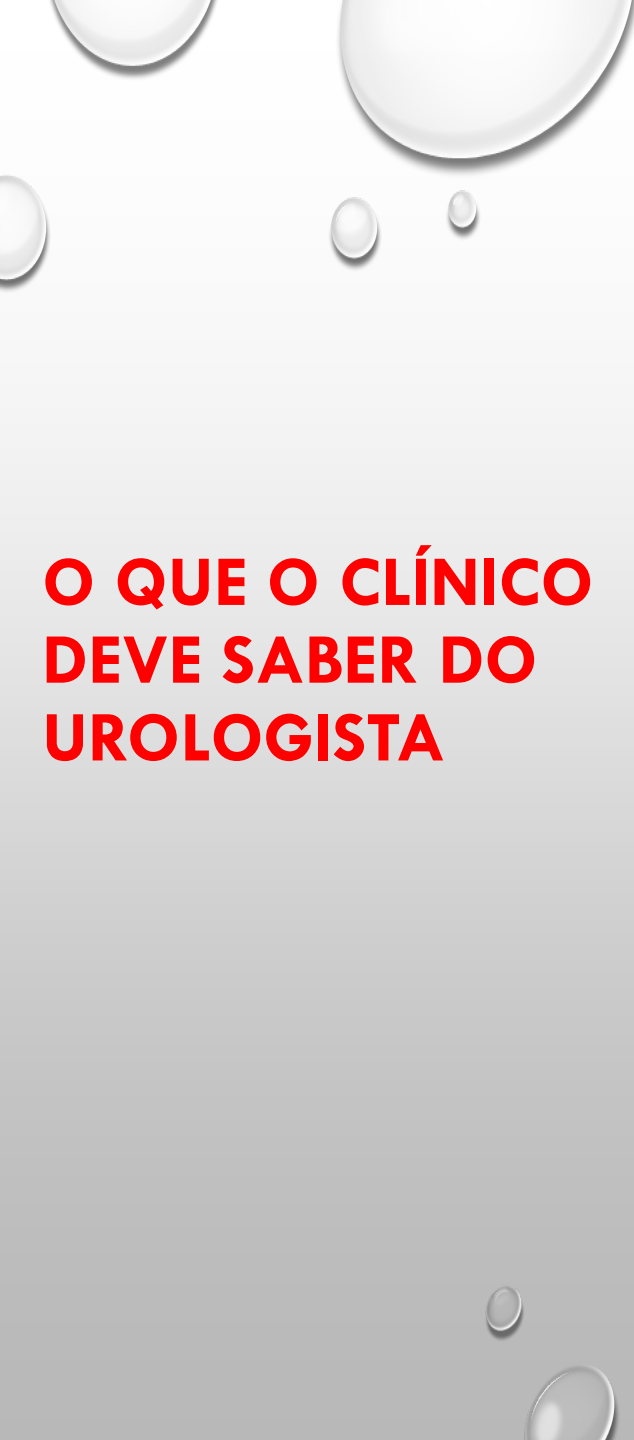




# O QUE O CLÍNICO DEVE SABER DO UROLOGISTA

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

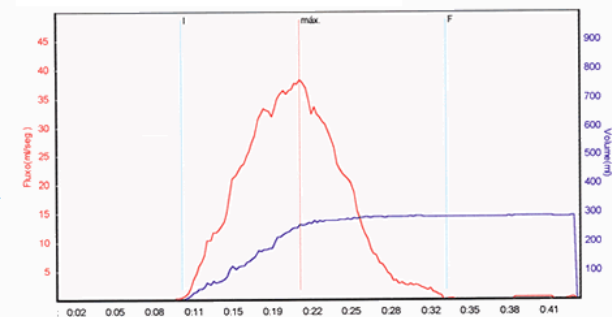
BIOQUÍMICA

EXAME DE URINA

UROFLUXOMETRIA



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

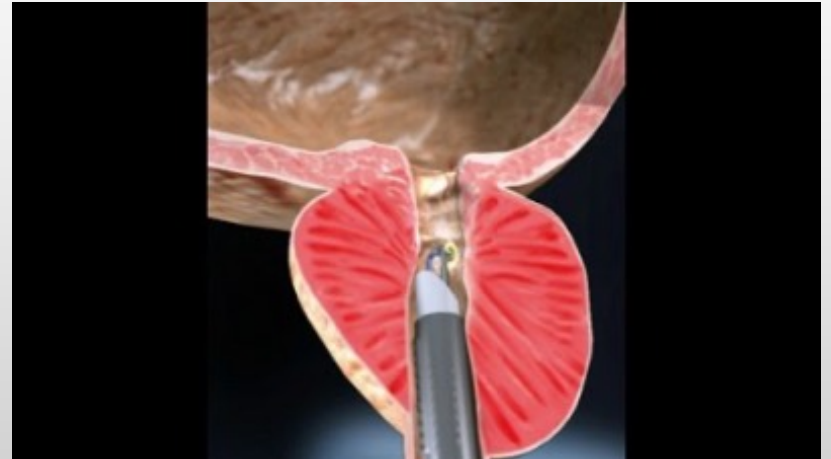
- BLOQUEADORES DA 5-ALFA REDUTASE – FINASTERIDE, DUTASTERIDA

# 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 %

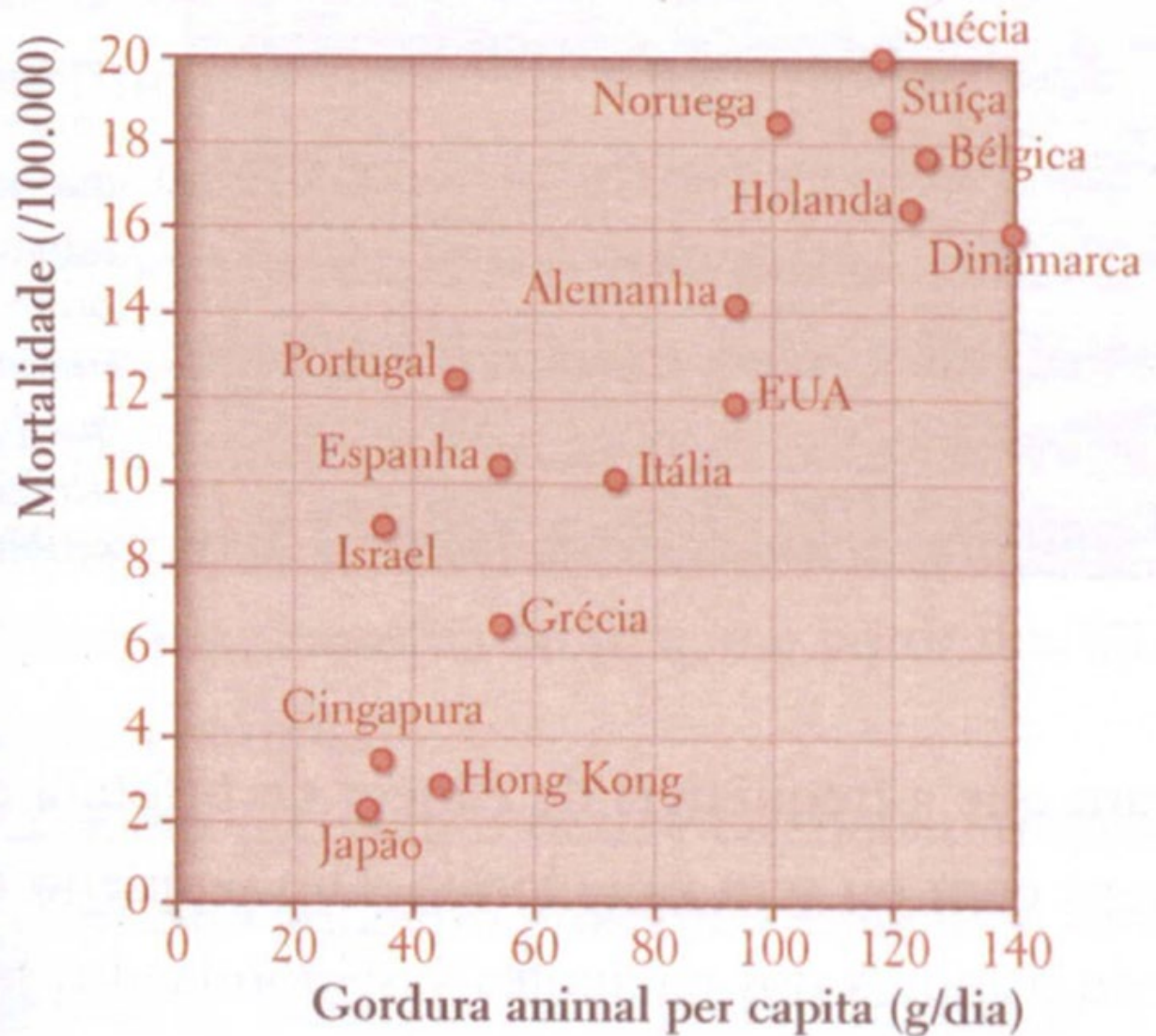
# Câncer Da Próstata

## 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, URGÊNCIA 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 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 in the upper half of the image.

# **INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

# Fases da Micção

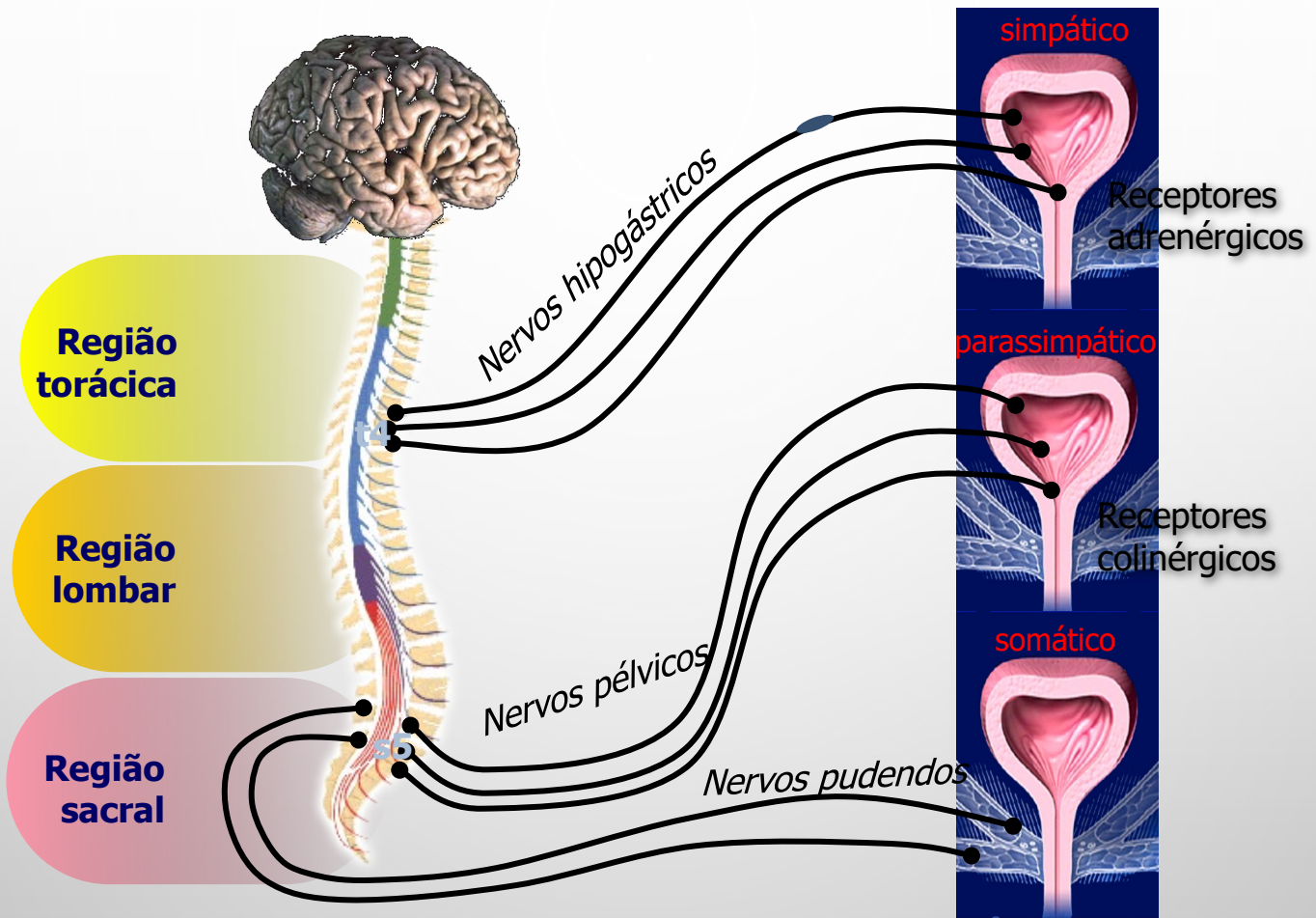
## Enchimento e armazenamento

- 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**

Neurotransmissores e Receptores	Adrenérgicos	Colinérgicos
Principais Neurotransmis.	Adrenalina e Noradrenalina	Acetilcolina
Principais receptores	$\alpha$ ( $\alpha_1$ e $\alpha_2$ ) $\beta$ ( $\beta_1$ e $\beta_2$ )	Muscarínicos ( $M_1, M_2, M_3, M_4, M_5$ )



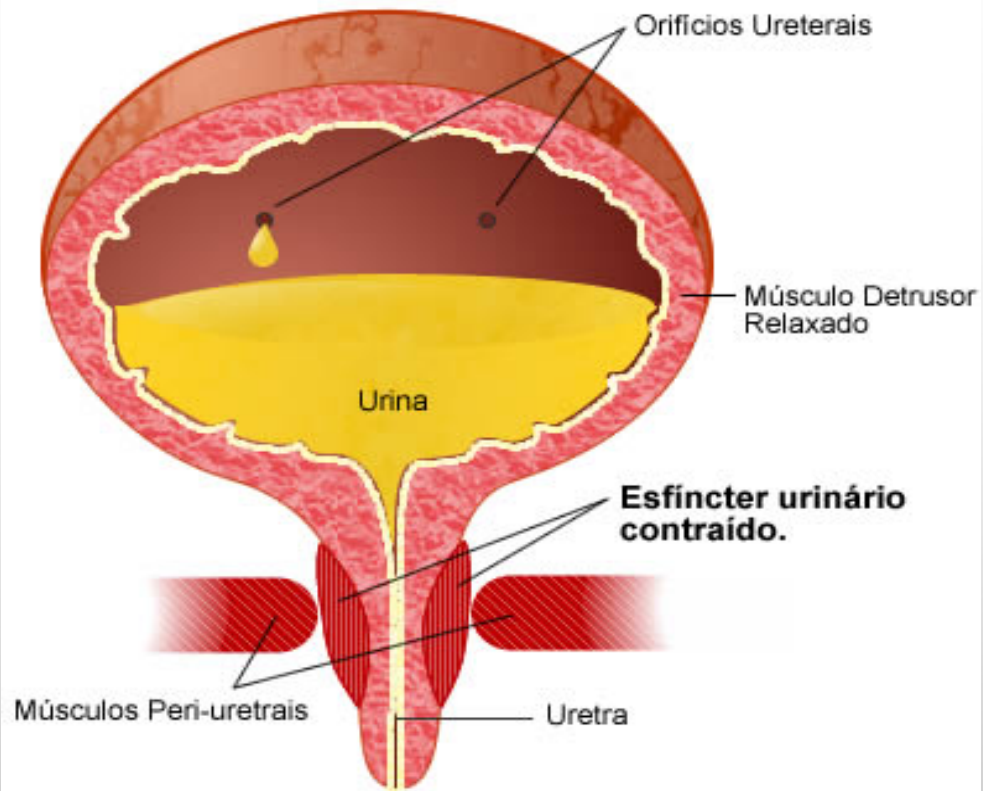
Quando estimulados

**relaxamento**

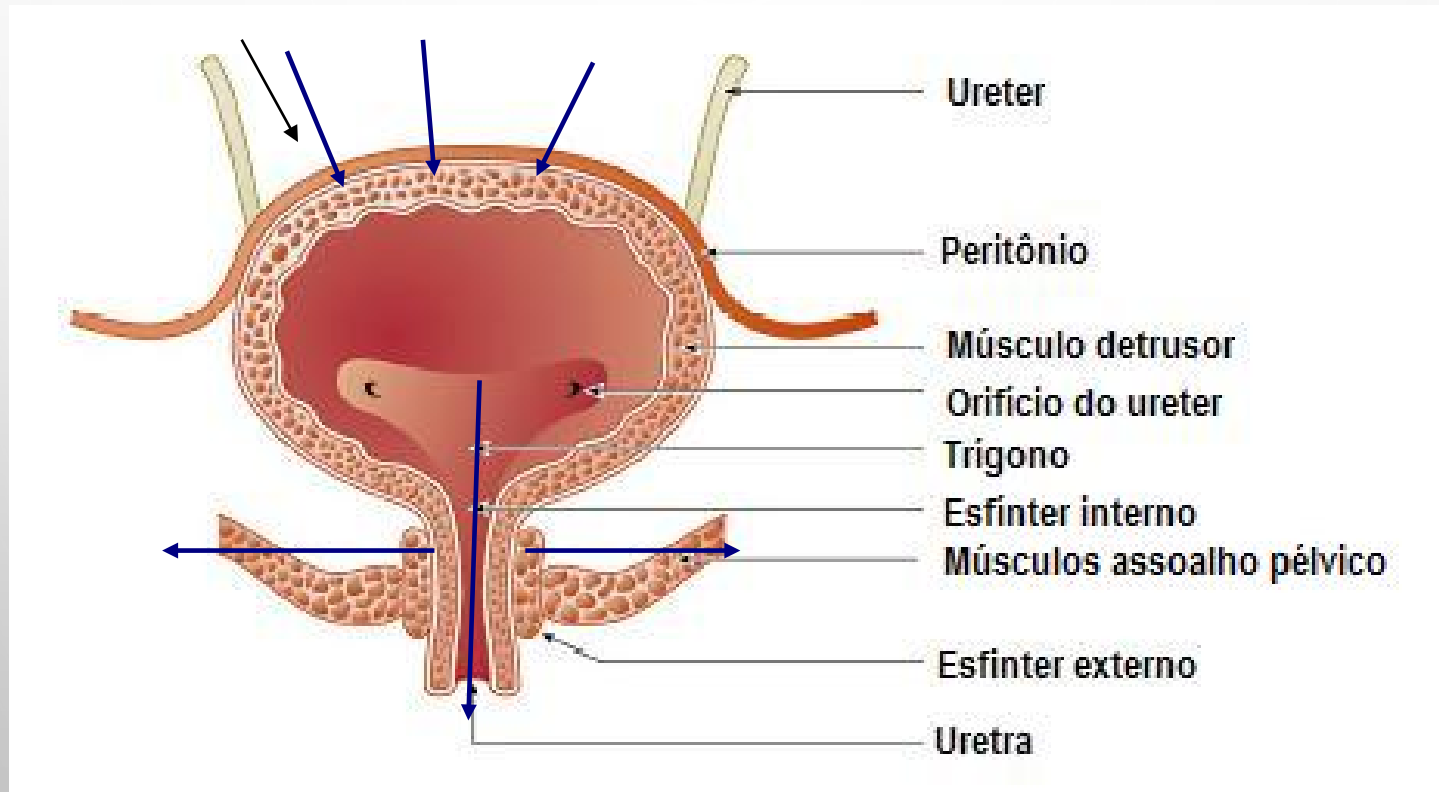
**contração**

Detrusor

## 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

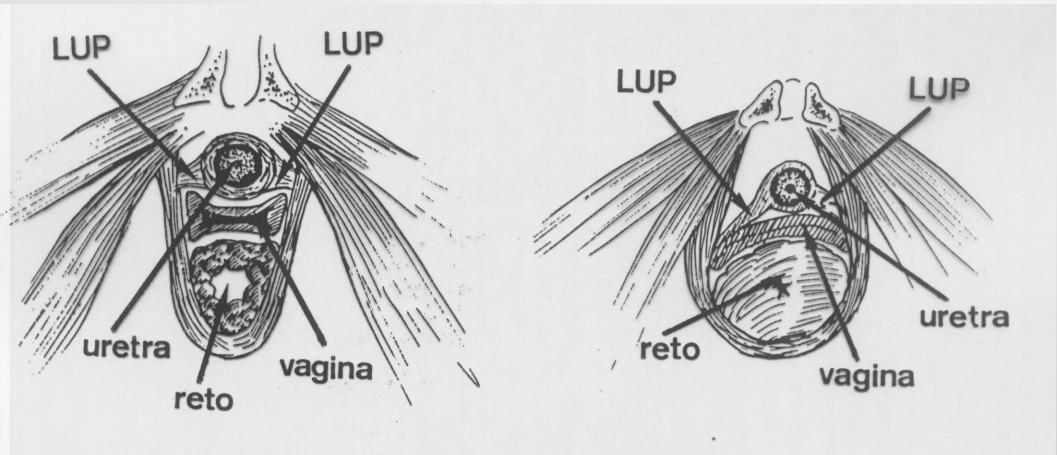
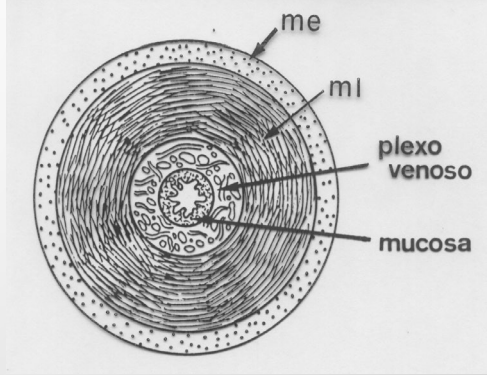
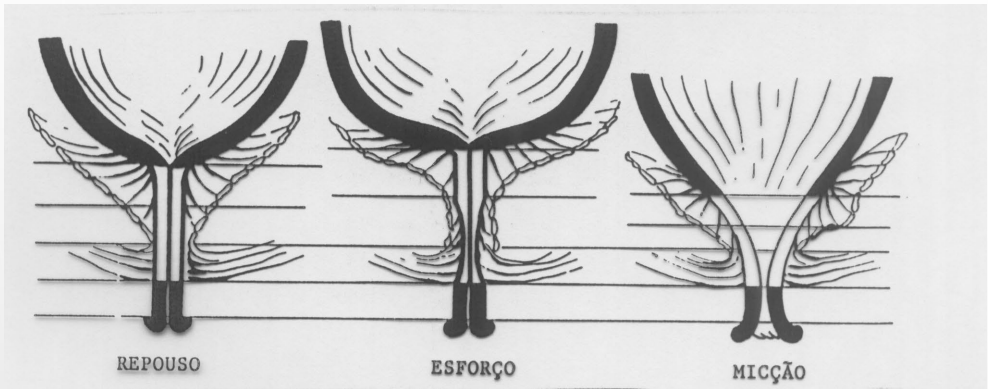


- OBSTRUÇÃO DA PRÓSTATA
- PÓS-OPERATÓRIA (PROSTATECTOMIA RADICAL)
- HIPERATIVIDADE DETRUSORA
- BEXIGA NEUROGÊNICA
  - ALTA PRESSÃO
  - BAIXA PRESSÃO

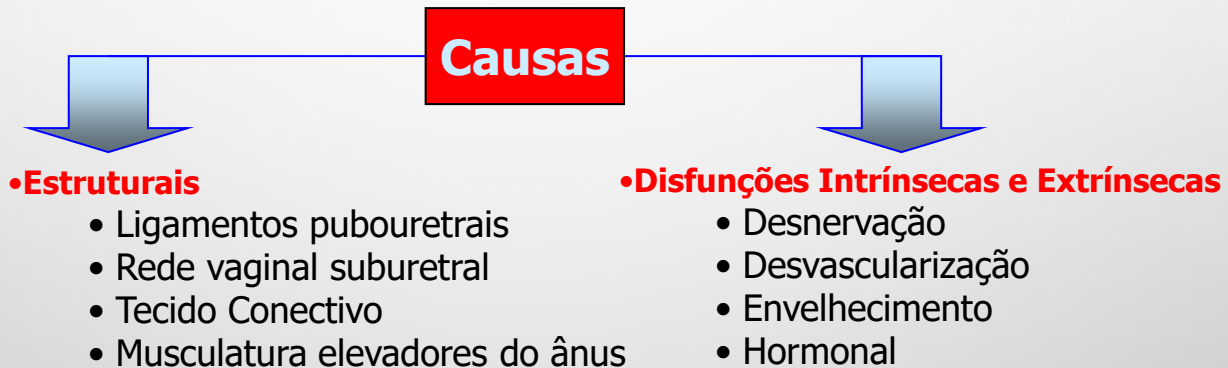
## IDOSO FEMININO

- 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

<b>Incontinência por Estresse</b>	<b>60%</b>
<b>Incontinência de Urgência</b>	<b>37%</b>
<b>Incontinência Mista</b>	<b>15%</b>

- 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 ENCHIMENTO E ESVAZIAMENTO VESICAL, REGISTRADAS EM UM EQUIPAMENTO ESPECÍFICO.

### OUTROS EXAMES:

- ULTRASSONOGRRAFIA 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

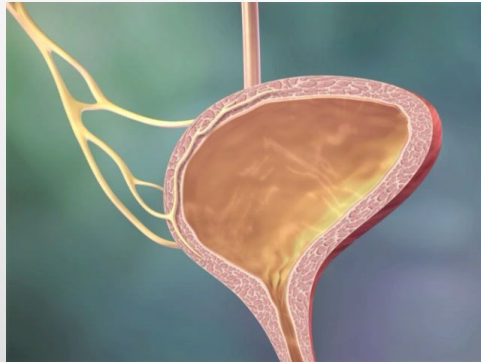
The image features a light gray background with a subtle gradient. In the top-left and bottom-right corners, there are several realistic-looking water droplets of various sizes, rendered with soft shadows and highlights to give them a three-dimensional appearance. The text is centered in the middle of the page.

# **Bexiga Hiperativa (BHa)**



# O QUE É BHA?

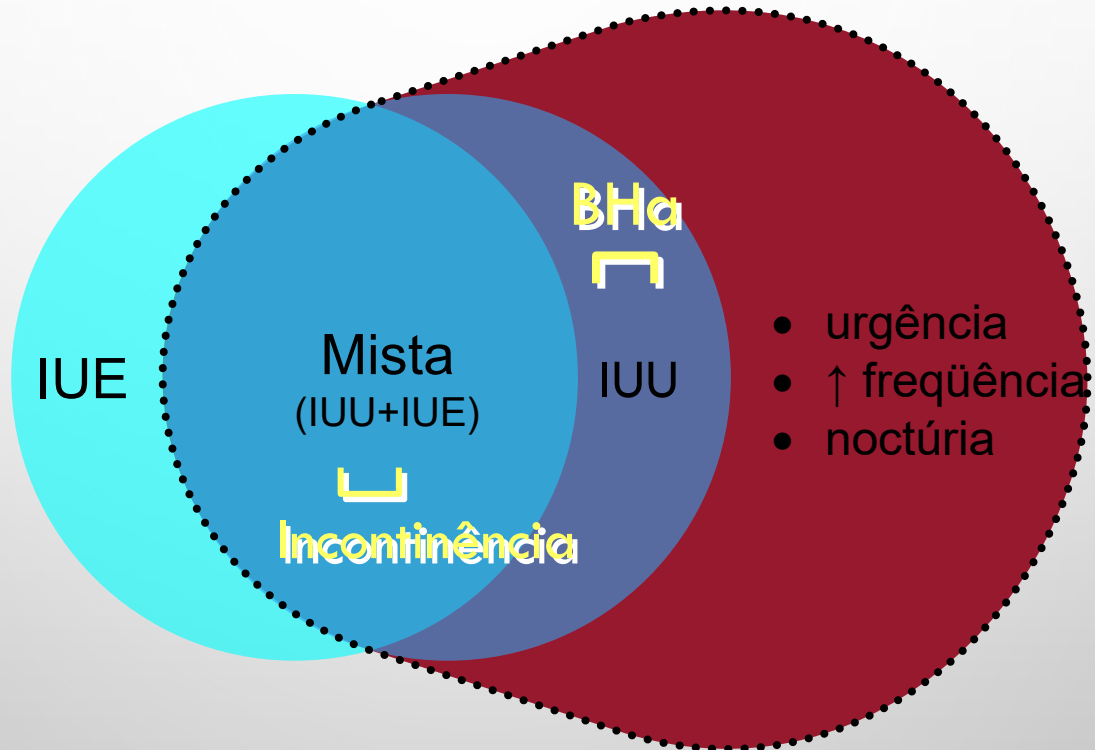
Contrações Involuntárias  
freqüentes durante a fase de enchimento



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 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 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 H<sub>2</sub>O).
- 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

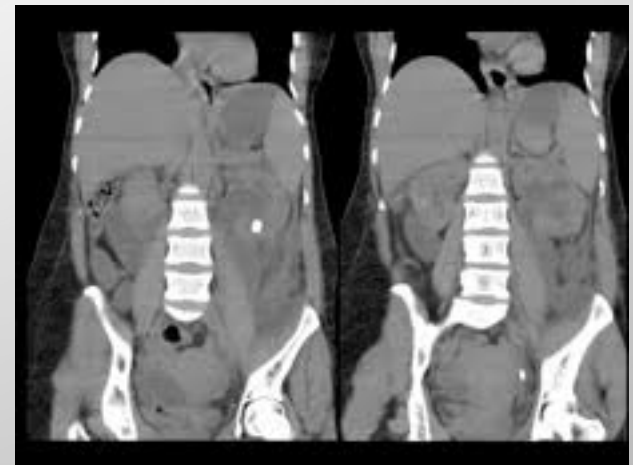
## DIAGNÓSTICO

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

- 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.

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

### 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\*\*\*

AVALIAR SINAIS DE ALARME\*

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 EVIDÊNCIA 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).

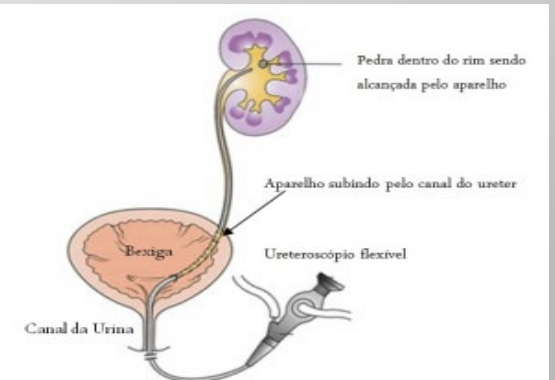
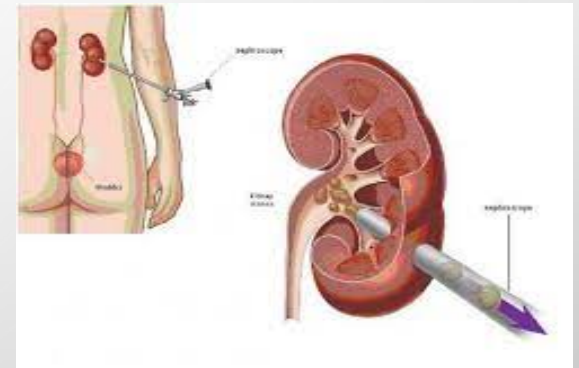
# LITÍASE URINÁRIA

- **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).

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



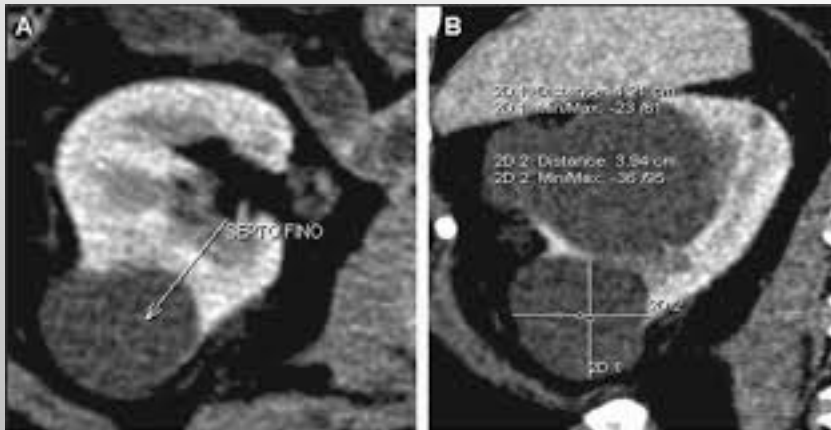
Cisto sem  
complexidade –  
100% benigno



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](http://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

Avaliação completa  
Imagem, citologia e cistoscopia

Ultrassom Renal

Positiva

Negativa

Citologia

Cistoscopia

Urina, PA e citologia  
6,12,24 e 36 meses

Negativa

Positiva

Tratamento

Positiva

Negativa

Observar

Hematúria macroscópica,  
citologia anormal, sintomas  
irritativos

Negativa

3 anos

Alta

Repetir Avaliação completa

Cistoscopia

Negativa

Positiva

Tratamento

# 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

**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**

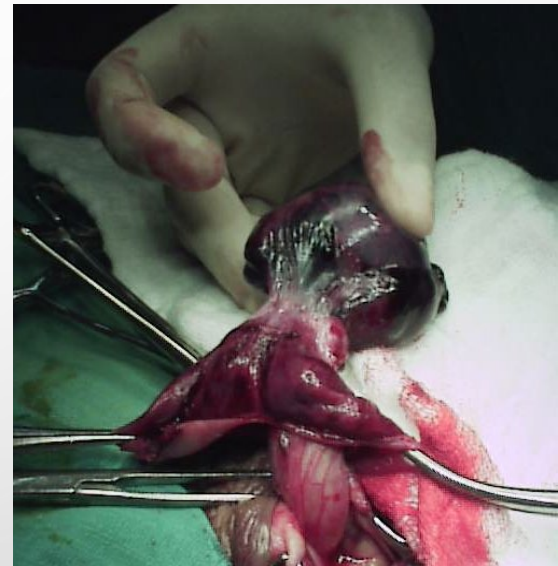


# TORÇÃO TESTICULAR



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.

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)



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 ACETOBANCAS**

# HPV - PREVENÇÃO

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

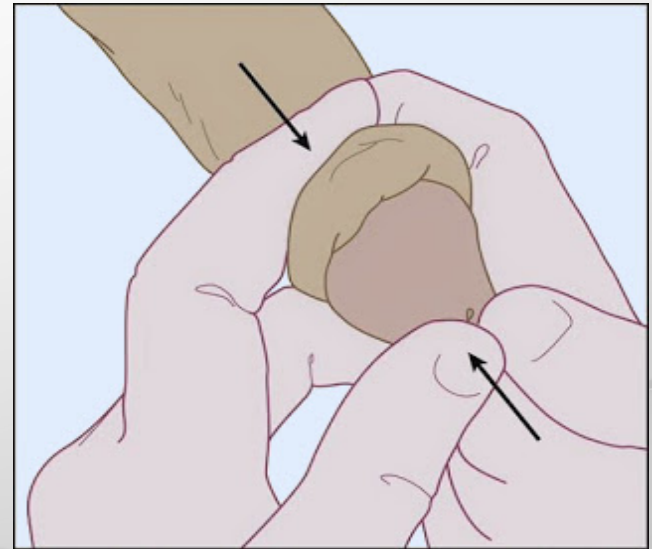
3 DOSES – APÓS A PRIMEIRA, INTERVALO DE 2 MESES E 6 MESES.

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:

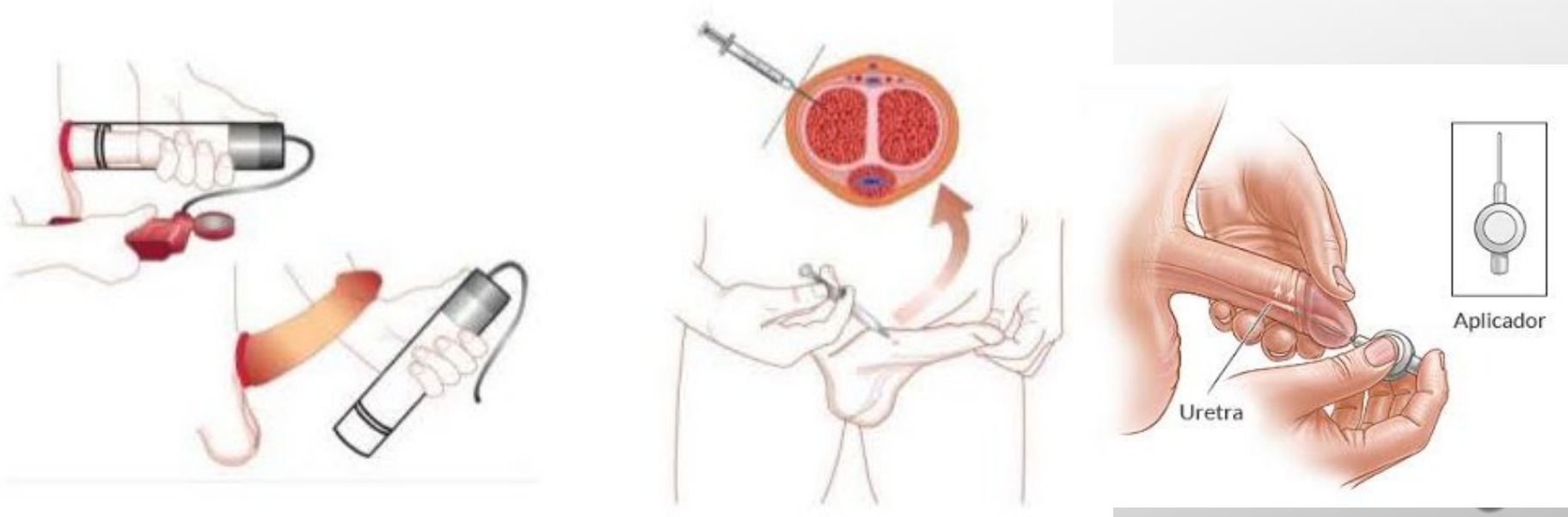
- ◆ Sildenafil (viagra),
- ◆ Vardenafila (Levitra)
- ◆ Tadalafila (Cialis).



**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

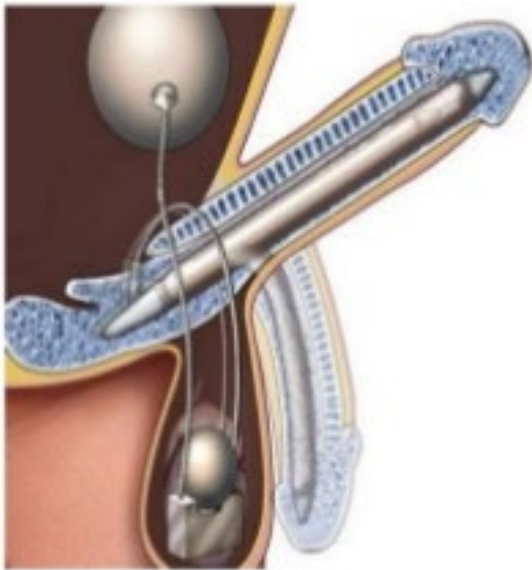
◆ Segunda linha: vacuoterapia e ereção fármaco-induzida



**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](mailto:hmontoro@uol.com.br)

[humberto.chagas@famed.ufal.br](mailto:humberto.chagas@famed.ufal.br)