TOMO 60
Número 1
Enero-Febrero
2007

ANTONIO CONTE VISÚS

- Licenciado y Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Barcelona
- M.I.R. 1997-1980 Servicio de Urología Hospital Vall d'Hebró. Barcelona
- Médico Adjunto Servicio de Urología Hospital Son Dureta 1980-2001. Palma de Mallorca
- E.B.U. 1992
- Urólogo Staff Policlínica Miramar 2001- Actualidad. Palma de Mallorca
- Autor de 100 publicaciones en Revistas Nacionales e Internacionales
- Autor de 20 capítulos de libros
- Autor de 200 comunicaciones a Congresos Nacionales e Internacionales
- Miembro de del Grupo de Litiasis Renal y Biomineralización, Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud (I.U.N.I.C.S.). UIB. Palma de Mallorca

" LA LITIASIS HOY "

Antonio Conte Visús

Han transcurrido más de 20 años desde la publicación de dos referentes bibliográficos de la Urolitiasis en España, el libro Litiasis Renal (1976) del Dr. B. Pinto y el trabajo del Dr. Luis Cifuentes (1985) sobre la litiasis papilar con las placas descritas por Randall en 1937. Ambos reflejan la necesidad de agudizar el ingenio para averiguar porque se formaban los cálculos.

En aquel entonces la situación era bastante diferente a la actual. Había que esperar pacientemente a expulsar el cálculo y si no la cirugía y recirugía. Se iniciaba la ureteroscopia y la nefroscopia (1980), pero sólo al alcance de un limitado número de urólogos.

Tras la II Guerra Mundial hubo un claro descenso de la litiasis urinaria, pero actualmente hay un aumento en la prevalencia que ha pasado de un 4,6% en 1986 a un 10% (se acepta el 12% en la CE) en el 2006, también se adelanta la edad del primer episodio y aumenta el número de pacientes que recidivan.

No sólo cambian las características de los pacientes sino que también varía el tipo de cálculo.

EDITORIAL

En los últimos 20 años observamos un incremento notable (del 10 al 16%) de la litiasis de oxalato cálcico monohidrato papilar, que inicia su génesis sobre una lesión previa del epitelio de la papila renal secundaria básicamente a la eliminación de sustancias citotóxicas por la orina y también aumentan las de úrico (del 9 al 12%). Por el contrario están en retroceso las de oxalato cálcico dihidrato y las de hidroxapatita, ambas secundarias a estados hipercalcémicos (del 52 al 46%) y prácticamente han desaparecido los coraliformes infecciosos. Nos hemos "norte - americanizado" en la cantidad y tipo de los cálculos urinarios.

De todo ello cabe pensar que en la urolitiasis, los hábitos y formas de vida así como la dieta, desempeñan un papel bastante más importante del que hasta ahora se le ha atribuido. Tanto la dieta salada, pobre en fibra y fitatos, ingerida de manera rápida, con poca agua y muchas veces substituida por bebidas con conservantes, como el hábito de realizar dos comidas al día bastantes distantes en el tiempo, con cenas copiosas y próximas al periodo de descanso (inmovilidad) son factores que predisponen a la litogénesis. Pero estos hábitos condicionados por el entorno social, cultural y laboral están muy extendidos actualmente.

La urología como especialidad se ha reconvertido en estas dos décadas, si nos centramos en la urolitiasis, la litotricia extracorpórea y la litofragmentación de contacto han marcado un antes y un después. Han hecho posible que una vez formada la piedra, pueda resolverse el problema de una manera menos agresiva, más cómoda. El temor de una recidiva litiásica en un paciente operado varias veces ha desaparecido, el urólogo ha perdido el miedo a la piedra y en la profesión se muestra un cierto desinterés por el paciente litiásico, al que se asocia generalmente con litotricia y a poder ser extracorpórea.

A día de hoy, merece la pena reflexionar sobre una serie de aspectos

El primero de ellos es que estamos ante una importante población de pacientes, el 10% de la población (4.500.000 individuos) ha padecido, padece o padecerá al menos un episodio litiásico a lo largo de su vida. El volumen de pacientes con cálculos urinarios es elevado y corresponde a individuos urológicamente jóvenes, en edad laboral. Demandan soluciones rápidas y eficaces a su problema. Nosotros se las ofrecemos de forma parcial fragmentando el cálculo. Cuando se trata de un caso que recidiva (concepto que se solapa con residual post litotricia) la cosa cambia, las soluciones que generalmente se ofrecen son insuficientes. Estamos actuando de forma similar a como lo hacían los antiguos litotomistas, simplemente aplicando una tecnología menos agresiva.

La urolitiasis, patología que pertenece al ámbito de la urología y que afecta a un importante grupo de población, puede ser una línea de gran expansión en el futuro, siempre y cuando el urólogo sea capaz de integrar y asumir todos los aspectos de la misma y no sólo la litofragmentación intra o extracorpórea.

Un segundo punto a tener en cuenta es la aparición de las litiasis emergentes cuyo tratamiento (diferente al fragmentador) están asumiendo otras especialidades médicas, lógi-

EDITORIAL

camente en detrimento de la nuestra. La cirugía bariátrica, las dietas de adelgazamiento, el interés de otras especialidades por la osteoporosis y sus terapéuticas, la litiasis medicamentosa en aumento paralelo al consumo de fármacos así como los suplementos minerales - vitamínicos usados en medicina deportiva y la implantación de dietas únicamente vegetarianas, son nuevas causas de litogénesis que hace pocos años no existían.

En la línea de las litiasis emergentes cabría señalar la frecuencia cada vez mayor de hallazgos accidentales con las nuevas técnicas de imagen de micro litiasis renales bilaterales de las que hasta ahora no se conoce su evolución y que son motivo de consulta por la incertidumbre que genera su dispar valoración. La cardiología se nos ha adelantado en el estudio de las calcificaciones coronarias y su pronóstico mediante el TAC helicoidal de alta resolución. La papila renal y los vasos coronarios son dos entidades diferentes en localización y función, pero probablemente la causa de su lesión primaria calcificada pueda llegar a explicarse por un mecanismo similar.

El tercer punto es que sigue siendo habitual la recomendación por parte del urólogo de dietas bajas en calcio a pesar de la evidencia aportada por el trabajo de Curhan en 1993 de que generalizar este tipo de alimentación puede llegar a aumentar la frecuencia de urolitiasis tanto en hombres como en mujeres, por favorecer una mayor absorción intestinal de oxálico y en consecuencia mayor oxaluria.

Otro punto en controversia es la dificultad metodológica para establecer una relación causa efecto entre las alteraciones en la composición de la orina y la génesis de un cálculo. La clasificación propuesta en la publicación " Tipos de cálculos renales. Relación con la bioquímica urinaria " (Arch.Esp.Urol.,2001,54,9,861-871), puede servir de plataforma conceptual básica para su comprensión.

Debe reconocerse que los exámenes bioquímicos sistemáticos en sangre y orina de 24 horas para buscar una hipercalcemia, hiperuricosuria, etc. están perfectamente indicados en casos concretos, pero la aplicación generalizada a la población litiasica es inviable por su costo y complejidad. La complicada fase pre analítica, tanto la que depende del paciente en la recogida de la muestra como la del laboratorio en el manejo de las orinas de 24 horas, entrañan dificultad.

Precisamos un método rápido, barato y simple que discrimine correctamente cuando una muestra puntual de orina es litógena o no. Que nos sirva para seleccionar pacientes tributarios de beneficiarse de estudios ulteriores más costosos y complejos. Sería útil que este método permitiera también monitorizar de manera objetiva la influencia que pueda tener un cambio dietético, tratamiento farmacológico u otro tipo de variable sobre la actividad litógena de su orina.

Si se consigue una herramienta de este tipo, es muy probable que el urólogo se vuelva a interesar por la causa que está generando el cálculo y de forma paralela a la litofragmentación ó expulsión de la piedra, ponga en marcha terapias que reduzcan el potencial litógeno urinario y en consecuencia se evite la aparición de mas cálculos.

EDITORIAL

En resumen, existe un número cada vez mayor de pacientes con litiasis renal, muchos en edad laboral, para los que, en la gran mayoría de casos, la terapia urológica se basa en la aplicación de una de las muy desarrolladas metodologías de litifragmentación. Pero con la eliminación del cálculo únicamente se soluciona el problema de ese episodio. El urólogo está olvidando que el tratamiento integral del individuo litiasico requiere también un diagnóstico etiológico, es imprescindible conocer el tipo de Urolitiasis y sus posibles causas, para recomendar las terapias farmacológicas, dietéticas... que procedan en cada caso. El abandono por parte de los urólogos del estudio completo del paciente litiasico posiblemente esté desplazando esta patología hacia otras especialidades.

Antonio Conte Visús

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y ** lectura fundamental)

1. CIFUENTES, L.; MIÑÓN, J.; MEDINA, J.A.: J. Urol., 137, 1024. 1987.
2. PINTO, B.: "Litiasis renal". Salvat Editores, SA. Barcelona, 1976.
3. GRASES, F.; CONTE, A.; COSTA-BAUZÁ, A. y cols.: "Tipos de cálculos renales. Relación con la bioquímica urinaria". Arch. Esp. Urol. 54, 9, 861. 2001.
4. CURHAM, G.C.; WILLET, W.C.; RIMM, E.B. y cols.: "A prospective study of dietary calcium and other nutrients and the risk of symptomatic kidney stones". N. Engl. J. Med., 328, 833. 1993.