



# ARCHIVOS ESPAÑOLES DE UROLOGÍA

FUNDADOS EN 1944 POR E. PEREZ CASTRO, A. PUIGVERT GORRO Y L. CIFUENTES DELATTE

Director / Editor: E. Pérez-Castro Ellendt

Editor Asociado: L. Martínez-Piñeiro Lorenzo

Editor Asociado Internacional: J. I. Martínez-Salamanca

Arch. Esp. Urol. 2010; 63 (1): 41-42

## COMENTARIO EDITORIAL de:

### LITIASIS RENAL EN PACIENTES CON HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO. EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO.

*Antonio Conte Visús.  
Policlínica Miramar. Palma de Mallorca. España.*

**E**stamos ante un excelente trabajo que aporta casuística importante y a la vez la revisión de la bibliografía pone al día una visión global muy bien enfocada del papel que desempeña el HPT Iº en la litiasis renal. La opinión de los cirujanos en mi medio, es que la mayor fuente de pacientes para cirugía de las paratiroides, es el urólogo.

No obstante bajo mi punto de vista hay dos conceptos que el autor/es deberían enfatizar más con la finalidad de que una persona no familiarizada con el tema, pueda quedar con ideas claras. Los autores ya las tienen muy claras.

La primera es que la composición de los cálculos del HPT Iº es de oxalato cálcico dihidrato muy rico en fosfatos y fácilmente fragmentables tanto con LEOC como por litotricia de contacto.

La segunda es que en la mayoría de casuísticas presentadas por urólogos, las urolitiasis del hiperpara Iº son más frecuentes en mujeres por encima de los 40 años, por no decir que en diez casos aparecerá solo un varón. Estos aspectos varían cuando el estudio lo realiza un endocrinólogo ó un internista. No olvidemos que el urólogo diagnostica los HPT Iº debido a que consultan por urolitiasis.

El perfil estándar es de una mujer de 40 - 50 años con cálculos de dihidrato y fosfatos (predomina el dihidrato), bilateralidad de la litiasis (sincrónica o asincrónica), recidivante, varias LEOCs y vista por diversos médicos. Tenemos que descartar un HPT a demostrar primero con la bioquímica y segundo con las técnicas de imagen (ECO – TAC) y un MIBI, y localizar el adenoma de paratiroides como causa mas frecuente.

De todas maneras una fosfatemia baja repetida en el entorno clínico antes mencionado, es el indicador mas fiable para iniciar la búsqueda de un HPT Iº.

Al haber tenido la oportunidad de seguir a los mismos pacientes durante mas de 25 años, he podido observar que un grupo de ellos (más frecuente ellas) diagnosticadas de HC normocalcémica en aquel entonces, han llegado a desarrollar una activación de la PTH, hipercalcemia y adenoma de paratiroides. En consecuencia pienso que HC renal, absorbiva y finalmente resortiva es la misma entidad patológica vista en diferentes momentos evolutivos.

De una manera similar, hay otro grupo de enfermos con litiasis e HPT normocalcémico con PTH límite. En estos casos, si se administra una tiacida (50 mg hidroclotiacida/12h, tres o cuatro días) con dieta hiposódica, asciende la calcemia, disminuye la calciuria (previamente hipercalciuria) y no se modifica la PTH al ser su excreción autónoma; se trata sin duda de un HPT. La mayoría de veces este hecho ocurre al administrar una tiacida para tratar la hipercalciuria, pero la dosis debe ser alta y la dieta imprescindible pobre en sal, sino no funciona. En una persona normal, las tiacidas disminuyen la calciuria (previamente normocalciuria), la calcemia no varía y la PTH disminuye.

La cirugía del HPT en un principio no es compleja si el adenoma / hiperplasia se localiza en el cuello. Los resultados clínicos obtenidos son de alta resolutiveidad para la recidiva litiásica.

Con esta editorial intento aportar mi experiencia en los aspectos antes mencionados y motivar a los urólogos que siguen pacientes con urolitiasis, que piensen que el HPT existe como causa de la misma, patología que se presenta en un 4 - 5% de los litiásicos. El diagnóstico correcto puede convertir a un litiásico en un auténtico tormento por las recidivas ó curarlo de por vida con una cirugía de 45 minutos.

*Antonio Conte Visús*

## COMENTARIO EDITORIAL de:

### LITIASIS RENAL EN PACIENTES CON HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO. EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO.

*Jorge Massarra Halabi. Unidad de Litotricia. Clínica La Luz. Madrid. España.*

La lectura de este trabajo, me lleva a reflexionar sobre la idoneidad del uso "unidad de Litotricia" en vez de "Unidad de Litiasis", lógicamente más correcto en cuanto al manejo de la patología litiasis, que algunos grupos, como el citado de Arrabal, realizan de forma protocolizada, pero que en otras ocasiones como es nuestro caso en un alto porcentaje al recibir pacientes de otros centros "solo para el tratamiento", no realizamos.

Llama la atención que disponiendo de una muestra de 287 casos se hayan excluido 186 del estudio.

El tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo, según los datos expuestos, es resolutivo en cuanto a la ausencia de nuevos episodios litiásicos (2 pacientes con recidiva del hiperparatiroidismo). La valoración de la hipercalciuria, como factor de riesgo más importante para padecer litiasis, debe servirnos como alarma diagnóstica de cara a realizar un estudio más extenso.

Concluyo, parafraseando, a las Guías de la Asociación Europea de Urología: "El carácter recidivante de la enfermedad hace que no solo sea importante extraer los cálculos del tracto urinario y contribuir a la expulsión espontánea de dichos cálculos, sino también ofrecer a estos pacientes una atención médica adecuada.

*Jorge Massarra Halabi*