

SEMIOLOGIA UROLÓGICA

Michel Srougi

Médico Assistente

Francisco Nápoli

Acadêmico da FMUSP

Gilberto Menezes de Góes

Professor Titular

A introdução em clínica da urologia excretora, por volta de 1930, serviu para marcar de forma definitiva a Urologia como especialidade cirúrgica (Figura 1). Antes disso, as intervenções sobre o trato urinário restringiam-se quase exclusivamente a correção de patologias vesicais e uretrais, com o auxílio diagnóstico de cistoscópios rudimentares. Criou-se e desenvolveu-se uma escola de especialistas com vocabulário e métodos propedauticos próprios, e que hoje é responsável pela abordagem e tratamento de afecções urinárias e de um contingente grande de afecções genitais. Da mesma forma que nas demais especialidades médicas, a identificação e caracterização precisa do doente e da doença urológica só é possível através da análise correta dos sintomas e sinais, que acompanham o paciente, e da utilização adequada de métodos auxiliares. Estes elementos devem ser considerados de maneira sistemática, com uma ordem prioritária de condutas. Segundo a planificação de Marshall a cura do paciente urológico resulta de dados, de maneira ordenada, como pedras que irão construir uma pirâmide, cuja base está representada fundamentalmente pela história, exame físico e análise da urina (Figura 2).

HISTÓRIA

A anamnese do paciente urológico deve ser orientada essencialmente no sentido de identificarem-se as lesões do trato urinário superior, já que o rim representa o órgão nobre desse sistema e a preservação da sua função deve ser o objetivo final de qualquer conduta urológica. A existência de febre, vômitos, toxemia e comprometimento do estado geral em pacientes com infecção urinária sugere comprometimento renal. Os quadros de cistite ou uretrite são essencialmente afebris e sem manifestações gerais. Nas crianças, mais propensas a refluxo vesicoureteral que o adulto, predominam os quadros de pielonefrite durante os surtos de infecção urinária. Anemia, perda de peso e hipertensão aparecem em pacientes com insuficiência renal crônica, e refletem destruição irreversível do parênquima renal. Os antecedentes pessoais e familiares do paciente podem fornecer informações valiosas para a obtenção do diagnóstico. Traumatismos lombares, abdominais, pélvicos e escrotais associam-se, às vezes, a lesões do trato urogenital. Manifestações urológicas atuais podem ser explicadas por antecedentes de tuberculose pulmonar ou eliminações de cálculos. A presença de anomalias obstrutivas do trato urinário deve ser lembrada em paciente com surtos recidivantes de infecção urinária. Pacientes com litíase, refluxo vesicoureteral, anomalias do desenvolvimento do sexo, rins policísticos e hipertensão arterial frequentemente relatam manifestações familiares semelhantes.

Dor - Os quadros dolorosos do aparelho urogenital apresentam características peculiares ao tipo de órgão acometido. As dores de origem renal localizam-se nos ângulos costovertebrais, abaixo da 12ª costela, são contínuas e refletem-se ocasionalmente nos hipocondrios (Figura 3). Resultam da distensão aguda da cápsula renal (pielonefrite aguda, obstrução ureteral aguda), ou de processos inflamatórios perinefréticos. Os quadros expansivos renais como hidronefrose, tumores ou cistos produzem distensão lenta e gradual da cápsula e costumam ser assintomáticos. Dores lombares relacionadas com movimentos do tronco são freqüentemente interpretadas como dores renais, mas decorrem, em geral, de afecções osteoarticulares da coluna ou de vícios posturais. A dor ureteral é classicamente em cólica, e origina-se na região lombar com irradiação para o flanco e fossa ilíaca. Estas dores quase sempre são secundárias a passagem de pequenos cálculos ou coágulos sanguíneos, e são produzidas pelo intenso movimento peristáltico que instala-se a montante do local obstruído. Freqüentemente estes pacientes apresentam aumento do volume renal, que produz dor contínua na região costovertebral. A localização topográfica de cálculos ureterais pode ser feita pelas características da cólica ureteral. Os cálculos de terço superior do ureter produzem dores que se irradiam para o testículo (ou vulva), já que todas estas estruturas são inervadas pela mesma raiz sensitiva (T₁₁ - T₁₂). As cólicas de flanco, sem irradiação, resultam de cálculos situados no terço médio do ureter, e quando o cálculo aproxima-se da bexiga as dores localizam-se na fossa ilíaca, irradiam-se para a região inguinal, na projeção do cordão espermático, e acompanham-se de disuria e polaciúria. As dores vesicais decorrem em geral da presença de corpos estranhos (cálculos, sondas) ou inflamação da mucosa vesical (infecções, radioterapia), e manifestam-se de forma aguda e

intensa, "em espasmo" na região hipogástrica, acompanhadas de desejo imperioso de urinar. As dores testiculares são contínuas, localizadas e resultam da distensão aguda das túnicas de revestimento quando existe aumento rápido de volume do órgão (infecção, trauma). Os quadros de evolução lenta, como os tumores, normalmente são indolores. A dor prostática manifesta-se na região retropúbica ou perineal, as vezes de forma intensa e contínua (processos inflamatórios crônicos).

Polaciúria e Urgência - Refletem essencialmente uma diminuição do limiar de excitabilidade vesical. A presença de inflamação da mucosa ou diminuição de tamanho da bexiga tornam o órgão extremamente sensível a pequenos acúmulos de urina, de modo que o paciente apresenta desejos frequentes para urinar e elimina pequenos volumes em cada micção (polaciúria). Em decorrência da grande irritabilidade vesical, pequenos acréscimos de urina criam uma necessidade imperiosa de urinar (urgência). A polaciúria é um fenômeno diuturno, de forma que os pacientes que não apresentam micção, mas somente polaciúria durante o dia, devem ser portadores de distúrbios de caráter psicológico. Dentre as causas mais importantes de polaciúria destacam-se os quadros de inflamação da mucosa vesical (infecção, irradiação, cálculos), doenças que produzem contração fibrosa da bexiga (tuberculose, cistite intersticial), processos obstrutivos infravesicais com formação de urina residual (tumores de próstata, estreitamentos de uretra) e quadros de compressão extrínseca da bexiga (tumores do útero e ovário, útero gravídico).

Disúria - Caracteriza a sensação de dor e desconforto para urinar e, em geral, acompanham-se de ardor uretral. A disúria resulta da inflamação da mucosa vesical e da uretra posterior e aparece sempre nos casos de cistite e prostatite aguda e de uretrite crônica na mulher.

Hematuria - Dependendo de seu pH, a urina contendo sangue pode se apresentar vermelha (pH urinário alcalino) ou quase negra (pH urinário ácido). As hematurias podem ser divididas em iniciais, finais e totais e isto frequentemente serve de indício para a identificação do local do sangramento. A hematuria inicial, que surge apenas nos momentos iniciais da micção, aparece nas lesões uretrais. A hematuria terminal ocorre em pacientes com lesões situadas no triângulo ou colo vesical e resulta da compressão dessas lesões ao final da contração da bexiga). A hematuria total, caracterizada pela eliminação de urina contendo sangue do início ao fim da micção, surge em patologias renais e ureterais ou as vezes vesicais, quando a urina fica muito tempo acumulada na bexiga. As principais causas de hematuria nos pacientes urológicos são: os tumores (renais, vesicais e benignos de próstata), a tuberculose urogenital e os cálculos urinários. Hematuria é também encontrada em pacientes com hidronefrose, rins policísticos, cistites e num contingente grande de pacientes nefrológicos (glomerulonefrites, anemia falciforme). A hematuria deve ser diferenciada de situações em que a urina torna-se avermelhada pela presença de pigmentos. Isto ocorre em pacientes com hemoglobinúria ou após a ingestão de beterraba, medicamentos (fenolftaleína, piridíum), refrigerantes ou sucos artificiais.

Poliúria - Situação cuja característica principal é uma diurese diária total bastante elevada, com volumes de urina usualmente maiores que 3.500 ml por dia. Surge em pacientes com diabetes mellitus descompensado, em fases iniciais de insuficiência renal da reabsorção tubular de sódio), hipopotassemia (incapacidade tubular para concentrar urina) e diabetes insipidus. Ocorre, também, em pacientes que recebem sobrecarga hídrica ou de solutos osmoticamente ativos.

Incontinência urinária - Traduz a incapacidade de reter-se a urina na bexiga, e manifesta-se de 3 formas: incontinência total, de esforço e paradoxal. A incontinência total é representada por perdas urinárias contínuas e micções ausentes e decorre de doenças adquiridas (fístula vesicovaginal, lesão do esfíncter externo da bexiga) ou congênitas (ectopia ureteral, epispádia, extrofia vesical). Incontinência de esforço designa as perdas de urina ocasionais, durante a realização de esforços físicos e continência urinária nos períodos de repouso. Surge em pacientes com cistocele e ocasionalmente em mulheres com estenose de uretra. A incontinência paradoxal inicia-se após a repleção total da bexiga, através de gotejamento urinário contínuo, por "transbordamento". Este tipo de incontinência é característico dos quadros de bexiga neurogênica atônica e retenção urinária crônica.

Enurese - Significa incontinência urinária noturna, durante o sono, após o 4º ano de vida. Difere da nictúria por ser um fenômeno inconsciente e involuntário. Representa um fenômeno de fundo psicológico, embora muitas vezes esteja associado a processos obstrutivos infravesicais (válvula de uretra posterior, estenose de meato uretral), principalmente quando existem outros sintomas urológicos concomitantes.

Pneumaturia - A eliminação de gás misturado a urina indica, até prova em contrário, a presença de fístula enterovesical. Embora certas bactérias gram negativas possam promover liberação de gás, a pneumaturia em casos de infecção urinária é um fenômeno bastante raro. As fístulas enterovesicais surgem principalmente em pacientes com doença diverticular dos colons e em menor escala nos casos de carcinoma de sigmóide, doença de Chron e irradiação pélvica.

Oligúria e Anúria - Servem para designar os estados de débito urinário reduzido ou ausente, em um dado intervalo de tempo, e indicam comprometimento da função renal. Considera-se oligúria os estados com fluxo urinário inferior a 20 ml por hora e anúria quando o fluxo urinário é nulo ou inferior a 5 ml por hora.

Retenção urinária - É a incapacidade de eliminar a urina acumulada na bexiga, e instala-se em pacientes com processos obstrutivos infravesicais (tumores de próstata, estreitamento uretral, corpos estranhos), bexiga neurogênica, afecções ginecológicas (mioma de útero, tumores do soalho pélvico) e ingestão de drogas parasimpatolíticas. Ao contrário dos casos de anúria, pacientes com retenção apresentam a bexiga distendida, dolorosa e palpável no abdômen.



Figura 1 – Litotomia no século XVII (Retirado de Murphy, 1972).



Figura 2 – Planificação sistemática de abordagem do paciente urológico (Retirado de Marshall, 1964).

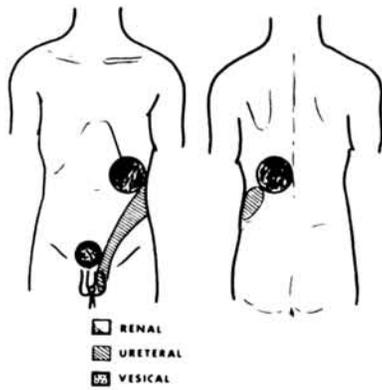


Figura 3 – Localização e irradiação das dores do trato urinário.



Figura 4 – Método de palpação das lojas renais.

“*Prostatismo*” – Caracteriza um conjunto de sintomas que surgem nos pacientes com obstrução infravesical, principalmente infravesical, principalmente, tumores de próstata. As manifestações iniciais são de polaciúria, nictúria e urgência, decorrentes da hipertrofia do detrusor estimulada pelo processo obstrutivo incipiente. Posteriormente desenvolve-se dificuldade para iniciar a micção (hesitânica), diminuição da força e calibre do jato urinário e gotejamento terminal, que refletem a piora da obstrução e diminuição da força do detrusor. Com a redução do tonus e da contratilidade da musculatura vesical passa a haver aumento progressivo de urina residual na bexiga, que culmina com a retenção urinária, grau máximo de descompensação vesical.

EXAME FÍSICO

O exame do trato urogenital é realizado em seguida ao exame físico geral e dos outros sistemas, ambos imprescindíveis para a avaliação completa do paciente urológico.

Exame dos rins – A inspeção da região lombar e flancos revelar a presença de: abaulamentos (abscesso perinefrético, tumores), fístulas urinárias ou purulentas (tuberculose) e cicatrizes (traumas, cirurgias). A palpação dos rins só é factível em crianças pequenas e mulheres magras multiparas, ou quando existe aumento de tamanho do órgão. A palpação é feita com o paciente em decúbito dorsal, e coxas semifletidas. Uma das mãos do examinador é colocada na região lombar, abaixo da última costela, exercendo uma pressão local com objetivo de elevar o rim. A outra mão desliza profundamente na parede anterior do abdome, junto ao hipocôndrio, e o rim é palpado no fim da inspiração, quando atinge seu deslocamento caudal máximo (Figura 4). O aumento de tamanho de um dos rins sugere presença de hidronefrose, pionefrose, cisto ou tumor e o aumento bilateral dos rins ocorre nos pacientes com rins policísticos ou hidronefrose bilateral. A palpação dos rins é normalmente indolor, e a presença de dor traduz a existência de processos inflamatórios agudos renais ou perirenais. Nestes casos constata-se, com grande frequência, contração reflexa da musculatura paravertebral e abdominal. A percussão da região lombar e flancos tem pequeno valor semiológico, embora, algumas vezes, auxilio na diferenciação de tumores císticos ou sólidos de rim ou retroperitônio. A manobra de Giordano (percussão manual das regiões paravertebrais) quando acompanhada de dor intensa caracteriza situações de distensão aguda da cápsula renal (pielonefrite aguda, hidronefrose aguda). Certas afecções agudas músculo-esqueléticas da região lombar podem produzir dor a percussão local, o que, as vezes, dificulta a interpretação do sinal de Giordano. A ausculta da região lombar é fundamental nos casos de hipertensão arterial, já que o sopro sistólico é encontrado em cerca da metade dos pacientes com estenose da artéria renal.

Exame do ureter – O ureter, por suas características anatômicas e topográficas, é de difícil abordagem semiológica. Sua palpação só é possível em algumas crianças com megaureter avançado, ou em mulheres com afecções do ureter justavesical (cálculo, tumor), através de toque vaginal.

Exame da bexiga – A inspeção, percussão e palpação da região suprapúbica são particularmente importantes nos pacientes com obstrução infravesical. A bexiga vazia não é palpável ou percutível, mas nos casos de retenção urinária aguda ou crônica ocorre distensão desse órgão, com abaulamento do hipogástrio, submacicez local e palpação do contorno vesical, que pode atingir o nível da cicatriz umbelical. A bexiga costuma também ser palpada em casos de bexiga neurogênica, por lesão do neurônio motor inferior. A palpação combinada (suprapúbica associada a toque vaginal ou retal) é bastante utilizada nos tumores vesicais para caracterização do grau de infiltração neoplásica. O tumor é identificado sob forma de massa endurecida, sem qualquer mobilidade, quando existe infiltração completa da parede vesical e tecidos perivesicais.

Exame do pênis – A inspeção do pênis pode revelar a presença de fimose de lesões venéreas, neoplásicas ou infecciosas locais e anomalias de meato uretral (estenose, hipospádia, epispádia). Pela palpação do pênis podem ser notadas placas irregulares de consistência cartilaginosa envolvendo os corpos cavernosos (doença de Peyronie), nódulos fibrosos junto ao corpo esponjoso (estreitamentos uretrais), ou corpos estranhos e cálculos localizados na uretra peniana ou glândular. Com frequência as lesões ou anormalidades acompanham-se de adenopatia inguinal.

Exame do escroto e seu conteúdo – O exame direto da região escrotal permite a identificação de fístulas purulentas (tuberculose genital), hematomas (ruptura de uretra, hematocele), sinais inflamatórios (orquiepididimite), ou aumentos de volume (hidrocele, orquiepididimite, tumor, hérnia). Os testículos tem consistência elástica e são indolores à palpação. Nos pacientes com tumor de testículo existe um aumento de tamanho e consistência do órgão. Isto também ocorre nas orquiepididimite agudas, mas com dor intensa a palpação local. A diferenciação dos tumores escrotais é facilitada pelo emprego da transiluminação, realizada em quarto escuro com uma lanterna colocada na face posterior do escroto. Massas sólidas sugerem a presença de neoplasia ou hérnia inquoescrotal, e massas translúcidas caracterizam as hidroceles. Nos casos de criptorquidia, testículo ectópico ou retrátil e agenesia testicular a bolsa escrotal apresenta-se vazia e o testículo pode ser ou não palpado no conduto inguinal ou região pubiana. O epididimo é palpado posterior superiormente ao testículo e constitui sede freqüente de processos inflamatórios agudos (doloroso, aumentado de tamanho) ou crônicos (nódulos fibrosos pouco dolorosos). O deferente é identificado junto ao cordão espermático, como um cordão fibroso, liso e móvel. Nos casos de tuberculose torna-se noduloso, com aspecto de “contas de rosário”. A sua presença deve ser explorada em todos os casos de azoospermia, já que a agenesia de deferente é um achado ocasional nesses pacientes.

Exame genital feminino – Este exame permite a exploração do trato urinário médio e inferior da mulher, e a pesquisa de lesões ginecológicas freqüentemente associadas a problemas urinários. O meato uretral pode se apresentar anormalmente fechado ou com pregas irregulares e frangeadas

(carúncula, prolapso de mucosa) que predispõe a cistites. Nos casos de uretrite aguda é comum a presença de secreção purulenta emergindo pelo meato uretral ou coleções purulentas nas glândulas periuretrais e de Bartholin. Através da inspeção da vagina são identificados corrimentos, que favorecem o aparecimento de infecções urinárias, fístulas vesicovaginais e tumores ginecológicos responsáveis eventualmente por quadros de hematuria ou obstrução uretral. O toque vaginal bidigital pode revelar a existência de divertículos uretrais (formação saculares na parede anterior da vagina, junto ao trajeto uretral), massas sólidas intravesicais (tumores, cálculos), orifícios de fístulas vesicovaginais, cálculos de ureter terminal e afecções de colo e corpo uterino. Nas pacientes com incontinência urinária de esforço são observados graus variáveis de cistourethrocele e perda de urina involuntária quando a paciente tosse ou realiza a manobra de Valsalva. Estas perdas não ocorrem quando se suspende bidigitalmente a uretra e a bexiga em direção ao pubis (manobra de Bonney), ou seja, quando se restabelecem as relações normais entre bexiga, uretra e soalho pélvico.

Exame retal — É particularmente importante nos pacientes com bexiga neurogênica e naqueles com queixas de acometimento do trato urinário inferior. A ausência de tonus do esfíncter anal, de sensibilidade na região perineal e do reflexo bulbocavernoso (contração dos músculos bulbocavernoso e esfíncter anal externo, notados através de toque retal, quando a glândula ou o clitoris são comprimidos) traduzem lesão de nervos sacrais e presença de provável quadro de bexiga neurogênica. O toque retal permite, de forma satisfatória, o exame de próstata e as vezes da vesícula seminal. A próstata, situada na face anterior da parede retal, tem o tamanho de uma noz, como limites nítidos, superfície lisa, sulco mediano longitudinal bem individualizado e pequena mobilidade. Sua consistência é elástica, comparável a da região tenar quando a mão está aberta. Nas infecções agudas a glândula torna-se extremamente dolorosa e molecida, e nos processos infecciosos crônicos (inespecíficos ou tuberculose) torna-se rígida, com superfície irregular. A presença de nódulos endurecidos, embora freqüente nos casos tuberculose ou cálculos prostáticos, pode representar fases iniciais de carcinoma prostático. Aumentos do órgão com preservação de suas características básicas, ou seja, consistência, superfície, limites e mobilidade é peculiar dos adenomas prostáticos. Em pacientes com carcinoma de próstata avançado existe também aumento de tamanho da glândula, que torna-se contudo endurecida, dolorosa, de consistência pétreia e com limites irregulares e imprecisos, quando existe infiltração neoplásica dos tecidos periprostáticos. As vesículas seminais, normalmente não palpadas, podem ser identificadas em casos de processos inflamatórios específicos ou inespecíficos e em situações muito raras de tumores locais. Elas aparecem ao toque sob forma de estruturas alongadas, piriformes, dolorosas e endurecidas, logo acima da base da próstata.

Micção assistida — Este exame, de pouco valor na mulher dadas as dificuldades para observação adequada, é bastante importante nos pacientes do sexo masculino, particularmente naqueles com patologias de trato urinário médio e inferior. A constatação de hesitação, diminuição de calibre e força do jato urinário e gotejamento terminal sugere a presença de obstrução infravesical. A interrupção brusca do jato urinário antes do fim da micção é peculiar dos cálculos vesicais. A colheita da urina em frasco calibrado permite a análise macroscópica da urina (hematuria, piúria) e se a micção foi cronometrada podemos determinar o fluxo urinário e grosseiramente avaliar a força de contração vesical.

SUMÁRIO

Os autores apresentam os principais sintomas e sinais referidos pelos pacientes urológicos e descrevem de maneira sistemática o exame físico desses pacientes, no que se refere ao aparelho urogenital. De uma maneira geral, tentou-se correlacionar os sintomas e sinais com as principais patologias que acometem o sistema urinário e o trato genital masculino.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — BEARN, J. G. & PILKINTON, T.R.E. — Organs palpable in the normal adult abdomen. Lancet 2:212, 1959.
- 2 — BORS, E. & BLINN, K. A. — Bulbocavernous reflex. J. Urol. 82: 128, 1959.
- 3 — CAMPBELL, M. F. & HARRISON, J. H. In "Urology", W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1970.
- 4 — MARSHALL, V. F. In "Textbook of Urology", Hoeber & Row Publishers Inc, New York, 1964.
- 5 — MURPHY L. J. T. In "The history of Urology", Charles C. Tomas Publishers, Springfield, 1972.
- 6 — PACHECO, A. A. M. — O toque retal em clínica urológica. Rev. Med. 25:15, 1941.
- 7 — SMITH, D. R. In "General Urology" Lange Medical Publications, California, 1972.