

CÓLICO RENAL

Francisco Javier Ancizu, Fernando Díez-Caballero

Síndrome clínico agudo caracterizado principalmente por dolor intenso en uno de los ángulos costovertebrales, que puede ser irradiado, y que se produce como resultado de la obstrucción del tracto urinario superior por un cálculo (lo más frecuente), una papila renal o un coágulo.

Las zonas de obstrucción más frecuentes son los cálices renales, la unión pieloureteral, el cruce del uréter por las arterias ilíacas y el uréter pelviano.

El síndrome consiste en un dolor de inicio brusco, de tipo cólico, que va incrementándose paulatinamente y que se irradia de forma característica siguiendo el trayecto ureteral y hacia la región genital.

Pueden asociarse otros síntomas como náuseas y vómitos, agitación, hipertensión arterial, polaquiuria y urgencia miccional especialmente cuando el cálculo se impacta a nivel distal, y síntomas intestinales como paresia intestinal e incluso íleo paralítico

ETIOLOGÍA

Como se explica en la definición la causa del cólico nefrítico es la obstrucción del tracto urinario superior por un cálculo, una papila renal o un coágulo. En algunas ocasiones se produce por compresión extrínseca, iatrogenia quirúrgica o fungus ball.

En este apartado además se exponen otras causas de **dolor lumbar tipo cólico**. Estas causas se pueden clasificar en urológicas y no urológicas.

Causas urológicas	Causas no urológicas
<ul style="list-style-type: none"> • Infección urinaria • Síndrome de la unión pieloureteral • Enfermedad vasculorrenal (infarto renal agudo, trombosis vena renal) • Necrosis papilar (diabéticos y nefropatía por analgésicos) • Hemorragia retroperitoneal (espontánea o secundaria) • Torsión del cordón espermático (niños o adolescentes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aneurisma de aorta (disección) • Patología gastrointestinal • Colelitiasis • Enfermedad pancreática • Trastornos ginecológicos • Patología musculoesquelética

CLASIFICACIÓN DEL CÓLICO NEFRÍTICO:

A la hora de valorar el cólico nefrítico es importante conocer su clasificación. Los cólicos se clasifican en cólico complicado y cólico no complicado y la actitud terapéutica dependerá del tipo de cólico que presente el paciente.

Colico complicado	Cólico no complicado
<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre • Deterioro función renal (creatinina > 1,5 mg/dl) • Hidronefrosis III-IV • Cólico bilateral • Riñón único/trasplante renal • Dolor no controlado con medicación • Embarazadas 	<ul style="list-style-type: none"> • No cumple criterios de cólico complicado

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA EN URGENCIAS

Anamnesis:

La anamnesis inicial irá dirigida a los aspectos de la clínica del cólico y de los síntomas generales. Además es necesario conocer la historia previa de cólicos, el antecedente de traumatismos, el hábito deposicional y factores desencadenantes de deshidratación.

Es importante en la anamnesis y con las exploraciones complementarias descartar las causas no urológicas de dolor lumbar tipo cólico descritos en el apartado de etiología. En este punto cobra especial importancia los trastornos ginecológicos (rotura/torsión de quiste ovárico, anexitis...), cuadros gastrointestinales (cólico biliar, pancreatitis, apendicitis, diverticulitis...) y hematoma retroperitoneal (espontáneo o secundario a traumatismo, LEOC, anticoagulación...). Además es importante conocer si el paciente tiene antecedente reciente de cirugía pélvica.

El diagnóstico inicial del cólico nefrítico es clínico. Para ello es necesario conocer los síntomas y sus características.

Clínica:

- **Dolor:** se trata de un dolor de inicio brusco tipo cólico y de duración variable. La intensidad del dolor también es variable pero en general se trata de un dolor muy intenso. La localización es lumbar con máxima intensidad en el ángulo costovertebral y

puede irradiarse de forma característica siguiendo el trayecto ureteral y hacia genitales externos. Además este dolor puede provocar agitación psicomotriz. Esto es, el paciente busca constantemente una postura antiálgica y se muestra impaciente e irritable.

- **Clínica miccional:** en cálculos situados en uréter distal próximos a la vejiga puede asociar clínica irritativa miccional (polaquiuria, disuria, escozor, urgencia) y hematuria (macroscópica o microscópica)
- **Síntomas gastrointestinales:** como náuseas y vómitos repetidos, paresia intestinal e incluso íleo paralítico por irritación local.
- **Fiebre:** la presencia de fiebre asociada a dolor tipo cólico sugiere pielonefritis obstructiva y se considera cólico complicado. Suele asociar dolor en flanco y es imprescindible realizar prueba de imagen.
- **Síntomas generales:** puede estar acompañado de aumento de la TA y la FC, así como de sudoración y palidez.

Exploración física

En primer lugar es necesario tomar las constantes (temperatura, TA y FC).

En el cólico nefrítico es típico que el paciente se muestre intranquilo y ansioso, no así en los hematomas retroperitoneales.

El paciente presenta dolor espontáneo y a la presión en el ángulo costovertebral (signo de Guyon).

El paciente puede presentarse con contracción del hemiabdomen afecto aunque la postura y los movimientos no modifican el dolor.

Pueden realizarse otras exploraciones para descartar origen urológico del dolor:

- Dolor a la presión de hipocondrio derecho: cólico biliar, colecistitis
- Exploración abdominal: peritonismo u organomegalias, masa pulsátil en aneurisma aórtico.
- Auscultación pulmonar: sospecha de neumonía.

Exploraciones complementarias

Para completar el diagnóstico y poder clasificar el cólico en complicado y no complicado es necesario realizar una serie de exploraciones complementarias.

Datos de laboratorio:

- Anormales y sedimento: es casi imprescindible la presencia de hematíes (dudar de cólico si no hay hematíes); puede asociar leucocituria, cristaluria, bacteriuria y nitritos.
- Hemograma: en caso de pielonefritis obstructiva puede aparecer leucocitosis.
- Bioquímica: valora los iones y la creatinina (Cr > 1,5mg/dl cólico complicado)
- Reactantes de fase aguda: en caso de fiebre para valorar el riesgo de sepsis.

Pruebas de imagen:

- **Radiografía simple de abdomen vacío decúbito y ortostático:** exploración radiológica que permite diagnosticar cálculos con componente cálcico (radioopacos) con una sensibilidad de 45-60%. Hay que buscar imágenes radioopacas sobre la silueta renal y el trayecto ureteral. Además permite valorar el gas intestinal y el marco óseo.
- **Ecografía abdominal:** es la exploración inicial de elección. Es necesaria en todos los casos agudos de nuevo diagnóstico. Permite valorar la dilatación de la vía urinaria con una sensibilidad del 96%, la presencia de litiasis, el tamaño renal, tumores, abscesos y colecciones perirrenales. Además, permite diagnosticar otras patologías abdominales.
- **TAC abdominopélvico (con o sin contraste):** permite identificar litiasis independientemente de su tamaño, localización y composición con una sensibilidad del 94-100%. Además, en los casos de duda diagnóstica es capaz de identificar causas no urológicas de dolor lumbar de tipo cólico.

TRATAMIENTO

En un primer momento es prioritario aplicar un tratamiento sintomático analgésico, antiemético y de fluidoterapia.

Posteriormente en caso de que se trate de un cólico complicado (valoración por Urología) se planteará la necesidad de aplicar tratamiento intervencionista.

Finalmente en caso de cólico no complicado y si el paciente responde bien a la medicación puede ser dado de alta con tratamiento analgésico y expulsivo.

Fluidoterapia: es necesaria debido a que los pacientes habitualmente presentan deshidratación. Preferiblemente con suero fisiológico 20-40 ml/h. Es importante no aumentar la velocidad, principalmente en momentos de dolor debido a que incrementa el dolor.

Tratamiento analgésico y antiemético hospitalario: como primera elección se deben administrar AINES. Evitarlos en ancianos, monorrenos, diabéticos, úlceras gástricas...

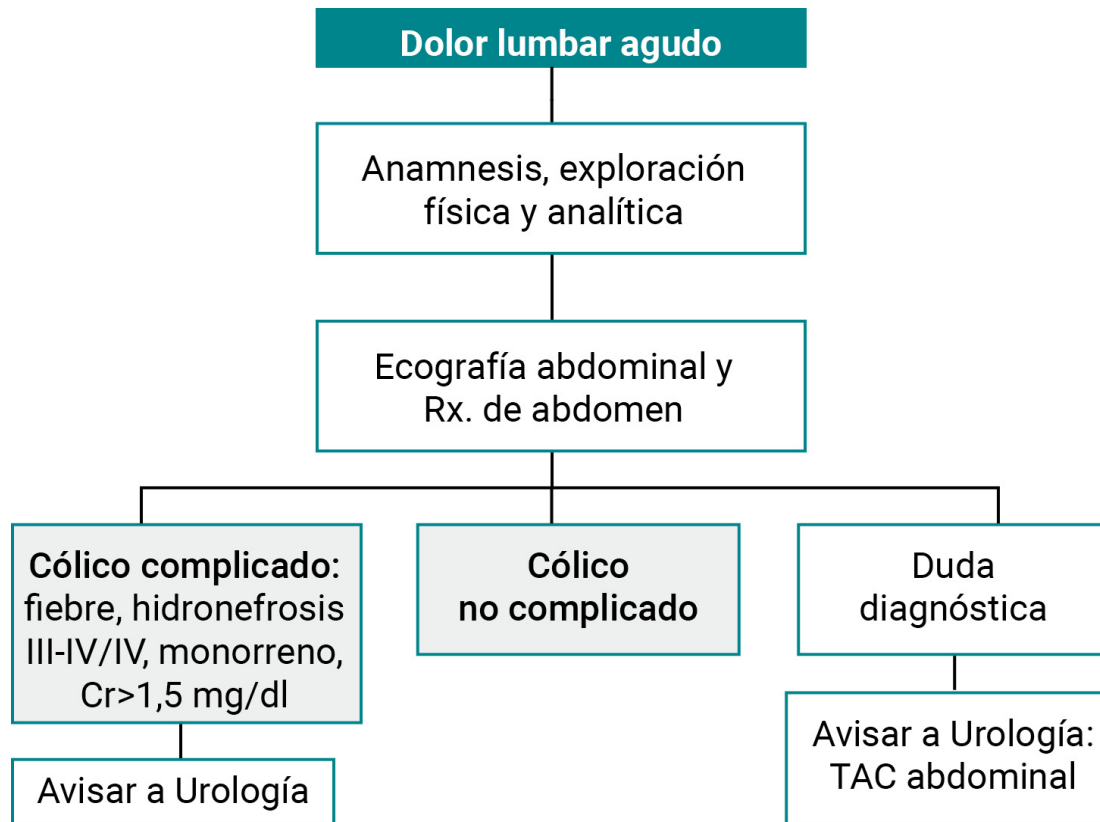
- **Metamizol (Nolotil®):** 1 vial 2 g/8h. Vigilar TA (puede hipotensar). Buena tolerancia digestiva.
- **Diclofenaco (Voltaren®):** 1 vial 75mg/12h.
- **Ketorolaco (Toradol®):** 1 vial 30 mg/6h (ajustar según función renal).
- **Meperidina (Dolantina®):** ½ o 1 ampolla de 100 mg subcutánea si el dolor no cede con AINES.
- **Metoclopramida (Primperan®)** 1 vial de 10 mg/8h; **Ondansetrón (Yatrox®)** 1 vial de 8 mg/12h en caso de vómitos.

Tratamiento analgésico al alta y expulsivo: el tratamiento al alta consiste en medicación analgésica con protector gástrico, medicación que favorece la expulsión del cálculo y recomendaciones (hidratación).

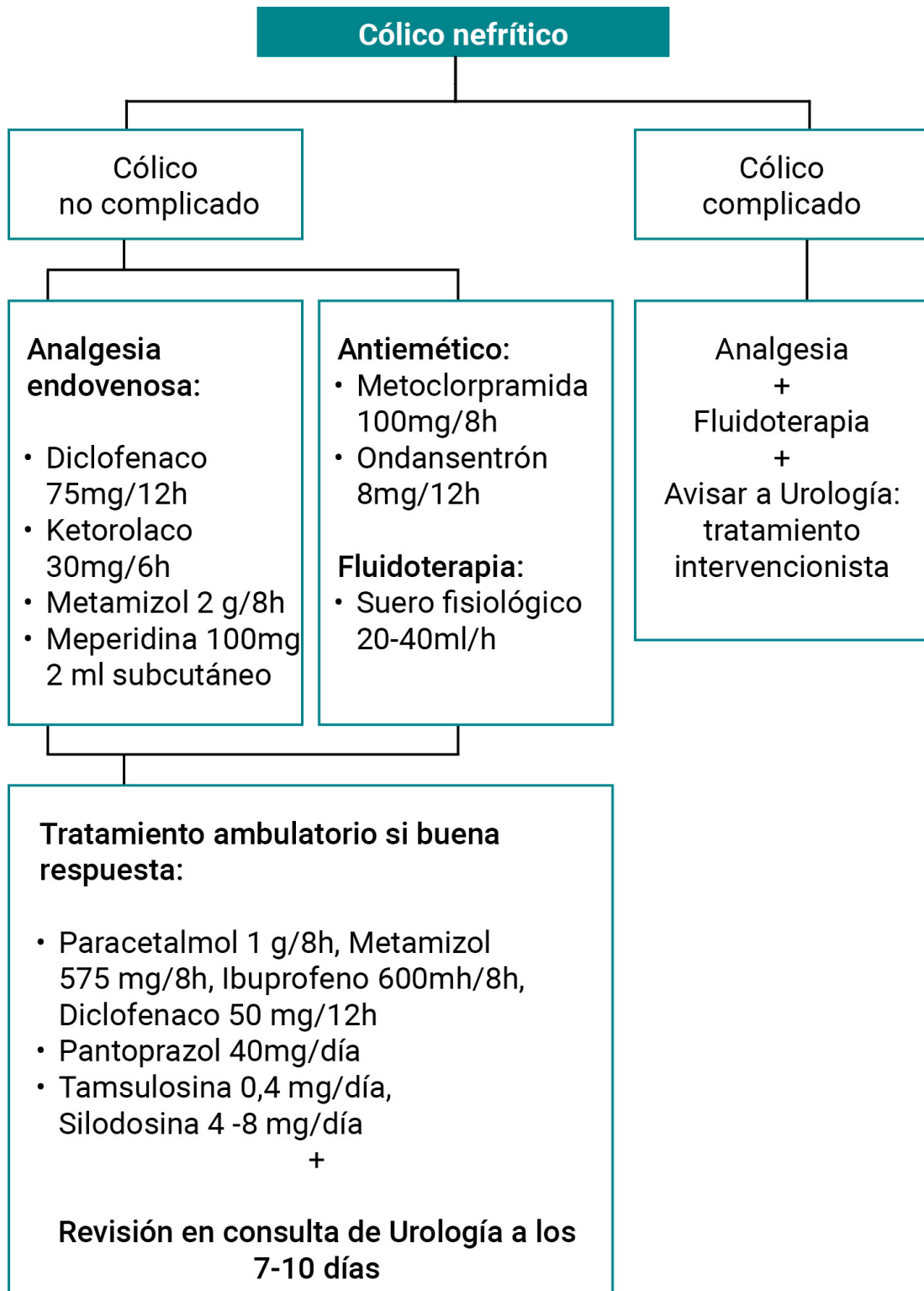
El paciente debe ser dado de alta tras comprobar una buena respuesta al tratamiento sintomático inicial tras permanecer en observación unas 4 h.

- **Tratamiento analgésico:** Paracetamol 1 g/8h, Metamizol 575 mg/8h, Ibuprofeno 600mg/8h, Diclofenaco 50 mg/12h. Debe tomarse de manera alterna y dependiendo de la intensidad del dolor. Se recomienda mantener el tratamiento de 3 – 10 días.
- **Protector gástrico:** Pantoprazol 40mg/día, durante el tratamiento antiinflamatorio.
- **Tratamiento expulsivo:** alfa-bloqueantes (Tamsulosina 0,4 mg/día, Silodosina 4 8 mg/día) 4 semanas.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO



ALGORITMO TERAPÉUTICO



BIBLIOGRAFÍA

1. Türk C, Petřík A, Sarica K Guidelines on Diagnosis and Conservative Management of Urolithiasis. *Eur Urol.* 2016 Mar;69(3):468-74. doi: 10.1016/j.eururo.2015.07.040. Epub 2015 Aug 28.
2. Türk C, Petřík A, Sarica K Guidelines on Interventional Treatment for Urolithiasis. *Eur Urol.* 2016 Mar;69(3):475-82. doi: 10.1016/j.eururo.2015.07.041. Epub 2015 Sep 4.
3. Enrique Broseta, Alberto Budía, Juan Pablo Burgués *Urología práctica*, 4ª Edición 2016.