

Catalina Ulloa-Clavijo^{a,*}, Ana Suárez-Laurés^a,
Guillermo Viejo de la Cuadra^b, Luis Galván^c,
Claudia Martínez-Suárez^a
y Emilio Sánchez-Álvarez^a

^a Servicio de Nefrología, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

^c Unidad de Hemodiálisis, Hospital de Jove, Gijón, Asturias, España

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: catalinaulloac@hotmail.com
(C. Ulloa-Clavijo).

0211-6995/© 2021 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).
<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2021.09.020>

Conociendo el significado de las palabras que usamos. ¿Síndrome de Gitelman o enfermedad de Gitelman?

Knowing the meaning of the words we use: Gitelman's syndrome or Gitelman's disease?

Sr. Director:

Los médicos necesitamos sobremanera de las palabras para expresar los síntomas y signos clínicos que observamos en las diferentes y numerosas formas de enfermar de nuestros pacientes a las que, también, es preciso denominar. Necesitamos tantas palabras que muchas de las que usamos son neologismos o epónimos dedicados a uno o más médicos pioneros, descubridores o no de un nuevo trastorno.

En el diccionario de la Real Academia Española la palabra *síndrome* se utiliza para designar «un conjunto de síntomas característicos de una enfermedad o un estado determinado». Tal es el caso de los síndromes óculo-cerebro-renal o hemolítico urémico, por ejemplo. Otras veces, con un solo término, la palabra *síndrome* se utiliza para designar un concepto clínico básico que pueden compartir varias enfermedades originadas por diferentes causas, tal como ocurre con el síndrome nefrótico, por ejemplo. Finalmente, en otras situaciones el término se acompaña de un epónimo. Esta tercera opción es más difícil de conceptualizar, puesto que los síntomas principales que son característicos del trastorno se sustituyen por el apellido de un autor que, curiosamente incluso, muchas veces no es el primero en describir la asociación («Ley de Stigler»). *Stricto sensu*, puesto que un conjunto de síntomas característicos definen un síndrome, no se debería utilizar un epónimo para designarlo.

En muchas ocasiones en la práctica diaria se utiliza un término definitorio de forma repetitiva sin que los sucesivos autores se detengan a revisar si se trata de una palabra idónea o no. Tales son los casos, por ejemplo, de los síndromes de Bartter y de Gitelman. Se trata de 2 tubulopatías que podrían haberse unido ciertamente, en su momento, como un síndrome caracterizado por «alcalosis hipopotasémica», pero no se hizo así.

Bartter et al. describieron en 1962 un nuevo síndrome caracterizado por hiperplasia del complejo yuxtaglomeru-

lar con hiperaldosteronismo y alcalosis hipopotasémica¹. Cuando otros autores publicaron nuevos casos de la enfermedad usando el apellido del primer autor del trabajo *princeps* no podían imaginar que se trataba, en realidad, de 5 enfermedades que tienen en común una pérdida de cloro y sodio cuyo origen se localiza en la porción gruesa de la rama ascendente del asa de Henle. Usar el vocablo *síndrome* en este caso es discutible puesto que, como hemos indicado, se utiliza para reunir «un conjunto de síntomas característicos de una enfermedad o de un estado determinado», no de 5 enfermedades de etiología distinta. Además, en otros trastornos múltiples no se aplica el vocablo *síndrome*, como en el caso de la enfermedad de Dent, por ejemplo. No obstante, en el caso del trastorno descrito por Gitelman et al. en 1966² el empleo del vocablo *síndrome* es ciertamente inadecuado, ya que se trata de una única enfermedad con una etiología claramente establecida.

En PubMed, en el título o en el resumen de solo 7 de 1.804 y en 11 de 942 resultados puede leerse *Bartter disease* y *Gitelman disease*, respectivamente, en vez del correspondiente epónimo acompañado de la palabra *síndrome*. No obstante, en algún trabajo publicado en esta revista se ha empleado el término enfermedad de Bartter sin ser rectificado por el Comité editorial del momento³.

En fin, la medicina en general y nuestra especialidad en particular han mostrado un crecimiento vertiginoso en los últimos años. Algunos términos aparentemente inadecuados se han mantenido a lo largo del tiempo. Quizás ha llegado el momento de reconsiderar su denominación en algunos de esos casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bartter FC, Pronove P, Gill JR Jr, MacCardle RC. Hyperplasia of the juxtaglomerular complex with hyperaldosteronism and

- hypokalemic alkalosis. A new syndrome. *Am J Med.* 1962;33:811-8, <http://dx.doi.org/10.1681/ASN.V93516>.
- Gitelman HJ, Graham JB, Welt LG. A new familial disorder characterized by hypokalemia and hypomagnesemia. *Trans Assoc Am Physicians.* 1966;79:221-35. PMID: 5929460.
 - García Nieto V, Claverie-Martín F. Enfermedad de Bartter con sordera neurosensorial (Bartter tipo IV). Una entidad descrita hace solo diez años. *Nefrología.* 2005;25:596-601. PMID: 16514898.

Víctor M. García Nieto^{a,*}, Elena Lucas Sáez^b
y Margarita Monge Zamorano^c

^a Sección de Nefrología Pediátrica, Hospital Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España

^b Unidad de Nefrología Pediátrica, Hospital de Manises, Valencia, España

^c Pediatría, Centro de Salud de Tacoronte, Tenerife, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vgarcianieto@gmail.com
(V.M. García Nieto).

0211-6995/© 2022 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2021.12.006>

Documento de consenso sobre el abordaje de la hiperpotasemia. «Respuesta»

Consensus document on the management of hyperkalaemia. Response.

Sr. Director,

Recientemente se ha publicado en su revista el documento de consenso sobre el abordaje de la hiperpotasemia¹. El artículo nos ofrece una revisión exhaustiva de los estudios publicados, pero observamos una serie de discordancias entre el texto y las figuras, que entendemos se deben a errores. Es por ello por lo que nos gustaría hacer una serie de consideraciones.

Llama la atención que en la figura 1, al referirse al aumento de eliminación digestiva de potasio se mencione solo al CSZ, cuando el patirómero tiene exactamente el mismo efecto y, de hecho, es su mecanismo de acción lo que ha justificado su autorización.

Por otro lado, aunque ni el patirómero ni CSZ están indicados en el tratamiento agudo de la hiperpotasemia, incluso las fichas técnicas de ambos resaltan que no tienen esta indicación, parece razonable iniciar el tratamiento crónico lo antes posible, sin que en ningún caso sustituya el tratamiento urgente habitual. Ambos productos han mostrado una mayor reducción de la potasemia a las 2 h, frente a placebo en el caso de CSZ y frente a tratamiento habitual en el de patirómero, con una normalización del potasio a las 48 h. Sin embargo, en la figura 2, solo se cita el CSZ para el tratamiento agudo de la hiperpotasemia. Cabe añadir que en los consensos publicados en 2021 por la European Resuscitation Council² y en 2022 por la SEMES-SEN-SEC³ se citan ambos productos para su uso, tanto durante el ingreso hospitalario como al alta domiciliaria, ya

que podrían permitir no suspender ni reducir los tratamientos esenciales que podrían inducir la hiperpotasemia, como son los inhibidores del eje, y así no privar al paciente de sus efectos beneficiosos a medio y largo plazo.

En cuanto a la figura 3, se ofrece una amplia descripción de CSZ, pero no de patirómero. Patirómero ofrece también efectos pleiotrópicos, como la disminución de los niveles de fósforo, lo que constituye una ventaja para muchos pacientes. En un estudio se evidenció una normalización de los niveles de fósforo y potasio a las 2 semanas de tratamiento, que se mantuvo durante 4 semanas en pacientes con ERC ND, HK y HP⁴.

Es también difícil entender que, a pesar de que al revisar los datos de los 2 productos se constata que los ensayos de CSZ incluían una menor proporción de pacientes con ERC, insuficiencia cardiaca y diabetes, con el mismo tratamiento con bloqueadores del SRA, sin justificación alguna, en el algoritmo se indica que CSZ está especialmente indicado en los pacientes con ERC. Como decíamos al principio es probable que se trate de un error, ya que en el caso de patirómero el porcentaje de pacientes con ERC, DM e IC es superior, además de tener evidencia en pacientes con HTA resistente, entre otros perfiles de pacientes. En resumen, patirómero permite abordar la necesidad de tratar la hiperpotasemia en todo el espectro de la ERC⁵⁻⁹.

En cuanto a la seguridad de ambos productos, no se menciona en el documento que la administración de CZS y tacrolimus deben separarse 2 h por una posible interacción. Y aunque no se ha considerado que tenga impacto sobre su equilibrio riesgo-beneficio, la ficha técnica de CZS recibió una actualización que incluyó posibles casos de perforación intestinal. Patirómero mantiene su buen perfil de seguridad.

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2023.09.009>.