

ETIOLOGIAS DA URTICÁRIA

Aloísio GAMONAL, Leonardo Lopes de MACEDO, Ana Paula de Souza e SOUZA, Michele FIORAVANTI, Maria Teresa Feital de CARVALHO

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da UFJF

RESUMO

A urticária é uma doença comum, sendo que 10% a 25% da população apresentarão pelo menos um episódio durante a vida.^{13,17} É uma enfermidade de fácil reconhecimento pelo paciente e pelo médico, sendo de difícil diagnóstico etiológico. Sendo assim, nosso trabalho objetivou identificar os fatores causais da urticária e suas manifestações clínicas, auxiliando clínicos, alergistas e dermatologistas no diagnóstico etiológico da urticária, pois esse continua sendo o grande desafio dessa enfermidade.

PALAVRA - CHAVE

urticária; angioedema; alergia.

INTRODUÇÃO

A urticária é erupção cutânea caracterizada pelo súbito aparecimento de pápula edematosa (urtica ou ponfo), de coloração avermelhada, com borda irregular e sobrelevada, de duração efêmera e extremamente pruriginosa. Acomete as camadas mais superficiais da pele e das mucosas, limitadas a uma região do corpo ou, por vezes, generalizadas. Quando essas lesões acometem regiões mais profundas, sobretudo em regiões com tecido conectivo mais frouxo, como pálpebras, lábios e extremidades, podem-se formar áreas edematosas mais extensas, em geral não pruriginosas, que caracterizam o angioedema, em muito semelhante à urticária, quanto à sua etiologia e evolução clínica. A urticária, freqüentemente, associa-se ao angioedema e, nesses casos, o prognóstico é agravado.^{12,17,18,25}

CLASSIFICAÇÃO

Dentre as várias formas de se classificar urticária, adotaremos aquela que consideramos mais prática e voltada para o clínico geral:

- Aguda: Os episódios duram de poucos dias até seis semanas e, na maioria das vezes, o agente etiológico é identificado. Responde pela maioria dos casos, acomete preferencialmente crianças e adultos jovens, sendo mais comumente causada por drogas, alimentos, inalantes e picadas de insetos.^{13,17}

- Crônica: As lesões ocorrem diariamente, ou quase que diariamente, duram por um período superior a seis semanas e, na maioria das vezes, o agente etiológico não é identificado. Sua freqüência é maior nos adultos, preferencialmente mulheres, sendo de difícil diagnóstico e tratamento.^{5,13,17,20}

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As lesões caracterizam-se por pápulas edematosas (ponfos), de coloração branca ou avermelhada, comprometendo a camada mais superficial da derme e, usualmente, de fácil reconhecimento. Apresentam diferentes dimensões (de milímetros a centímetros) e formas, podendo confluir-se como placas, círculos e formações serpiginosas. São extremamente pruriginosas

e podem acompanhar-se de queimação e dor. Surgem em qualquer local do corpo, de forma isolada ou em grupos. Na maioria dos casos, são transitórias, durando por período que varia de minutos a horas (média de quatro horas). Desaparecem sem deixar traços e têm tendência a reaparecer em outros locais. Em geral, desaparecem à digitopressão. Vale ressaltar que, muitas vezes, o paciente não apresenta nenhuma lesão durante sua visita ao clínico, devendo esse obter as informações através de uma boa anamnese.^{8,12,15,25,35}

PROPOSTA DE CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA

Devido às dificuldades de se fazer o diagnóstico etiológico das urticárias, oferecemos um novo modelo de classificação, baseado nas características clínicas de cada etiologia.³⁷

1. Cor:

1.1. Vermelha ou rosa; 1.2. Branca

2. Distribuição:

2.1. Tronco; 2.2. Generalizada; 2.3. Áreas expostas; 2.4. Áreas de pressão; 2.5. Áreas de tecidos moles

3. Duração:

3.1. Fugazes (30 minutos); 3.2. Horas; 3.3. Dias; 3.4. Variável

4. Eritema periférico:

4.1. Leve; 4.2. Moderado; 4.3. Acentuado

5. Evolução:

5.1. Aguda (até 6 semanas); 5.2. Crônica (mais de 6 semanas)

6. Forma:

6.1. Arredondadas; 6.2. Esmaecidas; 6.3. Irregulares; 6.4. Nítidas; 6.5. Variáveis

7. Tamanho:

7.1. Grandes e maciças; 7.2. Pequenas e arredondadas; 7.3. Lineares; 7.4. Serpiginosas

8. Prurido

8.1. Leve; 8.2. Moderado; 8.3. Intenso.

Etiologias apuradas

1 - Aditivos	18 - Endocrinopatias	33 - Pressão
2 - Adrenérgica	19 - Estresse emocional	34 - Radioterapia
3 - Água	20 - Exercício físico	35 - Reaquecimento
4 - Álcool	21 - Foco	36 - Síndrome de Schnitzler
5 - Alimentos	22 - Frio	37 - Solar
6 - Anomalias genéticas	23 - Gravidez	38 - Transfusão sanguínea
7 - Auto-imune à progesterona	24 - Hipocomplementemia	39 - Uremia
8 - Calor	25 - Idiopática	40 - Urticária do recém-nascido
9 - Colagenopatias	26 - Inalantes	41 - Urticária factícia
10 - Colinérgica	27 - Infecções e infestações	42 - Urticária pigmentosa
11 - Contato	28 - Insetos (papular)	43 - Vasculite urticariforme
12 - Crioglobulinemias	29 - Nefrite crônica	44 - Vibratória
13 - Dermografismo	30 - Neoplasias	
14 - Descompressão	31 - Penfigóide bolhoso	
15 - Disproteïnemias	32 - Policitemia vera	
16 - Doença do soro		
17 - Drogas		

1 - Aditivos

Apresenta-se com as manifestações clínicas da urticária por alimentos, porém o aparecimento das lesões está relacionado ao aditivo ingerido e não a um tipo específico de alimento. Portanto, a urticária pode aparecer com a ingestão de diferentes tipos alimentares, desde que esses contenham o mesmo aditivo.

Corantes como a tartrazina, aromatizantes, emulsionantes e conservantes são alguns dos aditivos mais empregados no nosso meio.^{25,31,38,44,48}

2 - Adrenérgica

Apresenta-se de coloração vermelha e cercada por halo branco. São lesões pequenas (1-5 mm) e pruriginosas. Aparecem após situações de estresse emocional, ingestão de café ou chocolate ou injeção intradérmica de adrenalina^{38,42}.

3 - Aquagênica

São pequenas pápulas que acometem, preferencialmente, a metade superior do corpo, fugazes e pruriginosas. Quando generalizadas, respeitam as palmas e plantas. Manifestações sistêmicas podem acompanhar o quadro, como disfagia ou doenças respiratórias. Aparecem 2 minutos após o contato com a água de qualquer temperatura.^{17,19,37,38,42}

4 - Álcool

Urticária generalizada pode se desenvolver minutos após o consumo de pequenas quantidades de álcool etílico, em qualquer forma (vinho, cerveja, etc).^{38,47}

5 - Alimentos

Apresenta-se de coloração branca, vermelha ou rósea,¹⁷ forma irregular (maioria) ou variável, pequena e com eritema periférico moderado. Quanto à evolução, pode ser crônica ou aguda. A forma crônica (por alimentos habituais) é mais rara, e resulta, provavelmente, de derivados alimentares modificados por processos digestivos. A forma aguda (por alimentos raros) é mais comum e resulta de alimentos puros, não modificados.^{9,12,37} Têm distribuição generalizada, duração fugaz e prurido leve a intenso.^{12,17,37}

As lesões aparecem até duas horas após a ingestão do alimento e desaparecem após a restrição do consumo do mesmo. Os alimentos mais sensibilizantes são: leite e derivados, ovo, cacau, morango, carne de porco e frutos do mar.^{7,25}

6 - Anomalias genéticas

- Urticária familiar por frio: manifestação clínica da urticária por frio;^{12,14}

- Urticária familiar localizada por calor: manifestação clínica da urticária por calor;^{12,14}

- Urticária solar com protoporfiria eritropoiética;^{12,14}

- Síndrome hereditária de urticária, surdez, nefrite e amiloidose (Síndrome de Muckle-Wells): de evolução crônica, apresenta-se através de lesões avermelhadas, pequenas ou grandes, às vezes pruriginosas, que se agravam pelo calor ou emoção. Surdez e, incidentalmente, como complicação, amiloidose renal. O paciente pode apresentar dor em membros inferiores, artralgias, mal-estar, febre e cefaléia.^{12,14,15}

7 - Auto-imune à progesterona

As lesões começam a aparecer após a menarca e têm relação com o ciclo menstrual (surgem na metade do ciclo e no período pré-menstrual). Agravam com a administração de progesterona e melhoram inibindo a ovulação.^{12,30,34}

8 - Calor

Apresenta-se de coloração branca ou vermelha, forma arredondada ou esmaecida, pequena e eritema periférico acentuado. De evolução crônica, com distribuição em áreas expostas, duração fugaz e pruriginosa.

É uma forma rara de urticária. O edema e o prurido surgem minutos após o contato com qualquer tipo de calor (água quente, objeto quente, sauna, sol). As lesões apresentam bordas esmaecidas

e podem vir acompanhadas de manifestações sistêmicas.^{14,17,26,37,38}

9 - Colagenopatias

Algumas doenças do colágeno, como lupus eritematoso sistêmico (33), dermatomiosite, artrite reumatóide juvenil e febre reumática podem apresentar, além de suas manifestações clínicas tradicionais, um quadro de urticária crônica, que melhora com o tratamento da doença de base.^{14,37}

10 - Colinérgica

Apresenta-se de coloração vermelha, forma arredondada, pequena (1-5 mm), e eritema periférico acentuado. De evolução aguda e com distribuição generalizada (mais no tronco). A forma localizada é rara. Tem duração de até uma hora e prurido intenso.

As lesões aparecem minutos após o estímulo, vêm acompanhadas de forte queimação e poupam axilas, palmas, plantas e dedos. Atinge pessoas na faixa etária de 10 a 30 anos, sendo mais comum no sexo masculino. Passível de ser desencadeada por banhos quentes, exercícios físicos, emoções, ingestão de alimentos quentes ou temperados e bebidas alcoólicas. A associação com atopia é elevada, podendo vir acompanhada de urticária por frio, pressão e, eventualmente, água.^{12,13,17,37,38}

11 - Contato

Apresenta-se de coloração branca, forma arredondada ou nítida, tamanho variável, mas, em geral, pequena, e eritema periférico leve. De evolução crônica, tem distribuição nas áreas expostas, duração fugaz e pruriginosa.

Os sintomas aparecem até uma hora após o contato com substâncias, como: cosméticos, medicamentos, pêlos, saliva de animais, plantas, leite de vaca e legumes. As vias de sensibilização são a pele, o aparelho gastrointestinal e respiratório. As lesões, geralmente, apresentam bordas bem delimitadas.^{8,12,17,37,38,49}

12 - Crioglobulinemias

Pessoas com esse quadro laboratorial podem apresentar episódios de urticária. Portanto, doenças como hepatite C, leucemia linfocítica crônica, entre outras, que podem cursar com crioglobulinemia, não podem ser esquecidas na busca da etiologia da urticária crônica idiopática.¹²

13 - Dermografismo

Apresenta-se de coloração inicialmente branca e, posteriormente, vermelha. Forma variável, linear, e eritema periférico moderado. De evolução crônica, tem distribuição em áreas de pressão. A duração varia de acordo com o início do quadro. Se for de início imediato (em 2 a 5 minutos), dura cerca de 30 minutos; se de início intermediário (de 30 minutos a 2 horas), dura de 3 a 9 horas; e se de início tardio (4 a 6 horas após a fricção), a duração é de 24 a 48 horas. O prurido varia de leve a intenso e precede o aparecimento da pápula.³⁷

É a forma mais comum de urticária física. Atinge todas as idades, prevalecendo em mulheres jovens.^{8,12,17,37,38}

14 - Descompressão

As lesões aparecem logo após a passagem de um local de alta pressão para um local de baixa pressão, como após a exposição ao nitrogênio em uma câmara hiperbárica, desaparecendo em 30 a 60 minutos.¹²

15 - Disproteïnemias

Também devem ser pesquisadas na busca da etiologia da urticária crônica idiopática.¹²

16 - Doença do soro

Apresenta-se de coloração branca, forma irregular ou esmaecida, tamanho variável, e eritema periférico acentuado. De evolução aguda, tem distribuição em áreas de tecidos moles, duração fugaz e pruriginosa.

As lesões apresentam bordas esmaecidas.^{12,37}

17 - Drogas

Apresenta-se de coloração vermelha, forma nítida, grande ou serpiginosa, e eritema periférico moderado. De evolução aguda

(mais comum) ou crônica, tem distribuição predominante no tronco, duração de horas e prurido leve a intenso.

É a causa mais comum de urticária. A via de introdução pode ser diversa, sendo as mais comuns a bucal e a parenteral. As lesões podem aparecer em minutos, horas ou dias, após o uso da droga. Muitas vezes, as lesões são dolorosas e apresentam bordas nítidas. Máculas ou pápulas eritematosas podem ser observadas.^{12,17,37,38}

18 - Endocrinopatias

Doenças endócrinas, como hipotireoidismo, hipertireoidismo, diabetes mellitus e hiperparatireoidismo podem apresentar, além de suas manifestações clínicas tradicionais, um quadro de urticária crônica, que melhora com o tratamento da doença de base.^{21,22,25,29}

19 - Estresse emocional

Apresenta-se de coloração branca, forma arredondada ou nítida, pequena, e eritema periférico ausente. De evolução crônica, tem distribuição generalizada, duração variável e pruriginosa.

As lesões apresentam bordas bem delimitadas.³⁷

20 - Exercício físico

Embora a urticária colinérgica possa ser desencadeada por exercícios físicos elas são entidades diferentes. A elevação da temperatura corporal não irá induzir o aparecimento das lesões e, nesse tipo de urticária, as lesões são maiores, surgindo 5-30 minutos após o início das atividades físicas. Comum em pacientes atópicos, pode ocorrer anafilaxia.³⁸

21 - Foco

Apresenta-se de coloração avermelhada, forma arredondada ou ovóide, pequena e eritema periférico acentuado. De evolução crônica, distribui-se em áreas de pressão, durando horas ou dias, sendo pruriginosa.³⁷

As lesões apresentam bordas esmaecidas e podem ser decorrentes de focos dentários³⁷, amigdalídeos, seios da face, sistema gênito-urinário, entre outros.^{14,37}

22 - Frio

Apresenta-se de coloração branca³⁷ ou vermelha,^{17,38,42} forma arredondada ou esmaecida, pequena, e eritema periférico acentuado. De evolução crônica, tem distribuição em áreas expostas, duração fugaz (4 a 6 horas) e pruriginosa.

As lesões aparecem em minutos e podem vir acompanhadas de sintomas sistêmicos, como cefaléia ou taquicardia. Acomete mais adultos jovens. Vento frio, água fria e objetos frios são alguns dos fatores desencadeantes.^{8,10,12,17,37,38}

23 - Gravidez

Apresenta-se de coloração vermelha, forma variável, distribuição em tronco e extremidades, duração de alguns dias e prurido intenso.

As lesões, normalmente, aparecem no terceiro trimestre da gravidez e podem vir acompanhadas de estrias abdominais.^{37,43}

24 - Hipocomplementenemia

Também deve ser pesquisada na busca da etiologia da urticária crônica idiopática.^{14,32,42}

25 - Idiopática

Estima-se que em 70-95% dos pacientes com urticária crônica a etiologia não é identificada (urticária crônica idiopática)³. Deve ser um diagnóstico de exclusão¹⁷.

26 - Inalantes

É rara e observada geralmente em pacientes atópicos. De evolução crônica, pode vir acompanhada por manifestações de alergias respiratórias, como: espirros, cefaléia, olhos vermelhos, lacrimejamento, corrimento nasal, obstrução nasal, além de diminuição do tato e do olfato. Os alérgenos mais envolvidos são pólenes e gramíneas.^{12,14,17}

27 - Infecções e infestações

Na urticária idiopática, devemos sempre pesquisar uma infecção (bacteriana, fúngica ou viral) ou infestação, como uma possível etiologia. Nos casos de urticária aguda, devemos pensar em infecções virais do tracto respiratório superior.¹⁷

Os parasitas que estão relacionados a essa forma de urticária são: *Giardia lamblia* (principalmente em crianças), *Entamoeba histolytica*, *Tricomona hominis*, *Plasmodium falciparum*, *Oxyura*, *Ancylostoma*, *Strongiloides*, *Oncocerca volvulus*, *Echinocci*, *Shistosoma*, *Trichinella* e *Toxocara*.^{12,17,37}

Entre as bactérias, temos: *Streptococcus*, *Helicobacter pylori*⁶, e *Clamídia tracomatis*.¹⁷

Entre os vírus, temos: Epstein Barr (5), HIV, HAV, HBV e HCV.^{12,17,39}

Entre os fungos temos: *Cândida sp* e o *Tricophyton rubrum*.^{12,37}

28 - Insetos (papulosa)

Apresenta-se de coloração vermelha, forma arredondada, pequena, e eritema periférico leve a moderado (sero-pápula de Tomazole). De evolução crônica, tem distribuição preferencial em membros inferiores, duração variável (dias ou semanas) e prurido intenso.

É também chamada de estrófulo ou urticária papulosa, pelo aparecimento de uma pápula que, freqüentemente, apresenta um ponto central. Acomete principalmente crianças e as lesões podem mostrar pústulas, escoriações, vesículas, podendo até deixar cicatrizes. O prurido é localizado, mais intenso à noite e, muitas vezes, refratário à medicação.^{17,37}

29 - Nefrite crônica

Pode apresentar, além de suas manifestações clínicas tradicionais, um quadro de urticária crônica, que melhora com o tratamento da doença de base.¹²

30 - Neoplasias

Apresenta-se de coloração branca ou vermelha, evolução crônica ou aguda, localização variável e pruriginosa.¹⁷

A associação de urticária com doenças neoplásicas, como carcinoma, linfoma, leucemia (2) e mieloma, é rara, mas essas doenças não podem ser esquecidas na busca da etiologia da urticária idiopática, pois essa pode ser a sua primeira manifestação clínica.^{14,16,35,36}

31 - Penfigóide bolhoso

Já foram descritos alguns casos da associação dessa doença com a urticária. As lesões predominam no tronco e são duradouras (meses ou anos).^{14,24}

32 - Policitemia vera

Já foram descritos alguns casos da associação dessa doença com a urticária.^{12,14,24,45}

33 - Pressão

Apresenta-se de coloração vermelha, forma irregular, tamanho dependente da área exposta e eritema periférico moderado. De evolução crônica, tem distribuição em áreas expostas, duração de horas ou dias (12 a 72 horas) sem prurido.

As lesões aparecem 4 a 8 horas após o estímulo e, usualmente, vêm acompanhadas de edema, dor e eritema. Artralgia e sintomas da gripe podem acompanhar o quadro. Predominam em áreas de pressão exercida por bolsas, roupas e calçados, sendo mais comum em adultos jovens do sexo masculino.^{8,11,12,17,27,38}

34 - Radioterapia

A radioterapia pode desencadear urticária.¹

35 - Reaquecimento

Variante da urticária por calor (manifesta-se da mesma forma), é observada eventualmente em atópico que entra em ambiente aquecido após, permanência em ambiente frio.⁴²

36 - Síndrome de Schnitzler

É uma síndrome rara, caracterizada pela combinação de urti-

caria crônica não pruriginosa, febre de origem desconhecida, dor óssea, hiperostose e macroglobulinemia (usualmente IgM kappa). Hepatomegalia, esplenomegalia e/ou linfonomegalia podem ocorrer. Acomete adultos e idosos, sem predileção por sexo.^{4,23,38}

37 - Solar

Apresenta-se de coloração vermelha, forma arredondada, pequena e eritema periférico acentuado. De evolução crônica, tem distribuição em áreas expostas ou generalizadas, duração fugaz e prurido intenso.

As lesões surgem minutos após a exposição solar e podem vir acompanhadas de manifestações sistêmicas. Acomete mais mulheres jovens e os sintomas estão diretamente ligados ao tempo e à intensidade da exposição aos raios solares.^{12,17,37,38,40,41}

38 - Transfusão sanguínea

Deve-se levantar essa hipótese quando o quadro de urticária inicia-se após esse procedimento.¹³

39 - Urticária do recém-nascido

Apresenta-se de coloração avermelhada, forma numular e pequena. De evolução aguda, tem distribuição preferencial no tronco e duração de horas ou dias (até dois dias).

Também chamada de eritema tóxico do recém-nascido, aparece no primeiro ou segundo dia de vida e desaparece sem quaisquer conseqüências.¹⁵

40 - Uremia

Pessoas com esse quadro podem apresentar episódios de urticária.^{12,15}

41 - Urticária pigmentosa (Mastocitose)

Apresenta-se de coloração acastanhada ou rosada, forma numular ou alongada, geralmente pequena, e eritema periférico presente. De evolução aguda, distribuição generalizada (inicialmente) e pruriginosa nas crianças (os adultos praticamente não têm prurido).

As lesões surgem após irritação mecânica e regridem progressivamente, após algum tempo. Ficam apenas máculas acastanhadas que, ao serem friccionadas, tornam-se túrgidas (sinal de Darier). A doença surge habitualmente na infância, sendo, às vezes, observada já ao nascimento ou logo após. Raramente se inicia na adolescência ou na idade adulta.³⁴ Formas bolhosas podem se manifestar em crianças.^{12,17,38}

42 - Urticária factícia

É um quadro de lesões urticadas, lineares ou dispersas, pruriginosas e com eritema periférico presente. É causada pelo coçar, atritar ou esfregar a pele. Ocorre geralmente pela manhã ou ao deitar, sendo encontrada em situações psicossomáticas e psiconeuroses. Acomete 2-5% da população e difere da reação fisiológica normal, pela resposta exagerada a um estímulo bem menos intenso.^{38,42}

43 - Vasculite urticariforme

Apresenta-se de coloração vermelha, forma arredondada ou variável, pequena e com eritema periférico moderado. De evolução crônica, tem distribuição generalizada, duração de 3 a 7 dias e prurido leve.

As lesões são fixas, o eritema não desaparece à vitropressão e, após a resolução, uma pigmentação residual pode permanecer. A sensação de queimação e dor prevalece sobre o prurido. Pode vir acompanhada de sintomas sistêmicos, como: artralgias, dores abdominais, náuseas e vômitos. É uma causa incomum, acometendo, principalmente, mulheres na faixa etária dos 40 anos.^{12,14,17,38}

44 - Vibratória

Apresenta-se de coloração vermelha, evolução crônica, distribuição em áreas expostas, duração fugaz e pruriginosa.

As lesões aparecem dentro de minutos e alguns autores consideram como a forma mais profunda e dolorosa de urticária.^{17,25}

CONCLUSÃO

Sabendo das dificuldades em se encontrar o diagnóstico etiológico da urticária, procuramos identificar e comentar 44 possíveis causas, a fim de auxiliar o diagnóstico, tratamento e aceitação da doença pelo paciente.

SUMMARY

ETIOLOGY OF URTICARIA

Urticaria is a common disease and 10% to 25% of the population will have an episode in their lifetime. The condition is easily identified by patient and physician, although the etiology proves elusive in many cases. This paper presents the clinical manifestations and the causes of urticaria, being a helpful reference for general practitioners, allergists and dermatologists.

KEY WORDS

urticaria; allergy; hives.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Akmansu, M; Erel, A. Atypical acute reaction associated with radiotherapy: a case report. *Radiat Med*, 16(5):379-82, 1998.
- 2 - Alonso, R; Cistero-Bahima, A; Enrique, E; Besses, C. Chronic urticaria associated with chronic myelomonocytic leukemia. *J Investig Allergol Clin Immunol*, 10(6):380-1, 2000.
- 3 - Asero, R. Chronic idiopathic urticaria: a family study. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 89(2):195-6, 2002.
- 4 - Berdy, SS; Bloch, KJ. Schnitzler's syndrome: a broader clinical spectrum. *J Allergy Clin Immunol*, 87(4):849-54, 1991.
- 5 - Bindslev-Jensen, C ET AL. Chronic urticaria: diagnostic recommendations. *Journal of the European Academy of Dermatology and Immunology*, 14(3):175, 2000.
- 6 - Bonamigo, RR; Leite, CS; BAKOS, L. Associação entre *Helicobacter pylori* e urticária crônica idiopática. *Rev Assoc Med Brás*, 45(1):9-14, 1999.
- 7 - Burks, W. Skin manifestations of food allergy. *Pediatrics*, 111(6 Pt 3):1617-24, 2003.
- 8 - Camelo-Nunes, IC; Sole, D. Urticária. *Tratamento Clínico. Libbs Laboratório*. 23p. S/D.
- 9 - Carvalho LP; Rios JBM. *Alergia Clínica*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982. 473p.
- 10 - Claudy, A. Cold Urticaria. *J Invest dermatol*, 6(2):141, 2001.
- 11 - Commins, SP; Kaplan, AP. Immediate pressure urticaria. *The European Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 57(1):56, 2002.
- 12 - Cordero, AA; Woscoff, A. Urticária. Buenos Aires, López Libreros, 1981. 159p.
- 13 - Esteves, JA; Baptista, AP; Rodrigo, FG; Gomes, MAM. *Dermatologia*. 2.ª edição. Fundação Calouste Gulbenkian, 1992, 1643p.
- 14 - Eugene, W; Monroe, MD. *Clínicas Médicas da América do Norte: Urticária e Vasculite Urticarial*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980. 869-885p.
- 15 - Fonseca, A; Souza, EM. *Dermatologia Clínica*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984. 642p.

- 16 - Fraga, CF ET AL. Médico Moderno-Painel. Urticárias. 1985. 31-42p.
- 17 - França, AF. Urticária e Angioedema. Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro, Revinter, 2000. 117p.
- 18 - Friedmann. Assessment of urticaria and angio-edema. *Clinical and Experimental Allergy*, 29(53):109, 1999.
- 19 - Gallo, R; Cacciapuoti, M; Cozzani, E; Guarrera, M. Localized aquagenic urticaria dependent on saline concentration. *Contact Dermatitis*, 44(2):101, 2001.
- 20 - Hein, R. Chronic urticaria: impact of allergic inflammation. *Allergy*, 57(s75):19, 2002.
- 21 - Irani, C; Gordon, ND; Zweiman, B; Levinson, AI. Chronic urticaria/angioedema and Graves' disease: Coexistence of 2 antireceptor antibody-mediated diseases. *J Allergy Clin Immunol*, 108(5):874, 2001.
- 22 - Jabbour, SA. Cutaneous manifestations of endocrine disorders: a guide for dermatologists. *Am J Clin Dermatol*, 4(5):315-31, 2003.
- 23 - Janier, M ET AL. Chronic urticaria and macroglobulinemia (Schnitzler's syndrome): report of two cases. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 20: 206-211, 1989.
- 24 - Jeong, SJ; LEE, CW. Bullous pemphigoid: persistent lesions of eczematous/urticarialerythemas. *Cutis*, 56(4):225-6, 1995.
- 25 - Kandeel, AA; Zeid, M; Helm, T; Lillie, MA; Donahue, E; Ambrus, JL JR. Evaluation of chronic urticaria in patients with Hashimoto thyroiditis. *J Clin Immunol*, 21(5):335-47, 2001.
- 26 - Kanny, G; Chenuel, B; Moneret-Vautrin, DA. Chronic urticaria to wheat. *Allergy*, 56(4):356-7, 2001.
- 27 - Kobza, A. Delayed Pressure Urticaria. *Journal of Investigative Dermatology*, 6(2):148, 2001.
- 28 - Kurlat, DM. Urticaria Prurito. Buenos Aires, Lopez Libreros, 1980. 251p.
- 29 - Levy, Y; Segal, N; Weintrob, N; Danon, YL. Chronic urticaria: association with thyroid autoimmunity. *Arch Dis Child*, 88(6):517-9, 2003.
- 30 - Leylek, OA; Unlu, S; Ozturkcan, S; Cetin, A; Sahin, M; Yildiz, E. Estrogen dermatitis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 72(1):97-103, 1997.
- 31 - Lockey, SD. Hypersensitivity to tartrazine (FD&C Yellow No. 5) and other dyes and additives present in foods and pharmaceutical products. *Ann Allergy*, 38(3):206-10, 1977.
- 32 - Mathison, DA; Arroyave, CM; Bhat, KN; Hurewitz, DS; Marnell, DJ. Hypocomplementemia in chronic idiopathic urticaria. *Ann Intern Med*, 86(5):534-8, 1977.
- 33 - Mccauliffe, DP. Cutaneous lupus erythematosus. *Semin Cutan Med Surg*, 20(1):14-26, 2001.
- 34 - Mittman, RJ; Bernstein, DI; Steinberg, DR; Enrione, M; Bernstein, IL. Progesterone-responsive urticaria and eosinophilia. *J Allergy Clin Immunol*, 84(3):304-10, 1989.
- 35 - Monte, L ET AL. Urticária crônica como manifestação inicial do mieloma múltiplo. *Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia*, 3:96-98, 1997.
- 36 - Mowad; CM; Mowad, JJ; Cirigliano, MD. Testicular cancer presenting as urticaria. *Cútis*, 61(3):147-8, 1998.
- 37 - Negreiros, EB; Almeida, CA; Ungier, C. Alergia. Para Clínicos e Pediatras. Rio de Janeiro, Atheneu, 1977. 553p.
- 38 - Odom, RB; James, WD; Berger, TG. *Andrews' Diseases of the Skin*, Ninth Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1135p, 2000.
- 39 - Paoletti, V; Mammarella, A; Basili, S; Paradiso, M; Di Franco, M; DE Matteis, A; Musca, A. Prevalence and clinical features of skin diseases in chronic HCV infection: A prospective study in 96 patients. *Panminerva Med*, 44(4):349-52, 2002.
- 40 - Roelandts, R; Ryckaert, S. Solar urticaria: the annoying photodermatosis. *International Journal of Dermatology*, 38(6):411, 1999.
- 41 - Ryckaert, S; Roelandts, R. Solar Urticária: A Report of 25 Cases and Difficulties in Phototesting. *Archives of Dermatology*, 134(1):71-74, 1998.
- 42 - Sampaio, SAP; Rivitti, EA. *Dermatologia*. São Paulo, Ateneu, 1998. 643p.
- 43 - Schatz; M; Zeiger, RS. Asthma and allergy in pregnancy. *Clin Perinatol*, 24(2):407-32, 1997.
- 44 - Simon, RA. Adverse reactions to food additives. *Curr Allergy Asthma Rep*, 3(1):62-6, 2003.
45. Small, P; Lerman, S. Hyperthyroidism and polycythemia vera with chronic urticaria and angioedema. *Ann Allergy*, 46(5):256-9, 1981.
- 46 - Sonoda, T; Anan, T; Ono, K; Yanagisawa, S. Chronic urticaria associated with dental infection. *Br J Dermatol*, 145(3):516-8, 2001.
- 47 - Sticherling, M; Brasch, J; Bruning, H; Christophers, E. Urticarial and anaphylactoid reactions following ethanol intake. *Br J Dermatol*, 132(3):464-7, 1995.
- 48 - Zuberbier, T; Pfrommer, C; Specht, K; Vieths, S; Bastl-Borrmann, R; Worm, M; Henz, BM. Aromatic components of food as novel eliciting factors of pseudoallergic reactions in chronic urticaria. *J Allergy Clin Immunol*, 109(2):343-8, 2002.
- 49 - Wakelin, SH. Contact urticaria. *Clinical and Experimental Dermatology*, 26(2):132, 2001.