

CUIDADOS DE SAÚDE PARTILHADOS EM UROLOGIA E MEDICINA GERAL E FAMILIAR

15 e 16 | setembro de 2022 | Porto
Ordem dos Médicos

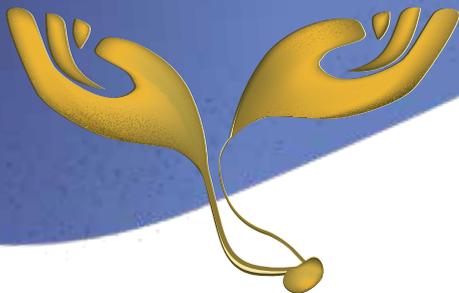


Imagem: AdMédic

PROGRAMA
Científico



Consulte a versão digital
do **programa com resumos**



15 SETEMBRO
2022

08:00h

Abertura do Secretariado

09:00-10:30h

MESA-REDONDA 1 SINTOMAS DO APARELHO URINÁRIO BAIXO

Moderadores: Tiago Lopes e Luciana Couto

LUTS/HBP

Como ultrapassar os sintomas de armazenamento? *(10 min)*

Luís Vale

Quando referenciar um doente com LUTS? *(10 min)*

Gustavo Oliveira

Novos tratamentos cirúrgicos minimamente invasivos *(10 min)*

Simão Abreu

Incontinência urinária feminina

Síndrome de bexiga hiperativa *(10 min)*

Lúisa Sá

Incontinência urinária de esforço *(10 min)*

Andreia Eiras

Incontinência urinária mista – O que tratar primeiro? *(10 min)*

Simão Abreu

Discussão

10:30-11:00h

SESSÃO DE ABERTURA

11:00-11:30h

Intervalo

11:30-13:00h

MESA-REDONDA 2 DISFUNÇÃO ERÉTIL

Moderadores: Paulo Dinis e Jonathan dos Santos

Implicações no risco cardiovascular (20 min)

Joana Monteiro

Quando referenciar um doente com disfunção erétil? (20 min)

Pedro Ramos

DE e LUTS no idoso (20 min)

Afonso Morgado

Discussão

13:00-14:00h

Almoço

14:00-15:30h

MESA-REDONDA 3 URO-ONCOLOGIA E O PAPEL DO MGF

Moderadores: Francisco Botelho e Rute Teixeira

Cancro da próstata

O doente com PSA elevado (10 min)

Sofia Baptista

O papel da RMNmp no rastreio de cancro da próstata (10 min)

Afonso Morgado

Recidiva após tratamento do cancro da próstata localizado (10 min)

Vasco Rodrigues

Cancro da bexiga

Avaliação do doente com hematúria macroscópica (10 min)

Daniel Beirão

Doença não músculo-invasiva – Estratificação do risco e tratamento (10 min)

Luís Vale

O papel dos CSP no doente com derivação urinária (10 min)

Maria Manuel Castro

Cancro do rim

Nódulos renais e cistos renais – Quando referenciar? (10 min)

Teresa Vaz

Pequenas massas renais – O papel da vigilância (10 min)

Daniel Costa

Discussão

15:30-16:00h | **MESA-REDONDA “CANCER SURVIVORSHIP” TRANSIÇÃO ENTRE ESPECIALIDADES**

Carlos Silva, Francisco Cruz e Paulo Santos

16:00h | Encerramento do primeiro dia

16 SETEMBRO

2022

08:30h | Abertura do Secretariado

09:00-10:00h | **MESA-REDONDA 4 INFECÇÕES URINÁRIAS**

Moderadores: Rui Pinto e Tiago Taveira Gomes

ITUs de repetição na mulher (15 min)

Pedro Castro

Tratamento da prostatite recorrente (15 min)

Alberto Silva

ITU no doente com litíase (15 min)

Carlos Franclim

Discussão

10:00-10:15h | Intervalo

10:15-11:15h | **MESA-REDONDA 5 CASOS CLÍNICOS**

Moderadores: João Silva e Isabel Nazaré

Hematúria macroscópica (15 min)

Inês Vasconcelos

Cólica renal complicada (15 min)

Catarina Pinto

Noctúria (15 min)

Jorge Manuel Silva

Incidentaloma da suprarrenal (15 min)

Tiago Lopes

11:15-11:45h

APRESENTAÇÃO DE POSTERS SELECIONADOS

Moderadores: Teixeira de Sousa, Ulisses Ribau, Paulo Dinis e Paulo Santos

PO 04 Impacto da cirurgia bariátrica em pacientes com incontinência urinária de esforço

PO 08 AINES – Uma alternativa aos antibióticos nas infeções urinárias?

PO 09 Cistites: Quando a realidade demonstra a evidência

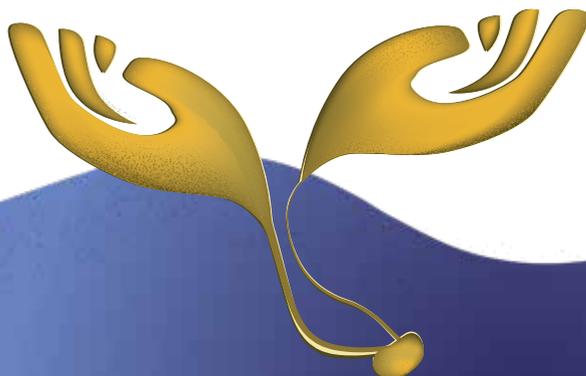
PO 13 Uma causa incomum de choque: A propósito de dois casos clínicos

PO 15 Questionário ao conhecimento sobre patologia testicular no ensino secundário em Portugal

11:45-13:00h

SESSÃO DE ENCERRAMENTO “LIMAR DE ARESTAS”

Carlos Silva, Paulo Dinis, Paulo Santos e Miguel Guimarães



CUIDADOS DE SAÚDE PARTILHADOS EM UROLOGIA E MEDICINA GERAL E FAMILIAR



RESUMOS DOS POSTERS

PO 01

PODE O COVID-19 AFETAR A FERTILIDADE MASCULINA? UMA REVISÃO DE TEMA

Bruno Nery¹; Carolina Caetano²; Alexandre Coelho³; Maria João Órfão⁴; Ana César¹

¹USF Global; ² USF Tornada; ³ USF Terras de Cister; ⁴ USF Pedro e Inês

Introdução: Desde do aparecimento da SARS-CoV-2, em Wuhan, que rapidamente se alastrou a infeção no mundo. Atualmente, atingiu mais de 550 milhões de pessoas e provocou 6 milhões de mortes. A febre por pneumonia parece ser a apresentação mais comum. Contudo, o vírus foi também detetado nas amostras de fezes e urina, o que faz levantar a questão se poderá ser transmitido por estes fluídos. O recetor do vírus parece ser o ACE2, que é abundantemente expresso nas células alveolares tipo II dos pulmões, mas que também apresenta níveis significativamente elevados no intestino delgado, rim e testículos. Surgem preocupações quanto à probabilidade destes órgãos serem possíveis alvos. As espermatogónias (EG), as células de Leydig (CL) e as células de Sertoli (CS) são onde se expressam altos níveis de ACE2 na membrana superficial. Podem então ser um alvo, tendo a orquite e esterilidade como possíveis complicações. Contudo, parece haver evidência de maior envolvimento gonadal nos mais jovens. O mecanismo é incerto e as complicações su-

posições, recomendando-se mais pesquisas na área. Deve-se referir que o processo inflamatório sistémico com febre tende a interferir na espermatogénese (EGs) e pode afetar a fertilidade.

Objetivo: Perceber qual a evidência atual sobre os efeitos do SARS-CoV-2 na fertilidade masculina.

Materiais e métodos: Pesquisa de meta-análises, revisões sistemáticas e estudos controlados aleatorizados nas bases de dados PUBMED, *Web of Science* e *Cochrane Library*, com os termos SARS-CoV-2, *reproductive system, infertility, germ cells, spermatogonia, Sertoli cells, Leydig cells, ACE2* e *anti-sperm antibodies*, publicados entre 2020 e 2022, na língua inglesa. Critérios de inclusão: artigos completos gratuitos; e critérios de exclusão: artigos de opinião, editoriais ou protocolos de estudo, ensaios clínicos sem grupo de controlo.

Resultados e conclusões: Dos 20 estudos selecionados, após triagem por título e resumo, foram selecionados 9 para leitura integral, estando cumpridos todos os critérios metodológicos. Foi possível concluir que mecanismos combinados entre si podem desencadear infertilidade. Na via de ativação ACE2: as EG podem sofrer desequilíbrio no RAAS, aumento da inflamação e disrupção da EGs; nas CS pode levar ao comprometimento da barreira hematotesticular, aumento da resposta autoimune

e formação anticorpos anti-espermatozoides; nas CL podem ocorrer alterações hormonais, com potencial hipogonadismo e disrupção da esteroidogénese. Outros mecanismos da infeção incluem: danos no DNA do espermatozoide ou motilidade anormal através da interrupção do eixo de sinalização ACE2/Ang (1-7)/Mas/PI3K/AKT, do stress oxidativo sistémico e inflamação. Existem poucos estudos, focando-se nos efeitos da fase aguda. Assim sugerem-se estudos futuros com acompanhamento de pacientes COVID-19 a longo prazo. Até lá a potencial infertilidade não pode ser negada.

PO 02

ABORDAGEM DA DISFUNÇÃO ERECTIL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: PROTOCOLO DE ATUAÇÃO

Manuel Ferreira Veloso; Inês Genésio; Samuel Canelas
Usf S Bento

Introdução: A disfunção erétil (DE) define-se como a incapacidade de obter e manter uma ereção que permite ter uma vida sexual satisfatória, tendo particular relação com fatores cardiovasculares, endocrinológicos, urológicos e psicológicos, entre outros. Atendendo à sua elevada prevalência, entre 9.6% a 25.2%, bem como à sua correlação com a Saúde Mental e Cardiovascular torna-se essencial que o Médico de Família (MF) saiba diagnosticar e orientar o utente com suspeita de DE.

Objetivo: Criação de linhas de orientação referentes à abordagem da DE, em consulta, nos Cuidados de Saúde Primários.

Material e métodos: Protocolo de atuação à abordagem da DE, tendo por base uma revisão bibliográfica clássica sobre a DE. Para tal, foram utilizadas as mais recentes Guidelines da European Association of Urology e da American Urological Association, bem como outros documentos relevantes ao tema.

Resultados e conclusões: O protocolo de atuação assenta, numa primeira fase, no Sub-

jetivo (S), à avaliação da sintomatologia do doente, bem como do impacto psicossocial.

De seguida, no objetivo (O) é necessário o exame objetivo dirigido, incluindo, o cálculo do risco cardiovascular geral, através do SCORE2 ou SCORE-OP e o risco cardiovascular associado à atividade sexual, utilizando Consensos de Princeton. O uso de escalas como a *International Index of Erectile Function (IIEF)*, permite avaliar a função erétil masculina, bem como estimar o grau de disfunção, sendo uma pontuação inferior a 26 indicativa de DE.

Na avaliação (A), é necessário a exclusão de potenciais diagnósticos diferenciais.

Por fim, no plano (P), torna-se crucial a exclusão de causas reversíveis de DE, bem como o controlo dos fatores de risco cardiovasculares (FRCV) e da componente psicológica. No que concerne à prescrição de estudo analítico este deverá incluir perfil lipídico e glicémico, entre outros. Por outro lado, a terapêutica farmacológica poderá incluir inibidores da fosfodiesterase 5 em doentes que não iniciem a ereção, requerendo estimulação sexual.

A DE é a causa mais comum disfunção sexual nos homens, apresentando elevada prevalência e etiologia multifatorial. Além disso, é um importante fator preditor de doença cardiovascular, precedendo eventos major em 3 a 5 anos. Cabe ao MF o correto diagnóstico e caracterização da DE, permitindo, assim uma atempada e devida orientação.

PO 03

ASSOCIAÇÃO ENTRE A DISFUNÇÃO ERÉCTIL E A SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: REVISÃO SISTEMÁTICA

Manuel Ferreira Veloso¹; João Mendes Sobral²; André Veloso³; André Marques Pinto⁴; Avelino Fraga⁴
¹Usf S Bento; ² USF Baltar; ³ Centro Hospitalar do Algarve, EPE / Hospital de Faro; ⁴ Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A possível associação entre disfunção eréctil (DE) e a síndrome da apneia obstrutiva do Sono (SAOS) foi proposta pela primeira vez na década de setenta, com estudos a confirmar a elevada prevalência de DE nos doentes com SAOS. Existem, contudo, estudos que refutam esta correlação, expondo outros fatores como mais determinantes para o desenvolvimento de DE, não sendo a SAOS um fator independente. Assim, permanecem pouco claros os mecanismos responsáveis pela associação.

Objetivo: Apreciar a relação entre as patologias e os seus tratamentos; abordar as epidemiologia, etiologia e fisiopatologia dos principais distúrbios envolvidos na associação.

Material e métodos: Pesquisa e análise do conteúdo de artigos publicados entre janeiro/2000 e junho/2022 na base de dados PubMed para revisão da literatura médica.

Resultados e conclusões: Vários estudos demonstraram esta associação, tendo alguns verificado correlações fortes entre as gravidades das patologias, assim como, outros levam a crer que os doentes com DE apresentam maior hipersonolência diurna. A DE nos doentes com SAOS parece ser desencadeada pelas hipoxia intermitente e fragmentação do sono, que, através de alterações dos mecanismos vasculares, neurológicos, hormonais e psicológicos, provocam este fenómeno hemodinâmico.

Por outro lado, a associação foi rejeitada por uma minoria de estudos. Estes concluíam que as elevadas prevalências de DE em doentes

com SAOS se deviam à presença concomitante de outros fatores de risco como a idade, as doenças e fatores cardiovasculares, as alterações neuroendócrinas e a depressão.

Os tratamentos utilizados na SAOS parecem melhorar a função eréctil, sendo a sua combinação segura e eficaz. A abordagem biopsicossocial das alterações da qualidade de vida e dos fatores psicogénicos são necessárias para o tratamento de ambas as patologias.

Em conclusão, é evidente a ocorrência de DE nos doentes com SAOS e a relação entre as suas gravidades. O conhecimento dos mecanismos responsáveis está em expansão. Na suspeita/diagnóstico de SAOS deve ser rastreada a DE; do mesmo modo, os doentes com DE devem ser inquiridos acerca da SAOS, dado poder não estar diagnosticada e os seus tratamentos podem concomitantemente melhorar a função eréctil. O estudo desta associação é relevante e merecedor de um investimento das comunidades científicas e entidades oficiais com implementação de medidas de rastreio e diagnóstico destas patologias.

PO 04

IMPACTO DA CIRURGIA BARIÁTRICA EM PACIENTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

Diana Murteira; Nilza Tavares; Ricardo Afonso; João de Oliveira e Silva; Maria João Teixeira
USF Salvador Machado

Introdução: Segundo o Boletim Epidemiológico a prevalência da obesidade em Portugal é de 28,7%. A Organização Mundial de Saúde prevê que em 2025 cerca de metade da população seja obesa.

A obesidade é um fator de risco independente para incontinência. Os obesos apresentam maior probabilidade de desenvolver incontinência urinária. Cada aumento de 5 unidades no Índice de Massa Corporal acima do peso

normal está associado a um aumento de 40 a 70% na hipótese de incontinência urinária prevalente e a um aumento de 30 a 60% no risco de incontinência urinária incidente em 5 a 10 anos. Estima-se que esta esteja presente em 60 a 70% das mulheres severamente obesas e 24% entre homens severamente obesos.

Atendendo a que a obesidade é um fator de risco potencialmente modificável para incontinência urinária, a redução de peso tem sido investigada como uma opção de tratamento.

Objetivos: Este trabalho tem como objetivo analisar a relação entre incontinência urinária e procedimentos cirúrgicos bariátricos, de forma a proporcionar uma intervenção adequada na perspetiva dos cuidados de saúde primários.

Material e métodos: Foi realizada 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 os termos MeSH *Bariatric Surgery*, *Urinary Incontinence*, através da função AND.

Resultados e conclusões: Para a incontinência urinária contribuem uma multiplicidade de fatores, nomeadamente a obesidade. Nestes utentes, maioritariamente identificamos incontinência urinária de esforço. Para a sua fisiopatologia contribuem em graus variáveis de importância a hiper mobilidade do colo vesical e uma deficiência intrínseca do esfíncter urinário.

Ensaio clínico que recorrem apenas a uma dieta hipocalórica (resultando numa perda de peso de 10 a 15%) relataram reduções na prevalência ou gravidade da incontinência entre mulheres e homens obesos, estimando-se assim resultados positivos em maior dimensão, em utentes com perdas de até 74% do IMC após 2 anos de procedimento bariátrico. Entre as populações gravemente obesas, foi

relatada melhoria substancial na incontinência durante o primeiro ano após a cirurgia bariátrica, mas faltam evidências sobre a durabilidade desse efeito. Apresentam-se mais recentemente estudos com durabilidade do efeito até três anos após procedimento cirúrgico.

As mulheres mais velhas com maior circunferência abdominal apresentam maior risco de desenvolver incontinência urinária de esforço antes da cirurgia bariátrica. Esse tipo de incontinência urinária tende a persistir nas mulheres após menopausa, apesar da perda de peso.

A perda de peso alcançada através da cirurgia bariátrica melhora os sintomas da incontinência urinária, melhora a força dos músculos do pavimento pélvico e reduz os impactos na qualidade de vida relacionados com esta patologia.

PO 05

UM CASO DE DOR ESCROTAL NÃO AGUDA – A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM PELO MÉDICO DE FAMÍLIA

Inês Mesquita Caetano; Mariana Santos; Mariana Casimiro; Ana Teresa Gonçalves; Ricardo Araújo; Francisco Carvalho
USF de Algés

Introdução: Perante um caso clínico de dor escrotal, importa distinguir os casos de dor aguda, que habitualmente requerem uma abordagem urgente e/ou emergente; e os casos de dor não aguda, com duração superior a dois dias. Estes últimos compreendem um vasto espectro de diagnósticos diferenciais entre etiologias escrotais (sendo as mais frequentes, varicocele, hidrocele, espermatocelo, cancro testicular e epididimite crónica); e não escrotais (como hérnias inguinais e fenómenos de dor referida).

Descrição do caso: Utente de 70 anos, pediu consulta de doença aguda por dor testicular esquerda com 5 dias de evolução que agra-

vava durante o dia e aliviava com o repouso. Negava trauma, exsudado uretral, sintomas urinários, febre ou outros sintomas. História pregressa de herniorrafia inguinal direita em 2019, ex-fumador, com rastreo oncológico atualizado. À observação, bom estado geral, com ligeiro aumento escrotal esquerdo, sem sinais inflamatórios ou hidrocelo. Apresentava desconforto à palpação escrotal esquerda, notando-se pequeno “saco de minhocas” no pólo superior do testículo esquerdo, sem massas testiculares ou nos pontos herniários. Foi medicado com antiinflamatório e solicitada ecografia para confirmação diagnóstica de varicocele. Na reavaliação, o utente referiu agravamento do seu padrão de obstipação habitual e melhoria sintomática com a utilização de uma cinta abdominal com suspensão genital. Foi levantada a hipótese clínica de hérnia inguinal, posteriormente confirmada pela ecografia, excluindo outras alterações. Foram explicados os sinais de alarme de hérnia inguinal e dor escrotal e aconselhadas medidas terapêuticas e comportamentais.

Discussão: Apesar da dor escrotal ser um motivo pouco frequente de consulta nos cuidados de saúde primários, este caso salienta a importância do conhecimento das suas etiologias, abordagem e prognóstico. O diagnóstico de varicocele e hérnia inguinal é clínico, sendo a sua sensibilidade diagnóstica afetada pelas manifestações objetiváveis e experiência do médico de família (MF). O exame objetivo é crucial e nunca deve ser escusado, permitindo a recolha de dados relevantes para o diagnóstico diferencial, tranquilização e capacitação do utente. A ecografia escrotal, tendo uma elevada sensibilidade diagnóstica para distinção de lesões intra e extratesticulares, deve ser solicitada pelo MF quando existe dúvidas diagnósticas.

PO 06

PROTÓCOLO DE ATUAÇÃO NA DISFUNÇÃO ERÉTIL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Madalena Braga; Leonor Ferreira da Silva; Nuno Mendanha Pereira; Pedro Filipe Tavares; Tiago Costa Freitas
USF Arca D'Água

Introdução: A disfunção erétil (DE) é definida como a incapacidade persistente ou recorrente de atingir e/ou manter a ereção peniana suficiente para satisfação sexual, incluindo desempenho sexual satisfatório. Em Portugal, estima-se que a de DE afete entre 13 a 48% da população masculina. A DE é comumente classificada em três grupos com base na sua etiologia: orgânica (vasculogénica, neurogénica, estrutural, hormonal), psicogénica (generalizada ou situacional) e mista.

Objetivos: Esta revisão tem como objetivo reunir as evidências científicas mais recentes publicadas nas principais *guidelines* internacionais sobre a abordagem e tratamento da DE, bem como a criação de um protocolo de atuação clínico adaptado à prática e realidade dos cuidados de saúde primários em Portugal.

Material e métodos: Em 8 de abril de 2022 foi realizada uma pesquisa de *guidelines* em websites de medicina baseada na evidência. Os termos MeSH utilizados foram *erectile dysfunction* e *guideline*. A pesquisa foi limitada a publicações realizadas nos últimos 4 anos, ou seja, até 2018. Foram incluídos artigos de língua portuguesa e inglesa.

Resultados e conclusões: Da pesquisa bibliográfica resultaram nove artigos, nos quais se encontravam as *guidelines* da *American Urological Association* (AUA), da *European Association of Urology* (EAU) e da *Canadian Urological Association* (CUA). Procedeu-se à leitura integral das recomendações efetuadas relativamente à avaliação, diagnóstico, orien-

tação e tratamento da DE e sistematização das mesmas. Na abordagem inicial ao doente com DE, devem ser sempre realizados uma história clínica detalhada e um exame objetivo que avaliem globalmente o doente (antecedentes médicos, cirúrgicos, história psicossocial e sexual, medicação habitual, história de abuso de substâncias, história de tratamentos com radiação pélvica e de trauma pélvico, tratamentos anteriores para disfunção sexual, etc). O estudo analítico deve ser adaptado às queixas e fatores de risco do doente. Nos cuidados de saúde primários, é possível os médicos diagnosticarem, investigarem e iniciarem o tratamento de primeira linha na grande maioria dos doentes com DE. Quatro potentes inibidores seletivos da fosfodiesterase 5 (IPDE5s) foram aprovados pela *European Medicines Agency* (EMA) para o tratamento da DE e são comercializados em Portugal: sildenafil, tadalafil, vardenafil, avanafil. De acordo com as guidelines, a prescrição de todos os IPDE5s em doentes com doença cardiovascular conhecida e DE deve ser baseada nas recomendações do “The Princeton III Consensus”. A decisão clínica deverá ser sempre compartilhada e centrada no doente.

PO 07

UM DIAGNOSTICO ESCONDIDO

Marta Dias; Gisela Santos Leite; Rui Rocha
USF Fânzeres

Introdução: Na avaliação inicial de uma lesão peniana, o diagnóstico diferencial entre etiologia infecciosa e neoplásica pode não ser evidente. Devem ser avaliados comportamentos sexuais de risco, sinais e sintomas clínicos como o tipo e número de lesões, dor associada, a presença de linfadenopatia, assim como sintomas geniturinários e constitucionais.

Na suspeita de infeção sexualmente transmissível (IST) devemos solicitar confirmação laboratorial e orientar em conformidade. A persis-

tência da lesão após tratamento ou a suspeita inicial de neoplasia deve motivar biopsia.

O cancro do pénis é o menos prevalente entre os tumores do sistema urogenital masculino e cerca de um terço dos casos são causados ??pela infeção pelo HPV.

Descrição do caso: Homem, 78 anos, não fumador, refere numa consulta de vigilância de Medicina Geral e Familiar queixas de lesão peniana, ocasionalmente pruriginosa, com 1 ano de evolução, sem crescimento dimensional nos últimos meses. Nega queixas álgicas ou hemorrágicas referidas a esta topografia, sintomatologia urinária baixa (LUTS) e corrimento uretral. Sem antecedentes de infeções sexualmente transmitidas. Refere, no entanto, comportamentos sexuais de risco com múltiplas parceiras. Sem outros antecedentes pessoais de relevo. Ao exame objetivo apresentava uma lesão eritematosa de consistência dura cerca de 5 cm de maior diâmetro junto ao sulco balanoprepucial num pénis não circuncisado. Não eram palpáveis adenopatias. Foi solicitado um estudo de IST cujo resultado foi negativo. Foi referenciado à consulta de Urologia, tendo realizado biopsia cujo resultado histológico foi carcinoma epidermoide invasivo. Foi submetido a circuncisão radical. A análise anatomopatológica da peça demonstrou carcinoma epidermoide invasor relacionado com HPV, variante verrucosa-basalóide, pouco diferenciado (G3), em estadio pT1b Nx R0.

Discussão: Este caso clínico revela a necessidade da sensibilização do médico de família para diagnóstico precoce do cancro do pénis, questionando sobre sintomatologia urogenital e comportamentos sexuais de risco em todas as faixas etárias

Um diagnóstico tardio desta entidade correlaciona-se com pior prognóstico oncológico e maior probabilidade de cirurgia mutilante do pénis com impacto na qualidade de vida do doente.

Muitos dos casos de cancro do pênis podem ser prevenidos. Com a implementação da vacina contra HPV no plano nacional de vacinação (a partir de 2008 no sexo feminino e em 2020 no sexo masculino) espera-se a diminuição da prevalência do HPV com impacto expectável na incidência da neoplasia do pênis. A educação para a saúde com foco numa correta higiene íntima desde da infância e a prevenção do tabagismo são também fundamentais.

PO 08

AINES – UMA ALTERNATIVA AOS ANTIBIÓTICOS NAS INFEÇÕES URINÁRIAS?

Inês Milhazes¹; Sónia Dias Batista²

¹USF Flor de Sal; ² USF Salinas

Introdução: As infeções do trato urinário (ITUs) permanecem uma das principais causas de morbilidade nas mulheres saudáveis e de recorrência aos cuidados de saúde primários. Estima-se que, pelo menos, 50% das mulheres terão, pelo menos, 1 ITU ao longo da sua vida. As *guidelines* atuais recomendam o recurso a antibióticos para o seu tratamento, constituindo a 2^o razão mais frequente para a prescrição dos mesmos. No entanto, a resistência aos antibióticos permanece um problema preocupante, como tal, torna-se quase imperativo encontrar alternativas de tratamento, neste caso específico, para as ITUs, que, na maioria dos casos, são autolimitadas e com baixo risco de complicações. Uma das alternativas mais sugeridas são os anti-inflamatórios não-esteróides (AINes). Vários ensaios clínicos demonstraram que estes são semelhantes aos antibióticos na resolução da sintomatologia urinária.

Objetivos: avaliar a efetividade dos AINes no tratamento de ITUs não complicadas em mulheres saudáveis e não grávidas e provar a sua não-inferioridade relativamente aos antibióticos no tratamento das mesmas.

Material e métodos: Foi realizada uma pesquisa sistemática de artigos publicados entre janeiro de 2010 e dezembro de 2021, nas bases de dados médicas *Medline/Pubmed*, *Cochrane Library*, *National Guideline Clearinghouse*, *Clinical Knowledge Summaries* e sites de medicina baseada em evidências, utilizando as palavras-chave MeSH: AINes, ITUs e Tratamento. Foi utilizada a escala SORT (*strength of recommendation taxonomy*) para classificar o nível de evidência dos estudos, consoante a sua qualidade.

Resultados e conclusões: Foram selecionados nove artigos que cumpriram os critérios de inclusão, dos quais quatro foram meta-análises. A maioria concluiu que os antibióticos são superiores aos AINes no tratamento das ITUs, na medida em que o quadro clínico foi resolvido mais rapidamente. No entanto também considerou que a superioridade não era muito significativa e que os AINes também demonstraram eficácia a tratar as ITUs, sendo que a maioria dos casos recuperou da infeção, mesmo comparado com o grupo placebo. Para além disto, também se verificou que o tratamento com AINes não apresentava maior risco de complicações (como a pielonefrite) do que o tratamento com antibióticos.

Por enquanto, os antibióticos continuam a ser a terapêutica mais indicada para o tratamento de ITUs não complicadas em mulheres saudáveis e não grávidas e ainda não existe evidência suficiente que apoie a utilização de AINes como terapêutica de 1^a linha. No entanto, são necessários mais estudos para avaliar a eficácia destes fármacos no tratamento das ITUs, nomeadamente na resolução da sintomatologia. Poderá estar aqui uma oportunidade para se conseguir reduzir significativamente a prescrição de antibióticos e, conseqüentemente, a resistência aos mesmos.

PO 09

CISTITES: QUANDO A REALIDADE DEMONSTRA A EVIDÊNCIA

João Lemos; Ana Correia de Oliveira
USF Cedofeita

As cistites são um grupo de patologias altamente prevalentes nos cuidados de saúde primários (CSP). Estas são classificadas de acordo com as comorbilidades da pessoa e recorrência. As cistites não complicadas representam cerca de 90% das ITUs e apresentam uma recorrência após o tratamento de 20% a 25%. O diagnóstico é fundamentalmente clínico, podendo ser confirmado através de uma tira-teste.

Sendo uma das principais causas de antibioterapia torna-se fundamental perceber o padrão de prescrição e as recorrências das cistites nos CSP.

Objetivos: Conhecer o padrão de prescrição de antibioterapia da Unidade de Saúde Família (USF) de Cedofeita e taxa de recorrência aos 3 meses;

Estudar a taxa de uso do teste tira-teste (COMBUR®) para o diagnóstico de Cistites.

Material e métodos: Através da plataforma MIM@UF obteve-se a listagem dos diagnósticos “U71-Cistite/Infecção Urinária” entre 01Jan.2022 e 31Mar.2022. Foram incluídos os doentes com mais de 18 anos e excluídos aqueles em que o tratamento não foi iniciado na USF. Através do estudo do processo clínico do utente foi recolhida toda a informação necessária e classificadas as Cistites: “aguda não complicada”; “aguda recorrente não complicada”; “aguda complicada ou recidivante”; “Bacteriúria assintomática”; “Bacteriúria assintomática na grávida” e “no homem”.

Resultados: Houve um total de 101 diagnósticos. 94 mulheres e 7 homens com uma média de idades de 61 anos e mediana de 63 anos.

Houve um total de: 57 cistites não complicadas que apresentaram uma taxa de recorrência de 16%; 15 cistites recorrentes não complicadas com uma taxa de recorrência de 40%; 12 cistites complicadas ou recidivantes que apresentaram uma taxa de recorrência de 67%; 7 Cistites no homem com taxa de recorrência de 29%, 5 bacteriúrias assintomáticas, 4 bacteriúrias assintomáticas na grávida e 1 cistite na grávida que não apresentou recorrência. A nível de antibioterapia instituída a nível geral a mais prescrita foi a Fosfomicina, 3000 mg 2 doses em 29 situações, a Fosfomicina, 3000 mg dose única em 24 vezes, a Amoxicilina + Ácido clavulânico, 500 mg + 125 mg por 12 vezes. A Fosfomicina, 3000 mg, dose única apresentou uma taxa de recorrência de 8% (com IC entre 0.0103 e 0.2700) e a Fosfomicina, 3000 mg, 2 doses com uma taxa de recorrência de 17% (com IC entre 0.0585 e 0.3577). A nível geral a tira teste foi pedida em 58% das vezes para auxiliar o diagnóstico com um resultado semelhante numa análise subdividida por cistite.

Conclusões: Estes resultados demonstram a importância do tratamento assertivo e adequado de acordo com as boas práticas clínicas. Os resultados obtidos vão de encontro com as normas e orientações nacionais e internacionais e traduzem-se numa melhoria de cuidados ao doente.

PO 10

"O QUE ESCONDE A PELE?" BALANITE XERÓTICA OBLITERANTE – A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Teresa Sarmento de Beires; Sofia Padilha;
Susana Calejo Rios; Andreia Sequeira Eiras
USF Rainha D. Amélia

Caso clínico: Paciente do sexo masculino, 71 anos. Antecedentes de múltiplos fatores de risco cardiovasculares, fasceíte necrotizante do períneo em 2016 e circuncisão em 2017,

por fimose cerrada. O paciente manteve-se assintomático até 2021, altura em que retorna à USF por dor peniana que agravava com a ereção, prurido e dificuldades na micção. Ao exame objetivo apresentava pénis oculto, com leucoplasia, fissuração e liquenificação importante da pele circundante. Foi medicado com antibioterapia e antifúngico, tendo sido referenciado ao Serviço de Urgência para algiação sob fio guia, dada a suspeita de estenose do meato uretral. Foi efetuada referenciação para consulta de Dermatologia e Urologia, tendo sido medicado com Clobetasol tópico duas vezes por dia. No entanto, mesmo após tratamento continuado, o paciente não apresentou melhoria sintomática, sendo que na última consulta se constatou o aparecimento de uma pápula verrucosa na região do prepúcio restante. Em consulta de Urologia confirmou-se o diagnóstico de balanite xerótica obliterante, com prepúcio constritivo e pouca elasticidade da pele, tendo sido decidido optar por cirurgia plástica peno-escrotal. O paciente encontra-se a aguardar cirurgia, altura em que será efetuado o diagnóstico anatomo-patológico da lesão identificada, para despiste de carcinoma de células escamosas.

Enquadramento: O líquen escleroso consiste numa dermatose crónica que condiciona o aparecimento de lesões inflamatórias, atróficas e pruriginosas na pele. Quando esta dermatose atinge a região da glândula e do prepúcio, passa a ser designada balanite xerótica obliterante (BXO), podendo conduzir a situações de fimose, estenose do meato uretral e até mesmo nefropatia obstrutiva e carcinoma peniano. O seu frequente subdiagnóstico aumenta o risco de vir a desenvolver complicações e os gastos em saúde, prejudicando diretamente a qualidade de vida e a saúde dos pacientes que sofrem desta patologia. A balanite xerótica obliterante é uma condição que requer uma abordagem multidisciplinar, que

geralmente envolve o trinómio Medicina Geral e Familiar, Urologia e Dermatologia. Cada uma destas especialidades oferece uma perspetiva própria sobre esta condição, sendo que a promoção da comunicação interprofissional favorece a rapidez diagnóstica, o tratamento atempado e a diminuição do risco de complicações, assegurando desta forma uma melhor qualidade de vida aos pacientes.

PO 11

TERIA O PSA FEITO A DIFERENÇA?

Maria Coelho Moreira; Diogo China Pereira;
Ana Castanheira
USF Serpa Pinto

Enquadramento: O cancro da próstata, de evolução lenta e manifestação sintomática tardia, é a neoplasia mais frequente no homem em Portugal, correspondendo a 21% dos casos incidentes de cancro em homens no ano 2020. Cerca de 6% dos casos apresentam-se como doença metastizada, predominantemente sob a forma de metastização óssea. Em Portugal não está preconizado rastreio de base populacional do cancro da próstata.

Descrição do caso: J.J.M., sexo masculino, 86 anos, com antecedentes de fratura do osso ilíaco direito em 2020, glaucoma e hipertensão arterial. Medicado habitualmente com timolol e perindoril+indapamida.

Em dezembro de 2021 recorreu a consulta na sua Unidade de Saúde Familiar (USF) por dor salgada com 3 meses de evolução, perda ponderal superior a 10 kg em 6 meses e anorexia. Objetivamente apresentava-se emagrecido, pálido e com massa de grandes dimensões na fossa ilíaca esquerda (FIE). Foram requisitados estudo analítico (EA) e tomografia computadorizada abdomino-pélvica (TC AP). Dos resultados, analisados em consulta 1 mês depois, destacava-se EA com anemia e elevação dos parâmetros inflamatórios, e TC AP a eviden-

ciar metastização óssea e ganglionar, com conglomerado adenopático de 7,5x4 cm na FIE. Referenciou-se imediatamente ao Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto, por suspeita de neoplasia linfoproliferativa com envolvimento do ráquis, onde realizou biópsia do conglomerado adenopático que mostrou envolvimento secundário por adenocarcinoma da próstata. Iniciou seguimento em Oncologia Médica – Urologia no IPO do Porto por adenocarcinoma da próstata estadio IV ao diagnóstico tendo iniciado tratamento com intuito paliativo.

O doseamento ulterior do *Prostate Specific Antigen total* (PSAt) revelou um valor de 3405,0 ng/mL, com valores de 2014 e 2016 de 7,94 ng/mL e 14,14 ng/mL, respetivamente, requisitados em contexto de seguimento médico a nível privado.

Discussão: Mundialmente observa-se um aumento da incidência de cancro da próstata metastizado em homens de todas as idades. No entanto, o rastreio com base no doseamento de PSA permanece controverso. Atualmente defende-se uma estratégia de rastreio que deverá incluir o aconselhamento do doente sobre os riscos e benefícios associados ao doseamento de PSA, integrando o doente no processo de decisão partilhada.

Neste caso, a integração de cuidados entre os serviços de saúde público e privado teria sido importante para uma orientação adequada e atempada do doente, uma vez que este teria critérios de referenciação à consulta hospitalar desde 2016.

O médico de família tem um papel privilegiado e preponderante no diagnóstico precoce de entidades oncológicas através da identificação de fatores de risco, investigação de sinais e sintomas e acompanhamento longitudinal e holístico do doente.

PO 12

O EFEITO DA PANDEMIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE: A PROPÓSITO DE UM CASO DE HBP

Inês Vieira; Teresa Rebelo de Andrade; João Louçano; Paulo c Graça; José a Varandas
USF Camélias

Introdução: A HBP (hiperplasia benigna da próstata) é uma doença benigna cuja prevalência aumenta com a idade e causa sintomas do trato urinário inferior que afetam negativamente a qualidade de vida.

O acompanhamento regular é importante não só para excluir e prevenir complicações como averiguar a eficácia e efeitos secundários do tratamento.

Descrição do caso: Homem de 60 anos, que recorre ao seu Médico de Família (MF) para avaliação de rotina onde lhe são prescritas análises e uroanálise que revela piúria.

Numa consulta subsequente o utente assume sentir disúria, polaquiúria e pressão suprapúbica de longa duração. Ao toque retal verificou-se uma próstata de limites bem definidos, sem nódulos e dolorosa com palpação abdominal inocente. Solicitou-se urocultura e PSA Total que revelaram *E. coli* e 7,04 ng/mL. Medicou-se com ciprofloxacina.

Posteriormente verifica-se a melhoria dos sintomas, calcula-se o score IPSS (13), solicita-se novamente PSA Total e Livre e Ecografia prostática e vesical.

O doente retorna com os resultados que revelam: próstata globosa com 103g; resíduo pós-miccional de 44 cc; PSA Total 5,41 ng/mL; PSA Livre 1,06 ng/mL; ratio PSA Livre/Total 19,5%.

Medicado com Tansulosina e Dutasterida e encaminhado para Urologia.

Na consulta de Urologia mantém-se a medicação e solicita-se novo PSA Total e Livre, Ecografia e Biópsia Prostática Transretal que revelam um novo aumento dos valores de

PSA: Total 7,27 ng/mL; Livre 0,89 ng/mL; razão Livre/Total 12.2%. A ecografia não mostra novas alterações e a biópsia é negativa. É solicitada Ecografia pós-miccional que evidencia uma hipertrofia prostática de grau IV, fenômenos de bexiga de esforço e aumento do resíduo vesical pós-miccional.

Devido à pandemia por Sars-Cov 2, o doente perdeu o seguimento na consulta de urologia e não teve consulta presencial com o MF.

Durante este período desenvolve anejaculação e disfunção erétil que associa à terapêutica instituída. Por não ter possibilidade de aconselhamento terapêutico presencial, pára a medicação.

Após o confinamento, retorna à consulta presencial do MF com agravamento marcado dos sintomas e confessa o incumprimento terapêutico. Questionado acerca do motivo, revela que sentiu vergonha de expor a situação por chamada telefônica ou e-mail.

É requisitado PSA Total e Ecografia prostática que revelam: 9,15 ng/mL e uma próstata globosa e heterogênea com 133g.

Dado o aumento considerável de PSA e volume prostático, o doente é novamente encaminhado para Urologia.

Conclusão: A teleconsulta surgiu como alternativa às consultas presenciais durante a pandemia mas reflete a necessidade das mesmas uma vez que estas proporcionam uma sensação de segurança e confiança, elementos cruciais na relação entre médico-utente, com repercussão não só na adesão terapêutica como também no prognóstico da doença e impacto na prestação de cuidados de saúde.

PO 13

UMA CAUSA INCOMUM DE CHOQUE: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

João Oliveira; Luís Vale; Daniel Costa;
Rui Almeida Pinto; Carlos Martins Silva;
Tiago Antunes Lopes; João Silva
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O feocromocitoma (FC) é uma neoplasia da medula da suprarrenal (SR), rara, que secreta catecolaminas. O quadro clínico caracteriza-se por episódios de hipertensão (HTA) paroxística, a que se podem associar cefaleias, palpitações e hipersudorese. A apresentação sob a forma de choque é muito rara. Descrevemos dois casos de feocromocitoma que se apresentaram em choque.

Descrição dos casos: Caso 1: Mulher de 49 anos, com antecedentes de HTA resistente, recorreu ao serviço de urgência (SU) por dor torácica e febre. Realizou ecocardiograma (ECC), ECG e troponina compatíveis com síndrome de Takotsubo (ST). Realizou TC toraco-abdomino-pélvica (TAP) que revelou cálculo coraliforme, hidronefrose e sinais de pielonefrite xantogranulomatosa à esquerda. Mostrou ainda uma suspeita, de 60 mm, na SR direita. Iniciou piperacilina/tazobactam e foi submetida a derivação urinária esquerda com cateter duplo J (JJ) e nefrostomia (NPC), complicada com paragem cardiopulmonar intraoperatória, que reverteu após adrenalina. Por choque multifatorial, foi admitida em cuidados intensivos (UCI). Foi submetida a bloqueio alfa-adrenérgico com fenoxibenzamina e, posteriormente, beta-adrenérgico com propanolol. Verificou-se melhoria progressiva da disfunção multiorgânica. O estudo funcional da massa da SR foi normal (sob hemodialise). Após 2 semanas foi submetida a adrenalectomia transperitoneal direita laparoscópica, com necessidade labetalol durante a dissecação da massa. Sem intercorrências no pós-operatório.

rio, foi removida NPC (mantendo cateter JJ), tendo tido alta 15 dias depois da cirurgia. O exame anatomopatológico revelou um FC. 3 meses depois foi submetida a ureterorrenoscopia esquerda com sucesso.

Caso 2: Mulher de 28 anos, com antecedentes de litíase renal, que recorreu ao SU por cefaleias, vômitos e quadro de choque. Realizou TC TAP que mostrou massa de 72 mm na SR direita, e ECC, troponina e ECG compatíveis com ST. Iniciou bloqueio alfa-adrenérgico com fenoxibenzamina e, posteriormente, beta-adrenérgico com propanol. Realizou estudo funcional de massa da SR, que demonstrou elevação das catecolaminas urinárias. Foi submetida a adrenalectomia direita transperitoneal laparoscópica, sem intercorrências intra- e pós-operatórias. A histologia revelou um FC.

Discussão: Os doentes com FC podem apresentar-se com quadros clínicos incomuns e complexos, incluindo o choque. Os clínicos devem estar alerta para a possibilidade deste diagnóstico na presença de uma massa da SR

PO 14

PEDRAS NO CAMINHO! – UM CASO CLÍNICO

Gabriel José Teixeira; Mariana Ramos Marques;
Mônica Mozes
USF St. André de Canidelo

Introdução: Hematúria considera-se a presença de sangue na urina, podendo a mesma ser objetivável a olho nu - hematúria macroscópica – ou apenas em microscopia – hematúria microscópica. Os casos de pseudohematúria podem ocorrer por contaminação devido à presença de sangue menstrual ou alteração da cor urinária como efeito secundário de medicações, corantes alimentares e alimentos específicos.

Entre as possíveis causas de hematúria encontram-se a lesão renal aguda, ITU's, litíase renal, exercício físico intenso, neoplasias do

trato urinário, entre outras.

Objetivos: Avaliar a possível etiologia de uma hematúria macroscópica de novo e descartar patologias de atuação urgente.

Material e métodos: Apresentação de um caso clínico observado em Unidade de Saúde Familiar (USF).

Resultados e conclusões: Doente do sexo feminino, 59 anos, com antecedentes pessoais de litíase renal, acidente vascular cerebral e dislipidemia, medicada com Rosuvastatina, 20 mg, Ácido acetilsalicílico, 150 mg e Omeprazol, 20 mg recorre à consulta aberta com queixas de dor epigástrica e no flanco direito/fossa ilíaca direita, com 1 dia de evolução, associados a hematúria macroscópica. Trânsito gastrointestinal no padrão habitual.

Ao exame objetivo destaca-se apenas palpação abdominal dolorosa nos quadrantes epigástrico, flanco direito e fossa ilíaca direita. Excluída perda hemática ginecológica. Combur urinário: urina de cor acastanhada/preta, eritrocitúria 3+. Sem coágulos visíveis.

Solicitados meios complementares de diagnóstico urgentes (ecografia abdominal, renal, vesical e pélvica) e estudo analítico e urinário. Medicada com Sucralfato saquetas e switch de Omeprazol 20 mg para Pantoprazol 40 mg. Dois dias após esta avaliação, a doente traz o estudo analítico e urinário - estudo analítico sem alterações mas urina tipo II com: hemoglobina +++, eritrocitúria 24475/μL e 4450/campo e leucocitúria 55/μL, 10/campo.

Quatro dias depois traz os relatórios das ecografias solicitadas: na ecografia renal destaca-se as seguintes alterações: litíase renal direita (10 mm no grupo calicial superior direito) aparentemente sem características obstrutivas. Restantes exames sem alterações.

Ao 7º dia após a primeira avaliação refere total remissão da sintomatologia.

A coloração da urina, pela quantidade de eritrócitos presentes, deixava a dúvida se trata-

ria de uma colúria vs hematúria macroscópica. Excluiu-se causa hepática e lesão renal aguda, tratando-se de hematúria macroscópica de causa indeterminada. Após a realização dos meios complementares de diagnóstico determina-se como provável causa a litíase renal objetivada.

Atendendo ao tamanho deste cálculo a terapêutica médica expulsiva pode ser insuficiente (cálculos > 5 mm e ≤ 10 mm) devendo ser proposta a avaliação hospitalar. Deve ser avaliada a composição do cálculo de forma a promover orientações para a prevenção de recorrências.

PO 15

QUESTIONÁRIO AO CONHECIMENTO SOBRE PATOLOGIA TESTICULAR NO ENSINO SECUNDÁRIO EM PORTUGAL

Teresa Pina-Vaz¹; Gabriel Costa²; Diogo Pereira²; Raquel Catarino²; João Silva¹

¹Centro Hospitalar de S. João, EPE; ²Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introdução e objetivos: As doenças testiculares podem ter diferentes graus de gravidade, desde benignas a potencialmente debilitantes ou malignas. Vários estudos demonstram a pouca informação da população em geral acerca destas patologias nomeadamente nos jovens. O auto-exame de palpação testicular é a forma mais simples e barata de rastreio de patologia testicular. O nosso objectivo foi investigar o conhecimento e percepção pública da patologia testicular entre os jovens no nosso país. Adicionalmente quisemos comparar o nível de consciencialização entre a auto-palpação testicular nos rapazes e a auto-palpação mamária nas raparigas.

Materiais e métodos: Elaboramos um questionário online a alunos do ensino secundário de 4 escolas num universo de 250 alunos. Foi perguntado o nível de conhecimento da patologia testicular, benigna e maligna e importân-

cia do autoexame testicular; foi ainda questionado o conhecimento acerca da importância do autoexame mamário no sexo feminino. Quisemos ainda saber as principais fontes de informação destes alunos.

Resultados: Foram obtidas 41 respostas de alunos entre 15 e 20 anos de idade. Apesar da maioria dos alunos (92,7%) terem conhecimento da existência do cancro de testículo, apenas 17,1% (n = 7) identificou corretamente a idade habitual do diagnóstico e 36,6% (n = 15) o sintoma mais comum. A fonte de informação foi mais comumente obtida através dos media (50%) e redes sociais (42%), enquanto a escola representou 23% da fonte de esclarecimento destes jovens. A consciencialização sobre doenças testiculares benignas foi menor do que sobre patologia maligna; 29,3% dos alunos já tinham ouvido falar sobre torção testicular sendo os media a principal fonte de informação (33%).

Relativamente ao autoexame testicular 66,7% dos estudantes do sexo masculino já tinha ouvido falar sobre o autoexame testicular, enquanto 95,7% das estudantes do sexo feminino já ouviram falar sobre o autoexame mamário (p = 0,014). Mais uma vez, os media (44%) e as redes sociais (53%) foram as fontes de informação mais comuns.

Conclusão: Neste estudo, encontramos um grau de conhecimento sobre o cancro testicular elevado entre estudantes do ensino secundário no entanto, o desconhecimento sobre o seu despiste ou principais sintomas é elevado. As estudantes do sexo feminino estão mais conscientes do autoexame mamário do que os estudantes do sexo masculino acerca do autoexame testicular. Os resultados sobre a falta de consciencialização acerca de doenças benignas, mas debilitantes, como torção testicular, são muito preocupantes.

Em geral, há uma necessidade de aumentar o conhecimento sobre patologias testiculares

entre os alunos do ensino secundário. Os media e as redes sociais, devido ao seu papel preponderante na recolha de informação têm de ser aproveitados mas, é necessário que os programas educativos nas escolas secundárias portuguesas, incluam conhecimentos fundamentais destas patologias.

PO 16

QUANDO O PSA NOS DÁ UMA FALSA SEGURANÇA

Nelma Gomes; Magna Vales
USF Viver Mais

Introdução: A neoplasia da próstata (NP) é a neoplasia mais frequente nos homens em Portugal e a segunda a nível mundial. De uma forma geral, trata-se de uma patologia localizada, indolente e assintomática, pelo que a existência de sintomas pode ser indicativa de doença avançada. Os principais sintomas são micção frequente, fluxo urinário fraco ou intermitente, noctúria, hematuria, incapacidade de urinar ou dificuldade em iniciar ou parar o fluxo urinário e disfunção eréctil.

O rastreio oportunista da NP é bastante controverso, só devendo ser realizado em homens entre os 50 e 75 anos. Baseia-se na determinação do PSA (*prostate specific antigen*) e, quando realizado em indivíduos assintomáticos, tem pouca ou nenhuma interferência na mortalidade por NP e está associado a tratamentos com efeitos adversos, alguns desnecessários, pelo que é aconselhável uma boa ponderação entre os riscos e benefícios do rastreio.

A suspeita de NP baseia-se na realização de toque rectal e nos níveis de PSA. O valor limite de 4.0 ng/mL de PSA tem uma sensibilidade de 21% e especificidade de 91% na deteção de NP.

Descrição do caso: Homem, caucasiano, 69 anos, com antecedentes de DPOC, DM II, HTA, esófago de Barret, SAOS sob CPAP e episó-

dios recorrentes de prostatites (*E. coli*, *Proteus mirabilis*). Por este motivo, foi acompanhado por urologista. Apresentava PSA total de 1.42 ng/mL e toque retal normal. Por recorrência de prostatites, realizou RM prostática que evidenciou “na região periférica esquerda, junto da base, uma área vagamente nodular alongada com (...) cerca de 1,2 cm de maior diâmetro axial sendo suspeita de traduzir neoplasia clinicamente significativa, a caracterizar por biopsia. PI-RADS: 4.” Foi efetuada biópsia que apresentou, no lobo esquerdo, “estruturas de adenocarcinoma acinar de padrão geral 3+4 (score 7 de Gleason combinado) (grau de prognóstico 2 - OMS) não se identificando imagens que sugiram permeação vascular linfática ou de bainhas perineurais.” Foi ainda realizada cintigrafia óssea de corpo inteiro e TC abdomino-pélvico, sem evidência de metastização. Apresentava PSA total e livre de 2.12 e 0.341 ng/mL, respetivamente. Foi proposto e submetido a prostatectomia radical retropúbica com linfadenectomia robótica. A histologia da peça cirúrgica confirmou o diagnóstico: “adenocarcinoma tipo acinar da próstata (Gleason 7 (3+4). Grupo de graduação (OMS/ISUP): grupo 2 (de 5). pT2 NO RO.”

Conclusão: Com este caso pretende-se sensibilizar os médicos de família para o facto de a determinação de PSA como método de rastreio para NP ter limitações: a inespecificidade de valores baixos de PSA tem questionado a sua utilidade no rastreio da NP e neste caso, o doente com adenocarcinoma apresentava valores normais de PSA e um toque retal sem alterações, pelo que, à luz das recomendações atuais, não teria indicação para realizar biópsia prostática, conferindo uma falsa segurança relativamente à existência de NP.

PO 17

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE UM CARCINOMA UROTELIAL

Ângela Santos França; Pedro Lemos Pinho
USF Nascente, ACeS Gondomar

Introdução: O carcinoma urotelial é o tipo mais comum de cancro da bexiga, sendo mais frequente em homens, fumadores, nos 60-70 anos. Geralmente, manifesta-se com hematúria macro ou microscópica, mas os sintomas irritativos ou obstrutivos podem ser a primeira apresentação.

Descrição do caso: Utente de 61 anos, motorista de longo curso, fumador (44 UMA), diabético e hipertenso. Recorre à consulta por disúria, polaquiúria e incontinência urinária de urgência com duas semanas de evolução. Sem febre, vômitos, dor lombar ou perineal. Ao exame objetivo, desconforto suprapúbico na palpação abdominal e Murphy renal negativo. Manifestava, ainda, palidez cutânea e perda ponderal não quantificada. A tira-teste urinária apresentava leucócitos, sangue e nitritos, assumindo-se infeção urinária baixa. Foi feita colheita de urocultura prévia ao tratamento e medicado com Amoxicilina e Ácido Clavulânico. Adicionalmente, foram solicitados estudos endoscópicos e TAC toracoabdominopélvica, face ao estado geral do utente e presença de PSOV positiva. Na consulta de reavaliação, referia surgimento de sintomas obstrutivos, dor hipogástrica moderada-severa e manutenção de incontinência urinária, sendo notável à observação a presença de globo vesical e extravasamento de urina (*overflow*). O estudo analítico revelava anemia microcítica e hipocrômica (11.6g/dL), lesão renal aguda KDIGO 2 (Cr 2.35mg/dL), elevação de parâmetros inflamatórios e bacteriológico com *E. Coli* sem resistências. No estudo imagiológico, era evidente uretrohidronefrose bilateral, sem identificação de focos obstrutivos, e espessamento

da bexiga com ar no seu interior, a sugerir fistulização com o trato digestivo ou infeção. Por retenção urinária aguda foi orientado à urgência, tendo sido algaliado com indicação de manter até agendamento de consulta de Urologia. Foi reavaliado em ambulatório com normalização da função renal e urocultura negativa. Os estudos endoscópicos não apresentavam sinais de malignidade nem fistulização. Mantinha, no entanto, dor hipogástrica severa, hematúria microscópica e abundante quantidade de ar no saco colector, pelo que foi prosseguida investigação: ecografia prostática e doseamento de PSA normais; reavaliação com ecografia renovesical com resolução da uretrohidronefrose, mantendo espessamento vesical, sem definição de imagens patológicas. Por último, solicitada citologia urinária, que demonstrou carcinoma urotelial de alto grau. Foi pedida antecipação da consulta de Urologia e o utente encontra-se atualmente a aguardar cirurgia.

Conclusão: A citologia urinária é um exame frequentemente esquecido na abordagem diagnóstica da patologia urinária, assumindo particular importância no estudo da hematúria microscópica. A valorização da clínica e persistência na investigação etiológica de um quadro atípico, associada ao exame citológico urinário, foram a chave do diagnóstico.

PO 18

SERENOA REPENS NO TRATAMENTO DE LUTS POR HBP

Daniel Ferreira¹; Rita Benzinho²; Joana Coelho¹
¹USF 7 Castelos; ² USF Ars Médica

Introdução: A hiperplasia benigna da próstata consiste num aumento benigno das dimensões da próstata, que pode conduzir a sintomas do aparelho urinário inferior (LUTS) obstrutivos e/ou irritativos(1). A prevalência de LUTS moderados a graves aumenta com a idade, atingindo cerca de 50% dos homens

com 80 anos de idade. Esta sintomatologia tem um enorme impacto na qualidade de vida, sendo uma das grandes causas da procura de cuidados médicos pelo homem adulto(2). Uma das opções terapêuticas para o tratamento de LUTS é a fitoterapia, sendo o extrato da planta *Serenoa repens* um dos medicamentos mais utilizados neste contexto(1).

Objetivos: Esclarecer o papel da *Serenoa repens* no tratamento dos sintomas urinários por hiperplasia benigna da próstata.

Material e métodos: Estudo de revisão não sistemática. Em Agosto de 2022 procedeu-se a uma revisão bibliográfica com pesquisa de meta-análises, revisões sistemáticas, ensaios clínicos controlados e randomizados, artigos originais e directrizes clínicas publicados entre Janeiro de 2012 e Julho de 2022, nas línguas portuguesa e inglesa, nas bases de dados *The Cochrane Library*, *NICE Guidelines Finder*, *PubMed* e *Index de Revistas Médicas Portuguesas*. Foram utilizados os termos MeSH *serenoa* e *benign prostatic hyperplasia* e os termos Descritores em Ciências da Saúde *serenoa* e hiperplasia prostática. Para atribuição dos níveis de evidência e força de recomendação foi utilizada a escala *Strenght of Recommendation Taxonomy (SORT)*, da *American Family Physician*.

Resultados e conclusões: Obteve-se um total de 145 artigos, dos quais 25 cumpriam os critérios de inclusão e foram seleccionados. Os estudos apresentaram resultados contraditórios. Alguns estudos evidenciaram eficácia da *Serenoa repens* na redução de LUTS, outros não mostraram superioridade em relação ao placebo e outros não apresentaram uma melhoria clínica substancial. A eficácia da *Serenoa repens* poderá variar consoante o seu método de extracção. Assim, não há evidência suficiente para emitir uma recomendação sobre a utilização de *Serenoa repens* no tratamento de sintomas urinários por hiperplasia

benigna da próstata, sendo necessário mais estudo nesta área.

PO 19

REVISÃO DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS SUSPEITAS DE CANCRO DA PRÓSTATA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Ana Rita Cerqueira; Jaime Oliveira
USF Odisseia

Introdução: O cancro da próstata é o cancro mais comumente diagnosticado entre os homens. Atualmente, em Portugal, não se recomenda a realização do rastreio sistemático do cancro da próstata, portanto, os médicos de família precisam de definir quando referenciar os pacientes para a realização de meios auxiliares de diagnóstico.

Os sintomas tradicionalmente considerados correlacionados com cancro da próstata incluem sintomas do trato urinário inferior (LUTS), como noctúria, fluxo urinário deficiente e hematúria visível.

Objetivos: Rever a literatura relacionada com o reconhecimento precoce do cancro da próstata ao nível dos cuidados de saúde primários. Pretende-se responder à questão: “Quais os sinais e sintomas preditivos de cancro da próstata?”. Não é objetivo desta revisão abordar o rastreio em doentes assintomáticos.

Material e métodos: Pesquisa de meta-análises, revisões sistemáticas, ensaios clínicos aleatorizados controlados e normas de orientação clínica, publicados nos últimos 10 anos e escritos em inglês, português ou espanhol. A pesquisa foi realizada em várias bases através da query constituída pelos termos MeSH: *lower urinary tract symptoms* OR *Signs and Symptoms* AND *prostatic neoplasm* OR *prostate cancer* OR *cancer of the prostate*.

Foram incluídas revisões sistemáticas e ensaios clínicos que mostrassem possíveis características clínicas preditivas de cancro da próstata.

Resultados e conclusões: Dos 2,405 trabalhos encontrados apenas 16 estudos cumpriam os critérios de inclusão (5 revisões, 10 estudos prospectivos e 1 Guideline).

Vários estudos relataram que em homens com níveis elevados de PSA (antígeno específico da próstata), a presença de LUTS foi associada a risco reduzido de cancro da próstata. Os resultados sugerem que os pacientes com LUTS não apresentam maior risco de desenvolver cancro da próstata ou de ter um prognóstico pior do que os pacientes assintomáticos.

Não parece haver evidências suficientes para recomendar o teste de PSA em homens com apenas LUTS e sem outros fatores de risco conhecidos para cancro de próstata.

A relação benefício-dano do uso de PSA para investigar homens com LUTS não é clara, mas alguns estudos sugerem que essa prática pode colocar os homens em risco de sobre-diagnóstico.

Portanto, não existem aparentemente sintomas altamente preditivos de cancro da próstata. Devido a esta incerteza, uma ação prudente pode ser a decisão partilhada entre o médico e utente, levando a uma decisão informada no que toca à realização de meios auxiliares de diagnóstico.

PO 20

HEMATÚRIA E DOR ABDOMINAL NÃO ESCLARECIDAS – SÍNDROME DE NUTCRACKER

Ângela Santos França; Pedro Lemos Pinho
USF Nascente, ACeS Gondomar

Introdução: A Síndrome de Nutcracker caracteriza-se pela compressão da veia renal esquerda no seu trajeto entre a aorta abdominal e a artéria mesentérica superior, pela diminuição do ângulo entre os dois vasos. Tal pode causar obstrução do fluxo da veia renal e hipertensão vascular, manifestando-se por dor

abdominal, hematúria ou congestão pélvica.

Descrição do caso: Utente de 25 anos, sexo masculino, saudável. Recorre à consulta por dor abdominal localizada no hipogastro e flanco esquerdo, de intensidade moderada, que ocorre de forma episódica e autolimitada, mas recorrente desde há um ano. Refere noção de agravamento com o exercício físico e alívio com a posição sentada. Negava náuseas, vômitos, perda ponderal ou de apetite, alterações do trânsito gastrointestinal ou sintomas urinários associados. O utente descreve que o primeiro episódio, no ano anterior, ocorreu após um exercício vigoroso e cursou com dor intensa, motivo pelo qual recorreu ao serviço de urgência, onde realizou estudo analítico de sangue e urina. Do estudo realizado, não foram detetadas alterações de relevo, à exceção de hematúria microscópica, tendo alta com indicação para prosseguir estudo em ambulatório. Nessa altura, realizou investigação com ecografia renovesical, que mostrava raros e diminutos focos hiperecogénicos dispersos, tradutores somente de interfaces vasculares ou eventualmente de microlitíase renal. Realizou, ainda, estudo analítico com hemograma e função renal, ecografia prostática e citologia urinária normais e verificou-se desaparecimento da hematúria microscópica na reavaliação com urina II. Assim, a hematúria foi interpretada no contexto de exercício vigoroso e/ou associado à eventual presença de microlitíase. Porém, os episódios de dor abdominal mantiveram-se periodicamente e era notável a presença de hematúria microscópica intermitente, associada às crises. Pela persistência da clínica, pelo biótipo constitucional longilíneo do utente (IMC 19) e pela ausência de alterações significativas nos exames realizados, colocou-se a hipótese de Síndrome de Nutcracker, sendo solicitado TAC renal. O estudo imagiológico demonstrou redução do ângulo entre a aorta e emergên-

cia da artéria mesentérica superior, sendo de cerca de 22°, com redução do calibre da veia renal esquerda no seu trajeto entre a aorta e a emergência da artéria mesentérica superior, confirmando a hipótese diagnóstica. O utente foi referenciado para consulta de Urologia, encontrando-se a aguardar a primeira consulta.

Conclusão: A Síndrome de Nutcracker é uma situação incomum e subvalorizada na prática clínica. A presença de hematúria ou dor abdominal/lombar de etiologia não esclarecida, sobretudo em indivíduos altos e magros, deve levantar a suspeita diagnóstica. Porém, é um diagnóstico de exclusão, obrigando ao despiste de causas como infeção, litíase renal, malformações arteriovenosas ou tumores urinários.

Presidentes

Paulo Santos e Carlos Silva

Comissão Organizadora

Paulo Dinis | Miguel Guimarães | Ulisses Ribau | Teixeira de Sousa
Afonso Morgado | Luís Vale | Daniel Beirão | Carlos Franclim

Comissão Científica

Francisco Cruz | João Silva | Rui Pinto | Tiago Lopes | Francisco Botelho
Daniel Costa | Margarida Manso | Luciana Couto | Sofia Baptista
Luísa Sá | Rosário Monteiro | Tiago Taveira Gomes | João Fonseca

Sponsors



Apoio



Organização e Secretariado



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

E: paula.cordeiro@admedic.pt | sofia.gomes@admedic.pt
W: www.admedic.pt