



CÁLCULOS RENALES: ¿ES POSIBLE SU PREVENCIÓN?

La nefrolitiasis es un trastorno frecuente en países desarrollados y en desarrollo. Su prevalencia varía entre el 4 y el 20% según diferentes series, y depende de la edad de la población analizada, las condiciones geográficas y socioeconómicas del grupo en estudio.

La prevalencia de litiasis renal aumenta con la edad tanto en varones como en mujeres; es más común en varones jóvenes. Una de sus características es la alta recurrencia. Muchas veces la solución de los cólicos requiere de intervenciones endoscópicas u otro tratamiento urológico y esto hace a la morbilidad del trastorno. El promedio de diferentes trabajos que estudiaron la evolución natural de la enfermedad muestra que la posibilidad de recurrencia al año del primer episodio es del 15%, a los 5 años del 40% y a los 10 años del 60%.¹

El tratamiento de la urolitiasis, con cambios en el estilo de vida y la dieta, y la intervención farmacológica cuando es preciso, puede disminuir significativamente la tasa de recidivas.^{1,2}

Hay evidencia de que el tratamiento médico basado en mantener alta la diuresis es esencial para el manejo de esta patología. Los pacientes poco cumplidores con la hiperdiuresis están en riesgo de recurrencia. Se sugiere que el mantenimiento de un volumen de orina de más de 2,5 litros por día es fundamental para el éxito terapéutico, independientemente de si se administran fármacos.^{1,3} Al mismo tiempo, una dieta relativamente hiposódica, restringida en proteínas de origen animal y rica en fibras es una estrategia efectiva para prevenir las recurrencias litiasicas.⁴

Desde hace años sabemos que es posible utilizar ciertos medicamentos para evitar la formación de cálculos y para evitar el crecimiento de los ya existentes.⁵

Sin embargo, el armamentario farmacológico es reducido, y no se han incorporado nuevas drogas recientemente.

Para conseguir el resultado buscado –reducir al máximo la tasa de recurrencias– es importante que se haga una correcta evaluación de los trastornos metabólicos presentes.^{1,6} El estudio es rápido y accesible, y permite detectar las alteraciones más frecuentes: hipercalcemia, hiperoxaluria, hiperuricosuria, o baja excreción de citrato o de magnesio... En los casos en que no se hallan alteraciones en la composición de la orina (urolitiasis idiopática), ayuda también conocer la naturaleza química de los cálculos recientemente eliminados por el paciente.⁶

Para el tratamiento de la hipercalcemia se utilizan tiazidas, indapamida o clortalidona; también puede usarse el fosfato de potasio. Para la litiasis úrica con o sin hiperuricosuria se indica el citrato de potasio, que alcaliniza la orina; como segunda elección está el allopurinol, que puede ser combinado con el citrato de potasio. Si se trata de una litiasis cistínica, mucho menos frecuente, se puede recurrir al captopril o los tioles.¹

La cuestión que se impone plantear es: ¿son efectivos estos tratamientos? Se trata de una dolencia crónica, y conseguir una buena adherencia a la medicación constituye la primera dificultad. ¿Por supuesto que los pacientes que han pasado por uno o más episodios de cólico renal están más que interesados en evitarlos a futuro!

Para citar solamente un trabajo hecho en nuestro país, donde se administró citrato de potasio durante más de 2 años a un grupo de pacientes con hipocitraturia o con orinas excesivamente ácidas, la tasa de recurrencias bajó 91%.⁷

Una revisión Cochrane analizó 4 trabajos en que se comparó la efectividad del tratamiento de la hiper calciuria idiopática con tiazidas versus la terapia hídrica y el seguimiento clínico, y 1 trabajo que comparó las tiazidas versus una sal neutra de potasio; fueron 316 pacientes adultos tratados durante períodos variables (5 meses-3años); la conclusión de los autores es que el tratamiento farmacológico reduce la tasa de recurrencias y alarga los períodos entre las mismas; también opinan que hasta ese momento (2009) la evidencia en la literatura era de regular calidad.⁸

Llama la atención la escasez de trabajos que evalúen la efectividad de los tratamientos existentes a largo

plazo y en mayor número de pacientes, considerando que en los EE. UU. 1 de cada 11 habitantes sufre un episodio de urolitiasis al menos una vez en su vida.⁹

En 2014 la Asociación Americana de Urología publicó Guías para el manejo médico de las piedras renales.⁹ Esas guías y una reciente revisión experta sobre el tema¹⁰ coinciden en general con lo expresado hasta acá.

ARIEL SÁNCHEZ

Centro de Endocrinología, Rosario
asanchez@circulomedicorosario.org

Referencias

1. Sánchez A, Sarano D, del Valle E. Nefrolitiasis. Fisiopatología, evaluación metabólica y manejo terapéutico. *Actual Osteol* 7: 195-234, 2011.
2. Coe FL, Evan A, Worcester E. Kidney stone disease (revisión). *J Clin Invest* 115: 2598-608, 2005.
3. Fink HA, Akornor JW, Garimella PS, y col. Diet, fluid, or supplements for secondary prevention of nephrolithiasis: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Eur Urol* 56: 72-80, 2009.
4. Sánchez A. Dieta y urolitiasis. *Rev Arg Endocrinol Metab* 33:42-52, 1996.
5. Pak CYC. Pharmacotherapy of kidney stones. *Expert Opin Pharmacother* 9: 1509-18, 2008.
6. Coe FL, Evan A, Worcester E. Pathophysiology-based treatment of idiopathic calcium kidney stones. *Clin J Am Soc Nephrol* 6: 2083-92, 2011.
7. Spivacow FR, Negri AL, Polonsky A, del Valle EE. Long-term treatment of renal lithiasis with potassium citrate. *Urology* 76: 1346-9, 2010.
8. Escribano J, Balaguer A, Pagone F, Feliu A, Roqué i Figuls M. Pharmacological interventions for preventing complications in idiopathic hypercalciuria. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. N° CD004754. DOI: 0.1002/14651858.CD004754.pub2.
9. Pearle MS, Goldfarb DS, Assimos DG, y col. Medical management of kidney stones: AUA Guideline. *J Urol* 192: 316-24, 2014.
10. Zisman AL. Effectiveness of treatment modalities on kidney stone recurrence. *Clin J Am Soc Nephrol* 12: 1699-708, 2017.