

Trastorno depresivo y deterioro cognitivo en la población anciana demandante de consulta

Introducción. Los trastornos del estado de ánimo en el anciano, fundamentalmente la depresión, tienen una elevada prevalencia que oscila, según los estudios, en un 6-30%.

Los trastornos depresivos son uno de los motivos de consulta más frecuentes para el médico de familia. La entrevista clínica es uno de los métodos de cribado más efectivo.

Objetivo. Estimar la prevalencia de los trastornos depresivos y el deterioro cognitivo (DC), usando como test de cribado la escala de depresión geriátrica reducida de Yesavage y el test de Pfeiffer, así como analizar los posibles factores asociados.

Diseño. Estudio prospectivo observacional, transversal.

Emplazamiento. Área de salud urbana (ABS) y docente que atiende a 20.000 habitantes, aproximadamente.

Participantes. Muestra aleatoria sistemática de 126 pacientes mayores de 65 años, que acudieron a la consulta de forma espontánea durante el período comprendido entre noviembre de 2002 y febrero de 2003. Excluimos a los pacientes con DC grave, los pertenecientes al programa de atención domiciliaria y los que presentaban un proceso depresivo activo.

Mediciones principales. Registramos las siguientes variables: sexo, edad, nivel de estudios, estado civil, convivencia actual, presencia de enfermedades crónicas, número de fármacos tomados diariamente, hospitalización previa o algún acontecimiento vital acaecido en los últimos 6 meses. Valoramos el estado del ánimo depresivo

utilizando el test de Yesavage reducido de 15 ítems (puntuación normal 0-5 puntos, probable depresión 6-9, depresión establecida > 9). La valoración cognitiva se realizó con el test de Pfeiffer (puntuación normal de 0-2 errores, DC leve 3-4, DC moderado 5-7 y DC importante 8-10). Para el análisis estadístico facilitamos las diferentes medias y proporciones observadas con sus correspondientes intervalos de confianza del 95%.

Resultados. Los pacientes tenían una edad media de $\pm$ DE 73 $\pm$ 5,7 años. El 47% eran varones y el 53% mujeres. Respecto al nivel de estudios, recogimos los siguientes datos: analfabetismo 8%, estudios primarios 88% y estudios superiores 4%. Respecto al estado civil: 5% solteros, 70% casados, 22% viudos, y 3% otros. El resultado de los tests puede observarse en la tabla 1. La prevalencia de la depresión establecida fue del 10,3 $\pm$ 5,2%. Al estratificar las variables asociadas a la depresión encontramos diferencias significativas para el estado civil, en el caso de ser viudo, y con la convivencia para los pacientes que vivían solos. El 1,6 $\pm$ 1,5% tenía un DC moderado y el 9,5 $\pm$ 5,2% un DC leve.

Conclusiones. Uno de cada cuatro pacientes puede estar sufriendo una depresión no diagnosticada. Es preciso que los médicos de atención primaria tengan una actitud de sospecha continua para poder hacer un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado del proceso depresivo.

Por otro lado, observamos que más de un 11% de los pacientes presentaban algún grado de DC, teniendo en cuenta que los pacientes con DC grave fueron excluidos del estudio.

E. Ras Vidal^a, J. Gálvez Mora^a,
S. Montesinos Sanz^a
y A. Vila Córcoles^b

^aMédico de Familia. Área Básica de Salud Valls-Urbà. Valls. Tarragona. España.

^bMédico de Familia. Servicio de Atención Primaria (SAP). Valls. Tarragona. España.

Palabras clave: Anciano. Depresión. Deterioro cognitivo.

1. De la Gándara. Manejo de la depresión y ansiedad en atención primaria. *Aten Primaria* 1997;20:389-94.
2. García Serrano MJ, Tobías Ferrer J. Prevalencia de la depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Aten Primaria* 2001;27:484-8.
3. Benítez M, Hernández P, Barreto J. Evaluación geriátrica exhaustiva en atención primaria: valoración de su utilidad.
4. Rispau A, Soler M, García Y, Caramés E, Espín A, García C. Factores de riesgo asociados al consumo de antidepresivos. *Aten Primaria* 1998;22:440-3.

Morbilidad cardiovascular en una población general a 7 años del cálculo de su riesgo cardiovascular

Introducción. Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de muerte en los países desarrollados. En España la mortalidad por esta causa es aproximadamente una cuarta parte de la de los países del norte de Europa y, aun así, la prevalencia de los diferentes factores de riesgo cardiovascular (FRCV) es elevada en nuestra población¹. Aproximadamente, el 39% de la población adulta tiene un riesgo cardiovascular superior al recomendado, y sigue siendo la causa más común de muerte²⁻⁴.

Objetivo. Observar la relación entre la agrupación de FRCV y el número de episodios cardiovasculares ocurridos en una población general, 7 años después del cálculo de su riesgo cardiovascular según la tabla de Framingham.

Diseño. Estudio de cohortes retrospectivo.

Emplazamiento. Área Básica de Salud de Santa Eugenia de Berga, área rural de la provincia de Barcelona.

Participantes. Muestra de la población censal de menores de 65 años de edad, formada por 461 individuos que fueron sometidos a un primer estudio en 1997, donde se determinó los FRCV según la tabla de Framingham (tabaco, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, hipertrofia de ventrículo izquierdo).

Palabras clave: Factor de riesgo. Enfermedad cardiovascular. Cohorte.

	Varones Puntuación media	Mujeres Puntuación media	Total Puntuación media	Intervalo de confianza del 95%
Test de Yesavage	4,56	3,58	4,04	0,6
Test de Pfeiffer	0,96	0,59	0,74	0,2

TABLA 1. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en los 405 sujetos estudiados

Factor de riesgo	n (%)	IC del 95%
Hipertensión	60 (14,8)	11,3-18,3
Hipercolesterolemia	115 (28,5)	24,0-33,0
cHDL bajo	51 (12,6)	9,4-15,8
Hipertrofia del ventrículo izquierdo	62 (15,3)	11,7-18,9
Diabetes mellitus	19 (4,9)	2,8-7,0
Tabaquismo	115 (28,4)	23,9-32,9

Mediciones principales. Se han revisado las historias clínicas y recogido los episodios cardiovasculares ocurridos en estos 7 años posteriores al cálculo del riesgo cardiovascular, entre los que se incluye: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y vasculopatía periférica.

Resultados. De los 461 pacientes del estudio inicial (1997), se tuvo acceso a un total de 405 historias clínicas (87,8%). La edad media de los individuos, al entrar en el estudio, era de $47,7 \pm 8,5$ años, con un 49,4% de mujeres.

La prevalencia de FRCV estudiados aparece en la tabla 1.

La distribución del número de factores de riesgo de los 405 individuos estudiados fue la siguiente: ningún FRCV 35,7%, uno 34,6%, dos 20,8%, tres 7,2% y cuatro 1,7%. El valor mínimo de puntos de Framingham es de -11 y el máximo de 35, con una media de 9,7 y una desviación estándar de 8,9. El 7,4% de los pacientes del estudio tenía, según la tabla de Framingham, 22 puntos o más, que supone un riesgo cardiovascular a los 10 años de más de un 21%.

Seis personas han sufrido un episodio cardiovascular: dos, accidentes cerebrovasculares; uno, vasculopatía periférica; tres, cardiopatía isquémica (dos de estos individuos han sufrido dos episodios de cardiopatía isquémica). Un paciente falleció a causa de un infarto agudo de miocardio.

De los sujetos que han sufrido un episodio cardiovascular, 5 eran varones (cifra que representa un 2,4% de este grupo) y una mujer (0,5%). La edad media de éstos es de $51,0 \pm 9,9$ años, sin diferencias estadísticamente significativas con la edad media del resto de los individuos.

La puntuación media de Framingham de los individuos que han sufrido un episodio

cardiovascular fue de $17,8 \pm 8,4$ que, comparada con la media de los individuos que no presentaron tal episodio ($9,6 \pm 8,8$), muestra diferencias significativas ($p = 0,02$).

De los sujetos sin FRCV ha tenido episodio cardiovascular un 1,6%, ningún paciente con un solo FRCV ha tenido un episodio, con 2, 3 y 4 FRCV

han padecido un episodio un 2,7, 3,8 y 16,7%, respectivamente.

Discusión y conclusiones. A pesar de que la población es reducida y relativamente joven, y por tanto con un escaso número de episodios cardiovasculares aparecidos durante el seguimiento de 7 años (sólo 6 personas han presentado algún episodio), se muestra una tendencia ascendente entre el número de FRCV y el de episodios, al igual que en otros estudios⁵. Las tasas de incidencia de episodios cardiovasculares también son similares a las obtenidas en otros estudios realizados en nuestro medio¹. Se precisan estudios multicéntricos en el campo de la atención primaria para determinar la exactitud del cálculo del riesgo cardiovascular en nuestra población.

P. Fernández Morral, C. Blázquez Canto, M. Vilajoana Español, J.M. Gifre Hipòlit y S. Juncosa Font

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro. ICS. ABS Santa Eugenia de Berga. Barcelona. España.

1. Masía R, Pena A, Marrugat J, Sala J. High prevalence of cardiovascular risk factors in Girona, Spain, a province with low myocardial infarction incident. J Epidemiol Community Health 1998;52: 707-15.
2. Recomendaciones para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular. Sociedad Española de Arteriosclerosis [consultado 01/05/2002]. Disponible en: <http://www.searteriosclerosis.org>
3. Villar Álvarez F, Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Torcal Laguna J, Lorenzo Piqueres A, Vilaseca Canals J, et al. Prevención cardiovascular en atención primaria. Aten Primaria 2001;28(Supl):13-25.

4. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Amouyel P, et al. Myocardial infarction and coronary deaths in the World Health Organization MONICA Project. Circulation 1994;90:583-612.

5. Baena Díez JM, Álvarez Pérez B, Piñol Forcadell P, Martín Peñacoba R, Nicolau Sabaté M, Altès Boronat A. Asociación entre la agrupación (*clustering*) de factores de riesgo cardiovascular y el riesgo de enfermedad cardiovascular. Rev Esp Salud Pública 2002;76:7-15.

Colitis colágena. Presentación de cuatro nuevos casos

Introducción. La colitis microscópica es una entidad de baja prevalencia que cursa habitualmente con diarrea crónica de larga evolución. El término engloba dos subtipos: colitis colágena, caracterizada por una banda de colágeno subepitelial en la mucosa colónica, y colitis linfocitaria, caracterizada por un infiltrado linfocítico subepitelial en la mucosa del colon¹.

La colitis colágena fue descrita por Lindström en 1976². Está caracterizada por un cuadro de diarrea crónica acuosa, sin sangre ni dolor abdominal, con una analítica de sangre normal, pruebas microbiológicas de heces negativas, así como estudios radiológicos y endoscópicos normales. Según la anatomía patológica, la enfermedad se diagnostica por una banda de colágeno subepitelial con un espesor $\geq 10 \mu^3$. La base etiológica no es bien conocida y puede coexistir con otras enfermedades de tipo autoinmune (tiroiditis, espondiloartritis, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren o lupus eritematoso sistémico), así como con enfermedades inflamatorias intestinales (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa o enteropatía por gluten)⁴. La enfermedad afecta preferentemente a mujeres (relación varón/mujer de 1/6-8), y es más frecuente entre los 50 y 60 años de edad⁵. La incidencia en España se ha estimado en 1,1 casos por 100.000 habitantes, pero as-

Palabras clave: Colitis microscópica. Colitis linfocítica. Colitis colágena. Diarrea crónica. Diarrea acuosa.

TABLA 1. Presentación de 4 nuevos casos de colitis colágena

Caso	1	2	3	4
Datos de filiación				
Edad (años)	79	86	81	81
Sexo	Mujer	Varón	Mujer	Varón
Antecedentes personales	DM II. Fibrilación auricular. Insuficiencia cardíaca	EPOC. Insuficiencia renal (poliquistosis renal)	Síndrome depresivo	DM II. Tiroidectomía (tratamiento sustitutivo)
Cuadro clínico				
Síntoma principal	Diarrea acuosa	Diarrea acuosa	Diarrea acuosa	Diarrea acuosa
Tiempo de evolución	3 meses	Un año (recidivante)	3-4 años	Años (recidivante)
Complicaciones	Deshidratación. Insuficiencia renal prerrenal	Reagudización de la insuficiencia renal crónica		
Pruebas complementarias				
Laboratorio (hemograma, bioquímica)	Sin hallazgos significativos	Sin hallazgos significativos	Sin hallazgos significativos	Sin hallazgos significativos
Tránsito gastrointestinal	Normal	Normal		Normal (patrón leve de enteritis)
Coprocultivo y parásitos en heces	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
Colonoscopia	Normal	Normal	Divertículos en sigma	Normal
Biopsia de colon	Colitis colágena	Colitis colágena	Colitis colágena	Colitis colágena

Fuente: elaboración propia. DM II: diabetes mellitus tipo II. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

ciende a 13 casos por 100.000 habitantes en el grupo de mujeres mayores de 60 años⁶. La evolución clínica es variable. Para su tratamiento se han ensayado diversos fármacos; el tratamiento con esteroides es el que se ha mostrado más eficaz. En ocasiones puede resolverse de forma espontánea, pero normalmente precisa ciclos repetidos de tratamiento con esteroides⁵.

Casos clínicos. Presentamos 4 nuevos casos de colitis colágena diagnosticados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen del Camino (Pamplona) durante el período 1995-2000 (tabla 1). Los pacientes son 2 varones y 2 mujeres. La edad media es de 82 años. El síntoma principal en los 4 casos era una diarrea acuosa indolora, sin productos patológicos (ni sangre ni mucosidad en las heces) y con una duración larvada (incluso de años). En dos casos se produjeron complicaciones (una deshidratación y una reagudización de una insuficiencia renal crónica). En todos los casos en las pruebas complementarias realizadas (hemograma, bioquímica, coprocultivo y parásitos en heces, tránsito gastrointestinal, colonoscopia) no se encontraron hallazgos patológicos de interés. En los cuatro casos la biopsia de mucosa del colon fue diagnóstica de colitis colágena.

Discusión y conclusiones. La colitis colágena es una entidad que, en la mayoría de

los casos, se puede presentar en atención primaria en mujeres de mediana edad, con diarrea crónica acuosa y sin dolor abdominal. Al igual que en la bibliografía³⁻⁵, en nuestra serie el diagnóstico se basa en los hallazgos histológicos; el resto de las pruebas complementarias es normal, ya que tanto las exploraciones radiológicas y analíticas como el estudio endoscópico no presentan alteraciones.

En nuestra serie la edad media es significativamente superior a la publicada y nos permite sugerir que ante una diarrea crónica acuosa, incluso en pacientes ancianos, con pruebas de laboratorio y microbiología normales, y con exploraciones radiológicas sin alteraciones, es necesario tener en cuenta como etiología posible una colitis colágena; por tanto, estaría justificado un estudio endoscópico con biopsias múltiples.

A. Hervás Angulo^a, J. Sánchez Álvarez^b, D. Echeverría Lekuona^c y M.A. Arizcuren Domeño^d

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tafalla Navarra.

^bEspecialista en Medicina Interna. Hospital Virgen de Camino. Pamplona. Navarra.

^cResidente de Medicina Interna. Hospital Virgen de Camino. Pamplona. Navarra.

^dEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Osasunbidea. Navarra. España.

Aceptado como comunicación gráfica (póster) en el VI Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Aragón, Navarra, La Rioja y País Vasco. Logroño, 25-27 de octubre de 2001.

1. Veress B, Löfberg R, Bergman L. Microscopic colitis syndrome. *Gut* 1995;6: 880-6.
2. Lindström CG. «Collagenous colitis» with watery diarrhoea— a new entity? *Pathol Europ* 1976;11:87-9.
3. De La Riva S, Betes MT, Duque JM, Angos R, Muñoz Navas MA. Collagenous colitis and lymphocytic colitis: clinical and endoscopic findings. *Rev Esp Enferm Dig* 2000;92:86-96.
4. Halaby IA, Rantis PC, Vernava AM, Longo WE. Collagenous colitis. Pathogenesis and management. *Dis Colon Rectum* 1996;39:573-8.
5. Bohr J, Tysk C, Eriksson S, Abrahamsson H, Järnerot G. Collagenous colitis: a retrospective study of clinical presentation and treatment in 163 patients. *Gut* 1996;39:846-51.
6. Fernández-Bañares F, Salas A, Forne M, Esteve M, Espinos J, Viver JM. Incidence of collagenous and lymphocytic colitis: a 5-year population-based study. *Am J Gastroenterol* 1999;2:418-23.

Bigeminismo reversible con levotiroxina

Introducción. El bigeminismo es una de las arritmias cardíacas más frecuentes encontradas en la práctica clínica habitual. Se trata de un latido prematuro con respecto al normal, que se presenta de forma regular intercalada entre dos latidos sinusales. Esta alteración en pacientes con un corazón estructuralmente normal y que no reciban medicación antiarrítmica, por lo general, no tiene significado patológico, ni implicaciones pronósticas y no precisa tratamiento¹. Excepcionalmente, el bigeminismo ventricular se ha asociado a hipotiroidismo primario (MEDLINE, palabras clave: *bigeminy, hypothyroidism*)^{2,3}.

Caso clínico. Mujer de 38 años de edad, sin antecedentes de interés, que presenta dolores musculares y astenia de un mes de evolución, asociado con una dificultad al tragar y la presencia de edema en la cara. La exploración física es normal, a excepción de frecuentes extrasístoles en la auscultación cardíaca. En el electrocardiograma se aprecia un bigeminismo ventricular con morfología de bloqueo de rama izquierda (fig. 1 a). En la analítica general se detectan una TSH > 100 U/ml (0,35-4,94) y una T4 libre < 0,4 ng/dl (0,7-1,48), se establece el diagnóstico de hipotiroidismo primario y se comienza el tratamiento con levotiroxina. A los 2 meses la paciente está asintomática, con una auscultación cardíaca normal y un electrocardiograma en ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización (fig. 1 b).

Discusión y conclusiones. Los cambios electrocardiográficos más comunes asociados al hipotiroidismo son la bradicardia sinusal, la prolongación del intervalo QT y el aplanamiento o la inversión de la onda T; menos frecuentemente, puede aparecer un bloqueo cardíaco, voltajes QRS bajos y extrasístoles ventriculares⁴. Las anomalías en la conducción cardíaca se suelen resolver tras la terapia hormonal tiroidea, que es segura y no estimula la aparición de nuevas arritmias^{4,5}.

Palabras clave: Bigeminismo. Hipotiroidismo. Electrocardiograma.

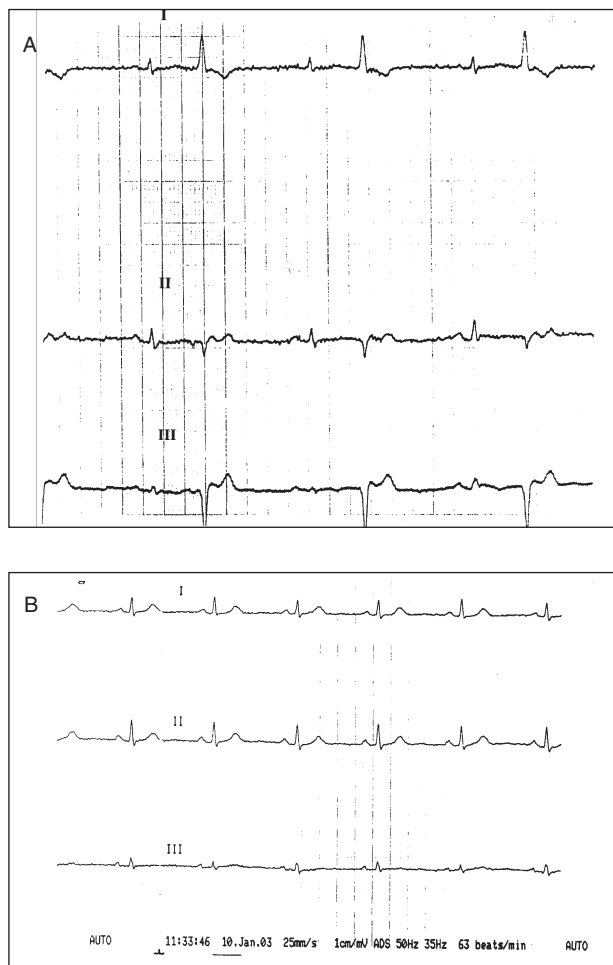


Figura 1.

En la génesis de las alteraciones electrocardiográficas encontradas en pacientes con hipotiroidismo influyen el enlentecimiento de todas las fases del potencial de acción, la disminución de la contractilidad, la inducción de alteraciones electrolíticas y la alteración reversible en la relajación miocárdica^{4,6}.

Por tanto, creemos que el presente caso, unido a la alta prevalencia de hipotiroidismo en la población, invita a efectuar un estudio de hormonas tiroideas ante pacientes a los que se detecte un bigeminismo ventricular sin causa definida.

M.J. del Puerto Gala^a,
F.F. Rodríguez Vidigal^b
y F. Najarro Díez^c

^aResidente de primer año de Medicina Familiar y Comunitaria. ^bJefe de la Sección de Medicina Interna. ^cServicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Llerena (Badajoz). España.

1. Zipes DP. Specific arrhythmias: diagnosis and treatment. En: Braunwald E, editor. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 6th ed. Philadelphia: Saunders, 2001.
2. Takeda R, Ueno T, Tsutsumi M, Kawasaki S, Masuya H. Sinus arrest following diuretic therapy in a patient with myxedema and hypertension. Cardiology 1975;60:185-91.
3. Hanslik R, Kaspar L, Kroiss A, Slany J. Myxedema as a cause of QT syndrome and recurring ventricular tachycardia. Z Kardiol 1987;76:58-61.
4. Slovis C, Jenkins R. ABC of clinical electrocardiography. Conditions not primarily affecting the heart. BMJ 2002;324:1320-3.
5. Polikar R, Feld GK, Dittrich HC, Smith J, Nicool P. Effect of thyroid replacement therapy on the frequency of benign atrial and ventricular arrhythmias. J Am Coll Cardiol 1989;14:999-1002.
6. Vora J, O'Malley BP, Petersen S, McCullough A, Rosenthal FD, Barnett DB. Reversible abnormalities of myocardial relaxation in hypothyroidism. J Clin Endocrinol Metab 1985;61:269-72.

Urticaria crónica por parasitación intestinal: a propósito de un caso

Introducción. La urticaria es un trastorno cutáneo, frecuente motivo de consulta en atención primaria. Se estima que el 12-24% de la población general presentará en algún momento de su vida un brote de urticaria. Su diagnóstico es clínico y sencillo, y lo verdaderamente problemático es el diagnóstico de su etiología.

Caso clínico. Paciente varón de 59 años que en los últimos 3 meses había consultado en dos ocasiones por presentar un exantema habonoso pruriginoso, en principio leve y limitado a zonas de presión que, en el curso de unos 5-6 días, se hizo generalizado, aunque sin angioedema ni dificultad respiratoria. La anamnesis y la exploración física fueron anodinas fuera de los episodios descritos. En las analíticas solicitadas: hemograma, bioquímica básica, hormonas tiroideas, proteinograma, complemento, coagulación y serologías no hubo nada fuera de lo normal. Otras determinaciones como IgE específica a parásitos, pruebas cutáneas en Prick frente a inhalantes

habituales y diversos autoanticuerpos resultaron negativas. Finalmente, se hallaron quistes de *Entamoeba coli* en heces. Se instauró tratamiento con metronidazol, 500 mg/8 h durante 7 días, y el paciente permanece asintomático.

Discusión. La presencia de infecciones por parásitos en pacientes con urticaria crónica (aparición de brotes de duración superior a 6 semanas) es un hallazgo poco frecuente. De hecho, ciertos autores recomiendan su búsqueda sólo si el paciente ha realizado viajes recientes a zonas con alta prevalencia de parásitos, en tanto que otros indican siempre descartar eosinofilia. Así, la urticaria común crónica más frecuente es aquella en que no se establece la causa y se etiqueta como urticaria crónica idiopática (UCI), lo que ocurre en el 47-90% de los casos. La UCI se asocia con frecuencia a enfermedad tiroidea, por lo que está indicado determinar función tiroidea, anticuerpos antitiroglobulina y antimicrosomales. Si los anticuerpos son positivos y la función tiroidea es normal, se repetirá anualmente. Aún no disponemos de una prueba diagnóstica para detectar autoanticuerpos IgG en pacientes con UCI, pero los estudios realizados obtienen buenos resultados. Se ha identificado en un 25-45% de pacientes con UCI un autoanticuerpo IgG específico contra la IgE o sus receptores de alta afinidad localizados en basófilos y mastocitos, lo que sugiere una etiología autoinmunitaria, al me-

nos en una parte de los casos. El hallazgo de anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulina en un 27% de pacientes con UCI parece más una expresión de ese trastorno inmunitario existente que una causa directa de la UCI. Otros estudios recientes descartan la ansiedad o la alergia alimentaria como causas de UCI, pese a detectarse hipersensibilidad a aditivos alimentarios en un 5-6% de casos. El ácido acetilsalicílico y las infecciones virales no son los causantes, pero pueden exacerbar los síntomas de los pacientes con UCI.

J.M. Pinar Manzanet^a, E. Valdés Cruz^a, M.J. Ortuño Sierra^a y P. Nogales Aguado^b

Médicos de Familia. ^aCentro de Salud Illescas. Madrid. ^bCentro de Salud Las Águilas. Madrid. España.

Palabras clave: Urticaria crónica. Parasitación intestinal. Diagnóstico etiológico.

Bologna J, Braverman A. Skin manifestations of internal disease. En: Harrison's principles of internal medicine. 15th ed. (CD-ROM). New York: Mc Graw-Hill, 2001.

Kaplan A. Chronic urticaria and angioedema. N Engl J Med 2002;346:175-9.

Olmos O, Borbujo J. Urticaria y angioedema. FMC 2002;9:667-76.

Ribera M. Urticaria y angioedema. En: Ferrándiz C, editor. Dermatología clínica. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1996; p. 93-103.