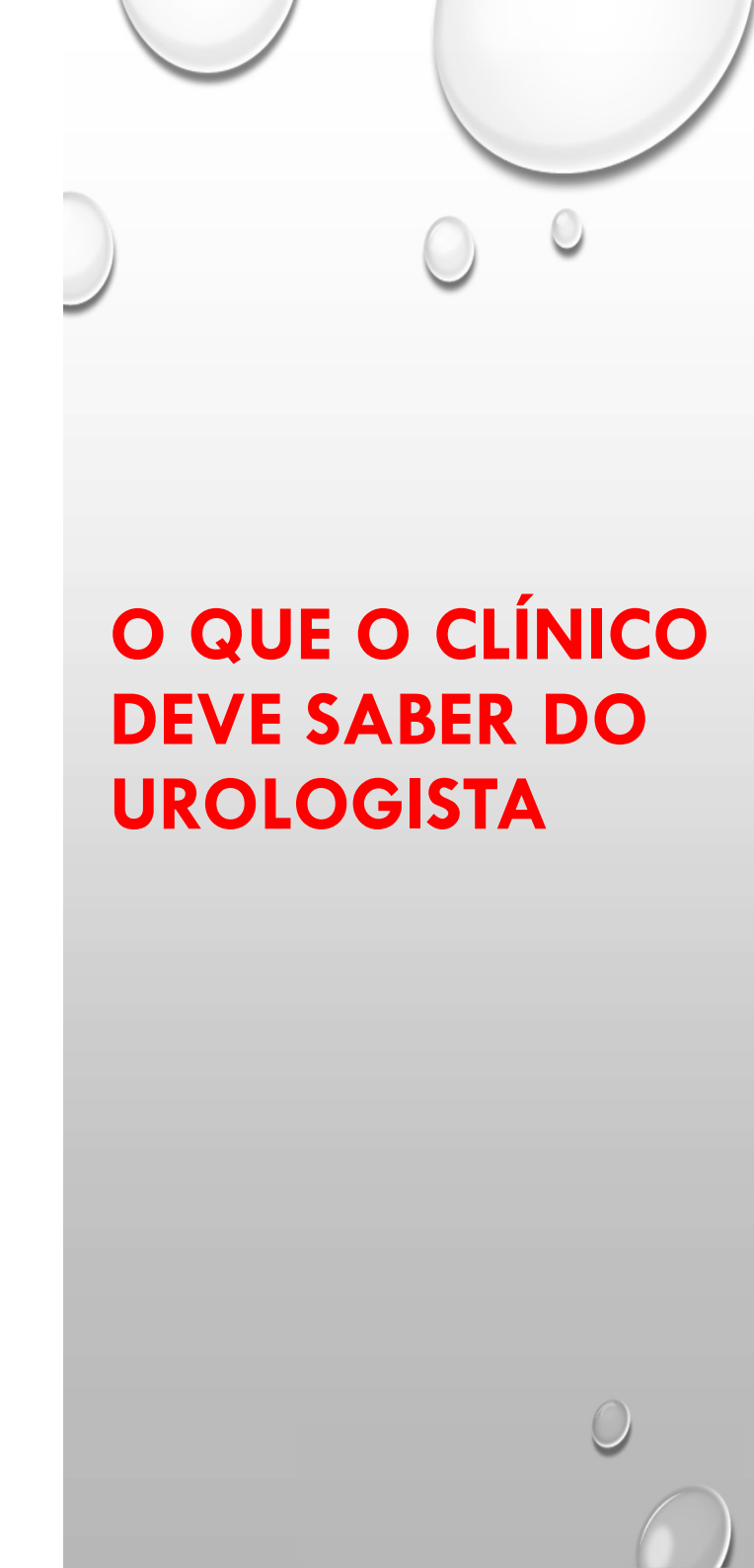


The background of the slide is a gradient of purple and blue, decorated with several realistic water droplets of various sizes. The droplets are positioned in the top-left, top-right, and bottom-right areas, creating a clean and modern aesthetic.

O QUE O CLÍNICO DEVE SABER DO UROLOGISTA

HUMBERTO MONTORO
PROFESSOR DE UROLOGIA
UFAL



**O QUE O CLÍNICO
DEVE SABER DO
UROLOGISTA**

Hiperplasia Benigna da próstata

Tumor da Próstata

Incontinência Urinária

Litíase Renal

Cisto Renal

Hematúria

Orquialgia

HPV

Parafimose

Disfunção Erétil

HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA

Quadro clínico

Exames que
devem ser
solicitados

Tratamento
clínico

Tratamento
cirúrgico
Quando indicar?

HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA

Quadro clínico

Exames que devem ser solicitados

Tratamento clínico

Tratamento cirúrgico – Quando indicar?

HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA

- **QUADRO CLÍNICO:**

AUMENTO DA FREQUÊNCIA URINÁRIA, NICTÚRIA MAIS DE 2X, JATO MICCIONAL FINO, HESITAÇÃO MICCIONAL, MICÇÃO ENTRECORTADA, GOTEJAMENTO TERMINAL, MIÇÃO EM DOIS TEMPOS, URGÊNCIA MICCIONAL, URGEINCONTINÊNCIA, INCONTINÊNCIA URINÁRIA PARADOXAL - RETENÇÃO URINÁRIA.

TOQUE RETAL – PRÓSTATA AUMENTADA.

RETENÇÃO URINÁRIA



HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA

- **EXAMES QUE PODEM SER SOLICITADOS:**

US DO APARELHO URINÁRIO E PRÓSTATA

PSA – TOTAL E LIVRE

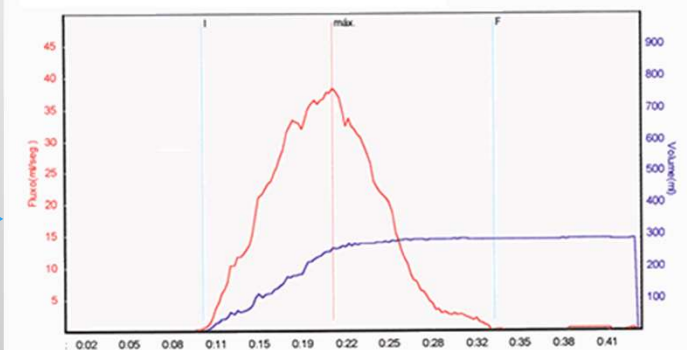
BIOQUÍMICA

EXAME DE URINA

UROFLUXOMETRIA



UROFLUXOMETRIA



[Urofluxometria]

Duração do fluxo = 22 seg
Tempo até o máximo = 10 seg
Fluxo máximo = 38,23 ml/seg
Fluxo médio = 12,95 ml/seg
Volume total = 288 ml

HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA

- **TRATAMENTO CLÍNICO:**

- FITOTERÁPICOS

- ALFA-BLOQUEADORES - DOXAZOSINA, TANSULOSINA, ETC

- BLOQUEADORES DA 5-ALFA REDUTASE – FINASTERIDE, DUTASTERIDA

HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA

- **TRATAMENTO CIRÚRGICO – QUANDO INDICAR?**
- RETENÇÃO URINÁRIA
- INFECÇÃO URINÁRIA
- HEMATÚRIA
- FALHA NO TRATAMENTO CLÍNICO


RTU DA PRÓSTATA



<https://youtu.be/eo9BqVUvkVQ>



CÂNCER DA PRÓSTATA

- INCIDÊNCIA
 - QUADRO CLINICO
 - DIAGNÓSTICO
 - OPCÕES DE TRATAMENTO
 - COMO ACOMPANHAR
- 

CÂNCER DA PRÓSTATA

- **INCIDÊNCIA**

- ❑ 2º CÂNCER MAIS FREQUENTE ENTRE OS HOMENS APÓS OS TUMORES DE PELE (NÃO-MELANOMA)
- ❑ 1 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE PRÓSTATA A CADA 7 MINUTOS
- ❑ 1 ÓBITO PELA DOENÇA A CADA 40 MINUTOS
- ❑ 25% DOS PORTADORES DE CÂNCER DE PRÓSTATA MORREM DEVIDO A DOENÇA
- ❑ 20% DOS PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA SÃO DIAGNOSTICADOS EM ESTÁGIOS AVANÇADOS
- ❑ QUANDO OS SINTOMAS COMEÇAM A APARECER, 95% DOS CASOS JÁ ESTÃO EM FASE ADIANTADA
- ❑ **NÃO É POSSÍVEL PREVENIR A DOENÇA**, MAS É POSSÍVEL DIAGNOSTICÁ-LA PRECOCEMENTE
- ❑ DIAGNÓSTICO PRECOCE – CHANCES DE CURA SÃO DE 90 %

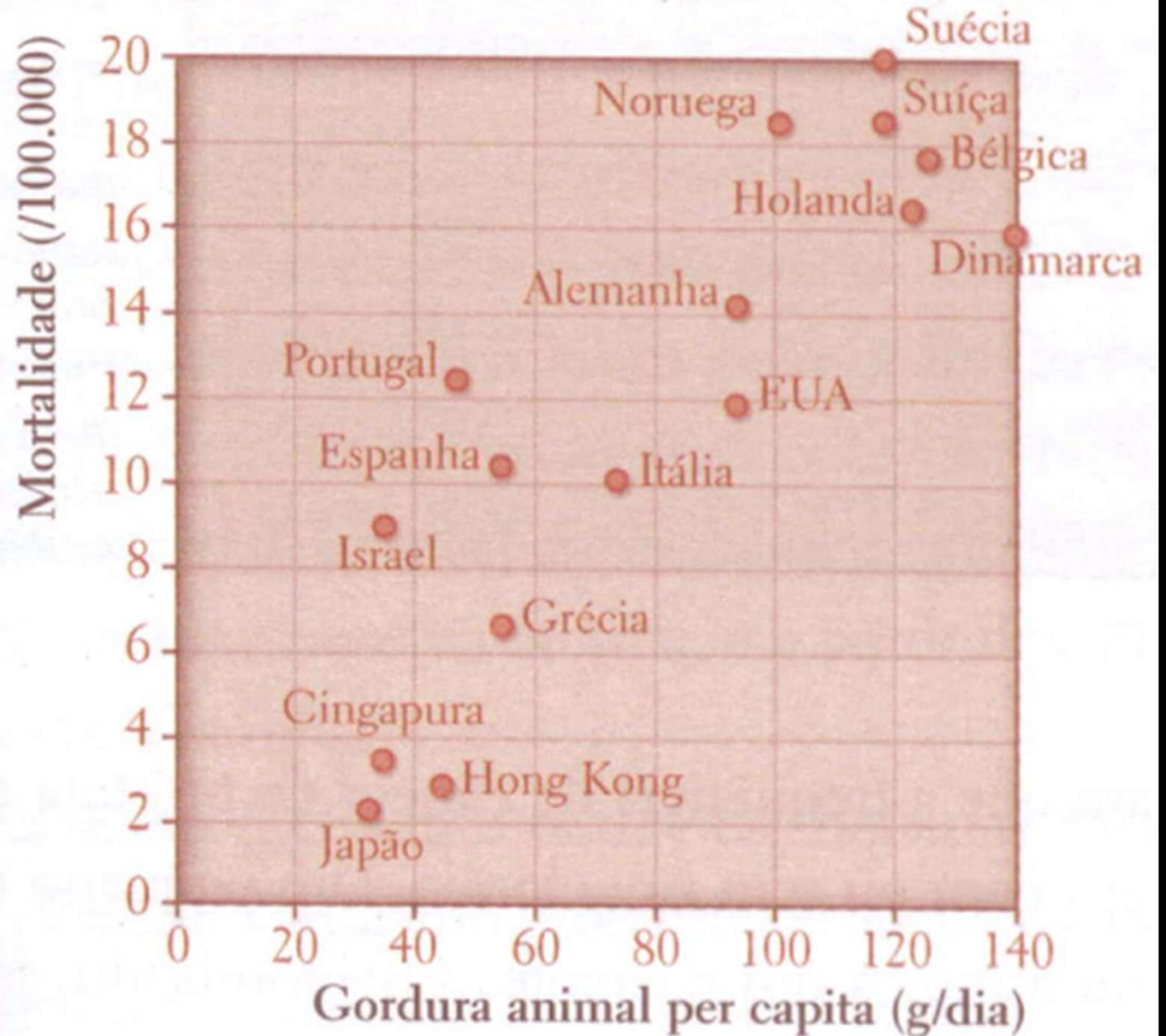
Câncer Da Próstata

FATORES DE RISCO

- Idade
- História familiar (hereditário)
 - 1 parente de 1º grau – chance 2x maior
 - 2 parentes de 1º grau – chance 6x maior
- Raça negra
- Obesidade
- Hábitos alimentares



Câncer de próstata e consumo de gordura



CÂNCER DA PRÓSTATA

- **QUADRO CLÍNICO:**

INICIALMENTE NENHUMA SINTOMATOLOGIA

NA PROGRESSÃO: SINTOMAS OBSTRUTIVOS

METÁSTASES

TOQUE RETAL: IRREGULARIDADE DE CONTORNO COM
PRESENÇA DE NÓDULOS

CÂNCER DA PRÓSTATA

- **DIAGNÓSTICO:**

PSA TOTAL E LIVRE – T > 2,5 - R L/T < 20%

ALTERAÇÃO DO TOQUE

RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA - PI-RADS 4 e 5

BIÓPSIA DA PRÓSTATA

CÂNCER DA PRÓSTATA

- **OPÇÕES DE TRATAMENTO:**

ACOMPANHAMENTO – VIGILÂNCIA ATIVA

CIRURGIA – EXPECTATIVA ACIMA DE 10 ANOS

DOENÇA ORGÃO CONFINADA

CONVENCIONAL

LAPAROSCÓPICA

ROBO ASSISTIDA

RADIOTERAPIA/BRAQUIOTERAPIA



CÂNCER DA PRÓSTATA

- **COMO ACOMPANHAR:**

PSA TOTAL

INFECÇÃO URINÁRIA DE REPETIÇÃO

- QUADRO CLÍNICO
- DIAGNÓSTICO
- BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA
- TRATAMENTO PADRÃO
- TRATAMENTO DE SUPRESSÃO
- ORIENTAÇÕES GERAIS

INFECÇÃO URINÁRIA DE REPETIÇÃO

- **QUADRO CLÍNICO:**

QUADRO RECORRENTE DE DESCONFORTO MICCIONAL

DISÚRIA, POLACIÚRIA, URGENCIA MICCIONAL E MUITAS VEZES ATÉ
HEMATÚRIA.

INFECÇÃO URINÁRIA DE REPETIÇÃO

DIAGNÓSTICO:

EXAME DE URINA – EAS COM CULTURA

EXAME DE IMAGEM

INFECÇÃO URINÁRIA DE REPETIÇÃO

- **BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA**
- QUANDO TRATAR:
 - NA GRAVIDEZ – RISCO PIELONEFRITE
 - NA NECESSIDADE DE CIRURGIA
 - INSTRUMENTALIZAÇÃO DO TRATO URINÁRIO

INFECÇÃO URINÁRIA DE REPETIÇÃO

- **TRATAMENTO**

- **TRATAMENTO PADRÃO - 7 A 10 DIAS**

- **ESQUEMA DE SUPRESSÃO -1/4 DOSE POR 6 MESES**

- **NITROFURANTOINA 100 MG/ NOITE**

INFECÇÃO URINÁRIA DE REPETIÇÃO

ORIENTAÇÕES GERAIS

- INGESTÃO HÍDRICA
- CRANBERRY
- CONSTIPAÇÃO INTESTINAL
- REPOSIÇÃO HORMONAL – **TÓPICA**
- URINAR COM FREQUÊNCIA

INFECÇÃO URINÁRIA DE REPETIÇÃO

VACINA

URO-VAXON

The background of the slide features a light gray gradient with several realistic water droplets of various sizes scattered across the surface. The droplets have highlights and shadows, giving them a three-dimensional appearance. The text is centered in the upper half of the slide.

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Fases da Micção

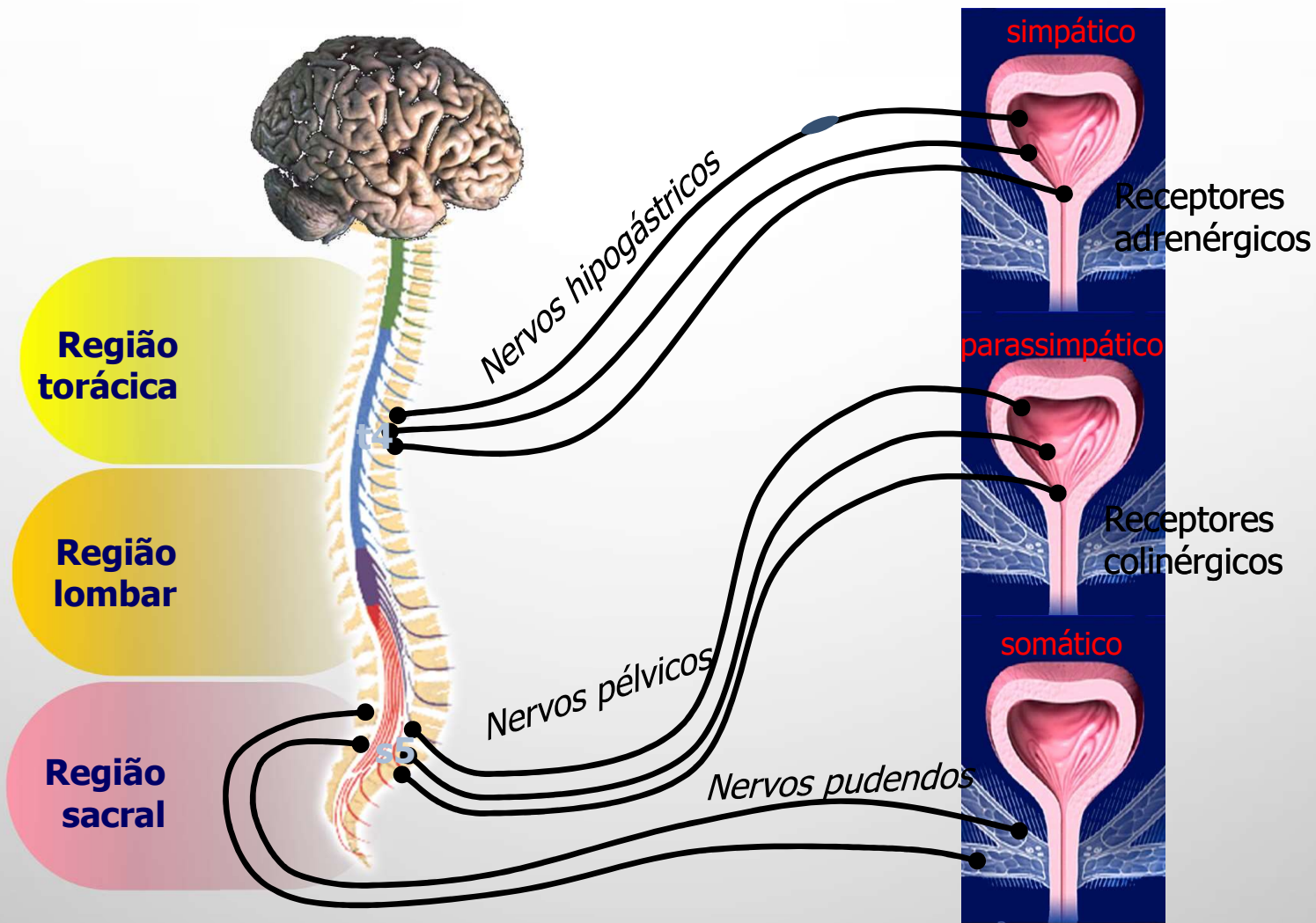
Enchimento e armazenamento

- NESSA FASE, À MEDIDA QUE A URINA SE ACUMULA, A DISTENSÃO DA PAREDE DA BEXIGA ESTIMULA OS RECEPTORES.
- O DETRUSOR DEVE SER MANTIDO RELAXADO E O ESFÍNCTER EXTERNO DA URETRA CONTRAÍDO ATÉ UM NÍVEL NO QUAL O REFLEXO DA MICÇÃO É ATIVADO.
- CAPACIDADE VESICAL MÉDIA 350/500ML
- PRIMEIRO DESEJO: 150 A 200 ML,
- DESEJO FORTE 400/500 ML

Esvaziamento

SE HÁ DECISÃO DE EsvAZIAR:

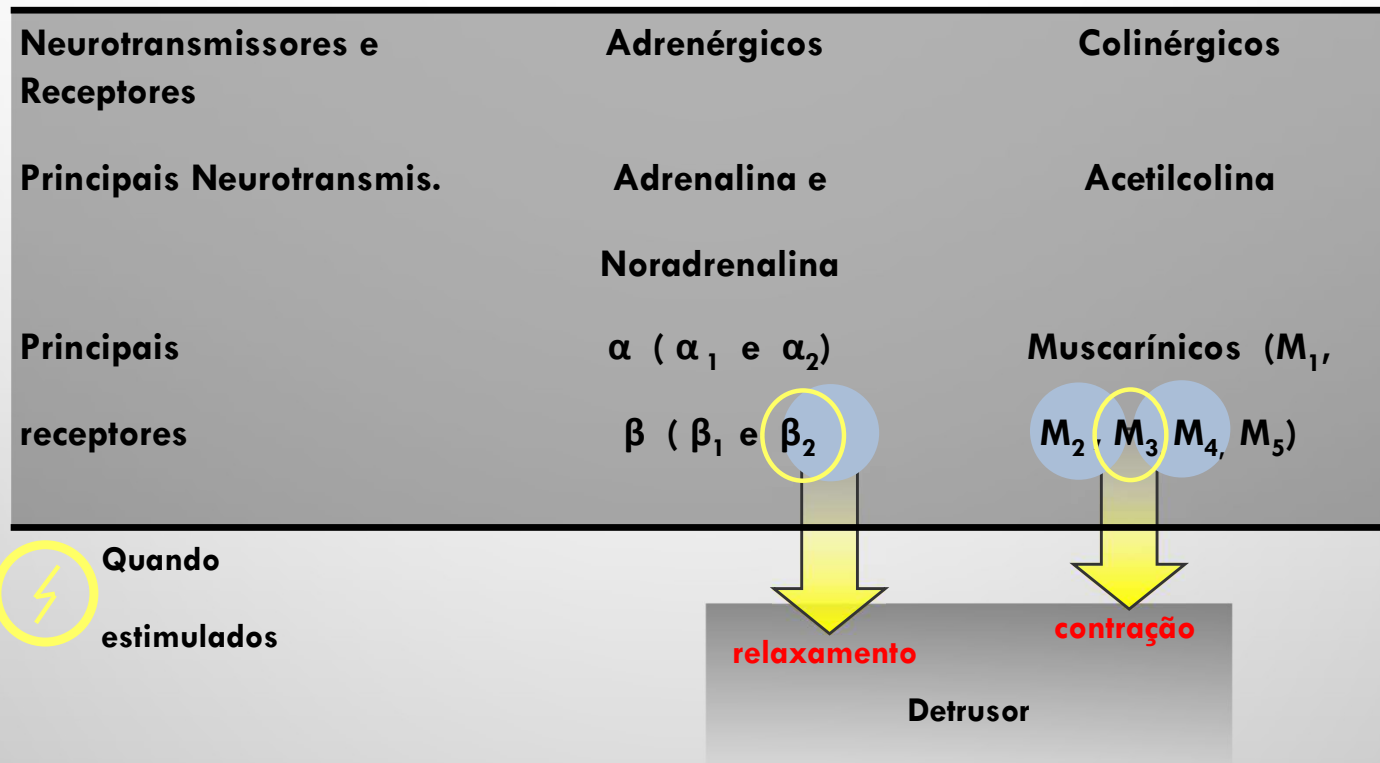
- RELAXAMENTO DO MÚSCULO DO ASSOALHO PÉLVICO
- CONTRAÇÃO DO DETRUSOR
- RELAXAMENTO DO ESFÍNCTER EXTERNO DA URETRA



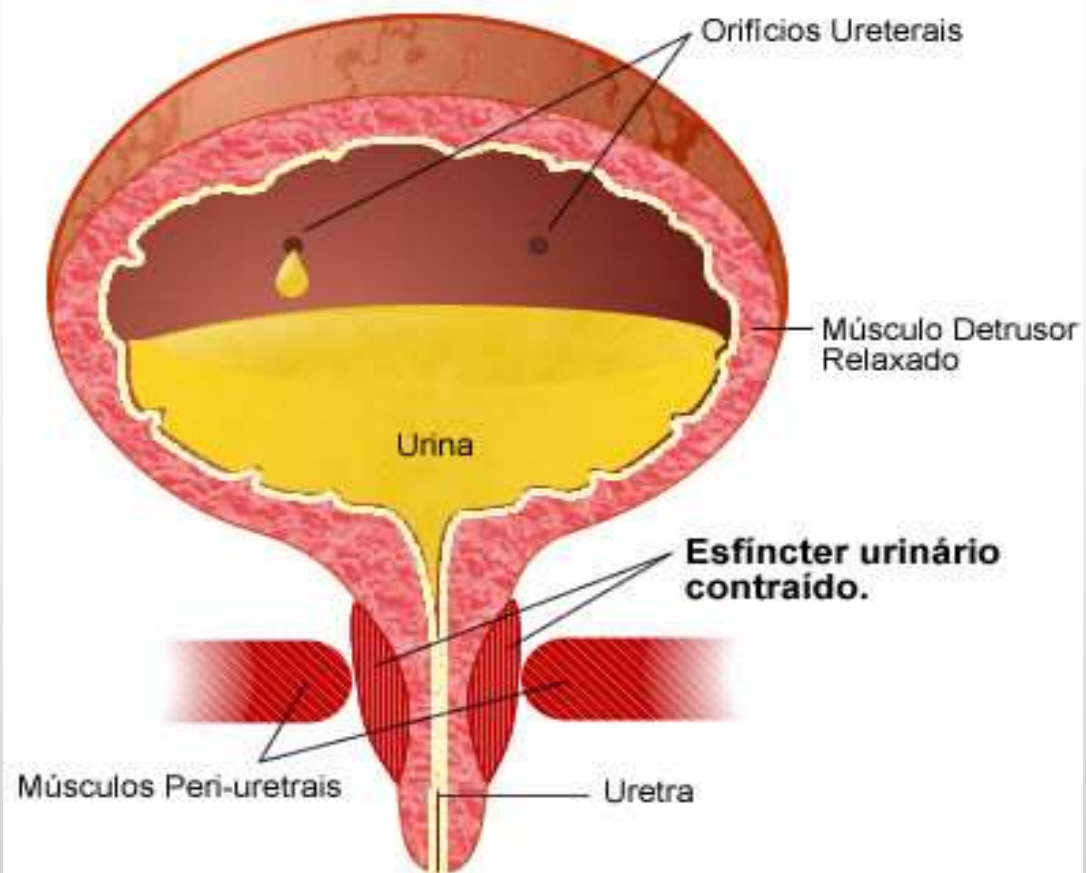
Neurotransmissores do SNA

Simpático

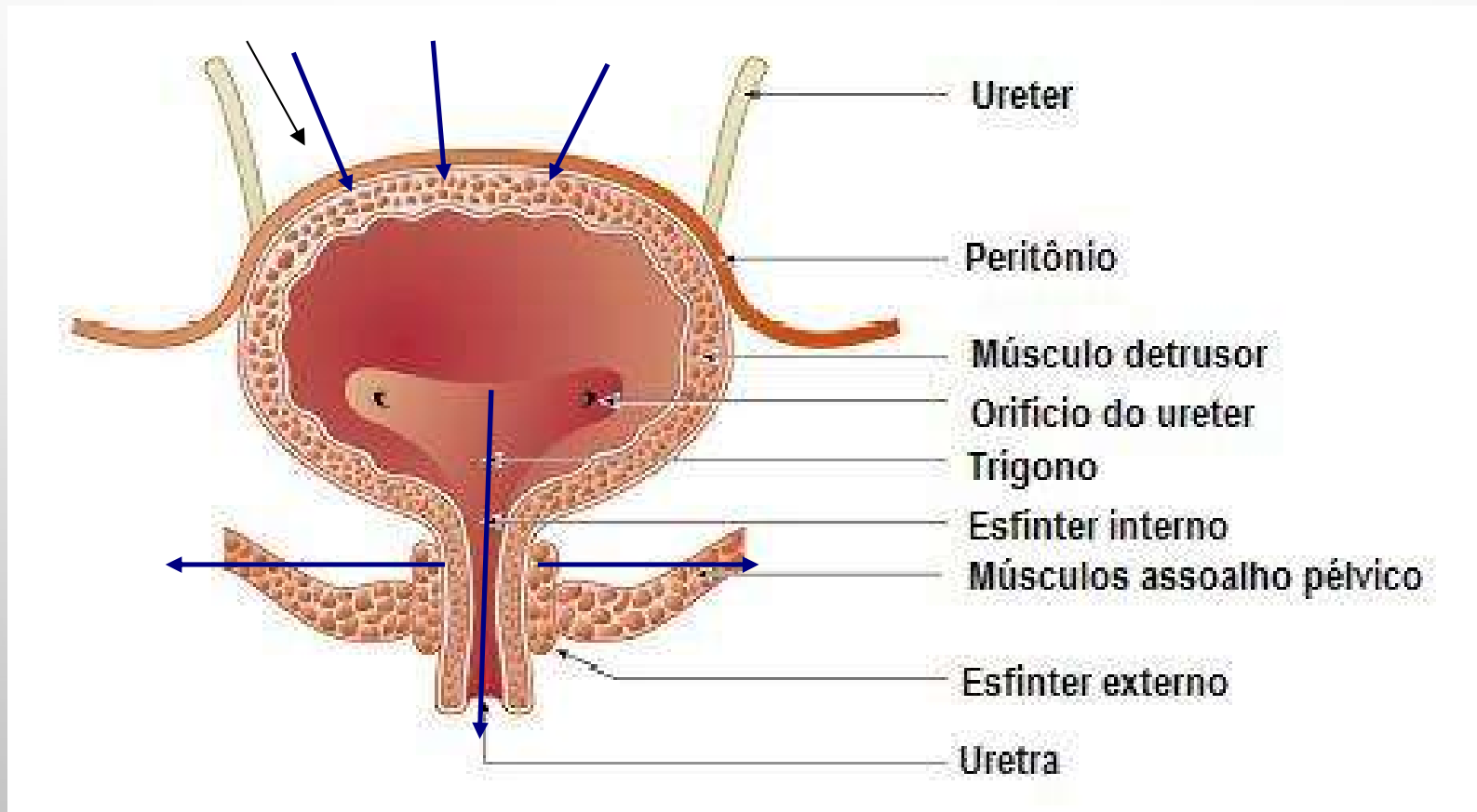
Parassimpático



BEXIGA ARMAZENANDO URINA



ESVAZIAMENTO VESICAL



INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

- **DEFINIÇÃO:**

- PERDA DE URINA MOTIVADA POR ESFORÇO (TOSSE, RI, GARGALHAR), ISTO ACONTECE DEVIDO A UMA AUMENTO DA PRESSÃO INTRA ABDOMINAL.

- **SINAIS DA INCONTINÊNCIA DE ESTRESSE**

- OBSERVAÇÃO CLÍNICA E EXAME FÍSICO OBSERVA-SE A PERDA DE URINA AO ATO DE TOSSIR OU NA MANOBRA DE VALSALVA.

ETIOLOGIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

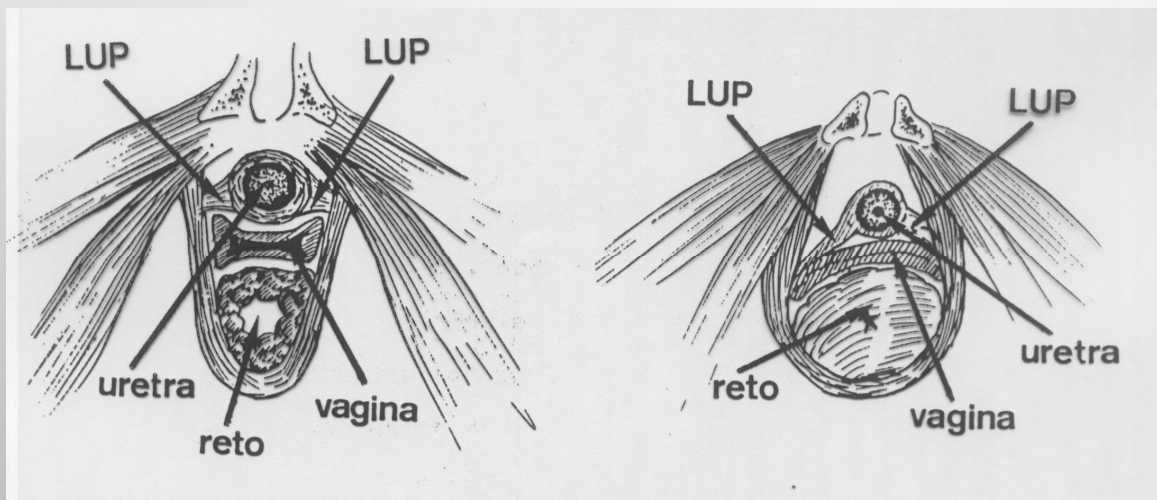
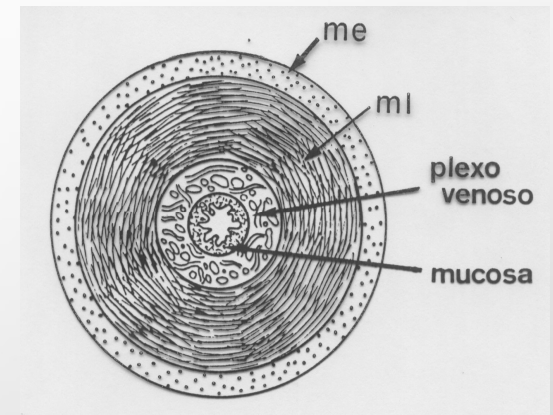
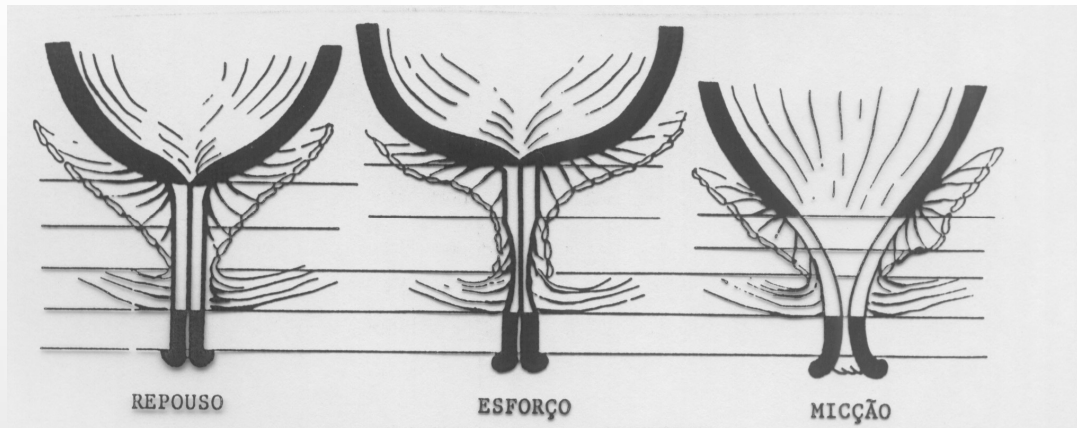
IDOSO MASCULINO



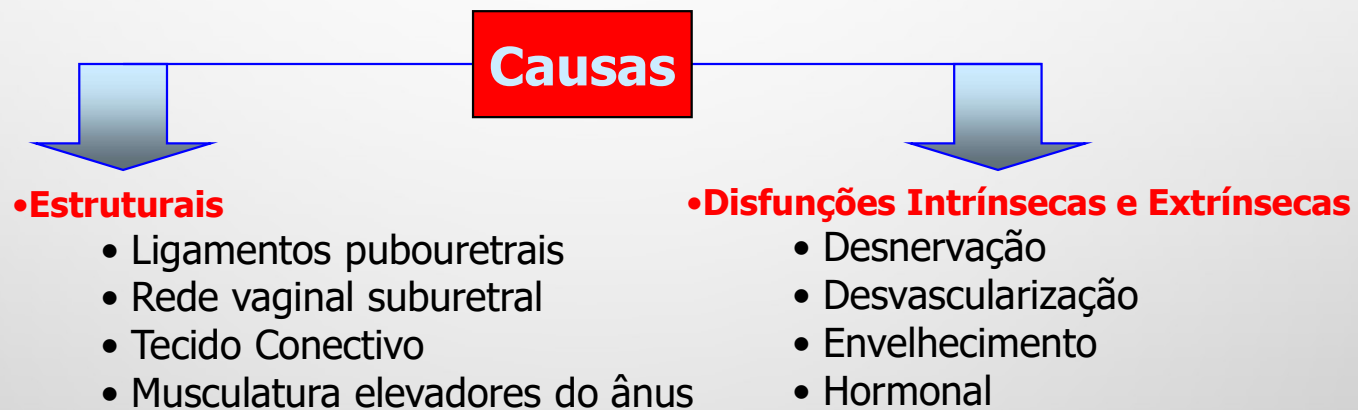
- OBSTRUÇÃO DA PRÓSTATA
- PÓS-OPERATÓRIA (PROSTATECTOMIA RADICAL)
- HIPERATIVIDADE DETRUSORA
- BEXIGA NEUROGÊNICA
 - ALTA PRESSÃO
 - BAIXA PRESSÃO

IDOSO FEMININO

- INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO
 - GENUINA
 - HIPERMOBILIDADE URETRAL
 - LESÃO ESFINCTERIANA
- INCONTINÊNCIA URINÁRIA MISTA
 - GENUINA + BEXIGA HIPERATIVA
- BEXIGA HIPERATIVA MOLHADA
- BEXIGA NEUROGÊNICA
 - ALTA PRESSÃO
 - BAIXA PRESSÃO



INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO



TIPOS DE INCOTINÊNCIA URINÁRIA

- INCONTINÊNCIA DE ESTRESSE.
- INCONTINÊNCIA DE URGÊNCIA.
- INCONTINÊNCIA MISTA.

PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA

- MAIS DE 15% DA MULHERES ACIMA DOS 40 ANOS DE IDADE

Incontinência por Estresse	60%
Incontinência de Urgência	37%
Incontinência Mista	15%

- Prevalência da doença aumenta com a Idade.

DIAGNÓSTICO DA IUE

ESTUDO URODINÂMICO

- DEFINIÇÃO:
 - SÃO MEDIDAS DA PRESSÃO INTERNA DA BEXIGA, URETEROABDOMINAL (RETAL), DURANTE AS FASES DE ENCHIMENTO E ESVAZIAMENTO VESICAL, REGISTRADAS EM UM EQUIPAMENTO ESPECÍFICO.

OUTROS EXAMES:

- ULTRASSONOGRAFIA OU FLUOROSCOPIA PODEM SER ADICIONADOS PARA DAR UMA CORRELAÇÃO ANATÔMICA COM O ESTUDO URODINÂMICO.



TRATAMENTO DA IUE

Não Cirúrgicos

- Fortalecimento Pélvico
- Reeducação Pélvica
- Eletro-estimulação
- Dispositivos Vaginais
- Dispositivos Intra-uretral
- Estrogênio
- Injeção de Colágeno
- Anti-colinérgicos

Cirúrgicos

- Retropúbico (laparoscopia) MKK; Burch
- Suspensão com agulha.
- **Slings suburetral ou obturador**

ESCOLHA DA TÉCNICA CIRÚRGICA

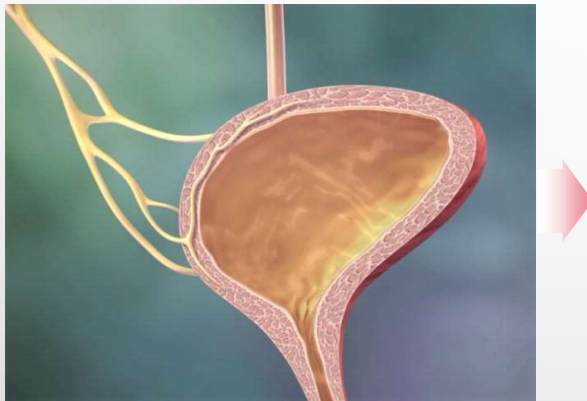
- ANORMALIDADES ANATÔMICA E FISIOLÓGICAS RESPONSÁVEIS
- NECESSIDADE DE PROCEDIMENTOS VAGINAIS OU RETROPÚBICOS CONCOMITANTES
- PREFERÊNCIA E HABILIDADE DO CIRURGIÃO
- EXPECTATIVAS DO PACIENTE

The background features a light gray gradient with several realistic water droplets of various sizes scattered in the corners. The droplets have highlights and shadows, giving them a three-dimensional appearance.

Bexiga Hiperativa (BHa)

O QUE É BHA?

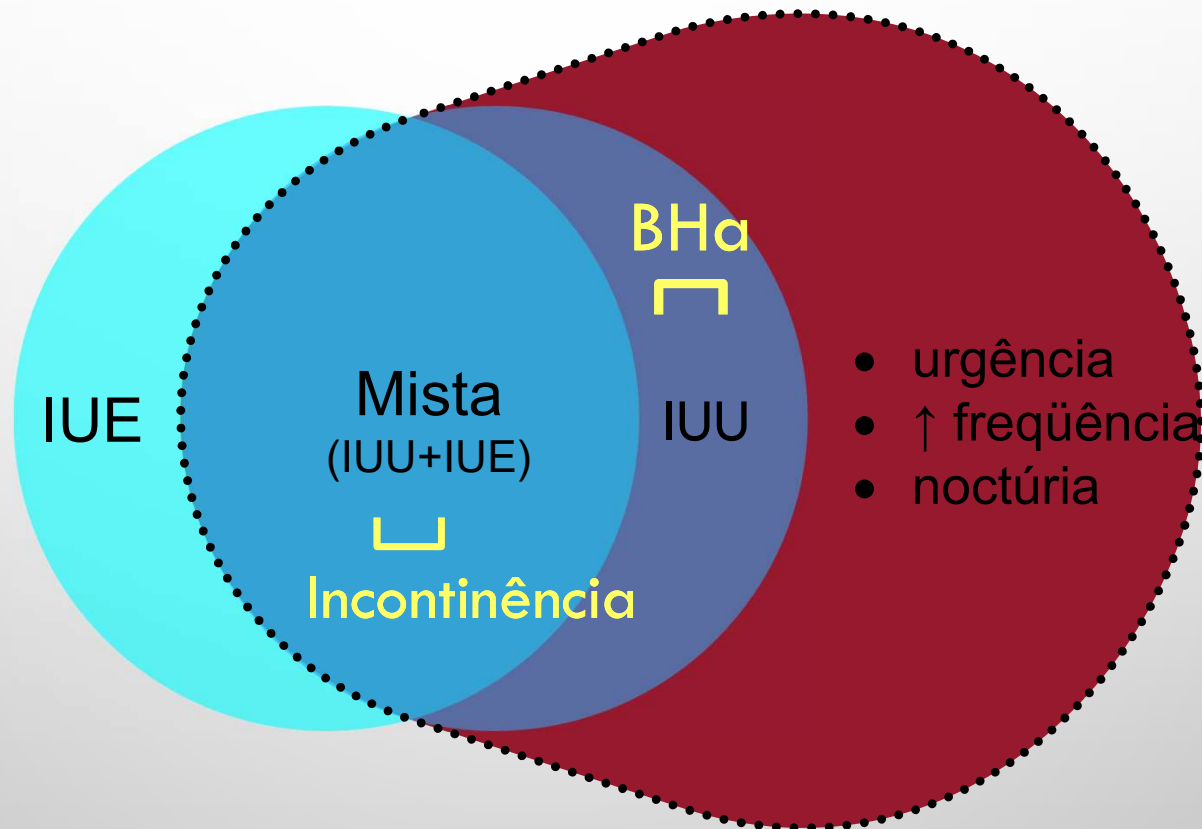
Contrações Involuntárias
freqüentes durante a fase de enchimento



Músculo Detrusor deve ficar
relaxado durante a
fase de enchimento

- SÍNDROME COM MÚLTIPLOS SINTOMAS:
 - URGÊNCIA MICCIONAL COM OU SEM INCONTINÊNCIA, POLACIÚRIA E NICTÚRIA, NÃO EXPLICADA POR FATORES INFECCIOSOS, METABÓLICOS OU LOCAIS.
- CONDIÇÃO CRÔNICA

ESPECTRO DA BHA E DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA



IUE = incontinência urinária de esforço
IUU = incontinência urinária de urgência

Quem precisa fazer Estudo Urodinâmico na BHa?

- Presença de IUM (esforço/urgência) em mulheres jovens
- BHa com possível obstrução (homem / mulher com prolápio)
- Distúrbio neurológico
- BHa que não responde ao tratamento clínico
- Antes de cirurgia do assoalho pélvico para incontinência

TRATAMENTO - BHA

- **NÃO INVASIVO**

- COMPORTAMENTAL
- CONES VAGINAIS
- BIOFEEDBACK
- ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA

MEDICAMENTOS

ANTICOLINÉRGICO / BETA ADRENÉRGICO

ANTI-DEPRESSIVO TRICÍCLICO (Imipramina e amitriptilina)

- **INVASIVO**

- TOXINA BOTULÍNICA
- ESTÍMULO NERVO TIBIAL
- NEUROMODULAÇÃO SACRAL
- DENERVAÇÃO SACRAL
- CISTOPLASTIA

MEDICAMENTOS

- **ANTICOLINÉRGICOS** – BLOQUEIOS MUSCARÍNICOS
 - OXIBUTININA (RETEMIC 5 MG)
 - TOLTERODINA (DETRUSITOL 2 E 4 MG)
 - DARIFENACINA (ENABLEX – 7,5 E 15 MG)
 - SOLIFENACINA (VESICARE 5 E 10 MG)

- **BETA ADRENÉRGICOS** – AGONISTA
 - MIRABEGRONA (MYRBETRIC 50 MG)

The background of the slide features a light gray gradient with several realistic water droplets of various sizes scattered across it. The droplets have highlights and shadows, giving them a three-dimensional appearance. The text is centered in the middle of the slide.

BEXIGA NEUROGÊNICA

BEXIGA NEUROGÊNICA

TRAUMÁTICA:

- FRATURAS DE COLUNA
- LUXAÇÕES DE VÉRTEBRAS
- COMPRESSÃO MEDULAR

NÃO TRAUMÁTICA:

- INFECCIOSA
- VASCULAR
- TUMORAL
- DEGENERATIVA

BEXIGA NEUROGÊNICA

MANIFESTAÇÃO CLÍNICA:

- NÍVEL DA LESÃO
- GRAU DE LESÃO NO PLANO TRANSVERSO
- GRAU DE LESÃO NO PLANO LONGITUDINAL
- TEMPO DE LESÃO

BEXIGA NEUROGÊNICA

- **NÍVEL DA LESÃO :**
- ACIMA DE T1 = TETRAPLEGIA
- ABAIXO DE T1 = PARAPLEGIA

BEXIGA NEUROGÊNICA

GRAU DE LESÃO- PLANO TRANSVERSO

- COMPLETA= TODA MOVIMENTAÇÃO ATIVA E SENSIBILIDADE ABAIXO DA LESÃO AUSENTES
- INCOMPLETA= ALGUMA MOTRICIDADE E/OU SENSIBILIDADE PRESERVADA. PARESIA.

FASE DE CHOQUE MEDULAR

- ANESTESIA SUPERFICIAL E PROFUNDA
- PARALISIA COMPLETA FLÁCIDA
- ARREFLEXIA SUPERFICIAL E PROFUNDA
- **ARREFLEXIA VESICAL**
- ATONIA INTESTINAL
- AUSÊNCIA DE EREÇÃO E EJACULAÇÃO
- AMENORRÉIA

FASE DE RETORNO DA ATIVIDADE MEDULAR REFLEXA

LESÃO DE NEURÔNIO MOTOR SUPERIOR:

- PARALISIA
- ESPASTICIDADE
- **HIPERREFLEXIA**
- AUTOMATISMOS
- ANESTESIA

FASE DE RETORNO DA ATIVIDADE MEDULAR REFLEXA

LESÃO DE NEURÔNIO MOTOR INFERIOR:

- PARALISIA
- **FLACIDEZ**
- ARREFLEXIA
- ATROFIA MUSCULAR
- ANESTESIA

Tratamento - Objetivos

- Preservação ou melhora do Trato Urinário Superior.
- Ausência ou controle da infecção.
- Armazenamento adequado com baixa pressão
 - (abaixo de 40 cm de H₂O).
- Esvaziamento adequado com baixa pressão.
- Controle adequado.
- Ausência de coletores ou estomas.
- Boa adaptação e integração social.



Facilitando o armazenamento - Anticolinérgicos



- Redução das contrações involuntárias de qualquer etiologia.
- Redução da sintomatologia.
- Aumento do volume,mas pode não haver mudança do tempo de alarme.
- Resultado? Em pacientes com diminuição da complacência.
- Parece não afetar resistência uretral.
- Resistência à atropina (liberação de neurotransmissores excitatórios não-colinérgicos).

Tratamento medicamentoso por aplicações na parede vesical



- Toxina botulínica.
 - Aumento da capacidade cistométrica.
 - Continência em até 80% dos pacientes com lesão medular.
 - Diminuição da necessidade de anticolinérgicos.
 - Efeitos transitórios (9 meses), tratamento deve ser repetido.
 - Poucos efeitos colaterais.

Importante



- Seja qual for a forma de tratamento utilizado, a pressão intravesical deverá permanecer baixa, preservando a função do trato urinário superior

Mudança do tratamento

- Deterioração do trato urinário superior.
- Infecção recorrente ou febre.
- Deterioração do trato urinário inferior.
- Armazenamento inadequado.
- Esvaziamento inadequado.
- Controle inadequado.
- Efeitos colaterais.
- Alterações cutâneas provocadas por dispositivos ou secundárias à incontinência.



TAKE HOME MESSAGE

- **BEXIGA COM BAIXA PRESSÃO**
- CATETERISMO INTERMITENTE
DOMICILIAR LIMPO
- **BEXIGA COM ALTA PRESSÃO**
- TRANSFORMAR EM BAIXA PRESSÃO
 - MEDICAMENTOS
 - CIRURGIA

LITÍASE URINÁRIA



QUADRO CLÍNICO



DIAGNÓSTICO



TRATAMENTO NO
CÁLCULO RENAL



TRATAMENTO DO
CÁLCULO
URETERAL



PREVENÇÃO E
MEDIDAS GERAIS.

LITÍASE URINÁRIA

- **QUADRO CLÍNICO**
 - ASSINTOMÁTICO
 - CÓLICA NEFRÉTICA



LITÍASE URINÁRIA

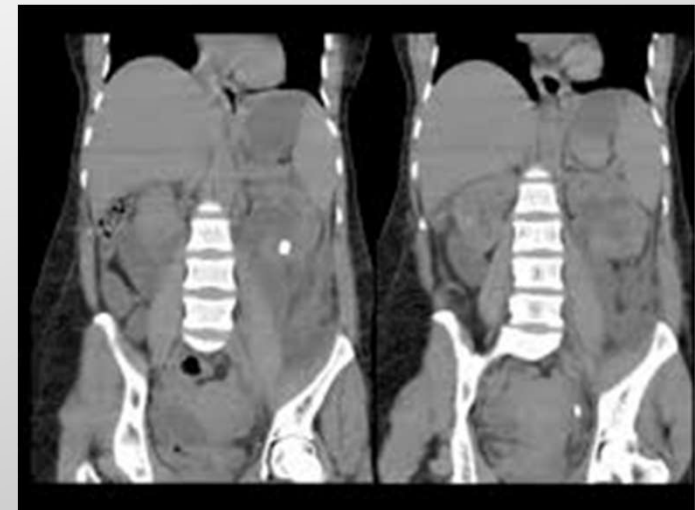
DIAGNÓSTICO

TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA

ULTRASSON + RX

URINA

BIOQUÍMICA RENAL



CÓLICA RENAL

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- APENDICITE AGUDA
- OBSTRUÇÃO INTESTINAL DE DELGADO
- DIVERTICULITE
- TORÇÃO OVARIANA
- RUPTURA DE PRENHEZ ECTÓPICA

LITÍASE RENAL

- TRATAMIENTO

CONSERVADOR

INTERVENCIONISTA

LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA
ENDOUROLÓGICOS

LAPAROSCÓPICO
CIRURGIA CONVENCIONAL

LITÍASE RENAL

- **TRATAMENTO INTERVENCIONISTA**

TAMANHO DO CÁLCULO

OBSTRUÇÃO URINÁRIA

INFECÇÃO URINÁRIA

SINTOMATOLOGIA

ANALGESIA

- OPÇÕES DE DROGAS:
 - AINHS RECOMENDADOS: CETOPROFENO 100MG EV OU CETOROLACO 30MG EV
 - ANALGESIA ASSOCIADAS: DIPIRONA 2G EV OU BUSCOPAM COMPOSTO EV, TRAMADOL 100MG EV, MORFINA 2MG EV (USAR DILUIÇÃO E DOSE FRACIONADA)
 - ANTIEMÉTICOS ONDANSETRONA 8MG EV OU METOCLOPRAMIDA 10 MG EV
 - HIDRATAÇÃO: SF 0.9% 500ML EV OU RL 500ML EV.

The background of the slide is a light gray gradient with several realistic water droplets of various sizes scattered across it. The droplets have highlights and shadows, giving them a three-dimensional appearance. The text is centered on the page.

PROTOCOLO

PARA EMERGÊNCIA

CÓLICA NEFRÉTICA

AValiação INICIAL CLÍNICO DE PLANTÃO
+ ANALGESIA

AVALIAR SINAIS DE ALARME*

EXAMES:

- HEMOGRAMA, CREATININA, UREIA, PCR, COAGULOGRAMA, SUMÁRIO DE URINA
- TOMOGRAFIA DE ABDOME TOTAL SEM CONTRASTE (PROTOCOLO LITIASE URINÁRIA)**

CÁLCULOS URETERAIS < ou = 6mm, SEM SINAIS DE ALARME

ORIENTAÇÕES + OFERECER TERAPIA EXPULSIVA***

CÁLCULO RENAL SEM SINAIS DE ALARME

CÁLCULO RENAL OU URETERAL + SINAIS DE ALARME

CÁLCULO URETERAL > 6mm SEM SINAIS DE ALARME

RECUSA TERAPIA EXPULSIVA

***SINAIS DE ALARME**

- CÓLICA DE REPETIÇÃO
- PIORA DOS SINTOMAS A DESPEITO DO TRATAMENTO CLÍNICO
- RISCO DE DIAGNÓSTICO ALTERNATIVO RIM ÚNICO
- TRANSPLANTADO RENAL
- IRC
- PIELONEFRITE AGUDA
- PIORA DA FUNÇÃO RENAL
- ANÚRIA
- GRAVIDEZ

ORIENTAÇÕES + MARCAR CONSULTA NO AMBULATÓRIO DE UROLOGIA

INTERNAÇÃO HOSPITALAR + AValiação DA UROLOGIA + JEJUM

EXAME DE IMAGEM**

- GRAVIDEZ – ULTRASSOM
- EXAME EXTERNO RECENTE COM EVIDENCIA DE URETEROLITIASE – NÃO NECESSITA DE NOVO EXAME

TERAPIA EXPULSIVA***

- **ENTRAR EM CONTATO COM UROLOGISTA DO PLANTÃO PARA CONFIRMAR POSSIBILIDADE DE ALTA COM TERAPIA EXPULSIVA.**
- **ORIENTAÇÕES:**
 - RISCO DE NÃO EXPELIR O CÁLCULO E NECESSIDADE DE REAVALIAÇÃO.
 - ACOMPANHAMENTO COM UROLOGISTA DO PLANTÃO EM 15 DIAS, APÓS EXAME DE IMAGEM.
 - REALIZAR EXAME DE IMAGEM DE CONTROLE EM 15 DIAS PARA CHECAR SUCESSO.
 - SINAIS DE ALARME (FEBRE, DOR RECORRENTE, PIORA DO ESTADO GERAL, HEMATÚRIA MACROSCÓPICA RECORRENTE, OLIGÚRIA OU ANÚRIA)
- **MEDICAÇÕES RECOMENDADAS:**
 - TANSULOSINA 0.4MG VO À NOITE POR 30 DIAS.
 - BUSCOPAM COMPOSTO 1 CP 6/6 HS
 - ANTIEMÉTICO: ONDANSETRONA OU METOCLOPRAMIDA DE HORÁRIO.
 - CETOPROFENO 100MG VO 12/12H POR 5 DIAS.
 - OPIOIDE DE RESGATE (TRAMADOL VO OU PACO VO).

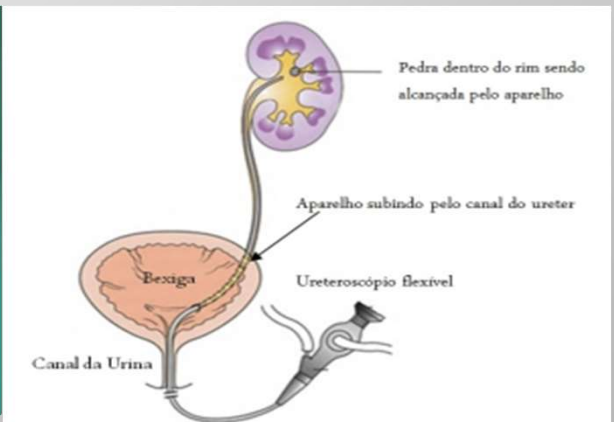
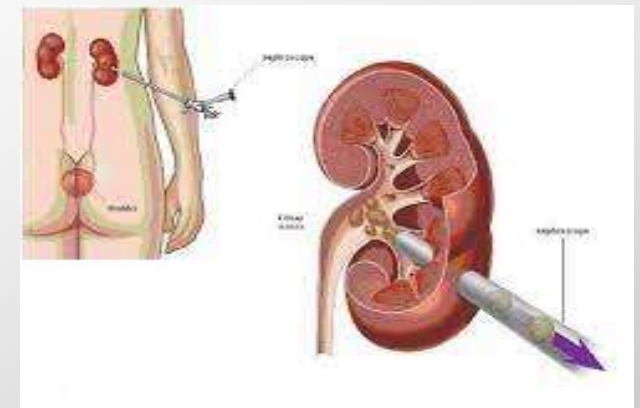
LITÍASE URINÁRIA

- **TRATAMENTO NO CÁLCULO RENAL**

LECO

PERCUTÂNEA

URETERORRENO FLEXÍVEL



LITÍASE URINÁRIA

- TRATAMENTO NO CÁLCULO URETERAL

EXPECTANTE

LECO

URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA



LITÍASE URINÁRIA

ESTUDO METABÓLICO

- **MEDIDAS GERAIS:**

- 60% DOS INDIVÍDUOS QUE TIVERAM LITÍASE PELA PRIMEIRA VEZ, RECIDIVAM SE MANTIVERMOS SOMENTE A TERAPIA CONSERVADORA (AUMENTAR INGESTA HÍDRICA E EVITAR EXCESSOS NA DIETA).

- **PREVENÇÃO**

- SUA INCIDÊNCIA ESTÁ AUMENTANDO
- PREVINE AS RECORRÊNCIAS
- O TRATAMENTO É EFETIVO
- O TRAT. CLÍNICO TEM MENOR CUSTO

Hosking, Enckson, Van den Berg et al, J Urol
130:115, 1983

CISTO RENAL



Diagnóstico



Quadro clínico



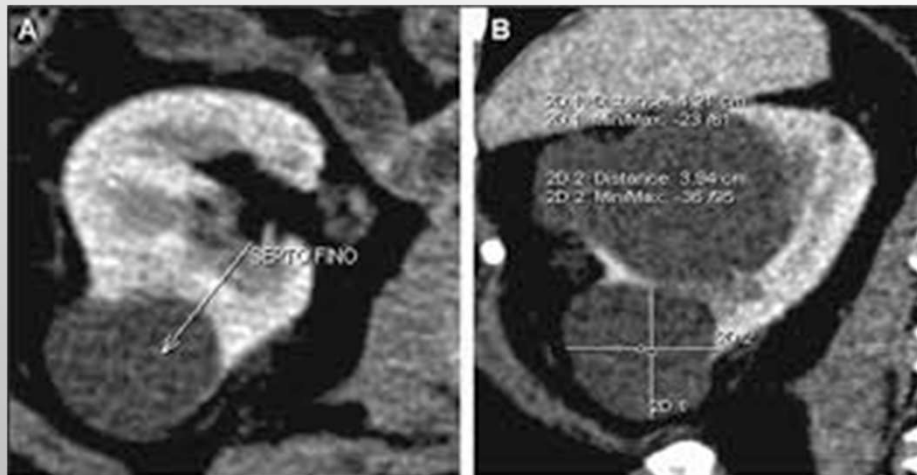
Cisto sem
complexidade –
100% benigno



Cisto com
complexidade -
Bosniak

CISTO RENAL

- **DIAGNÓSTICO**
- **QUADRO CLÍNICO**



Cistos Renais Complexos

Classificação de Bosniak 1986 - TC

- I **Cistos simples – 100% benígno**
- II **Cistos com mínima complicação - 75 a 100 % benígno**
Septação, com fina calcificação, hiperdensidade leve e parede levemente espessada
- II S **Seguimento**
Impregnação mínima
Pequenas calcificação, densidade levemente mais aumentada
- III **Impregnação moderada, septos espessos calcificados pequena nodulação de parede**
50 – 90% malígno
- IV **Nodulação grosseira e hipercaptante - 90- 100% malígno**

HEMATÚRIA



HEMATÚRIA

- MACROSCÓPICA
- MICROSCÓPICA

HEMATÚRIA MICROSCÓPICA

- PRESENÇA DE 3 OU MAIS HEMÁCIAS POR CAMPO NA URINA, EM 2 A 3 COLETAS

Guideline AUA

www.aunet.org

- ACIMA DE 10 HEMÁCIAS POR CAMPO

HEMATÚRIA

- QUANDO E COMO INVESTIGAR?

QUANDO? **NO ALTO RISCO**

História de hematúria macroscópica

Idade > de 40 anos

Fumante

Exposições químicas – Benzeno, Aminas aromáticas.

História de sintomas miccionais irritativos

História de Infecção Urinária

Uso abusivo de Analgésico

História de Irradiação pélvica

HEMATÚRIA NEFROLÓGICA

Cilindros hemáticos

Proteinúria

Alteração da uréia e creatinina

Dismorfismo Eritrocitário

Hipertensão Arterial

BIÓPSIA RENAL

Paciente sem causa nefrológica

Alto Risco

Baixo Risco

Ultrasson Renal

Avaliação completa

Imagem, citologia e cistoscopia

Citologia

Cistoscopia

Positiva

Negativa

Positiva

Negativa

Negativa

Positiva

Tratamento

Urina, PA e citologia

6,12,24 e 36 meses

Cistoscopia

Negativa

Observar

Positiva

Tratamento

Negativa

3 anos

Alta

Hematúria macroscópica,
citologia anormal, sintomas
irritativos

Repetir Avaliação completa

CUIDADOS:

Menstruação na mulher

Corantes na urina

Infecção Viral

Exercícios físicos vigorosos

Trauma

SITUAÇÕES ESPECIAIS

- HEMATÚRIA DURANTE **ANTICOAGULAÇÃO**

ENCONTRADAS 13 A 45% DE PATOLOGIAS IMPORTANTES:

HPB

UROLITÍASE

PROCESSOS INFLAMATÓRIOS

NECROSE PAPILAR

NEOPLASIAS

ORQUIALGIA

- **ESCROTO AGUDO**
 - TORÇÃO
 - TESTICULAR
 - ORQUIEPIDIDIMITE



- VARICOCELE

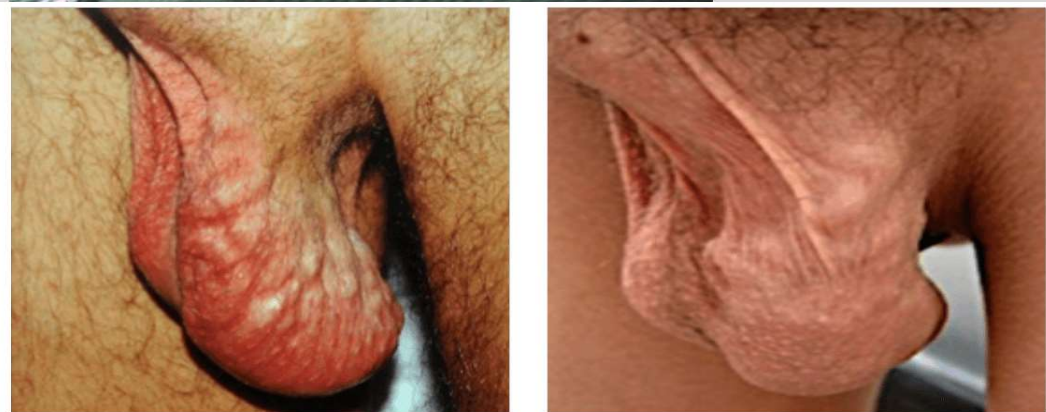


Figura 1. Varicocele grau 3 (saco de vermes)

- TUMOR TESTICULAR

TORÇÃO TESTICULAR X ORQUIEPIDIMITE

IDADE

INÍCIO

DOR

NÁUSEA

FEBRE

EXAME FÍSICO

HEMOGRAMA

SUMÁRIO

ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER

ORQUIEPIDIDIMITE

TRATAMENTO

- ANALGÉSICO
- ANTI-INFLAMATÓRIO
- ANTIBIÓTICO
- BOLSA DE GELO
- SUSPENSÓRIO ESCROTAL
- REPOUSO

TORÇÃO TESTICULAR

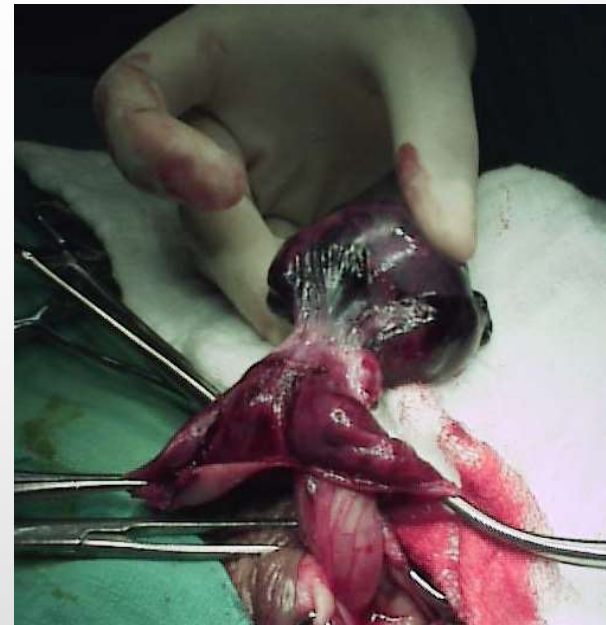
- ATÉ 6 HORAS – DISTORCER E ORQUIDOPEXIA BILATERAL
- APÓS 6 HORAS – PROVÁVEL ORQUIECTOMIA E ORQUIDOPEXIA CONTRALATERAL
- **EM CASO DE DÚVIDA OPERAR**

TORÇÃO TESTICULAR



ORQUIDOPEXIA BILATERAL

TORÇÃO TESTICULAR



ORQUIECTOMIA + ORQUIDOPEXIA CONTRA-LATERAL

PROTOCOLO

- ORQUIEPIDIDIMITE – Suspensório escrotal, repouso, anti-inflamatório, antibiótico quando tiver fator infeccioso associado.
- **TORÇÃO TESTICULAR AGUDA** – **Contactar urologista de sobre-aviso** para cirurgia de urgência. Será realizado avaliado viabilidade testicular com orquiopexia bilateral.
- OBS. **Torção tardia há mais de 24H** – encaminhar ambulatorio do urologista para tratamento cirúrgico eletivo.

The background of the slide is a light gray gradient with several realistic water droplets of various sizes scattered across it. The droplets have highlights and shadows, giving them a three-dimensional appearance. The text 'HPV' is centered in the middle of the slide.

HPV

HPV

PAPILOMA VÍRUS HUMANO



HPV – PAPIPOLAMA VÍRUS HUMANO

- TAMBÉM CONHECIDO POR “CRISTA DE GALO”, “FIGUEIRA”, “CAVALO DE CRISTA”
- EXISTEM MAIS DE 100 TIPOS DE HPV
- CONDILOMA ACUMINADO (TIPOS 6, 11, 16, 18, 31,33)
- PÁPULA BOWENÓIDE (TIPO 16)
- TUMOR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN (TIPOS 6, 11)



Buschke-lowwntein

HPV - TRANSMISSÃO

- A PRINCIPAL FORMA DE TRANSMISSÃO DO VÍRUS DO HPV É PELA VIA SEXUAL
- PARA OCORRER O CONTÁGIO, A PESSOA INFECTADA NÃO PRECISA APRESENTAR SINTOMAS. PORÉM QUANDO A VERRUGA É VISÍVEL O RISCO DE TRANSMISSÃO É MUITO MAIOR.
- EXISTE A POSSIBILIDADE DE TRANSMISSÃO VERTICAL (MÃE/FETO).

HPV - SINTOMAS

- A INFECÇÃO PELO HPV NORMALMENTE CAUSA VERRUGAS DE TAMANHOS VARIÁVEIS
- HOMEM – MAIS COMUM NA GLANDE E NA REGIÃO ANAL
- MULHER – MAIS COMUM NA VAGINA, VULVA, REGIÃO ANAL E COLO DO ÚTERO
- HOMENS E MULHERES TAMBÉM PODEM SER ASSINTOMÁTICOS

HPV - TRATAMENTO

- **ELETROCAUTERIZAÇÃO**

- **CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA**

- PODOFILINA 20%
- ÁCIDO TRICLOROACÉTICO 70%



- **“PENISCOPIA”** – ÁCIDO ACÉTICO 5% - MAGNIFICAÇÃO – LESÕES ACETOBANCAS

HPV - PREVENÇÃO

- USO DE PRESERVATIVO
- **VACINA** – QUADRIVALENTE (SUBTIPOS 6, 11, 16 E 18)

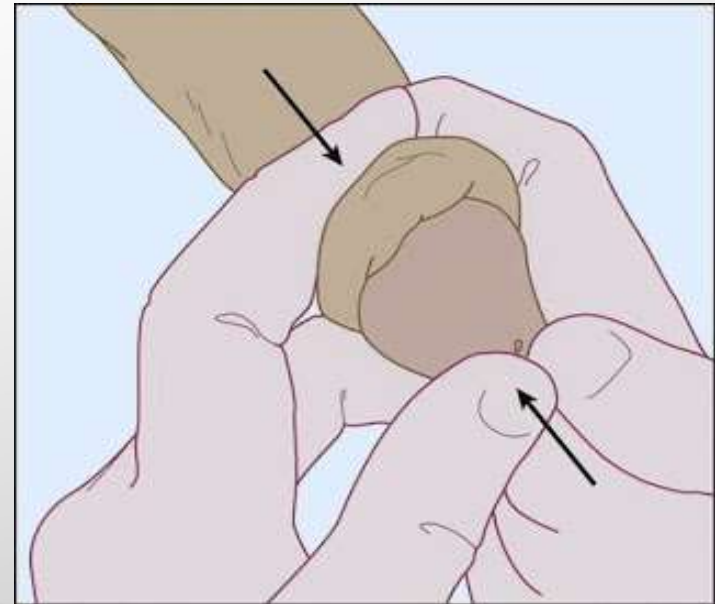
3 DOSES – APÓS A PRIMEIRA, INTERVALO DE 2 MESES E 6 MESES.

HOMENS DE 9 A 26 ANOS (SUS 11 A 14 ANOS)

MULHERES 9 A 45 ANOS (SUS 9 A 14 ANOS).

NOVA VACINA (GARDAZIL 9) – (SUBTIPOS 31,33,45,52,58,6,11,16,18) –
até os 14 anos 2 doses, depois 3 doses.

PARAFIMOSE



DISFUNÇÃO ERÉTIL

A disfunção erétil (DE) é definida como a incapacidade de obter e/ou manter uma ereção com rigidez peniana suficiente para uma atividade sexual satisfatória.

- Primeiras referências século VII a.C. – Índia;
- Afeta qualidade de vida;
- Origem orgânica, psicogênica ou mista;
- A incidência aumenta com o envelhecimento;
- Metade dos homens entre 40 e 70 apresenta algum grau de DE.



DISFUNÇÃO ERÉTIL - causas



DISFUNÇÃO ERÉTIL - TRATAMENTO

O tratamento da Disfunção Erétil pode ser dividido em:

◆ **Primeira linha:** inibidores da PDE5 (tratamento oral) e/ou psicoterapia:

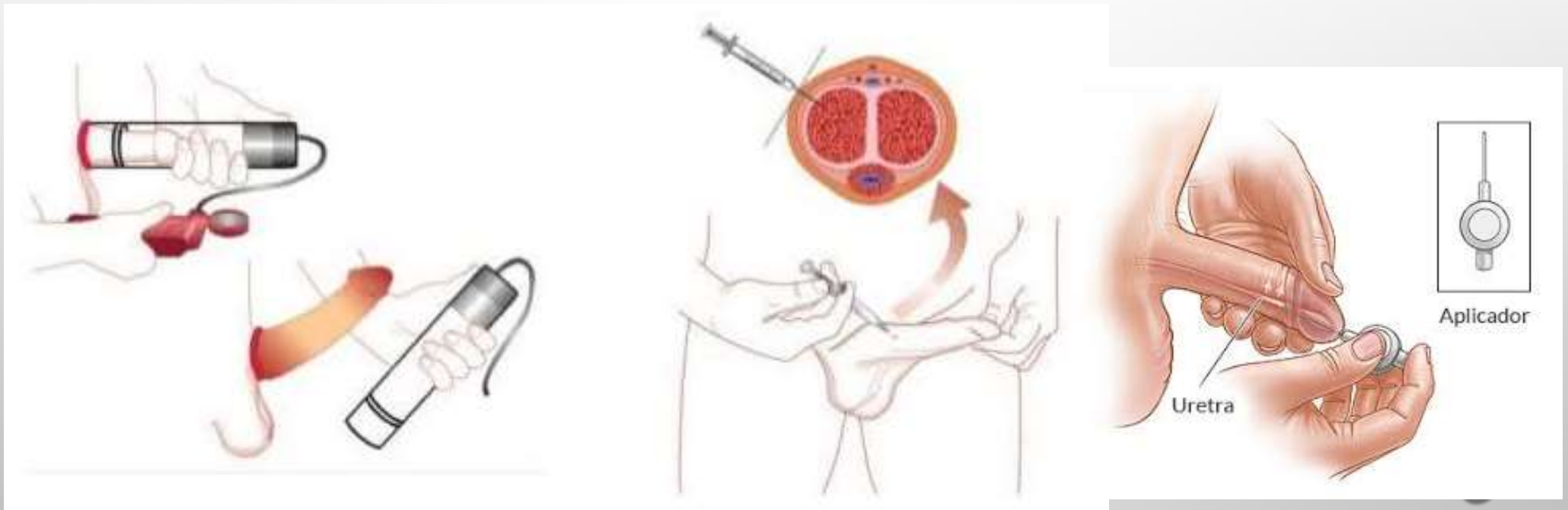
- ◆ Sildenafil (viagra),
- ◆ Vardenafila (Levitra)
- ◆ Tadalafila (Cialis).



LIMITAÇÕES: esses medicamentos têm eficácia variável, especialmente em populações de difícil tratamento, como homens com diabetes *mellitus* (DM) ou com disfunção erétil após prostatectomia radical.

DISFUNÇÃO ERÉTIL - TRATAMENTO

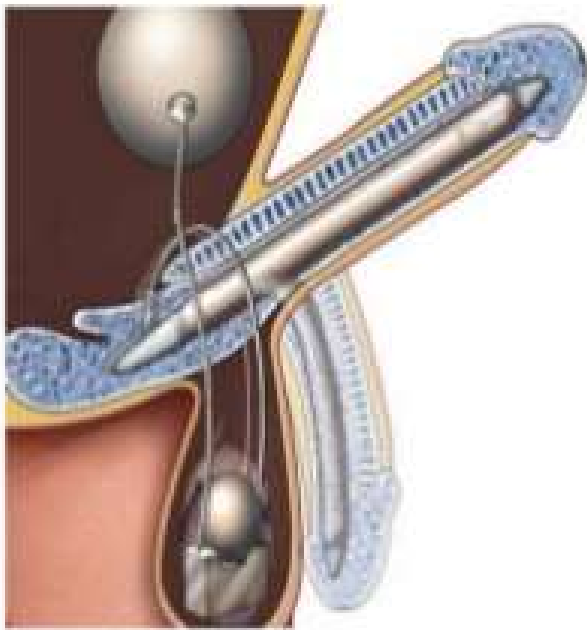
◆ Segunda linha: vacuoterapia e ereção fármaco-induzida



LIMITAÇÕES: terapia de segunda linha tem meia-vida curta e requer doses repetidas, o que torna a eficácia variável

DISFUNÇÃO ERÉTIL - TRATAMENTO

- ◆ **Terceira linha:** implante de prótese peniana.



DESVANTAGENS: dor moderada entre 1 e 2 semanas após realização da cirurgia, o intercuro sexual só pode ser realizado de 6 a 8 semanas depois da operação e apresenta uma taxa de complicação que varia de 2 a 10%. Procedimento cirúrgico e próteses caras e consequentemente só são acessíveis a uma pequena parcela dos pacientes com DE.

DISFUNÇÃO ERÉTIL - FUTURO

PRÓTESE PENIANA INJETÁVEL



PERGUNTAS

OBRIGADO



drhumbertomontoro



(82) 99981 8093



hmontoro@uol.com.br

humberto.chagas@famed.ufal.br