

CICLO DE
CONFERÊNCIAS

Urologia ao CENTRO

**A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE**

2021 25, 27 e 31 de MAIO
ONLINE 02 de JUNHO



25 DE MAIO
PSA, HBP e CAP

27 DE MAIO
Disfunções sexuais
e vesicais

31 DE MAIO
Oncologia urológica

02 DE JUNHO
Imagiologia "benigna"
e infeções

**PROGRAMA
CIENTÍFICO**

PROGRAMA CIENTÍFICO

TERÇA-FEIRA . 25 DE MAIO . 2021

21:00h

Abertura

Arnaldo Figueiredo

PSA, HBP E CAP

Moderadores: Belmiro Parada e Luís Almeida Pinto

- Rastreio e diagnóstico precoce
- PSA – Diagnóstico e seguimento
- Critérios de referenciação

Henrique Dinis (30')

Discussão

Apresentação de caso clínico

PSA, HBP e CaP

Manuel Lopes (10')

Discussão

Avaliação da referenciação

Luís Sousa

QUINTA-FEIRA . 27 DE MAIO . 2021

21:00h

Abertura

Arnaldo Figueiredo

DISFUNÇÕES SEXUAIS E VESICAIS

Moderadores: Paulo Temido e João Quadrado

- Disfunções sexuais masculinas
- Disfunções vesicais na mulher e no homem

Roberto Jarimba (15')

Miguel Eliseu (15')

Discussão

Apresentação de casos clínicos

Disfunções sexuais

José Alberto Longras Pereira (10')

Disfunções vesicais

Pedro Fernandes (10')

Discussão

Comunicações orais

- CO01 **Sarcoma fusocelular dos corpos cavernosos - Caso clínico**
Pedro Barros, Bárbara Oliveira, Ana Neves, Inês Peyroteo, Celso Marialva,
Miguel Cabrita, Eduardo Silva e Aníbal Coutinho
- CO 02 **Um tumor envergonhado!**
Vera Gomes, Fernando Tavares, Cristiane Lourenço, Beatriz Antunes,
André Nazaré e Inês Garcia Moreira

Avaliação da referênciação

Luís Sousa

SEGUNDA-FEIRA . 31 DE MAIO . 2021

21:00h

Abertura

Arnaldo Figueiredo

ONCOLOGIA UROLÓGICA: Rim, bexiga, testículo – Prevenção e diagnóstico

Moderadores: Pedro Nunes e Célia Mendes

• Rim

Lorenzo Marconi (10')

• Bexiga

Paulo Azinhais (10')

• Testículo

Ana Marinho (10')

Discussão

Apresentação de casos clínicos

Oncologia bexiga

Vasco Quaresma (10')

Oncologia testículo

João Pedroso Lima (10')

Discussão

Comunicações orais

- CO 03 **Tumor testicular na adolescência: a importância do diagnóstico precoce**
Inês Pessanha, José Pedro Lopes, Sílvia Coutinho e Manuel Ramos
- CO 04 **“Tumores imagiológicos”, valorização de achados...**
Inês Inácio, Ricardo Fernandes, Sara Leão, Cristina Duarte e Joana Baptista
- CO 05 **Por detrás da cólica renal**
Sofia Castro Ribeiro, Rafael Neves e Liliana Andrade

Avaliação da referênciação

Luís Sousa

Abertura

Arnaldo Figueiredo

IMAGIOLOGIA “BENIGNA” E INFEÇÕES

Moderadores: Pedro Moreira e Maria João Samora

- **Imagiologia de patologias benignas comuns**

João Carvalho (15’)

- **Infeções**

ITU-R e “uretrites” na mulher

Prostatite aguda/ prostatite crónica

Edgar Tavares Silva (15’)

Discussão

Apresentação de caso clínico

Infeções

João Lorigo (10’)

Discussão

Comunicações orais

CO 06 Adenoma nefrogénico da bexiga: uma causa rara de hematuria

Inês Pessanha, Sílvia Coutinho e Manuel Ramos

CO 07 Cálculos coraliformes – Limitações no posto de trabalho

Miguel Pereira, André Santos, Daniel Melo, Laura Silva, Lisa Pires,
Margarida Coelho, Ana Paula Sardo e Fernando Mautempo

CO 08 Hamartoma vesical: Relato de um caso raro, no contexto de uma pandemia

Cristina Pais, Cláudia Pinho e Rosa Pinho

Avaliação da referenciação

Lúis Sousa

Encerramento das Jornadas

Arnaldo Figueiredo

Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 01

SARCOMA FUSOCELULAR DOS CORPOS CAVERNOSOS – CASO CLÍNICO

Pedro Barros; Bárbara Oliveira; Ana Neves;
Inês Peyroteo; Celso Marialva; Miguel Cabrita;
Eduardo Silva; Aníbal Coutinho

*Instituto Português de Oncologia de Lisboa (IPO-L)
- Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (CHUA-
Faro)*

Os tumores do pénis são raros, com uma incidência anual estimada 1/100000 na Europa, sendo que os tumores mesenquimais contabilizam menos de 5%. Estes podem apresentar-se como lesões superficiais ou profundas, ambas localmente agressivas e com potencial metastático aumentado no caso das últimas.

Neste caso, um doente de 67 anos recorreu ao serviço de urgência por um episódio único de hematuria há 1 mês, ao mesmo tempo que notou o aparecimento de uma massa com 1,5 cm na base do pénis. Atendendo à história e pensando num tumor primário uretral, fez-se uma uretrocistoscopia, que se revelou normal. A citologia urinária foi negativa.

Por um atraso no seguimento, o doente foi observado passados 2 meses, com crescimento da lesão, com 5 cm, cuja biópsia mostrou uma neoplasia fusocelular fasciculada, a favor de Sarcoma Indiferenciado.

Após este resultado, o doente foi transferido para o IPO-Lisboa. Fez uma RMN-P que mos-

trou uma massa a nível do angulo peno-escrotal com 85 x 82 x 70 mm, invadindo os corpos cavernosos, com disrupção da albugínea e fáscia de Buck. Havia dúvida quanto à invasão do corpo esponjoso, sendo que a uretra permanecia livre. Restante estadiamento regional e à distância foi negativo.

O doente foi submetido a penectomia total com excisão alargada da massa e construção de uretrostomia perineal. O período pós-operatório decorreu sem intercorrências.

A histologia revelou um Sarcoma Fusocelular com origem no corpo cavernoso, indiferenciado, com crescimento infiltrativo e 9 cm de maior eixo, extensão ao corpo esponjoso e planos fasciais adjacentes. Necrose estava presente em 10% da amostra, com invasão linfo-vascular e perineural. A margem cirúrgica estava adjacente ao limite posterior, coincidente com a margem radial.

Dada a possibilidade de doença residual, o doente foi referenciado para radioterapia, que se encontra actualmente a fazer. O TC feito aquando do planeamento das sessões, 1 mês após a cirurgia, revelou a persistência de massa residual com 5 mm adjacente à uretra.

Dada a elevada propensão a recorrência local na presença deste tipo de tumor, mesmo na presença de doença superficial, a ressecção cirúrgica completa, radical e agressiva, com margens negativas, oferece a melhor hipótese de sobrevivência.

O presente caso destaca a possibilidade de surgimento de tumores do pênis distintos, para além do carcinoma pavimentoso, cujo comportamento biológico requer uma abordagem radical por forma a controlar a doença.

CO 02

UM TUMOR ENVERGONADO!

Vera Gomes; Fernando Tavares; Cristiane Lourenço; Beatriz Antunes; André Nazaré; Inês Garcia Moreira
UCSP Vouzela

Introdução: O tumor de pênis é raro (1 em cada 100.000 homens)! Tem pico de incidência na 6a década de vida, mas pode surgir em qualquer idade. Manifesta-se por nódulo indolor, úlcera ou área que alterou de cor, na glândula, sulco coronal ou no prepúcio, podendo estar associado a infeção secundária. O tratamento visa remover todo o tumor e preservar ao máximo o pênis. A taxa de cura tem vindo a aumentar nos últimos anos pelo maior conhecimento da doença, diagnóstico precoce e avanços tecnológicos.

Descrição do caso: Homem, 57 anos, caucasiano, autónomo. Família nuclear em estágio V do ciclo de vida de Duvall. Sem medicação habitual e sem alergias. Comportamentos sexuais de risco e antecedentes de uretrite. Pouco frequentador dos Cuidados de Saúde Primários. Contato telefónico a 08/04/2020 a solicitar antibiótico por queixas de infeção urinária (sintomas iguais há 3 anos que terão passado com antibiótico). Medicado com amoxicilina+ácido clavulânico após insistência do utente e recusa em se deslocar a uma instituição de saúde pelo risco de contágio por COVID19. Pedidas urocultura e ecografias renal e vesical, que não fez. A 29/04, novo contato não presencial por queixas de astenia. Pedidas análises e ECG, cujos resultados foram enviados por e-mail a 04/05. Convocado para consulta presencial urgente nesse dia, por anemia grave (Hb 5.9 mg/dl), objetivando-se utente asténico, com palidez muco-cutânea acentuada, refere apenas 1 episódio de retorragia há cerca de 15 dias. Enviado

ao SU, submetido a transfusão de sangue, recusa internamento para estudo de anemia. No dia seguinte traz relatório do SU: proposta realização de EDA e Colonoscopia, que recusa. Após uma semana, por iniciativa própria vai ao SU, por agravamento da astenia. Neste dia, refere lesão sangrante, indolor, com secreção purulenta e odor fétido, na face anterior do pênis, com cerca de 4 meses de evolução. Avaliado por urologia por suspeita de lesão tumoral no pênis e transferido para o IPO do Porto para cirurgia. A 26/06 foi submetido a penectomia total com linfadenectomia inguinal e uretostomia perineal por carcinoma espinhocelular.

Conclusão: Este caso permite uma reflexão sobre a importância da abordagem em consulta, da sexualidade, nomeadamente quando existem indícios de alguma disfuncionalidade. O medo e a vergonha em expor o corpo, bem como comportamentos sexuais socialmente reprováveis, condicionaram o diagnóstico e orientação atempada de uma situação potencialmente grave.

CO 03

TUMOR TESTICULAR NA ADOLESCÊNCIA: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOZE

Inês Pessanha; José Pedro Lopes; Sílvia Coutinho; Manuel Ramos
Cirurgia Pediátrica, Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: Os Tumores Testiculares (TT) apresentam-se geralmente como massas escrotais de tamanhos variáveis e são a neoplasia maligna mais frequente entre os 15-35 anos, no sexo masculino. Os TT são possíveis de diagnosticar através do autoexame com palpação testicular e a sua deteção precoce relaciona-se com um melhor prognóstico e menor risco de recidiva.

Descrição do caso: Adolescente de 15 anos enviado ao Hospital Pediátrico por massa testicular com cerca de 5 meses de evolução acompanhada por dor persistente no último mês. Ao exame objetivo apresentava massa testicular

esquerda p etrea, com 20 cm de maior diâmetro, sem massas abdominais/inguinais palpáveis e uma adenopatia supra clavicular esquerda.

O estudo analítico mostrou: AFP 4471 ng/ml, B-HCG 9.9 mUI/ml, LDH 571 U/L. A TC revelou conglomerados adenop ticos retroperitoneais latero-aórticos, justa hilo renal esquerdo e micron dulo no segmento postero-basal do lobo pulmonar inferior direita. A PET confirmou a existência de lesões hipermetabólicas a nível testicular e nas adenopatias justo hilo renal e supra-calvicular esquerdas.

Realizou orquidectomia com funicolectomia esquerdas e o diagnóstico anatomopatológico foi o de neoplasia testicular germinativa mista não seminomatosa com componentes de teratoma (70%) e de tumor do saco vitelino (30%), com angioinvas o e permea o do cordão espermático. TNM: pT3NxMx.

Realizou quimioterapia adjuvante: 4 ciclos de bleomicina, etoposideo e cisplatino com boa resposta terapêutica (clínica, analítica e imagiológica). AFP 1.9 ng/ml, B-HCG 1.2 mUI/ml e desaparecimento da adenopatia supraclavicular esquerda. Na TC a nível do hilo renal esquerdo, na confluência da veia espermática com a veia renal esquerdas apresentava adenopatia suspeita (18x10 mm). Após reunião multidisciplinar, decidiu-se realizar linfadenectomia retroperitoneal laparoscópica cujo estudo anatomopatológico mostrou ausência de resíduo neoplásico. Foi aproveitado o mesmo tempo operatório para coloca o de prótese testicular.

Decorridas 3 semanas do pós-operatório o doente encontra-se clinicamente bem e em seguimento pelas equipas de cirurgia e oncologia pediátricas.

Conclusão: Os adolescentes e jovens adultos não estão conscientes do risco de TT que a sua faixa etária acarreta. O caso clínico descrito salienta a importância de alertar para o autoexame testicular com o objetivo de obter diagnósticos precoces com conseqüente melhoria da sobrevida.

CO 04

“TUMORES IMAGIOLÓGICOS”, VALORIZA O DE ACHADOS...

Inês In cio; Ricardo Fernandes; Sara Leão;
Cristina Duarte; Joana Baptista
USF Cora o da Beira

Apesar da incidência do carcinoma de células renais estar a aumentar, representa apenas 2 a 3% de todos os tumores, sendo o subtipo carcinoma de células renais crom fobo (CCRC) raro. Os doentes podem apresentar-se assintomáticos, mesmo em fases avançadas devido ao curso da doença indolente. S  uma minoria apresentar  lombalgia hematúria, massa abdominal palpável, febre, anemia, etc. Estes tumores são sobretudo diagnosticados incidentalmente em exames imagiológicos. A ecografia renal de rotina,   a forma mais comum de dete o.

I.M.C, 79 anos, caucasiano, com antecedentes de AVC isqu mico da artéria cerebral média com hemiparesia, hemi-hipostesia e hemianopsia hom nima esquerdas sequelares, HTA, IC e PTA bilateral. Em junho de 2018, recorreu ao serviço de urgência hospitalar por quadro de reten o urinária. Foi observado por Urologista que constatou globo vesical e ausência de mic o espontânea tendo sido colocado um cateter vesical com drenagem livre de urina. Depois foi removido, com mic o espontânea posterior e teve alta com diagnóstico de HBP, medicado com tansulosina e indica o para reavalia o pelo médico de família. Dois meses depois, na consulta de MGF foram solicitadas análises sanguíneas, sem altera es, e ecografias prostática demonstrando próstata aumentada e reno-vesical que revelou forma o nodular (78.8 x 63.7 x 59.3 mm), hipocog nica, na metade superior do rim esquerdo, compatível com tumor renal. Em setembro de 2018, foi pedida consulta de Urologia e TC abdomino-pélvica que confirmou tumor renal. Na consulta de Urologia, após confirmado tumor, foi proposta nefroureterectomia laparoscópica esquerda que

realizou em dezembro 2018. A peça operatória, revelou CCRC com 10 cm, infiltração do hilo renal e venosa - pT3aNxMx. O pós-op decorreu sem complicações e o doente tem-se mantido clínica e analiticamente bem, sem evidência de recorrência da doença nem necessidade de terapêutica adjuvante.

A maioria dos CCRC tem bom prognóstico, mas alguns pelo estadiamento, necrose e transformação sarcomatoide são mais agressivos, a necessitar de vigilância apertada. Embora seja um tumor localmente avançado, o doente está em remissão. O diagnóstico incidental na ecografia renal, por sintomas de armazenamento na HBP, preveniu eventuais desfechos desfavoráveis que passariam despercebidos. Uma vez que muitos são “tumores imagiológicos” torna-se importante a valorização de achados de novo nos exames complementares, mesmo que sem relação causal inicial.

CO 05

POR DETRÁS DA CÓLICA RENAL

Sofia Castro Ribeiro; Rafael Neves; Liliana Andrade
UCSP Tábua

Introdução: O carcinoma das células renais (CCR) representa 2–3% de todos os cancros, sendo o subtipo papilar o 2º tipo mais frequente com 10-15%². Tem pico de incidência dos 50 aos 70 anos e predomínio no homem (2:1). Origina-se a partir das células do tubo contornado proximal, e mais de 50% constituem “incidentomas” de ecografias e Tomografias Computorizadas (TC’s).

São fatores de risco o tabagismo, obesidade e hipertensão. A tríade de dor no flanco, hematúria e massa abdominal raramente é detetada, mas em 20-30% dos doentes são estes os sinais/sintomas.

Caso Clínico: Homem de 50 anos, com antecedentes de dislipidemia e tabagismo, medicado com estatina. Recorre ao médico de família (MF) em Maio 2019 por cansaço progressivo,

associado a episódios de lombalgia e disúria. Ao exame objetivo (EO), fâcies cansado, auscultação cardiopulmonar normal e Murphy renal negativo. Por suspeita de litíase renal foi pedido estudo analítico e ecografia renal.

Volta à consulta em Outubro com os resultados dos exames: análises com dislipidemia e ecografia renal com formação nodular hipoeecogénica com 23mm no rim direito, não líquida, com indicação para TC renal. Sem litíase ou dilatação pielocalicial. Foi pedido TC- abdominal e referenciado à Urologia.

Na Urologia em dezembro, a TC descreve: rim direito com formação nodular de 22mm, com realce após contraste, sólida com indicação cirúrgica; rim esquerdo com formação nodular de 14mm, duvidosa no realce, sugerindo-se RM.

A RM, um mês depois, relata no 1/3 médio rim direito, nódulo 22 mm compatível com tumor de células renais (variante papilar), nódulos semelhantes no 1/3 inferior do mesmo rim (< 10 mm) e no rim esquerdo outro com 14 mm. Foi submetido a nefrectomias parciais bilateralmente por 2 carcinomas papilares de células renais, com classificação pT1aNxMx.

Em outubro de 2020 a TC de estadiamento revela metástase no pulmão direito, formações ganglionares no mediastino e 2 nódulos sugestivos de lesões sólidas peri-centimétricas no rim esquerdo. Atualmente, mantém vigilância com situação clínica estável.

Conclusão: Este caso revela a importância crucial do MF na avaliação cuidada dos doentes com sintomatologia urinária. O diagnóstico precoce e o controlo dos fatores de risco são áreas em que devemos atuar e que têm contribuído para a diminuição da mortalidade por CCR, apesar do aumento da incidência.

CO 06

ADENOMA NEFROGÉNICO DA BEXIGA: UMA CAUSA RARA DE HEMATÚRIA

Inês Pessanha; Sílvia Coutinho; Manuel Ramos
Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução: O adenoma nefrogénico da bexiga (ANB) é uma variante benigna e rara de tumores da bexiga. Ocorre mais frequentemente em adultos e tendencialmente do sexo masculino. Apesar da sua etiologia não estar completamente esclarecida, esta metaplasia urotelial ocorre em resposta a processos inflamatórios de diversas causas. Na criança o fator predisponente mais frequente é a agressão decorrente de intervenções cirúrgicas, ocasionalmente a irritação crónica do urotélio (litiase) ou infeções urinárias de repetição. O caso infraescrito apresenta uma adolescente com ANB diagnosticado em contexto de hematúria.

Descrição do caso: Adolescente com antecedentes de duplicidade completa do sistema excretor e volumoso ureterocelo à esquerda, descobertos em contexto de infeções urinárias de repetição e uropatia obstrutiva do polo renal superior. No primeiro ano de vida realizou ureterocelectomia com posterior nefroureterectomia polar superior esquerda.

Referenciada novamente aos 16 anos à consulta de urologia pediátrica por hematúria macroscópica isolada. Realizou ecografia com descrição de três formações vegetantes, endoluminais, uma de localização mediana e outras 2 de localização lateral esquerda, a maior com 20 mm de diâmetro.

Realizou uretrocistoscopia com ressecção transuretral (RTU) das lesões com localização correspondente à descrita em ecografia e com aspeto eritmato-bolhoso. A intervenção decorreu sem incidentes assim como o pós-operatório.

O estudo anatomopatológico revelou ANB. A doente não realizou nenhum tratamento endovesical e mantém seguimento através de cistoscopias anuais, sem lesões compatíveis com

recidiva e citologia negativa para células neoplásicas, num *follow-up* de 6 anos.

Conclusão: O ANB é uma entidade rara com uma apresentação clínica inespecífica, como disúria e polaquiúria ou mais raramente hematúria macro ou microscópica. Apesar do seu comportamento benigno, o ANB apresenta um elevado grau de recidiva, impondo assim um *follow-up* prolongado. Apesar de não existirem normas consensuais de orientação clínica específicas para ANB a RTU com *follow-up* prolongado através de cistoscopia parece ser uma conduta adequada para estes casos.

CO 07

CÁLCULOS CORALIFORMES – LIMITAÇÕES NO POSTO DE TRABALHO

Miguel Pereira; André Santos; Daniel Melo;
Laura Silva; Lisa Pires; Margarida Coelho;
Ana Paula Sardo; Fernando Mautempo
Serviço de Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional do Centro Hospitalar Baixo Vouga

Introdução: A litiase renal é uma patologia relativamente prevalente, mas frequentemente auto-limitada. No entanto, os cálculos coraliformes (ou de estruvite) integram um dos subgrupos menos frequentes. A sua formação depende da infeção do trato urinário superior por bactérias produtoras de urease, que ao tornarem alcalino o pH pielocalicial, provocam a precipitação deste tipo de cálculos. O tratamento definitivo é cirúrgico, todavia o crescimento do cálculo pode ser adiado recorrendo à litotricia extracorporal com ondas de choque.

Descrição do caso: Mulher, 55 anos, assistente operacional num serviço de internamento para doentes COVID-19, apresenta antecedentes de cálculo coraliforme no rim direito, com 5 anos de evolução, com a colocação de duplo J, há 7 meses atrás, com necessidade de substituição semestral, com posterior litotricia extracorporal com ondas de choque. A trabalhadora realizou o Exame Ocasional de Regresso ao Trabalho após Doença, no Serviço da Medicina

do Trabalho, após a substituição de duplo J. No final do exame médico, atribuiu-se uma Aptidão Condicionada para as funções que desempenha no seu posto de trabalho, com recomendações de disponibilização de água e de acesso às instalações sanitárias.

Conclusão: A Ficha de Aptidão para o Trabalho deve indicar a aptidão ou inaptidão do trabalhador para as tarefas inerentes às funções do posto de trabalho proposto/atual e deve ser preenchida face ao resultado do exame de Medicina do Trabalho efetuado ao trabalhador. Sempre que necessário, o Médico do Trabalho deve indicar, neste documento, recomendações de prevenção de riscos profissionais e de promoção da saúde e segurança no trabalho, e ao mesmo tempo, privilegiar a confidencialidade médico-doente, ao não mencionar as patologias do trabalhador. A Aptidão Condicionada, emitida na Ficha de Aptidão para o Trabalho, de um trabalhador com o diagnóstico de litíase renal por cálculos coraliformes, deve ter em conta as limitações inerentes a essa patologia, de modo a preservar o débito urinário e limitar a proliferação dos agentes etiológicos.

CO 08

HAMARTOMA VESICAL: RELATO DE UM CASO RARO, NO CONTEXTO DE UMA PANDEMIA

Cristina Pais; Cláudia Pinho; Rosa Pinho
USF Vale do Vouga

Introdução: O hamartoma definido histologicamente pela proliferação focal excessiva de células maduras, semelhantes às do tecido de origem, pode aparecer em vários órgãos, sendo os mais comuns o baço, fígado, rim e pulmão. O diagnóstico de um hamartoma na bexiga é muito raro, encontrando-se descritos cerca de 12 casos na literatura. A sua patogénese permanece desconhecida. Embora existam relatos de casos isolados, o seu diagnóstico parece relacionar-se com algumas síndromes.

Descrição do caso: O caso clínico relata um

homem, de 67 anos, medicado com Varfarina, Brometo de umeclidínio + Vilanterol e Alprazolam. Em julho de 2020, marcou teleconsulta para pedir orientação perante o resultado de ecografia reno-vesical, solicitada em consulta médica privada, por quadro de urgência e esforço miccional com cerca de 1 ano de evolução, que, pelo contexto da pandemia, não conseguira comunicar ao seu médico de família. O resultado do exame revela que “no pavimento vesical identifica-se um aspeto ecogénico com cerca de 8 x 6 x 8 mm, suspeito de corresponder a formação polipoide”, o que levou o utente a ser encaminhado, pelo médico de família, para consulta externa de Urologia para ressecção transuretral (RTU) vesical que revelou tratar-se de “lesão compatível com hamartoma vesical”. Cerca de 1 mês após a RTU, o utente iniciou quadro de hematúria e disúria, realizando cistoscopia, que revelou “várias áreas de edema, com sufusão hemorrágica de características inespecíficas - hamartoma?”. O utente encontra-se a aguardar resultado da citologia, consulta de Urologia e Genética e mantém, neste momento, contacto regular com o seu médico de família.

Comentário: O caso clínico apresentado trata-se do achado acidental de um hamartoma vesical até há data sem registo de malignidade associada ou recorrência, que, pela sua raridade, levantou curiosidade e dúvidas. O médico de família, sendo, quase sempre, o primeiro contacto do utente com os cuidados de saúde, tem um papel fundamental no esclarecimento do utente acerca da doença e no encaminhamento do utente para a especialidade. Durante a pandemia, os centros de saúde sofreram mudanças estruturais que impediram o adequado atendimento dos utentes. Este caso procura mostrar a necessidade de melhorar as ferramentas de acesso dos utentes aos cuidados de saúde primários e o conhecimento científico do médico de família, o que permitirá uma maior proximidade com os cuidados de saúde secundários e o melhor acompanhamento dos utentes.

Organização

Associação dos Amigos de Urologia e Transplantação Renal

Presidente: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo

Comissão Organizadora

Álvaro Brandão | Ana Marinho | António Roseiro | Edson Retroz | João Carvalho | João Lima
João Lorigo | José Alberto Pereira | Lorenzo Marconi | Luís Sousa | Manuel Lopes | Miguel Eliseu
Paulo Azinhais | Pedro Fernandes | Pedro Moreira | Pedro Simões | Roberto Jarimba | Vasco Quaresma

Comissão Científica

UROLOGIA

Arnaldo Figueiredo (CHUC) | Belmiro Parada (CHUC) | Edgar Tavares da Silva (CHUC)
Henrique Dinis (CHUC) | Paulo Temido (CHUC) | Pedro Nunes (CHUC)

MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Almerinda Rodrigues (PCCS do ACES Baixo Mondego - UCSP Cantanhede)
Célia Mendes (Presidente Conselho Clínico ACES PIN - UCSP Figueiró dos Vinhos)
João Quadrado (USF Pulsar)
José Augusto Simões (Coordenador do Internato Médico de MGF da Zona Centro)
Luís Almeida Pinto (USF CELASAÚDE)
Maria João Samora (USF Rainha Santa)

Patrocínios

MAJOR SPONSORS



SPONSORS



Secretariado

ad medic⁺

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 | sofia.gomes@admedic.pt
W: www.admedic.pt