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:**

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:**

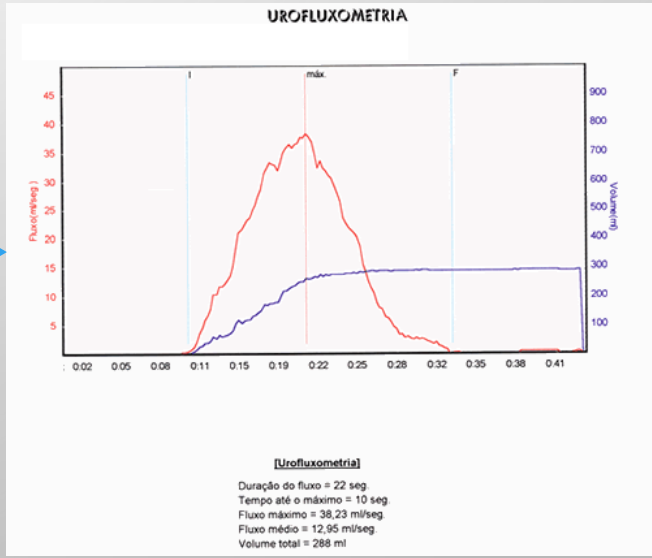
US DO APARELHO URINÁRIO E PRÓSTATA

PSA – TOTAL E LIVRE

BIOQUÍMICA

EXAME DE URINA

UROFLUXOMETRIA



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**

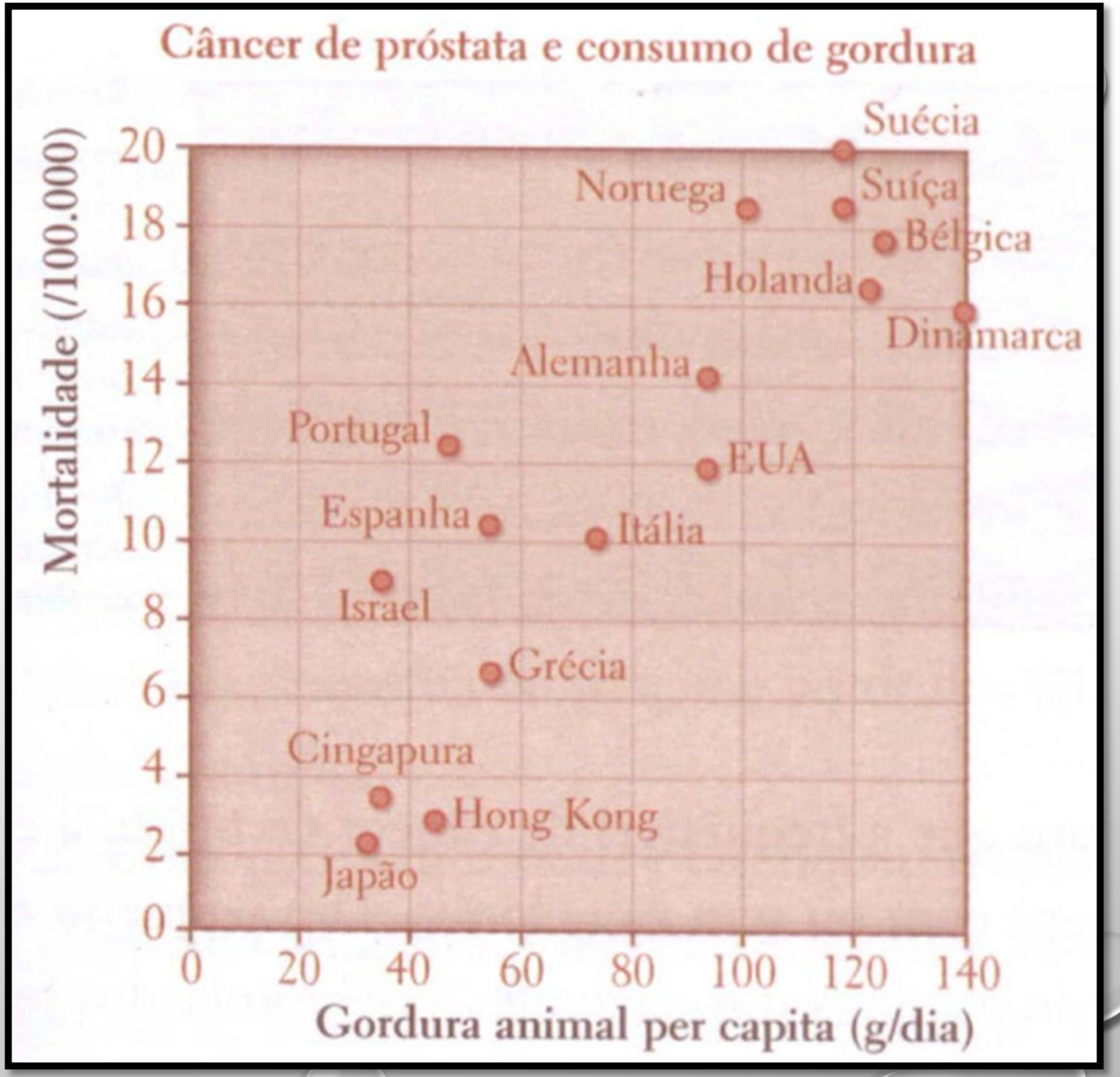
- 2° CÂNCER MAIS FREQUENTE ENTRE OS HOMENS APÓS OS TUMORES DE PELE (NÃO-MELANOMA)
- 1 DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE PRÓSTATA A CADA 7 MINUTOS
- 1 ÓBITO PELA DOENÇA A CADA 40 MINUTOS
- 25% DOS PORTADORES DE CÂNCER DE PRÓSTATA MORREM DEVIDO A DOENÇA
- 20% DOS PACIENTES COM CÂNCER DE PRÓSTATA SÃO DIAGNOSTICADOS 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 1° grau – chance 2x maior
  - 2 parentes de 1° grau – chance 6x maior
- Raça negra
- Obesidade
- Hábitos alimentares

Receitas para a felicidade


Câncer de próstata e consumo de gordura
Mortalidade (/100.000)
0
2
4
6
8
10
12
14
16
18
20
0
20
40
60
80
100
120
140
Gordura animal per capita (g/dia)
Suécia
Noruega
Suíça
Bélgica
Holanda
Dinamarca
Alemanha
Portugal
EUA
Espanha
Itália
Israel
Grécia
Cingapura
Hong Kong
Japão

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

- **OPCÕES 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

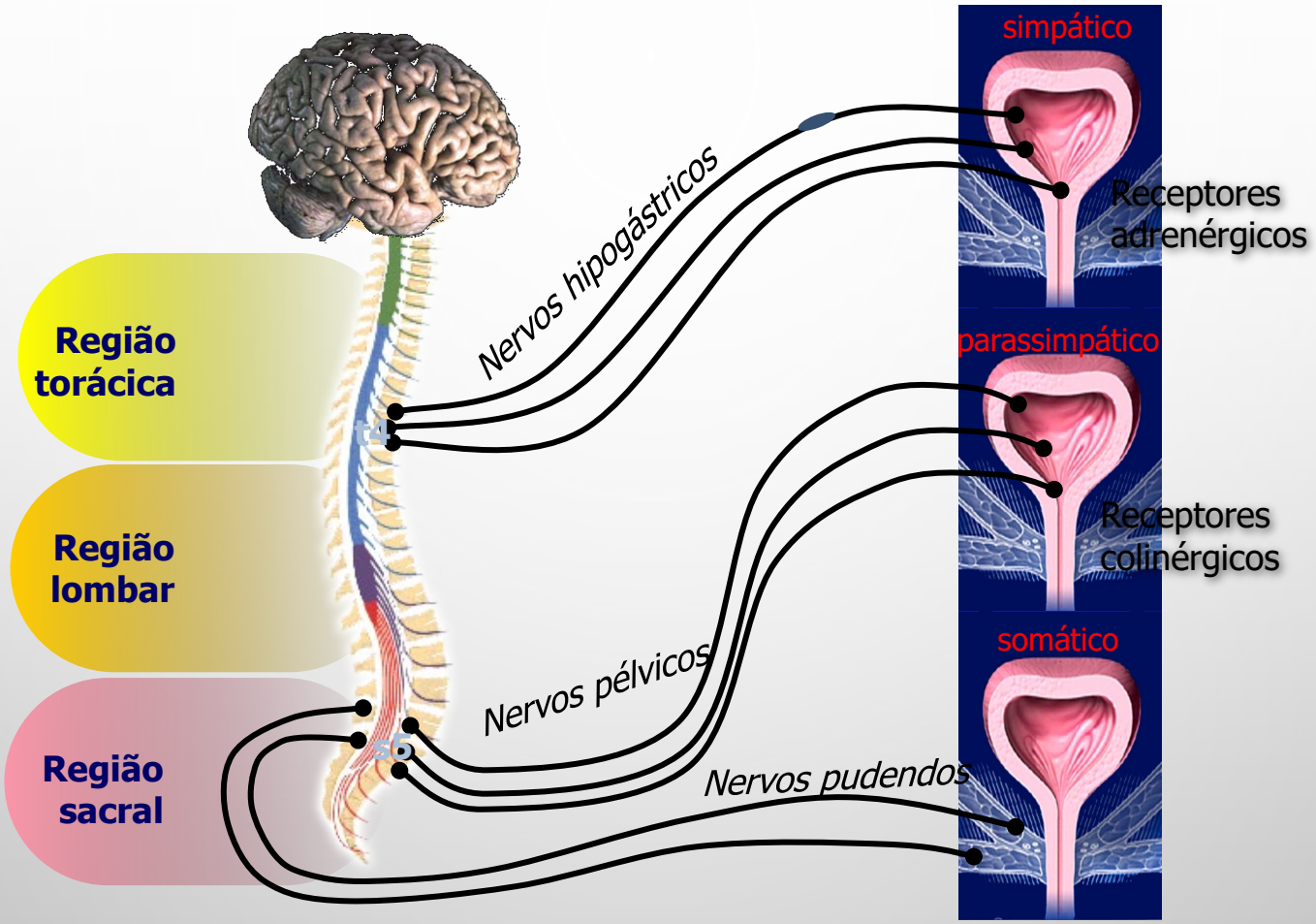
VACINA

URO-VAXON

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

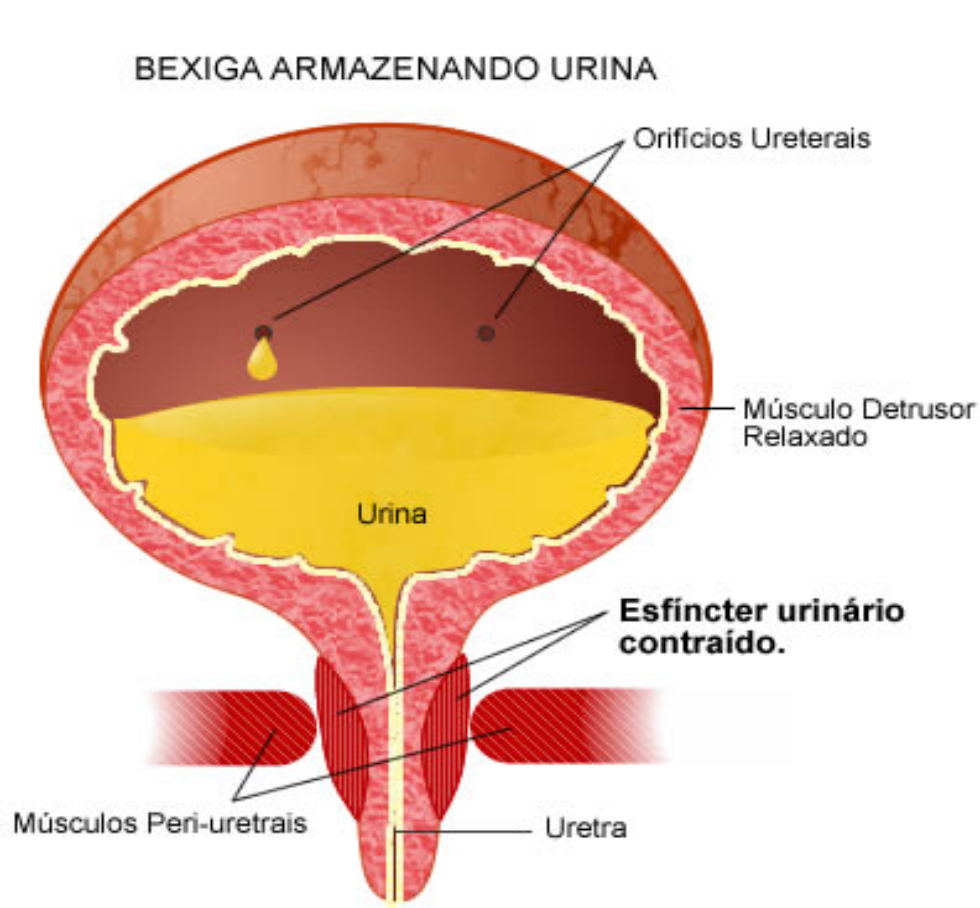
Fases da Micção

Enchimento e armazenamento	Esvaziamento
- 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	SE HÁ DECISÃO DE ESVAZIAR: • RELAXAMENTO DO MÚSCULO DO ASSOALHO PÉLVICO • CONTRAÇÃO DO DETRUSOR • RELAXAMENTO DO ESFÍNCTER EXTERNO DA URETRA

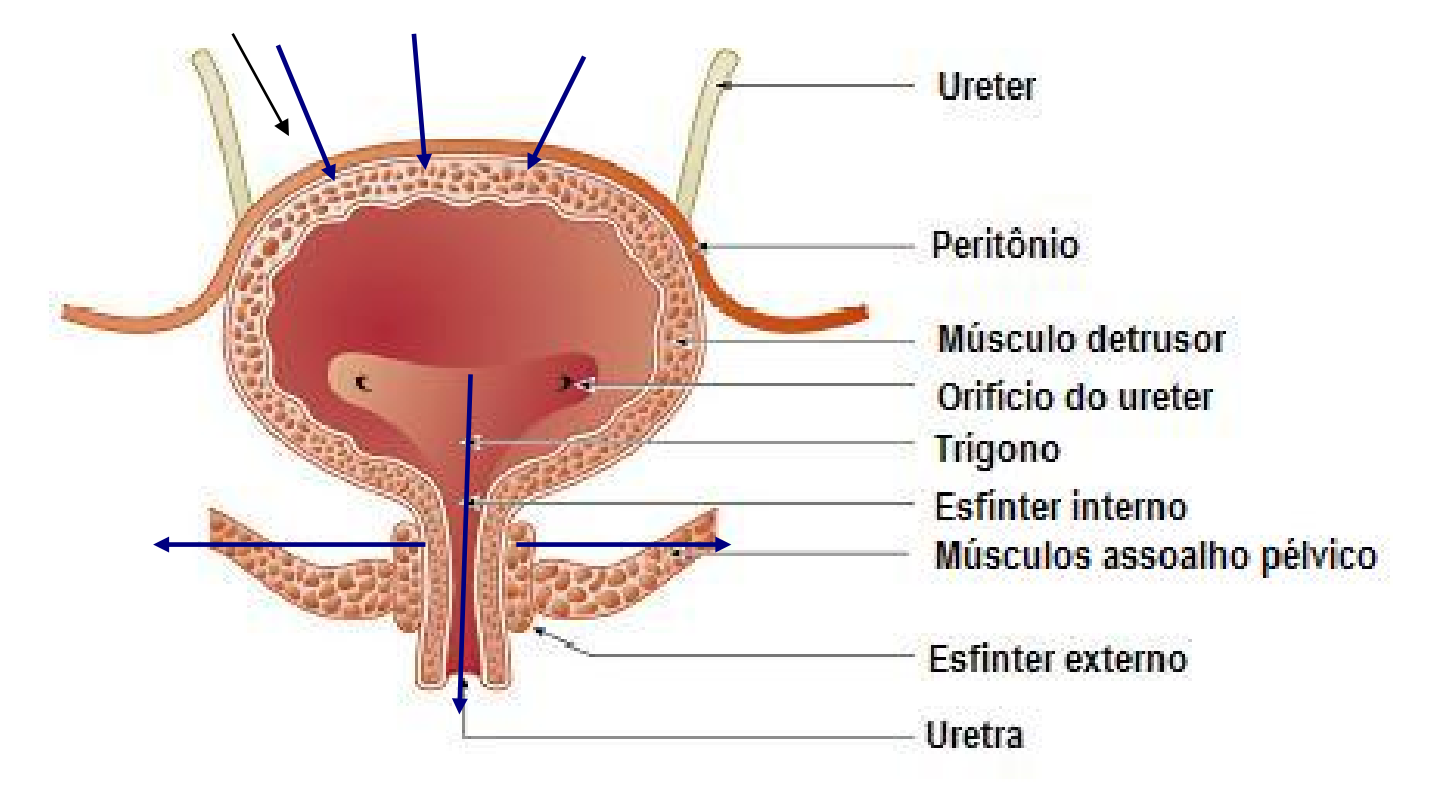

simpático
Receptores adrenérgicos
parassimpático
Receptores colinérgicos
somático
Região torácica
Região lombar
Região sacral
Nervos hipogástricos
Nervos pélvicos
Nervos pudendos
S4
S5

Neurotransmissores do SNA

	Simpático	Parassimpático
Neurotransmissores e Receptores	Adrenérgicos	Colinérgicos
Principais Neurotransmis.	Adrenalina e Noradrenalina	Acetilcolina
Principais receptores	α (α_1 e α_2) β (β_1 e β_2	Muscarínicos (M_1, M_2, M_3 M_4, M_5)


BEXIGA ARMAZENANDO URINA
Orifícios Ureterais
Músculo Detrusor Relaxado
Urina
Esfíncter urinário contraído.
Músculos Peri-uretrais
Uretra

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.

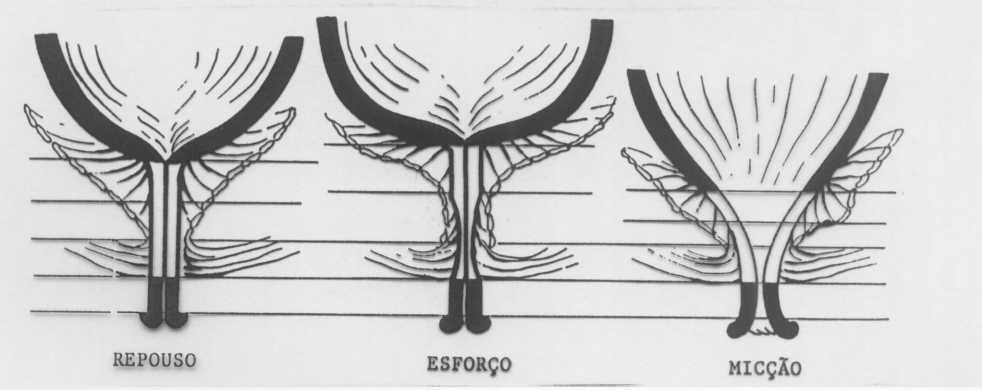
ETIOLOGIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

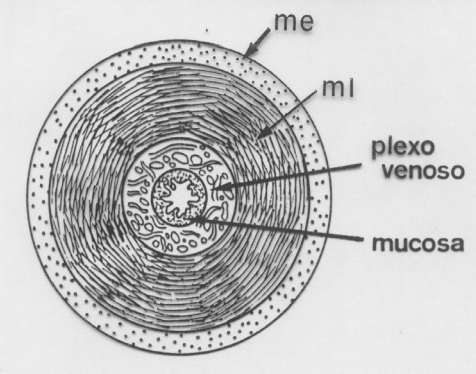
IDOSO MASCULINO

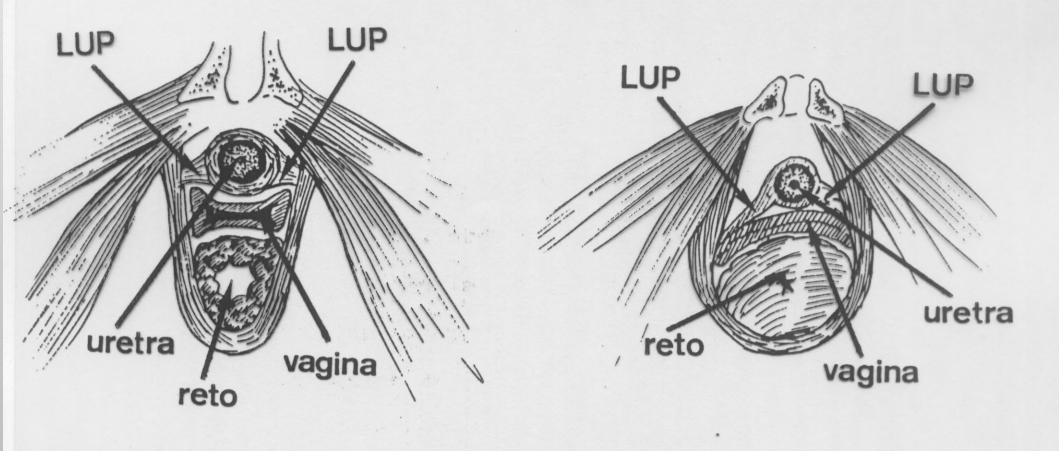
- OBSTRUÇÃO DA PRÓSTATA
- PÓS-OPERATÓRIA (PROSTATECTOMIA RADICAL)
- HIPERATIVIDADE DETRUSORA
- BEXIGA NEUROGÊNICA
    - ALTA PRESSÃO
    - BAIXA PRESSÃO

IDOSO FEMININO

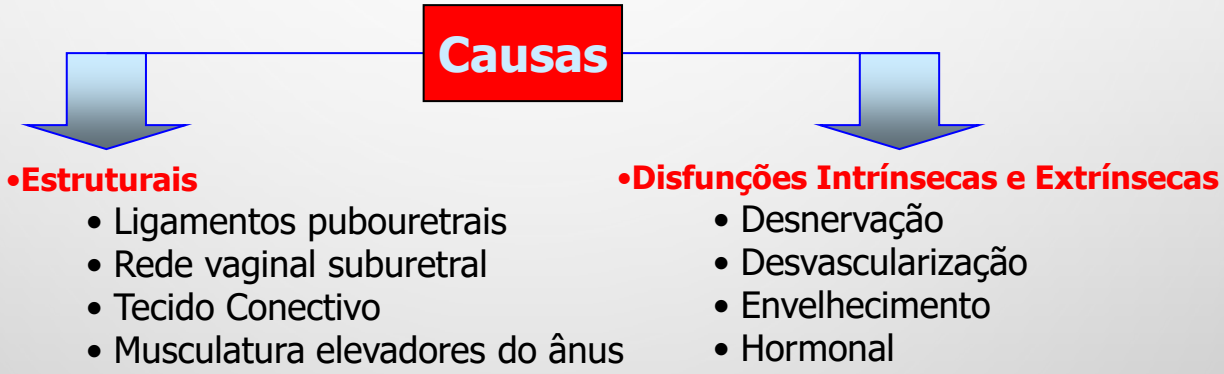
- INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO
    - GENUINA
        - HIPERMOBILIDADE URETRAL
        - LESÃO ESFINCTERIANA
- INCONTINÊNCIA URINÁRIA MISTA
    - GENUINA + BEXIGA HIPERATIVA
- BEXIGA HIPERATIVA MOLHADA
- BEXIGA NEUROGÊNICA
    - ALTA PRESSÃO
    - BAIXA PRESSÃO


REPOUSO
ESFORÇO
MICÇÃO


me
ml
plexo venoso
mucosa


LUP
LUP
uretra
vagina
reto
LUP
LUP
uretra
reto
vagina

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, URETI ABDOMINAL (RETAL), DURANTE AS FASES DE ENCHIMEN 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**

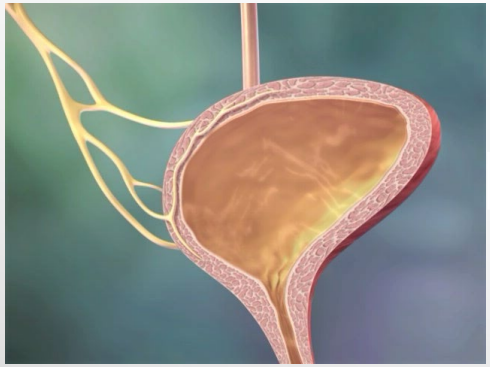
ESCOLHA DA TÉCNICA CIRÚRGICA

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

Bexiga Hiperativa (BHa)

O QUE É BHA?

Contrações Involuntárias
freqüentes durante a fase de enchimento

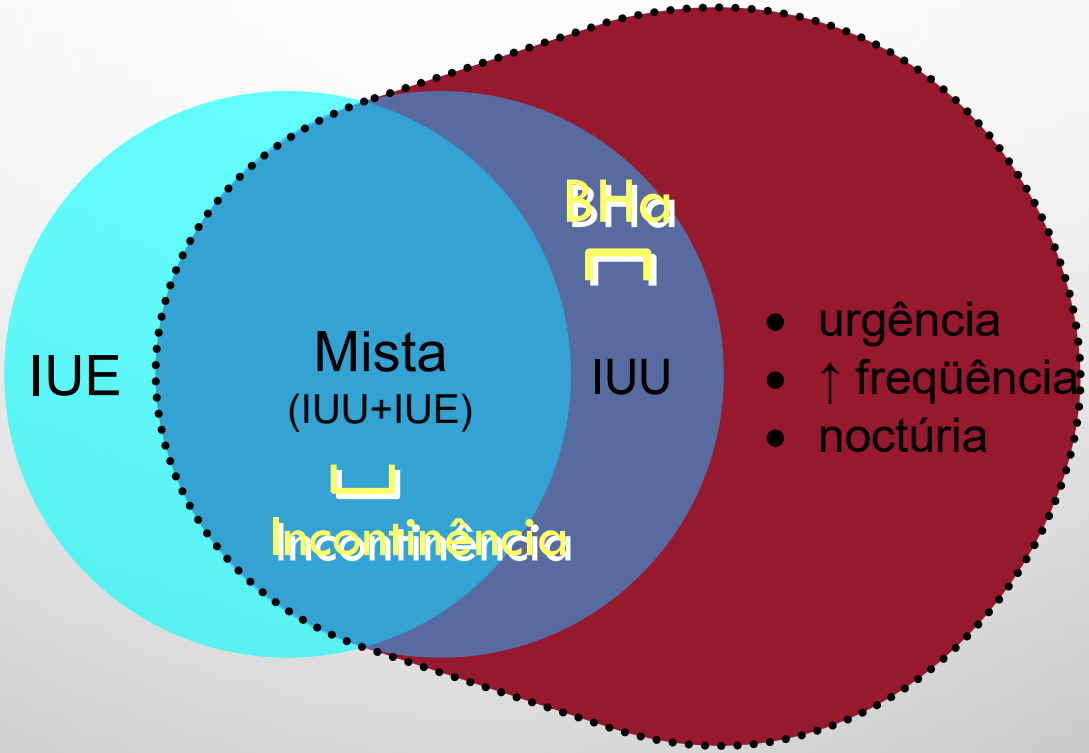


Músculo Detrusor deve ficar relaxado durante a fase de enchimento

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

Abrams P, et al. Neurourol Urodyn 2002;21:167–178

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 prolápso)

-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

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

MEDICAMENTOS

ANTICOLINÉRGICO / BETA ADRENÉRGICO

ANTI-DEPRESSIVO TRICÍCLICO (Imipramina e amitriptilina)

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)

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 H_2O).
- 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

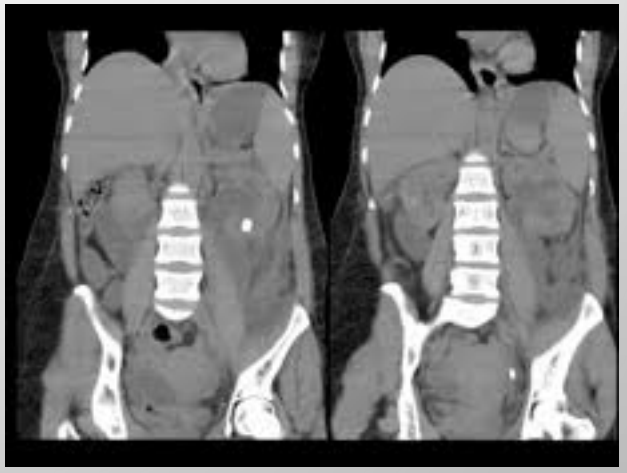
DIAGNÓSTICO

TOMOGRAFIA 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

- TRATAMENTO

  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.

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***

CALCULO RENAL SEM SINAIS DE ALARME → ORIENTAÇÕES + MARCAR CONSULTA NO AMBULATÓRIO DE UROLOGIA

CALCULO RENAL OU URETERAL + SINAIS DE ALARME → INTERNAÇÃO HOSPITALAR + AVALIAÇÃO DA UROLOGIA + JEJUM

CALCULO URETERAL > 6mm SEM SINAIS DE ALARME → INTERNAÇÃO HOSPITALAR + AVALIAÇÃO DA UROLOGIA + JEJUM

RECUSA TERAPIA EXPULSIVA → INTERNAÇÃO HOSPITALAR + AVALIAÇÃO DA UROLOGIA + JEJUM

***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

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

TERAPIA EXPULSIVA***

- **<u>ENTRAR EM CONTATO COM UROLOGISTA DO PLANTÃO PARA CONFIRMAR POSSIBILIDADE DE ALTA COM TERAPIA EXPULSIVA.</u>**

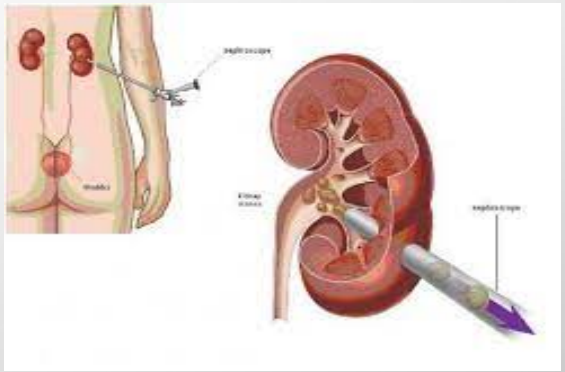
- **ORIENTAÇÕES:**
  - RISCO DE NÃO EXPELIR O CÁLCULO E NECESSIDADE DE REAVALIAÇÃO.
  - ACOMPANHAMENTO COM UROLOGISTA DO PLANTÃO EM 15 DIAS, APÓS EXAME DE IMAGEM.
  - REALIZAR EXAME DE IMAGEM DE CONTROLE EM 15 DIAS PARA CHECAR SUCESSO.
  - SINAIS DE ALARME (FEBRE, DOR RECORRENTE, PIORA DO ESTADO GERAL, 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

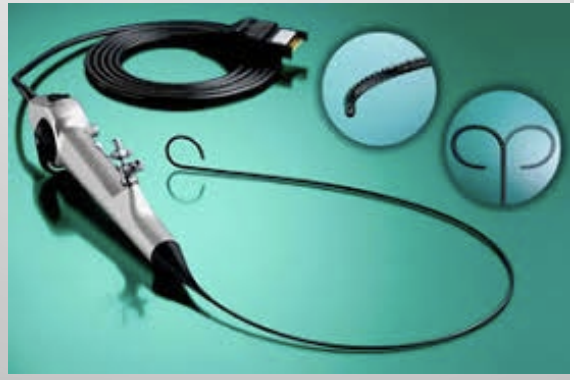
- **TRATAMENTO NO CÁLCULO RENAL**

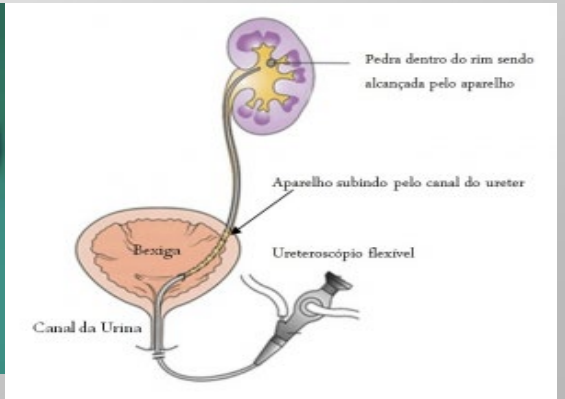
LECO



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).

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

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

CISTO RENAL

Diagnóstico

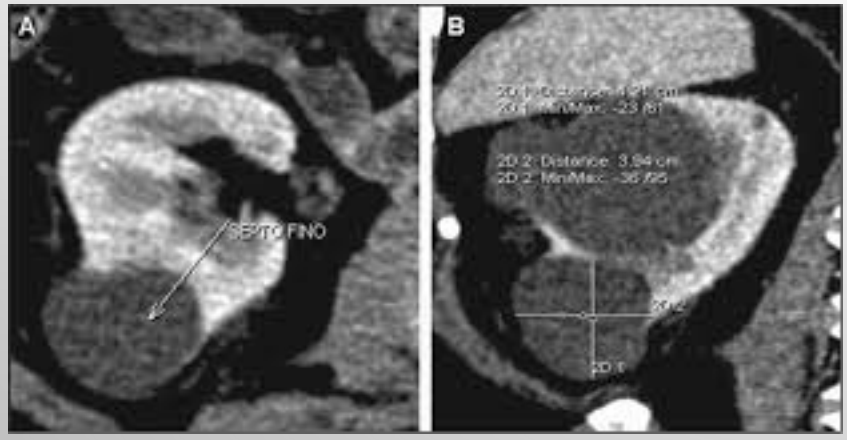
Quadro clínico

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?

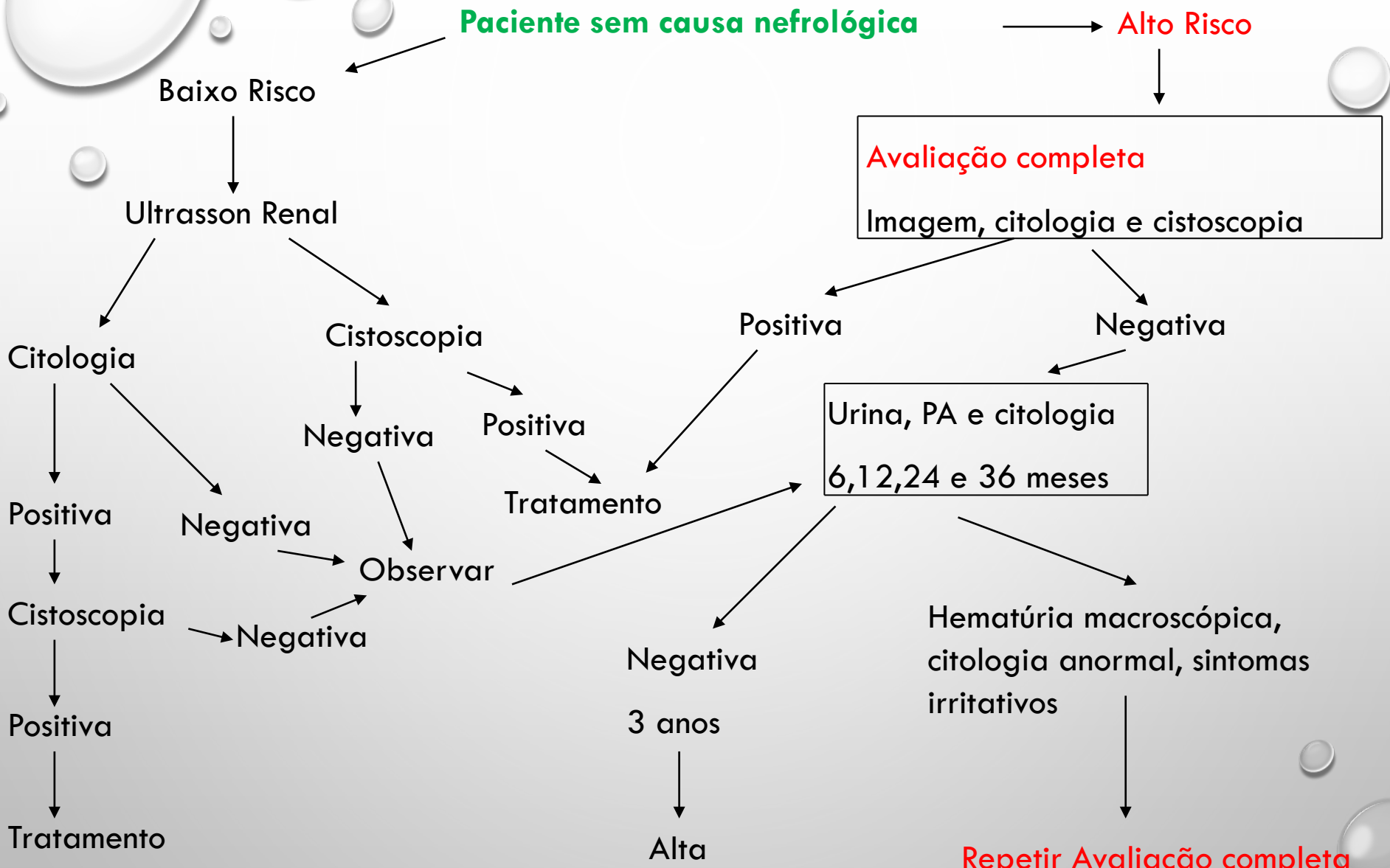
QUANDO? NO ALTO RISCO

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



Guideline AUA

CUIDADOS:

- Menstruação na mulher
- Corantes na urina
- Infecção Viral
- Exercícios físicos vigoros
- Trauma

SITUAÇÕES ESPECIAIS

- HEMATÚRIA DURANTE **ANTICOAGULAÇÃO**

ENCONTRADAS 13 A 45% DE PATOLOGIAS IMPORTANTES:

HPB
UROLITÍASE
PROCESSOS INFLAMATÓRIOS
NECROSE PAPILAR
NEOPLASIAS

Cusclasure et al, Arch Intern Med.1994

Van Savage et al, J Urol. 1995

ORQUIALGIA

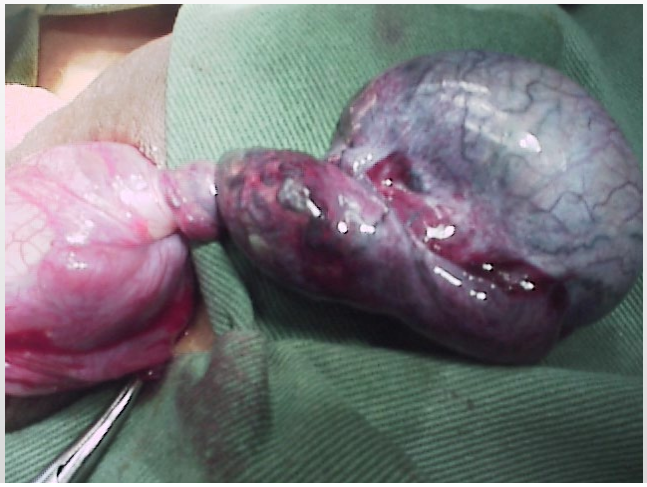
- **ESCROTO AGUDO**

  TORÇÃO TESTICULAR

  ORQUIEPIDIDIMITE

- VARICOCELE

- TUMOR TESTICULAR



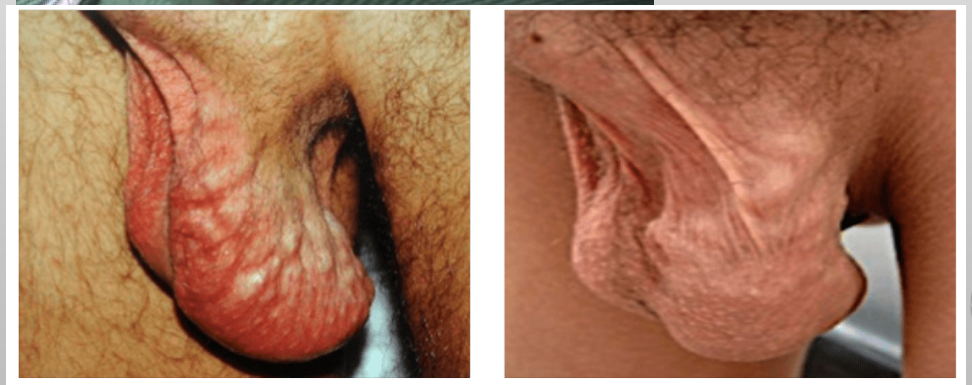


Figura 1. Varicocele grau 3 (saco de vermes)

TORÇÃO TESTICULAR
X
ORQUIEPIDIMITE

IDADE

INÍCIO

DOR

NÁUSEA

FEBRE

EXAME FÍSICO

HEMOGRAMA

SUMÁRIO

ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER

ORQUIEPIDIDIMITE
TRATAMENTO

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

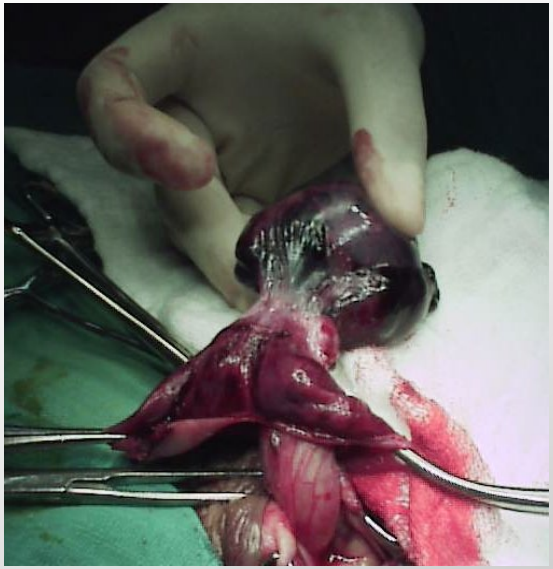
TORÇÃO TESTICULAR

- 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.

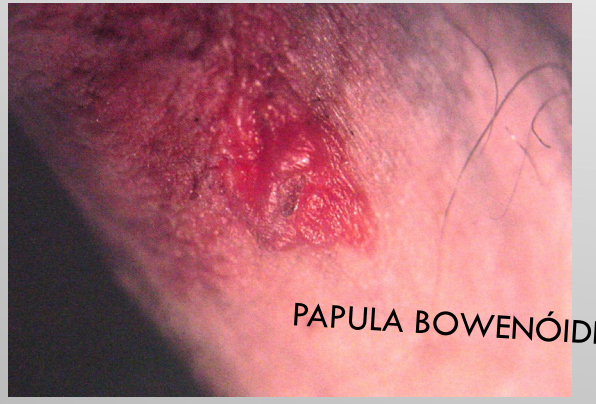
- OBS. **Torção tardia há mais de 24H** – encaminhar ambulatório do urologista para tratamento cirúrgico eletivo.

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)



PAPULA BOWENÓIDE

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 ACETOBRANCAS

HPV - PREVENÇÃO

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

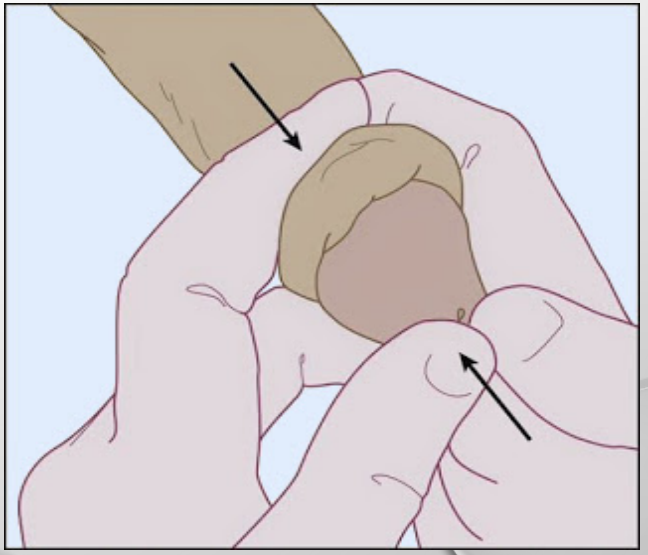
  3 DOSES – APÓS A PRIMEIRA, INTERVALO DE 2 MESES E 6 MESES.

  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

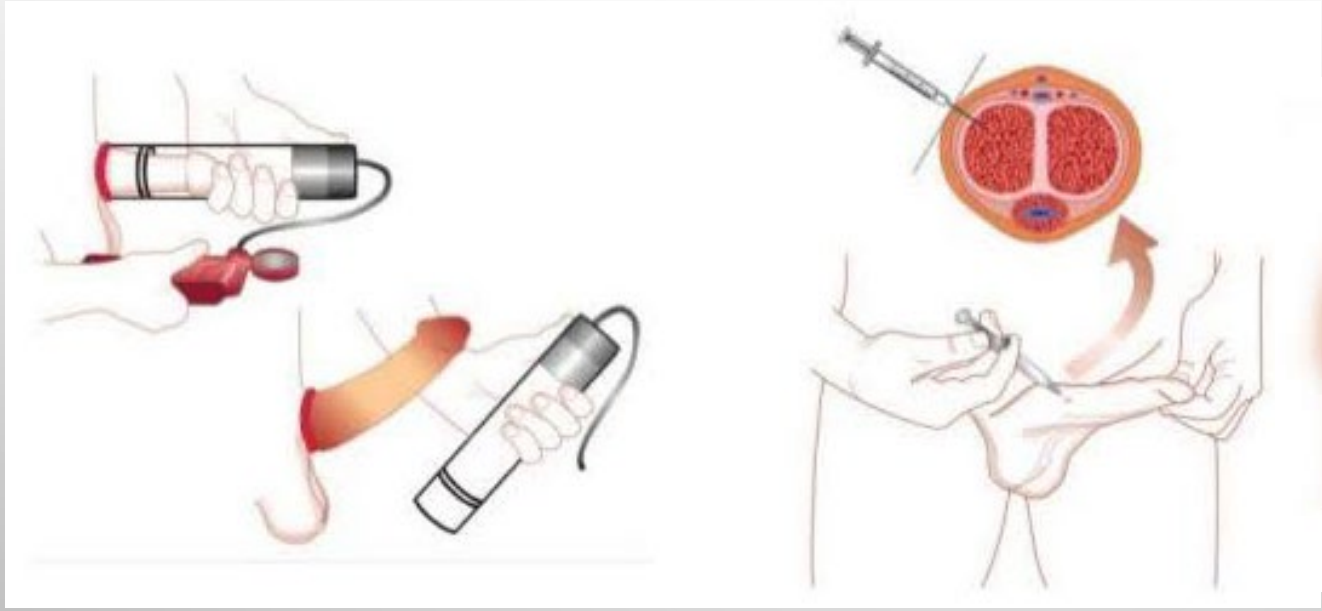
O tratamento da Disfunção Erétil pode ser dividido em:

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

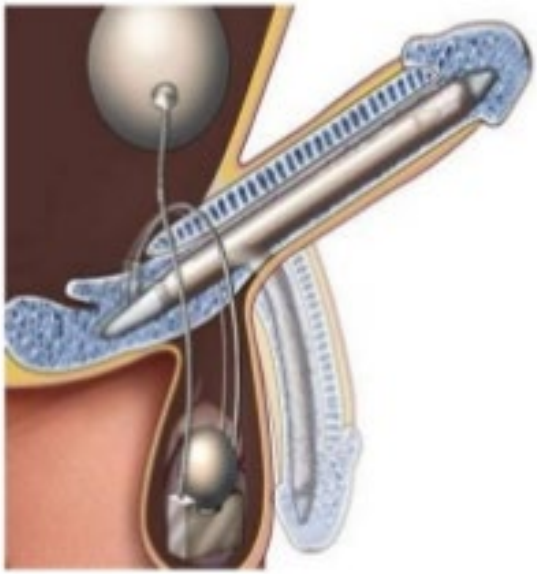
- **Segunda linha**: vacuoterapia e ereção fármaco-induzida



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 intercurso 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