

CÓLICA RENAL

J.M. CAMPOS PINHEIRO

Serviço de Urologia. Hospital Fernando Fonseca. Amadora/Sintra.

RESUMO

Os aspectos práticos de actuação na cólica renal são abordados nesta apresentação, que o médico de família, a quem os doentes primeiro recorrem, deve conhecer em pormenor. É referida a incidência da afecção num serviço de urgência dum grande hospital e descreve-se, ainda que sumariamente, a fisiopatologia da dor, o quadro clínico mais frequente e a conveniente actuação terapêutica para o imediato alívio da dor intensa que estes doentes apresentam. Nas conclusões sublinha-se que a cólica renal é muito frequente nas urgências, mas que o quadro clínico é em regra bem definido para um diagnóstico seguro. O médico de família tem competência para actuar de modo a aliviar rapidamente o sofrimento destes doentes embora não deixando de considerar que a chamada cólica renal complicada deve ser encaminhada para tratamento pelo especialista. O controlo da dor através do uso de drogas analgésicas em doses correctas contribui para um alívio imediato na grande maioria dos casos.

SUMMARY

Renal Colic

The appropriate approach to renal colic, which should be known by the family doctor, is presented. The incidence of this condition in the emergency department of a large general hospital is described as well as the physiopathology of pain, its clinical aspects and the therapeutic attitudes. Renal colic is frequent, it is often possible to diagnose the clinical aspects and general practitioners have the competence for treatment. The use of analgesic drugs, in the correct dosage, is enough to relieve pain and suffering in most of the patients.

A frequência com que doentes em grande sofrimento por cólica renal ocorrem aos serviços de urgência hospitalar ou ao médico de família é bastante elevada. Por exemplo, no Hospital Fernando Fonseca/Amadora Sintra, cuja área de influência atinge os 600.000 utentes o Serviço de Urgência solicita diariamente o apoio do Urologista de serviço para uma média de 10 a 12 doentes nas 24 horas.

FISIOPATOLOGIA DA CÓLICA RENAL

A dor renal é devida à distensão aguda das cavidades excretoras por um obstáculo que é, em geral, litiásico e que ao progredir estimula a secreção de prostaglandinas, levando a um maior fluxo sanguíneo arterial do rim com crescente aumento da filtração glomerular. O ciclo fecha-se depois com a distensão brutal do bacinete, calices e

cápsula renal pela acumulação da urina acima do obstáculo que, desencadeia a dor intensa logo que a pressão intrapiélica ultrapassa os 65 cms de água.

QUADRO CLÍNICO

A dor é bem conhecida pelos clínicos chamados a intervir:

Dor de aparição brusca, extremamente intensa, contínua ou com agudizações que levam a uma agitação do doente bem característica;

unilateral, predominante no ângulo costovertebral, e que irradia para a fossa ilíaca, região inguinal ou órgãos genitais externos, conforme a localização do obstáculo na via excretora ureteral.

Por exemplo, um cálculo do uretero médio condiciona uma dor paraumbilical irradiando para a área lombar e

região inguinal. Um cálculo justavesical acompanha-se de sinais de irritação vesical marcada, com irradiação para os genitais. A diferente inervação das estruturas do aparelho urinário pelo sistema nervoso autónomo explicam as diferenças encontradas na referenciação da dor pelos doentes.

Por vezes, sintomas digestivos (náuseas, vómitos ou distensão abdominal), provocados por uma componente de irritação peritoneal, podem acompanhar o quadro clínico da dor.

Como proceder face a um doente com cólica - Princípios Gerais

- A História Clínica e a Observação, quando o quadro clínico é típico, são suficientes para colocar o diagnóstico de cólica de causa renal. Mas algumas vezes, o diagnóstico diferencial com a apendicite aguda, torsão do testículo, epididimite sub-aguda ou ruptura de um quisto do ovário, (as mais frequentes), são causas que também devem ser equacionadas.

- o Rx simples do abdomen e a ecografia são seguramente os exames complementares menos evasivos capazes de confirmarem o presumível diagnóstico.

- A análise sumária das urinas revela, quase sempre, uma hematúria microscópica; e a presença de cristais no sedimento são a evidência primeira da constituição química da litíase responsável.

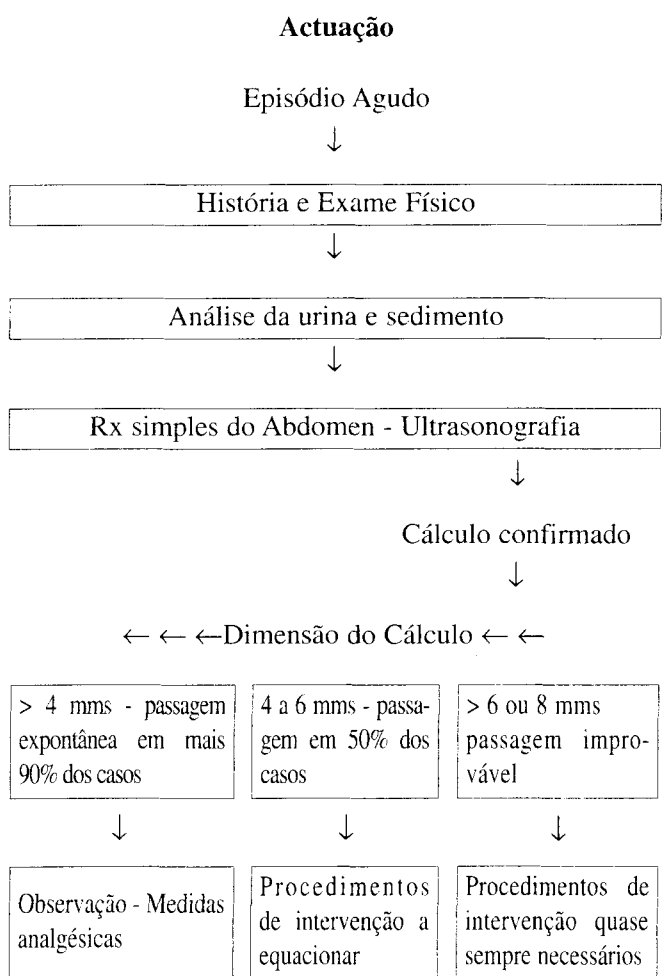
- É da maior importância saber distinguir uma cólica renal simples da cólica renal complicada.

No primeiro caso, felizmente o mais frequente, o objectivo mais importante é, a curto prazo, aliviar ou resolver completamente o quadro doloroso para encaminhar depois o doente para casa, e poder dar-lhe alta dos serviços de atendimento da urgência.

Nos casos das cólicas complicadas, há que estar atento a alguns sinais ou sintomas indicadores de situações que podem evoluir facilmente para um agravamento do quadro clínico. Nestes casos, o clínico geral deve solicitar o apoio do especialista ou enviar o doente a uma urgência hospitalar porque esses doentes irão necessitar certamente de procedimentos urológicos de intervenção. O doente desidratado, a longa duração da cólica, a temperatura elevada ou a identificação dum cálculo de mais de seis milímetros (o qual não é crível que seja expulso espontaneamente) são alguns desses sinais indicadores numa situação não compatível com uma actuação de *wait and see* mais drogas analgésicas, porque há o risco de comprometimento previsível da função renal a curto ou a médio prazo. Devem equacionar-se de imediato medidas mais agressivas para prevenção daquela situação.

Apesar de não estar no âmbito desta comunicação a descrição em pormenor dessas medidas as quais caberão ao especialista decidir e instituir, permita-se que mencione algumas das mais frequentemente seguidas:

- Tentativa de dissolução dos cálculos de ácido úrico ou cistina alcalinizando as urinas (pH 7 - 7,5).
- Colocação de *stent* duplo J em cálculos responsáveis por obstrução total.
- Ureteroscopia associada a litotricia mecânica com fragmentação do cálculo e conseqüente eliminação posterior dos fragmentos.
- Litotricia extracorporal em especial dos cálculos de menos de 15 mms situados no terço superior do ureter.
- Nefrostomia de urgência para descompressão do excretor acima do obstáculo.



TRATAMENTO DA DOR

O que domina o quadro clínico destes doentes que ocorrem aos serviços de urgência hospitalares ou postos de atendimento dos centros de saúde é, sem dúvida, o sofrimento causado pela dor quase sempre intensa.

O seu tratamento com sucesso é conseguido em mais de 90% desde que as medidas analgésicas próprias se

tomem na dose apropriada.

Actualmente, os dois tipos de drogas mais vulgarmente utilizados são:

- os opiáceos do tipo Petidina
- os anti-inflamatórios não esteróides (AINE) do tipo do Diclofenac de sódio

Dosagens Recomendadas

1ª toma: Diclofenac de sódio 1 ampola I. M. de 75 mg associado ou não a 1 ampola I. M. de 75 ou 100mg de Petidina.

2ª toma: Se ao fim de 30 a 45 minutos não for evidente o alívio completo da dor, repetir a Petidina I. M.

Todavia, em casos muito resistentes, poderá recorrer-se a um bloqueio epidural lombar com a injeção de 5 a 6cc de Bupivacaína a 0,25%.

Deve ter-se em conta, que, sobretudo no que respeita aos anti-inflamatórios não esteróides, poderão ocorrer efeitos colaterais que devem condicionar o seu uso, pelo que estão contraindicados sobretudo em doentes com história de úlcera péptica ou em terapia anticoagulante, nas grávidas e em doentes insuficientes renais. A petidina deve ser usada com precaução em doentes com história de taquicardia supraventricular ou de patologia convulsiva e também estão registadas reacções graves que inclui o coma, depressão respiratória severa e cianose em doentes medicados com inibidores de monoaminas oxidases.

Os AINE do tipo do diclofenac actuam sobretudo pela sua potente acção anti-inflamatória e analgésica. Na cólica renal, também inibem a actividade dos ciclo-oxigenases bloqueando a formação das prostaglandinas responsáveis directas como se sabe pelo desencadear da dor renal.

A Petidina actua fundamentalmente nos μ dos opiáceos desencadeando predominantemente efeitos de analgesia do tipo morfínico.

É porque também desencadeia efeitos de depressão respiratória há que manuseá-la com os devidos cuidados.

Esta terapêutica analgésica deverá resolver em quase 100% dos casos todas as situações dolorosas, atingindo-se com ela o objectivo primeiro que é o alívio do sofrimento do doente.

CONCLUSÃO

1 - A cólica renal é responsável por inúmeros atendimentos nas urgências dos Serviços de Saúde.

2 - O quadro clínico corresponde felizmente, na maioria dos casos, a uma situação de cólica não complicada. O doente pode ser socorrido para alívio da dor pelo seu médico de família, e nestes casos, pode aquele prosseguir com exames complementares para identificar a causa e as situações que impliquem a consulta ao especialista.

3 - A opinião do urologista é desejável, mas nos casos em que o quadro clínico apresenta sintomas compatíveis com uma cólica renal complicada o seguimento do doente é indiscutivelmente da responsabilidade do especialista, dependendo da organização funcional de cada Unidade de Saúde o encaminhamento do doente ou a divisão de tarefas entre os cuidados primários e os cuidados diferenciados hospitalares.

4 - Nalgumas situações menos típicas devem colocar-se outras hipóteses de diagnóstico e actuar-se em conformidade.

5 - O alívio da dor é sempre possível através de drogas analgésicas, associadas ou não a anti-inflamatórios não esteróides, mas o uso destes deve estar condicionado ao conhecimento de efeitos secundários reconhecidos.

6 - Na cólica renal complicada caberá ao Urologista eleger a medida ou medidas de intervenção indicadas para cada caso.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- AHMED E. EL - SHERIF, MOHAMMED SALEM, HANI YAHIA AND MUHAMMED AL - SAYRAFI: Treatment of renal colic by despressin intranasal Spray and Diclofenac Sodium - the Journal of Urology Vol 153, 1395-1398 May 1995
 Advances in Uroradiology II - Radiologic Clinics of North America 1996; 34 - nº 6 November 1996
 GASMAN D, ABOU C. C: La colique néphrétique. Ann Urol, 1996; 30: 276-277
 GOODMAN E GUILMAN: As bases farmacológicas da terapêutica - 8ª Edição (325-332)
 J. SIMON, TH ROUMEQUERE, CH. VAESSEN AND C. C. SHULMAN: Conservative management of ureteric stones, Acta Urológica Belga 1997; 65: 7-9
 K. S. AL - SAHLAWI AND O.M. TAWJIK: Comparative study of the efficacy of lysine acetylsalicylate indomethacin and pithedine in acute renal colic - European Journal of Emergency Medicine, 1996; 3: 183 - 186
 Martindale The Extra Pharmacopeia 29ª Edição - 1317 a 1320
 WILLIAM H. CORDELL: Comparison of Intravenous Ketorolac, Meperidine and both for renal colic Annals of Emergency Medicine - 1996; 28:2