

Fatores clínicos associados à urticária crônica

Clinical factors associated with chronic urticaria

Ana Paola Martins Tanganini, Marisa Rosimeire Ribeiro e Maria Elisa Bertocco Andrade
Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil
Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe)

RESUMO

Introdução: A urticária crônica acomete pelo menos 0,1% da população, pode durar vários anos, ser de difícil controle e requerer seguimento adequado. **Métodos:** Estudo retrospectivo transversal de prontuários de pacientes com a enfermidade no Serviço de Alergia e Imunologia do IAMSPE atendidos de janeiro a julho de 2024, com análise estatística para variáveis descritivas e quantitativas. **Resultados:** Revisados 76 prontuários, com idades entre 16 e 82 (média 47,7 anos), sendo 73,7% do sexo feminino. As comorbidades mais comuns foram atopias (46%), hipertensão arterial (30,2%) e tireoidopatias (22,4%). Os gatilhos relatados foram: estímulo físico (23,7%), estresse (17,1%), alimentos (17,1%) e medicamentos (15,7%). O angioedema foi referido em 47,4%. O diagnóstico de urticária crônica espontânea isolada foi visto em 20%, urticária crônica induzida referida em 28% e induzida referida associada à urticária crônica espontânea em 52%. Dos 33 pacientes que referiram urticária crônica induzida, 75,7% realizaram teste de urticária física. Os principais indutores físicos referidos e confirmados foram, respectivamente: dermatografismo, pressão, frio. Em 6,5% das urticárias crônicas houve a suspeição de medicamento (n=5). A piora com anti-inflamatórios não hormonais ocorreu em 28,9%. Do total, 51,4% passaram em pronto-socorro. Após atendimento na especialidade, todos utilizaram anti-H1 de 2ª geração e 1,3% utilizaram omalizumabe. A remissão da doença ocorreu em 21,1%, (média de 1,7 anos). Não houve diferença significativa no escore de atividade da urticária em 7 dias(máximo) e nem na dose máxima de anti-H1 nos grupos com ou sem angioedema, mas a duração média do quadro foi maior nos pacientes com angioedema. **Conclusão:** Verificamos que urticária crônica afeta mais mulheres na meia idade, frequentemente associada a angioedema. Embora a percepção da causa deva ser valorizada, é necessária investigação para confirmar etiologia. Durante o seguimento com especialista, houve necessidade de mais de 1 dose diária de anti-histamínico para a maioria dos pacientes. A suspensão de antiinflamatório não hormonal foi indicada em cerca de um terço dos pacientes. O angioedema não influenciou o escore de atividade de urticária-7 nem a resposta ao tratamento, mas a duração do quadro foi 2,3 vezes maior neste grupo. Mais da metade dos pacientes com a moléstia procurou o pronto-socorro em algum momento do quadro, o que evidencia impacto sobre a rotina pessoal e no sistema de saúde.

Descritores: Urticárias; Urticária Crônica; Angioedema; Antagonistas dos Receptores Histamínicos.

ABSTRACT

Introduction: Chronic urticaria affects at least 0.1% of the population, may last for several years, be difficult to control, and requires appropriate follow-up. **Methods:** Cross-sectional retrospective study of medical records of patients with the disease at the Allergy and Immunology Service of IAMSPE, seen from January to July 2024, with statistical analysis of descriptive and quantitative variables. **Results:** A total of 76 medical records were reviewed, with ages ranging from 16 to 82 years (mean 47.7 years), of which 73.7% were female. The most common comorbidities were atopy (46%), arterial hypertension (30.2%), and thyroid disorders (22.4%). Reported triggers included physical stimuli (23.7%), stress (17.1%), food (17.1%), and drugs (15.7%). Angioedema was reported in 47.4%. A diagnosis of isolated chronic spontaneous urticaria was observed in 20%, chronic inducible urticaria in 28%, and chronic inducible urticaria associated with chronic spontaneous urticaria in 52%. Among the 33 patients who reported chronic inducible urticaria, 75.7% underwent physical urticaria testing. The main physical inducers reported and confirmed were, respectively: dermographism, pressure, and cold. In 6.5% of chronic urticaria cases, drugs were suspected as a cause (n=5). Worsening with nonsteroidal anti-inflammatory drugs occurred in 28.9%. Overall, 51.4% had emergency department visits. After specialty care, all patients used second-generation H1-anti histamines, and 1.3% received omalizumab. Disease remission occurred in 21.1% (mean duration 1.7 years). There was no significant difference in the maximum 7-day urticaria activity score or in the maximum dose of H1-anti histamines between groups with or without angioedema; however, the mean disease duration was longer in patients with angioedema. **Conclusion:** We found that chronic urticaria affects mostly middle-aged women and is frequently associated with angioedema. Although patients' perception of the cause should be considered, further investigation is necessary to confirm the etiology. During specialist follow-up, most patients required more than one daily dose of antihistamine. Discontinuation of nonsteroidal anti-inflammatory drugs was recommended in about one third of patients. Angioedema did not influence the urticaria activity score over 7 days nor the treatment response, but disease duration was 2.3 times longer in this group. More than half of the patients sought emergency care at some point, highlighting the impact of the disease on both personal routines and the healthcare system.

Keywords: Urticarias; Chronic Urticaria; Angioedema; Histamine Receptor Antagonists.

Correspondência:

Ana Paola Martins Tanganini
E-mail: paolatanganini@gmail.com
Data de submissão: 12/05/2025
Data de aceite: 18/08/2025

Trabalho realizado:

Serviço de Alergia e Imunologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO SP.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 4º andar - Vila Clementino
- CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A urticária caracteriza-se por aparecimento de lesões papulares típicas e/ou angioedema. Nas lesões do tipo pápula, observa-se elevação central superficial e circunscrita, de tamanhos e formatos diferentes, que podem ou não apresentar eritema. Têm natureza fugaz, sem deixar manchas residuais, com duração média de 30 minutos até 24 horas, e podem ser associadas a sensação de prurido com ou sem ardor. O angioedema, por sua vez, caracteriza-se por edema súbito, mais profundo (atinge derme inferior e subcutâneo, ou mucosas) com ou sem eritema. Pode haver parestesia local, ardência e dor, sem prurido e pode levar até 72 horas para desaparecer completamente. Outras entidades clínicas podem cursar com lesões semelhantes, mas não se caracterizam como urticária, sendo exemplos: anafilaxia (urticária/ou angioedema podem estar presentes, mas de forma aguda, com sintomas sistêmicos associados), vasculites, doenças auto-inflamatórias, angioedema mediado por bradicinina, etc ¹.

A classificação de urticária pode ser realizada conforme a duração dos sintomas, é denominada aguda, quando a duração é menor que 6 semanas ou crônica, se a duração for de 6 semanas ou mais. As urticárias crônicas, por sua vez, podem ser classificadas conforme os fatores desencadeantes. Se o desencadeante for conhecido, designa-se urticária crônica induzida e, na sua ausência, urticária crônica espontânea. Pode haver a resolução de sintomas e a recorrência da afecção após anos de remissão ¹.

A urticária crônica induzida (UCind) ocorre após um estímulo ambiental específico, geralmente reprodutível. Vários fatores desencadeantes são descritos, entre eles: frio, calor, pressão tardia, solar, aquagênica, vibratória, de contato e colinérgica. Parte dos pacientes apresentaram exacerbações

da UC após ingerirem anti-inflamatórios não esteroidais (AINE). Deve-se coletar anamnese detalhada para que o clínico ou especialista possa considerar tal diagnóstico e solicitar 9 testes específicos para auxiliar no diagnóstico etiológico do paciente ²⁻³.

A recomendação dos consensos para tratamento da urticária crônica (UC) baseia-se principalmente no uso de anti-histamínicos (anti-H1), com aumento da dose se necessário até quadruplicar e a exclusão de fatores desencadeantes, caso existam ⁴.

A UC gera grande impacto na qualidade de vida do paciente, familiares e amigos, além de sobrecarregar o sistema de saúde. O uso de ferramentas de avaliação da qualidade de vida, do controle e atividade da doença têm auxiliado os estudos e a prática médica a melhor estabelecer os efeitos, a repercussão desta comorbidade para o paciente e a sociedade ¹.

A UC acomete pelo menos 0,1% da população e pode durar vários anos. Relatórios de sistemas de saúde de diversos países evidenciaram prevalência pontual de UC variando entre 0,1 a menos de 1%. O melhor método atualmente utilizado para comparar a frequência da UC em diferentes países é a prevalência pontual. No entanto faz-se necessária padronização de ferramentas práticas para tal fim (Kim et al., 2018; Maurer et al., apud Sánchez-Borges, et al., 2021). É importante conhecer as características clínicas dos pacientes com urticária crônica a fim de melhorar o seguimento, indicar testes específicos na investigação, fornecer as melhores orientações aos pacientes e identificar fatores associados ao prognóstico ².

OBJETIVOS

Primário

Identificar fatores clínicos e gatilhos referidos pelo paciente e correlacionar com o resultado da investigação.

Secundários

Avaliar o tratamento realizado antes e após seguimento especializado e fatores de risco associados à duração do quadro.

MÉTODOS

Análise retrospectiva transversal através de revisão de prontuários de pacientes com UC atendidos de janeiro a julho de 2024 em ambulatório especializado do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira” HSPE- FMO de São Paulo - SP. Utilizou-se formulário para obtenção de dados e realizada análise estatística para medidas descritivas e variáveis quantitativas.

Utilizando a plataforma Google Forms, desenvolveu-se um questionário aplicável aos registros de prontuários presentes no sistema MVSOUL do HSPE/IAMSPE.

RESULTADOS

Foram revisados 76 prontuários, sendo 73,7% (n=56) de pacientes do sexo feminino. A idade dos pacientes variou entre 16 e 82 anos (média 47,7 anos) sendo a idade de início de sintomas situou-se entre 10 e 79 anos, (média 42,8 DP 17,4), com 9,2 % antes dos 18 anos. As comorbidades mais comuns dos pacientes estudados foram as atopias (46%), conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Comorbidades dos pacientes com urticária crônica

Comorbidade	Número de Pacientes	Porcentagem (%)
ATOPIAS	35	46.05
HIPERTENSÃO ARTERIAL	23	30.26
TIREOIDOPATIAS	17	22.37
DIABETES MELLITUS	13	17.11
DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS	7	9.21
AUTOIMUNE	6	7.89
NEOPLASIAS	5	6.58
INFECCIOSAS	5	6.58
IMUNODEFICIÊNCIAS	3	3.95

Das doenças atópicas, a rinite alérgica acometeu 25 pacientes (71,4%), seguida pela asma (42,8% n=15) e dermatite atópica (6,6% n=5). A média encontrada dos valores de IGE sérico foi de 286, com mediana de 107 e desvio padrão de 477,5.

Os gatilhos mais relatados, segundo a percepção dos pacientes, foram: estímulo físico em 23,7% (18 pacientes), estresse em 17,1% (13) e alimentos e medicamentos em 15,8% (12).

O diagnóstico de UC espontânea isolada foi visto em 20% (15 pacientes), enquanto que a urticária crônica induzida foi referida em 28% (21) e induzida associada à UCE em 52% (39).

Dos 33 pacientes que referiram UCInd física, 25 (75,7%) realizaram teste de urticária física (TUF), sendo que os indutores físicos referidos e os confirmados após com o TUF estão demonstrados na figura 1. A urticária colinérgica foi referida em apenas 3% dos pacientes, mas diagnosticada por TUF em 8%. A presença de angioedema foi referida em 36 pacientes (47,4%) e urticária isolada em 38(50%). Apenas um paciente (1,3%) apresentou angioedema isolado.

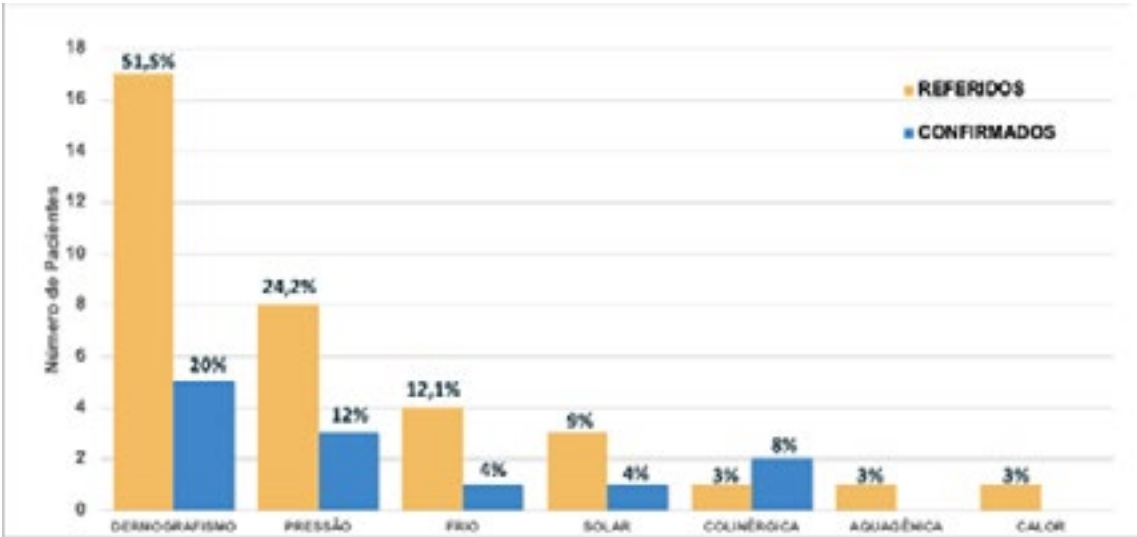


Figura 1 - Indutores físicos referidos / confirmados pelo TUF

Em 6,5% das UC, houve suspeita de etiologia por medicamentos (n=5), dos quais 14,3% eram anti-inflamatórios não hormonais (AINH) (n=3), antibiótico (n=1) e anestésico (n=1). A piora com AINH, em todos os tipos de UC, ocorreu em 28,9%, principalmente com dipirona (40,9%) e ibuprofeno (31,8%). Foi orientada a exclusão.

A maioria dos pacientes (50,7%) era acompanhada por médicos não especialistas antes do diagnóstico definitivo. Além disso, 51,4% haviam passado por atendimento em pronto-socorro, onde receberam tratamento agudo (Tabela 2).

Tabela 2 – Tratamento agudo em Pronto-Socorro antes do seguimento com especialista.

Tratamento	Quantidade	Porcentagem (%)
ANTI-HISTAMÍNICO INJETÁVEL	25	61.00
CORTICOIDE INJETÁVEL	24	58.50
ANTI-HISTAMÍNICO-1 ORAL	16	39.00
CORTICOIDE ORAL	6	14.60
ADRENALINA	3	7.30

Após atendimento na especialidade, todos os pacientes usaram anti-H1 de 2a geração, sendo 1 dose diária em 26,6%, 2 doses em 34,7%, 3 doses em 6,7%, 4 doses em 32%, conforme tabela 3. Apenas 1,3% utilizaram omalizumabe.

A remissão da urticária crônica ocorreu em 21,1% dos pacientes no período do estudo, com duração média de 1,7 anos (desvio-padrão 1,6 anos). O UAS7 máximo dos pacientes variou

entre 5 a 42 (mediana 23,5) e o UCT mínimo variou de 1 a 11 (mediana 6). Ao comparar os pacientes que apresentaram angioedema e os que não apresentaram, não houve diferença significativa no UAS7 máximo (40 versus 42) e nem na dose máxima de anti-H1 (12 em cada grupo), mas houve diferença significativa no período de duração média do quadro (2,63 X 1,14 anos).

DISCUSSÃO

Neste estudo, a maioria dos pacientes em seguimento no período era do sexo feminino, do mesmo modo que é descrito na literatura. De acordo com Sánchez-Borges, et al., 2021 as mulheres são duas vezes mais acometidas pela UC do que os homens, e na sua grande maioria está acima dos 20 anos. No mundo real, diferenças étnicas não demonstraram relevância significativa no contexto de urticária crônica e na casuística, aqui apresentada a maioria dos pacientes não declarou sua etnia. Dessa forma não consideramos a avaliação desta variável ².

Das doenças atópicas avaliadas nesta casuística, a rinite alérgica foi a mais prevalente (71,4% n=25), seguida pela asma (42,8% n=15). Ghazanfar et al., 2020 acompanharam pacientes com urticária crônica refratária ao tratamento com anti-histamínico (Scandinavian AWARE) e verificavam aumento da prevalência de atopias como asma, rinoconjuntivite e dermatite atópica ⁵.

A associação de UC e outras doenças como neoplasias, doenças cardiovasculares e gastrointestinais não é tão bem estabelecida, no entanto Kolchir et al., 2017 ⁶ demonstrou que a UC se correlacionou com doenças psiquiátricas, atopias e autoimunidade, as tireoidopatias e o vitiligo foram as comorbidades mais frequentes. Nos pacientes desse estudo as tireoidopatias estavam como a terceira mais prevalente, ficando

atrás apenas das atopias e da hipertensão arterial. As demais doenças autoimunes identificadas foram: artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico e doenças inflamatórias intestinais. Esta associação pode depender da presença de vários gatilhos, imunológicos ou não, que podem ativar os mastócitos, através das proteínas de membrana dos receptores de alta afinidade de IGE além de outros receptores mais recentemente estudados. Isto é sugerido pelos achados de Hennino et al., 2006 ⁷, Ensina LF, et al., 2019 ⁸ que propuseram outros dois mecanismos da patogênese da UC. O primeiro propõe que a desregulação das vias de sinalização intracelular dos mastócitos e basófilos levaria a defeitos na função ou no tráfego dessas duas células. Já a segunda via implicaria no desenvolvimento de auto-anticorpos IGG para IgE em mastócitos e basófilos (autoimunidade tipo II) ou o envolvimento de auto-anticorpos IgE voltados para auto-antígenos como exemplo: tireoperoxidase (TPO), DNA, IL-24 (autoimunidade tipo I ou auto alergia) e isso explicaria a associação de atopia e doenças autoimunes. Estas várias maneiras de ativar mastócitos e a participação de biomoléculas podem explicar os diferentes endotipos, o tipo de resposta ao tratamento ao anti-histamínico e ao monoclonal omalizumabe e também poderão contribuir para a descoberta de alvos moleculares relevantes para o tratamento da urticária crônica ⁹.

Neste estudo, 28% dos pacientes referiram UCInd, 52% associada a UCE. Ainda que a UCE seja mais frequente, a UCInd atinge até 15% dos pacientes com UC, embora até 75% relatem ter ambos de acordo com Sánchez-Borges, et al., 2021².

Pela literatura (Zuberbier, Torsten et al., 2022.), até um quarto dos pacientes podem apresentar exacerbação com uso de AINH, porém no nosso estudo, encontrou-se um terço dos pacientes que referiram piora com esta

classe, e sua suspensão. Foi orientado o uso de paracetamol e inibidor seletivo de COX-2, quando necessário ¹.

Silpa-Archa, et al. 2011, realizou estudos em áreas tropicais, como a Tailândia, e os tipos de UCInd mais prevalentes encontrados foram dermatografismo, urticária ao frio e urticária de pressão tardia. Notou-se resultados bastante semelhantes, com a maior prevalência do dermatografismo, seguido pela urticária de pressão tardia e a urticária ao frio ¹⁰.

Cerca de um terço do total de pacientes com UC apresenta urticária e angioedema associados. A urticária isolada pode ocorrer em cerca de 30% a 40% e aproximadamente 10% dos pacientes apresentam angioedema isolado (Sánchez-Borges et al., 2017; Antia et al., 2018 apud Sánchez-Borges et al., 2021). Neste estudo, encontrou-se 47,4 % (36 pacientes) com urticária associada a angioedema e 50% dos pacientes com urticária isolada, todavia apenas um paciente (1,3%) apresentava angioedema isolado. Talvez a impossibilidade do registro de CID de angioedema isolado, possa justificar diferentes prevalências de acordo com a região ^{2,3}.

A urticária crônica pode ser de difícil controle, é necessário seguimento adequado, pois a evolução natural da patologia é muito diversa. Quase 50% dos pacientes apresentarão remissão da UC com 3 meses e cerca de 80%, com um ano. Entretanto, Gaget al., 2004; Stepianiuk, et al., 2020; Wertenteil et al., 2019 apud Sánchez-Borges et al., 2021. estimaram que em pelo menos 10% dos pacientes a duração será de 5 anos ou mais. Em nossa amostra, a remissão da UC ocorreu

em 21,1% dos pacientes no período de 6 meses do estudo, com média de duração de 1,7 anos (654,3 dias) ^{2,3}.

Estudos recentes (Weller et al, 2018 apud Sánchez-Borges et al, 2021) analisaram os níveis basais de IgE total e a resposta ao omalizumabe, com base no UAS7. Foi visto que os níveis basais de IgE estão propensos a ser mais baixos em pacientes não respondedores, e níveis basais mais altos de IgE estão associados a uma melhor resposta ao omalizumabe. Pacientes que apresentaram níveis de IGE mais altos (> 100) tiveram recidiva da urticária crônica mais rápido

do que aquelas com níveis normais de IGE. A média dos valores de IGE séricos encontrada nesse estudo foi de 286, com mediana de 107. Como os pacientes estão em acompanhamento atual da urticária crônica, há possibilidade de, em alguns anos, se avaliar recidiva ou refratariedade e correlacionar valores de UAS7 e IGE séricos ³.

Ensina et al, 2019⁴ destacaram a ausência de dados que validem a utilização de biomarcadores laboratoriais (exemplo: PCR, VHS, D-DÍMERO) para acompanhar a atividade da doença. A utilização de ferramentas como Patient Reported Outcomes (PROs), ou desfechos relatados pelo paciente, fornece dados objetivos sobre a atividade, controle e qualidade de vida nos pacientes com UC. Sua utilização pode auxiliar com dados objetivos e devem ser consideradas na avaliação e tomada de decisões a respeito do tratamento. Atualmente dois dos questionários mais utilizados na prática clínica da urticária crônica são: Urticaria Activity Score (UAS),

Urticaria Control Test (UCT). O UAS7 máximo dos pacientes deste estudo variou entre 5 a 42 (mediana 23,5) e o UCT mínimo variou de 1 a 11 (mediana 6). Ao comparar os pacientes que apresentaram angioedema e os que não apresentaram, não houve diferença significativa no UAS7 máximo (40 versus 42) e nem na dose máxima de anti-H1 (12 em cada grupo). No entanto, houve diferença significativa no período de duração média do quadro (2,63 X 1,14 anos). De acordo com Toubi, et al., os pacientes que apresentam urticária associada a angioedema sofrem por até 1 ano a mais com relação ao tempo da doença, do que os pacientes que apresentam apenas urticária (64-70% contra 43-48%)¹¹.

A percentagem de procura por PS em alguma fase da urticária crônica antes do seguimento especializado foi de 51,4% (n=38) dos casos, medicados com anti-histamínicos, corticosteroides (ambos orais ou injetáveis), além de adrenalina em 3 casos, o que evidencia sobrecarga no serviço de pronto atendimento, maior impacto na qualidade de vida do paciente e sobrecarga do sistema de saúde (tanto público, quanto privado). Sánchez-Borges, et al., 2021, destacou o grande impacto gerado na qualidade de vida do paciente, familiares e amigos, além da sobrecarga do sistema de saúde. Nos Estados Unidos, estima-se que foram gastos direta e

indiretamente 244 milhões de dólares com urticária crônica. O total de 62,5% deste valor foi gasto com medicamentos e 15,7% com o custo gerado pelas faltas ao trabalho por parte dos pacientes³.

CONCLUSÃO

No grupo estudado, verificou-se que a urticária crônica afeta mais mulheres na meia idade e é frequentemente associada a angioedema, como visto em outros estudos. A urticária crônica induzida foi referida na grande maioria dos pacientes com urticária crônica. Quase um terço dos casos era demográfica. A percepção da causa da urticária entre os pacientes deve ser valorizada, mas a investigação é importante para confirmação etiológica. Durante o seguimento especializado houve necessidade de mais de 1 dose diária de anti-histamínico na maioria dos pacientes e a suspensão de anti-inflamatórios não hormonais foi indicada em cerca de um terço dos mesmos. A presença de angioedema associado não influenciou o valor do escore da atividade urticária-7 nem a resposta ao tratamento, mas a duração do quadro foi 2,3 vezes maior neste grupo. Mais da metade dos pacientes com urticária crônica procurou o pronto-socorro em algum momento do quadro.

REFERÊNCIAS

1. Zuberbier T, Latiff AH, Abuzakouk M, Aquilina S, Asero R, Baker D, et al. The international AACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/ APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*. 2022;77(3):734-66.
2. Sánchez-Borges M, Ansotegui I, Baiardini I, Bernstein J, Canonica GW, Ebisawa M, et al. The challenges of chronic urticaria part 1: epidemiology, immunopathogenesis, comorbidities, quality of life, and management. *World Allergy Organ J*. 2021;14(6):100533.
3. Sánchez-Borges M, Ansotegui IJ, Baiardini I, Bernstein J, Canonica GW, Ebisawa M, et al. The challenges of chronic urticaria part 2: pharmacological treatment, chronic inducible urticaria, urticaria in special situations. *World Allergy Organ J*. 2021;14(6):100546.

4. Ensina LF, Cusato-Ensina AP, Cardona R. Advances in the pathogenesis representing definite outcomes in chronic urticaria. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2019;19(3):193–97.
5. Ghazanfar MN, Kibsgaard L, Thomsen SF, Vertergaard C. Risk of comorbidities in patients diagnosed with chronic urticaria: a nationwide registry-study. *World Allergy Organ J*. 2020;13:100097.
6. Kolkhir P, André F, Church MK, Maurer M, Metz M. Potential blood biomarkers in chronic spontaneous urticaria. *Clin Exp Allergy*. 2017;47(1):19–36.
7. Hennino A, Bérard F, Guillot I, Saad N, Rozières A, Nicolas JF. Pathophysiology of urticaria. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2006;30(1):3-11.
8. Ensina L, Valle SO, Campos RA, Agondi R, Criado P, Bedrikow RB, et al. Guia prático da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia para o diagnóstico e tratamento das urticárias baseado em diretrizes internacionais. *Arq Asma Alerg Imunol*. 2019;3(4):382-92.
9. Kolkhir P, Muñoz M, Asero R, Ferrer M, Kocatürk E, Metz M, et al. Autoimmune chronic spontaneous urticaria. *J Allergy Clin Immunol*. 2022;149(6):1819-31.
10. Silpa-Archa N, Kulthanan K, Pinkaew S. Physical urticaria: prevalence, type and natural course in a tropical country. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;25(10):1194-99.
11. Toubi E, Kessel A, Avshovich N, Bamberger E, Sabo E, Nusem D, Panasoff J. Clinical and laboratory parameters in predicting chronic urticaria duration: a prospective study of 139 patients. *Allergy*. 2004;59(8):869–73.