

# Editorial

---

## Litíase urinária: a busca do ponto de equilíbrio

### Urinary lithiasis: the perfect balance

Fernando Korkes<sup>1,2</sup>

A litíase urinária faz parte das enfermidades que tiveram grande revolução em sua forma de tratamento nas últimas décadas. Os avanços tecnológicos para o diagnóstico (com a ultrassonografia e a tomografia) e o tratamento intervencionista da calculose urinária observados nas décadas de 1980 e 1990 foram marcantes. Neste século, podemos observar o aprimoramento das técnicas e um refinamento das indicações. Atualmente, o tratamento dos cálculos urinários é realizado quase que exclusivamente por procedimentos minimamente invasivos, com baixíssimos índices de complicações graves.

No entanto, o fato de termos à disposição procedimentos pouco invasivos não significa que estes devam ser utilizados sem critérios. Apesar de a talha vesical, que todo médico compromete-se em não realizar (no juramento hipocrático), fazer parte de um passado remoto, tendo sido eficientemente substituída por procedimentos pouco invasivos, o princípio “*primum non nocere*” [primeiro não causar danos] persiste como uma máxima da profissão médica. E, nesse sentido, devem-se indicar precisamente as intervenções mais adequadas para cada situação. Nesse con-

texto, algumas situações são extremamente corriqueiras, como as que se seguem.

A cólica renal é uma causa frequente de procura dos pacientes pelo pronto-socorro, sendo a ureterolitíase o diagnóstico mais comum nesses casos. Um dos principais cuidados que deve ser tomado nessa situação é, por um lado, não indicar excessivamente procedimentos cirúrgicos desnecessários para cálculos que provavelmente serão eliminados espontaneamente sem maiores danos. Nesse sentido, os profissionais envolvidos no tratamento desses pacientes devem manter um posicionamento ético, com o devido esclarecimento ao paciente, sem deixar-se conduzir por interesses financeiros, mas tendo como real objetivo a melhor opção terapêutica para seu paciente. Por outro lado, outro cuidado importante é o de não banalizar a doença em questão, muitas vezes deixando de tratar adequadamente a dor do paciente e de diagnosticar casos de infecção associados à obstrução da via urinária, que podem se tornar gravíssimos e determinar alteração da função renal, ou deixar de encaminhar adequadamente o paciente para seguimento. Faz parte do papel do médico, nesse momento, evitar

---

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente: Fernando Korkes – Avenida Albert Einstein, 627/701 – consultório 419 – Morumbi – CEP: 05652-000 – São Paulo, SP, Brasil  
Tel.: (11) 3884-2233 – E-mail: fkorkes@terra.com.br

DOI: 10.1590/S1679-45082015ED3312

complicações, perda de função renal e orientar o seguimento para a prevenção de novos episódios. O treinamento e a atualização constantes dos profissionais dos serviços de urgência são fundamentais nesse contexto. Deve-se levar em consideração, na tomada de decisão, não somente o parâmetro simplista do tamanho do cálculo, que é, muitas vezes, o único utilizado. Topografia no ureter, tempo de história, hidronefrose, histórico de eliminação de cálculos, intensidade da dor, idade do paciente e fatores sociais também devem sempre ser considerados. Os alfabloqueadores atualmente utilizados para aumentar a chance de eliminação de cálculos são altamente eficientes e devem ser usados sempre que possível. No entanto, devem-se conhecer as limitações dessa medicação utilizada de forma *off-label* e também seus efeitos colaterais. Os cateteres duplo J, utilizados em muitos desses pacientes, são, por um lado, revolucionários, por reduzirem a incidência de complicações, mas, por outro, trazem bastante desconforto para alguns pacientes.<sup>(1,2)</sup>

Em casos de cálculos assintomáticos, o diagnóstico de nefrolitíase é frequentemente um achado de exames rotineiros ou realizados por outros motivos. O que fazer com esses cálculos é uma questão frequente para clínicos, cirurgiões e seus pacientes. Devem-se evitar intervenções desnecessárias, mas não devemos deixar de tratar cálculos com medidas simples quando o não tratamento em momento oportuno pode requerer procedimentos mais complexos. Para cálculos corali-formes, não há muita dúvida. Estudos históricos, que dificilmente serão reproduzidos por razões éticas, demonstraram mortalidade de 30% para esses cálculos quando não tratados.<sup>(3)</sup> Para os cálculos caliceais, por sua vez, a controvérsia é maior. Enquanto que para cálculos de cerca de 10mm ocorrem progressão em 77% e necessidade de intervenção em 26% dos casos em 3 anos, para cálculos de cerca de 4mm em cálices inferiores, a observação parece ser a melhor alternativa.<sup>(4)</sup> No único estudo prospectivo randomizado comparando observação e litotripsia extracorpórea (LECO), em um período de 2,2 anos, a observação associou-se a um maior risco de intervenções com caráter de urgência (8,7% versus 0%). Contudo, a qualidade de vida não pa-

receu ser alterada segundo os autores.<sup>(5)</sup> Para os cálculos caliceais <10mm, não há um consenso atualmente sobre se e quando realizar alguma intervenção.<sup>(6)</sup>

Deve-se ressaltar que, para a tomada de decisões, é muito importante levar em consideração aspectos individuais do paciente. Um cálculo de 1cm em cálice inferior estável há 10 anos em um paciente de 80 anos é diferente de um cálculo de 1cm em cálice superior em um indivíduo de 30 anos com cistinúria e formador recorrente de cálculos. Fatores sociais, como, por exemplo, indivíduos que viajam muito, pilotos de avião, indivíduos que residem muito distante de centros hospitalares, com rim único, histórico de cólicas renais, mulheres com desejo de gestação futura etc., devem ser levados em consideração na tomada de decisão.<sup>(2,7)</sup>

Em relação às modalidades de tratamentos, há uma clara tendência à modificação da forma como os cálculos urinários têm sido tratados. As cirurgias abertas foram praticamente abandonadas nas últimas décadas. A LECO surgiu na década de 1980 e passou a ser indicada em um grande número de casos.<sup>(8)</sup> Com o desenvolvimento dos procedimentos endourológicos, notadamente a cirurgia renal percutânea e a ureteroscopia, tem-se observado mundialmente uma tendência à redução do número de indicações de LECO, em detrimento a um maior número de procedimentos endourológicos. Com o surgimento da ureterorenoscopia flexível, muitos cálculos renais e ureterais proximais passaram a ser tratados com esses delicados e caros equipamentos.<sup>(1,6)</sup>

Outro ponto extremamente importante a ser considerado é a recorrência da doença litíásica. Caso nada seja feito, o risco de recorrência de urolitíase é estimado em 50% em 5 anos.<sup>(9)</sup> Além dos transtornos ao paciente, os custos ao sistema de saúde são extremamente elevados.<sup>(10)</sup> Sendo conhecidamente uma doença multifatorial, avaliações relativamente simples podem auxiliar no tratamento preventivo, especialmente importante para indivíduos com histórico de múltiplos cálculos, cálculos grandes, cálculos já desde a infância ou em rim único. Fatores dietético-comportamentais podem ser corrigidos, notadamente o aumento da ingestão hídrica, reduzindo significativamente o risco de recidiva. A avaliação

laboratorial, por meio de parâmetros séricos de urina de 24 horas, e, eventualmente, a análise cristalográfica de cálculos urinários previamente eliminados/retirados também são de suma importância nesses casos. Há possibilidade de detecção de doenças em outros órgãos que podem ter como uma das consequências a urolitíase, sendo o maior exemplo o hiperparatireoidismo primário. Pode ainda diagnosticar qual forma de distúrbio metabólico o paciente apresenta, e o que pode impactar em tratamento preventivo, orientações ao paciente e, inclusive, tratamentos futuros, caso surjam novos cálculos. Diversas medicações podem ser utilizadas para prevenir a recorrência de forma objetiva, como, por exemplo, tiazídicos na hipercalcúria idiopática, citrato na hipocitratúria, alopurinol para a hiperuricosúria, captopril e/ou tiopronin para a cistinúria.<sup>(9)</sup>

A litíase urinária, como uma das doenças mais antigas e mais prevalentes do homem, sofreu uma verdadeira revolução quanto ao seu conhecimento e tratamento nas últimas décadas. Cabe a nós, médicos, sabermos equilibrar, de forma correta, o emprego dos métodos diagnósticos e terapêuticos, bem com neutralizar os possíveis conflitos de interesses envolvidos, para, dessa forma, sempre possibilitar o benefício maior de nossos

pacientes e, em última instância, da sociedade como um todo.

## REFERÊNCIAS

1. Bader MJ, Eisner B, Porpiglia F, Preminger GM, Tiselius HG. Contemporary management of ureteral stones. *Eur Urol.* 2012;61(4):764-72. Review.
2. Korke F, Gomes SA, Heilberg IP. Diagnóstico e tratamento de litíase ureteral. *J Bras Nefrol.* 2009;31(1):55-61.
3. Rous SN, Turner WR. Retrospective study of 95 patients with staghorn calculus disease. *J Urol.* 1977;118(6):902-4.
4. Burgher A, Beman M, Holtzman JL, Monga M. Progression of nephrolithiasis: long-term outcomes with observation of asymptomatic calculi. *J Endourol.* 2004;18(6):534-9.
5. Keeley FX Jr, Tilling K, Elves A, Menezes P, Wills M, Rao N, et al. Preliminary results of a controlled trial of prophylactic shock wave lithotripsy for small asymptomatic renal calyceal stones. *BJU Int.* 2001;87:1-8.
6. Tiselius HG, Alken P, Buck C, Galluci M, Knoll T, Sarica K, et al. Guidelines on urolithiasis. The Netherlands: European Association of Urology; 2008.
7. Korke F, Rauen EC, Heilberg IP. Urolithiasis and pregnancy. *J Bras Nefrol.* 2014;36(3):389-95.
8. Chaussy C, Schmiedt E. Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) for kidney stones. An alternative to surgery? *Urol Radiol.* 1984;6(2):80-7.
9. Heilberg IP, Schor N. Renal stone disease: Causes, evaluation and medical treatment. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2006;50(4):823-31. Review.
10. Korke F, Silva II JL, Heilberg IP. Costs for in hospital treatment of urinary lithiasis in the Brazilian public health system. *einstein (São Paulo).* 2011; 9(4 Pt 1):518-22.