

# Urologia para Medicina Geral e Familiar



## II Jornadas Temáticas Patient Care

12 e 13 | abril | 2018

SANA Lisboa Hotel

PRESIDENTE

Tomé Lopes

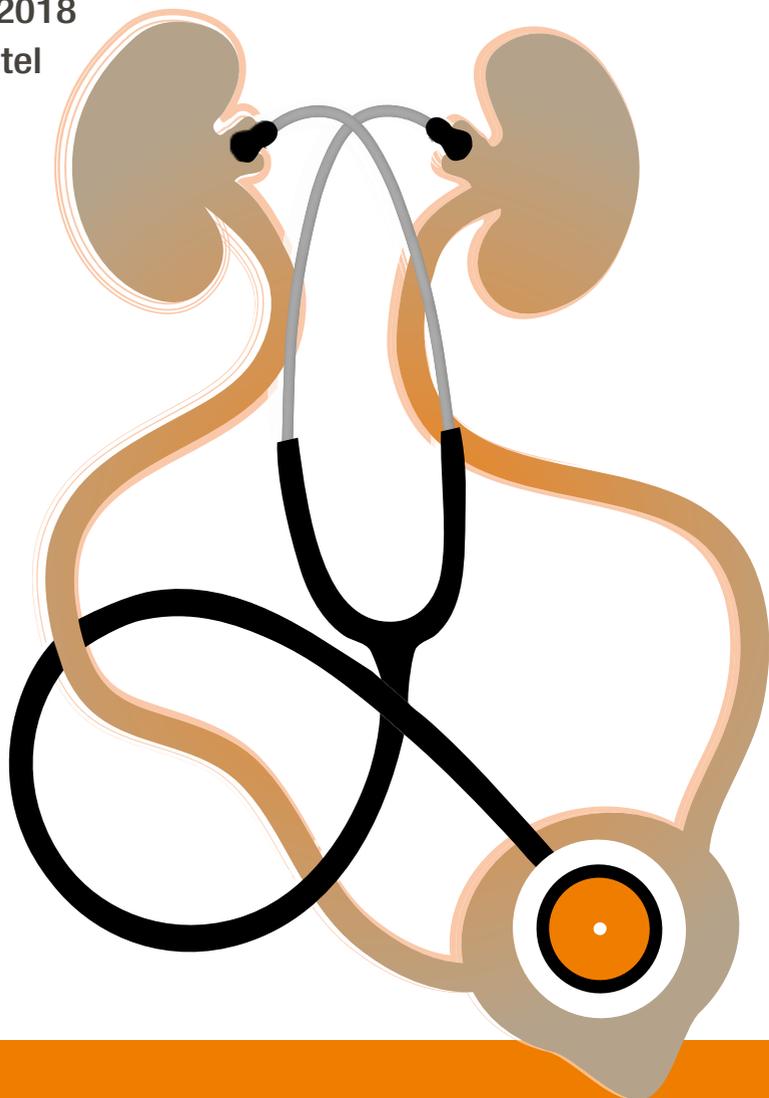


Imagem: Ad Medic



CONSULTAR  
PROGRAMA

### Programa Científico



# Urologia para Medicina Geral e Familiar



## II Jornadas Temáticas Patient Care

### COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente Tomé Lopes

Afonso Castro

Anatoliy Sandul

António Romão

Carolina Ponte

David Martinho

Francisco Martins

Helena Correia

João Almeida

João Borda

João Felício

João Gomes

João Marcelino

José Dias

José Palma dos Reis

Paulo Pé-Leve

Pedro Barros

Pedro Oliveira

Ricardo Silva

Rodrigo Garcia

Sandro Gaspar

Sérgio Pereira

Tiago Oliveira

Tito Leitão

### COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidente José Palma dos Reis

A. Pepe Cardoso

Carlos Rabaça

Carlos Silva

Júlio Fonseca

Luís Abranches Monteiro

Luís Campos Pinheiro

Paulo Temido

Pedro Vendeira



## PALESTRANTES E MODERADORES

- A. Pepe Cardoso (*Serviço de Urologia do H. Prof. Fernando Fonseca, Amadora*)  
Álvaro Nunes (*Serviço de Urologia do H. Barreiro*)  
Anatoliy Sandul (*Serviço de Urologia do CHLN*)  
António Romão (*Serviço de Urologia do CHLN*)  
Carolina Reis (*USF Querer Mais, ACES Arco Ribeirinho*)  
Carla Santos (*Serviço de Infeciologia do CHLN*)  
Carla Veiga (*UCSP, Chaves*)  
Carlos Rabaça (*IPO, Coimbra*)  
Carlos Silva (*Serviço de Urologia do H. S. João, Porto*)  
Carolina Ponte (*Serviço de Urologia do CHLN*)  
David Martinho (*Serviço de Urologia do CHLN*)  
Francisco Martins (*Serviço de Urologia do CHLN*)  
Helena Correia (*Serviço de Urologia do CHLN*)  
Joana Gomes Rodrigues (*USF Ageduto*)  
Joana Martins Rodrigues (*USF Cruz de Celas*)  
João Almeida (*Serviço de Urologia do CHLN*)  
João Borda (*Serviço de Urologia do CHLN*)  
João Felício (*Serviço de Urologia do CHLN*)  
João Marcelino (*Serviço de Urologia do CHLN*)  
José Cabanas Carvalho (*USF Luísa Todi*)  
José Dias (*Serviço de Urologia do CHLN*)  
José Palma dos Reis (*Serviço de Urologia do CHLN*)  
Júlio Fonseca (*Serviço de Urologia do H. Beatriz Ângelo, Loures*)  
Luís Abranches Monteiro (*Presidente da Associação Portuguesa de Urologia*)  
Luís Borges Ferreira (*USF Gama – Centro de Saúde de Torres Vedras*)  
Luís Campos Pinheiro (*Serviço de Urologia do CHLC, H. S. José*)  
Madalena H. Monteiro (*USF S. João da Talha*)  
Manuela Braga (*Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.*)  
Paulo Pé-Leve (*Serviço de Urologia do CHLN*)  
Paulo Santos (*Urologista, Brasil, Palestrante GSK*)  
Paulo Temido (*Presidente da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia*)  
Pedro Barros (*Serviço de Urologia do CHLN*)  
Pedro Lopes Churro (*UCSP São Miguel, ULS Castelo Branco, EPE*)  
Pedro Oliveira (*Serviço de Urologia do CHLN*)  
Pedro Vendeira (*Presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia*)  
Ricardo Silva (*Serviço de Urologia do CHLN*)  
Rodrigo Garcia (*Serviço de Urologia do CHLN*)  
Sandro Gaspar (*Serviço de Urologia do CHLN*)  
Sérgio Pereira (*Serviço de Urologia do CHLN*)  
Tiago Oliveira (*Serviço de Urologia do CHLN*)  
Tito Leitão (*Serviço de Urologia do CHLN*)  
Tomé Lopes (*Serviço de Urologia do CHLN*)

08.00h

Abertura do Secretariado

09.30-11.00h

SESSÃO  
COM TELEVOTO

MESA-REDONDA 1

## INFECÇÃO EM UROLOGIA

Moderadores: Júlio Fonseca e Ricardo Silva

**Bacteriúria assintomática** (15 m)

Sandro Gaspar

**Infecção urinária recorrente na mulher** (15 m)

Tiago Oliveira

**Infecção urogenital no idoso** (15 m)

João Borda

**Resistência bacteriana – Situação actual** (15 m)

Carla Santos

**Discussão** (30 m)

11.00-11.30h

Intervalo

11.30-11.40h

SESSÃO DE ABERTURA

11.40-12.30h

SIMPÓSIO

## DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA

Moderador: Tomé Lopes

**Disfunção erétil como marcador precoce de doença cardiovascular**

José Palma dos Reis

**Ejaculação prematura**

Pedro Vendeira

**Abordagem da MGF**

Carla Veiga



12.30-13.15h

SESSÃO  
COM TELEVOTO

SESSÃO I

## CASOS CLÍNICOS

Moderadores: João Marcelino e Pedro Barros

**Microhematúria** (15 m)

João Felício

**Cólica renal** (15 m)

Carolina Ponte

**Prolapso urogenital** (15 m)

Paulo Pé-Leve

13.15-14.15h

Almoço

14.15-15.45h

SESSÃO  
COM TELEVOTO

MESA-REDONDA 2

### **HOT TOPICS NAS DOENÇAS DA PRÓSTATA**

Moderadores: Luís Campos Pinheiro e Paulo Temido

**HBP: Abordagem do Paciente baseada na evidência científica e *guidelines*** (20 m)

Paulo Santos

**Carcinoma da próstata – Diagnóstico: Do toque rectal à ressonância magnética** (20 m)

Carlos Rabaça

**Prostatite crónica/Síndrome de dor pélvica crónica** (20 m)

Álvaro Nunes e Pedro Oliveira

**Discussão** (30 m)

15.45-16.10h

Intervalo

16.10-17.00h

SIMPÓSIO

### **DISFUNÇÃO MICCIONAL**

Moderador: José Palma dos Reis

**Enurese**

Manuela Braga

**Noctúria**

Luís Abranches Monteiro



17.00-18.00h

SESSÃO  
COM TELEVOTO

DEBATE

### **DESAFIOS E DIFICULDADES NA ORIENTAÇÃO CLÍNICA DOS DOENTES**

Moderadores: José Palma dos Reis e Luís Abranches Monteiro

**Crítérios de referenciação para urgência e consultas**

José Dias

**Normas de orientação clínica**

António Romão

**Exames complementares de diagnóstico**

David Martinho

18.00h

Fim das Sessões do 1º Dia

08.00h

Abertura do Secretariado

09.00-10.30h

**SESSÃO  
COM TELEVOTO**

MESA-REDONDA 3

## **ANDROLOGIA E PRÓTESES EM UROLOGIA**

Moderadores: Francisco Martins e A. Pepe Cardoso

**Infertilidade masculina** (15 m)

Pedro Oliveira

**Doença de Peyronie** (15 m)

Francisco Martins

**Próteses penianas** (15 m)

Sandro Gaspar

**Esfíncter urinário artificial** (15 m)

João Marcelino

**Discussão** (30 m)

10.30-11.00h

Intervalo

11.00-11.50h

SIMPÓSIO

## **INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA**

Moderador: Tomé Lopes

**Incontinência urinária de esforço**

Ricardo Silva

**Síndrome de bexiga hiperactiva**

Carlos Silva



11.50-13.00h

**SESSÃO  
COM TELEVOTO**

SESSÃO II

## **CASOS CLÍNICOS**

Moderadores: Tito Leitão e Anatoliy Sandul

**Refluxo vesico-ureteral** (15 m)

Paulo Pé-Leve

**Divertículo da bexiga** (15 m)

João Felício

**LUTS e PSA elevado** (15 m)

João Almeida

13.00-14.00h

Almoço

14.00-15.30h

## APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS

(Casos Clínicos e Posters selecionados)

Moderadores: Tomé Lopes e José Palma dos Reis

- CO 01** Quando o cancro é hereditário  
Madalena H. Monteiro
- CO 02** Alfa-bloqueantes podem ser uma opção em próstatas de volume elevado?  
José Cabanas Carvalho
- CO 03** A importância da valorização das queixas urinárias e hematúria microscópica  
Joana Gomes Rodrigues
- CO 04** Hiperplasia benigna próstata – Casuística: A realidade de uma lista  
Pedro Lopes Churro
- CO 05** Hipertrofia benigna da próstata e síndrome metabólica – Uma relação a considerar  
Carolina Reis
- CO 06** Neoplasia maligna da bexiga – Casuística de uma unidade de saúde  
Joana Martins Rodrigues
- CO 07** Corporoplastia peniana – A resolução de um pequeno grande problema  
Luís Borges Ferreira

15.30-17.00h

SESSÃO  
COM TELEVOTO

MESA-REDONDA 4

## BEXIGA E LITÍASE URINÁRIA

Moderadores: Helena Correia e Sérgio Pereira

### Tumores da bexiga

**Tumor superficial da bexiga** (15 m)

João Almeida

**Tumor infiltrante da bexiga** (15 m)

Rodrigo Garcia

**Discussão** (15 m)

### Litíase urinária

**Abordagem médica do doente com litíase recorrente:**

**Metabólico e prevenção** (15 m)

Tiago Oliveira

**Doente sintomático: Como avaliar, como tratar, quando referenciar** (15 m)

Sérgio Pereira

**Discussão** (15 m)

17.00h

Encerramento das Jornadas e Entrega de Prémios



# Urologia para Medicina Geral e Familiar



II Jornadas Temáticas Patient Care

CASOS CLÍNICOS E POSTERS

## COMUNICAÇÕES ORAIS

### CO 01

#### QUANDO O CANCRO É HEREDITÁRIO

Madalena H. Monteiro  
*USF S. João da Talha*

**Introdução:** Sendo a medicina geral e familiar uma especialidade que acompanha as famílias nos seus ciclos de vida, devemos conhecer e estar atentos às condições médicas que se transmitem de geração em geração, de forma a identificá-las atempadamente e encaminhá-las para uma vigilância adequada.

O objetivo fundamental do aconselhamento genético é identificar os indivíduos que têm formas provavelmente hereditárias de cancro com base na sua história familiar, identificar os familiares portadores de risco e aconselhar acerca de opções de prevenção e deteção precoce.

**Descrição do caso:** Homem de 77 anos, natural de Loures, viúvo, na fase VIII do ciclo de Duvall, autónomo nas atividades da vida diária, com antecedentes familiares de neoplasia da mama esquerda diagnosticada aos 49 anos no pai e com antecedentes pessoais de diabetes Mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia, medicado com metformina 500 mg, gliclazida 60 mg, valsartan + hidroclorotiazida 160+12,5 mg e fluvastatina 80 mg.

Em 1999, é diagnosticado com adenocarcinoma do cólon e submetido a ressecção segmentar com anastomose topo-a-topo, fez também quimioterapia adjuvante com remissão completa. Em 2006 por massa palpável na mama esquerda, é detetado um carcinoma ductal invasivo, moderadamente diferenciado, com receptores de estrogénio positivos em 80% das células e receptores de progesterona em 90%, pelo que foi submetido a mastectomia radical modificada e a hormonoterapia

durante 5 anos. Foi referenciado à consulta de risco familiar para identificação de factor hereditário, tendo sido confirmado o risco genético. Tem mantido o seguimento na consulta até ao momento presente para vigilância e prevenção, através de rastreios adequados, nomeadamente rastreio do cancro da próstata e melanoma, pelo que foi também encaminhado à consulta de urologia e dermatologia. Em março de 2010, o PSA apresentava valor de 7,9, pelo que foi realizada biópsia prostática que revelou adenocarcinoma da próstata, Gleason 7. Iniciou hormonoterapia e radioterapia externa, com toxicidade tardia à radioterapia. Atualmente encontra-se em remissão, sendo os dois filhos também seguidos em consulta genética por risco genético positivo e mantendo uma vigilância anual. O filho mais novo, de 47 anos, encontra-se de momento em estudo na consulta de urologia por último PSA com valor elevado.

**Conclusão:** Um aspecto importante dos cuidados ao utente com um risco aumentado de ter um cancro hereditário é o seu atempado reconhecimento e referência 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.

### CO 02

#### ALFA-BLOQUEANTES PODEM SER UMA OPÇÃO EM PRÓSTATAS DE VOLUME ELEVADO?

José Miguel Cabanas Carvalho  
*USF Luisa Todi*

**Introdução:** Sabe-se que aproximadamente um terço dos homens com mais de 50 anos apresenta algum tipo de sintomatologia relacionada com a hiperplasia benigna da próstata (HBP). Esta doença é caracterizada pela instalação mais ou menos

progressiva de uma constelação de sintomas denominados pela sigla *Lower Urinary Tract Symptoms* (LUTS), embora não haja uma correlação directa entre dimensões prostáticas e gravidade da sintomatologia.

O autor descreve o caso clínico de um doente de 62 anos com diagnóstico de HBP com um volume prostático de 74,04 cc, medicado com silodosina 8mg, com melhoria sintomática importante 4 semanas após o início do tratamento.

**Objetivos:** - Clarificar o diagnóstico clínico da HBP com base em três componentes: O exame físico (incluindo o toque rectal), o valor de *Prostate Specific Antigen* (PSA) e a ecografia prostática.

- Descrever as opções terapêuticas na abordagem da HBP.

- Salientar que a escolha do tratamento deve ser individualizada considerando as características clínicas e expectativas de cada doente, sendo a preservação da função sexual algo que preocupa os nossos doentes frequentemente.

**Material e métodos:** Apresentação de caso clínico com suporte de imagem.

**Resultados e conclusões:** Os alfa-bloqueadores são considerados a primeira opção terapêutica em pacientes com HBP sintomática, sobretudo com baixos volumes prostáticos, pela sua eficácia, rapidez de acção e boa tolerância. Neste caso clínico, mesmo com volumes prostáticos mais elevados, a silodosina foi eficaz no alívio sintomático. A associação de alfa-bloqueantes com inibidores da 5 $\alpha$  - redutase seria uma boa opção terapêutica num doente com elevado volume prostático, mas dado o receio de efeitos adversos (sobretudo a nível de função sexual) por parte do doente, optou-se pela monoterapia com silodosina, tendo-se verificado franca melhoria sintomática (diminuição do IPSS de 14 para 5).

Esta resposta terapêutica evidencia a heterogeneidade desta patologia em termos histológicos e fisiopatológicos.

Apesar da HBP não ser uma condição que coloque a vida em risco, os LUTS afectam negativamente a qualidade de vida do doente. O médico de família deve transmitir confiança ao doente, explicando a natureza benigna da HBP e como a terapêutica o pode ajudar a controlar os sintomas e a melhorar a sua qualidade de vida.

Através do tratamento farmacológico da HBP pro-

duz-se melhoria da qualidade de vida do indivíduo, a qual se mantém durante o curso do tratamento clínico.

## CO 03

### A IMPORTÂNCIA DA VALORIZAÇÃO DAS QUEIXAS URINÁRIAS E HEMATÚRIA MICROSCÓPICA

Joana Gomes Rodrigues; Elisa Ribeiro

*USF Aqeducto*

**Introdução:** O carcinoma vesical de células de transição corresponde à segunda neoplasia urológica mais comum, seguindo-se à neoplasia prostática. Trata-se do subtipo histológico de cancro vesical mais comum (cerca de 90% dos casos), atingindo mais frequentemente homens na proporção de 3:1. Cerca de 80% são não invasivos ao diagnóstico.

Seguidamente apresenta-se o caso de uma mulher com sintomas urológicos subtis nos quais a valorização das queixas e exames complementares pelo Médico de Família (MF) foi fundamental para o diagnóstico precoce de um carcinoma vesical de célula de transição.

**Caso clínico:** Mulher, 64 anos, casada, operária de indústria têxtil, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, não fumadora. Em outubro de 2016, referiu em consulta de rotina com o seu MF queixas de noctúria (cerca de 3 a 4 vezes por noite) com cerca de um mês de evolução. Negava disúria, queixas diurnas, alterações do aspeto da urina ou hematúria macroscópica. Realizou estudo analítico que revelou hematúria microscópica (eritrócitos 5-10/campo), com bacteriológico de urina normal. Foi realizado estudo etiológico da hematúria, com requisição de ecografia renal e vesical. A ecografia vesical revelou “imagem endoluminal ecogénica na vertente da parede posterior vesical, com cerca de 10mm de diâmetro, que poderia traduzir cálculo”. Pela dúvida diagnóstica, a utente foi referenciada a consulta de Urologia para esclarecimento diagnóstico. Realizou tomografia computadorizada abdomino-pélvica que foi normal, tendo sido submetida a cistoscopia com identificação de lesão suspeita. Fez ressecção trans-uretral vesical da lesão, que histologicamente revelou carcinoma de células de transição pTa de baixo grau. Atualmente encontra-se assintomática, mantendo vigilância em consulta de Urologia.

**Discussão:** Este caso clínico pretende demonstrar a importância da valorização das queixas urológicas e da hematúria microscópica na prática clínica diária do MF. O estudo da noctúria, devidamente valorizado, revelou inicialmente uma hematúria microscópica que levou ao pedido de ecografia renal e vesical. A hematúria microscópica é muitas vezes encontrada acidentalmente em exames de rotina, sendo que em 5% dos doentes são detetadas neoplasias do sistema urológico. Sabe-se que o risco de neoplasias urológicas está aumentado nos sexo masculino, fumadores, exposição a químicos, como tintas, infeções do trato urinário de repetição, nos indivíduos com mais de 35 anos e quando se associa a sintomas urológicos irritativos. De facto, a hematúria indolor é o sintoma de apresentação mais comum das neoplasias vesicais. Para além disso, sintomas irritativos como urgência urinária ocorrem mais frequentemente em doente com carcinoma em *insitu* e sintomas obstrutivos ocorrem particularmente se o tumor se localizar junto à uretra ou colo vesical.

Neste caso clínico, a dúvida diagnóstica da imagem endoluminal na ecografia vesical levou à referenciação da utente, culminando posteriormente no diagnóstico final de carcinoma vesical de células de transição. De facto, a litíase urinária é causa de hematúria microscópica e poderia ser a causa igualmente da noctúria referida pela utente. No entanto, uma vez que a imagem ecográfica não seria clara, a doente foi referenciada o que se revelou fundamental para o diagnóstico precoce. Desta forma, este caso clínico pretende realçar a importância da valorização das queixas urológicas e da micro-hematúria, mesmo em doente aparentemente de baixo risco. Sendo o MF frequentemente o primeiro contacto do utente com o Serviço de Saúde, é fundamental que esteja preparado para a abordagem destas situações clínicas.

## CO 04

### **HIPERPLASIA BENIGNA PRÓSTATA – CASUÍSTICA: A REALIDADE DE UMA LISTA**

Pedro Lopes Churro; Vera Vieira Rocha  
UCSP São Miguel, ULS Castelo Branco, EPE;  
USF Sado, ACES Arrábida

**Introdução:** A hiperplasia benigna da próstata (HBP) apresenta uma prevalência directamente proporcional ao envelhecimento do homem po-

dendo interferir na qualidade de vida (QoL) que por sua vez se relaciona com a gravidade dos sintomas urinários. Segundo a Associação Portuguesa de Urologia, 70% dos homens com idade  $\geq 65$  anos apresentam alterações histológicas de hiperplasia nodular prostática e 25-30% manifestam algum tipo de sintoma clínico e necessitam de tratamento.

**Objetivos:** 1) caracterizar a população com diagnóstico de HBP; 2) determinar o impacto da HBP na qualidade de vida da população avaliando a relação entre o *score* internacional dos sintomas prostáticos (IPSS) com volume total (VT) prostático e a QoL e a relação QoL/VT prostático.

**Material e métodos:** Para cumprir os objetivos propostos foram analisados, no *SClinico*<sup>®</sup>, 119 processos dos utentes de uma lista com diagnóstico de “Y85-HBP” e retirados os valores laboratoriais mais recentes de PSA total, PSA livre, VT prostático determinado ecograficamente, terapêutica farmacológica e aplicado o questionário IPSS/QoL.

**Resultados:** A idade média da população estudada foi 68,7 anos, o valor de PSA total médio foi 2,78 ng/mL e o VT prostático médio foi 44,8cc. Nos utentes com sintomas leves o PSA médio e o VT prostático médio foram 1,34 ng/mL e 28,8cc, nos utentes com sintomas moderados foram 2,17 ng/mL e 48,64cc e nos utentes com sintomas graves foram 8,6 ng/mL e 80cc. O valor médio do *score* IPSS foi 12,45 – sintomas moderados e o valor de QoL mais frequente foi o 2 – pouco satisfeito. 41,1% dos utentes estão medicados com alfa-bloqueante, 20% com inibidor 5-alfa-reductase, 16,8% com fitoterapia, 11% com associações, 1,7% com anticolinérgico e 9,4% não têm medicação. A idade média (65,65; 70; 75 – em anos), o VT prostático médio (28,8; 48,64; 80,14 – em cc), o *score* QoL médio (1,36; 2,55; 3,86) vão aumentando consoante o *score* IPSS (leve, moderado, grave), dados estatisticamente significativos. A correlação entre as variáveis IPSS/VT prostático ( $r = 0,629$ ;  $p < 0,001$ ), IPSS/QoL ( $r = 0,722$ ;  $p < 0,001$ ) e QoL/VT prostático ( $r = 0,364$ ;  $p < 0,001$ ) foram positivas e estatisticamente significativas.

**Conclusão:** Pode-se concluir que quanto maior a próstata (VT prostático) mais sintomatologia (nível IPSS) e menor qualidade de vida (QoL) e que quanto mais sintomatologia menor a QoL dos utentes.

## CO 05

### HIPERTROFIA BENIGNA DA PRÓSTATA E SÍNDROME METABÓLICA – UMA RELAÇÃO A CONSIDERAR

Carolina Reis

*USF Querer Mais, ACES Arco Ribeirinho*

**Introdução:** A hipertrofia benigna da próstata afigura-se como a condição urológica mais comum entre os idosos e como a principal causa de sintomas do trato urinário inferior. A idade e os androgénios são considerados os principais fatores de risco. Porém, há evidência de que fatores de risco modificáveis podem, também, estar na sua origem. Desta forma tem sido estudada, com intuito preventivo, a possível relação entre síndrome metabólica e o surgimento de hipertrofia benigna da próstata.

**Objetivos:** Avaliar a prevalência de homens com hipertrofia benigna da próstata numa Unidade de Saúde Familiar e analisar o possível papel da síndrome metabólica como fator de risco para o surgimento de hipertrofia benigna da próstata.

**Material e métodos:** Estudo observacional, descritivo e retrospectivo, tendo como população alvo os homens inscritos na Unidade de Saúde Familiar. As variáveis estudadas consistiram nos diagnósticos de hipertrofia benigna da próstata; obesidade; alteração dos lípidos; HTA sem complicações; HTA com complicações; diabetes insulino-dependente e diabetes não insulino-dependente. Os dados foram recolhidos em fevereiro de 2017, através dos programas *mim@ufe* e *Sclínico*, tendo sido registados e tratados através dos programas *Microsoft Excel* e *SPSS*.

**Resultados e conclusões:** Do total dos homens inscritos na Unidade (N = 4328), 205 estão codificados como tendo hipertrofia benigna da próstata. Têm idades compreendidas entre os 37 e os 96 anos. Destes, 32 são obesos, 99 têm alteração dos lípidos, 138 têm HTA e 43 têm diabetes. Dos doentes com hipertrofia benigna da próstata 36 têm, pelo menos, 3 destes diagnósticos, compreendendo critérios para síndrome metabólica. Do total dos homens inscritos, 212 apresentam síndrome metabólica. Destes, 16,98% (36) têm hipertrofia benigna da próstata. Do total de doentes sem síndrome metabólica (4116), apenas 4,10% (169) têm hipertrofia benigna da próstata. Esta diferença é estatisticamente significativa ( $P < 0,001$ ). A presença de síndrome metabólica pode acarretar

um maior risco de desenvolver hipertrofia benigna da próstata. Numa sociedade cada vez mais envelhecida e com múltiplos fatores de risco metabólicos, seria importante aprofundar esta relação. Este estudo tem, porém, limitações, dado que se baseia exclusivamente em problemas codificados, não incorporando eventuais subcodificações dos mesmos. É, assim, premente o surgimento de mais estudos, tendo por base uma população mais abrangente e menos limitações.

## CO 06

### NEOPLASIA MALIGNA DA BEXIGA – CASUÍSTICA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE

Joana Rodrigues; Andreia Lobo; Cláudia Silva;

Márcia Soares

*USF Cruz de Celas*

**Introdução:** O cancro da bexiga é a segunda neoplasia maligna mais comum do trato urinário. Em Portugal, em 2012, foram reportados 2876 novos casos e a taxa de incidência padronizada para a população mundial foi de 12/100000 habitantes. Esta é uma patologia com vários fatores de risco identificados e que condiciona morbi-mortalidade, pelo que é importante estarmos consciencializados para esta, promovendo a sua prevenção e diagnóstico precoce.

**Objetivos:** Caracterizar os utentes de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) com o diagnóstico de neoplasia maligna da bexiga.

**Material e métodos:** Estudo descritivo, observacional. Seleccionados da população de utentes da USF todos os que apresentavam na sua lista de problemas o diagnóstico de neoplasia maligna da bexiga. Variáveis: idade de aparecimento, género, tabagismo prévio e atual, história familiar de neoplasia do trato urinário e apresentação clínica da doença. Fonte de Dados: *MedicineOne*<sup>®</sup>. Tratamento estatístico: *MicrosoftExcel*.

**Resultados e conclusões:** População de 35 doentes: 77,1% do género masculino e 22,9% do feminino; média de 67,9 anos à data do diagnóstico. Em 34,3% existe registo de antecedentes de tabagismo (média de 30,3 UMA) e destes, 41,7% mantêm hábitos tabágicos após o diagnóstico. Nenhum doente apresenta registo de antecedentes familiares de neoplasia do trato urinário. Em 42,9% o sintoma inicial foi hematuria ma-

croscópica isolada, 5,7% apresentou hematúria e disúria, 5,7% hematúria e urgência miccional, 5,7% foi um achado incidental e os restantes 40% foram diagnosticados em outras instituições, não estando este dado disponível.

Verificamos que a prevalência desta patologia é maior nos homens e que a idade de apresentação é tardia, dados expectáveis. O principal fator de risco é o tabagismo, que se verificou estar presente em mais de um terço da nossa população. Por outro lado, este é também considerado fator de prognóstico, pelo que a cessação tabágica é fundamental.

Os Cuidados de Saúde Primários assumem um papel relevante na prevenção de exposição a fatores de risco e no diagnóstico precoce desta doença. O Médico de Família, muitas vezes o primeiro contato do utente com os cuidados de saúde, deve valorizar quadros de hematúria, proceder à sua investigação e referenciação atempada de modo a condicionar um melhor prognóstico a estes doentes.

Como limitações deste trabalho destaco alguns registos clínicos incompletos, nomeadamente em relação a utentes diagnosticados fora da USF.

## CO 07

### **CORPOROPLASTIA PENIANA – A RESOLUÇÃO DE UM PEQUENO GRANDE PROBLEMA**

Luís Borges Ferreira; Mariana Paim Carvalho  
*USF Gama – Centro de Saúde de Torres Vedras*

**Introdução:** Os desvios do pénis podem ser divididos essencialmente em dois grupos, os congénitos e os adquiridos (Doença de Peyronie). Pode ser simples quando existe apenas um desvio lateral do pénis, mas é descrito como complexa quando é acompanhado de um desvio dorsal ou ventral, conferindo algum grau de rotação peniana (rotação tridimensional), estando presente desde o início da vida, não estando associado a disfunção erétil. Regra geral, a deformação congénita peniana não é grave o suficiente para interferir com a atividade sexual, embora a maior parte dos pacientes se abstenha de o fazer, com todas as implicações psico-sociais associadas a este comportamento defensivo.

**Caso clínico:** Jovem de 24 anos de idade, sexo masculino apresentou-se na consulta com queixas de encurvamento anterior do pénis, sem dor

e sem disfunção erétil, apesar do desconforto no acto sexual e aparência pouco natural do pénis. Encontrava-se ansioso, pelo impacto desta patologia na sua vida pessoal. A história clínica não revelou antecedentes pessoais de cirurgia ou traumatismo peniano, ou outra doença relevante. O exame objetivo evidenciou um encurvamento dorsal do pénis superior a 30°, sem dor em estado flácido ou erecto, com erecção normal e sem placa fibrosa palpável na túnica albugínea. Não se evidenciou fimose ou hipospádia. A ecografia peniana relatava uma placa fibrótica (15,4 mm) da túnica albugínea, na face dorsal do pénis. Foi proposto para corporoplastia peniana de Nesbit. Sob algaliação, procedeu-se à erecção provocada com recurso a um torniquete e a uma agulha com injeção de soro salino nos corpos cavernosos. Executou-se uma incisão sub-coronal circunferencial da pele próximo da glande. Realizou-se uma erecção provocada, com colocação de pinças de Allis na face convexa da túnica albugínea contrária a zona da curvatura de modo a promover a correção desejada. Fizeram-se duas incisões e excisões de pequenas elipses na túnica albugínea, nas áreas referenciadas pelas pinças de Allis, com posterior encerramento das mesmas com sutura absorvível. Realizou-se depois à circuncisão e ao encerramento da incisão. A recuperação foi favorável, com correção do encurvamento peniano, sem interferência na atividade sexual.

**Conclusão:** A corporoplastia peniana é uma técnica cirúrgica que devolve aos indivíduos do sexo masculino a morfologia normal do pénis, contribuindo de imediato para o restabelecimento da auto-estima e na capacidade de manter relações sexuais satisfatórias.

### P 01

#### HEMATÚRIA, ALERTA VERMELHO!

Carlos Miguel de Oliveira Simões Martins  
*USF Cruz de Celas*

**Enquadramento:** O carcinoma da bexiga é considerado a 5ª neoplasia mais comum de todo o mundo, principalmente no sexo masculino.

Apesar do aumento da sua incidência ao longo dos anos, a mortalidade associada a este tumor não acompanhada essa subida, provavelmente devido aos melhores meios complementares de diagnóstico e terapêuticos.

**Resumo de caso:** Utente do sexo masculino, 77 anos, casado. Pouco frequentador de consultas no médico de família, seguido em consulta de urologia particular. Constam na lista de problemas ativos: HTA grau I; distúrbio do metabolismo dos lípidos; excesso de peso, hipertrofia benigna da próstata, hérnia discal L4-L5. Tem como medicação habitual: AAS; atorvastatina 40mg id; dutasteria 0,5mg id; perindopril 4mg ½ id; alfuzosina 10mg id. Apresenta também carga tabágica de 63 UMA (em cessação desde 2010) e consome cerca de 180 gr/semana de álcool.

No dia 2 de janeiro 2018 recorreu ao seu médico de família por episódio de hematúria franca há 4 dias, tendo a coloração da urina normalizado nos dias seguinte. Nega outros sinais ou sintomas. Ao exame objetivo o utente encontrava-se apirético e não apresentava nenhuma alteração, nomeadamente à palpação abdominal, que foi indolor.

Na consulta foi realizado um teste rápido da urina, *Combur*®, que apresentou sangue na urina (+ + 80) e pequenas quantidades de proteínas (+ 30). Neste contexto, foi proposto ao utente realizar, com a máxima urgência, uma sumária de urina tipo II e uma ecografia renal e vesical.

No dia seguinte, 3 de janeiro, voltou à consulta com o resultado dos exames realizados: Ecografia vesical – “Bexiga em adequado grau de repleção, revela na parede póstero-lateral direita uma formação de tipo polipoide com 3,6x2,5cm de eixos, muito sugestiva de corresponder a neoplasia vesical” e ecografia renal sem alterações.

Perante este resultado, o doente foi referenciado para a consulta de especialidade de Urologia dos HUC. Realizou TAC abdomino-pélvica (16/01/2018): “...na parede posterior da bexiga observo uma massa nodular medindo 4,1 x 2,4 cm, aparentemente sem transgressão da parede, não havendo densificação da gordura adjacente. Refiro que o bordo lateral direito da lesão aflora a junção uretero-vesical direita, não condicionando, contudo, obstrução da mesma.”

O doente foi submetido a RTU-V a 19 de janeiro.

**Discussão:** A hematúria macroscópica, sem qualquer outro sintoma, é considerada a apresentação clássica de neoplasia vesical, estando presente em cerca de 90% dos casos. O sexo masculino, a idade e uma elevada carga tabágica são fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento deste tipo de lesões.

A associação de hematúria macroscópica com os 3 fatores acima referidos, com os EAD's adequados, foi essencial para fazer um diagnóstico correto e a devida referenciação num curto espaço de tempo.

Os cuidados de saúde primários, devido à sua acessibilidade, são muitas vezes o primeiro contato dos utentes com profissionais médicos especializados e, por isso, são o local ideal para investigar/esclarecer sinais ou sintomas que se julguem suspeitos, para que assim se possa fazer o diagnóstico e conseqüente referenciação o mais breve possível, e melhorar assim o prognóstico e sobrevida dos utentes.

### P 02

#### SCHISTOSSOMIASE INCIDENTAL – RELATO DE UM CASO

Gil Falcão; Vanessa Andrade; Mariana Medeiros;  
Thiago Guimarães; Rui Bernardino; Francisco Fernandes;  
Cabrita Carneiro; Luis Campos Pinheiro  
*Centro Hospitalar Lisboa Central*

**Introdução:** A neoplasia da bexiga é o 11º cancro mais diagnosticado a nível mundial. O tabaco e a exposição ocupacional são os factores de risco major nos países Ocidentais enquanto que a infecção crónica por *Schistosoma hematobium* (SH) corresponde a 50% dos casos em países em desenvolvimento.

A infecção crónica causada pelo SH (também denominada *Schistosomiasse* ou *Bilharziose*) está li-

gado ao desenvolvimento de carcinoma de células escamosas (SCC). A infecção inicia-se com o contacto de águas contaminadas por larvas móveis. Os sintomas agudos podem incluir dor abdominal, diarreia e hematúria, enquanto que a insuficiência renal e neoplasia da bexiga podem surgir anos mais tarde. O objectivo do tratamento é curar a doença e prevenir a evolução para a forma crónica. Todos os casos suspeitos devem ser tratados independentemente do estadio de apresentação, pois o parasita adulto pode viver no hospedeiro durante anos.

**Material, métodos e objetivos:** Relatamos um caso de um doente de 60 anos, sexo masculino, previamente saudável, ao qual foi diagnosticado uma imagem hiperdensa, raiada, intravesical, numa TAC feita durante um internamento por pneumonia. O doente negou hematúria, diarreia, trauma urológico, perda recente de peso ou viagens recentes a países endémicos com SH. Contudo, afirma ter nadado num lago de águas paradas há 10 anos atrás, no Algarve. O exame objectivo não revelou alterações. Uro, hemo e cROCOCULTURAS foram negativas, assim como a serologia. A cistoscopia revelou uma lesão aveludada tipo manto envolvendo a cúpula vesical. Foi realizada RTU-V com identificação posterior de múltiplos Schistosomas, assim como tecido inflamatório crónico. Foi-lhe administrado uma dose única de praziquantel 40 mg/kg.

**Conclusão:** A *Schistosomiasis* afecta 200 milhões de pessoas de acordo com a WHO e é endémica em 76 países tropicais. A Schistosomiasis ou bilharziose é rara na Europa e em Portugal. Os movimentos migratórios populacionais são responsáveis pela sua introdução em novas áreas. O SH desenvolve-se nos seios venosos vesicais e deposita os seus ovos nas paredes dos órgãos. O diagnóstico baseia-se na análise das fezes, urina e tecidos, mas este procedimento carece de sensibilidade. A serologia é útil nos viajantes sintomáticos mas não nos habitantes de áreas endémicas, pois os anticorpos persistem após o tratamento. Tal como para outras parasitoses, está em decurso uma vacina anti-schistosomiasis que irá impedir que o parasita complete o seu ciclo de vida no humano.

## P 03

### ABORDAGEM DA HEMATÚRIA NO ADULTO EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Sofia Bodas de Carvalho; Luís Filipe Teixeira  
*USF Benfica Jardim*

**Introdução:** A hematúria macroscópica define-se como a coloração de urina causada pela presença de sangue, enquanto a microscópica é definida pela presença de > 3 eritrócitos intactos por campo de ampliação numa amostra de urina devidamente colhida e sedimentada.

As causas mais comuns incluem infeção do trato urinário, urolitíase e neoplasia urológica.

No estudo da hematúria, a entrevista clínica detalhada e o correto exame físico são essenciais para a abordagem desta patologia, devendo sempre ser complementada com estudo analítico e imagiológico que permita o diagnóstico correto da etiologia da hematúria.

O pilar do tratamento passa por tratar a causa subjacente.

**Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo rever a abordagem da hematúria no adulto no âmbito da Medicina Geral e Familiar.

**Relato de Caso:** Homem de 75 anos, inserido no estadio VIII do Ciclo de Duvall, a residir com a esposa, com antecedentes pessoais de pólipos vesicais e quistos renais corticais, hipertensão arterial, dislipidemia e anemia ferropénica, medicado para a hipertensão e dislipidemia, fumador, seguido irregularmente pelo médico de família, até à data em que recorre pela primeira vez à minha consulta em novembro de 2016 com queixas de hematúria e fadiga. Ao exame objetivo realçava-se apenas uma idade aparente superior à real.

Com o intuito de perceber a etiologia da hematúria e vigilância, pediu-se estudo analítico e imagiológico dirigido e foi agendada consulta passadas 4 semanas.

Do estudo solicitado realçou-se hemoglobina: 8,5 g/dL, ferro: 2 µg/dL, PSA total: 6,79 ng/mL, microalbuminúria em amostra de urina: 1676,5 mg/dL, “*S. agalactiae* sensível a amoxicilina/ácido clavulânico” na urocultura, “Hipertrofia e transformação adenomatosa de glândula central” na ecografia prostática e “Aspectos compatíveis com neoplasia vesical parietal aparentemente não transmural, envolvendo o meato uretral esquerdo

com concomitante uretero-hidronefrose obstrutiva homolateral, presença de alguns coágulos na bexiga” na vesical.

O utente foi medicado com ferro, antibioterapia dirigida e referenciado para consulta de Oncologia com urgência. Foi intervencionado no prazo de 4 semanas, submetido a cistoprostatectomia radical com linfadenectomia pélvica bilateral e ureteros-tomia cutânea bilateral.

**Conclusão:** Este caso realça a importância da hematúria como sinal clínico para potenciais causas ocultas como a malignidade. A sua orientação precoce é decisiva para um bom prognóstico.

## P 04

### FIBROEPITELIOMA RENAL – ARTICULAÇÃO ENTRE MEDICINA GERAL E FAMILIAR E UROLOGIA

Cátia L. Cordeiro; Luís Filipe Cavadas  
*USF Lagoa – ULS Matosinhos*

**Introdução:** O fibroepitelioma renal é uma entidade rara, existindo poucos casos descritos. Trata-se de um tumor benigno, de origem endodérmica, podendo ser observado no ureter, e mais raramente na pelve renal. Os pólipos fibroepiteliais aparecem com igual frequência em homens e mulheres e podem ser encontrados em todos os grupos etários. As manifestações clínicas e imagiológicas são por vezes desproporcionais à clínica, podendo estar associados a nefrolitíase e inflamação crónica, sendo uma causa de cólica renal e pielonefrite.

**Objetivos:** Alertar o médico de família (MF) para uma entidade rara, que deve ser investigada e tratada quando as causas mais frequentes de sintomatologia urológica foram excluídas.

**Material e métodos:** Descrição de caso clínico. Foi realizada pesquisa na *pubmed* utilizando os termos MeSH *fibroepithelial polyp, ureteral obstruction, renal colic* e *nephrolithiasis*.

**Resultados:** Relata-se o caso de uma mulher de 37 anos, com história de cólicas renais recorrentes, com primeiro registo em 2013, tendo sido realizada, nos cuidados de saúde primários, ecografia renal, e detetada ligeira ectasia da árvore secretora direita, sem obstrução. Foi optado por manter vigilância até 2016, altura em que há recorrência de cólica renal. Nesse contexto, foi repetida ecografia que revelou moderada hidronefrose direita

com ectasia piélica, sem evidência de cálculos encravados no ureter intramural e suspeita de cálculo encravado no ureter intermédio. Por este motivo, e após contacto com urologia, realizou TC renovesical, que revelou proeminência do ureter direito, sem evidente causa obstrutiva. Após este episódio, e por não se encontrar etiologia obstrutiva, iniciou vigilância hospitalar por urologia, tendo realizado cintigrafia renal e ureteros-copia, onde foram detetados pólipos na junção uretero-piélica direita, compatíveis com fibroepiteliomas. Foi feito estudo anatomopatológico que confirmou tratarem-se de pólipos fibroepiteliais. Atualmente encontra-se em seguimento e tratamento por urologia, com vigilância partilhada com o seu MF.

**Conclusão:** Este caso alerta-nos para a necessidade de estarmos atentos a este diagnóstico diferencial, em doentes com cólicas renais recorrentes, sem causa obstrutiva identificada nos exames complementares de diagnóstico utilizados habitualmente na prática clínica do MF (ecografia e TC renovesical). Neste caso está patente a importância de uma boa articulação entre o MF e o urologista no diagnóstico e seguimento destes doentes.

## P 05

### CANCRO RENAL: INCIDENTALOMA CADA VEZ MAIS FREQUENTE

Joana Gomes Rodrigues; Elisa Ribeiro  
*USF Ageduto*

**Introdução:** Nas últimas décadas, a incidência de cancro células renais (CCR) tem vindo a aumentar. O uso frequente de exames de imagem no estudo de diversas patologias tem resultado na deteção incidental do CCR.

Trata-se de uma patologia mais frequente no sexo masculino, na proporção de 2:1. Os fatores de risco identificados são o tabagismo, obesidade, hipertensão arterial, alguns medicamentos e a doença renal crónica em estadios avançados sob diálise de longa data. A maioria dos casos apresenta etiologia desconhecida, sendo que cerca de 2-4% são hereditários.

O seguinte caso clínico demonstra o diagnóstico de uma neoplasia de células renais, como incidentaloma na prática clínica do Médico de Família (MF).

**Caso clínico:** Sexo masculino, 64 anos, casado, reformado, com antecedentes pessoais de tabagismo, dislipidemia e hipertensão arterial. Em fevereiro de 2015, realizou ecografia abdominal no estudo de uma disfunção hepática, que revelou “formação quística complexa no rim esquerdo com 11,4 cm maior diâmetro”. Foi então requisitada tomografia computadorizada para esclarecimento de quisto complexo: “No rim esquerdo volumosa imagem quística, heterogênea, polilobulada e poliseptada, verificando-se que alguns dos septos tem marcado espessamento e sofrem captação por produto de contraste, configurando lesão tradutora de quisto complexo com características de agressividade. Diâmetros máximos de 90\*70 mm e extensão craneo caudal de 100 mm. Esta lesão quística contacta intimamente com músculo psoas homolateral, aparentemente sem sinais invasão. Sem compromisso de planos adiposos perirenais. Sem outras alterações”. O doente foi referenciado ao Instituto Português de Oncologia, tendo sido submetido a nefrectomia radical esquerda. O estudo histológico revelou carcinoma de células renais de tipo cromóforo de grau nuclear de Fuhrman 3, sem extensão extra-renal nem invasão da árvore pielocalicial. As margens estavam livres. Estadio pT2 Nx M0. O doente mantém-se atualmente em vigilância.

**Discussão:** Este caso clínico pretende mostrar a possibilidade de diagnóstico incidental de uma neoplasia de células renais na prática clínica diária do MF. As manifestações clínicas do CCR são diversas, podendo os doentes apresentar sintomas inespecíficos. De facto, apenas 10% dos doentes apresentam -se com a tríade clássica de hematuria, dor e massa na região do flanco, sendo geralmente doentes em estadio avançado da doença. Mais de 40% dos indivíduos não se apresenta com nenhum destes sintomas. Atualmente, mais de 60% dos casos são detetados incidentalmente, à semelhança do caso clínico apresentado. O CCR apresenta o maior índice de mortalidade dos cancros genitourinários. No entanto, estádios precoces com pT1-2, geralmente têm melhor prognóstico após o tratamento cirúrgico, sendo que cerca de 10% evoluem nos próximos 3 a 5 anos. Assim, é fundamental que o MF esteja preparado para a valorização adequada de imagens quísticas renais complexas que possam surgir como

incidentalomas, particularmente em doentes com fatores de risco descritos como tabagismo, obesidade e hipertensão arterial.

## P 06

### HEMATÚRIA MATINAL

Cristina Bocancea; Luís Bastos; Pedro Moreira

*USF.Lavradio, Barreiro*

**Introdução:** Hematuria é definida como presença anormal de eritrócitos na urina. Pode ser macro ou microscópica. Em condições normais num sedimento urinário centrifugado existe 1 a 3 eritrócitos por campo. Um episódio de hematuria deve sempre ser investigado por um médico. Os tumores do rim são atualmente uma situação rara e são diagnosticados cada vez mais em fases iniciais pela acessibilidade a meios complementares de diagnóstico.

**Objetivos:** Com este caso pretendeu-se reforçar a necessidade de investigação adequada perante um relato de hematuria.

**Material e métodos:** Doente de 83 anos de idade, sexo masculino, independente nas AVD, ativo, recorre a Consulta aberta do CS por um quadro de hematuria microscópica matinal e noctúria. Teria tido um episódio semelhante uma semana atrás. Sem outros sintomas

AP: HTA, DMt tipo 2, HBP-RTU há 10 atrás. Gamapatia monoclonal IgG-estável (teve alta da consulta em fev/2018).

Medicação habitual: Metformina, amlodipina, carvedilol, sinvastatina, ac. acetilsalicílico, tansulosina.

Ao exame objetivo não apresentava alterações revelantes.

Foi pedido o estudo complementar que revelou o seguinte: Urina tipo II - N, Urocultura - N, Função renal - Normal, Cistoscopia - Meato hipospádico ultrapassado pelo cistoscópio. Esclerose da loca prostática impossibilitando a penetração do cistoscópio intravesical. TAC-abdominopélvico-... Observa-se imagem nodular hipervascular envolvendo a vertente interna do terço inferior do rim esquerdo com 2.5 cm. Apresenta uma densidade média na fase arterial de aproximadamente 135 U.H e de 104U.H. na fase venosa, compatível com washout. Estes aspetos são suspeitos de carcinoma de células renais (possível de subtipo de células claras). Veias renais permeáveis. Sem adenopatias ao longo dos territórios de drenagem

do abdómen superior. Observa-se formação ganglionar mais proeminente a nível da cadeia ilíaca externa esquerda com cerca 9mm.

Encaminhado a Consulta de Urologia, teve consulta em fevereiro de 2018 mantendo-se em seguimento/vigilância até a data.

**Resultados e conclusões:** O carcinoma de células renais (CCR) representa 2-3% de todos os cânceros. O pico da incidência ocorre entre os 60 e 70 anos de idade, com rácio de 1.5:1 de homens para mulheres. Os fatores etiológicos incluem os relacionados com o estilo de vida, tais como o tabagismo, a obesidade e a terapêutica para hipertensão arterial. Os sintomas clássicos incluem hematúria macroscópica, massa palpável, aparecimento de varicocele e edema bilateral dos membros inferiores. O subtipo genético mais frequente é o convencional (células claras) (80-90%) O tratamento do CCR é primariamente cirúrgico e nos últimos anos a remoção completa do CCR deixou de ser o *gold-standard*. A cirurgia preservadora dos nefrónios recomenda-se em doentes com tumores  $\leq 4$  cm.

## P 07

### ESPONDILODISCITE: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ESQUECIDO

José Vítor Gonçalves; Diana Ascenso; José Poupino; Glória Batista

*Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho; Hospital Garcia de Orta; Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte; Centro de Medicina Física e de Reabilitação de Alcoitão*

**Introdução:** A incidência de lesões medulares de causa não traumática é de aproximadamente 8/100 000 habitantes e as causas infecciosas são 3% dos casos. O diagnóstico precoce e a rápida instituição da terapêutica são determinantes na diminuição da morbimortalidade e no prognóstico. As manifestações clínicas são, normalmente, graduais e inespecíficas. Na espondilodiscite a tríade clássica consiste numa dor localizada às apófises espinhosas, febre e défices neurológicos de instalação gradual.

**Objetivos:** Alertar e sensibilizar os profissionais de Saúde para a importância do diagnóstico de espondilodiscite.

**Material e métodos:** Consulta do processo clínico do doente e revisão da literatura.

**Resultados e conclusões:** Homem com 81 anos Antecedentes de HTA, HBP, DM NIT. Previamente autónomo nas AVDs. A 26/09/2017 recorreu ao SU do Hospital da área de residência por retenção urinária. Interpretada como ITU e instituída anti-bioterapia empírica. A 29/09 recorreu ao SU por cervicalgia com 2 dias de evolução tendo sido medicado. A 3/10 regressou ao SU por novo episódio de retenção urinária e foi alterada a anti-bioterapia. Por início de parestesias nos membros superiores recorreu a consulta privada de Ortopedia. A 11/10 recorreu ao SU por diminuição da força muscular nos membros inferiores com incapacidade para marcha pelo que ficou internado. A TC C-D-L colocou a hipótese de coleção intrarraquidiana anterolateral de C2 a C4. A 12/10 por agravamento da sintomatologia foi transferido para Hospital Central e à admissão apresentava um quadro de tetraplegia flácida arreflexica, a RM revelou massa intracanal/extraxial C2-C7 com espondilodiscite C3-C4. A 13/10 submetido a cirurgia e a 31/10 reoperado com drenagem de material purulento. A 04/01/2018 admitido no CMRA para programa dinâmico de reabilitação: quadro neuromotor de tetraplegia AIS D nível neurológico C2, esfíncteres neurogénicos e totalmente dependente nas AVDs. Pela clínica pouco específica e insidiosa das lesões medulares infecciosas, nomeadamente, das espondilodiscites, é fundamental os Clínicos estarem atentos a esta entidade, privilegiando a anamnese e exame objetivo com exame neurológico de forma a requisitar os MCDTs adequados. Assim, a identificação desta entidade será mais precoce com melhoria do prognóstico funcional e vital. Com este caso pretendemos reforçar a importância da articulação entre os CSP e os Serviços Hospitalares para orientação atempada e criteriosa para os cuidados de Especialidade.

## P 08

### QUANDO TUDO COMEÇA COM UM HIDROCELO

Telma Tavares; Luís Gonçalves; Armanda Neves  
*USF Renascer (ACES Gondomar)*

**Objetivos:** O hidrocele é definido como um acúmulo de líquido peritoneal em torno do testículo, apresentando-se na forma de edema escrotal uni ou bilateral, agudo ou crónico. Geralmente é indolor, embora a sensação de peso e dor possam aparecer em massas de maior volume. O hidrocele-

lo pode ser causado por epididimite, orquite, traumatismo, obstrução de vasos linfáticos ou mesmo tumores. O objetivo principal deste trabalho é relatar um caso clínico incomum no qual, uma vez mais, o Médico de Família desempenhou um papel essencial no diagnóstico, dando a conhecer à comunidade científica um caso de apresentação incomum de uma doença comum.

**Descrição:** Homem de 49 anos com história de enfarte agudo do miocárdio em 2013, dislipidemia e tabagismo solicita uma consulta urgente por apresentar aumento bilateral do volume testicular. A Médica de Família, assumindo diagnóstico de hidrocelo, solicitou ecografia escrotal que confirmou a suspeita clínica e reencaminhou para consulta externa de Urologia no Hospital de Referência. Enquanto aguardava agendamento, e devido à intensificação dos sintomas, recorre de novo à Médica de Família, desta vez apresentando edemas periféricos bilaterais e icterícia das escleróticas. Foi iniciado um estudo etiológico que revelou Hepatite C crônica associada a hipertensão portal. Durante o tratamento, foi constatado que os seus níveis de albumina se encontravam em decrescendo, com instalação de uma síndrome Nefrótica que obrigou à realização de biópsia renal que confirmou glomerulonefrite membranosa secundária à infecção pelo vírus da hepatite C.

**Discussão:** Embora esta não seja uma apresentação comum da hepatite C, este caso destaca a importância da abordagem holística do paciente, reforçando o papel do Médico de Família na coordenação e gestão dos cuidados.

## P 09

### PARA ALÉM DA HIPERPLASIA BENIGNA DA PROSTATA

José Pereira Alexandre; Fabiana Chyczyj  
*USF Félix, ACES Marão e Douro Norte*

**Introdução:** O cancro da bexiga é a patologia urológica oncológica mais frequente, cujos sintomas podem mimetizar os da hiperplasia benigna da próstata.

**Descrição do caso:** Homem de 56 anos de idade com hábitos tabágicos pesados apresenta sintomas urinários irritativos e hematúria microscópica. Foi medicado com tansulosina para hiperplasia benigna da próstata e realizou ecografia que

revelou pólipos vesicais, compatível com carcinoma papilar urotelial após realização de RTU-Vesical. Foi submetido a ciclo de quimioterapia e mantem-se em vigilância.

**Conclusão:** A hiperplasia benigna da próstata é responsável pela maioria das queixas urinárias em homens com mais de 50 anos de idade, no entanto, deve ser investigado o cancro da bexiga essencialmente naqueles que apresentam fatores de risco.

## P 10

### PIELONEFRITE AGUDA EM JOVEM DIABÉTICA

Joana Gomes Rodrigues; Elisa Ribeiro  
*USF Aqueleduto*

**Introdução:** A pielonefrite aguda (PA) trata-se de uma infecção relativamente frequente que atinge o parênquima e pelve renal. Afeta mais comumente os indivíduos do sexo feminino e aqueles com algum grau de imunossupressão, como sejam os utentes diabéticos e idosos. A porta de entrada, na esmagadora maioria das vezes, é a via ascendente, a partir do tracto urinário inferior. De seguida, apresenta-se um caso clínico típico de PA numa doente diabética.

**Caso clínico:** Sexo feminino, 20 anos, estudante universitária, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 1, com bom controlo glicémico, que recorreu a consulta aberta por dor lombar direita com dois dias de evolução, sem irradiação, com agravamento progressivo e sem fatores de alívio. Negava febre, disúria, poliaquiúria ou outras queixas urinárias. Referia ainda aumento da ingestão hídrica nos últimos dias. Ao exame objetivo, apresentava-se queixosa, pálida mas hidratada, temperatura axilar 37.5°C, TA: 110/60mmHg, abdómen mole e depressível, indolor, sem massas ou organomegalias, Murphy renal positivo à direita. Por suspeita de PA em doente diabética, foi enviada ao Serviço de Urgência. Realizou estudo analítico que revelou leucocitose com neutrofilia, PCR elevada, função renal normal e sedimento urinário com leucocitúria, hematúria, nitritos e numerosas bactérias, tendo sido internada para vigilância. Colheu hemo e uroculturas e iniciou antibioterapia com amoxicilina + ácido clavulânico 1.2g 8/8h. Realizou ecografia renal que revelou “espessamento do urotélio de revestimento do rim direito, manifestação de pielite”. Evolui com melhoria clínica, tendo tido alta medicada com Ciprofloxacina + Doxiciclina e indicação de

reavaliação pelo Médico de Família (MF).

**Discussão:** Este caso pretende demonstrar a apresentação típica de uma PA na prática clínica do MF, realçando particularidades do doente diabético. De facto, algumas condições como idade superior a 65 anos, imunossupressão, anormalidades do trato genitourinário e a diabetes predis põem a um risco aumentado de complicações nas infeções do trato urinário. Como exemplo, temos a pielonefrite enfisematosa, que ocorre quase exclusivamente em diabéticos. Está descrito que a maioria dos infeções nos doentes diabéticos ocorre no trato urinário, o que poderá relacionar-se com a presença de glicosúria, defeitos funcionais dos neutrófilos e aumento da aderência ao urotélio.

De uma forma geral, a apresentação clínica da PA num doente diabético é semelhante a um não diabético: doente febril, com dor lombar e sintomas gerais, como astenia e anorexia, podendo apresentar sintomas urinários irritativos. A dor lombar geralmente é de intensidade moderada e não sofre irradiação. Ocasionalmente a febre pode ser menos aparente no diabético, o que se verificou no caso apresentado. A pielonefrite aguda é um diagnóstico clínico, não necessitando de confirmação por exames de imagem. No entanto, no diabético, devido ao risco aumentado de complicações, a imagem é essencial, pelo que a utente foi referenciada ao serviço para a realização da mesma.

Os doentes com bom estado geral, com formas pouco graves, podem ser tratados em ambulatório. Por sua vez, segundo alguns autores, os doentes com formas clínicas graves, imunodeprimidos, debilitados ou diabéticos, deverão ser tratados em regime de internamento hospitalar.

Este caso clínico pretendeu alertar para a necessidade de maior atenção em doentes diabéticos com PA pelo risco aumentado de complicações e pela necessidade de referenciação, sempre que indicado.

## P 11

### **ALFA-BLOQUEANTE: UM EFEITO ADVERSO VITALÍCIO?**

Teresa Reis Araújo; Leonor Silva Jorge; Bruno G. Silva; Carina Freitas

*USF Tílias*

O priapismo de baixo fluxo, veno-oclusivo ou isquémico, é uma emergência urológica que deve

ser tratada, a fim de se evitarem danos definitivos. Apresenta-se como uma ereção completa, persistente e dolorosa do pénis sem a presença de excitação sexual, ou que se mantém após termino da relação sexual. Esta alteração envolve apenas os corpos cavernosos não afetando a glande e os corpos esponjosos, tem como origem a obstrução da drenagem venosa que provoca estase de sangue não oxigenado conduzindo ao edema intersticial e fibrose. O tratamento tem como objetivo a detumescência imediata prevenindo a lesão endotelial.

**Caso clínico:** Homem, 77 anos, caucasiano, autónomo, casado. AP de hipertrofia benigna da próstata (HBP), asma medicada, hipertensão arterial mal controlada, dislipidémia, excesso de peso, arritmia cardíaca (bradicardia sinusal com frequentes extrassístoles ventriculares), cardiopatia isquémica, tromboflebite recente (nov/2017), nódulo da tiróide (com TSH/TT4 normais) e perturbação da memória. Sem hábitos toxicofílicos. MH: serenoa repens 160 mg 2 vezes/dia, fluticasona + salmeterol 250 + 50 ug 1 inalação 2id, HCTZ + amlorida 50 + 5 mg 1 vez/dia, valsartan 160 mg 2 vezes/dia, verapamilo libertação prolongada 240 mg 1 vez/dia, sinvastatina 20mg, AAS 100 mg, dbigatrano 110 mg 2 vezes/dia, mononitrato de isossorbida libertação prolongada 50 mg 1 vez/dia, idebenona 45 mg 2 vezes/dia.

Inicia sintomas do aparelho urinário inferior (LUTs) por 1983 (42 anos), altura em que foi medicado com serenoa repens 160 mg 2 vezes/dia. Realiza 1ª ecografia prostática em 2011 - próstata de 45cc; repete em 2014 - 72cc, tendo sido medicado com tansulosina 0.4 mg.

Cerca de 1 - 2 horas após toma dos anti-hipertensores da manhã, fez 1ª toma de tansulosina. Em poucos min refere aparecimento de rigidez peniana com dor de intensidade 10/10 que resolve gradualmente em 30 min, bem como tonturas em ortostatismo, não tendo recorrido ao SU. Negou relação sexual, traumatismo ou outro evento nessa manhã. Desde esse episódio com ereção incompleta e desvio peniano para a esquerda.

Em jun/2016 por manter LUTs, foi medicado com silodosina 8 mg, finasterida 5 mg e referenciado à urologia.

Em out/2017 teve 1ª consulta de urologia, tendo realizado – ecografia prostática sobreponível; urofluxometria com obstrução ligeira; PSA sem alte-

rações. Foi dada indicação para aplicar alprostadi-  
lo 3 mg/g a fim de testar efeito terapêutico (ainda  
não experimentado, receio dos efeitos adversos) e  
agendada consulta (dez/2018).

Atualmente, com queixas LUTs mais controladas  
- noctúria (1-2 vezes/noite), nega outros. A sua  
principal preocupação assenta no receio de não  
recuperar uma vivência sexual satisfatória.

**Discussão:** Trata-se de um utente com impor-  
tante carga de doença cardiovascular, embora  
sem sinais de disfunção erétil que sofre episódio  
inaugural de priapismo com duração de 30 min.  
Apesar do curto período do episódio teve conse-  
quências importantes, referindo um desempenho  
sexual insatisfatório com ereção incompleta e  
desvio peniano de novo, revelando-se uma perda  
incontornável fisiologicamente.

O priapismo tem uma extensa lista de etiologias  
possíveis, não sendo os casos idiopáticos raros.  
Está associado a leucemia, a crise aguda de célu-  
las falciformes, a lesão da espinal medula, escler-  
ose múltipla, utilização de fármacos ou substân-  
cias psicotrópicas, álcool ou fármacos utilizados  
na disfunção erétil.

O priapismo está descrito como um efeito adverso  
muito raro da tansulosina (1/100 dos utilizadores).  
No caso apresentado, o utente em causa apresenta  
uma HTA de difícil controlo, encontrando-se poli-  
medicado com anti-hipertensores o que o susce-  
tibiliza, tendo a toma de tansulosina sido a aparente  
gota de água, com uma relação temporal de minu-  
tos entre a toma e o aparecimento da crise.

Este caso pode ser apreciado como um alerta para  
um grupo de risco para estes eventos - o doente  
sob pesada medicação antihipertensora.

## P 12

### **HEMATÚRIA E UM CAMINHO PARA DOIS PROBLEMAS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Luís Filipe Gonçalves; Olinda Santos; Telma Tavares  
*USF Renascer*

**Introdução:** Um episódio de hematuria constitui  
uma fonte de inquietação e é frequentemente mo-  
tivo de consulta nos Cuidados de Saúde Primários.  
Associada a outros sintomas, ou não, a hematuria  
pode ser parte do quadro clínico de um espectro  
de patologias, das mais indolentes às mais agres-  
sivas e potencialmente fatais. Por exemplo, uma  
neoplasia vesical pode apresenta-se apenas e só

na forma de um ou mais episódios de hematuria.  
Muitas vezes, a hesitação em procurar os serviços  
médicos nestas situações atrasa o diagnóstico de  
um problema que exige uma abordagem o mais  
precoce possível. As neoplasias do aparelho uro-  
genital fazem parte das situações de maior preo-  
cupação e gravidade, o que faz com que o pro-  
fissional de saúde deva manter sempre um forte  
nível de suspeição na abordagem diagnóstica de  
cada situação.

**Objetivos:** Rever, através da exposição de um  
caso clínico, a importância do Médico de Famí-  
lia na abordagem da hematuria ao nível dos Cui-  
dados de Saúde Primários (CSP), fomentando o  
diagnóstico e orientação precoce de patologias do  
foro urológico potencialmente fatais.

**Descrição:** Homem de 53 anos com anteceden-  
tes de Hipertensão Arterial controlada e sem lesão  
de órgão alvo que em dezembro de 2017 inicia  
quadro de hematuria e disúria terminal, intermi-  
tente, sem outros sintomas associados. No início  
de 2018, por persistência da hematuria, solicita  
observação urgente junto da sua Médica de Famí-  
lia. Após anamnese e exame objetivo sem acha-  
dos relevantes (à exceção da hematuria), inicia-se  
estudo etiológico dirigido do qual fez parte eco-  
grafia reno-vesical. O estudo imagiológico revela  
pólipo vesical de cerca de 4cm e que necessitou  
de melhor caracterização por TC, expondo uma le-  
são captante, heterogénea e extensa que envolve  
a parede lateral e anterior da bexiga. Perante os  
achados, é enviado para consulta externa de Uro-  
logia do hospital de referência com caráter priori-  
tário. O quadro motiva múltiplas idas ao serviço de  
Urgência, com algaliação subsequente, enquanto  
aguarda tratamento cirúrgico que ocorre um mês  
depois sob a forma de ressecção transuretral da  
lesão. O exame anatomopatológico revela carci-  
noma neuroendócrino de pequenas células, com  
componente associado de carcinoma urotelial in-  
vasor, de tipo usual, de alto grau na bexiga – pT2.

**Discussão:** As neoplasias urogenitais podem  
manifestar-se apenas por hematuria. É por isso  
importante que o profissional dos CSP mantenha  
um nível elevado de suspeita para este tipo de  
patologias. Torna-se, portanto, fundamental uma  
abordagem holística e um diagnóstico precoce,  
que permitam o melhor tratamento e prognósti-  
co para cada situação. Desta forma, o Médico de

Família encontra-se numa posição de excelência para a melhor avaliação e orientação, contando com o trabalho de investigação etiológica mais específico nos Cuidados de Saúde Secundários.

### P 13

#### **CARCINOMA RENAL COMO ACHADO INCIDENTAL APÓS CÓLICA RENAL**

José Pedro Garcia; Cátia Pires; Mariana Silva; Tatiana Clemêncio; Teresa Amaral  
*USF Santa Joana, ACeS Baixo Vouga*

**Enquadramento:** O carcinoma renal é responsável por 3 a 4% das neoplasias malignas do adulto e 90% dos tumores malignos renais. O quadro clínico à apresentação é muito variável e a tríade clássica de sintomas composta por lombalgia, hematuria e massa abdominal palpável é incomum, sendo encontrada em menos de 10% dos casos. A grande maioria constitui achados incidentais.

**Descrição de caso:** Mulher, 49 anos, caucasiana, sem antecedentes pessoais e familiares de relevo, sem hábitos tabágicos, etílicos ou toxicómanos nem alergias conhecidas, inserida numa família nuclear na fase VI do ciclo de Duvall.

Em fevereiro de 2017 recorreu ao serviço de urgência do hospital da área de residência por lombalgia esquerda com irradiação abdominal de início súbito nesse mesmo dia. Negou queixas geniturinárias, gastrointestinais ou febre. A palpação abdominal apresentava dor no hipocôndrio esquerdo e sinal de Murphy negativo bilateralmente. Em termos analíticos apenas era relevante a presença de sangue no fita-teste urinário. Assumido o diagnóstico de cólica renal, teve alta hospitalar após analgesia eficaz com indicação para realização de ecografia renal e vesical. A ecografia realizada posteriormente revelou imagens compatíveis com pequenos focos litiascos em ambos os seios renais e uma imagem nodular com 24mm de maior eixo no rim direito, tendo sido sugerida a realização de TC para melhor caracterização. Esta confirmou a presença de nódulo sólido hipervascular com 22mm de diâmetro na porção ântero-lateral do terço médio do rim direito, sem deformação do contorno renal, compatível com neoplasia, excluindo adenopatias e outras lesões. Dada a gravidade do quadro, foi pedida consulta urgente de Urologia. Apresentou-se a consulta, onde foi proposta nefrectomia parcial direita, que

a doente aceitou. À data da elaboração do presente resumo, encontrava-se a aguardar intervenção cirúrgica, sem queixas ou intercorrências.

**Discussão:** Atendendo a que a cólica e a neoplasia renal podem ter como manifestação a lombalgia e a hematuria, é importante que o médico de família tenha presente a importância do estudo complementar que se segue ao tratamento da cólica renal, que, tal como no caso apresentado, poderá ser importante no diagnóstico de um possível processo neoplásico.

### P 14

#### **PILATES NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO**

Filipa Lobo; Cláudia Silva; Joana Rodrigues  
*USF Cruz de Celas; USF Cruz de Celas; USF Cruz de Celas*

**Introdução:** A incontinência urinária de esforço (IUE) define-se como a perda involuntária de urina por esforço, exercício, espirro ou tosse.

O tratamento conservador é uma opção terapêutica que não implica intervenção farmacológica ou cirúrgica. Alterações do estilo de vida como redução ponderal e diminuição de ingestão de líquidos são algumas medidas, muitas vezes coadjuvantes de outras mais específicas. Sessões de treino da musculatura do pavimento pélvico, com ou sem biofeedback, electroestimulação ou cones vaginais têm efeitos no alívio sintomático e conseqüentemente no tratamento. Alguns regimes de exercícios alternativos, como o Pilates, que implica o controlo respiratório e contração da musculatura pélvica, estão a ser estudados como terapêutica da IUE.

**Objetivo:** Rever o impacto de sessões de pilates no tratamento da incontinência urinária de esforço.

**Metodologia:** Realizou-se uma pesquisa sistemática em várias bases de dados, de publicações entre janeiro de 2004 e janeiro de 2016, em inglês e português, utilizando as palavras MeSh *stress urinary incontinence, Pilates*. Dos artigos encontrados selecionaram-se os que se adequavam ao objetivo definido. Para atribuição da força de recomendação considerou-se a escala *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)* da American Family Physician.

**Resultados:** Foram selecionados quatro estudos originais.

**Discussão:** Não existe forte evidência que regimes de exercício alternativos em aulas de grupo, como o pilates diminuam a perda involuntária de urina em contexto de IUE (SOR C)  
O pilates não deve ser recomendado como terapêutica única na IUE (SOR C).

## P 15

### **INCONTINÊNCIA URINÁRIA PEDIÁTRICA. ABORDAGEM PELO MÉDICO DE FAMÍLIA**

Sónia Zacarias Mestre; Filipa Duarte Silva;  
Ana Catarina Conduto  
*USF Cuidar Saúde*

**Introdução:** A incontinência é uma das patologias mais comuns relacionada com o trato urinário em crianças. Pode estar associada a comorbilidades gastrointestinais, endocrinológicas, neurológicas, psicológicas ou a anomalias estruturais do trato urinário.

É geralmente um problema subdiagnosticado, quer por cuidadores, quer por profissionais de saúde, pelo que se torna essencial definir estratégias diagnósticas e terapêuticas.

**Objetivo:** Revisão sistemática acerca da abordagem da incontinência urinária em idade pediátrica, pelo Médico de Família.

**Metodologia:** Revisão da literatura através de diferentes bases de dados (*PubMed, Medscape, UpToDate, search.epnet*), bem como Normas da Direção Geral da Saúde. Foram incluídos estudos epidemiológicos, estudos clínicos e estudos retrospectivos de revisão de tema, publicadas nos últimos 5 anos.

**Resultados:** A incontinência urinária define-se pela eliminação urinária involuntária  $\geq 2$  vezes/mês durante o dia ou noite. Pode ser primária ou secundária; manifestar-se de forma intermitente (mais comum) ou continua (subjacente a patologia orgânica); ser diurna ou noturna (monossintomática ou complexa). A avaliação deve incluir uma revisão sistemática da história da doença atual (início e manifestação dos sintomas), revisão de sistemas (sintomas/comorbilidades associadas; fatores de maturação) e antecedentes familiares/genéticos. Deve ainda estabelecer-se o impacto da incontinência na criança e família, com vista a um tratamento mais adequado. Este deve abranger medidas educacionais/comportamentais, uso

de alarme e, farmacoterapia, como a desmopresina e imipramina.

**Conclusão:** Cerca de 15% das crianças entre os 7 e os 8 anos manifestam incontinência urinária, persistindo em 1% na idade adulta. Esta patologia inclui diferentes entidades com sejam: a enurese, a hiperatividade da bexiga e, a micção disfuncional. A mais comum relaciona-se com a enurese, podendo ser tratada nos cuidados de saúde primários. Quando refratária pode exigir a experiência multidisciplinar nos cuidados de saúde secundários (urologista, gastroenterologista, fisioterapeuta ou psiquiatra).

## P 16

### **DISFUNÇÃO VESICAL APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Diana Ascenso<sup>1</sup>; José Poupino<sup>2</sup>; José Vítor Gonçalves<sup>3</sup>; Maria da Paz Carvalho<sup>4</sup>; Maria do Carmo Cary<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Garcia de Orta – Almada; <sup>2</sup>Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte;

<sup>3</sup>Centro Hospitalar Gaia/Espinho; <sup>4</sup>Centro de Medicina Física e de Reabilitação de Alcoitão

**Introdução:** As disfunções do trato urinário inferior após AVC podem ser consequência do envolvimento das estruturas neuronais que fazem parte do controlo cerebral do trato urinário. No entanto, são muitas vezes subestimadas e subtratadas e associam-se a um compromisso da recuperação motora e cognitiva, e a maiores taxas de mortalidade.

A incontinência urinária (IU) é considerada um forte preditor de mau prognóstico funcional. Pode afetar 40-60% dos doentes nos primeiros dias após AVC; 25% na alta e 15% ao ano.

**Objetivo:** Revisão das alterações urinárias após AVC e seu *follow-up* de acordo com as *guidelines* atuais.

**Resultados:** De acordo com as *guidelines* atuais, todos os doentes após AVC devem ser avaliados no que diz respeito ao controlo miccional, nomeadamente IU e retenção urinária (RU) [Nível de evidência (NE) C].

Devem ser pesquisados fatores que poderão afetar a continência urinária, nomeadamente alterações de consciência e comunicação, dificuldade na mobilidade, infeção urinária e medicação (NE C). A história urológica prévia ao AVC também

deve ser obtida (NE B)1.

Se a anamnese, o exame físico e o diário miccional não forem suficientes para caracterizar a disfunção urinária, poderá ser necessária a solicitação de ECD.

Nestes doentes deve ser estabelecido um plano individualizado de tratamento de acordo com a sintomatologia, NE B.

Na IU é importante a instituição de um programa de treino vesical (*toilet training*) (NE C), incluindo diário miccional, micções por horário (NE B), com possibilidade de aumentos graduais de tempo consoante a capacidade vesical. Outras medidas benéficas são a redução da ingestão de cafeína diária e de outros líquidos após o lanche da tarde, de forma a diminuir a diurese noturna. Recomenda-se o uso de roupas não restritivas, a utilização de urinol/arrastadeira e o acesso fácil e seguro ao sanitário.

Na RU poderá ser implementado um programa de cateterização intermitente, por vezes apenas necessário por um tempo limitado até à resolução da retenção.

A terapêutica farmacológica poderá ser útil nestes doentes nomeadamente o recurso a antagonistas adrenérgicos  $\alpha_1$  ou anticolinérgicos.

**Conclusão:** A disfunção vesical no AVC representa um importante fator de deterioração da qualidade de vida, nesse sentido a identificação e tratamento desta situação é fundamental para melhorar os cuidados de saúde prestados a estes doentes e melhorar a sua funcionalidade traduzida pela escala MIF. É essencial uma boa articulação e colaboração entre MGF, MFR e Urologia.

## P 17

### FUNÇÃO RENAL NO DOENTE HIPERTENSO: LER NAS ENTRELINHAS

José Martins Chaves; Benedita Abreu Lima; Carlos Daniel Bento; André Tavares; Ana Filipe Pinheiro  
*USF Oriente*

O oncocitoma renal é diagnosticado incidentalmente na grande maioria dos casos. Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 65 anos com hipertensão arterial essencial e com agravamento da função renal progressivo, a quem foi diagnosticado incidentalmente nódulo sólido vascularizado com aspectos fortemente sugestivos de lesão proliferativa atípica, tendo sido submetido

a nefrectomia parcial. O exame histológico revelou um oncocitoma renal. É importante que o médico de família, com a hipótese de diagnóstico colocada, faça uma adequada orientação e seguimento do caso.

## P 18

### DISTÚRBO ANDROGÉNICO DO ENVELHECIMENTO MASCULINO: O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA

Telma Tavares; Luís Gonçalves  
*USF Renascer (ACES Gondomar)*

**Introdução:** O distúrbio androgénico do envelhecimento masculino (DAEM), vulgarmente conhecido como andropausa, afeta cerca de 20% dos homens de todas as idades. O seu diagnóstico baseia-se na existência de sinais e sintomas compatíveis com hipogonadismo (como diminuição da libido e disfunção erétil) e de baixos níveis de testosterona sérica. No entanto, dado uma boa parte dos sinais e sintomas poderem estar relacionados com o envelhecimento fisiológico ou até mesmo com outras patologias, nem sempre é evidente a suspeita diagnóstica de hipogonadismo. Assim, o Médico de Família, como primeiro elo entre o paciente e os cuidados de saúde, deverá estar alerta para o seu diagnóstico precoce e orientação adequada.

**Objetivos:** Rever a mais recente evidência acerca do diagnóstico e abordagem do DAEM ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP); Sintetizar as várias indicações e contra-indicações para reposição hormonal com testosterona; Sumariar as principais vantagens e desvantagens de cada formulação disponível no mercado português; Criar um algoritmo de seguimento destes pacientes.

**Material e métodos:** Revisão clássica da literatura baseada na pesquisa de artigos usando o termo MeSH *Andropause* nas bases de dados *Medline*, *NICE*, *National Guideline Clearinghouse* e *Cochrane*. Foram selecionadas normas de orientação clínica, meta-análises e revisões sistemáticas publicadas entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de janeiro de 2018 nas línguas Portuguesa e Inglesa.

**Resultados e conclusões:** Os níveis séricos de testosterona diminuem com a idade, resultando em consequências clínicas bem conhecidas. A diminuição pode estar diretamente relacionada com fatores ambientais ou com diversas patologias

que o médico de família deve ser capaz de excluir e orientar. Além das manifestações clássicas e sua consecutiva interferência na vida sexual e auto-estima, a mais recente literatura associa os baixos níveis de testosterona a um aumento global do risco cardiovascular através de um efeito direto na saúde vascular e um indireto através do desenvolvimento de síndrome metabólica e outros fatores de risco cardiovascular. Assim, torna-se evidente a necessidade de reposição hormonal com testosterona aos pacientes com DAEM sem contraindicações, com o Médico de Família a desempenhar um papel fulcral na sua gestão e acompanhamento.

## P 19

### **ENDOMETRIOSE VESICAL: A DISÚRIA AFINAL NÃO ERA DEVIDA A UMA INFECÇÃO URINÁRIA**

Marta Bragança; Marta Fournier; Rute Millan;  
Antonietta Denaro  
*USF Santo Condestável*

**Introdução:** Disúria, polaquiúria, urgência urinária e dor suprapúbica constituem sintomas comuns em Cuidados de Saúde Primários, são sobretudo reportados por mulheres e têm elevado valor preditivo positivo para infeção urinária.

Porém, outras causas, como a endometriose vesical, poderão estar subjacentes a estes sintomas. Nestes casos, é frequente a antibioterapia desnecessária, sendo a falência desse tratamento que conduz a outras hipóteses diagnósticas.

**Objetivos:** Com este caso pretende-se alertar para que sintomas frequentes nem sempre correspondem a diagnósticos frequentes e para a importância de uma história clínica detalhada no diagnóstico diferencial.

**Material e métodos:** Os dados foram recolhidos em consulta de Medicina Geral e Familiar e através dos registos clínicos das consultas externas e de internamento de Urologia, via Plataforma dos Dados em Saúde – Portal do Profissional.

Foi obtido consentimento informado da doente.

**Resultados e conclusões:** Mulher, 32 anos, menarca aos 12 anos, índice obstétrico 0000, fez anticoncetivo oral combinado dos 16 anos aos 29 anos, quando interrompeu por desejo de engravidar. Concomitantemente inicia episódios recorrentes de disúria, polaquiúria e sensação de peso

suprapúbico, exacerbado nos cataménios. Negava nictúria, hesitação, hematúria macroscópica, alteração do calibre do jato urinário, intermitência ou sensação de esvaziamento vesical incompleto. O exame objetivo era normal. Revelava hematúria microscópica, tendo feito 4 ciclos de antibioterapia prescritos empiricamente. As uroculturas foram sempre negativas. Por recorrência dos sintomas, foi referenciada para Urologia. Realizou ecografia pélvica, cujo resultado foi sugestivo de “envolvimento vesical por endometrioma”, e tomografia axial computadorizada de abdómen, que mostrava uma lesão na parede posterior da bexiga. Fez, então, ressecção transuretral da lesão, tendo o estudo histológico da peça de cistectomia confirmado a presença de glândulas endometriais.

A endometriose afeta o trato urinário em apenas 1% dos casos, o que torna este caso menos comum. Perante os sintomas presentes, a cistite deveria ser suspeitada. Porém, as queixas urinárias cíclicas, nos cataménios, a nuliparidade, a infertilidade e a idade entre 25-40 anos, se valorizadas de imediato na recolha da história clínica, poderiam excluir mais cedo o diagnóstico quase automático de cistite e encurtar o tempo de morbilidade da endometriose vesical.

A ressecção transuretral é o tratamento de eleição desta doença. Dada a dependência hormonal da endometriose, a supressão ovárica está indicada, o que interferirá com o projeto parental da doente. O impacto psicológico e na vida do casal deste aspeto, juntamente com a vigilância de recidivas da endometriose, deverão englobar o plano de seguimento médico.

## P 20

### **MAIS UM CASO DE ITU?**

Ana Arnaut; Mário Cruz; Rita Durão  
*UCSP Torres Novas*

O transtorno de somatização tem como característica essencial múltiplas queixas somáticas clinicamente significativas que não podem ser completamente explicadas por um diagnóstico não psiquiátrico. São competências do Médico de Família (MF) a gestão dos problemas de saúde em todas as suas dimensões e a utilização eficiente dos recursos de saúde num papel de provedoria do doente. Descreve-se um caso que reflete a importância da abordagem holística do doente que

procura o seu MF durante um período de crise na sua vida, com queixas sugestivas de infecção do tracto urinário. Tem como objetivo salientar que o sofrimento pode ser causa suficiente para a ocorrência de patologia, orgânica ou não, perturbando a qualidade de vida do paciente.

Homem de 22 anos, natural e residente em Torres Novas, solteiro, estudante do ensino superior. Reside habitualmente com os pais, trata-se de uma família nuclear íntegra na fase VI do Ciclo de Duvall e classe média alta da classificação de Graffar. Em fevereiro de 2017 recorre ao MF por “polaquiúria”, sem outros sintomas associados, com cerca 2 dias de evolução e que surgiu após ter assistido a uma reportagem sobre algaliação. Foi colocada a hipótese de diagnóstico de infecção urinária e feita a análise de urina com tira-teste. Perante um resultado perfeitamente inocente, sem qualquer sinal de infeção, optou-se por medicar empiricamente com flavoxato. No dia seguinte, o doente voltou a recorrer por agravamento dos sintomas, após ter visitado a avó que se encontrava internada, com mau prognóstico. Após treino estratégico para lidar com a ansiedade, medicou-se com Diazepam e foi pedida uma urocultura que se revelou negativa. Assim após despiste de outras causas, considerou-se somatização como a hipótese de diagnóstico mais provável. O utente é reavaliado passados dois meses em consulta, observando-se a remissão total da sintomatologia.

Assim, este caso clínico é relevante pela reflexão que suscita acerca das competências do médico de família, tal como definidas pela WONCA. O MF contacta tanto com problemas físicos, como com problemas psicológicos, sociais, culturais e existenciais. Pela sua relação privilegiada com o utente e contacto estabelecido ao longo do tempo, bem como o seu conhecimento da família e comunidade em que o utente se insere, encontra-se em posição única para fazer uma abordagem holística do doente. É função do MF oferecer ao doente esta abordagem, valorizando tanto o seu sofrimento como a sua doença.

## P 21

### TUMORES RENAI MÚLTIPLOS EM MGF – UM CASO CLÍNICO

Nuno de Carvalho; Katia Lourenço;  
Miguel Toureiro e Paiva; Filipa da Costa Teixeira;  
Carina Nunes; Rita Serejo  
*USF Emergir – ACES Cascais*

**Enquadramento:** Os carcinomas de células renais são a 7ª neoplasia mais comum no mundo ocidental. O Médico de Família ocupa uma posição privilegiada para a sua deteção precoce que contribui para a redução da morbimortalidade associada.

**Descrição do caso:** Utente de 61 anos, sexo masculino, com antecedentes pessoais de cardiopatia isquémica, HTA, DPOC GOLD 2, dislipidémia, hérnia lombar L4-L5 (com lombalgia recorrente e cialgia direita esporádica). Hábitos tabágicos ativos (50 UMA), IMC 32, empresário na venda de mobiliário. Medicação habitual: mononitrato de isosorbido; espironolactona; clopidogrel; ivabradina; perindopril/amlodipina; rosuvastatina; AAS 150; brometo de glicopirrónio. Acompanhado em C. de Pneumologia, Cardiologia e médico de clínica geral particular. Utilizador ocasional da USF. Em abril 2017 recorre a consulta para emissão de atestado para carta de condução, verificando-se que mantinha períodos de lombalgia de acordo com padrão habitual (cerca de 1 vez por semestre com duração de 2-3 dias) e previamente investigado. Contudo, após exploração das características da dor, foi apurada irradiação para o testículo esquerdo desde há 6 meses. Sem sinais ou sintomas sugestivos de quadro consumptivo, sem alterações ao exame objetivo ou analiticamente. Foi requisitada ecografia renal (06.2017) que revelou: “lesão nodular ligeiramente heterogénea com 18 mm no contorno do rim direito. Face posterior do 1/3 superior do rim esquerdo com área grosseiramente nodular com 30 mm”. Pelas alterações ecográficas foi requisitada TC renal que objectivou: “Rim direito com duas lesões nodulares hipervasculares com washout, suspeitas de processo neofornativo renal (CCR) - uma em topografia anterior do terço medio com 17 mm e outra no polo inferior com 16 mm. No rim esquerdo volumosa lesão nodular sólida na vertente posterior do 1/3 superior com 46 mm hipercaptante muito suspeita de processo neofornativo.” Foi referenciado a consulta de Urologia e submetido a tumo-

rectomias renais à esquerda por via laparoscópica transperitoneal. O diagnóstico anatomopatológico foi compatível com tumor oncocítico múltiplo com características de tumor híbrido Oncocitoma- Cromofobo. Atualmente em seguimento na Fundação Champallimaud, submetido a crioterapia e sob vigilância imagiológica, assintomático e mantendo a sua vida quotidiana normal.

**Discussão:** A contínua revisão do quadro clínico é instrumento fundamental para o Médico de Família afastando a possibilidade da assunção diagnóstica incompleta e mascarada pela patologia prévia. A opção por técnicas minimamente invasivas, como neste caso, permite a redução da morbidade e conservação da função fisiológica. Esta abordagem surge fruto da interdisciplinaridade próxima, essencial para a satisfação de um objetivo que excede a intenção curativa e que se propõe à manutenção da melhor qualidade de vida possível.

## P 22

### **DISFUNÇÃO VESICO-ESFINCTERIANA NA LESÃO NEUROLÓGICA: GESTÃO CRÓNICA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

José Poupino<sup>1</sup>; Joana Passos Fernandes<sup>2</sup>;  
José Vítor Gonçalves<sup>3</sup>; Diana Ascenso<sup>4</sup>; Glória Batista<sup>5</sup>;  
Maria da Paz Carvalho<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte; <sup>2</sup>USF do Feijó – ACES Almada-Seixal; <sup>3</sup>Centro Hospitalar Gaia/Espinho; <sup>4</sup>Hospital Garcia de Orta; <sup>5</sup>Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

**Introdução:** A bexiga neurogênea (BN) é uma situação comum em doentes com lesões neurológicas centrais ou periféricas. A sua abordagem inclui educação do doente e família/cuidadores. Apesar de maioritariamente ser iniciada em meio hospitalar com implementação de um programa de reeducação vesical, é fulcral que a Medicina Geral e Familiar tenha os conhecimentos necessários para o seu seguimento ao longo da vida. Uma das complicações mais frequentes e de difícil diagnóstico é a infeção do trato urinário (ITU). A terapêutica dirigida é essencial para a prevenção de estirpes multirresistentes.

**Objetivos:** Revisão sobre programa de reeducação vesical na BN e o seu *follow-up*.

**Material e métodos:** Pesquisa na *PUBMED* com

os termos *Neurogenic Bladder, Management e Primary Care*.

**Resultados e conclusões:** As lesões no sistema nervoso, congénitas ou adquiridas, condicionam alterações no ciclo miccional com maior propensão a ITU. Só deverão ser medicadas as ITU sintomáticas ou a colonização com bactérias que propiciem cálculos urinários (ex: *Proteus*). O uso de antibioterapia não dirigida aumenta as resistências bacterianas. Deve-se evitar o pedido de urocultura de rotina e o tratamento em doentes assintomáticos. A clínica apresenta particularidades, nomeadamente no AVC com alterações do estado de consciência/colaboração e na lesão medular com aparecimento de novo de perdas urinárias, aumento da espasticidade, febre e mal-estar geral. É importante reconhecer a disreflexia autonómica (emergência médica) que pode estar associada a um quadro de ITU em doentes com lesão medular acima de D6.

A cateterização intermitente por técnica limpa (CIL) é o tratamento *gold-standard* para os doentes que não esvaziam adequadamente a bexiga. Para prevenção de ITU, cada esvaziamento urinário deve ser até 500 mL, devendo a ingestão hídrica ser fraccionada ao longo do dia e com 1500 mL. Esta recomendação permite que se faça CIL a cada 4 horas e até a cada 6 horas. O catéter deve ser auto-lubrificado e com tamanho de 12 a 14 Fr. Pode ser necessário realizar tratamentos mais invasivos ou permanecerem com algaliação contínua. A farmacoterapia visa modular a disfunção vesico-esfincteriana.

Estes doentes poderão necessitar de avaliação analítica, ecográfica (reno-vesical) e estudo urodinâmico ao longo da sua vida.

A BN tem de ser abordada de forma correcta e com um acompanhamento crónico, para evitar alterações da função renal, recorrência de ITU, melhorar a continência urinária e a qualidade de vida.

## P 23

### **HEMATÚRIA MULTIFATORIAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO**

Vera Rocha<sup>1</sup>; Carolina Antunes<sup>1</sup>; Pedro Churro<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>USF Sado; <sup>2</sup>ULS Castelo Branco

**Introdução:** A hematúria, macro e microscópica, é uma causa comum de procura da consulta de MGF. Embora existam diversas etiologias possíveis, de

entre as mais frequentes encontram-se a infecção, a neoplasia, a litíase e a anticoagulação.

**Descrição do caso:** Doente masculino, 65 anos, com AP de FA permanente medicado com Rivaroxabano 20 mg, e HBP, medicado com serenoa repens 160 mg uma vez/dia, alcoolismo crônico e ex-fumador. Recorre à consulta por polaquiúria, urgência miccional, noctúria, disúria e “urina com sangue” (sic), de início recente, pontuando 8 no IPSS. À observação, de salientar abdômen doloroso à palpação do hipogastro e flanco direito, sem Murphy renal. Da primeira avaliação prescrita, resultaram PSA total de 4.02 ng/mL, urina turva com leucocitúria e hematúria (12/uL/campo), urocultura negativa, próstata aumentada à custa do lobo médio, com compressão da base da bexiga, 42grs, ecografia renovesical com quistos bilaterais à direita com 65 mm e à esquerda 48 mm e bexiga sem alterações a exceção de piúria no seu interior.

Pelo agravamento das queixas e inconsistência de resultados, pediu-se uma TAC pélvica, prescrevendo-se antibioterapia e urocultura de controlo, com introdução da dutasterida/cloridrato de tansulosina. A TAC pélvica não mostrou alterações, mas o doente voltou à consulta pior das queixas de LUTS e hematúria, pontuando 28 no IPSS e com a urocultura de controlo positiva para proteus mirabilis. Iniciou-se novo ciclo de antibioterapia e pediu-se consulta de Urologia. O doente retornou ainda diversas vezes à consulta aberta por persistência das queixas, tendo uma das consultas sido motivada por ter “urinado uma pedra” (sic).

Na urologia, por manter parâmetros e clinica de infecção e hematúria, realizou Uro-TAC que mostrou um cálculo coraliforme em haste calicial inferior esquerdo 7 x 14 mm e cistoscopia que evidenciou obstrução infra-vesical provável. De momento, o doente encontra-se inscrito na lista de espera para ressecção trans-uretral da próstata.

**Comentário:** Este doente tem muitas causas possíveis da hematúria, nomeadamente a litíase renal, a toma de anticoagulação, o alcoolismo, as ITUs de repetição, a HBP, os antecedentes pessoais de tabagismo, o que torna a marcha diagnóstica complexa, a par com alguns resultados de exames inconsistentes com a clinica do doente.

## P 24

### ANESTÉSICOS LOCAIS NA EJACULAÇÃO PREMATURA – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

João Grácio; Susana Miguel

USF Cruz de Celas

**Introdução:** A ejaculação prematura (EP) é a disfunção sexual masculina mais frequente. Várias definições têm sido propostas, não existindo até hoje um consenso. De acordo com a Sociedade Internacional de Medicina Sexual, a EP define-se como uma ejaculação que ocorre sempre ou quase sempre antes de, ou cerca de, um minuto após penetração vaginal, associada à incapacidade em atrasar em todas, ou quase todas, as penetrações vaginais e com consequências pessoais negativas, como sofrimento, incómodo, frustração e o evitar da intimidade sexual.

Nos últimos anos, os inibidores selectivos da recaptção de serotonina (ISRS) têm ocupado o lugar preferencial na terapêutica da EP. A sua eficácia é reconhecida em vários estudos, bem como os seus efeitos adversos sistémicos, que por vezes impedem a sua utilização. Já os anestésicos locais (AL) foram a primeira terapêutica da EP. A ausência de efeitos sistémicos e a utilização “on demand” são duas das vantagens advogadas para o seu uso. Porém, dada a sua antiguidade, não foram alvo de tanto escrutínio científico, não sendo tão consensual a sua eficácia, segurança e lugar na terapêutica da EP actualmente.

**Objetivos:** Reunir a melhor evidência disponível relativamente à eficácia e segurança dos anestésicos locais na EP.

**Material e métodos:** Pesquisa de revisões sistemáticas, meta-análises, ensaios clínicos aleatorizados e normas de orientação clínica, publicadas entre 2007 e 2017, em língua portuguesa ou inglesa, com os termos Mesh *Local anesthetics* e *Premature Ejaculation*, nas bases de dados: *PubMed*, *Cochrane Library*, *National Guidelines Clearinghouse*, *Guidelines Finder*, *Canadian Medical Association Infobase*, *DARE*, *Bandolier* e *Evidence based Medicine*.

Para avaliação do nível de evidência e força de recomendação foi utilizada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT)

**Resultados e conclusões:** Obtiveram-se 13 arti-

gos, dos quais 7 cumpriam os critérios de inclusão. A ausência de uma definição universal de EP e a heterogeneidade no desenho dos estudos foram algumas das limitações observadas que podem comprometer a comparação de resultados. Ainda assim, a evidência disponível apoia a eficácia dos AL no tratamento da EP. Os efeitos secundários podem constituir uma limitação ao seu uso, mas são apenas locais e de gravidade ligeira a moderada. Os AL constituem ainda hoje uma opção terapêutica válida na EP, como alternativa ou em associação com os ISRS.

## P 25

### URETEROLITOEXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA NA GRAVIDEZ

Luís Borges Ferreira; Mariana Paim Carvalho  
*USF Gama – Centro de Saúde de Torres Vedras*

**Introdução:** A cólica renal na gravidez ocorre numa proporção de 1/200-1500 gestações, sendo que 80-90% dos casos surgem no 2º ou 3º trimestre. Esta condição é mais frequente nas múltiplas (3:1). A cólica renal na grávida surge pela combinação de factores associados com a própria gravidez. O exame diagnóstico de primeira linha é a ecografia renal, podendo ser colmatada com ressonância magnética ou tomografia computadorizada de baixa dose. A terapêutica da cólica renal assenta em três pilares: terapêutica conservadora, terapêutica médica e terapêutica interventiva. A terapêutica conservadora promove a resolução espontânea de 70-80% dos casos. A terapêutica médica tem de cumprir os critérios de segurança para o feto e para a grávida. A terapêutica interventiva fica habitualmente reservada para as situações mais complexas, como sejam os casos de sépsis, cólica renal refractária à terapêutica médica, casos de rim único, de insuficiência renal ou de uropatia obstrutiva bilateral. As técnicas mais interventivas apresentam risco aumentado de infecção pós manipulação ou de lesões para o feto (como a litotricia por ondas de choque).

**Caso clínico:** Mulher grávida de 30 anos, com um índice obstétrico IO:1001 e idade gestacional 26 semanas e 6 dias surge com lombalgia à esquerda, com dor tipo cólica, com uma semana de evolução, que não cedeu à terapêutica analgésica (paracetamol + metamizol). Ao exame objectivo destaca-se um sinal de Murphy renal positivo à

esquerda. Não apresentava alterações analíticas, com análise de Urina II e Urocultura negativas. A ecografia renal relatava uma uretero-hidronefrose bilateral, mais evidente à esquerda, a que se associa ectasia dos ureteres lombares e pélvicos bilaterais, com foco litiásico no uretero pélvico esquerdo, com cerca de 7 mm. Fez medicação anti-inflamatória com cetarolac EV, não havendo melhoria evidente do quadro clínico. Foi então proposta para Ureterolitoextração endoscópica com laser, tendo-se realizado a extracção de cálculo do ureter esquerdo justa-meatal, com pinça endoscópica, de aproximadamente 7 mm, sem colocação de stent ureteral. Foi medicada com amoxicilina no intra-operatório e descreve-se apenas dor lombar discreta no pós-operatório.

**Conclusão:** A cólica renal na grávida não é comum, mas pode por em risco a evolução da gravidez. A ecografia é o exame de imagem de eleição. O tratamento conservador resolve a maioria dos casos. As técnicas interventivas são bem-sucedidas, embora reservadas para casos específicos.

## P 26

### ESPASMOS DO PERÍNEO, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Teresa Reis Araújo; Carina Freitas; Leonor Silva Jorge;  
Bruno G. Silva; Carlos Ripado  
*USF Tílias*

**Enquadramento:** O pavimento pélvico consiste em músculos fibrosos em forma de funil, com uma abertura para baixo, onde saem uretra e reto. O levantador do anus é composto por três grupos musculares – puborretal, pubococcigeo e iliococcigeo. O espasmo crónico desses grupos musculares parece ser responsável pela síndrome da dor pélvica crónica. A contração permanente gera mediadores inflamatórios com aparecimento de dor, com alteração da vascularização local e remoção insuficiente de toxinas, seguindo-se uma reacção em cadeia. É um diagnóstico mais frequente na mulher, com uma prevalência de ~3.8%, sendo no homem desconhecida. O diagnóstico diferencial de dor pélvica crónica é extenso, onde se deve incluir a inflamação de órgãos endopélvicos e as sequelas cirúrgicas.

**Caso clínico:** Homem, 50 anos, caucasiano, solteiro, administrativo. AP de dislipidemia, pré-diabetes (AGJ), excesso de peso (IMC 25.9 kg/m<sup>2</sup>),

tabagismo de 15UMA, doença pulmonar obstrutiva crónica (GOLD 1) e perturbação de ansiedade. Sem AF oncológicos referidos. Sem medicação habitual prévia.

Assintomático até dia 5/fev deste ano, quando inicia quadro súbito de espasmos do períneo e peso hipogástrico. Por autoiniciativa recorreu à consulta de urologia, tendo realizado - ecografia renal e prostática sem alterações; vesical destacando-se acentuada repleção (800 cc) com resíduo pós-miccional de 100 cc; urofluxometria com obstrução infra-vesical ou disfunção miccional; PSA sem alterações. Foi medicado (12/fev) com serenoa repens 160 mg 2 vezes/dia, silodosina 8 mg e AINEs. A 27/fev veio ao seu médico de família, referindo resolução completa das queixas iniciais alguns dias antes da consulta, contudo com aparecimento de sintomas do aparelho urinário inferior (LUTs) de novo, nomeadamente polaquiúria, disúria, gotejamento terminal e redução da força do jato. Negava outras queixas pélvicas ou abdominais. Sem disfunção erétil. Sem queixas neurológicas prévias. Sem febre, anorexia, perda ponderal ou suores noturnos. Referida história de traumatismo lombar há 4 anos sem aparentes sequelas. Foi ponderado eventual efeito compressivo local, o que se mostrou pouco provável após revisão dos relatórios de imagem supracitados, colonoscopia “recente” e da radiografia dorso-lombar (jan/2017). Acrescentou-se urocultura ao estudo (27/jan) que foi negativa.

**Discussão:** Trata-se de um utente sem antecedentes urológicos prévios que inicia um quadro súbito de espasmos do períneo e peso hipogástrico. Nas ecografias apresnetava próstata sem alterações de 16 cc (com PSA normal); bexiga com acentuada repleção (800 cc) e um resíduo pós-miccional significativo. Urofluxometria com obstrução infra-vesical ou disfunção miccional. Perante a clínica e exames efetuados foram ponderadas 3 hipóteses diagnósticas – bexiga hiperativa, doença do colo vesical e síndrome da dor pélvica crónica. A bexiga hiperativa mostra-se o diagnóstico mais provável, devendo ser investigada a sua etiologia, onde se destaca a lesão medular, esclerose múltipla, neuropatia diabética e idiopática. A doença do colo vesical apesar de rara é uma condição a recordar. Por último, na síndrome do dor pélvica crónica pode ser englobados os espasmos do períneo, sendo um diagnóstico

de exclusão. Este caso mostra-se interessante por ter uma evolução temporal rica e invulgar com alteração do padrão das queixas iniciais, bem como pelas várias hipóteses diagnósticas colocadas num doente urológico jovem.

## P 27

### IMPACTO DA TEMPERATURA ESCROTAL NO FUNCIONAMENTO TESTICULAR

Lúis Melo; Constança Oliveira; José Lima; Inês Trigo  
*USF Barrinha*

**Introdução:** O factor masculino está envolvido em 50% dos casos de infertilidade conjugal, sendo responsável exclusivo em aproximadamente 20% dos casos; os restantes 30% associam-se a factor feminino. As principais causas de infertilidade masculina podem ser divididas em causas endócrinas (pré-testiculares), causas testiculares, causas obstrutivas (pós testiculares), causas genéticas e idiopática. Dentro das causas testiculares, o calor (hipertermia testicular) é apresentado na literatura como um factor prejudicial para a espermatogénese, verificando-se um efeito deletério tanto na morfologia dos espermatozoides, diminuição na sua concentração total e alterações na sua mobilidade. É fundamental a manutenção de uma temperatura escrotal cerca de 2-4°C abaixo da temperatura corporal para o normal funcionamento testicular e consequente espermatogénese. É descrito na literatura que um aumento de 1-1,5°C na temperatura escrotal é capaz de induzir apoptose de células germinativas, diminuição do tamanho testicular resultando na diminuição da quantidade de esperma produzido e alteração da sua qualidade. Tendo em conta esta associação, tem sido estudado recentemente a possibilidade de utilizar mecanismos térmicos como ferramentas de contraceção masculina. Atualmente começa a verificar-se uma maior preocupação com possíveis fatores etiológicos da hipertermia testicular que parecem contribuir para a subfertilidade. Estes podem ser divididos em estilos de vida e comportamentos diários (sedentarismo, posição sentada, roupa interior, banhos quentes, sauna, uso de computador portátil, ciclismo, obesidade), fatores ocupacionais e ambientais (trabalhos que envolvam exposição a radiação, condutores de longas distâncias, padarias, cerâmica, aquecimento global) e fatores clínicos (criptorquidia, varicocele, episódios febris).

**Objetivos:** Tendo em conta os fatores de risco que podem afetar a função testicular, o aumento da temperatura escrotal é um dos temas de infertilidade masculina menos estudados, contudo este fator para além de poder ter uma prevalência mais elevada que a aparente, pode ser muitas vezes facilmente corrigido com alterações no estilo de vida. O objetivo desta revisão passa por avaliar o estado da arte quanto ao possível envolvimento da hipertermia escrotal como etiologia para a infertilidade masculina, quais os factores predisponentes, os mecanismos de ação envolvidos e as medidas de proteção a tomar.

**Materiais e métodos:** Pesquisa realizada na *pub-med* onde foram incluídas revisões e casos clínicos. Meshterms utilizados: *hyperthermia and spermatogenesis men*, obtendo-se 20 artigos, dos quais 5 foram excluídos através da leitura do *abstract*.

**Resultados e conclusões:** Várias atividades do dia-dia estão associadas a aumento da temperatura testicular capaz de afetar a espermatogénese. Alguns estudos fazem referência ao uso de roupa interior justa e laptop como causa de hipertermia testicular, contudo estudos em humanos têm comprovado que esse aumento não é significativo. Situações comuns como estar sentado mais de duas horas, dependendo da posição das pernas têm demonstrado alterações ao nível dos espermatozoides. As investigações mais comuns incluem a exposição a banhos de água quente 37-43°C em jacuzzi e sauna a 80°C-90°C, e têm demonstrado uma associação com uma diminuição reversível da qualidade e motilidade do esperma e alterações moleculares associadas. Na maioria destes estudos verifica-se uma reversibilidade das alterações na espermatogénese. A obesidade também é alvo de estudo, tendo sido comprovada a sua ação na desregulação da espermatogénese. Clinicamente criptorquidia e varicocele são causas comprovadas de infertilidade 2ª (por hipertermia testicular). Os mecanismos lesivos mais frequentes são a apoptose, autofagia, alteração do DNA e aumento de espécies reativas de oxigénio. É necessária mais investigação, não só na clarificação dos resultados como a variabilidade da associação em função dos fatores: tempo, intensidade e forma de exposição.

**P 28**

## **DA GINECOMASTIA À NEOPLASIA**

João Grácio; Susana Miguel  
*USF Cruz de Celas*

**Introdução:** Homem de 34 anos de idade com queixas de ginecomastia unilateral à esquerda, sem corrimento. Foi pedida ecografia mamária, que revelou corresponder a ginecomastia do tipo pseudonodular. Dado agravamento de ginecomastia, entretanto bilateral, foi pedida nova eco, mamografia, rx tórax e doseamentos hormonais, que revelaram elevação de B-HCG e estradiol. Foi então pedida ecografia escrotal que revelou heterogeneidade do testículo direito e TC Toraco-abdomino-pélvica que revelou tumor retroperitoneal adjacente à supra-renal direita com provável metastatização pulmonar.

**Objetivos:** Descrição de um caso de tumor de células germinativas em cuidados de saúde primários

**Material e métodos:** Consulta de registos clínicos; Pesquisa bibliográfica de *guidelines* e artigos sobre tumores de células germinativas

**Resultados e conclusões:** Os tumores de células germinativas são neoplasias que se localizam mais frequentemente nas gónadas, embora possam também ocorrer noutras localizações, como a glândula pineal, o retroperitoneu, o mediastino e na região do sacro. Este tipo de tumores produzem frequentemente altos níveis de hormonas como a B-HCG, estrogénios e testosterona, que podem causar respectivamente aumento da sensibilidade mamária e ginecomastia. O médico de família deve estar alerta para o diagnóstico destes sinais e sintomas de forma a detectar a doença numa fase precoce.



## MAJOR SPONSORS



## SPONSORS



A. MENARINI PORTUGAL



Advancing science for life™



Innovation for patient care



PHARMACEUTICAL COMPANY OF Johnson & Johnson



desde 1971  
a cuidar de sua saúde



Pierre Fabre  
Médicament



## ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO

ad<sup>+</sup>médic

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