

E-book gratuito

R1

Suas boas vindas
definitivas na
urologia

Semiologia e
Pró-TiSBU R1
pra você ir muito além da prova

Estrutura, temas centrais e orientação inicial
para o residente que quer começar com **o pé direito.**

ÁREA 2:
UROSEMIOLOGIA

EDIÇÃO

André Diniz
Rodrigo Vieiralves

CONTEÚDO DIDÁTICO

André Diniz
Luis Octavio Hauschild

REVISÃO DE CONTEÚDO

André Diniz
Rodrigo Vieiralves

SEMIOLOGIA DO AMBULATÓRIO 1: ANAMNESE E EXAME FÍSICO DO TRATO URINÁRIO

CASO CLÍNICO

Chega bem cedo ao seu ambulatório um senhor de 59 anos, sem filhos e solteiro convicto. Até pouco tempo, estava sexualmente ativo, mas agora sofre com a queda da libido, embora mantenha ereções satisfatórias. Sem outras comorbidades, refere apenas a constipação crônica. Conta também outros sintomas recentes, como nictúria (um-dois episódios por noite), jato urinário fraco e hesitação durante a manhã.

Comunicativo, foi redator de um grande jornal de esportes, mas perdeu seu seguro saúde no meio da pandemia. Refere tabagismo vinte anos/maço e relata etilismo social. Trouxe consigo exames solicitados por seu último urologista: PSA 1,15 ng/dl; Ur, Cr e TT dentro da normalidade e EAS (urina tipo I) normal.

Tendo um ambiente bem equipado, você conseguiu adicionar alguns exames imediatamente: a ultrassonografia mostrou próstata de peso estimado em 68 g; bexiga repleta e sem alterações, volume estimado em 380 ml. Feita a urofluxometria livre, atingiu Qmax de 12 ml/s e aferido o resíduo de 24 ml.

Empatia garantida, o paciente autorizou o exame físico. Genitália externa sem alterações. Ao exame digital não foi observada qualquer massa em reto distal, a próstata em GIII/IV tinha consistência fibroelástica, sem nodulações ou áreas endurecidas.

Você notou que muito trabalho estaria por vir. Consegue diferenciar os sintomas miccionais do paciente? Conhece alguma ferramenta que poderia tornar a avaliação dos sintomas miccionais mais objetiva?



INTRODUÇÃO

Lembra escutar na faculdade que a clínica é soberana? Quer ser um urologista de excelência? Por esse motivo, iniciamos a mais clínica das Grandes Áreas já com a seguinte pergunta: o que nos cabe saber sobre semiologia urológica, além dos sinais, sintomas e interpretação de história clínica? A habilidade de utilizar este intrincado de informações a nosso favor pode parecer paranormal aos não iniciados, mas certamente para quem tem uma carga do curso de medicina, pelo menos uma residência médica já concluída, será uma atividade natural. O capítulo que se segue tem a intenção de criar ou reforçar os gatilhos de raciocínio necessários para avaliação das queixas urológicas de seus pacientes.

Antes de nos debruçarmos no tema, gostaríamos de deixar uma ressalva. É difícil conhecer um cirurgião que releve uma boa revisão de anatomia, mas estranhamente a semiologia parece a pedra no sapato de muitas revisões e capítulos, talvez porque a praticamos constantemente, talvez pela crença de que o estudo de cada enfermidade separadamente pareça ser o suficiente, mas como a citação “não é possível aprender aquilo que achamos que já sabemos”, sugiro se livrar de suas certezas e, mesmo que pelo breve momento de leitura dos capítulos a seguir, passe a suspeitar do seu conhecimento prévio e aproveite o texto para nivelar seu saber específico.

Mas, ainda antes de seguir para a semiologia urológica, dedicaremos um tópico específico a ELA, aquela que todos nós urologistas escolhemos passar ao lado por todos os dias de nossas vidas: a urina.

AURINA

Vamos agora mergulhar neste fluido corporal. Você sabe como a urina surge? Ela é o produto da filtração glomerular somada aos processos de secreção e reabsorção que ocorrem nos túbulos renais.

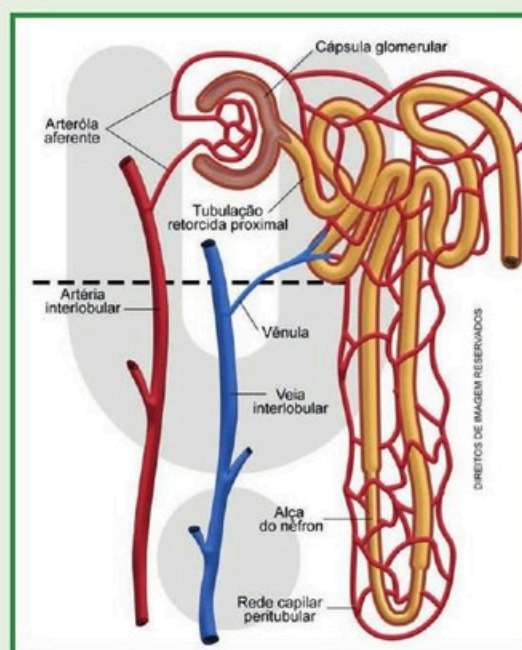


Figura 1: O néfron.

SEMILOGIA DO AMBULATÓRIO 1: ANAMNESE E EXAME FÍSICO DO TRATO URINÁRIO

O néfron é a unidade funcional do rim. Essas estruturas que se somam em 800.000 a um milhão em cada rim não se regeneram, então, **spoiler alert**, agora você sabe por que todo mundo é tão incisivo sobre agir rapidamente em tecido renal que está sofrendo, seja por pressão, infecção, inflamação ou qualquer outra causa de injúria. Néfron é vida! Esses números também caem gradativamente com a idade e, da mesma forma que o grupo de residentes se adapta quando um R1 desiste, os néfrons também se adaptam, até que muitos saem e tudo colapsa devido ao excesso de trabalho sobre os remanescentes, levando à falência renal.

Talvez a nossa rotina não exija o domínio pleno da fisiologia renal. Podemos deixar isso para nefrologistas... Ufa! Mas, certamente exigirá o domínio pleno dos termos que aqui se seguem. Não vacile!

Oligúria	- adulto: produção de urina < 500 ml / 24 h - adulto e criança: produção de urina < 0,5 ml / kg / dia
Anúria	- produção de urina < 100 ml / 24 h
Poliúria	- produção de urina > 40 ml / kg / 24 h
Glicosúria	- Eliminação de glicose na urina. Classicamente no paciente diabético descompensado. Pode haver relato de observação de formigas junto ao vaso sanitário ou roupas íntimas. Paciente comumente apresenta poliúria associada. Identificável ao exame qualitativo de urina.
Proteinúria	- Eliminação de proteína na urina. Com descrição de espuma ao urinar no vaso sanitário. Levanta hipótese de nefropatia, com confirmação ou não pelo exame de urina de 24 h.

Mas, agora, voltando ao processo de formação de urina, recorde que o glomérulo é o grupo de capilares que se anastomosam e trabalham, para filtrar grandes quantidades de líquidos que têm praticamente a mesma composição de substâncias que o plasma, exceto pelas proteínas as quais, por serem preciosas, são mínimas após o processo inicial de formação da urina. O filtrado cai na cápsula de Bowman, que recobre o glomérulo, e flui para os túbulos. Nada mais do que uma superfiltragem! A seguir, o processo de reabsorção e excreção pelos túbulos, que refina o conteúdo final da urina, mas está além do objetivo desta discussão. Então, vamos nos ater a informações que nos serão mais úteis, lembrando que a maioria do filtrado é reabsorvido e que essa absorção e secreção pode ser modulada de acordo com as necessidades do organismo, mas, levando a eliminação de substâncias que incluem produtos finais do metabolismo (ureia, creatinina, ácido úrico...), certos fármacos e outras substâncias.

Do ponto de vista prático, isso serve para entender que a urina tem uma composição normal e que devemos saber o que esperar quando a analisamos. Por mais que estejamos animados para avançar nesse conhecimento, antes devemos coletar a urina. O momento ideal da coleta seria de algumas horas após uma refeição e examinada dentro de uma hora após a micção, com a coleta realizada dentro de uma unidade de saúde ou laboratório.

Ainda sobre a coleta, lembre-se da regra geral de coleta de jato urinário médio. Nos homens, é importante retraindo o prepúcio e realizar higiene de meato uretral antes da coleta, enquanto na mulher deve separar grandes e pequenos lábios, realizar higiene de introito

vaginal e meato uretral. Atenção, segundo Campbell, mulheres com suspeita de ITU recorrente, história de ITU por organismos multirresistentes devem ter a urina colhida por cateterismo.

A primeira avaliação da urina é precisamente sua coloração. A seguir, alterações de coloração urinária e suas causas mais importantes:

COR	CAUSA
Amarelo	Diurese normal
Incolor	Urina diluída / hiper-hidratação
Laranja	Urina concentrada / desidratação Fenazopiridina (PyridiumR), Sulfasalazina
Turva / leitosa	Fosfatúria, piúria, quilúria
Vermelho	Hematúria, mioglobínúria e hemoglobinúria Rifampicina, Fenoltaleína, Fenotiazina Intoxicação crônica por mercúrio ou chumbo Antocianina (presente em beterrabas e amoras)
Azul / verde	Biliverdina (resultado da quebra da porção heme da hemoglobina) Amitríptilina, cimetidina, prometazina Sepurin
Marrom	Bilirrubinúria, porfíria Cloroquina, primaquina Metronidazol, nitrofurantoína, furazolidona
Preto	Cáscara, Senna Metildopa, sorbitol Hemorragias, melanina

Feita essa avaliação macroscópica inicial da urina, podemos seguir a um tópico de maior detalhamento: o exame químico da urina. É aqui que usamos os famosos dipsticks, faixas plásticas com pequenos marcadores impregnados de reagentes capazes de produzir alterações de cores a depender das substâncias na urina. A cor da urina pode dificultar e até tornar inviável a adequada visualização de variação colorimétrica do dipstick.

Observe abaixo achados específicos quanto à análise química da urina:

pH (normal 4,5 a 8,0)	- Organismos produtores de urease tendem a elevar o pH > 7,0, mas quando a urina foi coletada dentro de 2 h de uma grande refeição ou a amostra foi mantida por horas em temperatura ambiente, ela também tende a ser alcalina. - Pacientes com cálculos de ácido úrico dificilmente têm pH > 6,5.
Proteína	- Permite determinar a presença de > 10 mg/dL de proteína na urina. - Ainda é recomendada a confirmação em teste quantitativo. - Não fica positivo para imunoglobulina (pelo reagente). - Falsos positivos podem ocorrer em pacientes que permaneceram muitas horas em posição ortostática antes da coleta ou quando urina muito concentrada.
Glicose	- Maioria dos paciente com teste positivo têm diabetes mellitus. - Atenção ao falsos positivos nos pacientes em uso de AAS, ácido ascórbico e cefalosporinas.
Hemoglobina	- O teste NÃO é específico para eritrócitos e serve apenas para screening de hematúria, pois não permite diferenciar esta de pigmentúria.
Nitrito	- Muitas bactérias reduzem nitrito a nitrito, entre elas estão as enterobactérias que fazem parte do grupo das principais causadoras de ITU. - Idealmente avaliar urina que permaneceu por maior período na bexiga (> 4 h ou primeira da manhã) para maior confiabilidade do teste.

SEMIOLOGIA DO AMBULATÓRIO 1: ANAMNESE E EXAME FÍSICO DO TRATO URINÁRIO

Azul / verde	Bilirrubinúria, porfiria Cloroquina, primaquina
Esterase leucocitária	- Sugere piúria. - Permanece positivo mesmo após degeneração de leucócitos. - NÃO detecta bacteriúria.



Figura 2: Dipstick (fita reagente) e o ato de comparação com o "gabarito".

Feita a análise bioquímica, devemos seguir à análise microscópica que idealmente deve ser feita em alguns minutos após a coleta da primeira urina da manhã. Vamos revisar os componentes desta avaliação:

Bacteriúria	- Pode-se presumir o diagnóstico de ITU, quando há grande quantidade de bactérias na urina desde que tenhamos atenção ao método de coleta e risco de contaminação da amostra.
Leucócitos (Piócitos)	- Quando associado à bacteriúria e clínica de ITU, vamos claramente pensar em ITU. Mas até 60 % das mulheres podem apresentar sintomas clássicos de ITU, sem crescimento bacteriano em cultura de amostra de urina cateterizada. - Todos os corpos estranhos, tumores e cálculos urinários podem causar piúria. - Outra causa a ser lembrada de presença leucocitária "estéril" (EAS positivo + achado de urinocultura negativa) é tuberculose renal, ocorrendo em até 50 % dos pacientes com essa afecção.
Hemácias (Eritrócitos)	- Sua presença, mesmo em pequena quantidade, requer investigação. Entenda que não é apenas pensando em neoplasia, devemos considerar possibilidade de pacientes com cálculos, infecções e outras causas a serem citadas na seção de hematúria.
Células epiteliais	Indicador importante de contaminação.
Cilindros	- Formados em túbulos contorcidos distais e túbulos coletores. - Leucocitários: sugestivo, mas não patognômico de pielonefrite. - Eritrocitários: patognômico de glomerulonefrite ou vasculites ("hematúria nefrológica"). - Hialinos: sem significância, se poucos. Se muitos, sugerem pielonefrite ou doença renal crônica.
Cristais	Podem ser úteis em alguns casos, mas, na maioria, quando presentes, não têm significância clínica.

Muita informação? As tabelas não têm fim! Mas calma. Sempre é tempo de voltar e consultá-las. A próxima tem uma informação prática de grande interesse para qualquer médico, a relação de sensibilidade e especificidade dos dados acima descritos e o diagnóstico de infecção urinária:

Testes	sensibilidade (%)	especificidade (%)
Nitrito (N)	49	98
Esterase leucocitária (EL)	79	87
N + EL	45	98
Leucócitos	74	86
Bacteriúria	88	92

Não é um enigma, apenas trabalhamos com probabilidade, o risco de uma série de eventos baseados em informações que nos são fornecidas. Felizmente existe a cultura de urina para acabar com isso... ou é o que você poderia pensar. O crescimento bacteriano na cultura de urina nem sempre será equivalente à infecção do trato urinário. A seguir, veja a tabela com a relação entre métodos de coleta de urina e número de unidades formadoras de colônia (UNF):

Método de coleta	UNF	Probabilidade de infecção (%)
Punção suprapúbica	- Gram negativo: qualquer número - Gram positivo: > 1000	> 99
Cateterismo	- > 10 ⁵ - 10 ⁴⁻⁵ - 10 ³⁻⁴ - < 10 ³	- 95 - Provável - Repetir - Improvável
Coleta limpa (homem)	> 10 ⁴	Provável
Coleta limpa (mulher)	- 3 amostras: > 10 ⁵ - 2 amostras: > 10 ⁵ - 1 amostra: > 10 ⁵ - 5 × 10 ⁴ - 10 ⁵ - 1 - 5 × 10 ⁴ sintomático - 1 - 5 × 10 ⁴ assintomático - < 10 ⁴	- 95 - 90 - 80 - Repetir - Repetir - Improvável - Improvável

Pronto! A primeira etapa foi vencida! Sempre que nos lembrarmos da nossa "amiga urina", teremos bases mais sólidas de conhecimento.

Daremos seguimento agora nos aprofundando na semiologia topográfica do trato urinário. Por aspectos didáticos, discutiremos a semiologia, tratando da anamnese, exame físico e exames complementares individualmente para cada uma das estruturas do trato urinário. Está pronta(o)? Vamos lá!

RIM

O rim é a menina dos olhos do trato urinário, afinal, quem produz a urina? Mas quando tratamos de semiologia, sua avaliação pode ser nebulosa... Vejamos o porquê:

- Localização retroperitoneal;
- Cercado por músculos psoas, diafragma e oblíquos, além do peritônio e seu conteúdo.

Consegue entender a dificuldade? Recorde a anatomia pela imagem abaixo. O conceito deve ficar mais claro:

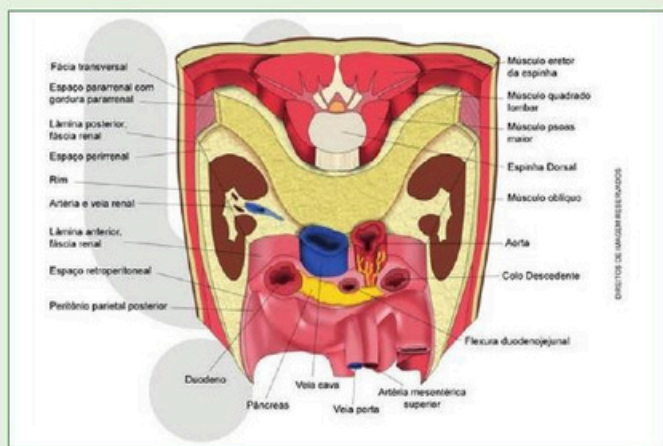


Figura 3: Anatomia do retroperitônio.

DOR RENAL

Tenha em mente que é inevitável você se deparar com um caso de dor renal. Como estamos em um capítulo de semiologia, precisamos alertar que os passos para caracterização de dor são sempre os mesmos, independentemente da estrutura de origem, devendo ser descrita quanto à localização, irradiação, tempo de duração, modo de início, intensidade, natureza, fatores desencadeadores, fatores de piora e de melhora.

A dor renal decorre da obstrução aguda do sistema coletor, geralmente por cálculo ou coágulo, provocando aumento de pressão intrapiélica, distensão da cápsula renal e dor tipo cólica, usualmente em flanco. Pode se associar à dor a palpação do ângulo costovertebral. Observe:

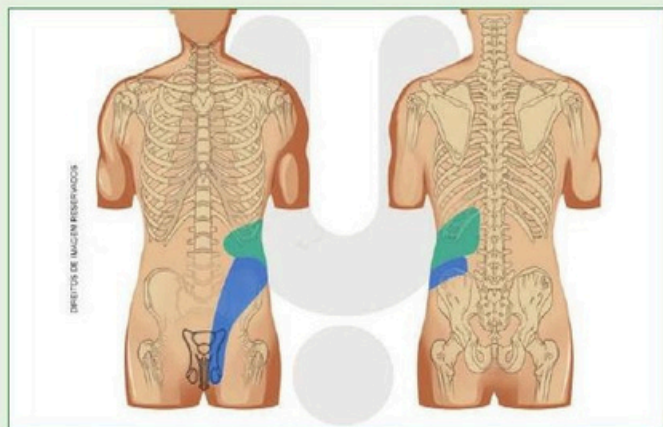


Figura 4: Mapa topográfico da dor de origem renal (verde) e da dor ureteral (azul).

Preparamos em detalhes os achados da clássica dor renal:

Dor de Origem Renal
Oscila em períodos de piora e melhora da dor
Posições antálgicas não provocam alívio dos sintomas (classicamente há alívio em condições intraperitoneais).
Se localiza no ângulo costovertebral ipsilateral, lateral à coluna vertebral e inferior ao 12º arco costal.
Obstruções gradativas são assintomáticas ou oligossintomáticas, comumente sem a apresentação clássica. Nestes casos, o rim pode alcançar maiores proporções até a percepção do paciente.
Náuseas e vômitos são comuns nos quadros agudos e ocorrem devido à inervação compartilhada através do plexo celíaco pelos rins e o trato gastrointestinal proximal.
Dor em ombro ipsilateral é comum em afecções intraperitoneais, mas não é típica de dor renal.



EXAME FÍSICO RENAL

Já observou alguém palpando um rim? Não? É isso mesmo. Devido à localização retroperitoneal dos rins, sendo cercado por outras estruturas anatômicas, não é inesperada a dificuldade de realizar a palpação do órgão. Em homens, devido ao maior tônus muscular abdominal e à posição geralmente mais fixa, eles tendem a ser mais fixos e, portanto, mais difíceis de mobilizar com mudanças de posição. Pacientes magros e crianças têm uma maior facilidade ("menor dificuldade") de palpação. Da mesma forma, rins de tamanho aumentado ou com posicionamento anômalo são de mais fácil acesso ao exame.

A seguir, "divirta-se" com manobras clássicas para palpação renal:

Manobras	Descrição
Trousseau	- Palpação bimanual; - Descrita no Campbell e Smith. Este último ainda aponta como manobra de maior sucesso para palpação; - O examinador coloca a mão em posição espalmada e transversal ao ângulo costolombar e exerce pressão de posterior para anterior. A outra mão, na face anterior do abdome, logo abaixo do rebordo costal, exerce pressão de anterior para posterior. Durante as incursões ventilatórias, o examinador tenta aproximar as suas mãos e avaliar o rim durante a decida inspiratória.
Glenard	O examinador coloca a mão (à direita, para o rim esquerdo e, à esquerda, para o rim direito) em posição supina, com o primeiro quirodáctilo no rebordo costal e os demais dedos em posição transversal ao ângulo costolombar, estes fazem pressão de posterior para anterior, elevando o rim, que se movimenta durante as incursões ventilatórias e mantido lateralmente, já que a mão oposta, espalmada junto à margem lateral do músculo reto abdominal, impede que o rim se mova para a linha mediana, permitindo, assim, que o polegar e o dedo mediano da outra mão possam sentir o rim durante a descida inspiratória, de modo que possa ser pinçado e aprisionado. Com esta mão, o examinador poderá avaliar consistência, sensibilidade, tamanho e regularidade.
Guyon	- O examinador coloca a mão em posição espalmada e transversal ao ângulo costolombar e exerce impulsos rápidos e regulares, de posterior para anterior, deslocando o rim contra a outra mão que está espalmada na face anterior do abdome logo abaixo do rebordo costal.

SEMIOLOGIA DO AMBULATÓRIO 1: ANAMNESE E EXAME FÍSICO DO TRATO URINÁRIO

Guyon (rechaço renal)	<ul style="list-style-type: none"> - O examinador coloca a mão em posição espalmada e transversal ao ângulo costolombar e exerce impulsos rápidos e regulares, de posterior para anterior, deslocando o rim contra a outra mão que está espalmada na face anterior do abdome logo abaixo do rebordo costal. - Tumores extrarrenais ficariam separados da parede lombar e não gerariam a sensação do rechaço.
Devoto	<ul style="list-style-type: none"> - O examinador coloca a mão em posição espalmada e transversal ao ângulo costolombar e exerce pressão pósterio-anterior. A outra mão, na face anterior do abdome, logo abaixo do rebordo costal, busca pinçar o polo inferior do rim contra a mão que está no dorso, durante a inspiração.
Devoto	<ul style="list-style-type: none"> - O examinador coloca a mão em posição espalmada e transversal ao ângulo costolombar e exerce pressão pósterio-anterior. A outra mão, na face anterior do abdome, logo abaixo do rebordo costal, busca pinçar o polo inferior do rim contra a mão que está no dorso, durante a inspiração. - Alguns consideram a Manobra de Devoto como uma variação das Manobras de Trousseau e de Glenard.
Montenegro	<ul style="list-style-type: none"> - O examinador coloca a mão espalmada no flanco do paciente em posição transversal ao reto abdominal. A outra mão fica espalmada na região lombar, logo abaixo da do ângulo costolombar, com impulsos rápidos e regulares de anterior para posterior. - É o equivalente à Manobra de Guyon, mas com o paciente em decúbito ventral.
Israel	<ul style="list-style-type: none"> - O examinador coloca uma das mãos no ângulo costovertebral, fazendo pressão de posterior para anterior. A outra mão fica espalmada com os dedos apontando para cima e verticalmente sobre a parede anterior do abdome. Ao aprofundar esta mão durante as incursões ventilatórias, tentamos avaliar o rim durante a decúbia inspiratória.

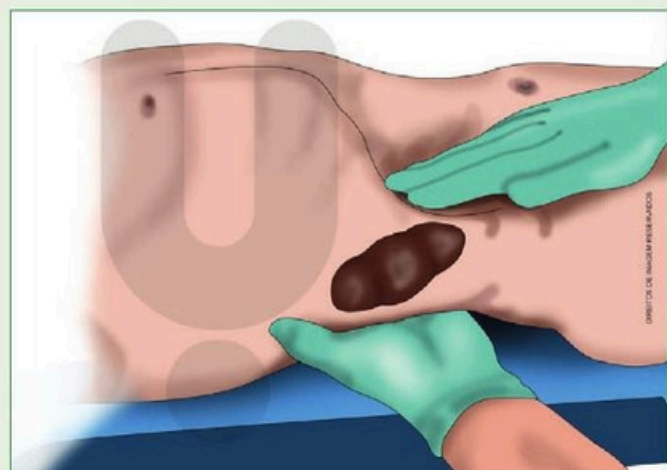


Figura 5: Representação da manobra de Trousseau.

Ah, não podemos nos esquecer do exame de grande importância para avaliação do paciente com possíveis queixas renais, a percussão lombar, conhecida pelo epônimo de sinal de Giordano. Ao realizar a percussão lombar com a borda ulnar da mão espalmada, o paciente pode apresentar dor aguda e movimentos de defesa, configurando o sinal positivo. Lembre-se de que pacientes com processos inflamatórios ou de distensão aguda da cápsula renal geralmente serão muito sensíveis a esta manobra, devendo-se evitar a percussão intempestiva.

URETER

Achou difícil avaliar o rim? Então agora pense em como você examina o ureter... exatamente! Essa fina estrutura tubular, que de forma tão caprichosa desce do rim à bexiga pelo retroperitônio, se esconde da nossa investigação clínica clássica e, muitas vezes, é revelada apenas em exames complementares. Casos excepcionais de obstrução, inflamação ou grande dilatação podem permitir a palpação do ureter, mas essa não é a regra, muito pelo contrário, é uma rara exceção.

A queixa do paciente relacionada a uma afecção ureteral mais comumente será relacionada à dor e, mesmo assim, de quantos pacientes você já ouviu a queixa “estou com dor no meu ureter”? Entenda que a dor ureteral é geralmente associada à obstrução aguda, da mesma forma que nos rins, seja por cálculos ou por coágulos, ocorrendo dor por distensão da cápsula renal associada à dor por espasmo e hiperperistalse ureterais. Uma característica marcante da cólica ureteral é ausência de fatores de melhora ou piora. Não é possível identificar qualquer posição ou movimento que interrompa ou desencadeie o início da dor. Náuseas e vômitos estão frequentemente associados aos episódios mais intensos de dor. É interessante a possibilidade de deduzir a altura provável da obstrução conforme o padrão de dor. Alguns autores dizem que, se o cálculo desce, a dor desce também, o que, apesar de fazer sentido, não é uma verdade absoluta, visto que cálculos distais podem causar dor renal alta (lombar). Antes de seguir observando a tabela abaixo, retorne à figura 4.

Padrão de dor	Topografia
Testicular ou vulvar ipsilateral	Obstrução ureteral distal.
Sintomas irritativos urinários	Obstrução em porção distal. Pode ocorrer urgência miccional e aumento de frequência urinária.
Em fossa ilíaca	Obstrução da porção média de ureter. Devemos lembrar do diagnóstico diferencial com diverticulite e apendicite, a depender da lateralidade.
Lombar	Ureter proximal.

Um achado curioso é que um cálculo impactado no ureter não necessariamente é obstrutivo, podendo permitir ainda a passagem de urina e, assim, ser menos sintomático. Logo, da mesma forma que no rim, obstruções gradativas do ureter são oligo ou assintomáticas, podendo alcançar grandes proporções antes do diagnóstico.



Figura 6: Note, nas imagens acima, à direita do paciente, a distensão da cápsula renal, a dilatação ureteral na imagem seguinte e, finalmente, o fator causal, um cálculo em ureter distal. Este paciente se apresentava com dor intensa em flanco direito.

SEMIOLOGIA DO AMBULATÓRIO 1: ANAMNESE E EXAME FÍSICO DO TRATO URINÁRIO

BEXIGA

Prosseguindo para o trato urinário mais distal, a semiologia vesical será mais rica e se associa aos chamados sintomas do trato urinário inferior, conhecidos também em muitos serviços de urologia pela sigla LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) que se apresentam como sintomas irritativos e obstrutivos, seja de forma isolada ou em combinação:

• Sintomas irritativos:

- aumento de frequência urinária: (segundo Campbell, maior que cinco a seis vezes / dia ou mais frequente que a cada 2 h).
- urgência miccional: dificuldade de postergar a micção uma vez que o desejo miccional surgiu.
- disúria: dor ou desconforto ao urinar.
- noctúria: quando falamos em frequência urinária noturna, segundo Campbell, é esperada uma noctúria normal de até 2 vezes / noite. Mais que isso seria um achado patológico.

Vale citar que sintomas irritativos não são exclusivos de obstrução infravesical (hiperplasia prostática benigna) e podem ocorrer em casos de cistite, neoplasia vesical, litíase vesical, prostatite e bexiga hiperativa.

• Sintomas obstrutivos:

- aumento de frequência urinária.
- tenesmo vesical: sensação de esvaziamento urinário incompleto.
- esforço miccional: uso de manobra de Valsalva (e prensa abdominal) para auxiliar na micção.
- hesitação: atraso / dificuldade para iniciar micção.
- gotejamento pós-miccional: pequena perda urinária após fim da micção.

• INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Definida pelo Campbell como passagem involuntária da urina, descrevendo oito categorias de incontinência urinária, sendo trabalho do urologista fazer o diagnóstico diferencial entre cada tipo, a ser notado:

Incontinência por estresse	<ul style="list-style-type: none"> - Clássico: paciente com algum tipo de fraqueza do esfíncter urinário. - Incontinência ao aumento de pressão intra-abdominal. - Questionar esse paciente sobre perdas urinárias ao realizar atividades que provoquem aumento de pressão intra-abdominal como rir, agachar, elevar cargas, tossir...
Urge incontinência	<ul style="list-style-type: none"> - Clássico: associa à sensação de urgência miccional, paciente relata que, ao sentir desejo miccional, não consegue chegar até o toailete ou mictório sem ter incontinência urinária. - Direcionar o raciocínio clínico para possibilidade de bexiga hiperativa, cistite, baixa complacência vesical e até mesmo neoplasia de bexiga. - Diagnóstico diferencial de incontinência funcional que descreveremos a seguir.
Incontinência urinária mista	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção: apesar de termos oito categorias de incontinência, o próprio Campbell, ao caracterizar a mista, não se refere a uma combinação de todas, mas apenas da incontinência por estresse e da urgeincontinência.

Acabou? Lembre-se de que, para quem fez medicina, o estudo nunca tem fim. Seguimos com tabelas resumidas para seu maior conforto didático.

Incontinência contínua	<ul style="list-style-type: none"> - Percepção de perda urinária constante pelo paciente associado à demonstração de perda contínua de urina. - Clássico: fistulas urinárias ou afecções congênitas (p. ex.: ureter ectópico) devem listar as hipóteses diagnósticas. Fistulas são a causa mais frequente e, por isso, investigação de procedimentos cirúrgicos em pelve, trato genitourinário, história de radiação local e história gestacional nas mulheres são informações importantes.
Pseudoincontinência	<ul style="list-style-type: none"> - Percepção de perda urinária pelo paciente sem comprovação da perda urinária. - Exemplo: paciente com descarga vaginal hialina que percebe essa secreção como urina. - Atenção: destaca a importância do exame físico antes de aceitarmos a informação de uma perda urinária contínua.
Incontinência por transbordamento ou incontinência paradoxal	<ul style="list-style-type: none"> - Há perda urinária por excesso de urina na bexiga, quando volume urinário se aproxima ou até ultrapassa o volume do órgão e a pressão intravesical supera a pressão esfíncteriana. - Clássico: paciente com história de obstrução infravesical crônica.

Note que a tabela acima separa um grupo que apresenta a incontinência contínua e outras duas incontinências que podem imitar a incontinência contínua.

• DIÁRIO MICCIONAL

"Querido diário... hoje, às 09:30, tive uma micção de aproximadamente 350 ml, tendo realizado ingestão de 500 ml de água às 08:00. Não tive perdas no período nem nenhum episódio de urgência miccional."

Este exemplo resume o diário miccional, um registro de ingestão hídrica, micção e seus horários, realizado no decorrer de 48 h, segundo Campbell, ou três ou mais dias segundo EAU. Esta última referência reforça a necessidade de determinar a relação de volume miccional diurno e noturno.

A grande utilidade do diário miccional está na capacidade de traduzir dados subjetivos em objetivos que podemos consequentemente quantificar para determinar a gravidade dos sintomas, além da resposta ao manejo realizado. Uma característica importante do diário miccional é o seu potencial efeito terapêutico, uma vez que permite ao indivíduo compreender melhor sua queixa e fatores comportamentais relacionados a ela.

Hora	Nº Micções	Volume Urinado	QTD/Tipo Líquido	Urgência (S/N)	Perda? (S/N)	Atividade ao perder
6:00-7:00						
7:00-8:00						
8:00-9:00						
9:00-10:00						
10:00-11:00						
11:00-12:00						
12:00-13:00						
13:00-14:00						
14:00-15:00						
15:00-16:00						
16:00-17:00						
17:00-18:00						

SEMIOLOGIA DO AMBULATÓRIO 1: ANAMNESE E EXAME FÍSICO DO TRATO URINÁRIO

Hora	Nº Micções	Volume Urinado	QTD/Tipo Líquido	Urgência (S/N)	Perda? (S/N)	Atividade ao perder
18:00-19:00						
19:00-20:00						
20:00-21:00						
21:00-22:00						
22:00-23:00						
23:00-00:00						
00:00-01:00						
01:00-02:00						
02:00-03:00						
03:00-04:00						
04:00-05:00						
05:00-06:00						

Figura 7: Exemplo de diário miccional.

A *International Continence Society* (ICS) descreve ainda que podem ser adicionados os dados:

- episódios de urgência e/ou incontinência miccional;
- atividades realizadas imediatamente antes ou após perda urinária involuntária;
- severidade da incontinência: aferida pelo número ou peso de absorventes ou fraldas utilizadas.

• ESCORES

Os escores são ferramentas usadas na urologia para quantificar achados clínicos subjetivos. Destacamos o *International Prostate Symptom Score* (IPSS), fornecido pela AUA, e não podemos deixar de apontar o trocadilho da sigla. Mas voltando ao valor do escore, ele é útil na avaliação dos sintomas com associação à qualidade de vida do paciente. Consiste em um questionário de oito itens, sete sintomas (esvaziamento incompleto, frequência, intermitência, urgência, jato fraco, esforço e noctúria) e uma avaliação de qualidade de vida. Com respostas variando em uma pontuação de zero a cinco para cada item, a soma de valores indica:

Severidade dos sintomas:

- 0-7: leve
- 8-19: moderado
- 20-35: grave

Apesar de não ser específico e não poder ser respondido por alguns pacientes devido ao nível educacional ou por doenças neurológicas, é útil no registro objetivo dos sintomas e é uma ferramenta que permite a comparação clínica antes e após uma intervenção.

DOR VESICAL

Indo direto ao ponto. Os dois mecanismos clássicos de dor vesical são:

- **inflamação:** a mais comum, causada por infecção ou cistite intersticial. Tende a ser pior com a bexiga distendida, com relato de alívio dos sintomas ao urinar. Entretanto, ao final da micção estes mesmos pacientes podem descrever dor em facada, a estrangúria, a qual pode ser atribuída à contração final de um músculo detrusor inflamado.
- **distensão aguda:** distensão da bexiga decorrente da retenção

urinária aguda.

Atenção para casos de retenção urinária gradativa, nos quais a dor não é presente ou é tolerável e ignorada pelo paciente por longo período.

Já que estamos falando sobre dores da bexiga, talvez tenha passado por sua mente um caso no qual a queixa era de dor com duração de vários anos, com paciente em seu consultório com queixas de dor, apesar de tratamentos instituídos e passagem por vários profissionais sem sucesso no diagnóstico ou manejo. Podemos estar diante de um quadro de dor pélvica crônica e, nesta seção, vamos aproveitar para comentar a respeito de dor vesical primária crônica (DPVC).

Os relatos de prevalência desta afecção variam entre as publicações (0,06-30 %), de forma semelhante variam os critérios diagnósticos e populações consideradas, mas se observa uma predominância do sexo feminino (10:1), porém, sem aparente diferença entre grupos étnicos ou de raça. Um detalhe interessante exposto na EAU é de que não podemos excluir o diagnóstico apenas nos baseando em idade, apesar de ter uma prevalência reduzida em menores de dezoito anos.

Acredita-se que a DPVC se inicie após um evento inicial não identificado de lesão da bexiga e, conseqüentemente, do urotélio, levando à inflamação neurogênica e dor. Atenção ao possível erro de assumir que a infecção seria a causadora, pois a EAU deixa claro que processos infecciosos ainda não foram implicados como causa confirmada. Entretanto, é descrito que a DPVC pode ser uma manifestação local de doença sistêmica, como pacientes que apresentam outras síndromes dolorosas: migrânea, depressão e desordem de articulação temporomandibular.

O diagnóstico da DPVC acaba sendo um tanto desafiador, por exclusão, com revisão de todas as possíveis causas identificáveis de dor pélvica, com investigação voltada principalmente para trato genitourinário, gastrointestinal e musculoesquelético, além de, como citado previamente, doenças sistêmicas.

Exame vesical

De localização pélvica, a bexiga só pode ser palpável acima do púbis quando com volume superior a 150 ml, podendo ser visível em alguns pacientes quando atinge mais de 500 ml. Pacientes com bexigoma podem, portanto, ter abaulamento suprapúbico visível e/ou palpável, sendo útil a realização de percussão local, para identificar a sobredistensão vesical, identificada pela submaciez do órgão.

O exame bimanual permite a identificação de processos expansivos pélvicos e avaliação de mobilidade vesical, sendo útil na avaliação de possível neoplasia. Segundo Campbell, é fator preditor independente de identificação de tumores pT3. Com recomendação da EAU de realizar o exame sob anestesia, é feito no homem com uma mão acima do púbis e outra em toque retal, na mulher com a segunda mão em toque vaginal.

SEMIOLOGIA DO AMBULATÓRIO 1: ANAMNESE E EXAME FÍSICO DO TRATO URINÁRIO

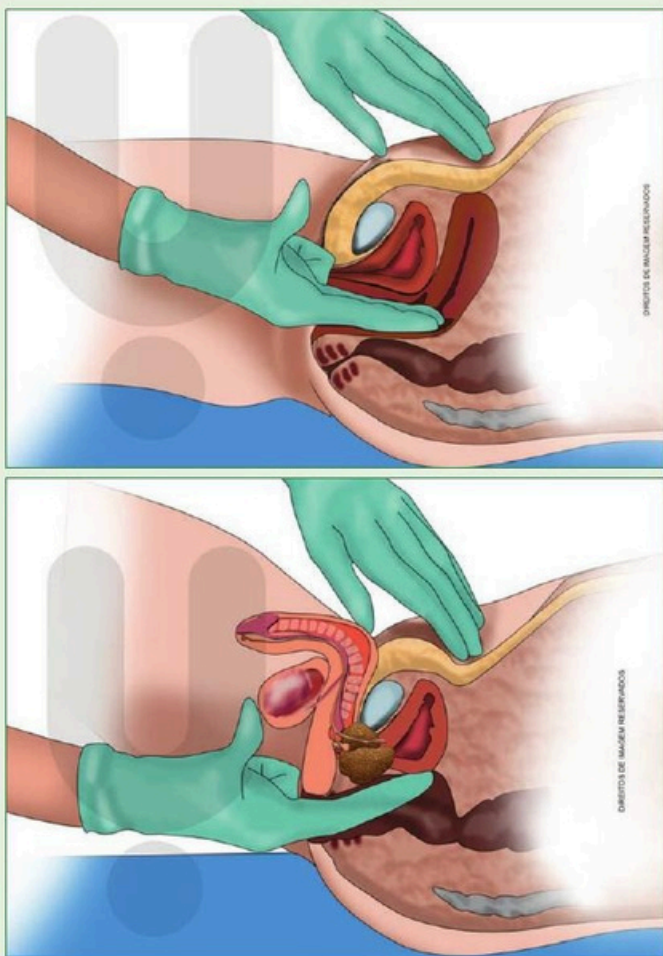


Figura 8: Representações do exame bimanual da bexiga na mulher (acima) e no homem (abaixo).

EXAMES COMPLEMENTARES DA BEXIGA

Temos diversos exames complementares para a bexiga, mas vamos destacar três neste bloco: EAS (já descrito na seção de urina), ultrassonografia (USG) de bexiga e cistoscopia diagnóstica.

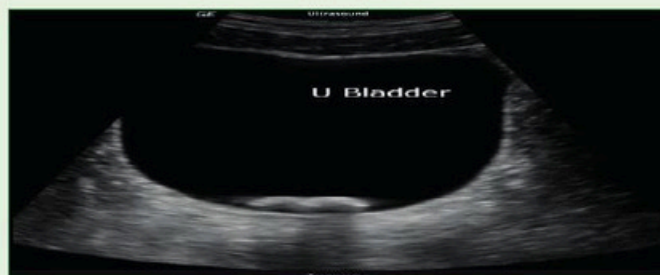
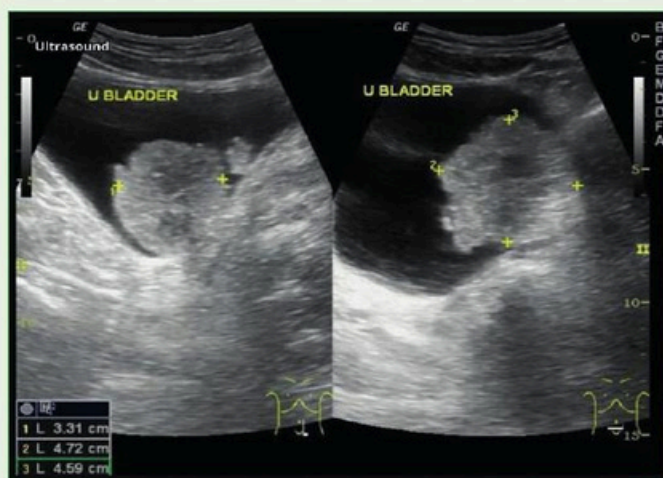


Figura 9: USG de bexiga. Em ordem, acima, um exame de USG normal da bexiga. O segundo exame (abaixo) observa a presença de uma lesão na parede vesical, posteriormente confirmado carcinoma de células transicionais. Note a utilidade deste exame simples, barato e sem radiação, nos permitindo a avaliação morfológica inicial da bexiga, presença de espessamento e até massas em suas paredes, corpos estranhos, avaliação de volume vesical em diferentes momentos.

Em casos de suspeita clínica e USG negativo ou inconclusivo, devemos seguir a investigação através da cistoscopia. A cistoscopia, por sua vez, nos permite a visualização direta da mucosa vesical com intenção de visualizarmos lesões, corpos estranhos e outras alterações que não seriam avaliadas adequadamente em outros exames, sendo o **padrão ouro** para diagnóstico de neoplasia vesical. A seguir, uma ilustração da cistoscopia rígida, seguida de uma imagem de lesão intravesical.

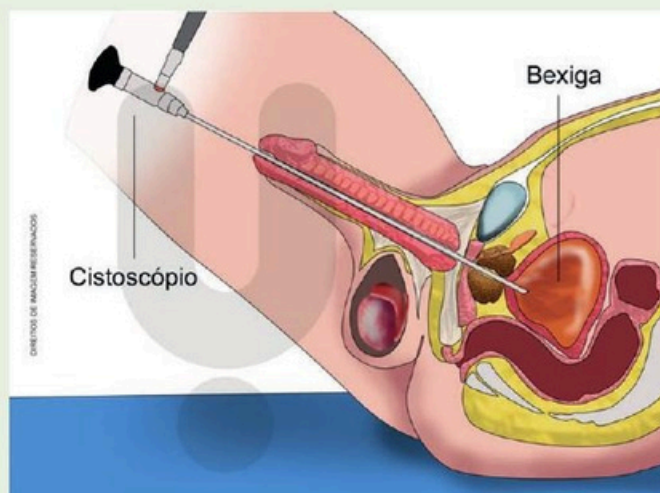


Figura 10: Desenho esquemático de cistoscopia

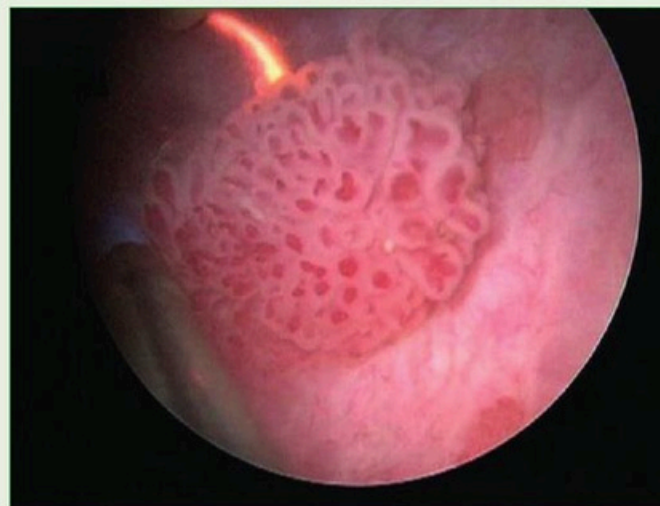


Figura 11: Tumor vesical urotelial identificado ao método.

SEMIOLOGIA DO AMBULATÓRIO 1: ANAMNESE E EXAME FÍSICO DO TRATO URINÁRIO

HEMATÚRIA

Estava procurando por isso? Em um capítulo de semiologia, ela não poderia faltar! Esta é uma queixa muito comum e de solicitações infundáveis de pareceres para urologia ou de buscas por um especialista em consultório. Afinal, hematúria é uma causa frequente de encaminhamento para avaliação urológica especializada e, desde a antiguidade, é reconhecida como um sinal de doença potencialmente grave, até porque, convenhamos, ninguém acha normal urina com sangue.

Antes de prosseguirmos, é importante a diferenciação de hematúria e pigmentúria. Lembre-se de que urina vermelha não é sinônimo de sangue. As causas incluem mioglobina, bilirrubina, uso de medicações e desidratação. No sexo feminino, é importante também definir se o sangue na urina não é do trato genital, opções para contornar essa dúvida incluem a coleta de urina quando não há sangramento concomitante do trato genital e até coleta via cateterização vesical.

Classicamente, a hematúria é classificada conforme a fase do jato urinário, que pode indicar sua origem:

- **inicial:** mais comumente de origem uretral;
- **terminal:** do trígono vesical, ou colo vesical ou da próstata;
- **total:** da bexiga ou do trato urinário alto.

Outro fator, agora localizador, quanto ao nível da origem do sangramento no trato urinário, é possível em decorrência da análise microscópica da urina e identificação de cilindros hemáticos e presença de dismorfismo eritrocitário. Neste caso, há o indicativo de fonte renal do sangramento (hematúria nefrológica), mais especificamente glomerular. Isso ocorre, pois as hemácias acabam por tornar-se alongadas (dismórficas), após sua filtração glomerular e passagem ao longo dos túbulos renais (néfron). Da mesma forma, proteinúria significativa (> 1000 mg / 24 h) também aponta para causa nefrológica e surgirá espuma na urina.

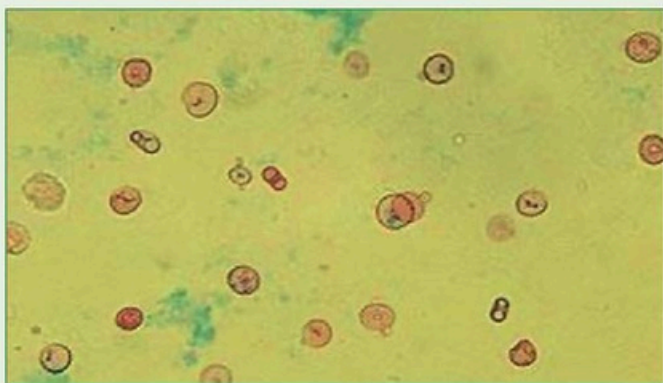


Figura 12: Hemácias dismórficas.

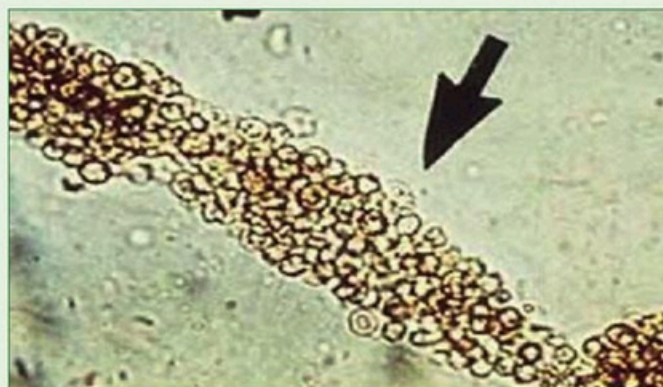


Figura 13: Cilindros eritrocitários.

É importante destacar que, para fins de avaliação e confirmação de hematúria, é necessário exame de microscopia urinária. Segundo a AUA, hematúria macroscópica é visível ao olho nu, enquanto a microscópica é definida como mais que três células vermelhas por campo de grande aumento (RBC/HPF).

Ainda, segundo o Campbell, dos pacientes com micro hematúria, de um a dois terços terão causa identificável, as quais incluem hiperplasia prostática benigna (12,9 %), urolitíase (6,0 %), estenose de uretra (1,4 %). Com diagnóstico de malignidade em 0,68 % a 4,3 % dos casos, com elevação da probabilidade de malignidade quando elevação dos níveis de hematúria (> 25 RBC/HPF) e/ou se fatores de risco para malignidade em trato urinário.

Apesar da relação de micro hematúria com malignidade, no paciente assintomático não há recomendação de screening com exame de microscopia urinária segundo AUA.

Campbell descreve pacientes de alto risco, citando principalmente a idade (> quarenta anos), seguido de tabagismo e exposição ocupacional para pacientes de alto risco de neoplasias malignas primárias vesicais. A AUA acaba sendo mais descritiva em distribuir esses pacientes em baixo, médio e alto risco. Confira:

Risco baixo

- Mulher < cinquenta anos; homem < quarenta anos
- Tabagismo: nunca ou história de < dez m/a
- 3-10 RBC/HPF

Risco moderado

- Mulher com idade 50-59 anos; homem com idade 40-59 anos
- Tabagismo: 10-30 maços/ano (m/a)
- Eritrócitos no EAS 11-25 RBC/HPF

Risco alto

- Idade > sessenta anos
- Tabagismo: > trinta m/a
- Eritrócitos no EAS > 25 RBC/HPF
- Hematúria macroscópica

Detalhe importante é que o uso de medicações antiplaquetárias ou anticoagulantes não interfere na avaliação da hematúria, sendo investigadas da mesma forma que em pacientes os quais não fazem uso dessas medicações. A justificativa é de que essas medicações não provocam hematúria, mas aumentam a intensidade e frequência da hematúria, tornando-a mais evidente.

SEMIOLOGIA DO AMBULATÓRIO 1: ANAMNESE E EXAME FÍSICO DO TRATO URINÁRIO

Pacientes de alto risco e médio risco (pela AUA) e alto risco (pelo Campbell que não faz distinção de médio risco) terão indicação de investigação. Pacientes de baixo risco deverão ser avaliados quanto à persistência de hematúria. Nestes casos, se uma causa benigna foi identificada na avaliação inicial, como litíase urinária ou ITU, a recomendação é repetição do EAS após resolvida a possível causa base da hematúria, com intenção de avaliar persistência da hematúria, indicando-se a investigação, se persistir. Sabemos o que você está pensando, então muitos pacientes deveriam fazer a investigação completa e, convenhamos, não vemos esses números na prática. Isso é descrito pelo Campbell mesmo na realidade americana, a avaliação adequada dos pacientes ainda é um grande desafio!

Mas, então, como investigar? Como já comentado previamente, uma vez feita a indicação, o exame microscópico de urina é um bom ponto de início, com complementação de cultura de urina, permitindo avaliar causas não urológicas (não cirúrgicas) de hematúria. Cistoscopia diagnóstica é o padrão ouro para avaliação de possível tumor vesical e permite diagnóstico diferencial com outras causas de hematúria de trato urinário baixo, como lesões uretrais, hiperplasia prostática benigna e litíase vesical. A tomografia computadorizada contrastada para avaliação em três fases com avaliação de fase tardia para visualizar excreção urinária de contraste, também chamada de "urotomografia", é especialmente útil, para avaliar o trato urinário superior, investigando possíveis cálculos, tumores, processos infecciosos com repercussões morfológicas ou funcionais apreciáveis ao exame. Uma opção à TC é a USG de aparelho urinário nos pacientes de risco moderado. Por fim, AUA sugere realização de citologia urinária, lembrando que este exame não substitui a cistoscopia.

Segundo a AUA, utilizando os métodos supracitados para investigação, é possível identificar a causa em 57 % dos pacientes com hematúria microscópica assintomática e 92 % dos pacientes com hematúria macroscópica, além de fazer o diagnóstico de neoplasia em 3-5 % dos pacientes com hematúria microscópica assintomática e 23 % dos pacientes com hematúria macroscópica.

No caso de investigação negativa, a AUA descreve a possibilidade de repetir a urinálise em doze meses, se negativa, a pesquisa é descontinuada. Se positiva e recorrente, sugere-se que a repetição da investigação ou de avaliação laboratorial urinária seja uma decisão compartilhada por médico e paciente.

E aí, gostou? Por hora, ficamos por aqui. Nos vemos no próximo capítulo para muito mais!

JÁ SABE A RESPOSTA DO CASO CLÍNICO? ANOTE AQUI

SEMIOLOGIA DO AMBULATÓRIO 2: ANAMNESE E EXAME FÍSICO DO TRATO GENITAL

CASO CLÍNICO

Todo hospital universitário é um local empolgante. A convivência com alunos de vários períodos e cursos faz com que cada ambulatório traga novas experiências.

Chega meio cabisbaixo um rapaz de dezenove anos. Quem o conhecia, sabia que ele não deveria estar assim.

No último final de semana, se tornou o campeão do futsal pelo time da sua faculdade nos jogos do seu estado. Alcançou posição de titular depois que seu veterano mão de alface saiu do time na primeira partida. Daí o calouro do segundo período ficou famoso e ganhou admiração pelas defesas prodigiosas que fez. Uma delas o marcou em especial.

Sem os colegas por perto, te relata que vem sentindo dor no testículo esquerdo, o mesmo atingido em cheio durante uma partida dos jogos universitários. Nesta manhã, identificou área endurecida e nodular que nunca havia notado.

Sendo bom aluno, fez uma leitura, ficou assustado e foi de jejum para o hospital. Até tentou marcar vários itens no formulário e fazer mais exames, mas o técnico do laboratório só deixou que ele fizesse um teste.

O seu maior medo era de que a nodulação fosse um seminoma.

Faz sentido a preocupação do acadêmico? Se sim, que exame laboratorial ele não poderia deixar de solicitar? Vamos, agora, conhecer a semiologia genital!



INTRODUÇÃO

Nada pior que fazer medicina deixando o conhecimento de lado... Vamos acabar com a nossa atuação urológica “de orelhada” trocando a dúvida pelo saber! Chegamos a um tópico essencial à nossa formação: o estudo da anatomia genital! Respeitando a prioridade das mulheres, iniciaremos o estudo pelo aparelho genital feminino! Mas, antes de iniciar, deixamos já uma ressalva aos urologistas homens, um chamado de ordem prática retirado diretamente do Campbell:

O urologista homem deve sempre realizar o exame pélvico feminino na presença de uma enfermeira ou outros profissionais de saúde

ANATOMIA GENITAL FEMININA

Já que iniciaremos tratando do exame físico na mulher, vamos recordar um pouco da anatomia genital feminina e, em seguida, partiremos para um tópico muito prático, o prolapso de órgãos pélvicos.

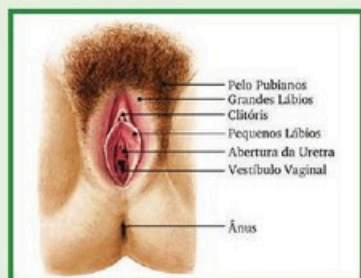
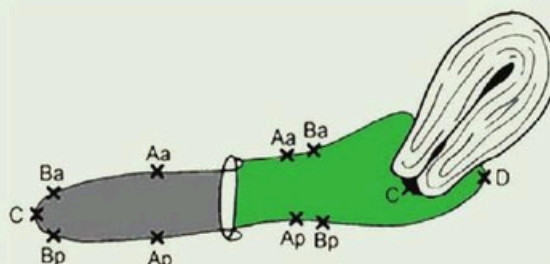


Figura 1: Anatomia Genital Feminina.



A imagem anterior te acompanha desde a época da faculdade. Fez parte dos seus estudos para as primeiras provas de residência e depois também para a Urologia. Não se engane, é um tema também presente nas provas do TISBU. Mas antes disso, saiba que o sistema de estratificação pelo POP-Q permite uma classificação objetiva dos prolapso. A avaliação é feita em posição supina e em ortostase. A graduação é relatada em tabela 3x3, contendo nove itens. No diagrama da imagem acima, a porção cinza representa exemplo de eversão total da vagina e, em verde, exemplo do status normal. Veja, abaixo, a descrição em tabelas, muito presente em nossos livros:

+3 _{Aa}	+8 _{Ba}	+8 _C	-3 _{Aa}	-3 _{Ba}	-8 _C
4.5 _{gh}	1.5 _{pb}	8 _{tvI}	2 _{gh}	3 _{pb}	10 _{tvI}
+3 _{Ap}	+3 _{Bp}	--	-3 _{Ap}	-3 _{Bp}	-10 _D

Complexo né? Vamos esclarecer esse tópico, em detalhes, durante o estudo da UROGINECOLOGIA! De forma sucinta, os pon-

SEMIOLOGIA DO AMBULATÓRIO 2: ANAMNESE E EXAME FÍSICO DO TRATO GENITAL

tos são medidos pela distância (cm) entre a parte mais distal do prolapso e o anel himenal. Basicamente se faz o registro entre a posição "habitual" e os centímetros de distância à nova posição "herniada". Observem mais essa figura abaixo. Ela ajudará na compreensão da posição habitual, sem prolapso.

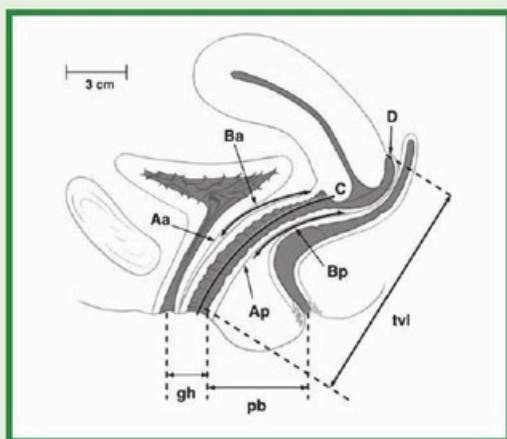


Figura 2: Classificação POP-Q.

ESTÁGIOS E CRITÉRIOS DO POP-Q	
0	Aa; Ap; Ba, Bp em -3 cm e C ou D ≤ - (tvL - 2) cm
I	Crítérios estágio 0 não atendidos e bordo principal ≤ -1 cm
II	Bordo principal ≥ -1 mas ≤ +1cm
III	Bordo principal > +1 cm mas < + (tvL - 2) cm
IV	Bordo principal ≥ + (tvL - 2) cm

Chegando ao final da avaliação do trato urinário, temos ainda os exames retal e neurológico que devem ser realizados para obtenção de dados clínicos completos quanto à função do assoalho pélvico. Confirmam aspectos cruciais do exame pélvico na tabela abaixo:

COMPONENTES DO EXAME PÉLVICO FOCADO

Exame digital retal, incluindo tônus esfinteriano, presença de hemorroidas ou massas retais.

Exame pélvico (com ou sem a coleta de espécimes para sementeira ou cultura), incluindo:

- Genitália externa (ex.: aparência, distribuição de pelos, lesões);
- Meato uretral (ex.: tamanho, localização, lesões, prolapso);
- Uretra (ex.: massas, cicatrizes, áreas tensas);
- Vagina (ex.: aparência, descargas, lesões, efeito do estrogênio);
- Cérvix (ex.: aparência, descargas, lesões);
- Útero (ex.: tamanho, contornos, posição, mobilidade);
- Anexo e paramétrios (ex.: massas, nodulações, organomegalia);
- Ânus e períneo;
- Bexiga (ex.: repleção, massas, áreas tensas).

E que tal agora uma questão com um tópico interessante do exame ginecológico? Veja que achado curioso... Seria um prolapso???

PRÓ-TISBU 2020 - R3

Paciente de 66 anos chega ao serviço de emergência com dor leve em região

periuretral e surgimento de massa visível na região vaginal, sintomas que se iniciaram pela manhã. Ao esforço físico, percebe-se a lesão demonstrada na imagem a seguir:



Sobre esse caso, assinale a alternativa CORRETA:

- A) Trata-se de tumor uretral, cujo tipo histológico mais comum é o carcinoma epidermoide e a ressecção cirúrgica imediata para desobstrução é mandatória.
- B) Trata-se de carúncula uretral e o tratamento é com corticoides tópicos, sem necessidade de biópsia ou ressecção cirúrgica.
- C) Trata-se de edema da mucosa, provavelmente secundário a uma infecção urinária, sendo o tratamento com antibióticos e calor local o mais indicado.
- D) Trata-se de prolapso de mucosa uretral pelo aspecto circunferencial da extrusão da mucosa e o tratamento inicial pode ser com estrógeno tópico em pacientes oligossintomáticas ou cirúrgico em pacientes muito sintomáticas.

Comentário: A imagem trazida trata de um prolapso de mucosa uretral. O prolapso uretral se apresenta como uma herniação circunferencial ou eversão da mucosa no meato uretral. A mucosa prolapsada comumente aparece como uma lesão carnuda vermelha em "forma de rosca" que envolve completamente o meato uretral. Pode ser assintomático ou apresentar sangramento, manchas, dor ou sintomas urinários. É encontrada em dois momentos, em pré-púberes e na pós-menopausa, e tem causa diferente. Em crianças, é frequentemente relacionado à micção com Valsalva ou constipação. Na pós-menopausa, está relacionada à deficiência de estrogênio.

Gabarito: opção D.

Aproveitando a questão acima, o que seria a carúncula uretral? Sabe? Veja, a carúncula uretral é justamente uma protrusão da mucosa uretral! Ué, são a mesma coisa? Sim! Mas como vimos, o tratamento é com estrógenos e não corticóides. A clínica já sabemos: uma pequena eminência vermelha (com aspecto de mucosa íntegra), mas patológica, que se exterioriza através do meato uretral da mulher. Saiba ainda que é a lesão uretral mais frequente no sexo feminino e que sangramento ou obstrução ao fluxo podem ocorrer, mas, frequentemente, não causa qualquer sintoma. Dado importante a ser esclarecido é que não existe risco de malignidade. Em casos de dúvida diagnóstica, uma biópsia estaria bem indicada. Se os sintomas persistirem após o tratamento inicial com estrógenos, a remoção cirúrgica pode ser necessária. O procedimento geralmente envolve cistoureteroscopia, excisão e biópsia e geralmente tem excelentes taxas de sucesso.

Feita essa revisão, agora é hora de partirmos para o Sistema Genital Masculino. Siga em frente!

PÊNIS

As queixas relacionadas ao pênis são variadas: quadros álgicos, tortuosidades, tamanho, nodulações. Veremos algumas delas por aqui. As doenças cutâneas da genitália externa serão discutidas no módulo de Urodermatologia e, outras, nas aulas sobre trauma,

SEMIOLOGIA DO AMBULATÓRIO 2: ANAMNESE E EXAME FÍSICO DO TRATO GENITAL

emergências e infecções.

Vamos, inicialmente, fazer apontamentos sobre a semiologia do adulto. Deixamos já uma informação básica quanto à avaliação da genitália masculina:

No exame, é indispensável que se realize a retração do prepúcio

Tratemos agora da dor peniana...

DOR PENIANA

- A queixa de dor peniana em estado flácido
 - É mais relacionada com afecções da uretra e da bexiga. Como dito no capítulo anterior, o paciente habitualmente refere maior desconforto no ponto distal da uretra.
 - Pode ter relação com a doença de *Peyronie* na fase aguda.
 - > Dor durante a palpação da placa.

PRÓ-TISBU 2019 - R1

Com relação à semiologia urológica, assinale a alternativa INCORRETA:

- A) A dor de origem prostática é usualmente mal localizada.
- B) O reflexo bulbocavernoso testa a integridade do arco reflexo da medula espinhal entre S2-S4.
- C) A pneumatúria pode ser observada em pacientes diabéticos.
- D) A dor peniana com o pênis em estado de flacidez é geralmente secundária à doença de *Peyronie*.

Comentário: Embora a dor peniana em estado flácido possa acontecer durante a fase aguda da doença de *Peyronie* (DP), ela é geralmente secundária às afecções inflamatórias da uretra e da bexiga. Chegou à resposta? As demais alternativas estão corretas e complementam seu estudo. Note que algumas delas foram discutidas no primeiro capítulo. **Gabarito: opção D.**

- Pode ter relação com parafimose.
 - > Deve ser considerada uma emergência urológica. Pode ser observado edema da glande e do prepúcio retraído, a redução da perfusão distal aumenta o risco de necrose de prepúcio. Não é condição exclusiva de crianças, mas acompanhe, abaixo, a definição trazida pelos guidelines da EAU de 2020:

Parafimose é a retração do prepúcio até o sulco da glande, formando um anel constrictivo na área

Questão PRÓ-TISBU 2018 - R2

Com relação à gangrena de Fournier, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Corresponde a uma categoria de fasciíte necrotizante que tem como principais agentes etiológicos bactérias anaeróbicas como *Clostridium* sp.
- B) O diabetes, o trauma local, a parafimose e o extravasamento de urina periuretral são fatores predisponentes.
- C) Inicia-se com uma celulite junto à porta de entrada, evoluindo com edema e crepitação escrotal, podendo se estender até a parede abdominal.
- D) A infecção frequentemente se inicia na pele, uretra, reto ou região perianal.

Comentário: Não se enrole, a Gangrena de Fournier não tem bactéria de estimação. É infecção polimicrobiana. O tema será abordado em outro módulo, mas percebeu um bom motivo para considerar a parafimose como uma emergência urológica? Aproveite as alternativas corretas para ampliar seu conhecimento. **Gabarito: opção A.**

- A queixa da dor peniana em estado de ereção
 - Pode ter relação com a doença de *Peyronie*.
 - > Pode ser avaliada com questionário direcionado (PDQ).

Peyronie's disease questionnaire (PDQ)

Pode ser usado na avaliação inicial e também para monitorar a gravidade dos sintomas psicossociais específicos da DP, a progressão e a resposta ao tratamento

- > Indicadores clínicos de atividade de doença.
 - Dor durante a ereção e mudanças do grau de curvatura.
- > Pode ter relação com a doença de *Peyronie* na fase aguda.
- > Pode ter relação com a doença de *Peyronie* na fase crônica.
 - Às vezes, referida como uma dor em "torção" associada à sensação de puxão na placa quando ocorre ereção.

Discutiremos mais sobre a doença de *Peyronie*, quando discorrermos sobre o exame físico. Por hora, vamos focar na queixa algica. Veja a questão, a seguir, e perceba uma informação importante sobre o comportamento da dor nesta doença.

PRÓ-TISBU 2018 - R1

Homem de 56 anos, diabético, procurou médico com queixa de curvatura peniana associada a nódulo doloroso no pênis, com início há vinte dias. Queixa ainda de piora do quadro nos últimos dias. Foi atendido por urologista que o diagnosticou com doença de *Peyronie*.

Em relação ao diagnóstico realizado pelo Urologista, é INCORRETO afirmar que:

- A) A dor tende a ter resolução espontânea na maioria dos casos, depois de alguns meses.
- B) A curvatura, na maioria dos casos, tende à involução espontânea.
- C) A avaliação da extensão da placa e da curvatura peniana tem importância na definição terapêutica.
- D) A vitamina E é pouco útil na redução da placa e seu uso não é indicado.

Comentário: A dor, quando presente fase aguda, pode ocorrer com o pênis flácido com a palpação da placa, com ereção ou durante a relação sexual. Com o tempo, muitas vezes, a dor se resolve espontaneamente em 90 % dos homens, mas se liga: Campbell nos destaca que a resolução espontânea completa da DP é uma ocorrência rara. Continue usando as demais alternativas para sedimentar seu conhecimento no assunto.

Gabarito: opção B.

A dor na doença de *Peyronie* tende a ceder na maioria dos casos, mas a resolução completa desta patologia é rara

Vamos dar sequência ao tema:

- A queixa de dor peniana em estado de ereção
 - Pode ter relação com o priapismo. Veja o conceito desta condição trazida nos guidelines da EAU:

Distúrbio da ereção peniana não relacionada ao interesse ou à estimulação sexual e que persiste por mais de quatro horas

É mais um dos temas que será amplamente abordado em outro

SEMILOGIA DO AMBULATÓRIO 2: ANAMNESE E EXAME FÍSICO DO TRATO GENITAL

módulo. De qualquer forma, vamos trazer aqui alguns destaques das diretrizes da EAU sobre a coleta da história clínica:

PONTOS CHAVES DURANTE A COLETA DA HISTÓRIA - EAU
Duração da ereção
Presença e severidade da dor
Episódios prévios de priapismo e tratamento empregado
Função erétil atual, uso de terapias eretogênicas ou suplementos nutricionais
Uso de medicamentos ou drogas recreativas
Passado de anemia falciforme, hemoglobinopatias, estados de hipercoagulabilidade
Trauma de pelve, períneo ou pênis

Neste ponto, sem qualquer exame adicional, seu raciocínio será para distinção entre o isquêmico e o não-isquêmico, como você verá na tabela a seguir. Adiantamos:

- Priapismo Isquêmico.
 - > Corpos cavernosos totalmente rígidos, glândula e corpos esponjosos não. Dor de grande intensidade.

O priapismo isquêmico é análogo à síndrome compartimental, é uma isquemia restrita ao espaço fechado do corpo cavernoso, o tecido sofre pela acidose, hipoglicemia, hipoxemia e hipercapnia

- Priapismo Não-isquêmico.
 - > Corpos cavernosos tumescentes mas não rígidos.
 - > Frequentemente sem dor.

Padrão de gasometria do aspirado dos corpos cavernosos no priapismo isquêmico
pH < 7,25 / pO₂ < 30 / pCO₂ > 60

ACHADO	ISQUÊMICO	NÃO ISQUÊMICO
Trauma perineal	Raramente	Geralmente
Anormalidades hematológicas	Geralmente	Raramente
Injeção intracavernosa	Às vezes	Às vezes
Rigidez dos Corpos Cavernosos	Geralmente	Raramente
Dor peniana	Geralmente	Raramente

Novamente, este é um tema a ser abordado no módulo sobre trauma, emergências e infecções. Do ponto de vista semiológico, o destacado até aqui é o que há de mais recente na literatura. Veja, agora, como já veio em provas:

PRÓ-TISBU 2020 - R2

Paciente comparece ao pronto atendimento com queixa de ereção prolongada e dolorosa, após uso de iPDE5, há cerca de cinco horas. Nega histórico de trauma perineal ou genital. Realizada punção e aspiração sem detumescência com gasometria do sangue aspirado do corpo cavernoso, demonstrando pH 7, pO₂ 20 mmHg e pCO₂ 70 mmHg.

Assinale a alternativa que apresenta CORRETAMENTE o diagnóstico e a conduta para esse paciente.

- A) Priapismo isquêmico e irrigação salina.
- B) Priapismo isquêmico e cirurgia de AlGhorab.
- C) Priapismo não-isquêmico e irrigação salina.
- D) Priapismo não-isquêmico e embolização endovascular.

Comentário: Perceba quantos dados semiológicos foram entregues nesta questão que falam a favor do padrão isquêmico: ereção prolongada dolorosa, uso de fármaco eretogênico, sem histórico de trauma. Além disso, te contou que fez a aspiração dos corpos cavernosos, uma conduta terapêutica que auxilia no diagnóstico (vide padrão da gasometria). A próxima conduta será a irrigação SF 0,9%. **Gabarito: opção A.**

Você percebeu que as condições álgicas descritas anteriormente tinham causa conhecida. Vamos a outro conceito trazido nas diretrizes europeias que se relacionam à dor pélvica crônica (DPC). A DPC abriga em conjunto a Síndrome da Dor Pélvica Crônica (SPDC), que será classificada de acordo com oito eixos, conforme proposto pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) e organizada em três aspectos para sua definição:

- Fenótipo – é como a doença se apresenta;
- Terminologia – será o nome dado à condição;
- Taxonomia – coloca os fenótipos em escalas de hierarquia.

SÍNDROME DA DOR PÉLVICA CRÔNICA - EAU

Quadro álgico persistente ou recorrente – três a seis meses – que ocorre sem provas de infecção ou outras patologias que o justifique

Temos, assim, duas condições de SPD a destacar, a síndrome da dor peniana e a síndrome da dor uretral.

Dor Pélvica Crônica (DPC)

UROLOGIA

Sd. da Dor Pélvica Crônica

Sd. da dor peniana: é a ocorrência de dor dentro do pênis, que não está principalmente na uretra.

Sd. da dor uretral: é a ocorrência de dor episódica persistente ou recorrente, percebida na uretra. Pode ocorrer em homens e mulheres.

As síndromes descritas acima estão frequentemente associadas às consequências cognitivas, comportamentais, sexuais ou emocionais negativas, bem como sintomas sugestivos de disfunções do trato urinário inferior. A Sd. da dor uretral também pode estar relacionada com sintomas sugestivos de disfunções intestinais ou ginecológicas.

ESCROTO

Vamos dar sequência ao tema e discorrer sobre a dor escrotal. Discutimos, no capítulo anterior, sobre a dor referida em topografia escrotal, se recorda? Aqui, falaremos sobre a dor escrotal primária. Dando destaque para alguns padrões e etiologias.

- Dor escrotal aguda
 - Etiologia inflamatória.
 - > Orquite e epididimite.
 - Alívio da dor à elevação da bolsa testicular.

SEMIOLOGIA DO AMBULATÓRIO 2: ANAMNESE E EXAME FÍSICO DO TRATO GENITAL

Na dor escrotal aguda de origem inflamatória, temos o Sinal de Prehn, que é o alívio da dor à elevação da bolsa

É certo que outros dados podem estar presentes em quaisquer das condições álgicas agudas da bolsa testicular. A temporalidade e o início da dor, por exemplo. Mas cuidado com os termos, Campbell descreve que orquite e epididimite têm início súbitos, acompanhados de aumento do volume dessas estruturas. Em outro capítulo, é descrito que:

O início gradual da dor escrotal é mais consistente com epididimite, já a dor abrupta sugere torção do cordão espermático ou um dos seus apêndices

A disúria e a febre estará mais associada ao quadro inflamatório, sendo incomum no quadro isquêmico, Campbell nos recorda que a orquite isolada é rara e, geralmente, tem origem viral.

Na maioria das vezes, a orquite vem acompanhada da epididimite

Quando falamos de epididimite infecciosa aguda, é importante compreendermos que há dados da história clínica e alguns achados específicos os quais estão relacionados a grupos etários especiais.

EPIDIDIMITE INFECCIOSA AGUDA E FAIXAS ETÁRIAS

Meninos e bebês

Pode ter relação com anomalias congênitas do TGU e ITU

Adultos jovens e vida sexual ativa

Pode ter relação com doenças sexualmente transmissíveis

Homens idosos

Pode ter relação com HPB, estase urinária, ITU e uso de CVD

Embora seja importante diferenciarmos a orquite da epididimite e a relação de uma com a outra, o grande ponto a ser apreendido é como discriminar esses quadros inflamatórios do quadro isquêmico. Nem sempre será fácil fazer esta distinção apenas com história e exame físico. Por outro lado, alguns exames podem causar confusão, como veremos a seguir.

Falamos da correlação da ITU com a epididimite, mas os guidelines da EAU referenciam que uma urinocultura positiva será identificada em apenas alguns pacientes com epididimite e destacam que um EAS normal não exclui aquela condição e, da mesma forma, um EAS alterado não exclui uma torção testicular. O jeito é examinar bem o paciente e pedir exames assertivos. Então, retomando:

- Dor escrotal aguda
 - Etiologia isquêmica.
 - > Torção do cordão espermático.
 - Elevação e horizontalização da gônada acometida.
 - Reflexo cremastérico abolido.
 - Sensibilidade testicular generalizada.

Na dor escrotal aguda de origem isquêmica, temos o Sinal de Angel, que é a elevação e horizontalização do testículo

Campbell destaca que a torção testicular intravaginal pode ocorrer em qualquer idade, mas a grande maioria ocorre após os dez anos, com pico entre os doze e dezesseis anos. A torção extravaginal ocorre antes da fixação da túnica vaginal e da dartos no escroto. É, portanto, condição relacionada ao período pré-natal, durante o parto ou no pós-parto.

O testículo que se mantém isquêmico, após o parto, quando se apresenta, terá aspecto endurecido e indolor, fixado à pele escrotal eritematosa ou enegrecida, com ou sem edema local.

A torção apendicular é a causa mais comum de escroto agudo em crianças pré-púberes

Apesar do destaque dado à torção do cordão espermático, se recorde que a torção dos apêndices testiculares representam o diagnóstico mais comum no contexto do escroto agudo. Sobre a torção daquelas pequenas estruturas, recorde:

- Torção de apêndices
 - > Mais comum após a infância e antes da puberdade.
 - > Apêndices testiculares.
 - Derivados dos Ductos de Muller.
 - > Apêndices epididimário.
 - Derivados dos Ductos de Wolff.
 - > *Blue dot sign*.
 - Coloração alterada no polo superior do testículo.

Os guidelines da EAU referenciam que o clássico sinal azul descrito, acima, foi encontrado em apenas 10-23 % dos pacientes com torção do apêndice testicular.

PRÓ-TISBU 2016 - R1

Sobre o escroto agudo em crianças, assinale a alternativa INCORRETA

- A) Em neonatos, é mais comum a torção extravaginal.
- B) O sinal do ponto azul, característico da torção de apêndice testicular, é encontrado em cerca de 10-20 % dos casos.
- C) O ultrassom com doppler tem sensibilidade e especificidade diagnóstica inferior às da cintilografia e ressonância (RNM).
- D) Mesmo após o sucesso na distorção incruenta dos testículos em crianças, ainda é mandatória a orquiepexia imediata e bilateral.

Comentário: Com o que conversamos até aqui, duas alternativas você já saberia que estão corretas. Sua prática e conhecimentos anteriores te permitiriam ver que a última opção também está correta. Quando discutimos sensibilidade e especificidade, retomamos a estatística aplicada e recordamos que, nem sempre, o exame mais complexo é mais efetivo. Então, a terceira afirmativa está incorreta, pois a USG se basta como ferramenta diagnóstica para o escroto agudo em crianças. Os guidelines da EAU referenciam sensibilidade entre 63,6-100 % e especificidade entre 97-100 %, valores comparáveis à RNM e à cintilografia segundo as diretrizes europeias.

Gabarito: opção C.

Você percebeu que, ao falarmos sobre a dor escrotal, discorreremos sobre a dor aguda. Quando pensamos na dor crônica, entramos em outro espectro de doenças. Campbell considera que algumas patologias bem definidas podem causar dor escrotal crônica.

SEMIOLOGIA DO AMBULATÓRIO 2: ANAMNESE E EXAME FÍSICO DO TRATO GENITAL

- Dor escrotal crônica
 - Orquite
 - > Pode haver história prévia de dor testicular.
 - Geralmente secundária.
 - Orquite bacteriana aguda.
 - Traumas.
 - Outras causas.
 - > Sem febre ou toxemia.
 - > Testículo um pouco endurecido, quase sempre sensível.
 - Varicocele
 - > Sintomas de dor ou desconforto.
 - > Hipogonadismo, subfertilidade.

CLASSIFICAÇÃO DA VARICOCELE

Subclínico: não visível, não palpável, identificado durante exames de imagem.

Grau 1: palpável ao Valsalva, mas não por outra forma.

Grau 2: palpável ao repouso, mas não visível.

Grau 3: visível e palpável ao repouso.

- Hidrocele
 - > Primária: patência conduto peritônio-vaginal.
 - > Secundária: reativa a processos inflamatórios ou eventuais manipulações da bolsa testicular.
 - > Transiluminação.
 - > Pode haver flutuação do volume da bolsa testicular.
- Epididimite e epididimialgia
 - > Inflamação e dor no epidídimo.
 - > Geralmente, sem aumento do volume.
 - Mas com endureção nos casos prolongados.
 - > Persistência superior a seis semanas.
 - > Pode haver história prévia de dor epididimária.
 - Geralmente, secundária.
 - Epididimite aguda inadequadamente tratada.
 - Epididimite recorrente.
 - Outras causas, por exemplo:
 - Doença de Behçet.
 - Tratamento com amiodarona.
 - Pós-vasectomia.

Como vimos, anteriormente, algumas afecções álgicas crônicas da pelve incluem órgãos da atenção urológica. Neste sentido, acompanhe os conceitos dos guidelines da EAU:

Dor Pélvica Crônica (DPC)

UROLOGIA

Sd. da Dor Pélvica Crônica

Sd. da dor escrotal: é a ocorrência de dor episódica persistente ou recorrente, situada nos órgãos do escroto, podendo estar associada a sintomas sugestivos de disfunções do trato urinário inferior e sexuais. É um termo genérico empregado, quando a dor não é claramente testicular ou epididimária. O relato álgico não está na pele, mas percebido no conteúdo da bolsa.

Ainda dentro dos guidelines da EAU, a dor escrotal crônica pós-vasectomia é trazida dentro do conceito da SDPC, pois, embora a relação causal pareça óbvia, os mecanismos são mal compreendidos e, por isto, é entendida como uma forma especial da síndrome da dor escrotal. A síndrome da dor escrotal pós-vasectomia.

A dor escrotal crônica pós-vasectomia pode ser considerada como um dos quadros síndrômicos da dor pélvica crônica

Dor Pélvica Crônica (DPC)

UROLOGIA

Sd. da Dor Pélvica Crônica

Sd. da dor testicular: é a ocorrência de dor episódica persistente ou recorrente, percebida nos testículos, podendo estar associada a sintomas sugestivos de disfunções do trato urinário inferior e sexuais.

Os termos usados, anteriormente, que incluíam orquite, orquialgia e orquidonia, não são mais recomendados de acordo com os guidelines da EAU.

Dor Pélvica Crônica (DPC)

UROLOGIA

Sd. da Dor Pélvica Crônica

Sd. da dor no epidídimo: é a ocorrência de dor episódica persistente ou recorrente, percebida no epidídimo, podendo estar associada a sintomas sugestivos de disfunções do trato urinário inferior e sexuais.

As síndromes descritas acima estão frequentemente associadas às consequências cognitivas, comportamentais, sexuais ou emocionais negativas.

EXAME FÍSICO

É certo que já comentamos sobre dados do exame físico dentro do que apresentamos sobre a avaliação da queixa álgica da genitália masculina. Mas é importante fazermos alguns destaques dispostos em Campbell, como no quadro que segue.

A maioria dos cânceres penianos ocorre em homens não circuncidados e surge no prepúcio ou na glândula

A inspeção do pênis permitirá avaliar a maioria das suas enfermidades. É essencial que seja realizada a retração completa do prepúcio, que é a única maneira de termos boa visualização da glândula e do sulco bálano-prepucial. As alterações dermatológicas serão discutidas no módulo de Urodermatologia.

O exame do meato uretral externo deve ser avaliado quanto ao seu diâmetro, posição e aspecto

O diâmetro normal é de 8 mm para a avaliação deste calibre, deve-se fazer uma compressão anteroposterior da glândula, tendo-a entre os indicadores e polegares, afastando, assim, os lábios meatais, o que permitirá a boa visualização do orifício.

A exposição dos lábios meatais permite a avaliação do calibre e a inspeção da fossa navicular

O aspecto morfológico do meato uretral foi recentemente classificado como apresentado, abaixo, onde são expostos da esquerda para direita o meato típico (a), em fenda (b), puntiforme (c), em ferradura (d) e o megameato (e):



A inspeção da haste pode evidenciar tortuosidades e outras lesões. A elefantíase por filariose, acometendo o pênis, pode ter um aspecto que impressiona e dificulta a exposição da glândula. O tamanho do pênis é queixa frequente. Em pacientes obesos, o panículo adiposo pode dar a impressão subestimada do comprimento da haste. Por outro lado, em crianças, o tamanho maior que o habitual pode estar relacionado com a hiperplasia adrenal congênita, por exemplo.

Antes da palpação da haste peniana, é importante a avaliação dos pulsos femorais. Com o pênis tracionado, em alguns pacientes normais, as artérias dorsais podem ser palpadas. Para realizar a palpação da artéria dorsal esquerda, o indicador é colocado na base e o pênis e o polegar na base do corpo cavernoso, à esquerda, pressionando-o para cima e pondo a artéria dorsal esquerda em contato com o indicador. A palpação da artéria dorsal direita segue a mesma técnica, utilizando a mão direita.

Avalie os pulsos femorais e das artérias dorsais do pênis pela palpação

Quando identificamos sinais da doença de *Peyronie* à inspeção, é válido avaliarmos outras doenças do colágeno que são identificáveis naquele momento, como a doença de Dupuytren e a doença de Ledderhose. Campbell destaca que é habitual que os homens superestimem o grau de suas curvaturas e, ainda que admita o valor restrito das fotografias tiradas pelo próprio paciente, o uso de *smartphones* para fazer as imagens pode ser útil durante uma consulta inicial.

A palpação, com o estado flácido e esticado, de placas fibrosas endurecidas no trajeto dos corpos cavernosos pode indicar a doença de *Peyronie*. Em estado de ereção, a deformidade pode ser mais bem estudada e o grau da curvatura aferido com um instrumento chamado goniômetro. Os guidelines da EAU destacam que é importante aferirmos o tamanho da haste peniana, já que este dado será relevante nas decisões do tratamento e também por questões médico-legais. Além disso, as diretrizes europeias destacam:

Não há correlação entre o tamanho da placa e o grau de curvatura

Antes do exame da bolsa testicular, é importante voltarmos à região inguinal e, desta vez, avaliar alterações do status nodal bilateralmente e examinar os canais inguinais.

Retorne a época da residência em cirurgia geral e recorde-se de que o exame do canal inguinal deve ser realizado com o paciente em ortostase e em posição supina. Em cada uma das situações, em repouso e depois com a manobra de Valsalva.

Quando em ortostase, é possível fazer a inspeção inicial do escroto e avaliar, por exemplo, a presença de varicocele e sua gradação, conforme descrevemos anteriormente. Além disso, é possível a inspeção da pele da bolsa testicular. Aspectos dermatológicos serão discutidos em outro módulo deste curso.

Via de regra, o exame do escroto e seu conteúdo é simples, mas requer prática para a identificação das suas estruturas.

A palpação dos canais deferentes é possível desde o seu ponto distal na junção epididimária até o orifício externo do canal inguinal. Este segmento pode ser identificado pela sensação de uma pequena estrutura cilíndrica junto ao cordão, de consistência endurecida e móvel à palpação. Muito além de alterações, é importante descrever a presença dos deferentes mesmo no exame físico normal.

A inspeção dos cordões espermáticos permite avaliar a presença do reflexo cremastérico e, em sua palpação, lesões podem ser percebidas como uma hidrocele e outras lesões císticas. A transiluminação complementar esta etapa do exame físico.

Os epidídimos são palpáveis ao longo da face posterior dos testículos. A cabeça será a porção mais dilatada localizada junto ao polo superior e a cauda será o segmento extravaginal localizada na porção posteroinferior da gônada. Quando acometido por eventos inflamatórios agudos, o epidídimo terá aumento difuso e regular. O aumento irregular, multinodular deve nos fazer pensar em tuberculose. Lesões císticas se apresentarão com aumentos localizados na cabeça ou no corpo do epidídimo.

Quando examinamos os testículos, esperamos uma formação ovoide típica e bilateral.

Se recorde, em crianças, a presença de criptorquidia bilateral e hipospádia deve fazer levantar forte suspeição de síndromes de intersexo, sendo mandatória a investigação do cariótipo.

Qualquer área firme ou dura identificada deve ser considerada como processo neoplásico até que se prove o contrário. Habitualmente, a massa é indolor, mas traumas incidentais podem estimular o autoexame e alterações antes não percebidas passam a ser notadas pelo paciente, motivando a investigação adicional.

O volume dos testículos pode ser aferido com orquidômetros de Prader. Um conjunto sequencial de doze ovoides alinhados em cordão e, numerados do tamanho crescente, com volumes de 1 a 25 ml (volume esperado para o adulto). Os diâmetros podem ser aferidos com paquímetro de Seager.

SEMILOGIA DO AMBULATÓRIO 2: ANAMNESE E EXAME FÍSICO DO TRATO GENITAL

PRÓ-TISBU 2018 - R1

A respeito da semiologia da genitália, assinale V para as afirmativas verdadeiras e F para as falsas.

- () Uma área firme ou endurecida no testículo deve ser considerada como um tumor até que se prove o contrário.
- () A transluminação é útil para determinar se uma massa testicular é sólida (tumor) ou cística (hidrocele ou espermatocele).
- () A palpação bimanual cuidadosa sob narcose não tem utilidade para avaliar a extensão regional de um tumor de bexiga.
- () O epidídimo encontra-se na face anterior do testículo.
- Assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA.
- A) VVFF. B) VVVF. C) VVVV. D) VFVF.

Comentário: Outra questão com referência ao maravilhoso primeiro capítulo do Campbell. Algumas das afirmativas estão presentes naquele capítulo, em negrito, letra por letra.

As duas últimas afirmativas estão falsas, acompanhe:

(F) A palpação bimanual cuidadosa sob narcose não tem utilidade para avaliar a extensão regional de um tumor de bexiga. Campbell descreve que um exame bimanual cuidadoso, melhor realizado com o paciente sob anestesia, é inestimável para avaliar a extensão regional de um tumor de bexiga ou massa pélvica.

(F) O epidídimo encontra-se na face anterior do testículo.

Esta não mereceu o negrito, mas está no mesmo capítulo onde se lê: o epidídimo encontra-se posterior ao testículo e é palpável como uma crista distinta do testículo.

Gabarito: opção A.

Esta questão é mais uma das que confirma a importância de conhecermos a semiologia da genitália masculina.

Depois de fazer todo o exame da genitália externa do homem, chega a hora de propor a palpação dos órgãos genitais internos. Sim, o famigerado toque retal ou, exame anorretal ou, exame digital retal ou, no popular: toque da próstata. Na realidade avaliaremos bem mais do que só a próstata, como veremos a seguir.

Cerca de 25% dos tumores colorretais podem ser detectados pelo EDR e exame de sangue oculto nas fezes

Sabe a história do quem nunca? Vamos lá: quem nunca pediu que o paciente se deitasse na maca para realizar o toque retal, e quando foi ver, o paciente estava em outra posição totalmente diferente da esperada? Agora pondere, existe posição correta?

O toque retal permite palpar os órgãos genitais internos. Não existe posição correta

À bem da realidade, não existe a posição correta; embora Campbell considere uma melhor do que as demais, como veremos à diante. Fato é que alguns pacientes precisarão ser avaliados de modo diferenciado, seja por debilidades de locomoção, por obesidade, por serem longilíneos ou terem a próstata um pouco mais cranial.

Mas antes da invasão orificial se recorde de que, para você, aquilo tudo é cotidiano; mas para o indivíduo nu à sua frente, pode ser incomum. Então é importante seguir etapas, ainda que rápidas, para que a relação médico-paciente não sofra fissuras neste momento:

- Esclareça o indivíduo sobre o que será feito e a relevância do exame.
- Oriente o posicionamento que lhe for conveniente ou possível, dentre eles:



Campbell descreve que o exame é melhor realizado com o paciente em pé e se inclinando sobre a maca ou como paciente na posição de joelho no tórax.

O posicionamento deve ser adequado para médico e paciente

Com o paciente posicionado, o passo seguinte é a inspeção do períneo e região perianal. Neste momento, o examinador pode surpreender lesões verrucosas, lesões fistulosas, doença hemorroidária, carcinomas de borda anal e até mesmo melanoma, por exemplo.

Promova a inspeção do períneo e região perianal

Feita a inspeção, agora informe sobre a possibilidade de que ele tenha a sensação de estar evacuando, oriente para que tenha algum grau de relaxamento. Campbell orienta que o médico deva colocar a palma da outra mão contra a parede inferior do abdome do paciente, no intuito de proporcionar tranquilidade. Com lubrificação abundante, toque levemente a margem anal e faça compressão contínua e firme para relaxar o esfíncter externo, que habitualmente se contrai ao menor contato.

Neste instante, o examinador pode avaliar o tônus do esfíncter anal e a sensibilidade do períneo. A introdução digital suave habitualmente não causa dor. Caso ocorra neste primeiro momento, é possível que o paciente tenha afecções inflamatórias locais ainda não percebidas, fissuras ou até mesmo estenose.

Durante o toque do reto distal o examinador deve avaliar as paredes laterais esquerda e direita, a parede posterior (sacral), a parede anterior (em contato com a próstata) e o máximo da introdução possível. Hemorroidas internas e massas retais podem ser sentidas neste momento, por exemplo.

A lubrificação abundante, introdução digital suave e o posicionamento confortável são fundamentais para o exame

Do ponto de vista estritamente urológico, o examinador deverá sentir a próstata e, talvez as vesículas seminais. À compressão destas estruturas, o paciente pode referir urgência miccional; podem ocorrer descargas uretrais ou eliminação involuntária de líquidos seminais.

As glândulas de Cowper são raramente palpáveis

Ao fazer o toque prostático, *per se*, uma consistência amolecida e o relato álgico intenso corroboram para uma hipótese de prostatite.

A próstata normal tem a consistência similar à da eminência tenar contraída do polegar, segundo Campbell; há quem descreva como uma consistência elástica. A superfície é lisa. O formato pode ser esférico, mas habitualmente terá a base cranial um pouco mais larga do que o seu ápice distal. Os parâmetros de comparação descritos podem ser de coração, pirâmide invertida, maçã, pêra ou até a noz de Campbell. Espera-se que os contornos sejam regulares e simétricos. Os lobos laterais são separados por sulco mediano (ou interlobular).

Ao perceber áreas nodulares ou pétreas, é importante descrever adequadamente a extensão deste padrão incomum, já que fará parte da descrição inicial do estadiamento de um possível câncer de próstata. Recorde o estadiamento clínico T:

AVALIAÇÃO CLÍNICA DO TUMOR PRIMÁRIO

- TX** Tumor primário não pode ser avaliado
- T0** Não há evidência de tumor primário
- T1** Tumor clinicamente inaparente que não é palpável
- T2** Tumor que é palpável e confinado dentro da próstata
 - T2a** O tumor envolve metade de um lobo ou menos
 - T2b** Tumor envolve mais da metade de um lobo, mas não ambos
 - T2c** O tumor envolve ambos os lobos
- T3** Tumor se estende através da cápsula prostática
 - T3a** Extensão extracapsular (unilateral ou bilateral), incluindo envolvimento microscópico do colo da bexiga
 - T3b** Tumor invade vesícula seminal (s)
- T4** O tumor é fixo ou invade estruturas adjacentes que não as vesículas

O volume e peso prostáticos não podem ser aferidos de forma adequada através do exame digital retal. Deste modo, não seria adequado descrever em prontuário que, ao toque, uma próstata tem X g, Yml ou Z cm³. Entretanto, este tipo de descrição é frequentemente referido; o que não constitui qualquer erro.

Campbell descreve que a próstata normalmente em aproximadamente o tamanho de uma castanha. Percebe a diferença de parâmetros?

É uma questão subjetiva. Alguns serviços criam suas rotinas e acabam descrevendo variações que vão desde a próstata plana até a graduação de I a IV; sendo o grau I aquela próstata pequena e considerada normal entre seus pares e o grau IV aquela glândula tipicamente aumentada do paciente que sofre com a "hiperplasia prostática benigna".

JÁ SABE A RESPOSTA DO CASO CLÍNICO? ANOTE AQUI

SEMIOLOGIA DA ENFERMARIA: PERIOPERATÓRIO

CASO CLÍNICO

Depois de um exaustivo dia, na sua primeira semana como residente da urologia, você chega em casa e faz uma leitura rápida sobre as opções terapêuticas para tratamento de litíase renal.

O tema escolhido não foi à toa. Seus R+ fizeram duas ureterolitotripsias endoscópicas com aparelho semirrígido, uma ureterorrenolitotripsia endoscópica flexível com aparelho flexível e duas nefrolitotomias percutâneas, uma em decúbito ventral e outra em decúbito dorsal (que você descobriu se tratar da posição de Valdivia). O dia foi cheio, até litotripsia extracorpórea você acompanhou.

A única colher de chá que você teve veio de um interno. O jovem acadêmico fez todas as prescrições e evoluções. Ainda assim, você chegou cansado e se superou, tentando fazer a investigação bibliográfica.

Pegou no sono, mas foi acordado lá pelas quatro da manhã. Ligação da sua enfermaria, informando que um dos pacientes da nefrolitotripsia endoscópica percutânea apresentava hemorragia digestiva baixa. Seu conhecimento de cirurgia geral apontou nesta hora e, na sua primeira pergunta ao enfermeiro, descobre a presença de duas variedades AINE's na prescrição, mas nenhum inibidor de bomba protônica.

"Deixe que faço o contato com o plantonista da cirurgia geral", você diz. O colega avalia o paciente, te retorna contando sinais bem diferentes de uma hemorragia digestiva baixa convencional. O que terá acontecido?



INTRODUÇÃO

É certo que todo novo passo nas especialidades demandam uma atenção diferente. Os cuidados dentro da enfermaria da mastologia não serão os mesmos dispensados à urologia, ainda que sejam áreas cirúrgicas em essência. Você conheceu, nos capítulos anteriores, um pouco do que esperar dentro dos ambulatórios da nossa especialidade. Vamos discutir, agora, sobre alguns achados das nossas enfermarias.

SEMIOLOGIA NO PRÉ-OPERATÓRIO

Nem sempre temos a oportunidade de conhecer nossos pacientes no ambiente ambulatorial e, ainda assim, é necessário que algumas informações sejam revisadas pela equipe. A revisão do caso e o exame físico focado é importante para o preparo anterior à cirurgia.

Faça a revisão dos casos da sua enfermaria em detalhes

Uma primeira missão como médico na enfermaria será captar a história patológica pregressa e a história farmacológica do paciente em admissão.

A conciliação medicamentosa pode ser uma tarefa difícil, a urologia permeia muitas faixas etárias e, não raro, você irá se deparar com indivíduos em polifarmácia, usando os tão temidos agentes antitrombóticos e antiplaquetários.

Cada cirurgia terá seu melhor momento para a suspensão dessas drogas. Os guidelines da EAU dedicam um capítulo inteiro sobre este assunto. Acompanhe, a seguir, o tempo necessário para in-

terrupção das medicações antes da cirurgia (se desejável), proposto pelas diretrizes europeias:

AGENTES ANTIPLAQUETÁRIOS		
Inibidores diretos da trombina	Dabigatran	1-3 d
Inibidores indiretos da trombina	HNF	12 h
	HBPM	12-24 h
	Fondaparinux	24 h
Antagonistas da vitamina K	Varfarina	3-5 d
Inibidores diretos Xa	Apixaban	1-3 d
	Edoxaban	1-3 d
	Rivaroxaban	1-3 d
AGENTES ANTICOAGULANTES		
Inibidores da COX	Aspirina	3-7 d
Inibidores da glicoproteína IIb/IIIa	Abciximab	5 d
	Etifibatibe	5 d
	Tirofiban	5 d
Anibidores da ADP	Clopidogrel	5 d
	Pasugrel	5-7 d
	Ticagrelor	5 d

PRÓ-TISBU 2018 - R3

Em relação ao tratamento da litíase urinária através da Litotripsia Extracorpórea com Ondas de Choque (LECO), assinale a alternativa CORRETA.

- A) Os anticoagulantes devem ser suspensos e reiniciados no dia seguinte à sessão.
- B) A complicação mais frequente da LECO é o hematoma renal assintomático.
- C) A eficácia do método aumenta com maior frequência de impulsos por sessão.
- D) A profilaxia antibiótica é necessária nos casos associados à presença de sonda de demora e/ou nefrostomia.

Comentário: Veja como a primeira alternativa entra na nossa discussão. Dentre as poucas contraindicações da LECO, está incluída qualquer alteração do padrão de coagulograma. Para a sua realização, é recomendado que aquela alteração seja compensada ao menos 24 horas antes e 48 após o procedimento. As complicações mais comuns são o crescimento de cálculos residuais e o desenvolvimento de arritmias. Frequências mais altas tendem a causar mais complicações. Resta a última alternativa como correta. **Gabário: opção D.**

Nas próximas páginas, vamos conhecer alguns aspectos do pós-operatório de algumas das nossas cirurgias. Não há outro assunto para começarmos se não o tromboembolismo.

SEMIOLOGIA NO PÓS-OPERATÓRIO

Considerando algumas cirurgias habituais da urologia, vamos discutir achados e queixas que devem chamar a sua atenção para possíveis complicações de curto prazo no pós-operatório, ainda na enfermaria. Não entraremos nos temas sobre complicações infecciosas.

EDEMA ASSIMÉTRICO DE MEMBROS INFERIORES

O fantasma da trombose venosa profunda vai sempre rondar a enfermaria urológica. O seu grau de suspeição deve ser sempre elevado. Do ponto de vista semiológico, há muito mais do que o edema assimétrico que pode ser lembrado:

- Sinal de Homans – caracterizado por dor ou desconforto na panturrilha após dorsiflexão passiva do pé.
- Sinal da Bandeira – menor mobilidade da panturrilha, quando comparada com o outro membro.
- Sinal de Bancroft – dor à palpação da panturrilha contra estrutura óssea.

Tão logo você identifique os dados semiológicos acima, algumas condutas e exames complementares devem ser realizados. O maior receio, neste momento, é a progressão do quadro com tromboembolismo pulmonar, que pode até te dar sinais clínicos, como a dispneia, mas também pode causar morte súbita.

Conheça o escore de Wells, na tabela abaixo, e fique mais seguro para afirmar sua suspeita diagnóstica:

ESCORE DE WELLS PARA TVP	
CRITÉRIO	PONTUAÇÃO
Câncer ativo	+1
Paralisia, parestesia, imobilização de MMII	+1
Recentemente acamado por três ou mais dias, ou cirurgia de grande porte nas últimas doze semanas, exigindo anestesia geral ou raquianestesia	+1
Sensibilidade dolorosa no sistema venoso profundo	+1
Edema em toda a perna	+1
Aumento do volume da panturrilha > 3 cm em relação à perna assintomática	+1
Edema compressivo (em cacifo), confinado à perna sintomática	+1
Veias colaterais superficiais (não varicosas)	+1
TVP prévia documentada	+1
Diagnóstico alternativo mais provável que TVP	-2

A probabilidade pré-teste para TVP, utilizando o Escore de Wells será baixa se pontuação < 1; intermediária para 1-2 e alta se ≥ 2.

Uma TVP pode progredir subitamente para TEP, se não tratada

Os guidelines da EAU estratificam da forma abaixo o risco de episódios de tromboembolismo venoso:

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DO PACIENTE – GUIDELINES EAU		
GRAU	FATORES	RISCO DE TEV
Baixo risco	Sem fatores	1x
Risco moderado	Idade > 75 IMC > 35 História familiar de TEV (1º grau)	2x
Alto	TEV prévio Qualquer combinação de dois ou mais fatores	4x

LESÃO URETRAL RELACIONADA AO CVD

Pense no procedimento mais simples da nossa especialidade, aquele que, algumas vezes, delegamos ao profissional mais jovem. Sim, estamos falando da sondagem uretral, o implante de um cateter vesical de demora. Campbell referencia que as complicações não infecciosas podem ser tão frequentes quanto à ITU no curto prazo. Inflar o balão na loja prostática ou em um falso trajeto pode causar hematuria grave, ruptura uretral e estenose. A estenose uretral não é incomum após o implante do CVD. Campbell referencia que cerca de 11,2 % das estenoses que demandam uretroplastia são decorrentes da sondagem prévia. Então, assumo esta responsabilidade e, se for delegar a alguém, treine-a antes.

HEMATÚRIA

A hematuria no pós-operatório da enfermaria de urologia estará presente em muitos dos nossos pacientes.

Considerando as ressecções endoscópicas, é habitual que utilizemos sistemas de irrigação contínua e façamos a revisão periódica. Algumas vezes, será necessária a desobstrução do cateter ou até a reintervenção endoscópica, mas em casos refratários, o time de cirurgia endovascular será determinante para o bom desfecho do caso.

Neste mesmo sentido, destaco a hematuria no cenário pós-operatório de nefrectomias parciais e acessos percutâneos ao rim, em que fístulas comunicando o sistema coletor e pequenos vasos podem ter desfechos fatais. É mais um contexto em que se demonstra a importância de realizar cirurgias complexas em unidades com equipe multiprofissional disponível.

A forma mais segura de instalação de uma cistostomia suprapúbica é pela técnica de Seldinger

PNEUMATÚRIA

A eliminação de gases pela urina logo no pós-operatório deve fazer suspeitar de alguma comunicação anômala com o trato digestivo. O quadro ficaria mais evidente na presença de fecalúria.

Este achado pode estar presente em cirurgias de alta complexidade, como a prostatovesicuclectomia radical, pode também ocorrer eventualmente em perfurações vesicais durante uma RTU, por exemplo. Mas te convido a recordar que até mesmo o procedimento mais simples pode estar relacionado com lesões de órgãos do trato digestivo, estou falando do implante de cateter por cistostomia.

Campbell nos recorda que a sondagem suprapúbica cirúrgica transcutânea tem como complicação mais grave o trauma de órgãos adjacentes, mas ocorre em menos de 1–2,7 % dos procedimentos. Esta via de acesso deve ser usada, quando técnicas percutâneas não podem ser utilizadas com segurança.

A sondagem mais segura é feita pela técnica percutânea de Sel-dinger. Outra opção percutânea é o uso de técnica com trocar-te.

HEMORRAGIA AGUDA NAS ABORDAGENS PERCUTÂNEAS AO RIM

Nas abordagens percutâneas do sistema coletor do trato urinário superior, a hemorragia aguda é a complicação significativa mais comum. A maioria dessas hemorragias ocorre a partir do parênquima.

No pós-operatório de uma nefrolitotripsia endoscópica percutânea de calibre convencional, um tubo de nefrostomia garante boa hemostasia por meio da retração do parênquima. Alguns serviços utilizam tubo de nefrostomia com calibre similar à bainha de acesso, fornecendo, assim, fator adicional de hemostasia.

Sinal de Gray-Turner Equimose em flancos relacionada à hemorragia retroperitoneal

Um sangramento retroperitoneal pode causar o sinal de Gray-Turner, que é frequentemente assimilado à pancreatite nas provas de residência. Em urologia, este sinal pode estar presente no pós-operatório como, por exemplo, nas abordagens percutâneas ao rim.

Ainda neste tópico, vamos a outra complicação desses procedimentos que pode se expressar apenas durante a visita no pós-operatório:

LESÃO VISCERAL NAS ABORDAGENS PERCUTÂNEAS AO RIM

A rigor, qualquer órgão na proximidade com o rim pode ser lesado durante o acesso percutâneo. A lesão colônica, durante a cirurgia renal percutânea, na posição prona, ocorre em menos de 1 % dos casos. O cólon esquerdo é mais acometido do que o direito e as lesões tendem a ocorrer durante a tentativa de acesso ao polo inferior.

No pós-operatório, este tipo de lesão deve ser suspeitada se o paciente desenvolver febre inexplicável, íleo adinâmico prolongado, leucocitose, sinais de irritação peritoneal, sangramento retal, fecalúria ou pneumatúria.

As lesões de alças de delgado são muito menos comuns que as lesões de cólon durante o acesso percutâneo ao rim

DOR INTERESCAPULAR

A irritação diafragmática pelo CO₂ usado na confecção do pneumoperitônio pode provocar desconforto interescapular no pós-operatório.

HIPOTENSÃO APÓS TRATAMENTO DE FEOCROMOCITOMA

Após a remoção de um tumor adrenal do tipo feocromocitoma, os pacientes podem apresentar hipotensão secundária ao bloqueio alfa-adrenérgico utilizado nos cuidados pré-operatórios. A monitorização hemodinâmica deve ser estrita.

RABDOMIÓLISE

Já que falamos de cirurgia demorada e em posições incomuns, vamos nos lembrar de outras formas de acesso minimamen-

te invasivas ao rim. Procedimentos videolaparoscópicos (VLP) demorados que utilizam a posição em decúbito lateral com hiperextensão lombar em Pillet podem se correlacionar à rabdomiólise no pós-operatório, que se expressará com oligúria e alterações na coloração da urina, correspondendo à mioglobinúria. Laboratorialmente, pode ser evidenciada a elevação da creatinina, ureia e potássio, ou seja, insuficiência renal aguda.

A rabdomiólise está frequentemente associada a homens com IMC ≥ 25, submetidos às cirurgias renais prolongadas por VLP em que a mesa é flexionada ou o coxim lombar é aplicado

PERDA DA ACUIDADE VISUAL

Ainda sobre cirurgia em posições adversas, pense na prostatectomia radical por VLP em posição de Trendelenburg. O paciente pode referir redução da acuidade visual neste contexto, o que está relacionado com o aumento da pressão intraocular e, em casos graves, sofrer até mesmo neuropatia isquêmica do nervo óptico.

PRÓ-TISBU 2019 – R1

São possíveis complicações relacionadas ao posicionamento Trendelenburg e à anestesia do paciente que será submetido à prostatectomia radical laparoscópica com acesso robótico, EXCETO:

- A) Tromboembolismo.
- B) Hipercarbia e acidose.
- C) Aumento da pressão ocular.
- D) Neuropraxia.

Comentário: Questão sobre complicações na prostatectomia robótica. Durante o procedimento, o paciente fica em posição de Trendelenburg além da confecção do pneumoperitônio. Por isso, o cirurgião e o anestesista devem ficar atentos às complicações habitualmente relacionados com estes dois fatores, como hipercarbia, acidose, sobrecarga hídrica, aumento da pressão intraocular e neuropraxias. Conforme destacado em Campbell, onde também lê-se que, embora pareça razoável esperar que a diminuição do retorno venoso possa provocar mais estase sanguínea e, conseqüentemente, TVP ou TEP, este não é bem o caso. Não há evidências de que aquelas complicações sejam mais frequentes nas cirurgias laparoscópicas convencionais ou com assistência robótica do que nas cirurgias abertas. **Gabarito: opção A.**

PARESTESIAS E PARALISIAS

Já que tocamos neste assunto neurológico, no pós-operatório de uma PTR, outras queixas imediatas chamariam mais ainda sua atenção.

A lesão do nervo obturador (L2, L3, L4) pode causar incapacidade de adução da coxa e rotação externa, sendo difícil cruzar as pernas, por exemplo. O paciente pode referir alteração da sensibilidade da face medial da coxa.

Assim como o obturador, outros nervos podem ser lesados diretamente no intraoperatório e causar repercussões da marcha ou sensibilidade local.

O nervo femoral (L2, L3, L4) pode sofrer plicatura durante um Psoas Hitch, por exemplo. Mas também pode sofrer aprisionamento por pás retratoras durante o afastamento para acesso à pelve. Além disso, durante uma posição de litotomia forçada, em que há rotação lateral extrema e abdução da articulação do quadril, o nervo femoral pode sofrer estiramentos. Se recorde que o nervo femoral será responsável pela inervação motora dos músculos iliopsoas, pectíneo, sartório e quadrado femoral, e também pela inervação sensorial

cutânea da região anterior da coxa, da região medial da perna e da porção dorsal do pé. O paciente com neuropatia do nervo femoral pode apresentar fraqueza muscular para estender os joelhos e para a flexão do quadril, resultando em dificuldade para subir e/ou descer escadas, ou fazer o movimento de chutar uma bola. Ocorrem alterações de sensibilidade na porção lateral e anterior da coxa e na porção medial da perna. O reflexo patelar pode estar anormal e pode haver atrofia do músculo quadrado femoral. Na tentativa de deambular, o paciente não consegue manter genu-extensão em ortostatismo ou durante a marcha, deste modo apoia o joelho com o membro superior, mantendo a genu-extensão durante a fase de apoio da marcha.

SECREÇÕES INCOMUNS PELO DRENO CAVITÁRIO

É esperado que uma drenagem sero-hemática seja eliminada através do dreno endocavitário. Por outro lado, débitos volumosos e persistentes devem nos fazer pensar em fístula linfática ou urinária.

Seu raciocínio vai depender da cirurgia realizada. Após uma linfoadenectomia inguinal, você não terá a fístula urinária como uma hipótese diagnóstica para esta complicação. Mas tomando como exemplo uma cistectomia radical ou uma prostatectomia radical, ambas as hipóteses podem ser consideradas. Embora o odor urinário possa estar presente, não conte com este aspecto para sua avaliação. A avaliação complementar será laboratorial, habitualmente são solicitados ureia, potássio e triglicérides da secreção e do soro. Uma fístula urinária evidenciará ureia e potássio maiores que o sérico. O padrão linfático demonstrará ureia, potássio e triglicérides similares ao sanguíneo.

Secreções fecaloideas nos remetem às fístulas entéricas que podem estar relacionadas às lesões inadvertidas de alças ou mesmo vazamento de anastomoses.

ÍLEO ADINÂMICO

Falamos há pouco sobre cirurgias de grande porte. Das intervenções urológicas, a cistectomia radical não passa despercebida na enfermaria. O íleo adinâmico, neste momento, pode atrapalhar sobremaneira a boa evolução e a alta dos nossos pacientes.

Protocolos de recuperação rápida, após a cirurgia, devem ser empregados sempre que possível.

RETENÇÃO URINÁRIA APÓS A RETIRADA DO CVD NAS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS

A retirada da sonda uretral é um momento especial para mulheres que sofriam com incontinência. Considere uma paciente que realizou o implante de um sling pubovaginal. A retenção urinária pode ocorrer com algumas pacientes após a retirada do CVD. A alta pode ocorrer sob orientações quanto à habitual transitoriedade do quadro. A maioria delas retorna a ter micção espontânea nos primeiros dez dias. Os cuidados neste período serão conservadores.

Pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico de endometriose profunda também podem sofrer episódios de retenção urinária a depender do grau de lesão dos plexos hipogástricos pela doença.

DERMATITE PERIESTOMAL

Ainda sobre a cistectomia radical, alguns pacientes podem desenvolver dermatites junto à ostomia. As derivações, como a

proposta por Bricker, tendem a produzir aquele efeito com menor frequência, já nas derivações ureterocutâneas será mais comum identificarmos efeitos dermatológicos do contato direto e constante da urina com a pele.

PRÓ-TISBU 2019 - R1

Paciente foi submetido à cirurgia pélvica de urgência e apresentou, no pós-operatório imediato, perda da sensibilidade da face anterossuperior da coxa. Assinale a alternativa que apresenta o nervo suspeito de lesão:

- A) Ílio-hipogástrico.
- B) Genitofemoral.
- C) Obturador.
- D) Ciático.

Comentário: O nervo genitofemoral se origina na região lombar (L1-L2) e se divide em dois ramos, o ramo genital e o ramo femoral, que seguem para o canal inguinal e femoral respectivamente. Nos homens, o ramo genital inerva o cremaster e pele do escroto e o femoral inerva a pele da porção anterossuperior da coxa. Chegamos ao nosso Gabarito: mas seguindo:

O nervo ílio-hipogástrico (T12, L1) passa lateralmente em torno da crista ilíaca e divide-se em um ramo ilíaco (lateral) que se dirige à pele da parte lateral superior da coxa e num ramo hipogástrico (anterior) que desce anteriormente para a pele que recobre a sínfise.

O nervo obturador fornece inervação motora aos músculos adutores da coxa e inervação sensitiva cutânea do interior da coxa.

O nervo ciático é o principal nervo dos membros inferiores. Além de suas funções motoras, é responsável pela sensibilidade glútea, região postero-lateral de coxa, panturrilha e pé.

Gabarito: opção B.

Os sinais e sintomas de nossos pacientes na enfermaria vão motivar investigações e condutas adicionais. Fique ligado! Finalizamos aqui os módulos de semiologia.

JÁ SABE A RESPOSTA DO CASO CLÍNICO? ANOTE AQUI!

Conhecendo a prova Pró-TiSBU R1 2025

Questões comentadas do TiSBU 2025 para preparação ao R1 em Urologia, seguidas da apostila completa de Urosemiologia do Extensivo R1 UROMED 2026. Cada questão inclui gabarito fundamentado com base em Campbell e nos Guidelines da EAU.

QUESTÃO 1

Urooncologia — Câncer de Bexiga

Sobre a epidemiologia do câncer de bexiga, analise as afirmativas a seguir:

- I. A história familiar pode ter impacto importante na etiologia do câncer de bexiga.
- II. O tabagismo é o fator de risco mais importante para câncer de bexiga.
- III. A taxa de mortalidade padronizada por idade é maior em homens do que em mulheres.

Está(ão) CORRETA(S) a(s) afirmativa(s):

- A I e II apenas.
- B II apenas.
- C II e III apenas.**
- D I, II e III.

GABARITO: Alternativa C

Comentários

Questão de epidemiologia do câncer de bexiga. Vamos avaliar cada afirmativa com base nos Guidelines.

I INCORRETA

Embora possa existir componente genético, a herança familiar tem **baixo impacto** na etiologia. Tabagismo + álcool + história familiar aumentam o risco, mas a herança isolada é fraca.

II CORRETA

Dado consolidado: **o tabagismo é o principal fator de risco** para o câncer de bexiga.

III INCORRETA

A incidência é maior no sexo masculino, mas a **mortalidade ajustada por idade é mais elevada entre as mulheres**.

**QUESTÃO
2****Urooncologia — Câncer de Próstata**

Sobre as evidências em fatores de risco para o câncer de próstata, assinale V para as afirmativas verdadeiras e F para as falsas.

- () A idade é o maior fator de risco conhecido para câncer de próstata.
- () Pacientes com calvície têm aumento da mortalidade por câncer de próstata.
- () Tabagismo tem impacto no aumento do risco de mortalidade pelo câncer, mesmo após cessação.
- () Dieta rica em antioxidantes reduz comprovadamente a incidência de câncer de próstata.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA:

A VVVF.

B FFVF.

C VFFF.

D VVfV.

GABARITO: Alternativa A

Comentários

Questão sobre fatores de risco do CaP. Avaliemos cada afirmativa com base nos Guidelines da EAU 2024/2025.

I VERDADEIRA

Nos Guidelines da EAU, a **idade é o fator de risco mais óbvio e determinante** para o CaP.

II VERDADEIRA

A calvície de vértice foi associada a risco 24% maior de desenvolver CaP (força modesta, citada nos Guidelines de 2024).

III VERDADEIRA

O tabagismo aumenta o risco de morte por CaP (RR 1,24) e associa-se a características tumorais agressivas, **mesmo após cessação**.

IV FALSA

Não há comprovação sólida de que dietas ricas em antioxidantes reduzam a incidência. **Nenhuma estratégia preventiva dietética eficaz pode ser sugerida.**

**QUESTÃO
3****Perioperatório — Laparoscopia / Robô**

Com relação aos princípios básicos da cirurgia laparoscópica/robô assistida, assinale a alternativa INCORRETA:

- A O aumento da pressão intra-abdominal, após confecção do pneumoperitônio com 15 mmHg CO₂, resulta em redução do débito cardíaco, aumento da pressão arterial média e aumento da resistência vascular sistêmica.
- B As contraindicações incluem coagulopatia, infecção da parede abdominal, hemoperitônio maciço, peritonite generalizada e suspeita de ascite maligna.
- C A manipulação da alça intestinal no intraoperatório pode resultar em lesão isquêmica tardia, até 18 dias de pós-operatório, sendo uma das causas de reinternação hospitalar precoce.
- D A lesão ureteral geralmente é resultado do dano térmico causado pela dissecação com electrocautério monopolar e está frequentemente associada à hematúria e à pneumatúria no pós-operatório.**

GABARITO: Alternativa D

Comentários

A letra D é a incorreta — lesões ureterais por dano térmico tipicamente não causam hematúria macroscópica.

A CORRETA

Pneumoperitônio 12–15 mmHg: aumento de FC, PAM e resistência vascular periférica; débito cardíaco reduz.

B CORRETA

Contraindicações absolutas: coagulopatia incorrigível, infecção significativa da parede abdominal, hemoperitônio maciço, peritonite generalizada, ascite maligna.

C CORRETA

Lesões térmicas intestinais podem manifestar-se tardiamente — a necrose pode levar até **18 dias** para se desenvolver.

D INCORRETA

Lesões ureterais por dano térmico **não causam hematúria macroscópica ou pneumatúria**. Essas manifestações são mais características de lesões vesicais.

QUESTÃO
4
Uroandrologia — Priapismo

Assinale a alternativa que apresenta o valor CORRETO da gasometria na punção inicial do priapismo não isquêmico.

Table 10.3: Typical blood gas values (adapted from Broderick et al.)

Source	pO ₂ (mmHg)	pCO ₂ (mmHg)	pH
Normal arterial blood (room air) (similar values are found in arterial priapism)	> 90	< 40	7.40
Normal mixed venous blood (room air)	40	50	7.35
Ischaemic priapism (first corporal aspirate)	< 30	> 60	< 7.25

pCO₂ partial pressure of carbon dioxide; pO₂ partial pressure of oxygen.

- A** PCO₂ menor que 40 mmHg.
- B** pO₂ menor que 40 mmHg.
- C** pH maior que 7,5.
- D** Hemoglobina S presente.

GABARITO: Alternativa A

Comentários

O priapismo não isquêmico (arterial) é bem oxigenado — o sangue nos corpos cavernosos tem características de sangue arterial.

A CORRETA

Priapismo **não isquêmico (arterial)**: pCO₂ < 40, pO₂ > 90, pH ~7,40 — padrão de sangue arterial normal nos corpos cavernosos.

B INCORRETA

pO₂ < 40 mmHg é padrão do priapismo **isquêmico**, com hipóxia tecidual grave.

C INCORRETA

O pH no priapismo não isquêmico é normal (~7,40), não elevado.

D INCORRETA

Hemoglobina S (anemia falciforme) é fator de risco para priapismo **isquêmico**, não arterial.

**QUESTÃO
5****Uroandrologia — LUTS / HPB**

Sobre LUTS (sintomas do trato urinário inferior) em homens, assinale V para as afirmativas verdadeiras e F para as falsas.

- () A presença de LUTS moderada a severa está associada a um risco aumentado de eventos cardiovasculares.
- () A síndrome metabólica é um fator de risco para o desenvolvimento de LUTS.
- () A intensidade do LUTS em um determinado indivíduo é progressiva com a idade, sendo o envelhecimento um fator de risco para a progressão dos sintomas.
- () A inflamação prostática tem um papel importante tanto na etiologia quanto na progressão da hiperplasia prostática benigna.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA:

A FVFF.

B VVFF.

C VFVF.

D FVFF.

GABARITO: Alternativa B

Comentários

Questão sobre epidemiologia e fisiopatologia do LUTS/HPB segundo os Guidelines da EAU.

I VERDADEIRA

Homens com LUTS moderados a graves podem ter risco aumentado de eventos cardíacos adversos graves.

II VERDADEIRA

LUTS está associado a fatores de risco modificáveis — a síndrome metabólica é um deles.

III FALSA

LUTS está associado ao envelhecimento, mas **não há evidência de que a idade cause progressão da intensidade** dos sintomas.

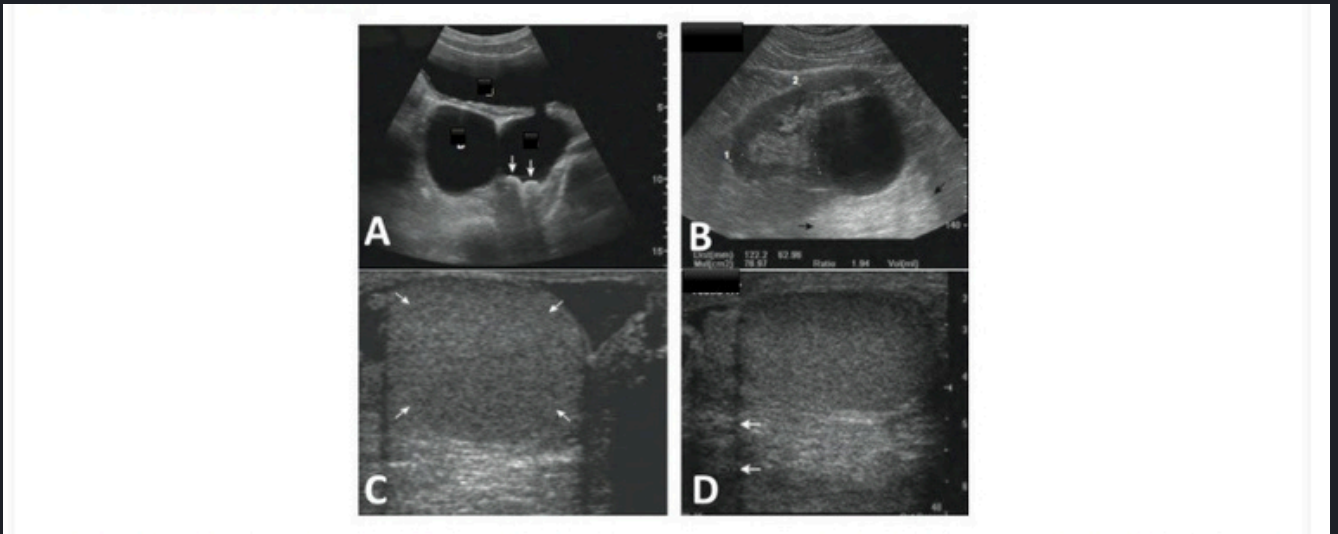
IV VERDADEIRA

A inflamação prostática parece desempenhar papel na patogênese e progressão da HBP.

**QUESTÃO
6****Uroandrologia — Ultrassom na HPB**

Senhor de 83 anos com queixas de dificuldade miccional, noctúria, hematória e infecção urinária periódica. Analise as imagens de ultrassom (A, B, C e D) do paciente.

Considerando o caso clínico e o uso do ultrassom na prática diária do urologista, assinale a alternativa que apresenta a imagem de US que auxilia **CORRETAMENTE** no diagnóstico das queixas apresentadas pelo paciente.



A D.

B C.

C B.

D A.

GABARITO: Alternativa A

Comentários

O paciente tem obstrução infravesical crônica com formação de divertículos e cálculos vesicais.

A CORRETA

Figura A: bexiga com divertículo e cálculos vesicais (imagens hiperecoicas com sombra acústica posterior) — compatível com obstrução infravesical crônica.

B INCORRETA

Figura C: corte transversal do testículo — não relacionado ao quadro clínico.

C INCORRETA

Figura B: cisto simples renal — achado benigno, não explica as queixas.

D INCORRETA

Figura D: ultrassom do testículo com cabeça de epidídimo — não relacionado.

QUESTÃO
7**Infecções — Pielonefrite Não Complicada**

Mulher de 30 anos com febre ($>38^{\circ}\text{C}$), dor no flanco direito e disúria há três dias. Sensibilidade no ângulo costovertebral direito. Sem história de urolitíase ou alterações renais prévias.

Em relação à abordagem diagnóstica mais adequada, assinale V ou F:

- () Os exames de urinálise com nitrito e cultura de urina devem ser realizados em todos os casos suspeitos de pielonefrite.
- () A tomografia computadorizada com contraste deve ser o exame inicial de escolha para todas as pacientes com pielonefrite não complicada.
- () A ultrassonografia é indicada inicialmente para avaliar obstrução ou cálculo renal, especialmente em pacientes com história de urolitíase.
- () A cultura de urina só deve ser realizada se o tratamento inicial não for eficaz após 72 horas.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência CORRETA:

A VVFF.

B VFVF.

C VVFF.

D FFVV.

GABARITO: Alternativa B

Comentários

Pielonefrite não complicada em mulher jovem. Conduta diagnóstica segundo os Guidelines da EAU.

I VERDADEIRA

Urinálise (nitrito, leucócitos) + cultura + antibiograma devem ser realizados em **todos** os casos de pielonefrite.

II FALSA

A TC com contraste é reservada para pacientes febris após 72h ou com deterioração clínica. A **USG é o exame inicial**.

III VERDADEIRA

A USG é indicada inicialmente para excluir obstrução e nefrolitíase, especialmente em pacientes com história prévia.

IV FALSA

A cultura deve ser realizada **em todos os casos de pielonefrite** — não apenas quando o tratamento falhar.

QUESTÃO
8**Infecções — Uretrite Gonocócica**

Homem de 30 anos com disúria e secreção uretral purulenta há 5 dias. Contato sexual desprotegido recente. Swab uretral: diplococos Gram-negativos.

O exame físico revela a imagem a seguir.

Assinale a alternativa que indica o tratamento MAIS ADEQUADO para o caso descrito:



- A Ceftriaxona 1g IM em dose única, pois há confirmação do agente.
- B Ceftriaxona 500 mg IM em dose única, associada à azitromicina 1g por via oral.**
- C Doxiciclina 100 mg duas vezes ao dia por 7 dias como monoterapia.
- D Metronidazol 2g em dose única, devido à alta probabilidade de infecção mista.

GABARITO: Alternativa B

Comentários

Uretrite gonocócica (*Neisseria gonorrhoeae*): tratamento combinado para combater resistência e cobrir coinfeção por *Chlamydia*.

A INCORRETA

Monoterapia não é recomendada — o tratamento combinado melhora a eficácia e dificulta resistência às cefalosporinas.

B CORRETA

EAU recomenda **Ceftriaxona 1g IM + Azitromicina 1g VO em dose única**. A dose na alternativa está abaixo do ideal, mas é a opção mais correta disponível.

C INCORRETA

Doxiciclina em monoterapia cobre Chlamydia, mas **não trata adequadamente Neisseria gonorrhoeae**.

D INCORRETA

Metronidazol não tem atividade contra gonococos — é indicado para Trichomonas.

QUESTÃO
9**Urooncologia — Hematúria / Bexiga**

Paciente masculino de 55 anos, ex-tabagista, com hematúria macroscópica indolor há 5 dias. PA e exames laboratoriais normais. Ultrassonografia abdominal sem alterações estruturais nos rins ou bexiga.

Diante desse quadro, assinale a alternativa que apresenta a conduta diagnóstica MAIS ADEQUADA:

- A Repetir a ultrassonografia abdominal com maior resolução para avaliação detalhada da bexiga.
- B Solicitar cistoscopia para investigação direta da mucosa vesical, mesmo com a ultrassonografia normal.**
- C Solicitar urografia excretora ou tomografia computadorizada com contraste para avaliar o trato urinário superior e a bexiga.
- D Iniciar antibióticos empiricamente, monitorar a resolução da hematúria e colher citologia urinária antes de repetir os exames de imagem.

GABARITO: Alternativa B

Comentários

Homem, 55 anos, ex-tabagista, hematúria macroscópica indolor: perfil epidemiológico clássico para suspeita de neoplasia vesical.

A INADEQUADA

Repetir a USG não adiciona informação — a cistoscopia é o próximo passo obrigatório.

B ADEQUADA

Perfil típico de neoplasia vesical. **A cistoscopia é mandatória** e não pode ser substituída por nenhum teste não invasivo.

C INADEQUADA

A UroTC é indicada após cistoscopia negativa ou em casos selecionados. Não é o primeiro passo.

D INADEQUADA

Não há sinais de ITU. Tratamento empírico atrasaria o diagnóstico de neoplasia. **A citologia não substitui a cistoscopia.**

**QUESTÃO
10****Uropediatria — Criptorquidia**

Na avaliação clínica dos testículos não descidos, assinale a alternativa INCORRETA:

- A** No caso de testículos não descidos bilaterais, mesmo com sinais de Distúrbios de Diferenciação Sexual (DDS) associados, não há necessidade de avaliação endocrinológica e genética complementar.
- B** Um testículo não palpável na posição supina pode tornar-se palpável quando a criança está sentada ou agachada.
- C** Se nenhum testículo puder ser identificado ao longo do trajeto normal de descida, possíveis localizações ectópicas devem ser consideradas.
- D** No caso de testículo unilateral não palpável, o testículo contralateral precisa ser examinado, pois qualquer hipertrofia compensatória sugere ausência ou atrofia testicular, mas não elimina a exploração cirúrgica.

GABARITO: Alternativa A

Comentários

Criptorquidia: avaliação clínica segundo os Guidelines da EAU de Urologia Pediátrica.

A INCORRETA

Em testículos não descidos bilaterais ou com suspeita de DSD, a **avaliação endocrinológica e genética é obrigatória** (ambiguidade genital, hiperpigmentação escrotal).

B CORRETA

O exame em diferentes posições pode revelar testículo retrátil com reflexo cremastérico ativo.

C CORRETA

Localizações ectópicas (inguinal superficial, femoral, perineal, púbica, hemi-bolsa contralateral) devem ser consideradas.

D CORRETA

Hipertrofia compensatória sugere atrofia/ausência do contralateral, mas **não é específica o suficiente para dispensar a exploração cirúrgica**.

**QUESTÃO
11****Urolitíase — Ureteroscopia: Lesão Iatrogênica**

A ureteroscopia, frequentemente utilizada nos tratamentos endourológicos para nefro e ureterolitíase, pode causar lesões iatrogênicas no ureter.

Com relação a esse tipo de lesão, é **INCORRETO** afirmar que:

- A A ureteroscopia deverá ser imediatamente interrompida caso seja constatada qualquer perfuração do ureter.
- B Os fatores preditores de lesões de alto grau no ureter são: sexo masculino, cirurgias de longa duração e tratamento de cálculos renais.
- C A bainha de acesso ureteral tem maior risco de causar lesão de ureter nos pacientes que não foram submetidos à colocação de stent ureteral pré-operatório.
- D A fragmentação de cálculos ureterais com laser Holmium (Ho:YAG) tem maior risco de lesão de ureter que a fragmentação com litotritor eletro-hidráulico.**

GABARITO: Alternativa D

Comentários

Lesões iatrogênicas ureterais na ureteroscopia — dados do Campbell 12^a ed. e Guidelines EAU 2024.

A CORRETA

Diante de perfuração ureteral, o procedimento deve ser interrompido imediatamente, priorizando o desvio da urina e a cicatrização.

B CORRETA

Fatores de risco para lesão de alto grau: sexo masculino, cirurgia prolongada e tratamento de cálculos renais.

C CORRETA

O stent ureteral pré-operatório dilata passivamente o ureter, melhorando a complacência e reduzindo tortuosidades.

D INCORRETA

O **litotritor eletro-hidráulico** tem maior risco de lesão — onda de choque mais ampla e menos controlada. O laser Ho:YAG é mais focal e preciso.

**QUESTÃO
12****Uroginecologia — Prolapso Pélvico**

Sobre anatomia pélvica feminina aplicada à sintomatologia da incontinência urinária e prolapsos pélvicos, é **INCORRETO** afirmar que:

- A Os sintomas de frequência urinária, noctúria e incontinência urinária têm pouca correlação com a gravidade e o local do prolapso.
- B Os sintomas de incontinência urinária geralmente diminuem conforme o grau do prolapso aumenta.
- C Os sintomas de disfunção sexual associados ao prolapso pélvico devem ser investigados antes de sua correção cirúrgica, visto que tendem a piorar após o procedimento cirúrgico.**
- D Os sintomas de dor pélvica crônica em pacientes com prolapsos pélvicos volumosos nem sempre são ocasionados pelo prolapso, sendo que o uso de pessário aliviando a dor é um forte indicativo de que a dor é ocasionada pelo prolapso.

GABARITO: Alternativa C

Comentários

Prolapso de órgãos pélvicos: correlação entre sintomas e grau, disfunção sexual e dor — Guidelines EAU.

A CORRETA

A correlação entre LUTS e gravidade/local do prolapso é fraca. Sintomas podem melhorar ou piorar após tratamento.

B CORRETA

Prolapsos avançados podem comprimir a uretra, mascarando a IUE — fenômeno da "incontinência oculta".

C INCORRETA

Os Guidelines informam que a correção cirúrgica do prolapso **melhora a disfunção sexual na maioria dos casos**. Não há consenso de piora pós-cirúrgica.

D CORRETA

O alívio da dor com pessário (que reduz o prolapso) confirma que este é a causa primária da dor pélvica.

**QUESTÃO
13****Uroneurologia — Dissinergia Detrusor-Esfinteriana**

Assinale a alternativa que apresenta **CORRETAMENTE** a patologia neurológica que cursa comumente com dissinergia detrusor-esfinteriana associada.

- A Acidente vascular cerebral durante a fase de choque medular.
- B Paraplegia espástica hereditária.**
- C Neuropatia diabética na fase avançada.
- D Hidrocefalia com pressão normal.

GABARITO: Alternativa B

Comentários

A dissinergia detrusor-esfinteriana ocorre em lesões suprossacrais com arco reflexo medular íntegro (lesões infrapontinas).

A INCORRETA

No AVC com choque medular, há arreflexia flácida — sem dissinergia.

B CORRETA

A paraplegia espástica hereditária afeta vias corticoespinhais. Alta prevalência de hiperatividade do detrusor e **dissinergia detrusor-esfinteriana** (EAU Guidelines).

C INCORRETA

Neuropatia diabética avançada: hipossensibilidade vesical → detrusor hipoativo. Não é lesão suprossacral.

D INCORRETA

Hidrocefalia com pressão normal: lesão suprapontina → hiperatividade do detrusor, mas **sem dissinergia**.

**QUESTÃO
14****Uropediatria — Hidrocele**

Menino de 8 meses com aumento do volume escrotal desde o nascimento, que aumenta ao engatinhar e diminui em repouso. Suspeita-se de hidrocele direita.

Sobre o caso apresentado, é **CORRETO** afirmar que:

- A Transiluminação escrotal em lactentes não é confiável.
- B Diagnóstico de certeza somente após confirmação do ultrassom com doppler.
- C Tem indicação de seguimento clínico, pois a possibilidade de aumentar e desenvolver uma hérnia encarcerada é muito remota.**
- D Terapia com agentes esclerosantes pode ser utilizada.

GABARITO: Alternativa C

Comentários

Hidrocele no lactente: conduta e diagnóstico segundo os Guidelines da EAU de Urologia Pediátrica.

A INCORRETA

A transiluminação **é confiável** em lactentes para diferenciar conteúdo líquido de sólido.

B INCORRETA

O US com doppler é indicado em dúvidas diagnósticas (varicocele, torção), mas **não é obrigatório** para diagnóstico de hidrocele simples.

C CORRETA

Na maioria dos lactentes, a hidrocele resolve espontaneamente no primeiro ano de vida. O seguimento clínico é a conduta inicial recomendada.

D INCORRETA

Agentes esclerosantes **não são indicados** em crianças — risco de peritonite química pelo conduto peritônio-vaginal patente.

**QUESTÃO
15****Infecções — ITU Pediátrica**

Paciente de 1 ano, sexo masculino, há 2 dias com irritabilidade e baixa aceitação de dieta. Urina com forte odor e coloração rósea. Fralda seca. Temperatura 36,8°C, pulso 116 bpm. Chora com palpação da região inferior do abdome.

Assinale a alternativa que apresenta o PRÓXIMO passo na condução desse caso:

- A Realizar ultrassonografia de rins e vias urinárias.
- B Realizar coleta de urina com saquinho coletor, por não haver controle miccional.
- C Realizar coleta de urina com cateterismo vesical transuretral.**
- D Iniciar antibioticoterapia empírica com cefalosporina de primeira geração por via oral.

GABARITO: Alternativa C

Comentários

Lactente com sinais de ITU e anúria — o próximo passo é a coleta adequada de urina.

A INCORRETA

A USG será indicada para excluir anormalidades do trato urinário, mas pode ser feita nas primeiras 24h — não é o próximo passo imediato.

B INCORRETA

O saquinho coletor tem **alta taxa de contaminação e falsos positivos** — não é confiável em lactentes sem controle miccional.

C CORRETA

O **cateterismo transuretral** é o método mais rápido e seguro para obter amostra estéril em lactentes. Após a coleta, inicia-se antibioticoterapia.

D INCORRETA

A antibioticoterapia deve ser iniciada após a coleta de urina — para não comprometer a cultura.

Gabarito de questões

	Código / Tema	Gab
1	Urooncologia — Câncer de Bexiga	C
2	Urooncologia — Câncer de Próstata	A
3	Perioperatório — Laparoscopia/Robô	D
4	Uroandrologia — Priapismo	A
5	Uroandrologia — LUTS/HPB	B
6	Uroandrologia — Ultrassonografia na HPB	A
7	Infecções — Pielonefrite Não Complicada	B
8	Infecções — Uretrite Gonocócica	B
9	Urooncologia — Hematúria / Bexiga	B
10	Uropediatria — Criptorquidia	A
11	Urolitíase — Ureteroscopia Iatrogenia	D
12	Uroginecologia — Prolapso Pélvico	C
13	Uroneurologia — Dissinergia Detrusor-Esfinteriana	B
14	Uropediatria — Hidrocele	C
15	Infecções — ITU Pediátrica	C

CUPOM EXCLUSIVO

FELIZR1

10% de desconto no Extensivo R1

treinamentouromed.com.br/produto/uromed-extensivo-r1