

Urologia para Medicina Geral e Familiar



Jornadas Temáticas Patient Care

06 e 07 | abril | 2017
Hotel Marriott Lisboa

PRESIDENTE

Tomé Lopes

SECRETÁRIOS GERAIS

António Romão

Ricardo Pereira e Silva

Rodrigo Garcia



Consultar versão
digital do Programa



Imagem: Ad Médic

Programa Científico



UROLOGIA PARA MEDICINA GERAL E FAMILIAR

JORNADAS TEMÁTICAS PATIENT CARE

COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente Tomé Lopes

Anatoliy Sandul | António Romão | António Pinto de Carvalho | David Martinho | Francisco Martins | Helena Correia | Joana Alfarelos | João Almeida | João Felício | João Gomes | João Pedro Borda | João Marcelino | José Santos Dias | José Palma dos Reis | Paulo Pé-Leve | Pedro Antas de Barros | Pedro Oliveira | Ricardo Pereira e Silva | Rodrigo Garcia | Sandro Gaspar | Sérgio Pereira | Tiago Oliveira | Tito Leitão

COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidente José Palma dos Reis

A. Pepe Cardoso (*Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora*) | Cabrita Carneiro (*Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital de São José, Lisboa*) | Carlos Rabaça (*IPO Coimbra*) | Carlos Silva (*Hospital S. João, Porto*) | Francisco Rolo (*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*) | Júlio Fonseca (*Hospital Beatriz Ângelo, Loures*) | Miguel Cabrita (*Hospital do Barlavento Algarvio, Faro*) | Rui Cernadas (*ACES Espinho-Gaia*) | Severino Ribeiro (*Hospital St.º António, Porto*)

PALESTRANTES

A. Pepe Cardoso | Anatoliy Sandul | António Romão | António Pinto de Carvalho | Cabrita Carneiro | Carlos Rabaça | Carlos Silva | David Martinho | Francisco Martins | Francisco Rolo | Helena Correia | Joana Alfarelos | João Almeida | João Felício | João Filipe Marques Santos | João Pedro Borda | João Marcelino | José Palma dos Reis | José Santos Dias | Júlio Fonseca | Mário Lourenço | Miguel Cabrita | Paulo Pé-Leve | Pedro Antas de Barros | Pedro Oliveira | Ricardo Pereira e Silva | Rodrigo Garcia | Rui Cernadas | Sérgio Pereira | Severino Ribeiro | Tiago Oliveira | Tito Leitão | Tomé Lopes | Vera Pires da Silva

08.00h Abertura do Secretariado

09.30-11.00h
SESSÃO
COM TELEVOTO

MESA-REDONDA

UROLOGIA: ABORDAGEM PRÁTICA NA MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Moderadores: Tomé Lopes e Júlio Fonseca

Litíase urinária: Quando ignorar? Quando vigiar? Quando tratar?

Sérgio Pereira

Prolapsos urogenitais

João Marcelino

Urgências urológicas: Retenção urinária e escroto agudo

Joana Alfarelos

11.00-11.30h Intervalo

11.30-11.50h Sessão de Abertura

11.50-12.40h

SIMPÓSIO

DISFUNÇÕES MICCIONAIS

Moderador: Tomé Lopes

Palestrantes: Ricardo Pereira e Silva

David Martinho

Vera Pires da Silva



12.40-13.10h

CONFERÊNCIA

MASSAS RENAIS

Presidente: Francisco Martins

Palestrante: Tito Leitão

13.10-14.10h Almoço

14.10-15.40h
SESSÃO
COM TELEVOTO

CASOS CLÍNICOS

Comentadores: Helena Correia e Miguel Cabrita

Hematúria e micro-hematúria

João Almeida

Cólica renal

Tiago Oliveira

Massas escrotais

Pedro Oliveira

Incontinência urinária feminina

Paulo Pé-Leve

15.40-16.10h

Intervalo

16.10-17.00h

SIMPÓSIO

HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA

Moderador: José Palma dos Reis

Palestrante: Mário Lourenço

17.00-18.00h

**SESSÃO
COM TELEVOTO**

DEBATE

PSA: ANTIGÊNIO ESPECÍFICO DA PRÓSTATA

Moderador: Carlos Rabaça

Argumentos a favor

José Santos Dias

Argumentos contra

Cabrita Carneiro

A visão da Medicina Geral e Familiar

Rui Cernadas

18.00h

Fim das Sessões do 1º Dia

7 DE ABRIL | 6ª FEIRA

08.00h

Abertura do Secretariado

09.00-10.30h

MESA-REDONDA

INFECÇÃO UROGENITAL: PREVENÇÃO E TRATAMENTO

Moderadores: António Pinto de Carvalho e Severino Ribeiro

Infeções do aparelho urinário superior

João Pedro Borda

Infeções do aparelho urinário inferior

Anatoliy Sandul

Infeções genitais masculinas

João Felício

10.30-11.00h

Intervalo

11.00-11.40h

CONFERÊNCIA

ESTADO DA ARTE: A RACIONALIZAÇÃO DOS EXAMES COMPLEMENTARES EM UROLOGIA

Presidente: José Palma dos Reis

Palestrante: Rodrigo Garcia

11.40-12.30h

SIMPÓSIO

DISFUNÇÃO ERÉTIL:

TRATAMENTOS EXISTENTES UMA NOVA ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Moderador: A. Pepe Cardoso

Palestrante: Pedro Oliveira



12.30-13.00h

CONFERÊNCIA

VERDADES E MITOS NA PRESCRIÇÃO MÉDICA UROLÓGICA

Presidente: Francisco Rolo

Palestrante: José Palma dos Reis

13.00-14.00h

Almoço

14.00-15.30h

MESA-REDONDA

CANCRO DA PRÓSTATA

Moderadores: Carlos Silva e Tomé Lopes

Screening e deteção precoce

Pedro Antas de Barros

Cancro da próstata localizado: Opções terapêuticas

Ricardo Pereira e Silva

Complicações médicas da hormonoterapia

António Romão

O papel do médico de MGF no seguimento do doente

João Filipe Marques Santos

15.30-16.30h

APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES

(CASO CLÍNICO E POSTERS SELECIONADOS)

Moderadores: José Santos Dias e Carlos Silva

CL 01 Abordagem da incontinência urinária na mulher em cuidados de saúde primários

CL 02 Cistite aguda – Retrato anual de uma unidade de saúde familiar

CL 03 “Dr. o meu cancro é genético?” – Risco familiar no cancro da próstata

CL 04 Hematospermia – Algoritmo de atuação ao nível dos cuidados de saúde primários

CL 05 Prolapsos dos órgãos pélvicos no centro de saúde de Beja

CL 06 PSA e rastreio do cancro da próstata: o que dizem as *guidelines*? – Uma revisão baseada na evidência

CL 07 Uma referenciação oportuna... Com 30 anos de atraso

16.30h

Encerramento das Jornadas. Entrega de prémios e menções honrosas para os trabalhos selecionados //





CASOS CLÍNICOS E POSTERS

COMUNICAÇÕES LIVRES

Apresentação em sala

CASOS CLÍNICOS E POSTERS SELECIONADOS

CL 01

ABORDAGEM DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Patrícia Neto Oliveira; Sónia Corujo; Catarina Monteiro
UCSP da Guarda

Introdução: De acordo com a ICS (*International Continence Society*), a incontinência urinária (IU) é uma situação na qual a perda involuntária de urina constitui um problema social e de higiene e que pode ser objetivamente demonstrado. As perdas urinárias involuntárias apresentam-se de forma muito diversificada, desde fugas muito ligeiras e ocasionais, a perdas mais graves e regulares. As mulheres são as mais afetadas. Atualmente, 33% das mulheres com mais de 40 anos têm sintomas da doença, segundo dados da Associação Portuguesa de Urologia. Há repercussões negativas na pessoa afetada, alterando substancialmente a qualidade de vida.

Objetivo: Revisão da evidência científica acerca da abordagem da IU feminina em CSP (Cuidados de Saúde Primários).

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos científicos nas bases de dados Uptodate e Pubmed, com os termos *incontinence* e *incontinence urinary*, escritos em inglês, português ou espanhol, publicados nos últimos 5 anos.

Resultados: A IU divide-se em vários tipos: IU de esforço (pequenas perdas de urina que acontecem quando o indivíduo ri, tosse, espirra, faz exercício, se

curva ou pega em algo pesado), IU por urgência (a perda de urina é precedida por um desejo repentino em urinar, em geral sem haver tempo para chegar ao WC), IU mista (forma de apresentação frequente em mulheres com idade superior a 60 anos; há combinação dos dois tipos anteriores). É ainda descrita a IU funcional ou transitória que pode estar associada a toma de fármacos, impactação fecal ou infeção urinária.

Numa abordagem inicial, a anamnese deve incluir os antecedentes ginecológicos e obstétricos, comorbilidades, medicação habitual e a descrição da sintomatologia deve ser pormenorizada. O exame objetivo urológico e neurológico deve ser feito. Como ferramenta de ajuda, pode-se utilizar o diário miccional. Os exames complementares passam por uma ecografia, análises ao sangue e urina.

O tratamento deve iniciar-se pela normalização do IMC, atividade física diária moderada e evitar o consumo excessivo de álcool e cafeína. Os exercícios de Kegel estão destinados a fortalecer o pavimento pélvico. Com exercícios de educação vesical pretende-se evitar perdas de urina através da modificação dos hábitos de micção. Em caso de ausência de resposta a estas medidas, o MF pode orientar para tratamento farmacológico e fisioterapia as situações de IU por urgência. Na IU de esforço a orientação pode ser feita para fisioterapia ou, nos casos mais graves, cirurgia.

Conclusões: O MF tem um papel essencial na abordagem inicial da IU. Desta forma, uma avaliação completa, incluindo antecedentes pessoais e familiares e exame físico, é a chave para determinar o tipo de IU e estabelecer o plano de tratamento adequado.

CL 02

CISTITE AGUDA – RETRATO ANUAL DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Nicole Marques; Cristiana Raquel Pereira; Ana Filipa Dias
USF Monte Pedral

Introdução: A cistite aguda é um motivo comum de consulta nos cuidados de saúde primários, exigindo na maioria das vezes a realização de diagnóstico clínico e instituição de terapêutica empírica. As indicações para realização de urocultura (UC) encontram-se bem estabelecidas, incluindo a presença de infeção complicada ou recidivante na mulher adulta e infeção urinária (ITU) no homem.

Objetivos: Caracterizar o pedido de UC e o perfil de prescrição de antibióticos na cistite aguda numa unidade de saúde e avaliar a concordância com a Norma “Terapêutica das infeções do aparelho urinário (comunidade)”.

Material e métodos: Estudo observacional, transversal e descritivo.

População: utentes adultos da USF Monte Pedral com o diagnóstico de “U71-Cistite/outra infeção urinária” codificado no A do SOAP no período compreendido entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2016.

Crítérios de exclusão: Idade inferior a 18 anos, diagnóstico e terapêutica inicial noutra serviço de saúde e diagnóstico de ITU e bacteriúria assintomática (BA) na grávida.

Os dados foram obtidos a partir do MedicineOne® e as variáveis estudadas compreenderam o sexo, idade, número de ITU, pedido de UC e prescrição antibiótica empírica.

Resultados e conclusões: Dos 139 utentes com codificação “U71 - Cistite/outra infeção urinária”, 5 foram excluídos por terem idade inferior a 18 anos e 8 por o diagnóstico ter sido feito noutra unidade de saúde.

Os 126 utentes incluídos tinham idades entre os 19 e os 95 anos, sendo 107 do sexo feminino e 19 do sexo masculino. Foram diagnosticados 144 episódios de cistite, havendo 98 utentes com episódio único de cistite, 13 com cistite recidivante, 9 com cistite recorrente e 6 com BA. Foram prescritas 47 UC prévias ao início de antibioterapia e 95 de controlo, sendo de realçar que apenas 9 dos ho-

mens (47%) realizaram UC prévia ao tratamento. No primeiro episódio de cistite aguda foi prescrita antibioterapia empírica em 93.7% dos utentes. Destes, 41.8% foram medicados com fosfomicina, 21.4% com amoxicilina+clavulanato, 6.8% com nitrofurantoína, 13.7% com quinolonas e 12.8% com cefuroxima. A prescrição de antibioterapia empírica foi concordante com a norma da DGS em apenas 48.6% dos casos e verifica-se uma elevada prescrição empírica de quinolonas e cefalosporinas.

Os resultados obtidos evidenciam incongruências importantes quer na prescrição de UC, quer na prescrição de antibioterapia empírica, realçando a necessidade de realização de ciclos de melhoria contínua de qualidade.

CL 03

“DR. O MEU CANCRO É GENÉTICO?” – RISCO FAMILIAR NO CANCRO DA PRÓSTATA

Madalena H. Monteiro
USF S. João da Talha

Introdução: O cancro da próstata é o cancro com maior incidência no sexo masculino em Portugal. Os seus fatores de risco reconhecidos são: a etnia, a idade avançada e a história familiar. 5-10% dos cancros têm um componente hereditário ou uma mutação genética associada que causam uma predisposição inerente ao cancro da próstata.

Objetivo: Identificar os critérios da história pessoal e familiar do doente que aumentam o seu risco de ter um cancro hereditário da próstata.

Metodologia: Em janeiro de 2017 foi feita uma pesquisa nas bases de dados: *UpToDate*, *Cochrane Library*, *Medline/PubMed*, *AHRQ's National Guideline Clearinghouse* com os termos: *cancer predisposition*, *genetic counseling combinados* com *prostate cancer*. Foram selecionados os artigos considerados relevantes para os objetivos definidos, publicados em inglês e português.

Resultados: Foram associadas algumas mutações genéticas que aumentam a predisposição ao desenvolvimento do cancro da próstata. A mutação HOXB13 está presente em 1.4-4.6% dos doentes com cancro da próstata com múltiplos familiares em 1º grau afetados, ou com um diagnóstico numa idade inferior a 55 anos. As mutações no genes

BRCA 1 e BRCA2 associados ao síndrome do cancro hereditário da mama e ovário estão também associados a uma maior predisposição ao cancro da próstata, numa idade mais jovem e com um curso mais agressivo. O síndrome de Lynch causado por mutações germinais nos genes de reparação do ADN, em especial nos genes MLH1 e MSH2, também parece aumentar o risco do cancro da próstata. Deveremos pensar num carácter hereditário nos indivíduos nos quais se identifique um cancro da próstata em pelo menos dois familiares próximos (familiares em 1º e 2º grau do mesmo lado da família) com idade igual ou inferior a 55 anos; ou pelo menos 3 familiares em 1º grau com cancro da próstata; ou cancro da próstata agressivo (Gleason > 7) e pelo menos 2 casos de cancro da mama, ovário e/ou pâncreas em familiares próximos.

Conclusões: Um aspecto importante dos cuidados ao utente com um risco aumentado de ter um cancro hereditário é o seu atempado reconhecimento e idealmente a sua referenciação a uma consulta de genética. No entanto existem ainda algumas limitações no dia a dia à sua rápida identificação, nomeadamente o limitado tempo de consulta para uma adequada avaliação familiar que faça o médico de família suspeitar de uma condição genética e pouca informação dos utentes acerca da sua história familiar oncológica.

CL 04

HEMATOSPERMIA – ALGORITMO DE ATUAÇÃO AO NÍVEL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Mágui Neto; Beatriz Soares; Carlos Gomes
USF Salvador Machado - ACes Aveiro Norte

Introdução e objetivos: A hematospermia é definida como a presença de sangue na ejaculação. Independentemente da causa, é uma situação que provoca bastante ansiedade e medo nos doentes. Na maioria dos casos deve-se a patologias benignas e autolimitadas, particularmente nos indivíduos mais jovens. Todavia, nos indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos, em casos persistentes e/ou recorrentes e na presença de determinados fatores de risco, a hematospermia pode representar um sinal de alarme ao qual os médicos devem estar atentos. Com este trabalho

pretende-se apresentar um algoritmo de atuação perante um caso de hematospermia nos cuidados de saúde primários.

Material e métodos: Revendo a literatura, os autores desenvolveram um algoritmo de atuação perante um caso de hematospermia.

Resultados: O algoritmo compreende 4 aspectos: Anamnese, Exame Físico, Exames Complementares de Diagnóstico, Referenciação ou Seguimento. Assim são definidos os dados importantes a colher na história clínica do utente, a importância do exame físico detalhado, quais os exames complementares a requisitar e quais os casos que devem ser referenciados para o Serviço de Urologia e quais os que podem manter a vigilância ao nível dos cuidados de saúde primários.

Discussão: Na maior parte dos casos a hematospermia é idiopática. Em indivíduos jovens e/ou perante episódios isolados a hematospermia é usualmente considerada benigna sendo o risco de malignidade considerado baixo. Estes casos podem ser geridos e vigiados ao nível dos cuidados de saúde primários. Em indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos, perante episódios persistentes e/ou recorrentes e na presença de sintomatologia urinária, deve-se aprofundar o estudo de forma a determinar a causa ou, pelo menos, excluir doenças infecciosas ou malignas. Perante fatores de risco, o papel do médico de família é limitado devendo referenciar o utente para o Serviço de Urologia.

CL 05

PROLAPSOS DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS NO CENTRO DE SAÚDE DE BEJA

Helena Canilhas; Josiane Garcia Scholten; Rita Ramalho
UCSP Beja; USF Alfa Beja

Introdução: Prolapso dos órgãos pélvicos (POP) define-se como a deslocação inferior, com protrusão vaginal dos órgãos pélvicos. Pode classificar-se como prolapso da parede anterior da vagina, prolapso da parede posterior da vagina ou prolapso uterino. Alguns fatores de risco predispõem ou agravam esta patologia tais como fatores genéticos, história obstétrica, idade, traumatismo do pavimento pélvico, intervenções cirúrgicas, radiote-

rapia pélvica, obesidade, tabagismo, menopausa, entre outros, contribuindo significativamente para a deterioração da robustez do pavimento pélvico. Alguns estudos afirmam que cerca de 50% de todas as mulheres com idades entre 50 e 79 anos tenham algum tipo de prolapso. Nos EUA é a terceira causa mais comum de histerectomia.

Objetivo: Avaliar a prevalência de mulheres com prolapso utero-vaginais no Centro de Saúde de Beja. Verificar a possibilidade de encontrar uma correlação entre os POP e fatores de risco como a idade, paridade, tipo de parto e o índice de massa corporal.

Material e métodos: Estudo observacional descritivo retrospectivo, tendo como população alvo as mulheres inscritas no Centro de Saúde de Beja com registo de prolapso útero-vaginal. Variáveis estudadas para o estudo: Idade, paridade, tipo de parto e Índice de Massa Corporal (IMC). Os dados foram recolhidos em fevereiro de 2017 através do programa *mim@uf*, Sclínico e processo clínico-SAM, tendo sido registados e tratados no programa Microsoft Excel.

Resultados: Do total das mulheres inscritas ($n = 19267$) no centro de saúde de Beja foram identificadas 132 mulheres com registo no processo clínico de POP. Foram excluídas 8 mulheres das quais 2 por codificação inadequada e 6 por falta de registos clínicos, resultando uma amostra de 124 utentes. Verificou-se um predomínio da patologia nas faixas etárias entre os 60 e os 80 anos, com uma média de idades de 71 anos. Das mulheres com POP, 44,4% ($n = 55$) têm excesso de peso e 31,4% ($n = 39$) apresentam obesidade. No que se refere à história obstétrica, a grande maioria ($n = 118$) tiveram um ou mais filhos por parto vaginal. Das mulheres que constituem a amostra, 46,8% não recorreram a nenhum tipo de tratamento, 40,3% foram submetidas a tratamento cirúrgico e 12,9% usam pessário.

Discussão: Tendo em conta o número total de mulheres inscritas no Centro de Saúde de Beja podemos concluir que a proporção de POP é baixa. Este valor poderá estar abaixo do valor real devido aos casos não registados no programa informático. Analisando a amostra, verificamos que a preva-

lência de POP concentra-se na faixa etária entre os 60 e os 75 anos o que era expectável e identificamos como fatores de risco a paridade e o tipo de parto, uma vez que verificamos que a grande maioria teve filhos e que todos foram por parto vaginal. Destacamos ainda como fator de risco o excesso de peso e a obesidade, verificando-se que 31,4% das mulheres são obesas e 44,4% apresentam excesso de peso.

Como profissionais de saúde dos Cuidados Primários podemos informar as utentes assintomáticas ou com sintomas ligeiros acerca de estratégias que previnam esta patologia ou o seu agravamento: controlo ponderal, prevenção da obstipação, cessação tabágica e exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico.

CL 06

PSA E RASTREIO DO CANCRO DA PRÓSTATA: O QUE DIZEM AS *GUIDELINES*? – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Inês Santos; Pedro Vasconcelos; Ana Rita Cunha; Rafaela Cabral; Paula Rodrigues; Rita Bernardino Figueiredo
USF Viseu-Cidade, ACeS Dão Lafões

Introdução: O rastreio do cancro da próstata não está contemplado no Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas. Embora a determinação do antigénio específico da próstata (PSA) total em homens assintomáticos tenha reduzido o número de casos de carcinoma da próstata em estadios mais avançados ao diagnóstico, parece ainda não haver evidência robusta quanto ao papel do rastreio populacional com PSA na redução da mortalidade.

Objetivos: Pretende-se sumarizar e evidenciar as diferenças de recomendações formuladas entre as *guidelines* mais recentes relativamente à determinação do PSA total, enquanto estratégia de rastreio do carcinoma da próstata.

Material e métodos: Pesquisa das *guidelines* publicadas no último lustro, em bases de dados de Medicina Baseada na Evidência, nas línguas inglesa e portuguesa, utilizando-se os termos MeSH *Prostate-Specific Antigen, prostatic neoplasms* e *early detection of cancer*. Como critérios de

inclusão utilizaram-se: A população de homens assintomáticos com idade igual ou superior a 40 anos, tendo como intervenção a determinação do valor de PSA total, comparando com o grupo controle referente aos homens pertencentes ao mesmo grupo etário mas não submetidos a essa avaliação analítica. Visou-se, como outcome, a redução da mortalidade por carcinoma da próstata. Para atribuição do nível de evidência e força de recomendação aplicou-se a escala adotada pela Direção-Geral da Saúde para a emissão das Normas Clínicas.

Resultados e conclusões: As guidelines apresentadas nesta revisão (n = 10) têm em comum a não recomendação da determinação do PSA como base de rastreio populacional e têm em conta a importância de uma decisão partilhada entre médico e utente, que reflita a compreensão deste último face aos benefícios e potenciais riscos dessa escolha e a valorização das suas preferências. Diferem no que toca à idade em que esta discussão deve ser iniciada (a maioria considera a avaliação a partir dos 50 anos - (IIa, B)) e em relação à periodicidade das medições (a maioria recomenda rastreio bianual em homens de baixo risco). É maioritariamente proposta investigação adicional na sequência de PSA total superior a 3 ng/mL. A maior parte das *guidelines* não recomenda o rastreio quando a esperança média de vida é inferior a 10 anos (III, C). São necessárias novas ferramentas de rastreio e de estratificação individual de risco que evitem o sobrediagnóstico.

CL 07

UMA REFERENCIAÇÃO OPORTUNA... COM 30 ANOS DE ATRASO

Hugo Barbosa Cordeiro; Miguel Jeri;
Rosário Mendonça e Moura; Ana Correia de Oliveira;
Paulo Pessanha
USF S. João do Porto

Introdução: Dispareunia, ou penetração sexual dolorosa, é uma queixa comum entre as mulheres. Pode ser classificada em superficial – decorrente de distúrbios da vulva e do vestíbulo – ou profunda – relacionada com distúrbios na pélvis – e em primária ou secundária, consoante esteja ou não

presente desde o início da atividade sexual. Frequentemente, a história e o exame físico são suficientes para diagnosticar a etiologia subjacente.

Objetivos: Estudo etiológico de um caso de dispareunia com vários anos de evolução.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos registos clínicos da doente.

Caso clínico: M.H.S.R.V., sexo feminino, 51 anos, seguida em consulta de medicina sexual entre 2011 e 2016 por dispareunia com cerca de 30 anos de evolução, atribuída a distúrbio psicosssexual, medicada com pregabalina, sem resolução do quadro. Em 2015, por suspeita de prolactinoma, posteriormente confirmado, foi referenciada pelo médico assistente para consulta externa de endocrinologia. Numa das consultas, a doente mencionou degradação da qualidade de vida por dispareunia intensa, tendo sido referenciada para consulta de Urologia.

Nesta consulta, foi possível aferir uma história de dor vaginal e dispareunia primária superficial, com períodos assintomáticos de vários meses/anos, que doente associava a stress e problemas conjugais, sem melhoria com contraceptivos orais ou lubrificantes tópicos. Associadamente, há história de piúria e infeções urinárias de repetição por *E. coli* e *Streptococcus agalactiae* multissensíveis, acompanhadas por disúria e urgência miccional que se cingiam ao período de infeção ativa. A doente negava história de abuso sexual, maus hábitos higiénicos, comportamentos sexuais de risco, prurido, corrimento vaginal, dor pélvica, irregularidades menstruais ou dismenorreia. Nos seus antecedentes ginecológicos não havia referências a doenças sexualmente transmissíveis, mantinha um único parceiro sexual há várias décadas e tinha tido um parto eutócito com episiotomia aos 32 anos, sem relação com a sintomatologia.

O exame ginecológico, dificultado por dor intensa e defesa, constatou hipersensibilidade e presença de tumefação com flutuação na parede anterior da vagina e motivou pedido de RM pélvica. No exame de imagem, verificou-se na vertente paramediana lateral esquerda da uretra uma formação quística oblonga, bem circunscrita, com margens lobuladas, de 2 cm x 1.5 cm x 1 cm, de parede

hipercaptante, compatível com divertículo uretral sobre-infectado.

A doente foi então proposta para cirurgia, onde se procedeu a esvaziamento e dissecação do divertículo. De momento, mantém vida sexual ativa, sem queixas, e sem novas infeções urinárias.

Conclusão: Os divertículos da uretra feminina são uma patologia relativamente incomum, afetando 0,6-4,7% das mulheres. A multiplicidade de manifestações clínicas, geralmente inespecíficas e episódicas, levam a um frequente atraso diagnóstico e terapêutico. Não obstante os avanços nas ferramentas diagnósticas, o elevado índice de suspeição, permanece fundamental no diagnóstico atempado, evicção de complicações potencialmente graves como litíase ou malignização e, fundamentalmente, na melhoria da qualidade de vida das doentes.

E-POSTERS

P 01

DOENÇA DE PEYRONIE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Luisa C. Lopes; Lénia Olim
Centro de Saúde de Gaula

Introdução: A doença de Peyronie é uma patologia adquirida da túnica albugínea em que a sua fibrose leva a uma deformidade do pénis. O quadro clínico típico inclui, ainda, uma massa bem localizada, dor e, em alguns homens, disfunção erétil. Pensa-se que afete 0,4 a 3% dos homens adultos, embora dados recentes apresentem valores muito superiores, o que em parte se poderá dever à recente introdução de inibidores da fosfodiesterase – 5 para a disfunção erétil, que levou a uma maior preocupação e atenção para as patologias do foro andrológico. Os homens entre os 40 e os 60 anos parecem ser os mais afetados. A sua etiologia ainda não é bem conhecida, mas são atualmente apontadas causas como: Patologia autoimune; traumatismo; distúrbios do colagénio e iatrogenia, em especial no que concerne ao beta-bloqueantes de uso tão difundido. A doença de Peyronie pode levar ao surgimento de disfunção

erétil diretamente, de forma proporcional ao grau de curvatura, que pode estabilizar ou progredir, ou indiretamente, pela influência psicológica na vida sexual do homem e afetiva do casal. O médico de família tem um papel fundamental no direcionamento do doente com doença de Peyronie, encontrando-se numa posição privilegiada para orientar a sua abordagem multidisciplinar.

Objetivos: A apresentação deste caso tem como objetivo alertar os Médicos de Família para a importância de:

- Focar na consulta a saúde genital do homem com a mesma naturalidade com que ela é focada na mulher
- Conhecer e saber identificar os principais sinais e sintomas da doença de Peyronie, permitindo uma referenciação atempada
- Reconhecer a influência física e psicológica desta patologia na vida sexual do utente e do casal e providenciar o acompanhamento psicológico adequado.

Caso clínico: Utente do género masculino, 44 anos, com história pessoal de obesidade, sem antecedentes pessoais relevantes.

Há 15 meses iniciou queixas de aumento do esforço miccional, sem aparente alteração do jato urinário, não associado a disúria, polaquiúria ou noctúria. Embora não sabendo precisar o início da queixa, refere que os sintomas evoluíram passando a ter queixas de disfunção erétil, altura em que descreve noção de discreta "curvatura do pénis" (sic). Nesta altura refere dor inicialmente discreta e mais intensa com a ereção e micção e que evoluiu para uma dor intensa, constante, com intolerância para o contacto com a roupa interior. Cerca de três meses depois do início dos sintomas, o utente descreve, ao toque, um "pequeno nódulo palpável" (sic) na face dorsal do pénis. É nesta altura que se dirige uma consulta não-programada no seu Centro de Saúde. Nesta consulta é confirmada a curvatura do pénis e o nódulo palpável e, dada a dor mantida, é orientado à consulta de urologia para observação e realização de exames complementares de diagnóstico. O utente opta por recorrer à consulta em regime convencionado e procede à realização dos seguintes exames com-

plementares diagnóstico:

1. Ecografia protática e vesical: "(...) quisto central com 6mm de maior diâmetro".

2. Ecografia com doppler a cores do pênis: " (...) Em relação ao estudo morfológico assinalamos na região dorsal do pênis, a nível da base e na linha media, um esboço nodular da túnica albugínea, de 9L x 7AP mm de diâmetro, compatível com uma fase inicial de doença de Peyronie".

Seis meses após início do seguimento na consulta de urologia, o utente recorre à consulta de Medicina Geral e Familiar, já sem queixas de dor, mas mostra-se apreensivo e dececionado com o diagnóstico e com "poucos resultados" (sic).

Três meses depois, em consulta programada do filho, demonstra maior anisiedade com a evolução da curvatura do pênis, expressando o fardo emocional da patologia na sua vida de relação e na qualidade do sono. Foram exploradas as possibilidades de apoio, incluindo referenciação à consulta de psicologia, mas que o utente recusou. Orientei para agendamento de consulta programada em horário compatível com o da esposa de forma a reunir com ambos.

P 02

QUAL A EVIDÊNCIA DO USO DE SERENOA REPENS NA HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA?

Vanessa Aguiar; Ana Marques; Carolina Bronze; Maria Teresa Albergaria; Tânia Bairos; Vanessa Oliveira
Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel

Introdução: A hiperplasia benigna da próstata (HBP) cursa com um aumento do volume da próstata condicionando sintomas obstrutivos e irritativos do trato urinário inferior, com um impacto na qualidade de vida que pode ser significativo e é mensurável através de questionários específicos. Existem diversas opções terapêuticas, entre elas, a *Serenoa repens*, um extrato natural de uma planta que pode diminuir a inflamação associada à HBP.

Objetivos: Avaliar a evidência disponível sobre a eficácia da *Serenoa repens* vs. placebo no tratamento da HBP.

Material e métodos: Revisão baseada na evidência com pesquisa de artigos de revisão, meta-aná-

lises e ensaios clínicos aleatorizados, em bases de dados médicas baseadas na evidência (*The Cochrane Library DARE, Bandolier, Guidelines Finder da Nacional Electronic Library for Health no NHS britânico, National Guideline Clearinghouse*), publicados nos últimos 5 anos, em inglês, espanhol e português, utilizando os seguintes termos MeSH *Prostatic hyperplasia AND Serenoa*. Foram considerados critérios de exclusão estudos *in vitro*, em animais, idade inferior a 40 anos, comparação com outros fármacos e cirurgia urológica prévia. A atribuição do nível de evidência e força de recomendação foi realizada a partir da escala *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)* da *American Family Physician*.

Resultados e conclusões: Da pesquisa resultaram 55 artigos, dos quais 47 foram excluídos, tendo sido selecionados 8 para análise (1 guideline, 3 revisões sistemáticas, 3 revisões clássicas e 1 ensaio clínico). Este trabalho demonstra que não existe evidência na utilização deste fármaco no alívio dos sintomas de HBP, contudo, por existir heterogeneidade entre as amostras, *follow-ups* curtos, diferentes escalas de avaliação subjetiva dos sintomas e diferentes processos na obtenção do extrato de *Serenoa repens*, os autores atribuem uma força de recomendação B.

P 03

DUAS APRESENTAÇÕES DE TUMOR DE GRAWITZ – A PROPÓSITO DE DOIS CASOS DA CONSULTA

Ana Rita Cunha; Inês Santos; Rafaela Cabral; Paula Rodrigues; Pedro Vasconcelos; Ana Filipa Batista; Tiago Tavares; Joana Gonçalves; Rui Pedro Loureiro; Conceição Martins
USF Viseu Cidade

Introdução: O carcinoma de células renais (CCR) representa 90% das neoplasias renais, atingindo predominantemente homens dos 60 aos 70 anos. Embora metade dos casos seja detetado acidentalmente, o CCR pode cursar com hematúria, lombalgia e massa palpável ou manifestar-se por síndromes paraneoplásicas.

Objetivos: Expor dois casos com diferentes formas de apresentação de CCR, que permitirão

sistematizar a atuação do Médico de Família (MF) perante esta possibilidade diagnóstica.

Materiais e métodos: Estudo de dois casos clínicos através da entrevista e registros, após obtenção de consentimento informado por escrito.

Resultados: Descrevemos o caso de uma mulher de 65 anos, com antecedentes de obesidade, dislipidemia, patologia tiroideia e gastropatia, que se apresentou na consulta com queixas de cansaço fácil, sem alterações objetiváveis. Iniciou estudo imagiológico e analítico, que revelou anemia normocrômica e normocítica. Decorridos 4 meses, recorreu ao serviço de urgência (SU) do hospital de referência, por agravamento clínico, tendo sido detetada ecograficamente uma massa suspeita no seio renal direito. Realizou tomografia computadorizada urológica (uro-TC) que confirmou o achado e foi submetida a nefrectomia direita, diagnosticando-se CCR grau 3 de Furman. O segundo caso refere-se a um homem de 71 anos, com antecedentes de excesso ponderal, dislipidemia e hipertensão arterial. Recorreu múltiplas vezes à consulta e ao SU do hospital de referência por hematúria e lombalgia mista. Na sequência do estudo etiológico, foi detetado ecograficamente um nódulo renal direito muito sugestivo de neoplasia, também sugerido como tumor de Grawitz em uro-TC. Encontra-se a aguardar cirurgia.

Conclusões: Em doentes sexagenários, hipertensos, obesos, fumadores e com história familiar, com a tríade clássica de hematúria, lombalgia e massa palpável ou sintomas compatíveis com síndromes paraneoplásicas renais, deveremos estar alerta para a possível existência de CCR. A ecografia permite a sua deteção acidental, assumindo importância no diagnóstico e estadiamento, a par da uro-TC, gold standard do diagnóstico de CCR. Dado o risco de recorrência, mesmo em tumores localizados ao diagnóstico, estes utentes carecem de um acompanhamento regular pelo MF, mesmo após decorridos 5 anos de *follow up*. Assim, o MF deverá assumir uma atitude preventiva, envolvendo toda a família na criação de estratégias que permitam a diminuição ponderal, o controlo da hipertensão e a cessação tabágica.

P 04

NEOPLASIA OCULTA. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Lorina Pestana¹; Catarina Matos Silva²

¹USF LoureSaudável;

²USF Cruzeiro

Introdução: O cancro da próstata é uma doença com elevada prevalência. A sua incidência tem vindo a aumentar gradualmente, em virtude da introdução do antígeno prostático específico (PSA) na prática clínica.

O principal fator de risco para o desenvolvimento do cancro da próstata é a idade. Cerca de 65% dos casos de cancro da próstata são diagnosticados em pacientes com idade superior a 65 anos, sendo apenas 0,1% dos casos diagnosticados antes dos 50 anos de idade.

A hereditariedade, raça e estilo de vida também são factores de risco importantes.

Resumo Caso Clínico: Doente sexo masculino, 62 anos de idade, caucasiano, agricultor. Antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial Essencial, tabagismo, ex-etanolismo, status pós EAM, dislipidemia e paralisia facial periférica recente.

História de quadro súbito de disúria, polaquiúria, noctúria, jato fraco, tenesmo vesical, sem febre ou hematúria. Neste contexto, foi solicitado PSA livre (68.22 ng/dL) e ecografia prostática sem alterações. Foi admitida prostatite aguda e medicado com Ciprofloxacina, com melhoria clínica. Após dois meses, mantinha as mesmas queixas urológicas com perda ponderal significativa, hematúria e lombalgia intensa com três semanas de evolução com irradiação para a região glútea direita de ritmo inflamatório, associada a claudicação do membro inferior direito. Apresentava Murphy renal positivo à direita, sem alterações no teste de Combur. Foram solicitados TC lombar e sacro-ilíaca (que não realizou), PSA (290,4 ng/dL) e ecografia renal que demonstrou “ligeira a moderada dilatação pielocalicial uretral direita”, pelo que foi enviado ao serviço de Urgência (SU).

No SU, analiticamente apresentava Hb 10,0 g/dL, Ureia 53 mg/dL, Creatinina 1.31 mg/dL, FA 451UI/L, PCR 32.53 mg/dL. Realizou TC pélvica: “Discreta ectasia pielocalicial e do uréter até à

cavidade pélvica à direita (...) e múltiplas adenopatias ilíacas bilaterais (...)” e TC coluna dorsal e lombar com lesões osteoblásticas e osteolíticas. Decidiu internamento para controlo sintomático e investigação diagnóstica. Realizou cintigrafia óssea com múltiplos focos hipercaptantes. Prescindiu-se da biópsia prostática e assumiu-se diagnóstico de neoplasia da próstata com extensa metastização óssea. Realizou Radioterapia paliativa sobre as zonas mais sintomáticas (bacia), seguida de quimioterapia (6 ciclos de Docetaxel) e iniciou bloqueio androgénico com Degarelix.

Conclusão: O cancro da próstata na maior parte das vezes tem origem na zona periférica da próstata e por este motivo raramente causa sintomas precocemente.

A dosagem sérica do PSA e a realização do toque retal reduz a mortalidade por cancro da próstata em 20%.

O PSA não é específico de neoplasia, podendo estar elevado em diversas situações, tais como prostatites, manipulações urológicas, enfarte prostático, retenção urinária, uso de sonda vesical, entre outros.

P 05

“UMA INFERTILIDADE NUNCA VEM SÓ” – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Rafaela Cabral; Inês Santos; Ana Rita Cunha; Paula Rodrigues; Pedro Vasconcelos; Tiago Tavares; Joana Gonçalves; Rui Pedro Loureiro; Anabela Madeira
USF Viseu Cidade, ACES Dão Lafões

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde, a infertilidade define-se como uma doença do sistema reprodutivo traduzida na incapacidade de obter uma gravidez após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção. Caso tal ocorra, deve ser iniciado um processo de avaliação dos dois elementos do casal, sendo identificado um fator masculino em cerca de 30 a 40% dos casos.

Objetivo: Descrever um caso clínico da prática clínica diária do Médico de Família (MF).

Material e métodos: Estudo de caso, através da entrevista e consulta do processo clínico informatizado, após obtenção de consentimento informa-

do por escrito.

Resultados: Homem de 35 anos de idade, casado, pedreiro, inserido numa família nuclear, funcional, na fase I do ciclo familiar de Duvall e classe III de Graffar. Recorreu inicialmente à consulta de Medicina Geral e Familiar, acompanhado pela esposa, onde ambos expressaram a vontade de serem pais. Já estariam a tentar há cerca de 1 ano, sem resultados. Foram então encaminhados para a consulta hospitalar de Apoio à Infertilidade, onde realizaram diversos exames, tendo-se constatado alterações no espermograma. Realizou ecografia escrotal que revelou um nódulo sólido de 24 mm no polo inferior do testículo direito. Cerca de um mês depois, foi submetido a uma biópsia aberta para posterior orquidectomia radical direita com inserção de prótese testicular, que revelou tratar-se de um teratoma puro. A TC de estadiamento mostrou múltiplos micronódulos pulmonares e várias adenopatias na interaortocava e na cadeia ilíaca externa. Foi referenciado para o hospital central e submetido a linfadenectomia retroperitoneal devido a metástases retroperitoneais provocadas por tumor compatível com seminoma, com quimioterapia (QT) posterior. Após QT, realizou TC de controlo que exibiu apenas lesões pulmonares a correlacionar com doença profissional. Atualmente mantém seguimento na consulta hospitalar referida.

Conclusões: O seminoma afeta homens entre os 30-55 anos de idade, tendo um índice de cura bastante elevado devido à alta sensibilidade a QT e radioterapia. No entanto, pode ter efeitos secundários, como é o caso da infertilidade. As situações de infertilidade e as neoplasias exercem habitualmente um impacto emocional significativo. Neste sentido, o MF deve ter sempre presente esta realidade e saber gerir e conferir suporte emocional a ambos os elementos do casal durante estas etapas de investigação e de tratamento.

P 06

LOMBALGIA (IN)SUSPEITA

Jorge Jesus Pereira; Hugo Dinis Gaspar
USF D. Jordão

Introdução: A lombalgia aguda é um motivo de consulta frequente em Medicina Geral e Familiar,

estimando-se que 60 a 80% da população tenha uma crise no decorrer da sua vida. Na maioria não é conhecida a sua causa, sendo atribuída a alterações musculoesqueléticas, mecânicas e degenerativas. No entanto, o clínico deve ter presente as causas urológicas no diagnóstico diferencial de lombalgia, nomeadamente na presença de sinais de alerta.

Descrição do caso: Homem de 80 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, previamente autónomo e com boa vida de relação, recorreu à consulta aberta na USF por lombalgia com irradiação abdominal, com uma semana de evolução e associada a edema dos membros inferiores. Recorreu previamente ao serviço de urgência hospitalar, tendo alta com diagnóstico de lumbago e medicado com etoricoxib e paracetamol associado a tiocolquicosido, no entanto sem alívio sintomático. À nossa observação apresentava abdómen distendido, timpanizado e difusamente doloroso à palpação; edema bilateral das pernas com sinal de Godet positivo; e sinal de Murphy renal positivo à esquerda. Atendendo ao exame objetivo e dor persistente pedimos estudo analítico e ecografias renal e abdominal superior, sendo medicado com metamizol.

Na semana seguinte retornou à consulta na USF. Mantinha as queixas álgicas, associadas agora a náuseas. Negava vômitos, febre ou sintomas urinários. Analiticamente apresentava PCR 26,3, sem outras alterações, nomeadamente a nível do hemograma, ionograma, função renal e hepática. A ecografia abdominal revelava esteatose hepática difusa. No entanto, a ecografia renal mostrava rim esquerdo com aspeto heterogéneo e ecogenicidade aumentada na área corticomedular com líquido peri-renal, podendo indicar pielonefrite ou hematoma peri-renal, sugerindo ainda realização de TC abdominal, a qual se pediu com caráter urgente juntamente com urocultura. Optou-se por iniciar empiricamente ciprofloxacina 500 mg de 12/12h e associar paracetamol com tramadol para controlo álgico, bem como metoclopramida.

Decorridos quatro dias, o utente retornou à consulta com o resultado da TC abdominal superior que documentava uma massa de 15 cm ocupando

a metade superior do rim esquerdo, predominantemente hipodensa, de contornos irregulares e densificação da gordura adjacente.

Dado o resultado fez-se referência urgente à consulta de Urologia hospitalar, tendo realizado no mês seguinte biópsia renal, cujo resultado foi compatível com linfoma difuso de grandes células B.

Discussão: Na abordagem da lombalgia devemos recordar que não se trata de uma doença, mas antes de um sintoma, pelo que poderão estar subjacentes múltiplas patologias, algumas graves e potencialmente fatais. Para tal é imprescindível que o clínico mantenha um elevado grau de suspeição na presença de sinais de alerta, tal como aconteceu neste caso.

P 07

LUTS, PARA ALÉM DA PRÓSTATA

Rita Branquinho

UCSP Novos Horizontes

Introdução: LUTS (*Lower Urinary Tract Symptoms*) acrónimo que compreende sintomas do trato urinário inferior, que afetam o armazenamento, micção e sintomas pós-micção.

Existem muitas causas possíveis de LUTS, tais como anormalidades ou disfunção da próstata, uretra, bexiga ou esfíncteres. Nos homens, a causa mais comum é a hiperplasia benigna da próstata (HBP). Outras condições que podem causar LUTS incluem fraqueza muscular ou hiperatividade do detrusor, inflamação da próstata (prostatite), infeção do trato urinário, neoplasia da próstata e doenças neurológicas.

Objetivos: O objetivo da escolha deste caso clínico em deve-se a o caso descrito apresentar um diagnóstico raro com manifestações análogas a HBP. Apesar de raros estas hipóteses de diagnóstico diferencial são de considerar, especialmente num doente tão jovem com sintomas tão marcados e de agravamento súbito.

Material e métodos: Foi usado o método descritivo, baseado na consulta do processo clínico e entrevista.

Resultados e conclusões: O doente trata-se de um homem de 47 anos, que em janeiro de 2016 recorreu ao serviço de urgência por quadro de

retenção urinária aguda com insuficiência renal aguda obstrutiva infra-vesical concomitante. Ecograficamente apresentava uma próstata volumosa com tamanho aproximado de 60 g. Por retenção urinária crônica após a remoção de sonda vesical foi proposta cirurgia prostática por provável HBP. Dois meses depois volta a recorrer ao serviço de urgência por dor lombar e febre sendo diagnosticado hidronefrose bilateral e agudização da doença renal crônica. Foram colocadas nefrostomias percutâneas bilaterais. Dois meses depois na consulta externa é constatado ecograficamente massa pélvica volumosa. Realizou biópsia e TAC toraco-abdomino-pélvica com o resultado de massa pélvica de 15 cm envolvendo a bexiga, ausência de adenopatias e metastização vesical, sendo resultado histológico de sarcoma pélvico indiferenciado. O doente encontra-se realizar tratamentos de quimioterapia até à data atual. Concluindo, existem muitas causas possíveis de LUTS, a sendo a causa mais comum a HBP. Assim sendo, quando a clínica é atípica é recomendável que se faça estudo de diagnóstico diferencial.

P 08

UROLOGIA PEDIÁTRICA, ABORDAGEM EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Patrícia Neto Oliveira; Sónia Corujo; Catarina Monteiro
UCSP da Guarda

Introdução: As malformações dos genitais masculinos são entidades comuns que frequentemente se referenciam de forma errônea ou tardia, ou que simplesmente, não se diagnosticam. As malformações geralmente são resultado de alguma alteração durante a gestação, que podem surgir de forma isolada ou associadas a outras alterações génito-urinárias ou de outros órgãos/sistemas. As alterações dos genitais são frequentemente motivo de preocupação parental.

Objetivos: Este trabalho visa descrever uma abordagem prática e preliminar dos problemas urológicos pediátricos no contexto dos cuidados de saúde primários.

Material e métodos: Revisão da literatura com pesquisa nas bases de dados Uptodate e Pubmed, normas de orientação clínica nacionais e inter-

nacionais como *European Society for Paediatric Urology*, *European Association of Urology* e *American Academy of Family Physicians*.

Resultados: Fimose, varicocele, hidrocele e criptorquidia constituem patologias benignas que se relacionam pela elevada prevalência nas idades mais precoces em crianças do sexo masculino.

A fimose diz respeito ao aperto do anel prepucial que impossibilita a sua retracção sobre o corpo do pénis. Na fimose primária, a sua resolução completa ocorre em 50% das crianças no 1º ano de vida. Na secundária resulta de processos inflamatórios. O tratamento conservador está indicado na fimose primária enquanto que o cirúrgico têm indicações específicas de referenciação. O hidrocele congénito define-se como acumulação de líquido que persiste; aumenta com a posição ortostática, diminui em decúbito e pode complicar com hérnia inguinal. O diagnóstico é feito através do exame físico. O tratamento requer uma avaliação periódica e a referenciação para cirurgia apresenta indicações específicas. A criptorquidia é uma anormalidade congénita comum, afecta cerca de 1% dos recém-nascidos a termo. O diagnóstico é realizado através do exame físico e por laparoscopia diagnóstica. O tratamento cirúrgico deve ser realizado até os 12 a 18 meses de idade. Por fim, o varicocele corresponde a uma dilatação anormal das veias testiculares no plexo pampiniforme devido a refluxo venosos. O diagnóstico baseia-se no exame físico em posição ortostática e na ecografia escrotal com doppler. Os tratamentos conservador e cirúrgico apresentam algoritmos específicos em cuidados de saúde primários e secundários.

Conclusões: As malformações urológicas pediátricas permanecem um desafio para os clínicos. As primeiras consultas de vida e posterior seguimento são importantes para o seu diagnóstico, devendo o exame físico do lactente/criança envolver uma inspecção sistemática. O diagnóstico precoce permite a exclusão de patologias associadas e o tratamento atempado com minimização do risco de complicações. A referenciação para os cuidados de saúde secundários deve ser equacionada quando existem dúvidas no diagnóstico ou quando requerem tratamento cirúrgico.

P 09

ABORDAGEM DA INFERTILIDADE MASCULINA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Sara Silva Gomes; Maria José Corral
USF Faria Guimarães - ACeS Porto Oriental

Introdução: A infertilidade é definida pela OMS como “uma doença do sistema reprodutivo traduzida na incapacidade de obter uma gravidez após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção”. Aproximadamente 15% dos casais cumprem estes critérios. Estima-se que a causa da infertilidade esteja relacionada unicamente com o elemento masculino em apenas 20% dos casos, mas noutros 30 a 40% o homem apresenta um fator contributivo para o problema. Os médicos de família representam a primeira linha de apoio a estes casais, pelo que devem conhecer os recursos disponíveis e utilizá-los da forma mais eficiente.

Objetivo: Sistematizar a orientação diagnóstica mais adequada perante casos de infertilidade masculina ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Métodos: Realizou-se uma revisão da literatura médica publicada até janeiro de 2017, usando bases de dados científicas, com as palavras-chave *male infertility, diagnosis e primary health care*.

Resultados: Num casal que cumpra critérios de infertilidade, ambos os elementos devem ser avaliados quanto à história reprodutiva, sexualidade, hábitos de consumo e potenciais riscos ocupacionais. As causas de infertilidade masculina são múltiplas e a história clínica e exame físico são fundamentais na orientação diagnóstica. O médico de família tem ao seu dispor exames complementares de diagnóstico, nomeadamente rastreio serológico de infeções e o espermograma, entre outros, a requisitar sempre que se justifique caso a caso. Perante os resultados obtidos deverá ser ponderada a referência para os cuidados hospitalares.

Conclusões: A avaliação a efetuar em caso de infertilidade envolve várias etapas, progressivamente mais complexas e específicas. Tanto as orientações nacionais como as internacionais apoiam que a primeira abordagem seja realizada ao nível dos cuidados de saúde primários. Os

médicos de família são frequentemente o primeiro contacto destes casais com os cuidados de saúde, pelo que se justifica a sua sensibilização para a utilização eficiente dos meios complementares de diagnóstico disponíveis para a identificação da patologia que poderá estar na origem da infertilidade masculina, evitando gastos desnecessários e melhorando a acuidade da avaliação. Uma boa articulação entre os diferentes níveis de cuidados parece ter um impacto positivo na eficácia do tratamento e na satisfação dos casais.

Palavras-chave: Infertilidade masculina, diagnóstico, cuidados de saúde primários.

P 10

DISFUNÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA – O QUE DIZ A LITERATURA?

Floriano Duarte Cruz; Carolina Gonçalves
USF São Simão da Junqueira, ACES Póvoa Varzim/Vila do Conde, ACES Alto Ave - Guimarães

Introdução: A definição dada pela Organização Mundial de Saúde de Adolescente estabelece a idade 10-19 anos, sublinhando que se inicia com a puberdade e termina quando uma identidade adulta é aceite.

A disfunção sexual engloba várias questões: Genéticas, comportamentais, infecciosas, psicológicas, história de abuso, entre outras, corroboradas na literatura. Apesar de serem muito frequentes e largamente exploradas em adultos, pouco é conhecido acerca desta problemática nos adolescentes.

Objetivos: Aprofundar conhecimento acerca da disfunção/problemas sexuais na adolescência de forma a melhorar estratégias clínicas na sua abordagem.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica realizada tendo por base os termos *sexual dysfunction e adolescents* nas bases de dados NCBI, Embase, CRISP, Free Medical Journals, Google Scholar e NEMJ, estabelecendo-se como horizonte temporal os últimos 5 anos (2012-2017).

Resultados e conclusões: As especialidades médicas que publicaram acerca deste assunto são: Pediatria, obstetria/ginecologia, doenças infecciosas e em 4º a medicina geral e familiar. A disfunção sexual está associada a sobreviventes

de carcinomas primários (prolactinoma, leucemia) e efeitos secundários da quimio e radioterapia.

A associação a patologias médicas como: Reumatológica (esclerose múltipla), malformações (malformações anoretais, espinha bífida, escoliose idiopática), alterações endocrinológicas (hiperplasia suprarrenal, síndrome ovário poliquístico, puberdade precoce e tardia, obesidade, diabetes), ginecológica (endometriose, anomalias e infecções genito-urinárias e sexualmente transmissíveis), anomalias genéticas e cromossômicas (Prader-Willi, Trissomia XXI, mulheres 45X0), cutâneas (psoríase genital), urológicas (ciruncisão), hematológicas (anemia células falciformes), patologia psiquiátrica (bipolar, psicose, stress pós-traumático, epilepsia, depressão), síndrome hiperatividade e défice atenção, perturbação espectro autismo.

A utilização de medicação (olanzapina, risperidona, quetiapina, clorpromazina) e drogas de abuso (álcool, tabaco, anfetaminas, cannabis, testosterona) é relevante.

O abuso sexual aparece como causa *major* de disfunção sexual em idades precoce.

Outras questões como: Orientação sexual, interrupção voluntária de gravidez, percepção do corpo, uso inapropriado de anticoncepcionais de barreira, pornografia, jogos sexuais, “romantização”, violência no namoro contribuem para este problema.

A quantidade e diversidade de situações a avaliar é muito abrangente, mas não deve ser descurada ou adiada.

P 11

PSA LIVRE A TODOS OS HOMENS DOS 55 AOS 70 ANOS? – UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA NUMA UNIDADE DE SAÚDE

Pedro Vasconcelos¹; Tiago Tavares¹; Patrícia Costa²; Inês Santos¹; Joana Gonçalves¹; Rui Pedro Loureiro¹; Rafaela Cabral¹; Ana Rita Cunha¹; Paula Rodrigues¹; Rita Bernardino Figueiredo¹

¹USF Viseu-Cidade, ACeS Dão Lafões;

²USF Terras de Azurara, ACeS Dão Lafões

Introdução: À luz da norma 060/2011 emitida pela Direção-Geral da Saúde, a determinação do antígeno específico da próstata (PSA) não deve

integrar o rastreio populacional do carcinoma da próstata. Já o rastreio oportunístico abrange os utentes assintomáticos dos 55 aos 70 anos. Esse rastreio individual consiste na determinação do valor de PSA total, estando a prescrição da relação PSA livre/ PSA total reservada somente quando o PSA total se encontre entre 4 e 10 ng/mL e a palpação prostática, por toque retal, seja negativa.

Objetivo: Determinar a proporção de homens assintomáticos, entre os 55 e os 70 anos, de uma unidade de saúde (US) a quem foi solicitada a determinação sérica de PSA livre após constatação de um valor de PSA total entre 4 e 10 ng/mL.

Material e métodos: Estudo observacional, descritivo, transversal e retrospectivo. A população era constituída pelos homens assintomáticos dos 55 aos 70 anos inscritos na US a quem foi solicitado o PSA livre entre 1 de janeiro e 30 de junho de 2016. A amostra incluiu esses homens a quem foi solicitada a determinação de PSA livre nesse período temporal, após determinação de PSA total, excluindo-se os que encontravam em monitorização por carcinoma da próstata após tratamento e aqueles a quem não tinha sido pedido PSA total antes do PSA livre.

Resultados e conclusões: No período considerado, o PSA livre foi determinado em 59 homens entre os 55 e os 70 anos de idade. Em 11 desses indivíduos não tinha sido efetuado previamente o doseamento sérico de PSA total e 2 encontravam-se em seguimento após tratamento de carcinoma da próstata. A amostra incluiu 46 homens com uma média de idades de 64,2 anos e desvio padrão de 5. Constatou-se que em cerca de 71,7% (n = 33) o valor de PSA total era inferior a 4 ng/mL, sendo que apenas os restantes 13 utentes apresentavam um valor de PSA total entre 4 e 10 ng/mL. Da leitura dos resultados obtidos, pode concluir-se que somente 28,3% das determinações do PSA livre se encontravam fundamentadas pela norma citada. Deste modo, a ansiedade gerada nos utentes pela investigação excessiva e ainda os custos associados ao pedido de exames analíticos desnecessários deverão fazer-nos refletir sobre as nossas práticas. Com efeito, esta constatação deverá servir de mote à realização de rea-

valiações que conduzam a uma melhoria contínua da qualidade da prática clínica diária, com consequentes ganhos em saúde para os nossos utentes.

P 12

A DISFUNÇÃO ERÉTIL COMO PREDITOR DE EVENTOS CARDIOVASCULARES

Maria Teresa Albergaria; Carolina Bronze;

Vanessa Aguiar

Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel

Introdução: A disfunção erétil (DE) consiste na incapacidade de alcançar e manter uma ereção suficiente para uma performance sexual satisfatória, afetando 322 milhões de homens em todo o mundo. A DE e as patologias cardiovasculares (CV) partilham fatores de risco e fisiopatologia, decorrente da disfunção endotelial. A patologia CV e os seus fatores de risco aumentam o risco de DE e, por outro lado, a DE surge como manifestação precoce de patologia CV, uma vez que os processos de aterosclerose originam sintomas primariamente em vasos de menor calibre, como é o caso dos vasos penianos.

Objetivo: Relato de um caso clínico de DE como manifestação de patologia CV e revisão da bibliografia sobre o tema.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica no *UpToDate* e na *Pubmed* utilizando termos *MESH erectile dysfunction e cardiovascular disease*. Colheita da história clínica.

Resultados: Homem de 43 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidémia, obesidade e hábitos tabágicos (40 cigarros/dia), com vários anos de evolução. Medicado para as referidas patologias, mas com fraca adesão à terapêutica farmacológica e não farmacológica. Antecedentes familiares de irmão falecido aos 40 anos por enfarte agudo do miocárdio, também este com fatores de risco CV com vários anos de evolução.

Recorre à consulta com o Médico de Família, por queixas relacionadas com disfunção erétil, com 5 anos de evolução. Referia também queixas de claudicação intermitente, desencadeadas com a marcha, que aliviavam no repouso. Neste contexto foi incentivada cessação tabágica e restantes medidas não farmacológicas para controlo dos fatores

de risco CV, bem como cumprimento da terapêutica farmacológica. Optou por não iniciar outros fármacos.

Cerca de 1 mês depois, recorre ao serviço de urgência, tendo-lhe sido diagnosticado enfarte agudo do miocárdio. Posteriormente, inicia cessação tabágica, cuidados alimentares e exercício físico esporádico, bem como cumprimento farmacológico regular, referindo notar alguma melhoria das queixas.

Conclusão: A DE tem um impacto negativo na qualidade de vida do homem e pode motivar a procura de cuidados de saúde. Tendo em conta a evidência atual que demonstra uma relação entre DE e eventos CV, perante casos de DE urge uma intervenção precoce, com vista ao despiste e controlo dos fatores de risco CV. A prevenção de eventos CV e melhoria da qualidade de vida da pessoa é conseguida através de uma abordagem farmacológica e não farmacológica.

P 13

NÃO SE DEU POR ELA, A PRÓSTATA

Paulo Brites G. Fernandes; Joana Simões Silva;

Diva Oliveira

USF Águeda + Saúde

Introdução: O carcinoma da próstata é o tumor com maior incidência nos homens em Portugal. Pelo contrário, a sua mortalidade é inferior em relação a cancro com menor incidência como o do pulmão ou colo-retal. A sua peculiaridade assenta na sua lenta evolução e tardia manifestação dos primeiros sintomas. Os principais sinais são perturbações da micção, sinais inespecíficos muitas vezes relacionados com envelhecimento ou crescimento prostático. O principal fator de risco é a idade (mais de 70% dos cancros detetados afetam homens com uma idade superior a 65 anos).

Relato de Caso: AF, 61 anos, viúvo, autónomo, fase VIII do ciclo de vida de Duvall, inserido numa família moderadamente disfuncional segundo Apgar de smilkestien. Antecedentes pessoais de DM, HTA, Excesso de peso e Dislipidemia.

Recorre a uma consulta de DM em janeiro de 2016, com discrepância no valor alvo de HbA1c - 7,0%; referindo ter abandonado sitagliptina há

cerca de um mês por dores musculares que associou à toma deste medicamento, tendo melhorado após abandono terapêutico. Refere também que nessa altura teria notado aumento do número de micções diárias, não valorizando tal facto. O toque rectal não evidenciou alterações perceptíveis da consistência, forma ou tamanho prostático. Solicitou-se ecografia para melhor caracterização prostática, bem como estudo analítico incluindo PSA. O doente volta novamente dois meses depois com resultado de ecografia prostática: "ligeiro aumento 37cm³. Porção central com padrão adenomatoso. Próstata periférica: sem formações nodulares, registando-se apenas muito discreta alteração da estrutura dos segmentos laterais à direita.", PSA 1.48 ng/mL (o maior valor registado). O utente foi então referenciado a consulta externa de urologia para melhor seguimento e vigilância.

A nível hospitalar foi submetido a nova ecografia que demonstrou: "vp37cc"; ao toque: "VP 30cc - nódulo duro à direita" e fez biopsia que revelou Adenocarcinoma acinar da próstata, grau 4+4 de Gleason. Foi proposto para prostatectomia radical com linfadenectomia que realizou em junho de 2016. Desde então sob controlo analítico, neste momento com PSA 0.01 ng/mL.

Discussão: O caso realça a variabilidade de sinais e sintomas que podem passar despercebidos no carcinoma da próstata. Nem o doseamento do PSA ou o exame físico, nem mesmo a ecografia prostática foram conclusivos para o diagnóstico, numa idade ainda precoce. Será fulcral manter uma elevada suspeita diagnóstica para a deteção precoce desta afeção.

P 14

NEOPLASIA INTRA-EPITELIAL PROSTÁTICA: CASO CLÍNICO

António Mesquita; Ludmila Martins
USF Alma Mater, ACES Amadora

A neoplasia intra-epitelial prostática (PIN) é uma condição pré-maligna, que se divide em baixo grau e alto grau, esta última associada a uma maior probabilidade de evolução para carcinoma da próstata (CaP). Não existe consenso sobre o rastreio oportunístico (através de Toque rectal e PSA) do CaP.

Se por um lado vários estudos demonstram uma redução inequívoca da mortalidade em grupos populacionais rastreados, é também verdade que esta é conseguida através de um elevado número de homens saudáveis, levando a sobre-diagnóstico e consequente sobre-tratamento, conforme mostram estudos europeus e americanos. Doente, sexo masculino, 82 anos, reformado.

Antecedentes: Hipertensão essencial, Ansiedade, dislipidemia e insuficiência venosa periférica. Medicação: Olmesartan, indapamida, bioflavonoides, sinvastatina, lorazepam em SOS. Dirige-se a serviço de Urgência por quadro de astenia, sem febre, disúria ou polaquiúria. Teve alta com diagnóstico de cistite, tendo sido medicado com cefuroxima. O doente dirige-se a consulta de Urologia particular onde são prescritas análises, onde se destaca PSA total 7,89 ng/mL e percentagem de PSA livre de 19%. Vem à consulta na USF, referenciado de Urologia, com pedido de biopsia. Ao exame objetivo o toque rectal era normal e o doente estava clinicamente bem, sem disúria, noctúria ou dificuldade na micção. Revelou em todo o processo um elevado estado de ansiedade. A biopsia prostática revelou PIN de alto grau, tendo o doente sido referenciado a Urologia do Hospital de Área. Foi consultado no Hospital e procurou segunda opinião em mais duas consultas particulares. Em todas as avaliações pela Especialidade, assim como em consulta de MGF, foi explicado ao doente que apenas seria feita vigilância a 6 meses e que faria medicação com dulasterida e tansulosina.

Destaco este caso por vários motivos. Em primeiro lugar o impacto que o diagnóstico de PIN teve no doente: Exacerbou um quadro de ansiedade já existente, que o levou a procurar diversas opiniões junto de Especialistas. Neste sentido, o MGF tem um papel fundamental no ensino do doente, explicando os prós e contras de ser ter optado por uma vigilância ativa ao invés duma abordagem mais interventiva. Por outro lado é de destacar que, apesar de não existir consenso no *follow-up* de PIN de alto grau, ter-se optado por uma vigilância ativa terá sido a melhor opção para o doente, que se encontra assintomático e com PSA total inferior a 10ng/mL e atendendo também à sua idade e comorbilidades.

P 15

TRABALHO RETIRADO

P 16

LÍQUEN ESCLEROSO NO HOMEM – UM CASO "QUE DEPRIME"

Paula Rodrigues; Tiago Tavares; Pedro Vasconcelos; Ana Rita Cunha; Inês Santos; Rafaela Cabral; Joana Gonçalves; Rui Pedro Loureiro; Ana Paula Pinheiro
USF Viseu-Cidade

Introdução: O líquen escleroso (LE) consiste numa dermatose crónica que atinge sobretudo a área anogenital. Apesar de mais comum na mulher, pode acometer homens em qualquer idade, nos quais pode ocorrer esclerose e estreitamento do prepúcio, com consequente disfunção erétil. O seu diagnóstico é essencialmente clínico, podendo ser definitivamente estabelecido com biópsia. Em homens, o tratamento inicial pode incluir corticoterapia tópica, reservando-se o tratamento cirúrgico para casos selecionados.

Objetivos: Descrever um caso clínico que aborde corretamente utente com LE na prática clínica do Médico de Família (MF).

Material e métodos: Estudo de caso, através da entrevista e consulta do processo clínico informatizado, após obtenção de consentimento informado por escrito.

Caso clínico: Homem de 56 anos, casado, trabalhador num supermercado, com antecedentes de dislipidemia, hipertensão arterial, distímia e fimose, e história de circuncisão, meatoplastia e uretrotomia interna em 2004. Seguido regularmente na consulta do MF por episódios repetidos de infeções do trato urinário (ITU) caracterizados por hematúria, disúria, polaquiúria, urgência miccional e febre, tendo sido medicado com múltiplos antibacterianos. Referia ainda disfunção erétil, com prejuízo da sua autoestima e vida conjugal, fatores que precipitaram e agravaram a patologia depressiva. Foi ainda encaminhado à consulta hospitalar de Urologia por disfunção erétil, hesitação, jato urinário fraco e ITU de repetição. Foi submetido a uretrocistoscopia em 2009, que revelou a presença de duas zonas estenóticas da uretra peniana, confirmando-se o diagnóstico de

LE severo ou balanite xerótica obliterante. Dada a sintomatologia compatível com obstrução urinária recorrente, foi algaliado cronicamente em 2015. Nesse contexto, recorreu várias vezes ao serviço de urgência com queixas de disúria e hematúria, e perdas extra-algália, com impacto psicológico negativo. Em 2016 foi submetido a nova circuncisão com uretrotomia e cavernectomia, verificando-se, posteriormente, dinâmica miccional razoável.

Conclusões: De facto, o diagnóstico e o tratamento precoces são cruciais para a prevenção de complicações a longo prazo do LE, mas sobretudo para alcançar uma função sexual e urinária satisfatórias. Atuando na esfera psicológica do indivíduo, o MF desempenha um papel fundamental ao contribuir para a minimização de acontecimentos vitais stressantes com repercussão significativa no seu bem-estar individual e familiar.

P 17

UM DIAGNÓSTICO ACIDENTAL

Ana Jorge Lopes; Mariana Belo; João Ribeiro; Vitor Martins
USF Viriato, Viseu

Enquadramento: As neoplasias renais representam um grupo heterogéneo de tumores que incluem lesões benignas e malignas. Na maioria das situações são assintomáticas e detetadas de uma forma accidental. O diagnóstico diferencial nem sempre é fácil e os exames de imagem convencionais não são, na maioria dos casos, suficientes, sendo por isso necessário recorrer a métodos mais invasivos para estabelecer uma abordagem adequada e orientada à situação clínica.

Descrição do caso: Utente do sexo masculino, 59 anos, classe média, reformado, com antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, medicado com Metformina. Recorre a uma consulta de agudos com o seu Médico de Família por ter ingerido há 2 dias um osso de galinha e apresentar, desde então, queixas de mal-estar, cefaleias e náuseas. Exame objetivo normal, com exceção da palpação abdominal em que se deteta uma massa a nível do flanco esquerdo, de consistência dura, mal definida e indolor. Pediu-se inicialmente ecografia abdominal que mostrou alterações e, de seguida, Uro-TC que descreveu “múltiplos nódulos sólidos

hipoecogénicos captantes de contraste, bilateralmente, sugestivos de neoplasia renal bilateral solidas (4 nódulos à direita e 6 nódulos à esquerda, o maior com 102 mm) não sendo de excluir totalmente a hipótese de oncocitomas”. O utente é referenciado à Consulta de Urologia no IPO e, no âmbito da mesma, realiza RM abdominal que refere que “as lesões renais são compatíveis com oncocitomas múltiplos em provável contexto sindrómico (Birt-Hogg-Dubé vs. esclerose tuberosa), não se podendo excluir múltiplos tumores de células renais, a esclarecer por biópsia.” No seguimento do descrito é feita biópsia à lesão tumoral esquerda que mostrou “características morfológicas e imunohistoquímicas compatíveis com oncocitoma renal, coloca-se a hipótese da lesão estar em relação com oncocitose – em contexto sindrómico de doença de Birt-Hogg-Dubé”. O utente aguarda cirurgia (nephrectomia esquerda), mantendo o acompanhamento com o seu Médico de Família, onde são abordadas as suas dúvidas e receios.

Discussão: Este caso está em consonância com o descrito na literatura relativamente ao achado accidental deste tipo de lesões. Reforça ainda a importância do exame físico, não obstante o avanço nos exames auxiliares de diagnóstico. Pela continuidade de cuidados que presta ao seu utente, o Médico de Família está numa posição privilegiada para a deteção destas lesões e referência atempada aos Cuidados de Saúde Secundários.

PATROCÍNIO CIENTÍFICO



MAJOR SPONSORS



SPONSORS



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO

admédic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

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