



# Actas Urológicas Españolas

www.elsevier.es/actasuro



## COMENTARIO EDITORIAL

### Comentario a: «Un nuevo enfoque en el análisis de la litiasis urinaria en función de la combinación de sus componentes: experiencia con 7.949 casos»

Comment to ‘‘A new approach to urinary stone analysis according to the combination of the components: experience with 7949 cases’’

L.A. Fariña-Pérez

Servicio de Urología, Hospital Povisa, Vigo, España

Aunque no disponemos de datos seguros es probable que, como ocurre en otros países occidentales, la incidencia de casos nuevos y la prevalencia aparente de la litiasis urinaria esté aumentando en nuestro país<sup>1</sup>, ya sea porque existe un aumento real de la enfermedad litiasica o porque se detectan más cálculos asintomáticos en los estudios de imagen del abdomen realizados por cualquier motivo. En los próximos años la litiasis seguirá siendo, por tanto, una de las enfermedades urológicas que necesite atención preferente.

El trabajo de Millán et al en este número de *Actas Urológicas Españolas*<sup>2</sup>, estudia la composición de los cálculos de casi 8.000 pacientes atendidos entre 1995 y 2005 en un único centro hospitalario, clasificándola en 7 grupos principales (cálculos de oxalato cálcico monohidrato, oxalato cálcico dihidrato, ácido úrico, fosfatos, estruvita, cistina y otros) y señala las principales combinaciones de componentes en las litiasis de composición múltiple, que son las más frecuentes (*multicomponent stones*). La relación de estas variantes de composición de los cálculos —tanto del componente más frecuente como de las combinaciones más habituales— con la edad y el sexo de los pacientes muestra interesantes conclusiones sobre la naturaleza de la enfermedad litiasica,

su origen metabólico probable y sus consecuencias clínicas en una población de pacientes que posiblemente no difiera mucho de la que se puede ver en cualquier hospital español.

Para el urólogo general los 4 grupos más frecuentes de combinaciones que señalan Millán et al, según el elemento predominante (cálculos con predominio de oxalato cálcico monohidrato, de oxalato cálcico dihidrato, de fosfato cálcico y de ácido úrico) son los más importantes a la hora de considerar las alteraciones metabólicas subyacentes y las decisiones de tratamiento y de seguimiento pertinentes. Los otros grupos de litiasis (cálculos con predominio de estruvita, cálculos de cistina y los clasificados en el grupo de otras litiasis) son más raros o tienen un manejo más específico.

Esta clasificación simplifica ligeramente la más completa propuesta por Grases et al<sup>3</sup>, de 11 categorías de litiasis según su composición predominante, que igualmente muestra una fuerte relación entre la composición del cálculo y su patogénesis y los aspectos clínicos y terapéuticos de interés. En los trabajos de este destacado grupo mallorquín de estudio de la litiasis proponen diferenciar el cálculo de oxalato cálcico monohidrato según tenga origen papilar o en las cavidades renales de baja hidrodinámica, lo que requiere un estudio atento del cálculo; también diferencian los cálculos de oxalato cálcico dihidrato según se asocien o no a cálculos de fosfato cálcico, y los de ácido úrico según sean puros o asociados a litiasis oxalocálcica<sup>3–6</sup>. Estudios como estos comentados han sido hasta ahora relativamente escasos<sup>7</sup>.

Véase contenido relacionado en  
DOI:10.1016/j.acuro.2010.10.007.  
Correo electrónico: luisfariña@yahoo.com

Existen numerosas áreas de conocimiento de la enfermedad litíásica que requieren estudios aclaratorios. Las múltiples variantes de cálculos compuestos que se pueden encontrar —un reflejo de los múltiples mecanismos etiológicos implicados en la génesis de cristales desde una orina supersaturada de determinadas moléculas— y la dificultad de un acuerdo general sobre la clasificación de los mismos y la comparación de su frecuencia relativa en diferentes ámbitos geográficos o grupales, es sólo una de ellas<sup>8</sup>. Cuestiones de gran interés, como los mecanismos intrarrenales que generan diferentes composiciones de cálculos en diferentes edades, la mayor frecuencia de litiasis de fosfato cálcico en mujeres y otros que atañen de manera especial a nuestro ámbito de actividad, como es la elevada proporción de litiasis úrica en nuestro país, comparado con los países de nuestro entorno, y su incidencia tan alta en determinados grupos etarios (casi el 30% de las litiasis de pacientes mayores de 69 años en el estudio de Millán et al son úricas) están lejos de tener una respuesta satisfactoria.

Desafortunadamente, desde el punto de vista de las opciones de tratamiento farmacológico, algunas formas de litiasis urinaria están en los límites de ser enfermedades huérfanas. La experiencia demuestra, sin embargo, que en muchos casos la litiasis recidivante puede prevenirse, ya sea con medicación, con intervenciones dietéticas o con cambios en el estilo de vida, y esto genera bienestar y satisfacción en el paciente<sup>9</sup>.

La litiasis urinaria es una enfermedad de curso generalmente benigno, pero que tiene costes elevados porque afecta a una proporción alta de la población, tiene una recurrencia próxima al 50% y es en ocasiones una enfermedad crónica. Cada vez más hemos de tener en cuenta la repercusión de nuestras modalidades de tratamiento y seguimiento en la economía del paciente y del sistema sanitario, público o privado. Es necesario prestar atención a las recomendaciones emanadas de estos estudios, porque pueden mejorar los protocolos de atención urológica, al disminuir o eliminar las visitas a la consulta o a los servicios de urgencia, y la pérdida de horas de trabajo o vida social

como consecuencia de síntomas o de necesidad de atención médica<sup>10</sup>.

## Bibliografía

1. Sánchez Martín FM, Millán Rodríguez F, Esquena Fernández S, Segarra Tomás J, Rousaud Barón F, Martínez-Rodríguez R, et al. Incidencia y prevalencia de la urolitiasis en España: Revisión de los datos originales disponibles hasta la actualidad. *Actas Urol Esp.* 2007;31:511–20.
2. Millán F, Gracia S, Sánchez-Martín F, Angerri O, Rousaud F, Villavicencio H. Un nuevo enfoque en el análisis de la litiasis urinaria en función de la combinación de sus componentes: experiencia con 7. 949 casos. *Actas Urol Esp.* 2011;35:138–43.
3. Grases F, Costa-Bauzá A, Ramis M, Montesinos V, Conte A. Simple classification of renal calculi closely related to their micromorphology and etiology. *Clin Chim Acta.* 2002;322:29–36.
4. Costa-Bauzá A, Ramis M, Montesinos V, Grases F, Conte A, Pizá P, et al. Type of renal calculi: variation with age and sex. *World J Urol.* 2007;25:415–21.
5. Pieras E, Costa-Bauzá A, Ramis M, Grases F. Papillary and nonpapillary calcium oxalate monohydrate renal calculi: comparative study of etiologic factors. *Scientific World Journal.* 2006;18:2411–9.
6. Grases F, Costa-Bauzá A, Gomila I, Conte A. Origin and types of calcium oxalate monohydrate papillary renal calculi. *Urology.* 2010;76:1339–45.
7. Gault MH, Chafe L. Relationship of frequency, age, sex, stone weight and composition in 15,624 stones: comparison of results for 1980 to 1983 and 1995 to 1998. *J Urol.* 2000;164:302–7.
8. Mandel I, Mandel N. Structure and compositional analysis of kidney stones. En: Stoller ML, Meng MV, editors. *Current clinical urology, Urinary stone disease: A practical guide to medical and surgical management.* Totowa, New Jersey: Humana Press Inc.; 2007. p. 69–81.
9. Chabdhoke PS. Evaluation of the recurrent stone former. *Urol Clin North Am.* 2007; 34: 315–22.
10. Lotan Y, Pearle MS. Economía del tratamiento de la litiasis. *Urol Clin N Am.* 2007;34:443–53.