

MANUAL DO DOCENTE

Agravos Genito-Urinários Prevalentes (E3 M41)



M294

Manual do docente: agravos genito-urinários prevalentes (E3
M41) / 2024. (Manual do Docente).
38 f. : il.

1. Urologia. 2. Nefrologia. I. Centro Universitário Campo Real.
II. Título.

CDD 616

Feita pelo bibliotecário Eduardo Ramanauskas
CRB9 -1813



CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Luiz Vergílio Dalla Rosa

Profa. Dra. Simone Carla Benicá

Prof. Dr. Celso Nilo Didoné Filho

Profa. Dra. Luciana Luiza Pelegrini

Prof. Dr. Gonzalo Ogliari Dal Forno

Prof. Dr. Guilherme Ribas Taques



APRESENTAÇÃO

O Curso de Medicina do Centro Universitário Campo Real visa à formação de profissionais competentes, que contribuam para a consolidação do SUS e para a melhoria da saúde da população, capazes de desenvolver ações de promoção da saúde e assistência médica de qualidade, nas diferentes dimensões do cuidado, orientadas a partir de princípios éticos e humanistas. Dessa maneira, prevê-se um perfil de egresso para o curso de Medicina em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais:

“O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção do processo saúde-doença, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania e da dignidade humana, objetivando-se como promotor da saúde integral do ser humano” (BRASIL, 2014).

Rompendo com a fragmentação curricular dos modelos disciplinares o Curso de Medicina assume um currículo totalmente interdisciplinar e modular, favorecendo o redimensionamento das relações entre diferentes conteúdos, contribuindo para que a fragmentação dos conhecimentos possa ser superada. Integrar também implica pensar em novas interações no trabalho em equipe interprofissional, configurando trocas de experiências e saberes numa postura de respeito à diversidade, cooperação para efetivar práticas transformadoras, parcerias na construção de projetos e exercício permanente do diálogo.

Assumindo estratégias educacionais do modelo Spices como a formação centrada no aluno, com base em problemas, com um currículo integrado e com base na comunidade, a Coordenação do Curso de Medicina, o Núcleo Docente Estruturante e todo o Corpo Docente, materializam todo planejamento e estudo curricular, oferecendo orientação a professores e alunos através da construção de Manuais dos Módulos e Planos de Ensino, com orientações sobre cada módulo temático nos diferentes eixos estruturantes do curso, seus métodos de ensino e avaliação, objetivos a serem trabalhados, orientando a reflexão do que é mais adequado para melhor formar o médico contemporâneo, a fim de atender às demandas reais de saúde da comunidade.

Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2014.



METODOLOGIA DE CONSTRUÇÃO DE MANUAIS DOS MÓDULOS E PLANOS DE ENSINO

Todo o Colegiado do Curso deve discutir de forma integrada a importância da criação e atualização permanente dos manuais de módulos bem para orientar o processo de aprendizagem dos alunos. Deve também, através do NDE e da Coordenação apresentar diretrizes para a elaboração de materiais didáticos que estimulem a reflexão, a pesquisa e a aplicação prática dos conceitos.

Na construção dos manuais de módulos e planos de ensino o autor deve valorizar os seguintes pontos, independentemente da temática específica de cada módulo, para desenvolver adequadamente as competências necessárias ao final de cada ciclo de formação.

1. Fundamentos da Abordagem Centrada no Aluno:

- Explorar os princípios da aprendizagem centrada no aluno e sua importância para o desenvolvimento de competências médicas.
- Destacar a valorização do papel ativo do aluno na construção do conhecimento e na resolução de problemas reais.

2. Desenvolvimento de Planos de Ensino:

- Abordar a elaboração de planos de ensino que estejam alinhados com os objetivos educacionais do curso e com as necessidades da comunidade.
- Incluir estratégias de avaliação que permitam a avaliação contínua do desempenho dos alunos e a identificação de áreas para melhoria.

3. Integração Curricular e Base Comunitária:

- Explorar a importância da integração curricular para promover uma visão holística da prática médica.
- Destacar a relevância da valorização das necessidades de saúde prevalentes na comunidade no processo de ensino-aprendizagem, além de avaliar a possibilidade de parcerias com serviços de saúde locais e projetos de extensão.

A construção de manuais, módulos e planos de ensino para um curso de medicina centrado no aluno, baseado em problemas, com currículo integrado e comunitário, requer uma abordagem cuidadosa e planejada. Ao adotar essa metodologia, as instituições de ensino podem preparar profissionais médicos mais capacitados, comprometidos e contextualizados com as necessidades de saúde da comunidade.



INTRODUÇÃO

Urologia e Nefrologia são especialidades médicas que se complementam no manejo de doenças relacionadas ao sistema urinário, estando a nefrologia mais correlacionada com o diagnóstico e tratamento clínicos e a Urologia com seguimento predominantemente cirúrgico.

O profissional que se dedica a Nefrologia possui como principal objetivo de estudo os rins e as repercussões sistêmicas das doenças que o acometem, tanto na forma aguda quanto crônica. Os pacientes com doença renal podem ter uma variedade de apresentações clínicas diferentes. Alguns podem apresentar sintomas diretamente relacionados ao rim, como hematúria macroscópica e dor no flanco, como também sintomas sistêmicos, a exemplo do edema e sinais de uremia. Muitos pacientes, entretanto, são assintomáticos e a suspeita surge através de exames laboratoriais solicitados em rotina, como por exemplo a dosagem de creatinina sérica, ou ainda dados de exame clínico, como a hipertensão arterial em paciente jovem, sem causa aparente.

Assim que a doença renal é descoberta a presença ou o grau de disfunção renal e a rapidez da progressão são avaliados e o distúrbio subjacente é diagnosticado. Embora a história e o exame físico possam ser úteis, as informações mais úteis são obtidas inicialmente na estimativa da taxa de filtração glomerular (TFG) e no exame de urinálise. A estimativa da TFG é usada clinicamente para avaliar o grau de insuficiência renal e para acompanhar o curso da doença. No entanto, a TFG não fornece informações sobre a causa da doença renal, isso é obtido por meio de urinálise, medição da excreção urinária de proteínas e, se necessário, estudos radiológicos e / ou biópsia renal.

Para avaliação da função renal em função da dosagem de creatinina são utilizadas fórmulas validadas por estudos clínicos, a primeira, publicada em 1973, denominada equação de Cockcroft-Gault, é mais simples e mais fácil de calcular quando não dispomos de calculadoras ou aplicativos instantaneamente, entretanto, é menos precisa e tende a superestimar a TGF, ou seja, em pacientes graves ela pode não revelar a real gravidade do doente. Em 1999 foi então publicada a equação MDRD, que foi originalmente desenvolvida com base nos dados do estudo Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) em pacientes com doença renal crônica (DRC) e não incluiu indivíduos saudáveis, sendo esta a mais utilizada em serviços que acompanham doentes crônicos que já se encaminham para o transplante renal ou que já foram submetidos a ele e estão em seguimento. O grupo Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) desenvolveu, em 2009, uma nova equação, que é uma variação da fórmula do MDRD, a partir de um estudo de coorte, que incluiu indivíduos com e sem DRC. A equação CKD-EPI usa as mesmas quatro variáveis que a equação do MDRD, mas, comparati-va-mente, apresenta melhor desempenho e previsão de risco, além de apresentar menor viés e uma maior acurácia, principalmente nas faixas de TFG >60 mL/min/1,73m², do que o estudo MDRD, para uso clínico de rotina o que significa dizer que possui melhor aplicabilidade para pacientes sem doença renal crônica com dano agudo e TGF prévia acima ou próxima de 60 mL/min/1,73m².

A Urologia tem como estudo o trato urinário em sua totalidade e o trato genital, tanto masculino quanto feminino, atendendo as disfunções dos seguintes órgãos e estruturas em todas as idades: glândula supra-renal, rim, retroperitônio, ureter, bexiga, próstata, vesícula seminal, uretra, estruturas do assoalho pélvico feminino, pênis, escroto, testículos e epidídimo. O tratamento das doenças pode ser abordado tanto clinicamente como de forma cirúrgica, incluindo cirurgia aberta convencional, laparoscópica, endoscópica e métodos baseados em radiologia intervencionista.

Entre as principais doenças abordadas pelo tratamento cirúrgico estão as neoplasias, sendo que estas podem ser tanto benignas quanto malignas. Outras afecções comuns são urolitíase, estenoses, malformações (agenesia renal, ectopia renal, megaureter, ureterocele, válvulas de uretra, epispádia hipospádia e criptorquidismo), incontinência urinária e outros distúrbios da micção, disfunção erétil, infertilidade, hidrocele, varicocele e certos problemas do assoalho pélvico feminino como cistocele.

COORDENAÇÃO DO CURSO

Coordenador: Prof. Anderson Vinicius Kugler Fadel

prof_andersonfadel@camporeal.edu.br

Coordenador Adjunto: Prof. Altair Justus

prof_altairneto@camporeal.edu.br

GRUPO DE PLANEJAMENTO

- GESTORES DO MÓDULO:

Prof. Juliana Maria de Castro

- PROFESSORES TUTORES:

Prof. Gabriel Almeida

Prof. Luiz Vergilio Dalla Rosa

Prof. Juliana Maria de Castro

Prof. Natalia Cotlinsky

Prof. Leonardo Aberto

Prof. Silvia Mara de Souza Halick

- PROFESSORES DA ARTICULAÇÃO TEORIA-PRÁTICA:

Prof. Aline Valtrin

MATRIZ DE EQUIVALÊNCIA DISCIPLINAR:

- Microbiologia
- Imunologia
- Fisiologia
- Patologia
- Radiologia e Diagnóstico por Imagem
- Clínica Médica
- Clínica Cirúrgica
- Oncologia

EMENTA: Diagnóstico, manejo e prognóstico dos agravos do sistema nefro-urinário prevalentes. Exames complementares, elementares para o diagnóstico e controle dos distúrbios nefro-urinários. Avanços em nefrologia e urologia.

COMPETÊNCIA ESPERADA AO FINAL DO MÓDULO: Espera-se ao final do módulo que os alunos da graduação estejam aptos a reconhecer as principais doenças do aparelho gênito-urinário, bem como atuar na sua prevenção e assistência inicial como médico generalista.

OBJETIVO GERAL DO MÓDULO: Capacitar o discente no manejo dos distúrbios nefrológicos e urológicos. Conhecer os principais quadros clínicos desses sistemas que sejam relevantes e sua correlação com a sua prevalência e relevância clínica e social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO MÓDULO: Ao final do módulo, pretende-se que o aluno esteja apto às seguintes competências e habilidades:

- Interpretação dos dados, na identificação de problemas para a promoção, preservação e recuperação da saúde e principalmente da prevenção de doenças englobadas pela Nefrologia e Urologia;
- Desenvolver raciocínio crítico e aplicação dos conhecimentos na prática;
- Descrever com propriedade a história, exame físico e clínico do paciente;
- Conhecer noções básicas de anatomia e de fisiologia renal indispensáveis a integração com os aspectos clínicos e laboratoriais das nefropatias;
- Identificar sinais e sintomas mais comuns nas doenças renais, relacionando-os às diversas síndromes nefrológicas.
- Interpretar os resultados dos exames complementares, de modo a diagnosticar corretamente a doença renal em curso e estimar, adequadamente, a função dos rins.
- Compreender a etiopatogenia e correlação clínico-patológica das doenças do aparelho gênito-urinário;
- Elaborar o diagnóstico e tratamento das doenças urológicas mais prevalentes;
- Saber o momento adequado para referir o doente renal ao especialista em nefrologia e urologia;
- Valorizar as atividades de prevenção;
- Atuar em equipe multiprofissional;
- Valorizar o comportamento ético e humanístico da prática profissional.

CONTEÚDOS: Função Renal; Distúrbios do equilíbrio ácido-base; Distúrbios do equilíbrio eletrolítico; Injúria Renal Aguda; Glomerulonefrites; Síndrome Nefrítica; Síndrome Nefrótica; Insuficiência Renal Crônica, Nefrolitíase; Tumores renais; Diálise; Transplante Renal; Recentes avanços em nefrologia/urologia; Terapêutica atual em nefrologia e urologia; Imaginologia do Trato Geniturinário.



CASOS MOTIVADORES

CASO MOTIVADOR Nº1 - LESÃO RENAL AGUDA

Paciente masculino de 85 anos, vem acompanhado da filha ao pronto atendimento. Durante anamnese esta refere que o pai diminuiu o nível de atenção com os próprios cuidados e com a família na última semana, recusa-se a ingerir alimentos, quase não saiu da cama e também parou de cuidar do quintal e do galinheiro, atividades que sempre fazia com prazer. Refere também que notou que o pai vem apresentando tosse há mais ou menos 04 dias com o “peito carregado”. Ao ser questionado objetivamente paciente afirma que perdeu completamente o apetite e que sente forte desconforto em todo o corpo e cansaço, a tosse o incomoda bastante e ocorre tanto durante o dia quanto a noite. Nega episódios de febre aferida, mas afirma que sentiu mais frio que o habitual nas duas últimas noites. Refere que faz uso regular de medicação para controle da diabetes, “colesterol alto” e hipertensão. Nega tabagismo e etilismo atuais ou prévios.

Ao exame físico: REG, LOTE, hipocorado, desidratado +/4+, acianótico, febril, FR 22, anictérico. PA 90/60, FC 91, saturação de 96% e AA. TEC de 4 segundos. A ausculta pulmonar revelou murmúrio vesicular reduzido em base pulmonar esquerda, associada a estertores finos. Restante do exame físico sem alterações relevantes.

Solicitados exames complementares:

- HB 12,1 / VG 50% / Leucócitos 17.200, com 6% bastões / Ureia 65 / Creatinina 2,2 / K 3,6 / Na 136 / PCR 7,2
- A radiografia de tórax é visualizada na imagem abaixo:



Tendo em vista o resultado dos exames laboratoriais e demais dados do exame clínico, a equipe médica assistente optou por internamento e manutenção do tratamento em regime de enfermaria.

Iniciadas medidas de suporte, o paciente apresentou melhora clínica e laboratorial. No quarto dia de internamento os exames laboratoriais demonstraram:

-
- HB 12,1 / VG 40% / Leucócitos 12.200, com 2% bastões / Ureia 35 / Creatinina 1,6 / K 4,0 / Na 139 / PCR 3,2

Paciente completou 07 dias de antibioticoterapia parenteral recebendo alta em bom estado geral.

Objetivos de aprendizagem:

- Saber identificar a Lesão Renal Aguda
- Compreender como é o quadro clínico da Lesão Renal Aguda
- Classificar os tipos de Lesão Renal Aguda
- Saber justificar como a sepse leva o paciente a apresentar lesão renal aguda como uma das complicações.
- Compreender o manejo em cada tipo de Lesão Renal Aguda

CASO MOTIVADOR Nº2 - SÍNDROME NEFRÍTICA

Maria tem 05 anos e foi levada pela mãe ao pronto atendimento. Estava com dor de garganta e febre com início na madrugada. Foi então examinada pelo plantonista que fez o diagnóstico de "amidalite". A mãe de Maria recebeu então orientação para uso de antibióticos via oral e sintomáticos. Cerca de 20 dias após, a mãe de Maria notou que a urina estava escura e espumosa, notou também que a menina apresentava "inchaço". Ela foi então novamente levada para o pronto atendimento.

Ao exame físico apresentava: pressão arterial de 160 x 110 mmHg; pulso 80 bpm; temperatura 37,3º C; saturação de oxigênio 97%; exame cardiovascular, pulmonar, neurológico e osteoarticular sem alterações, dor a palpação de flancos esquerdo e direito e edema ++/++++ nos membros inferiores.

Exames complementares: creatinina 1,8 mg/dL; uréia 66 mg/ dL; Potássio 5,0 mEq/L; sódio 142 mEq/L; exame de urina com proteínas +++, leucócitos 100/campo, hemácias 35/campo e presença de cilindros granulosos; proteinúria de 24 horas 1,2 g/24h em 1250 mL de urina; redução dos níveis séricos de complemento; ultrassom de rins e vias urinárias sem alterações; colesterol total 144 mg/dL; HDL 45; LDL 81; triglicérides 89; albumina 3,0.

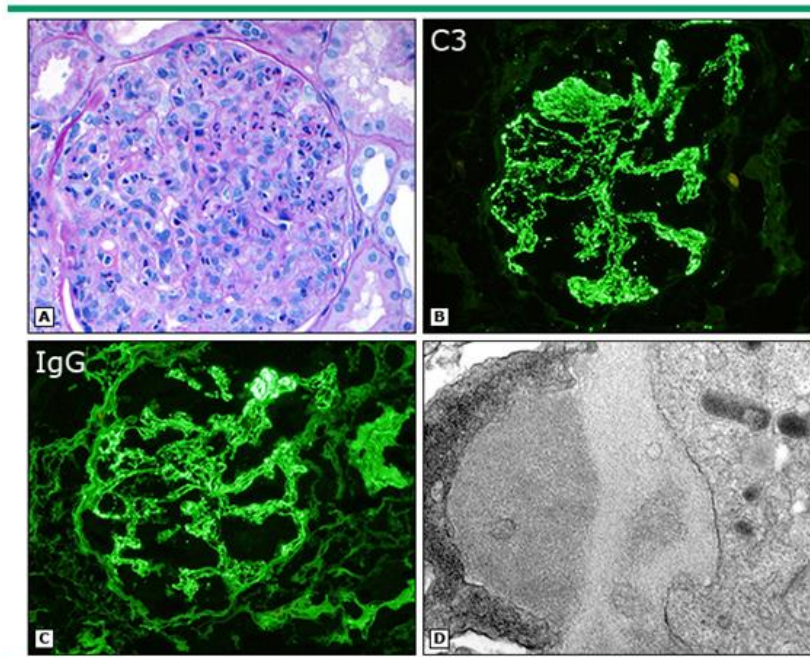
A paciente foi então encaminhada para o Hospital terciário através da central de leitos do município. Devido manutenção do quadro clínico, apesar das medidas terapêuticas foi realizada biópsia renal, exemplificada pela imagem a seguir:

(A) Microscopia de luz mostrando uma glomerulonefrite proliferativa (exsudativa). Observe numerosos neutrófilos dentro dos capilares glomerulares (ácido periódico Schiff, 40x).

(B) Microscopia de imunofluorescência mostrando coloração brilhante da parede capilar granular para C3 (40x).

(C) Microscopia de imunofluorescência mostrando coloração brilhante da parede capilar granular para IgG (40x).

(D) Microscopia eletrônica mostrando um depósito denso de elétrons subepiteliais (saliência subepitelial, 79900 x).



Verificada biópsia onde não foram constatados sinais de evolução de doença com crescentes glomerulares. A paciente foi mantida em internamento, foram mantidas as terapias de suporte e após cerca de 04 semanas começou a apresentar melhora. Cerca de 08 meses após o episódio agudo os exames laboratoriais haviam retornado aos valores de normalidade e já não apresentava mais os sintomas.

Objetivos de aprendizagem:

- Conhecer e compreender o que é a Síndrome Nefrítica;
- Saber identificar quais são os dados relevantes da história para o diagnóstico de Síndrome Nefrítica e a causa etiológica;
- Saber identificar a correlação entre o agente etiológico da faringite bacteriana com o quadro sistêmico;
- Abordar a possibilidade de evolução do caso para Glomerulonefrite Rapidamente Progressiva, como identificar e como conduzir.

CASO MOTIVADOR Nº3 - DOENÇA RENAL CRÔNICA

Identificação: Paciente masculino, 62 anos, negro, caminhoneiro, natural e procedente de Londrina.

História Mórbita Atual: Paciente procura atendimento da UBS queixando-se de edema em membros inferiores há 6 meses, acompanhados de fadiga e oligúria. O paciente relata ainda perda de 5 quilos nos últimos 6 meses, além de náuseas e inapetência, há aproximadamente 1 mês.

História Mórbita Progressiva: Hipertensão Arterial - uso irregular de losartana. Nefrolítiase.

História Mórbita Familiar: pai Hipertenso e Diabético. Nega história de Câncer na família.

História Fisiológica e Social: Tabagista (40 anos/maço). Nega etilismo. Refere ingestão hídrica de 4 copos de água ao dia e não costuma praticar atividade física, pois passa a maior parte da semana na estrada e sente-se exausto nos seus dias de folga.

Exame físico: REG, LACO, hidratado, anictérico e acianótico. Altura: 1,78 metros. Peso: 72 kg. IMC: 22,7 kg/m². Circunferência abdominal: 78 cm. PA: 150x95 mmHg. FC: 105 bpm. FR: 22ipm. Temperatura: 36,8°C. ACV: BNF, sem sopro. AR: estertores crepitantes em bases pulmonares. ABD: abdome semi globoso às custas de líquido, com teste de macicez móvel positivo, sem dor à palpação ou visceromegalias. MMII: edema bilateral em MMII (++/IV), de consistência mole e sem demais sinais flogísticos (calor, rubor ou dor).

- Laboratoriais: Hemograma: Hb 9,5 g/dL; Ht 30%. Glicemia = 90 mg/dL. Parcial de urina: proteinúria. Urina 24 horas: volume urinário de 500 mL, proteinúria (relação albumina-creatinina: 250mg/g) e clearance de creatinina: 17,0 ml/min/1,73m². Sódio: 130 mEq/L, Potássio: 6,0 mEq/L, Cálcio: 8,0 mg/L, Fósforo: 5,5 mg/dL, Ureia: 150 mg/dL e Creatinina: 4,0 mg/dL. Gasometria arterial: pH = 7,2; [HCO₃⁻]: 20 mEq/L; pCO₂: 37 mmHg.
- Rx de tórax: presença de infiltrado pulmonar intersticial em lobo inferior de ambos os pulmões.

Evolução: Paciente hospitalizado para compensação do quadro onde se estabeleceu um plano terapêutico voltado para tratamento da hipertensão, anemia, acidose metabólica e alterações eletrolíticas.

Objetivos de aprendizagem:

- Revisar a fisiologia da Hipertensão Renovascular;
- Listar as principais patologias que evoluem para Doença Renal Crônica;
- Identificar os estágios da Doença Renal Crônica;
- Discutir os principais sinais e sintomas do doente renal crônico;
- Listar os exames complementares para diagnóstico de Doença Renal Crônica;
- Citar e entender as indicações de tratamento de substituição renal;

CASO MOTIVADOR Nº 4 - ITU BAIXA COM EVOLUÇÃO PARA PIELONEFRITE AGUDA

Identificação: Paciente feminina, 62 anos, branca, professora aposentada

História Mórvida Atual: Paciente com história de hematúria macroscópica há 5 dias junto com dor em hipogástrio e discreta disúria. Fez uso de "Cystex", prescrito pelo farmacêutico, com alívio parcial da disúria. Há 1 dia, evolui com dor lombar esquerda associada. Refere sensação de febre e calafrios - quando procurou atendimento em Pronto Socorro. Nega leucorréia ou demais queixas ginecológicas. Nega alteração do hábito intestinal. Nega história de "cistite" de repetição.

História Mórvida Progressiva: Hipotireoidismo, uso de Puran. Hipertensa, uso de Losartana

Cirurgias prévias: 2 cesáreas. Nega alergias.

História Fisiológica e Social: Tabagista, aprox. 40 anos/maço. Nega uso de álcool.

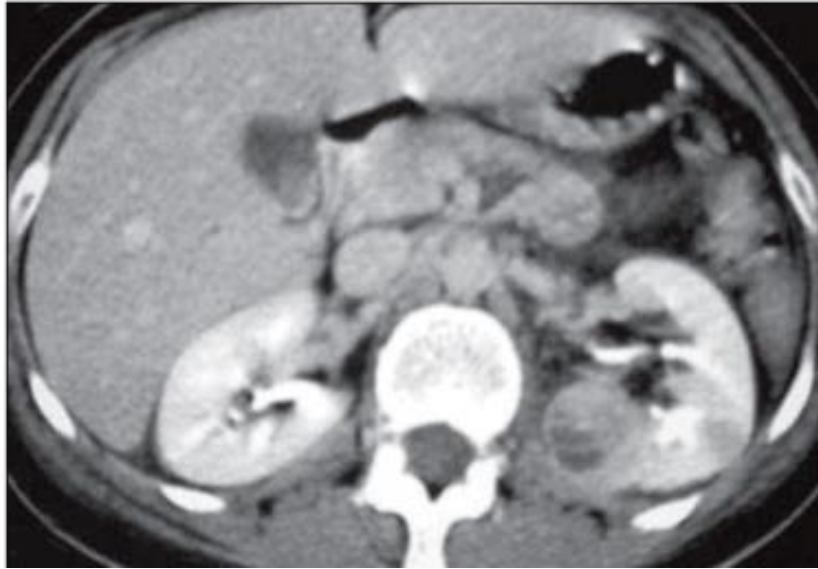
Ao Exame Físico: LACO, eupneica, corada, hidratada e anictérica. IMC: 32 kg/m²

- FC: 102 bpm // PA: 110x60 mmHg // FR: 16mrpm // Tax: 39°C // SatO₂: 97% ar ambiente
- Abdome: globoso, flácido, sem visceromegalias, doloroso à palpação profunda em flanco esquerdo, RHA+, Giordano positivo à esquerda.
- Aparelho cardiovascular: sem alterações. MMII: panturrilhas livres, sem edemas, pulsos simétricos

Evolução: Internada para controle da dor, hidratação e antibioticoterapia empírica EV. No 3º dia de internação a paciente mantém picos febris e dor em flanco.

Exames Complementares:

- Laboratoriais: Hemograma: Hb: 11,8g/dl e Ht: 36%; Leucócitos: 13.500 - 77% de neutrófilos com desvio à esquerda (11% de bastões); Plaquetas = 150.000 // Creatinina: 1,3ng/dl // Uréia: 65ng/dl // PCR >90 // Parcial de Urina: Moderadamente turva // pH: 5,0 // Densidade de 1020 // Células epiteliais: 1.000 // hemácias: 40.000 // glicose: + // proteína: + // Nitrito: positivo // bacterioscopia: BGN+ // Urocultura: E. coli > 100.000 UFC/ml
- TC de Abdome total: Rim esquerdo aumentado de volume, com parênquima heterogêneo, associado a imagem nodular heterogênea de contornos parcialmente definidos com conteúdo hipoatenuante no seu interior (**sugestivo de abscesso renal**)



Objetivos de aprendizagem:

- Nomear as subdivisões de Infecções do Trato Urinário - Não complicadas e Complicadas (ITU baixa, ITU alta, Prostatite Aguda e Uretrites Bacterianas);
- Citar principais sinais e sintomas das Infecções do Trato Urinário;
- Apontar os principais patógenos que acometem o trato gênito-urinário;
- Mencionar os exames solicitados para diagnosticar as Infecções do Trato Urinário;
- Compreender as indicações de tratamento de Bacteriúria Assintomática;
- Citar os tipos de tratamento para as diferentes Infecções do Trato Gênito-Urinário.

CASO MOTIVADOR Nº 5 - UROLITÍASES

CASO 5A:

Identificação: Paciente masculino, 32 anos, branco, mestre de obras.

História Mórbita Atual: Paciente procura atendimento com queixa de dor lombar esquerda intensa após dia extenuante de trabalho. Nega febre. Nega alteração do hábito intestinal. Procurou a UPA onde foi medicado para “Lombalgia” e liberado. Evoluiu com piora da dor, mesmo em vigência de analgésicos e relata que a dor irradiou para FIE e bolsa escrotal há 12 horas, associada a náuseas e vômitos. Procurou novamente a UPA para reavaliação.

História Mórbita Progressiva: Nega comorbidades. Cirurgias prévias: apendicectomia. Nega alergias.

História Fisiológica e Social: Nega etilismo e tabagismo

Ao Exame Físico: LACO, eupneico, corado, hidratado e anictérico.

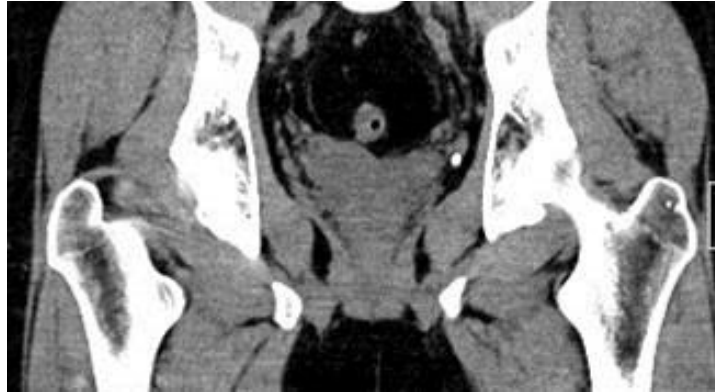
- FC: 72 bpm / PA: 120x80 mmHg / FR: 16 irpm / Tax: 36,2°C / SatO2: 99% ar ambiente
- Abdome: globoso, flácido, sem visceromegalias, doloroso à palpação profunda em flanco esquerdo, RHA +, Giordano positivo à esquerda.
- Aparelho cardiovascular: sem alterações. MMII: panturrilhas livres, sem edemas, pulsos simétricos

Evolução: Solicitados exames laboratoriais e de imagem abaixo:

- Laboratorial: Hemograma: Hb: 15,8g/dl e Ht: 48,4%; Leucócitos: 7.400; Plaquetas: 180.000 // Creatinina: 1,29 mg/dl // Uréia: 45 mg/dl // Ácido Úrico: 8,0 md/dl // Cálcio Sérico: 9,2 mg/dl // Parcial de Urina: Moderadamente turva // pH: 5,0 // Densidade de 1020 // Células epiteliais: 1.000 // hemácias: 40.000 // Nitrito: negativo // bacterioscopia: ausência de bactérias // Urocultura: negativa



Ecografia de vias urinárias: dilatação pielocalicial esquerda, sem identificação de fator obstrutivo



TC Abdome Total: cálculo em ureter distal esquerdo de 5mm

CASO 5B:

Identificação: Décio, 75 anos, aposentado (ex-trabalhador rural)

História Mórbita Atual: Paciente procura atendimento na UBS com queixa de hematúria macroscópica de longa data. Refere associado, desconforto em baixo ventre. Nega disúria ou febre. Relata que os episódios de hematúria ocorrem mais, quando faz algum tipo de esforço físico. Quando questionado queixa também de “dificuldade para urinar”, jato fraco e “sensação que não esvazia bem a bexiga”.

História Mórbita Progressa: Hipertenso - uso de Losartana e Hipotireoidismo - uso de Pura 75mcg

Ao Exame Físico: Sinais Vitais estáveis. Abdome globoso, flácido, indolor à palpação, sem sinais de irritação peritoneal.

Exames complementares: Hemograma: sem particularidades, Creatinina 1,2, Parcial de Urina: Hematúria. Urocultura: Negativa. PSA 2,1ng/dL

Ecografia de Abdome Total: Presença de imagem móvel com alteração de decúbito, medindo 2,2cm. Próstata aumentada de volume.



Objetivos de aprendizagem:

- Conhecer e compreender a fisiopatologia da formação dos cálculos renais e vesicais,
- Citar o quadro clínico da ureterolitíase e seus principais diagnósticos diferenciais,
- Citar os exames complementares a fim de elucidar o diagnóstico das urolitíases,
- Compreender o manejo inicial diante da Cólica Nefrética,
- Compreender os principais tratamentos das urolitíases (Terapia Medicamentosa Expulsiva e os principais tipos de tratamento cirúrgico).
- Saber o manejo metabólico dos principais tipos de nefrolitíase.



CASO MOTIVADOR Nº 6 - TRAUMA GENITURINÁRIO

CASO 6A:

Paciente 32 anos, masculino, branco, empresário.

História Mórbita Progressiva: hígido. Alérgico a dipirona. Cirurgias prévias: apendicectomia.

Trazido ao PA com SAMU, vítima de colisão de auto-caminhão na BR 277. Relato de ficar preso às ferragens. Socorrista refere pelve instável. Na admissão, SSVV estáveis

Ao exame físico: abdome doloroso à palpação, anel pélvico aberto.

Realizado SVD para controle de débito urinário, saída de urina hemática – 650ml

CASO 6B:

Paciente 40 anos, feminina, branca, professora.

História Mórbita Progressiva: previamente hígida. Nega alergias e cirurgias prévias.

Trazida pelo Corpo de Bombeiros, vítima de colisão moto-carro. Na admissão, sonolenta, relata intensa dor em flanco esquerdo, associada a náuseas e vômitos.

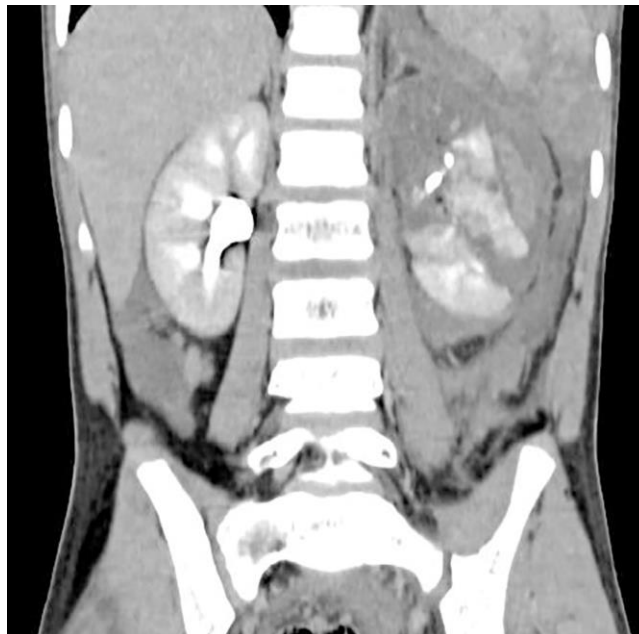
Sinais Vitais: FC: 112bpm; PA: 80X40mmHg; FR 20; SatO2: 97% em cateter 2L/min

Abdome doloroso à palpação profunda, principalmente em flanco esquerdo que apresenta equimose local.

Realizado punção de acessos periféricos, iniciado HEV e SVD – urina clara (débito de 500ml)

Após estabilização, paciente melhora estado geral e é encaminhada ao setor de Radiologia.

Realizado tomografia computadorizada de abdome total com a seguinte imagem:



Objetivos de Aprendizagem:

- Conhecer e compreender os principais traumas Geniturinários:

-
- Trauma de Rim
 - Trauma de Ureter
 - Trauma de Bexiga
 - Trauma de Uretra
 - Trauma de Pênis
 - Trauma de Testículo
 - Saber quais exames solicitar para investigação de cada um deles;
 - Citar o tipo de tratamento para cada situação de trauma geniturinário.



CASO MOTIVADOR Nº 7 - URO-PEDIATRIA (FIMOSE / CRIPTORQUIDIA / REFLUXO VESICO-URETERAL)

CASO 7A:

Elisa, 2 anos, acompanhada da mãe (informante).

Queixa Principal: Febre e dor ao urinar

História Mórbita Atual: Há 3 dias refere que a filha iniciou com quadro de febre (39°C), associado a dor em baixo ventre e disúria. Relata no período dois episódios de vômitos. Nega sintomas respiratórios. Nega episódios anteriores de ITU.

História Mórbita Progressiva: mãe G2Pn2A0. Gestação a termo, parto vaginal, fez pré-natal sem intercorrências. Chorou ao nascer. Peso ao nascer: 3.185g.

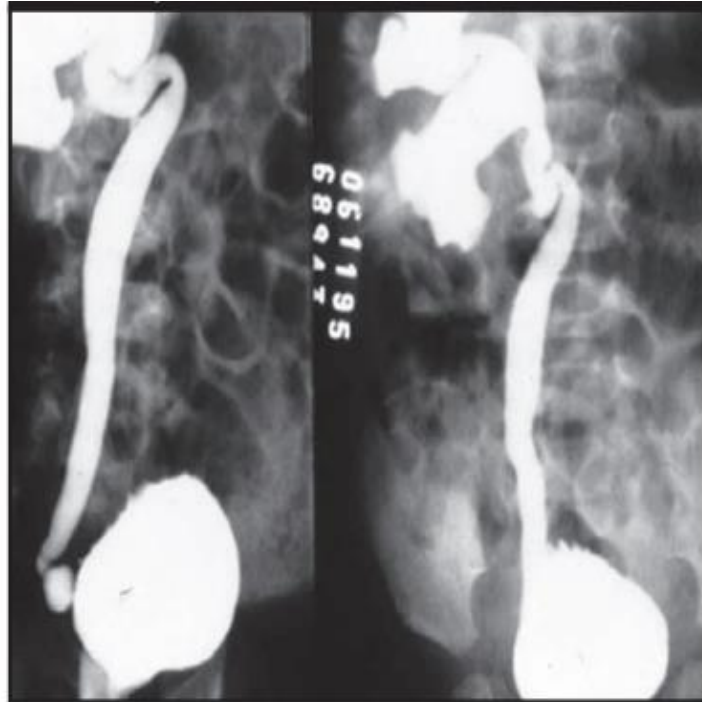
História Social: Reside em casa de alvenaria (6 cômodos), com mais 3 pessoas. Saneamento básico presente. Sem animais de estimação.

Exame físico: Eupneica, corada, hidratada, afebril. SNC: Ativa e reativa; sem sinais de irritação meníngea. Orofaringe e Otoscopia: NDN. AR: Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios. ACV: RCR em 2T, BNF, sem sopros. Abdome: flácido, doloroso à palpação profunda em andar inferior. Extremidades: boa perfusão; sem edema.

Exames Complementares (da admissão): Hemograma: Hb 12 / Ht 34 / 11.000 leucócitos / Plaquetas 208.000. Bioquímica: uréia 41; creatinina 0,5. Parcial de urina: leucócitos numerosos; hemácias 10 p/campo; flora bacteriana +++; muco +; nitrito positivo.

USG vias urinárias: Bexiga com parede fina e conteúdo anecóico, discreta dilatação do ureter direito. Rins com morfologia, ecogenicidade e dimensões normais.

Na investigação, solicitado também exame abaixo:



CASO 7B:

Flávia, mãe de Pedro, leva o filho de 9 meses para consulta de rotina na UBS. Refere que ao trocar de fralda, percebeu que o testículo direito de seu filho não estava sendo palpado na bolsa escrotal, quando comparado ao testículo esquerdo. Nega demais queixas. Pedro está se adaptando à introdução alimentar sem grandes dificuldades, com crescimento na faixa da normalidade mesmo nascendo prematuro (IG: 36 semanas) de parto cesariano.

Ao exame físico você avalia pênis de tamanho normal para idade, com meato uretral no local habitual e testículo esquerdo na bolsa escrotal (percebe ausência do direito na bolsa, porém palpa nodulação na região inguinal direita). Qual sua orientação para Flávia?

Objetivos de Aprendizagem:

- Conhecer e Compreender as principais patologias urológicas que acometem a população pediátrica;
 - Fimose
 - Criptorquidia
 - Estenose de JUP / JUV
 - Refluxo Vesico-Ureteral
- Sabe como manejar as principais complicações;
- Saber a investigação bem como o tratamento de cada uma delas.

CASO MOTIVADOR Nº 8 - DISFUNÇÕES MICCIONAIS (BEXIGA HIPERATIVA E INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO)

CASO 8A:

Identificação: Sônia, dentista, 42 anos.

Queixa Principal: Idas frequentes ao banheiro

História Mórbida Atual: Paciente refere polaciúria e urgência miccional, com episódios ocasionais de perda de urina há 4 meses, sobretudo se demorar a encontrar o toalete. Queixa-se, ainda, de noctúria 3 a 4 vezes nos últimos 2 meses, passou a trocar forro duas vezes ao dia e a dormir com absorvente, para não molhar a cama. Nega perdas aos esforços. Nega disúria e hematúria. Relata hábito intestinal regular. Nega queixas ginecológicas.

História Mórbida Pgressa: Sedentária, obesa e com menstruações regulares.

Nega tabagismo, etilismo social (percebe que sintomas piora quando ingere bebida alcoólica).
G2Pn2A0

Exame Físico: Períneo íntegro e ausência de prolapsos genitais. Vagina com trofismo preservado. Perda de urina aos esforços não evidenciada sob manobra de esforço e bexiga cheia, com a paciente em posição supina.

CASO 8B:

Identificação: Vânia, 67 anos, professora aposentada.

Queixa Principal: Perda de urina.

História Mórbida Atual: Paciente refere incontinência urinária há 2 anos. Refere que as perdas de urina pioram quando está gripada (“crises de tosse”) e quando pega seu neto no colo. Já não está realizando mais sua aula de “jump” na academia pois estava perdendo urina na atividade e ficava constrangida. Hoje não sai mais de casa sem usar absorvente. Nega urgência miccional, disúria e hematúria. Nega queixas ginecológicas. Constipada de longa data (evacua a cada 2-3 dias).

História Mórbida Pgressa: Hipertensa - uso de losartana, Hipotireoidismo - uso de Puran 75mcg. Diabetes (uso de metformina - tratamento irregular).

Cirurgias prévias: Histerectomia (por mioma) e Cesárea. G4Pn3c1A0

Nega tabagismo e etilismo

Exame Físico: Períneo íntegro e presença de discreto prolapso de parede vaginal anterior (cistocele grau I). Vagina com perda de trofismo. Observado perda de urina aos esforços sob manobra de esforço (Valsalva) e bexiga cheia.

Objetivos de Aprendizagem:

- Aprofundar o conhecimento da Fisiologia do Trato Urinário Inferior (da Micção);
- Conhecer e compreender as principais disfunções miccionais - abordando de forma mais específica a Bexiga Hiperativa e Incontinência Urinária;



-
- Diagnóstico diferencial de Urgência Miccional;
 - Quais exames utilizados para investigação das Disfunções Miccionais;
 - Conhecer os tratamentos disponíveis para cada uma delas (medicamentoso e cirúrgico).



CASO MOTIVADOR Nº 9 - DISFUNÇÕES SEXUAIS (DISFUNÇÃO ERÉTIL E EJACULAÇÃO PRECOCE)

CASO 9A:

Rodrigo, 55 anos, atualmente desempregado, casado, 2 filhos . Vem a consulta de rotina para check-up da próstata. Nega sintomas urinários. Queixa-se também de dificuldade de iniciar e manter ereção nos últimos meses. Relata que sua frequência de relações sexuais eram de 1-2x por semana. Já fez uso de medicamento diário (não recorda o nome), sem melhora. No momento nega uso de medicamento para disfunção erétil, porém está cada vez mais preocupado pois este problema está impactando no seu casamento, além do fato de estar desempregado.

História Mórbida Progressiva: Obeso (IMC 30kg/m²), DM (uso de Metformina), Depressão (uso de Amitriptilina - desde que saiu do emprego)

Cirurgias Prévias: Herniorrafia Inguinal. Nega alergias.

História Mórbida Familiar: Nega história para Câncer de Próstata

História Social: Tabagista 45 anos/maço. Etilismo social (cerveja nos finais de semana).

CASO 9B:

Guilherme, 24 anos, estudante de medicina, nunca esteve num relacionamento sério. Relata relações sexuais esporádicas nova parceira há 1 mês – com uso de preservativo. Agenda consulta com urologista pois está preocupado porque consegue segurar a ejaculação no “máximo 2 minutos” ultimamente durante a relação.

História Mórbida Progressiva: Nega comorbidades. Nega cirurgias prévias. Nega alergias

Nega tabagismo e uso de outras drogas. Etilista social

Exame físico: sem alterações. Genital: pênis e testículos sem particularidades.

Objetivos de Aprendizagem:

- Conhecer e compreender as principais disfunções sexuais (principalmente Disfunção Erétil e Ejaculação Precoce); (exceto hipogonadismo que será abordado no módulo de endócrino)
- Revisar a Fisiologia da Ereção;
- Listar os principais fatores de risco que influenciam nas disfunções;
- Citar os exames solicitados para aprofundar a investigação dessas patologias;
- Conhecer os tratamentos disponíveis para cada uma delas (medicamentoso e cirúrgico).

CASO MOTIVADOR Nº 10 - HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

Identificação: Célio, 57 anos, contador, casado.

História Mórbita Atual: Paciente em consulta anual com Urologista, para check-up, refere que está com dificuldade para urinar nos últimos meses. Relata que acorda a noite cerca de 3 a 4x para urinar (noctúria) e durante o dia percebe o jato mais fraco que antigamente. Célio refere também polaciúria e que quando urina, ao final da micção percebe gotejamento na cueca. Nega hematúria, disúria, corrimento uretral. Nega febre. Hábito intestinal regular.

História Mórbita Progressa: Hipertensão - uso de enalapril e Dislipidemia - uso de sinvastatina

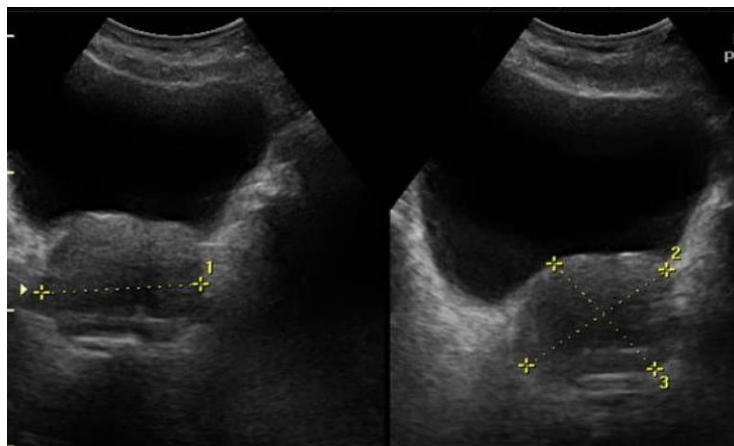
História Mórbita Familiar: Nega Câncer de Próstata

História Social: Nega tabagismo. Etilismo social (cerveja nos finais de semana)

Ao Exame Físico: Sinais vitais estáveis, Abdome globoso, inocente a palpação. Toque Retal: próstata grau III, fibroelástica, sem nódulos palpáveis.

Exames Complementares: PSA 1,1ng/dL. Parcial de Urina: sem particularidades. Urocultura: negativa.

- Ecografia da próstata via abdominal: Próstata 86g, com proeminência de lobo mediano. Sinais de bexiga de esforço. Volume pré-miccional: 350ml / Resíduo pós miccional: 70ml (20%)



Objetivos de Aprendizagem:

- Identificar a anatomia da próstata e compreender a função da glândula;
- Compreender o que é e para que serve o PSA;
- Diferenciar Hiperplasia Benigna da Próstata de Câncer de Próstata;
- Citar os sintomas mais comuns da Hiperplasia Benigna da Próstata; bem como sua investigação;
- Listar os possíveis tratamentos (medicamentoso e cirúrgico) para a Hiperplasia Benigna da Próstata.

CASO MOTIVADOR Nº 11 - CÂNCER PRÓSTATA

Identificação: Paciente masculino, 65 anos, negro, engenheiro, contador.

História Mórbita Atual: Paciente é encaminhado pelo médico de família, com aumento de PSA em exames de check-up anual da empresa. Há mais de 3 anos, sem check-up para CA de Próstata, devido a pandemia. História de sintomas obstrutivos - jato fraco, sensação esvaziamento incompleto e noctúria, em uso de alfa-bloqueador há 5 anos. Nega disúria, hematúria, dor perineal ou febre.

História Mórbita Progressiva: Cardiopata – revascularização há 5 anos. HAS e DM.

História Fisiológica e Social: Tabagista (30 anos/maço). Etilismo social.

História Mórbita Familiar: Pai com Câncer de Próstata.

Ao Exame Físico: BEG, LACO, eupneico, normocárdico, corado, hidratado, afebril.

- Abdome: ndn ACV: sem particularidades MMII: sem edemas
- Toque retal: próstata grau II, fibroelástica, palpado nódulo na base esquerda.
- PSA-total: 6,5 ng/dL (repetido e confirmado)

Exames complementares:

- Histórico do PSA: PSA-t: 3,5nd/dl (2020); PSA-t: 2,7ng/dl (2019)
- Ecografia da próstata via abdominal: Próstata 78g, com proeminência de lobo mediano. Sinais de bexiga de esforço. Resíduo pós miccional: desprezível.
- Retornou ao seu consultório trazendo o resultado de uma biópsia de próstata com seguinte anatomopatológico:
 - Biópsia de próstata com 12 fragmentos dos quais 2 apresentavam alguma anormalidade que não hiperplasia prostática. Fragmentos com anormalidade:
 - 1 – Adenocarcinoma acinar usual Gleason 8 (4+4), ISUP 4, em 30% da amostra em base à esquerda
 - 2 – Adenocarcinoma acinar usual Gleason 6 (3+3), ISUP 1, em 10% da amostra em base à direita.

Objetivos de aprendizagem:

- Revisar as principais situações em que o PSA pode estar alterado;
- Identificar os pacientes indicados para o rastreio de Câncer de Próstata;
- Saber quais exames são indicados para o rastreio de Câncer de Próstata;
- Saber diferenciar os grupos de risco do Câncer de próstata;
- Saber quando indicar Biópsia de Próstata a fim de firmar o diagnóstico do Câncer de Próstata;
- Listar os possíveis tratamentos para o Câncer de Próstata.

CRONOGRAMA E CASOS DAS ARTICULAÇÕES TEÓRICO PRÁTICAS

ARTICULAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA 1:

REVISÃO DA ESTRUTURA NORMAL DO RIM E TRATO GÊNITO URINÁRIO

- 1) Quais são as funções dos rins?
- 2) Revisar anatomia dos órgãos do trato gênito-urinário masculino e feminino.
- 3) Revisar a histologia normal dos rins e a função dos néfrons.

ARTICULAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA 2:

CASO ATP Nº2

A.L.E, brasileira, residente em São Paulo, 08 anos. Busca atendimento referindo que iniciou quadro de febre há 08 dias acompanhada de urina de cor esverdeada. Foi internada para investigação, sendo que no 5º dia de doença apresentou edema generalizado e oligúria. Durante a internação foi descoberto que a paciente esteve recentemente em Manaus.

Iniciadas as medidas de suporte com regressão do edema, porém piora da função renal, evoluindo para anúria.

Ao exame físico, peso de 21,1 kg, estatura de 117 cm. Regular estado geral, febril, pálida (2+/4+), com leve icterícia, hepatomegalia (fígado a 2,0 cm do rebordo costal direito).

Exames complementares:

- Hb: 9,27 mg/dL, Hto: 27,5%
- C3: 71,4 mg/dl (VR: 80 A 160 mg/dl); C4: 28,9 mg/dl (VR: 20 a 40 mg/dl);
- Colesterol total: 470 mg/dl
- Uréia: 142 mg/Dl
- Creatinina: 0,9 mg/dL
- Proteinúria/ 24 horas: 1.315 mg (VR: 20 a 150 mg/24 horas).
- Ultrassonografia abdominal: ascite de pequeno volume, discreta hepatomegalia.
- Solicitou-se pesquisa de plasmódio em gota espessa com resultado positivo para Plasmodium sp.

1. Qual o diagnóstico síndrome?
2. Como a fisiopatologia da doença explica a evolução do quadro clínico do paciente?

-
3. Quais são as complicações possíveis para este caso?
 4. Quais são os cuidados que devem ser indicados para os pacientes com este diagnóstico sindrômico?
-

ARTICULAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA 3:

CASO ATP Nº3

Joana, 3 anos, vem apresentando dificuldade para comer nas últimas semanas, afirma para a mãe que a “barriga dói” e não quer comida. A mãe já bastante angustiada, porque a menina não aceitava nem os doces que a avó fazia, com crescente perda de peso, decidiu levar a filha à farmácia. Foi em consulta de rotina no posto onde nada de diferente foi notado no exame físico, além de um pouco de perda de peso. A mãe foi orientada a fornecer albendazol para a menina e retornar em caso de manutenção dos sintomas. Joana fez uso da medicação, entretanto, não houve nenhuma mudança. A mãe ficou ainda mais preocupada quando, ao dar banho na menina, notou uma “bola” na barriga no lado esquerdo que ficou bastante evidente, já que a filha estava bem magrinha. Decidiu então levar a criança ao pronto atendimento.

Durante a consulta de emergência o médico notou que a criança estava hipocorada e emagrecida, ao exame físico chorosa, com sinais de dor à palpação em dimídio esquerdo de abdome, onde notava-se massa volumosa, endurecida e firme, que era perceptível em flanco e hipocôndrio esquerdos. Foram feitos exames laboratoriais que demonstraram anemia microcítica e hipocrômica e PCR pouco elevada. A menina foi transferida para hospital terciário onde foi realizada tomografia que evidenciou massa volumosa em parênquima renal à esquerda.

- 1) Quais dados da história são relevantes e devem ser notados pelo médico assistente?
- 2) Qual o diagnóstico mais provável para o caso considerando dados epidemiológicos? A paciente apresenta a forma clássica de apresentação clínica de neoplasia renal na infância?
- 3) Se o paciente fosse adulto, a suspeita diagnóstica, pautada por dados epidemiológicos, seria a mesma? Se não, quais são as principais lesões tumorais com sítio primário renal em adultos?

ARTICULAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA 4:

CASO ATP Nº4

L.F.L., 60 anos, sexo feminino, deu entrada na emergência por “dores no corpo” há 1 mês e alteração do estado mental nos últimos dias. Nesse período estava em uso de Nimesulida 400 mg, Ibuprofeno 600 mg 3x/dia e Tramadol+Paracetamol como tratamentos sintomáticos de uma queda

da própria altura há um mês. Possui Diabetes Mellitus não insulino dependente controlado. Queixava-se de disúria há 5 dias.

Medicações de uso contínuo: metformina 500mg 1-0-1 / enalapril 10mg 1-0-1 / Sinvastatina 40 mg 0-0-1 / AAS 100 mg 0-1-0 / Carvedilol 6,25 mg 0-0-1 / Espironolactona 25 mg 1-0-0 / Glicazida 40 mg 1-1-0 / Fluoxetina 20 mg 1-0-0 / Omeprazol 20 mg 1-0-0.

- Exame físico: PA 200x60mmHg, T:38,5°C, FC: 90bpm, regular estado geral, confusa, pupilas isofotorreagentes.
- Sem alterações no ultrassom renal.
- Exames laboratoriais: Leucocitose de 28.000/mm³; Proteína C Reativa 192 mg/L, Ureia 128 mg/dl, Creatinina 5,6 mg/dl, Potássio 6,2 mEq/L e HbA1c 6,4%. Na identificação de um possível foco infeccioso, somente a urocultura foi positiva
- A creatinina sérica dosada em outro exame laboratorial, coletado na rotina da UBS há 06 semanas, era de 0,9mg/dl.

1. Qual o diagnóstico sintomático da paciente?
2. Como você justifica a piora clínica e os sintomas?
3. Você acredita que o uso abusivo das medicações para controle da dor podem justificar a piora da paciente?
4. Choque séptico justifica o quadro clínico?

ARTICULAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA 5:

CASO ATP Nº5

Paciente masculino, 43 anos, caminhoneiro, natural de Curitiba e procedente de Cascavel, relata dificuldade em expor a glândula devido à lesão de aparecimento há 3 anos com crescimento progressivo. Durante o exame físico, após retração do prepúcio, identificada lesão conforme imagem abaixo:

Realizada biópsia excisional da lesão e a avaliação anatomopatológica revelou Carcinoma de Células Escamosas, moderadamente diferenciado, invasor.

Paciente encaminhado para penectomia parcial. O pós-operatório é ilustrado nas imagens abaixo:

1. Sobre o relato da história mórbida progressiva do paciente, qual seria sua principal suspeita diagnóstica?
2. Quais são os principais fatores de risco para essa patologia?
3. Quais opções de tratamento?

4. Quais orientações forneceria para o paciente?

ARTICULAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA 6:

CASO ATP Nº6:

Identificação: Luis Fernando, 32 anos, masculino, branco, advogado

Queixa Principal: Caroço no Testículo

História Mórbida Atual: Paciente procura atendimento após palpar nódulo em testículo direito há uma semana. Nega dor, nega trauma local. Nega sintomas urinários e corrimento uretral.

História Mórbida Progressiva: Cirurgia no testículo na infância (não sabe informar qual). Nega alergias. Nega comorbidades.

História Mórbida Familiar: refere não recordar de nenhuma doença dos familiares.

História Social: tabagista (10 anos/maço), etilista social.

- Ao Exame Físico: BEG, LACO, SSVV estáveis. Abdome: inocente. Ausência de linfonodos palpáveis. Genitália: pênis: sp. Testículo esquerdo: sp. Testículo direito: tópico, volume normal, presença de nódulo palpável de aprox. 1cm
- Ecografia de Bolsa Escrotal com Doppler: nódulo sólido em testículo direito com 11x10x10,6mm, hipervascularizada e irregular.
 1. Qual a suspeita diagnóstica? Quais diagnósticos diferenciais?
 2. Quais exames complementares poderiam ser solicitados?
 3. Quais são os fatores de risco para esta doença?
 4. Quais opções de tratamento

BIBLIOGRAFIA BÁSICA:

1. GOLDMAN, L. Cecil. Tratado de medicina interna. 23. ed Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
2. HARRISON. Medicina Interna, 20ª edição. Rio de Janeiro: McGraw-Hill
3. UNGLAUB, Silverthorn, D. Fisiologia Humana. Grupo A. [Minha Biblioteca].
4. SABISTON. Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. 19.ed. Saunders. Elsevier.
5. BRANT, William E. Fundamentos de radiologia diagnóstico por imagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
6. RIELLA, M. C. Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidreletrolíticos, 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
7. Johnson, Richard J. Nefrologia Clínica. Grupo GEN, 2016.
8. UROLOGIA BRASIL Disponível em:
<https://drive.google.com/file/d/1BPQvTjgd62TwYsKaVzXWB0nAKMI3urgE/view?usp=sharing>

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR:

1. CAMPBELL-WALSH. Urology. 10ª Edição. Editora Elsevier; HERBERT S. e Cols.
2. TANAGHO, McAninch. Smith's General Urology. Lange ed., 2002.
3. SOCIEDADE BRASILEIRA UROLOGIA (SBU). Diretrizes de Urologia. AMB, 2014
5. BARROS, Elvino. NEFROLOGIA: rotinas, diagnóstico e tratamento. 3ª edição. Artmed, 2006.
6. SROUGI, M.; DALLOGLIO, M.; CURY, J. (ed.) Urgências urológicas. 2006 (Clínica Brasileira de Cirurgia . Colégio Brasileiro de Cirurgiões). Disponível em:
<<http://lectio.com.br/dashboard/midia/detalhe/222>>.

SITES:

- www.sbu.org.br: Sociedade Brasileira de Urologia.
- www.intbrazjurol.com.br: Jornal Brasileiro de Urologia.
- www.auanet.org: American Urological Association.
- www.uroweb.org: European Association of Urology.
- www.sbn.org.br/profissional/utilidades/calculadoras-nefrologicas/: Calculadoras de TGF, site da Sociedade Brasileira de Nefrologia.
- <http://pathology.jhu.edu/prostatecancer/newgradingsystem.cfm>: New Contemporary Prostate Cancer Grading System.

CRONOGRAMA SEMANAL



SEMANA 1	CASO MOTIVADOR 1: Lesão Renal Aguda (abre 25/03 e fecha 28/03)
25/03 a 29/03	CASO MOTIVADOR 2: Síndrome Nefrítica (abre 28/03)
	ATP: Anatomia do Sistema Urinário
	PRELEÇÕES: 1) Distúrbios Ácido-Base - Gisele
	2) Farmacologia: Fármacos Nefrotóxicos
SEMANA 2	CASO MOTIVADOR 2: Síndrome Nefrítica (fecha 01/04)
1/04 a 5/04	CASO MOTIVADOR 3: Doença Renal Crônica (abre 01/04 e fecha 04/04)
	CASO MOTIVADOR 4: Infecção do Trato Urinário (abre 04/04)
	ATP: Síndrome Nefrítica
	PRELEÇÕES: 3) Diagnóstico por Imagem do Sistema Genitourinário - Aline
	4) Doença Renal Crônica - Celso
SEMANA 3	CASO MOTIVADOR 4: Infecção do Trato Urinário (fecha 08/04)
8/04 a 12/04	CASO MOTIVADOR 5: Uro-Litíases (abre 08/04 e fecha 11/04)
	CASO MOTIVADOR 6: Trauma Genitourinário (abre 11/04)
	ATP: Neoplasia Renal na Infância / Câncer de Rim
	PRELEÇÕES: 6) Uro-Litíases - Juliana
	7) Distúrbios Hidro-Eletrolíticos - Gisele
SEMANA 4	CASO MOTIVADOR 6: Trauma Genitourinário (fecha 15/04)
15/04 a 19/04	CASO MOTIVADOR 7: Uro-Pediatria (abre 15/04 e fecha 18/04)
	CASO MOTIVADOR 8: Disfunções Miccionais (abre 18/04)
	ATP: Câncer de Bexiga
	PRELEÇÕES: 7) Diagnóstico Diferencial de Hematúria - Juliana
	8) Urologia Pediátrica - Juliana
SEMANA 5	CASO MOTIVADOR 8: Disfunções Miccionais (fecha 22/04)
22/04 a 26/4	CASO MOTIVADOR 9: Disfunções Sexuais (abre 22/04 e fecha 25/04)
	CASO MOTIVADOR 10: Hiperplasia Prostática Benigna (abre 25/04)
	ATP: HPV / Câncer de Pênis
	PRELEÇÕES: 9) Síndrome da Bexiga Dolorosa + Uro-ginecologia - Juliana
	10) Andrologia / Investigação Infertilidade - Juliana
SEMANA 6	CASO MOTIVADOR 10: Hiperplasia Prostática Benigna (fecha 29/04)
29/04 a 3/05	CASO MOTIVADOR 11: Câncer de Próstata (abre 29/04 e fecha 02/05)
	ATP: Câncer de Testículo
	PRELEÇÕES: 11) Hiperplasia Prostática Benigna - Juliana

	12) Câncer de Próstata - Juliana
SEMANA 7	PROVA COGNITIVA - 06/05 (segunda-feira)
06/05 a 10/05	DEVOLUTIVA COGNITIVA + AV. DESEMPENHO - 09/05 (quinta-feira)

