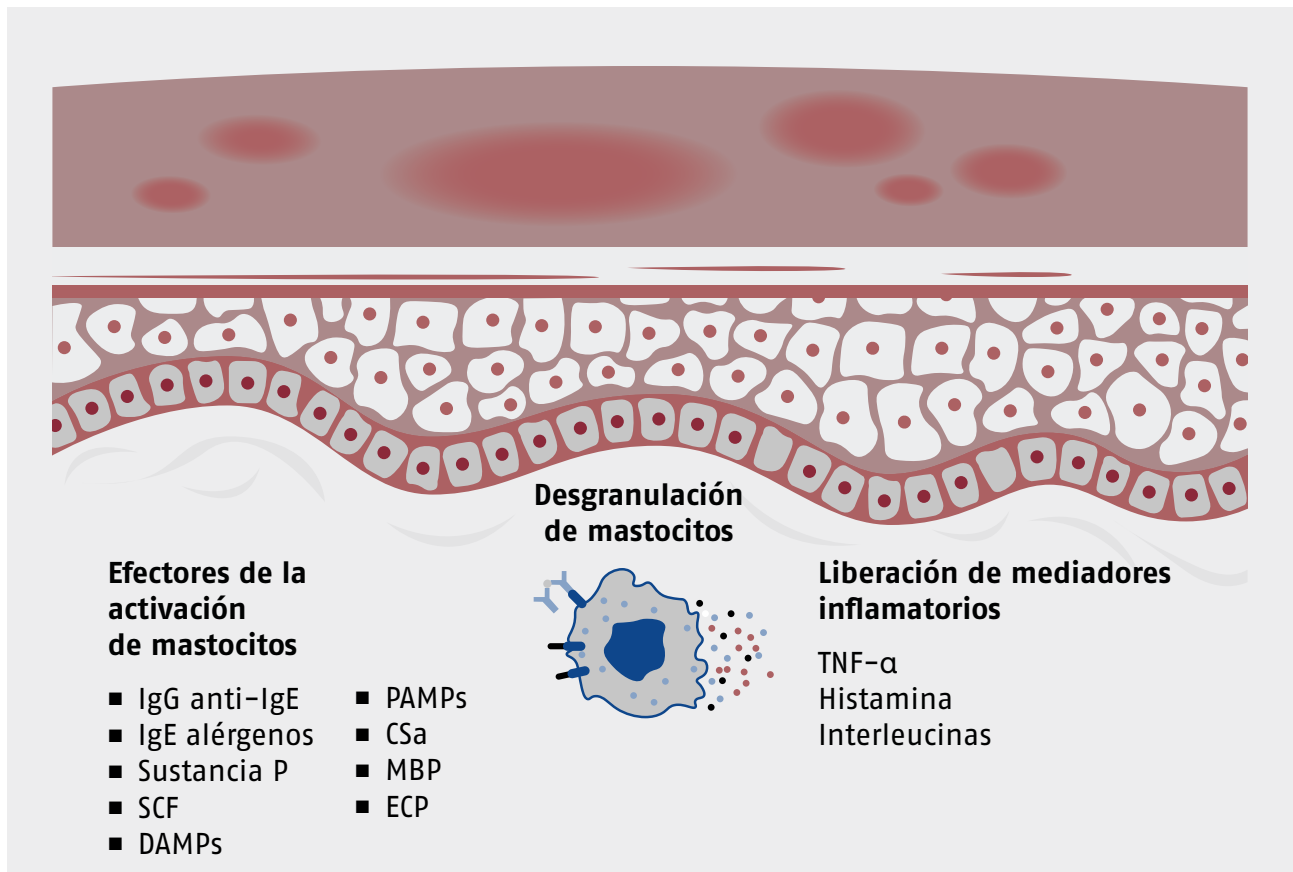


Fig. 1. Activación de mastocitos. IgG: inmunoglobulina G; IgE: inmunoglobulina E; SCF: factor de células madre; DAMPs: patrones moleculares asociados al daño; PAMPs: patrones moleculares asociados a patógenos; CSa: ciclosporina A; PCE: proteínas catiónicas de eosinófilos; PBP: proteína básica principal; PCE: proteína catiónica de eosinófilos

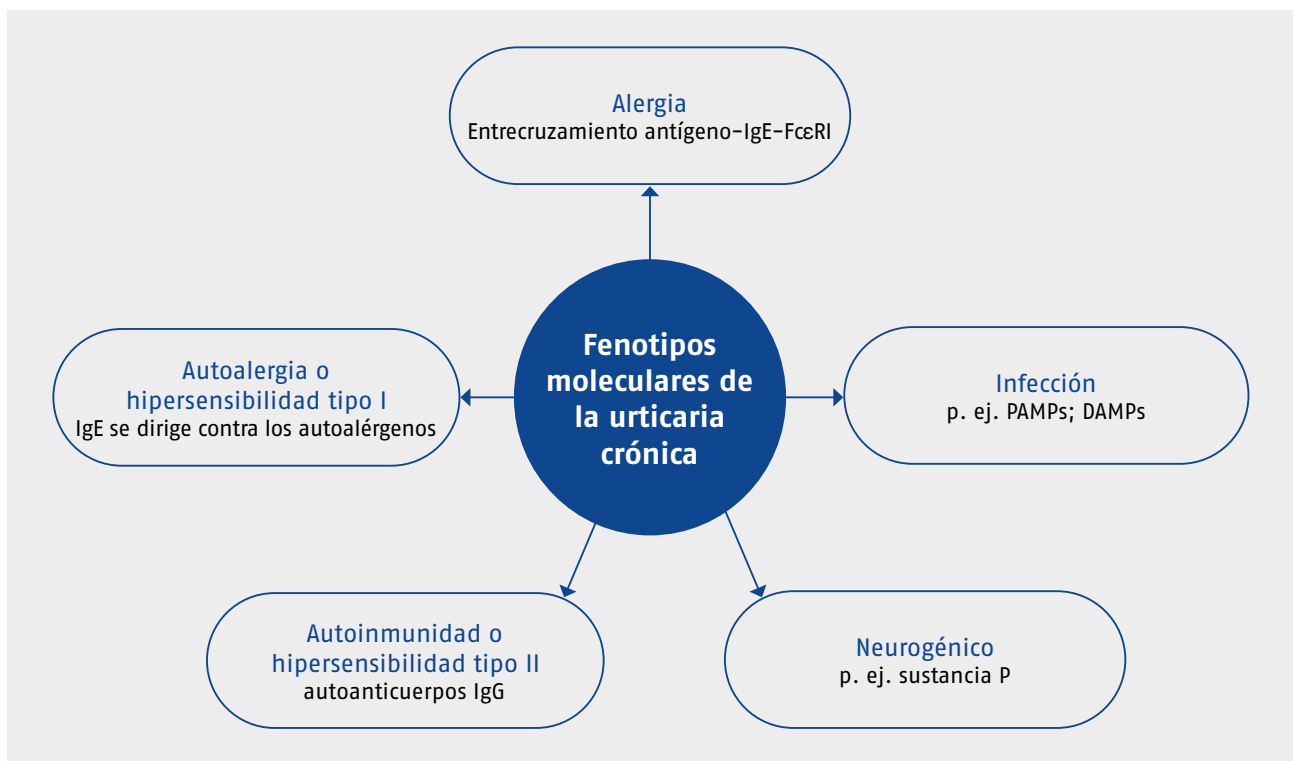


Fig. 2. Fenotipos moleculares de la urticaria crónica. IgG: inmunoglobulina G; IgE: inmunoglobulina E; DAMPs: patrones moleculares asociados al daño; PAMPs: patrones moleculares asociados a patógenos. [Adaptado de 2]

La urticaria se suele audiagnosticar y autogestionar. Las directrices actuales recomiendan un trabajo diagnóstico que se centra en el examen clínico de los signos y síntomas asociados a la urticaria. Dado que las lesiones similares a la urticaria pueden ser la manifestación de varios síndromes dermatológicos, es fundamental llevar a cabo un examen anamnéstico minucioso que evalúe la frecuencia, las circunstancias de aparición, la duración, los síntomas locales o sistémicos para el diagnóstico correcto [2]. La directriz reciente [1] enumera el control completo de los síntomas como el objetivo de tratamiento. La primera recomendación que se sugiere es la prevención de desencadenantes. Si esto no es posible, se recomienda un enfoque farmacológico gradual [2].

### Terapia de primera línea en niños y adultos

En la urticaria, la desregulación en los mastocitos y basófilos libera mediadores inflamatorios. Estos mediadores inflamatorios, como la histamina, el TNF- $\alpha$  y las interleucinas, estimulan vías de señalización que provocan los síntomas de la urticaria. En la mayoría de los pacientes, no se puede evitar la urticaria. Las directrices recomiendan encarecidamente el tratamiento con antihistamínicos H<sub>1</sub> de segunda generación por vía oral como primera línea [1]. Este grupo de agentes es efectivo y se tolera bien. Los antihistamínicos de segunda generación no atraviesan o solo atraviesan mínimamente la barrera hematoencefálica y, por tanto, solo son ligeramente sedantes o no sedantes y están exentos de efectos secundarios adversos anticolinérgicos. Además de la histamina, se liberan otros mediadores inflamatorios. En pacientes que no responden a la histamina, se puede considerar el tratamiento a corto plazo de hasta diez días con glucocorticoides. Otras opciones terapéuticas, como el tratamiento con omalizumab, deben ser evaluadas por centros especializados [2].

La revisión citada se centra en el uso de clorhidrato de fexofenadina en la urticaria como representante de toda la clase de fármacos [2]. La fexofenadina se encuentra disponible en forma de comprimido o de suspensión y está en el mercado desde hace 25 años en más de 100 .

El clorhidrato de fexofenadina es un tratamiento de la urticaria bien tolerado y establecido desde hace tiempo en adultos y niños [2]. La dosis aprobada para el tratamiento de la urticaria en adultos y niños a partir de 12 años consiste en un comprimido de 180 mg una vez al día o uno de 60 mg dos veces al día. La suspensión de fexofenadina está disponible para niños de 6 meses y mayores [2, 3]. Los antihistamínicos de segunda generación atraviesan la barrera hematoencefálica en menor medida que los antihistamínicos de primera generación. Por tanto, los efectos secundarios centrales, como el efecto sedante, se producen en menor grado. Dentro del grupo de antihistamínicos de segunda generación, existen diferencias significativas con respecto a los efectos sedantes. Aunque la fexofenadina no ocupa ninguno de los receptores H<sub>1</sub> de la corteza cerebral, del 20 al 50 % de estos receptores están ocupados después de la toma de cetirizina [4].

La fexofenadina se tolera bien, como se ha demostrado en estudios a largo plazo en voluntarios sanos de 12 a 65 años y en pacientes con urticaria crónica cuando se administraron dosis de hasta 240 mg una vez al día hasta 12 meses [4].

### Resumen

El clorhidrato de fexofenadina se recomienda como tratamiento de primera línea para el tratamiento de la urticaria. Alivia significativamente las ronchas y la picazón provocada por estas. El clorhidrato de fexofenadina se tolera bien. Por lo general, la suspensión debida a efectos secundarios adversos se produce en menos del 5 % de los pacientes. Los pacientes se benefician de la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud y del rendimiento en las actividades cotidianas [2].

Los pacientes que no respondan a los antihistamínicos deben ser enviados a un especialista clínico con experiencia en la evaluación y el tratamiento de la urticaria y/o angioedema [2].

### Literatura

- Zuberbier T, Aberer W, et al. Endorsed by the following societies: AAAAI, AAD, AAIITO, ACAAI, AEDV, APAAACI, ASBAI, ASCIA, BAD, BSACI, CDA, CMICA, CSACI, DDG, DDS, DGAKI, DSA, DST, EAACI, EIAS, EDF, EMBRN, ESCD, GA<sup>2</sup>LEN, IAACI, IADVL, JDA, NVvA, MSAI, ÖGDV, PSA, RAACI, SBD, SFD, SGAI, SGD, SIAAIC, SDeMaST, SPDV, TSD, UNBB, UNEV and WAO. The EAA-CI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy* 2018;73(7):1393–1414. doi: 10.1111/all.13397. PMID: 29336054.
- Ansotegui IJ, Bernstein JA, et al. Insights into urticaria in pediatric and adult populations and its management with fexofenadine hydrochloride. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2022;18(1):41. doi: 10.1186/s13223-022-00677-z.
- AdisInsight Drugs Fexofenadine – sanofi-aventis. AdisInsight Drugs. <https://adisinsight.springer.com/drugs/800006524>. Accessed November 2022.
- Meltzer EO, Rosario NA, et al. Fexofenadine: review of safety, efficacy and unmet needs in children with allergic rhinitis. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2021;17:113. <https://doi.org/10.1186/s13223-021-00614-6>

Conflicto de intereses: M. Murrieta-Aguttes y M. Amessou son empleados de Sanofi.

Divulgación: Redacción y publicación médica financiadas por Sanofi.

### Información sobre el manuscrito

Presentado el día: 15.03.2023

Aceptado el día: 13.07.2023

Publicado el día: 08.09.2023