

# Reconociendo la urticaria multiforme: lesiones anulares y cómo diferenciarlas

Recognizing Multiform Urticaria: Annular Lesions and How they can be differentiated

Reconhecendo a urticária multiforme: lesões em anel e como diferenciá-las

Manuela González<sup>1</sup>, Daniela Bermúdez<sup>2</sup>, Agustina Acosta<sup>3</sup>

## Resumen

La urticaria multiforme es una variante poco común de urticaria aguda en lactantes y niños pequeños. Se manifiesta con grandes placas urticarianas de centro purpúrico y morfología policíclica, pudiendo confundirse con otras patologías, como el eritema multiforme o la urticaria vasculitis. Su causa exacta es desconocida, pero se ha relacionado con infecciones, medicamentos y vacunas. Las lesiones son pruriginosas, evanescentes y desaparecen en menos de 24 horas, aunque el cuadro clínico puede durar hasta dos semanas. Afectan rostro, tronco y extremidades, con posible angioedema facial y dermatografismo, pero sin compromiso mucoso ni deterioro del estado general. El diagnóstico es clínico y en casos dudosos pueden requerirse estudios para descartar afecciones graves. El tratamiento es sintomático, con antihistamínicos H1 de segunda generación como primera línea. Su evolución es benigna, por lo que es clave diferenciarla de otras enfermedades para evitar tratamientos innecesarios.

**Palabras clave:** Urticaria  
Eritema Multiforme

## Summary

Multiform urticaria is a rare variant of acute urticaria, primarily affecting infants and young children. It presents with large urticarial plaques with a purpuric center and polycyclic morphology, which can be mistaken for other conditions such as erythema multiforme or urticarial vasculitis. Its exact cause is unknown but it has been associated with infections, medications, and vaccines. Lesions are pruritic, evanescent, and disappear within 24 hours, although the clinical course may last up to two weeks. They mainly affect the face, trunk, and extremities, with possible facial angioedema and dermatographism, but without mucosal involvement or general health impairment. Diagnosis is clinical, and additional studies may be required in doubtful cases to rule out severe conditions.

1. Posgrado Dermatología. Unidad Académica Dermatología. Médico Quirúrgica. Facultad de Medicina. UDELAR. CHPR.

2. Dermatóloga. Médico Quirúrgica. Asist. Unidad Académica Dermatología. Hospital de Clínicas.

3. Dermatóloga. Prof. Adj. Unidad Académica Dermatología Médico Quirúrgica. Facultad de Medicina. UDELAR. CHPR.

Unidad Académica Dermatología Médico Quirúrgica. Facultad de Medicina. UDELAR. CHPR.

Declaramos que estamos de acuerdo con las normativas de la Revista Archivos de Pediatría del Uruguay autorizando la publicación y difusión de este trabajo.

Trabajo inédito. Declaración de originalidad: Declaramos que este artículo es completamente original. Confirmamos además que no ha sido publicado previamente ni sometido simultáneamente a consideración en otras revistas o medios de divulgación.

Declaramos no tener conflictos de intereses. Conflictos de intereses: Los autores declaramos que no existen conflictos de intereses relacionados con este trabajo. Asimismo, no se ha recibido financiamiento para su realización.

Este trabajo ha sido aprobado unánimemente por el Comité Editorial.

Fecha recibido: 9 mayo 2025.

Fecha aprobado: 7 agosto 2025.

Treatment is symptomatic, with second-generation H<sub>1</sub> antihistamines as the first-line therapy. Given its self-limiting course and favorable prognosis, distinguishing it from other dermatological conditions is essential to avoid unnecessary treatments.

**Key words:** Urticaria  
Erythema Multiforme

### Resumo

A Urticária Multiforme é uma variante pouco comum de urticária aguda em lactentes e crianças pequenas. Manifesta-se com grandes placas urticariformes de centro purpúrico e morfologia policíclica, podendo ser confundida com outras patologias como o eritema multiforme ou a vasculite urticariforme. Sua causa exata é desconhecida, mas tem sido relacionada a infecções, medicamentos e vacinas. As lesões são pruriginosas, evanescentes e desaparecem em menos de 24 horas, embora o quadro clínico possa durar até duas semanas. Afetam o rosto, o tronco e as extremidades, com possível angioedema facial e dermografismo, mas sem comprometimento mucoso ou deterioração do estado geral. O diagnóstico é clínico e, em casos duvidosos, podem ser necessários estudos para descartar condições graves. O tratamento é sintomático, com anti-histamínicos H<sub>1</sub> de segunda geração como primeira linha. Sua evolução é benigna, sendo fundamental diferenciá-la de outras doenças para evitar tratamentos desnecessários.

**Palavras chave:** Urticária  
Eritema Multiforme

### Introducción

La urticaria multiforme (UM), anteriormente denominada urticaria anular aguda, se clasifica dentro del grupo de las urticarias agudas, constituyendo un subtipo clínico particular poco frecuente<sup>(1-4)</sup>. Las urticarias son un grupo de enfermedades secundarias a reacciones

de hipersensibilidad, principalmente mediadas por degranulación mastocitaria con liberación de histamina, y se caracterizan por la aparición de habones o ronchas en la piel y angioedema<sup>(5-7)</sup>.

La UM se presenta con mayor frecuencia en la población pediátrica, principalmente en lactantes y niños pequeños<sup>(1,2)</sup>, mediante la aparición de grandes placas urticariformes de centro violáceo y morfología policíclica<sup>(1,5)</sup>. Esta afección benigna se caracteriza por la aparición de lesiones que adquieren una configuración anular y muchas veces es confundida con otras entidades, como el eritema multiforme, la urticaria vasculitis, edema agudo hemorrágico del lactante o púrpura de Schönlein-Henoch debido a la apariencia purpúrica de las lesiones<sup>(1,5)</sup>.

Es esencial que los médicos logren diferenciar la UM de otras condiciones dermatológicas similares, debido a que cada una presenta pronósticos y tratamientos específicos. Esta distinción permite ofrecer un manejo adecuado y evitar intervenciones inapropiadas, garantizando así una atención más efectiva y segura para el paciente.

El objetivo de este artículo es aclarar las manifestaciones clínicas de la UM que permitan arribar a su diagnóstico. Para ello, se abordará esta entidad y sus diagnósticos diferenciales.

### Características de la urticaria multiforme

#### Epidemiología y etiopatogenia

La incidencia de la UM es desconocida, principalmente debido a la escasez de casos documentados en la literatura médica. La baja prevalencia reportada podría deberse a su confusión diagnóstica con otras entidades clínicas<sup>(6)</sup>.

Se presenta con mayor frecuencia en la población pediátrica principalmente entre los 4 meses y los 4 años de edad<sup>(1,3,5,8)</sup>. No existe una clara predilección por sexo y se presenta en todas las razas<sup>(4)</sup>.

La etiología de la UM tampoco se conoce con exactitud, al igual que en otras formas de urticaria aguda, se han identificado diversos factores desencadenantes. Entre ellos se encuentran las infecciones respiratorias virales (micoplasma, adenovirus, herpesvirus, virus Epstein-Barr) o bacterianas (estreptococos), ciertos medicamentos, como los antibióticos (amoxicilina, macrólidos y cefalosporinas) y las vacunas<sup>(4,6,8)</sup>.

#### Manifestaciones clínicas

Los pacientes cursan con buen estado general<sup>(1)</sup>. Como manifestaciones sistémicas, pueden presentar fiebre leve de corta duración, que puede aparecer antes o de manera concomitante al cuadro clínico, la misma se

vincula más al posible cuadro desencadenante que a la urticaria en sí misma<sup>(1,6)</sup>. Además, los pacientes pueden describir sintomatología respiratoria vinculada a cuadro viral los días previos, también como elemento de cuadro posible desencadenante de la UM<sup>(5)</sup>.

Clínicamente se caracteriza por la aparición de pápulas pequeñas que coalescen en grandes placas habonosas eritematosas y edematosas sin componente epidérmico, que adoptan una forma anular o policíclica, que en la evolución dejan un centro purpúrico, equimótico y oscuro (Figuras 1 y 2)<sup>(1,8)</sup>. Estas lesiones presentan las características típicas de los habones, siendo evanescentes, pero dejan característicamente la zona purpúrica al desaparecer, no presentando otros cambios pigmentarios residuales<sup>(1)</sup>. El síntoma principal de estas lesiones, como en otras urticarias, es el prurito intenso<sup>(5)</sup>.

Las lesiones se pueden localizar en cualquier lugar del cuerpo, describiendo con mayor frecuencia en el

rostro, tronco y miembros, y pueden ir acompañadas de angioedema en rostro. Además, es común que se asocien con dermatografismo, una forma de urticaria física inducida por la fricción o presión sobre la piel (Tabla 1).

El episodio suele durar entre dos días y dos semanas, y su curso es autolimitado<sup>(2,5)</sup>.

## Diagnósticos diferenciales

### Eritema multiforme

Uno de los principales diagnósticos diferenciales (Tabla 2) de la UM es con el eritema multiforme o eritema polimorfo, entidad de mayor gravedad diagnosticada muchas veces de forma errónea<sup>(2)</sup>.

Aunque las lesiones también son anulares, la diada clásica o escarapela del eritema multiforme con tres anillos concéntricos, no se ve en la UM. Desde el centro a la periferia: un anillo eritematopurpúrico que habitualmente presenta compromiso epidérmico mediante la formación de ampolla o costra, un anillo pálido y un halo externo eritematoso y con borde neto<sup>(9)</sup>.

Generalmente, afecta predominantemente zonas acrales, palmas y plantas, además de comprometer las mucosas, con predominio en la cavidad oral, lo cual no se observa en la UM<sup>(2)</sup>.

El edema de cara, manos y pies presentes en la urticaria no se observa en el eritema multiforme. Y el prurito no es un síntoma constante, habitualmente son asintomáticas, levemente dolorosas o presentan prurito<sup>(5)</sup>.

Otro punto a tener en cuenta es que estas lesiones son fijas con una duración de al menos 7 días, al contrario de la urticaria donde son evanescentes<sup>(9)</sup>.



**Figuras 1 y 2.** Habones eritematosos con centro purpúrico. Nótese la configuración policíclica y morfología anular.

**Tabla 1.** Características clínicas de la urticaria multiforme.

Lesiones individuales	Habones anulares o policíclicos, centro claro o equimótico
Topografía	Tronco, extremidades y rostro
Duración de lesiones individuales	Menor a 24 horas
Compromiso mucoso	Angioedema sin erosiones ni ampollas
Edema facial o acral	Presenta en la mayoría
Dermografismo	Común
Síntomas	Prurito
Pigmentación residual	No

**Tabla 2.** Diagnósticos diferenciales.

Patología	UM	EM	UV	EAHL	SJS
Tipo de lesión	Placas habonosas, eritematosas. Algunas de centro purpúrico	Escarapela, tres anillos concéntricos cuyo centro presenta ampolla o costra	Placa urticariforme anular que puede resolver con hiperpigmentación residual	Placas purpúricas. Acompañado de edema distal (manos y pies)	Máculas eritemato purpúricas con centro violáceo. Pueden presentar decolamiento en la evolución
Síntoma	Muy pruriginosas	Asintomáticas, leve ardor o leve prurito	Dolor, escozor	Asintomáticas	Dolor
Tiempo de duración	Menos de 24 horas cada lesión individual	Fijas. Al menos 7 días	Más de 24 horas	Fijas de 2 a 3 semanas	Fijas de dos a cuatro semanas
Angioedema	Rostro, manos y pies	Ausente	Puede estar presente	Ausente	Ausente
Compromiso de mucosas	No	Puede presentar	No	No	Sí
Estado general	Bueno			Bueno	
Duración del cuadro	Dos días a dos semanas	Semanas	Recurrente	Dos a tres semanas	Dos a cuatro semanas

UM: urticaria multiforme; EM: eritema multiforme; UV: urticaria vasculitis; EAHL: edema agudo hemorrágico del lactante; SJS: síndrome de Steven-Johnson.

### Urticaria vasculitis

La urticaria vasculitis es una entidad recurrente que forma parte de los diagnósticos diferenciales de las urticarias crónicas<sup>(7)</sup>. Es poco frecuente en niños pequeños<sup>(3)</sup>, afectando principalmente a mujeres de edad media<sup>(10)</sup>.

Se caracteriza por la aparición de placas urticariformes edematosas que pueden presentar una configuración arciforme o anular de borde purpúrico<sup>(10)</sup>. Estas lesiones persisten por más de 24 horas, suelen acompañarse de dolor o sensación de ardor, y pueden evolucionar dejando hiperpigmentación posinflamatoria residual<sup>(6,7)</sup>. A diferencia de la UM puede presentar síntomas sistémicos vinculados a la vasculitis como: artralgias, linfadenopatía, síntomas digestivos, oculares, respiratorios y renales<sup>(7,10)</sup>.

El diagnóstico se confirma mediante histopatología que evidenciará una vasculitis leucocitoclástica<sup>(7,10)</sup>.

### Edema agudo hemorrágico del lactante

Es una entidad clínica distinta, aunque ambas tienen una edad de presentación similar pudiendo afectar a infantes menores de 24 meses<sup>(6)</sup>, las lesiones en el edema agudo hemorrágico del lactante se caracterizan principalmente por lesiones purpúricas, petequias y equimosis. Las dianas afectan característicamente los pabellones auriculares, mejillas, extremidades superiores e inferiores<sup>(9)</sup>. Este síndrome también se asocia

con edema difuso en la piel, especialmente en zonas distales como manos y pies, así como también en la cara y el cuello<sup>(6)</sup>. A diferencia de las lesiones transitorias de la UM, las lesiones del edema agudo hemorrágico son persistentes y resuelven en dos a tres semanas<sup>(9)</sup>.

Otra diferencia clave es que, mientras las lesiones de la UM se acompañan generalmente de prurito, las lesiones del edema agudo hemorrágico suelen ser asintomáticas.

### Síndrome de Stevens-Johnson

El síndrome de Stevens-Johnson (SJS) es un diagnóstico diferencial importante debido a la gravedad de esta reacción cutánea, que puede ser potencialmente mortal<sup>(6)</sup>. Ambas entidades comparten factores etiológicos comunes, como infecciones y medicamentos, aunque el papel de este último es de mayor relevancia en el caso del SJS<sup>(11)</sup>.

Aunque ambas condiciones presentan lesiones cutáneas con características anulares, en el STS éstas no son palpables, a diferencia de lo que ocurre en la UM. Se describe con frecuencia como lesiones en “diana atípica”, manifestándose como máculas eritemato-violáceas con bordes mal definidos que evolucionan rápidamente hacia ampollas. Estas ampollas pueden dar lugar a grandes áreas de piel decolorada y necrosis epidérmica, las cuales, a diferencia de la UM, suelen

ir acompañadas de dolor cutáneo<sup>(11,12)</sup>.

La afectación sistémica en el STS es más severa, e incluye fiebre, malestar general y síntomas mucosos, especialmente en los ojos, la cavidad bucal y las vías respiratorias, lo cual no ocurre en la UM<sup>(12)</sup>.

## Diagnóstico

El diagnóstico de la UM es clínico y se basa en el interrogatorio y la exploración física<sup>(2,5,8)</sup>.

En raras ocasiones se necesitan estudios de laboratorio e histología. Los mismos son útiles si se plantea algún diagnóstico diferencial o para determinar la etiología o desencadenante, por ejemplo, en paciente con fiebre alta, mialgias, artralgias, afectación mucosa o ampollas que orienten a un diagnóstico de mayor gravedad<sup>(2,5)</sup>. En caso de realizar biopsia cutánea los hallazgos son compatibles con cualquier urticaria: edema dérmico e infiltrado perivascular de linfocitos con algunos eosinófilos<sup>(5,6)</sup>.

## Tratamiento de la urticaria aguda

El tratamiento de la UM no difiere del tratamiento de la urticaria aguda.

### Medidas generales

Como primera medida, se recomienda evitar cualquier posible desencadenante etiológico imputado, como alimentos, fármacos y realizar tratamiento de las posibles infecciones. También es importante evitar el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), ya que pueden empeorar los síntomas de la urticaria mediante mecanismos no inmunológicos. Su efecto se debe a la inhibición de la ciclooxigenasa (COX), lo que reduce la producción de prostaglandinas con función reguladora sobre los mastocitos. Esto puede desencadenar una mayor liberación de histamina y otros mediadores inflamatorios, agravando el cuadro<sup>(13)</sup>. Por esta razón, se recomienda evitar los AINE durante el curso de una urticaria y optar por alternativas más seguras, como el paracetamol.

### Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico consiste en el alivio sintomático dado que se trata habitualmente de una enfermedad autorresolutiva con una duración aproximadamente de dos semanas<sup>(5)</sup>.

Para el manejo del prurito, se emplean antihistamínicos H1 (agonista inverso del receptor H1), ajustados según la edad y el peso del paciente<sup>(14)</sup>.

Los de segunda generación son considerados el tratamiento de primera línea para la urticaria aguda y

**Tabla 3.** Principales antihistamínicos H1 segunda generación.

Fármaco	Dosis
Loratadina	2-12 años: < 30 kg, 5 mg/día; > 30 kg, 10 mg/día.
Desloratadina	6-11 meses: 1 mg/día; 1-5 años: 1,25 mg/día; 6-11 años: 2,5 mg/día; > 12 años: 5 mg/día.
Cetirizina	6 a 24 meses: 2,5 mg/día; de 2 a 5 años: 5 mg/día; > 5 años: 10 mg/día.
Levocetirizina	12-24 meses: 1,25 mg/día; 2-6 años: 2,5 mg/día; 6-12 años: 5 mg/día.
Fexofenadina	6-24 meses: 15 mg/día; 2-11 años: 30 mg/día; > 12 años: 60 mg/día; adolescentes y adultos: 120 mg/día.
Rupatadina	2-12 años: 10 kg-25 kg: 2,5 mg día, > 25 kg: 5 mg/día.

crónica, tanto en adultos como en niños. Su principal ventaja es que tienen un paso reducido a través de la barrera hematoencefálica, lo que les otorga un mejor perfil de seguridad y menor incidencia de efectos adversos que los antihistamínicos de primera generación<sup>(2)</sup>.

Entre los fármacos aprobados para el tratamiento de la urticaria se incluyen: cetirizina, desloratadina, fexofenadina, levocetirizina, loratadina, rupatadina, ebastina y bilastina (Tabla 3)<sup>(13)</sup>.

Los de primera generación incluyen hidroxicina y clorfeniramina, que tienen un inicio de acción rápido. Sin embargo, al ser lipofílicos, atraviesan la barrera hematoencefálica, lo que los asocia con efectos adversos como somnolencia e interferencia en los procesos cognitivos. Debido a estos efectos secundarios, no se recomiendan para el tratamiento de la urticaria aguda ni crónica<sup>(13)</sup>.

Cuando las dosis estándar de antihistamínicos H1 no logran una respuesta adecuada, puede considerarse su aumento hasta cuatro veces la dosis habitual, manteniendo un buen perfil de seguridad y una respuesta terapéutica favorable<sup>(13,15)</sup>.

No hay una recomendación establecida sobre la duración del tratamiento en la urticaria aguda espontánea. En general, se sugiere mantenerlo por varios días hasta la resolución de los síntomas. Algunos autores recomiendan prolongar su uso algunas semanas tras la remisión del cuadro<sup>(13)</sup>.

El uso de corticosteroides en la urticaria aguda sigue siendo un tema de debate. Aunque reducen la cantidad de mastocitos, no inhiben su desgranulación.

Algunos estudios no muestran beneficios al agregar corticosteroides orales o intravenosos al tratamiento con antihistamínicos. Sin embargo, las guías internacionales sugieren que un tratamiento corto con corticosteroides orales puede ser útil para reducir la duración y gravedad de la enfermedad. En aquellos casos de angioedema significativo concomitante, o incluso si los síntomas persisten después del tratamiento con antihistamínicos, estarían indicados en dosis antiinflamatorias<sup>(5,13)</sup>.

## Conclusiones

La urticaria multiforme UM es una forma rara de urticaria aguda en niños pequeños, caracterizada por habones anulares con centro purpúrico acompañado de prurito. Su curso es autolimitado y el diagnóstico es clínico, diferenciándose de otras entidades como el eritema multiforme o el SSJ. El tratamiento es sintomático, con antihistamínicos H1 de segunda generación como primera línea. Su correcta identificación evita tratamientos innecesarios y permite un manejo adecuado.

## Referencias bibliográficas

1. Sempau L, Martín E, Gutiérrez C, Gutiérrez M. Cinco casos de urticaria multiforme y revisión de la literatura. *Actas Dermosifiliogr* 2016; 107(1):e1-e5.
2. Maynard K. Urticaria multiforme: a case study. *J Dermatol Nurs Assoc* 2018; 10(6):275-6.
3. Sharma R, Gupta M, Verma K, Thakur S. Urticaria multiforme: A commonly misdiagnosed entity. *Our Dermatol* 2019;

10(1):41-3.

4. Kan S, Koh M, Wee L. Urticaria multiforme in Asian children. *J Paediatr Child Health* 2024; 60(10):538-43. doi: 10.1111/jpc.16634.
5. Emer J, Bernardo S, Kovalerchik O, Ahmad M. Urticaria multiforme. *J Clin Aesthet Dermatol* 2013; 6(3):34-9.
6. Cohen L, Suárez P, Villa S, Laporta V, Díaz D, Rojas K. Urticaria multiforme in school age: a case report. *Arch Argent Pediatr* 2025; 123(2):e202410442. doi: 10.5546/aap.2024-10442. eng.
7. Matos A, Figueiredo C, Gonçalo M. Differential diagnosis of urticarial lesions. *Front Allergy* 2022; 3:808543. doi: 10.3389/falgy.2022.808543.
8. Jones D, Sosa A, Vijayan V. Urticaria multiforme. *J Pediatr* 2023; 257:113353. doi: 10.1016/j.jpeds.2023.01.018.
9. Larralde M, Abad E, Luna P, Boggio P, Ferrari B. *Dermatología pediátrica*. 3 ed. Buenos Aires: Journal, 2021.
10. Imbernón A, Vargas E, Burgos F, Fernández E, Aguilar A, Gallego M. Urticaria vasculitis in a child: a case report and literature review. *Clin Case Rep* 2017; 5(8):1255-7. doi: 10.1002/ccr3.1027.
11. Ramien M. Stevens-Johnson syndrome in children. *Curr Opin Pediatr* 2022; 34(4):341-8. doi: 10.1097/MOP.0000000000001146.
12. Lages R, Oliveira M, Ferreira C, Neves I. Eritema multiforme mayor/síndrome de Stevens-Johnson: un desafío diagnóstico. *An Pediatr* 2024; 101(5):361-3. doi:10.1016/j.anpedi.2024.06.011.
13. Muñoz V, Maldonado E. Urticaria aguda. *Rev Alerg Mex* 2024; 71(3):189-204.
14. Sociedad Argentina de Pediatría. Comité nacional de Alergia. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la urticaria en pediatría. *Arch Argent Pediatr* 2021; 119(2):S54-66. doi:10.5546/aap.2021.S54.
15. Grattan C, Saini S. Urticaria y angioedema. En: Bologna J, Schaffer J, Cerroni L. *Dermatología*. 4 ed. Barcelona: Elsevier, 2018:315-8.

**Correspondencia:** Dra. Manuela González.

Correo electrónico: manuelagonzalez96@hotmail.com

### Disponibilidad de datos

El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio NO se encuentra disponible en repositorios de acceso libre.

### Contribución de los autores - CRediT

**Manuela González:** Conceptualización; Curación de datos; Investigación; Metodología; Visualización; Redacción - borrador original.

**Daniela Bermúdez:** Conceptualización; Curación de datos; Investigación; Metodología; Visualización; Redacción - borrador original.

**Agustina Acosta:** Curación de datos; Investigación; Supervisión; Validación; Redacción - revisión y edición.

Manuela González, ORCID 0009-0009-1226-5114.

Daniela Bermúdez, ORCID 0009-0000-4725-6386.

Agustina Acosta, ORCID 0000-0002-5019-649X.