

Litiasis renal: criterios de estudio, derivación y tratamiento

Sílvia Ferrer Moret^{a,*}, Eva Bellerino Serrano^b y David Pérez Morales^c

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Encants. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

^bEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP La Serra-Sabadell 7. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

^cEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Badalona-6 Llefà. Institut Català de la Salut. Badalona. Barcelona. España.

*Correo electrónico: silviaferrer@gencat.cat

Puntos clave

- La litiasis urinaria es una patología de origen multifactorial de alta incidencia y prevalencia, y con alta probabilidad de recidiva.
- Los climas cálidos, la pobre ingesta de agua, las dietas pobres en calcio y ricas en proteínas, oxalatos y sal son los factores que junto a la hipercalcemia, la insuficiencia renal y el tratamiento con fármacos diuréticos van a favorecer más la formación de litiasis.
- Las sales de calcio, en particular el oxalato cálcico, es la composición más frecuente de la litiasis.
- Aunque puede ser asintomática, la forma de presentación clínica más frecuente es el cólico nefrítico, con o sin hematuria.
- Dentro del proceso diagnóstico, el estudio metabólico debe reservarse a litiasis recurrente o en pacientes catalogados de alto riesgo litogénico; y realizarse unos 2 meses después del episodio agudo.
- La radiología simple de abdomen es especialmente útil en el diagnóstico en pacientes con historia previa de litiasis y en el seguimiento de pacientes con cálculos radiopacos. Se realizará a los 7 días del episodio agudo.
- Los criterios de derivación urgente serán la presencia de fiebre, el dolor no controlado, la pérdida de función renal y la presentación en mujeres embarazadas o ante la duda diagnóstica de embarazo ectópico.
- El fármaco de elección en el tratamiento del cólico nefrítico es el diclofenaco, y como segunda opción, el metamizol, tramadol o cloruro mórfico.
- En casos de litiasis distal y de tamaño < 10 mm, el tratamiento con alfabloquantes junto a la analgesia durante 2 semanas puede facilitar la expulsión del cálculo.
- Los motivos de derivación a urología son las litiasis recidivantes, cálculos > 10 mm, fallo del tratamiento conservador, mal control del dolor o ectasia de la vía urinaria.

Palabras clave: Litiasis renal • Cólico nefrítico • Hematuria • Tratamiento expulsivo.

Actualmente, podemos considerar la urolitiasis como una enfermedad metabólica con tendencia a la recurrencia. Se trata de un proceso multifactorial que frecuentemente nos encontramos en nuestra consulta de atención

primaria y en donde, la historia clínica, las técnicas de estudio de imagen, el análisis de los cálculos (cuando es posible) y el estudio metabólico muestran una importancia relevante.

Definición

Se trata de una enfermedad caracterizada por la presencia de cálculos en el aparato urinario superior (parénquima renal, cálices, pelvis o uréter).

Epidemiología

La litiasis urinaria es una de las patologías con mayor incidencia y prevalencia en nuestro país y una de las que ocasiona un elevado gasto sanitario. La prevalencia de nefrolitiasis aumenta con la edad, es más alta en varones (10-20%) que en mujeres (3-5%)¹ y en los sujetos de raza blanca.

Recurrencias

El riesgo de recurrencia después de un primer episodio es alto: 15% el primer año, 35-40% a los 5 años (25% mujeres y 40% varones) y 50% a los 10 años (40% mujeres y 60% varones)².

Fisiopatología

Los principales mecanismos fisiopatológicos son la sobresaturación, el volumen escaso de orina, el pH anómalo y la excreción baja de citrato. Estos mecanismos quedan reflejados en la tabla 1.

Factores predisponentes de urolitiasis

Factores extrínsecos

- Climas cálidos.
- Baja ingesta de agua.
- Dietas pobres en calcio y ricas en proteínas, oxalatos y sal.
- Fármacos: alopurinol, diuréticos de asa, antiácidos, corticoides, teofilinas, aspirina, vitaminas C y D, indinavir³.

Factores intrínsecos

- Historia familiar.
- Sexo masculino.
- Obesidad.
- Hipertensión arterial.
- Enfermedades endocrinas: diabetes mellitus e hipertiroidismo.
- Gota.
- Enfermedades renales: acidosis tubular tipo I, obstrucción de la unión pieloureteral, riñón en esponja, riñón en herradura, estenosis ureteral.

TABLA 1. Mecanismos fisiopatológicos

Sobresaturación de solutos en orina: calcio, ácido úrico, oxalato, sodio, cistina
Bajo volumen urinario
pH urinario
Orina ácida: favorece la formación de cálculos de ácido úrico y de cistina
Orina alcalina: favorece la formación de cálculos de fosfato cálcico y estruvita
Disminución de los inhibidores de la formación de cálculos: citrato, magnesio y fosfatos
Anomalías anatómicas

- Enfermedades intestinales: enfermedad inflamatoria intestinal, cirugía gástrica, resección ileal o *bypass* yeyuno-ileal, abuso de laxantes.
- Enfermedades neurológicas degenerativas y mielopatías.
- Hipercalcemia: hiperparatiroidismo, neoplasias, sarcoidosis, inmovilización prolongada.
- Infecciones recurrentes del tracto urinario superior. Favorecen la formación de cálculos de estruvita.
- Osteoporosis.
- Ejercicio físico extremo (maratón).

Composición de los cálculos

Existe gran diversidad en la composición de la litiasis renal, siendo mayoritaria la de oxalato cálcico (tabla 2). No debemos olvidar que un mismo paciente puede presentar diferentes tipos de litiasis.

Las principales causas de urolitiasis según la composición de los cálculos quedan registradas en la tabla 3.

Antecedentes

Ante un paciente con litiasis renal será preciso que hagamos una anamnesis detallada sobre sus antecedentes personales y familiares. Será de utilidad registrar el número de episodios previos, la frecuencia en la presentación de los mismos,

TABLA 2. Composición del cálculo

Calcio (60-80%)
Oxalato cálcico
Fosfato cálcico
Ácido úrico 15%
Estruvita (fosfato amónico magnésico) 15%
Cistina 0,5%

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3470251>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3470251>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)