

# BMJ Best Practice

## Avaliação de disúria

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Jun 21, 2018

# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Visão geral</b>	<b>4</b>
Etiologia	4
<b>Emergencies</b>	<b>7</b>
Considerações de urgência	7
Sinais de alarme	7
<b>Diagnóstico</b>	<b>8</b>
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Visão geral do diagnóstico diferencial	13
Diagnóstico diferencial	15
Diretrizes de diagnóstico	34
<b>Referências</b>	<b>35</b>
<b>Imagens</b>	<b>38</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>42</b>

## Resumo

◊ Disúria se refere a desconforto, queimação ou sensação de dor durante a micção. Os pacientes também podem se queixar de desconforto uretral não associado à micção. É uma afecção comum e pode ter um diagnóstico desafiador, pois está quase sempre presente em conjunto com outros sintomas do trato urinário inferior. A disúria pode ser externa (isto é, quando a urina irrita os órgãos genitais inflamados) ou interna (por exemplo, quando se sente dor na uretra).

Embora as infecções sejam a causa mais comum (sendo a infecção do trato urinário a mais frequente), há uma ampla lista de diagnósticos diferenciais que precisam ser cuidadosamente considerados, pois qualquer doença infecciosa ou inflamatória que afete o sistema geniturinário pode causar disúria.

### ◊ Epidemiologia :

A disúria responde por 5% a 15% das consultas feitas com médicos de família.[\[1\]](#) Geralmente, é mais frequente em mulheres, com relatos da prevalência nas mulheres de até 25% por ano nos EUA,[\[2\]](#) e 27% por ano no Reino Unido.[\[3\]](#)

Embora a disúria seja incomum em homens, sua incidência aumenta com o avanço da idade.[\[4\]](#) Os sintomas do trato urinário inferior aumentam drasticamente em homens com idade >40 anos devido à obstrução infravesical resultante da hiperplasia prostática benigna.[\[5\]](#) Entre homens de todas as idades que buscam orientação médica para sintomas urológicos, a disúria está presente em cerca de 5% dos casos.[\[6\]](#)

## Etiologia

A disúria geralmente é causada pela irritação da uretra ou da bexiga. As condições inflamatórias que afetam a uretra causam dificuldades para iniciar a micção e uma sensação de ardência. A irritação da bexiga provoca sua contração, ocasionando micção frequente e dolorosa. Embora a disúria seja tipicamente causada pela inflamação uretral ou vesical, as lesões perineais em mulheres (resultantes, por exemplo, da vulvovaginite ou da infecção por vírus do herpes simples) podem se tornar dolorosas quando expostas à urina.

A etiologia pode ser dividida de forma ampla em 2 categorias: infecciosa e não infecciosa. A causa específica geralmente depende do sexo e da faixa etária.

### Mulheres

- 15 a 30 anos de idade: uretrite é geralmente a causa mais comum.
- 30 a 50 anos de idade: maior probabilidade de as causas serem ginecológicas (na ausência de bactériuria), embora a incidência de urolitíase seja alta nesta faixa etária.
- >50 anos de idade: infecção do trato urinário (ITU) tem maior prevalência nesta faixa.
- Todas as idades: a prevalência de pielonefrite recorrente/crônica aumenta gradualmente em todas as faixas etárias.

### Homens

- 15 a 30 anos de idade: infecções sexualmente transmissíveis e causas não infecciosas são as mais comuns, enquanto a prostatite e as ITUs são infrequentes.
- 30 a 50 anos de idade: urolitíase é a causa mais frequente.
- >50 anos de idade: hiperplasia prostática benigna (HPB), ITUs e pielonefrite recorrente/crônica são as causas mais prováveis.[\[6\]](#) [\[7\]](#)

## Infecciosa

A disúria mais frequentemente resulta de uma infecção do trato urinário inferior (por exemplo, cistite), mas também pode estar associada a uma infecção do trato urinário superior (por exemplo, pielonefrite).

As mulheres têm maior risco de infecções do trato urinário (ITUs) que os homens. Isso pode ser atribuído a diferenças anatômicas da uretra: nas mulheres, a uretra é curta e reta, o que permite que as bactérias presentes no períneo ascendam, causando infecção nos tratos urinários inferior e superior.

A maioria das ITUs simples é causada por *Escherichia coli*, enquanto outros organismos, como *Staphylococcus epidermidis* (15%), *Proteus mirabilis* (10%), *S aureus* (5%), espécies de *Enterococcus* (3%) e espécies de *Klebsiella* (3%) desempenham um papel menor.[\[2\]](#)

É importante ter em mente que as anomalias na função e anatomia do trato urinário (por exemplo, obstrução infravesical devido à hiperplasia prostática benigna (HPB), estenose uretral, divertículo vesical ou uretral, cistos renais ou bexiga neurogênica resultantes de condições como esclerose múltipla, diabetes, acidente vascular cerebral (AVC), lesão na medula espinhal ou obstrução prolongada da saída da bexiga) podem não apenas ocasionar aumento do risco de ITU por micro-organismos causadores menos comuns, como também infecções mais graves.

Outras condições infecciosas que podem causar disúria incluem:[\[8\]](#) [\[9\]](#) [\[10\]](#)

- Uretrite
- Doenças sexualmente transmissíveis (mais comuns na faixa etária mais baixa)
- Vulvovaginite
- Epidídimo-orquite
- Balanite
- Prostatite
- Cervicite.

Esquistossomose e tuberculose são causas raras de infecção no mundo ocidental, mas são mais comuns em outras partes do mundo.

## Não infecciosa

As causas não infecciosas podem ser subdivididas nos seguintes grupos.

Obstrutiva (geralmente, aumenta o risco de infecção do trato urinário (ITU), além de causar sintomas do trato urinário inferior independentes):

- Hiperplasia prostática benigna (HPB)
- Urolitíase (também pode causar disúria como resultado direto de trauma ao urotélio, bem como dor referida durante a passagem de cálculo)  
[\[Fig-1\]](#)  
[\[Fig-2\]](#)
- Estenoses uretrais.

Traumática (a disúria resulta de danos e irritação ao urotélio):

- Cistite de lua de mel (trauma uretral repetido durante a relação sexual)
- Cateterismo e intervenção
- Abuso sexual
- Atividades atléticas (por exemplo, ciclismo ou equitação).

Inflamatória (a disúria resulta parcialmente da inflamação e irritação do urotélio):

- Cistite intersticial
- Vaginite atrófica
- Espondiloartropatias (por exemplo, síndrome de Behçet ou artrite reativa)  
[\[11\]](#) [\[12\]](#)
- Prostatite não infecciosa
- Inflamação da bexiga induzida pela cetamina  
[\[13\]](#)
- Fístula urinária (complicação rara da doença inflamatória intestinal e de algumas neoplasias).

Maligna (a disúria é causada em parte pelo envolvimento local do tumor):

- Próstata
- Bexiga  
[\[Fig-3\]](#)
- Renal
- Ginecológica (especialmente cervical)
- Uretral
- Peniana.

Relacionada a medicamentos ou irritantes (medicamentos ou substâncias químicas podem causar inflamação do urotélio, o que pode causar disúria):

- Irritantes locais (por exemplo, sabonetes, duchas, lubrificantes vaginais, espermicidas em gel, espumas e esponjas contraceptivas, absorventes higiênicos internos e externos)[14]
- Relacionada a medicamentos/fitoterápicos (por exemplo, dopamina, cantaridina, ticarcilina, penicilina G, ciclofosfamida, serenoa repens, sementes de abóbora).

Relacionada a problemas psiquiátricos (não causam o sintoma, mas aumentam a percepção de sensações normais e anormais):

- Depressão
- Transtorno de somatização (síndrome uretral).

## Considerações de urgência

(Consulte [Diagnóstico diferencial](#) para obter mais detalhes)

A disúria, quando isolada, raramente requer uma ação emergencial, mas sinais de alerta associados, como a hematúria, requerem investigações para descartar neoplasia urológica. A neoplasia não deve ser descartada até prova em contrário.

A gravidez deve ser descartada nas mulheres, pois a infecção do trato urinário (ITU) não tratada é associada ao trabalho de parto prematuro e a bebês de baixo peso ao nascer.[\[15\]](#)

A uretrite não tratada pode levar a complicações, como ITU superior ou infertilidade. A ITU inferior pode se tornar complicada em pacientes diabéticos ou imunossuprimidos. Se a ITU causar sepse, será preciso urgência na identificação e tratamento com terapêutica antimicrobiana adequada.[\[16\]](#)

Sinais como a pneumatóuria (isto é, passagem de gás ou ar na urina) devem levar à investigação das possíveis causas, como neoplasia ou doença inflamatória intestinal (fístula colovesical).

## Sinais de alarme

- Pielonefrite
- Epidídimos-orquite
- Cervicite
- Esquistosomose
- Tuberculose
- Urolítase
- Abuso sexual
- Fístula urinária
- Câncer de próstata
- Câncer de bexiga
- Câncer renal
- Câncer cervical
- Câncer uretral
- Câncer peniano

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

A avaliação diagnóstica envolve a obtenção de uma história completa, exame físico específico e urinálise como exame inicial (mais cultura de urina se houver suspeita de infecção). O exame físico (que deve incluir o exame genital) e as investigações devem se basear na história inicial detalhada. O exame de urina com tira reagente é barato, não invasivo, prontamente disponível, que auxilia o médico a determinar se a provável causa é uma infecção bacteriana. A dependência nos sintomas clínicos isoladamente não é boa preditora de infecção do trato urinário (ITU), enquanto a presença de nitritos e leucócitos na tira reagente para exame de urina é o teste clínico mais confiável.[\[17\]](#)

Uma abordagem metódica para diagnosticar a condição permite que o médico chegue ao diagnóstico correto sem sujeitar o paciente a investigações desnecessárias. O diagnóstico correto evita o uso desnecessário de antibióticos, que previne o desenvolvimento de resistência bacteriana.

A etiologia pode ser dividida de forma ampla em 2 categorias: infecciosa e não infecciosa. A causa específica geralmente depende do sexo e da faixa etária.

### Mulheres

- 15 a 30 anos de idade: uretrite é geralmente a causa mais comum.
- 30 a 50 anos de idade: maior probabilidade de as causas serem ginecológicas (na ausência de bactériuria), embora a incidência de urolitíase seja alta nesta faixa etária.
- >50 anos de idade: infecção do trato urinário (ITU) tem maior prevalência nesta faixa.
- Todas as idades: a prevalência de pielonefrite recorrente/crônica aumenta gradualmente em todas as faixas etárias.

### Homens

- 15 a 30 anos de idade: causas não infecciosas são as mais comuns (na ausência de infecções sexualmente transmissíveis), enquanto a prostatite e as ITUs não são frequentes.
- 30 a 50 anos de idade: urolitíase é a causa mais frequente.
- >50 anos de idade: hiperplasia prostática benigna (HPB), ITUs e pielonefrite recorrente/crônica são as causas mais prováveis.[\[6\]](#) [\[7\]](#)

## História

Uma história cuidadosa deve ser colhida com ênfase especial na natureza da disúria; o momento e a gravidade geralmente podem ajudar a focar o diagnóstico.

Deve-se observar se há história de intervenção recente do trato urinário (por exemplo, cistoscopia, cateterismo, cirurgia). As comorbidades são significativas no manejo de pacientes e é importante identificar os pacientes diabéticos ou com comprometimento imunológico. Embora a infecção do trato urinário (ITU) e a bactériuria assintomática sejam comuns em pacientes diabéticos, a susceptibilidade aumentada à infecção tem sido questionada, tendo maior probabilidade de se desenvolver em doenças mal controladas ou avançadas. Além disso, a pielonefrite é mais comum no diabetes.[\[18\]](#) [\[19\]](#) Uma história de ITUs recorrentes e uso de espermidida e diafragma é associada a um maior risco de ITU em mulheres.[\[20\]](#) A gravidez deve ser descartada nas mulheres, pois a ITU não tratada é associada ao trabalho de parto prematuro e a bebês de baixo peso ao nascer.[\[15\]](#) Abuso sexual pode causar o desenvolvimento de disúria.

É importante determinar os fatores de risco para neoplasias urológicas (por exemplo, tabagismo, exposição a substâncias químicas, história familiar de neoplasia). Uma história de viagens para áreas endêmicas (por exemplo, Egito) é importante para o diagnóstico da esquistossomose. História de doença inflamatória intestinal, neoplasia, ITU recorrente ou radioterapia pélvica pode indicar a presença de fistula urinária.

Produtos de higiene tópicos, especialmente nas mulheres, são associados com disúria, principalmente cistite. Sabonetes perfumados, sprays vaginais, duchas vaginais, banhos de espuma e produtos de higiene podem causar sintomas, e seu uso deve ser informado na história.<sup>[14]</sup> Medicamentos como dopamina, cantaridina, ticarcilina, penicilina G e ciclofosfamida, bem como drogas ilícitas, como a cetamina, foram associados com a disúria.<sup>[13] [21]</sup> Medicamentos fitoterápicos, como palmeira Serenoa repens e sementes de abóbora, também têm sido associados à disúria.

Uma história sexual detalhada em pacientes sexualmente ativos frequentemente pode restringir o diagnóstico diferencial. A secreção uretral (rala e aquosa ou espessa e purulenta) é mais comumente associada com doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).<sup>[22]</sup> O corrimento vaginal pode estar presente tanto na vaginite quanto na uretrite. O sangramento pós-coito ou intermenstrual pode estar presente na uretrite ou na cervicite. A dispureunia associada é comum na cervicite e na vaginite. A exacerbão pré-menstrual cíclica dos sintomas costuma apontar para vaginite por candida ou Trichomonas.

A duração e o início dos sintomas são relevantes. ITUs são frequentemente associadas com o rápido início dos sintomas, enquanto as DSTs e a uretrite são associadas com um início mais gradual ao longo de dias. A cistite pós-coito geralmente se desenvolve poucos dias depois da relação sexual. A vaginite pode ter um início insidioso e se desenvolver ao longo de semanas e meses.<sup>[14]</sup>

A disúria externa em mulheres (isto é, quando a urina causa irritação nos órgãos genitais inflamados) pode sugerir causa ginecológica, como vaginite; em homens, pode sugerir balanite. A disúria interna (isto é, dor na uretra) em ambos os sexos é mais frequentemente causada por ITUs, cistite ou uretrite. Dor no início da micção é geralmente de origem uretral, mas a dor suprapúbica comumente se origina da bexiga.<sup>[23]</sup>

A urina turva ou malcheirosa ou a hematúria macroscópica geralmente sugere uma causa infecciosa. Entretanto, é importante considerar que outros diagnósticos importantes, como neoplasias, hiperplasia prostática benigna (HPB), cistite intersticial, trauma e urolitíase, também podem causar hematúria. Uma história de hematúria deve ser considerada como um alerta para que neoplasias urológicas não deixem de ser percebidas.

Sintomas concomitantes do trato urinário inferior podem auxiliar no diagnóstico. A presença de sintomas à micção, como baixo fluxo, hesitação, intermitência e gotejamento urinário, é comumente o resultado de HPB (em homens) ou estenose uretral. Ocassionalmente, os sintomas de micção podem resultar da reduzida contratilidade vesical decorrente de causas neurológicas. A presença de sintomas de armazenamento (isto é, polaciúria e urgência urinária) em ambos os sexos pode ser resultante de urolitíase, cistite intersticial (caracterizada pela polaciúria e urgência urinária diurna e noturna e dor pélvica de etiologia desconhecida), infecções, hipersensibilidade uretral ou neoplasia. Pneumatúria, incontinência ou passagem de resíduos na urina sugerem uma fistula urinária.

Dor retal ou perineal e desconforto em homens sugerem prostatite, embora seja importante descartar outras causas de dor retal, como tumores ou fissuras anais.

Sintomas sistêmicos podem ajudar a identificar a causa da disúria. Febre, calafrios, mialgia, cefaleia, náuseas e vômitos geralmente sugerem uma causa infecciosa, especialmente, uma ITU superior (por exemplo, pielonefrite, principalmente se houver dor no flanco). O início súbito de dor no flanco ou cólica

na virilha pode sugerir urolitíase. A presença de outros sintomas sistêmicos, como artralgia e dorsalgia, sintomas oculares (por exemplo, irritação ocular), ulcerações da mucosa oral ou sintomas gastrointestinais, como diarreia, podem sugerir espondiloartropatias, como a artrite reativa ou a síndrome de Behçet.

Características, como febre, dor ou sensibilidade no flanco, intervenção recente, imunocomprometimento, episódios recorrentes e anormalidades do trato urinário conhecidas, devem ser consideradas sinais de alerta, e causas infecciosas devem ser identificadas e tratadas imediatamente.

[Fig-4]

## Exame físico

Um exame dos sinais vitais do paciente, com especial atenção à exclusão de febre, é essencial.

Durante o exame abdominal, a sensibilidade à percussão do flanco pode indicar pielonefrite. O abdome deve ser apalpado, para buscar sinais de bexiga distendida e desconforto suprapúbico; entretanto, apenas 15% a 20% dos pacientes que sofrem de cistite e disúria apresentam desconforto suprapúbico.<sup>[24]</sup> O desconforto suprapúbico também pode estar presente em infecções do trato urinário (ITUs), uretrite, hipersensibilidade uretral, fístula urinária e bexiga inflamada pela cetamina.

A pele, a mucosa e as articulações devem ser avaliadas para buscar evidências de espondiloartropatias e doenças autoimunes (por exemplo, conjuntivite, ulceração da mucosa, lesões com crostas nas palmas das mãos e nas solas dos pés e ao redor das unhas, sensibilidade nas articulações).

O exame físico do prepúcio totalmente retráido é obrigatório em homens; lesões ou secreções no pênis podem indicar uma infecção sexualmente transmissível (IST) ou neoplasia. O exame físico dos testículos também deve ser realizado, pois sinais de eritema, edema ou sensibilidade podem indicar epididimite ou orquite. Uma próstata sensível à palpação ou esponjosa no exame de toque retal digital pode sugerir prostatite ou abscesso prostático; já um aumento liso e benigno da próstata pode sugerir hiperplasia prostática benigna (HPB). Uma próstata firme, nodular ou irregular pode indicar câncer de próstata.

O exame pélvico inclui a avaliação do períneo e a busca de sinais de inflamação ou lesões. Um exame especular é essencial para pacientes que também apresentam outros sintomas do trato urinário (como incontinência urinária), ou que estão sob suspeita de apresentarem prolapso ou neoplasia ginecológica. O exame especular pode revelar corrimento vaginal ou cervical, o que pode indicar uma IST. Se houver suspeita de infecção pélvica, cultura tripla deve ser realizada (ou seja, clamídia, gonorreia, herpes). Para descartar a possibilidade de vaginite atrófica, a vagina e o períneo devem ser examinados para ver se estão com concentrações adequadas de estrogênio em mulheres menopausadas. Além disso, um exame do introito vaginal pode revelar a existência de prolapso uterino. A dor à mobilização do colo durante o exame vaginal pode ser indicativa de cervicite ou vulvovaginite. Prurido vaginal e corrimento vaginal espesso podem ser indicativos de candidíase, mas a candidíase também pode apresentar inflamação e vermelhidão vaginal com pústulas satélites na vagina. Vesículas agrupadas dolorosas e adenopatia inguinal sensível à palpação sugerem herpes genital. O exame pélvico é menos essencial quando a paciente nega explicitamente a existência de corrimento e irritação vaginal e o restante da história e o exame sugerem outro diagnóstico; contudo, ele sempre deve ser realizado nos casos de infecções recorrentes ou persistentes.

## Investigações

Nenhuma abordagem isolada é aceita de forma uniforme na investigação da disúria, e os exames devem ser realizados com base no diagnóstico mais provável. Com respeito a qualquer diagnóstico, uma hierarquia de

investigação deve ser seguida, começando com um simples exame de urina com tira reagente que pode ser realizado na clínica, seguido por urinálise e cultura, ou amostras vaginal e uretral, se adequado. Se houver necessidade de investigação adicional, procedimentos radiológicos e mais invasivos, como a cistoscopia, também podem auxiliar no diagnóstico.

### Avaliações iniciais

- O exame de urina com tira reagente é geralmente aceito como a primeira linha de investigação. A esterase leucocitária tem sensibilidade de 75% e especificidade de 98% para detecção de infecção do trato urinário (ITU).<sup>[25]</sup> O teste de nitrito positivo tem especificidade de 90% para detecção de ITU, porém uma baixa sensibilidade de 30%.<sup>[25]</sup> A combinação dos 2 testes possibilita uma detecção mais precisa de ITU, com sensibilidade de até 88%.<sup>[25]</sup> É importante lembrar que nem todas as bactérias (p. ex., *Staphylococcus saprophyticus* e *Enterococcus*) conseguem converter o nitrato urinário em nitrito, sendo necessário um período de incubação de 4-6 horas.<sup>[26]</sup> Embora a sensibilidade relatada do teste de nitrito varie entre 45% e 60%,<sup>[25]</sup> é possível aumentar a sensibilidade ainda mais com amostras da primeira urina matinal.<sup>[27]</sup> Contudo, isso nem sempre é possível no ambiente clínico; por isso, é recomendada a combinação dos testes de nitrito e de esterase leucocitária. Em adultos mais velhos (>65 anos), a tira reagente para exame de urina isolada não deve ser usada para se fazer um diagnóstico de ITU, e uma avaliação clínica completa é necessária.<sup>[28]</sup>
- Nas mulheres em idade fértil, o teste de gravidez é essencial, pois uma ITU não tratada pode causar trabalho de parto prematuro e baixo peso ao nascer. Um teste de gravidez positivo também auxiliará na seleção de antibiótico e excluirá a investigação com radiação ionizante.
- A hematúria sem a presença de infecção pode ser atribuída a neoplasia, urolitíase, trauma uretral ou anormalidades glomerulares. Um achado de hematúria microscópica persistente (definida como >3 eritrócitos por campo de grande aumento [CGA] ou em tiras reagentes para exame de urina em 2 de 3 urinálises) deve requerer avaliações subsequentes com cistoscopia, citologia urinária e estudos do trato urinário superior.<sup>[29]</sup> A presença de leucócitos na ausência de infecção é inespecífica e pode ocorrer em doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), vulvovaginite, prostatite, tuberculose ou neoplasia.
- Microscopia e exame de urina de jato médio é o padrão para o diagnóstico de uma ITU. Em mulheres com amostras contaminadas, uma amostra de urina cateterizada deve ser colhida. Em geral, um achado de >10<sup>5</sup> unidades formadoras de colônia (UFC)/mL sugere uma ITU,<sup>[30]</sup> mas contagens mais baixas de 10<sup>2</sup> a 10<sup>3</sup> UFC/mL em pacientes sintomáticos podem ser um indicativo precoce de ITU.<sup>[31]</sup> A cultura de urina negativa em um paciente que estava recebendo antibioticoterapia não é confiável. É importante salientar que a microscopia de urina não é exigida em alguns países de fora dos EUA para o diagnóstico de ITU - apenas o exame de urina com tira reagente positivo. Nos casos de suspeita de abuso sexual, as culturas devem ser realizadas por um clínico adequadamente qualificado, pois as culturas são 100% específicas para infecção e podem ser solicitadas em um processo judicial.
- Culturas uretrais, vaginais ou cervicais ou testes de reação em cadeia da polimerase precisam ser realizados para identificar DSTs, como gonorreia, clamídia ou infecções por herpes simples. É necessário realizar sorologia para sífilis em todos os pacientes com suspeita de DST, e a sorologia para vírus da imunodeficiência humana (HIV) é necessária nos grupos de alto risco.
- Se houver suspeita de herpes simples, o teste de Tzanck é um teste diagnóstico rápido, reproduzível e barato.

- Medições do potencial hidrogeniônico (pH) vaginal são úteis no diagnóstico de vaginite. O pH vaginal geralmente é elevado em infecções bacterianas (incluindo a tricomoníase) ou na vaginite atrófica. Geralmente, as infecções por Cândida são associadas a um pH normal. O exame microscópico direto com hidróxido de potássio, o pH vaginal e a cultura de fungos devem ser considerados em mulheres com disúria crônica ou recorrente de etiologia desconhecida.

#### Exames radiológicos e patológicos

- Investigações radiológicas, como ultrassonografia, urografia intravenosa, tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM), raramente são necessárias na maioria dos casos de disúria, mas são essenciais no diagnóstico de anormalidades urológicas, como urolitíase, neoplasia, cistos, refluxo vesicoureteral e divertículo vesical.

[Fig-1]

[Fig-2]

[Fig-3]

Taxa de fluxo e resíduo pós-miccional ou estudos urodinâmicos são úteis na investigação de sintomas de micção ou de armazenamento do trato urinário inferior.

- A ultrassonografia da próstata pode ser usada para se avaliar o tamanho da glândula prostática e para verificar a presença de abscesso prostático, e pode ser combinada com biópsia para auxiliar no diagnóstico de câncer de próstata. A cistoscopia é um procedimento clínico útil para avaliar a anatomia do trato urinário inferior, verificar a presença de corpos estranhos e tumores e auxiliar no diagnóstico de cistite intersticial ou de fístula urinária. A cistoscopia e a citologia urinária devem sempre ser realizadas quando há disúria persistente ou sintomas de armazenamento urinário na ausência de ITU.
- A biópsia de lesões penianas é necessária para o diagnóstico de câncer de pênis.

# Visão geral do diagnóstico diferencial

## Comum

Cistite

Uretrite

Pielonefrite

Vulvovaginite

Balanite

Prostatite aguda

Hiperplasia prostática benigna

Urolitíase

Irritantes locais

## Incomum

Vírus do herpes simples (HSV) genital

Epidídimo-orquite

Cervicite

Esquistossomose

Tuberculose

Estenose uretral

Cistite de lua de mel

Intervenção ou cateterismo

Abuso sexual

Esportes

Cistite intersticial

## Incomum

Vaginite atrófica

Espondiloartropatias

Prostatite não infecciosa

Bexiga inflamada pela cetamina

Fístula urinária

Câncer de próstata

Câncer de bexiga

Câncer renal

Câncer cervical

Câncer uretral

Câncer peniano

Medicamentos ou fitoterápicos

Depression

Transtorno de somatização (hipersensibilidade uretral)

# Diagnóstico diferencial

## Comum

### ◊ Cistite

História	Exame	1º exame	Outros exames
início rápido, história de infecção do trato urinário (ITU) prévia, atividade sexual/uso de diafragma/espermicina (maior risco em mulheres), estado de menopausa (mulheres), história de hiperplasia prostática benigna (HPB; homens), intervenção, polaciúria/urgência urinária, urina turva ou malcheirosa, hematúria	desconforto suprapúbico, ausência de sensibilidade costovertebral	<p>»<b>tira reagente para exame de urina:</b> positivo para esterase leucocitária; positivo para eritrócitos; ocasionalmente positivo para nitritos</p> <p>A presença de nitritos e de eritrócitos ou leucócitos é altamente sugestiva de infecção do trato urinário (ITU) e justifica a realização de microscopia e cultura de urina, com um valor preditivo positivo de 92%. [32] A ausência tanto de leucócitos quanto de nitritos torna o diagnóstico extremamente improvável.</p> <p>»<b>microscopia da urina:</b> leucócitos e/ou bactérias</p> <p>»<b>urocultura:</b> <math>&gt;10^5</math> unidades formadoras de colônia (UFC)/mL</p> <p>Contagens mais baixas de <math>10^2</math> a <math>10^3</math> UFC/mL em pacientes sintomáticos podem ser uma indicação precoce de ITU. [30] [31]</p>	<p>»<b>teste de gravidez:</b> positivos ou negativos</p> <p>Uma ITU não tratada pode causar baixo peso no nascimento e trabalho de parto prematuro.</p> <p>»<b>ultrassonografia renal:</b> anormalidades, como dilatação dos ureteres ou da pelve renal ou distensão da bexiga com parede espessa; abscesso renal: área radiolucente no parênquima renal com hipoperfusão local ao Doppler colorido;</p> <p>abscesso perinefrítico: líquido hipoecoico</p> <p>Indicada apenas se houver suspeita de patologia do trato urinário superior ou em pacientes com ITU recorrente ou complicada.</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 21, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

## Comum

## ◊ Uretrite

História	Exame	1º exame	Outros exames
início gradual (ao longo de dias), mais comum em pacientes jovens, atividade sexual, polaciúria/urgência urinária, secreção uretral (comum em homens, rara em mulheres), sangramento pós-coito ou intermenstrual	secreção (aquosa ou espessa) variável, desconforto suprapúbico (pode estar presente se associado com doença inflamatória pélvica nas mulheres)	<p>»<b>tira reagente para exame de urina:</b> positivo para esterase leucocitária; positivo para eritrócitos Os leucócitos estão comumente presentes, embora sejam inespecíficos para o diagnóstico.</p> <p>»<b>teste de amplificação de ácido nucleico:</b> positivos para Chlamydia trachomatis ou Neisseria gonorrhoeae Exame não invasivo (urina ou swab vaginal), que é adequado para ambos os sexos.<sup>[33]</sup> [34] [35]</p>	<p>»<b>cultura uretral ou vaginal:</b> positivo para C trachomatis ou N gonorrhoeae Padrão histórico para diagnóstico. Invasivo e desconfortável. Foi substituído por exames menos invasivos.</p> <p>»<b>testes de RPR sérica ou VDRL:</b> descartam sífilis</p> <p>»<b>sorologia do HIV:</b> descarta HIV em grupos de alto risco</p>

## ◊ Pielonefrite

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre, calafrios, mialgia, cefaleia, náuseas, vômitos, dor no flanco, polaciúria/urgência urinária, diabetes, imunossupressão, história de anormalidade anatômica	febre, sensibilidade no ângulo costovertebral, sensibilidade profunda no quadrante superior direito ou esquerdo	<p>»<b>tira reagente para exame de urina:</b> positivo para nitrito e/ou esterase leucocitária, positivo para eritrócitos A presença de nitritos e leucócitos é altamente sugestiva de ITU e justifica a realização de microscopia e cultura de urina, com um valor preditivo positivo de 92%.<sup>[32]</sup> A ausência tanto de leucócitos quanto de nitritos torna o diagnóstico</p>	<p>»<b>ultrassonografia renal:</b> anormalidades, como dilatação dos ureteres ou da pelve renal ou distensão da bexiga com parede espessa; abscesso renal: área radiolucente no parênquima renal com hipoperfusão local ao Doppler colorido; abscesso perinefrético: líquido hipoecoico Indicada apenas se houver suspeita de patologia do trato urinário superior ou em pacientes com</p>

**Comum****◊ Pielonefrite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>extremamente improvável.</p> <p>»<b>microscopia da urina:</b> leucócitos e/ou bactérias</p> <p>»<b>urocultura:</b> <math>&gt;10^5</math> unidades formadoras de colônia/mL</p>	<p>ITU recorrente ou complicada.</p> <p>»<b>tomografia computadorizada (TC) do trato renal:</b> descarta hidronefrose, abscesso e nefrolitíase</p> <p>Geralmente, realizada apenas se a ultrassonografia levanta a possibilidade de anormalidade do trato renal. Se houver suspeita de urolitíase, a TC pode identificar cálculos no trato renal.</p>

**◊ Vulvovaginite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
irritação externa, exacerbação pré-menstrual (cíclica), história sexual recente, início insidioso (semanas a meses), prurido ou corrimento vaginal, disparesunia	inflamação na mucosa vaginal ou no colo uterino, dor à mobilização do colo; vermelhidão vaginal com pústulas satélites na vagina (por cândida)	<p>»<b>tira reagente para exame de urina:</b> positivo para esterase leucocitária Inespecífico.</p> <p>»<b>pH vaginal:</b> pode estar elevada Infecções bacterianas (incluindo a tricomoníase) ou vaginite atrófica. As infecções por Cândida são geralmente associadas a um pH normal.</p> <p>»<b>microscopia das secreções vaginais em câmara úmida:</b> identificação de infecções bacterianas e fúngicas</p>	

## Comum

## ◊ Vulvovaginite

História	Exame	1º exame	Outros exames
		É importante também descartar as doenças sexualmente transmissíveis, se adequado.	

## ◊ Balanite

História	Exame	1º exame	Outros exames
homem não circuncidado	glândulas inflamadas, prepúcio inflamado e com cicatrizes	» <b>diagnóstico clínico:</b> o diagnóstico é feito com base na história e no exame	

## ◊ Prostatite aguda

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor perineal ou retal, polaciúria/urgência urinária	próstata sensível à palpação ou esponjosa	<p>»<b>tira reagente para exame de urina:</b> positivo para nitrito e/ou esterase leucocitária, positivo para eritrócitos inespecífico.</p> <p>»<b>microscopia da urina:</b> positiva para leucócitos e/ou bactérias As bactérias são frequentemente isoladas na prostatite bacteriana aguda, mas raramente na prostatite crônica. Portanto, a ausência de bactérias na urina não descarta a prostatite.</p> <p>»<b>urocultura:</b> <math>&gt;10^5</math> unidades formadoras de colónia/mL As bactérias são frequentemente</p>	<p>»<b>cultura de secreções prostáticas:</b> positiva para bactérias A obtenção das secreções exige massagem prostática e pode ser mal tolerada e extremamente dolorosa; portanto, raramente é realizada na prostatite aguda, mas pode auxiliar no diagnóstico de prostatite crônica.</p>

## Comum

### ◊ Prostatite aguda

História	Exame	1º exame	Outros exames
		isoladas na prostatite bacteriana aguda, mas raramente na prostatite crônica. Portanto, a ausência de bactérias na urina não descarta a prostatite.	

### ◊ Hiperplasia prostática benigna

História	Exame	1º exame	Outros exames
baixo fluxo urinário, noctúria; hesitação urinária, intermitência, gotejamento, polaciúria/ urgência urinária; hematúria	próstata lisa e aumentada	<p>»<b>urofluxometria:</b> reduzidos A taxa de fluxo é não invasiva e pode fornecer todas as informações necessárias em um caso simples.</p> <p>»<b>antígeno prostático específico (PSA):</b> mais elevado que a diretriz para a idade Pode auxiliar a descartar o câncer de próstata. Pode estar falsamente elevado na presença de infecção ou manipulação recente do trato urinário.</p>	<p>»<b>estudo urodinâmico:</b> pressão anormal da bexiga, micção anormal</p>

### ◊ Urolitíase

História	Exame	1º exame	Outros exames
início súbito de dor no flanco/cólica na virilha, náuseas, vômitos, dor que irradia para o testículo e ponta do pênis (homens) ou	sensibilidade no ângulo costovertebral	<p>»<b>tira reagente para exame de urina:</b> pode ser positivo para esterase leucocitária; positivo para eritrócitos</p>	<p>»<b>TC com ou sem contraste:</b> calcificação observada dentro do trato urinário</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 21, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

## Comum

## ◊ Urolitíase

História	Exame	1º exame	Outros exames
para a vagina/vulva (mulheres), polaciúria/urgência urinária, cálculo na bexiga ou uretra pode causar um efeito de válvula esférica (ball-valve effect), incapacidade de se sentir confortável (cálculos ureterais), hematúria		<p>»<b>radiografia abdominal:</b> calcificação observada dentro do trato urinário Barato e com baixa dose de radiação, mas os cálculos podem ser facilmente obscurecidos pelas fezes ou gases ou ser muito pequenos para detecção.</p>	<p>Permite avaliação do grau de obstrução. Fornece informações importantes sobre os órgãos abdominais e a massa de cálculos renais. Investigaçāo preferencial em muitos centros. A TC sem contraste deve ser realizada primeiro para detectar cálculos; se adequado, o contraste pode ser administrado depois.</p> <p>[Fig-1]</p> <p>[Fig-2]</p> <p>»<b>urografia intravenosa (UIV):</b> calcificação observada dentro do trato urinário Fornece informações importantes sobre a drenagem do rim. Padrão histórico para diagnóstico, mas foi substituído pela TC em muitos centros.</p> <p>»<b>ultrassonografia renal:</b> sombra acústica TC e UIV são testes padrão para diagnóstico de urolitíase em todo o trato urinário. Entretanto, em pacientes que não podem ser submetidos a esses testes (por exemplo, gestantes),</p>

**Comum****◊ Urolitíase**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			dependendo do tamanho do cálculo, a ultrassonografia pode auxiliar a identificar cálculos.

**◊ Irritantes locais**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de uso de sabonetes perfumados, sprays vaginais, duchas vaginais, banhos de espuma e produtos de higiene	geralmente normais	» <b>diagnóstico clínico:</b> o diagnóstico é feito com base na história e no exame	

**Incomum****◊ Vírus do herpes simples (HSV) genital**

História	Exame	1º exame	Outros exames
início gradual, atividade sexual, febre, cefaleia, mialgia, dor vulvar, corrimento vaginal (possível)	vesículas agrupadas dolorosas (geralmente no colo uterino ou na região pélvica, mas pode estar na região vaginal), adenopatia inguinal sensível à palpação	<p>»<b>cultura viral:</b> positiva O sucesso da cultura de tecido depende do operador, mas essa modalidade pode trazer resultados positivos dentro de 48 horas da inoculação.</p> <p>»<b>reação em cadeia da polimerase para HSV:</b> positiva Amostra pode ser obtida do sangue, tecido ou líquido espinhal.</p> <p>»<b>teste de Tzanck:</b> positiva</p>	

DIAGNOSIS

**Incomum****◊ Vírus do herpes simples (HSV) genital**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		Envolve a realização de um esfregaço de células de uma vesícula ou úlcera recente em uma lâmina de microscópio e sua coloração. Teste diagnóstico rápido, reproduzível e barato.	

**◊ Epidídimo-orquite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
testículo doloroso e/ou edemaciado	eritema, inchaço generalizado ou sensibilidade do epidídimo ou testículo	» <b>tira reagente para exame de urina:</b> positivo para nitrito e/ou esterase leucocitária Pode ser negativo para leucócitos ou nitritos e, portanto, não é muito confiável para diagnóstico.	» <b>ultrassonografia escrotal:</b> evidência de abscesso, hiperemia ou neoplasia Não solicitada rotineiramente em todos os casos, principalmente quando não são complicados.

**◊ Cervicite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dispareunia, sangramento intermenstrual ou pós-coito	dor à mobilização do colo; possível corrimento vaginal	» <b>teste de amplificação de ácido nucleico:</b> positivos para Chlamydia trachomatis ou Neisseria gonorrhoeae Teste não invasivo (urina ou swab vaginal).[33] [34] [35]  » <b>cultura cervical em placas de ágar Thayer-Martin:</b> crescimento de patógeno	

**Incomum****◊ Esquistossomose**

História	Exame	1º exame	Outros exames
histórico de viagens recentes a uma área endêmica e exposição a água doce, polaciúria/urgência urinária, hematúria terminal	erupção cutânea, febre, linfadenopatia, úlcera genital	<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>tira reagente para exame de urina:</b> positivo para eritrócitos</li> <li>»<b>microscopia da urina:</b> excreção de ovos</li> <li>»<b>sorologia:</b> anticorpos contra antígenos do parasita</li> <li>Não é possível diferenciar entre exposição ativa e passada.</li> </ul>	

**◊ Tuberculose**

História	Exame	1º exame	Outros exames
sintomas crônicos, intermitentes e inespecíficos; polaciúria/urgência urinária	testículo ou epidídimo sensível à palpação	<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>tira reagente para exame de urina:</b> positivo para esterase leucocitária; positivo para eritrócitos</li> <li>»<b>microscopia da urina:</b> leucócitos e/ou bactérias</li> <li>»<b>urocultura:</b> positivo para esfregaço de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) ou cultura</li> <li>»<b>teste tuberculínico cutâneo:</b> pode ser positiva Os pontos de corte variam de acordo com o estado do paciente. Um teste negativo não descarta tuberculose (TB), principalmente em pacientes imunossuprimidos.</li> </ul>	

**Incomum****◊ Estenose uretral**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de intervenção ou trauma prévios; noctúria; hesitação urinária, intermitência, gotejamento, polaciúria/ urgência urinária, baixo fluxo ao urinar	geralmente normais	» <b>urofluxometria:</b> típico padrão de platô observado A taxa de fluxo é não invasiva e pode fornecer todas as informações necessárias em um caso simples.	» <b>estudo urodinâmico:</b> típico padrão de platô observado » <b>uretrocistografia retrógrada:</b> extensão e grau da estenose Envolve a inserção de um cateter na parte distal da uretra e a aplicação de contraste. » <b>cistoscopia:</b> visualização direta da estenose Pode ser difícil avaliar a extensão exata da estenose.

**◊ Cistite de lua de mel**

História	Exame	1º exame	Outros exames
relação sexual frequente (trauma uretral), hematúria	geralmente normais	» <b>tira reagente para exame de urina:</b> positivo para eritrócitos e, às vezes, para leucócitos; o diagnóstico frequentemente é clínico e os sintomas se resolvem rapidamente	

**◊ Intervenção ou cateterismo**

História	Exame	1º exame	Outros exames
intervenção, cateterismo ou cirurgia uretral; hematúria	geralmente normais	» <b>tira reagente para exame de urina:</b> positivo para eritrócitos e, às vezes, para leucócitos; o diagnóstico frequentemente é clínico e os sintomas se resolvem rapidamente	

## Incomum

## ◊ Abuso sexual

História	Exame	1º exame	Outros exames
declaração de abuso sexual atual ou prévio, percepção aumentada de disúria	pode ser normal, sinais de trauma genital	<p>»<b>teste de amplificação de ácido nucleico:</b> pode ser positivo para Chlamydia trachomatis ou Neisseria gonorrhoeae Em condições ideais, as evidências forenses devem ser colhidas usando-se o kit de estupro em até 72 horas após o último contato sexual.</p> <p>»<b>sorologia do HIV:</b> pode ser positiva Em condições ideais, as evidências forenses devem ser colhidas usando-se o kit de estupro em até 72 horas após o último contato sexual.</p> <p>»<b>teste de reagina plasmática rápida (RPR) sérica:</b> pode ser positivo para sífilis O teste se torna positivo 1 a 2 semanas após a formação do cancro. Os títulos podem ser usados para monitorar a resposta ao tratamento. Em condições ideais, as evidências forenses devem ser colhidas usando-se o kit de estupro em até 72 horas após o último contato sexual.</p>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 21, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerização de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

## Incomum

## ◊ Abuso sexual

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>»<b>teste Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)</b>  <b>sérico:</b> pode ser positivo para sífilis          O teste se torna positivo 1 a 2 semanas após a formação do cancro. Os títulos podem ser usados para monitorar a resposta ao tratamento. Em condições ideais, as evidências forenses devem ser colhidas usando-se o kit de estupro em até 72 horas após o último contato sexual.</p> <p>»<b>cultura viral da lesão:</b> pode ser positiva para herpes simples          O sucesso da cultura de tecido depende do operador, mas essa modalidade pode trazer resultados positivos dentro de 48 horas da inoculação. Em condições ideais, as evidências forenses devem ser colhidas usando-se o kit de estupro em até 72 horas após o último contato sexual.</p> <p>»<b>reação em cadeia da polimerase para HSV:</b> pode ser positiva para herpes simples</p>	

**Incomum****◊ Abuso sexual**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		A amostra pode ser obtida do sangue ou tecido. Em condições ideais, as evidências forenses devem ser colhidas usando-se o kit de estupro em até 72 horas após o último contato sexual.	

**◊ Esportes**

História	Exame	1º exame	Outros exames
equitação ou ciclismo, hematúria	geralmente normais	» <b>tira reagente para exame de urina:</b> positivo para eritrócitos e, às vezes, para leucócitos; o diagnóstico frequentemente é clínico e os sintomas se resolvem rapidamente	

**◊ Cistite intersticial**

História	Exame	1º exame	Outros exames
mais comum em mulheres de meia-idade, sintomas geralmente de longa duração, polaciúria/urgência urinária diurna e noturna, hematúria	desconforto suprapúbico	» <b>tira reagente para exame de urina:</b> normal; pode ser positivo para eritrócitos Na presença de leucócitos ou nitritos, deve-se buscar um diagnóstico alternativo. Geralmente, um diagnóstico de exclusão.  » <b>microscopia da urina:</b> normal  » <b>urocultura:</b> normal	

**Incomum****◊ Cistite intersticial**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		» <b>cistoscopia:</b> glomerulações, petéquias submucosas, lacerção da mucosa, presença de úlcera de Hunner, parede da bexiga contraída com baixa capacidade vesical sob anestesia; hemorragia petequial em 4 quadrantes no segundo preenchimento; contagem de mastócitos na lâmina própria na biópsia	

**◊ Vaginite atrófica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
mulheres menopausadas, irritação/prurido externo, dispareunia, falta de reposição de estrogênio	eritema e atrofia vaginal	» <b>pH vaginal:</b> elevado	» <b>esfregaço citológico de células do terço superior da vagina:</b> aumento na proporção de células parabasais

**◊ Espondiloartropatias**

História	Exame	1º exame	Outros exames
polaciúria/urgência urinária, artralgia, dorsalgia, irritação ocular, diarreia	sensibilidade nas articulações, conjuntivite, ulcerações na mucosa oral, lesão peniana (balanite circinada), lesões psoriáticas	» <b>teste de patergia:</b> formação de pústula dentro de 48 horas » <b>antígeno leucocitário humano B51 (HLA-B51):</b> pode estar presente	

**◊ Prostatite não infecciosa**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de prostatite aguda prévia, dor perineal, dor no testículo ou na ponta	o exame pode ser normal ou apresentar próstata	» <b>tira reagente para exame de urina:</b> negativo para nitrito e/ ou esterase leucocitária	

**Incomum****◊ Prostatite não infecciosa**

História	Exame	1º exame	Outros exames
do pênis, dorsalgia, sintomas do trato urinário inferior	com sensibilidade à palpação	Análise microbiológica comparativa de urina da uretra, bexiga e secreção prostática pós-massagem. Não deve ser realizado na prostatite aguda.  » <b>teste de Stamey:</b> ausência de bactérias	Análise microbiológica comparativa de urina da uretra, bexiga e secreção prostática pós-massagem. Não deve ser realizado na prostatite aguda.

**◊ Bexiga inflamada pela cetamina**

História	Exame	1º exame	Outros exames
uso de cetamina, polaciúria/urgência urinária, hematúria	dor suprapúbica pode estar presente	» <b>microscopia da urina:</b> normal; pode ser evidência de piúria e eritrócitos  » <b>urocultura:</b> normal  » <b>cistoscopia:</b> inflamação e ulceração da bexiga; a bexiga pode ter parede espessa com pequena capacidade	

**◊ Fístula urinária**

História	Exame	1º exame	Outros exames
doença inflamatória intestinal (por exemplo, doença de Crohn), diverticulite, neoplasia, ITU recorrente ou radioterapia pélvica; passagem de resíduos	desconforto suprapúbico	» <b>tira reagente para exame de urina:</b> positivo para nitrito e/ou esterase leucocitária, positivo para eritrócitos	» <b>colonoscopia:</b> identifica patologia gastrointestinal anormal

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 21, 2018.

29

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

**Incomum****◊ Fístula urinária**

História	Exame	1º exame	Outros exames
na urina, incontinência, pneumatúria		<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>microscopia da urina:</b> leucócitos e/ou bactérias</li> <li>»<b>urocultura:</b> <math>&gt;10^5</math> unidades formadoras de colônia/mL</li> <li>»<b>cistoscopia:</b> permite visualização direta da fístula</li> <li>»<b>TC de abdome/ pelve com e sem contraste:</b> presença de fístula</li> <li>»<b>RNM de abdome/ pelve:</b> auxilia a determinar a extensão da fístula e a patologia subjacente</li> </ul>	Realizada quando há suspeita de fístula colovesical.

**◊ Câncer de próstata**

História	Exame	1º exame	Outros exames
hematúria, polaciúria/ urgência urinária, sintomas do trato urinário inferior, dorsalgia	o exame da próstata pode ser normal; próstata firme, nodular ou irregular	<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>antígeno prostático específico (PSA):</b> elevado Elevação também pode ser observada na hiperplasia prostática benigna (HPB), ITU e depois de uma intervenção.</li> <li>»<b>ultrassonografia e biópsia da próstata:</b> células anormais em 2 amostras diferentes (índice de Gleason de 2-10) Procedimento invasivo, mas frequentemente realizado sob anestesia local e bem tolerado pela maioria dos pacientes.</li> </ul>	

## Incomum

## ◊ Câncer de bexiga

História	Exame	1º exame	Outros exames
hematúria, polaciúria/ urgência urinária, tabagismo ou exposição a substâncias químicas (por exemplo, aminas aromáticas), história familiar	geralmente normais	<p>»<b>ultrassonografia da bexiga:</b> lesões identificadas na bexiga. Sem radiação, mas dependente do operador. Às vezes, pode não conseguir caracterizar totalmente a lesão.</p> <p>»<b>TC de abdome/pelve com ou sem contraste:</b> lesões com efeito de massa identificadas. Fácil de realizar e fornece informações sobre a natureza do tumor e qualquer envolvimento de órgãos adjacentes. Boa visualização em pacientes obesos.</p> <p>[Fig-3]</p> <p>»<b>cistoscopia:</b> detecção de patologia vesical ou uretral. Invasiva, mas permite a realização de biópsias para auxiliar no diagnóstico.</p> <p>»<b>citologia da urina expelida:</b> evidências de malignidade. Parte do exame de hematúria. Resultados positivos são úteis, porém, resultados negativos não descartam neoplasia.</p>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 21, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerar responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

**Incomum****◊ Câncer renal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
hematúria, polaciúria/ urgência urinária, dor no flanco	pode ser normal; massa palpável em tumores avançados	» <b>ultrassonografia renal:</b> lesões identificadas no rim ou rins  Sem radiação, mas dependente do operador. Às vezes, pode não conseguir caracterizar totalmente a lesão.	» <b>TC de abdome/ pelve com ou sem contraste:</b> lesões com efeito de massa identificadas  Fácil de realizar e fornece informações sobre a natureza do tumor e qualquer envolvimento de órgãos adjacentes.  Boa visualização em pacientes obesos.

**◊ Câncer cervical**

História	Exame	1º exame	Outros exames
hematúria, sangramento intermenstrual ou após menopausa, menorragia, polaciúria/ urgência urinária	massa vaginal ou pélvica	» <b>esfregaço de Papanicolau:</b> presença de células pré-malignas e malignas  » <b>colposcopia:</b> anormal	» <b>tomografia computadorizada (TC) do corpo inteiro:</b> detecção de envolvimento ganglionar e metástases

**◊ Câncer uretral**

História	Exame	1º exame	Outros exames
pode ser assintomático e insidioso, sintomas do trato urinário inferior, hematúria, secreção uretral, dor uretral	pode ser normal, lesões penianas/ vaginais, fístulas, linfadenopatia, secreção com sangue no meato	» <b>cistoscopia:</b> visualização de lesões na uretra	

**◊ Câncer peniano**

História	Exame	1º exame	Outros exames
hematúria, polaciúria/ urgência urinária	lesão peniana	» <b>biópsia:</b> evidência de carcinoma de células escamosas	» <b>ressonância nuclear magnética (RNM) do corpo inteiro:</b> investigação

**Incomum****◊ Câncer peniano**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			do estadiamento; pode apresentar envolvimento ganglionar

**◊ Medicamentos ou fitoterápicos**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de uso de dopamina, cantaridina, ticarcilina, penicilina G, ciclofosfamida, palmeira Serenoa repens, sementes de abóbora	geralmente normais	» <b>diagnóstico clínico:</b> o diagnóstico é feito com base na história e no exame	

**◊ Depressão**

História	Exame	1º exame	Outros exames
humor depressivo, inapetência, anedonia, dificuldades para dormir, percepção aumentada de disúria	geralmente normais	» <b>diagnóstico clínico:</b> o diagnóstico é feito com base na história e exames; testes podem ser necessários para descartar outros diagnósticos	

**◊ Transtorno de somatização (hipersensibilidade uretral)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente em mulheres, polaciúria/urgência urinária, desconforto suprapúbico, dor pélvica, percepção aumentada de disúria; história é muito importante, pois o diagnóstico é de exclusão	geralmente normais	» <b>diagnóstico clínico:</b> o diagnóstico é feito com base na história; testes podem ser necessários para descartar outros diagnósticos	

# Diretrizes de diagnóstico

## Europa

### Guidelines on urological infections

**Publicado por:** European Association of Urology

**Última publicação em:** 2017

### Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults

**Publicado por:** Scottish Intercollegiate Guidelines Network

**Última publicação em:** 2012

## Artigos principais

- Devillé WL, Yzermans JC, van Duijn NP, et al. The urine dipstick test useful to rule out infections: a meta-analysis of the accuracy. *BMC Urol.* 2004;4:4. [Texto completo](#)
- Nys S, van Merode T, Bartelds AI, et al. Urinary tract infections in general practice patients: diagnostic tests versus bacteriological culture. *J Antimicrob Chemother.* 2006;57:955-958. [Texto completo](#)

## Referências

- Bremnor J, Sadovsky R. Evaluation of dysuria in adults. *Am Fam Physician.* 2002;65:1589-1597. [Texto completo](#)
- Richardson DA. Dysuria and urinary tract infections. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1990;17:881-888.
- Jolley JV. The reported prevalence of urinary symptoms in women in one rural general practice. *Br J Gen Pract.* 1990;40:335-337. [Texto completo](#)
- Rasanathan M. Dysuria in general practice. *N Z Med J.* 1979;89:54-56.
- Sommer P, Nielsen KK, Bauer T, et al. Voiding patterns in men evaluated by a questionnaire survey. *Br J Urol.* 1990;65:155-160.
- Wolfs GG, Knottnerus JA, Janknegt RA. Prevalence and detection of micturition problems among 2,734 elderly men. *J Urol.* 1994;152:1467-1470.
- Steensberg J, Bartels ED, Bay-Nielsen H, et al. Epidemiology of urinary tract diseases in general practice. *Br Med J.* 1969;4:390-394. [Texto completo](#)
- Sherrad J, Barlow D. Gonorrhoea in men: clinical and diagnostic aspects. *Genitourin Med.* 1996;72:422-426. [Texto completo](#)
- Hart G. Factors associated with genital chlamydial and gonococcal infection in males. *Genitourin Med.* 1993;69:393-396. [Texto completo](#)
- Viarengo J, Hebrant F, Piot P. Ureaplasma urealyticum in the urethra of healthy men. *Br J Vener Dis.* 1980;56:169-172. [Texto completo](#)
- Mendoza-Pinto C, Garcia-Carrasco M, Jimenez-Hernandez M, et al. Etiopathogenesis of Behcet's disease. *Autoimmun Rev.* 2010;9:241-245.
- Owlia MB, Eley AR. Is the role of Chlamydia trachomatis underestimated in patients with suspected reactive arthritis? *Int J Rheum Dis.* 2010;13:27-38.
- Shahani R, Streutker C, Dickson B, et al. Ketamine-associated ulcerative cystitis: a new clinical entity. *Urology.* 2007;69:810-812.

14. Kurowski K. The women with dysuria. Am Fam Physician. 1998;57:2155-2164, 2169-2170.
15. Romero R, Oyarzun E, Mazor M, et al. Meta-analysis of the relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery/low birth weight. Obstet Gynecol. 1989;73:576-582.
16. Epp A, Larochele A, Lovatsis D, et al. Recurrent urinary tract infection. J Obstet Gynaecol Can. 2010;32:1082-1101. [Texto completo](#)
17. Medina-Bombardó D, Jover-Palmer A. Does clinical examination aid in the diagnosis of urinary tract infections in women? A systematic review and meta-analysis. BMC Fam Pract. 2011;12:111. [Texto completo](#)
18. Nicolle LE, Friesen D, Harding GKM, et al. Hospitalisation for acute pyelonephritis in Manitoba, Canada during the period from 1989-1992: impact of diabetes, pregnancy, and aboriginal origin. Clin Infect Dis. 1995;22:1051-1056.
19. Hakeem LM, Bhattacharyya DN, Lafong C, et al. Diversity and complexity of urinary tract infection in diabetes mellitus. Br J Diabetes Vasc Dis. 2009;9:119-125.
20. Hooton TM, Scholes D, Hughes JP, et al. A prospective study of risk factors for symptomatic urinary tract infection in young women. N Engl J Med. 1996;335:468-474. [Texto completo](#)
21. French L, Phelps K, Pothula NR, et al. Urinary problems in women. Prim Care. 2009;36:53-71, viii.
22. Schwebke JR, Burgess D. Trichomoniasis. Clin Microbiol Rev. 2004;17:794-803. [Texto completo](#)
23. Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, et al. Evaluation of the urologic patient: history, physical examination, and urinalysis. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, et al. Campbell-Walsh urology. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences; 2006.
24. Wigton RS, Hoellerich VL, Ornato JP, et al. Use of clinical findings in the diagnosis of urinary tract infection in women. Arch Intern Med. 1985;145:2222-2227.
25. Devillé WL, Yzermans JC, van Duijn NP, et al. The urine dipstick test useful to rule out infections: a meta-analysis of the accuracy. BMC Urol. 2004;4:4. [Texto completo](#)
26. Nys S, van Merode T, Bartelds AI, et al. Urinary tract infections in general practice patients: diagnostic tests versus bacteriological culture. J Antimicrob Chemother. 2006;57:955-958. [Texto completo](#)
27. Randolph MF, Morris K. Instant screening for bacteriuria in children: analysis of a dipstick. J Pediatr. 1974;84:246-248.
28. National Institute for Health and Care Excellence. Urinary tract infection in adults. June 2015. <https://www.nice.org.uk/> (last accessed 27 September 2017). [Texto completo](#)
29. Grossfeld GD, Wolf JS Jr, Litwin MS, et al. Asymptomatic microscopic hematuria in adults: summary of the AUA best practice policy recommendations. Am Fam Physician. 2001;63:1145-1155. [Texto completo](#)

30. Kass EH, Finland M. Asymptomatic infections of the urinary tract. *J Urol.* 2002;168:420-424.
31. Giesen LG, Cousins G, Dimitrov BD, et al. Predicting acute uncomplicated urinary tract infection in women: a systematic review of the diagnostic accuracy of symptoms and signs. *BMC Fam Pract.* 2010;11:78. [Texto completo](#)
32. Little P, Turner S, Rumsby K, et al. Dipsticks and diagnostic algorithms in urinary tract infection: development and validation, randomised trial, economic analysis, observational cohort and qualitative study. *Health Technol Assess.* 2009 Mar;13(19):iii-iv, ix-xi, 1-73. [Texto completo](#)
33. Savolainen E, Kettunen A, Narvanen A, et al. Prevalence of antibodies against Chlamydia trachomatis and incidence of C. trachomatis-induced reactive arthritis in an early arthritis series in Finland in 2000. *Scand J Rheumatol.* 2009;38:353-356.
34. Berry J, Crowley T, Horner P, et al. Screening for asymptomatic Chlamydia trachomatis infection in male students by examination of first catch urine. *Genitourin Med.* 1995;71:329-331. [Texto completo](#)
35. Hopkins M, Ashton L, Alloba F, et al. Validation of a laboratory-developed real-time PCR protocol for detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in urine. *Sex Transm Infect.* 2010;86:207-211.

## Imagens

IMAGES



Figura 1: Tomografia computadorizada (TC) mostrando cálculos ureterais esquerdos

Da coleção pessoal do Dr. Kasra Saeb-Parsy



Figura 2: Tomografia computadorizada (TC) mostrando nefrolitíase esquerda (seta branca) com stranding perinéfrico ao redor do rim esquerdo (setas azuis) e pielonefrite

Da coleção pessoal do Dr. Kasra Saeb-Parsy

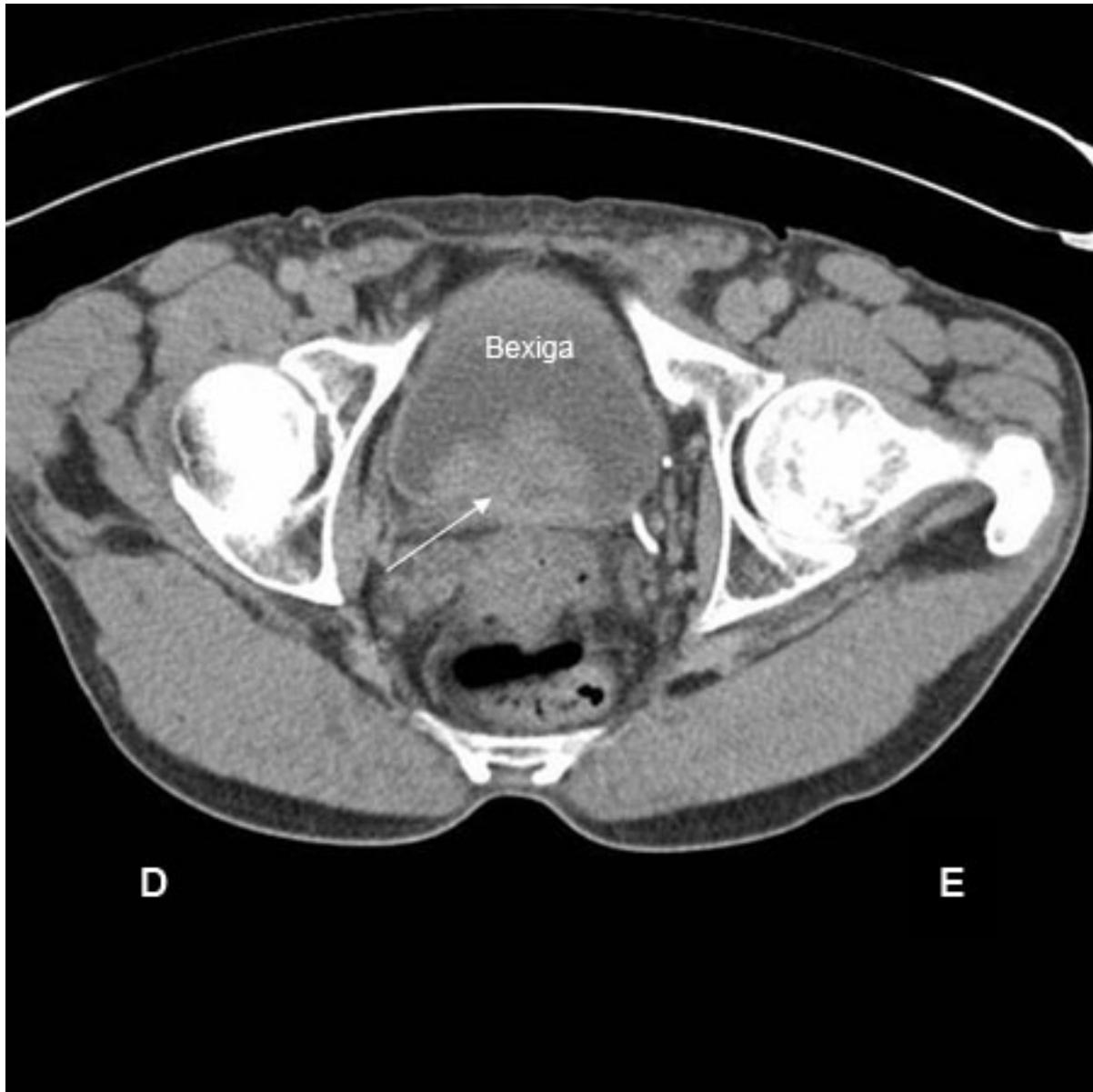


Figura 3: Tomografia computadorizada (TC) mostrando carcinoma de células transicionais da bexiga bloqueando o orifício ureteral direito

Da coleção pessoal do Dr. Kasra Saeb-Parsy

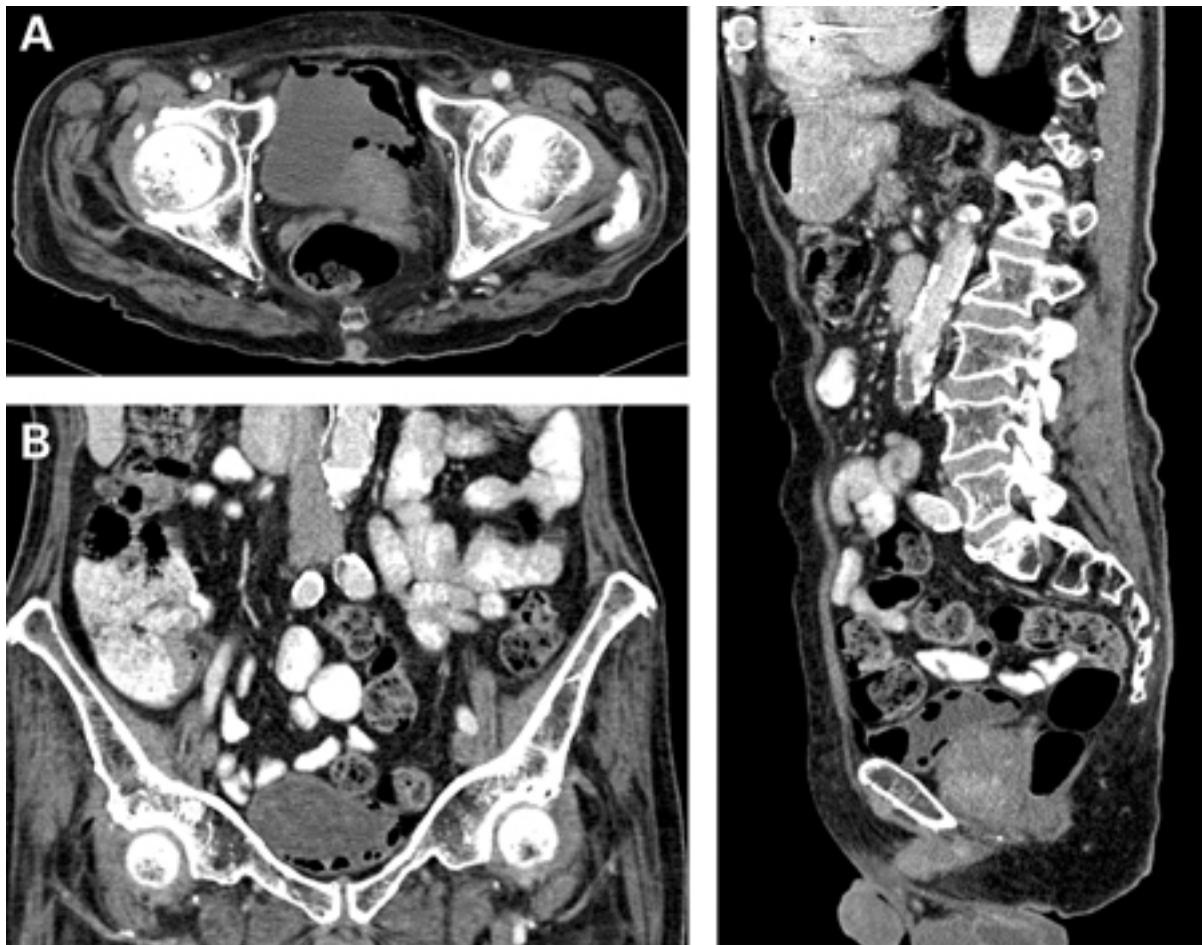


Figura 4: Cistite enfisematoso: (A) corte horizontal de tomografia computadorizada (TC) mostrando enfisema aumentado; (B) corte coronal de TC mostrando enfisema aumentado; (C) corte sagital de TC mostrando enfisema aumentado

Middela S, Green E, Montague R. Emphysematous cystitis: radiological diagnosis of complicated urinary tract infection. BMJ Case Rep. 2009; doi:10.1136/bcr.05.2009.1832. Usado com permissão

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contra-indicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contra-indicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Deve-se verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice		
	Numerais de 5 dígitos	10,000
	Numerais de 4 dígitos	1000
	Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ  
BMA House  
Tavistock Square  
London  
WC1H 9JR  
UK

DISCLAIMER

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 21, 2018.

43

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exoneración de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

## Colaboradores:

---

### // Autores:

#### **Kasra Saeb-Parsy, BSc, MBBS, AFHEA, FRCSEd (Urol)**

Consultant Urologist

Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust, Cambridge, UK, Honorary Lecturer, Anglia Ruskin University, Cambridge, UK

DIVULGAÇÕES: KS-P declares that he has no competing interests.

#### **Elaine Lee, MBBS, MA, FRCS (Urol)**

Post-CCT Specialty Registrar

Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust, Cambridge, UK

DIVULGAÇÕES: EL declares that she has no competing interests.

### // Reconhecimentos:

Kasra Saeb-Parsy and Elaine Lee would like to acknowledge Dr Vincent J. Gnanapragasam, a previous contributor to this topic. VJG declares that he has no competing interests.

### // Colegas revisores:

#### **Robert Pickard, MD, FRCS (Urol)**

Professor of Urology

Institute of Cellular Medicine, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, UK

DIVULGAÇÕES: RP has received funding from the UK NHS (NIHR) to undertake commissioned reviews of treatment for benign prostatic enlargement.

#### **George Martin, MD**

Instructor

Department of Urology, Mayo Clinic, Scottsdale, AZ

DIVULGAÇÕES: GM declares that he has no competing interests.