

DIRETRIZES PARA O MANEJO DA DOR EM UROLOGIA

(Texto atualizado em Abril de 2010)

P. Bader (presidente), D. Echtler, V. Fonteyne, K. Livadas, G. De Meerleer, A. Paez Borda, E.G. Papaioannou, J.H. Vranken

Princípios gerais do manejo da dor em câncer

A estratégia terapêutica depende de 4 objetivos:

1. Prolongar a sobrevida
2. Otimizar o conforto
3. Otimizar a função
4. Aliviar a dor.

Tabela 1: Hierarquia dos princípios gerais do manejo da dor neoplásica

1.	Tratamento individualizado para cada paciente.
2.	O tratamento da causa da dor tem preferência em relação ao tratamento do sintoma.
3.	A terapia local tem preferência em relação à sistêmica.
4.	Terapia sistêmica com invasividade crescente: escala da World Health Organization (WHO).
5.	Conformidade com diretrizes de tratamento paliativo.
6.	Aconselhamento psicológico e fisioterápico desde o início do tratamento.

Farmacoterapia analgésica sistêmica: A “escala analgésica”

A farmacoterapia analgésica é a pedra angular no manejo da dor oncológica. Embora o uso concomitante de outras formas terapêuticas seja proveitoso em alguns pacientes e essencial em outros, drogas analgésicas são necessárias em quase todos os casos.

Analgésicos podem ser divididos em três grupos:

- Analgésicos não opioides;
- Analgésicos opioides;
- Analgésicos adjuvantes.

Analgésicos adjuvantes são drogas com outras indicações primárias, mas que podem ser efetivas no alívio da dor em circunstâncias específicas. Existem três grupos:

- corticosteroides;
- neurolépticos;
- benzodiazepínicos.

A WHO propõe uma abordagem na seleção da droga para tratamento da dor oncológica conhecida como “escala analgésica”. Quando combinada com parâmetros de dosagem adequada, esta abordagem é efetiva em aliviar adequadamente a dor em 70-90% dos pacientes. (Figura 1) (LE: 1a).

Figura 1: A “escala analgésica” da World Health Organization

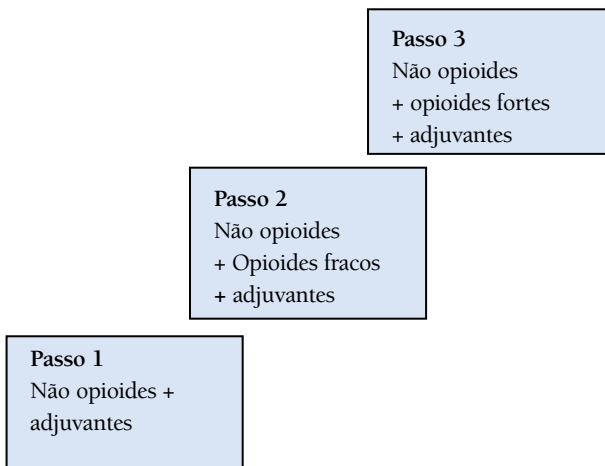


Tabela 2: Tratamento da dor neuropática		
Droga	Dose	Frequência (máxima)
Amitriptilina (nortriptilina)	25-75 mg	1 X ao dia
Gabapentina	600-1200 mg	3 X ao dia
Pregabalina	75-300 mg	2 X ao dia
Tramadol	50-100 mg	4 X ao dia

Recomendações	GR
Amitriptilina e nortriptilina são a primeira linha de tratamento para dor neuropática. Nortriptilina tem menos efeitos colaterais.	A
Antidepressivos tricíclicos (TCA) devem ser usados cuidadosamente em pacientes com história de doença cardiovascular, glaucoma e retenção urinária	A
Gabapentina e pregabalina são primeira linha de tratamento para dor neuropática, especialmente se TCAs são contraindicados	A

GR = Grau de recomendação.

Manejo da dor em neoplasias urológicas

Tabela 3: Quimioterapia baseada em Docetaxel versus mitoxantrona em câncer de próstata

Resposta agente	Terapia adicional	Frequência	Resposta	
			Dor (%)	QoL (%)
Docetaxel	Prednisona	A cada 3 semanas	35	22
Docetaxel	Prednisona	semanas	31	23
Mitoxantrona	Prednisona	a cada 3 semanas	22	13

Recomendação: Tratamento Oncológico	NE	GR
Hormonioterapia (orchiectomia, LHRH análogos, dietilestilbestrol ou equivalente)	1a	A

Bloqueio androgênico total: prevenção do <i>flare</i> , segunda linha	2b	A
Supressão androgênica intermitente: experimental	3	A
Monoterapia antiandrogênica: atualmente não recomendada	1b	A
Tratamento de primeira linha controla a doença por 12-18 meses; segunda linha individualizado	1b	A
<i>Cuidados de suporte</i>		
Glicocorticóides em baixa dose	1b	A
<i>Quimioterapia</i>		
Mitoxantrona mais prednisolona	1b	B
Estramustina + vinblastina ou etoposide ou paclitaxel	2b	B
Docetaxel	1b	A
Abiraterone	1b	A
Cabazitaxel	1b	A
<i>Manejo da dor</i>		
Avaliação da dor (localização, tipo, severidade, comprometimento geral)		B
<i>Dor causada por metastases ósseas estáveis (lesões únicas)</i>		
Radioterapia externa	1b	A

<i>Dor causada por metastases ósseas (disseminadas)</i>		
Hormonioterapia primária	Ib	A
Radioisótopos (strontium-89 ou samarium-153)	2	A
Bisfosfonados	Ib	A
<i>Manejo da dor sistêmica</i>		
Escala analgésica da Organização Mundial da Saúde I: AINEs ou paracetamol	1a	A
Titulação de dose	2	A
Acesso a drogas mais potentes	1b	A
Antidepressivos tricíclicos e/ou anticonvulsivantes em caso de dor neuropática	1a	A

AINEs = Anti-inflamatórios não esteroides.

Radioterapia externa

- Radioterapia externa é um excelente tratamento paliativo para metástases ósseas sintomáticas, resultando em alívio completo ou parcial da dor em 20-50% e em 50-80% dos pacientes, respectivamente.
- Compressão medular metastática é uma complicação grave, necessitando tratamento urgente. Descompressão cirúrgica é superior à radioterapia isoladamente.
- Radioterapia primária está indicada em pacientes que não são candidatos à cirurgia.

- Para fraturas patológicas iminentes, um procedimento cirúrgico ortopédico deve ser considerado.

Tabela 4: Critérios de seleção de pacientes para terapia primária para compressão medular

Critérios absolutos	Cirurgia	Radioterapia
Operabilidade	Clinicamente operáveis	Clinicamente inoperáveis
Duração da paraplegia	< 48 horas	≥ 48 horas
Expectativa de vida	> 3 meses	< 3 meses
Radiossensibilidade		Altamente radiosensíveis
<i>Critérios relativos</i>		
Diagnóstico do tumor primário	Desconhecido	Conhecido
Fragmentos ósseos com compressão	Presente	Ausente
Número de sítios de compressão	1 sítio	> 1 sítio

Radioisótopos

Os mais importantes radiofármacos são:

- ^{89}Sr (strontium-89);
- ^{153}Sm (samarium-153)
- e, em menor escala, ^{186}Re (renium-186).

Não existe uma diferença clara na resposta ao tratamento entre ^{89}Sr , ^{153}Sm and ^{186}Re . Entretanto, existe uma diferença no início da resposta, na duração desta e toxicidade. Para ^{153}Sm e ^{186}Re , o início da resposta é rápido, porém a duração é mais curta do que para o ^{89}Sr .

^{89}Sr e ^{153}Sm são indicados para o tratamento de dor óssea, resultante de metástases envolvendo mais de um sítio e associadas com resposta osteoblástica na cintilografia óssea, mas sem compressão medular (LE: 2, GR: B). No geral, o índice de resposta é de 60-80%. Entretanto, a redução da dor dificilmente ocorre na primeira semana, e pode ocorrer até 1 mês após a injeção. Analgésicos devem continuar a ser prescritos até o alívio da dor.

Se a dor responde ao tratamento inicial, a administração de ^{153}Sm pode ser repetida em intervalos de 8-12 semanas, na presença de dor recorrente (LE: 2, GR: B).

Radiofármacos não devem ser administrados se a filtração glomerular for $< 30 \text{ mL/min}$ e em pacientes gestantes ou que estão amamentando. Devido à mielosupressão, uma contagem de leucócitos $> 3500/\mu\text{L}$ e uma contagem de plaquetas $> 100,000/\mu\text{L}$ é desejável.

Manejo da dor pós-operatória

Recomendações	GR
A dor pós-operatória deve ser tratada adequadamente para evitar complicações e o desenvolvimento de dor crônica.	B

Avaliação pré-operatória e preparação do paciente resultam em um manejo mais efetivo da dor.	A
Adequada avaliação da dor pós-operatória pode levar a um controle mais eficaz da dor e a menores complicações	B

Tratamento da dor durante a LECO

Tabela 5: Drogas usadas na analgesia durante Litotripsia extracorpórea (LECO)

Droga	Dosagem	Via de administração	Frequência (máxima)
Alfentanil	0.5-1.0 mg/70 kg	Intravenosa	Se necessário
Fentanil (ou sufentanil ou remifentanil)	1 µg/kg	Intravenosa	Se necessário (risco de depressão respiratória)

Recomendações	GR
Analgésicos devem ser dados sob demanda durante e após a LECO, pois nem todos os pacientes necessitam.	B
Pré-medicação com AINEs ou midazolam podem diminuir a necessidade de opioides durante a LECO.	B
Opioides EV e sedação podem ser combinados durante a LECO. A dosagem é limitada pela possibilidade de depressão respiratória.	C

Analgésicos com efeito espasmolítico são preferíveis para uso pós-LECO.	C
---	---

LECO =Litotripsia extra-corpórea; AINEs= Anti-inflamatórios não esteróides.

Tratamento da dor após diferentes cirurgias urológicas

Tabela 6: Opções de drogas analgésicas para uso após procedimentos transuretrais

Droga	Dosagem (mg)	Via de administração	Frequencia (máxima)
Diclofenaco	50	Oral	3 x ao dia
	100	Retal	A cada 16 horas
Dipirona	500-1000	Oral ou EV	4 x ao dia
Paracetamol	500-1000	Oral ou EV	4 x ao dia
Tramadol	50-100	Oral, IM, SC ou EV	4 x ao dia
Piritramida	15	EV ou SC	4 x ao dia
Petidina	25-100	Oral, IM, SC	4 a 6 x ao dia

EV = endovenoso; IM = intramuscular; SC = subcutâneo.

Recomendações

Analgésicos pós-operatórios com efeito espasmolítico ou opioides leves são preferíveis.	GR
	C

Drogas antimuscarínicas podem ser efetivas na redução do desconforto resultante da sonda vesical.	B
Drogas antimuscarínicas podem reduzir a necessidade do uso de opioides.	B

Tabela 7: Opções de drogas analgésicas após cirurgia laparoscópica, cirurgias do escroto, pênis e região inguinal ou cirurgia urológica vaginal

Droga	Dosagem (mg)	Via de administração	Frequência (máxima)
Dipirona	500-1000	Oral ou EV	4 x ao dia
Paracetamol	500-1000	Oral ou EV	4 x ao dia
Tramadol	50-100	Oral, IM, SC ou EV	4 x ao dia
Morfina	10	IM intermitente	8x ao dia
	1 mg em bolo	EV	ACP, 5 minutos de intervalo
Diclofenaco	50	Oral	3X ao dia
	100	Retal	A cada 16 horas

EV = endovenosa; IM = intramuscular; SC = subcutânea; ACP = analgesia controlada pelo paciente.

Tabela 8: Opções de drogas analgésicas após cirurgias perineais, cirurgias abertas, cirurgias suprapúbicas extraperitoneais, retroperitoneais ou laparotomia transperitoneal

Droga	Dosagem	Via de administração	Frequência (máxima)
Bupivacaina 0.25% + fentanil 2 µg/mL	5-15 mL/ hora	Infusão epidural contínua	Não aplicável
Morfina	1 mg em bolo	EV	ACP, 5 minutos de intervalo
Dipirona	500-1000 mg	Oral ou EV	4x ao dia
Paracetamol	500-1000 mg	Oral ou EV	4x ao dia
Tramadol	50-100 mg	Oral, IM, SC ou EV	4x ao dia
Piritramide	15 mg	EV ou SC	4x ao dia
	50 mg	Oral	3x ao dia
	100 mg	Retal	A cada 16 horas

EV = endovenosa; IM = intramuscular; SC = subcutânea; APC = analgesia controlada pelo paciente.

Recomendações	GR
O método mais efetivo para administração sistêmica de opioides é APC, que aumenta a satisfação do paciente e diminui o risco de complicações respiratórias.	A
Analgesia peridural, especialmente AECP, reduz complicações e melhora a satisfação dos pacientes.	A

ACP = analgesia controlada pelo paciente; AECP = Analgesia peridural controlada pelo paciente.

Analgésicos

Recomendações	GR
Paracetamol pode ser útil no manejo da dor pós-operatória reduzindo o consumo de opioides.	B
Paracetamol pode aliviar a dor pós-operatória leve como terapia isolada, sem efeitos adversos importantes.	B
AINEs não são suficientes como agentes analgésicos únicos após cirurgias grandes.	B
AINEs são, geralmente, efetivos após cirurgias de pequeno e médio porte.	B
AINEs frequentemente diminuem a necessidade de opioides.	B

Uso prolongado de inibidores da COX em pacientes com arterosclerose e doença cardiovascular deve ser evitado.	B
---	---

AINEs = Anti-inflamatórios não esteroides.

Metamizole (dipirona)

Dipirona é um antitérmico e analgésico efetivo, usado para dor pós-operatória leve a moderada e para cólica renal. Seu uso é proibido nos EUA e em alguns países da Europa em virtude de relatos de casos de neutropenia e agranulocitose. A dosagem diária é 500-1000 mg quatro vezes ao dia (oral, EV ou retal). Se usado IV, dipirona deve ser administrada diluída e lenta (1 g in 100 mL de soro fisiológico).

Tabela 9: Droga, administração e dosagem				
Droga	Via de administração	Dosagem (mg)	Frequência (máxima)	Dosagem máxima (mg/24 horas)
Antipiréticos				
Paracetamol	Oral	500-1000	4 vezes ao dia	4000 (50mg/kg)
	EV	1000	4 vezes ao dia	4000 (50mg/kg)

	Retal	1000	4 vezes ao dia	4000 (50mg/kg)
Dipirona	Oral	500-1000	4 vezes ao dia	4000
	EV	1000	4 vezes ao dia	4000
<i>AINes Convencionais (i.e. Inibidores da COX não seletivos)</i>				
Cetorolaco	Oral ou EV	10-30	4 vezes ao dia	40 oral 90 EV ou IM 60 EV ou IM(idosos)
Ibuprofeno	Oral	200-800	3 vezes ao dia	2400
Cetoprofeno	Oral ou EV	50	4 vezes ao dia	200
Diclofenaco	Oral ou EV	75	2 vezes ao dia	150
	Oral ou EV	50	3 vezes ao dia	150
	Retal	100	A cada 16 horas	150

<i>Inibidores seletivos da COX 2</i>				
Meloxicam	Oral	15	1 vez por dia	15
Lornoxicam	Oral ou EV	4	3 vez por dia	12
Celecoxib	Oral	100-200	1 vez por dia	400
Parecoxib	EV apenas	40	1 ou 2 vezes ao dia	80
<i>Opioides</i>				
<i>Opioides potentes</i>				
Morfina**	Oral ou retal	Iniciar com 10 mg	6 a 8 vezes ao dia	Sem dose máxima
Morfina**	SC ou IM	Iniciar com 5 mg	6 a 12 vezes ao dia	Sem dose máxima
Petidina (meperidina)	Oral, SC ou IM	25-150	4 vezes ao dia	500
Petidina (meperidina)	Retal	100	4 vezes ao dia	500

Petidina (meperidina)	EV	25-100	4 vezes ao dia	500
Oxycodona	Oral, EV ou SC	5-10	4 a 6 vezes ao dia	400
<i>Opióides fracos</i>				
Tramadol	Oral, EV	50 100	4 a 6 vezes ao dia	400-600
Codeína	Oral ou retal	30-60 (mais paracetamol)	4 vezes ao dia	30

**** Uma forma simples de calcular a dosagem diária de morfina para adultos(20-75 anos) é: $100 - \text{idade do paciente} = \text{morfina por dia em mg}$.**

AINEs = anti-inflamatório não-esteróide; SC = subcutâneo; IM = intramuscular; EV = endovenosa.

Tabela 10: Dosagens isoanalgésicas orais e parenterais de administração de opioides

Droga	Parenteral (mg)	Oral (mg)
Morfina	10	30
Fentanil	0.1	–
Petidina	75	300
Oxycodona	15	20-30

Dextropropoxifeno	–	50
Tramadol	37.5	150
Codeína	130	200

**Todos os opióides listados têm doses equivalentes a 10 mg de morfina parenteral. A dose de opioide intratecal é 1/100, e a dose epidural é 1/10 da dose sistêmica.*

Tabela 11: Esquema típico de dosagem analgésica controlada pelo paciente

Droga (concentração)	Dosagem	Intervalos	Infusão contínua
Morfina (1 mg/mL)	0.5-2.5 mg	5-10	0.01-0.03 mg/kg/hora
Fentanil (0.01 mg/mL)	10-20 µg	5-10	0.5-0.1 µg/kg/hora
Petidina (10 mg/mL)	5-25 mg	5-10	-----

Recomendações

	GR
ACP Endovenosa promove analgesia pós-operatória superior, aumentando a satisfação dos pacientes e diminuindo o risco de complicações respiratórias.	A

Tabela 12: Esquemas de dosagem típica de analgesia epidural*

Droga	Dosagem	Infusão contínua
Morfina	1-5 mg	0.1-1 mg/hora
Fentanil	50-100 µg	25-100 µg/hora
Sufentanil	10-50 µg	10-20 µg/hora
Petidina	10-30 mg	10-60 mg/hora
Bupivacaina 0.125% ou ropivacaina 0.2% + fentanil 2 µg/mL	10-15 mL	2-6 mL/hora

*A dose de L-bupivacaina é equivalente à da bupivacaina.

Tabela 13: Esquema de dosagem típica de analgesia epidural controlada pelo paciente (AACP)

Droga (concentração)	Dose por demanda	Intervalo (min)	Infusão contínua
Morfina	100-200 µg	10-15	300-600 µg/hora

Fentanil	10-15 µg	6	80-120 µg/hora
Petidina	30 mg	30	–
Bupivacaina 0.125% + fentanil 4 µg/mL	2 mL	10	4 mL/hora
Ropivacaina 0.2% + fentanil 5 µg/mL	2 mL	20	5 mL/hora

Recomendações	GR
Analgesia epidural, especialmente AECF, produz uma analgesia pós-operatória superior, reduzindo complicações e aumentando a satisfação dos pacientes. É técnica de preferência em relação às sistêmicas.	A

Tabela 14: Exemplos de bloqueios

Procedimento	Dosagem	Droga
Infiltração dos nervos ilio-hipogástrico ou ilio-inguinal após correção de hérnia	10-20 mL	Bupivacaina ou ropivacaina 0.25-0.5%

Infiltração de nervo intercostal	5-10 mL	Bupivacaina ou ropivacaina 0.25-0.5%
Infusão intrapleurais	10 mL/h	Bupivacaina ou ropivacaina 0.1-0.2%

Recomendações	GR
Manejo multimodal da dor deve ser empregado sempre que possível, visto que auxilia na melhora da eficácia enquanto minimiza efeitos adversos.	B
Para controle da dor pós-operatória em pacientes ambulatoriais, analgesia multi-modal com uma combinação de AINEs ou paracetamol mais anestésicos locais deve ser usada.	B
Analgesia epidural e multimodal são a escolha para o manejo da dor pós-operatória em pacientes idosos porque estas técnicas são associadas a menores índices de complicações.	B
Uso pós-operatório de opioides deve ser evitado em pacientes obesos, a menos seja que absolutamente necessário.	B

Uma combinação de anestésicos locais ou epidurais e AINEs ou paracetamol é preferível em obesos.	B
Não existem dados suficientes que apoiem um plano específico de manejo da dor perioperatória em pacientes criticamente doentes ou com déficit cognitivo.	C

AINEs =Anti-inflamatórios não esteroides.

Manejo da dor peri-operatória em crianças

Tabela 15: Analgesia e sedação pré-operatória em crianças

Droga	Dosagem e via de administração	Ação
Sulfato de morfina	0.1mg/kg	Pode prevenir choro que, portanto, reduz o consumo de oxigênio e a vasoconstrição pulmonar
Atropina	0.01-0.02 mg/kg EV, IM, oral, ou retal	Previne bradicardia durante a indução anestésica

Fenobarbital	4-6 mg/kg IM	Sedação pré-operatória e ansiedade da separação em crianças.
Ketamina	6 mg/kg oral ou intranasal	
Midazolam	0.5 mg/kg oral, intranasal, ou retal	
Dexmedetomidina	4 µg/kg oral ou intranasal	
Clonidina	4µg/kg oral	
Hidrato de cloral	50-100mg/kg oral	
Metoexital	25-30mg/kg retal	

EMLA	Lidocaina 2.5%; prilocaina 2.5%	Aplicação local diminui a dor na punção venosa
------	------------------------------------	--

EV = endovenosa; IM = intramuscular.

Tabela 16: Analgesia pós-operatória em crianças

Droga	Dosagem	Administração	Severidade do procedimento cirúrgico
Paracetamol	10-15 mg/kg a cada 4 horas 20-30 mg/kg a cada 6 horas	Oral, retal	menor
Ibuprofeno	10-15 mg/kg a cada 6 horas	Oral, EV, retal	menor, médio
Naproxeno	6-8 mg/kg a cada 8-12 horas	Oral, EV, retal	menor, médio

Codeína	0.5-1 mg/ kg a cada 3-4 horas	Oral	menor, médio
Morfina	0.1 mg/kg a cada 2-4 horas Infusão: 0.03 mg/kg/hora	0.3 mg/kg a cada 3-4 horas EV, SC Oral	médio, maior
Oxycodona	0.1-0.2 mg/kg a cada 3-4h	Oral	médio
Hydromorfona	0.04-0.08 mg/ kg a cada 3-4 horas	Oral	médio
Tramadol	1 mg/kg a cada 4-6 horas	EV	médio, maior
Petidina	2-3 mg/kg a cada 3-4 horas	EV	médio, maior

EV = endovenosa; SC = subcutâneo.

Analgesia controlada pelo paciente pode ser usada com segurança em crianças com mais de 6 anos de idade. Em crianças incapazes de usar ACP, analgesia controlada pela enfermagem é efetiva. Técnicas locorreionais, como infiltração da ferida operatória, bloqueio de nervos e analgesia peridural ou epidural analgesia, são também utilizadas com sucesso.

Dor aguda lombar não traumática

Causas urológicas:

- Cálculos renais ou ureterais
- Infecção do trato urinário (pielonefrite, piodenite, ou abscesso renal)
- Obstrução da junção uretero-pélvica
- Doença vascular renal (infarto renal, trombose da veia renal)
- Necrose papilar
- Sangramento intra- ou perirrenal
- Torção testicular

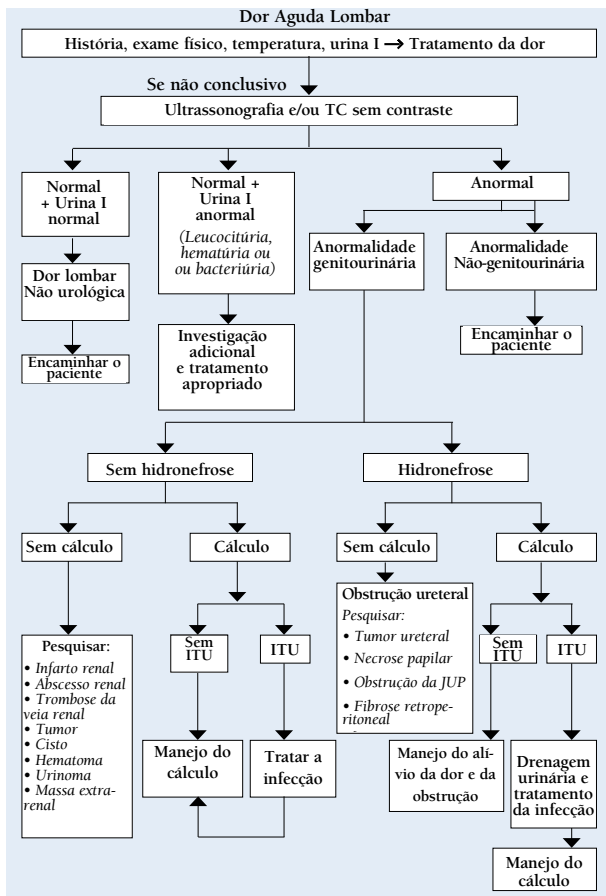
Avaliação laboratorial

Todos os pacientes com dor aguda lombar necessitam de uma análise de urina (hemácias, leucócitos, bactérias ou nitrito urinário), hemograma e creatinina. Ainda, pacientes febris necessitam de proteína C-reativa (CRP) e cultura de urina. Pielonefrite, com ou sem uropatia obstrutiva, deve ser suspeitada quando o leucograma excede 15,000/mm³.

Recomendações no diagnóstico por imagem	GR
Pacientes febris (> 38°C) com dor aguda lombar ou com um rim solitário necessitam de avaliação por método de imagem urgente.	B
TC helicoidal sem contraste (TCHSC) é o exame de imagem com maior sensibilidade e especificidade para avaliação da dor aguda não traumática no flanco.	A
Ultrassonografia pode ser uma alternativa à TCHSC na avaliação inicial da dor aguda não traumática lombar.	A

Para um rápido diagnóstico diferencial e manejo da dor, a sequência de opções (figura 2) é sugerida:

Figura 2: Abordagem diagnóstica da dor aguda não-traumática lombar



TC = Tomografia computadorizada; UTI = Infecção do trato urinário

Tratamento inicial de emergência

Analgesia sistêmica

O alívio da dor é o primeiro e mais urgente passo terapêutico:

- Infusão lenta EV de dipirona, 1g ou 2 g, é apenas tão efetiva quanto o diclofenaco (75mg em bolo) (LE: 1a).
- Papaverina EV (120 mg) pode aliviar de forma efetiva e segura a dor de pacientes que não respondem a medicações convencionais e podem ser uma alternativa ao diclofenaco em pacientes com contraindicações aos AINEs (LE: 1b).
- A combinação de morfina + Cetorolaco EV parece ser superior ao uso destas drogas isoladas e parece estar associada a uma menor necessidade de analgesia de resgate.

Recomendações no diagnóstico por imagem	GR
AINEs, como o diclofenaco (75 mg, em bolo) e dipirona (1-2 g, EV lenta), são muito efetivos para dor lombar aguda.	A

Indicações para implante de catéter para alívio urgente da obstrução

- Infecção urinária com obstrução do trato urinário
- Urosepse
- Dor intratável e/ou vômito
- Obstrução de um rim único ou transplantado
- Obstrução litiásica bilateral
- Obstrução por cálculo ureteral na gestação

Tratamento etiológico

Urolitíase deve ser tratada como definida nos “guidelines” da EAU em Urolithiasis.

Condições infecciosas não complicadas (i.e. pielonefrite aguda em pacientes saudáveis) devem ser tratadas com antibióticos apropriados e analgésicos.

Quando um diagnóstico de estenose da JUP, necrose papilar, infarto renal, trombose da veia renal, hemorragia renal espontânea ou torção do cordão espermático é feito, os pacientes devem ter sua patologia tratada adequadamente (Veja versão final).

Tradução autorizada para língua portuguesa:

Alexandre Fornari

TISBU - Mestre em Ciências Médicas pela FFFCMPA

Revisão:

Dr. Márcio Augusto Averbeck - TISBU

O processo de tradução para a Língua Portuguesa foi realizado sob supervisão da Sociedade Brasileira de Urologia. A European Association of Urology - EAU, juntamente com a “Guidelines Office”, não se responsabiliza pela correção das traduções disponibilizadas.

Este folheto é baseado nas diretrizes da EAU mais abrangentes (ISBN 978-90-79754-70-0), disponível a todos os membros da European Association of Urology no seu website, <http://www.uroweb.org>.