



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1170 - Nuevos tratamientos en el cólico renal. A propósito de un caso

L. Muñoz Abad^a, V. Bueno García^a, S. Torres Conde^b, M.Á. de la Hera Romero^c, J. Herrador Paredes^d, M.J. Lozano Fernández^e, F.L. Pérez Caballero^a, R. Roncero Vidal^f, J.M. González Sánchez^g y P.L. García Flores^a

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ^bMédico de Familia. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 42 años. AP: no alergias medicamentosas. Cólicos renales de repetición. Litiasis renal. LEOC por cálculo renal en 2010. Tratamiento:citrato potásico. Acude a nuestra consulta de Atención Primaria, por dolor en fosa renal izquierda irradiado a genitales de 3 días de evolución, controlado con AINEs. Afebril, sin náuseas. No hematuria. Niega otra clínica asociada. Realizamos una exploración física detallada y revisamos pruebas complementarias. Pautamos tratamiento analgésico con AINE (diclofenaco/8h), relajante muscular (diacepam 5 mg/12h) y para tratamiento expulsivo tamsulosina (0,4 mg/día durante 15 días)y amlodipino (2,5 mg/día). A las 48h, acude trayendo a nuestra consulta los cálculos expulsados, de 7 mm de diámetro. Se encuentra asintomático, con buena evolución clínica posterior.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Abdomen: dolor a la palpación en fosa iliaca izquierda y PPR izquierda positiva. Resto normal. Hemograma, coagulación y bioquímica incluyendo función renal, iones, calcemia, fosfatemia, uricemia, PTH y vitamina D normales. Orina: pH 6,5, sedimento con 10-30 hematíes/campo, cristales de oxalato cálcico. Orina 24h: calciuria 223 mg/24h, uricosuria 606 mg/24h, citraturia 11 mg/24h, oxálico 30 mg/24h. Rx SAU: imagen de densidad calcio de > 0,5 mm de diámetro en L5. Ecografía renal: cálculo de 7 mm en 1/3 distal de uréter izquierdo.

Juicio clínico: Cólico renal izquierdo no complicado.

Diagnóstico diferencial: Se debe realizar con enfermedades renales (embolismo renal o pielonefritis aguda). También con patologías osteoarticulares, digestivas, vasculares o genitales.

Comentario final: Podemos considerar la urolitiasis como una enfermedad metabólica con tendencia a la recurrencia, que frecuentemente nos encontramos en las consultas de Atención Primaria. Su tratamiento de urgencia, hasta ahora, estaba basado en la analgesia, sin evidencia de la utilidad de otros coadyuvantes, cuando la no expulsión de una litiasis se traduce en la presentación de cólicos renales de repetición, la expulsión espontánea es variable y las técnicas invasivas no están

exentas de riesgo y están indicadas en litiasis > 1 cm. Pero el mejor conocimiento anatómico-fisiológico del sistema renoureteral ha permitido adecuar la medicación a la situación clínica. En 2005 se presentó un estudio donde se describe que el uréter humano tiene receptores adrenérgicos alfa1A y alfa1D, en toda su extensión, pero fundamentalmente con mayor densidad en uréter distal. Por tanto, la inhibición del efector adrenérgico mediante la administración de alfabloqueantes podría tener efecto en las contracciones ureterales y facilitar la expulsión de la litiasis en el uréter distal mediante la relajación de la musculatura lisa ureteral. De ahí el uso de la tamsulosina (alfabloqueante selectivo alfa1A y alfa1D), en dosis de 0,4 mg/día durante 15 días, demostrando su eficacia en el aumento de la tasa de expulsión, disminución de la intensidad y duración del dolor, y disminuyendo el uso de AINEs. Indicado en presencia de litiasis en uréter distal < 10 mm, en pacientes sin sepsis y sin insuficiencia renal, con dolor controlado con analgesia habitual. De segunda línea de tratamiento tendríamos los calcioantagonistas, que actúan relajando la musculatura lisa ureteral. En un futuro sería interesante el diseño de estudios con naftopidilo y silodosina (bloqueantes selectivos de receptores alfa1D y alfa1A, respectivamente) o la combinación de alfabloqueantes y calcioantagonistas, como en nuestro caso, para analizar si podrían optimizar los resultados de tamsulosina. Mientras, disponemos de la tamsulosina como fármaco indicado de primera elección en el tratamiento expulsivo de litiasis ureterales en coadyuvancia con analgesia, reduciendo la morbilidad y aumentando la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrer Moret et al. Litiasis renal. FMC. 2015;22(6):301-11.
2. Arrabal-Marín M, Cano-García MC. Tratamiento médico expulsivo de la litiasis ureteral con bloqueadores adrenérgicos alfa. Med Clin (Barc). 2015.
3. Benítez Camps M, et al. Eficacia y seguridad de la tamsulosina para el tratamiento del cólico nefrítico: revisión sistemática con metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados. Med Clin (Barc). 2015.
4. Esquena S, et al. Cólico renal. Actas Urol Esp. 2006;30(3):268-80.