

SEMIOLOGIA CLÍNICA UROLÓGICA

J. MANUEL BASTOS, J. REAL DIAS
 Serviço de Urologia. Hospital Garcia de Orta. Almada.
 Hospital Militar Principal. Lisboa.

RESUMO

Os Autores propõem-se rever todos os sintomas e sinais na área da Urologia. Sublinham as suas definições, as características e o significado patológico tendo em conta os conhecimentos mais actuais.

SUMMARY

Urological Clinical Semiology

The authors review all symptoms and signs in the Urological field, as well as definitions, characteristics and pathological significance according to current knowledge.

- Interrogatório

- Dor Renal
 - Ureteral
 - Vesical
 - Prostática
 - Peniana
 - Testicular
- Hematúria
- Sintomas do aparelho urinário inferior
 - Síndrome Irritativo
 - Síndrome Obstrutivo
 - Incontinência
 - Enurese
- Disfunção Sexual
- Hematoespermia
- Pneumatúria
- Fecalúria
- Corrimento Uretral
- Febre e Tremores
- Antecedentes com significado urológico

- Observação

- Observação geral
- Rins
- Bexiga
- Pénis
- Escroto e conteúdo
- Próstata e recto no homem

O conjunto de sintomas e sinais referentes ao aparelho urinário, constituem a semiologia urológica.

Iremos abordar o tema em termos genéricos dado que outros colegas tratarão mais especificamente desses mesmos sintomas e sinais ao abordarem alguns síndromes.

DOR

A dor pode ter várias origens: renal, ureteral, vesical, prostática, peniana e testicular.

Na caracterização da dor há que ter em conta o seu tipo, localização, início, circunstâncias que a desencadeiam ou exacerbam, irradiação, intensidade, duração horária, posição antiálgica e sintomas acompanhantes.

Dor Renal

Localizada ao angulo costovertebral. A dor por obstrução é flutuante em intensidade. A dor por inflamação é permanente. Pode irradiar para o abdómen superior e umbigo ou ser referida ao testículo ou grandes lábios. Tem como principal causa a distensão da cápsula renal, e a irradiação a sua origem embriológica.

Dor Ureteral

Aguda e secundária a obstrução. Se a obstrução é no ureter médio a dor é referida à fossa iliaca, escroto ou grande lábio, se for no ureter inferior os sintomas são do tipo irritativo, com dor suprapubica ou que irradia pela

uretra até à extremidade do pénis.

Obstruções de estabelecimento lento e progressivo raramente são causa de dor significativa.

Dor Vesical

Dor suprapúbica constante não relacionada com retenção urinária é raramente de origem urológica. As situações inflamatórias vesicais produzem dor intermitente máxima com a bexiga cheia, e que alivia após a micção. A dor vesical pode ser referida à uretra distal e está associada a sintomas irritativos.

Dor Prostática

Localizada ao períneo, e caracterizada por dor tipo moinha e desconforto perineal, mas podendo ser referida na região sagrada, inguinal ou testículos. Geralmente é secundária a inflamação com edema e distensão da cápsula.

Dor Peniana

Sem erecção é geralmente secundária a inflamação vesical ou da uretra.

Com erecção corresponde a D. Peyronie ou priapismo.

Dor testicular

Primária se tem origem intraescrotal, devida a inflamação, traumatismo, torsão testicular ou de apêndices. Referida com origem renal ou retroperitoneal. A dor crónica é usualmente relacionada com condições não inflamatórias, como hérnias, hidrocele ou varicocele.

HEMATÚRIA

É a presença de três ou mais eritrócitos por campo de grande ampliação e implica sempre a sua investigação dado poder estar subjacente patologia mais ou menos importante. A característica da hematuria pode indiciar a patologia existente, assim é importante saber se a hematúria é macro ou microscópica, se é assintomática ou se pelo contrário é acompanhada de outros sintomas e sinais, nomeadamente cólica, coágulos, febre, etc. Se se trata de uma hematúria inicial, total ou terminal. Se de uma falsa ou verdadeira hematúria, se a hematúria tem coágulos e a forma desses mesmos coágulos.

A reter, uma hematúria é sempre patológica e implica sempre a sua investigação.

SINTOMAS DO APARELHO URINÁRIO INFERIOR

Há que descrever, pela sua importância, os grandes síndromes que englobam quase todos os sintomas e sinais do aparelho urinário inferior são eles:

A - Síndrome Irritativo

B - Síndrome Obstrutivo

C - Incontinência Urinária

D - Enurese

A - Síndrome Irritativo

De uma forma geral o síndrome irritativo está associado a doença inflamatória, neoplásica ou neurológica do aparelho urinário inferior podendo contudo estar associado ao síndrome obstrutivo.

Caracteriza-se por:

1. Frequência urinária aumentada - mais de oito vezes/dia. É causada por aumento da diurese - poliúria (diabetes mellitus, insípida, ingestão exagerada de líquidos) ou diminuição da capacidade vesical consequência de bexiga de esforço, com aumento do volume residual, por sua vez consequência de obstrução urinária.

2. Noctúria - consiste no aumento de frequência urinária nocturna, mais de duas vezes, frequentemente não relacionada com patologia urológica. Pode ser consequência de uma reabsorção de líquidos, facilitada com a posição de decúbito e secundária a patologias, como insuficiência cardíaca, renal, ou a medicamentos, etc

3. Urgência miccional - consiste numa vontade miccional forte e súbita, muitas vezes consequência de obstrução, doença inflamatória ou neurológica, podendo atingir mesmo a incontinência.

4. Ardor miccional - que pode ser inicial, total ou terminal, sendo o seu significado diferente, mas de uma forma geral consequência de doença inflamatória ou infecciosa, uretral, prostática ou vesical.

B - Síndrome Obstrutivo

Como o próprio nome indica caracteriza a obstrução urinária e é composto por:

1. Hesitação - consiste no atraso do início da micção e é directamente proporcional ao grau de obstrução, normalmente prostática;

2. Jacto fraco e intermitente - consiste na diminuição da força e calibre do jacto urinário. É também proporcional ao grau de obstrução;

3. Gotejo terminal - consiste na emissão de gotas depois de terminada a micção e é consequência do encerramento alterado do colo vesical e uretra prostática ou aperto.

4. Esforço abdominal - no sentido de aumentar o gradiente de pressão vesicouretral e assim facilitar o esvaziamento.

De notar que estes sintomas estabelecem-se de uma forma gradual, não sendo valorizado muitas vezes pelo doente a sua importância.

C - Incontinência urinária

Define-se como a perda involuntária de urina, socialmente inconveniente.

Existem vários tipos, a saber:

1. Contínua e total - perda involuntária da urina, inde-

pendentemente da posição corporal. A causa mais frequente é a fistula urinária ou a lesão do esfíncter.

2. De esforço - consiste na perda urinária com o aumento da pressão abdominal normalmente secundária, a tosse, esforço físico, etc. É classificada em vários graus consoante a gravidade e é comum em mulheres menopáusicas, pós parto ou em homens submetidos a cirurgia pélvica radical em que se verifica lesão do esfíncter. A perda de urina é simultânea ao aumento de pressão abdominal e não existe na posição de deitado.

3. Urgência-incontinência - trata-se da perda de urina precedida de forte vontade miccional. Constata-se a sua existência na doença infamatória, infecciosa, neurológica ou obstrutiva.

Não tem relação ao contrário da precedente, com a posição corporal, e o estímulo desencadeante, precede a perda, não sendo por isso simultânea, como na incontinência urinária de esforço.

4. Paradoxal - é secundária a retenção urinária crónica com valores elevados de resíduo. Verifica-se simultaneamente à incontinência urinária, grande distensão vesical com volumoso globo palpável muitas vezes visível.

D - Enurese

Trata-se de uma incontinência urinária durante o sono, pensa-se em relação com alterações encefálicas. É uma situação, numa forma geral benigna e que cursa para a cura, sendo possível atestar um certo carácter familiar. É discutível o interesse da sua investigação por rotina.

DISFUNÇÃO SEXUAL

Disfunção erétil - Numa forma geral, utilizada como sinónimo de impotência, definindo-se esta como a incapacidade para obter e manter uma erecção adequada permitindo o coito de uma forma satisfatória para o casal.

Diminuição de vontade (libido) muitas vezes consequência da diminuição de androgénios, (com origem pituitária ou testicular) ou perda de interesse.

Na disfunção erétil tem importância a caracterização do seu aparecimento ou factores precipitantes ou desencadeantes com o fim da sua classificação em disfunção erétil de causa psicogénica, orgânica ou mista.

DISTÚRBIOS DA EJACULAÇÃO

Anejaculação - trata-se da ausência de ejaculado. Pode ser secundária a cirurgias retroperitoneais extensas em que há destruição ou alteração da inervação simpática do complexo prostato-seminal.

Ejaculação precoce - É um sintoma muito frequente e difícil de definir e caracterizar, mas que parece relacionado

com uma ejaculação abreviada no tempo e que não permite a satisfação do casal. É um problema quase sempre psicogénico.

Ejaculação retrograda - Trata-se da presença do ejaculado na bexiga após orgasmo, é secundária a alterações do colo vesical, consequência de cirurgia em que há destruição do mesmo ou cirurgia retroperitoneal, que condiciona lesões do sistema nervoso simpático que por sua vez altera a competência do colo vesical.

HEMATOSPERMIA

Consiste na presença de sangue no líquido espermático. As suas características, cor ferruginosa, sangue vivo, apontam-nos para a localização de patologia causadora, raramente secundária a neoplasia, é comum nas alterações inflamatórias da uretra, próstata ou vesícula seminal, e com frequência após biópsias prostáticas. Requer avaliação urológica e resolve-se quase sempre espontaneamente, sendo raramente associada a patologia urológica com significado.

URINA TURVA

Tem como causas a presença de piócitos, linfa, fungos, fosfatos, etc.

PNEUMATÚRIA

É a presença de gás na urina. A sua causa principal é a existência de fistula entérica ou a presença de infecção secundária a microorganismos formadores de gás.

FECALÚRIA

É a presença de fezes na urina, que de uma forma geral acontece como consequência de fistulas entéricas (cirurgia anterior, doença de Crohn, Colite ulcerosa, etc.).

CORRIMENTO URETRAL

É o sintoma mais comum numa infecção venérea. As suas características, cor, quantidade, modo de aparecimento e relação com contacto sexual apontam-nos para a sua etiologia e respectivo tratamento. O corrimento uretral sanguinolento é sugestivo de neoformações da uretra.

FEBRE E TREMORES

Pode ocorrer com qualquer infecção génitourinária mas mais comum quando estão envolvidos órgãos maciços, nomeadamente rim, próstata ou testículo. Quando associada a obstrução urinária a febre e tremores anunciam o perigo de septicémia, situação que requer tratamento urgente.

ANTECEDENTES COM SIGNIFICADO UROLÓGICO

Ao elaborarmos uma história urológica e no que aos

antecedentes diz respeito há que não esquecer a existência de patologias, nomeadamente a diabetes, hipertensão, anemia de células falciformes que desencadeiam ou agravam situações de disfunção erétil, infecções, alterações miccionais, etc.... O alcoolismo e tabagismo também são situações importantes no desenvolvimento das disfunções erecteis, infertilidade e neoplasia da bexiga, entre outras.

Na história familiar é importante não esquecer determinadas doenças, com incidência familiar, nomeadamente a doença Renal Poliquística, Esclerose Tuberosa, doença de Von Hippel Lindau, Acidose Tubular Renal, Cistinúria, etc...

A urolitíase e o cancro da próstata parecem ter também uma determinada incidência familiar.

OBSERVAÇÃO

Além dos sinais que são comuns a doenças de outros aparelhos e sistemas as alterações da pele e mucosas podem revelar icterícia ou anemia como sinal de doença maligna, a ginecomastia como sinal de alcoolismo ou terapêutica de privação hormonal, os edema dos genitais e membros inferiores, associados a insuficiência cardíaca, renal, obstrução linfática pélvica ou retroperitoneal. Há observações que são típicas, nomeadamente a observação da urina e da micção pois o simples facto de assistirmos o doente a urinar põe-nos na pista de determinada patologia.

Rim

É importante a inspecção da região lombar, sede de alterações da pele secundárias a doença infecciosa, inflamatória ou traumática.

A percussão do ângulo costo-vertebral desperta dor, nos casos em que há inflamação ou distensão da cápsula renal. Está descrita a auscultação de sopros em casos de estenose da artéria renal, aneurisma ou fistula artério venosa.

Bexiga

A bexiga é apenas palpável quando distendida com pelo menos 150 c.c de urina. A percussão identifica melhor a bexiga do que a palpação.

A inspecção do abdómen pode revelar-nos a existência de um abaulamento do hipogastro, que a percussão vem confirmar. É importante a pesquisa de alterações inflamatórias ou infecciosas do hipogastro.

Pénis

A inspecção pode revelar a existência de neoformações devendo proceder-se sempre à retracção do prepúcio. A localização do meato uretral e suas características são observações importantes.

A palpação do trajecto dos corpos cavernosos e espon-

joso pode revelar a presença de placas ou neoformações.

Escroto e conteúdo

O escroto contém pêlos e glândulas pelo que pode ser sede frequente de infecção e quistos sebáceos.

Ao nível dos testículos podemos palpar áreas firmes ou nodulares que devem ser, na ausência de causa inflamatória ou traumática, interpretadas como tumores. O aparecimento em jovens, de dor súbita com rotação e ascensão do testículo, fazem o diagnóstico de torsão do cordão espermático exigindo terapêutica cirúrgica urgente.

O epidídimo palpa-se como um cordão elevado na face posterior do testículo, e as massas que aí podem existir (espermatocele, quisto, epididimite) são quase sempre benignas. O cordão espermático e as bolsas devem ser observados com o doente em decúbito dorsal e em pé para despiste de varicocele.

Próstata

No exame objectivo temos acesso á próstata através do toque rectal, o qual permite avaliar as suas características, forma, volume, superfície, limites, mobilidade e consistência. De forma grosseiramente triangular ou como uma castanha, com um sulco mediano, e de dimensões aproximadas de 3 x 3 cm, o volume correspondente a cerca de 20 gramas, superfície lisa, móvel e de consistência elástica (como a eminência tenar em contracção). A presença de nódulos, limites mal definidos, zonas duras, assimetria ou outras alterações apontam para a existência de patologia neoplásica ou infecciosa.

Para além da palpação da próstata, o toque rectal pode fornecer outras informações de interesse, nomeadamente a tonicidade do esfíncter anal, que permite suspeitar doença neurológica, patologia intra rectal, etc...

O toque rectal deve ser efectuado em posição decúbito dorsal, fazendo a palpação bimanual, o que permite palpar um globo vesical, eventual resíduo pós-miccional, etc.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- CAMPBELL'S UROLOGY: Evaluation of the urologic patient, Ch 4 - pg. 131, 7ª edição, 1998;
CARTER BS, BOVA GS, BEATY TH, et al: Hereditary Prostate Cancer. J. Urology, 1993; 150:797-802;
HAMILTON BAYLEY'S: Physical Signs in Clinical Surgery. 5ª Edição 1993;
ADULT AND PEDIATRIC UROLOGY. 3ª Edição 1996 - CH.2
MESSING EM, YOUNG TB, HUNT VB et al: The significance of asymptomatic microhematuria in men 50 or more years old. J Urology 1987; 137: 919
MESSING EM, YOUNG TB, HUNT VB, et al: Hematuria home screening: Repeat testing results. Urology 1995; 154:57-61;
MOHR DN, OFFORD KP, OWEN RA, MELTOM LJ: Asymptomatic microhematuria and urologic disease: A population based study. JAMA 1986; 256:224-229;
MULHALL JP, ALBERTSON PC: Hemoespermia: Diagnosis and management. Urology 1995; 46:463-467.