

Enzilab *Reviews*

CÓLICA NEFRÉTICA

Introdução

A cólica nefrética ou cólica ureteral é um sintoma característico da obstrução do trato urinário e constitui um dos quadros algícos mais intensos descritos na medicina. Afeta aproximadamente 1,2 milhão de pessoas/

ano e é responsável por aproximadamente 1% de todas as admissões hospitalares. Representa, assim, uma das urgências urológicas mais frequentes, exigindo avaliação diagnóstica imediata e terapêutica eficiente. A litíase ureteral é a causa

mais comum de cólica nefrética. Entretanto, outros fatores também podem estar relacionados com o início do quadro algíco, como passagem de coágulos ureterais, ligaduras cirúrgicas ou compressões extrínsecas.

Achados Clínicos

O quadro clínico é fundamental para se firmar o diagnóstico de cólica nefrética. A cólica nefrética ocorre mais comumente durante a noite ou no início da manhã, é abrupta e afeta o paciente geralmente em situação de repouso. A dor tem característica de forma a crescer e inicia-se no flanco, com irradiação para a face lateral do abdome, chegando até a região inguinal e testículo no homem ou até os lábios maiores e ligamento redondo nas mulheres. Uma característica marcante da cólica ureteral é ausência de fatores de melhora ou piora. Não é possível identificar qualquer posição, movimento ou alimento que interrompa ou desencadeie o início da dor. Apesar de intermitente, os ciclos de dor não respeitam um padrão de aparecimento, sendo

geralmente inesperados e deixando os pacientes agitados e irritados. Além disso, a cólica nefrética permanece relativamente constante, ao contrário das cólicas de origem biliar ou intestinal, que aparecem e desaparecem abruptamente. Náuseas e vômitos estão frequentemente associados aos episódios mais intensos de dor, e acontecem em pelo menos 50% dos pacientes. Devemos lembrar que os analgésicos narcóticos frequentemente utilizados no tratamento da cólica também induzem a náuseas e vômitos por um efeito direto na motilidade gastrointestinal e por um efeito indireto na zona de gatilho de quimiorreceptores na medula espinhal.

Em um grande número de pacientes, também podem ser observados sintomas

de descarga adrenérgica, como palidez cutânea, sudorese e taquicardia. Vale ressaltar que a dor pode variar de localização, de acordo com o local da obstrução do trato urinário. Quando a obstrução ocorre no terço distal do ureter, a dor pode se iniciar na fossa ilíaca ipsilateral e irradiar-se no sentido ântero-inferior e/ou pótero-inferior, além de provocar sintomas irritativos vesicais como disúria, polaciúria e sensação de resíduo pós-miccional. Quando o cálculo está no ureter médio, a dor é caracteristicamente no flanco e região lateral do abdome. Também é característica a irradiação da dor para o testículo em cálculos localizados no ureter proximal devido à inervação similar entre o rim/ureter proximal e o testículo.

Diagnósticos Diferenciais de Cólica Nefrética

Pielonefrite	Necrose papilar
Colecistite	Apendicite
Abscessos renais	Pleurite, pneumonia
Aneurisma de aorta abdominal	Tumor renal
Herpes zóster	Estenose de junção ureteropélvica
Gravidez ectópica	Fibrose de retroperitônio
Cisto de ovário roto	Moléstia inflamatória pélvica
Endometriose	Radiculite
Gravidez	Síndrome da veia ovariana
Dor muscular	Estenose de ureter



Enzilab

Análises Clínicas
Confiança sempre

23 anos

Cachoeira do Sul
Rua Marechal Floriano, 88
(51) 3722 6090

Santa Cruz do Sul
Rua Marechal Deodoro, 189
(51)30563026

Rua Euclides Kliemann, 1030
(51) 3715 2919



www.enzilab.com.br

Exames Complementares

Exame Qualitativo de Urina (EQU)

O exame microscópico da urina é importante na avaliação de um paciente com suspeita de cólica nefrética. Hematúria microscópica está presente em aproximadamente 85% dos casos. Entretanto, a ausência de hematúria microscópica não exclui o diagnóstico de cólica. Em geral, se o número de leucócitos na urina é maior que 10 células por campo ou maior que o número de eritrócitos, deve-se suspeitar de infecção urinária. A determinação do pH urinário também é importante, pois pH abaixo de 6,0 pode sugerir cálculo de ácido úrico, enquanto pH maior que 8,0 pode indicar infecção por organismo produtor de urease, como *Proteus*, *Pseudomonas*, *Klebsiella* ou *Staphylococcus saprophyticus*. O exame EQU também pode identificar cristais de oxalato de cálcio, ácido úrico ou cistina.

Radiografia Simples

Há muitos anos, a radiografia simples de abdome é descrita como exame complementar na avaliação de pacientes com cólica nefrética. Cerca de 75 a 90% dos cálculos urinários são radiopacos. Entretanto, é um exame que possui muitas limitações. Mesmo cálculos radiopacos podem não ser visíveis por seu tamanho reduzido ou por sobreposição gasosa, óssea ou de fezes.

Ultra-sonografia

A ultra-sonografia é um exame rápido, fácil, seguro e relativamente barato. Não

requer nenhum contraste intravenoso e pode detectar facilmente qualquer grau de hidronefrose. Também pode afastar diagnósticos diferenciais, como aneurisma de aorta abdominal ou colelitíase. Entretanto, a ultra-sonografia pode não detectar cálculos muito pequenos (p. ex., menores que 4 mm), não ajuda na avaliação de função renal e não permite visualização adequada do ureter médio. A ultra-sonografia é um bom método para monitorar cálculos conhecidos depois de terapia médica ou cirúrgica. A ultra-sonografia é o exame de escolha para pacientes grávidas com cólica renal aguda, pois evita exposição à radiação ionizante.

Tomografia Helicoidal x Urografia Excretora

A tomografia computadorizada (TC) ganhou destaque na avaliação dos pacientes com cólica nefrética desde 1995, com o surgimento de scanners helicoidais ou espirais. Estes aparelhos permitiram a realização de estudos mais rápidos e com melhor qualidade, reduzindo o artefato secundário ao movimento respiratório. Deste modo, a TC helicoidal veio suplantiar a urografia como padrão-ouro na avaliação de pacientes com cólica nefrética. Na avaliação da litíase urinária, a TC helicoidal apresenta sensibilidade de 94 a 100% e especificidade em torno de 93 a 98%.

Passagem Espontânea do Cálculo

Quando não é necessária intervenção cirúrgica urgente, o médico deve decidir entre esperar a

eliminação espontânea do cálculo ou intervir eletivamente. De modo geral, a probabilidade de eliminação espontânea diminui com o aumento do diâmetro do cálculo. A maioria dos cálculos menores de 5 mm têm grande probabilidade de eliminação espontânea. Outro dado importante é que 2/3 dos cálculos ureterais eliminados espontaneamente o fazem dentro de 4 semanas após o início dos sintomas. O tempo médio para eliminação espontânea também aumenta em cálculos de maior diâmetro. Em termos práticos, a observação é realizada por 1 ou 2 semanas e, se o cálculo não for eliminado, a intervenção cirúrgica é indicada. Vale lembrar que os pacientes devem ser orientados a coletar os cálculos eliminados na urina para futura análise de composição.

Avaliação Metabólica

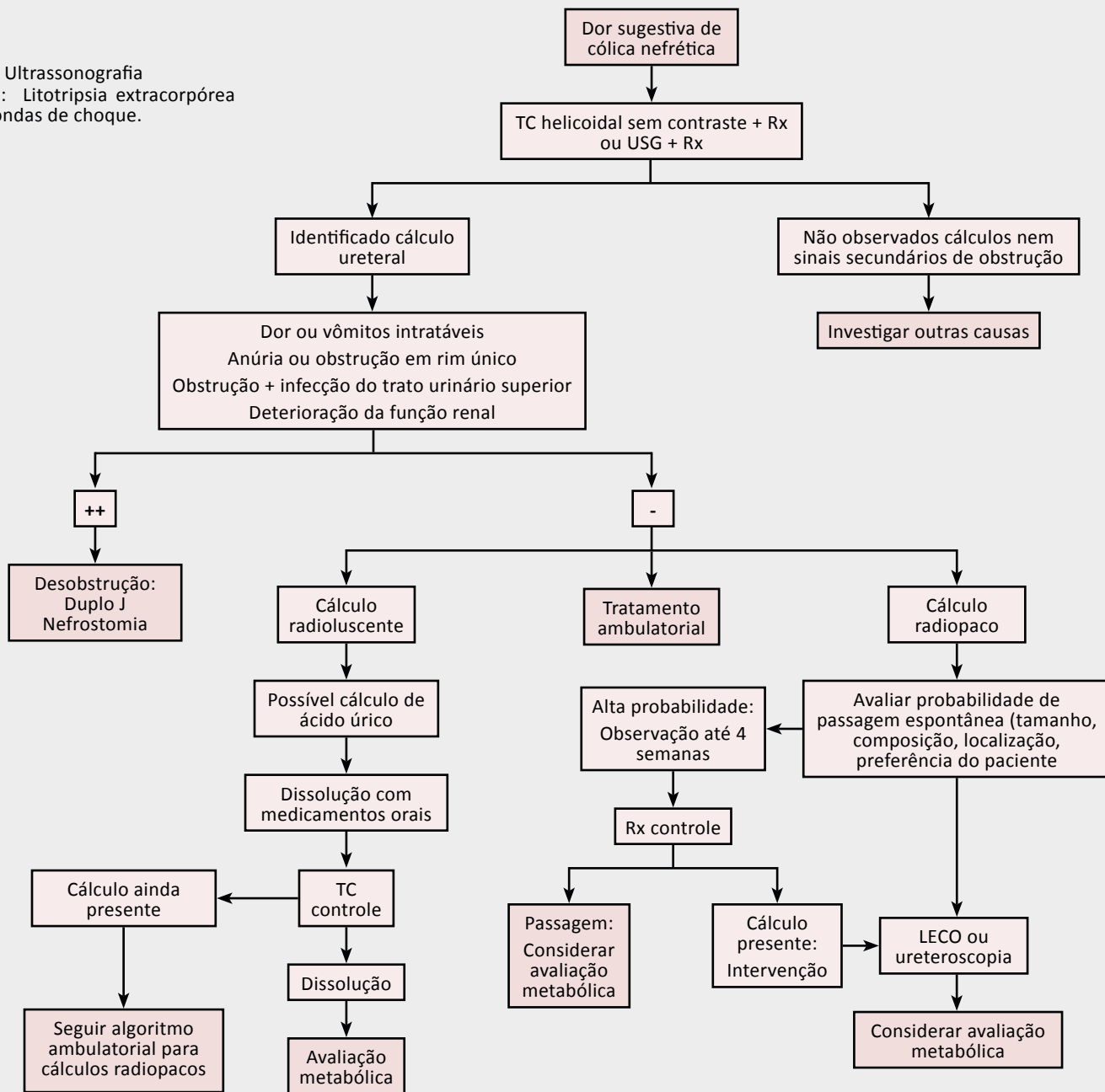
A deterioração da função renal é mais provável após episódios recorrentes de litíase ureteral. Pacientes com litíase de repetição merecem avaliação metabólica. No entanto, ainda existe controvérsia com relação aos testes metabólicos que devem ser realizados. Também é controverso se a avaliação metabólica deve ser indicada após um único episódio de litíase. Ela parece ser apropriada em pacientes com fatores de risco para recidiva (história familiar de litíase ou pacientes jovens). A meta destes testes é identificar alterações metabólicas passíveis de intervenção.

Avaliação Metabólica

Teste	Candidato ideal	Comentário
Análise de composição do cálculo	Todos os pacientes	
Urina de 24 horas (volume, cálcio, oxalato, ácido úrico, fosfato, citrato)	Litíase recorrente, jovens, história familiar de litíase, requisição do paciente	
Urina de 24 horas (volume, cistina quantitativo)	Cálculos de cistina	Serve para titular as medicações usadas para reduzir a cistina urinária (penicilamina etc.)
Urocultura	Pacientes com sinais e sintomas infecciosos, urina alcalina ou cálculos de estruvita	
Uréia, creatinina, cálcio, potássio, ácido úrico, cloreto séricos	Litíase recorrente, jovens, história familiar de litíase, requisição do paciente	Em caso de alteração no cálcio sérico, solicitar dosagem de PTH e 1,25 di-hidroxivitamina D
PTH (paratormônio) e 1,25 di-hidroxivitamina D	Hipercalcemia ou cálcio no limite superior da normalidade	Elevação de PTH e cálcio sérico sugerem hiperparatireoidismo primário. Elevação do cálcio e da vitamina D e queda do PTH sugerem sarcoidose

Abordagem do paciente com cólica nefrética

USG: Ultrassonografia
LECO: Litotripsia extracorpórea por ondas de choque.



Adaptado da fonte: Arap, MA; Coelho, RF. Disponível em: http://assinantes.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1433/colica_nefretica.htm. Acessado em 16/03/2015.