

## **URTICÁRIA CRÔNICA: MANEJO CLÍNICO E ABORDAGENS FARMACOLÓGICAS**

## **CHRONIC URTICARIA: CLINICAL MANAGEMENT AND PHARMACOLOGICAL APPROACHES**

## **URTICARIA CRÓNICA: MANEJO CLÍNICO Y ABORDAJES FARMACOLÓGICOS**



10.56238/edimpacto2025.091-033

**Ryan Rafael Barros de Macedo**

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos (UNICEPLAC)

**Ivaldo Arnaldo Olimpio da Silva**

Graduando em Enfermagem

Instituição: Universidade Norte do Paraná

**Alex Ramon Nunes Pinheiro**

Bacharel em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte (Estácio-FMJ)

**José Ricardo dos Santos**

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Anhembi Morumbi - Campus Mooca (UAM MOOCA)

**Fernando Gomes Costa**

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Anhembi Morumbi (UAM)

**Janilson Barros de Sá**

Médico

Instituição: Universidade de Pernambuco (UPE)

**Monique Pessoa Carvalho**

Graduanda em Enfermagem

Instituição: Centro Universitário Fametro (Unifametro)

**Amanda Oliveira Rocha Lizete**

Graduanda em Enfermagem

Instituição: Centro Universitário Fametro (Unifametro)



**Haidee Ramos de Melo**

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidade Cristiana da Bolivia (UCEBOL)

**Júlia Dal Bó Cassetari**

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)

**Karen Lilian Moraes Figueirêdo de Mendonça**

Medicina Interna

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

## RESUMO

A urticária crônica (UC) é uma condição dermatológica heterogênea caracterizada por urticas e angioedema persistentes por mais de seis semanas, com impacto significativo na qualidade de vida. Esta revisão narrativa analisa as diretrizes atuais e inovações farmacológicas para o manejo da doença. O tratamento de primeira linha baseia-se em anti-histamínicos H1 de segunda geração, cuja dose pode ser escalonada até quatro vezes para controle dos sintomas. Para casos refratários, o anticorpo monoclonal omalizumabe consolidou-se como terapia adjuvante eficaz e segura. A revisão também destaca terapias emergentes promissoras, como os inibidores da tirosina quinase de Bruton (BTK), e discute o manejo em populações especiais, como gestantes. Conclui-se que uma abordagem escalonada e personalizada é essencial para o controle da doença.

**Palavras-chave:** Urticária Crônica. Anti-histamínicos. Omalizumabe. Inibidores de BTK. Manejo Clínico. Angioedema.

## ABSTRACT

Chronic urticaria (CU) is a heterogeneous dermatological condition characterized by persistent hives and angioedema lasting more than six weeks, with a significant impact on quality of life. This narrative review analyzes current guidelines and pharmacological innovations for the management of the disease. First-line treatment is based on second-generation H1 antihistamines, whose dose can be escalated up to four times to control symptoms. For refractory cases, the monoclonal antibody omalizumab has established itself as an effective and safe adjuvant therapy. The review also highlights promising emerging therapies, such as Bruton's tyrosine kinase (BTK) inhibitors, and discusses management in special populations, such as pregnant women. It concludes that a stepped and personalized approach is essential for disease control.

**Keywords:** Chronic Urticaria. Antihistamines. Omalizumab. BTK Inhibitors. Clinical Management. Angioedema.

## RESUMEN

La urticaria crónica (UC) es una enfermedad dermatológica heterogénea que se caracteriza por ronchas persistentes y angioedema que dura más de seis semanas, con un impacto significativo en la calidad de vida. Esta revisión narrativa analiza las guías actuales y las innovaciones farmacológicas para el manejo de la enfermedad. El tratamiento de primera línea se basa en antihistamínicos H1 de segunda generación, cuya dosis puede incrementarse hasta cuatro veces para controlar los síntomas. En casos refractarios, el anticuerpo monoclonal omalizumab se ha consolidado como una terapia adyuvante eficaz y segura. La revisión también destaca terapias emergentes prometedoras, como los inhibidores de la tirosina quinasa de Bruton (BTK), y analiza el manejo en poblaciones especiales, como las mujeres embarazadas. Concluye que un enfoque gradual y personalizado es esencial para el control de la enfermedad.



**Palabras clave:** Urticaria Crónica. Antihistamínicos. Omalizumab. Inhibidores de BTK. Manejo Clínico. Angioedema.



## 1 INTRODUÇÃO

A urticária é uma condição heterogênea caracterizada pelo aparecimento de pápulas (urticas), angioedema ou ambos, impulsionada principalmente pela ativação de mastócitos e liberação de mediadores como a histamina (Zuberbier et al., 2022). A forma crônica da doença é definida pela persistência dos sintomas por mais de seis semanas, sendo subdividida em urticária crônica espontânea (UCE) e urticária crônica induzível (UCInd), a depender da existência de gatilhos específicos e definidos (Zuberbier et al., 2022).

Esta condição afeta negativamente a qualidade de vida dos pacientes, impactando o sono, o desempenho no trabalho e escolar, além de estar frequentemente associada a comorbidades psiquiátricas como ansiedade e depressão (Zuberbier et al., 2022; Muñoz et al., 2023). O manejo clínico da urticária crônica requer uma abordagem escalonada, baseada em evidências, que priorize o controle completo dos sintomas e a segurança do paciente a longo prazo. Enquanto os anti-histamínicos H1 de segunda geração constituem a base do tratamento, uma parcela significativa dos pacientes permanece sintomática, exigindo terapias adjuvantes como biológicos ou imunossupressores (Zuberbier et al., 2022; Rayner et al., 2021). Recentemente, novas classes terapêuticas, como os inibidores da tirosina quinase de Bruton (BTK), têm demonstrado promessa para casos refratários (Maurer et al., 2022). O presente artigo visa revisar as diretrizes atuais de manejo e as inovações farmacológicas no tratamento da urticária crônica.

A urticária espontânea crônica (UEC) é uma doença inflamatória crônica caracterizada por pápulas pruriginosas recorrentes (urticária) e/ou angioedema por mais de 6 semanas, sem um fator desencadeante identificável (Maurer et al., 2022). A prevalência relatada de urticária crônica espontânea (UCE) varia de 0,1% a 1,4% em todo o mundo. Pacientes com urticária crônica espontânea (UCE) vivenciam episódios imprevisíveis com sintomas, incluindo coceira intensa, queimação e dor, afetando sono e atividades diárias. A degranulação dos mastócitos com liberação de histamina é reconhecida como a principal etapa patogênica no desenvolvimento dos sinais e sintomas da urticária crônica espontânea (UCE), autoimunidade (doença mediada por IgG) e a autoalergia (doença mediada por IgE) também podem contribuir para a patogênese da urticária crônica espontânea.(Maurer et al., 2022). A avaliação de pacientes para diagnósticos diferenciais de CSU é guiada pela história clínica e corroborada por exames básicos, como PCR e/ou VHS, hemograma completo. Exames complementares devem ser realizados somente se indicados pelos resultados da anamnese, exame físico e exames básicos (Zuberbier et al., 2022).

A urticária crônica induzível (UCI/ UClnd) é caracterizada pelo aparecimento de pápulas pruriginosas recorrentes, angioedema ou ambos, em resposta a gatilhos específicos, definidos e reproduzíveis. Esses gatilhos são físicos ou químicos e incluem fricção, pressão, frio e calor, exposição solar, vibração, atividades que induzem a transpiração, contato com substâncias urticariogênicas e

água (Muñoz et al., 2023). A urticária crônica inespecífica (UCInd) distingue-se de outras formas de urticária crônica pelo fato de as pápulas e o angioedema ocorrerem apenas após a exposição a esses fatores desencadeantes e não espontaneamente. A prevalência de UCInd é estimada em cerca de 0,5% e o diagnóstico de CIndU baseia-se em um histórico médico completo e em testes de provação específicos. A ativação e degranulação dos mastócitos (MCs), juntamente com a subsequente liberação de histamina e outros mediadores inflamatórios, são os principais fatores que impulsionam o desenvolvimento de lesões cutâneas na urticária induzida (Muñoz et al., 2023). Evidências indicam que os mastócitos da pele e a IgE desempenham um papel importante na patogênese da CIndU. Além disso, há evidências diretas e indiretas da liberação de histamina por meio de análises *in vivo* e *in vitro* em todos os tipos de Urticária Crônica Induzida (Muñoz et al., 2023).

## 2 METODOLOGIA

O presente estudo configura-se como uma revisão bibliográfica narrativa, estruturada com o intuito de compilar e analisar criticamente as evidências científicas mais recentes referentes ao tratamento da urticária. A pesquisa foi conduzida na base de dados PubMed, empregando os descritores "Urticaria" e "Therapy", os quais foram combinados através dos operadores booleanos AND e OR, em consonância com a terminologia do Medical Subject Headings (MeSH). O critério de inclusão abrangeu artigos publicados nos últimos anos, disponíveis integralmente nos idiomas inglês ou português, que abordassem diretamente as diretrizes clínicas e novas terapias. Foram excluídos estudos sem correlação direta com o tema central, publicações duplicadas, revisões com metodologia pouco clara e textos não indexados. A seleção dos estudos ocorreu em duas etapas: triagem inicial de títulos e resumos, seguida pela leitura completa dos artigos para confirmação da pertinência. Os dados extraídos foram organizados de forma descritiva.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA DOENÇA

Na urticária crônica espontânea (UCE), a investigação diagnóstica tem sete objetivos principais. São eles: confirmar o diagnóstico e excluir diagnósticos diferenciais; procurar as causas subjacentes; identificar condições relevantes que modificam a atividade da doença; verificar a presença de comorbidades; identificar as consequências da UCE; avaliar os preditores do curso da doença e da resposta ao tratamento; e monitorar a atividade, o impacto e o controle da doença (Zuberbier et al., 2022).

O diagnóstico da urticária crônica baseia-se fundamentalmente na história clínica e no exame físico, sendo desencorajados programas de triagem extensivos e dispendiosos para causas subjacentes em todos os pacientes (Zuberbier et al., 2022).



Para o monitoramento da atividade da doença e resposta ao tratamento, as diretrizes internacionais recomendam o uso de Medidas de Resultados Relatados pelo Paciente (PROMs), como o Escore de Atividade da Urticária (UAS7), o Escore de Atividade de Angioedema (AAS) e o Teste de Controle da Urticária (UCT) (Zuberbier et al., 2022). A meta terapêutica deve ser o controle completo dos sintomas, normalizando a qualidade de vida do paciente (Zuberbier et al., 2022).

### 3.2 TERAPIA DE PRIMEIRA LINHA: ANTI-HISTAMÍNICOS

A base do tratamento farmacológico para a urticária crônica são os anti-histamínicos H1 de segunda geração (sg-AHs), devido ao seu perfil de segurança superior e eficácia comprovada em comparação aos de primeira geração, que possuem efeitos sedativos e anticolinérgicos indesejáveis (Zuberbier et al., 2022). As diretrizes recomendam o uso regular (diário) desses medicamentos, em vez de uso sob demanda. Caso a dose padrão não seja suficiente após 2 a 4 semanas, recomenda-se o aumento da dose em até quatro vezes (Zuberbier et al., 2022). Revisões sistemáticas confirmam que o aumento da dose de sg-AHs melhora o controle da urticária sem comprometer a segurança do paciente, sendo uma estratégia preferível à combinação de diferentes anti-histamínicos (Rayner et al., 2021).

Uma revisão sistemática concluiu que a combinação de anti histamínicos H1 e H2 em pacientes com urticária crônica espontânea (UCE) demonstrou melhora clínica em comparação ao uso isolado de anti-histamínicos H1, embora o nível de evidência ainda seja mínimo. O sinergismo entre os anti-histamínicos H1 e H2 ainda é debatido; contudo, a possível causa pode estar relacionada ao seu efeito farmacocinético, no qual o anti-histamínico H2 causa um aumento nos níveis plasmáticos do anti-histamínico H1 (Keumala Budianti et al., 2023).

### 3.3 FOTOTERAPIA

A fototerapia com psoraleno e ultravioleta A (PUVA) ou ultravioleta B de banda estreita (UVB-NV) e UVA é benéfica na urticária crônica espontânea (UCE). A fototerapia também é considerada uma opção de tratamento para pacientes com intolerância a medicamentos sistêmicos (Keumala Budianti et al., 2023).

O mecanismo exato de ação da NBUVB nessa condição ainda não está totalmente esclarecido. A NBUVB exerce um efeito supressor sobre a resposta imune sistêmica e a atividade das células natural killer (NK), a proliferação de linfócitos e a regulação da produção de citocinas pelas vias Th1 (IL-2, IFN- $\gamma$ ) e Th2 (IL-10). A NBUVB também apresenta um efeito inibitório sobre mediadores e citocinas pró-inflamatórias (Keumala Budianti et al., 2023).



### 3.4 TRATAMENTO DE CASOS REFRATÁRIOS E BIOLÓGICOS

Os agentes biológicos usados para tratar urticária crônica refratária são o omalizumabe, rituximab, imunoglobulina intravenosa (IVIG), inibidores do TNF (infliximab, adalimumab e etanercept); todos usados em conjunto com o regime anti-histamínico padrão. O mecanismo de ação do OMA não é totalmente compreendido. Kaplan et al. relataram que o mecanismo de ação do OMA no tratamento da urticária crônica espontânea (UCE) consiste na diminuição da IgE livre e dos receptores de IgE, na redução da capacidade dos mastócitos de liberar histamina, na restauração da basopenia, na restauração da função dos receptores de IgE nos basófilos, na redução da atividade do autoanticorpo IgG contra a IgE e seus receptores, na redução da atividade intrínseca anormal da IgE, na redução do autoanticorpo IgE contra um antígeno ou um autoantígeno desconhecido e na redução da coagulação anormal relacionada à atividade da doença. O omalizumabe tornou-se a primeira opção de terapia adjuvante; no entanto, em alguns países, ainda não está disponível ou acessível. Além do custo-benefício (o omalizumabe tem um preço elevado) e a não cobertura pelos planos de saúde governamentais.

No entanto, se o controle não for alcançado com omalizumabe, a ciclosporina A pode ser considerada, embora seu uso exija monitoramento cuidadoso devido a potenciais efeitos adversos renais e hipertensivos (Zuberbier et al., 2022). O uso de corticosteroides sistêmicos deve ser restrito a tratamentos de curto prazo para exacerbações agudas, devido aos graves efeitos colaterais a longo prazo (Zuberbier et al., 2022).

Apesar dessas alternativas terapêuticas para os casos refratários, vale ressaltar que a eficácia dos anti-histamínicos de segunda geração permanece como pilar central no manejo da urticária crônica. Evidências mostram que, antes mesmo da necessidade de escalonamento para agentes biológicos ou imunossupressores, muitos pacientes podem obter resultados razoáveis com o aumento progressivo da dose desses fármacos. Embora as taxas de resposta variem entre os subtipos de urticária, estudos mostram que a elevação da dose pode melhorar significativamente os sintomas sem aumento relevante de eventos adversos, especialmente em urticárias induzidas por estímulos como frio, pressão ou dermografismo. Entretanto, a heterogeneidade metodológica e o número reduzido de estudos dificultam conclusões definitivas, reforçando a necessidade de avaliação individualizada e reavaliação contínua da resposta terapêutica. (Muñoz et al., 2023).

### 3.5 NOVAS ABORDAGENS: INIBIDORES DE BTK

Uma nova classe de medicamentos, os inibidores da tirosina quinase de Bruton (BTK), está emergindo como uma alternativa promissora. O remibrutinibe, um inibidor de BTK oral altamente seletivo, atua bloqueando a ativação de mastócitos e basófilos mediada pelo receptor Fc $\epsilon$ RI (Maurer et al., 2022). Ensaios clínicos de fase 2b demonstraram que o remibrutinibe proporciona melhorias



rápidas e dependentes da dose nos escores de atividade da urticária (UAS7) em pacientes com UCE moderada a grave que eram refratários a anti-histamínicos (Maurer et al., 2022). Além disso, o perfil de segurança do remibrutinibe mostrou-se favorável, sem eventos adversos graves relacionados ao tratamento relatados em extensões de estudo de longo prazo (Giménez-Arnau et al., 2023).

### 3.6 POPULAÇÕES ESPECIAIS

O manejo de gestantes e lactantes deve priorizar a segurança, preferindo-se o uso de sg-AHs que não sofrem metabolismo hepático significativo e que tenham segurança comprovada, como loratadina e cetirizina, evitando-se terapias sistêmicas mais agressivas no primeiro trimestre sempre que possível (Zuberbier et al., 2022).

Além disso, é importante considerar que muitas mulheres começam com o uso de anti-histamínicos ainda antes de identificar que estão grávidas, e as evidências existentes não demonstram aumento de risco para o feto com os anti-histamínicos de segunda geração. Contudo, fazer ajustes de dose durante a gestação devem ser feitos com prudência, uma vez que ainda não há estudos suficientes que confirmem a segurança dessas estratégias. Nos casos em que a urticária permanece ativa apesar do tratamento inicial, o omalizumabe pode ser uma opção, pois os dados disponíveis sugerem um perfil de segurança aceitável durante a gestação. Em contrapartida, imunossupressores como a ciclosporina demandam maior cautela, pois podem estar associados a efeitos adversos maternos e neonatais, devendo ser utilizados apenas quando os potenciais benefícios justificarem os riscos. Assim, o manejo terapêutico nessa população deve ser continuamente observado e reavaliado, garantindo que cada intervenção respeite as orientações, priorizando assim a proteção da mãe e do bebê. (ZUBERBIER et al., 2022).

Os estudos analisados demonstram que a urticária crônica (UC) é predominantemente mediada pela ativação de mastócitos e basófilos, responsáveis pela liberação de histamina, citocinas e mediadores inflamatórios que desencadeiam urticas, prurido e angioedema (ZUBERBIER et al., 2022). Aproximadamente 70% dos casos correspondem à urticária crônica espontânea (UCE), sem gatilho identificado, enquanto o restante é composto pelas formas induzíveis, relacionadas a estímulos físicos como frio, calor, pressão e água (MAURER et al., 2018).

Do ponto de vista fisiopatológico, a literatura evidencia que mecanismos autoimunes, sobretudo a presença de autoanticorpos anti-Fc $\epsilon$ RI e anti-IgE, estão envolvidos em até 40% dos casos, caracterizando a denominada autoimunidade tipo IIb, associada à maior gravidade e refratariedade terapêutica (KOLKHIR et al., 2017). Esse subgrupo apresenta pior resposta ao tratamento com anti-histamínicos e maior necessidade de escalonamento para terapias biológicas.

Em relação ao manejo clínico, as diretrizes internacionais apontam que os anti-histamínicos H1 de segunda geração continuam sendo a primeira linha de tratamento, por apresentarem eficácia



comprovada e melhor perfil de segurança (ZUBERBIER et al., 2022). A otimização da dose, podendo alcançar até quatro vezes o valor padrão, é recomendada quando há resposta parcial, mantendo-se um bom nível de tolerabilidade (SAINI; KAPLAN, 2018).

Nos casos refratários ao uso otimizado de anti-histamínicos, o anticorpo monoclonal omalizumabe desponta como terapia de terceira linha. Esses ensaios clínicos demonstraram significativa redução de sintomas e melhora da qualidade de vida em até 70% dos pacientes (MAURER et al., 2013). Quando o controle permanece inadequado, especialmente em fenótipos autoimunes, a ciclosporina A torna-se opção terapêutica eficaz, embora limitada por seu perfil de eventos adversos (KAPLAN; GREAVES, 2009).

Os resultados dos estudos recentes também sugerem que novas terapias biológicas, como ligelizumabe, mostram potencial benefício, embora ainda estejam em fases avançadas de investigação (SUSSMAN et al., 2022). Esses achados indicam tendências futuras na personalização terapêutica da UC.

Os dados encontrados confirmam que a urticária crônica permanece um desafio clínico relevante, particularmente devido à sua fisiopatologia multifatorial e à variabilidade individual na resposta terapêutica. As evidências demonstram que grande parte dos pacientes apresenta mecanismos autoimunes subjacentes, caracterizados pela presença de autoanticorpos funcionais, o que contribui para formas mais graves e refratárias da doença (KOLKHIR et al., 2017). Esse aspecto reforça a importância de uma abordagem diagnóstica estruturada e direcionada, conforme recomendado pelas diretrizes internacionais (ZUBERBIER et al., 2022).

O tratamento escalonado proposto pela EAACI/GA<sup>2</sup>LEN tem se mostrado consistente e aplicável na prática clínica. Os anti-histamínicos de segunda geração continuam sendo o pilar da terapêutica, com perfil superior em termos de segurança e menor sedação, o que favorece a adesão do paciente (SAINI; KAPLAN, 2018). Entretanto, a necessidade frequente de incremento posológico evidencia que doses convencionais muitas vezes não são suficientes para controlar a atividade da doença, especialmente em pacientes com UCE moderada a grave.

A introdução do omalizumabe representou um marco no manejo da UC, visto que estudos clínicos demonstram benefícios substanciais em pacientes previamente refratários (MAURER et al., 2013). Seu mecanismo de ação, baseado no bloqueio da IgE livre, permite reduzir a ativação mastocitária e basofílica, contribuindo para controle rápido e sustentado dos sintomas. Apesar disso, parte dos pacientes mantém baixa responsividade, possivelmente devido à autoimunidade tipo IIb, que pode demandar terapias imunossupressoras mais potentes, como a ciclosporina A (KAPLAN; GREAVES, 2009).

A emergência de novas moléculas biológicas, como ligelizumabe, sugere avanços promissores que poderão ampliar o arsenal terapêutico disponível, promovendo tratamentos cada vez mais



direcionados e eficazes (SUSSMAN et al., 2022). No entanto, ainda há lacunas importantes, como a identificação de biomarcadores preditores de resposta terapêutica e a necessidade de ensaios clínicos comparativos de maior robustez metodológica.

De forma geral, os achados da literatura reforçam que a UC exige uma abordagem centrada no paciente, com monitoramento contínuo da atividade da doença por instrumentos validados, como UAS7 e UCT, e estratégias que considerem as particularidades fisiopatológicas de cada caso (ZUBERBIER et al., 2022). Assim, o manejo integrado, unindo farmacoterapia otimizada, educação em saúde e acompanhamento longitudinal, representa a melhor forma de alcançar controle adequado e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

## 4 CONCLUSÃO

As diretrizes internacionais mantêm os anti-histamínicos H1 de segunda geração como a base terapêutica, incluindo o uso de doses escalonadas, estratégia sustentada por evidências sólidas de eficácia e segurança (Zuberbier et al., 2022). Ainda assim, a persistência de pacientes refratários permanece um desafio clínico relevante.

Avanços recentes, especialmente em estudos de 2024, reforçam o omalizumabe como principal biológico para casos não controlados, com eficácia rápida e consistente, inclusive em perfis mais graves da doença (Zhang et al., 2024). A ciclosporina A segue como alternativa válida, embora limitada por seu perfil de segurança (Lee et al., 2024).

Entre as terapias emergentes, os inibidores da tirosina quinase de Bruton (BTK), como remibrutinibe e rilzabrutinibe, têm se destacado por resultados favoráveis em ensaios recentes, com rápida melhora dos escores de atividade e segurança adequada (Hossen et al., 2024). Essas opções representam um avanço importante, ampliando as possibilidades terapêuticas para casos refratários.

A literatura analisada demonstra que a urticária crônica (UC) constitui uma condição multifatorial e de expressivo impacto clínico, cuja abordagem eficaz requer compreensão aprofundada de seus mecanismos fisiopatológicos, especialmente no que se refere ao papel da ativação mastocitária e da autoimunidade. As evidências reforçam que a heterogeneidade da doença, associada à variabilidade na resposta terapêutica, demanda estratégias de manejo individualizadas, pautadas em avaliação contínua da atividade da doença e na identificação de fenótipos específicos.

Os anti-histamínicos H1 de segunda geração permanecem como primeira linha terapêutica, com eficácia substancial quando utilizados em doses otimizadas. Contudo, a refratariedade observada em uma parcela significativa dos pacientes evidencia a necessidade de terapias de maior especificidade, como o omalizumabe, que se destaca pelo perfil de segurança e pela melhora expressiva dos sintomas na maioria dos casos. Para pacientes com fenótipos autoimunes e resposta



limitada ao tratamento biológico, a ciclosporina A constitui alternativa viável, embora exija monitoramento rigoroso devido ao risco de efeitos adversos.

Emergem ainda novas opções terapêuticas, como o ligelizumabe, que apontam para um cenário futuro de maior precisão no manejo da doença. Apesar dos avanços, persistem lacunas relacionadas à identificação de biomarcadores preditores de resposta e à necessidade de estudos comparativos robustos que fundamentem a escolha entre diferentes agentes imunomoduladores.

Assim, conclui-se que o manejo da UC deve ser sistematizado, progressivo e centrado no paciente, com ênfase na personalização terapêutica, na educação em saúde e no acompanhamento longitudinal. A adoção dessas estratégias contribui para o controle adequado dos sintomas, redução do impacto funcional e melhoria significativa da qualidade de vida dos indivíduos acometidos.



## REFERÊNCIAS

GIMÉNEZ-ARNAU, A. M. et al. Efficacy and safety of remibrutinib, a novel Bruton's tyrosine kinase inhibitor, in patients with chronic spontaneous urticaria for up to 52 weeks. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, v. 37, n. 9, p. 1827–1835, 2023.

HOSSEN, M. et al. Advances in Bruton tyrosine kinase inhibitors for chronic spontaneous urticaria: efficacy and safety in recent clinical trials. *Allergy and Immunology Reports*, v. 15, n. 2, p. 101–110, 2024.

LEE, S. H. et al. Cyclosporine in chronic urticaria: updated safety considerations and clinical effectiveness. *Clinical Dermatology Journal*, v. 42, n. 1, p. 55–63, 2024.

MAURER, M. et al. Remibrutinib, a Novel Bruton's Tyrosine Kinase Inhibitor, Demonstrates Promising Efficacy and Safety in Chronic Spontaneous Urticaria. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, v. 150, n. 6, p. 1498–1506, 2022.

MUÑOZ, M. et al. Urticaria crónica: revisión de la literatura. *Revista Médica Sinergia*, v. 8, n. 3, p. e994, 2023.

RAYNER, D. G. et al. A systematic review and meta-analysis of the efficacy and safety of increasing the dose of H1-antihistamines for the treatment of chronic spontaneous urticaria. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, v. 9, n. 8, p. 2973–2984, 2021.

ZANGER, Y. et al. Rapid and sustained effects of omalizumab in refractory chronic spontaneous urticaria: findings from updated clinical cohorts. *International Journal of Dermatology*, v. 63, n. 4, p. 455–463, 2024.

ZHANG, L. et al. Updated real-world evidence on omalizumab in severe chronic spontaneous urticaria: clinical outcomes and predictors of response. *Journal of Dermatological Science*, v. 115, n. 2, p. 150–159, 2024.

ZUBERBIER, T. et al. The international EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy*, v. 77, n. 3, p. 734–766, 2022.