



XIII CONGRESSO

SOCIEDADE
PORTUGUESA DE **ANDROLOGIA**

▶ **IX REUNIÃO IBÉRICA
DE ANDROLOGIA**

Com a participação da:



22 e 23 | Junho | 2012

Hotel dos Templários, Tomar

PROGRAMA CIENTÍFICO

COMISSÃO ORGANIZADORA

Dr. J. Rocha Mendes Chefe de Serviço de Urologia, Presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia (SPA) • Dr. A. Pepe Cardoso Assistente Graduado de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE • Dr. António Campos Consultor de Urologia, Hospital St. Louis • Dr. Bruno Graça Assistente Hospitalar de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE • Dr. Paulo Vasco Director do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

COMISSÃO CIENTÍFICA

Dr. José Neves Chefe de Serviço de Urologia, Director do Serviço de Urologia do Hospital de Faro • Dr. Juan Martinez-Salamanca Madrid, Espanha • Dr. Manuel Ferreira Coelho Assitente Graduado de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE • Dr. Belmiro Parada Assistente Hospitalar de Urologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, Assistente Convidado da Faculdade de Medicina de Coimbra, Membro da Direcção da Sociedade Portuguesa de Andrologia

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES

Dr. António Campos Consultor de Urologia, Hospital St. Louis • Dr. Fortunato Barros Assistente Hospitalar de Urologia, Hospital de S. José, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE • Dr. António Patrício Assistente Hospitalar de Urologia, Hospital Infante D. Pedro, Aveiro • Dr. Ricardo Ramires Director do Serviço de Urologia do Hospital de Guimarães, Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE • Dr. Bruno Graça Assistente Hospitalar de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE • Dr. Ferdinando Pereira Assistente Graduado de Urologia, Consultor de Urologia, Hospital Central do Funchal

PALESTRANTES

Prof. Doutor A. Galvão-Teles Professor Jubilado de Endocrinologia da FML, Presidente do Observatório de Obesidade e do Controlo do Peso (ONOCOP), Presidente do Núcleo de Endocrinologia, Diabetes e Obesidade (NEDO), Coordenador do Centro de Endocrinologia do Hospital da CUF • Dr. A. Pepe Cardoso Assistente Graduado de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE • Profª Doutora Ana Carvalho Psicóloga, Professora no ISPA (Instituto Superior de Psicologia Aplicada) • Dra. Ana Puigvert Psicóloga, Presidente da Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva (ASESA), Barcelona, Espanha • Dr. António Campos Consultor de Urologia, Hospital St. Louis • Dr. António Patrício Assistente Hospitalar de Urologia, Hospital Infante D. Pedro, Aveiro • Dr. António Reiquixa Chefe de Serviço de Urologia, Hospitais da Universidade de Coimbra • Dr. Artur Palmas Assistente Hospitalar de Urologia, Força Aérea Portuguesa • Dr. Belmiro Parada Assistente Hospitalar de Urologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, Assistente Convidado da Faculdade de Medicina de Coimbra, Membro da Direcção da Sociedade Portuguesa de Andrologia • Dr. Bruno Graça Assistente Hospitalar de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE • Dr. César Rojas Espanha • Dr. Daniel Castro Interno de Medicina Geral e Familiar do Centro de Saúde de Tomar • Dr. Eduard Ruiz Castañé Espanha • Dr. Ferdinando Pereira Assistente Graduado de Urologia, Consultor de Urologia, Hospital Central do Funchal • Profª Doutora Fátima Serrano Assistente Graduada de Ginecologia e Obstetria, Maternidade Dr. Alfredo da Costa • Dr. Fortunato Barros Assistente Hospitalar Graduado de Urologia, Consultor de Urologia, Hospital de S. José, Centro Hospitalar Lisboa Central EPE • Dr. Francisco Rolo Chefe de Serviço de Urologia, Hospitais da Universidade de Coimbra • Prof. Doutor J. La Fuente de Carvalho Chefe de Serviço de Urologia, Hospital de Santo António • Dr. J. Rocha Mendes Chefe de Serviço de Urologia, Presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia (SPA) • Prof. Doutor Javier Angulo Madrid, Espanha • Dr. João C. Dias Assistente Hospitalar Graduado de Urologia, Consultor de Urologia, Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE • Dr. Joaquim Lindoro Director do Serviço de Urologia, Hospital Padre Américo, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa • Dr. Joaquim Sarquella Espanha • Dr. José Cadima Especialista em Medicina Geral e Familiar, Centro de Saúde de Porto de Mós • Dr. Jose Luís Arrondo Urologista, Pamplona, Espanha • Dr. Juan Martinez-Salamanca Madrid, Espanha • Dr. Juan Monteverde Assistente Hospitalar de Urologia, Centro Hospitalar do Médio Tejo • Dr. Luís Ferraz Director do Serviço de Urologia, Centro Hospitalar de Gaia • Dr. Manuel Ferreira Coelho Assitente Graduado de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE • Prof. Doutor Miguel Castelo-Branco Professor de Biofísica/Biomatemática da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e Director do ICNAS (Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde) e do IBILI (Instituto Biomédico para a Investigação da Luz e Imagem) • Dr. Natalio Cruz Sevilha, Espanha • Dr. Nuno Louro Assistente Hospitalar de Urologia, Hospital de Santo António • Prof. Doutor Nuno Monteiro Pereira Urologista, Director da Clínica de S. João de Deus e de Clínica do Homem e da Mulher, Prof. Auxiliar da Universidade Lusófona • Dr. Pedro Soares Silva Director Clínico do Centro de Saúde de Arcos de Valdevez • Prof. Doutor Pedro Vendeira Médico Especialista de Urologia; Coordenador do Núcleo de Urologia da Saúde Atlântica, Clínica do Dragão, Porto; Editor-Chefe do Website da Sociedade Europeia de Medicina Sexual • Prof. Doutor Peter Hanenberg Professor Associado da Faculdade de Ciências Humanas da UCP em Lisboa, Coordenador da Área Científica de Estudos de Cultura e Coordenador da Linha de Investigação *Translating Europe Across the Ages* no Centro de Estudos de Comunicação e Cultura (CECC, UCP, Lisboa) • Dr. Rafael Prieto Urologista, Vice-Presidente da Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva (ASESA), Córdoba, Espanha • Dr. Ricardo Ramires Director do Serviço de Urologia do Hospital de Guimarães, Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE • Dra. Sofia Ribeiro Interna do Ano Comum no Centro Hospitalar Lisboa Central • Dr. Santinho Martins Endocrinologista • Enª Teresa Gomes Enfermeira com Especialidade em Saúde Materna e Obstétrica, ACES Braga

CURSOS PRÉ-CONGRESSO 21 DE JUNHO . QUINTA-FEIRA

13:30h Abertura do Secretariado

14:30h-18:00h BASES DA SEXOLOGIA CLÍNICA

Coordenadora: Profª Doutora Ana Carvalho

Docentes: Profª Doutora Ana Carvalho e Prof. Doutor Nuno Monteiro Pereira

17:30h Workshop no Hospital de Tomar, setor de exames especiais, piso 2 UTILIZAÇÃO DO ECO-DOPPLER EM ANDROLOGIA

Workshop prático

Orientador: Dr. Manuel Ferreira Coelho

Docentes: Dr. Manuel Ferreira Coelho, Dr. Juan Monteverde, Dr. João C. Dias e Dr. Artur Palmas

PROGRAMA CIENTÍFICO 22 DE JUNHO . SEXTA-FEIRA

08:00h Abertura do Secretariado

09:00h-10:00h SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS

Moderadores: Dr. Ricardo Ramires, Dr. Bruno Graça e Dr. Ferdinando Pereira

10:00h-10:30h SESSÃO DE ABERTURA

ENTREGA DO PRÉMIO “DR. SOUSA SAMPAIO / MÉRITO EM ANDROLOGIA 2012 (SPA)”

10:30h-11:00h Coffee-break

11:00h-11:30h CONFERÊNCIA

“OS 120 ANOS DO DESPERTAR DA PRIMAVERA FRANK WEDEKIND, A SEXUALIDADE E A FÉ”

Presidente: Dr. J. Rocha Mendes

Palestrante: Prof. Doutor Peter Hanenberg

11:30h-13:00h MESA-REDONDA

VIDA SEXUAL DO CASAL: QUE PROBLEMAS?

Moderadores: Prof. Doutor Nuno Monteiro Pereira e Profª Doutora Ana Carvalho

• Diminuição do desejo: Ele e Ela
Profª Doutora Ana Carvalho

• Tratamento com testosterona no homem e na mulher: Quando?
Prof. Doutor A. Galvão-Teles

• Causas orgânicas de disfunção:
• No Masculino
Dr. Belmiro Parada

• No Feminino
Profª Doutora Fátima Serrano

13:00h-14:30h Almoço

14:30h-16:00h PAINEL

SAÚDE SEXUAL E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: ESTRATÉGIAS

Comentadores: Dr. A. Pepe Cardoso e Dr. Pedro Soares Silva

Palestrantes: Dra. Sofia Ribeiro, Dr. José Cadima, Enfª Teresa Gomes e Dr. Daniel Castro

16:00h-17:00h SESSÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS

Moderadores: Dr. Ricardo Ramires, Dr. Bruno Graça e Dr. Ferdinando Pereira

17:00h Encerramento dos trabalhos do 1º Dia

20:30h **Jantar Oficial do Congresso**

PROGRAMA CIENTÍFICO 23 DE JUNHO . SÁBADO

08:00h Abertura do Secretariado

09:00h-10:30h MESA-REDONDA

ESTUDOS FUNCIONAIS E TÉCNICAS DE IMAGEM EM ANDROLOGIA

Moderadores: Dr. Francisco Rolo e Dr. João C. Dias

- Exames Funcionais dos Genitais
Prof. Doutor Nuno Monteiro Pereira
- Eco-Doppler
Dr. Nuno Louro
- Ressonância magnética funcional
Prof. Doutor Miguel Castelo-Branco

10:30h-11:00h Coffee-break

11:00h-12:00h SIMPÓSIO SATÉLITE

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL. PRÓTESIS DE PENE

- *Prótesis de pene: Diferentes prótesis, diferentes técnicas quirúrgicas*
Dr. Joaquim Sarquella
- *La infección, el gran enemigo!! Estrategias para evitarla*
Dr. Eduard Ruiz Castañé
- *Huston, tenemos un problema...*
Dr. César Rojas
- *Todo lo que Usted queria saber y no se atrevia a preguntar.*
Encuentro con los expertos
Dr. Joaquim Sarquella, Dr. César Rojas e Dr. Eduard Ruiz Castañé

PORGÉS
Coloplast division

12:00h-13:00h SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DE POSTERS SELECCIONADOS

Moderadores: Dr. António Campos, Dr. Fortunato Barros e Dr. António Patrício

13:00h-14:30h Almoço

IX REUNIÃO IBÉRICA DE ANDROLOGIA

Com a participação da:

ASESA
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ANDROLOGÍA,
MEDICINA SEXUAL Y REPRODUCTIVA

23 DE JUNHO . SÁBADO

14:30h-14:45h IX REUNIÃO IBÉRICA
SESSÃO DE ABERTURA

14:45h-16:15h PAINEL

CINCO PERGUNTAS SOBRE DISFUNÇÕES SEXUAIS

Comentadores: Dr. Joaquim Lindoro e Dr. Rafael Prieto

Palestrantes: Dr. Santinho Martins, Dra. Ana Puigvert, Dr. António Requiça e Dr. Natalio Cruz

16:15h-16:45h Coffee-break

16:45h-18:30h MESA-REDONDA

AVANÇOS EM ANDROLOGIA

Moderadores: Dr. Natalio Cruz e Prof. Doutor Pedro Vendeira

Avanços na infertilidade

Dr. Luís Ferraz

Terapia celular em medicina sexual

Dr. Juan Martinez-Salamanca

Novas estratégias terapêuticas

Prof. Doutor Javier Angulo

A disfunção erétil na diabetes

Prof. Doutor J. La Fuente de Carvalho

18:30h-19:00h CONFERÊNCIA

EL VINO, LA SALUD, EL AMOR Y EL SEXO

Presidente: Prof. Doutor A. Galvão-Teles

Palestrante: Dr. Jose Luís Arrondo

19:00h-19:30h ENCERRAMENTO DO CONGRESSO E ENTREGA DOS PRÉMIOS:
MELHOR COMUNICAÇÃO ORAL E MELHOR POSTER

RESUMOS DE COMUNICAÇÕES ORAIS E POSTERS



COMUNICAÇÕES ORAIS

22 Junho | Sexta-feira | 09:00h às 10:00h
Sala Plenária

CO 1

BIÓPSIAS TESTICULARES NO CONTEXTO DA INFERTILIDADE: RESULTADOS DE UM CENTRO

Lilian Campos, Belmiro Parada, Edgar Tavares da Silva, Pedro Eufrásio, Alfredo Mota
Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE.

Introdução: O desenvolvimento da injeção intra-citoplasmática de espermatozoides (ICS) revolucionou o tratamento de formas graves de infertilidade de factor masculino. A possibilidade de obter uma gravidez com apenas um espermatozoide transformou a biópsia testicular (TESE) num procedimento não só diagnóstico, como terapêutico.

Objectivos: Apresentar os nossos resultados de biópsias testiculares realizadas no contexto da Consulta de Infertilidade Masculina.

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo das biópsias testiculares realizadas no nosso Centro entre Fevereiro de 2004 e Janeiro de 2012. Foram todas feitas sob anestesia local, pelo mesmo urologista ou com a sua supervisão. Foi enviada uma amostra de cada paciente para estudo histológico e foram considerados os seguintes diagnósticos: hipospermatogénese (HS), bloqueio maturativo (MA), Síndrome sertolli-cell-only (SCOS) e hialinização tubular (TH).

Na análise estatística usou-se o SPSS (versão 20).

Resultados: Realizaram-se 137 biópsias testiculares no período de 8 anos, com obtenção de espermatozoides em 53.3% dos casos. O número médio de biópsias por paciente foi de 4.73, sendo superior nos casos em que não se encontrou espermatozoides (5.95 para 3.68; $p < 0.001$). O valor médio de FSH foi de 15,23mUI/mL, sendo superior nos doentes em que não se obteve espermatozoides na TESE ($p = 0.001$). A identificação de espermatozoides foi superior no grupo de HS (67.9% para 33.3% no MB e TH e 16.2% no SCOS; $p < 0.001$). Não se registaram complicações cirúrgicas.

Discussão e Conclusões: A TESE é um método seguro e eficaz na obtenção de espermatozoides, mesmo nos casos de azoospermia não obstrutiva. A obtenção de espermatozoides na TESE está correlacionada com os níveis séricos de FSH e com os achados histológicos.

CO 2

AValiação DO STRESS OXIDATIVO EM DOENTES DIABÉTICOS COM DISFUNÇÃO ERÉCTIL

Almeida, Fábio*; Almeida, Mónica**; Louro, Nuno*; La Fuente, José*; Ribeiro, Severino*; Fraga, Avelino*

*Serviço de Urologia, Hospital de Santo António, CHP

**Escola Superior de Tecnologias de Saúde do Porto, Instituto Politécnico do Porto

Introdução: A diabetes provoca um conjunto de modificações fisiológicas que afectam a capacidade eréctil do pénis como a síntese de androgéneos, a neuropatia autonómica, motora e sensitiva perifé-

cas, aumento da contractilidade do músculo liso trabecular, lesão na função do endotélio, além da componente psicológica (depressão). Cada um destes componentes isolados, ou em simultâneo, podem ser causa da disfunção eréctil e/ou perturbação da sexualidade no doente diabético. A hiperglicémia prolongada leva à produção diminuída dos níveis de NO, bem como aumento na formação de radicais livres de oxigénio. A hiperglicémia origina a nível do pénis alterações hemodinâmicas locais e diminuição do relaxamento dependente do endotélio pela via do NO/GMPC.

OBJECTIVO: Avaliação do stress oxidativo na disfunção eréctil, em amostras de soro humano.

Material e Métodos: Foram seleccionados 60 doentes (34 diabéticos tipo 2 e 26 não-diabéticos) seguidos, por disfunção eréctil, em consulta de Medicina Sexual do CHP. Efectuou-se uma avaliação clínica e doseamento sérico de HbA1c, perfil lipídico e testosterona. Determinaram-se os níveis séricos de GSH/GSSG mediante cromatografia líquida de alta performance.

Resultados: A média de idade foi de 59 anos. A duração média da diabetes foi de 10 anos. A duração média da disfunção eréctil foi de 4 (diabéticos) e de 2 anos (não diabéticos). A média do perímetro abdominal foi de 99 nos doentes diabéticos e de 84 cm nos não-diabéticos. A pontuação média do IIEF foi de 8 (diabéticos) e de 10 pontos (não diabéticos). 67% dos doentes diabéticos e 38% dos não diabéticos fizeram tratamento com iPDE-5. A taxa de sucesso com o tratamento foi de 50% para os doentes diabéticos e de 54% para os não-diabéticos. A média do ratio GSH/GSSG foi de 3 para os doentes não-diabéticos e de 1.5 para os diabéticos. No sub-grupo de doentes diabéticos tratados com iPDE-5 sem sucesso o ratio GSH/GSSG foi de 1.1.

Conclusões: Os doentes diabéticos apresentam uma diminuição generalizada do ratio GSH/GSSG. Verificou-se que para maiores níveis de hiperglicémia prolongada existe uma franca diminuição do ratio GSH/GSSG, assim como no sub-grupo de doentes diabéticos com má resposta ao tratamento com iPDE-5. A medição do ratio GSH/GSSG poderá ser um indicador da eficácia do tratamento com iPDE-5. A determinação sérica de GSH/GSSG pelo método utilizado apresenta baixos custos e fácil reprodutibilidade. Estudos prospectivos com maiores amostras são necessários para corroborar estes resultados.

CO 3

AValiação DA DISFUNÇÃO SEXUAL NO ALCOÓLICO

Joana Ribeiro

Estudante da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A relação entre o alcoolismo crónico e a disfunção sexual masculina permanece incerta. Apesar de largamente referenciado como um depressor da função sexual, a experiência clínica coloca dúvidas e abre portas a uma nova questão que se prende com a possibilidade de o álcool ter um efeito benéfico a nível do desempenho sexual.

Objetivo: O principal objetivo deste estudo é avaliar a associação entre a disfunção sexual e o alcoolismo crónico.

Metodologia: Cinquenta e oito alcoólicos crónicos e um grupo controlo de trinta e oito indivíduos não alcoólicos foram seleccionados, de forma voluntária e segundo determinados critérios, para um estudo caso-controlo. O método de recolha de informação implementado foi um inquérito, aplicado em entrevista presencial e individual.

Resultados: Diferenças significativas foram obtidas entre o grupo

de alcoólicos e o grupo controlo, verificando-se uma diminuição do desempenho sexual nos alcoólicos. Encontraram-se diferenças nos seguintes parâmetros utilizados na avaliação da disfunção sexual: a frequência e o nível de desejo sexual, a obtenção de uma ereção durante a atividade sexual, o nível de prazer sexual, a dificuldade em atingir um orgasmo, satisfação após o ato sexual, relacionamento com a parceira, o nível de satisfação perante a sua vida sexual global e o nível de auto-confiança na atividade sexual.

Conclusões: Concluiu-se que existe uma associação entre a disfunção sexual e o alcoolismo Crónico.

Palavras-Chave: Alcoolismo crónico, Disfunção sexual, Qualidade de vida, Afectividade, Família, Problemas sociais.

CO 4

VALE A PENA TENTAR A COLHEITA DE ESPERMATOZÓIDES EM DOENTES AZOOSPÉRMICOS POR SÍNDROME DE KLINFELTER?

Rui Amorim, Luis Ferraz, Paulo Espiridião, Jorge Dias, Rui Freitas, Vitor Oliveira Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: Os doentes inférteis por SK, geralmente, são azoospérmicos. Nesta situação a maioria dos centros de procriação assistida orienta estes casais para técnicas da reprodução com recurso a espermatozoides de doador ou então sugere a adopção. No nosso Centro, para aqueles casais que aceitam espermatozoides de doador, optamos por realizar uma TESE/ICSI no dia da punção oocitária e constatamos uma taxa de sucesso em cerca de 50% dos doentes.

Material e Métodos: No período de 2002 a 2011 realizamos 35 biópsias testiculares abertas a doentes azoospérmicos com o diagnóstico de S.K. puro. Todas as biópsias foram feitas com anestesia local (5-7ml ropivacaína a 7,5% infiltradas no cordão) e na unidade da medicina da reprodução para permitir uma observação imediata. Todos estes doentes tinham testículos de volume variável mas todos com menos 6-8 ml (atróficos) e por isso a biópsia testicular foi realizada só num testículo para se preservar ao máximo a função hormonal. O número de fragmentos retirado variou de 3 a 8 dependendo do resultado imediato da observação do embriologista. Os doentes tinham entre 25-38 anos, FSH e LH sempre elevadas e em 24 casos os valores da Testosterona eram baixos enquanto que nos 11 restantes os valores eram normais.

Resultados: Todas as biópsias decorreram bem não havendo queixas dolorosas no imediato nem complicações tardias. Dos 35 doentes biopsados foi possível encontrar espermatozoides em 17 casos, alguns deles após várias horas de pesquisa. A positividade da colheita foi independente da idade, dos valores hormonais, e do volume do testículo. A ICSI, realizada com estes espermatozoides, permitiu uma taxa de gravidez de 35%. Os cariótipos realizados aos recém-nascidos não revelaram anomalias cromossómicas.

Conclusão: Os doentes com SK que consultam por infertilidade devem ser motivados a realizar uma biópsia testicular e tentar serem pais biológicos. A biópsia deverá ser feita em ciclo pois, em alguns casos, a má qualidade no material não permite congelação. Não se encontrou qualquer factor prognóstico para a positividade da colheita, nem mesmo o factor idade. O factor mais importante foi uma cuidada observação do embriologista pois em mais de metade dos casos os espermatozoides só foram encontrados após longa pesquisa. Os cariótipos normais confirmam publicações anteriores e afastam o receio que estes doentes não têm condições para técnicas de reprodução.

CO 5

ALTERAÇÃO DA ACTIVIDADE RELAXANTE DOS RECEPTORES P2Y NO TECIDO CAVERNOSO EM DOENTES COM DISFUNÇÃO ERÉCTIL VASCULOGÉNICA

La Fuente de Carvalho, JM¹, Miguel Faria² e Paulo Correia de Sá²

¹Serviço de Urologia, CHP - HGSA, Porto

²Laboratório de Farmacologia e Neurobiologia, UIMB / ICBAS, Universidade do Porto

Introdução: O ATP é o mediador responsável pela transmissão não-adrenérgica não-colinérgica em vários territórios vasculares. O efeito relaxante do ATP sobre a musculatura lisa peniana pode resultar directamente da activação de receptores P2, ou indirectamente da activação de receptores P1 após a sua hidrólise extracelular em adenosina pelas ecto-NTPases (Faria et al., 2006, JPET 319, 405-413).

Objectivos: A caracterização farmacológica dos receptores P2 responsáveis pelo relaxamento do tecido cavernoso humano (TCH) pode permitir o desenvolvimento de novos alvos para o tratamento da disfunção eréctil vasculogénica (DEV).

Material e Métodos: As experiências foram realizadas in vitro com tiras de TCH obtidas a partir de doadores de órgãos (controlo) e de doentes com disfunção eréctil vasculogénica (DEV) implantados com próteses penianas. As preparações foram pré-contraindadas com 1 µM de fenilefrina. O trabalho foi aprovado pelas Comissões de Ética do CHP-HGSA e do ICBAS/UP.

Resultados: A potência dos agonistas P2 responsáveis pelo relaxamento do TCH nos indivíduos controlo foi o seguinte: ADPS ~ ADP+ADA > ATPS ~ ATP+ADA >> , -MeATP.

Em doentes com DEV, o relaxamento produzido pelos nucleótidos de adenina e pelos seus análogos estáveis foi menor que no grupo controlo. No grupo controlo, o antagonista ivo P2Y12, MRS2395, deslocou para a direita a curva de concentração-resposta do ADP, enquanto os antagonistas P2Y1 (com MRS2179) e P2Y13 (com MRS 2211) não alteraram significativamente o efeito do nucleótido. Já nos doentes com DEV, os efeitos relaxantes do ADP e do seu análogo estável, ADPS, foram atenuados na presença dos antagonistas ivos P2Y1, P2Y12, e P2Y13.

Discussão e conclusão: O relaxamento do TCH é mediado preferencialmente por receptores P2Y12 sensíveis ao ADP nos indivíduos controlo. O TCH dos doentes com DEV é parcialmente resistente ao relaxamento pelas purinas, mesmo tendo em consideração o aumento compensatório verificado na actividade dos receptores dos subtipos P2Y1 e P2Y13.

CO 6

DADOR VIVO VS DADOR CADAVER: FUNÇÃO SEXUAL FEMININA E DEPRESSÃO

Frederico Branco, Vitor Cavadas, Luis Osório, Isaac Braga, Mario Gomes, Avelino Fraga

Serviço de Urologia HGSA, Centro Hospitalar do Porto

Introdução: Distúrbios na função sexual são uma característica comum em mulheres com insuficiência renal crónica. Perda de libido e incapacidade de atingir o orgasmo são comuns e podem contribuir para a depressão e para a redução da atividade sexual em mulheres. O transplante renal com doador vivo evita o problema da escassez de órgãos e permite melhores resultados em comparação ao seu homólogo de doador cadáver em variados aspectos importantes, con-

tudo a disfunção sexual continua a ser um assunto pouco estudado.

Objectivo: Determinar e comparar a função sexual em mulheres transplantadas de doador vivo e doador cadáver.

Métodos: A partir de uma base de dados prospectiva monocentrica de 2016 transplantes renais foram recrutadas aleatoriamente 26 mulheres sexualmente ativas após o transplante renal (10 a partir de doador cadáver e 16 de doador vivo) entre junho de 2010 e junho de 2011. Os dados epidemiológicos e clínicos foram coletados. A função sexual feminina foi avaliada através do FSFI e a depressão foi avaliada através de um Inventário de Depressão de Beck (BDI) Mann-Whitney e qui-quadrado foram usados para comparações estatísticas de variáveis contínuas e categóricas, respectivamente; rho de Spearman foi usado para calcular correlação entre FSFI e BDI.

Resultados: A idade média das transplantadas com doadores vivos e cadáveres foi de 38,5 e 51,5 anos, respectivamente (p<0,001). O tempo mediano de acompanhamento depois do transplante de doador vivo e cadavérico foi de 62 e 84,5 meses, respectivamente (p=0,13). A duração mediana da DRT foi 30,5 e 44,5 (p=0,28) meses para o grupo de transplantadas de doadores vivos e cadáveres, respectivamente. O tempo mediano após o transplante renal para a primeira relação sexual foi de 2 meses para ambos os grupos. O índice de massa corporal médio foi de 25,8 e 24,8 (p=0,87) para enxertos de doador vivo e cadáver, respectivamente. Existe uma correlação favorável entre o total do questionário de BDI e a pontuação total do FSFI (Spearman=-0,80,p<0,001). Os domínios de satisfação sexual e desejo foram significativamente melhores nos receptores de doador vivo; em todos os outros domínios avaliados pelo FSFI não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, apesar de os receptores de doador vivo terem tendencialmente melhor função (tabela 2).

Conclusões: Na nossa casuística, as mulheres receptoras de enxerto de doadores vivo tendem a apresentar melhor função sexual do que aqueles que receberam órgãos de doador cadáver. Diferenças estatisticamente significativas apenas nos domínios da satisfação e desejo. A pontuação BDI correlacionou-se favoravelmente com a pontuação FSFI. Estudos com amostras maiores são necessários para esclarecer esta questão.

TABELA 2- DOMÍNIOS DA FUNÇÃO SEXUAL E QUESTIONÁRIO BDI

Domínios da Função Sexual	Dador vivo		Dador Cadaver		p value (Mann-Whitney test)
	Mediana	IQR	Mediana	IQR	
Total score	25.9	(18.6-30.3)	15.6	(7.8-22.7)	0.08
Desejo	3.3	(2.4-3.9)	1.5	(1.2-3)	0.02
Excitação	3.6	(2.4-4.5)	2.4	(1.2-3.9)	0.23
Lubrificação	3.9	(2.3-5.4)	2.7	(1.2-3.9)	0.27
Orgasmo	4.6	(1.4-5.2)	2.2	(1.2-4)	0.25
Satisfação	5.4	(4-5.6)	3.4	(1.2-4.8)	0.048
Dor	6	(3.2-6)	2.8	(1.6-6)	0.20
BDI total score	4	(2.5-8.5)	11	(6-14)	0.035

TABELA 1- DADOS CLÍNICOS

	Dador vivo		Dador cadaver		p value (Chi-square)
	N	%	N	%	
Nº de doentes	16	100	10	100	
Cesariana/ partos	3	18.7	3	30	0.85
Diabetes Mellitus	1	6.3	1	10	0.69
Hipertensão	12	75	9	90	0.67
Menopausa	2	12.5	5	50	0.10
Fumadores	4	25	0	0	0.25
Medicação					
Beta-bloqueantes	8	50	2	20	0.26
IECAs	4	25	1	10	0.67
Bloqueadores dos canais de cálcio	3	18.7	7	70	0.03
Anti-depressivos	2	12.5	5	50	0.10
ARA	8	50	6	60	0.93
Prednisolona	14	87.5	6	60	0.25
Ciclosporina	2	12.5	4	40	0.25
Tacrolimus	14	87.5	6	60	0.25
Micofenolate de mofetil	16	100	8	80	0.27
Sirolimus	0	0	1	10	0.81

IECA- inibidor da enzima conversora da angiotensina; ARA- antagonistas dos receptores da angiotensina.

COMUNICAÇÕES ORAIS

22 Junho | Sexta-feira | 16:00h às 17:00h
Sala Plenária

CO 7

AValiação DE FUNÇÃO SEXUAL MASCULINA EM TRANSPLANTADOS RENais DE DADOR VIVO VS CADÁVER

Frederico Branco, Vitor Cavadas, Isaac Braga, Luis Osório, Nuno Louro, Lafuente Carvalho, Avelino Fraga
Serviço de Urologia HGSA- Centro Hospitalar do Porto

Introdução: 50% dos homens com doença renal terminal (DRT) e uremia apresentam disfunção erétil (ED). O transplante renal de dador vivo minimiza a lesão isquémica e requer menor grau de imunossupressão proporcionando melhores resultados a longo prazo do enxerto, o que poderá constituir uma importante vantagem importante na vida sexual futura dos receptores

Objetivos: Avaliar e comparar a função sexual de doentes transplantados de dador de vivo VS dador cadáver.

Material e Métodos: 76 transplantados renais do sexo masculino, sexualmente ativos (44 e 26 de vivo e cadáver, respectivamente) foram selecionados aleatoriamente de uma base de dados prospectiva monocentrica de 2016 transplantes renais. Os dados epidemiológicos e clínicos foram coletados entre junho de 2010 e junho de 2011. A função sexual masculina foi avaliada com o IIEF-15. Mann-Whitney e qui-quadrado foram usados para comparações estatísticas de variáveis contínuas e categóricas, respectivamente.

Resultados: A idade média no momento do preenchimento dos questionários foi de 43 e 51 anos para os transplantados de dador vivo e cadáver, respectivamente ($p=0,02$). O tempo médio após o transplante foi de 36 e 43,5 meses para os transplantados de dador vivo e cadavérico, respectivamente ($p=0,09$). A duração média do ESRD antes da cirurgia foi 17,5 e 60,5 meses para os receptores de dador vivo e cadavérico, respectivamente ($p < 0,001$). O tempo médio após o transplante renal para a primeira relação sexual foi de 1 e 2 meses para os transplantados de dador vivo e cadáver, respectivamente ($p=0,12$). Índice de massa corporal médio para os receptores vivos e de cadáveres doadores foi de 24,8 e 24, respectivamente ($p=0,31$). No que diz respeito aos domínios da função sexual avaliados, existem diferenças estatisticamente significativas entre os receptores de dador vivo e cadáver somente para a satisfação sexual e função orgásmica.

Tabela 1- Dados clínicos.

Conclusão: Na nossa casuística, os receptores de dador vivo tendem a ser mais jovens e têm menor tempo de doença renal terminal. No entanto, diferenças significativas foram apenas observadas no domínio da satisfação sexual e função orgásmica. O transplante de doadores vivo poderá ter um impacto favorável sobre a função sexual, mas estudos com amostras maiores são necessários.

TABELA 1- DADOS CLÍNICOS

	Dador vivo		Dador cadáver		<i>p value</i> (<i>Chi-square</i>)
	N	%	N	%	
Diabetes Mellitus	1	2	4	15	0.11
Hipertensão	12	27	23	88	<0.001
Dislipidemia	31	70	17	65	0.87
Fumadose	17	39	3	12	0.03
Medicação					
Beta-bloqueantes	14	32	10	38	0.80
IECA	12	27	6	23	0.93
Bloqueadores dos Canais de Cálcio	14	32	9	35	1
Anti-depressivos	7	16	1	4	0.26
ARA	26	59	18	69	0.56
Nitratos	0	0	1	4	0.75
iPDE-5	9	20	2	8	0.32
Prednisolona	36	82	22	85	0.99
Ciclosporina	10	23	6	23	0.77
Tacrolimus	31	70	18	69	0.86
Micofenolato mofetil	16	36	25	96	<0.001
Sirolimus	3	7	1	4	0.99

IECA- inibidores da enzima conversora da angiotensina; ARA- antagonista dos receptores da angiotensina; iPDE-5- inibidores da fosfodiesterase tipo 5.

TABELA 2- SCORES DOS DOMÍNIOS DA FUNÇÃO SEXUAL DE ACORDO COM O IIEF 15

Domínios Função Sexual	Dador vivo		Dador cadáver		<i>p value</i> (Mann-Whitney test)
	Mediana	IQR	Mediana	IQR	
Função erétil	27	(20-29)	24	(11-28)	0.11
Satisfação durante a RS	11	(8.5-13)	9	(7-10)	0.037
Função orgásmica	10	(8-10)	9	(6-10)	0.034
Desejo sexual	8	(7-9.5)	8	(6-9)	0.44
Satisfação global	8	(7-9.5)	8	(6-10)	0.71

CO 8

REVISITAR A VASETOMIA BILATERAL COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO - A PROPÓSITO DE UMA CAMPANHA DE DIVULGAÇÃO

João Carlos Dias, Juan Carlos Monteverde, Paulo Vasco
Serviço de Urologia, Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.

Introdução: A vasectomia bilateral constitui um método anticoncepcivo, em que intervém o elemento masculino. Embora com uma incidência de grande expressão nos Estados Unidos da América e nalguns países europeus, pratica-se muito pouco em Portugal, com uma estimativa de menos de 500 por ano (Sociedade Portuguesa de Andrologia, 2000). Entre os fatores implicados para este fato, destacam-se a pequena tradição do homem participar no planeamento familiar do casal devido à mentalidade de que esse é um papel da mulher, o receio de perder a virilidade, a falta de informação das instituições de saúde competentes, e a difícil acessibilidade aos cuidados de saúde quando se pretende praticar este método. Da constatação destes aspetos, quer diretamente quer através da literatura, o serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., decidiu realizar uma campanha dirigida sobretudo aos profissionais de saúde de toda a região (médicos e enfermeiros), com especial incidência nos médicos de Medicina Geral e Familiar, no sentido de transmissão de informação aos seus utentes, por forma a estimular a prática deste método anticoncepcivo, que preenche os requisitos para os quais tende a Medicina moderna, uma vez que é de grande eficácia, seguro, económico, constituindo uma ato cirúrgico minimamente invasivo praticado com anestesia local, ideal para cirurgia ambulatória.

Material e Métodos: Em Abril deste ano, fizeram-se sessões de esclarecimento dirigidas aos profissionais de saúde da região do Médio Tejo, duas delas inseridas em jornadas do serviço de Urologia e em jornadas do serviço de Ginecologia / Obstetria, ambas com grande impacto pelo seu prestígio e nível de participação. Paralelamente, houve uma sessão de esclarecimento específica junto dos responsáveis por todos os Centros de Saúde da região, com distribuição de brochuras desdobráveis e divulgação de linhas de correio electrónico e de telefone direcionadas para o efeito, de forma a facilitar o acesso ao serviço de Urologia.

Objetivos e Resultados: O objetivo principal é estimular a prática da vasectomia pelos casais que pretendam um método prático, eficaz e seguro. Como objetivos secundários, tornar mais económico o Planeamento Familiar, e dinamizar a cirurgia andrológica ambulatória. Como resultados imediatos, constatou-se um grande interesse manifestado pelos destinatários alvo desta campanha, havendo já inúmeras solicitações, pelos canais que foram criados.

Conclusões: A vasectomia bilateral constitui um método anticoncepcivo simples, eficaz, seguro e económico. Em Portugal, a sua prática está limitada por preconceitos estereotipados masculinos e pela falta de informação na população em geral e na população alvo de Planeamento Familiar. Através de campanhas de divulgação do método, é possível reverter esta situação, e incentivar a prática do que vai de encontro aos objetivos da Medicina contemporânea e moderna: atos minimamente invasivos, económicos e em regime ambulatório.

CO 9

VALIDAÇÃO DE UMA VERSÃO PORTUGUESA DO ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉCTIL-5 (IIEF-5)

Pedro Santos Pechorro^a, Ana Martins Calvino^b, Nuno Monteiro Pereira^a e Rui Xavier Vieira^a

^a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ^b Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Objetivos: A presente investigação teve como objectivo proceder à validação de uma versão portuguesa do Índice Internacional de Função Erétil-5 (IIEF-5), instrumento breve que avalia a função erétil em homens.

Métodos: Recorreu-se a 1.417 participantes do sexo masculino subdivididos em três amostras ($n = 1.250$, $n = 137$ e $n = 30$), aos quais preencheram o questionário com a tradução para português do IIEF-5.

Resultados: foram demonstradas propriedades psicométricas nomeadamente a nível de validade factorial, consistência interna, estabilidade temporal, validade discriminante e validade divergente; o ponto de corte encontrado, todavia, foi mais baixo que o do IIEF-5 original.

Discussão: As boas propriedades psicométricas encontradas permitem recomendar o uso do IIEF-5 na população masculina portuguesa.

CO 10

VALIDAÇÃO DUMA VERSÃO PORTUGUESA MASCULINA DO ÍNDICE DE SATISFAÇÃO SEXUAL (ISS)

Pedro Santos Pechorro, Ana Martins Calvino, Rui Xavier Vieira, João Morôco
Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa; Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa

Introdução: A satisfação sexual é a dimensão psicológica mais avaliada na área das dis-funções sexuais.

Objetivo: A presente investigação pretendeu proceder à validação de uma versão masculina portuguesa do Índice de Satisfação Sexual (ISS), instrumento que avalia a satisfação sexual no contexto da relação de casal.

Material e métodos: Recorreu-se a 305 participantes do sexo masculino, subdivididos em amostra normativa ($n = 249$) e amostra clínica ($n = 56$), aos quais preencheram o questionário com a tradução para português do ISS. Resultados: Foram demonstradas as principais propriedades psicométricas da versão portuguesa do ISS. **Discussão:** A estrutura unidimensional original do ISS foi replicada. Obtiveram-se igualmente bons valores a nível de consistência interna (alfa de Cronbach), de estabilidade temporal, de validade convergente e divergente e de validade discriminante.

Conclusões: As boas propriedades psicométricas encontradas permitem recomendar o uso do ISS na população masculina portuguesa.

CO 11

CIRCUNCIÇÃO E SAÚDE SEXUAL MASCULINA: UMA ANÁLISE PREDITIVA

Jorge Dias, Rui Freitas, Rui Amorim, Paulo Espiridónio, Luís Xambre, Luís Ferraz
Serviço de Urologia, Centro Hospitalar V.N.Gaia/Espinho, EPE.

Introdução: Prática amplamente difundida na atualidade, a circuncisão é um procedimento com pouca evidência quanto às suas consequências a nível sexual.

Objetivos: Caracterizar a vida sexual e avaliar possíveis associações da circuncisão com várias medidas de saúde sexual.

Material e métodos: Foram efetuados inquéritos telefónicos sobre hábitos sexuais aos doentes submetidos a circuncisão ($n=62$) e outros procedimentos cirúrgicos urológicos ($n=68$) no C.H.V.N.Gaia/Espinho durante 2011. Odds ratios (ORs), ajustados em análise

multivariada (pela idade, estado marital, diabetes melitus e medicação crónica) exploraram associações entre circuncisão e disfunções sexuais atuais.

Resultados: A mediana da idade da primeira relação sexual foi de 17 anos (intervalo interquartil [IIQ] 16-18), do número de parceiros sexuais de 4 (IIQ 2-8) e do número de relações sexuais por mês de 8 (IIQ 4,25-12).

A presença de uma disfunção orgânica significativa é mais frequente nos doentes circuncidados vs não circuncidados (71% vs 45,5%, OR ajustado [ORajust] de 0,391, intervalo de confiança 95% [IC95%] 0,167-0,915), particularmente o atraso no orgasmo (48,4% vs 12,5%, ORajust 0,227, IC95% 0,089-0,581). Nos doentes circuncidados, a satisfação completa das necessidades sexuais tende a ser menor (40,3 vs 22,7%, com OR ajustado à idade [ORidd] de 0,384, IC95% 0,174-0,849; ORajust 0,464, IC95% 0,188-1,141) e a disfunção erétil tende a ser mais frequente (25,8% vs 13,6%, ORidd de 0,365, IC95% 0,140-0,955; ORajust 0,682, IC95% 0,214-2,168). Não foram identificadas diferenças significativas quanto ao desejo sexual, ejaculação precoce ou dispareunia.

Conclusão: A circuncisão associou-se a disfunções sexuais relevantes, motivando uma seleção criteriosa dos doentes a realizar este procedimento.

CO 12

IMPACTO DA CIRCUNCISÃO NA FUNÇÃO SEXUAL DOS DOENTES COM FIMOSE

Jorge Dias, Rui Freitas, Rui Amorim, Paulo Espiridião, Luís Xambre, Luis Ferraz. Serviço de Urologia, Centro Hospitalar V.N.Gaia/Espinho, EPE.

Introdução: Condicionando redução significativa no risco de infeções do trato urinário e de episódios de retenção urinária aguda, a circuncisão constitui o tratamento de eleição para os doentes com fimose. Existe pouca informação disponível na literatura sobre as consequências deste procedimento na vida sexual destes doentes. Objectivos: Avaliar o impacto da circuncisão na vida sexual dos doentes com fimose.

Material e métodos: Dos 110 doentes submetidos a circuncisão por fimose no C.H.V.N.Gaia/Espinho durante 2011, foram seleccionados 62 doentes (excluídos doentes com idade < 18 anos, sem vida sexual ativa ou ausência de relações sexuais após procedimento cirúrgico), aos quais se aplicou um questionário, por via telefónica, respetivo à prevalência de várias disfunções sexuais antes e após a cirurgia. Análise estatística realizada em SPSS comparou de forma emparelhada a frequência das disfunções, usando o teste de McNemar.

Resultados: 71,0% dos doentes com fimose apresentam alguma disfunção sexual significativa. Com a circuncisão constata-se aumento da frequência da disfunção erétil (9,7% vs 25,8%, no período pré- e pós-op, respetivamente, p=0,002) e de atraso no orgasmo/ejaculação retardada (11,3% vs 48,4%, p<0,001), esta última disfunção percecionada contudo como positiva em 73,6% dos doentes. Do ponto de vista da dispareunia há melhoria sintomática significativa (50,0% vs 6,5%, p<0,001). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas quanto à ejaculação precoce (25,8% vs 24,2%).

Conclusão: À exceção da disfunção erétil, a circuncisão parece condicionar melhoria de várias disfunções sexuais presentes nos doentes com fimose.

POSTERS

P1

DESCRIÇÃO DE UMA POPULAÇÃO DE HOMENS INFERTEIS – A EXPERIÊNCIA INICIAL DA CONSULTA DE INFERTILIDADE DO SERVIÇO UROLOGIA DO CHC

Hugo Coelho, Bruno Pereira, Maria Jose Freire, Vania Grenha, Ricardo Leão, Ricardo Borges, Paulo Temido

Serviço de Urologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral

Introdução: Acredita-se que cerca de 50% das causas de infertilidade advém do factor masculino. Torna-se assim importante o seguimento destes homens em consultas especializadas.

Objectivo: Caracterizar a população referenciada e seguida na consulta de infertilidade durante a sua fase inicial de actividade.

Métodos: Análise retrospectiva do processo clínico, que incluía a realização de um protocolo com questionário sobre várias áreas que influenciam a infertilidade masculina.

Resultados: No período de 12 meses de 01 Maio de 2011 a 30 de Abril de 2012 foram realizadas primeiras consultas a 58 homens referenciados por infertilidade. A média de idades dos homens foi de 33,5 anos e das companheiras de 31,9 anos. A média do IMC foi de 26,0 Kg/m².

Desta população 15,5% referia ter sofrido traumas testiculares de relevo ou infeções do tracto urinário, 5,2% tinha sido submetido a tratamento cirúrgico de varicocele, hernioplastia ou quimioterapia. 3,4% tinha antecedentes de criptorquidia e 1,7% tinha história de torsão do testículo.

25,9% eram fumadores (média de 14,2 cigarros/dia durante 13,6 anos) e 63,8% referia consumo ocasional ou regular de álcool. 8,6% referia consumo prévio de marijuana, 3,4% referia consumo de outros estupefacientes. 24,1% da população referia ter medicação habitual e 5,4% consumia esteroides (medicinal ou recreativo).

Em termos profissionais 41,4% referia a presença de stress habitualmente, e em termos sexuais 81% referiam erecções fáceis com uma média de 3 relações por semana e uma média de 50 meses de relações desprotegidas.

No exame objectivo 24,1% apresentava alterações testiculares e 43,1% varicocele (>grau I).

Dos espermogramas efectuados – as alterações mais comuns foram oligoastenoteratozoospermia (24,5%) e Azoospermia (24,5%). 9,4% apresentavam normozoospermia.

Em relação ao estudo hormonalógico foram efectuados 28 sendo que 76% eram normais e um paciente apresentava hipogonadismo hipogonodotrófico. Foram realizados 28 estudos do cariótipo e de microdeleções no cromossoma Y relacionadas com AZF, sendo todos normais excepto um paciente que apresentava um mosaicismo 46 XY; 47 XXY.

Discussão: Trata-se de uma população relativamente jovem, com poucas co-morbilidades mas com um IMC médio de 26 (excesso de peso). Destaca-se uma grande percentagem de varicocele presente, associação com o consumo de álcool e tabaco, stress profissional. A percentagem de alterações hormonais e do cariótipo foram baixas.

Conclusão: A etiologia da infertilidade masculina é ainda um campo sombrio. A procura metódica de causas de infertilidade em pacientes referenciados a uma consulta específica poderá contribuir para a avaliação da frequência e importância dos factores etiológicos.

P2

PREVALÊNCIA DE DISFUNÇÃO ERÉCTIL NUMA POPULAÇÃO DE DOENTES COM CARDIOPATIA ISQUÉMICA

Ricardo Pereira e Silva¹, Milan Mulchande², Rui Plácido³, Rodrigo Garcia¹, José Palma dos Reis¹, Tomé Lopes¹

¹Serviço Urologia do CHLN, EPE; ²Serviço Cardiologia, Hospital Pulido Valente; ³Serviço Cardiologia, Hospital Sta. Mónica

Introdução: Tem sido estabelecida uma associação entre DE e doença cardio-vascular (DCV), sugerindo que o doente que se apresenta com DE, particularmente em idade jovem, deve ser encarado como um doente em risco para o desenvolvimento de DCV.

Objectivos: Determinar a prevalência de DE numa população de doentes com cardiopatia isquémica (CI), avaliar o seu grau e estabelecer a relação temporal entre DCV e DE

Material e métodos: Um questionário com 8 questões, incluindo a idade do doente, as questões que constituem o IIEF-5 e duas questões acerca da relação temporal das queixas com a DCV, foram entregues pelo médico a 157 doentes com cardiopatia isquémica, não medicados para DE, entre Dezembro de 2011 e Abril de 2012.

Resultados: A idade média foi 64±8,9 anos e a prevalência global de DE de qualquer grau foi de 56% na amostra vs. 13% de estimativa de DE na população geral. Dos doentes com DE, 53% apresentaram DE ligeira, 25% DE moderada e 22% DE grave. Constatou-se correlação entre a idade e gravidade da DE aferida pelo IIEF-5 (r=0,480, p=<0,001), sendo que nos doentes com ≥70 anos, a prevalência de DE atingiu os 94%. Em 86% dos doentes com DE, os sintomas surgiram antes da DCV; nestes, o hiato temporal foi <1 ano, entre 1-3 anos ou >3 anos em 15%, 48% e 37% dos doentes, respectivamente.

Discussão e Conclusões: A prevalência de DE é superior nos doentes com cardiopatia isquémica em relação à população em geral e aumenta com a idade. Na maioria dos casos a DE de novo precede a DCV.

P3

DESMONTAGEM PENIANA NO TRATAMENTO DO CARCINOMA DO PÊNIS

Artur Palmas e Pepe Cardoso
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca EPE

Resumo: O Carcinoma do Pénis é tradicionalmente tratado através de amputação cirúrgica ou radioterapia radical, ambas com um impacto anatómico, funcional ou psicológico devastador do ponto de vista da qualidade de vida do doente. Técnicas cirúrgicas inovadoras focadas na preservação peniana em doentes seleccionados têm vindo a ser desenvolvidas, permitindo minimizar este impacto. Recentemente, uma abordagem preservadora de órgão no tratamento do carcinoma do pénis, baseada numa desmontagem peniana, tem sido realizada por Djordjevic et al, com bons resultados.

A Desmontagem Peniana foi descrito inicialmente por Perovic em 1990, como técnica cirúrgica para tratamento de deformidades penianas congénitas e adquiridas em doentes pediátricos e adultos, como hipospádias, epispádias-extrofia, curvaturas penianas e doença de Peyronie. Esta técnica é aplicável em doentes com lesões de baixo grau e baixo estadio, lesões T1a (G1-2), mas também em lesões T1b (G3) ou T2. O procedimento começa com a mobilização da uretra em conjunto com a fascia de Buck. A nível dorsal o feixe

neurovascular é dissecado. A glândula com a uretra ventralmente e o feixe neurovascular dorsalmente fica totalmente separada dos corpos cavernosos. O feixe neurovascular é separado a 2 cm da glândula, e a glândula é removida após a separação da uretra. Biópsias extemporâneas da margem cirúrgica e do leito da glândula devem ser realizadas. Em caso de biópsia positiva, deve-se realizar a amputação dos topos cavernosos com reconstrução dos corpos cavernosos. Não sendo informativo da realização deste procedimento. Novas biópsias extemporâneas devem ser realizadas. A uretra é espatulada em 4 cm de comprimento e suturada aos corpos cavernosos. Sendo utilizada a uretra espatulada na construção da neoglandula. Os corpos cavernosos são fixados à pele peniana de forma a evitar a retração peniana. A desmontagem peniana representa uma abordagem radical, mas muito útil na cirurgia preservadora de órgão do carcinoma do pénis, com bons resultados cosméticos, funcionais e oncológicos. Nesta técnica pode ocorrer a necrose parcial da uretra distal, exigindo o desbridamento cirúrgico e reconstrução.

P4

PLICATURA PENIANA E COLOCAÇÃO DE PRÓTESE TESTICULAR POR SINGLE INCISION

Artur Palmas e Pepe Cardoso
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca EPE

Introdução: A Curvatura Peniana Congénita (CPC) é uma anomalia congénita do pénis, que tem na sua origem uma assimetria de comprimento da tunica albugínea dos corpos cavernosos. Apresenta uma incidência de aproximadamente 0,6%. Pode estar associada a outras anomalias como Hipospádia, Criptorquidia, Hérnia inguinal por persistência do canal peritoneo-vaginal, etc.. De um modo geral os pacientes com CPC, começam a notar a curvatura quando atingem a adolescência, sendo normalmente uma curvatura moderada, não causando sintomas ou incomodo. No entanto uma curvatura acentuada, pode originar dificuldades na penetração, desconforto durante o coito ou trauma psicológico, necessitando de tratamento. O Cirurgia de Nesbit e a Plicatura da tunica albugínea são os dois métodos mais utilizados para a correcção de uma CPC. Sendo a abordagem subcoronal, a mais usada no desluzamento peniano para a realização da corporoplastia. Apesar de ser relativamente fácil e de proporcionar uma boa exposição dos corpos cavernosos, ela não é isenta de complicações (linfaedema subcoronal, diminuição da sensibilidade da glândula, parafimose e necrose cutânea distal), por vezes requerendo uma circuncisão pos-operatória ou uma circuncisão profilática. Apresentamos uma técnica de desluzamento peniano, o Desluzamento Peniano Trans-escrotal (DPT), que é adequada para a realização da maioria das corporoplastias. Consiste numa incisão ventral de 4 cm ao nível do ângulo peno-escrotal, permitindo um desluzamento fácil até à linha coronal.

Material e Métodos: Doente, 23 anos do sexo masculino, recorre a consulta de Urologia por curvatura peniana lateral, presente apenas em erecção desde a adolescência e que dificulta o coito penetrante. Concomitantemente refere história de criptorquidismo à esquerda, tendo sido submetido a orquidectomia previamente. Foi submetido a plicatura peniana e colocação de prótese testicular á esquerda através de abordagem unica peno-escrotal. A cirurgia e o pós-operatório decorreram sem intercorrências. Actualmente com 6 meses de follow-up, com bom resultado estético e funcional.

Conclusão: O Deslramento Peniano Trans-escrotal representa uma alternativa às abordagens clássicas, que pode ser vantajosa em muitas corporoplastias, principalmente se associadas a outros procedimentos a nível escrotal. Apresentando um bom resultado estético e funcional, pode em muitos casos substituir a abordagem subcoronal, sem as suas complicações associadas.

P5 VENOGRAFIA E CIRURGIA DO VARICOCELO ALIADOS A RELEMBRAR

AndreaFurtado,Bruno Graça,PeterKronenberg,RuiAbreu,ManuelFerreira Coelho. Serviço de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E.

Resumo: O varicocele é uma entidade nosológica cujo diagnóstico é fundamentalmente clínico. Casos há em que métodos complementares de diagnóstico podem assumir um papel determinante na sua terapêutica.

Abordamos neste trabalho, a técnica de venografia aplicada ao tratamento cirúrgico de varicocele recidivado.

Relatamos o caso clínico de um jovem, de 21 anos de idade, com o diagnóstico clínico e ecográfico de varicocele bilateral recidivado, mais acentuado à direita. Após exclusão de patologia retroperitoneal optou-se pelo tratamento cirúrgico do varicocele direito com a adjuvância de venografia intra-operatória. O mapear venoso conseguido através desta técnica urroradiológica permitiu a correcta flebologiação e, por conseguinte, o sucesso terapêutico que se impunha.

P6 INFERTILIDADE MASCULINA: UM CASO COMPLEXO DE MALFORMAÇÃO DOS ÓRGÃOS SEXUAIS INTERNOS.

Rui Amorim, Luis Ferraz, Paulo Espiridião, Jorge Dias, Rui Freitas, Vitor Oliveira, Madalena Cabral Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Resumo: A agenesia do canal deferente pode ser uni ou bilateral e apresenta uma relação próxima com as mutações do gene da Fibrose Quística. Quando esta anomalia está associada a agenesia da vesícula seminal, estamos perante alterações embriológicas do ducto mesonéfrico, implicando o estudo do aparelho urinário. Apresentamos o caso de um doente de 34 anos observado por infertilidade conjugal primária com um ano de evolução.

O exame objectivo demonstrou canal deferente impalpável à direita, palpável à esquerda, sem alterações dos genitais externos.

O espermograma apresentou hipospermia e azoospermia. O estudo hormonal não evidenciou alterações, a pesquisa de mutações do gene da Fibrose Quística e microdeleções do cromossoma Y foi negativa. O cariótipo é 46XY.

Os exames imagiológicos (ecografia abdominal, ecografia prostática transrectal e ressonância magnética nuclear abdominal) identificaram ausência do rim e vesícula seminal à direita e vesícula seminal esquerda de dimensões aumentadas.

A vesiculografia demonstrou canal ejaculador esquerdo patente. A deferentografia evidenciou trajecto com 3cm, com o canal deferente a terminar inferiormente ao orifício inguinal externo. A biópsia do coto do canal deferente demonstrou hiperplasia da camada muscular. Foi efectuada biópsia testicular aspirativa com visualização de espermatozóides móveis. O casal foi orientado para técnicas de procriação medicamente assistida.

Nos casos de agenesia unilateral do canal deferente, há alterações epididimárias em 90% dos casos. A agenesia homolateral da vesícula seminal ocorre em 90% dos casos e é bilateral em 20%. Qualquer alteração do ducto mesonéfrico pode influenciar o desenvolvimento do broto uretérico e do epidídimo, vesícula seminal, canal deferente, ureter e rim em diferentes escalas, devido à sua embriologia comum.

Neste caso observa-se agenesia completa das estruturas resultantes do ducto mesnéfrico à direita e agenesia incompleta das mesmas estruturas à esquerda. O estudo de um caso de azoospermia deve incluir sempre o exame físico dirigido. Nos casos de agenesia do canal deferente ou de outras estruturas resultantes do ducto mesonéfrico, é mandatório o despiste de alterações do aparelho urinário.

P7 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMITIDAS, RESSURGIMENTO DE UMA ANTIGA DOENÇA: SÍFILIS

Serafim Carvalho; Hugo Gandra; Ana Maria Moreira; La Fuente Carvalho; Nuno Louro; Cláudia Marques; Avelino Fraga.

Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António, Consulta de Medicina Sexual - Serviço de Urologia/Andrologia

Introdução: As Infecções Sexualmente Transmitidas (ISTs) definem-se como um conjunto de doenças e/ou síndromes clínicas causadas por agentes patogénicos adquiridos ou transmitidos por via sexual. Nas últimas décadas, verificou-se o aparecimento e o recrudescimento das ISTs, nomeadamente da Sífilis, através de várias meios e.g., sexo coital, oral, anal, oro-genital e oro-anal, quer em relações heterossexuais quer homossexuais. As IST's são, pela sua frequência e morbilidade, um importante problema de saúde pública na Europa com custos socioeconómicos para países subdesenvolvidos e industrializados.

Objetivos: O presente trabalho tem como objetivo a revisão da literatura sobre a Sífilis em geral e as suas manifestações na cavidade oral em particular.

Materiais e Métodos: Efectuou-se uma revisão bibliográfica através da pesquisa de livros e artigos publicados em revistas científicas, consultados na base de dados Pubmed e ScienceDirect de 2000 até 2011 com as palavras-chave: “syphilis”, “sexually transmitted infections”, “oral transmission”, “manifestations of sexually transmitted infection in the oral cavity”, “pathogenesis of sexually transmitted disease”, “treatment”.

Resultados: A OMS no ano 2002 evidencia que as relações sexuais desprotegidas são a segunda causa dos problemas de saúde mais importante no mundo, sendo responsável por 17% da despesa pública nos países desenvolvidos. Estima-se uma incidência anual de 340 milhões de novos casos de IST's curáveis (e.g., sífilis, gonorreia, infecção por Chlamydia, tricomoníase), em jovens e adultos (15-49 anos) em 90% nos países desenvolvidos. A revista Actas Dermo-Sifilográficas [2010; 101(10): 817-819] refere que em França, o aumento de casos de Sífilis, do ano de 2000 para 2003, passou de 37 para 428. No Reino Unido, entre 1998 e 2003, passou de 293 para 2296. Em Espanha passou de 772 casos em 1998 para 2545 em 2008 com maior prevalência para o sexo masculino. Em Portugal, a doença é de notificação obrigatória. Segundo dados da Direção

Geral de Saúde em 1998 foram diagnosticados 1.8 casos de sífilis por cada 100.000 habitantes; a incidência de sífilis diminuiu até 1990 e desde então têm oscilado entre 1.76 e 2.37 casos por 100.000 habitantes. A taxa anual de sífilis congénita tem sido muito variável em Portugal, tendo apresentado em 2008 uma taxa de 14.1 casos por casa 100.000 nados vivos, um valor muito superior ao da União Europeia.

Discussão: As manifestações orais/faciais da Sífilis podem ser observadas diretamente pelo clínico com o recurso ao Kit de observação (espelho clínico, pinça, sonda), recolha da história clínica, serologia, colheita do exsudado ulcerativo e biópsia da úlcera. Estas são visualizadas de acordo com a fase da doença nomeadamente: Sífilis Congénita - molares em amora, incisivos de Hutchinson, placas mucosas; Primária - linfadenopatia dolorosa; Secundária - lesões ulceronodulares, úlcera tipo “snail-track”; Terciária - leucoplasia sífilítica entre outras. A Sífilis, doença venérea, infecciosa e contagiosa, pertencendo ao grupo das infecções sexualmente transmissíveis, ocupa um papel estatisticamente significativo nos países Europeus. Em Portugal suspeita-se que exista subnotificação da Sífilis e das IST's em geral. A via de transmissão sexual mais comum é a genital, através das relações heterossexuais. Contudo, não é o único modo de transmissibilidade, evidenciando-se a via oral e anal.

À exponencialidade da doença estão subjacentes comportamentos de risco em ambos os sexos. A expressão clínica da Sífilis, é na maioria das vezes, silenciosa. De igual modo, a comorbilidade com outras IST's é regra e, por sua vez, potencia o risco de aquisição de outras, nomeadamente o VIH. As manifestações clínicas integram os tecidos mucocutâneos com particular atenção para a cavidade oral, dependendo das suas diferentes fases e estádios da doença (Lactente, Primária, Secundária e Terciária).

O tratamento é na maioria dos casos eficaz, promovendo a cura, mas deixando sequelas. Parece assim importante e uma prioridade, o desenvolvimento de programas educativos e informativos sobre as IST's, em particular a Sífilis, junto das populações de risco com objectivo de alertar para as complicações a curto, médio e a longo prazo, parecendo-nos que as Consultas de Medicina Sexual podem ter aí um papel privilegiado.

P8

Transtorno de Identidade de Género: experiência de um centro em crescimento

Marta Almeida Ferreira, Anabela Giestas, Ana Rita Caldas, Ana Moreira, Nuno Gandra, La Fuente Carvalho, Isabel Palma Hospital de Santo António, Centro Hospitalar do Porto

Resumo:

Introdução: O transtorno de identidade de género (TIG) refere-se à condição do indivíduo que possui uma identidade de género diferente ao designado no nascimento, desejando viver e ser aceite como sendo do sexo oposto.

Objectivo: Apresentar a experiência do Centro Hospitalar do Porto (CHP) no acompanhamento dos doentes com TIG.

Material e Métodos: Recolha da informação clínico-demográfica dos doentes com TIG, consultando os processos clínicos e identificação das especialidades envolvidas na sua abordagem.

Resultados: Avaliaram-se 4 doentes no CHP: um referenciado após

tratamento cirúrgico; outro em quem foi excluído o diagnóstico; dois com TIG. São todos transsexuais femininos para masculinos, com 20, 24 e 29 anos, sob tratamento hormonal (testosterona), estando perfeitamente adaptados e sem efeitos secundários. Todos apresentavam características que sugestivas do diagnóstico desde a infância. O Serviço de Urologia criou uma consulta de Sexualidade para onde foram encaminhados os doentes. Da necessidade da abordagem multidisciplinar, criou-se em 2010 uma equipa de trabalho formada pela Psiquiatria, Psicologia, Endocrinologia, Ginecologia e Urologia. A avaliação inicial é feita pela Psiquiatria e Psicologia, constituindo o centro do circuito. A avaliação endócrina consiste inicialmente na exclusão de outras hipóteses de diagnóstico (hiperplasia adrenal congénita variante virilizante; síndrome de resistência aos androgénios). Depois de estabelecido o diagnóstico, o doente vive 12 meses assumindo o género com que se identifica. Nos referidos doentes, este período decorreu sem intercorrências, prosseguindo-se o tratamento médico-cirúrgico. Conclusões: TIG é uma entidade clínica complexa, exigindo uma cuidadosa abordagem multidisciplinar. A experiência do CHP é diminuta, estando a ter bons resultados.

P9 INFERTILIDADE E DOENÇA RENAL POLIQUÍSTICA AUTOSSÓMICA DOMINANTE

Vânia Grenha, Bruno Pereira, Edson Retroz, Ricardo Borges, Ricardo Leão, Hugo Coelho, Maria José Freire, Ricardo Godinho, Paulo Temido Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospital Geral

Resumo:

Introdução: A doença renal poliquística autossómica dominante (DRPAD) é uma das doenças hereditárias mais comuns. Manifesta-se fundamentalmente por alterações renais e pode estar associada a infertilidade masculina em cerca de 5% dos casos. Vários mecanismos são descritos como responsáveis pela infertilidade na DRPAD: (1) astenozoospermia em relação com alterações dos pares de microtúbulos do flagelo do espermatozóide, (2) anejaculação e necrospermia resultantes da presença de quistos das vesículas seminais e ductos ejaculatórios por discinesia e atonia das vesículas seminais, (3) falência testicular decorrente da uremia associada à insuficiência renal terminal.

Caso Clínico: Doente o sexo masculino, 27 anos, portador de DRPAD, enviado à Consulta de Infertilidade Masculina por oligoastenozoospermia. Mãe também portadora de DRPAD.

O doente apresentava um exame físico sem alterações e perfil hormonal normal. Repetiu espermograma que revelou hipospermia e criptozoospermia; espermocultura negativa. Ecograficamente, foram observados múltiplos quistos renais corticais bilateralmente; vesículas seminais de volume aumentado, sem quistos; varicocele subclínico à direita. Realizada punção aspirativa das vesículas seminais que revelou espermatozoides imóveis.

O doente foi proposto para procriação medicamente assistida (PMA).

Discussão/Conclusões: O caso descrito enquadra-se na literatura publicada. O doente parece apresentar dois dos três principais mecanismos causadores de infertilidade masculina na DRPAD hipomotilidade dos espermatozoides e atonia das vesículas seminais.

P10 EXPRESSÃO DE MARCADORES DE STRESS OXIDATIVO EM TECIDO CAVERNOSO HUMANO - UM ESTUDO QUANTITATIVO

Angela Castela^{1,2}, Raquel Soares², Pierre Van Antwerpen³, Karim Zouaoui Boudjellia⁴, Thierry Roumeguere⁵, Pedro Gomes², Pedro Vendeira^{1,6}, Ronald Virag⁷, Carla Costa^{2,8}; ¹Instituto de Biologia Molecular e Celular da Universidade do Porto (IBMC-UP); ²Departamento de Bioquímica (U38/FCT), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; ³Faculdade de Farmácia, Université Libre de Bruxelles (ULB), Laboratory of Pharmaceutical Chemistry, Bd du Triomphe Campus Plaine CP 205/5, 1050 Bruxelas; ⁴Laboratório de Medicina Experimental (ULB 222 Unit), CHU Charleroi, Hôpital Vésale, 706, rue de Gozée, 6110 Montigny-le-Tilleul; ⁵Departamento de Urologia, Erasme Hospital, ULB, Chaussée de Lennik, Bruxelas; ⁶Clinica Saúde Atlântica, Clínica Urológica Vendeira, Porto; ⁷Centre d'Exploration et Traitement de l'Impuissance (CETI), Paris; ⁸Departamento de Biologia Experimental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Resumo:

Introdução: A Disfunção erétil (DE) é um problema comum em homens diabéticos. O stress oxidativo (SO) exerce ações deletérias no corpo cavernoso (CC) diabético, contribuindo para a DE. Contudo, permanecem por identificar os mecanismos moleculares alterados pelo SO em tecido peniano diabético.

Objetivos: Avaliar e quantificar os marcadores de SO 3-nitrotirosina (3-NT) e mieloperoxidase (MPO) em tecido cavernoso de homens diabéticos com DE. Material e métodos: Fragmentos de CC foram removidos de 18 homens diabéticos com DE e 10 não diabéticos sem DE. A presença de lesões oxidativas em amostras de CC foram avaliadas pela deteção de 3-NT e MPO, utilizando imunofluorescência dupla para 3-NT/-actina do músculo liso (-SMA) e MPO/-SMA. A análise quantitativa da marcação de imunohistoquímica para estes marcadores foi efetuada com recurso ao ImageJ (color deconvolution plugin).

Resultados: Observámos que a expressão de 3-NT e MPO se localizava predominantemente em zonas perivasculares em CC diabético e não diabético. Os resultados da imunohistoquímica quantitativa revelaram um aumento significativo dos níveis de 3-NT (grupo diabético: 109.6±4.13 vs não-diabéticos: 89.9±1.31; p

P11 CARATERIZAÇÃO DE ALTERAÇÕES MOLECULARES INDUZIDAS PELO STRESS OXIDATIVO EM TECIDO CAVERNOSO DIABÉTICO

Ángela Castela^{1,2}, Pedro Gomes², Raquel Soares², Pedro Vendeira^{1,4}, Ronald Virag⁵ and Carla Costa^{2,5}

¹Instituto de Biologia Molecular e Celular da Universidade do Porto (IBMC-UP); ²Departamento de Bioquímica (U38/FCT), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; ³Clinica Saúde Atlântica, Clínica Urológica Vendeira, Porto; ⁴Centre d'Exploration et Traitement de l'Impuissance (CETI), Paris; ⁵Departamento de Biologia Experimental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Resumo:

Introdução: A Disfunção Erétil (DE) é uma complicação comum da Diabetes. O aumento de stress oxidativo (SO) contribui para alterações na homeostasia no tecido peniano diabético. Contudo, permanecem por esclarecer os efeitos do SO em corpo cavernoso (CC) diabético com a progressão da doença e o seu papel na DE.

Objetivos: Avaliação/quantificação sistémica e local de alterações provocadas pelo SO numa fase precoce e estabelecida da diabetes.

Material e métodos: Ratos machos Wistar foram divididos em grupos (n=5/grupo): 2 e 8 semanas de diabetes tipo 1 (induzida por

streptozotocina) e respectivos controlos emparelhados pela idade. O stress oxidativo sistémico foi avaliado pela deteção cromatográfica de glutationa oxidada (GSSG)/glutaciona reduzida (GSH). Localmente, no tecido peniano, analisaram-se os efeitos nocivos do SO através da avaliação de alterações estruturais em proteínas por imunohistoquímica para a 3-nitrotirosina (3-NT) e respetiva quantificação por western blotting.

Resultados: Os resultados obtivos revelaram um aumento significativo de GSSG/GSH às 8 semanas de diabetes (diabéticos: 1.619±0.216 vs controlos: 0.779±0.238; p

P12 INDUÇÃO DE FERTILIDADE EM HOMENS COM HIPOGONADISMO SECUNDÁRIO NO CONTEXTO DE CONSULTA DE INFERTILIDADE: REVISÃO A PROPÓSITO DOS CASOS TRATADOS EM DOIS ANOS

Isaac Braga, João Cabral, Frederico Branco, Nuno Louro, LaFuente de Carvalho, Avelino Fraga
Serviço de Urologia, Centro Hospitalar do Porto

Resumo:

Introdução: Atualmente a infertilidade atinge cerca de 15% dos casais e motiva a procura de tratamento médico específico. Existem vários fatores que contribuem para a diminuição da fertilidade no homem, entre estes o hipogonadismo parece contribuir para cerca de 9% dos casos de fator masculino.

Objetivos: Avaliar os casos de hipogonadismo hipogonadotrófico na consulta de infertilidade do CHPorto, o seu tratamento e os resultados, efetuando-se uma revisão a propósito do tema.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos doentes avaliados na Consulta de Infertilidade do CHPorto e pesquisa bibliográfica acerca do tema em questão.

Resultados: Foram tratados oito doentes com hipogonadismo secundário, com uma média de idade de 34±4 anos. Todos os doentes foram referenciados à consulta por infertilidade primária e apresentavam azoospermia. Quatro doentes apresentavam hipogonadismo hipogonadotrófico idiopático, dois doentes tinham insuficiência hipofisária e os restantes tratavam-se de um caso de prolactinoma e um síndrome de Kallmann. Um paciente deixou de frequentar as consultas, os restantes fizeram indução de espermatogénese com hCG eFSH conseguindo-se a colheita de espermatozoides em 5 doentes. Registou-se ainda um caso de gravidez espontânea após esquema de indução com gonadotrofinas. Um dos doentes mantém estimulação com gonadotrofinas, mas ainda sem espermatozoides no ejaculado.

Discussão/Conclusão: Na investigação de um doente com infertilidade é importante excluir possíveis causas reversíveis de infertilidade. O estado da arte demonstra que existem terapêuticas farmacológicas eficazes em homens com hipogonadismo hipogonadotrófico. A terapia de escolha dependerá se o objetivo é atingir os níveis normais de androgénios ou a fertilidade.

P13 DOENÇA DE PEYRONIE – RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO

Edgar Tavares da Silva¹; David Castelo¹; Patrícia Mendes¹; Lilian Campos¹; Pedro Simões¹; Francisco Rolo¹; Alfredo Mota¹

Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - HUC; Interna do Ano Comum no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - HUC

Resumo:

Introdução: A doença de Peyronie (DP) é uma deformidade peniana causada pela formação de uma placa de fibrose inelástica no albugínea. É causa de alterações funcionais e emocionais.

Objetivos: Os objetivos deste trabalho são conhecer a população afectada, a clínica associada, os tratamentos cirúrgicos efectuados e os resultados dos mesmos.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes tratados cirurgicamente no Serviço de Urologia e Transplantação Renal dos HUC, nos últimos 5 anos.

Resultados: População composta por dezassete doentes, com idade média de 59,6±6,3 anos (limites: 47-71 anos). Dez doentes apresentavam curvatura apenas dorsal, cinco uma curvatura combinada em sentido dorsal e esquerdo, um apenas para a esquerda e outro para a direita.

Quanto à clínica, todos os doentes referiam incapacidade de penetração, 6 doentes queixavam-se de dor e 5 doentes de disfunção erétil.

Dezasseis doentes foram submetidos a cirurgia de Nesbit e 1 a colocação de prótese peniana.

No pós-operatório 4 doentes mantinham discreta curvatura peniana, mas em nenhum impedia a actividade sexual. Cinco doentes apresentaram disfunção erétil (1 de novo), 1 referiu sensação de encurtamento do pénis e 4 queixavam-se de dores ligeiras no local da aplicação dos pontos de plicatura.

Discussão/Conclusões: A doença de Peyronie afecta principalmente o adulto sexagenário. A curvatura mais frequente é a dorsal, tal como descrito na literatura, mas há uma grande preponderância de desvios esquerdos. Além da incapacidade de penetração, a clínica mais frequentemente associada é a dor.

A cirurgia de Nesbit tem excelentes resultados funcionais e sequelas mínimas.

P14 FRACTURA DO PÉNIS – DIAGNÓSTICO E RESULTADOS DO TRATAMENTO

Edgar Tavares da Silva¹; Lilian Campos¹; Patrícia Mendes¹; Pedro Simões¹; Francisco Rolo¹; Alfredo Mota¹

Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - HUC; Interna do Ano Comum no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - HUC

Resumo:

Introdução: A fractura de corpos cavernosos é uma urgência urológica rara.

Objetivos: Os objetivos deste trabalho são conhecer a população afectada, os mecanismos mais frequentes de lesão, lesões associadas, meios de diagnósticos usados, tratamentos realizados e respectivos resultados.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes admitidos no Serviço de Urologia e Transplantação Renal dos HUC, nos últimos 5 anos, provenientes da Urgência, com o diagnóstico de fractura dos corpos cavernosos.

Resultados: População composta por 7 doentes, com uma média de idades de 35,1±12,4 anos (limites: 17-54). Em cinco doentes a lesão deu-se no decurso de actividade sexual e em dois durante o sono. Dois doentes apresentaram associadamente lesão da uretra. Em três casos realizaram-se ecografias diagnósticas e em outro caso ecografia e uretrocistografia retrógrada e permiccional.

Um doente foi submetido a tratamento médico com cirurgia para reparação da uretra diferida no tempo. Os restantes seis casos foram submetidos de imediato a cirurgia: rafia dos corpos cavernosos em todos os doentes e um doente fez associadamente rafia da uretra.

Dois doentes apresentaram disfunção erétil após o tratamento da situação e foram ambos tratados com sucesso com iPDE5.

Discussão/Conclusões: A fractura dos corpos cavernosos ocorre principalmente no adulto jovem. O mecanismo mais frequente de lesão é o traumatismo durante o acto sexual. A ecografia é o meio auxiliar de diagnóstico mais frequente, embora não seja indispensável. A cirurgia imediata é o tratamento preferido para esta situação, com bons resultados. Casos com disfunção erétil respondem bem ao tratamento oral.

P15 CIRURGIA RECONSTRUTIVA DO PÉNIS A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE HIDRADENITE SUPURATIVA PERINEAL GRAVE

Nuno Domingues, Nuno Fidalgo, Sara Cunha, Catarina Diniz e Carlos Parreira
Hospital Militar Principal, Serviço de Urologia Conjunto, Lisboa

Introdução: A hidradenite supurativa é uma doença rara provocada pela inflamação crónica das glândulas apócrinas provocando a sua obstrução. A doença é normalmente caracterizada por dor intensa e inflamação ao nível das pregas cutâneas.

Caso Clínico: Doente de 39 anos do sexo masculino com hidradenite supurativa perineal grave com 2 anos de evolução. O doente apresentava doença extensa perineal com envolvimento da região inguinal, genital e com infiltração ao recto. Há 2 anos foi submetido a desbridamento cirúrgico do períneo com realização de derivação intestinal através de uma colostomia e uma faloplastia reconstrutiva com enxertos de pele parcial e retalho fascio-cutâneo da face interna da coxa. Foi reintervencionado mais duas vezes, para desbridamento e nova faloplastia reconstrutiva com enxerto de pele e retalho local.

Discussão: Dada a gravidade e recorrência da hidradenite supurativa os melhores resultados são obtidos quando se opta por uma excisão mais alargada do tecido afetado. No caso descrito foi a opção utilizada, o que originou uma necessidade de revestimento cutâneo de toda a região genital. O enxerto de pele poderia parecer o tratamento de eleição para esta situação, contudo dada a ausência de sensibilidade do enxerto e a possibilidade de retração dos tecidos em mais de 50% dos casos, estas características invalidaram a sua utilização para a faloplastia reconstrutiva.

Conclusão: Nas situações clínicas mais complexas a faloplastia reconstrutiva mista com enxertos de pele e retalhos locais e fascio-cutâneos parecer ser uma boa opção para a recuperação da auto-imagem do indivíduo e da sua função sexual.

P16 CASUÍSTICA E GRAU DE SATISFAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE PRÓTESE PENIANA INSUFLÁVEL DE TRÊS COMPONENTES NO TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉCTIL: EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE UROLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA

Pedro Valente, Hélder Castro, Rui Borges, Fernando Vila, Pedro Vendeira, Joaquim Lindoro

Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Resumo:

Introdução: A disfunção erétil (DE) é uma das principais patologias do âmbito da Andrologia. Cerca de 5-20% dos homens têm DE moderada a severa. As suas causas são diversas, partilhando muitos factores de risco com a doença cardiovascular, como a Diabetes Mellitus, Obesidade ou o Síndrome Metabólico. Outra causa frequente é a lesão neuronal decorrente do tratamento cirúrgico do Adenocarcinoma da Próstata.

Apesar dos avanços significativos no tratamento médico, a falência das terapêuticas orais e locais (ou quando estas não estão indicadas), levam ao encontro de outras opções mais invasivas onde se inclui a colocação de Prótese Peniana.

Objectivos: Os autores pretendem analisar a casuística do seu serviço relativamente à colocação de prótese peniana insuflável de três componentes, avaliando os resultados e o grau de satisfação do doente e da parceira.

Métodos: Desde Dezembro 2007 a Novembro 2011, 15 homens com DE severa foram submetidos a colocação de prótese peniana insuflável de três componentes.

Os autores fazem uma revisão retrospectiva de todos os casos com base nos registos clínicos, na avaliação médica e entrevista telefónica. Os doentes, foram, após consentimento informado, submetidos a um questionário relativo à satisfação do tratamento da DE. Se consentido pelos doentes, as parceiras foram também submetidas a um questionário relativo à satisfação do tratamento.

Resultados: A média de idade à data da cirurgia foi de 54 anos (30-71 anos) e o tempo médio de follow-up foi 27 meses (6-53 meses). Como principais causas de DE identificou-se a Diabetes Mellitus (46,7%) e cirurgia radical prostática (33,3%). Não foram registadas quaisquer complicações peri-operatórias. Foram identificados 2 doentes com disfunção mecânica da prótese, um destes foi re-intervencionado 7 meses depois tendo-se verificado "leak" do sistema, sem outras complicações subsequentes. O outro doente apresenta-se já inscrito para revisão da prótese.

Todos os doentes responderam ao inquérito de satisfação, e 10 parceiras foram inquiridas. Das restantes, em 3 casos o doente não consentiu o inquérito à parceira, em 1 caso não foi possível contactar a parceira e noutra caso o doente tinha múltiplas parceiras.

Excluindo os doentes com disfunção mecânica da prótese, 85% encontram-se globalmente satisfeitos ou muito satisfeitos e 2 doentes revelam algum grau de insatisfação. Ambos referem como causa da insatisfação, a rigidez insuficiente da glândula. A maioria (50%) refere actividade sexual com penetração satisfatória 1 a 3 vezes por semana. Apenas os 2 doentes insatisfeitos referem actividade sexual menos de 1 vez por mês. Todos os doentes recomendam o tratamento como opção viável a outro doente e apenas um não

repetiria o procedimento em caso de necessidade, apontando como principal causa a dor no pós-operatório.

Relativamente às parceiras, apenas uma parceira descreve alguma insatisfação, relacionando-a com a falta de rigidez da glândula.

Conclusões: A colocação de prótese peniana insuflável de três componentes é um tratamento seguro e eficaz, com baixo número de complicações, permitindo a manutenção de actividade sexual com penetração e com elevada satisfação global por parte dos doentes e das parceiras.

P17 FRACTURAS PENIANAS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rui Lúcio, Miguel Almeida, José João Marques, Natália Martins, Raquel João, Jorge Fonseca, Rocha Mendes, Garção Nunes

Serviço de Urologia, Hospital Curry Cabral, Lisboa

Introdução: A fractura peniana é primariamente uma ruptura da túnica albugínea e corpo cavernoso que ocorre com o pénis erecto. É uma emergência urológica pouco frequente e sub-reportada.

Objectivos: Rever a incidência, apresentação clínica, marcha diagnóstica, tratamento e complicações da fractura peniana, apresentando um caso clínico exemplificativo.

Material e Métodos: Procedeu-se à revisão da literatura, recorrendo a manuais urológicos de referência e, essencialmente, a artigos de periódicos indexados à Medline publicados nos últimos 20 anos. O caso clínico apresenta imagens/vídeo elucidativos da apresentação e tratamento cirúrgico habituais.

Resultados e Discussão: A etiologia mais frequente é o traumatismo durante o coito.

A história clínica é característica, incluindo sensação de rasgar/estalido com dor peniana aguda, acompanhada de detumescência rápida e edema do pénis.

Ao exame objectivo, o doente apresenta habitualmente um hematoma com desvio do pénis para o lado oposto à fractura, podendo mesmo esta ser palpável. A presença de hematúria, sangue no meato, retenção urinária ou fractura bilateral deve levantar a suspeita de lesão uretral e levar à realização de Uretrografia ou Uretroscopia. A Cavemosografia, a Ressonância Magnética Nuclear e a Ecografia são utilizados apenas na dúvida diagnóstica.

Actualmente a recomendação é a exploração cirúrgica e reparação imediata, com especial atenção para as lesões uretrais – ainda assim, a incidência de sequelas tardias atinge 6-25% dos doentes.

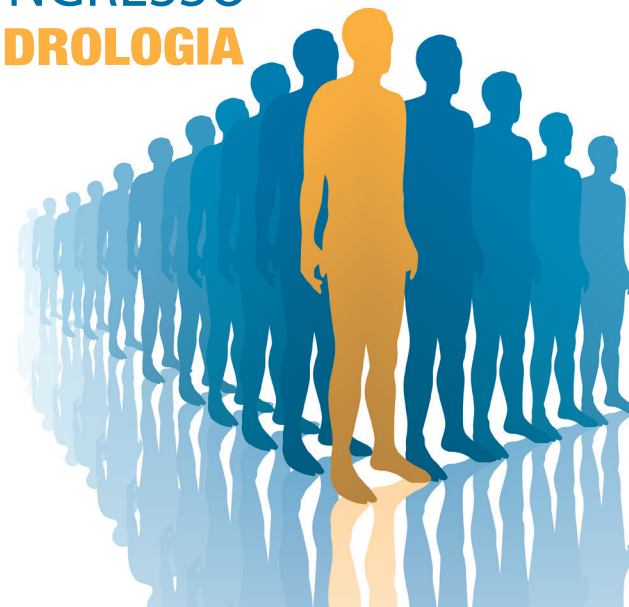
Conclusão: Embora não seja uma patologia frequente, o diagnóstico da fractura peniana pode ser baseado na história clínica e exame físico. O tratamento actual preconiza a exploração cirúrgica precoce de forma a prevenir complicações.

P18 VALIDAÇÃO CRUZADA DA VERSÃO PORTUGUESA DO ÍNDICE DE FUNCIONAMENTO SEXUAL FEMININO (FSFI)

¹Pedro Santos Pechorro, ²Rui Xavier Vieira, ³Ana Martins Calvino, ⁴Carlos Poiares, ⁵João Marôco, ⁶António Diniz

¹Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; ²Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; ³Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa; ⁴Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa; ⁵Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) Lisboa; ⁶Universidade de Évora

**XIII
CONGRESSO
SOCIEDADE
PORTUGUESA DE ANDROLOGIA**



Introdução: O constructo de ciclo de resposta sexual constitui um modelo de trabalho essencial no campo do estudo da sexualidade feminina.

Objectivo: A presente investigação teve como objectivo proceder à validação cruzada duma versão portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI), instrumento multidimensional que avalia as diversas fases associadas ao ciclo de resposta sexual em mulheres. Material e métodos: Recorreu-se a um total de 375 participantes do sexo feminino, subdivididas em amostra normativa (n = 307) e amostra clínica (n = 68), as quais preencheram o questionário com a tradução para português do FSFI. Resultados: Foram demonstradas as principais propriedades psicométricas da validação cruzada do FSFI.

Discussão: A estrutura multidimensional original do FSFI foi replicada e obtiveram-se igualmente valores bons a nível de consistência interna, de estabilidade temporal, de validade convergente e divergente e de validade discriminante.

Conclusões: As boas propriedades psicométricas encontradas justificam e reforçam a recomendação de utilização do FSFI na população feminina portuguesa.



XIII
CONGRESSO
SOCIEDADE
PORTUGUESA DE **ANDROLOGIA**

PATROCÍNIO CIENTÍFICO



MAJOR PARTNER



PARTNERS



DURANTE O CONGRESSO

Exposição
“O Erotismo no Artesanato Português”
Peças da coleção de J. Rocha Mendes

Exposição de Pintura
da autoria de Maria Carlos

SECRETARIADO



Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3. 1000-027 Lisboa | T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19
E: ana.pais@admedic.pt | W: www.admedic.pt

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL



Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3. 1000-027 Lisboa | T: +351 21 841 89 50 | F: +351 21 841 89 59
E: paula.cordeiro@admedictours.pt | W: www.admedictours.pt | Alvará Nº 1270/2005