



XV CONGRESSO NACIONAL DE ANDROLOGIA, MEDICINA SEXUAL E REPRODUÇÃO

XI REUNIÃO IBÉRICA DE ANDROLOGIA, MEDICINA SEXUAL E REPRODUÇÃO

Hotel Tivoli Carvoeiro • 3-5 JUNHO 2016



Imagem: Ad Médic

PROGRAMA CIENTÍFICO

PRESIDENTE DO CONGRESSO | PRESIDENTE DA SPA

A. Pepe Cardoso

COMISSÃO ORGANIZADORA

Artur Palmas | Bruno Graça | Bruno Pereira | Nuno Louro | Nuno Tomada | Pedro Eufrásio

COMISSÃO CIENTÍFICA

António Campos | Carla Costa | Fortunato Barros | La Fuente de Carvalho | Luís Ferraz | Pedro Vendeira

COMISSÃO CIENTÍFICA PARA A SELEÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES

A. Pepe Cardoso | Bruno Pereira | Pedro Eufrásio | Pedro Vendeira

JÚRI DE COMUNICAÇÕES LIVRES

Júri de comunicações orais (1ª sessão): Ferdinando Pereira e Sérgio Santos

Júri de posters: Bruno Graça, Frederico Furriel, Luís Ferraz e Ricardo Ramires

Júri de vídeos e comunicações orais (2ª sessão): Joaquim Lindoro e José Neves

INTERVENIENTES NO PROGRAMA

NACIONAIS

A. Pepe Cardoso | Alberto Silva | António Campos | António Morais | Artur Palmas | Bruno Graça | Bruno Pereira | Carla Costa | Carlos Plancha | Eduardo Silva | Ferdinando Pereira | Fortunato Barros | Francisco Martins | Francisco Rolo | Frederico Furriel | Gabriela Moita | Graça Santos | Jacinta Azevedo | Joana Guimarães | Joaquim Lindoro | José Maria Aragués | José Neves | La Fuente de Carvalho | Lisa Vicente | Luís Ferraz | Margarida Bastos | Nuno Louro | Nuno Monteiro Pereira | Nuno Tomada | Patrícia Pascoal | Pedro Eufrásio | Pedro Nunes | Pedro Vendeira | Ricardo Ramires | Rocha Mendes | Rui Xavier Vieira | Sandra Vilarinho | Sandro Gaspar | Sérgio Santos | Vânia Beliz | Vítor Oliveira

INTERNACIONAIS

Ana Puigvert (Espanha) | Carlo Bettocchi (Itália) | Eduard García-Cruz (Espanha) | Ferran García (Espanha) | Javier Ângulo (Espanha) | Joaquim Sarquella Geli (Espanha) | José Luis Arrondo (Espanha) | Juan Ignacio Martínez-Salamanca (Espanha) | Mikkel Fode (Dinamarca) | Natalio Cruz (Espanha) | Rafael Prieto (Espanha)

PROGRAMA CIENTÍFICO

6ª FEIRA | 3 JUNHO 2016

07:30h Abertura do Secretariado

CURSOS PRÉ-CONGRESSO

08:30-10:30h **Infertilidade**
Nuno Louro, Vítor Oliveira e Joana Guimarães

GENEX

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

11:00-13:00h **Curso de ondas de choque para o tratamento da disfunção erétil**
Pedro Vendeira, Rafael Prieto e Natalio Cruz

 **Dornier MedTech**

XI REUNIÃO IBÉRICA DE ANDROLOGIA, MEDICINA SEXUAL E REPRODUÇÃO

14:30-15:30h **Mesa-Redonda: Saúde masculina**
Moderadores: A. Pepe Cardoso e Rafael Prieto
Lifestyle, função sexual e testosterona (15 m)
José Maria Aragués
Sexualidade no homem idoso (15 m)
Nuno Monteiro Pereira
Síndrome pós-Finasterida (15 m)
Eduard García-Cruz
Discussão (15 m)

15:30-15:45h **Sessão de Abertura**
A. Pepe Cardoso (Presidente da SPA)
Rafael Prieto (Presidente da ASESA)

15:45-16:15h **Conferência: Contraceção masculina**
Presidente: Luís Ferraz
Palestrante: Ferran García

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

16:45-18:00h **Mesa-Redonda: Distúrbios do orgasmo e ejaculatórios**
Moderadores: Pedro Vendeira e José Luis Arrondo
No feminino
Perspetiva do Psicólogo (15 m)
Vânia Beliz
Perspetiva do Ginecologista (15 m)
Lisa Vicente

No masculino

Perspetiva do Psicólogo (15 m)

Sandra Vilarinho

Perspetiva do Andrologista (15 m)

Ana Puigvert

Discussão (15 m)

18:00-18:15h **Encerramento**

A. Pepe Cardoso (Presidente da SPA)

Rafael Prieto (Presidente da ASES)

18:30h **Cocktail de boas-vindas**

SÁBADO | 4 JUNHO 2016

XV CONGRESSO NACIONAL DE ANDROLOGIA, MEDICINA SEXUAL E REPRODUÇÃO

07:30h Abertura do Secretariado

08:30-09:30h **Mesa-Redonda: Novidades terapêuticas na doença de Peyronie**

Moderadores: Nuno Tomada e Francisco Martins

Novas técnicas cirúrgicas (20 m)

Carlo Bettocchi

Novas terapêuticas intralesionais: Colagenase do *Clostridium histolyticum* (20 m)

Juan Ignacio Martínez-Salamanca

Discussão (20 m)

09:30-09:45h **Sessão de Abertura**

A. Pepe Cardoso (SPA), Arnaldo Figueiredo (APU), Fortunato Barros (SPA) e Pedro Vendeira (SPA)

09:45-10:15h **Conferência: Prémio Alexandre Moreira 2012-2013**

Presidente: Javier Ângulo

Palestrante: Carla Costa

10:15-10:45h **Coffee-break**

Visita aos Posters

Júri: Dr. Luís Ferraz e Dr. Bruno Graça

10:45-12:00h **Mesa-Redonda: Urgências andrológicas**

Moderadores: Bruno Pereira e Pedro Nunes

Infeções genitais (15 m)

Artur Palmas

Traumatismo genital (15 m)

Sandro Gaspar

Priapismo (15 m)
Pedro Eufrásio
Escroto agudo (15 m)
Alberto Silva
Discussão (15 m)

12:00-13:00h **Simpósio: Uma nova abordagem no tratamento da disfunção erétil**

Moderador: Arnaldo Figueiredo
Necessidades não satisfeitas no tratamento da DE
Pedro Vendeira
Alprostadil creme na 1ª linha do tratamento da DE
Nuno Tomada
Conclusões
Arnaldo Figueiredo



13:00-14:30h **Almoço**

14:30-15:30h **Sessão de comunicações orais**
Júri: Ferdinando Pereira e Sérgio Santos

15:30-16:30h **Mesa-Redonda: Disforia de género**
Moderadores: Francisco Rolo e Rui Xavier Vieira
Perspetiva do Psiquiatra (15 m)
Graça Santos
Perspetiva do Endocrinologista (15 m)
Margarida Bastos
Perspetiva do Cirurgião (15 m)
Nuno Tomada
Discussão (15 m)

16:30-17:00h **Coffee-break**
Visita aos Posters
Júri: Dr. Ricardo Ramires e Dr. Frederico Furriel

17:00-18:00h **Mesa-Redonda: Disfunção erétil**
Moderadores: Pedro Vendeira e António Campos
Tratamento médico (15 m)
Natalio Cruz
Tratamento cirúrgico (15m)
Fortunato Barros
Novas terapêuticas (15 m)
Rafael Prieto
Discussão (15 m)

20:00h **Jantar do Congresso e entrega do Prémio Alexandre Moreira 2014-2015**

07:30h Abertura do Secretariado

08:30-09:15h **Mesa-Redonda: Disfunções sexuais femininas**
Moderadores: Nuno Monteiro Pereira e Gabriela Moita
Epidemiologia e classificação (15 m)
Patrícia Pascoal
Abordagem terapêutica (15 m)
Lisa Vicente
Discussão (15 m)

09:15-10:15h **Mesa-Redonda: Fertilidade**
Moderadores: Luís Ferraz e Rocha Mendes
Oncofertilidade (15 m)
Bruno Pereira
Microcirurgia (15 m)
Vitor Oliveira
Novidades na preservação de gâmetas (15 m)
Carlos Plancha
Discussão (15 m)

10:15-10:45h *Coffee-break*

10:45-11:15h **Conferência: Infecções sexualmente transmissíveis e impacto na sexualidade** (30 m)
Presidente: Fortunato Barros
Palestrante: Jacinta Azevedo

11:15-12:30h **Sessão de Vídeos e Comunicações Orais**
Júri: José Neves e Joaquim Lindoro

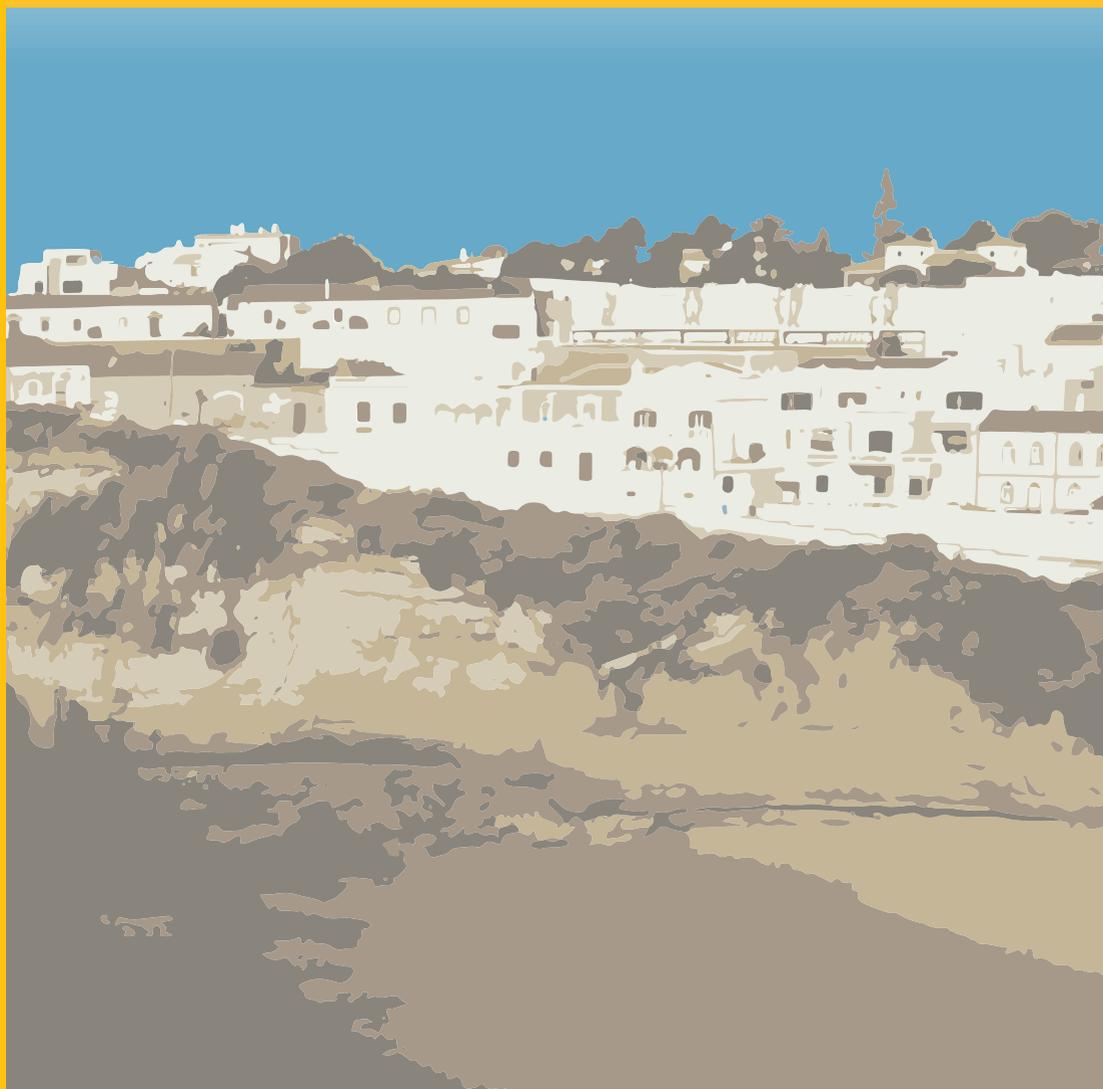
12:30-14:00h **Almoço**

14:00-15:00h **Mesa-Redonda: Reabilitação peniana pós-terapêutica do carcinoma da próstata**
Moderadores: A. Pepe Cardoso e La Fuente de Carvalho
Incidência e fisiopatologia da disfunção erétil após terapêutica do carcinoma da próstata (15 m)
Nuno Louro
Como abordar o doente? (15 m)
Joaquim Sarquella Geli
Protocolos terapêuticos (15 m)
Mikkel Fode
Discussão (15 m)

15:00-15:30h **Conferência: Tumores do pénis e sexualidade**
Presidente: Eduardo Silva
Palestrante: António Morais

15:30h **Entrega de Prémios e Sessão de Encerramento**
A. Pepe Cardoso, Pedro Vendeira e Fortunato Barros

RESUMOS DAS COMUNICAÇÕES ORAIS, POSTERS E VÍDEO



4 JUNHO 14:30-15:30H

JÚRI: FERDINANDO PEREIRA E SÉRGIO SANTOS

CO 01

CICLISMO E FUNÇÃO ERÉCTIL

Mário Lourenço, Gustavo Gomes, Miguel Eliseu, Paulo Dinis, Belmiro Parada e Arnaldo Figueiredo
Serviço de Urologia e Transplantação Renal do CHUC

Introdução: O efeito do ciclismo na função eréctil (FE) é controverso.

Objetivo: Avaliar o efeito do ciclismo amador na FE.

Métodos: Realização de questionário comparando ciclistas amadores (grupo 1, n=199) e futebolistas (grupo 2, n=50) relativamente à sua idade, índice de massa corporal, ingestão de álcool, tabagismo, medicação, comorbilidades e duração da prática desportiva (horas semanais). O grupo de ciclistas foi especificamente caracterizado em relação ao tipo de ciclismo (apenas BTT vs BTT e estrada), número de pausas, tipo de calções, tipo de selim e posição predominante na bicicleta.

Resultados: Os indivíduos do grupo 1 são mais velhos (38,1 vs 30,5 anos, $p=0,001$) e consomem menos álcool (60% vs 79%, $p=0,018$). As restantes variáveis não diferem entre os dois grupos. Não houve diferença no score total do IIEF5 entre os dois grupos (22,5 vs 21,7; $p=0,071$), sendo que 26,6% dos ciclistas e 37,2% dos futebolistas apresentaram um score total do IIEF5 ≤ 21 ($p=0,164$). A idade influencia negativamente o score total do IIEF5 dos ciclistas ($p=0,022$), mas não o dos futebolistas ($p=0,120$). Nenhum outro factor analisado influenciou a FE entre os dois grupos. O score do IIEF5 dos indivíduos sem factores de risco para disfunção eréctil não é estatisticamente diferente entre ciclistas e futebolistas ($p=0,269$).

Conclusão: Ciclistas mais velhos têm pior FE. A duração da prática de ciclismo (horas semanais) não influencia a FE. Não há diferença na FE entre os dois grupos.

CO 02

DISFORIA DE GÉNERO: EXPERIÊNCIA DA UNIDADE DE RECONSTRUÇÃO GENITO-URINÁRIA E SEXUAL (URGUS) DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Maria José Freire¹, Miguel Pessoa Vaz², Vera Marques¹, Paulo Temido¹, Paulo Azinhais¹, Francisco Rolo¹, Luís Sousa¹, Susana Pinheiro², Sara Ramos², Lígia Fonseca³, Arnaldo Figueiredo^{1,4}
¹Serviço de Urologia e Transplantação Renal, CHUC; ²Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados, CHUC; ³Serviço de Psiquiatria, CHUC; ⁴Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução: O termo “disforia de género” refere-se ao

descontentamento afectivo/cognitivo que pode acompanhar a incongruência entre o género expresso e o género designado. A Unidade de Reconstrução Genito-Urinária e Sexual (URGUS) do CHUC, criada em 2011, conta com uma equipa multidisciplinar, sendo a única unidade do SNS a realizar cirurgias de reatribuição sexual.

Objetivo: Avaliar as cirurgias de reatribuição sexual e suas complicações na URGUS.

Material e métodos: Foram avaliados retrospectivamente 91 doentes observados por Psiquiatria. Destes, 85 iniciaram tratamento hormonal e 27 realizaram cirurgias de reatribuição sexual. Avaliaram-se as cirurgias realizadas entre Setembro de 2011 e Abril de 2016, e suas complicações.

Resultados: Dos 27 doentes operados, 13 realizaram cirurgias de mulher para homem e 14 de homem para mulher. No primeiro grupo (média de idades de 26,5 anos) foram efectuadas 9 mastectomias bilaterais e 5 faloplastias; no segundo grupo (média de idades de 32,2 anos) realizaram-se 7 mamoplastias de aumento, 7 vagino/vulvoplastias e 1 cirurgia facial femininizante. A complicação cirúrgica mais frequente foi a fistula uretral do neofalo (n=5), com necessidade de re-intervenção cirúrgica em todos os casos. Quatro destes doentes encontram-se a urinar espontaneamente pelo neofalo e 1 pela fistula uretral. Todos os doentes com neofalo têm uma vida social normal.

Conclusões: Uma abordagem multidisciplinar é fundamental para o tratamento e satisfação destes doentes. A cirurgia de reatribuição sexual é tecnicamente desafiante, com necessidade de vários procedimentos e frequentemente de reintervenções. O tratamento cirúrgico e resultados obtidos estão de acordo com resultados de várias séries internacionais.

CO 03

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL PÓS TERAPÉUTICA DO CARCINOMA DO PÊNIS

Sofia Santos Lopes¹, Carlos Ferreira², António Morais³, Jorge Oliveira³

¹Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca; ²Hospital Pedro Hispano, ³IPO Porto

Introdução: O carcinoma do pénis é uma patologia rara, com uma incidência inferior a 1/100.000 homens nos países ocidentais. As Guidelines actuais recomendam o uso de terapêuticas conservadoras de órgão sempre que exequível, contudo os estudos acerca da função sexual pós terapêutica são raros.

Objetivos: Avaliação da função sexual de doentes com carcinoma do pénis submetidos a terapêuticas não invasivas, cirurgias poupadoras de órgão ou amputação parcial. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo com consulta de processo clínico de doentes observados em consulta de urologia entre Janeiro de 2005 e Dezembro de 2015. Entrevista telefónica com resposta ao questionário do Índice Internacional de Função Eréctil-5 (IIEF-5) aos doentes submetidos a terapêuticas poupadoras de órgão, relativamente à situação actual e à situação prévia ao tratamento. Foram excluídos os doentes com doença recidivante ou metastizada, idade superior a 75 anos ou presença de cirurgia prostática. Análise de dados com o Programa SPSS v.20®. **Resultados:** Foram estudados 18 doentes, com uma idade mediana à data cirurgia de 55,5 anos (37-72) e de 61,6 anos (40-75) à data da entrevista. A distribuição dos doentes por terapêutica foi: penectomia parcial (61,1%), glansectomia (16,7%), terapêutica fotodinâmica (11,1%), circuncisão (5,6%) e Laser CO2 (5,6%). Dos 18 doentes, um não apresentava vida sexual activa antes da terapêutica e, com um follow-up médio de 43 meses (6-134), os restantes 17 mantiveram vida sexual após. Constataram-se diferenças estatisticamente significativas entre as médias do score IIEF-5 inicial (22,06) e após (15,05) o procedimento terapêutico do cancro do pénis.

Discussão/Conclusões: Apesar de existir uma diminuição do score IIEF-5, a maioria dos doentes mantém vida sexual activa após terapêutica, pelo que as terapêuticas poupadoras de órgão devem ser incentivadas. É importante aconselhar os doentes relativamente à possibilidade de manutenção da função sexual após terapêuticas poupadoras de órgão no tumor do pénis.

CO 04

NOVE ANOS DE PRIAPISMO: RELAÇÃO COM DISFUNÇÃO ERÉCTIL

João Carvalho, Vera Marques, Pedro Nunes, Paulo Jorge Dinis, Mário Lourenço, Miguel Eliseu, Arnaldo Figueiredo
C.H.U.C - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O priapismo é uma emergência urológica e o seu tratamento deve tentar evitar a disfunção eréctil.

Objetivos: Caracterizar a população que desenvolveu priapismo durante nove anos. Caracterizar o impacto do tratamento na função eréctil.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos 65 casos de priapismo decorridos em 45 doentes, numa instituição

de saúde, entre 2007-2016.

Resultados: A idade média foi de 47,5 anos. Em média, cada doente sofreu 1,93 episódios, com um tempo médio de evolução de 24,32 horas. A causa mais comum foi a toma de um psicofármaco (29,8%). Todos os casos de priapismo foram do tipo isquémico. Em 82,5%, o tratamento iniciou-se pela lavagem dos corpos cavernosos. Em 36,8%, foi necessária posterior realização de shunt distal, preferencialmente do tipo Winter (80%). Em 26,3% foi necessária uma reintervenção passados em média 5,9 dias - novo shunt distal de Winter (41,7%) ou lavagem dos corpos cavernosos (33,3%). Em 79,6%, obteve-se resolução intraoperatória imediata, constatando-se fibrose corpórea em 40,4%. Os doentes que resolveram intraoperatoriamente foram aqueles que tinham menor tempo de evolução (26 vs 55,57 horas, p: 0,03). Em 32,4%, desenvolveu-se disfunção eréctil, sendo que estes tiveram uma evolução mais prolongada (33,9 vs 17,86 horas) surgindo numa idade mais avançada (52,8 vs 42,6 anos, p=0,009). A necessidade de realização de shunt associou-se a uma maior prevalência de disfunção eréctil (p:0,013). A necessidade de reintervenção não determinou a existência de disfunção eréctil.

Discussão/Conclusões: A disfunção eréctil é uma realidade após priapismo: a necessidade de uma intervenção mais agressiva implica um prognóstico mais reservado.

CO 05

IMPACTO NA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA APÓS CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO – ESTUDO RETROSPECTIVO

Alberto Silva, Sofia Lopes, Sónia Ramos, Ana Cebola, A. Pepe Cardoso.

Instituições Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E.

Introdução: A incontinência urinária (IU) é um problema comum e angustiante em mulheres, com uma prevalência de 11,4-73%. Geralmente tem efeitos adversos marcantes sobre a qualidade de vida (QV), podendo causar sofrimento emocional, constrangimento e afetar negativamente a sexualidade feminina.

A IU é uma síndrome multifatorial relacionada a uma diminuição do equilíbrio entre a atividade esfinteriana uretral e função da bexiga. Em relação aos diferentes tipos de incontinência, na IU de esforço (IUE) apenas 1/3 tem disfunção sexual (SD), em comparação com mais de 71% das pessoas com instabilidade do detrusor.

Alguns estudos analisaram a função sexual das Doentes submetidas a tratamento cirúrgico da IUE, na maioria das vezes por *TVT-O*, sendo que após a cirurgia 53% das

Doentes reportaram melhoria da sua função sexual, sugerindo Zyczynski, *et al* (2007) um benefício contínuo sobre a função sexual até dois ou três anos após a cirurgia.

Objetivo: Determinar a influência da cirurgia corretiva da IU na função sexual (FS) das mulheres com IUE moderada a severa.

H1: IUE Severa apresenta um maior impacto negativo sobre o nível de qualidade de vida (QV) e FS.

H2: Melhorar a qualidade de vida após a cirurgia corretiva da IU traduz numa melhoria da FS.

H3: Um efeito discreto na melhoria IUE, pode condicionar impacto significativo na QV e FS.

Metodologia: Estudo retrospectivo em que o grupo experimental foi submetido a cirurgia corretiva de IUE (TVT-O). O programa de monitoramento pós-cirúrgico durou 1 ano. A população do estudo consistiu de mulheres, com idades entre 40 e 65 anos, inclusive, com o diagnóstico de IUE, consultando o processo clínico (arquivo informático). A população selecionada pertence à área de influência do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE (HFF) e a participação das mulheres no estudo foi sujeito ao consentimento prévio informado. A função sexual foi avaliada através de um questionário validado, Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) adaptado e validado para população portuguesa.

A seleção da amostra: Doentes encaminhados para primeira consulta de Urologia no HFF com IUE diagnosticada por estudo urodinâmico / exame físico / Teste de Bonney, entre o período de 01 janeiro de 2014 a 01 de janeiro de 2015. Foram seleccionadas, através de entrevista clínica, as primeiras 50 mulheres, submetidas a TVT-O e com mais de 3 meses de evolução.

Foi realizado contato telefónico prévio para informar as Doentes se estariam disponíveis para participar no estudo/questionário.

Foram enviados, por via postal, dois questionários FSFI e incontinência, que posteriormente foram reenviados para o hospital. As respostas foram aguardadas durante 1 mês.

Os critérios de inclusão e exclusão (Tabela 1, Tabela 2, respetivamente).

TABELA 1

Crítérios de Inclusão

- IUE moderada a grave
- Sintomas de IU > 3 meses
- Mulheres > 40 e <65 anos
- Mulheres paridade > ou igual a 1

TABELA 2

Crítérios de Exclusão

- correção cirúrgica anterior para IUE
- Presença de IU mista ou IU Urgência
- Gravidez, pretensão para futuras gestações
- Patologia do foro neurológico (esclerose múltipla, acidente vascular cerebral, D. Parkinson, acidentes vértebro-medulares, lesões nervosas – nervo pudendo)
- Outras doenças (insuficiência cardíaca, doença Oncologia, Diabetes Mellitus)
- Medicação farmacológica (diuréticos, antagonistas alfa-adrenérgicos, sedativos)
- Presença de prolapso vaginal grave (> grau II)

Discussão/Conclusão: O estudo permitiu verificar que os valores obtidos para o FS na IUE estão em conformidade com os valores obtidos na literatura. Conseguiu-se demonstrar que o tratamento da IUE, após TVT-O, traduziu-se em mudanças significativas na FS das Doentes, como refletido na análise das respostas ao questionário FSFI.

Referências:

- Lowenstein L, et al, Female sexual function and gynecological disorders, 2015; (29) 1007 – 17.
- Zyczynski HM, et al, Sexual activity and function in women more than 2 years after midurethral sling placement; Am J Obstet Gynecol; 207(5): 421 e1-6
- Questionário de incontinência: https://www.saudecuf.pt/descobertas/ResourceLink.aspx?ResourceName=FOLHETO_INCONTINENCIA_2_HCD.pdf
- Pedro Pechorro, *et al*, Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI), 2009; Laboratório de Psicologia, 7(1): 33-44

CO 06

PRIMEIROS RESULTADOS DE DOENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO COM ONDAS DE CHOQUE DE BAIXA INTENSIDADE (LI-ESWT): UM ESTUDO PROSPETIVO

Pedro Costa, Jorge Dias, Ricardo Gouveia, Raquel Rodrigues, Daniela Pereira, Rui Amorim, Paulo Espiridião, Luís Costa, Vítor Oliveira, Luís Xambre, Manuel Pereira, José Amaral, Luís Ferraz

Serviço de Urologia, Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

A disfunção erétil (DE) é um problema prevalente na nossa sociedade, sendo ainda mais frequente em doentes mais velhos e com fatores de risco cardiovasculares. A utilização de inibidores 5-fosfodiesterase (I5FD) e de alprostadilo (ALP) são as opções terapêuticas médicas

disponíveis. Contudo, nos doentes não respondedores a estes tratamentos as opções terapêuticas são escassas. Nesse sentido, nos últimos anos, têm surgido alguns estudos que demonstram a eficácia do tratamento através de ondas de choque de baixa intensidade (LI-ESWT).

Neste artigo apresentam-se os primeiros dados referentes a um estudo prospetivo a decorrer no CH.V.N.Gaia com o intuito de avaliar a eficácia de LI-ESWT em doentes com DE. 16 doentes com DE de etiologia vascular e/ou diabética foram submetidos a 4 sessões de LI-ESWT (3000 impulsos/sessão, distribuídos em 6 pontos (4 haste peniana + 2 raiz peniana), semanalmente). Foi efetuada uma reavaliação 4 semanas após o término do tratamento.

Os doentes tinham $60,9 \pm 7,5$ anos, sendo 56% diabéticos, 63% hipertensos e 38% fumadores. Apresentavam um score IIEF-5 $11,6 \pm 4,7$. Na resposta aos I5FD, 56% não respondiam e 19% estavam contra-indicados, enquanto a ALP 13% não respondiam. Durante o tratamento, 50% dos doentes referiram aparecimento de ereções espontâneas de novo, com 31% a referir melhoria global. Após o tratamento, o score IIEF-5 foi de $12,2 \pm 4,3$, com apenas 12,5% dos doentes a referir sentir-se melhoria objetiva. Não foram registadas complicações.

No presente estudo, não se conseguiu demonstrar uma melhoria sustentada na capacidade erétil após tratamento com LI-ESWT, contudo foi identificado uma melhoria sintomática durante o tratamento. Assim, a presente técnica ainda carece de estudos que confirmem definitivamente o benefício identificado por alguns grupos. De futuro, a alteração de alguns parâmetros (frequência, nº de impulsos) e uma seleção de doentes poderá melhorar os resultados.

5 JUNHO 11:15-12:30H

JÚRI: JOSÉ NEVES E JOAQUIM LINDORO

CO 07

BIÓPSIAS TESTICULARES: A NOSSA EXPERIÊNCIA

Pedro Costa, Helena Figueiredo, Raquel Rodrigues, Daniela Pereira, Jorge Dias, Rui Amorim, Paulo Espiridião, Luís Costa, Vítor Oliveira, Luís Xambre, Manuel Pereira, José Amaral, Luís Ferraz

Serviço de Urologia, Unidade de Medicina da Reprodução Dra. Ingeborg Chaves, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

A infertilidade conjugal é um problema que afeta uma percentagem importante de casais em Portugal, estimando-se que exista contributo do fator masculino em cerca de metade dos casos. A existência de técnicas de

procriação medicamente assistida veio solucionar muitas destas situações. Na presença de um caso de infertilidade na dependência do fator masculino, a colheita de gâmetas masculinos (SPZ) é um passo fundamental para o processo, em especial na técnica de microinjeção intracitoplasmática (ICSI). Nos casos de azoospermia (quer obstrutiva (OA) quer não-obstrutiva (NOA)), a biópsia testicular (BT) é a técnica mais comumente utilizada.

Foi realizado um estudo descritivo das biópsias testiculares realizadas no C.H.V.N.Gaia desde o ano 2013.

77 doentes com $35,8 \pm 5,4$ anos foram submetidos a 93 biópsias. Todos os procedimentos foram realizados sob antestesia local, 60% por técnica aberta (TESE) e 40% por técnica aspirativa (TESA). 38% apresentavam alguma anomalia no exame físico (25% com atrofia testicular). 70% foram realizadas em ciclo de modo a utilizar-se SPZ frescos. 55% dos doentes apresentavam NOA, 30% OA e 15% outra etiologia.

Foi possível a colheita de SPZ em 73% dos casos (96% dos OA, 53% dos NOA). Criopreservou-se em 27%. As taxas globais de fertilidade e gravidez foram, respetivamente, 34% e 17%.

Não foi observada qualquer complicação no pós-operatório. A BT é a única solução possível para colheita de SPZ especialmente nos casos de azoospermia. Trata-se de um procedimento tecnicamente simples e de morbilidade muito reduzida. Sendo que a utilização de SPZ frescos potencia o sucesso de técnicas como a ICSI, a colheita deve realizar-se com as parceiras em ciclo.

CO 08

EMBOLOGIZAÇÃO DE VARICOCELO CLÍNICO: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ESPERMA A LONGO PRAZO, TAXA DE COMPLICAÇÕES E SATISFAÇÃO

Maria José Freire¹, Ana Paula Sousa^{2,3}, Hugo Coelho¹, Luís Sousa¹, João Ramalho-Santos^{3,5}, Belmiro Parada^{1,4}, Teresa Almeida-Santos^{2,3,4}, Arnaldo Figueiredo^{1,4}

¹Serviço de Urologia e Transplantação Renal, CHUC; ²Serviço de Medicina da Reprodução, CHUC; ³Centro de Neurociências e Biologia Celular, Universidade de Coimbra; ⁴Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; ⁵Biologia Celular e Departamento de Ciências da Vida, Universidade de Coimbra

Introdução: O varicocele clínico pode levar a alterações da qualidade espermática, sendo que a sua correção por embolização percutânea (EPV) tem apresentado bons resultados e baixa taxa de complicações.

Objetivo: Avaliar a qualidade dos parâmetros espermáticos a longo prazo, complicações e satisfação global após EPV.

Material e métodos: Foram avaliados prospetivamente

320 doentes inférteis do Serviço de Medicina da Reprodução do CHUC que realizaram EPV entre Janeiro de 2007 e Março de 2016. A concentração, mobilidade e morfologia de espermatozoides foram avaliadas pré, aos 3, 6 e 12 meses após EPV, assim como as complicações e satisfação global. A análise estatística foi realizada através do SPSS V22.0.

Resultados: A concentração de espermatozoides melhorou de $11,1 \pm 1,2 \times 10^6/\text{mL}$ pré-embolização para $19,9 \pm 1,9 \times 10^6/\text{mL}$, $16,9 \pm 3,1 \times 10^6/\text{mL}$ e $23,0 \pm 4,0 \times 10^6/\text{mL}$, aos 3, 6 e 12 meses, respetivamente ($p < 0,05$) e $28,8 \pm 3,6\%$ ($p > 0,05$), aos 3, 6 e 12 meses. Não se verificaram diferenças significativas na morfologia ao longo do tempo. Três meses após a EPV, verificou-se uma melhoria em pelo menos um dos parâmetros em 64% dos doentes, e em todos os parâmetros em 16%. A taxa de complicações foi de 5% – orquitepididimite (46%) e dor (39%). Quando questionados, 90% dos doentes repetiria o procedimento.

Conclusões: A EPV clínico em doentes inférteis está associada a uma melhoria da qualidade espermática a curto e longo prazo, nomeadamente ao nível da concentração de espermatozoides. A taxa de complicações é baixa, e a maioria dos doentes repetiria o procedimento se necessário.

CO 09

TAXA DE GRAVIDEZ ESPONTÂNEA E NASCIMENTOS APÓS EMBOLIZAÇÃO DE VARICOCELO CLÍNICO EM DOENTES INFÉRTEIS

Maria José Freire¹, Ana Paula Sousa^{2,3}, Hugo Coelho¹, Luis Sousa¹, João Ramalho-Santos^{3,5}, Belmiro Parada^{1,4}, Arnaldo Figueiredo^{1,4}, Teresa Almeida-Santos^{2,3,4}

¹Serviço de Urologia e Transplantação Renal, CHUC; ²Serviço de Medicina da Reprodução, CHUC; ³Centro de Neurociências e Biologia Celular, Universidade de Coimbra; ⁴Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; ⁵Biologia Celular e Departamento de Ciências da Vida, Universidade de Coimbra

Introdução: O varicocele, causa mais comum de infertilidade masculina, está associado a anomalias do esperma. Apesar da sua correção resultar numa melhoria da qualidade espermática, os benefícios em termos de gravidez são controversos.

Objetivo: Avaliar a recorrência a técnicas de procriação medicamente assistida (PMA), taxa de gravidez espontânea e nascimentos, após embolização percutânea de varicocele (EPV) em doentes inférteis.

Material e métodos: Foram avaliados prospetivamente 320 doentes inférteis do Serviço de Medicina da Reprodução do CHUC, que realizaram EPV clínico entre Janeiro

de 2007 e Março de 2016. O uso de técnicas de PMA, taxa de gravidez espontânea e nascimentos foram avaliados. A análise estatística foi realizada através do SPSS V22.0.

Resultados: Após EPV, a taxa de gravidez foi de 47% (52,4% por gravidez espontânea e 47,6% após PMA). A primeira gravidez ocorreu em média $17,54 \pm 14,4$ meses após o procedimento, (55,7% num período ≤ 12 meses). O tempo entre a embolização e a obtenção de uma gravidez é semelhante entre as gravidezes espontâneas e por PMA ($p > 0,05$). Das gravidezes resultaram 83% de nascimentos, maioritariamente de uma criança (81%). Doentes que apresentavam inicialmente espermatozoides com valores mais altos de mobilidade progressiva assim como os que tiveram uma melhoria de concentração pré/pós EPV, tiveram taxas de gravidez mais elevadas ($p = 0,031$ e $p = 0,012$, respetivamente).

Conclusão: A melhoria da qualidade espermática após EPV em doentes inférteis está associada a taxas de gravidez elevadas, num período médio

CO 10

EJACULAÇÃO PREMATURA EM ALUNOS UNIVERSITÁRIOS: CARACTERIZAÇÃO E RELAÇÃO COM PERTURBAÇÕES DO HUMOR

Isaac Campos Braga^{1,2}, João Ferreira Cabral¹, Diogo José Carneiro¹, André Marques Pinto¹, Nuno Louro¹, José LaFuente de Carvalho¹, Avelino Fraga¹

¹Serviço de Urologia, Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António, Porto, Portugal; ²Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (ICVS) e Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Introdução: Uma sexualidade saudável parece desempenhar um papel protetor no desenvolvimento de perturbações do humor, nomeadamente nos sintomas depressivos. Da mesma forma, os sintomas de ansiedade poderão desempenhar um papel no desenvolvimento de disfunções sexuais.

Nos jovens a prevalência de ejaculação prematura (EP) não está totalmente caracterizada.

Objetivos: Avaliar a EP (auto-referida) e a sua relação com qualidade de vida sexual (QdVS) e sintomas de ansiedade ou depressão numa população jovem.

Material e métodos: Foi usado um questionário online em alunos universitários com caracterização demográfica, avaliação subjetiva da satisfação com a vida sexual (utilizando uma questão – “Qual a melhor descrição da sua vida sexual actual?”), QdVS (usando o questionário *SQoL-M – Sexual Quality of Life – Male*) e avaliação de

TABELA 1	
Idade, anos (min-max)	24 (17-65)
Orientação Sexual	n (%)
Heterossexual	305 (85,2)
Homossexual	24 (6,7)
Bissexual	29 (8,1)
Relacionamento atual	n (%)
Não	145 (40,5)
Sim	213 (59,5)
Idade início, anos (min-max)	18 (10-30)
Nunca teve relações sexuais, n (%)	85 (23,7)
Avaliação subjetiva da função sexual (*classificada como insatisfação sexual)	n (%)
Satisfeito, não deseja mudar	152 (42,5)
Satisfeito, mas desejo mudar *	82(22,9)
Insatisfeito, não desejo mudar	8 (2,2)
Insatisfeito, desejo mudar*	78 (21,8)
Tenho disfunção sexual *	10 (2,8)
Sexo não é questão para mim	28 (7,8)
PEDT (total n: 273)	n (%)
Sem EP	187 (68,5)
EP Provável	21 (9,2)
EP	61 (22,3)
HADS (total n: 273)	n (%)
Dimensão Ansiedade	
Normal (score ≤8)	178 (65,2)
Ligeira (8<score<10)	19 (6,9)
Ansiedade (score ≥11)	76 (27,8)
Dimensão Depressão	
Normal (score ≤8)	231 (84,6)
Ligeira (8<score<10)	14 (5,1)
Depressão (score ≥11)	28 (10,3)
Legenda: PEDT – Premature Ejaculation Diagnostic Tool; HADS – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão	

sintomas de ansiedade e depressão (usando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS). A avaliação da EP foi realizada com a escala *Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT)*. A análise estatística foi realizada utilizando o STATA v13.1.

Resultados: Completaram o questionário um total de 358 participantes com idade média de 24±6,6 anos (17-65). Oitenta e cinco participantes (23,7%) ainda não tinham iniciado a vida sexual e foram excluídos da análise. Um total de 170 (47,5%) “desejava mudar a sua vida sexual atual” e foram considerados insatisfeitos na avaliação subjetiva da vida sexual.

A prevalência de EP (auto-referida) foi de 22,3%, com cerca de 9% de casos prováveis de EP. Os sintomas de ansiedade relacionavam-se com a EP ($p=0,017$), o mesmo não acontecia nos participantes com sintomas depressivos ($p=0,213$). Quando se comparava a QdVS em homens sem EP (incluindo os casos de “EP provável”), os participantes com EP tinham em média menor QdVS (76% vs. 55%, respetivamente. ANOVA, $p<0,001$). Existe ainda uma associação positiva entre EP e insatisfação com a vida sexual (regressão logística $p=0,002$).

Conclusão: O presente estudo demonstra uma prevalência elevada de EP numa população jovem. Existe relação da ansiedade com EP e este facto parece interferir na qualidade da vida sexual. As perturbações do humor, nomeadamente a ansiedade e depressão, parecem desempenhar um papel nas disfunções sexuais.

CO 11

PERFIL DE EXPRESSÃO DE PROTEÍNAS SINALIZADORAS NOS ESPERMATOZÓIDES HUMANOS

Patrício A.¹, Vieira Silva J.², Freitas M. J.², Regadas Correia B.², Korrodi-Gregório L.², Maia N.¹, Almeida S.¹, Lourenço J.¹, Pelech S.^{3,4} e Fardilha M.²

¹Hospital Infante D. Pedro E.P.E., Aveiro, Portugal; ²Laboratório de Transdução de Sinais, Departamento de Biologia e Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, Campus de Santiago, Aveiro, Portugal; ³Kinexus Bioinformatics Corporation, Vancouver, British Columbia, Canada; ⁴Department of Medicine, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada

Introdução: A Infertilidade afeta 15% dos casais a tentar engravidar, sendo que na metade dos casos a etiologia está relacionada com o factor masculino. Num país com 2,2% de nascimentos com recurso a técnicas de PMA, a fisiologia e a biologia molecular dos espermatozoides tem sido largamente negligenciada, descuidando-se muitas vezes a obtenção de um ejaculado dito normal. Muitas questões relacionadas com a etiologia da infer-

tilidade masculina permanecem por responder, sendo a infertilidade idiopática o tipo mais comum de infertilidade masculina. A identificação de fatores de infertilidade masculina e biomarcadores irá melhorar o tratamento da fertilidade e até permitir concepção através de coito.

Objetivos: Neste estudo propusemo-nos estabelecer uma correlação entre parâmetros seminais básicos e a expressão e actividade de proteínas sinalizadoras.

Material e métodos: Trinta e sete homens forneceram amostras de sêmen para análise de rotina. Nestas amostras foram avaliados os parâmetros seminais básicos, a fragmentação de DNA (SDF), os níveis de expressão de 75 cinases e os padrões de fosforilação/clivagem de 18 proteínas sinalizadoras.

Resultados: Os resultados indicam que os níveis de várias proteínas fosforiladas [Bad, GSK-3 β , HSP27, JNK/SAPK, mTOR, p38 MAPK e p53], bem como a clivagem da PARP (em D214) e da Caspase-3 (em D175) estão significativamente correlacionados com os parâmetros de mobilidade. Para além disso, a percentagem de espermatozoides morfológicamente normais demonstrou uma correlação significativa positiva com os níveis de cinase p70 S6 fosforilada. Por sua vez, a percentagem de defeitos na cabeça e o índice de teratozoospermia (TZI) demonstraram uma correlação significativa negativa com os níveis de Stat3 fosforilada. Foi ainda demonstrada uma correlação significativa positiva entre SDF e TZI, e SDF e a presença de defeitos na cabeça. Em contrapartida, a SDF correlacionou-se negativamente com a percentagem de espermatozoides morfológicamente normais e a fosforilação da AKT e da cinase p70 S6. Doentes com varicocele demonstraram de forma significativa uma correlação negativa entre defeitos morfológicos da cabeça e os níveis da AKT, GSK3 β , p38 MAPK e Stat1 fosforiladas. Além disso, 34 cinases foram identificadas como expressas nos seus níveis totais em amostras normozoospermicas.

Conclusões: Neste estudo pretendemos contribuir de forma significativa para a caracterização molecular dos doentes inférteis através do estabelecimento de um biomarcador *fingerprint* a associar ao espermograma convencional.

CO 12

FACTORES PROGNÓSTICOS NA GANGRENA DE Fournier

Vera Marques, Miguel Eliseu, Edgar Tavares Silva, Hugo Coelho, Hugo Antunes, Francisco Rolo e Arnaldo Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A gangrena de Fournier é uma fascíte necrotizante polimicrobiana que envolve o períneo e genitália, podendo ser eventualmente fulminante, sendo o seu

diagnóstico e tratamento emergentes.

Objetivos: Avaliar os fatores de mau prognóstico na gangrena de Fournier.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos dos 78 doentes admitidos num centro hospitalar terciário entre 2006-2016 com diagnóstico de gangrena de Fournier. Avaliação do impacto das comorbilidades, demora no tratamento cirúrgico e fatores bioquímicos na mortalidade e número de desbridamentos necessários. Análise estatística com SPSS®21.0.

Resultados: A idade média dos doentes foi 65 anos (23-91), todos do sexo masculino. Do total, 11 doentes (14,1%) morreram. O tratamento cirúrgico inicial foi realizado em média em 16 horas (2-118) após a admissão, tendo cada doente em média realizado 1,6 desbridamentos (1-4). As principais comorbilidades identificadas foram a patologia urológica (44,9%), hipertensão arterial (33,3%), diabetes mellitus (32,1%) e patologia oncológica (24,4%). Os doentes que morreram eram significativamente mais velhos que os que sobreviveram (75,6vs.63,8, p=0,023). Os doentes obesos foram operados menos vezes (p=0,02). Dos fatores bioquímicos estudados, nenhum influenciou a mortalidade. Contudo, os valores de PCR inicial foram significativamente mais altos nos doentes que repetiram o desbridamento (32,6vs.24,2, p=0,018). A demora até realização da intervenção cirúrgica não influenciou a mortalidade (p=0,49) ou o número de intervenções (p=0,97).

Conclusões: A mortalidade nos doentes com gangrena de Fournier relacionou-se com uma idade mais avançada. Doentes obesos e com PCR inicial mais elevada necessitaram de mais desbridamentos cirúrgicos.

VÍDEO

UTILIZAÇÃO DE ENXERTO DE THACOSIL® POR TÉCNICA AUTO-ADESIVA NA CORRECÇÃO CIRÚRGICA DA DOENÇA DE PEYRONIE

Pedro Miguel Baltazar¹, Joaquim Sarquella Geli², Luís Campos Pinheiro¹ e Eduard Ruiz Castañé²

¹Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal; ²Serviço de Andrologia, Fundació Puigvert, Barcelona, Espanha

Introdução: A incisão/excisão de placas e aplicação de enxertos é o goldstandard no tratamento da Doença de Peyronie (DP) com curvaturas complexas; Os enxertos não-autólogos têm sido amplamente utilizados contudo o enxerto ideal ainda não foi encontrado; Neste vídeo descreve-se o procedimento de corporoplastia com excisão de placa e aplicação auto-adesiva de TachoSil® (colagén-

nio + fibrinogénio humano/trombina humana).

Objetivos: Rever as principais características clínicas da DP; Descrever em detalhe todos os passos da corporoplastia com excisão de placa e preenchimento de defeito com TachoSil®; Rever a bibliografia existente sobre esta técnica cirúrgica.

Material e métodos: Doente com DP em fase estável e curvatura dorsal de 60° submetido a corporoplastia e aplicação auto-adesiva de enxerto de TachoSil®; Revisão da literatura através da base de dados *PubMed*®.

Resultados: Correção da curvatura documentada com ereção artificial; Tempo cirúrgico de 50min; Ausência de complicações peri ou pós-cirúrgicas; Foram revistas as principais características da DP; A utilização de TachoSil® como enxerto é uma opção viável na abordagem cirúrgica da DP.

Discussão/Conclusões: A excisão cirúrgica de placas e aplicação de enxertos está sobretudo indicada em doentes com função erétil preservada e que apresentem doença estabilizada com curvaturas complexas ou >60° e/ou pénis de menor comprimento; A excisão de placa e utilização de TachoSil® com técnica auto-adesiva é um procedimento reprodutível, menos invasivo e de elevado sucesso terapêutico; O menor tempo operatório por facilidade de aplicação de enxerto e o efeito hemostático acrescido fazem desta técnica uma alternativa viável e promissora face a outros tipos de enxertos.

4 JUNHO 10:15-10:45H
JÚRI: LUÍS FERRAZ E BRUNO GRAÇA

P 01

SÍNDROME DE KLINEFELTER COMO CAUSA DE INFERTILIDADE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Francisco Fernandes, João Pina, Raquel João, Hugo Pinheiro, Pedro Baltazar, Gil Falcão, Fernando Calais, Fortunato Barros, Luís Pinheiro

Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução: A Síndrome de Klinefelter afecta 1 em 600 homens e constitui a causa genética mais comum de infertilidade.

A presença de um ou mais extra cromossoma X constitui a alteração genética sendo que 80% dos casos correspondem ao cariótipo 47,XXY.

O quadro de hipogonadismo é característico desta síndrome sendo que a apresentação clínica é muito variável e compreende alterações como redução do volume testicular, ginecomastia, alterações da distribuição da pilosidade e dificuldade na aprendizagem. Analiticamente apresenta-se com níveis normais/diminuídos de androgénios e com aumento das gonadotropinas. O espermograma revela em cerca de 90% dos casos azoospermia.

Caso clínico: Indivíduo do sexo masculino, 36 anos, que recorre à consulta por infertilidade. Este não apresentava sintomatologia de doença sistémica ou antecedentes de relevo. Ao exame objectivo destacava-se uma diminuição do volume testicular. Em termos analíticos apresentava diminuição do nível de testosterona com aumento das hormonas gonadotróficas. O espermograma demonstrava oligoastenoteratozoospermia.

Face às alterações reveladas o doente foi submetido a um estudo do cariótipo que revelou – 47,XXY. O casal foi então aconselhado a realização de fertilização através de uma técnica de reprodução medicamente assistida.

Conclusão: A síndrome de Klinefelter constitui uma forma primária de falência testicular que se pensa responsável por cerca de 2% dos casos de infertilidade.

A sua apresentação clínica muito variável faz com que seja muitas vezes subdiagnosticada. A substituição com testosterona exógena é o tratamento de escolha apesar de não interferir com a fertilidade.

As técnicas de reprodução medicamente assistida vieram tornar possível a paternidade nestes indivíduos.

P 02

EFEITO DA CIRCUNCISÃO NA FUNÇÃO SEXUAL

Mário Lourenço, Edgar Tavares, Maria José Freire, Belmiro Parada, Arnaldo Figueiredo

Serviço de Urologia e Transplantação Renal do CHUC

Introdução: O efeito da circuncisão sobre a função sexual masculina é controverso.

Objetivos: Avaliar o tempo de latência intravaginal e a função sexual pré e pós-circuncisão.

Métodos: Amostra composta por todos os doentes circuncidados pelo mesmo cirurgião (investigador principal) há menos de 26 meses, com idade inferior a 60 anos e com actividade sexual nos últimos 30 dias. Para avaliação da função sexual pré e pós-circuncisão foram usados os questionários IIEF-5 (versão validada para Português) e BMSFI, sendo que os dados pré-circuncisão foram obtidos de forma retrospectiva. Foram ainda questionados o motivo da circuncisão, o tempo de latência intravaginal e o grau de satisfação dos doentes com o procedimento. As entrevistas foram presenciais ou por via telefónica, após consentimento verbal dos indivíduos.

Resultados: Amostra composta por 25 doentes, idade média de 36,3±10,3anos (lim:22-55), sendo a avaliação realizada em média 11,4±5,4 meses após a cirurgia (lim:5-26). Dos indivíduos avaliados, 52% referiram melhoria da vida sexual, 44% não notaram diferença e 4% referiram agravamento. Repetiriam a cirurgia 92% dos indivíduos.

Não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os resultados pré-circuncisão e pós-circuncisão em relação à latência intravaginal ($p=0,608$), satisfação sexual “subjectiva” ($p=0,130$), score total do BMFSI ($p=0,054$) e score do IIEF-5 ($p=0,351$), mesmo após ajuste da idade. Indivíduos com mais de 30 anos parecem ter melhores resultados no score da ejaculação do BMFSI ($p=0,023$) quando comparados com os menores de 30 anos, mas o score global e restantes scores parciais são iguais. Há uma correlação entre os scores BMFSI pré-circuncisão e pós-circuncisão e os scores IIEF-5 pré e pós-circuncisão, respectivamente ($p < 0,01$).

Conclusão: A circuncisão não parece influenciar a função sexual dos doentes.

P 03

TORÇÃO DO CORDÃO ESPERMÁTICO NO ADULTO: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Hugo Pinheiro, Raquel João, João Magalhães Pina, Pedro Baltazar, Francisco Fernandes, Gil Falcão, Frederico Ferronha, Luis Campos Pinheiro

Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução: A torção do cordão espermático (TCE) tem maior prevalência na adolescência, contudo estima-se que 39% dos casos possam ocorrer na vida adulta.

Objetivos: Avaliar a apresentação clínica dos doentes submetidos a exploração escrotal urgente (EEU) por suspeita de TCE e potenciais factores contributivos para o diagnóstico diferencial.

Métodos: Análise retrospectiva dos processos dos 73 doentes submetidos a EEU por suspeita de TCE entre 01-2010 e 12-2015. Em função do diagnóstico cirúrgico, os doentes foram divididos em dois grupos: Grupo 1 - doentes com TCE; Grupo 2 - outras patologias (orquiepididimite, trauma escrotal). Foram comparados dados da história clínica, exame objectivo e resultados de Doppler ecográfico escrotal (DEE).

Resultados: O Grupo 1 incluiu 52 doentes (71.2%) e o Grupo 2 continha 21 doentes (28.8%). O Grupo 2 apresentou uma média de idades superior ($35,7 \pm 20,4$ vs. $22,2 \pm 6,0$, $p=0,007$). Não se verificaram diferenças quanto à duração da dor escrotal ($p=0,36$), no entanto a presença de testículo em posição anormal foi mais frequente no Grupo 1 (58,4% vs. 26,9%, $p=0,025$). Não existiram diferenças significativas relativamente à existência de febre, eritema ou edema escrotal, e dor à palpação testicular entre os 2 grupos. A taxa de salvação testicular foi de 78,8%, tendo sido submetidos a orquidectomia 21,1% dos doentes. Foi realizada DEE em 28 doentes (38,3%), com uma sensibilidade de 100% e um valor preditivo positivo de 76,9%.

Discussão/Conclusões: A TCE constitui a causa mais frequente para EEU no adulto. Os achados clínicos aliados ao DEE parecem desempenhar um papel importante no diagnóstico diferencial.

P 04

FRATURA DO PÊNIS COM RUTURA BILATERAL DOS CORPOS CAVERNOSOS E LACERAÇÃO COMPLETA DA URETRA – À SEGUNDA NÃO É DE VEZ

Raquel Rodrigues, Pedro Costa, Daniela Pereira; Rui Amorim, Luís Ferraz

CHVNG/E; EPE

Introdução: A fratura do pénis é um traumatismo uro-

lógico incomum mas emergente. Habitualmente são unilaterais e associam-se a lesões do corpo esponjoso e uretra em apenas 10 a 22%.

Material e métodos: Consulta do processo clínico do doente. Apresentam-se imagens de cavernosografia e fotografias intra-operatórias.

Resultados: Homem, 37 anos de idade, com traumatismo peniano durante o ato sexual e detumescência peniana imediata. À entrada na urgência apresentava volumoso hematoma peniano, sem extensão escrotal. Sem uretrorragia ou globo vesical.

Submetido a exploração cirúrgica com realização de cavernosografia. Intra-operatoriamente constatada laceração bilateral dos corpos cavernosos superior a 50% da circunferência e laceração completa do corpo esponjoso e uretra, cerca de 2 cm distalmente à lesão prévia. Colocação de Foley 16 Fr, após drenagem do hematoma e exposição da rutura. Reparação dos corpos cavernosos a nível do septo e circunferência dorsal e reparação da lesão uretral com uretrorrafia termino-terminal. Pós-operatório imediato complicado por uretrorragia após ereção espontânea, resolvida com tratamento conservador. Após um ano apresenta função sexual preservada, sem curvaturas. Refere jacto impreciso ocasional. Fluxometria a demonstrar um Qmax de 19,2 ml/s e uma curva ligeiramente achatada. Na cistoscopia apresenta sub-estenose no local de correção facilmente transponível.

Conclusão: O traumatismo peniano para além da lesão da túnica dos corpos cavernosos pode, muito raramente, associar-se a lesões do corpo esponjoso e uretra. O tratamento cirúrgico de lesões agudas permite uma recuperação mais rápida, menor taxa de impotência e de deformidade peniana.

Neste trabalho apresentamos o raro caso de uma segunda fratura bilateral dos corpos cavernosos e laceração completa da uretra.

P 05

DISFUNÇÃO ERÉCTIL: O IMPACTO DAS PRÓTESES PENIANAS NOS SINTOMAS DEPRESSIVO-ANSIOSOS

André Marques Pinto, Ana Dias Amaral, Diogo Nunes Carneiro, Daniel Oliveira Reis, Manuel Castanheira de Oliveira, Nuno Louro, José LaFuente, Avelino Fraga
Serviço de Urologia, CHP Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental, CHSJ

Introdução: A Disfunção Eréctil (DE) é uma entidade com elevada prevalência e tem grande impacto físico/psicosocial. A sua abordagem envolve uma avaliação holística e o seu tratamento será, necessariamente, ajustado ao

indivíduo. As próteses penianas apresentam-se como solução de terceira linha em indivíduos com má resposta ao tratamento conservador, pois são seguras e eficazes.

Objetivo: Avaliar a satisfação global e o impacto da prótese peniana nos sintomas depressivo ansiosos dos indivíduos com DE.

Métodos: Entrevista a doentes submetidos a colocação de prótese peniana entre janeiro/2011 e dezembro/2015 no Centro Hospitalar do Porto e aplicação da Escala de Hamilton para Depressão (HAM-D) e Ansiedade (HAM-A). Foram excluídos indivíduos que sofreram eventos maior de vida após a cirurgia, com início de antidepressivos/ansiolíticos. A análise retrospectiva dos resultados foi realizada com recurso ao STATA.13[®], utilizando teste-t e teste de Wilcoxon, com $\alpha=0,05$.

Resultados: Foram colocadas 17 próteses penianas e realizadas 3 revisões por falência mecânica. Entrevistámos 14 indivíduos, 3 dos quais excluídos (vide supra), com 60 ± 7 anos e tempo de seguimento de 32 ± 18 meses. Inicialmente, 81,8% apresentavam depressão ligeira moderada, enquanto 36,7% apresentavam ansiedade moderada-grave. No momento da avaliação, 72,7% não apresentavam depressão e todos apresentavam apenas ansiedade ligeira. Na HAM-D, verificou-se uma redução de $12,9\pm 1,2$ para $5,9\pm 1,5$ ($p=0,01$) e na HAM-A de $15,7\pm 1,4$ para $7,3\pm 1,6$ ($p=0,01$). Verificou-se uma satisfação global de 91,7%. Não foram encontradas diferenças significativas, estratificando para idade ou tempo de seguimento.

Conclusão: Em casos seleccionados, as próteses penianas conduzem a elevados níveis de satisfação e contribuem para melhorar sintomas depressivo-ansiosos relacionados com DE.

P 06

INFERTILIDADE, O INIMIGO SILENCIOSO DA FERTILIDADE – A PROPÓSITO DE CASOS CLÍNICOS

Raquel Rodrigues, Pedro Costa, Daniela Pereira, Rui Amorim, Luís Ferraz
CHVNG/E

Introdução: A obesidade tem-se tornando uma preocupação crescente, assistindo-se a um aumento alarmante da sua incidência e a uma diminuição paralela da fertilidade. Acredita-se que os efeitos da obesidade na qualidade espermática possam ocorrer segundo inúmeros mecanismos, levando a alterações morfológicas e moleculares dos espermatozoides.

Objetivos: Verificar os efeitos da redução ponderal, em indivíduos com excesso de peso, na infertilidade do casal

por fator masculino.

Materiais e métodos: Foram consultados os processos de 12 doentes da consulta de andrologia, com excesso de peso e infertilidade, sem outras alterações no estudo realizado ao casal. Resultados: Todos os doentes apresentavam TAO grave e $IMC \geq 25$, sem alterações no estudo genético. Analiticamente, um doente apresentava níveis de testosterona total inferior ao normal. Os níveis de FSH e LH estavam dentro dos limites da normalidade em todos os doentes. Três doentes possuíam testículos com volume inferior a 22ml. Todos os doentes foram orientados para consulta de nutrição. Um tinha antecedentes de “gastric sleeve”, com redução de 75 Kg. Entre os restantes, 8 apresentaram perda ponderal significativa ($>10\%$). Houve melhoria significativa do espermograma em 42%, com 3 gravidezes espontâneas e uma gravidez após IUI. Os restantes foram orientados para técnicas de reprodução assistida.

Conclusão: Todos os indivíduos inférteis devem ser observados numa consulta da especialidade com enfoque num exame físico completo, incluindo determinação do peso, altura, IMC, perímetro abdominal e volume testicular. Homens inférteis com excesso de peso devem ser orientados para uma consulta de nutrição, procurando uma redução ponderal previamente à sua orientação para técnicas de reprodução assistida.

P 07

IMPACTO DA URETROPLASTIA NA FUNÇÃO SEXUAL

Hugo Antunes, Edgar Tavares Silva, Ricardo Godinho, Maria José Freire, Belmiro Parada, Arnaldo Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Instituto Português de Oncologia de Coimbra

Introdução: A uretroplastia é atualmente o gold-standard para o tratamento da estenose da uretra. Esta cirurgia apresenta taxas elevadas de sucesso terapêutico, contudo faltam estudos que avaliem o impacto destas cirurgias na função sexual dos doentes.

Objetivo: Avaliar o impacto da uretroplastia na função sexual dos doentes.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de todas as uretroplastias bulbares realizadas num Centro Hospitalar Terciário entre 2011 e 2015 em doentes com menos de 70 anos. Foi considerado fator de exclusão a ausência de vida sexual ativa. Avaliação da função ejaculatória e erétil e da satisfação global dos doentes através de inquéritos.

Resultados: População composta por 22 doentes com idade média de $53,4\pm 14,0$ anos. A idade média dos

doentes submetidos a uretroplastia topo-a-topo (n=12) foi estatisticamente semelhante à dos submetidos a uretroplastia com enxerto (n=10) (56,9 vs. 50,4 anos, p=0,408) e apresentavam estenoses menos extensas (10,7 vs. 29,8mm, p=0,07). Três doentes (13,6%) referiram alterações relacionadas com ejaculação após a cirurgia, 12 (54,5%) deterioração da qualidade da ereção após a cirurgia e 11 doentes (50%) relataram alterações da sensibilidade, sendo esta, na maioria dos casos, caracterizada pela sua diminuição. Apenas 5 doentes (22,7%) não mencionaram alteração pós-operatória de pelo menos um dos três parâmetros avaliados. A análise estatística não mostrou diferenças nestes 3 *outcomes* entre as duas técnicas cirúrgicas realizadas.

Conclusão: Na nossa população há uma degradação na função sexual dos doentes submetidos a uretroplastia bulbar.

P 08

TUMORES DO TESTÍCULO – CASUÍSTICA DOS ÚLTIMOS 26 ANOS DO SERVIÇO DE UROLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR DO FUNCHAL

Alexandre Gromicho, Duarte Saunders, Manuel Serrão, Artur Real, Jorge Fernandes, Ferdinando Pereira
Centro Hospitalar do Funchal

O tumor do testículo é uma neoplasia relativamente rara, representando 1-2% dos tumores no sexo masculino. Em termos histológicos, > 95% são tumores de células germinativas. A maioria dos casos ocorre em jovens e homens de meia-idade, com idade média do diagnóstico aos 33 anos. Os autores fazem uma breve revisão sobre a casuística dos tumores do pénis nos últimos 26 anos do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Funchal. Neste trabalho são abordados a incidência, os grupos etários, os tipos histológicos mais frequentes, a forma de apresentação assim como o tratamento realizado.

P 09

TORÇÃO DO CORDÃO ESPERMÁTICO E APÊNDICES TESTICULARES – CASUÍSTICA DOS ÚLTIMOS 26 ANOS DO SERVIÇO DE UROLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR DO FUNCHAL

Alexandre Gromicho, Duarte Saunders, Manuel Serrão, Artur Real, Jorge Fernandes, Ferdinando Pereira
Centro Hospitalar do Funchal

A torção do cordão espermático é uma urgência cirúrgica e como tal deve ser imediatamente tratada, pois coloca o testículo em risco. É geralmente mais frequente na adolescência (entre os 12 e 18 anos), após a qual a incidência diminui. Pode também apresentar-se na vida intra-uterina ou no recém-nascido. Os autores fazem uma breve

revisão da experiência do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Funchal nos últimos 26 anos dos casos de torção do cordão espermático e apêndices testiculares.

P 10

TUMORES DO PÊNIS – CASUÍSTICA DOS ÚLTIMOS 26 ANOS DO SERVIÇO DE UROLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR DO FUNCHAL

Alexandre Gromicho, Duarte Saunders, Manuel Serrão, Artur Real, Jorge Fernandes, Ferdinando Pereira
Centro Hospitalar do Funchal

O tumor do pénis representa menos de 0,5% do total dos tumores que atingem o homem. Cerca de 95% dos tumores do pénis são representados pelo carcinoma espinhocelular. Os autores fazem uma breve revisão sobre a casuística dos tumores do pénis nos últimos 26 anos do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Funchal. Neste trabalho são abordados a incidência, os grupos etários, os tipos histológicos mais frequentes, a forma de apresentação assim como o tratamento realizado.

4 JUNHO 16:30-17:00H

JÚRI: RICARDO RAMIRES E FREDERICO FURRIEL

P 11

TUMOR DO PÊNIS – 15 ANOS DE EXPERIÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

Diogo Nunes Carneiro, Diogo Gil Sousa, Vitor Cavadas, José LaFuente de Carvalho, Avelino Fraga
Centro Hospitalar do Porto

Introdução: Neoplasia do pénis (NP) é rara, sendo responsável por <1% dos tumores no homem. A reduzida incidência desta patologia resulta num limitado número de estudos randomizados e baixa evidência na recomendação da melhor abordagem terapêutica.

Objetivos: Descrever a experiência do serviço de Urologia do CHP na abordagem de doentes com NP, diagnosticados entre Janeiro 2000 e Dezembro 2014, incluindo a abordagem diagnóstica, estadiamento, opções terapêuticas, controlo oncológico e sobrevida.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos doentes com NP entre 2000 e 2014.

Resultados: 50 doentes, com idade média 61,1 anos. 80,9% dos doentes apresentava fatores de risco de NP (DSTs prévias 44,7%, fimosose 37,8% e balanite 28,9%). A maioria apresentava lesão única (86,7%), vegetante (56,3%), com um tempo de evolução médio de 12,9 meses e diâmetro médio de 31,7mm. Localização preferen-

cial na glândula (37,5%), seguido de sulco balanoprepucial (25%) e corpo pênis (20,8%). Adenopatias inguinais palpáveis em 43,2% dos doentes, predominantemente bilaterais (50,0%) e móveis (62,5%).

Carcinoma Epidermoide foi diagnosticado em 98,0% dos casos, maioritariamente bem e moderadamente diferenciado (45,2 e 40,5%, respetivamente), com sinais de invasão linfovascular em 14,6% dos casos.

A principal intervenção cirúrgica foi penectomia parcial em 77,6%, seguida por excisão alargada da lesão (18,4%) e glandectomia (6,1%). 8,6% dos doentes tinham realizado previamente tratamento tópico.

Ao estadiamento patológico, 10,7% apresentava doença não invasiva (CIS/pT_a), 25,5% pT₁, 29,8% pT₂, 27,7% pT₃ e 2,1% pT₄. Estadiamento ganglionar negativo (cN0 e pN0) em 74,4% dos doentes, N₂ em 17,0% e N₃ 8,5%. Linfadenectomia inguinal radical foi realizada em 30,6% dos doentes, com um número médio de gânglios removidos 15,3 e positividade em 2,4. Linfadenectomia pélvica em 12,2% dos casos.

18,0% dos doentes apresentaram recidiva após tratamento cirúrgico, com um tempo de intervalo entre tratamento-recidiva de 5,5 meses.

Follow-up 41,2 meses, observando-se uma taxa de mortalidade global de 29,8%.

A correlação de diferentes variáveis clínicas/patológicas com o risco de recidiva, envolvimento ganglionar (N+) ou metastático (M+), demonstrou uma associação clinicamente significativa entre maior diâmetro da lesão à histologia com maior risco de recidiva ($p=0,027$) e entre adenopatias inguinais palpáveis e maior risco de N+ ($p=0,004$) e M+ ($p=0,026$).

A análise de sobrevida diferencial, pelo método Kaplan-Meier, de acordo com estadiamento pT, envolvimento ganglionar (N) ou metastático (M0/M+), confirmou menor sobrevida dos estádios mais avançados.

Discussão/Conclusão: A coorte descrita revela características de agressividade, com elevada percentagem de lesões no corpo do pênis (20,8%), estadiamento \geq pT₂ (59,6%), envolvimento ganglionar (25,5%) e doença metastática (12,5%). Este fator repercutiu-se nas abordagens cirúrgicas mais radicais e elevada taxa de linfadenectomia inguinal. Na série apresentada o diâmetro da lesão correlacionou-se com maior risco de recidiva e a presença de adenopatias inguinais palpáveis com maior risco de N+ e M+. As curvas de sobrevida refletem maior agressividade da doença em estádios mais avançados.

P 12

SATISFAÇÃO DE DOENTES COM DISFUNÇÃO ERÉCTIL APÓS COLOCAÇÃO DE DIFERENTES PRÓTESES PENIANAS INSUFLÁVEIS DE TRÊS COMPONENTES.

Afonso Morgado, Nuno Tomada

Serviço de Urologia, Centro Hospitalar São João Departamento de Doenças Renais, Urológicas e Infecciosas, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

A cirurgia de colocação de próteses penianas tem um papel importante na disfunção erétil (DE) refractária ao tratamento médico. As próteses penianas insufláveis (PPI) de três componentes representam os implantes mais sofisticados. A *American Medical Systems™* e a *Coloplast™* produzem a maioria das PPI de três componentes. O questionário *Erectile Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction (EDITS)* é um instrumento validado para a avaliação da satisfação com o tratamento de doentes com DE. O objetivo deste estudo foi a comparação da satisfação dos doentes com o tratamento da DE após colocação de PPI de três componentes AMS 700 CX® ou Coloplast Titan®. Foi aplicado o questionário EDITS a um total de 55 doentes submetidos a colocação de PPI de três componentes AMS 700 CX® ou Coloplast Titan® na nossa instituição entre Janeiro de 2006 e Dezembro de 2014 com uma taxa de resposta ao mesmo de 70.9% ($n=39$ doentes). A satisfação com o tratamento avaliada pelo questionário EDITS da PPI AMS 700 CX® ($n=27$ doentes) e Coloplast Titan® ($n=12$ doentes) foi em média \pm desvio padrão de 77,5 \pm 16,6 e 78,1 \pm 12,7 pontos, respetivamente. Não houve diferença de satisfação estatisticamente significativa entre AMS 700 CX® e Coloplast Titan® quando avaliada pela pontuação no questionário EDITS ($p=0,912$). Este estudo embora retrospectivo é um dos primeiros a comparar a satisfação de doentes com DE submetidos a colocação de diferentes PPI de três componentes e mostra que não existem diferenças significativas de satisfação entre AMS 700 CX® ou Coloplast Titan®.

P 13

TUMOR DE CÉLULAS DA GRANULOSA DO ADULTO TESTICULAR, UMA ENTIDADE EXTREMAMENTE RARA

Diogo Nunes Carneiro, André Marques Pinto, André Coelho, Vítor Cavadas, Jose Maria LaFuente de Carvalho, Avelino Fraga
Centro Hospitalar do Porto

Os tumores dos cordões estroma gonadal são particularmente raros, sendo os Tumores das Células da Granulosa do Adulto ainda mais raros e estando apenas descritos até à data 31 casos na literatura. Geralmente manifes-

tam-se por massas testiculares indolores e até um 20% doentes apresentam ginecomastia secundária à atividade hormonal do tumor. A maioria tem comportamento benigno, no entanto 20% poderem metastizar estando descritos casos de recidiva após mais de 10 anos da orquidectomia. O diagnóstico assenta na histologia e na imunohistoquímica. Os corpos de Call Exner nem sempre estão presentes mas quando identificados permitem fazer o diagnóstico. Este trabalho reporta o caso de um indivíduo de 31 anos, enviado à consulta por uma massa testicular dolorosa. A ecografia testicular revelou uma lesão hipocogénica com 45x41x27mm no polo superior do testículo esquerdo. Os níveis séricos dos marcadores tumorais (Lactato Desidrogenase, alfa1-fetoproteína e gonadotropina coriónica humana) estavam negativos. A tomografia toracoabdominopélvica de estadiamento não revelou qualquer lesão suspeita. O doente foi submetido a orquidectomia radical esquerda e o exame histológico relevou uma neoplasia com células alongadas, com citoplasma escasso, núcleos hiper cromáticos e presença de corpos de Call Exner (T1N0M0S0, Estadio Ia). O doente não foi submetido a qualquer terapia adjuvante e mantém-se assintomático ao fim de 5 anos de seguimento. Os Tumores das Células da Granulosa do Adulto são extremamente raros e a informação acerca das manifestações clínicas, histológicas e imunohistoquímicas é muito escassa. A descrição destas entidades permite um melhor conhecimento favorecendo uma melhor abordagem destes doentes.

P 14

A REFERENCIAÇÃO PARA A CONSULTA DE ANDROLOGIA – QUEM E COMO SÃO REFERENCIADOS?

José Carlos Santos, Nidia Rolim, Renato Mota, Hélder Monteiro
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Introdução: A Andrologia é uma ciência que estuda a função e disfunção do sistema reprodutor masculino. A referenciação para a consulta de Andrologia promove a aglutinação de casos complexos, refractários às terapêuticas de primeira linha ou de patologia rara no âmbito de saúde numa consulta especializada. Deste modo, é importante que a referenciação seja feita de forma criteriosa e adequada para permitir uma melhor selecção dos doentes.

Objetivos: Determinar e analisar a adequada referenciação para a consulta de Andrologia do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO), nomeadamente ao potencial para intervenção diferenciada.

Métodos: Avaliação retrospectiva da casuística da con-

sulta de Andrologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental entre Janeiro de 2014 e Dezembro de 2015.

Resultados: Foi possível avaliar 96 casos das 102 consultas de primeira vez. Destas, dois terços foram referenciados dos cuidados de saúde primários. A média da idade dos doentes foi de 51 anos. Cerca de 60% dos doentes foram referenciados por disfunção erétil, 15% por curvatura peniana, e 8% por disfunção ejaculatória, sendo os restantes referenciados por outras queixas sexuais ou por problemas relacionados com fertilidade. Sessenta e dois por cento dos doentes avaliados com disfunção erétil tinham um ou mais factores de risco cardiovascular avaliados (HTA, DM ou dislipidemia). Três por cento dos casos melhoraram após optimização da terapêutica anti hipertensora. Apenas 27% já tinham feito o teste terapêutico com um inibidor da 5 fosfodiesterase (i5FD). Dos doentes com disfunção erétil, 40% realizaram teste de injeção intracavernosa de fármaco vasoactivo (alprostadil) e ecodoppler peniano, dos quais 86% obtiveram resposta erétil adequada para penetração. Cerca de metade dos doentes com ejaculação precoce já havia testado técnicas de start and stop e/ou a utilização de preservativo, mas nenhum havia efectuado terapêutica farmacológica. A taxa de abandono da consulta rondou os 13%.

Discussão: A prevalência dos diferentes tipos de disfunção sexual ainda é um assunto desconhecido. A distribuição das diferentes patologias nesta série retrata os casos identificados nos cuidados de saúde primários/hospitalares que são referenciados com base nos critérios considerados carenciados de avaliação especializada pelos médicos referenciadores. Não se identificou diferença estatisticamente significativa entre os cuidados de saúde primários e hospitalares na intervenção terapêutica de primeira linha com i5FE na disfunção erétil previamente à referenciação à consulta de Andrologia. De notar o baixo número de casos de disfunção ejaculatória face à prevalência considerada em estudos prévios nos inquéritos aplicados à população, podendo este aspecto ser resultante de uma reduzida solicitação de apoio pelos utentes aos cuidados de saúde ou inclusive uma desvalorização da necessidade de referenciação pelos mesmos à consulta de Andrologia. Como limitações deste estudo salientamos a natureza retrospectiva da análise e a curta duração do seguimento. A análise destes dados é de extrema importância para uma melhor percepção da comunidade em relação à qual se podem estruturar intervenções, nomeadamente na interligação

com os CSP e na formação de profissionais de saúde para a sexualidade.

Conclusão: A consulta de Andrologia dedica-se ao estudo e tratamento das patologias do aparelho sexual masculino e infertilidade masculina, fornecendo uma perspetiva mais aprofundada com recurso terapêutico às últimas linhas de tratamento e de orientação clínica. A baixa utilização de armas farmacológicas de primeira linha pode demonstrar um potencial de optimização da acção média nos cuidados de saúde de primeira linha. Mais estudos são necessários para validar estas conclusões.

P 15

DISFUNÇÃO ERÉCTIL POR PROLACTINOMA – A PROPÓSITO DE UM CASO

Gil Falcão, Cabrita Carneiro, Fortunato Barros, Francisco Fernandes, João Pina, Raquel João, Hugo Pinheiro, Pedro Baltazar, Luís Campos Pinheiro
Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução: A disfunção erétil (DE) afeta 50% dos homens com idade superior a 40 anos, podendo ter origem uni ou multifatorial, nomeadamente vascular (50% em indivíduos com mais de 50 anos), neurogénica, anatómica, farmacológica, psíquica ou hormonal. Nesta última, o hipogonadismo contribui para cerca de 5% dos casos. O hipopituitarismo é uma das causas do hipogonadismo, sendo as massas intraselares a causa mais frequente. Dentro deste grupo, o prolactinoma é o tumor pituitário mais frequente (45%).

O seu tratamento de eleição são os agonistas dopaminérgicos. Em algumas situações poderá ser usada a cirurgia e/ou radioterapia.

Material e métodos: Trata-se de um doente de 59 anos, divorciado há 4 anos, com 3 filhos e recorre à consulta por DE, com agravamento progressivo, desde o divórcio. Sem mais queixas de relevo nem alterações ao exame objetivo.

Foi pedido estudo analítico complementado com estudo hormonal que demonstrou um hipogonadismo hipogonadotrófico, hiperprolactinémia e um Doppler peniano que evidenciou insuficiência arterial moderada. A TAC demonstrou uma lesão sugestiva de adenoma, que foi confirmado por RM.

Iniciou tratamento com testosterona, bromocriptina e sildenafil, com melhoria do quadro ao fim de um mês.

Conclusão: O estudo de um caso de DE que inicialmente se poderia atribuir a um fator psíquico, revelou ser um prolactinoma que respondeu positivamente à terapêutica médica instituída.

P 16

FRATURA DO PÊNIS: RESULTADOS DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA PRECOCE

Vera Marques, Miguel Eliseu, Maria José Freire, Edgar Tavares Silva, Francisco Rolo, Arnaldo Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A fratura do pênis é uma emergência andrológica rara resultante do trauma abrupto do pênis ereto, com possíveis consequências nas funções sexual e miccional.

Objetivos: Avaliar o impacto do tratamento cirúrgico precoce da fratura peniana na função sexual e miccional do doente.

Material e métodos: Estudo de todos os doentes com fratura peniana admitidos num centro hospitalar terciário entre 2010-2016. Avaliação da função sexual (IIEF-5, curvatura peniana, ereção dolorosa) e sintomas miccionais por inquérito telefónico voluntário, após consentimento informado verbal.

Resultados: População composta por 16 doentes com idade média de 44 anos (23-59). A principal situação desencadeante foi a relação sexual (n=13). Catorze doentes apresentaram a tríade clássica de estalido, detumescência e dor peniana. O diagnóstico foi confirmado por ecografia em 62,5% dos casos (n=10). O tratamento cirúrgico ocorreu em média 10 horas (3-24) após o traumatismo. Intraoperatoriamente, verificou-se uma rotura da túnica albugínea proximal em 8 casos, média em 5 e distal em 2, tendo esta uma extensão média de 15mm. Associadamente, houve rotura da uretra em 2 casos e lesão da veia dorsal em outro caso. Um doente reportou disfunção erétil ligeira de novo (IIEF=17), 3 doentes curvatura peniana de novo e 1 doente ereção dolorosa. Apenas um doente apresentou sintomas urinários de esvaziamento de novo. O follow-up médio foi de 39 meses (8-68).

Conclusões: A intervenção cirúrgica precoce na fratura do pênis parece condicionar bons resultados na função sexual e miccional a longo prazo. Mesmo os doentes com curvatura peniana de novo mantiveram relações sexuais satisfatórias.

P 17

PRÓTESE PENIANA EM CASO DE PRIAPISMO RECORRENTE UM CASO CLÍNICO DE PRIAPISMO ISQUÉMICO

Alberto Silva, Sofia Lopes, A. Pepe Cardoso
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E.

Introdução: A etiologia do priapismo recorrente é semelhante à do priapismo isquémico - baixo fluxo. Caso não

seja sujeito a tratamento resulta em dano significativo do pênis. Apresenta como causa mais comum a doença de células falciformes, ou em casos raros, resultante de uma doença neurológica, assim como uma etiologia desconhecida.

Os episódios de priapismo recorrentes são comuns em homens com doença falciforme (42-64%), sendo que em adolescentes e jovens a incidência de priapismo é de 35%, dos quais 72% têm uma história de priapismo recorrente.

Apesar de tudo, homens que sofreram um evento de priapismo isquêmico agudo, especialmente se tiver sido prolongado (mais de 4 horas), estão em risco para o desenvolvimento de episódios de priapismo recorrente.

Caso clínico: Apresenta-se um caso de priapismo de baixo fluxo, em homem de 25 anos de idade, seguido em consulta de Medicina Interna, desde Dezembro de 2012, devido a crises vaso-oclusivas e anemia hemolítica.

Antecedentes pessoais (AP): esplenectomizado em 2011; enfartes segmentares pulmonares em 2012; trombose venosa profunda do membro inferior esquerdo (TVP MIE) em 2012; hemocromatose secundária ao regime hipertransfusional na infância e na vida adulta, sem envolvimento de outros órgãos - coração, pulmão ou rim.

Em Abril de 2014, o Doente relatou os primeiros episódios de priapismo intermitente, com o aumento da frequência e duração. Descreve episódios repetitivos e dolorosos de ereções prolongadas, mas auto-limitadas, com manutenção de períodos de tumescência. As primeiras crises foram resolvidas com a aplicação de gelo local, tendo deixado de ser eficaz. O facto das crises ocorrerem durante a noite causou medo / dificuldade em adormecer.

O tratamento com o agonista alfa-2 (5 mg etilefrina (10gts) 3x / dia), gabapentina (300 mg 3x / dia) e 25 mg de sildenafil (1x / dia) foi iniciado sem resposta eficaz. O Doente foi orientado para dirigir-se ao serviço de urgência (SU) em caso de episódios de priapismo superiores a 4 horas.

Em Junho de 2015, o Doente recorre ao SU por priapismo com 12 horas de evolução, houve uma persistência da ereção com rigidez peniana e dor. Negou o uso de outro medicamento, para além da medicação habitual. O diagnóstico foi baseado na história clínica, exame físico e gasimetria cavernosa:

- Exame clínico: exame geral mostrou caracteres sexuais secundários normais, pênis com ereção mantida, corpo cavernoso tumescente, rígido e pênis doloroso.

- Valor gasimetria sangue: pO2 40 mmHg, pCO2 45 mmHg, pH 7,37 - compatível com sangue venoso

Tratamento/Discussão: O objetivo primário no tratamento de Doentes com priapismo recorrente é a prevenção de futuros episódios, sendo geralmente alcançado via farmacológica. O tratamento de cada episódio agudo é semelhante ao de priapismo isquêmico: aspiração / irrigação com soro fisiológico ou se falência de tratamento realizar em combinação com injeções intracavernosas de agonistas alfa-adrenérgicos. Infelizmente, neste caso, a situação clínica foi refratária ao tratamento médico e o Doente foi submetido a tratamento cirúrgico produzindo uma resposta parcial. A manutenção do priapismo, associado a quadro doloroso, por mais de 36 horas é indicação para implante peniano.

O Doente foi submetido a colocação de prótese peniana maleável em Junho de 2015. Não houve registo de complicações aos 3 meses de seguimento, negando dor ou novos episódios de priapismo. Encontra-se satisfeito com o resultado estético e funcional.

Conclusão: O *Follow-up* de casos de priapismo recorrente deve incluir história e exame clínico exaustivo para avaliar a eficácia dos tratamentos na prevenção ou alívio de novos eventos, bem como a avaliação da função erétil e o grau de fibrose peniana. Quando perante a falha do tratamento médico para o priapismo recorrente, a presença de fibrose peniana extensa pode ser uma condicionante para manutenção quadro clínico. A última linha de tratamento é a colocação de prótese peniana, de preferência usada em pacientes sexualmente ativos, apresentando índices de satisfação de superiores a 80%.

Referências:

Gregory A. Broderick, MD – “Chapter 25 – Priapism”, page 749-769., Campbell-Walsh Urology 10th Edition
A. Sonia *et al*, Guidelines on Priapism, page 16-19, European Association of Urology 2015

P 18

RESURFING DA GLANDE COM ENXERTO DE TUNICA VAGINAL

Miguel Lourenço, Manuel Ferreira Coelho, Bruno Graça
Hospital da Luz

Introdução: Carcinoma de pênis é um tumor maligno genito-urinário raro na América do Norte e Europa com maiores taxas registradas na América do Sul, África e Ásia. Classificações recentes têm refinado a terminologia utilizada na classificação neoplasia intraepitelial ou carcinoma *in situ*.

Vários tratamentos para o carcinoma espinocelular *in situ* (DCIS) do pênis têm sido utilizados com sucesso e

morbilidade variável. A Cirurgia e tratamento destrutivo são modalidades que têm risco significativo de cicatrizes, deformidade e função prejudicada.

O *resurfing* da glândula é um dos tratamentos usados para lesões extensas com o uso de enxerto.

A aplicação de enxerto de túnica vaginal é usada para tentar melhorar o resultado estético.

O enxerto de túnica vaginal é usado em Urologia desde há vários anos, nomeadamente a nível uretral.

Caso clínico: Doente de 67 anos com lesão verucosa plana de toda a glândula com vários anos de evolução.

Efectuou biópsia há dois anos que revelou carcinoma espinocelular *in situ*, foi proposta terapêutica local com laser, o doente abandonou a consulta.

Voltou com extensão actual da lesão a toda a glândula.

Foi efectuada terapêutica com Imiquimod, posteriormente efectuaram-se biópsia por quadrantes que revelaram carcinoma espinocelular *in situ* em todos os quadrantes.

Foi proposto *resurfing* da glândula com enxerto de túnica vaginal.

Encontra-se actualmente com 3 semanas de pós-operatório.

P 19

DISFUNÇÃO MECÂNICA EM PRÓTESE PENIANA INSUFLÁVEL

Pedro Oliveira, Tiago Oliveira, Sandro Gaspar, João Almeida, David Martinho, Tomé Lopes

Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: Scott *et al.* introduziu, em 1973, a primeira prótese peniana insuflável no tratamento da Disfunção Eréctil (DE) refratária a outras terapêuticas. Nessa altura a disfunção mecânica era frequente, ocorrendo nos primeiros anos após implantação. Actualmente é menos comum, acontecendo mais de 5 anos após implantação, constituindo o dispositivo médico implantável com a menor taxa de substituição por disfunção mecânica. As principais complicações mecânicas são: *leakage* dos cilindros, *leakage* das conexões, aneurisma e rutura dos cilindros. A evidência de disfunção mecânica requer substituição de todos os componentes, uma vez que a substituição parcial está associada a uma maior taxa de infecção. Além disso, incisões penianas frequentes e repetidas estão associadas a maior encurtamento nas erecções.

Objetivos: Apresentar um caso de disfunção mecânica de prótese peniana insuflável colocada 15 anos antes.

Material e métodos: Homem de 65 anos submetido a prostatectomia radical 15 anos antes, tendo colocado

prótese peniana insuflável AMS 700 CX por DE refratária. Actualmente queixas de insuflação incompleta com abaullamento do 1/3 proximal direito da haste peniana e curvatura esquerda com um ângulo de 45°. Foi submetido a revisão da prótese com identificação de aneurisma proximal do cilindro direito, tendo-se substituído todos os componentes por nova prótese insuflável AMS 700 CX.

Resultados: Seis semanas depois, apresenta prótese funcionante, sem desvios nem retração cavernosa, tendo retomado atividade sexual.

Discussão/Conclusões: Disfunção mecânica de prótese peniana requer explantação completa do dispositivo bem como irrigação de todos os compartimentos protésicos, estando isto associado a uma taxa de infecção semelhante à de uma primeira implantação protésica, além de um menor número de reintervenções. A sobrevida livre de disfunção mecânica aos 5 anos varia entre 84% e 93% pelo que a implantação de prótese peniana insuflável representa um tratamento fiável, seguro e eficaz refletido na satisfação dos pacientes.

P 20

CORPOROPLASTIA DE YACHIA NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE PEYRONIE: EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS DO SERVIÇO DE UROLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA

Pedro Valente, Hélder Castro, Fernando Vila, Paulo Araújo, Cristina Vivas, Joaquim Lindoro

Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução: A Doença de Peyronie é uma deformidade peniana adquirida, causada pela formação de placas fibrosas na túnica albugínea. Apesar de existirem vários tratamentos médicos descritos, nenhum revelou taxas de sucesso consistentes. Assim, a Doença de Peyronie continua a ser uma condição de tratamento cirúrgico.

Objetivos: Análise da casuística do nosso Serviço no tratamento da Doença de Peyronie com Corporoplastia de Yachia

Métodos: Análise retrospectiva dos casos de Doença de Peyronie tratados com Corporoplastia de Yachia desde Janeiro de 2010 a Dezembro de 2015 no nosso serviço. Foi considerado sucesso terapêutico sempre que o doente retomou as relações sexuais, com penetração, de modo satisfatório.

Resultados: No período de tempo estudado foram interencionados 33 doentes com idade média de 59 anos (25-72 anos). Cerca de 60% apresentava pelo menos um factor de risco cardiovascular, sendo o mais frequente a HTA.

Os sintomas mais frequentes foram a deformidade peniana, dor com ereção, impossibilidade de penetração e placa peniana palpável. A doença encontrava-se estabilizada há pelo menos 9 meses e apresentava impacto negativo na função sexual.

A maioria (85%) apresentava curvatura dorsal com uma média de 50 graus.

Cerca de 12% dos doentes revelaram pre-operatoriamente alterações no Eco-doppler peniano sugestivas de insuficiência arterial ou disfunção veno-oclusiva.

Não foram registadas complicações peri-operatórias.

Relativamente aos resultados funcionais, cerca de 24% dos doentes referiu disfunção erétil com necessidade de terapêutica farmacológica para manter ereção eficaz, foi reportado encurtamento peniano em 18% dos doentes, persistência de curvatura residual em 21% e alteração da sensibilidade da glândula em 9% dos doentes.

A taxa de sucesso terapêutico global foi de 91%

Conclusões: A Corporoplastia de Yachia é uma técnica cirúrgica segura e com uma boa taxa de sucesso global.



XV CONGRESSO NACIONAL
DE ANDROLOGIA, MEDICINA SEXUAL E REPRODUÇÃO

XI REUNIÃO IBÉRICA
DE ANDROLOGIA, MEDICINA SEXUAL E REPRODUÇÃO

ORGANIZAÇÃO



SOCIEDADE PORTUGUESA
DE ANDROLOGIA, MEDICINA SEXUAL E REPRODUÇÃO

MAJOR SPONSORS



A. MENARINI PORTUGAL



JABA RECORDATI

SPONSORS



Leading Light for Life



Advancing science for life™



Innovation for patient care



TECNOLOGIA + INOVAÇÃO + PESSOAS

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

VERSÃO DIGITAL



AGÊNCIA DE VIAGENS DO CONGRESSO



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
RNAVT 2526