

# INTRODUÇÃO À UROLOGIA CLÍNICA PARA O MÉDICO GERAL

FERNANDO DA ROCHA CAMARA

UNESP/FMB/DEPTO. DE UROLOGIA

2009

*“Cada um de nós por mais velho que seja, continua sendo um aprendiz na escola da experiência. Quando um homem crê ter-se graduado, converte-se numa ameaça pública” .*

John Chalmer da Costa, M.D.

DEDICO ESTE TRABALHO AO PACIENTE UROLÓGICO, E AO MÉDICO GERAL, QUE DÁ O MELHOR DE SI, AO CUIDAR DA SAÚDE DE SEUS DOENTES.

DEDICO, IGUALMENTE, AOS 3600 MÉDICOS QUE TIVE A HONRA DE TER POR ALUNOS NO CURSO DE MEDICINA DA UNESP.

DEDICO, IGUALMENTE AOS MEUS PARES DO DEPARTAMENTO DE UROLOGIA, PELO CONVÍVIO, AO LONGO DE MINHA CARREIRA.

DEDICO, EM ESPECIAL, A MEUS PAIS, QUE MOLDARAM MEU CARÁTER, E ME FIZERAM MÉDICO; A CELINA, MINHA MULHER, CUJO APÓIO E ESTÍMULO TEM SIDO FUNDAMENTAIS NA REALIZAÇÃO DE MEUS PROJETOS; A MARCELO OTÁVIO, FILHO CUJAS CRÍTICAS CONSTRUTIVAS, EM MUITO CONTRIBUÍRAM PARA O MESMO.

## PREFÁCIO:

Entre outros atributos, o médico deve conhecer suas limitações. O grande afluxo de informações torna difícil acompanharmos toda essa evolução, no cotidiano.

A UROLOGIA é uma especialidade na qual o diagnóstico diferencial se torna da maior importância, e requer muito preparo para que as primeiras condutas sejam adequadas.

Pequenos desacertos podem prejudicar o tratamento como um todo e colocar em risco a saúde e os resultados finais.

Este opúsculo tem por objetivo principal tornar mais fácil essa tarefa e faz referência a algumas condutas terapêuticas que tem por objetivo evitar erros comuns a quem não é da área. Creio que os residentes de urologia também poderão obter informes úteis neste trabalho

A tônica deste livro é a Semiologia Urológica. Outros textos de Semiologia, com o vinho, quanto mais antigos, são mais preciosos.

A natureza de minha experiência médica, desde o convívio, como acadêmico interno, com o Prof. Dr. José Ramos Jr, na enfermaria de Clínica Propedêutica Médica, na FMPUCSP, o período de médico interno e de residente no PS e nas enfermarias e do HCFMUSP, minha atuação nos cursos de Semiologia, de Fisiopatologia Urológica, e de Médico de Família, o convívio com meus pares do Depto. de Urologia na FMBUNESP, me induziram a trazer esta pequena

contribuição. Considero a Semiologia a pedra angular de qualquer atendimento médico.

## INTRODUÇÃO:

O atendimento aos pacientes, tem cada vez exigido mais preparo aos médicos, independentemente do local de trabalho. O diagnóstico diferencial, passa por uma avaliação clínica adequada na admissão.. A história clínica deve ser pormenorizada, sem ceder à prolixidade, onde ao relato dos sintomas, se some a precisão das perguntas formuladas, para que se complementem os informes prestados. Definir o quadro clínico no tempo, também é de grande interesse. Comorbidades, atuais e pregressas devem ser registradas. O exame físico deve ser direcionado pela história, sem que se omita a investigação de doenças sistêmicas potencialmente graves, mesmo que sem relação com a doença atual.

Em Urologia é fundamental uma anamnese e exame clínico adequados, para que se formulem as hipóteses diagnósticas para se definir a avaliação complementar necessária.

Uma indicação mais precisa dos exames subsidiários, e de imagem, resultará em otimização de recursos. A falta de vagas nos serviços de ultra-som, de radiologia, tomografia e ressonância indicam que é mais fácil pedir-se um exame, do que realizar uma avaliação clínica de qualidade. É verdade que os tempos atuais exigem, muitas vezes, uma confirmação diagnóstica que nos proteja de ação legal, por má prática.

Por essa mesma razão, é necessário que o Clínico tenha mais segurança ao tomar a conduta em casos tão diferentes.

O elevado custo dia nos Hospitais Escola, o excesso de exames solicitados, a lotação das unidades subsidiárias, que muitas vezes tornam necessária a internação para o preparo dos pacientes é lamentável. Para otimização de recursos é primordial preparo profissional adequado.

Ademais, a necessidade, de que as consultas sejam mais ágeis, para que se possa atender à crescente demanda de pacientes, e a motivação profissional diminuída por baixos salários, a proliferação de convênios, acabando com a profissão liberal, exigem dos facultativos, uma orientação adicional.

O moderno na realidade é uma semiologia de qualidade para uma anamnese e exame físico adequados às necessidades do paciente.

A tônica deste livro é salientar, o que deve, e, sobretudo, o que não deve ser feito, no atendimento urológico. Acredito que mesmo os residentes de urologia, poderão encontrar orientações de interesse, neste texto.

Agradeço a todos que tornaram possível este trabalho. Dedico-o ao paciente, a meus pais, a minha esposa Celina, cujo estímulo foi decisivo, e ao filho Marcelo, cujas críticas, sempre construtivas, foram fundamentais.

## HISTÓRIA CLÍNICA:

A Urologia trata das doenças adquiridas ou congênitas, do aparelho urinário em ambos os sexos, e das do aparelho genital masculino, tanto na idade adulta, quanto na infância. A trilha principal a ser seguida na avaliação preliminar do paciente é a “queixa e duração” (QD), isto é, o motivo da consulta. A história da moléstia atual (HMA) deve ser obtida de modo ativo e passivo. Na história e no exame físico deve-se nortear pela QD, e complementando-se a HMA com perguntas direcionadas ao diagnóstico diferencial que já começa a se esboçar na mente. Desse modo, o médico deve procurar patologias possivelmente ligadas à doença atual, e igualmente, doenças concomitantes, potencialmente graves, que devem ser esclarecidas nessa oportunidade. No interrogatório sobre diversos aparelhos, devem-se investigar as principais doenças. De modo semelhante, os antecedentes pessoais devem ser abordados de forma objetiva, principalmente quanto a cirurgias, internações, perdas de sangue, traumas, e antecedentes urológicos. Nos antecedentes familiares, haverá maior interesse em patologias hereditárias.

Para tornarmos mais prático o texto, faremos breves inserções de correlações com o exame físico, e com outros

recursos subsidiários, e se necessário, lembretes de conduta diagnóstica e terapêutica.

**SINTOMAS GERAIS:** a febre pode ser relatada com sensação subjetiva ou por a temperatura haver sido medida. Agudamente, pode ocorrer quando houver pielonefrite aguda, orquiepididimite aguda, prostatite aguda. Há que se lembrar das patologias não urológicas causas de hipertermia. Na infância, a febre na pielonefrite aguda pode ser o único sintoma.

A perda de peso pode ocorrer em nefropatias crônicas e n câncer avançado.

DOR, em urologia é um sintoma de grande importância, cujo diagnóstico diferencial é muitas vezes difícil. É comum que pacientes com patologias digestivas, ortopédicas, ginecológicas, neurológicas e de outras especialidades procurem atendimento sob a suspeita de sua queixa ser urológica, por ocorrer no flanco. A pielonefrite aguda e a cólica renal são as principais patologias urológicas a ocasionarem dor nesse local.

Devem ser avaliados os caracteres da dor: tipo, sede, intensidade, irradiação, fatores de melhora e piora, sintomas associados e relação com vários órgãos e sistemas.

A obliquidade das raízes espinais ao nível do abdome faz que os metâmeros não sejam tão definidos como ao nível do pescoço e do tórax. Muitas vísceras, no abdome, se projetam na mesma região, tornando o diagnóstico complexo, ocasionando a afirmação de cirurgiões de Pronto Socorro, de que o abdome é uma caixa de surpresas.

Durante o desenvolvimento embrionário, o intestino primitivo tem localização mediana. Por esta razão a dor visceral surda e inicial é mediana, peri-umbilical. O



diagnóstico diferencial das dores no flanco se faz principalmente com patologias digestivas, como por exemplo: adenite mesentérica, meteorismo, colecistopatias, pancreatopatias, apendicite, apendicite retrocecal, diverticulite, diverticulite de Meckel, abscesso sub-frênico, abscesso hepático, abscesso de parede. Quando há peritonite aguda, além da febre, o paciente prefere ficar imóvel, para não agravar o desconforto. Ao exame abdominal há dor à descompressão súbita; o padrão ouro nessa avaliação é a percussão dígito digital, por sugerir a presença de peritonite, orientando para possível localização desta. Processos agudos, em retroperitoneo, se acompanham se dor ao sinal de Giordano.

Dores de causa ortopédica levam muitos pacientes a supor que tenham patologia urológica. Lembraremos as seguintes: lombalgia postural, hérnia de disco, artropatia costovertebral, psoite, isquiociatalgia. Rotação e flexão do tronco, e atividade física são fatores de piora e imobilidade e repouso são de melhoria. Na dor isquiática, é freqüente a irradiação para a face posterior dos membros inferiores; pode haver alterações na sensibilidade. Em problemas ortopédicos, podemos ao exame físico encontrar, postura antálgica, dificuldade ao sentar-se, deitar-se e levantar-se, escoliose, contraturatura unilateral em musculatura para vertebral, dor à percussão dos processos espinhosos, sinal de Lasègne presente. É muito que frequente que ao relatar uma lombalgia o paciente se confunda e descreva a dor aguda e a dor crônica como uma só; relata a lombalgia postural e a cólica renal em conjunto.

Outras patologias que entram no diagnóstico diferencial são: anexite, ovulação dolorosa, herpes zoster em sua fase de pródromos.

Fica evidente que o diagnóstico diferencial de muitas patologias urológicas deve ser feito com abdome agudo!

O parênquima renal não dói; a dor nesse órgão ocorre por distensão súbita da cápsula (edema inflamatório) ou por aumento súbito da pressão intra-luminal (obstrução aguda). A proximidade dos rins com o peritônio pode, em raros casos de pielonefrite aguda simular irritação peritoneal. A dor renal pode ser local, quando se localiza próxima ao órgão( abaixo do ângulo costo-vertebral, e no flanco, abaixo da 12<sup>a</sup> costela) ou referida, localizada mais abaixo (em área subcostal, em direção ao umbigo, e quadrante abdominal inferior). A cólica renal pode ter início súbito, muitas vezes após viagem ou atividade física, não costuma ser bilateral no mesmo instante, é intensa, sem fatores ou posição de melhoria, incoercível. Pode irradiar-se no trajeto do ureter, por vezes para o hipogástrio, face medial da coxa, e genitais externos. O sinal de Giordano pode ser positivo. O exame de urina por vezes, pode apresentar hematúria microscópica e leucocitúria. A cólica renal pode ser causada pela passagem de um cálculo ou de um coágulo sanguíneo.

Quanto à urolitíase, o tratamento da cólica renal se faz com anti-inflamatórios injetáveis e analgésicos. A seguir prescrevem-se esses medicamentos por via oral durante 7 a 10 dias, com injetáveis em caso de novas cólicas intensas. Para investigação, costumamos fazer urina Tipo 1, uréia, creatinina, para o caso de estarmos diante de portador de rim único, com insuficiência renal não suspeitada, radiografia simples de abdome, com preparo (descartada em mulheres

férteis, uma gestação), e um ultra-som de rins e vias urinárias, que pode diagnosticar litíase e ectasia urinária. A urografia excretora, é reservada para casos selecionados. O exame padrão ouro para a urolitíase é a tomografia computadorizada helicoidal. Cálculos abaixo de 0,5 cm são geralmente eliminados espontaneamente; entre 0.5 e 1 cm muitas vezes, e maiores excepcionalmente. Não há correlação entre as dimensões de um cálculo e a intensidade da dor. Situações a exigirem encaminhamento urológico são: a insuficiência renal pos-renal, pielonefrite aguda associada a litíase obstrutiva, cálculos grandes, e dor incoercível. Considero importante explicarmos, aos pacientes, que uma vez cessada a cólica, o problema não se solucionou, e que um cálculo, obstrutivo, assintomático pode ocasionar perda de função renal.

Para profilaxia da urolitíase, sugiro aumento da ingestão hídrica, principalmente à noite, entre o jantar e a hora de deitar-se, com reforço nesse tempo, evitar-se deixar a urina ficar amarela, (quando estará concentrada), beber líquido, independentemente de sentir sede, principalmente quando em atividades extenuantes, ao sol ou em lugares muito secos, diminuir a ingestão de sal, aumentar atividade física, e tratar eventuais problemas metabólicos e obstrutivos.

Na pielonefrite aguda, além da temperatura acima de 38,5 °C, que não ocorre na cistite (raramente febrícula), tem-se a dor no flanco, por vezes bilateral, sintomas associados, dor à palpação do hipocôndrio e sinal de Giordano presente. É uma patologia potencialmente grave que deve ser bem conduzida do ponto de vista diagnóstico e terapêutico.

A conduta diagnóstica que recomendamos consiste em urina tipo 1, urinocultura e antibiograma (se o laboratório estiver

fechado, guardar a urina em geladeira para encaminhamento matinal!), leucograma, radiografia simples de abdome, ultrassom de rins e vias urinárias, para que se descartem obstrução associada por cálculo, (que exigiria desobstrução) e a presença do rim controlateral.

A conduta terapêutica compreende antibioticoterapia adequada, e prolongada, hidratação, repouso, curva térmica, e seguimento do declínio da temperatura e da leucocitose. Se não houver melhoria, o antibiograma será fundamental para seleção de antibiótico mais adequado.

A dor inflamatória, com distensão de cápsula, explica a dor nas orquites, orquiepididimites e prostatites agudas.

A dor vesical, no hipogástrio, pode ser por hiperdistensão vesical ou distensão aguda, com bexigoma ao exame clínico. A dor vesical inflamatória produz disúria, desconforto suprapúbico intermitente, e dor à palpação vesical. Dor suprapúbica constante, não relacionada a retenção, raramente é de causa urológica.

A obstrução urinária é um síndrome presente na maioria das patologias urológicas. Causa estase, que predispõe à infecção; a transmissão da pressão retrógrada pode levar à hidronefrose, que associada à infecção pode ocasionar perda do rim, e até insuficiência renal.

As ALTERAÇÕES MICCIONAIS são ocasionadas por muitas patologias. Uma infecção urinária causando inflamação pode originar disúria, polaciúria, urgência, urgeincontinência, mais raramente hematória. Os fatores obstrutivos distais à bexiga causam um quadro clínico que era designado como prostatismo, e que em inglês é chamado de LUTS (sintomas do trato urinário inferior) e que agora são chamados de sintomas do trato inferior. Podem estar

presentes nas seguintes patologias: litíase vesical, estenose de colo vesical, válvula de uretra posterior, hiperplasia prostática benigna (HPB), adeno-carcinoma de próstata, (ACP), prostatite, estenose de uretra, estenose de meato uretral, carúncula uretral, fimose obstrutiva.

O quadro clínico, ainda que inespecífico, é muito freqüente, principalmente em homens acima dos 50 anos, por HPB. A próstata, um órgão glandular, circunda a uretra masculina, logo abaixo da bexiga. Rudimentar na infância, na puberdade atinge as dimensões usuais do adulto, cerca de 20 g, com 2 cm de diâmetro transversal. Aos 30 anos já apresenta, microscopicamente, hiperplasia prostática benigna, e aos 50, macroscopicamente já tem uma linha de clivagem, entre o tecido central adenomatoso, e o periférico, sede preferencial das neoplasias. As glândulas peri-uretrais podem crescer para a luz uretral ou para o interior da bexiga; apenas assim surge uma dificuldade miccional, que inicialmente leva o paciente a fazer força para urinar, à semelhança de pessoa obstipada. A seguir, pelas micções contra um aumento da resistência uretral, o músculo liso vesical se espessa e surge a bexiga de esforço, trabeculada, por vezes com pseudo-divertículos. A hipertrofia desse detrusor, como é chamado o músculo liso vesical, aumenta seu tônus e passa a haver maiores pressões tanto ao enchimento quanto miccionais. No adulto não é comum o refluxo vésico-ureteral associado, pois a junção uretero-vesical está bem desenvolvida. O paciente durante esse processo pode apresentar sintomas obstrutivos e irritativos, expostos a seguir. Essa classificação é didática, mas consagrada pelo uso. Obstrutivos: esforço miccional, jato fino e fraco, gotejamento terminal, esvaziamento

miccional incompleto. Irritativos: frequência ou polaciúria, nictúria, urgência, urge-incontinência.

Em um sanitário público, enquanto um homem idoso demora para esvaziar sua bexiga um jovem chega e sai em tempo menor; a diferença entre ambos é o fluxo miccional, isto é, o quociente do volume pelo tempo. No idoso, a demora excessiva para esvaziamento pode ocasionar uma estafa do detrussor que se descontraí antes de terminado o esvaziamento. Começa a sobrar urina na bexiga, e diminui a capacidade efetiva da bexiga. Quando esse resíduo ultrapassa 10% da capacidade vesical ou é superior a 50 ml temos um “volume residual”, que passará a ser nova causa de polaciúria. Quando esse volume residual aumentar a ponto de fazer a pressão intra-vesical ultrapassar a resistência uretral, o paciente, em retenção total crônica, terá uma incontinência paradoxal ou de transbordamento. Outro mecanismo de descompensação é a retenção total aguda, decorrente do uso de diuréticos, diabetes não controlado, ou por mudanças climáticas que causem aumento da diurese. A transmissão retrógrada da pressão vesical ao trato superior pode causar insuficiência renal pós renal, a ser tratada com sondagem vesical de demora por 1 ou 2 meses, e cirurgia de desobstrução. A diferença entre anúria (ausência de urina na bexiga), e retenção, se diagnostica com sondagem vesical evacuadora. O câncer de próstata não tem sintomas específicos. Uma lombalgia, em homens maduros, portadores sintomas do trato inferior, exige a hipótese de adenocarcinoma de próstata, com metástase óssea.

Quando um paciente é portador de HPB, se assintomático, deve ser reavaliado a cada ano, para detecção precoce de câncer prostático, com PSA e exame digital da próstata. Se

houver parente próximo, com adenocarcinoma de próstata, o seguimento será semestral.

Quando a sintomatologia irritativa, e obstrutiva for de importância, e prejudique a qualidade de vida, interferindo no sono e no cotidiano, será o caso de se introduzir um tratamento medicamentoso com alfa-bloqueador; uma das alternativas é a doxazosina, que irá relaxar a musculatura lisa, melhorando o quadro clínico e as micções. Administra-se por via oral, em tomada única ao deitar-se, 1mg, com ajuste semanal da dose, até a dose usual de 4mg.

Pacientes com retenção urinária que não respondam adequadamente ao cateterismo vesical evacuador, e os portadores de insuficiência renal pós-renal, em decorrência de obstrução por HPB, devem ser submetidos à sondagem vesical de demora, e posteriormente a cirurgia. Nessa modalidade de insuficiência renal, a sonda vesical aberta, por 1 ou 2 meses, reverterá o quadro e a cirurgia poderá ser feita com mais segurança. Também são candidatos à cirurgia, os pacientes com infecção urinária de repetição, os portadores de hematúria de origem prostática, (quando se descartaram outras causas), e os não responsivos ao tratamento medicamentoso. Quando indicada, a ressecção transuretral da próstata é o tratamento padrão ouro. Próstatas muito volumosas podem exigir cirurgia aberta, isto é a prostatectomia transvesical.

A HEMATÚRIA, entre as alterações qualitativas da urina, é a mais preocupante, exigindo investigação mesmo quando cessa, ou quando é de pequena intensidade. A beterraba pode corar a urina; medicamentos como a fenazopiridina, e a rifampicina, entram no diferencial com hematúria. O mesmo se diga da bilirrubina; é fácil notar-se que essa urina agitada

em tubo incolor, mostrará espuma amarela. Fitas reagentes, para exame de urina de cabeceira, são muito úteis, embora raramente sejam disponíveis.

Sangue nas roupas íntimas causa dúvidas acerca de sua origem, em pacientes que não se comunicam bem: digestiva, genital ou urinária? Sangramento genital, em mulheres, usualmente contamina o jato inicial. Conduta inicial, na hematúria macroscópica ou microscópica, é a realização de sedimentoscopia quantitativa do jato urinário inicial (10 ml) e do final. Se for inicial pensamos em genital, uretral, ou colo vesical; se terminal, colo vesical ou uretra prostática; se inicial e final (total), a origem será na bexiga ou no trato superior. O procedimento repetido quando necessário, pode orientar a investigação e diminuir seu custo.

A citologia urinária, não deve ser feita com a 1ª micção, e preferencialmente com urina recém emitida. Solicita-se pesquisa seriada por vários dias (5), e tem valor apenas quando positiva.

A identificação de urolitíase poderia exigir tomografia helicoidal, não fosse seu custo.

Na prática, como já foi exposto, se realizam o ultra-som de rins e vias urinárias, onde serão procuradas, imagens hiper-ecóicas com sombra acústica posterior e ectasia. O exame é aparelho e examinador dependente e permite identificação de cálculos até 2 ou 3 mm, conforme as circunstâncias. Pode ter falsos negativos.

A radiografia simples de abdome, com preparo, pode mostrar imagens radio-opacas. A única patognomônica, é a do cálculo coraliforme, cujo contorno define as vias excretoras ao nível dos rins. Outras imagens cálcicas, quando em projeção do trato urinário, podem nos fazer supor que seja



um cálculo, sem que se possa afirmar com certeza. Lembraremos as imagens radio-opacas das patologias biliares, pancreáticas, calcificações de artéria esplênica, de hematoma, de glânglios, de granulomas de injeções intramusculares, cisto- hidático, flebolitos, fecalitos, resíduos de alguns medicamentos.

O teste do BCG, ou intradermo-reação de Mantoux, realizada nas Unidades Básicas de Saúde, quando fortemente positiva pode sugerir tuberculose ativa. A tuberculose gênito-urinária é de difícil diagnóstico. Usualmente há febre vespertina, polaciúria, hematúria, leucocitúria, urocultivo para germes banais negativo, polaciúria, febrícula. As cavidades em comunicação com os cálices renais são pequenas e os pacientes eliminam poucos bacilos. Por tais razões, a investigação deve ser repetida e demorada, enviando-se toda a primeira micção ao laboratório, para pesquisa de BAAR na urina matinal, cultura de BAAR e antibiograma. Como o tratamento da tuberculose deve ser feito por 6 meses, com 3 medicamentos, e muitos pacientes o interrompem precocemente, como o AIDS diminui a resistência orgânica, e na década de 80, imaginou-se que a tuberculose estivesse sob controle no mundo, de modo ingênuo, a doença é hoje muito importante, e subestimada.

A uretrocistografia, com biópsia e lavado vesical, é fundamental para avaliação dos pacientes sob suspeita de carcinoma de bexiga. É desconcertante verificarmos quanto é comum em tabagistas atuais ou pregressos. Além do encaminhamento a serviço de urologia, é fundamental a adesão ao tratamento e seguimento prescritos pela gravidade da doença e freqüência, e de recidiva.

Para investigação de um tumor renal, o exame físico identifica a maioria dos tumores de Wilms, na infância, pelo pediatra ou pela mãe. O ultra-som detecta massas renais com muita eficiência. Cistos renais simples não devem causar preocupação aos pacientes como se vê correntemente na prática diária. Tumores com necrose central se mostram com imagem irregular. Quando necessário, se indica uma tomografia computadorizada, e de modo excepcional uma ressonância nuclear magnética. As arteriografias são indicadas raramente.

A hematúria em todas as idades, pode ser causada por urolitíase. Já salientamos a rotina do ultra-som e do rx de abdome, nessa avaliação.

As cistites em mulheres jovens, ativas sexualmente, podem se fazer acompanhar de sangue no papel. Quando tratada a infecção e o sangramento não persistir, podemos interromper a investigação. Em mulheres mais idosas essa conduta seria inadequada.

As hematúrias de causa nefrológica, às vezes se manifestam com cilindros hemáticos. Pacientes com discrasia sanguínea podem ter essa causa de sua hematúria. Convém pensarmos em leucemia, para não nos omitirmos.

No Brasil o *Schistosoma hematobium*, não ocorre, mas seria uma patologia a ser lembrada em migrantes. A meu ver o médico geral não deveria deter-se na investigação das hematúrias e faria melhor se as deixasse ao urologista.

A PROTEINÚRIA se manifesta com urina espumosa. Edema pode estar associado. Ao exame de urina, além da detecção de proteínas, ocorre a presença de cilindros hialinos. Diminuição das proteínas séricas e dislipidemia são frequentes no síndrome nefrótico.

A HEMOSPERMIA, isto é sangue no esperma, raramente é indicativa de problema grave. As causas podem ser prostatite, abstinência sexual prolongada, biópsia prostática recente, câncer prostático, tuberculose urogenital. Há causa muito freqüente em nosso meio, e pouco lembrada: o coito interrompido. Ao tentarem evitar a ejaculação intra-vaginal, no momento do orgasmo o rapaz comprime seu pênis no momento da ejaculação, e o aumento súbito da pressão intraluminal causa lesões que ocasionam sangramento.

A conduta em hemospermia, consiste em toque retal, PSA, Investigação de BAAR na urina matinal, espermocultura, antibiograma. Às vezes, um teste terapêutico com quinolona ou trimetoprim-sulfametoxazol, por 4 a 8 semanas, pode ser de caráter prático. Raras vezes, se prossegue na investigação. Na INCONTINÊNCIA URINÁRIA, a perda de urina é um drama que causa grande desconforto aos pacientes, pelas implicações pessoais, familiares, sociais e profissionais.

Na infância, a enurese, o ato de se molhar a cama durante o sono é normal até os 18 meses, porém pode persistir em crianças normais até os 4 anos. A primária é a que nunca cessou; a secundária é a que voltou a ocorrer, geralmente por motivos psicológicos, como uma separação, ou o nascimento de irmãos. Quando houver queixas diurnas, e a ocorrência de infecção urinária, ou a persistência, dessa perda, além dos 6 anos, é necessária uma investigação de fatores predisponentes. Grande parte dos casos é solucionada espontaneamente, com o tempo.

A incontinência urinária é a perda involuntária de urina. Pode ser causada por uma multiplicidade de fatores. Contudo há expressões sem significado objetivo, que devem ser evitadas, como urina presa e urina solta. Assim alguém com

cistite aguda urinando com frequência, que tão logo urinasse, estivesse com desejo miccional, poderia relatar estar com urina solta pela frequência e com urina presa pelo tenesmo. Por outro lado, sintomas decorrentes de obstrução do trato inferior, poderiam ser relatados como urina solta pela polaciúria, ou como urina presa, pelo jato fino e lento.

A incontinência contínua pode ocorrer por fístula vésico-vaginal, uretero-vaginal, e por ectopia ureteral. As fístulas são comuns após cirurgia ginecológica; na vésico-vaginal, se o débito for grande, não haverá micções; nas uretero-vaginais, além da perda contínua, a paciente terá micções normais; a ectopia ureteral causa incontinência apenas em mulheres, pela posição do meato ectópico distal ao esfíncter, com micções normais e perda contínua. Com frequência, o ureter ectópico drena um pólo superior displásico, com pouca diurese, passível de confusão com corrimento vaginal. No sexo masculino a ectopia ureteral não causa perda urinária por localizar-se cranialmente ao esfíncter.

Lesões completas do esfíncter uretral também podem causar incontinência total.

A incontinência urinária aos esforços ocorre em mulheres por trabalho de parto prolongado ou por lesões durante o mesmo. Em homens, ocorre após cirurgia prostática radical e por lesão do esfíncter. Há perdas ao tossir, espirrar, chorar, ou fazer esforço.

É difícil o tratamento farmacológico neste grupo. O tempo pode solucionar as perdas após cirurgia prostática urinária.

A urge-incontinência pode ocorrer por obstrução, infecção e por neuropatia. Uma infecção urinária deve ser investigada.

A incontinência de transbordamento pode ocorrer em obstrução ou em neuropatia. Seu diagnóstico se faz com um

simples cateterismo vesical, ou ultra-som vesical que demonstrarão resíduo pós miccional.

O estudo urodinâmico é necessário em muitos casos. Testes com corantes, endoscopia, estudos radiográficos são úteis nas fístulas. O tratamento por medicamentos, fisioterapia, cirurgia, ou autocateterismo vesical intermitente, será tomado pelo urologista, após avaliação criteriosa.

A DISFUNÇÃO ERÉTIL (DE) é a incapacidade para obter e manter ereção peniana adequada para o ato sexual. O termo impotência e outras expressões vulgares e pejorativas foram abolidos do vocabulário com os pacientes, por terem conotação de problema definitivo, sem volta. Hoje, tem-se a DE como importante marcador para isquemia coronariana, uma vez que os fatores de risco são os mesmos.

Para uma ereção normal é necessário o relaxamento psíquico e da musculatura lisa das artérias e do tecido erétil. Então o fluxo aferente de sangue, maior do que o eferente e ocorre a ereção: inicialmente o enchimento do tecido erétil aumenta o volume do pênis, na fase de tumescência; a seguir, a túnica albugínea limita o aumento de volume, e a pressão intracavernosa e esponjosa se elevam, surgindo a rigidez. Durante o sono, na fase de movimentos oculares rápidos (REM), ocorrem ereções, que são normais e importantes para a nutrição do endotélio.

Ansiedade e preocupação interferem negativamente na sexualidade. Quando houve insucesso erétil progressivo, é comum o temor de desempenho, o medo de não conseguir, o temor de novas falhas, a diminuição da auto-imagem, e o quadro se perpetua. Para o atendimento desses pacientes, é importante que se quebrem mitos e preconceitos, e durante a consulta se mostre como a postura necessária para a

resolução do problema. Comparar a ação do stress ao que ocorre com quem fica pálido após um susto ao ser quase atropelado, ajuda o paciente a entender o que deve estar ocorrendo, quando ao psiquismo prejudicando seu desempenho.

Muitas religiões exercem poderosa influência negativa na sexualidade normal, por inculcarem a idéia de que sexualidade é ligada ao mal. Preconceitos arcaicos difundidos pela educação, pelos pais, engessam o superego de muitas pessoas. Elas não têm a percepção de que todos os sentidos são as interfaces pelas quais nos comunicamos com o mundo à nossa volta. Cada um dos sentidos nos protege de fatores de risco e nos proporciona prazer, para que, ao repetirmos sua utilização, possamos sobreviver. Desse modo, o tato agradável ao se tocar os genitais, leva a criança à repetição do gesto, ao se masturbar. A sexualidade, como outras funções, é um comportamento aprendido. Quem ganhasse um instrumento musical não saberia usá-lo sem um período de aprendizagem. A masturbação é normal e não causa prejuízos ao ser humano. A natureza ao criar a tumescência noturna precocemente, intra-uterina, e nos recém nascidos, antes da idade da procriação, prepara o indivíduo para sua vida futura.

A DE de causa psicogênica é de início súbito (relacionada a algum evento), situacional ou seletiva (com algumas parceiras e não com outras), com ereções normais durante a masturbação, durante o sono e ao despertar. Mesmo em uma DE orgânica, com freqüência há fator psicogênico associado. As causas de DE são psicogênica, arterial, neurológica, medicamentosa, por drogas, endócrina, mista.

Fatores a serem investigados: hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, stress, sedentarismo, diabetes mellitus, síndrome metabólico, uso e abuso de drogas lícitas ou ilícitas, tabagismo, etilismo agudo ou crônico, traumas de coluna, de bacia ou de períneo, excesso de ciclismo, iatrogenia cirúrgica ou medicamentosa, neuropatias, arteriopatias (claudicação intermitente), doença de Peyronie. As causas endócrinas são raras, cerca de 2%, pelo que não se faz investigação detalhada, exceto em casos selecionados.

A diminuição da libido pode ocorrer por temor de desempenho, por depressão, por perda do vínculo afetivo, e por diminuição da testosterona. Essa diminuição também se pode acompanhar de diminuição do volume de sêmen.

Como disse o sexólogo e pesquisador Moacir Costa, mais importante do que a reposição hormonal é a reposição afetiva. Beijar a mulher, namorá-la, passear de mãos dadas, dar-lhe novas roupas íntimas, acariciá-la demoradamente, ser mais um amante do que um marido, pode ajudar a reacender a chama.

Ao exame físico são procurados, nos portadores de disfunção erétil os sinais relacionados aos fatores de risco relatados ou presumíveis.

A investigação laboratorial inclui glicemia, colesterol total e frações, triglicérides, uréia, creatinina, testosterona total e urina tipo1.

A testosterona livre é inadequada. Se fossemos investigar mais a fundo seria necessária a dosagem da testosterona biodisponível, de custo elevado. Testes terapêuticos com testosterona seriam ineficazes quando o nível sérico estiver normal. Quando indicada reposição, deve ser precedida por

investigação para adenocarcinoma de próstata e o paciente seguido atentamente.

O tratamento da DE deve consistir em psicoterapia, quando necessário, abordagem clínica e terapêutica dos fatores de risco, adequação de doses dos medicamentos em uso, ou troca ou mesmo supressão, suprimir ou ao menos moderar o alcoolismo, suprimir ou moderar o tabagismo, evitando cigarros 3 horas antes do relacionamento, emagrecimento, exercícios físicos, combater stress. Se for uma DE de causa arterial, propor que ao coito, o homem fique sob a parceira, para que a musculatura do glúteos não seqüestre sangue do pênis, uma vez que as artérias glúteas e a pudenda interna que leva sangue ao pênis, são ramos da a.iliaca interna. Todas essas medidas são de importância para reverter o quadro em muitos pacientes.

As drogas orais devem ser prescritas após cuidadosa avaliação e com explicação de como tomá-las, e de que são facilitadoras da ereção, a qual para ocorrer, vai necessitar do estímulo. As substâncias orais disponíveis atualmente, têm mecanismo de ação semelhante, por serem inibidoras da PDE5. Qualquer paciente sem reserva cardíaca para o esforço realizado durante o ato sexual, não suportaria quaisquer terapêuticas que restaurassem sua função erétil. Usuários de nitritos ou nitratos não podem receber prescrição desse grupo de medicamentos, risco de óbito. Seus efeitos secundários podem ser rubor facial, cefaléia, obstrução nasal. A sildenafil (VIAGRA), na dose usual de 50mg, tem sua absorção diminuída se ingerida com álcool ou alimentos, e seu efeito terapêutico dura cerca de 5 horas. Pode ser feito ajuste da dose para 25 e 100 mg. Pilotos comerciais não



devem usar este produto que pode causar confusão entre as cores verde e azul nas cabeceiras de pistas de aeroportos.

A vardenafila ( LEVITRA e VIVANZA ) na dose de 10 ou 20 mg, meia hora antes do relacionamento, sem interferência de absorção com álcool e alimentos. Seu tempo de ação é de cerca de 8 horas.

A tadalafila (CIALIS) na dose de 20 mg, meia hora antes do relacionamento, sem fatores relatados que interfiram na absorção, com período de ação de 36 horas.

A lodenafila (HELLEVA) na dose de 80 mg, sem fatores relatados que interfiram na absorção, com tempo de ação de cerca de 8 horas.

Pacientes bem orientados e não responsivos a várias tomadas dos medicamentos orais são candidatos às injeções intracavernosas. O alprostadil (CAVERJECT) 10 e 20 mcg por aplicação com técnica especial, em dosagem individualizada para cada paciente, pode ser recurso muito importante para tratamento da DE. Requer a avaliação do urologista e ereções prolongadas, por mais de 3 horas, devem receber atendimento de urgência. Outras substâncias como a papaverina, fentolamina, e a clorpromazina podem ser associadas ao alprostadil, e entre si, mas requerem experiência em sua utilização. Priapismo farmacológico e fibrose de corpos cavernosos são complicações desse método.

As bombas de vácuo, que produzem enchimento passivo do tecido erétil, seguido por compressão da base do pênis por alça de silicone, embora popular nos Estados Unidos, não tem aceitação em nosso meio.

Na falha desses métodos terapêuticos, indica-se a colocação de implantes penianos (impropriamente chamados de

próteses penianas). Há os modelos maleáveis, com núcleo metálico, de menor preço, e os infláveis, de 2 ou 3 volumes, mais caros, que contendo líquido em seu interior, e válvulas de comando se enchem ou se esvaziam. Para colocação dos implantes os cuidados de assepsia, antissepsia e antibioticoterapia são rigorosos para evitar que uma infecção cause a extrusão do implante. É importante que se entenda que ao se colocarem os implantes parte do tecido cavernoso é destruído, e novos recursos terapêuticos não se aplicarão ao paciente.

A EJACULAÇÃO PRECOCE (EP) é uma disfunção sexual masculina sem uma causa orgânica, e muito relacionada à ansiedade. Nesses pacientes encontram-se outras características do perfil ansioso, como a onicofagia, meteorismo e a hipertensão do avental.

Raramente em pacientes com prostatite, encontramos EP.

A proposta de secção de nervos penianos, de alguns serviços de Urologia, a neurotripsia, ou neurotomia peniana, é ineficaz e não se justifica.

A psicoterapia é o melhor tratamento para EP. O terapeuta necessita de preparo para abordagem objetiva, mais curta e mais eficaz.

Os antidepressivos podem ajudar a controlar o problema, apenas durante sua utilização; os efeitos secundários desses medicamentos levam muitos pacientes a abandoná-lo. As drogas orais para DE podem facilitando as ereções, ser de valia.

O tratamento comportamental, desde que bem compreendido e executado pode dar maior controle ejaculatório após algum tempo.

Durante a fase inicial do tratamento, o uso de um anestésico tópico, à base de prilocaina e lidocaina (EMLA), aplicado na glândula e prepúcio por apenas 3 minutos, antes do relacionamento, e removido a seguir, pode ser de alguma utilidade, nos pacientes com pouca disponibilidade financeira.

Uma proposta terapêutica poderia consistir em psicoterapia, antidepressivo, inibidor de PDE5, e técnica comportamental. Seria uma solução preliminar, e depois, duradoura.

A FEBRE é um sinal de processo infeccioso grave. Pode ocorrer na pielonefrite aguda, na piodidrose, no abscesso perinefrético, na prostatite aguda e na orquiepididimite aguda. Ocorre, também, nas patologias, não urológicas a serem investigadas, para o diagnóstico diferencial.

Conforme já expusemos anteriormente, a pielonefrite pode estar associada a litíase obstrutiva, cursa com temperatura elevada. A cistite não se acompanha de hipertemia.

Em idosos e em recém nascidos, as manifestações de pielonefrite aguda podem ser inespecíficas.

O refluxo vésico-ureteral (RVU), não ocorre normalmente em humanos nascidos a termo. A anátomo-fisiologia da junção uretero-vesical é admirável. Há o mecanismo passivo anti-refluxo, cujos fatores são o comprimento, a obliquidade e a compressibilidade da junção uretero-vesical. Desse modo, quando a pressão intra-vesical se eleva, a junção é comprimida e se fecha, impedindo o retorno de urina ao ureter, bilateralmente. Ao nível dessa junção o ureter tem alguma mobilidade, no túnel oblíquo que percorre, na parede vesical. Os ureteres têm a musculatura em espiral; ao nível da junção ela se torna longitudinal. Abaixo dos meatos ureterais, a musculatura perde a forma de tubo e continua

como feixes musculares, que se encontram e na forma de um Y, vão se inserir na uretra posterior, de permeio à musculatura do trígono. Durante a micção quando o colo vesical se abre, e o trígono se contrai, os ureteres são tracionados caudalmente, e a porção justa-vesical dos ureteres penetra nos hiatos, aumentando o comprimento das junções, e a eficiência do mecanismo passivo.

Apesar de toda essa engenhosidade da natureza, na infância a junção uretero-vesical não está plenamente desenvolvida, e o RVU é mais comum do que em adultos.

As complicações do RVU são a infecção urinária e a uretero-hidronefrose. O único sintoma puro de RVU é a dor lombar às micções, mas que é muito raro, e só ocorre em casos de grau mais alto.

Tratamento clínico do RVU: micção pelo relógio a cada 3 horas/ micção tríplice (3 vezes em seguida) para esvaziamento adequado do aparelho urinário/ postectomia em meninos com RVU, para prevenção de infecções urinárias/ quimioprofilaxia/ vigilância/ cirurgia, no insucesso do tratamento conservador, nos casos mais graves e na deterioração da função renal.

Toda infecção urinária na infância exige investigação com uretrocistografia miccional para que se possa descartar RVU. Infelizmente o ultra-som é ineficaz para esse diagnóstico.

A cistite pos-coito é muito comum em mulheres sexualmente ativas. Não é uma doença sexualmente transmissível, pois o germe infectante não é do parceiro, mas do genital feminino. À semelhança de uma bomba rolete, utilizada em cirurgia extra-corpórea, o mecanismo provável de entrada de bactérias na bexiga deve ocorrer por bombeamento, isto é compressão da uretra contra o púbis, criando pressão

negativa que aspira os micróbios para dentro. Como medidas de profilaxia da cistite pós-coito, preconizamos:

Micções pós-coito/ aumentar a ingestão hídrica pós-coito, e no quotidiano/ não adiar as micções/ lubrificante íntimo para diminuir o trauma durante os relacionamentos/ tratar quaisquer vulvo-vaginites/ usar coxim sob as nádegas, quando a mulher ficar sob o parceiro, para mudar o ângulo de penetração do pênis/ tratar obstipação intestinal/ Lactobacilus acidofilos/ suco de cranberry/ quimioprfilaxia, em casos selecionados/ avaliação e seguimento urológico.

#### EXAME FÍSICO GERAL:

Fácies.

Hálito (cetônico, etílico, urêmico, fotor hepático, de tabaco).

Consciência. Cianose.

Estado nutricional.

Hidratação. Edema.

Mucosas. Dispneia.

Marcha.

Pulso. Pressão. Temperatura.

#### EXAME FÍSICO ESPECIAL. TRATO URINÁRIO SUPERIOR.

##### INSPECÇÃO:

Cicatrizes, sondas, estomas, abaulamentos (grandes aumentos viscerais), equimoses, ferimentos (armas branca e de fogo, transfixantes ou não).

Solicitar laudo de cirurgias pregressas, ao cirurgião e patologista.

##### PALPAÇÃO:

Nas grandes massas retro-peritoneais, a loja renal pode estar abaulada, com sua consistência aumentada. A sensação que

se tem ao palpar região lombar normal está substituída por aumento de consistência.

**PALPAÇÃO RENAL:** os rins normalmente não são palpáveis. Situam-se no retroperitônio, abaixo do diafragma, lateralmente à coluna, o direito mais baixo do que o esquerdo, pela presença do fígado, com os pólos craniais mais próximos da coluna do que o caudal. Tem pequena mobilidade, menor do que 2 corpos vertebrais. Quando sofrem deslocamento maior do que esse, existe a nefroptose. Em pacientes longilíneos, ou magros eventualmente se pode palpar os rins, mas isso é excepcional.

Os princípios básicos em palpação renal são o de se utilizar uma mão lombar, de apoio, e uma abdominal, que penetra na expiração, mantendo sua posição, para sentir a subida e descida respiratórias renais, e suas características. De modo geral com o paciente deitado, e o examinador sentado no leito, do lado do rim a ser palpado, de frente para a cabeceira, procede-se como descrito. Pequenas variações de posição, e de procedimentos fazem a diferença entre os diversos métodos descritos na literatura. Abalos na mão abdominal podem se transmitir à abdominal nas grandes massas retroperitoneais.

Os ureteres, por suas dimensões, não são usualmente palpáveis. Os pontos reno-ureterais de interesse, a meu ver, são o costo-muscular( junção da borda caudal da 12<sup>a</sup> costela, e processos espinhosos) e o costo-vertebral( junção da borda caudal da 12<sup>a</sup> costela, e borda lateral da musculatura para-vertebral). Na cólica renal, podem ser discretamente dolorosos à compressão.

**PERCUSSÃO RENAL:** Enquanto a percussão dígito digital utilizada em semiologia do tórax e abdome, se baseia na

vibração tissular, causando sensação táctil e auditiva, que nos permite interpretar a textura da região examinada até poucos centímetros de profundidade, a massa muscular dessa região nos impede de utilizá-la nessa região.

Percussão manual, com a borda ulnar/ Sinal de Giordano:

Realizada, com a mão espalmada, em ambas regiões lombares, causa uma dor evidente, que pode sugerir processo inflamatório retroperitoneal (pielonefrite aguda, cólica renal, abscesso peri-nefrético, apendicite retro-cecal, pancreatite).

Muitas vezes, o paciente aproveita o momento do exame para indicar a sede de sua dor, embora a pesquisa do sinal tenha sido indolor.

AUSCULTA: sem indicação.

TRATO URINÁRIO MÉDIO. BEXIGA:

À INSPECÇÃO podem-se notar, quando presentes: cicatrizes, sondas, estomas, equimoses, traumas abertos, abaulamentos. Abaulamento, na maioria das vezes, deve-se a retenção urinária, em portador de LUTS.

PALPAÇÃO e PERCUSSÃO de abaulamento vesical, completa avaliação que se iniciou com a inspecção. O globo vesical é visível, palpável e percutível. À percussão, tem-se sub-macicez, ou macicez, de concavidade caudal. Após sondagem vesical, o tumor desaparece. Seu diagnóstico diferencial é com gestação( amenorréia), cisto de ovário( toque bimanual) e ascite. Na ascite temos o sinal do piparote, os círculos de Skoda e a macicez móvel nos flanco; é tão diferente, que mal cabe comparação. O ultra-som pode complementar essa avaliação de modo muito eficaz.

TRATO INFERIOR. PRÓSTATA:

Antes de se fazer um exame prostático, é desejável a coleta de sangue para o PSA. Seu valor normal é até 2.5 ug/l.

Infelizmente esse exame não é tão sensível, nem tão específico quanto seria desejável. Pode estar normal e o paciente ser portador de câncer prostático; pode aumentar em prostatites, com a idade, com o aumento de volume prostático, nas manipulações prostáticas (toque retal, ultrassom transretal de próstata, biópsias prostáticas, coito anal, relações).

O EXAME DIGITAL DA PRÓSTATA deve ser realizado anualmente, exceto quando houver parentes próximos com adenocarcinoma prostático, quando avaliação deve ser semestral. As posições em que o exame pode ser realizado são: de prece maometana, de litotomia, ou em decúbito lateral esquerdo, com flexão completa do membro inferior direito/ posição de Sims. Abaixadas previamente as vestes, o médico utiliza uma luva de procedimento, se borracha ou plástico, e um lubrificante no dedo indicador.

O lubrificante ideal é a vaselina sólida, por sua eficiência e baixo custo: cerca de 0,5g por exame. A lidocaína gel a 2% é muitas vezes mais cara, e se utiliza cerca de 1g por exame; seu efeito anestésico não causa menos desconforto ao exame, pois é aplicada na luva, e não no paciente. Avaliam-se ao exame, o tônus do esfíncter, a presença de tumor retal e os caracteres da próstata.

O tonus do esfíncter quando aumentado pode sugerir ansiedade ao exame, fissura anal (dor à introdução suave do indicador, e não à palpação prostática), ou lesão neurológica supra-sacral. Quando diminuído, sugere lesão neurológica infra-sacral.

Cerca de 50% de todas as neoplasias do colon estão ao alcance do dedo do examinador, e devem ser procuradas com



atenção. Igualmente a presença de sangue na luva deve exigir avaliação por gastroenterologista.

Ao toque, a próstata lembra uma castanha; sua consistência normal lembra a da ponta do nariz. Seu peso aproximado em gramas( 20g) se estima pelo seu diâmetro transversal em cm: cada cm equivale a 10g. Sua superfície usualmente é lisa. Há um sulco longitudinal que divide a glândula em metade direita e esquerda simétricas. Os limites são bem delimitados. A mobilidade, embora pequena é presente. À palpação a glândula costuma ser indolor. Essa corresponde à descrição de próstata normal, ou com HPB. Tamanho normal não exclui aumento em outras regiões não acessíveis ao toque, e não exclui esse diagnóstico: não há proporcionalidade entre tamanho e grau de obstrução.

Ao exame digital, os caracteres que sugerem câncer de próstata serão expostos a seguir. O tamanho é inespecífico e pode estar normal ou aumentado. A consistência se estiver heterogênea, aumentada, lenhosa (madeira), ou pétrea (pedra), é item muito suspeito. A superfície irregular, com nódulos duros é também suspeita de ACP. O apagamento do sulco mediano é de pouca importância, mas a assimetria é muito frequente no ACP. Se o tumor ultrapassar os limites da glândula, apaga seus limites e diminui sua mobilidade. A sensibilidade costuma estar aumentada somente nas prostatites. Uma próstata normal ao toque retal, não nos permite descartar um adenocarcinoma de próstata.

O ultra-som trans-abdominal não é adequado à avaliação prostática, permitindo apenas uma estimativa de volume, de urina residual e de espessamento da parede vesical. O ultra-som trans-retal de próstata pode mostrar áreas e nódulos hipo-ecoicos, assimetria, aspecto heterogêneo. É muito

empregado para direcionar as áreas a serem submetidas a biópsia, isto é um mínimo de 2 fragmentos em ambas as bases, em ambas as regiões médias e em ambos os ápices (porção mais caudal), além das áreas suspeitas. Os fragmentos são encaminhados ao patologista em frascos separados, para localização do tumor, se for o caso.

Nesta etapa, o paciente já deve há muito, estar aos cuidados do urologista, para estadiamento e definição da conduta. Quando o diagnóstico é precoce e tratamento adequado há muita chance de cura.

### **PÊNIS E URETRA:**

Ausência do pênis: (congenita; total, ou parcial: amputação, mutilação, acidente)

Tamanho: (usualmente normal; preocupação indevida; reorientar). Infância: comum em meninos obesos o pênis oculto na gordura do hipogástrico. Mais tarde, ginecomastia puberal, e prejuízo da auto-imagem.

### **Prepúcio:**

Ausência do prepúcio, no PO de postectomia;

Fimose obstrutiva (anel puntiforme, menor do que meato uretral, abaulamento e esforço miccional; infecção urinária progressa)

Fimose não obstrutiva (anel menor do que diâmetro do pênis) impérvio, parcialmente pérvio, ou pérvio ( menor do que o diâmetro da glândula)

Parafimose( estrangulamento/processo agudo) v. adiante

Bálano-postite aguda ou crônica

Balanite xerótica obliterante (BXO) fimose tardia, com líquen esclero-atrófico (área esbranquiçada)

Fimose adquirida: adulto: BXO; jovens: procurar um cancro sob a mesma; velhos: procurar câncer de pênis sob a mesma.

#### Indicações de postectomia:

Fimose obstrutiva

Infecção urinária prévia

Parafimose pregressa

Balanopostite de repetição( nvestigar diabetes)

Fimose persistente após a puberdade

Herpes genital recidivante

Lesões pré-neoplásicas( leucoplasia, eritroplasia de Queirat)

Papiloma-virus humano PVH)

Refluxo-vesico-ureteral

#### Contra-indicações de postectomia:

Absoluta: hipospádia(o prepúcio, por não ter pelos, é fundamental na reconstrução do pênis e uretra.

Relativa: obesidade, com o pênis oculto parcialmente na gordura abdominal; a cirurgia deixaria o pênis com tamanho aparente menor, com grave repercussão psicológica.

#### Parafimose

Edema e congestão do prepúcio e glande, após retração do prepúcio em portador de fimose.

Manobra terapêutica: Em luva de borracha, contendo gelo moído, ou neve do freezer, amarra-se o punho da mesma, inverte-se o polegar, e envolve-se o pênis na região

correspondente ao polegar da luva. Realiza-se compressão prolongada da glândula, até que o edema diminua, e o prepúcio possa retornar à sua posição normal. O procedimento, por ser incômodo e doloroso, deve ser realizado de modo contínuo, firme, mas sem pressão excessiva. Indica-se ulteriormente a circuncisão.

### Sinéquias bálano- prepuciais:

São as aderências usualmente existentes entre a glândula e face interna do prepúcio. Desaparecem com a idade, e não devem ser rompidas, pois tendem a se refazer.

### Frênulo-bálano-prepucial:

É o que o leigo chama de cabresto ou freio; quando curto, causa flexão ventral da glândula e deflexão à penetração. Pode sofrer lesões mínimas que são dolorosas e que se podem infectar, ou ruptura completa, com sangramento e susto. Recessos para-frenulares são depressões da região onde pode se acumular esmegma e ocorrer lesões como cancro, e por PVH. Não se deve confundir com 4 elevações pequenas e regulares, simétricas que são as glândulas de Tyson. A correção do frênulo curto ou com recessos, é a cirurgia de plástica do frênulo.

### Pênis. lesões cutâneas

Ulcerações:

Cancro mole

Cancro duro

Herpes simples

## Linfogranuloma venéreo Câncer de Pênis

### Pênis. Lesões por PVH:

Mais de 100 subtipos do vírus, com lesões multiformes  
Lesões verrucosas, acuminadas ou planas, por vezes hipercrômicas

Lesões acetobranças à dermatoscopia peniana (penoscopia) após abstinência sexual por 3 dias, cobrir o pênis com gazes úmidas em ácido acético a 5%, por 5 minutos, com a glândula exposta. Examinar com lupa. Falso positivo em micose e trauma recente. Na dúvida, biópsias.

Tratamento tópico, de ácido tricloro-acético (ATA) a 85%, limitado às lesões aplicado pelo urologista; se elevadas, melhor eletrocauterização pelo bisturi elétrico.

Filopodotoxina e imiquimod que se propõe sejam aplicados pelos pacientes, apenas nas lesões, são inadequados, pois leigo não tem como identificar todas as áreas afetadas.

A podofilina a 20% em solução alcoólica era útil, mas causa ao estudo anatomo-patológico, o aparecimento de áreas de atipia.

O 5 fluoracil creme a 5%, não tem a eficácia desejável.

Procurar lesão no meato, e regiões pubiana, crurais e perianais.

Grande tendência à recidiva. Seguimento por alguns meses.

Parceira ao ginecologista. Se coito anal, proctologista.

Investigar outras DST, e diabetes mellitus.

Postectomia após a cura.

### Profilaxia de doenças sexualmente transmitidas:

Preservativo.

Erotizar sua colocação, com gel lubrificante (base água).

Seleção de parceira(o/s).

Cuidado com contatos íntimos antes do preservativo

Não ser promíscuo(a).

Evitar sexo com pessoas promíscuas, no presente ou passado.

Fidelidade.

Micção após contacto.

Postectomia.

Abstinência sexual(?)

### Uretrites:

Gonocócica (secreção uretral abundante, francamente purulenta, incubação de poucos dias). Diplococcus Gram negativos, intra e extra- celulares. Diagnóstico de certeza, apenas laboratorial. **NUNCA USAR PENICILINA BENZATINA PARA ESSE GERME!**

Não gonocócicas geralmente por Chlamydia (secreção discreta, apenas matinal, incubação de semanas).

Diagnóstico laboratorial por estudo bacteriológico da secreção, ou do jato inicial matinal(10ml).

Tratamento empírico de ambas, com azitromicina 1g vo por 3 dias. Não é efetivo contra outros germes menos freqüentes, e contra Trichomonas.

Investigar outras DST. Parceira ao GO.

### Pênis- Meato Uretral:

Localização: tópico/ectópico  
tópico- distal, no topo da glândula  
ectópico-hipospádia/ epispádia

Ventral- hipospádia, associada a outros defeitos: curvatura ventral(chordee), torção, estenose de meato, prepúcio em gola de marinheiro( capuchão dorsal), criptorquidia. (cromatina sexual em casos extremos).

Dorsal- epispádia, uretra em calha; grau máximo extrofia vesical, com parede vesical anterior incompleta, e púbis afastados. Incontinência urinária total.

Diâmetro:

Entreabrir sempre para avaliar tamanho/ normal ou estenose

Conteúdo:

Puz, sangue, cálculo, condiloma, válvula

Pênis- Corpos cavernosos/Doença de Peyronie:

Palpação pode revelar áreas endurecidas(placas), em corpos cavernosos com curvatura em alguns casos. Etiologia desconhecida. Traumas progressivos?

ESCROTO (ou bolsa; nunca bolsa escrotal!): conteúdo normal

Testículos- volume de 1ml no RN, e 15 a 25 ml no adulto. Consistência fibro-elástica( quando amolecidos, muitas vezes sugerem infertilidade; quando endurecidos, orquite, tumor ou conteúdo líquido/cisto ou hidrocele, sob tensão) presentes desde o nascimento no feto a termo. Ausência:anorquia ou distopia testicular.

Epidídimos, usualmente dorsais em relação a cada gônada.

Dutos deferentes têm consistência firme, cerca de 2.5 mm de diâmetro, lembram uma carga de caneta esferográfica pela textura e grossura. Sua palpação é característica.

Artérias espermática interna, a. do músculo cremáster, e a. do ducto deferente. Não são palpáveis, mas podem ser avaliadas ao estetoscópio de Doppler.

Plexo venoso pampiniforme, que drena o sangue para a veia espermática interna. Quando em portadores de varicocele, pode ser visível ou palpável, em pé e em manobra de Valsalva.

Músculo cremaster; responsável pelo reflexo cremastérico, que resulta em elevação unilateral de cada testículo, ao pinçamento da região súpero-medial de cada coxa.

Escroto: aumento intrínseco (cordão não espessado)

Hidrocele: líquido entre os folhetos da vaginal, ao redor do testículo. Quando de pequeno volume, sinal do piparote presente (realizado com o dedo médio da mão direita, na região dorsal do escroto, torna-se visível na região ventral do mesmo). Grandes hidroceles simulam massa sólida. Transiluminação, em qualquer volume.

Orquiepididimite, dor, calor (comparar a temperatura cutânea das coxas com a de cada hemi-escroto; útil envolver o bulbo de termômetro digital com a pele de cada lado), tumor e rubor. Transiluminação não deixa a luz passar; leucocitúria e bacteriúria freqüentes; diagnóstico diferencial com torção; melhora com elevação escrotal (também no tratamento, com anti-inflamatório e antibioticoterapia).

Tumor aumento indolor sem sinais flogísticos, tamanho cerscente (usar paquímetro em consultas seguidas, pode ser



útil) transiluminação negativa, ultra-som elucidativo Cirurgia urgente por via inguinal.

Escroto: Aumento Extrínseco (cordão espessado; estrutura que vem de fora).

Varicocele: retorno de sangue em contra-corrente, por defeito venoso. Exame em pé e com manobra de Valsalva.

Hérnias: Saco herniário palpável à manobra de Valsalva. Quando está fixo há tempos, sem isquemia, a hérnia é encarcerada. Quando a hérnia é estrangulada, há isquemia da alça, obstrução intestinal ( ruídos hidro-aéreos em salva, com timbre metálico; mais tardiamente, íleo adinâmico; depois, peritonite). Cirurgia de urgência.

Hérnias ínguino-escrotais:

Crurais: abaixo do ligamento inguinal, junto ao pulso das aa. femorais.

Oblíquas externas: saco herniário penetra pelo anel profundo, seu colo situa-se cranialmente aos vasos epigástricos, e o saco pode descer ao escroto. Toca na ponta do dedo indicador quando introduzido no anel externo, e se realiza a manobra de Valsalva. Comum no jovem.

Diretas: saco herniário penetra por defeito na parede posterior do conduto, com seu colo caudal aos vasos epigástricos. Toca na polpa, lateralmente, o indicador inserido no anel externo, durante manobra de Valsalva.

Nota: as hérnias são tratadas pelo cirurgião gastroenterologista. Seu diagnóstico pode ser complementado por ultra-som escrotal; seu diagnóstico de certeza é intra-operatório.

Escroto: ausência testicular ( uni ou bilateral):

Anorquia; requer diagnóstico diferencial.

Distopias testiculares:

Criptorquidia: testículo fora do escroto, mas em seu trajeto normal; palpável ou não.

Ectopia: testículo fora do escroto e de seu trajeto normal; palpável ou não.

Testículos retráteis: testículos ora no escroto, ora não.

Técnica de palpação: pacientes de baixa idade, deitados; maiores em pé, e o examinador sentado defronte ao mesmo, com palpação pela mão homônima ao testículo, por inversão da pele escrotal, introdução do indicador no anel externo, e realização da manobra de Valsalva. Quando em testículos retráteis, colocar o paciente em posição de Buda, com as pernas e os joelhos fletidos, para alongar os mm. cremásteres, que são dependentes dos mm oblíquos menores.

Nota: Recomenda-se cirurgia precoce, antes dos 3 anos para preservação da fertilidade, pois é necessária uma temperatura menor do que a corporal, para que se preserve a fertilidade.

Os testículos distópicos têm predisposição para o câncer, e ao serem colocados no escroto, permitem sua palpação e um diagnóstico precoce em caso de neoplasia.

Escroto agudo: Torção de testículo. Dor súbita,,em jovem, escrotal ou abdominal. Há que se fazer o diagnóstico diferencial com orqui-epidimite, e hérnia estrangulada. Na torção, o testículo do lado comprometido estará mais alto, pois em virtude da torção, o cordão terá sofrido encurtamento. Pela torção, o epidídimo não estará localizado dorsalmente. A manobra de Prehn, isto é a elevação piora o quadro da torção, pois o cordão já torcido estará

acotovelado; se for uma orquite, o quadro melhorará, pelo alívio do edema e congestão.

Ante uma suspeita de torção, o paciente deverá ser encaminhado com urgência ao urologista. Na dúvida, será melhor que se opere uma orqui-epididimite, a se deixar de operar uma torção. O exame decisivo é o estetoscópio de Doppler, ao qual o sopro arterial estará ausente ou diminuído na torção.

Transiluminação escrotal (a luz atravessa as estruturas transparentes ou translúcidas).

Luz atravessa: Hidrocele, cisto de cordão, espermatocelo, hérnias inguinais do recém nato, edema escrotal, próteses testiculares transparentes.

Luz não atravessa: tumores, hematocele, orqui-epididimite, hérnias do adulto.

Diário miccional: é um procedimento indicado na avaliação das polaciúrias, da incontinência urinária, e na enurese. Deve ser realizado pelo paciente, a domicílio, durante 3 dias de 24 horas, em que, mediante o uso de um relógio que marque segundos e de um recipiente graduado em ml, o paciente anotará em colunas, os dias, o horário de cada micção, cada volume emitido, com sua respectiva duração, e o volume líquido ingerido (por exemplo, quantos copos de 200ml). Este procedimento, embora trabalhoso, permitirá que se formulem várias hipóteses diagnósticas, e se direcione a investigação, diminuindo seu custo.

Pela análise de cada dia do diário, o número de micções nos dará a frequência miccional; o maior volume emitido nos dará estimativa da capacidade vesical; a soma dos volumes

diários nos informará a diurese; o quociente de cada volume emitido pelo seu respectivo tempo de emissão nos dará uma estimativa do fluxo, e a ingestão nos informará sobre polidípsia. A freqüência nos irá sugerir infecção urinária, obstrução, bexiga neurogênica, diabetes, cistite intersticial. A capacidade vesical nos indicará pesquisa de bexiga neurogênica, tuberculose, sondagem prolongada, cistite intersticial. A Poliúria nos encaminhará a investigar diabetes, rinite, infecção, bexiga neurogênica, cistite intersticial. O fluxo baixo com volume adequado nos indicará a possibilidade de fator obstrutivo. As causas de polidípsia, tais como diabetes, trabalho em ambientes quentes, rinites merecem avaliação. A inclusão de rinite entre doenças a serem investigadas, deve-se à dificuldade respiratória pelas narinas, causa respiração bucal, com sede e ingestão de grande volume líquido, conseqüente poliúria e polaciúria. O diário miccional orientando o raciocínio clínico nos indicará as causas mais prováveis a serem investigadas.

### CATETERISMO VESICAL:

Embora de execução simples, por pessoa qualificada, tem pormenores técnicos que não podem ser negligenciados.

Suas indicações principais são: retenção urinária aguda ou crônica, controle clínico da diurese, o tratamento da insuficiência renal pós-renal (em hiperplasia prostática benigna, deixando-se a sonda aberta, por 1 ou 2 meses, até a normalização da uréia e creatinina), na hematúria maciça para desobstrução e irrigação vesical, coleta de urina para exames, mensuração do volume residual e controle de algumas incontinências (discutível).

A técnica deveria incluir a tricotomia prévia para ulterior fixação do cateter no abdome e, em homens, do pênis sobre o abdome. A antisepsia se faz hoje com iodopolividona, ou clor-hexidina em solução não alcoólica. O prepúcio deve ser retraído, e os grandes lábios afastados, com gazes. Com luvas estéreis, a anestesia com gel hidrossolúvel (nunca gorduroso!) é aplicada com seringa, 20 ml no homem adulto ( a ser mantido dentro da uretra por alguns minutos, para anestsiar, lubrificar e abrir a luz uretral), e 5 ml em mulheres. A sonda de demora de Foley, mais calibrosa quando houver hematúria, e mais fina nas demais indicações; com 2 vias usualmente, e com e vias quando for necessária irrigação vesical. Uma das vias é sempre a do balão, que tem válvula, e deve ser previamente testada com água destilada em seringa, cuja ponta seja sem rosca. A sonda segura enrolada em uma das mãos enquanto a outra irá apresentar os genitais; em homens, uma gaze estirada ao redor da glande, permite uma tração delicada do pênis para o forro da sala, e em mulheres os grandes lábios afastados com uma gaze em cada lado, para exposição do meato, abaixo do clitóris( este logo abaixo da junção cranial dos pequenos lábios). Uma vez introduzida a extremidade da sonda no meato uretral, a mesma é delicadamente empurrada até seu final para que se evite o enchimento do balão dentro da uretra. Exceção é a troca de sondas de cistostomia, pois se a sonda for introduzida em excesso, poderá progredir pelo colo vesical, até a uretra. Com outra seringa de 20ml , se enche o balão com 5 ml de água destilada; evita-se a seringa do anestésico, para que não ocorra cristalização do mesmo, com entupimento da válvula. Nas sondas de 3 vias, a mais calibrosa é sempre a de saída, e a mais fina a de entrada. O

paciente deitado manteve uma cuba de 500 ml apoiada no leito; retirado o campo oftálmico, aspira-se a luz da sonda para retirar a lidocaína possa estar impedindo o fluxo de urina. Esvaziada a bexiga, coneta-se um coletor de urina sistema fechado, com válvula. Procede-se a fixação da sonda e do pênis quando masculino; isto transforma a uretra em grande curva e evita tração sobre a mesma. A bolsa deve sempre ficar abaixo do nível do púbis. Em mulheres a fixação da sonda na coxa é errada, pois com a movimentação, uma parte da sonda penetra na bexiga, aumentando o risco de infecção. Em caso de sonda de 3 vias, instala-se a irrigação.

Os cuidados de higiene, com água, sabonete e ao redor do meato, com água oxigenada e antisséptico são diários. A troca deve ocorrer no máximo a cada 3 semanas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Bailey H: Semiologia Quirúrgica. Barcelona Ed Toray, 1963 pp 452-517.

Campbell M F: Urologia Prática. Rio de Janeiro Ed Guanabara Koogan, 1960, p VI.

Cury J: Hiperplasia Prostática Benigna. In Dall Oglio M, Srougi M, Nesrallah LJ, Ortiz WD: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar/ Escola Paulista de Medicina, Urologia, Ed Manole, 2005, pp 111-116.

Gerber GS, Brendler CB: Evaluation of the Urologic Patient: History, Physical Examination and Urinalysis. In Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA: Campbell-Walsh Urology.9<sup>th</sup> ed, Philadelphia Saunders Elsevier, 2007,pp 81-110.

Mc Aninch JW: Syntoms and Dysorders of the Genitourinary Tract. In Tanagho EA, Mc Aninch JW: General Urology 17<sup>th</sup> ed, New York Mc Graw Hill Medical,2009, pp 30-45.

Medeiros AS: Semiologia Urológica,Rio de Janeiro,Medisi ED Medico Científica, 1993, pp 1-71.

Ramos J, Correia Neto A: Manual de Propedêutica do Abdomen, S.Paulo, Escolas Profissionais Salesianas, 1935, pp 143-155.

Srougi, M, Cury J: Urologia Básica Curso de Graduação Médica, Ed. Manole, 2006 pp 1-14.