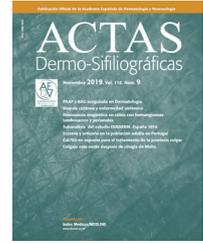




ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA

ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CASE AND RESEARCH LETTER

[Artículo Traducido] Urticaria solar y omalizumab. Estudio retrospectivo de casos y controles y seguimiento

Solar Urticaria and Omalizumab: A Retrospective Case–Control Study and Follow-Up

Sr. Director,

La urticaria solar (US) es una urticaria inducible crónica infrecuente, cuyo manejo es difícil, en la que únicamente un ensayo clínico pequeño y serie de casos reporta resultados variables con omalizumab^{1,2}.

Realizamos un estudio de casos y controles retrospectivo y unicéntrico de pacientes con US con tratamiento de omalizumab. La variable de evaluación primaria fue la búsqueda de diferencias clínicas, fotobiológicas o serológicas que pudieran ayudarnos a predecir qué pacientes tenían más probabilidades de recurrir a omalizumab. Se evaluó la respuesta clínica mediante la prueba UCT (Urticarial Control Test). La respuesta clínica completa (RCC) fue definida como la tenencia de 16 puntos de UCT³. Utilizamos el software estadístico SPSS, así como las pruebas exacta de Fisher y *U* de Mann–Whitney para las variables cualitativa y cuantitativa, respectivamente. Todos los pacientes fueron sometidos a pruebas de fotosensibilidad basales, de acuerdo con los protocolos redactados por el grupo de Fotobiología de la sociedad española AEDV⁴.

En total se examinó a 59 pacientes con US desde enero de 2015 a diciembre de 2021. Trece pacientes (22%) necesitaron tratamiento con omalizumab tras el fracaso de la terapia antihistamínica (grupo de casos). Trece de los 46 pacientes restantes fueron seleccionados aleatoriamente (grupo de controles) mediante el programa informático Random Generator. La edad media fue similar: 36,4 años en el grupo de casos vs 35 años en el de controles. Se encontraron resultados similares en ambos grupos en cuanto a fototipo, historia de atopia y presentación clínica. Obtuvimos tres resultados



importantes: en primer lugar, el espectro de luz más ampliamente implicado fue el visible en ambos grupos, pero en una proporción más alta en el grupo de casos (76,9% vs 46,2%). En cuanto a los resultados de la fotoprueba, el grupo de casos tuvo más pacientes con pruebas positivas en todas las longitudes de onda (23,1% vs 7,7%). Por contra, el grupo de controles tuvo más pacientes con fotopruebas negativas (38,5% vs 7,7%). Por último, observamos diferencias en los niveles de IgE: el 77% de los pacientes en el grupo de casos reflejó niveles de IgE anormales, con niveles medios de 350 IU/ml vs el 53,8% con niveles medios de 197 IU/ml en el grupo de controles. Ninguna de las diferencias mencionadas anteriormente fue estadísticamente significativa (tabla 1).

Por otro lado, estudiamos el curso de la enfermedad de 10/13 pacientes que habían seguido terapia de omalizumab en el transcurso de un año. El seguimiento medio fue de 35 meses. Nueve de los pacientes lograron RCC con 300 mg cada 4 semanas. De entre ellos, 4 pacientes lograron RCC con dosis de desintensificación (300 mg cada 6 semanas). Dicha desintensificación se produjo transcurridos 6 meses (mínimo) tras la RCC y tras un verano completo con tratamiento. Antes de la desintensificación, los 4 pacientes fueron tratados durante 6, 12 y 18 meses, respectivamente con 300 mg de omalizumab cada 4 semanas. Ninguno de los pacientes logró la RCC con 300 mg de omalizumab cada 8 semanas. No se reportaron episodios adversos, y ninguno de los pacientes discontinuó el tratamiento.

Encontramos mayor fotosensibilidad y niveles superiores de IgE en los pacientes con terapia de omalizumab, en comparación con el grupo control. Debemos mencionar que los niveles de IgE reportados en el grupo de casos fueron ligeramente superiores a los niveles observados en una gran serie de pacientes con US en la literatura médica científica actualmente disponible⁵. Las tasas de RCC fueron similares a las reportadas en estudios anteriores, aunque obtuvimos tasas superiores de RCC con la dosis de desintensificación (300 mg de omalizumab cada 6 semanas)⁶.

Nuestro estudio tiene ciertas limitaciones, tales como su diseño retrospectivo y el número limitado de pacientes, lo cual complica el encontrar diferencias estadísticamente significativas. Son necesarios estudios prospectivos y multicéntricos para verificar nuestros resultados.

Omalizumab podría ser el segundo paso terapéutico en los pacientes con US, con una dosificación similar a los casos

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.04.044>

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.04.049>

0001-7310/© 2024 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tabla 1 Características clínicas y epidemiológicas de los controles y casos

	Controles (n) [n = 13]	Casos (n) [n = 13]	p
Edad (años)	36,38 ^a ± 14,327 ^b	35 ^a ± 11,95 ^b	0,739 ^d
Fototipo	I 0% (0 ^c) II 30,8% (4 ^c) III 46,2% (6 ^c) IV 0% (0 ^c) V 0% (0 ^c) VI 0% (0 ^c) Perdido 23,1% (3 ^c)	I 0% (0 ^c) II 30,8% (4 ^c) III 30,8% (4 ^c) IV 7,7% (1 ^c) V 0% (0) VI 0% (0) Lost 30,8% (4 ^c)	0,4944 ^e
UVB positivo	23,1% (3 ^c)	38,5% (5 ^c)	0,673 ^e
UVA positivo	15,4% (2)	46,2% (6)	0,202 ^e
LV positivo	46,2% (6)	76,9% (10)	0,226 ^e
Resultados de la fotoprueba	UVB– UVA– LV– 38,5% (5) UVB– UVA– LV+ 38,5% (5) UVB+ UVA– LV– 7,7% (1) UVB+ UVA+ LV– 7,7% (1) UVB+ UVA+ LV+ 7,7% (1)	UVB– UVA– LV– 7,7% (1) UVB– UVA– LV+ 46,2% (6) UVB– UVA+ LV– 7,7% (1) UVB+ UVA+ LV– 15,4% (2) UVB+ UVA+ LV+ 23,1% (3)	0,321 ^e 0,543 ^e 0,345 ^e 0,476 ^e
Niveles séricos de IgE (mediana)	197,54 ± 232,395	350,25 ± 343,432	0,142 ^d
IgE sérico (normal/alto)	Normal 46,15% (6) Alto 53,38% (7)	Normal 15,4% (2) Alto 76,9% (10) Perdido 7,7% (1)	0,378 ^e
Clínica cutánea	Zonas no fotoexpuestas 38,4% (5) Zonas fotoexpuestas 61,5% (8)	Zonas no fotoexpuestas 53,8% (7) Zonas fotoexpuestas 46,1% (6)	0,431 ^e
Trastornos atópicos asociados	38,5% (5)	46,2% (6)	0,543 ^e

Se utilizaron el programa estadístico SPSS y las pruebas exacta de Fisher y *U* de Mann–Whitney para las variables cualitativa y cuantitativa, respectivamente.

^a Media aritmética.

^b Desviación estándar.

^c Número absoluto de pacientes.

^d Prueba *U* de Mann–Whitney.

^e Prueba exacta de Fisher.

de urticaria espontánea crónica, con posibilidad de intensificación/desintensificación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses.

Bibliografía

- Snast I, Kremer N, Lapidoth M. Omalizumab for the treatment of solar urticaria: case series and systematic review of the literature. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2018;6:1198–204, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaip.2018.02.032>, e3.
- Chicharro P, Rodríguez P, de Argila D. Omalizumab en el tratamiento de la urticaria crónica inducible. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108:423–31, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.07.018>.
- Zuberbier T, Abdul Latiff AH, 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 urticarial. *Allergy*. 2021;1–33, <http://dx.doi.org/10.1111/all.15090>.
- Pérez Ferriols A, Aguilera J, Aguilera P, de Argila D, Barnadas MA, de Cabo X, et al. Determination of minimal erythema dose and

anomalous reactions to UVA radiation by skin phototype. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105:780–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.adengl.2014.05.020>.

- Pérez-Ferriols A, Barnadas M, Gardeazábal J, de Argila D, Carrascosa JM, Aguilera P, et al. Solar urticaria: epidemiology and clinical phenotypes in a spanish series of 224 patients. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108:132–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.09.003>.
- Morgado-Carrasco D, Giácaman-Von der Weth M, Fustá-Novell X, Podlipnik S, Pérez-Ferriols A, Aguilera P. Clinical response and long-term follow-up of 20 patients with refractory solar urticaria under treatment with omalizumab. *J Am Acad Dermatol*. 2019, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2019.05.070>.

A. Casanova-Esquembre*, J. Lorca-Spröhnle, R. Peñuelas-Leal y A. Pérez-Ferriols

Dermatology Department, Hospital General Universitario de Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: avonasac.94@hotmail.com (A. Casanova-Esquembre).