



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

245/15 - YA NO PUEDO MÁS, SIEMPRE SE REPITE EL CÓLICO RENAL

M. Tejero Mas^a, A. Palmerín Donoso^b, N. Rivera Jiménez^c, C. Gato Núñez^d, F. Pérez Caballero^e y F. Buitrago Ramírez^f

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ^dMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ^eMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. ^fMédico de Familia. Centro de Salud La Paz. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 44 años con antecedentes de hipertensión arterial que presentó en hasta 3 ocasiones, cuadro clínico compatible con cólico nefrítico. La hermana del paciente, también había presentado en múltiples ocasiones crisis de dolor por urolitiasis.

Exploración y pruebas complementarias: Durante los episodios del dolor, el paciente estaba inquieto con puño-percusión renal positiva. Entre los mismos, el paciente estaba asintomático con exploración física sin alteraciones. Dado que el paciente había presentado urolitiasis recidivantes y por la existencia de antecedentes familiares, se decide la realización de un estudio metabólico dos semanas después del último episodio. En la analítica de sangre, solo destaca un aumento de los niveles de ácido úrico sin deterioro de la función renal. En la analítica de orina de 24 horas, se pudo objetivar que el paciente presentaba hipercalcemia (490 mg), hiperuricosuria (957,6 mg) e hipocitraturia (149,6 mg). El paciente presentaba hipercalcemia idiopática (entidad autosómica dominante con normocalcemia que supone la causa principal de cálculos recurrentes), acompañada de hiperuricosuria e hipocitraturia, por lo que se le recomendó al paciente tratamiento con citrato potásico (para alcalinizar la orina) y el modificar su tratamiento antihipertensivo (sustituir enalapril por hidroclorotiazida).

Juicio clínico: Hipercalcemia idiopática, hiperuricosuria, hipocitraturia.

Diagnóstico diferencial: Patología genitourinaria (trombosis de vena renal, pielonefritis...), abdominal (diverticulitis aguda, cólico biliar...), rotura o disección de un aneurisma aórtico, patología osteomuscular, herpes zóster.

Comentario final: Pese a que el 80-90% de los episodios se resuelven espontáneamente, generan morbilidad importante (con elevadas tasas de recurrencia) y suponen un elevado coste socioeconómico. Aunque enfermedades concomitantes pueden facilitar las litiasis, lo normal es que los factores que influyen en la misma sean idiopáticos. El medio principal para disminuir las recidivas, es una diuresis superior a 2 litros diarios. Otras medidas útiles son mantener un peso adecuado, limitar la sal y las proteínas animales y aumentar las proteínas vegetales, las frutas y las verduras. Es fundamental, que el médico de familia se encuentre familiarizado con el estudio metabólico a realizar en pacientes con cólicos nefríticos de repetición.

Bibliografía

1. Buitrago F, Calvo JI. Trastornos nefrourológicos. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. Atención Primaria, 7ª ed. Barcelona: Elsevier, 2014.
2. Cano-García MC, Ochoa-Hortal MÁ. Valor del estudio metabólico urinario en pacientes con litiasis recidivante. Estudio en nuestra área de salud. Actual Med. 2014;99(793):136-9.