

neumología. Una buena comunicación y una coordinación eficaz entre los dos niveles asistenciales son esenciales para conseguir el control y seguimiento adecuado de estos pacientes. Una aproximación sobre el manejo de estos enfermos en el primer nivel se puede realizar a través del estudio de la concordancia en los diagnósticos entre atención primaria y especializada. El objetivo de nuestro trabajo consistió en valorar la concordancia diagnóstica en patología neumológica en pacientes derivados desde atención primaria, así como las entidades más frecuentes. Para ello analizamos los diagnósticos de sospecha de 110 enfermos derivados a una consulta hospitalaria de neumología desde 9 centros de salud asignados del área sanitaria, durante un período de 6 meses, realizando en la primera visita historia clínica, exploración física, radiología y pruebas de función pulmonar, con el objetivo de emitir el diagnóstico. Se excluyeron los pacientes en los que la sospecha diagnóstica obligaba a realizar otras técnicas que no se podían llevar a cabo en el día. De los 110 enfermos estudiados 41 eran enviados con un diagnóstico de sospecha (37,2%), en 19 el «diagnóstico» eratos y/o disnea y en 11 síntomas diversos. En 26 (23,6%) no constaba diagnóstico. De los 41 pacientes con una sospecha diagnóstica, 20 eran por enfermedad obstructiva crónica (EPOC) (48,7%), 9 por asma, 4 por infección pulmonar, 3 por hiper-reactividad bronquial (HRB) y 2 por sospecha de tuberculosis. Diecisiete de los 100 enfermos eran remitidos con espirometría (15,4%), procedentes de alguno de los 7 centros que disponen de dicha técnica. Los diagnósticos del neumólogo fueron 40 EPOC (36,3%), 19 asma, 18 sinusitis, 16 HRB y 17 eran compatibles con la normalidad o la patología no era neumológica. De los 41 enfermos remitidos con diagnóstico existía concordancia diagnóstica en 23 (56%).

La cumplimentación completa de los volantes de interconsulta que sirven de comunicación entre atención primaria y especializada es uno de los aspectos en los que más se insiste para que pueda haber una correcta comunicación entre ambos niveles. Es de señalar que en los enfermos que se remitían con sospecha diagnóstica la concordancia fue en más de la mi-

tad. Así mismo destacan como entidades más prevalentes EPOC y el asma. La prevalencia en España de la EPOC es de un 9% a los 40-69 años, lo que significa que 1.230.000 personas presentan una EPOC en este tramo de edad. Según un estudio realizado por la SEPAR, el 78% de las personas diagnosticadas de EPOC no había sido estudiado y, por lo tanto, desconocían que eran enfermos respiratorios crónicos¹. La EPOC es un proceso de elevada morbilidad que genera unos 10 millones de consultas por año en atención primaria y el 35% de las consultas neumológicas corresponden a pacientes con esta patología. El uso frecuente de una espirometría puede detectar precozmente la EPOC, la cual es una enfermedad cuyo control, al menos durante muchos años, es preferentemente ambulatorio².

Según estimaciones actuales, alrededor del 5-7% de la población adulta en los países industrializados podría presentar asma. En un estudio de prevalencia de asma en una región española, un 3,3% de los entrevistados había sido diagnosticado previamente por su médico de asma, pero hasta un 10,6% de los sujetos «sanos» había presentado en el último año crisis de disnea con sibilancias y un 38,2% sibilancias³. La tos persistente es una razón frecuente de consulta en atención primaria y en el 90% de los casos tiene su origen en una de las 5 causas más comunes: tabaquismo, sinusitis con drenaje posnasal, asma, bronquitis crónica y reflujo gastroesofágico⁴.

Es de destacar el escaso porcentaje de pacientes derivados con técnicas de exploración funcional, las cuales son sencillas de realizar y permiten la aproximación diagnóstica. Lamentablemente todavía son poco numerosos los equipos de atención primaria que disponen de espirómetro, y en los que existe probablemente no se obtiene la rentabilidad adecuada. En un estudio realizado en Barcelona, sólo el 36% de los médicos de medicina general en áreas básicas de salud solicitaba pruebas funcionales respiratorias a sus pacientes con asma o EPOC⁵. Es importante la dotación a los centros de salud de los medios técnicos necesarios, no siempre sinónimo de mayor gasto sanitario, que ayuden a realizar el diagnóstico y seguimiento de patologías frecuentes, como la EPOC y el asma, cuyo

control es fundamentalmente ambulatorio.

J. Ortiz de Saracho, L. Pantoja Zarza, J.R. Casal Codesido y L.A. Rodríguez

Área de Salud del Bierzo. Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Neumología. Hospital del Bierzo.

1. Comité de Expertos de SEPAR. Estudio macroeconómico. Impacto social y económico de la EPOC en España. Madrid: Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief, 1995.
2. Sánchez Agudo L, Miravittles M. Manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la medicina primaria. Arch Bronconeumol 1995; 31: 144-146.
3. Jaén A, Ferré A, Ormaza I, Rue M, Domingo Ch, Marín A. Prevalencia de bronquitis crónica, asma y obstrucción al flujo aéreo en una zona urbana-industrial de Cataluña. Arch Bronconeumol 1990; 35 (3): 122-128.
4. Cordero PJ, Benlloch E. Tos crónica en adultos. Rev Clin Esp 1996; 196: 461-468.
5. Naberán Toña C. Encuesta de la actitud terapéutica y de control de los médicos generales de la ABS en Barcelona, respecto a enfermedades obstructivas respiratorias. Aten Primaria 1994; 13: 112-116.

Colitis linfocítica como causa de diarrea crónica: posible relación con carbamazepina

Carbamazepina; Colitis linfocítica; Etiopatogenia.

Sr. Director: La colitis linfocítica (CL) es un síndrome clínico-patológico infrecuente descrito recientemente, caracterizado por la tríada diarrea crónica acuosa de origen desconocido, normalidad en las exploraciones radiológicas y endoscópicas y alteraciones microscópicas consistentes en un infiltrado inflamatorio en la mucosa colónica^{1,2}. La etiología de la CL es desconocida, y se ha sugerido un origen autoinmune, basado en la asociación a otras enfermedades inmunológicas como hipotiroidismo, artritis reumatoide, fibrosis pulmonar idiopática, diabetes mellitus, anemia perniciosa, etc. y la presencia aumentada de diversos anticuerpos. En menor proporción, se han descrito varios casos de CL inducida por fármacos³⁻⁶. Actualmente,

hemos tenido oportunidad de atender un caso de diarrea crónica con diagnóstico histológico de CL, en el que la carbamazepina pudo tener un posible papel inductor.

Varón de 77 años con antecedentes de EPOC y fibrilación auricular crónica. Consultó por un cuadro de diarrea acuosa de 3 meses de evolución, con 7-10 deposiciones al día, sin productos patológicos, sin fiebre ni dolor abdominal ni vómitos ni pérdida ponderal. Seguía tratamiento con carbamazepina desde hacía 6 meses por una neuralgia del trigémino. La exploración física fue normal. En los análisis realizados: hemograma, bioquímica, coagulación, metabolismo del hierro y vitamina B₁₂, ácido fólico, hormonas tiroideas, prueba de la D-xilosa, no se encontraron alteraciones ni datos de malabsorción. Los coprocultivos y el estudio de parásitos en heces, en repetidas ocasiones, fueron negativos. Las radiografías de tórax, simple de abdomen y el enema opaco fueron normales. Se practicó una colonoscopia hasta ciego sin hallazgos, y se realizaron varias biopsias a ciegas en colon derecho. El estudio histológico puso de manifiesto la presencia de un infiltrado inflamatorio crónico en la lámina propia y un incremento del número de linfocitos intraepiteliales, todo ello compatible con CL. Se suspendió la carbamazepina y se administró una dieta astringente, con cese de la diarrea a las 48 horas. Posteriormente, tras un período asintomático de 7 días, la reintroducción de la carbamazepina se siguió de nuevo de la diarrea, por lo que se optó por la retirada definitiva del fármaco.

La etiología de la CL permanece aún incierta, y si bien la hipótesis autoinmune es la que cobra mayor fuerza, algunos autores han descrito algunos casos de CL inducida por fármacos, entre los que se encuentran determinados flebotónicos³, ranitidina⁴, carbamazepina⁵ y ticlopidina⁶. Esta asociación no es casual, pues demostraron alteraciones histológicas en la mucosa colónica durante la administración del fármaco y la resolución del cuadro diarreico y la normalización microscópica tras la interrupción del mismo. Igualmente, la reintroducción del fármaco se acompañaba de la reaparición de la diarrea. En este caso, la suspensión de la carbamazepina bastó para el cese de la diarrea, y la posterior reexposición al fármaco condujo de nuevo a la

aparición del síndrome diarreico, por lo que pensamos que podía estar involucrado en la etiopatogenia de esta entidad.

El diagnóstico de la CL es siempre histológico y se basa en: a) la presencia de un infiltrado inflamatorio en la lámina propia con predominio de linfocitos y ocasionalmente neutrófilos y eosinófilos, y b) un aumento del número de linfocitos intraepiteliales. El infiltrado inflamatorio se asociaría con una reducción en la absorción de agua por la mucosa colónica, con la probable contribución al desarrollo de la diarrea.

No existe un tratamiento definido para la CL, y se han ensayado diversos fármacos con respuestas variables: antiinflamatorios, corticoides, espasmolíticos, sulfasalazina, antihistamínicos, colestiramina, etc. Incluso también ha sido documentada la remisión espontánea. No obstante, la CL se caracteriza por un curso benigno, con normalización histológica en un 80% de los casos a los 3 años. La posibilidad que la CL pueda representar una posible reacción adversa a fármacos obliga a revisar de forma cuidadosa la lista de medicamentos que toma el paciente, ya que en ciertos casos la suspensión del fármaco involucrado puede solucionar el cuadro diarreico. En cualquier caso, la necesidad de la histología para el diagnóstico de la CL plantea nuevamente la recomendación de practicar biopsias colónicas ante cuadros de diarreas crónicas de origen incierto, en los que las exploraciones radiológicas o endoscópicas no orientan a ningún diagnóstico.

P. Linares Torres, I. Fidalgo López, A. Castaño López y Y. Martínez Pinto

Servicio de Medicina Interna. Clínica Altollano. León.

1. Read NW, Krejs GJ, Read MG, Santa Ana CA, Morawski SG, Fordtran JS. Chronic diarrhea of unknown origin. Gastroenterology 1980; 78: 264-271.
2. Lazenby AJ, Yardley JH, Giardello FM, Jessurun J, Bayless TM. Lymphocytic («microscopic») colitis: comparative histopathologic study with particular reference to collagenous colitis. Hum Pathol 1989; 20: 18-28.
3. Beaugerie L, Luboinsky J, Brousse N, Cosnes J, Chatelat FP, Gendre JP et al. Drug induced lymphocytic colitis. Gut 1994; 35: 426-428.

4. Beaugerie L, Patey N, Brousse N. Ranitidine diarrhoea and lymphocytic colitis. Gut 1995; 37: 708-711.
5. Martínez Avilés P, Gisbert Moya C, Berbegal Serra J, López Benito I. Colitis linfocitaria inducida por ticlopidina. Med Clin (Barc) 1996; 106: 317.
6. Mahajan L, Wyllie R, Goldblum J. Lymphocytic colitis in a pediatric patient: a possible adverse reaction to carbamazepine. Am J Gastroenterol 1997; 92: 2126-2127.

No es oro todo lo que reluce

Calidad; Fármacos; Genéricos.

Sr. Director: Respecto al editorial publicado en ATENCIÓN PRIMARIA (1999; 24 [7], correspondiente al 31 de octubre del pasado año), “Especificidades farmacéuticas genéricas: no es oro todo lo que reluce”, nos gustaría hacer algunas puntualizaciones. No es adecuado hablar de diferentes niveles de bioequivalencia; en todo caso, existen diferentes clases de equivalencia (química, farmacéutica, terapéutica).

El término *bioequivalencia* es un término acotado y preciso. Dos productos son bioequivalentes si su biodisponibilidad en velocidad y magnitud, tras su administración en la misma dosis molar, son similares en tal grado que sus efectos en cuanto a eficacia y seguridad son esencialmente los mismos. Esto equivale a decir que 2 productos son bioequivalentes cuando alcanzan la misma concentración de principio activo en el lugar de acción, si se administran a la misma dosis y en las mismas condiciones^{1,2}.

Lo que el autor denomina *bioequivalencia clínica* nosotros entendemos que se refiere a *equivalencia terapéutica*. Un medicamento es terapéuticamente equivalente a otro si contiene el mismo principio activo y muestra en el plano clínico la misma eficacia y seguridad. También pueden ser equivalentes terapéuticos distintos principios activos que, mediante ensayos clínicos, demuestren la misma eficacia (*me-too drugs*)¹.

En la práctica, la determinación de la bioequivalencia es el método más adecuado para confirmar la equivalencia terapéutica entre medicamentos con un mismo principio activo, ya que se acepta universalmente que concentraciones plasmáticas iguales