

Urologia para Medicina Geral e Familiar



III Jornadas Temáticas Patient Care

11 e 12 | abril | 2019
SANA Lisboa Hotel

PRESIDENTE
Tomé Lopes



Imagem: Ad Médic



CONSULTE AQUI
O LIVRO DE RESUMOS

Programa Científico



Urologia para Medicina Geral e Familiar



III 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 Oliveira

Ricardo Silva

Rodrigo Garcia

Sandro Gaspar

Sérgio Pereira

Tiago Oliveira

Tito Leitão

COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidente José Palma dos Reis

Carlos Rabaça

Carlos Silva

Júlio Fonseca

Luís Abranches Monteiro

Luís Campos Pinheiro

Paulo Temido

Pedro Vendeira

Pepe Cardoso



PALESTRANTES E MODERADORES

- Afonso Castro (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Álvaro Nunes (*Serviço de Urologia do H. Barreiro*)
Anatoliy Sandul (*Serviço de Urologia do CHULN*)
António Romão (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Carlos Rabaça (*Serviço de Urologia IPO, Coimbra*)
Carlos Silva (*Serviço de Urologia do H. S. João, Porto*)
Carolina Ponte (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Carolina Reis (*Usf Santo António da Charneca – Aces Arco Ribeirinho*)
David Martinho (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Francisco Martins (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Helena Correia (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Joana Polido (*Serviço de Urologia do CHS*)
João Almeida (*Serviço de Urologia do CHULN*)
João Borda (*Serviço de Urologia do CHULN*)
João Felício (*Serviço de Urologia do CHULN*)
João Marcelino (*Serviço de Urologia do CHULN*)
José Dias (*Serviço de Urologia do CHULN*)
José Palma dos Reis (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Júlio Fonseca (*Serviço de Urologia do H. Beatriz Ângelo, Loures*)
Luís Abranches Monteiro (*Presidente da Associação Portuguesa de Urologia*)
Luís Campos Pinheiro (*Serviço de Urologia do CHLC, H. S. José*)
Mariana Morgado (*Serviço de Cirurgia Pediátrica do CHULN*)
Mónica Nóbrega (*USF LoureSaudável, Aces LoureSaudável – Odivelas*)
Paulo Pé-Leve (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Paulo Temido (*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Coimbra; Presidente da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia*)
Pedro Oliveira (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Pedro Vendeira (*Presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia*)
Pepe Cardoso (*Serviço de Urologia do H. Prof. Fernando Fonseca, Amadora*)
Ricardo Pereira e Silva (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Rita Torres (*Psicologia Clínica, Clínica LONGEVA*)
Rodrigo Garcia (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Rodrigo Ramos (*Serviço de Urologia IPO, Lisboa*)
Sandro Gaspar (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Sérgio Pereira (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Tânia Semeano (*Enfermeira, Serviço de Urologia do CHULN*)
Tiago Oliveira (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Tito Leitão (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Tomé Lopes (*Serviço de Urologia do CHULN*)

08:15h

Abertura do Secretariado

09:15-09:30h

21ST CENTURY UROLOGY

Palestrante: João Almeida

09:30-11:00h

MESA-REDONDA 1

O RIM – DA PATOLOGIA BENIGNA AO DARK-SIDE

Moderadores: Carlos Rabaça e Luís Campos Pinheiro

Alterações imagiológicas – Quando referenciar? (15 m)

Tiago Oliveira

Litíase urinária sintomática (15 m)

Sérgio Pereira

Infeção renal: Pielonefrite, abscesso renal e pionefrose (15 m)

António Romão

Neoplasias do rim (15 m)

Tito Leitão

Discussão (30 m)

11:00-11:30h

Intervalo

11:30-11:40h

SESSÃO DE ABERTURA

11:40-12:30h

MESA-REDONDA 2

DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA

Moderadores: Francisco Martins e Pedro Vendeira

Disfunção erétil

Pedro Oliveira

Ejaculação prematura

Álvaro Nunes

Discussão

Apoio:



12:30-13:15h

**SESSÃO
COM TELEVOTO**

SESSÃO I

CASOS CLÍNICOS

Moderador: João Marcelino

Incontinência urinária mista na mulher (15 m)

Carolina Ponte

Prolapso urogenital (15 m)

Paulo Pé-Leve

Doente ostomizado (15 m)

Tânia Semeano

13:15-14:30h

Almoço

14:30-15:45h

MESA-REDONDA 3

CANCRO DA PRÓSTATA

Moderadores: Carlos Silva e Júlio Fonseca

Da elevação do PSA ao diagnóstico definitivo (15 m)

Sandro Gaspar

Tratamento do cancro da próstata localizado (15 m)

Tito Leitão

Indicações e complicações da terapêutica hormonal (15 m)

Afonso Castro

Discussão (30 m)

15:45-16:00h

URO-ONCOLOGIA EM 15 MINUTOS: TUMOR DA BEXIGA

Moderadora: Helena Correia

Palestrante: Rodrigo Garcia

16:00-16:30h

Intervalo

16:30-17:15h

CONFERÊNCIA PATROCINADA

SABE QUANTAS VEZES O SEU DOENTE ACORDA DURANTE A NOITE PARA IR À CASA DE BANHO?

Presidente: Tomé Lopes

Palestrante: Ricardo Pereira e Silva



17:15-18:00h

**SESSÃO
COM TELEVOTO**

SESSÃO II

CASOS CLÍNICOS

Moderador: Ricardo Pereira e Silva

Massa escrotal: Diagnóstico diferencial (15 m)

João Felício

ITU em idade pediátrica (15 m)

Mariana Morgado

Algaliação crónica (15 m)

Joana Polido

18:00h

Fim das Sessões do 1º dia

12 DE ABRIL | 6ª FEIRA

08:45h

Abertura do Secretariado

09:15-10:30h

MESA-REDONDA 4

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DA DISFUNÇÃO SEXUAL E FERTILIDADE

Moderadores: Pepe Cardoso e David Martinho

Infertilidade masculina (15 m)

Sandro Gaspar

Contraceção definitiva – A vasectomia como opção (15 m)

Pedro Oliveira

Disfunção sexual feminina (15 m)

Rita Torres

Discussão (30 m)

10:30-10:45h

URO-ONCOLOGIA EM 15 MINUTOS: TUMOR DO TESTÍCULO

Moderador: Paulo Temido

Palestrante: Rodrigo Ramos

10:45-11:15h

Intervalo

11:15-11:45h

CONFERÊNCIA

PASSADO, PRESENTE E FUTURO DA RELAÇÃO ENTRE A UROLOGIA E A MGF

Presidente: Luís Abranches Monteiro

Palestrante: José Palma dos Reis

11:45-12:45h

SESSÃO
COM TELEVOTO

SESSÃO III

CASOS CLÍNICOS – HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA

Moderador: José Dias

Caso 1

Carolina Reis

Caso 2

Afonso Castro

Caso 3

Mónica Nóbrega

Apoio:



12:45-14:00h

Almoço

14:00-16:00h

APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS E POSTERES SELECIONADOS

Moderadores: Tomé Lopes e José Palma dos Reis

(Ver página 9 e 10)

16:00-17:30h

MESA-REDONDA 5

HOT-TOPICS: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO VS. REFERENCIAÇÃO

Moderadores: João Borda e Anatoliy Sandul

Retenção urinária aguda no homem (15 m)

Paulo Pé-Leve

Hematúria (15 m)

João Felício

Infeção urinária recorrente na mulher (15 m)

Carolina Ponte

Prostatites (15 m)

João Almeida

17:30h

Encerramento das Jornadas e Entrega de Prémios





Resumos dos trabalhos

CASOS CLÍNICOS E POSTERS

TRABALHOS SELECIONADOS PARA APRESENTAÇÃO EM SALA

PO 01

HEMATÚRIA MICROSCÓPICA ASSINTOMÁTICA NO ADULTO: ABORDAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Liliana Silva; Bruna Guimarães; Susana Carvalho
USF Serpa Pinto, ACeS Porto Ocidental, ARS Norte

Introdução: A hematúria microscópica (HM) é um achado incidental frequente no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Define-se pela presença de ≥ 3 eritrócitos por campo de alta potência na análise microscópica do sedimento urinário, numa amostra de urina corretamente coletada. A importância deste achado relaciona-se com o risco de doença significativa subjacente. Não obstante, apenas uma minoria dos casos de HM tem significado patológico, pelo que sua investigação diagnóstica por rotina é controversa, particularmente em indivíduos de baixo risco.

Objetivo: Compreender a abordagem da hematúria microscópica assintomática (HMA) no adulto, no âmbito dos CSP.

Metodologia: Foi feita uma revisão clássica da literatura, visando normas de orientação clínica, artigos originais e de revisão publicados nos últimos 10 anos, em língua inglesa e portuguesa. A pesquisa foi realizada nas bases de dados *Pubmed* e *Google Scholar*, utilizando as palavras-chave *asymptomatic microscopic hematuria* e *primary care*. Foram ainda consultados os sites das principais sociedades urológicas internacionais.

Resultados e conclusões: Indivíduos com história de exercício vigoroso recente, menstruação, trauma pélvico ou instrumentação do trato urinário devem repetir a análise do sedimento urinário após resolução do fator precipitante. Se este exame for negativo não é necessária avaliação adicional. Perante a persistência de HM, deve ser avaliada a presença de sinais sugestivos de origem glomerular, cuja presença justifica referenciação à consulta de Nefrologia. Na HM de origem extraglomerular, a abordagem é definida em função dos fatores de risco para doença maligna. No entanto, dada a ausência de evidência robusta neste âmbito, há divergência na literatura quanto aos meios complementares a solicitar e critérios para a sua realização. Os principais preditores de malignidade em doentes com HMA são o sexo masculino, idade > 50 anos e história de tabagismo. Na presença de fatores de risco deve ser ponderada a referenciação à consulta de Urologia, para avaliação imagiológica e realização de cistoscopia. Indivíduos sem fatores de risco ou história de doença urológica podem dispensar investigação adicional. Assim, embora na maioria dos casos a HMA represente uma situação benigna e autolimitada, esta pode ser o primeiro sinal de patologia nefro-urológica grave. Neste contexto, o Médico de Família deve saber abordar a HMA, reconhecendo as limitações da evidência científica disponível.

PO 02 (Caso Clínico)

SUSPEITAR PARA CURAR – A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOZE NO TRATAMENTO DO CANCRO DO TESTÍCULO

Bruna Guimarães; Liliana Silva; Susana Carvalho
USF Serpa Pinto, ACES Porto Ocidental, ARS Norte

Descrição do Caso clínico: Utente sexo masculino, 33 anos, casado, ciclista, sem antecedentes pessoais relevantes, recorreu a uma consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF) por desconforto no testículo esquerdo com 1 mês de evolução. Ao exame objetivo apresentava tumefação ligeiramente dolorosa à palpação do testículo esquerdo. Ecografia mostrou tratar-se de neoformação testicular esquerda associada a microcalcificações. Foi referenciado para a consulta de Urologia, tendo realizado criopreservação de esperma e posteriormente orquidectomia radical esquerda. Dado o resultado da histologia, TC TAP e marcadores tumorais, foi diagnosticado carcinoma embrionário pT2cN2pM1S1 (AJCC 8ª Edição), Estadio IIIA, IGCCG bom prognóstico. Cumpru 3 ciclos de quimioterapia sistémica (QT) com BEP (Bleomicina, Etoposido e Cisplatina) com boa resposta, mantendo vigilância até à data sem recidiva.

Discussão: Os carcinomas testiculares representam cerca de 1% de todos os tumores sólidos em homens. No entanto, são as neoplasias sólidas mais comuns nos homens entre os 15 e os 35 anos. A principal forma de apresentação é uma tumefação testicular, podendo a dor testicular estar presente em até 20% dos casos. Os carcinomas testiculares de células germinativas (CTCG) são responsáveis por 95% dos casos. O carcinoma embrionário puro é responsável por 2% de todos os CTCG, mas é um componente histológico de aproximadamente 85% de todos os CTCG mistos. A orquidectomia radical é essencial para avaliação diagnóstica e controlo local da neoplasia. A terapêutica pós-orquidectomia radical é de-

pendente do tipo histológico, do estadiamento e prognóstico do CTCG. A criopreservação do esperma, deve ser disponibilizada a todos os homens diagnosticados com carcinoma testicular, que desejem preservar a fertilidade, antes da instituição da terapêutica.

O carcinoma do testículo apresenta uma sobrevivência aos 5 anos de cerca 95%. A maioria das recidivas ocorrem nos primeiros 2 anos após o início do tratamento sendo que o esquema de vigilância é ditado pela histologia, estadio e risco de recorrência.

Este caso mostra a pertinência da avaliação clínica e do diagnóstico diferencial entre orquitepididimite e carcinoma testicular com apresentação dolorosa.

Posto isto, é de salientar a importância da suspeição diagnóstica de carcinoma testicular em homens com sintomas e/ou sinais testiculares em MGF, visto que o diagnóstico e tratamento imediato fornecem a melhor oportunidade de cura.

PO 03

A RELAÇÃO ENTRE O VÍRUS PAPILOMA HUMANO E A FERTILIDADE MASCULINA

Liliana Mendonça; Ana Silva Pereira;
Manuel Mariño Fraga
USF Vida +, ACES Cávado II Gerês/ Cabreira, ARS Norte, Vila Verde - Braga

Resumo: A infeção pelo Vírus Papiloma Humano (VPH) é reconhecida como uma das infeções sexualmente transmitidas mais frequentes. Está bem descrito o seu papel oncogénico na indução do cancro do colo do útero, mas existe pouca evidência no que diz respeito à sua modelação da fertilidade masculina. À luz do estado de arte atual constatamos, por exemplo, que os homens com infertilidade idiopática têm maior prevalência do VPH.

Com este trabalho de revisão pretendemos responder à questão “Pode o VPH causar infertilidade masculina”? Decompondo no algoritmo “PICO”: População - homens sau-

dáveis em consulta de infertilidade; Intervenção - efeito do VPH sobre a fertilidade masculina; Comparação - comparar parâmetros diretos do sêmen preditores de fertilidade e o parâmetro indireto gravidez evolutiva entre homens infetados com VPH e não infetados; *Outcome* - se existe relação entre a infeção por VPH e a fertilidade masculina.

Trata-se duma revisão baseada na evidência, assente em artigos publicados nos últimos dez anos na língua inglesa, nos motores de pesquisa *PubMed*, *NICE* e *Cochrane* entre as datas de 27 de fevereiro e 4 de março de 2019, utilizando os termos [Mesh] *Papillomavirus Infections AND Infertility, Male AND humans*. Obteve-se um total de 27 artigos. Foram eliminados 17 artigos, na grande maioria por não concordância com o domínio da questão. Após análise foi aplicada a escala de recomendação orientada para o doente, SORT – *Strenght Of Recommendation Taxonomy*.

Dentro dos artigos selecionados salienta-se que nas duas revisões sistemáticas analisadas é consensual o papel negativo que a infeção pelo VPH tem na fertilidade masculina. No entanto, obtém-se uma força de recomendação de evidência limitada (1/ B), em parte pelo constrangimento de apenas ter abrangido artigos na língua inglesa e potencial heterogeneidade decorrente do tamanho e etnia da amostra, e várias estirpes de VPH detetadas. Relativamente aos estudos controlo aleatorizados elegíveis, ainda que em dois deles não tenha sido encontrada associação entre as duas variáveis, num estudo mais recente, robusto e retrospectivo foi demonstrado que o VPH inibe a motilidade espermática e induz a formação de anticorpos anti-espermáticos. Pelo que, podemos concluir que o VPH pode comprometer a fertilidade masculina, devendo este parâmetro entrar na avaliação do casal infértil. Esta revisão coloca também em destaque o papel profilático da vacinação contra o VPH na fertilidade masculina.

PO 04

DISFUNÇÃO ERÉCTIL – COMO ABORDAR EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Sónia Corujo; Catarina Monteiro
UCSP da Guarda – ULS Guarda

Introdução: A disfunção erétil (DE) define-se pela incapacidade persistente ou recorrente em conseguir e/ou manter uma ereção suficiente para permitir uma atividade sexual satisfatória, durante pelo menos 3 meses. Ainda que a DE seja uma doença benigna, pode afetar a saúde física e psicossocial e ter um impacto significativo na qualidade de vida (QV) dos doentes e dos casais. Existe uma evidência de que a DE possa ser uma manifestação precoce de doença coronária e vascular periférica, e deve ser encarada como uma questão de QV e como potencial sinal de alarme de doença cardiovascular (CV).

Objetivo: Revisão da evidência científica acerca da abordagem da disfunção erétil em CSP
Material e métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos científicos nas bases de dados *Uptodate* e *Pubmed*, com os termos *Erectile dysfunction in primary care* escritos em inglês e português, publicados nos últimos 5 anos.

Resultados: Estudos epidemiológicos que valorizam a importância deste problema e o seu impacto na QV do homem e do casal, identificaram-se vários fatores de risco associadas que incluem: DM, doença CV, doenças genito-urinárias, problemas psiquiátricos, medicamentos, fatores hormonais e condições socio-demográficas. A etiologia da DE pode dividir-se em 2 grupo: causas psicogénicas e orgânicas. As psicogénicas- Generalizada e Situacional. As orgânicas – Arteriogénica; Neurogénica; Anatómica ou estrutural; Hormonal; Iatrogénica. A história clínica é essencial identificar qual a preocupação do paciente, quantificar e identificar as condições associadas, diferenciar de outros problemas sexuais. Uma das ferramentas utilizadas é o Índice Internacional

de Função Erétil reduzido (IIFE).O exame objetivo deve ter em atenção o aparelho CV, neurológico e geniturinário. A avaliação analítica deve ser adaptada às queixas e fatores de risco:análises; MCDT's específicosInjeção Intracavernosa; Ecodoppler peniano; Cavernosometria e Cavernosografia. O tratamento da DE assenta na determinação da sua etiologia e em terapêutica dirigida aos FRCV.O tratamento medico-cirurgico é baseado 1ª linha- I-PDE5, testosterona e dispositivo de vácuo; 2ª- injeccao intra-cavernosa de alprostadilo; 3ª- Próteses Penianas, Cirurgia Vascular.

Conclusões: O MF tem um papel essencial na abordagem da DE, desde da avaliação inicial com recomendações para mudanças de estilos de vida até à introdução de terapia de 1ª linha. A não resposta ao tratamento conduz ao encaminhamento ao urologista e ao envolvimento de equipas multidisciplinares.

PO 05 (Caso Clínico)

IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA HEMATÚRIA EM UTENTES SOB TERAPIA ANTICOAGULANTE ORAL

Marta Nazha; Afonso Brás Sousa
USF São Filipe, USF Castelo (ACES Arrábida)

Resumo: Mulher de 78 anos com história de fibrilhação auricular (FA) sob varfarina, neoplasia endometrial submetida a histerectomia total seguida de radioterapia (RT) adjuvante há cerca de 28 anos, recorre em jan/2018 a consulta aberta no Centro de Saúde com queixa de hematúria assintomática desde há 5 dias, previamente medicada com antibiótico por presumível ITU. Tinha INR de 2,8, exame objectivo sem alterações. É reavaliada após 10 dias sem alterações analíticas, apresentando ecografia renal e vesical com aparente lesão sésil (coágulo hemático vs carcinoma de células transicionais) adjacente à junção uretero-vesical esquerda, condicionando uretero-hidronefrose homolateral.

É referenciada para Urologia e em março/2018

realiza cistoscopia onde após remoção dos coágulos da bexiga, mantinha apenas hiperémia perimeática esquerda.

Volta em abril/2018 com novas queixas de hematúria; fez TC abdominal que mostrou rim esquerdo de dimensões reduzidas, marcada hidronefrose (bacinete de 38 mm), condicionando marcada ectasia do uretero homolateral não se evidenciando imagens endoluminais, admitindo-se estes aspectos como alterações pós-rádicas da RT pélvica.

Em maio/2018 por manter o quadro realiza UroTAC que revelou agravamento da uretero-hidronefrose à esquerda (bacinete de 46 mm), com dilatação até ao nível do cruzamento com os vasos ilíacos, sem se conseguir claramente visualizar o eventual obstáculo; admitiu-se contudo lesão nodular com 17 mm adjacente ao ureter de difícil caracterização. Observa-se conteúdo espontaneamente hiperdenso na árvore excretora, em relação com hematúria / coágulos. Coexiste densificação da gordura peri-renal e adjacente ao bacinete e ureter.

A utente realizou nefroureterectomia em junho/2018 por carcinoma urotelial com invasão do ureter, confirmado histopatologicamente. Nos meses seguintes realizou estadiamento que revelou doença metastática hepática, tendo iniciado quimioterapia e acabando por falecer em dezembro/2018.

Discussão: A varfarina está associada a risco de hematúria per si, dificultando o diagnóstico diferencial. Por outro lado, a terapia anticoagulante oral está associada a detecção mais precoce de carcinoma genitourinário através do aumento do risco hemorrágico, sendo as lesões neoplásicas uma causa importante de hematúria em pacientes com FA. Assim sendo, parece-nos fundamental investigar as causas de hematúria nos doentes sob anticoagulação oral, ao fim de excluir causas de malignidade oculta.

PO 06 (Caso Clínico)

HEMATÚRIA: ESTAREMOS A AVALIAR CORRETAMENTE OS NOSSOS DOENTES?

Vânia Morais; Hugo Dinis Gaspar; Nídia Santos
USF D. Jordão

Resumo: Homem de 57 anos, pescador, com antecedentes pessoais de DM 2, HTA essencial, obesidade, discectomia L4-L5 recente por hérnia inguinal, medicado com metformina, clorotalidona, telmisartan e amlodipina. Negava hábitos tabágicos, etanólicos ou toxicofílicos, exposição ocupacional a agentes carcinogénicos ou irradiação pélvica, assim como antecedentes familiares de relevo. O utente recorreu à consulta por quadro de hematuria total monossintomática com três dias de duração. Negava traumatismos, exercício intenso ou episódios de hematuria prévios. Neste contexto, para exclusão de alterações estruturais do trato urinário realizou ecografias renal, vesical e prostática, compatíveis com hipertrofia benigna prostática, microlitíase intraprostática e renal, sem outras alterações. Decorridos 18 meses, regressou à nossa consulta por novo episódio de hematuria total monossintomática, tendo repetido as ecografias realizadas previamente. Na ecografia vesical identificou-se um pólipó vesical de 21x15 mm, pelo que o utente foi referenciado com caráter de urgência à consulta de urologia do hospital de referência, onde foi submetido a ressecção transuretral vesical. Foi excisada uma lesão papilar pediculada de 2 cm de diâmetro, cujo exame histológico revelou um tumor urotelial de baixo grau, sem invasão da lâmina própria. A hematuria é classificada como microscópica ou macroscópica, podendo ser um sintoma isolado em múltiplas patologias. Contudo, quando macroscópica requer avaliação urológica completa em qualquer idade, dado tratar-se da forma mais comum de apresentação da neoplasia urotelial. O médico de família representa a primeira linha de investigação

face às queixas de hematuria do utente, pelo que assume um papel crucial na sua abordagem sistematizada. No entanto, numa altura em que são impostos indicadores de contratução que avaliam os custos dos exames complementares de diagnóstico realizados, a avaliação clínica poderá estar condicionada, particularmente quando requer a repetição de exames realizados recentemente, como neste caso em concreto. Adicionalmente, após a referenciação urgente à consulta hospitalar, decorreram três meses até ao seu agendamento, exigindo-se uma melhor articulação entre Médico de Família e Urologista, nomeadamente, na qualidade da informação dos pedidos de referenciação e adequação das prioridades atribuídas. Considerando todos estes fatores limitantes, estaremos efetivamente a avaliar de forma correta os nossos doentes?

PO 07

DISFUNÇÃO ERÉTIL NA USF TEJO: PROTOCOLO DE ATUAÇÃO

Rocha F.; Costa L.; Maurício B.; Gonçalves A.
USF Tejo – ACES Loures-Odivelas

Introdução: A disfunção erétil (DE) pode afetar de forma negativa e significativa a saúde mental, o relacionamento conjugal e o bem-estar geral. A DE é um importante marcador da presença de patologia cardiovascular (CV) com forte impacto na sobrevida e qualidade de vida. A identificação da DE é uma oportunidade de atuação e melhoria da saúde do homem. Foi avaliada a prevalência de DE entre os 18-75 anos na USF e verificou-se um valor de 0.8% vs. 13% em Portugal (Episex-pt, 2006). **Objetivos:** Criar um protocolo de atuação da USF Tejo a aplicar ao doente com queixas compatíveis com DE.

Material e métodos: Revisão das *guidelines* da Associação Americana de Urologia de 2018 e da Sociedade Europeia de Urologia de 2017. Criação de algoritmo de atuação adaptado à realidade assistencial de MGF.

Resultados: Codificação do Y07 – Impotência do ICPC-2 na lista de problemas ativos. História clínica com pesquisa de fatores de risco e causas de DE, caracterização da sintomatologia e aplicação do IIEF-5, versão portuguesa. Exame objetivo deve avaliar sistematicamente a medição dos sinais vitais, IMC, perímetro abdominal, sinais de hipogonadismo e observação dos genitais. Avaliação complementar a todos os doentes - glicose, perfil lipídico e testosterona total matinal. Todos os homens com DE devem ter avaliado o risco CV. Como orientação para o início da terapêutica, devem ser aplicados os Critérios do III Consenso de Princeton que estratifica o doente em risco CV baixo, intermédio ou elevado. Tratar ativamente a DE inclui sempre a modificação de fatores de risco e intervenções no estilo de vida, principalmente a cessação tabágica. A 1ª linha farmacológica são os inibidores da PDE-5, tendo em atenção as particularidades da farmacocinética e de efeitos adversos de cada princípio ativo. Alerta para as contraindicações. Se contraindicação ou falência da terapêutica dos inibidores da PDE-5, ou preferência do doente, pode ser prescrito alprostadilo. Considerar referência a consulta de andrologia/urologia, para tratamento de causas específicas, falência terapêutica ou instituição de outras opções terapêuticas; referenciar a consulta de psicologia/terapia de casal se causas psicogénicas.

Conclusões: A criação de um protocolo de atuação vai possibilitar a melhoria da codificação e atuação perante queixas de DE. O médico de família, pela sua proximidade, visão holística e treino de abordagem da multimorbilidade, tem uma posição única para orientação do doente com DE.

PO 08

O DESAFIO DO TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL EM DOENTES SOB TERAPÊUTICA ANTIANGINOSA

Cristina Nunes; Sónia Cavaco

USF Santiago Palmela, ACES Arrábida, ARSLVT

Introdução: Em Portugal, cerca de 48,1% dos homens apresentam um grau variável de disfunção erétil (DE). A DE partilha fatores de risco com a doença cardiovascular (DCV), é mais frequente em homens com DCV estabelecida, coexiste com doença coronária oculta e é um fator de risco independente para eventos cardiovasculares futuros.

Objetivos: Rever a evidência científica sobre o tratamento da DE em homens com DCV e necessidade de terapêutica antianginosa, assim como potenciais implicações das diferentes abordagens terapêuticas e os recursos disponíveis passíveis de uso em cuidados de saúde primários para melhorar a prestação de cuidados a esta população.

Material e métodos: Revisão bibliográfica sistemática com recurso às bases de dados: DGS, *Pubmed*, *UpToDate*, *Medscape*, *Cochrane Library* e *Google Scholar*. Foram utilizadas combinações dos termos MESH: *erectile dysfunction*, *treatment*, *management*, *ischaemic heart disease*, *angina*, *cardiovascular disease* e *phosphodiesterase type 5 inhibitors*, com pesquisa de artigos em inglês e português, com ano de publicação a partir de 1999.

Resultado e conclusões: O tratamento da DE em doentes com necessidade de terapêutica antianginosa exige uma abordagem abrangente, iniciando-se por medidas de modificação do estilo de vida que poderão melhorar a função sexual, como: Exercício físico, dieta mediterrânica, controlo do peso e cessação tabágica. Os inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (PDE5) constituem a medicação de primeira linha na DE, dada a sua segurança e eficácia. No entanto, o seu uso em concomitância com os nitratos é contra-

-indicado. Assim, de forma a poder usar-se um inibidor da PDE5 nestes doentes, poderá substituir-se o nitrato por ranolazina ou ivabradina. Outro aspecto importante a considerar, é o facto de alguns medicamentos usados na DCV poderem causar DE. Atualmente está estabelecido que os diuréticos tiazídicos e os bloqueadores adrenérgicos beta (BB) mais antigos podem causar DE, uma alternativa às opções anteriores pode ser o nebivolol, que pelo seu efeito vasodilatador, pode melhorar a DE. Além das medidas terapêuticas já referidas, existem ainda outras opções de segunda linha, como os cremes tópicos (alprostadil), e terapêuticas do âmbito dos cuidados de saúde secundários, como terapêutica injectável, dispositivos e abordagem cirúrgica.

PO 09

DISFUNÇÃO ERÉTIL E COMORBILIDADES: CASUÍSTICA DA USF TEJO

Gonçalves A.; Maurício B.; Costa L.; Rocha F.
USF Tejo – ACES Loures-Odivelas

Introdução: Disfunção erétil (DE) é definida como a incapacidade persistente em adquirir e/ou manter a ereção que permita atividade sexual satisfatória. Tem impacto na qualidade de vida dos doentes, parceiros e família. É um tema abordado com dificuldade na consulta do médico de família (MF). A prevalência mundial é de 5-20% e em Portugal de aproximadamente 13%. A DE tem múltiplas etiologias e é um sinal de alerta para patologia cardiovascular (CV). Há poucos estudos a este nível no âmbito da MGF.

Objetivos: Descrever a epidemiologia da DE na USF Tejo. Determinar a prevalência de comorbilidade vascular, neurológica e endócrina. Analisar a terapêutica instituída e iatrogenia.

Material/Métodos: Estudo observacional transversal. População: utentes inscritos na USF em dezembro/2018. Critérios de inclusão: Problema ativo impotência (Y07 da ICPC-2) ou diminuição do desejo sexual (P07) e pelo menos uma consulta presencial nos últimos 24 meses. Análise dados: Excel.

Resultados: Prevalência de DE é 0.8% (n=38). A média de idades 59.1±9.2, compreendida entre 34 e 75 anos. Foram excluídos 2 doentes. As comorbilidades CV mais prevalentes são excesso de peso/obesidade (72.2%, n=26) e dislipidemia (61.1%, n=22). A prevalência de eventos CV é de 13.9% (n=5). Taxa de fumadores/ex-fumadores com DE de 38.9% (n=14) e com hábitos etílicos de 16.7% (n=6). Oito doentes apresentam depressão/ansiedade, 3 patologia endócrina, 8 hiperplasia benigna da próstata e 3 têm DE pós-prostatectomia. Há registo de fármacos relacionados com DE em 18 doentes: antidepressivo=3, β bloqueante=8, antipsicótico=1, α bloqueante=4, inibidor da 5- α - reductase=4, benzodiazepina=6 e tiazida=4.

O tratamento da DE foi instituído a 14 doentes: 12 fizeram inibidor da PDE-tipo5, 1 alprostadil intracavernoso e 1 tem prótese peniana. 5 doentes foram referenciados à consulta de especialidade.

Discussão/Conclusões: A prevalência de DE na USF é inferior ao esperado, por subdiagnóstico e/ou subcodificação. A literatura aponta uma relação multifactorial na DE com as comorbilidades selecionadas O MF pela proximidade do doente e capacidade de gestão integrada da doença crónica tem um papel fundamental no diagnóstico e acompanhamento da DE. Recomenda-se a classificação sistemática do problema DE e abordagem de acordo com um Protocolo de Atuação criado segundo a literatura mais recente e adaptado à realidade assistencial do MF.

PO 10 (Caso Clínico)

HEMATÚRIA EM DOENTE COM SÍNDROME DE LYNCH

Inês Pereira; Vanessa Quintal
UCSP Sete Rios

Caso clínico: MMSA, mulher, 59 anos, antecedentes pessoais de Síndrome de Lynch, HTA, dislipidemia e depressão. Submetida a histe-

rectomia total e anexectomia por neoplasia do endométrio (2013). Antecedentes familiares de cancro colorrectal e endométrio.

Recorreu à consulta por hematúria macroscópica com 2 dias de evolução, sem febre, urgência miccional, disúria ou polaquiúria. Objectivamente bom estado geral, palpação abdominal inocente, sem Murphy renal. A tira de teste urinária revelou apenas hematúria e ligeira leucocitúria.

Com base nos antecedentes, requisitou-se ecografia renal e vesical que mostrou rim direito com ectasia pielocalicial, esboçando-se na junção pielo-ureteral espessamento e irregularidade do contorno da árvore excretora. No contexto de hematúria esta lesão sugeria neoplasia, pelo que foi pedida TC renal que revelou lesão proliferativa urotelial, localizada na junção pieloureteral direita medindo 3x2cm.

Foi solicitada avaliação urgente por Urologia. Três meses após início das queixas foi submetida a nefroureterectomia direita laparoscópica com cistectomia perirmeática. A análise anatomopatológica revelou carcinoma urotelial infiltrativo de alto grau do bacinete, variante microquística, sem invasão vascular ou nervosa, com margens livres.

Actualmente realiza tratamento com quimioterapia com boa evolução.

Discussão: A hematúria macroscópica associa-se, na maioria dos casos, a patologia benigna como cistite, litíase ou exercício físico intenso. No entanto, em doentes com mais de 35 anos pode ser sinal de malignidade.

A Síndrome de Lynch é uma patologia hereditária que potencia o desenvolvimento de neoplasias, maioritariamente do cólon e recto, mas também do aparelho urinário. Nas mulheres, o cancro do ovário e endométrio têm uma prevalência superior à da população geral. É essencial que estes indivíduos tenham um acompanhamento especializado com indicação para rastreio de cancro colorectal antecipado e investigação precoce dos sinais

e sintomas sugestivos das neoplasias comuns nesta síndrome.

Dado não haver recomendações no sentido de rastrear sistematicamente patologia urinária, a educação do utente é essencial para que reconheça atempadamente os sintomas e procure avaliação médica.

O caso descrito evidencia a importância da educação do doente para reconhecimento precoce de sintomas. Neste caso, a hematúria macroscópica foi o sintoma que motivou observação e cuja investigação atempada permitiu a identificação célere da neoplasia do urotélio.

PO 11 (Caso Clínico)

INFEÇÕES UROLÓGICAS EM CONTEXTO COMUNITÁRIO – UM DESAFIO ETIOLÓGICO

João Moreira de Sousa; Vanessa Martins; Miguel Rocha; João Brito; João C. Roxo
UCSP Sete Rios, ACeS Lisboa Norte Lisboa; GAT (Grupo de Ativistas em Tratamentos), CheckPointLX, Lisboa

Caso clínico: Homem de 22 anos, sem antecedentes. Recorre à consulta por quadro com uma semana de disúria, dor testicular e hematospermia discreta nos dois dias anteriores. Nega outros sintomas. Reporta sexo anal insertivo e receptivo sem preservativo e nega sexo com mulheres. Ao exame objetivo, o abdómen apresentava-se livre; o pénis não apresenta alterações; escroto sem alterações cutâneas, mas com dor à palpação do pólo inferior do testículo esquerdo e algum espessamento e dor à palpação da região caudal do epidídimo ipsilateral; sem alterações na região anal. Assume-se o diagnóstico de epididimite como causa mais provável para o quadro referido. Foi colhida amostra de urina, exsudado oral e exsudado anal para pesquisa de *N. gonorrhoea* e *C. trachomatis* por métodos moleculares. Simultaneamente, optou-se por realizar tratamento empírico com ceftriaxona 500 mg IM em dose única associado a levofloxacina 500 mg/dia *per os* durante 10 dias. Posterior-

mente o resultado da pesquisa de *N. gonorrhoea* e *C. trachomatis* foi negativo em dois dos focos estudados (oral e uretral), sendo apenas positivo para *C. trachomatis* no exsudado anal. **Discussão:** As infecções sexualmente transmissíveis no homem têm múltiplas etiologias e apresentações, sendo fundamental uma boa anamnese para dirigir o diagnóstico e programar o tratamento adequado. Um dos quadros clínicos possíveis, embora menos frequente, é a epididimite. No caso relatado, parece tratar-se de um quadro de epididimite sem critérios de gravidade, merecendo vigilância e tratamento em ambulatório. Num homem jovem sexualmente ativo e sem outros fatores de risco, os agentes etiológicos mais frequentes são *C. trachomatis* e *N. gonorrhoea*. No entanto, existe variabilidade de etiologia conforme as práticas sexuais referidas, pelo que a anamnese é essencial à abordagem terapêutica. Neste caso, pela prática de sexo anal insertivo sem preservativo, há que considerar a hipótese de infecção por *Enterobacteriaceae*, como a *E. coli*. Perante a anamnese e quadro altamente sugestivos, está recomendado tratar empiricamente o utente e os parceiros sexuais conhecidos, mantendo a vigilância dos sintomas e realizando ajuste terapêutico após resultado confirmatório (se necessário). Justifica-se adaptar o tratamento caso-a-caso de modo a cobrir os agentes mais prováveis, o que levou à inclusão de levofloxacina na terapêutica empírica nesta circunstância particular.

PO 12

ABORDAGEM DE QUISTOS RENAIIS EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Maria João Resende Teixeira; Carlos Filipe Gomes; Diana Murteira; Luis Miguel Silva
USF Salvador Machado, ACeS Entre Douro e Vouga II

Introdução: Os quistos renais são achados incidentais frequentes em estudos imagiológicos requeridos em diversos contextos clínicos. Tratam-se, na maioria dos casos, de quistos be-

nignos e assintomáticos, necessitando apenas de vigilância. Estima-se uma incidência de 20 a 50% em adultos com mais de 50 anos de idade. O papel do Médico de Família é fulcral na sua deteção, caracterização, vigilância e, quando adequado, referenciação para os cuidados de saúde secundários.

Objetivos: Este trabalho tem como objetivo a estruturação de um algoritmo simples, auxiliar da decisão clínica, de acordo com a literatura atual, relativo aos procedimentos a seguir tendo em conta as manifestações e o tipo, dimensão e número de quistos presentes.

Material e métodos: Foi feita uma revisão da literatura das *guidelines* internacionais e dos artigos científicos publicados nos últimos 10 anos em língua inglesa e portuguesa, disponíveis na *medline*, usando o termo *MeSh Kidney Diseases, Cystic*.

Resultados e conclusões: A uniformização da gestão e vigilância de doentes com quistos renais converge esforço das especialidades de Medicina Geral e Familiar e Urologia.

A classificação de Bosniak para quistos renais é atualmente utilizada em ambas as especialidades, dividindo os quistos em 5 categorias de acordo com o risco de malignidade. Para avaliação de lesões quísticas renais é preconizada a ecografia renal como meio *gold standard*. Os quistos de classificação IIF, devem ser vigiados com periodicidade semestral. Os quistos de classificação I e II não necessitam de qualquer orientação e os quistos que se enquadram nas categorias III e IV, pelo seu maior risco de malignidade, devem ser referenciados para avaliação/ intervenção cirúrgica.

PO 13 Trabalho retirado**PO 14****INCONTINÊNCIA URINÁRIA MISTA:
EXPERIÊNCIA DO TRATAMENTO CIRÚRGICO
DO SERVIÇO DE UROLOGIA DO CHULC**

Mariana Medeiros; Frederico Ferronha;
Francisco Fernandes; Vanessa Andrade; Gil Falcão;
Thiago Guimarães; Rui Bernardino; Rita Tomás;
João Guerra; Luís Campos Pinheiro
Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

Resumo: A Incontinência Urinária é uma patologia extremamente comum, sobretudo no sexo feminino, e acarreta grande impacto na qualidade de vida, a nível físico, emocional, social e financeiro.

É muitas vezes motivo de consulta de Medicina Geral e Familiar que se encarrega na maioria das vezes do seu estudo primário, início de tratamento e orientação para a Especialidade de Urologia quando não há melhoria com o tratamento conservador.

O objetivo deste trabalho consiste em verificar a eficácia e segurança dos vários tratamentos cirúrgicos disponíveis para a incontinência urinária mista realizados entre 2012 e 2018 no Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central. Foram consultados os processos clínicos de 135 doentes submetidos a cirurgia de incontinência urinária e, destes, seleccionadas apenas as doentes de sexo feminino com incontinência urinária mista (perdas de urina com o esforço e associadas a urgência miccional) submetidas a cirurgia.

A idade média do grupo de doentes estudadas foi de 67.7 anos. Os vários tratamentos cirúrgicos abordados foram a injeção intravesical de toxina botulínica (42 doentes), colocação de rede suburetral transobturadora (TOT) (3 doentes), injeção uretral *bulking agent* (4 doentes) e dois dos anteriores no mesmo tempo cirúrgico (12 doentes).

Apenas uma doente apresentou complicação precoce da cirurgia, ITU, para o qual foi medicada com antibioterapia dirigida, sem outras intercorrências. Registou-se um caso de dor pélvica crónica como complicação tardia.

Todos os tratamentos se mostraram eficazes com a redução média de 2 pensos diários ($p < 0.05$), no entanto a média de satisfação, numa escala de 0 a 10, foi de 4.83 ± 3.61 .

O nosso estudo sugere que o tratamento cirúrgico da incontinência urinária mista parece ser eficaz e seguro, após tratamento conservador sem sucesso.

PO 15**HEMATÚRIA MICROSCÓPICA
ASSINTOMÁTICA – ABORDAGEM NOS CSP**

Ana Domingues; Inês Varejão Sousa; Luís Pinheiro
USF Hygeia

Introdução: A hematúria assintomática é muitas vezes detetada incidentalmente nos cuidados de saúde primários (CSP), sendo caracterizada pela presença de mais que três eritrócitos por campo de grande ampliação, numa amostra de urina sem evidência de infeção. As principais causas de hematúria microscópica incluem infeções do trato urinário, hiperplasia benigna da próstata (HBP) e litíase, no entanto, cerca de 5% estão descritos como tendo uma neoplasia do trato urinário, pelo que é essencial o seu diagnóstico atempado e correta referência aos cuidados secundários.

Objetivo: O objetivo deste trabalho é rever e definir um fluxograma de decisão da abordagem da hematúria microscópica assintomática nos CSP.

Métodos: Realizada pesquisa na *Pubmed* utilizando os termos Mesh: Hematuria e *Asymptomatic Diseases*; pesquisa de *guidelines* utilizando o termo Hematúria Microscópica.

Resultados e conclusões: Os principais fatores de risco de neoplasias urológicas (sexo

masculino, idade superior a 35 anos e tabagismo) devem ser tidos em conta na abordagem da hematúria microscópica, dado motivarem um olhar mais atento por parte do clínico. A persistência de hematúria microscópica deve ser confirmada em pelo menos três amostras obtidas com intervalo de 2 a 4 semanas, devendo a abordagem inicial excluir/confirmar as causas mais frequentes: infeção do trato urinário, que resolve com antibioterapia adequada, urolitíase e HBP (nos homens).

A presença de eritrócitos dismórficos, proteinúria, elevação da creatinina sérica ou hipertensão devem motivar a referenciação a nefrologia.

Na presença de hematúria microscópica recorrente deve-se iniciar o estudo do trato urinário, devendo o trato superior ser estudado com tomografia computadorizada (TAC), de forma a identificar hidronefrose, litíase e lesões renais ou ureterais e, no caso de não confirmação diagnóstica, está indicada a referenciação a urologia, de forma a avaliar a integridade do trato urinário inferior, através de cistoscopia, para exclusão de estenoses uretrais, HBP e massas vesicais.

A hematúria microscópica é um achado frequente nos CSP, que merece atenção pelo risco inerente de neoplasias do trato urinário, estando a sua abordagem sistematizada neste trabalho.

PO 16

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DA CÓLICA RENAL AGUDA E LITÍASE URINÁRIA SINTOMÁTICA DO ADULTO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Afonso Brás Sousa; Marta Nazha
USF Castelo (ACeS Arrábida); USF São Filipe
(ACeS Arrábida)

Introdução: A cólica renal é uma das urgências urológicas mais frequentes nos países desenvolvidos, sendo motivo frequente de recurso aos Serviços de Saúde. Embora a

maioria das primeiras crises possa ser tratada eficazmente de forma conservadora, as mais recentes normas internacionais e literatura médica ainda presumem a abordagem desta patologia em contexto hospitalar, dificultando a sua aplicação pelo médico de família. Pela sua elevada prevalência, intensidade sintomática e gravidade de possíveis complicações, torna-se necessário rever e enquadrar as normas actuais à realidade dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) portugueses.

Objetivos: Revisão da abordagem diagnóstica e terapêutica da litíase urinária – incluindo diagnóstico e abordagem da crise aguda, seguimento e profilaxia secundária – com vista à elaboração de algoritmo adaptado aos CSP portugueses.

Material e métodos: Foi realizada pesquisa bibliográfica e revisão das *guidelines* internacionais e restante literatura médica sobre o tema nas revistas científicas principais e bases de dados relevantes (*Medline e UpToDate*), através dos termos MeSH *renal colic, urolithiasis, kidney calculi e nephrolithiasis*. Incluímos artigos científicos escritos em português e inglês publicados nos últimos 10 anos e destes foram selecionados os artigos mais pertinentes.

Resultados e conclusões: Dos 155 artigos encontrados relativos ao tratamento desta patologia, foram seleccionados 14, embora nenhum tenha abordado especificamente os CSP. Por outro lado, os CSP são bastante heterogéneos entre os diferentes países, realçando a importância de um algoritmo aplicável ao contexto português. Em primeira análise, perante um utente com clínica sugestiva de cólica renal, a anamnese e exame físico detalhados são fulcrais para a identificação de sinais de alarme, perante os quais é mandatário o envio imediato ao SU. Na ausência destes, uma primeira crise pode ser tratada de forma conservadora, com recurso a anti-inflamatórios e eventualmente opióides para controlo

da dor. A ausência de resposta à terapêutica médica inicial deverá ser avaliada em meio hospitalar. A presença de factores de risco de recorrência preconiza uma investigação complementar mais extensa, com recurso a análises laboratoriais com avaliação metabólica e exames imagiológicos para determinação da causa subjacente. O *follow-up* na maioria dos casos consiste em medidas gerais dietéticas, mas doentes de maior risco beneficiarão de terapêutica dirigida.

PO 17

DOENÇA DE MARION OBSCURECIDA POR PERTURBAÇÃO DE SOMATIZAÇÃO – IMPORTÂNCIA DO MÉDICO DE FAMÍLIA NA GESTÃO DE SINTOMAS

Patrícia Cebola; Laurinda Silva; Cristina Mourato
Unidade de Saúde Familiar Luisa Todt

Resumo: Homem de 37 anos, caucasiano, família unitária, classe III de Graffar, empregado de balcão. Antecedentes Familiares: Pai falecido em 2011 após acidente de viação. Mãe falecida em 2013 por neoplasia colo-rectal metastizada.

Problemas ativos: Perturbação de somatização desde 2013.

A 20/07/2016 recorre à consulta da médica de família (MF) por poliúria e diminuição da força do jato urinário com um mês de evolução, que interferiam com as atividades da vida diária. Exame genital e toque retal sem alterações. Foram recomendadas medidas não farmacológicas e medicado com mexazolam 1 mg 8/8h. 7 dias depois, volta por manter os sintomas. Exame Objetivo sem alterações. PSA total; função renal; urina II; urocultura; ecografia renal, vesical e prostática normais. Foi medicado com flavoxato 200 mg de 8 em 8 horas e reavaliado ao fim de 15 dias.

Na reavaliação, mantinha o quadro. Foi enviado à urologia. Realizou urofluxometria, que revelou padrão obstrutivo. Realizou vídeo-urodinâmica que identificou estenose do colo

vesical congénita – Doença de Marion (DM). Foi medicado com silodosina 8 mg durante um mês com melhoria. Teve alta da consulta, com indicação para realizar silodosina em crise. Se falência medicamentosa, voltar para cirurgia. Durante 2 anos, teve 3 crises, acompanhadas pela MF, as quais responderam, parcialmente, à silodosina dada durante 30 a 60 dias, tendo a última sido controlada também com flavoxato 200 mg de 8 em 8 horas.

Em janeiro de 2019, volta à consulta da MF por recorrência dos sintomas. Reiniciou silodosina e flavoxato autonomamente, mas sem melhoria. Foi referenciado à urologia para cirurgia.

Discussão: A DM é uma causa de sintomas do trato urinário baixo no adulto jovem. O diagnóstico é através da vídeo-urodinâmica e o tratamento é com alfa-bloqueantes ou incisão transuretral do colo vesical. A sua incidência é desconhecida, por ser pouco frequente e, porque está subdiagnosticada, uma vez que dá sintomas inespecíficos, exame objetivo e meios complementares de diagnóstico normais, confundindo-se, por isso, com perturbações de ansiedade, muito mais frequentes. Este doente tem uma somatização, resultante de eventos familiares vividos em idade precoce. Este problema é frequentemente motivo de consultas na MF, o que a levou a interpretar o quadro como mais uma manifestação de ansiedade e a direccionar o seu tratamento para a estabilização de sintomas. No entanto, mesmo neste tipo de antecedentes, a exclusão de entidades orgânicas é imprescindível.

PO 18

PROTOCOLO DE ABORDAGEM DA DISFUNÇÃO ERÉTIL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Diana da Rocha; Fábica Martins
USF Progresso e Saúde; UCSP Cantanhede

Introdução: A disfunção erétil (DE) é a incapacidade persistente ou recorrente de atingir e/ou manter uma ereção peniana suficiente

para um desempenho sexual satisfatório. É uma condição que afeta 1 em cada 5 homens > 40 anos, muitas vezes negligenciada, sobretudo nos mais idosos, e que pode afetar a saúde física e psicossocial com impacto na qualidade de vida (QV). Frequentemente associada a doenças cardiovasculares e diabetes, podendo ser um sinal de alerta precoce das mesmas. Etiologicamente está relacionada com perturbações vasculares, neurogênicas, anatômicas, hormonais, psicogênica, traumática ou induzida por drogas.

Objetivo: Desenvolvimento de um plano de abordagem nos CSP que inclua os princípios fundamentais de orientação diagnóstica e terapêutica da DE

Métodos: Revisão das *guidelines* 2018 da Associação Americana de Urologia (AUA), da Associação Europeia de Urologia (EAU) e da Sociedade Australiana de Andrologia.

Conclusões: Face às *guidelines* revisadas, num doente que apresente DE deverá ser realizada uma história médica, sexual e psicossocial completa. Paralelamente, é recomendada a utilização de questionários validados (IIEF) para apurar a gravidade e posteriormente avaliar a eficácia do tratamento e o planear a orientação futura. Adicionalmente, o exame físico deve incluir avaliação dos aparelhos genito-urinário, cardiovascular e neurológico. É preconizado o doseamento de testosterona, e em casos selecionados outros testes específicos.

Na abordagem terapêutica, os principais objetivos são restaurar/melhorar a função sexual, melhorar a saúde física geral e otimizar a QV do homem e parceira. A decisão compartilhada com o utente é a pedra basilar num processo em que o médico deve garantir a compreensão completa dos benefícios, riscos e resultados com as várias estratégias. Deve considerar-se um encaminhamento a um profissional de saúde mental para promover a adesão ao tratamento e reduzir a ansiedade

de desempenho. Se comorbidades pré-existent, deverão ser recomendadas modificações no estilo de vida.

Na abordagem farmacológica deve ser informado sobre a opção de tratamento com o inibidor oral da fosfodiesterase tipo 5 (PDE5i), a menos que seja contraindicado, fornecendo instruções para maximizar o benefício/ eficácia, esclarecendo que na deficiência de testosterona será mais eficaz terapia combinada. Abordar o dispositivo de ereção a vácuo, tratamento intra-uretral, injeções intracavernosas e prótese peniana como alternativas terapêuticas.

PO 19

DOR LOMBAR SUSPEITA – COMO ABORDAR?

Rosalina Magalhães

USF Aqueceduto, ACeS Grande Porto IV

Caso clínico: Homem de 73 anos, com antecedentes patológicos de neoplasia vesical pTa de baixo grau diagnosticado em 2007 seguido na urologia até 2014, altura em que o doente abandonou a consulta, litíase renal, DPOC estadio D (ex-fumador), etilismo crónico, doença osteoarticular degenerativa, fratura marginal da tacícula radial.

Recorreu a consulta por quadro com 1 mês de evolução de dor a urinar, nesse dia com hematúria macroscópica e eliminação de cálculo, com melhoria das queixas. Apresentava queixas de noctúria, hesitação, jato urinário fraco e intermitente, *straining*, sensação de esvaziamento incompleto e gotejamento terminal.

Referia ainda dor lombar, sem irradiação, de ritmo inflamatório que melhorava com paracetamol 1g, com algumas semanas de evolução. O exame objetivo não apresentava alterações de relevo (não foi realizado toque retal).

Face ao exposto as hipóteses diagnósticas colocadas foram litíase renal, fratura lombar, doença secundária. Neste sentido foi solicitado ecografia reno-vesical e prostática, radiografia lombar e densitometria óssea. Dado que

o doente tinha abandonado o seguimento na consulta de urologia, foi feita nova referência. O estudo solicitado não mostrou alterações de relevo. Entretanto, por agravamento da dor lombar, foi feita escalada terapêutica com necessidade de opioides fortes.

Na consulta de urologia o toque retal revelou próstata com hemilobo direito nodular e hipertrófico endurecido, irregular, indolor. Foi doseado o PSA total que era de 327 ng/mL, o estudo subsequente mostrou tratar-se de um adenocarcinoma da próstata, G9(4+5), em estadio IV (metástases ósseas difusas, fratura patológica D10). O doente foi submetido a orquidectomia bilateral e está a comprimir quimioterapia paliativa.

Discussão: O cancro da próstata é dos mais frequentes na população portuguesa, mas o seu rastreio é dos temas mais controversos na urologia, sendo que entidades como USPSTF ou a DGS, não recomendam o rastreio organizado desta patologia, embora reconheçam que existe lugar para o rastreio oportunístico. Para o diagnóstico de neoplasia prostática é relevante não só o doseamento do PSA, como também a realização de toque retal, uma vez que a maioria dos cancros prostáticos se localiza na região periférica da próstata podendo ser detetados por esta técnica.

Cerca de 70 a 80% dos homens com cancro da próstata em estádios avançados têm metástases ósseas, entidade a considerar sempre que se aborda dor lombar de ritmo inflamatório.

PO 20

APRESENTAÇÃO TARDIA DO REFLUXO VESICO-URETERAL: UMA CAUSA INCOMUM DE PIELONEFRITE NO ADULTO

Bernardo Pereira; Catarina Macedo; Marina Gonçalves; Estevão Lima; Emanuel Dias

USF Ruães - ACeS Cávado I - Braga, USF Pró-Saúde - ACeS Cávado II - Gerês/Cabreira, Serviço de Urologia do Hospital de Braga

Introdução: O refluxo vesicouretral (RVU) corresponde ao refluxo de urina da bexiga até ao sistema urinário superior. Pode ser classificado como congénito ou adquirido e, apesar de a sua incidência ser alta nas crianças, é incomum a sua ocorrência na idade adulta. Uma das formas de apresentação do RVU nesta faixa etária é a presença de episódios de pielonefrite recorrente.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, assintomática até aos 18 anos de idade, altura em que iniciou quadro clínico de episódios de pielonefrite recorrente sem complicações, totalizando 10 episódios num período de 12 meses, o que justificou várias idas ao Serviço de Urgência. Cumpriu múltiplos esquemas de antibióticos neste contexto. Em todos os episódios a urocultura revelou a presença de *Escherichia coli* com ≥ 10.000 UFC/mL. A ecografia reno-vesicular, bem como a TC abdómino-pélvica não revelou sinais de obstrução do trato urinário. No entanto, pela recorrência do quadro clínico, foi referenciada à consulta de Urologia com esquema antibiótico profilático com nitrofurantoína 100 mg/dia. Realizou cintigrafia renal com DMSA, que revelou lesões cortico-renais severas à esquerda e diminuição da captação de DMSA no rim esquerdo, bem como cistouretrografia retrógrada que revelou RVU esquerdo de grau II. A doente foi submetida a tratamento endoscópico do RVU esquerdo com injeção subretérica de De-flux®, apresentando-se assintomática e sem nenhum episódio novo de pielonefrite 6 meses após o procedimento.

Discussão: A primeira apresentação do RVU no adulto é rara. Nesta faixa etária a apresentação de episódios de pielonefrite recorrente são umas das principais manifestações clínicas do RVU, sendo este responsável por 2,3% dos casos de pielonefrite recorrente não complicada nas mulheres. Apesar da ausência de *guidelines* com indicação para estudo do RVU no adulto com episódios de pielonefrite, na presença de episódios repetidos esta entidade deve ser excluída. No adulto o tratamento do RVU é mandatório, de modo a prevenir complicações como nefropatia de refluxo e hipertensão arterial. Assim, é crucial que o Médico de Família mantenha um elevado índice de suspeição, para que ocorra uma referenciação atempada, uma vez que o subdiagnóstico e, conseqüentemente, o subtratamento, podem causar complicações irreversíveis.

PO 21

SE NÃO DIZES TU, DIGO EU! A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Maria João Loureiro
USF SJE dos Lóios

Resumo: Homem 61 anos, casado, 2 filhos, vendedor e autónomo das AVDS.

AP: HTA medicada desde 2006 com difícil controlo. Cardiopatia isquémica com colocação de STENT. Ex fumador desde janeiro 2016 (carga tabélica 40 UMA). Hábitos alcoólicos moderados. Colecistectomia por litíase vesicular (2017). Nega alergias conhecidas

Medicado com AAS 100 mg, perindopril/amlodipina 10/5 ao pequeno almoço, carvedilol 6,25 mg, atorvastatina 10 mg.

Em consulta de saúde de adultos no encerramento da consulta a mulher presente na mesma afirma: “ Se não dizes tu, digo eu! Não conseguimos ter relações porque ele não tem ereções, e ele tem vergonha de assumir, mas isto está-nos a afetar aos dois”.

Após esclarecimento do quadro clínico foi identificado défice de obtenção e manutenção

de ereção com evolução há mais de 12 anos. Tem muita dificuldade em falar do problema, sente vergonha, e frustração por não conseguir dar à mulher o prazer que desejava.

Já experimentou tadalafil previamente mas sem resultado. Medicado com avanafil e encaminhado para consulta de urologia onde foi pedido doppler peniano sem insuficiência arterial do cavernoso. Prescrito alprostadilo e apesar de ter tido boa resposta, sentiu vergonha em recorrer novamente à consulta para pedir renovação do injetável.

Este foi um acaso interessante pois apesar do fármaco ter funcionado, o doente sentia-se muito desconfortável a abordar o tema, e sempre que tal era falado, era pela intervenção da mulher. O doente evitava ir às consultas médicas, pois sentia-se muito exposto e humilhado pela sua incapacidade em lidar com o problema.

É um caso que relembra a necessidade de desmitificação da impotência e importância de abordagem da sexualidade na consulta. Muitos doentes consideram este assunto um tabu, apesar de acarretar sofrimento pessoal e afetar a dinâmica do casal.

PO 22

IMPORTÂNCIA DA RECOMENDAÇÃO DOS EXERCÍCIOS DE KEGEL NO PERÍODO PÓS- PARTO

Maria João Loureiro
USF SJE dos Lóios

Objetivo: Revisão de literatura médica quanto às vantagens e importância da recomendação dos exercícios de kegel na recuperação do pavimento pélvico no período pós- parto.

Introdução: Os exercícios de Kegel são recomendados com frequência ao sexo feminino desde a idade jovem até à pós-menopausa. Para além de prepararem o períneo para eventuais gravidezes futuras, auxiliam na recuperação pós parto, previnem a incontinência urinária, o prolapso genital, e permitem usufruir

de uma vida sexual saudável. A reabilitação do pavimento pélvico no pós-parto previne e reduz a sintomatologia associada a patologias do pavimento pélvico.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados: *The Cochrane Library*, *MEDLINE*, *PubMed*, *Evidence Based Medicine Online* utilizando as seguintes palavras-chave (termos MESH): *Kegel exercises*, *postpartum*, *pelvic floor*. A pesquisa foi limitada a artigos escritos em inglês, francês, espanhol ou português e publicados desde janeiro de 2005 até ao presente.

Resultados: Foram selecionados 11 artigos, incluindo 6 ensaios clínicos controlados randomizados, 3 revisões sistemáticas e 2 meta-análises.

Conclusão: Numerosos exercícios parecem ter influência no fortalecimento do pavimento pélvico, contudo, quando os resultados não são imediatos, a falta de motivação e compliance levam a que muitas mulheres desistam antes de sentirem as possíveis melhorias. Os exercícios do pavimento pélvico são eficazes na diminuição da incontinência urinária no período pós-parto sobretudo se explicada a importância da sua prática.

A sua prática traduz-se numa eficaz e rápida recuperação dos tecidos musculares, e mesmo as mulheres mais ocupadas no pós parto quando educadas para tal, conseguem fortalecer, aumentar o relaxamento e flexibilidade, força muscular global e aumentar a perda de peso.

PO 23

INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO RECORRENTE NA GRAVIDEZ

Cristina Lufinha Miranda; Sara Sousa
USF Mactamã

Descrição do caso: Utente do sexo feminino, de 31 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, IO 0000, grávida de baixo risco. Apresentou 3 uroculturas positivas para *E. coli* nas análises de rotina, tendo sido medicada respectivamente com fosfomicina, amoxicilina

+ ácido clavulânico e fosfomicina de acordo com o antibiograma. Uma vez que referiu sintomas e a apresentava bacteriúria na tira teste ao longo da gravidez, foi medicada por mais 3 vezes com a mesma antibioterapia. As uroculturas de controlo foram sempre negativas. Por ter apresentado 3 ITUs confirmadas, iniciou profilaxia com nitrofurantoína 100 mg dia que deverá cumprir até 2 semanas pós-parto.

Discussão: Infeções do trato urinário (ITUs) constituem a principal causa de infeção bacteriana na gravidez, apesar de não serem mais frequentes em mulheres grávidas do que em mulheres em idade fértil. A incidência de bacteriúria assintomática na mulher grávida é cerca de 2-7% e quando não tratada pode evoluir para pielonefrite aguda em 40% dos casos. A infeção urinária baixa sintomática têm uma incidência de 1-2% na grávida.

A presença de história de ITUs antes da gravidez e durante as primeiras 20 semanas de gestação aumentam o risco de ITUs na segunda metade da gravidez. Está descrita ainda uma associação entre bacteriúria assintomática e parto pré-termo e recém nascidos leves para a idade gestacional. Desta forma, todas estas situações (incluindo a bacteriúria assintomática) requerem tratamento durante a gravidez.

Este relato de caso evidencia a importância do acompanhamento sistemático da gravidez ao longo das 40 semanas. A pesquisa de queixas urinárias, a realização da tira teste urinária e o pedido de urocultura ao longo da gravidez são fundamentais no diagnóstico de ITUs recorrentes, permitindo o tratamento adequado, a instituição de profilaxia e eventual seguimento através da realização de ecografias vesical, renal e urografia endovenosa 3 a 6 meses pós-parto.

PO 24

AFINAL ERA UM CANCRO DE CÉLULAS RENAI, A PROPÓSITO DE UM CASO...

Sofia Lima Oliveira; Daniel Canelas; Miguel F. Silva
USF Saúde no Futuro - ACEs Gaia

Descrição do caso: ANV 70 anos, feminino. Auxiliar de ação médica, reformada. Família monoparental. Barthel: Independente. Graffar social: média baixa. AP: doença fibroquística da mama, síndrome da coluna com irradiação da dor, excesso de peso, osteoporose.

Doente realizou ecografia renal por lombalgia, que apresentou a nível da região cortical média posterior no lobo do rim direito uma lesão suspeita de carcinoma de células renais (CCR). Realizou TC renal que demonstrou uma lesão expansiva, exoftica, hipercaptante de contraste, com cerca de 4,8 cm, muito sugestiva de um carcinoma de células renais, sem invasão ganglionar. Analiticamente apresentava: Hb -14.4; GV - 4.7. A doente foi referenciada à consulta de Urologia do CHVNGE e submetida a nefrectomia radical, tendo o procedimento decorrido sem intercorrências. Aguarda classificação histológica.

Discussão: 90% das lesões renais do adulto são CCR. No diagnóstico cerca de um 1/3 dos doentes tem doença localmente avançada ou metastizada, e dos submetidos a nefrectomia, 20% desenvolvem metástases. Muitos são diagnosticados por acaso, aquando da realização de métodos de imagem por outro motivo. Em fases mais avançadas podem surgir manifestações clínicas: hematúria, dor lombar, massa lombar, manifestações paraneoplásicas e metastáticas. A TAC renal é o método padrão de diagnóstico. Em termos de prognóstico, o fator mais importante é o estadió patológico. É uma neoplasia muito quimio ou radioresistente. A cirurgia ou a terapêutica biológica têm grande importância. O objetivo da cirurgia é a excisão do total do tumor. A principal contrariedade da nefrectomia radical

é o poder favorecer a evolução para IRC e, assim, aumentar a incidência de eventos CV e morte. Atualmente recorre-se frequentemente a cirurgia poupadora de nefrónios para evitar estes riscos.

No seguimento destes doentes é necessário: o exame físico, CrS, TFG e a TC toraco-abdomino-pélvica. A sua periodicidade é variável de acordo com o risco de recidiva e metastização. Este risco é definido por vários fatores, entre os quais o tamanho e o tipo histológico do tumor. Assim, o médico de família deverá estar familiarizado com diagnóstico do CCR, e com os protocolos de seguimento pós-cirurgia, para identificar a recidiva local ou a metastização. A sua deteção precoce pode permitir uma terapêutica cirúrgica curativa em casos de doença oligometastática, ou citoreduzora nos casos mais avançados.

PO 25

ENURESE NOCTURNA NUMA MULHER ADULTA

Beatriz Abreu Cruz; Carla Cardoso
USF Reynaldo dos Santos, ACES Estuário do Tejo, ARS Lisboa e Vale do Tejo

Caso clínico: Descreve-se um caso de enurese no adulto que se apresenta desafiante para o Médico de Família (MF) pela necessidade de pesquisar causas secundárias e por demonstrar a importância que uma relação médico-doente de confiança tem no diagnóstico e terapêutica.

Mulher, 22 anos, residente em Portugal, pertencente a uma família alargada, classe baixa. Antecedentes: G4P1; tabagismo, síndrome depressiva, perturbação de ansiedade, seguida em consulta de Psiquiatria, medicada com quetiapina 100 mg id e loflazepato de etilo SOS. Trata-se de uma grande frequentadora das consultas do MF mas só após 5 anos de seguimento e 46 consultas referiu enurese nocturna (EN) primária persistente monossintomática. Requisitou-se urocultura, ecografia

renal e vesical e urofluxometria e excluiu-se possível efeito adverso de medicação psiquiátrica; iniciou terapia comportamental e tratamento com desmopressina com resposta favorável.

Discussão: A EN é um achado fisiológico na infância até aos 5 anos de idade. Trata-se de um sintoma combinado de noctúria e incontinência urinária com grande impacto na qualidade de vida, em especial na população adulta. Estudos indicam que a prevalência no adulto é 2-3%, sendo superior em mulheres com disfunção do esvaziamento vesical (23%) e em institucionalizados (39%). Pelo estigma associado, é crucial a existência de uma boa relação médico-doente para que este confie no médico e se realize uma avaliação, diagnóstico e tratamento adequados.

Neste caso foi necessário excluir outras condições potencialmente responsáveis pelos sintomas apresentados, nomeadamente efeitos adversos de terapêutica. Após esta exclusão e optimização da restante medicação, iniciou-se tratamento dirigido aos sintomas com importante melhoria na qualidade de vida.

O tratamento da EN no adulto, para além do tratamento de eventual etiologia subjacente, inclui alteração do estilo de vida, terapia comportamental (no adulto pode ter eficácia mais limitada que nas crianças) e tratamento com desmopressina como primeira linha e anti-colinérgicos como segunda linha. No caso de falência desta primeira abordagem, pode ser tentada toxina botulínica e neuromodulação, embora com resultados limitados na EN não monossintomática. Terapêutica cirúrgica é pouco vantajosa. Dada a complexidade do diagnóstico, bem como as dificuldades terapêuticas que pode representar, é crucial a articulação com a especialidade de urologia de modo a garantir os melhores cuidados aos doentes.

PO 26

CARCINOMA DE CÉLULAS RENAI DO TIPO CROMÓFOBO ASSINTOMÁTICO – RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Paulo Colunas; Alda Azevedo; Rui Afonso;
Victoria Garrett
USF Plátano USF Portus Alacer

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 39 anos, apicultor, fumador de 20 UMA, sem outros antecedentes pessoais relevantes, recorre ao Centro de Saúde em novembro de 2012 para uma consulta de rotina, na qual foi requisitado uma avaliação analítica. Na consulta subsequente, em dezembro de 2012, apresentava 25/uL eritrócitos na urina tipo II, sem outras alterações, negando qualquer tipo de sintomatologia nomeadamente do foro génito-urinário. Neste contexto, foi requisitado uma ecografia renal e vesical que revelou uma imagem nodular de ecoestrutura sólida e heterogénea com 8 cm de diâmetro no pólo superior do rim direito e litíase renal múltipla de pequenas dimensões. Realizou, com carácter de urgência, TAC abdomino-pélvico que demonstrou uma lesão de densidade sólida heterogénea com provável necrose intralesional com 8 cm de diâmetro no pólo superior e no terço médio do rim direito, com adenopatias milimétricas no retroperitoneu.

Após encaminhamento do doente para a especialidade de Urologia, foi então submetido a nefrectomia total do rim direito em março de 2013, que revelou no estudo anátomo-patológico carcinoma de células renais do tipo cromóforo. O doente teve seguimento em consulta de Urologia, até perfazer dois anos pós-nefrectomia, e nos três anos subsequentes teve seguimento anual pela nossa consulta de MGF através da realização de exames de imagem.

Discussão: O carcinoma de células renais do tipo cromóforo representa cerca de 5% de todas as neoplasias epiteliais renais malignas, sendo mais frequente na sexta década de vida. Este tipo aparenta ter um menor risco de

progressão da doença e menor mortalidade em comparação com o tipo mais frequente, o carcinoma de células claras.

O rastreio sistemático de hematúria microscópica, por análise de urina, em pacientes que não apresentem sintomas sugestivos de doença do trato urinário, não é recomendada, contudo a realização de rastreios oportunistas desempenham um papel importante na prática de MGF, sendo o caso acima descrito exemplo disso.

Este caso evidencia o papel fundamental do Médico de Família no acompanhamento, identificação precoce e valorização de sinais inicialmente inespecíficos, de forma a orientar o doente de forma célere e eficiente, permitindo muitas vezes melhorar o prognóstico de determinadas patologias. Destaca-se por último, a importância da cooperação da MGF com outras especialidades no que diz respeito ao seguimento partilhado do doente.

PO 27

O “TUMOR DO INTERNISTA”, DO IMAGIOLOGISTA E TAMBÉM DO MÉDICO DE FAMÍLIA

Sofia R. Rodrigues; Cristina Teodoro; Liliana Portela; Vera Esteves; Valter Filipe; Raquel Ferreira
USF Descobertas, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

Resumo: S.B., sexo masculino, 78 anos de idade, parcialmente dependente nas atividades básicas da vida diária, Duvall VII, Graffar III. Apresentava como problemas ativos: bloqueio auricular ventricular Mobitz II; hipertrofia benigna da próstata e incontinência urinária (seguido em Urologia); osteoporose e osteoartrite; como problemas passivos: excesso de peso (IMC de 27Kg/m²). Recorreu à sua médica de família por quadro de dor abdominal nos quadrantes superiores tipo moinha com 2 meses de evolução, sem irradiação, associada a náuseas, anorexia e perda ponderal de 6 Kg em 2 meses. Negava outros sintomas gastrointestinais, cardíacos, respiratórios e urinários. Ao exame objetivo, destacava-se

apenas palpação abdominal profunda dolorosa em todos os quadrantes, IMC de 21kg/m². Perante a possibilidade de neoplasia, potencialmente intra-abdominal, foi solicitada avaliação analítica, tomografia computadorizada (TAC) abdominal e radiografia torácica. Analiticamente, destacava-se anemia normocítica normocrômica, leucocitose com 1300 neutrófilos, trombocitose (>500 mil u/L), GGT de 47 U/L, PCR 93,7mg/dL, VS 80 mm/h. Radiografia torácica sem alterações. A TAC abdominal revelou: a nível renal, no rim direito, quisto complexo, multiseptado, hipercaptante, com ~4x2 cm, sugestivo de carcinoma de células renais (CCR); a nível hepático, nódulo hipovascular com 14 mm, no segmento VII/VI; a nível ósseo, 2 focos osteocondensantes em L3 e L4, o maior de 10 mm. De acordo com os resultados supracitados, solicitou-se cintigrafia óssea, foi feita referência para Oncologia e pedido de antecipação da consulta de Urologia. Foi prescrita analgesia. A consulta de Oncologia foi marcada para menos de um mês após o pedido.

Discussão: No âmbito dos cuidados de saúde primários, surgem quadros clínicos cujo exame objetivo carece de sensibilidade e especificidade para se colocarem hipóteses diagnósticas apropriadas. Não deve ser esquecido um subtipo de neoplasias urológicas com incidência crescente, mais prevalentes em homens, cujos principais fatores de risco são o tabagismo, obesidade e hipertensão. Este caso ilustra a relevância da investigação diagnóstica antecipada em suspeitas de neoplasia, com recurso a técnicas como a TAC. O “tumor do internista”, CCR, classicamente reconhecido pela Tríade de Guyon deu lugar ao tumor do imagiologista devido ao recurso a exames de imagem. O papel do médico de família é crucial na identificação precoce deste tipo de neoplasias (ECDS solicitados) e na gestão do doente.

PO 28

A PROPÓSITO DO COTO UMBILICAL

Catarina Sá Couto; Fernando Nunes; Ilda Gonçalves
USF Porta do Sol - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Resumo: A experiência da maternidade é vida com mais ou menos ansiedade e expectativa. Apesar de em termos de abordagem médica o conhecimento da prevalência das patologias distinga a priorização de intervenção, este caso faz-nos refletir sobre a importância de seguir as pistas deixadas por uma mãe.

Caso clínico: Sexo feminino, raça caucasiana. Gravidez vigiada sem intercorrências. Na primeira consulta, aos 11 dias de vida, referida queda do cordão umbilical há cerca de 1 semana com escuridão umbilical esverdeada com odor desagradável desde então. Aconselhada a vigilância de cicatriz e cuidados de limpeza local. Após um mês, mantinha a drenagem abundante na fralda apesar dos cuidados. Objetivamente, observável um coto umbilical sem sinais inflamatórios com drenagem serosa discreta. Dada a suspeita de granuloma umbilical, optou-se pela aplicação local de nitrato de prata. A mãe insistia com a frase: “Dra. isto do umbigo da minha filha não é normal, já tive dois filhos e sei como foi”. Um mês depois a mãe referiu ter recorrido ao hospital pela manutenção do quadro onde realizou ecografia abdominal revelando “pequena coleção líquida, anecoica, compatível com o úraco, traduzido por imagem alongada hipoecóica, dirigida ao ápex da bexiga até à região umbilical, sem lúmen identificável”. Por este achado, foi encaminhada para consulta hospitalar. Na ausência de sinais de alarme foi explicada a situação e mantida vigilância com ecografia anual. Discutida e protelada hipótese de cirurgia perante resultados de ecografia subsequente: “pequena estrutura sólida na face externa da cúpula da bexiga com cerca de 5x3 mm que se continua como estrutura

filiforme até ao umbigo; não apresenta continuidade com o lúmen vesical, nem conteúdo líquido no seu interior, pelo que propomos diagnóstico de divertículo do úraco”.

Discussão: As anomalias congénitas do úraco são raras, com uma incidência de 2:300.000 em crianças e de 1:5.000 em adultos. Os remanescentes do úraco podem representar um dilema diagnóstico e terapêutico. Alguma literatura refere a necessidade de excisão cirúrgica de todas as anomalias do úraco pelo risco de malignização, no entanto, o tratamento depende dos sintomas. Nas crianças com massas pequenas e assintomáticas preconiza-se a vigilância.

Conclusão: Pretendeu-se salientar a importância de ouvir as preocupações maternas com sentido crítico, alertando-nos para a importância do exame físico sistematizado do recém-nascido, pensado em todas as hipóteses diagnósticas.

PO 29

O SUSPEITO NUMA IMAGEM – DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE UMA NEOPLASIA DA PRÓSTATA METASTIZADA

Pedro L. Barros; Alexandra Rocha; Miguel Morgado; Pedro P. Barros; Tiago Nunes; Bárbara Oliveira; Mourão Carvalho; Ana Pimenta e Castro; Vera Marques; Marco Soares; Miguel Cabrita; Gilberto Rosa; Francisco Barroso; Aníbal Coutinho
Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

Resumo: Na avaliação e seguimento dos doentes com Adenocarcinoma da Próstata, torna-se fulcral e imperioso a avaliação quer da doença confinada ao órgão (localizada), quer a presença ou não de metastização à distância – atendendo aos diferentes territórios para onde é possível que este subtipo de tumores metastize.

No caso clínico que se apresenta faz-se referência a um doente do sexo masculino, jovem, com 59 anos de idade ao diagnóstico, com clínica de lombalgia arrastada, cujo

estudo inicial, numa radiografia simples da coluna lombar, mostrou a presença de lesão de componente aparentemente blástico. Avaliado pela Urologia em internamento, perante um toque rectal fortemente suspeito, com um PSAi de 90.2 ng/mL, iniciou bloqueio hormonal e foi orientado para a realização de biópsia da próstata por via transrectal. A histologia mostrou a presença de um adenocarcinoma da próstata grau histológico de Gleason 9 (4+5), com áreas de diferenciação neuro-endócrina. O doente foi inicialmente seguido na Urologia, tendo o estadiamento oncológico mostrado a presença de metastização maciça no esqueleto axial, com alguma expressão apendicular, bem como ganglionar (pT3N1M1). Atendendo à idade e à presença de um tumor já metastizado, o doente foi proposto para quimioterapia com docetaxel, com boa resposta. A presença de um grau histológico avançado, já com evidência de extensão extra-capsular, contra-indicava a cirurgia como opção terapêutica. O caso aqui apresentado visa alertar para a importância de mantermos um elevado nível de suspeição na presença de achados radiológicos que possam evidenciar a presença de alterações metastáticas. Neste grupo, a presença de lesões com componente osteoblástico no homem deve suscitar, ainda que em doentes jovens, a correcta avaliação da próstata quanto à presença ou não de patologia neoplásica.

PO 30

BOXERS OU BRIEFS – QUANDO A ESCOLHA NÃO É SÓ UMA QUESTÃO DE MODA

Joana Carvalho; Carolina Oliveira; Catarina Carvalho
USF Cuidar USF Sem Fronteiras USF Novo Norte

Introdução: A infertilidade tem uma elevada prevalência mundial, sendo considerada um problema de saúde pública. Segundo a OMS, define-se como a incapacidade de engravidar após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares, sem uso de contraceção. Existem

diversos fatores de risco não modificáveis e modificáveis associados, dentro dos quais se destaca a hipotética relação entre o tipo de vestuário utilizado pelo homem e a qualidade do esperma. Vários estudos epidemiológicos procuraram escrutiná-la, porém os resultados têm sido contraditórios. Sendo o vestuário, um fator de risco modificável, será importante estudar a sua influência na fertilidade masculina para um aconselhamento adequado.

Objetivo: Avaliar a relação entre a utilização de roupa interior justa ou larga e a qualidade do esperma.

Material e métodos: Foi feita uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados de Medicina Baseada na Evidência, no período entre 1 de janeiro de 2018 a 1 de março de 2019, utilizando como termos MeSH: *men, fertility* e *underwear*.

Resultados e conclusões: Foram selecionados 7 artigos: Mínguez-Alarcón *et al.* não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de roupa interior e qualidade do esperma. Já Sapra *et al.* verificaram que o uso de *briefs* estava associado a alterações da morfologia dos espermatozoides, principalmente da cabeça. Jurewicz *et al.*, em dois estudos diferentes, conclui que o uso de *boxers* diminui o risco de lesão do DNA, assim como alterações cromossómicas e da morfologia dos espermatozoides. Povey *et al.* associam o uso de *boxers* a uma contagem superior de espermatozoides, enquanto que Jung *et al.* destacam o uso de roupa interior apertada como um importante fator de calor genital e, consequentemente pior qualidade do esperma.

Assim, o vestuário masculino, nomeadamente o tipo de roupa interior pode ter um impacto importante na espermatogénese. Uma elevação da temperatura escrotal deteriora a qualidade do esperma e desencadeia um mecanismo compensatório de secreção de gonadotrofinas. Porém não existe evidência que essas alterações da qualidade do esper-

ma afetem a capacidade fértil do homem. E, embora, esta associação entre roupa interior justa e a elevação da temperatura escrotal, seja mencionada ao longo dos vários estudos, as conclusões são limitadas e difíceis de extrapolar. Assim, o conforto e gosto pessoal devem ser privilegiados na escolha da roupa interior masculina, sendo necessários mais estudos futuros.

PO 31

ONCOCITOMA?! MENOS UM RIM! MAIS UM IN(A)CIDENTALOMA!...

Isabel Sousa; Filipa Carvalho;
Maria de Fátima Carvalho
USF - Viatodos ACeS Cávado III - Barcelos/Esposende

Enquadramento: A crescente utilização de exames imagiológicos, traduziu-se num aumento do diagnóstico incidental de tumores renais. Neste contexto são diagnosticados Incidentalomas - pequenas massas renais em aproximadamente 66% dos casos. Estas constituem suspeitas para carcinoma de células renais. Contudo, até 30% podem ser benignas, entre as quais se destacam os oncocitomas. A diferenciação entre estas entidades (benignas/malignas) constituiu um obstáculo pela semelhança clínica e imagiológica que as caracteriza.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, 44 anos, caucasiano. Recorreu à sua Médica Assistente em setembro de 2015 por desconforto abdominal à direita, sem outras queixas associadas. Ao exame físico não apresentava qualquer alteração. De antecedentes pessoais destacava-se, apenas, a hipertensão Arterial, medicada com Losartan 100 mg + Hidroclorotizida 25 mg.

Solicitou-se ecografia abdominal que revelou no polo superior do rim esquerdo, uma volumosa massa sólida, com ecoestrutura heterogénea vascularizada com componente exofítico. Perante a suspeita de neoplasia renal foi realizada tomografia computadorizada (TC) que

confirmou a existência de volumosa lesão de carácter neoformativo.

Encaminhou-se com carácter urgente para Urologia que optou por nefrectomia radical esquerda e esplenectomia, no mês seguinte. Histologicamente tratava-se de um oncocitoma. Por apresentar disfunção renal, pós-nefrectomia, foi referenciado para Nefrologia. Atualmente o doente encontra-se estável, mantendo seguimento em Medicina Geral e Familiar e Nefrologia.

Discussão: Os Cuidados de Saúde Primários são a “pedra angular” no diagnóstico precoce, assumindo um papel crucial na adequada, eficaz e atempada articulação com os Cuidados Hospitalares. Na balança do melhor tratamento a oferecer ao doente, nem sempre a cirurgia radical é a melhor opção. Abordagens conservadoras, por vezes, são suficientes e acarretam menos danos em saúde.

Os incidentalomas, mais especificamente os oncocitomas, constituem uma “pedra no sapato” dos Urologistas, dada a elevada morbilidade e as complicações inerentes a intervenções cirúrgicas desnecessárias, entre as quais se destacam a insuficiência renal, hérnia pós incisional, impacto psicológico, social e económico. A descoberta de métodos de diagnóstico, capazes de proporcionar uma melhor e mais fundamentada decisão clínica, constitui mote para fomentar estudos de modo a garantir a excelência nos cuidados prestados.

PO 32

SUMÁRIA DE URINA DE ROTINA? A EXCEÇÃO QUE CONFIRMA A REGRA...

Bárbara Chaves; Carine Silva; Jaqueline Santos
UCSP Águeda V USF Águeda + Saúde UCSP Águeda V

Caso clínico: Utente de 59 anos, sexo masculino, operário fabril, pertencente a uma família nuclear na fase VII do Ciclo de Duvall, Graffar III. Antecedentes pessoais: fumador (carga tabágica 15 UMA), dislipidémia. Medicação habitual: atorvastatina 10 mg.

Em janeiro de 2017 solicitou consulta não presencial para pedido de análises de controlo, tendo sido requisitados vários valores analíticos, entre os quais SU.

Agendou consulta para 09/03, para mostrar os resultados destes exames. Para além de valores elevados de colesterol total e LDL, apresentava SU com 10-20 eritrócitos por campo, sem outras alterações. Encontrava-se assintomático. Foi requisitada ecografia renal e vesical, realizada a 18/03 que revelou “no pólo inferior do rim esquerdo, lesão expansiva sólida com cerca de 3,6cm de maior diâmetro, sugerindo-se TC”. A TC renal foi realizada a 26/04 e caracterizou esta lesão como sólida, com 38*37mm e com aspeto de lesão neoplásica, com diagnóstico diferencial entre carcinoma de células renais e oncocitoma. O doente foi referenciado para a consulta hospitalar de Urologia com esta informação e foi rapidamente admitido nesta consulta, tendo sido realizada a 11 de maio a proposta para nefrectomia parcial, realizada a 12/09/2017.

Discussão: A análise sumária de urina (SU) é um teste simples, não invasivo e pouco dispendioso, o que contribui para a sua realização de forma rotineira e sem critério clínico. A evidência contra o seu uso sistemático é clara e consistente. Mesmo nos indivíduos com fatores de risco para neoplasia da bexiga, não existe evidência de diminuição da mortalidade e/ou morbidade com o rastreio através da SU, pelo que este não é recomendado. No entanto, em Portugal, mantém-se ainda muitas vezes a realização deste teste como “rotina”.

Perante um caso clínico como este, em que, por rotina, foi requisitado um exame não recomendado e este veio a revelar um importante diagnóstico, ficamos tentados a questionar o cumprimento das recomendações. No entanto, não podemos esquecer que todos os atos que realizamos, nomeadamente exames complementares de diagnóstico, têm prós e contras, custos e benefícios e que as recomendações

resultam do equilíbrio entre ambos e são baseadas na evidência. A prevenção quaternária assume cada vez maior importância na prestação de cuidados de saúde de qualidade. Assim, é importante que interpretemos casos como este não como um motivo válido para quebrar a regra, mas sim como a exceção que a confirma!

PO 33

QUANDO TUDO DÁ PARA O TORTO

Ana Gabriel Torres; Teresa Tapadinhas Coelho
Unidade de Saúde Familiar Mactamã - ACES de Sintra

Resumo: O presente caso ilustra duas realidades: a esfera relacional médico-doente e a área clínica propriamente dita na abordagem da Doença de Peyronie (DP). A importância da discussão deste caso clínico prende-se com o facto de a temática da sexualidade constituir tantas vezes constrangimento para o doente.

Este caso reporta a um homem de 68 anos, com antecedentes de hipertensão arterial (HTA), dislipidemia, anomalia da glicemia em jejum e hiperuricémia, que recorre à consulta da Médica de Família (MF) com um assunto que o preocupa há já muito tempo. Com alguma apreensão, refere que, desde há dois anos, aquando da ereção, existe um franco desvio lateral da curvatura do pénis, associado a desconforto local e ansiedade. Nega disfunção erétil, ejaculação precoce, LUTS, tumefações ou outros sintomas. O doente frisa que há uma grande carga emocional inerente ao problema de saúde, não só pela ansiedade gerada na ausência de diagnóstico, por desconhecer a frequência do sintoma ou se existe tratamento, bem como pela sua idade e pelo facto do prestador de cuidados de saúde ser uma mulher.

A MF desde logo tranquilizou o doente, esclarecendo o diagnóstico de DP e encaminhando para consulta de Urologia. Após a consulta, o doente refere que só por conseguir comunicar com a MF já tinha retirado grande parte da sua preocupação.

A DP é uma alteração fibrótica adquirida da túnica albugínea do pénis que resulta em deformidade, podendo ser acompanhada de dor e por vezes disfunção erétil.

Estima-se uma prevalência de 0,4-9%, afetando homens com mais de 50 anos. Estão descritos alguns fatores de risco como sejam: trauma peniano, predisposição genética, tabagismo, alcoolismo ou diabetes. Além disso, a DP pode associar-se a patologia

A DP apresenta-se em fase aguda com dor peniana, nódulos ou placas palpáveis no pénis e alterações da forma, ou seja, na curvatura. Em 90% dos doentes há diminuição da rigidez do pénis.

O diagnóstico é na sua maioria clínico, sendo a palpação mais efetiva que a ecografia ou a ressonância magnética.

A DP é incapacitante, levando a perda da qualidade de vida. O tratamento pode ser médico, destacando-se o uso de pentoxifilina para atenuar a progressão da doença, ou cirúrgico, para correção da curvatura peniana.

Em suma, este caso revê a abordagem da DP e ilustra a importância da comunicação médico-doente na discussão de assuntos de teor sexual. A abordagem inicial pode constituir por si só um momento terapêutico, como é descrito por este doente.

PO 34

RETRATO DA PATOLOGIA GÊNITO-URINÁRIA NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Beatriz Abreu Cruz; Raquel F. Castro; Carla Cardoso; Tiago Villanueva

USF Reynaldo dos Santos, ACES Estuário do Tejo, ARS Lisboa e Vale do Tejo

Introdução: A patologia génito-urinária (PGU) é um motivo frequente de consulta nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e é transversal a todas as idades e géneros. No entanto, a sua frequência aumenta com a idade, como é o caso das neoplasias ou da hiperplasia benigna da próstata (HBP), o que a torna relevante

numa população cada vez mais envelhecida. Por outro lado, também algumas doenças são típicas de género, como as infeções do tracto urinário (ITU) na mulher ou a patologia prostática no homem. Conhecer a distribuição da PGU numa determinada população permitirá otimizar os cuidados que lhe são prestados.

Objetivos: Caracterização da PGU na consulta de Medicina Geral e Familiar numa Unidade de Saúde Familiar.

Materiais e métodos: Estudo observacional, descritivo e retrospectivo. Dados referentes a 2017 e 2018, recolhidos em fevereiro de 2019, através da ferramenta de estatística do programa MedicineOne®. Foi feito o levantamento das patologias mais frequentes naquele período codificadas de acordo com o sistema ICPC-2®. Tratamento de dados com Microsoft Excel 2013®.

Resultados e conclusões: Os códigos referentes a PGU mais frequentemente utilizados são U71 (infecção urinária, outra), U95 (cálculo urinário), Y85 (HBP) e X84 (vaginite/vulvite não especificada). Verifica-se que o código U71 foi utilizado em 2,2% (n=314) dos utentes naquele período, sendo 86,3% destes mulheres. A mediana de idades foi 48 anos. O código U95 foi utilizado em 0,5% (n=72) da população, maioritariamente em mulheres (55%). O código referente a HBP foi utilizado em 1,7% (n=119) dos homens da população e o código X84 foi utilizado em 1,4% (n=101) das mulheres. Excluiu-se da análise o código U99 (doença urinária, outra) pela variedade de patologias que abrange e pela consequente falta de especificidade que apresenta.

O conhecimento das patologias mais frequentes da população que recorre aos CSP permitirá adequar os cuidados de saúde às suas necessidades, quer no aspecto da prevenção como no de tratamento, de forma a reduzir a sintomatologia e melhorar a qualidade de vida dos utentes.

PO 35

INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO NO HOMEM – ALGORITMO DE DECISÃO CLÍNICA

Andreia Amaral Pinto; Eduarda Alves; Joana Cirne;
Joana Lamas

USF S. Miguel - ACeS Grande Porto VIII - Espinho/Gaia

Introdução: As infeções do trato urinário são um dos principais motivos de recurso aos cuidados de saúde, têm um grande impacto na qualidade de vida do doente e estão associadas a elevados custos económicos directos e indirectos para a comunidade. As *guidelines* atuais diferenciam este tipo de infeção em complicada ou não complicada. No sexo masculino são habitualmente complicadas. Apesar da prevalência ser inferior no homem, o principal desafio da avaliação dos sintomas sugestivos de infeção urinária e do seu correto diagnóstico é a exclusão de outras patologias, nomeadamente a prostatite.

Este artigo procura rever as evidências atuais sobre a abordagem do homem com sintomas sugestivos de infeção urinária, o diagnóstico diferencial com a prostatite e o seu tratamento e monitorização.

Objetivos: Estabelecer um algoritmo de decisão clínica que apoie o profissional médico de Medicina Geral e Familiar no diagnóstico e tratamento dos sintomas sugestivos de infeção do trato urinário no sexo masculino.

Material e métodos: Foi realizada uma pesquisa de *guidelines* e artigos científicos escritos em língua inglesa ou portuguesa, publicados entre 01-01-2014 e 31-01-2019 nas bases de dados *Pubmed*, *Medline* e *Cochrane Library*, utilizando os termos *MeSH urinary tract infections* e *prostatitis*.

Resultados e conclusões: O diagnóstico adequado de uma infeção do trato urinário no homem é fundamental e pode ser feito na presença de sintomas do trato urinário típicos associados a piúria ou bacteriúria, na ausência de sinais ou sintomas sistémicos sugestivos de outro tipo de infeção. Perante uma alta

probabilidade de infeção do trato urinário, o tratamento antibacteriano deve ser iniciado empiricamente após a colheita de urina para confirmação microbiológica. A duração do tratamento a instituir varia de acordo com o diagnóstico estabelecido.

Assim, a criação de um algoritmo de orientação e decisão clínica poderá ser uma mais valia na prática clínica do médico de família ao permitir um diagnóstico e um tratamento adequado dos homens que apresentam sintomas sugestivos de infeção do trato urinário.

PO 36

DISFUNÇÃO ERÉCTIL: MAIS DO QUE UM PROBLEMA PSICOLÓGICO

Daniela Oliveira; Joana Fernandes;
Cláudia Rede Leão; Gwladys Louro
USF Planície - ACES Alentejo Central

Resumo: Homem 62 anos, fumador, vem a consulta programada de vigilância de hipertensão arterial. Dos antecedentes pessoais destaca-se ainda AVC em 2013, sem sequelas. Inicialmente nega queixas, mas no decorrer da consulta refere disfunção erétil desde há cerca de 2 anos, inicialmente esporádica, mas mais frequente nos últimos tempos, o que causa bastante transtorno ao doente. Nega fatores desencadeantes, nomeadamente situações de stress. Após questionário mais pormenorizado apura-se ainda queixas compatíveis com claudicação intermitente. Ao exame objetivo TA 150/80 mmHg, sem outras alterações de relevo. Pedem-se análises, incluindo testosterona e PSA, ecografia prostática e ecodoppler arterial dos membros inferiores. Regressa no mês seguinte para mostrar resultados dos exames: análises sem alterações; ecodoppler arterial do membro inferior direito revela calcificações ateromatosas e alteração hemodinamicamente grave da artéria tibial posterior. Perante este quadro e faz-se educação para a saúde de modo a eliminar fatores de risco e opta-se por referência a consulta hospitalar.

A disfunção erétil é um problema que pode ter grande impacto na vida dos doentes com possíveis repercussões psicológicas e familiares. Porém, continua a ser tabu para muitos, sendo de difícil abordagem mesmo com o médico de família; desde modo uma boa relação médico-doente é essencial nestes casos. As causas são variadas: vasculares; neurológicas; distúrbios hormonais; medicação; psicológicas; doença de Peyronie; traumatismos pélvicos. Partilha fatores de risco com doenças cardiovasculares (tabagismo, sedentarismo, obesidade), podendo até ser o primeiro sinal destas. Neste caso, parecem estar implicadas causas vasculares – doença aterosclerótica, tabagismo e hipertensão arterial. Na base do tratamento está a modificação de estilo de vida, a qual foi aconselhada neste doente. O tratamento farmacológico de 1ª linha consiste em inibidores seletivos da fosfodiesterase-5. Devido aos antecedentes do doente optou-se por não iniciar medicação. A referenciação a especialidade hospitalar é a solução para os casos em que o médico de família já chegou ao limite das suas capacidades, sendo que uma boa coordenação entre os cuidados de saúde primários e secundários é fundamental. Em conclusão, este caso permitiu-me perceber que a disfunção erétil é uma situação complexa, para a qual podem contribuir causas muito variadas e que tem grande impacto na vida dos doentes.

PO 37

QUISTO DE BRUNN: O DIAGNÓSTICO POR TRÁS DA HBP

Ana Domingues; Inês Varejão Sousa; Luís Pinheiro
USF Hygeia

Caso clínico: Homem de 43 anos, com antecedentes pessoais de HTA e HBP, medicado habitualmente com ramipril, recorre à consulta aberta referindo disúria, diminuição da força do jato urinário, hesitação, urgência e intermitência urinária (IPSS 29 pontos), com

um mês de evolução e impacto significativo na qualidade de vida. Nega febre, hematúria, secreções anómalas, bem como outros sintomas associados. Ao exame objetivo encontrava-se apirético, Murphy renal negativo, genitais sem alterações e toque retal ligeiramente doloroso, com próstata de consistência fibroelástica, aparentemente não aumentada, sem nódulos palpáveis. Foi efetuada tira-teste de urina cujo resultado foi negativo. Após revisão do processo clínico constata-se que em 2015 tinha já referido sintomas obstrutivos do trato urinário inferior, destacando-se dos exames complementares efetuados apenas moderada hipertrofia prostática heterogénea, com próstata de 48 g. Colocando-se o diagnóstico de HBP foi medicado com tansulosina e manteve vigilância anual, mantendo-se clinicamente assintomático até à data.

Na presente consulta, o doente foi instruído a colher urina para cultura antes de iniciar tratamento empírico com ciprofloxacina, colocando-se a hipótese diagnóstica de prostatite. Dos exames complementares solicitados salienta-se a presença de quisto de 15 mm, na linha média peri-uretral, fazendo procidência sobre o colo vesical, com incipientes alterações de bexiga de esforço e significativo resíduo pós-miccional de 135 ml, próstata com peso estimado de 39 g, detetado na ecografia. Perante os resultados descritos, o doente foi referenciado à consulta de urologia, suspendendo a antibioterapia após quinze dias de tratamento. Realiza RTU-P, cujo diagnóstico histológico revelou tratar-se de um quisto de Brunn, com melhoria da clínica após cirurgia.

Discussão: Os sintomas obstrutivos do trato urinário nos homens são geralmente secundários a HBP ou estenose uretral, sendo os quistos de Brunn etiologias raras de obstrução vesical em homens jovens. Considera-se que sejam resultado da inflamação dos ninhos de Brunn, resultantes do desenvolvimento do epitélio urotelial, admitindo-se que sejam con-

génitos. Este caso apresenta uma causa rara de obstrução vesical, que deve ser tida em conta no diagnóstico diferencial de uma lesão cística no colo vesical, bem como salienta a importância da valorização dos sintomas dos doentes.

PO 38

DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CARCINOMA PROSTÁTICO – A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Sónia Corujo; Catarina Monteiro
UCSP da Guarda – ULS Guarda

Introdução: A patologia oncológica é uma das principais problemáticas globais. O adenocarcinoma prostático (CaP) é a neoplasia maligna com maior número de novos casos nos homens portugueses. O diagnóstico e tratamento precoce em indivíduos com CaP é fulcral, repercutindo-se sobre a longevidade e a qualidade de vida destes doentes. Os CSP com o seu contacto próximo tem função de investir na prevenção e no diagnóstico precoce e encaminhamento.

Objetivo: Revisão da evidência científica visa focar a abordagem dos CSP no diagnóstico precoce e na prevenção do CaP.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos científicos nas bases de dados *Uptodate* e *Pubmed*, com os termos “Carcinoma da Prostata”, “exame físico/doseamento do PSA”, escritos em inglês, português ou espanhol, publicados nos últimos 5 anos.

Resultados: Os tumores prostáticos são na sua maioria adenocarcinomas. A sintomatologia é tardia e o seu aparecimento é sugestivo de doença localmente avançada ou metastática, estes podem ser obstrutivos e irritativos do trato urinário inferior e pós-miccionais. O diagnóstico precoce é fundamental e o MF tem um papel crucial na medida que pode adaptar o rastreio a cada indivíduo baseado numa história clínica cuidada e no exame físico- o toque rectal permite avaliação do ta-

manho, configuração e consistência prostática e deteção de tumores em fase precoce. O toque rectal deve ser combinado com o PSA, visto que a sua combinação é mais sensível no diagnóstico precoce de CaP. Os valores de PSA variam com o tamanho prostático que aumenta com a idade, HBP, prostatite, cistoscopia, biópsia exercício físico intenso e CaP. O cálculo de PSA livre no plasma constituiu um avanço diagnóstico pois prevê se a elevação do PSA total se refere a uma patologia benigna ou neoplasia. A biópsia da lesão guiada por ecografia prostática trans-rectal, é o passo seguinte e fornece o resultado histológico definitivo. A RMN tem uma elevada sensibilidade na deteção de CaP sobretudo tumores da porção anterior da próstata, não diagnosticados por biópsias sucessivas. Um dos novos biomarcadores em estudo é o *Prostate cancer antigen 3* (PCA3), com elevada especificidade e VPN.

Conclusões: Os CSP têm um papel fundamental no diagnóstico precoce do CaP, permitindo uma abordagem eficaz, adequada, personalizada e precoce desta patologia. De facto, a aposta na prevenção, rastreio adequado e reencaminhamento atempado são a chave para a diminuição da incidência, prevalência e mortalidade do CaP.

PO 39

CANCRO DO PÊNIS: UM RARO E DEVASTADOR DIAGNÓSTICO

Ana Luísa Ribeiro; Carlos Santos
UCSP da Sé - ULS Nordeste

Enquadramento: O cancro do pênis é raro em Portugal, corresponde a <1% das neoplasias malignas masculinas, sendo mais frequente nas áreas em desenvolvimento e com menor acesso a medidas de higiene. Afeta sobretudo homens solteiros por volta dos 60 anos. O carcinoma de células escamosas é o tipo mais frequente, representando cerca de 95% dos casos de cancro do pênis. Clinicamente manifesta-se com alteração da pele e massa

palpável ou úlcera indolor. O diagnóstico tem um impacto devastador, pois em grande parte dos doentes o tratamento passa pela amputação peniana.

Descrição de caso: Homem de 61 anos, caucasiano, solteiro, a viver sozinho, com antecedentes pessoais de abuso crónico de álcool (504 g/semana) e fibrilhação auricular, sem toma habitual de medicamentos, por incumprimento terapêutico e abandono das consultas.

Em 21/02/2019 recorreu ao Médico de Família por dor no pénis e sangramento ligeiro com 1 mês de evolução, acompanhados de fadiga e anorexia. Negava febre, corrimento uretral ou verrugas genitais. Ao exame objetivo apresentava mau estado geral, palidez, hálito etílico, perda de 2 Kg em 4 meses; na região genital roupa interior manchada por sangue vivo e urina, pénis de volume aumentado com pele endurecida, tipo couro à palpação até à sínfise púbica, prepúcio não retráctil e não circuncisado, porção visível da glande com úlcera friável de 2 cm, sem adenopatias inguinais palpáveis. Foi encaminhado para o serviço de urgência do hospital de referência para observação por Urologia; após avaliação clínica realizou estudo analítico, ressonância magnética (RMN) pélvica e, por forte suspeita de neoplasia maligna, foi solicitada tomografia axial computadorizada (TAC) torácica, abdominal e pélvica. Analiticamente salientava-se anemia normocítica normocrómica (hemoglobina 7,8 g/dL). Na RMN observava-se lesão tumoral na metade anterior do pénis, de 9,1x3,9 cm, invadindo os corpos cavernosos e corpo esponjoso. Na TAC apresentava nódulo de 10 mm pulmonar apical direito e lesões líticas vertebrais lombares múltiplas. A 27/02/2019 foi submetido a biopsia incisional da glande e biopsias transglande dos corpos cavernosos esquerdo e direito.

À data da elaboração do presente resumo o doente encontra-se no 5º dia pós biopsia, a aguardar estudo anatomopatológico.

Discussão: Dada a raridade e carácter evitável do cancro do pénis, é fundamental conhecer os fatores de risco e manifestações clínicas da doença para instituição rápida do tratamento, tal como no caso apresentado.

PO 40

RETENÇÃO URINÁRIA NUM HOMEM COM HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA: QUANDO NÃO É O SUSPEITO DO COSTUME

Catarina Lomba
UCSP Sete Rios

Caso clínico: Homem de 79 anos com antecedentes de hiperplasia benigna da próstata (HBP) pós-cirúrgica, hemorróidas e obstipação. Em outubro de 2018 iniciou quadro de dificuldade em urinar, obtendo apenas o esvaziamento completo quando exercia mais esforço ao defecar. Referia, concomitante, sensação de ardor perianal que aliviava após as defecções e episódios de sangue vivo em pequena quantidade ao limpar. Negava disúria, urgência, hematúria, febre ou dor perianal intensa. No dia 6 de novembro de 2018 recorreu ao atendimento complementar do centro de saúde por este quadro, realizou teste de urina rápido e urocultura que estavam negativos. No dia 9 de novembro, recorreu à consulta da médica de família para esclarecimento do quadro e foi pedida TC Pélvica. Três dias depois, recorreu ao serviço de urgência por retenção urinária completa onde realizou TC Pélvica que revelou abscesso perianal, posterior, com extensão à fossa isquiorrectal, 68 x 33 x 20 mm. À observação apresentava drenagem espontânea de pus por orifício de fístula na região peri-anal posterior. A drenagem cirúrgica do abscesso permitiu a resolução imediata do quadro de retenção urinária.

Discussão: A retenção urinária é uma queixa comum em cuidados primários de saúde. Tem incidência de 10% em homens com mais de 70 anos e a causa mais frequente é a HBP. Neste caso, doente apresentava como queixas

dificuldade em urinar, perdas de sangue vivo ao limpar e ardor perianal, o que, aliado aos seus antecedentes, torna pouco provável as causas inflamatórias ou infecciosas do trato urinário, bem como causas medicamentosas, traumáticas ou neurológicas. No entanto, os antecedentes de HBP não pareciam justificar o quadro obstrutivo. O abscesso perianal pode manifestar-se inicialmente numa pequena percentagem por retenção urinária, no entanto, os sintomas mais frequentes são dor perianal, febre e drenagem perianal. Muitos doentes adiam a sua vinda ao médico ou, quando vão, é-lhes proposto outro diagnóstico, como hemorróidas, obstipação ou infecção do trato urinário. A desvalorização das queixas perianais por parte do doente e a ausência de dor perianal significativa ou febre toldaram a suspeita de abscesso perianal. Foi então pedida uma TC para exclusão de uma massa pélvica condicionando obstrução extrínseca do trato urinário. Este caso alerta para uma causa obstrutiva menos frequente de retenção urinária que os médicos de família devem considerar, mesmo no homem com HBP concomitante.

PO 41

PELO BURACO DA AGULHA – UM DIAGNÓSTICO DE EXCEÇÃO

Joana Carvalho; Flávia Moreira
USF Cuidar

Caso clínico: Mulher 57 anos, cozinheira. Antecedentes de hipertensão arterial recente com difícil controlo farmacológico. Sem outros antecedentes de relevo. Recorre ao Centro de Saúde por lombalgia direita, intermitente, com 4 dias de evolução e intensidade variável. Alívio com analgésicos. Refere também oligúria. Ao exame objetivo identifica-se Murphy renal positivo à direita. Perante a hipótese de cólica renal é medicada sintomaticamente e informados sinais de alarme. Posteriormente, a ecografia renal revela "...rim esquerdo com acentuada hidronefrose e redução da espes-

sura parenquimatosa (...) e dilatação pielocaliceal direita, com sinais de cronicidade". O estudo analítico identifica anemia e deterioração da função renal. Perante esses achados, é referenciada a Urologia. O estudo efetuado, nomeadamente TAC pélvica, deteta "... massa quística, substituindo a quase totalidade do rim esquerdo, com mínimas áreas de parênquima renal vestigial". O renograma conclui tratar-se de "rim esquerdo em exclusão funcional completa. E rim direito com estase pielocaliceal não obstrutiva à drenagem". Durante este período, verificou-se um agravamento da função renal, sendo submetida a ureteropielografia retrógrada direita que confirmou estenose ao nível da junção uretero-piélica. Perante a clínica de rim único funcionante à direita, já com insuficiência renal crónica, optou-se por agendamento de ureteropieloplastia direita.

Discussão: A síndrome de junção pelo-ureteral é a causa mais comum de hidronefrose no período pré-natal. Afeta mais frequentemente homens e, na maioria dos casos, é unilateral. Caracteriza-se por uma diminuição do diâmetro do ureter, a nível cranial, condicionando uma redução ou ausência de fluxo urinário e consequentemente perda progressiva da função renal. Atualmente, o uso generalizado da ecografia obstétrica durante a vigilância da gravidez, permite o seu diagnóstico precoce, porém, algumas situações podem passar despercebidas, sendo diagnosticadas mais tardiamente. Os principais sintomas são a dor abdominal ou lombar, hematúria, história de cálculos renais e hipertensão. A necessidade de intervenção deve ser avaliada, sendo que nos adultos, tem como objetivo o alívio dos sintomas e manutenção da função renal. As indicações cirúrgicas permanecem controversas, principalmente em pacientes com rim contralateral normal. Este caso é de particular interesse por apresentar manifestações tardias de uma doença normalmente diagnosticada em idade pediátrica.

PO 42

UTILIZAÇÃO DE SISTEMAS ELETRÔNICOS DE LIBERTAÇÃO DE NICOTINA E SAÚDE UROLÓGICA

Filipe Fontes Alves; Filipa Martins Guedes; Carolina Macedo Abreu; Joana Catarina Sousa
Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: O consumo de cigarros convencionais representa um fator de risco bem estabelecido de malignidade urológica em termos da sua incidência, progressão e mortalidade. O recente advento da utilização de cigarros eletrônicos (E-Cigarros), sobretudo em países desenvolvidos e indivíduos jovens, faz com que seja do interesse clínico o estudo do impacto deste novo consumo na saúde urológica.

Objetivos: Realizar uma revisão clássica de tema (RCT) acerca do risco potencial de cancro urológico em fumadores de E-Cigarros.

Materiais e métodos: Pesquisa a 10 anos, em fevereiro de 2019, de meta-análises, revisões sistemáticas, ensaios clínicos e RCT, na base de dados *PubMed*, publicados em português ou inglês, utilizando os descritores *Mesh Electronic nicotine delivery systems AND Urology*.

Resultados e conclusões: Foram obtidos 6 artigos no total, e selecionados aqueles cuja evidência fosse de encontro aos objetivos da presente revisão, com base no título e abstract. Destes, foram selecionados 3 artigos científicos: Uma RCT publicada em 2017 e dois ensaios clínicos publicados em 2018. Nos ensaios clínicos incluídos foi detetada concentração superior de carcinogéneos vesicais na urina de utilizadores E-cigarros em comparação com não fumadores; Foi também colocada a possibilidade de nitrificação da nicotina presente no aerossol inalado e a sua transformação em metabolitos carcinogénicos em células humanas dos tecidos do pulmão, coração e bexiga. Estes resultados sugerem a possibilidade de aumento de risco de cancro urológico em indivíduos fumadores de E-Cigarros. Desta forma, e em concordância com o publicado no artigo

de revisão incluído, existe necessidade de realização de mais estudos, de forma a caracterizar o potencial carcinogénico destes produtos, o que tem sido dificultado pelo seu surgimento recente (que impossibilita a realização de estudos de coorte e caso controlo com *follow up* adequado em termos de análise das consequências da exposição cumulativa) e também pela heterogeneidade em termos de composição e temperatura dos aerossóis inalados.

PO 43

HEMATÚRIA MACROSCÓPICA – A PROCURA DA ETIOLOGIA

Rosalina Magalhães
USF Aqueduto, ACeS Grande Porto IV

Caso clínico: Mulher de 69 anos, pertence a uma família nuclear no estadio VII do ciclo de Duvall, reformada da profissão de jardineira. Não fumadora. Apresentava como antecedentes patológicos hipertensão arterial e dislipidemia, histerectomia e ooforectomia aos 45 anos por fibroma.

Em abril de 2018, a utente recorreu ao serviço de urgência por perda hemática vaginal, foi observada por ginecologia, contudo não era visível sangue ou vestígios hemáticos. Optou-se por colheita urina com sonda vesical verificando-se hematúria macroscópica. Foi assumida infeção urinária (ficou com urocultura em curso que foi negativa) e a doente teve alta medicada com antibiótico.

Em consulta de reavaliação com o médico de família, negava novas perdas hemáticas e não apresentava outras queixas. Optou-se por solicitar estudo ecográfico renal, vesical e pélvico e urina II. No estudo imagiológico efetuado apenas se visualizou na dependência do rim esquerdo uma imagem quística multi-septada de 38 mm de maior diâmetro, sugestiva de quisto cortical não simples. Optou-se por referenciar a doente tendo por base a imagem renal.

Na consulta de urologia foi solicitada citologia (negativa para células neoplásicas), uroTC (a

valorizar lesão polipóide da parede posterior, com cerca de 6 mm) e repetida a ecografia vesical (lesão neoformativa de 1,8 cm na parede inferior esquerda). A utente foi inscrita para RTU-V tendo sido diagnosticado carcinoma urotelial papilar de baixo grau, sem invasão do córion, sem envolvimento da parede muscular. Atualmente está em vigilância em consulta de urologia.

Discussão: Na avaliação deste caso clínico, dada a epidemiologia, as primeiras hipóteses diagnósticas colocadas foram infeção do trato urinário e litíase renal.

Após a exclusão destas entidades, o clínico deve ter em mente a possibilidade, sobretudo na presença de hematúria macroscópica, de se tratar de uma neoplasia do trato urinário. O estudo destas hematúrias deve passar por avaliação da função renal, uma imagem e cistoscopia, sendo a citologia controversa, podendo ter lugar quando o nível de suspeição para doença maligna é elevado.

Com este caso pretende-se alertar para o facto de a ecografia vesical não excluir carcinoma papilar da bexiga, e tendo em conta que a hematúria é o principal sinal de carcinoma da bexiga, independentemente da imagem renal encontrada, esta doente deveria sempre ter sido referenciada para urologia para exclusão desta patologia.

PO 44

DESMOPRESSINA NA NOCTÚRIA – QUAL A EVIDÊNCIA?

Sílvia Gonzaga; Edgar Coelho; Joana Carvalho
Internos de MGF, USF São João e USF Cuidar.

Introdução e objetivo: A noctúria pode ser definida pela necessidade de acordar uma ou mais vezes durante a noite para urinar. A sua prevalência situa-se entre os 20,4% a 43,9% dos homens com idades entre os 20 e os 40 anos podendo atingir os 68,9% a 93% em homens com idades superiores ao 70 anos. É dos sintomas de armazenamento mais perturbadores da HBP/LUTS, tendo um importante

impacto na qualidade do sono dos doentes. A desmopressina é um análogo sintético da vasopressina, sendo usada amplamente no tratamento de enurese noturna e diabetes insipidus. O objetivo desta RBE é avaliar a eficácia e segurança do uso de desmopressina no tratamento da noctúria.

Metodologia: Pesquisa de artigos publicados nos últimos 10 anos, em língua inglesa e portuguesa, nas bases de dados da *National Guideline Clearing House; Guidelines Finder* do NHS Britânico; *CMA Practice Guidelines Info-base; The Cochrane Library; Dare; Bandolier; Evidence Based Medicine Online* e *PubMed*, utilizando os termos *MeSH Desmopressin* e *LUTS*. Para a avaliação dos estudos e atribuição dos níveis de evidência (NE) e forças de recomendação (FR) foi utilizada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)* da *American Family Physician*.

Resultados e discussão: Foram encontrados 36 artigos, dos quais 3 cumpriam os critérios de inclusão: 1 meta-análise (MA), 1 ensaio clínico aleatorizado e controlado (ECAC) e 1 norma de orientação clínica (NOC). A MA demonstrou um ligeiro benefício da noctúria em homens a longo prazo (mais de 3 meses), sendo esse benefício inexistente nos primeiros 3 meses e sem diferenças significativas na incidência de efeitos adversos. O ECAC conclui que a desmopressina reduziu substancialmente a noctúria em mulheres, sendo esse efeito visível a partir da primeira semana de tratamento e os seus efeitos secundários toleráveis. A Associação Europeia de Urologia recomenda a utilização da desmopressina em homens até aos 65 anos com poliúria noturna. Apesar de os artigos apresentarem um ligeiro benefício da desmopressina na noctúria, estes são baseados em evidência de baixa qualidade, sendo necessários estudos mais robustos e metodologicamente rigorosos para avaliar a eficácia e segurança deste fármaco. Atribuímos uma Força de Recomendação B.

PO 45

GESTAÇÃO EM DOENTES SOB HEMODIÁLISE

Nkamba Paulina Pedro; Edna Solange Marques de Assis Miranda Cardoso; Simão Pedro Saraiva Canga
Clinica Multiperfil - Angola

Introdução: Durante décadas, a gravidez em mulheres em tratamento hemodialítico foi considerada um evento pouco frequente. Nos últimos anos vem sendo registado um aumento significativo na taxa de conceção, embora subestimado devido a perda dos casos de aborto precoce. Alguns fatores hormonais, morfológicos, clínicos e psicossociais estão bem identificados como causa dessa diminuição da taxa de conceção, levando a diminuição da libido, falha na ovulação e anenorreia. Com os avanços das técnicas de terapia de substituição renal e dos cuidados materno-fetais, vem-se notando um aumento na sobrevivência fetal com desfechos cada vez melhores, havendo registo de maior número de gravidezes de termo, diminuição de número de partos prematuros e melhoria do peso a nascença.

Objetivo: Avaliar a influência das diferentes complicações durante a gestação assim como as co-morbidades no desfecho materno-fetais.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo descritivo transversal retrospectivo no período entre 2012 a 2017. Universo de 85 mulheres, amostra 17 gestantes. Foram incluídas todas as gestantes em hemodiálise e excluídas as gestantes transferidas para outra unidade. Desfecho primário aborto e parto prematuro, desfecho secundário pré-eclâmpsia, poli-drâmnio, baixo peso a nascença e morte materna ou fetal.

Resultados: A média de idade foi de 32 anos (27-41), das 17 gestantes 9 abortaram, das 8 que chegaram a parto, 4 delas tiveram parto prematuro. Das 4 gestantes com parto prematuro 2 por anemia severa e 2 por pré-eclâmpsia. Todas as pacientes tinham como co-morbidade a hipertensão arterial. Em relação as complicações fetais, das 8 gestantes 3 apre-

sentaram feto com baixo peso a nascença.

Conclusão: A gravidez com sucesso é possível neste subgrupo complexo de mulheres mantida em programa de hemodiálise. Estas gestantes apresentaram diversas complicações clínico-obstétricas que impactaram no desfecho primário e secundário porém sem nenhum caso de morte materna ou fetal nem casos de má formação congénita.

PO 46

ELEMENTAR, MEU CARO PEYRONIE!

Diogo C. Tavares; Solange Mendonça; Luz Veloso
USF Cidadela

Resumo: Homem, 65 anos de idade, reformado de hotelaria, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial essencial (HTAe) desde 2016, não fumador. Medicado habitualmente com candesartan+hidroclorotiazida 16 mg+12.5 mg (id).

Recorre a consulta com o seu médico de família por queixas de ejaculação dolorosa e disúria com 2 meses de evolução.

Referia várias observações médicas prévias, sem sucesso terapêutico, tendo sido já medicado com azitromicina e levofloxacina; posteriormente com flavoxato e doxiciclina e finalmente com cinchocaína tópica e metamizol. Realizou, neste período, serologias virais de doenças sexualmente transmissíveis, exsudado uretral e ecografia vesical e prostática que não revelaram alterações.

Na anamnese referia ardor/desconforto localizado à face lateral direita do pénis, constante, sem fatores de alívio, agravando com a micção e com a ejaculação, e que se instalou após episódio de traumatismo peniano durante relação sexual protegida. Negava outros sintomas acompanhantes, nomeadamente: febre, urgência miccional ou tenesmo vesical, alteração da curvatura do pénis em ereção, equimose, dispareunia ou disfunção sexual.

Ao exame objetivo não apresentava desvios, assimetrias, hidrocele ou exsudado uretral. A

palpação genital era indolor, sem tumefações, nódulos ou adenopatias.

Foi solicitada ecografia peniana que revelou um espessamento da fascia albugínea na vertente ventral, compatível com doença de Peyronie.

Iniciou, então, terapêutica médica oral com para-aminobenzoato de potássio, vitamina E e verapamil.

Ao longo dos meses seguintes o utente relatou melhoria lenta, mas consistente, das queixas algicas.

Foi visto em consulta de andrologia ao 3º mês de tratamento, mantendo indicação para cumprir a terapêutica instituída, pelo menos até totalizar 6 meses.

Discussão: A falência terapêutica deverá sempre fazer questionar o diagnóstico estabelecido. Refazer a anamnese - detalhando a data e contexto de início dos sintomas, localização anatômica, os fatores de alívio e agravamento - oferecerá informação determinante para o correto exercício diagnóstico.

Embora pouco frequente, a doença de Peyronie é uma importante e subestimada causa de disfunção sexual masculina, principalmente após a 4ª década de vida. O principal mecanismo fisiopatológico é o trauma peniano - seja por acidente/agressão ou no decorrer de relações sexuais vigorosas - no entanto, também o uso de fármacos (beta-bloqueantes) ou doenças congénitas do tecido conjuntivo podem estar implicados.

PO 47

ALTERAÇÕES DO SÉMEN: UM ESPELHO DE ADENOCARCINOMA DA PRÓSTATA?

Tânia Gomes dos Santos; Marta Nazha;
Rita Nascimento; Ilona Bucur
USF São Filipe (ACES Arrábida)

Caso clínico: Homem de 54 anos, previamente saudável, fumador de 36 UMA, recorreu a consulta no seu centro de saúde, referindo apresentar esperma com aspecto escureci-

do/acastanhado e odor fétido. Negava outras queixas da função sexual e genito-urinárias.

Sem antecedentes pessoais de relevo, nem medicação habitual, e com antecedentes familiares de tias e avó materna com neoplasia da mama e tio paterno com neoplasia da próstata. Ao exame objectivo apresentava apenas discreto aumento prostático, o que orientou a investigação laboratorial.

Dois meses depois, regressa muito assustado e com sintomas de início no último mês: noctúria; polaquiúria; jacto urinário fraco e lento e; desconforto supra-púbico. Analiticamente destaca-se PSA total 69,9 ng/mL e ecografia da próstata: "Próstata com 48 g à custa da próstata interna, que revela ecoestrutura heterogénea de modo difuso com escassas calcificações adjacentes à uretra prostática e cápsula cirúrgica. A próstata periférica está preservada, com configuração regular e ecoestrutura homogénea, sem sinais de nódulos circunscritos."

Admitiu-se prostatite aguda, pediu-se reavaliação analítica e medicou-se com serenoa repens 160 mg bid e prulifloxacin 600 mg qd. Contudo, após 12 dias mantinha queixas e apresentava um agravamento do PSA total 76,50 ng/mL; PSA livre 8,62 ng/mL e relação PSA total/PSA livre 0,11. Foi referenciado com urgência a consulta de Urologia.

Na consulta de Urologia, 1 mês depois, foi efectuado toque rectal: "próstata dura e nodulada bilateralmente, com maior proeminência à direita." Foi pedida biópsia, que revelou "adenocarcinoma acinar, *score* Gleason 9 (4+5); grupo prognóstico 5; com invasão perineural."

Foi pedida cintigrafia óssea e RMN para estadiamento e o plano terapêutico será decidido após os resultados.

Discussão: O carcinoma da próstata é habitualmente assintomático, os sintomas são raros e mais sugestivos de prostatite ou hiperplasia benigna prostática, daí que o rastreio assumo um papel preponderante. Por outro

lado, evidência recente mostra que a análise do líquido seminal poderá trazer vantagens no diagnóstico precoce do carcinoma da próstata. Neste caso, um sintoma sutil de instalação aguda alertou para problemas na saúde do utente. A instalação rápida de sintomas mais específicos exigiu investigação mais intensiva que culminou no diagnóstico de adenocarcinoma da próstata avançado. Este caso ilustra a importância dos sintomas menos comuns e como a clínica é fundamental no diagnóstico final.

PO 48

PRÓSTATA AUMENTADA: HIPERTROFIA BENIGNA OU ALGO MAIS?

Beatriz Abreu Cruz; Carla Cardoso
USF Reynaldo dos Santos, ACES Estuário do Tejo, ARS Lisboa e Vale do Tejo

Caso clínico: Descreve-se em seguida um caso de aumento do volume prostático e PSA, desafiante para o Médico de Família (MF) pela necessidade sucessiva de diagnóstico diferencial (DD) e por demonstrar a importância de uma relação médico-doente de confiança na manutenção e sucesso da terapêutica.

Homem de 68 anos, a viver sazonalmente em Angola, pertencente a uma família acordeão. Antecedentes: DM2, HTA, dislipidemia e obesidade. Recorre ao MF por notúria e diminuição do jato urinário. Foi requisitada ecografia prostática que revelou próstata de 120 g com arranjo adenomatoso na próstata central atribuível a hipertrofia benigna da próstata (HBP) e análise do PSA=7,09 ng/mL com PSA livre/total=0,56. Iniciou tratamento com dutasterida e tansulosina. Por se manter sintomático e ansioso com a dimensão protática foi referenciado à consulta de Urologia. Verificou-se melhoria clínica e 30% de redução do volume prostático após 12 meses de tratamento. Por aumento do PSA de 1,64 em 5 meses, realizou-se biópsia prostática que revelou prostatite crónica. Mantem-se até ao presente com tansulosina.

Discussão: A prevalência de sintomas do aparelho urinário inferior (LUTS) moderados/graves aumenta com a idade, apresenta um impacto importante na qualidade de vida e é motivo frequente de consulta no homem adulto.

Neste caso, foi necessário efetuar o DD entre carcinoma, hiperplasia benigna e prostatite, numa primeira fase nos cuidados de saúde primários e posteriormente nos cuidados secundários, sendo por isso importante a articulação eficaz entre as duas especialidades.

O tratamento combinado de inibidor 5 α -reductase e α -bloqueante está indicado se LUTS moderados a graves, com próstata aumentada e fluxo máximo reduzido, aliviando sintomas, mas também evitando a progressão da HBP e as complicações. Sendo necessário por um período superior a 12 meses, a duração e início de efeito do tratamento devem ser previamente discutidos com o doente. Pacientes refratários à terapêutica farmacológica poderão beneficiar com cirurgia.

PO 49

RETENÇÃO URINÁRIA EM DOENTE DO SEXO FEMININO E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

Júlia Velte; João Moura Costa; Susana Medeiros;
António Mendes dos Santos
USF Alphamouro (ACES Sintra)

Introdução: A retenção urinária é uma disfunção grave do esvaziamento da bexiga pela micção voluntária. Pode ser devida a fatores como hipocontratilidade vesical, obstrução ou disfunção neurológica. Nos homens a retenção urinária é um problema frequente, maioritariamente por hiperplasia prostática, com abordagem bem estudada. Nas mulheres há poucos dados epidemiológicos, etiologias mais diversas e menos evidência quanto à melhor abordagem terapêutica.

Caso clínico: Mulher, 67 anos, reformada, a viver com o marido no Alentejo. Antecedentes de parkinsonismo, diabetes tipo 2, hipertensão

arterial, obesidade, osteoporose, cistites de repetição e insuficiência venosa crónica.

Em 2008 inicia dificuldade miccional, múltiplas cistites e retenção urinária com frequência crescente, quadro de provável causa multifatorial. É encaminhada para urologia onde se realiza correção cirúrgica de cistocelo, com alívio parcial dos sintomas e alta da consulta. Os sintomas recorreram e agravaram, com hesitação intensa, polaquiúria e dificuldade no esvaziamento voluntário da bexiga, recorrendo a manobras manuais para o conseguir e causando feridas perineais.

Iniciou novamente seguimento em consulta de Urologia, mas as várias tentativas de abordagem terapêutica (tansulosina, piridostigmina, antibioterapia profilática com fosfomicina, reabilitação vesical) não obtiveram alívio sintomático significativo, aumentando a descrença e a necessidade de busca de segunda opinião. Durante todo o período foi regularmente à consulta da médica de família pedindo para fazer antibióticos para infeções urinárias, (muitas vezes inexistentes - apenas tinha sintomas por trauma do períneo), e ser algaliada. A gravidade e duração das queixas urinárias tiveram um impacto muito negativo na qualidade de vida da doente, com desenvolvimento de insónia, ansiedade, depressão, isolamento social e ideação suicida.

Discussão: A retenção urinária na mulher é pouco comum mas tem um impacto muito significativo na qualidade de vida. Parece fundamental um olhar sistémico para o impacto global que a mesma tem na pessoa, e não nos limitarmos às abordagens cirúrgica e/ou farmacológica, nem às questões urinárias. Importa estabelecerem-se canais de comunicação entre os diferentes níveis de cuidados, com o doente no centro do processo. A partilha e discussão de casos como deve levar à reflexão e a uma melhor resposta às necessidades dos doentes.

PO 50

CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIIS COM METASTIZAÇÃO ÓSSEA

– A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Gabriela Machado; Yuliya Kuzmyn; Ana Valério
USF São João do Pragal

Resumo: Apresentamos o caso de um doente de 68 anos de idade com antecedentes de hipertensão arterial, obesidade e tabagismo. No âmbito da consulta de vigilância com a sua médica de família foi-lhe diagnosticado incidentalmente um carcinoma de células renais (CCR) de células claras do rim direito, estadio I (T1b N0 M0). O doente foi referenciado a consulta de Urologia e submetido a nefrectomia radical direita. Um ano e meio depois da cirurgia foi detectada em exames de seguimento uma metástase óssea na 6ª costela direita. O caso foi discutido em Reunião Multidisciplinar, tendo-se decidido por excisão da metástase, que o doente de momento aguarda.

O (CCR) constitui 3% de todos os cancros e é a neoplasia maligna mais frequente do rim (80 a 90% dos casos). A variante histológica predominante do CCR é o CCR de células claras (70 a 85%). Tem o seu pico de incidência entre os 60 e os 70 anos de idade, é mais frequente no sexo masculino e nos países ocidentais. A doença metastática ocorre numa percentagem substancial de doentes com CCR – mais de 50% desenvolve metástases durante o seguimento após nefrectomia. Os locais de metastização mais frequentes são o pulmão, osso (20 a 35% dos casos de CCR metastático) e gânglios linfáticos. O envolvimento ósseo no CCR pode associar-se a dor, compressão nervosa, hipercalcémia ou fracturas.

Com este caso pretendemos alertar para a importância do seguimento dos doentes com história de CCR, quer no que diz respeito a sintomas sugestivos de metastização, quer no que toca aos exames complementares de diagnóstico.

PO 51

SÍNDROME JUNCIONAL

M. Fernandes; Isabel Costa Serrão;
Francisco Duarte Costa; Margarida Glórias Ferreira
USF Rodrigues Miguéis - ACES Lisboa Norte

Caso clínico: Homem de 56 anos, actualmente residente na Bélgica mas com seguimento mantido na USF Rodrigues Miguéis, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, excesso de peso (IMC 27,4 kg/m²) e dermatite atópica. Medicado actualmente com Perindopril 10 mg, amlodipina 5 mg, Indapamida 2.5 mg e ácido acetilsalicílico 100 mg.

De realçar, que a pressão arterial apresentava períodos de oscilação, não se apresentando controlada ao longo dos últimos seis meses e com microalbuminúria de 101 mg. Este quadro não se fez acompanhar de repercussão cardíaca.

Em janeiro/2019 recorre à consulta, onde relata infeção urinária com hematúria há um mês, medicada com levofloxacina 500 mg e apresenta uma urocultura após o tratamento negativa. Mantém pressão arterial sistólica na ordem dos 180 mmHg, optando-se por iniciar Indapamida. Pediu-se ecografia renal, que demonstrou dilatação pielocalicial à esquerda com litíase ao nível do grupo calicial inferior, e ecografia vesical, sem alterações. Para dar continuidade à investigação pede-se TC abdómino-pélvica que revela rim esquerdo com "(...) hidronefrose grau 4, diminuição da espessura do parênquima, bacinete dilatado com 5,5 cm, sem dilatação do ureter, admitindo-se síndrome juncional (...)".

Para orientação subsequente, foi referenciado para consulta hospitalar de Urologia, encontrando-se neste momento a aguardar marcação.

Discussão: A obstrução da junção ureteropélvica define-se por um bloqueio parcial ou total do fluxo da urina na transição ureterocalicial. Pode ter etiologia congénita - mais frequentemente -, ou adquirida (litíase, compressão ureteral extrínseca, fibrose retroperitoneal ou

outros processos inflamatórios). Apresenta-se habitualmente com quadro de hidronefrose, infeções urinárias, insuficiência renal ou hipertensão secundária.

Este caso serve para lembrar a necessidade do médico de família estar atento a sinais e sintomas de alarme, que poderão justificar uma investigação mais aprofundada e precoce para eventual referenciação e orientação.

Seria uma mais valia a discussão do presente caso clínico com os colegas da especialidade de Urologia.

PO 52

UM CASO RARO DE ORQUITE

Vanessa Andrade; Mariana Medeiros; Ana Rita Tomás;
João Guerra; Thiago Guimarães; Rui Bernardino;
Gil Falcão; Francisco Fernandes; Jorge Morales;
Rui Farinha; Luís Campos Pinheiro
Hospital de São José - Centro Hospitalar Lisboa Central

Caso clínico: Sexo masculino, 92 anos, com antecedentes pessoais de neoplasia vesical e tratamento com imunoterapia a BCG, inicia quadro de dor e edema testicular direito. Foi medicado com ciprofloxacina e anti-inflamatórios pelo seu médico de família. Por manutenção das queixas, mantendo edema testicular, já com úlcera em drenagem de conteúdo purulento, recorreu ao seu Urologista, tendo sido medicado com cefuroxima. Por manutenção do quadro, 3 meses após início das queixas, foi submetido a orquidectomia direita, que revelou inflamação granulomatosa crónica.

Discussão: A orquite é uma inflamação do testículo que se manifesta por dor, edema e sinais inflamatórios. As etiologias são múltiplas, sendo a bacteriana umas das mais comuns. Os cuidados de Saúde Primários devem saber reconhecer e tratar este tipo de condições, não obstante, deverão ser referenciadas aos Serviços Hospitalares sempre que haja dúvida no seu diagnóstico (não esquecer o importante diagnóstico diferencial com a torção testicular) ou refractariedade ao tratamento. Neste

caso clínico apresentado, considerando os antecedentes médicos do paciente e a refractariedade ao tratamento, era fulcral ponderar etiologias menos comuns, de forma a iniciar o tratamento adequado o mais precocemente possível, diminuindo a morbidade para o doente.

PO 53

“TENHO AS PÉROLAS INCHADAS”

Daniela Oliveira; Ana Catarina Luís
USF Planície; USF Salus

Resumo: Homem de 81 anos observado no Serviço de Urgência de Cirurgia em contexto do estágio hospitalar de urgência inserido no programa do internato de MGF. Vem com queixas de dor e edema testicular (“tenho as pérolas inchadas”- sic), acompanhadas de incontinência urinária e disúria. Refere em novembro de 2017 abscesso testicular que foi drenado. Tem também antecedentes de hipertrofia benigna da próstata com episódios anteriores de retenção urinária, o último há cerca de 3 meses tendo necessitado de algaliação (que manteve durante algumas semanas). Ao exame objectivo encontra-se apirético, com aspecto algo debilitado. O testículo direito encontra-se edemaciado, duro e doloroso. São pedidas análises e sumária de urina, das quais se destaca leucocitose, PCR 9 mg/dL e leucocitúria 4+ com nitritos positivos. Fica ainda com urocultura em curso. Põe-se hipótese de orquiepididimite e pede-se colaboração da Urologia. O Urologista de Serviço, após observação do doente, confirma a hipótese colocada e medica o doente com antibiótico empírico, aguardando resultado de urocultura. A epididimite é uma inflamação do epidídimo, a qual pode ser acompanhada de inflamação do testículo (orquiepididimite). Pode ser aguda (<6 semanas), crónica (>6 semanas) e recorrente. Resulta da migração de agentes patogénicos provenientes da uretra, bexiga ou próstata, sendo que a sua etiologia varia com

a idade: em homens jovens está principalmente relacionado com doenças sexualmente transmissíveis e, por outro lado, em homens mais velhos relaciona-se com infecções do trato urinário (principal agente: *E. coli*). Em crianças e jovens pode ainda estar associada a parotidite. Os principais sintomas são dor, edema e aumento da temperatura do testículo e/ou epidídimo, podendo ser acompanhado de febre. Ao exame objectivo o testículo/epidídimo apresenta-se com volume e consistência aumentada e doloroso à palpação, estando a pele do hemiescroto eritematosa e edemaciada. O principal diagnóstico diferencial desta patologia é a torção do cordão espermático. Para confirmação do diagnóstico deve realizar-se urocultura com TSA e exame de exsudado uretral se suspeita de DST. O tratamento baseia-se em antibioterapia dirigida à causa e medidas de suporte: repouso, suspensão escrotal, reforço da hidratação oral e analgésicos. Trata-se de um caso observado em contexto hospitalar mas que numa fase inicial podia ser abordado nos cuidados de saúde primários, que serão essenciais na prevenção da recorrência desta situação.

PO 54

QUANDO A RESOLUÇÃO SE TORNA O PROBLEMA

Diogo Romano; Fabiana Chyczj; José Alexandre
USF Fénix - ACES Marão e Douro Norte

Introdução: O cancro da próstata é a neoplasia mais frequente no homem, sendo uma importante causa de morbimortalidade. O papel do rastreio com base no PSA é muito controverso, uma vez que o descréscimo da mortalidade se deve ao sobrediagnóstico, dado que a doença se inicia décadas antes do aparecimento da clínica. Sabe-se que o PSA aumenta em situações de HBP, prostatites e com a idade. Ainda assim, valores acima de 4 ng/mL sugestionam mais a presença de uma possível neoplasia, mas a maioria dos doentes

com valores de PSA entre 4-10 ng/mL é sujeita a biopsias prostáticas negativas e, como tal, desnecessárias.

Descrição de caso: Homem de 66 anos, caucasiano, casado, trabalhador da construção civil. IMC 28.3kg/m², fumador de 10UMA, consumo alcoólico de 24 g/semana e com comportamentos sexuais de risco. Trata-se de um senhor com antecedentes de HBP e HTA, medicado e controlado sintomaticamente. Família nuclear, funcionalidade moderada (Apgar familiar 6), fase VI de Duvall, classe II de Grafar. Recorre à consulta de agudos por queixas urinárias baixas associadas a edema peniano, sem adenomegalias satélite e sem úlceras. Teste de Combur positivo e teste rápido VIH negativo. Foi assumida prostatite aguda e medicado com ciprofloxacina durante 14 dias. Realizou exames auxiliares de diagnóstico que demonstraram PSA de 8.34 ng/mL e próstata com volume de 42cc e residuo pós-miccional de 28cc. Regressa à consulta programada passado um ano com novos resultados – PSA 16.74, com rácio de 4%, sem alterações ao toque retal. Na ecografia, próstata com 43cc e residuo de 60cc. É referenciado para consulta de Urologia do CHTMAD para realizar biópsia, cujo resultado foi adenocarcinoma invasor do tipo acinar, Gleason (3+4). Após iniciar tratamento com radioterapia e hormonoterapia, refere queixas de dificuldade na micção e disfunção erétil, tendo sido medicado com tansulosina e tadalafil, com melhoria sintomática. **Conclusão:** O doseamento dos níveis de PSA em doentes com prostatite pode revelar a presença de neoplasia da próstata clinicamente indolente, mesmo após a diminuição do PSA com tratamento antibiótico. Os efeitos sexuais, como a disfunção erétil, diminuição da libido e ginecomastia, não devem ser negligenciados pois podem comportar grandes dificuldades na gestão do tratamento, revelando a importância do doente na toma de decisão da escolha terapêutica.

Palavras-chave: prostatite; cancro próstata; PSA; disfunção erétil

PO 55

UMA LIÇÃO A PARTIR DE UM CASO CLÍNICO

Mafalda Lemos Caldas; Ana Monteiro Pereira;
Cláudia Ho Ana Costa
USF Travessa da Saúde

Caso clínico: AS, Homem, 61 anos, raça negra, proveniente da Guiné Bissau, autónomo, a residir com a namorada. Tem 6 filhos a residir no estrangeiro, com os quais não mantém contacto. Antecedentes pessoais: adenocarcinoma da próstata (Gleason 4+4) metastático (coluna lombar, vesículas seminais, pavimento vesical, fígado e pulmão) sob terapêutica hormonal, castração química; HTA não controlada; taquicardia sinusal; gonorreia; VIH 2; sífilis secundária; pneumocistose; hidrocelo. Medicado atualmente com darunavir 800 mg, Ritonavir 100 mg, ciproterona 100 mg, abacavir+lamivudina (600+300) mg, paracetamol+tramadol (37,5/325) mg, com antecedentes de incumprimento terapêutico.

Durante 12 meses faltou a todas as consultas agendadas de Infeciologia, Urologia e Medicina Geral e Familiar. No decorrer deste tempo houve progressão do adenocarcinoma da próstata, com elevação abrupta de PSA total e disseminação tanto local como à distância, e comprometimento da imunidade com cargas virais detectáveis no contexto de infecção VIH2. Desde então, tem recorrido a múltiplas consultas no Centro de Saúde e ao Serviço de Urgência, sozinho e totalmente desapoiado a nível social e familiar, sem capacidade de fornecer história clínica completa ou de expressar queixas e sintomas com grande dificuldade em transmitir informação proveniente dos diferentes cuidados (primários e secundários), o que tem limitado a articulação de cuidados.

Discussão: Perante um doente complexo e com múltiplas patologias, o Médico de Família assume um papel fundamental enquanto ges-

tor de caso, devendo utilizar de forma eficiente os recursos de saúde através da coordenação de cuidados. O facto de se tratar de um doente pouco cumpridor (de consultas e terapêutica) condicionou a realização de exames complementares de diagnóstico imprescindíveis, com consequente atraso no estabelecimento de diagnóstico, estadiamento e controlo da doença. Assim, é fundamental que perante este perfil de doente, o Médico de Família assumia a prestação de cuidados continuados longitudinais, convocando-o para consultas de seguimento, explicando a evolução da doença e acionando os meios sociais disponíveis na comunidade, mantendo sempre presente a sua visão holística preocupando-se com o contexto bio-psico-social da pessoa doente, não se centrando apenas nas doenças da pessoa, não caindo porém na tentação do paternalismo médico.

PO 56

DA DOR NO FLANCO À NEFRECTOMIA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Yuliya Kuzmyn; Gabriela Machado; Ana Valério
USF São João do Pragal

Caso clínico: Homem de 39 anos, sem antecedentes pessoais relevantes e com antecedentes familiares neoplásicos (tíróide, ovários e mama). Recorreu aos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em 2015 por episódios de dor pós-prandial no flanco e hipocôndrio direitos, com meses de evolução, sem outra sintomatologia associada (nomeadamente gastrointestinal ou génito-urinária) ou alterações no exame objetivo (exceto excesso de peso). Foram pedidas análises e ecografia abdominal, cujos resultados revelaram, em fevereiro de 2016, “bosseladura no terço superior do contorno renal direito por nódulo ecogénico com cerca de 4,6 cm de maior eixo – angiomiolipoma?”. Foi pedida ecografia renal, não realizada pelo utente até maio de 2017, altura em que voltou à consulta por persistência dos

sintomas. Foi novamente pedida ecografia, que revelou, em novembro de 2017, “imagem nodular no pólo superior do rim direito, bem delimitada, com 5 cm de maior eixo”. Realizou TC Renal que mostra, em janeiro de 2018, lesão de 6,3 cm de diâmetro, com captação heterogénea de contraste e escassos focos de calcificação. Foi referenciado a consulta de Nefrologia; realizou ressonância magnética que confirmou provável lesão neoplásica, e foi submetido a nefrectomia radical direita, com posterior diagnóstico histológico de carcinoma de células renais de tipo cromóforo.

Discussão: O carcinoma de células renais é o 6º tumor mais frequente na União Europeia; afeta principalmente indivíduos entre os 60 e 70 anos e o sexo masculino, e caracteriza-se por uma tríade sintomática clássica (dor no flanco, hematúria macroscópica e massa renal palpável). Este caso destaca-se pela ausência desta tríade ou de fatores de risco que aumentassem a suspeição (tabagismo, obesidade, hipertensão arterial), e pela idade atípica de apresentação; por outro lado, o diagnóstico atempado foi dificultado pela má adesão do utente à realização de exames complementares e comparência às consultas. Apesar do atraso no diagnóstico, o seu prognóstico é favorável, uma vez que este tipo histológico se caracteriza por baixas taxas de metastização e mortalidade. Assim, e no âmbito dos CSP, primeiro elo de contacto do utente com os cuidados de saúde, esta é uma patologia que não deverá ser esquecida durante a investigação etiológica de sintomatologia potencialmente sugestiva, mesmo em idades atípicas ou na ausência da tríade completa ou de fatores de risco; importa ainda reforçar a importância do controlo de potenciais fatores de risco.

PO 57

ROTINAS, ACHADOS E INTERVENÇÕES: CISTITE GLANDULAR

Joana Sousa; Filipa Guedes; Carolina Abreu;
Filipe Fontes Alves; Cristina Pinto
Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 21 anos, estudante universitário, sem antecedentes pessoais de relevo. Foi pedido estudo analítico oportunístico em agosto de 2018, o qual revelou alteração da função renal, com elevação da creatinina (creatinina sérica 1,14 mg/dL), ureia dentro dos parâmetros normais e sumário de urina inocente. Nesta sequência, o doente foi convocado a consulta para exclusão de toma de proteínas ou suplementos proteicos ou hormonais com o intuito de hipertrofia muscular, consumo de drogas e tabagismo (todos negados) e para repetição do estudo analítico.

Regressa à consulta aberta em dezembro, com estudo já realizado a pedido de Urologia, o qual revelou normalização da creatinina sérica (1,08 mg/dL), no entanto, agora com hematúria microscópica. Trazia igualmente ecografia renal, a qual mostrava rins de dimensões e morfologia normais, com bífidez pielocalicial e bacinetes extrassinusais bilateralmente, tradutores de variante anatómica; espessamento polipoide com cerca de 5 mm na vertente antero-lateral esquerda vesical, a justificar esclarecimento por cistoscopia.

Manteve seguimento pela Urologia, que procedeu à cistoscopia e a excisão do pólo vesical, cuja anatomopatologia revelou tratar-se de cistite glandular, sem representação de neoplasia.

Discussão: Os estudos mostram que a cistite glandular é devida a inflamação crónica da lâmina própria, possivelmente derivada de uma exposição prolongada a agentes irritativos. A inflamação crónica da lâmina própria causa proliferação do epitélio, com consequente invasão.

A cistite glandular é considerada uma lesão pré-maligna, com correlação histológica a neoplasias vesicais menos comuns, maioritariamente carcinomas *in situ* ou neoplasias invasivas.

Sendo o carcinoma da bexiga bastante comum, a quarta neoplasia mais frequente no sexo masculino, depois dos tumores do pulmão, próstata e coloretal, torna-se imperativo para o Médico de Família conhecer potenciais sintomas da cistite glandular e do carcinoma vesical, assim como os exames complementares de diagnóstico a serem pedidos.

O tabagismo é o fator etiológico mais importante, e o Médico de Família tem um lugar excecional no apoio da cessação tabágica, capacitação do doente e prevenção dos hábitos tabágicos.

PO 58

ENCEFALOPATIA POR CEFEPIME? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Nkamba Paulina Pedro;
Gilsemar Edlasio Chango Boavida
Clínica Multiperfil - Angola

Caso clínico: Paciente RV, 46 anos de idade, com app de HTA e DRC dialítica. Queixas de dispneia, dor torácica e febre (38-39°C) há 1 semana. Internou na enfermaria, com a hipótese diagnóstica de infeção da corrente sanguínea associada ao catéter de hemodiálise, medicada com amicacina e cefepime de acordo ao TSA liberado na hemocultura. No 5º dia de internamento paciente apresenta piora do quadro clínico: Diminuição do nível de consciência (Glasgow 12/15). Diminuição da força muscular no hemicorpo direito (grau 3/5). Movimentos involuntários dos membros superiores. Sintomas depressivos. PA: 171/115 mmHg. Foi transferida para a UCI, por piora do quadro infeccioso (PCR: 238 mg/L, Leucócitos: 14870/mm³, Neutrófilos: 81.6%) e de suspeita de AVC (TC crânio negativa). Medicação na UCI: amicacina 500 mg 3x/dia, cefepime 1 gr/

dia e vancomicina. Realizou punção lombar e nova colheita de hemocultura que foram negativas. No 10º dia de internamento, evoluiu com choque séptico. Teve piora infecciosa, hemodinâmica e neurológica (glasgow 10/15, agitação psicomotora, desorientação, convulsões parciais tónico-clónicas). Medicação: vancomicina 1 gr 48/48h (ajustado a função renal) e meropenem 1 gr/dia. Colocou-se a hipótese diagnóstica de síndrome serotoninérgica, encefalopatia por cefepime. Suspendeu-se o cefepime e associou-se a terapêutica o meropenem. Após 7 dias de suspensão da cefepime a doente apresentou-se calma, mais orientada no tempo, espaço e em pessoa, força muscular preservada e sem deficit motor. Sato2: 99%, P.A: 138/69 mmHg, F.C: 90 bpm. **Discussão:** As cefalosporinas, particularmente o cefepime, foram associadas a estado epiléptico. Relatórios anteriores abordaram apenas pacientes sem ajustes de dose na insuficiência renal. Há vários relatos de neurotoxicidade devido a cefalosporinas: adultos com insuficiência renal aguda ou crónica ou aqueles em diálise, e em crianças. As cefalosporinas da 4ª geração inibem a síntese da parede celular bacteriana, causam infeções graves como sepses e são eliminadas de forma inalterada pela urina, apresentam meia vida plasmática 2-13,5h. Existe um efeito significativo em dano renal em termos de meia-vida de eliminação e depuração do cefepime. Como fatores de risco tem a idade, doença neurológica pré-existente, doença renal prévia, dose imprópria para o CrCl do paciente. Manifestam-se com confusão mental, *delirium*, NCSE (*Non convulsive status epilepticus*), convulsões, agitação e alucinações.

PO 59

LEIOMIOSSARCOMA PARATESTICULAR, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO. ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Fernando Manuel Medina Menéndez; Antónia Cláudia Pimenta de Almeida; Hélder Joaquim Alves Pinto
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Objetivos: Descrever o caso clínico de doente com patologia tumoral maligna testicular; Demonstrar a articulação de cuidados de saúde na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano(ULSLA).

Discussão: Doente do sexo masculino de 93 anos de idade, viúvo, sem história de doenças crónicas conhecidas, apenas uma fractura fechada do astrágalo direito em 2013, e desde então deslocava-se com apoio de bengala. Até dezembro de 2018, não tomava nenhuma medicação.

Vai a consulta de Medicina familiar referindo que há 20 anos apresentava um aumento de volume no escroto direito, desde há 3 meses com aumento progressivo. Fez ecografia que acusou possível neoformação, pelo qual foi pedida avaliação a especialidade de Urologia. Nos dias subsequentes começou a apresentar sinais inflamatórios e dor na região testicular, com dor nos membros inferiores, associadas, de agravamento progressivo. Foi avaliado pela Equipa da Unidade de Cuidados continuados na comunidade (UCC) do Centro de Saúde de Sines e feito pedido de colaboração a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), para controlo sintomático, sendo avaliado no Serviço de Cuidados Paliativos, decidindo-se internamento (Unidade hospitalar de Cuidados Paliativos) e pedido de avaliação pela Especialidade de Urologia, que pede estadiamento do doente, do que resultou metastização pulmonar e óssea aparente. Submetido em 08/05/2018, a orquidectomia radical direita. Do estudo histológico resultou Leiomiossarcoma paratesticular. Doente com pós-operatório sem intercorrên-

cias, começou a recuperar a marcha e teve alta para o domicílio sem qualquer descontrolo sintomático, e autonomia para a realização das atividades da vida diária o que se traduz em melhor qualidade de vida. Foi institucionalizado em LAR, onde permaneceu acompanhado pela ECSPP e médico de família, até a data do falecimento em 02/07/2018.

Conclusões: Verifica-se através deste caso clínico a articulação de Cuidados de saúde na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA).

Evidencia-se que as necessidades paliativas associadas a um cancro avançado constituem uma área de crescente interesse. Assim, o início duma abordagem paliativa em paralelo aos cuidados *standard* é recomendado.

PO 60

UMA INFEÇÃO URINÁRIA CARDIOVASCULAR

Isabel Sousa¹; Carlos Franclim²

¹USF Vilar Saúde, ACeS Gaia; ²UCSP Matosinhos, ULS Matosinhos

Enquadramento: A infeção urinária é uma patologia frequente, sobretudo no género feminino, devendo os quadros resistentes e/ou recidivantes ser investigados, podendo estar na etiologia de um quadro comum patologias menos frequentes, com implicações importantes na saúde da utente, como é o caso do aneurisma da artéria ilíaca interna esquerda.

Descrição de caso: utente do género feminino, com 91 anos de idade, com antecedentes de patologia cardiovascular (enfarte agudo miocárdio, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade) e osteoartrite da anca. A utente apresentava um bom estado geral, no entanto com infeções urinárias de repetição, cerca de 6 num ano. Pelo quadro recorrente realizou vários exames, nomeadamente imagiológicos (ecografia renal e abdominal e posteriormente tomografia computadorizada), que identificaram dilatação aneurismática da porção terminal da artéria ilíaca

comum esquerda (com compressão ureter). A utente foi orientada para Cirurgia Vascular, tendo realizado correção cirúrgica do aneurisma, com ótimo estado no pós-operatório. Sem posterior recidiva de infeção urinária.

Discussão: As patologias frequentes e sem aparente potencial de gravidade para a saúde do utente podem ser, por vezes, descuradas no que se refere a investigação adicional, sobretudo no caso de utentes com mais idade e com comorbilidades. Pelo caso apresentado se constata que, de facto, é importante explorar quadros recidivantes, sob pena de deixar escapar etiologias menos frequentes e com maior potencial de complicações, como foi paradigmático este caso, em que um aneurisma da ilíaca abdominal se manifestou por um quadro de infeções urinárias de repetição.

Urologia para Medicina Geral e Familiar



III Jornadas Temáticas Patient Care

SPONSORS



A. MENARINI PORTUGAL



Boston
Scientific
Advancing science for life™



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO

ad⁺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