

3. – LITIASIS RENAL

Es la presencia de uno o mas litos en el riñón encontrándose en diferentes localizaciones: Caliceal, piélico, intraparenquimatoso o mixto.

FACTORES DE RIESGO Y EPIDEMIOLOGÍA

En México no existen estadísticas confiables de la incidencia de ésta patología. En nuestro Hospital se calcula una incidencia de 24 en 10,000 habitantes, manejándose que entre el 10 y el 12% de todos los individuos desarrollarán en algún momento de su vida litiasis. Se tiene una relación hombre mujer 3:1. La recurrencia de litiasis renal es a 1 año del 10%, a 5 años del 35% y a 10 años del 50%.

Existen factores extrínsecos (geografía, factores climáticos y estacionales, ingesta de agua, dieta y ocupación) y factores intrínsecos (herencia, sexo y edad) los cuales juegan un papel importante en el mecanismo formador de cálculos, observado frecuentemente en nuestro hospital.

En nuestro medio el porcentaje de litiasis se presenta de la siguiente manera: mixtos 80%, litos de calcio (mono o dihidratados) 75%, litos de fosfato amónico magnésico 15-20%, litos de ácido úrico 5 a 10%, litos de cistina 2%, litos de xantina, salicilatos y causados por metabolitos de medicamentos múltiples, menor al 1%

CLASIFICACIÓN

Existen diferentes clasificaciones para los litos renales: anatómica, de acuerdo a la composición y mixta.

- Anatómicamente: Caliciales, piélicos, coraliformes y mixtos.
- Composición química: litos de calcio (mono o dihidratado), litos de fosfato amónico magnésico, litos de ácido úrico, litos de cistina, litos de xantina, salicilatos y causados por metabolitos de medicamentos múltiples.

CUADRO CLÍNICO

1. Dolor: los cálculos renales se asocian con el dolor en flanco y región dorsolumbar así como dolor costovertebral siendo más frecuentemente opresivo sin ser cólico de diferente intensidad, el cual puede irradiarse o no.
2. hematuria: Generalmente la mayoría de los pacientes tienen hematuria microscópica, pudiendo no existir eritrocitos en la orina cuando el cálculo se encuentra obstruyendo completamente el tracto urinario o no está en movimiento (por ejemplo un cálculo fijado a una papila renal).
3. Náusea y vómito: Generalmente se asocia con el dolor de intensidad importante como un reflejo visceral causando paralización del movimiento de las asas intestinales.
4. fiebre: Esta sugiere infección y se puede presentar con o sin obstrucción, aunque se puede tener febrícula de infección.
5. Asintomático: el paciente puede permanecer asintomático hasta que por accidente se identifica hematuria microscópica o se evidencia algún lito.

LABORATORIO.

Los estudios de laboratorio deben estar encaminados a valorar por un lado la función renal así como valorar una probable alteración metabólica que explique la formación de litos. Dentro de éstos estudios es básico realizar biometría hemática, química sanguínea, tiempos de coagulación, examen general de orina y posteriormente realizar determinaciones séricas y urinarias de fósforo, magnesio, calcio, así como determinación de paratohormona.

GABINETE

Dentro de los estudios de gabinete es muy importante tomar una placa simple de abdomen y cuando el paciente presenta hematuria ya sea macroscópica o microscópica se deberá realizar urografía excretora. Otros estudios que son de gran importancia para valorar la función renal son el ultrasonido renal y el gamagrama renal. Utilizando también como apoyo terapéutico en los últimos años la tomografía helicoidal para tratar de conocer la composición de los litos con las mediciones topográficas de las unidades Hounsfield.

TRATAMIENTO

1. Litotripsia extracorpórea con Ondas de Choque (LEOCH): las tasas de eliminación varían del 84% al 96%, siendo la visualización del lito la mas importante para el éxito del tratamiento, en nuestro servicio con tasa de éxito del 86%.
2. Nefrolitotomía Percutánea (NLP): en manos experimentadas, con equipo e infraestructura adecuada se ha tenido una tasa de éxito de aproximadamente del 70-85%. En nuestro servicio con malos resultados hasta el momento debido a dificultades técnicas del equipo.
3. Ureteroscopia (ureteroscopio flexible): Con mucho auge en los últimos años sin embargo el alto costo de dichos procedimientos lo dificultan en nuestro medio, con tasas de éxito oscilando entre el 50 al 80%. En nuestro servicio NO se realiza éste procedimiento.
4. Quimiólisis: puede conseguirse con la administración sistémica o local de sustancias activas, según el tipo de cálculo y las circunstancias clínicas. Para que la quimiólisis sea eficaz en un caso particular es preciso conocer la composición del lito. Se utiliza actualmente el ácido acetohidroxámico, acetilcisteína, el bicarbonato, d-penicilamina, etc.
5. cirugía abierta: Nefrectomía simple, nefrolitotomía simple, nefrolitotomía radiada, nefrolitotomía anatómica, pielolitotomía, nefrectomía parcial, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Resnick MI, Bagley DH: Urolitiasis, urol Clin North Am vol 24 no 1 pp 47-190, Mcgraw Hill Interamericana, 1997.
2. Di silverio F, galluci m, Alpi G; Staghorn Calculi of the Kidney: Classification and therapy. Br J urol 65:449-452, 1990
3. Drach GW: urinary lithiasis. In Walsh PC, Retik AM: campbell's Urology, de Philadelphia, WB Saunders, 1992
4. Segura JW, Preminger GM; nephrolitiasis Clincal Guidelines Panel Summary report on the management of Staghorn Calculi. J urol 151: 1648-1651, 1994
5. Rocco F, mandressi A, : Surgical Classification of renal calculi. Eur Urol 10:121, 1984.

PACIENTES CON CÁLCULOS RENALES

