

Urticaria por frío adquirida asociada a crioglobulinemia: reporte de un caso pediátrico

Christian José Arencibia Pagés^{1*} , Circe Pagés Rubio¹ , Yudenia Machado Noa¹ 

¹Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, Camagüey, Cuba

Recepción: 10-08-2025

Aceptación: 27-03-2026

*Correspondencia: Christian José Arencibia Pagés. arencibiapages@gmail.com

Resumen

Introducción: La urticaria por frío se caracteriza por la aparición de habones y/o angioedema que se desarrollan tras la exposición al aire, a superficies o al agua más frías que la temperatura corporal. Se desarrolla a menudo en adultos jóvenes, con una prevalencia ligeramente superior en mujeres.

Caso clínico: El presente caso corresponde a un paciente adolescente, de sexo masculino, blanco, de 14 años de edad, de procedencia rural, con antecedentes de alergia alimentaria y parasitismo intestinal, que acude a consulta refiriendo lesiones cutáneas en manos y antebrazos cuando se expone a temperaturas frías, que desaparecen con el uso de antihistamínicos o una vez que cesa la exposición al frío. Se sospechó una urticaria física por frío, por lo que se decidió realizar el test de frío o prueba del cubo de hielo, que resultó positiva. Los estudios analíticos confirmaron la presencia de crioglobulinas positivas, clasificándose el cuadro como una urticaria por frío adquirida secundaria asociada a crioglobulinemia. Se le indicó al paciente realizar tratamiento con difenhidramina 25 mg, una tableta cada 8 horas durante 7 días, y luego continuar con cetirizina 10 mg, una tableta diaria. Actualmente, se encuentra con dicho tratamiento, con resolución analítico-clínica y sin presentar recidivas de la urticaria.

Conclusión: Las urticarias inducibles son un grupo de urticarias crónicas que pueden tener un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes, especialmente en formas secundarias raras como la asociada a la crioglobulinemia. Esto puede evitarse con un abordaje terapéutico adecuado, la concientización sobre la enfermedad y el seguimiento estrecho. Es de vital importancia que el personal médico considere y conozca esta entidad y sus posibles causas subyacentes para lograr un accionar rápido y seguro que evite complicaciones mayores.

Palabras clave: Urticaria crónica inducible. Angioedema. Urticaria. Crioglobulinas. Antihistamínico. Pediatría.

Introducción

La urticaria es una de las patologías más prevalentes en las consultas de alergología. Se caracteriza por la aparición de habones y/o angioedema¹. La lesión elemental de la urticaria, por tanto, es el habón, generalmente rodeado de un halo eritematoso. Los habones son evanescentes, con una duración menor de 24 a 36 horas, casi siempre pruriginosos y afectan a las capas superficiales de la dermis. Los signos visibles de la urticaria se deben a una vasodilatación local, a

un aumento del flujo sanguíneo y al incremento de la permeabilidad vascular. El drenaje linfático será el que module el grado de edema local².

Cuando el edema se extiende hasta las capas profundas de la dermis y/o el tejido subcutáneo, se produce angioedema. El angioedema, cuando acompaña a la urticaria, comparte con esta los mismos mecanismos fisiopatológicos. Como el angioedema se produce en las capas más profundas de la piel, donde hay menos mastocitos y menos terminaciones nerviosas,

las lesiones no se acompañan de prurito, o este es muy escaso, y el edema puede describirse como doloroso o asociado a una sensación de quemazón³.

La urticaria se clasifica según su duración y según la presencia o no de factores desencadenantes. La urticaria aguda (UA) es aquella que dura como máximo 6 semanas. La urticaria crónica (UC) se caracteriza porque las lesiones ocurren de forma recurrente durante más de 6 semanas y con una frecuencia de episodios mayor de 2 veces por semana⁴. En general afecta al 25 % de la población mundial. La forma aguda es la más frecuente. La crónica representa el 0,1 %, con mayor predominio en mujeres (60 %)⁵.

En el caso de la UC, si se identifica la causa subyacente se denomina urticaria inducible (UI). Esta, a su vez, se divide en urticaria física, que incluye el dermatografismo sintomático, la urticaria por frío (UF), la urticaria por presión, la urticaria solar, la urticaria por calor y el angioedema por vibración, así como en urticaria química, que incluye la urticaria colinérgica, por contacto y acuagénica. Cuando no se identifica la causa de la urticaria se considera urticaria crónica espontánea (UCE)⁶.

Las urticarias crónicas más frecuentes son los subtipos físicos que se presentan en el 25% de los casos, principalmente en adultos jóvenes. De ellas, el 5% corresponde al dermatografismo, la urticaria colinérgica y las urticarias vasculíticas, mientras que el 60% restante se trata de urticaria crónica idiopática o crónica no alérgica. Por otro lado, el dermatografismo aparece en el 6 % de los pacientes con urticaria crónica; esta baja prevalencia es similar a la que tiene en la población general. La UF afecta aproximadamente del 1% al 3% de todos los pacientes con urticaria⁷.

La UF se caracteriza por síntomas que se desarrollan tras la exposición al aire, a superficies o al agua más frías que la temperatura corporal. La UF se desarrolla a menudo en adultos jóvenes, con una prevalencia ligeramente superior en mujeres. Aunque los síntomas se localizan normalmente en zonas expuestas al frío, en los casos graves o en aquellos con contacto más amplio con el frío pueden derivarse manifestaciones más graves. Estas pueden variar desde síntomas generalizados de urticaria hasta reacciones sistémicas que afecten al sistema respiratorio, gastrointestinal e incluso cardiovascular, con hipotensión y pérdida de conciencia. Algunos estudios reportan hasta un 20% de casos caracterizados por reacciones potencialmente letales⁸.

A pesar de que la UF es la segunda urticaria crónica inducible más común, es una entidad que no se ve todos los días en consulta, más aún en un país con un clima tropical donde las temperaturas generalmente no son bajas. Su presentación como UF adquirida

secundaria no es común; en su mayoría, se asocia a crioglobulinemia u otras condiciones subyacentes, lo que modifica el enfoque diagnóstico y pronóstico.

Surge la necesidad de que el personal médico que trata dicha entidad y/o sus complicaciones inmediatas, es decir, alergólogos, intensivistas, internistas y pediatras, tenga conocimiento acerca de esta para evitar complicaciones mayores ya que las instituciones médicas generalmente son espacios con un clima característico y esto puede agravar la condición del paciente. Por tal motivo, tras obtener el consentimiento informado por escrito del tutor legal y el asentimiento del paciente, preservando la confidencialidad y el anonimato según las normas éticas internacionales, se decide presentar este caso, con el objetivo de exponer los principales elementos en el manejo de una urticaria por frío secundaria en un paciente pediátrico en el Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech".

Presentación del caso

Paciente adolescente, de sexo masculino, blanco, de 14 años de edad, de procedencia rural, con antecedentes patológicos personales de alergia alimentaria al pescado y parasitismo intestinal. Acude a consulta de proyección comunitaria en el municipio de Minas, refiriendo la aparición de lesiones cutáneas en manos y antebrazos cuando se expone a temperatura ambiental fría, que desaparecen espontáneamente o con el uso de antihistamínicos una vez que cesa la exposición al frío. Al examen físico se constatan lesiones habonosas múltiples (**Figura 1**) en ambas manos y antebrazos, evanescentes y pruriginosas. Se le indicó como tratamiento difenhidramina 25 mg, una tableta cada 8 horas, y se le dió cita de seguimiento a los tres días en el Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech".

En la reconsulta, al examen físico no presentó lesiones. Estando en consulta, la cual presentaba un ambiente frío por el aire acondicionado, le comenzaron a salir pequeñas lesiones habonosas. Se le indicó mantener el tratamiento con antihistamínicos por siete días más y se le dio una nueva cita de seguimiento. A los siete días, en la consulta, nuevamente al examen físico no se constatan lesiones. Por las características de estas y la relación directa con el cambio de temperatura se sospechó una urticaria física por frío por lo que se decidió realizar el test de frío o prueba del cubo de hielo. Se decidió suspender el tratamiento con antihistamínicos 72 horas antes de la prueba y se le citó al Hospital Pediátrico Dr. Eduardo Agramonte Piña para realizar la misma.

Prueba del cubo de hielo: bajo condiciones de asepsia y antisepsia se colocó un cubo de hielo (0-4 °C), cubierto por una bolsa plástica para no confundir el



Figura 1. Lesiones habonosas múltiples en manos y antebrazos.

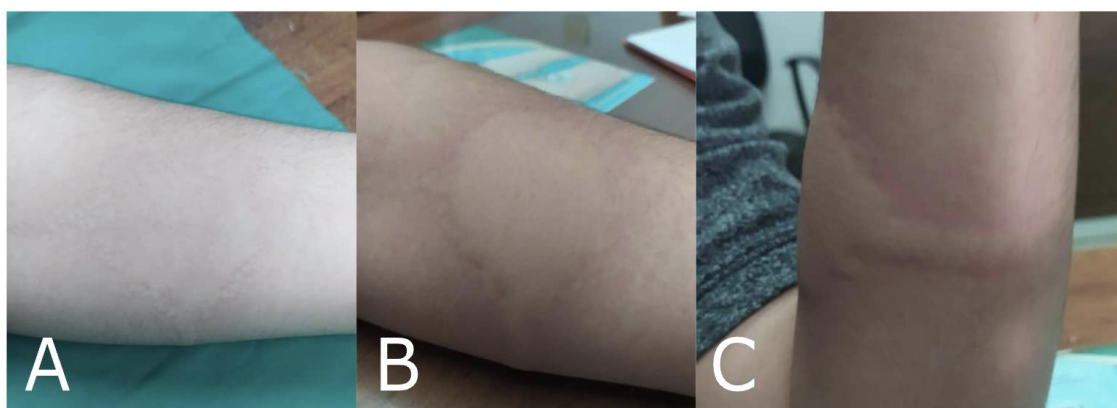


Figura 2. **A:** Inmediatamente después de retirar el cubo de hielo. **B:** A los 5 minutos de realizada la prueba. **C:** Una hora después de realizada la prueba.

diagnóstico con una urticaria acuagénica, sobre el antebrazo durante cinco minutos. Luego se retiró y se esperó, aproximadamente, 10 minutos para que la piel recuperara su temperatura normal.

A los cinco minutos de la prueba se realizó la evaluación, observándose un habón de gran diámetro (**Figura 2**), evidenciándose la positividad de la misma en gran medida. La lesión persistió aproximadamente cuatro horas, por lo que se le administró difenhidramina 20 mg, una ampolla por vía intramuscular, y prednisolona 30 mg, una ampolla por vía intramuscular.

Se le indicaron como exámenes complementarios un conteo absoluto de eosinófilos que resultó ligeramente aumentado (350 células/ μ L), y la detección de crioglobulinas para investigar causas secundarias. La determinación cualitativa resultó positiva tras el mantenimiento de la muestra a 4 °C, lo que permitió clasificar el caso como una urticaria por frío adquirida secundaria, asociada a crioglobulinemia.

Se le indicó al paciente realizar tratamiento con difenhidramina 25 mg, una tableta cada ocho horas

durante siete días, y luego continuar con cetirizina 10 mg, una tableta diaria. Actualmente, el paciente se encuentra bajo este esquema, con resolución completa de los síntomas y sin recidivas, continuando en seguimiento por consulta externa para monitorizar la evolución analítica de las crioglobulinas y descartar enfermedades sistémicas subyacentes.

Discusión

La UF puede clasificarse como adquirida o familiar. Con arreglo a su etiología, se clasifica a su vez como primaria cuando no existen causas subyacentes identificables, y secundaria cuando existe una enfermedad subyacente conocida. La UF primaria adquirida es la forma más común. La UF adquirida secundaria es una forma muy rara, y por lo general, se asocia a crioglobulinemia⁸.

La clasificación de nuestro caso como UF adquirida secundaria, sustentada por la positividad de las crioglobulinas, no es solo una categorización académica. Este hallazgo modificó nuestro enfoque, orientando la investigación hacia enfermedades sistémicas sub-

yacentes como procesos linfoproliferativos o infecciosos, aunque en el estudio inicial no se identificaron otras comorbilidades.

Como señalan Paulino et al.⁸, en su estudio retrospectivo sobre casos de UF, que el diagnóstico inicial es en esencia clínico a partir de los antecedentes de desarrollo de ronchas, angioedema, o anafilaxia tras la exposición al frío, el diagnóstico se sospechó en un principio por la clara relación temporal entre la exposición al frío y la aparición de habones. Sin embargo, seguimos el algoritmo diagnóstico estándar que exige confirmación objetiva mediante la prueba del cubo de hielo o utilizando el equipo TempTest®, siguiendo la metodología recomendada por Silva Belluco et al.⁹, que nos permitió confirmar el diagnóstico de UF y descartar otros subtipos de urticaria física, ya que evitar el contacto directo de la piel con el agua permite no confundir el diagnóstico con una urticaria acuagénica.

Nuestro paciente presenta dos características atípicas: es un adolescente masculino en una condición que, según Karabag Citlak et al.,¹⁰ en la población pediátrica predomina en niñas con una edad media de inicio de los síntomas de 8,8 años y que para Firmino Pereira et al.¹¹ se presenta en un rango de edad de entre 17 y 38 años; además, se manifestó en un clima tropical. No obstante, la fisiopatología subyacente concuerda con lo descrito por Pozderac et al.¹², según quienes la degranulación de mastocitos cutáneos desencadena la liberación de histamina y otros mediadores ante el estímulo producido en la piel al entrar en contacto con objetos fríos, líquidos e incluso el aire frío, provocando la aparición de habones y/o angioedema pruriginosos.

La presencia de alergia alimentaria al pescado, reportada por Miles et al.,¹³ en su estudio sobre las características clínicas y el manejo de la urticaria crónica inducible, como comorbilidad en hasta el 10% de los casos pediátricos, sugiere un terreno de atopia en nuestro paciente que podría modular la expresión clínica de la UF.

Nuestro enfoque terapéutico se alineó con las guías internacionales que posicionan a los antihistamínicos de segunda generación no sedantes como primera línea y que según Firmino Pereira et al.¹¹, indican que la respuesta al tratamiento con antihistamínicos convencionales es de aproximadamente el 50%. Si bien iniciamos con difenhidramina por disponibilidad, el esquema de mantenimiento con cetirizina 10 mg/día es el *gold standard* actual.

La excelente respuesta a dosis estándar es alentadora, aunque las guías establecen la opción de incrementar hasta cuatro veces la dosis en casos refractarios, en concordancia con lo expuesto por Sánchez Borges

et al.¹⁴, antes de considerar omalizumab que es el único medicamento biológico aprobado en el tratamiento de las urticarias crónicas inducibles, o ciclosporina-A.

Un aspecto relevante en la evolución de este caso fue la excepcional respuesta terapéutica observada. A pesar de que la literatura sugiere que las urticarias físicas inducibles, y en particular aquellas asociadas a crioglobulinemia, suelen presentar una mayor resistencia y requerir dosis de antihistamínicos hasta cuatro veces superiores a las convencionales, nuestro paciente logró un control total de los síntomas con dosis estándar de cetirizina (10 mg/día). Esta remisión temprana podría estar vinculada a una carga baja de crioglobulinas, a un umbral de activación mastocitaria favorable, a la naturaleza transitoria de la etiología en la edad pediátrica o a una fase inicial de alguna enfermedad subyacente.

La incidencia anual de la UF es de 0,05% y depende, en parte, de la región geográfica en la que se ubica cada caso, ya que es más común en regiones con climas más fríos¹⁵. Los estudios de carga global revelan una heterogeneidad geográfica sustancial en la distribución de la urticaria, Europa central y oriental y Asia central muestran la carga más alta, mientras que las regiones de altos ingresos de Asia-Pacífico muestran tendencias decrecientes¹⁶. Su incidencia en países con climas subtropicales húmedos como Uruguay o tropicales como Cuba, donde predominan las urticarias de etiología alimentaria, es baja; sin embargo, este caso sugiere un posible subdiagnóstico en dichas regiones. Esto refuerza la necesidad de que los médicos conozcan esta entidad para lograr un diagnóstico oportuno.

El hallazgo de crioglobulinas positivas, mencionado en la literatura como un evento raro en la infancia, exige una exploración diagnóstica más allá del síntoma cutáneo. Aunque en el estudio inicial no se identificaron comorbilidades, la presencia de estas proteínas obliga a descartar procesos infecciosos (como infección por el virus de hepatitis C o el virus de Epstein-Barr) o desórdenes linfoproliferativos incipientes. Por tanto, el diagnóstico de este caso no es definitivo, sino que marca el inicio de un seguimiento clínico y analítico estrecho, con el objetivo de evaluar la transitoriedad de las crioglobulinas o la aparición diferida de síntomas sistémicos.

Las urticarias inducibles son un grupo de urticarias crónicas que pueden tener un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes y generar restricciones, en especial la urticaria por frío. Esto puede evitarse con un abordaje de tratamiento adecuado y la concientización sobre la enfermedad, teniendo como principal medida evitar la exposición al agente causante, en este caso, el frío. Es de vital importancia

que el personal médico considere y conozca esta enfermedad para lograr un accionar rápido y seguro que evite complicaciones mayores.

Financiación

No se recibió financiación para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Contribución de autoría

Christian José Arencibia Pagés: Conceptualización, Metodología, Investigación, Curación de datos, Análisis formal, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición.

Circe Pagés Rubio: Conceptualización, Metodología, Investigación, Curación de datos, Análisis formal, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición.

Yudenia Machado Noa: Análisis formal, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición.

Conflictos de interés

Declaro que no hay ningún conflicto de interés comercial o financiero para esta investigación.

Declaraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado expreso de los representantes legales del paciente para su publicación, de acuerdo con la Declaración de Helsinki. Para garantizar la confidencialidad, los datos fueron estrictamente anonimizados conforme a la legislación vigente de protección de datos.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se ha utilizado ninguna herramienta de inteligencia artificial (como ChatGPT, Copilot, Gemini, u otras) en la redacción, análisis o revisión de este artículo.

Aprobado por el Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay.

Referencias

1. Maldonado Domínguez ED, Muñoz Estrada VF. Urticaria aguda. *Rev Alerg Mex*. 2024;71(3):189–204. Disponible en: <http://doi.org/10.29262/sdbj5w38>
2. Sarango K, Guapulema J, Cabrera E, Pinzon G. Urticaria alérgica: presentación de caso. *Ciencia Latina*. 2022;6(5):1951–60. Disponible en: http://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i5.3222
3. Bernstein JA, Ziaie N, Criado R, Criado PR, Rea S, Davis M. Chronic urticaria and angioedema: Masqueraders and misdiagnoses. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2023;11(8):2251–63. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.jaip.2023.06.033>
4. Maurer M, Pereira MP, Kolkhir P. The definition, classification, and history of urticaria. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2024;44(3):407–19. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.iac.2024.03.001>
5. Sociedad Argentina de Pediatría, Comités y Subcomisiones. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la urticaria en pediatría. Comité Nacional de Alergia. *Arch Argent Pediatr*. 2021;119(2): S54-S66. Disponible en: https://sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_supl_2_alergia_26-2pdf_1615231345.pdf
6. Kolkhir P, Giménez-Arnau AM, Kulthanan K, Peter J, Metz M, Maurer M. Urticaria. *Nat Rev Dis Primers*. 2022;8(1):61. Disponible en: <http://doi.org/10.1038/s41572-022-00389-z>
7. Lee R, Bernstein JA. Chronic spontaneous urticaria and chronic inducible urticaria. *J Allergy Clin Immunol*. 2025;156(3):546–56. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.jaci.2025.05.019>
8. Paulino M, Costa C, Neto M, Pedro E. Urticaria por frío. Caracterización de la población de una clínica ambulatoria especializada en urticaria. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2021; 112(8):740-746. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.04.003>
9. Silva Belluco PE, García Sifuentes B, Domínguez Ferreira M. Cold-induced urticaria and the risk of anaphylaxis. *Rev Cienc Saude*. 2021;11(2):18-23h. Disponible en: <https://doi.org/10.21876/rcshci.v11i2.1081>
10. Karabag Citlak H, Azkur D, Kavas Yildiz Y, Demirel AC, Kot H, Vezir E, et al. Cold-induced urticaria in children: A multicenter, retrospective cohort study. *Allergy Asthma Proc*. 2023;44(6):e36–43. Disponible en: <http://doi.org/10.2500/aap.2023.44.230050>
11. Firmino Pereira AR, Motta AA, Kalil J, Agondi RC. Chronic inducible urticaria: confirmation through challenge tests and response to treatment. *Einstein*. 2020;18:eAO5175. Disponible en: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5175
12. Pozderac I, Lugović Mihić L, Artuković M, Stipić Marković A, Kuna M, Ferček I. Chronic inducible urticaria: classification and prominent features of physical and non-physical types. *Acta Dermatovenereologica*. 2020;29:141-148. Disponible en: <https://acta-apa.org/journals/acta-dermatovenereol-apa/papers/10.15570/actaapa.2020.29/actaapa.2020.29.pdf>
13. Miles LM, Gabrielli S, Le M, Netchiporouk E, Baum S, Greenberger S, et al. Clinical characteristics, management, and natural history of chronic inducible urticaria in a pediatric cohort. *International Archives of Allergy and Immunology*. 2021;182(8):757-764. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000514757>
14. 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 Organization Journal*. 2021;14(6), 100546. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.waojou.2021.100546>
15. Cardona Hernández MÁ, Candelaria CPL. Urticarias crónicas inducibles. Clasificación y características generales. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2022;31(1-2):16-25. Disponible en: <https://doi.org/10.35366/107797>
16. Pu Y, He L, Wang X, Zhang Y, Zhao S, Fan J. Global, regional, and national levels and trends in burden of urticaria: A systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2019. *J Glob Health*. 2024;14(04095). Disponible en: <https://doi.org/10.7189/jogh.14.04095>

Acquired cold urticaria associated with cryoglobulinaemia: a paediatric case report

Abstract

Introduction: Cold urticaria is characterized by the development of wheals and/or angioedema after exposure to air, surfaces, or water colder than body temperature. It commonly occurs in young adults and is slightly more prevalent in women.

Clinical case: This case involved a 14-year-old White male adolescent from a rural area with a history of food allergy and intestinal parasitosis. He presented with skin lesions on his hands and forearms after exposure to cold temperatures, which resolved with antihistamines or after cessation of cold exposure. Physical cold urticaria was suspected; therefore, a cold stimulation test, or ice cube test, was performed and yielded a positive result. Laboratory tests confirmed the presence of cryoglobulins, and the condition was classified as secondary acquired cold urticaria associated with cryoglobulinemia. The patient was prescribed diphenhydramine 25 mg, one tablet every 8 hours for 7 days, followed by cetirizine 10 mg, one tablet daily. He is currently receiving this treatment, with clinical and laboratory resolution and no recurrence of urticaria.

Conclusion: Inducible urticarias are a group of chronic urticarias that can have a substantial impact on patients' quality of life, particularly rare secondary forms such as cold urticaria associated with cryoglobulinemia. This impact can be minimized through appropriate treatment, disease awareness, and close follow-up. It is essential that healthcare professionals consider and recognize this condition and its possible underlying causes to ensure prompt and safe management and prevent serious complications.

Keywords: Chronic inducible urticaria. Angioedema. Urticaria. Cryoglobulins. Antihistamine. Pediatrics.

Urticária ao frio adquirida associada à crioglobulinemia: relato de caso pediátrico

Resumo

Introdução: A urticária ao frio caracteriza-se pelo aparecimento de habões e/ou angioedema após a exposição ao ar, a superfícies ou à água com temperaturas inferiores à temperatura corporal. Ocorre frequentemente em adultos jovens, com prevalência ligeiramente maior em mulheres.

Caso clínico: O presente caso corresponde a um adolescente branco, do sexo masculino, de 14 anos, procedente de uma área rural, com antecedentes de alergia alimentar e parasitose intestinal. O paciente procurou atendimento por apresentar lesões cutâneas nas mãos e nos antebraços quando exposto a baixas temperaturas, as quais desapareciam com o uso de anti-histamínicos ou após o término da exposição ao frio. Suspeitou-se de urticária física ao frio e, por esse motivo, foi realizado o teste de provocação pelo frio, ou teste do cubo de gelo, cujo resultado foi positivo. Os exames laboratoriais confirmaram a presença de crioglobulinas, e o quadro foi classificado como urticária ao frio adquirida secundária associada à crioglobulinemia. Foi prescrito tratamento com difenidramina 25 mg, um comprimido a cada 8 horas durante 7 dias, seguido de cetirizina 10 mg, um comprimido ao dia. Atualmente, o paciente permanece em tratamento, com resolução clínica e laboratorial e sem recorrência da urticária.

Conclusão: As urticárias induzíveis constituem um grupo de urticárias crônicas que podem causar um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes, especialmente em formas secundárias raras, como a associada à crioglobulinemia. Esse impacto pode ser reduzido por meio de uma abordagem terapêutica adequada, da conscientização sobre a doença e do acompanhamento rigoroso. É fundamental que os profissionais de saúde considerem e conheçam essa condição e suas possíveis causas subjacentes, a fim de garantir uma atuação rápida e segura e evitar complicações graves.

Palavras-chave: Urticária crônica induzível. Angioedema. Urticária. Crioglobulinas. Anti-histamínico. Pediatria.
