

Prevención secundaria de la nefrolitiasis: eficacia del aumento de la ingesta de líquidos, citratos, alopurinol y tiazidas

The effectiveness of increased fluid intake, allopurinol, thiazide and citrate in the secondary prevention of nephrolithiasis

Fink HA y col. Ann Intern Med. 2013;158(7):535-43.

Objetivos

Realizar una revisión sistemática para evaluar los riesgos y beneficios de distintos tratamientos, tanto farmacológicos como dietarios, en la prevención secundaria de nefrolitiasis.

Fuente de Datos

MEDLINE, biblioteca Cochrane, Google Académico, clinicaltrials.gov, y Web of Science. Listas de referencia de ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas, además de artículos sugeridos por expertos.

Selección de datos

Ensayos clínicos aleatorizados en inglés, que incluían tratamiento farmacológico o tratamiento dietario, para la prevención de recurrencias de nefrolitiasis. Los resultados evaluados eran clínicos, radiográficos o una combinación de ambos, agregando efectos adversos y adherencia. Los participantes eran individuos mayores de 18 años, que hubieran presentado uno a más episodios de nefrolitiasis. El grupo tratante se comparaba con placebo,

cuidado usual, ningún tratamiento u otro tratamiento activo.

Extracción de datos

Los datos fueron extraídos por dos revisores independientes, quienes calificaron los trabajos utilizando criterios de calidad y fuerza de evidencia pre-especificados.

Resultados principales

Se resumen en la tabla 1. Los resultados de las intervenciones dietarias resultaron discordantes por las co-intervenciones del grupo tratante y las distintas intervenciones del grupo control. La evidencia sobre si el tipo de cálculo predice la eficacia del tratamiento en la reducción de la nefrolitiasis es limitada, al igual que las mediciones bioquímicas basales, tanto urinarias como sanguíneas. Si bien la hiperuricosuria y la hiperuricemia parecen predecir la eficacia del tratamiento con alopurinol, en ensayos con citrato y tiazidas que incluían algunos de estos pacientes, también se observó una reducción. Al no haber ensayos comparativos entre el alopurinol y las tiazidas o citratos en este tipo de pacientes no se pueden sacar conclusiones.

Tabla 1: impacto de diferentes estrategias en la prevención secundaria de nefrolitiasis.

Intervención	Resultado evaluado	Riesgo relativo	Diferencia en abandono o efectos adversos	
Aumento de la ingesta de líquidos	Compuesto	0,45 (0,24 a 0,84)	No	
	Radiográfico	0,15 (0,02 a 1,07)		
Reducción de la ingesta de gaseosas	Clínico	0,83 (0,71 a 0,98)	No	
Dietas multicomponente	a	Compuesto	0,52 (0,29 a 0,95)	Menor en grupo intervención
	b	Compuesto	5,58 (1,39 a 24,92)	
Alopurinol	Compuesto	0,59 (0,42 a 0,84)	Menor en alopurinol	
Tiazidas	Compuesto	0,52 (0,39 a 0,69)	Mayor en tiazidas	
Citrato	Compuesto	0,25 (0,14 a 0,44)	Mayor en citrato	
Ácido acetohidroxiámico	Clínico e imágenes	No significativo	Mayor en grupo intervención	

Resultado compuesto: clínico + imágenes. Dieta a) baja en proteínas y sodio, y normal a rica en calcio vs baja en calcio. Dieta b) baja en proteínas animales y rica en fibras vs dieta control.

Conclusiones

En pacientes con al menos un episodio de nefrolitiasis el incremento de ingesta de líquidos reduce el riesgo de recurrencia. En pacientes con múltiples episodios de nefrolitiasis cálcica el agregado de tiazidas, citra-

to o alopurinol produjo una reducción adicional.

Fuente de financiamiento y conflictos de interés de los autores: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Comentario

La prevalencia de litiasis renal es del 13% en hombres y 7% en mujeres^{1,2}. Sin ningún tratamiento específico, la recurrencia a los cinco años se da entre el 35% y el 50% de los casos³. Es sabido que muchos de los pacientes con nefrolitiasis recurrentes tienen trastornos metabólicos de base que aumenta su predisposición^{4,5}. Por lo tanto, en la práctica clínica se suelen solicitar dos muestras de orina de 24 horas, cada una con su correspondiente muestra de sangre, donde se miden parámetros bioquímicos. También se recomienda determinar la composición de los cálculos. Sin embargo, no existen evidencias claras en el impacto que tiene cada tratamiento en relación a cada trastorno, ni en el tipo de cálculo o características del paciente. Con este trabajo, tampoco se puede concluir claramente ninguna relación entre estas variantes y el tratamiento. En primer lugar, por los pocos ensayos sobre tratamientos comparativos, pudiendo existir sesgo de publicación. Además, hay que agregar la calidad y el grado de evidencia de los ensayos clínicos,

siendo la mayoría de los trabajos de mediana calidad, y baja a moderada fuerza de evidencia. En segundo lugar, gran parte de los ensayos incluían únicamente cálculos de calcio. Finalmente, muchos de los estudios reportaron como medida de resultado las imágenes, lo que hace que los resultados sean muy imprecisos, ya que las mediciones de los cálculos presentan mucha variabilidad con estos métodos.

Conclusiones del comentador

Si bien existen muchos trastornos metabólicos que podrían explicar la predisposición de ciertos pacientes a sufrir eventos recurrentes de litiasis renal, se recomienda sugerir aumentar la ingesta de líquidos a todos ellos, sin importar el tipo de cálculo o trastorno subyacente y sin realizar estudios exhaustivos en busca de la causa.

Burdiso Natividad [Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires; natividad.burdiso@hospitalitaliano.org.ar]

Burdiso N. Prevención secundaria de la nefrolitiasis: eficacia del aumento de la ingesta de líquidos, citratos, alopurinol y tiazidas. Evid Act Pract Ambul. Ene-Mar 2014;17(1):8. **Comentado de: Fink HA, Wilt TJ, Eidman KE, et al. Medical management to prevent recurrent nephrolithiasis in adults: a systematic review for an American College of Physicians Clinical Guideline.** Ann Intern Med. 2013;158(7):535-43. PMID: 23546565.

Referencias

1. Pearle MS et al. Urologic diseases in America project: urolithiasis. J Urol. 2005;173:848-57.
2. Stamatelou KK, et al. Time trends in reported prevalence of kidney stones in the United States: 1976-1994. Kidney Int. 2003;63:1817-23.
3. Uribarri J, et al. The first kidney stone. Ann Intern Med. 1989;111:1006-9.
4. Wagner CA, Mohebbi N. Urinary pH and stone formation. J Nephrol. 2010;23 Suppl 16:S165-9.
5. Levy FL, Adams-Huet B, Pak CY. Ambulatory evaluation of nephrolithiasis: an update of a 1980 protocol. Am J Med. 1995;98:50-9.