

CUIDADOS DE SAÚDE PARTILHADOS EM UROLOGIA E MEDICINA GERAL E FAMILIAR

18 e 19 | maio de 2023 | Porto
Ordem dos Médicos



Programa
Científico



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

Presidentes

Carlos Silva e Paulo Santos

Comissão Organizadora

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

Comissão Científica

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



CUIDADOS DE SAÚDE PARTILHADOS EM UROLOGIA E MEDICINA GERAL E FAMILIAR



Quinta-feira | 18 de maio de 2023

08:00h Abertura do Secretariado

09:00-09:15h **SESSÃO DE ABERTURA**

09:30-11:30h **MESA-REDONDA 1 Sintomas do aparelho urinário baixo**

Moderadores: Luciana Couto e Tiago Antunes Lopes

LUTS/HBP

Tratamento médico 15 min.

Pedro Castro

Tratamento cirúrgico 15 min.

Afonso Morgado

Noctúria: Como abordar e tratar? 15 min.

Alberto Silva

Discussão 10 min.

Pavimento pélvico

Incontinência urinária no homem 15 min.

Carlos Ferreira

Incontinência urinária na mulher

Incontinência urinária de urgência 10 min.

Luísa Sá

Tratamento cirúrgico da incontinência urinária 10 min.

Margarida Manso

Prolapso pélvico 10 min.

Luís Vale

Bexiga neurogénica – Partilha de cuidados 10 min.

João Oliveira

Discussão 15 min.

11:30-12:00h Coffee-break

12:00-13:00h

MESA-REDONDA 2 Disfunção erétil

Moderadores: Ângela Teixeira e Miguel Guimarães

Como tratar disfunção erétil a nível dos CSP 10 min.

Carlos Francim

Porque referenciar um doente com disfunção erétil? 10 min.

Afonso Morgado

O hipogonadismo masculino de início tardio 10 min.

Sara Ribeiro

Distúrbios ejacutórios – Ejaculação prematura 15 min.

Pedro Ramos

Discussão 10 min.

13:00-14:00h

Almoço

14:00-15:30h

MESA-REDONDA 3 Uro-oncologia e o papel do MGF

Moderadores: Isabel Nazaré e Francisco Botelho

Cancro da próstata

Rastreio do cancro da próstata: Nova perspetiva de uma controvérsia antiga 15 min.

Sofia Baptista

Qual o papel da RMNmp e das biópsias de fusão 10 min.

Afonso Morgado

Tratamento do cancro da próstata localizado 10 min.

Pedro Mendes

Cancro da bexiga

Avaliação do doente com hematúria microscópica 10 min.

Margarida Henriques

O papel dos CSP no doente com derivação urinária 10 min.

Joana Monteiro

Caso clínico 15 min.

Margarida Henriques

Cancro do rim

Nódulos e cistos renais – Quando referenciar? 10 min.

Alberto Costa Silva

Cancro do testículo

Diagnóstico e referenciação do tumor de testículo 10 min.

Daniel Beirão

15:30-16:00h

PALESTRA “Cancer Survivorship” – Transição entre especialidades

Paulo Santos e Carlos Silva

08:30h Abertura do Secretariado

09:00-09:30h **Apresentação de posters selecionados**

Moderadores: Carlos Silva e Paulo Santos

PO 01 Manual de referenciação da consulta hospitalar de Urologia do Hospital de Braga

PO 02 Relato de caso clínico de cancro da próstata: Gestão da sua evolução e impacto

PO 03 Neoplasia urotelial ou doença relacionada com IGG4? – Relato de caso

PO 04 LRA como manifestação inicial do aumento do volume prostático: Um relato de caso

PO 05 POCUS uma ferramenta de ajuda em Medicina Geral e Familiar no diagnóstico de divertículos vesicais

PO 06 Antibioterapia empírica em cistite aguda não complicada – Projeto de melhoria contínua da qualidade

09:30-10:30h **MESA-REDONDA 4 Litíase renal**

Moderadores: Ana Correia Oliveira e Rui Pinto

Como abordar a cólica renal? 10 min.

Elvira Sampaio

Microlitíase renal – Devo referenciar? 10 min.

Gustavo Oliveira

O papel da endourologia no tratamento da litíase renal 15 min.

Simão Abreu

Avaliação metabólica e medidas preventivas no doente com litíase 15 min.

Cláudia Fernandes

Discussão 10 min.

10:30-11:00h Intervalo

11:00-12:00h **MESA-REDONDA 5 Crossfire – Casos clínicos de MGF**

Moderadores: Paulo Santos e João Silva

Dor peniana – Um caso clínico

Jéssica Santos

Litíase vesical

Ana Luís Pimentel

12:00-12:30h **SESSÃO DE ENCERRAMENTO “Limar de arestas”**

CUIDADOS DE SAÚDE PARTILHADOS EM UROLOGIA E MEDICINA GERAL E FAMILIAR



Aceda aqui aos resumos dos **Posters**

Resumos | Posters

PO 01

MANUAL DE REFERENCIAÇÃO DA CONSULTA HOSPITALAR DE UROLOGIA DO HOSPITAL DE BRAGA

Mariana Dias Capinha¹; Sara Anacleto¹;
Ricardo Matos¹; Catarina Tinoco¹; Andreia Cardoso¹;
Ana Sofia Araújo¹; Emanuel Dias¹; Mário Alves¹;
João Nuno Torres¹; Paulo Mota¹

¹Hospital de Braga

Introdução: A carta de referenciação é o canal de comunicação entre os cuidados de saúde primários (CSP) e os cuidados de saúde secundários (CSS). A referenciação de um doente à consulta hospitalar tem como objetivo o seu acompanhamento especializado quando o tratamento se encontra fora do âmbito dos cuidados de saúde primários. O seguinte manual permite a padronização da referenciação e apresenta uma base científica objetivável que auxilia na tomada de decisão.

Objetivos: O seguinte trabalho tem como objetivo apresentar o manual de referenciação para a consulta hospitalar em vigor no Hospital de Braga.

Material e métodos: Para a realização do seguinte trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica exaustiva sobre catorze temas da Urologia geral.

Resultados: Cada tema encontra-se dividido em três tópicos: História clínica, métodos complementares de diagnóstico e tratamento de primeira linha. São apresentadas também

as situações de referenciação de cada tema após a falência do tratamento. É assim possível consultar os critérios de referenciação relativos aos seguintes temas: 1) sintomas do trato urinário inferior no homem/ retenção urinária, 2) sintomas do trato urinário inferior na mulher/ incontinência urinária, 3) infeções urinárias de repetição, 4) litíase urinária, 5) hematúria macroscópica, 6) hematúria microscópica, 7) PSA elevado/ adenocarcinoma da próstata, 8) lesão sólida renal, 9) lesão quística renal, 10) lesão da supra-renal, 11) disfunção erétil, 12) curvatura peniana, 13) varicocele/ hidrocele/ quistos do epidídimo e 14) infertilidade.

Conclusões: O seguinte manual irá permitir a otimização do trabalho de ambas as partes que se irá repercutir numa melhor gestão das listas de espera e na poupança em despesas de saúde e em recursos humanos. Para finalizar, a referenciação dos doentes para os cuidados de saúde secundários difere consoante a região do país e o hospital de referenciação. Assim, seria de interesse a padronização da referenciação a nível nacional de modo a que esta fosse realizada de igual forma independentemente da área de residência do doente.

PO 02

RELATO DE CASO CLÍNICO DE CANCRO DA PRÓSTATA: GESTÃO DA SUA EVOLUÇÃO E IMPACTO

Carolina Jorge Gonçalves¹;

Rita Fernandes Dinis Almeida¹

¹ACES Feira Arouca

Fundamentação: O cancro da próstata (CaP) é uma das neoplasias malignas do homem mais frequentes, representando de 2018 a 2020 o terceiro cancro com maior taxa de mortalidade em Portugal, onde cerca de 5 indivíduos morrem por dia por esta causa. Pautado por controvérsia o “rastreo” pode-se tornar profícuo se conjugados fatores de risco, análise seriada do PSA e RM, segundo atualizações da Comissão Europeia, em 2022. **Descrição de caso:** Sexo masculino, 67 anos, caucasiano, casado, reformado e com 2 filhas e 2 netos. Reside com a esposa, encontrando-se na fase VIII do Ciclo de vida de Duvall. Integra uma família altamente funcional (APGAR), de classe socioeconómica média alta. Antecedentes pessoais e familiares de relevo: dislipidemia e irmão com CaP antes dos 60 anos.

Em 2019, pela história familiar e doseamento elevado de PSA sem LUTs (3.98 ng/mL » 1 ano » 5.05 ng/mL), foi referenciado pelos CSP para avaliação hospitalar. Efectuada investigação que confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma da próstata Gleason 7 (4+3) pT3a N0 R0 (4 gânglios), tendo sido realizada prostatectomia radical com linfadenectomia em abril 2020. Pós-operatório marcado por queixas de incontinência urinária e disfunção sexual grave, com alto impacto na sua qualidade de vida. Melhoria gradual auxiliada por terapêutica e acompanhamento nos CSP. No *follow-up* hospitalar, nova elevação de PSA que levou à realização de PET com 68Ga-PSMA. Detecção de nódulo no espaço de Retzius, tendo sido realizada exérese cirúrgica da le-

são com estudo anatomopatológico (EAP) de depósito de CaP - R0. Desde então, desenvolvimento de quadro de parestesias no MIE e, posteriormente, no MSE de agravamento progressivo, com desequilíbrio e claudicação da marcha, que motivou avaliação pela médica de família (MF) e posterior realização de TC CE que revelou LOE cerebral direita. Foi sujeito a ressecção cirúrgica parcial da LOE intra-axial parietal direita, com EAP compatível com metástase de CaP indiferenciado. Orientado para oncologia, onde realizou PET com F18-FDG que revelou lesão cerebral e nódulo pulmonar. Fez rádio e quimioterapia. Neste momento, a realizar hormonoterapia e MFR. Encontra-se, portanto, em tratamento paliativo com uma dependência moderada (72 pontos na escala modificada de Barthel). Recentemente, teve uma queda com fratura D12/L1 relacionada com uma osteoporose já confirmada. Salienta-se importante frustração e revolta do utente pelo seu declínio funcional galopante e prognóstico reservado.

Conclusão: Premente reflexão do custo-benefício da deteção mais precoce de CaP em paralelo com a problemática do sobrediagnóstico, bem como dos protocolos hospitalares de *follow-up* de CaP agressivos aquando elevações de PSA (nomeadamente tipologia de PET).

Papel crucial do MF no apoio à complexa gestão do enorme impacto biopsicossocial na vida do utente e respectiva família, bem como da gestão dos cuidados paliativos.

PO 03

NEOPLASIA UROTELIAL OU DOENÇA RELACIONADA COM IGG4?

– RELATO DE CASO

Sofia Tavares Almeida¹; Pedro Couto¹; Patrícia Tuna¹; Tiago Pinto Neto¹; Catarina Rêgo Carvalho¹

¹USF Valongo

Enquadramento: A Doença Relacionada com Imunoglobulina G4 (IgG4-RD) é uma doença auto-imune caracterizada por uma reação in-

flamatória exuberante, fibrose e infiltração de plasmócitos IgG4+ a nível tecidual, com aumento frequente de IgG4 sérico. Estas lesões infiltrativas ocorrem a nível retroperitoneal, podendo surgir no rim e/ou ureter e causar nefropatia por obstrução urotelial. Surgem frequentemente como massas ou espessamentos que podem mimetizar tumores, não distinguíveis destes por exames de imagem. O tratamento de primeira linha da IgG4-RD passa pela corticoterapia sistêmica, levando à diminuição das lesões e dos níveis de IgG4 séricos e melhoria da função renal.

Descrição de caso: Homem, 73 anos, autônomo. Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hipertensão arterial e hipertrofia benigna da próstata (submetido a prostatectomia por laser).

Em consulta de vigilância nos cuidados de saúde primários foi objetivado agravamento gradual da função renal no intervalo de um ano. Iniciado estudo com ecografia renal seguida de TAC reno-pélvica, que revelaram uretero-hidronefrose direita e rim direito atrofico com espessamento urotelial difuso. Realizada citologia urinária sem evidência de células neoplásicas.

Após orientação para Urologia, colhida biópsia do ureter, revelando material insuficiente na amostra, e lavado ureteral, cuja citologia descreveu células malignas sugestivas de Carcinoma urotelial de alto grau. Decidida nefroureterectomia direita total. A peça histológica não revelou evidência de malignidade, demonstrando fibrose e infiltrado linfoplasmocitário com plasmócitos IgG4+ numa relação IgG4/IgG>40%, sugerindo diagnóstico de IgG4-RD.

Referenciado para consulta de Medicina Interna para seguimento.

Discussão: Este caso descreve um diagnóstico difícil de uma patologia rara com um desfecho desfavorável, no qual o doente foi submetido a um procedimento cirúrgico que

poderia ser evitado. Destaca ainda o papel fulcral do Médico de Família na identificação e estudo do agravamento da função renal, bem como na referenciação precoce.

Os autores alertam para a necessidade de distinção entre IgG4-RD e neoplasia urotelial, dadas as semelhanças clínicas e imagiológicas entre ambas. Uma biópsia apropriada é importante para distinguir estas duas entidades.

Dada a agressividade do tratamento das neoplasias uroteliais, os autores sugerem, em concordância com a bibliografia internacional, que o doseamento dos níveis séricos de IgG4 possa incluir-se no protocolo de avaliação inicial destes casos.

PO 04

LRA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DO AUMENTO DO VOLUME PROSTÁTICO: UM RELATO DE CASO

Inês Gomes Castro¹; João Lemos¹; João Poças¹; Patrícia Sousa¹; Helena Cabral¹

¹USF Cedofeita

Introdução: A população idosa apresenta maior risco de uma lesão renal aguda (LRA) devido às alterações estruturais, funcionais e hemodinâmicas do rim, à polimedicção e a comorbilidades como hipertensão (HTA), diabetes mellitus (DM), ou doença renal crónica. Apesar de ser frequentemente multifatorial, uma causa comum de LRA é a obstrução pós-renal por doença prostática. Dado o baixo potencial de recuperação da função renal (FR) nesta faixa etária, o diagnóstico de LRA e uma intervenção precoce são essenciais.

Descrição do caso: Utente do sexo masculino de 79 anos, autónomo e cognitivamente íntegro. Apresenta HTA, DM tipo 2, sem lesões de órgão alvo conhecidas, excesso de peso, dislipidemia e é ex-fumador (60 UMAS). Em consulta de vigilância nos cuidados de saúde primários referiu uma história de uma suposta infeção urinária há 4 meses, tratada

noutra instituição. Afirmou resolução sintomática após início de antibioterapia. Estava assintomático, negando queixas de disúria, polaquiúria, hematúria, urgência urinária, alteração do débito urinário ou do jato miccional. Do estudo analítico de rotina, destacou-se a presença de uma anemia normocítica normocrômica (hemoglobina 12,2 mg/dL) e um agravamento da FR (creatinina 1,74 mg/dL; prévio: 1,16 mg/dL). Foi questionado acerca da presença de náuseas, vômitos, perdas hemáticas ou ingestão de fármacos potencialmente nefrotóxicos, que negou. Ao exame físico encontrava-se hemodinamicamente estável, sem sinais de desidratação e sem outras alterações relevantes. Foram explicados sinais de alarme e pedidos exames complementares para estudo das alterações identificadas. Após 15 dias, o doente regressa com novo estudo com um valor de creatinina de 2,02 mg/dL, ureia 51 mg/dL, PSA total 2,77 e livre de 0.36 ng/mL. Sem alterações no sedimento e bacteriológico de urina estéril. Na ecografia renal detetou-se uma acentuada hidronefrose bilateral, com extensão até à bexiga, com um resíduo miccional de 650 mL. A bexiga apresentava paredes difusamente espessadas, com múltiplos divertículos, e a próstata apresentava um volume aumentado e contornos regulares (114 cc). O doente foi encaminhado para o Serviço de Urgência, tendo sido algaliado com sonda vesical livre por quadro compatível com LRA por uma obstrução infravesical secundária a um provável alargamento prostático benigno.

Conclusão: A LRA é uma patologia importante dada a sua prevalência e prognóstico, especialmente em indivíduos idosos. Tal como representado neste caso, deverão ser sempre excluídas causas obstrutivas e potencialmente reversíveis, mesmo em doentes sem sintomatologia prévia do aparelho urinário inferior.

PO 05

POCUS UMA FERRAMENTA DE AJUDA EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO DIAGNÓSTICO DE DIVERTÍCULOS VESICAIS

Ana Sofia Antunes¹; Sílvia Villar¹;

Ana Margarida Domingos¹; Clara Portel¹; Inês Reis¹; Ricardo Cortes¹

¹USF Quinta da Prata, Borba

Introdução: Os divertículos vesicais são heranças, congénitas ou adquiridas, da parede vesical, raras, mais prevalentes nos homens e frequentemente assintomáticos. Para o seu diagnóstico pode recorrer-se a vários exames complementares, nomeadamente a ecografia vesical. A *point-of-care ultrasound* (POCUS) é uma ecografia utilizada no local de atendimento do utente, como é o caso da consulta de Medicina Geral e Familiar. É uma técnica que tem vindo a crescer em utilização por parte dos médicos de família, com vista à otimização da capacidade de diagnóstico e uma atuação terapêutica mais célere e dirigida.

Objetivo: Mostrar a importância da POCUS na prática clínica diária em Medicina Geral e Familiar no diagnóstico de patologias urinárias.

Material e métodos: Caso clínico de um homem com infeções urinárias de repetição, em que a POCUS contribuiu para o diagnóstico de divertículos vesicais.

Resultado e conclusões: Homem de 80 anos com antecedentes de hiperplasia benigna da próstata, insuficiência cardíaca, dislipidemia e esquizofrenia que recorre frequentemente à sua médica de família por múltiplas queixas urinárias: dificuldade em iniciar a micção, disúria, polaquiúria e mau cheiro urinário. Ao exame físico apresenta dor no hipogastro e a análise de urina evidencia hematúria, leucocitúria, proteinúria e nitritos positivos. Devido aos múltiplos diagnósticos de infeções urinárias, realizou-se na consulta ecografia com recurso à POCUS que evidenciou múltiplas imagens vesicais, justaparietais, anecogéni-

cas e ovaladas, que foram à posteriori confirmadas em ecografia vesical via supra-pública, como divertículos vesicais, o maior com 4 cm. Na consulta com o médico de família e com recurso da POCUS foi possível efetuar o diagnóstico de Divertículos Vesicais. Esta ferramenta não só permitiu o diagnóstico desta entidade como ajudou na exclusão de outras patologias urinárias. O uso desta ferramenta diagnóstica nos cuidados de saúde primários é crucial, ajuda na tomada de decisões em tempo útil e pode evitar referenciações desnecessárias.

PO 06

ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA EM CISTITE AGUDA NÃO COMPLICADA – PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Carolina Jorge Gonçalves¹; Rita Almeida¹;

Diana Pereira Costa¹; Ana Dias¹

¹ACES Feira Arouca

Introdução: As infeções do trato urinário (ITUs) encontram-se entre as infeções bacterianas mais frequentes na prática clínica, com maior prevalência no sexo feminino, representando o seu tratamento uma parte considerável da prescrição antibiótica (ATB) – esfera que se pauta pela urgência de prudente gestão.

Objetivos: Avaliar e otimizar, segundo o Ciclo de Demming/PDCA, a prescrição de antibioterapia empírica nos quadros de cistite aguda não complicada em mulher adulta não grávida, de acordo com a Norma nº 015/2011 da DGS.

Material e métodos: Estudo de ciclo de melhoria contínua da qualidade, *quasi-experimental*, “*before-and-after*”. Elegíveis mulheres de idade ≥ 18 anos, não grávidas, sem alterações anatomo-funcionais ou instrumentação do trato urinário nem ATB recente dirigido, a quem foi codificado o problema U71 do ICPC-2: “Cistite/Infeção Urinária Outra”, em fev, jun, out de 2022 ou fev de 2023. Os dados da(s) amostra(s) de base institucional

– USF Saúde Mais, foram obtidos através da plataforma MIM@UF, do SClinico e da PEM. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, tipo de ITU, prescrição e a dose/frequência diária/duração da antibioterapia empírica. Definiram-se os seguintes critérios de qualidade: Insuficiente (IS) $<50\%$ - Suficiente (S) $<80\%$ - Bom (B) $<90\%$ - Muito Bom (MB) $<95\%$ - Excelente (E) 96-100%. Como medidas corretivas procedeu-se à exposição da Norma mencionada, entrega inicial de exemplar físico de organograma síntese e subsequente partilha mensal eletrónica, bem como realização de quiz pedagógico.

Resultados: Dos 114 casos, verificou-se que a maioria ocorre na 6ª e 8ª décadas de vida (?19%), existindo predomínio na prescrição de fosfomicina.

Em termos dos resultados principais, na avaliação diagnóstica obteve-se uma taxa de conformidade de 72% com um nível de E na adequada prescrição e na dose de ATB, enquanto na indicação da frequência diária de tomas e na duração do tratamento averiguou-se um nível B. Nas reavaliações posteriores, destacou-se a manutenção de E na adequada prescrição de ATB e da respetiva dose. Por outro lado, verificou-se a otimização da adequada duração do tratamento, atingindo-se o nível MB a partir da 1.ª reavaliação, o qual foi mantido. No que concerne à adequada indicação da frequência diária de tomas, nomeadamente da nitrofurantoína e da amoxicilina + ác. clavulânico, foi atingido o nível E na 1.ª e 2.ª reavaliações, com regressão para o nível MB na última reavaliação. No que diz respeito às taxas de conformidade globais, evolução de 72»89»95.5»94.7%.

Conclusões: Em sùmula, reconheceu-se as boas práticas vigentes (ausência de prescrição de quinolonas), a notória melhoria de prescrição antibiótica empírica (redução de inconformidades, nomeadamente fosfomicina 2 saquetas, nitrofurantoína de 8 em 8 horas

ou amoxicilina + ác. clavulânico na dose de 875 + 125 mg), a problemática dos pequenos tamanhos amostrais mensais e a importância da colaboração em equipa.

PO 07

SIMPLESMENTE HEMATÚRIA...E AGORA? – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Adriana Simoes Figueiredo¹; Emília Barbosa¹;

Noélia Novo¹

¹USF Calécia

Introdução: As neoplasias renais e vesicais são, muitas vezes, silenciosas, revelando apenas sintomas em estadios avançados. O objetivo deste caso clínico é alertar para a importância do diagnóstico atempado, valorizando e investigando os sintomas sugestivos.

Descrição do caso: Homem de 82 anos, independente para as atividades da vida diária e com ótimo estado geral, recorreu à consulta com o seu Médico Assistente devido a dois episódios de hematúria macroscópica, no período de um mês, associada a perda de pequeno coágulo de sangue na urina. Realizou-se tira teste de urina, que revelou existência de leucócitos e de sangue. Foi medicado com amoxicilina + ácido clavulânico, e foi pedido estudo analítico, análise sumária de urina e ecografia reno-vesical. Após a toma da medicação prescrita, o utente permaneceu sem novos episódios de hematúria e sem outros sintomas. O estudo analítico não demonstrou alterações relevantes, no entanto, a análise de urina revelou albumina de 150 e eritrócitos de 100, a ecografia renal revelou a existência de volumosa massa sólida heterogénea na metade inferior do rim esquerdo com 9 cm, de muito provável carácter neoformativo, e a ecografia vesical revelou uma vegetação endoluminal de contorno irregular com uma base de implantação de 13 mm de parede póstero-lateral direita. O utente foi referenciado com carácter urgente para a especialidade de Urologia. Já em contexto hospita-

lar, o utente foi submetido a cistoscopia que revelou neoplasia vesical (duas lesões com 2cm na parede posterior e lateral direita), cuja histologia revelou carcinoma urotelial in situ. Foi submetido a cistoprostatectomia radical com ureterostomia cutânea + nefroureterectomia esquerda. Oito dias após esta cirurgia, verifica-se evisceração da ferida, pelo que é submetido a encerramento da aponevrose. O utente teve alta 15 dias após a cirurgia.

Discussão: Este caso demonstra a importância do papel ativo do médico de família, (nesta situação em particular perante sintomas urinários), no tratamento de situações agudas e no seu posterior seguimento, de forma a realizar investigação diagnóstica atempada e sempre que necessária, prevenindo diagnósticos tardios e comprometedores de prognóstico.

PO 08

NEOPLASIA DA PRÓSTATA: A PROPÓSITO DE UM CASO

Luis Filipe Almeida Teles¹;

André José Gonçalves Rodrigues¹;

Paulo Jorge Nóbrega Freitas¹

¹SESARAM

Introdução: A neoplasia da próstata é uma das formas mais comuns de neoplasia em homens em todo o mundo.

Em Portugal, a incidência de neoplasia da próstata tem vindo a aumentar ao longo das últimas décadas. Em Portugal, é de cerca de 71 casos por 100.000 homens, e a taxa de mortalidade é de cerca de 14 casos por 100.000 homens (idade média 69 anos).

Descrição do caso: J.R.F.N., 73 anos, sexo masculino, independente para as AVDs, reformado e casado. Com 3 e 2 consultas registadas no ano de 2022 e 2023, respetivamente. Como antecedentes pessoais registados tem HTA, IC, HBP grau III, DM, Dislipidemia, Hepatomegalia e Neoplasia da língua (cirurgia há 6 anos). Tinha como hábitos nocivos: Hábitos

tabágicos (abstinente há 7 anos, 60 UMA) e etanólicos pesados (abstinente há 3 meses). Como medicação habitual faz Levetiracetam 1000, Triplixam 10/2.5/10, Serenal, Tiapridal 100, Neurobion, Bisoprolol 5, dutasterida + tansulosina 0.5/0.4, Orvatez 10/10, Risidon 1000, calcium D + sertralina 50mg + risidon 1000mg, buprenorfina TDS 1/2 patch de 35 microgramas.

Numa consulta de rotina no centro de saúde, a 11/10/2021, o utente faz estudo analítico que demonstra uma PSA com 63 ng/mL (peso de 83 Kgs (sem perda involuntária de peso), nega LUTS e apenas refere alguma disfunção sexual, cumpre critérios de referenciação para Urologia e foi referenciado. A 30/03/2022 o utente começa a referir alguns sintomas do trato urinário inferior (LUTS), tais como jato fraco e alguma dificuldade em iniciar a micção. Volta a fazer estudo analítico a 5/12/2022 que demonstra um PSA de 1844 ng/mL e quando se apresenta em consulta tem uma perda de peso de aproximadamente 16 Kgs e recusava fazer ecografia prostática. Posteriormente, na consulta de Urologia, dia 16/12/2022 manifesta dores na coluna lombar mas nega LUTS. O utente faz RMN da coluna lombar, cintigrafia óssea e biópsia prostática transretal e dá início a medicação com aLHRH.

Na consulta de urologia do dia 10/03/2023 é confirmada a neoplasia da próstata com score de Gleason 8 (4+4), com metastização óssea e ganglionar. Analiticamente no dia 05/01/2023 o PSA é de 471 ng/mL e a 23/2/2023 o PSA é de 35ng/ml, clinicamente tem a dor controlada e nega LUTS.

Discussão: O diagnóstico precoce é importante para aumentar as chances de tratamento bem-sucedido e prevenir complicações graves. Os exames de rastreio, como o antígeno prostático específico (PSA) e o exame retal digital, tornam-se imperiais para o seu diagnóstico.

PO 09

NEOPLASIA DA BEXIGA: IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO REGULAR DE UTENTES SINTOMÁTICOS

Luis Filipe Almeida Teles¹;
Paulo Jorge Nóbrega Freitas¹;
André José Gonçalves Rodrigues¹
¹SESARAM

Introdução: A neoplasia da bexiga é uma das neoplasias mais comuns do trato urinário, representando cerca de 90% dos casos de neoplasia urotelial.

A incidência da neoplasia da bexiga varia em todo o mundo. Em Portugal, a taxa de incidência é de cerca de 4,7 casos por 100.000 em homens e 1,3 casos por 100.000 em mulheres por ano.

Descrição do caso: A.R.S., 75 anos, sexo masculino, independente para as AVDs, reformado e casado. Com 10 e 2 consultas registadas no ano de 2022 e 2023, respetivamente. Como antecedentes pessoais registados tem Hipertensão Arterial, IC, FA, HBP grau III, Dislipidemia e Osteopenia. Não tinha hábitos nocivos.

Como medicação habitual faz rosuvastatina 10 mg; irbesartan 150 mg; tapentadol 100 mg; apixabano 5 mg; pregabalina 150 mg; dutasterida + tansulosina 0.5 mg + 0.4 mg.

Utente começou por vir a uma consulta no dia 7/02/2022 com queixas de disúria e hematuria, ao exame objetivo não tinha queixas e foi pedido estudo analítico que demonstrou hemograma normal e urina II com eritrócitos. Desde essa altura o utente marcou mais 11 consultas e foram feitos mais 9 estudos analíticos (todas com evidência de eritrócitos na urina) e pedidas 5 uroculturas (sempre negativas). O utente nunca teve perda de peso. Desde essa altura fez 1 ecografia renal e vesical e 3 TCs. Foi referenciado para a consulta de urologia no dia 03/03/2022.

O utente acabou por ir 3 vezes ao SU de Ma-

chico e 5 ao SU do HNM, por queixas de disúria, hematúria, tendo sido medicado com antibioterapia 3 vezes (2 cefuroxima 500 mg e 1 com ciprofloxacina 500 mg)

Após TC Abdominal e pélvico do dia 13/02/2023 foi diagnosticado com neoplasia maligna da parede posterior da bexiga urinária. No dia 21/03/2023 foi internado para ser submetido a cirurgia para ressecção transuretral de tumor vesical de lesão séssil da parede anterior e posterior com cerca de 2cm e múltiplas lesões papilares entre os 5-2mm nos pares laterais e trígono. O período intra e pós-operatório decorreu sem intercorrências. **Discussão:** Este caso apresenta desafios clínicos e diagnósticos importantes, uma vez que o paciente apresentou sintomas urológicos inespecíficos e eritrócitos na urina. É importante considerar que a presença de eritrócitos na urina pode indicar várias condições, desde infeções do trato urinário até neoplasia de bexiga.

PO 10

BEXIGA HIPERATIVA – UM CASO CLÍNICO

Diogo Carvalho¹; Helena Leal ¹

¹USF Espaço Saúde

Os sintomas do trato urinário inferior (LUTS) são categorizados como sintomas relacionados com o armazenamento vesical, micção ou pós-micção. A bexiga hiperativa (BH), caracterizada pela contração involuntária do músculo detrusor, pode ser uma causa principal de LUTS. A BH é definida pela *International Continence Society* como uma síndrome de urgência urinária, com ou sem incontinência de urgência, geralmente acompanhada de polaquiúria, diurna e noturna. Segundo a literatura, a incidência de sintomas de BH e LUTS entre adultos mais velhos, não difere por sexo. Urgência urinária e incontinência de urgência foram relatadas em 10 a 13% dos homens europeus de 50 a 59 anos, em 18%

dos homens americanos de 45 a 54 anos, e, sabe-se que a prevalência de BH aumenta com a idade [5-6]. Expomos o caso de um senhor, AM, de 78 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão, aneurisma da aorta, hiperplasia benigna da próstata e suspeita de Parkinson, que, iniciou sintomas de noctúria e incontinência urinária diurna. Realizou ecografia prostática que identificou uma bexiga pouco distendida, por incapacidade em obter repleção completa, próstata globosa, com cerca de 34 gramas de peso, sem outras alterações relevantes. O valor de PSA em 2021 era de 1.07 ng/ml. Quando observado por Urologia, iniciou Silodosina 4 mg e Mirabregon 50 mg e manteve vigilância. Por persistência sintomática na consulta seguinte, foi-lhe pedido um estudo urodinâmico, constatando-se “hiperatividade do detrusor que condiciona perda involuntária”. O utente mantém vigilância na consulta externa de Urologia, tendo-lhe sido adicionado cloreto de tróspio à sua medicação habitual pelos constantes LUTS. Os LUTS podem estar associados a distúrbios graves do sono, sintomas depressivos e diminuição da capacidade de realizar as atividades quotidianas, pelo que devemos sempre perceber a etiologia da doença e tentar melhorar a qualidade de vida destes utentes.

PO 11

HEMATURIA – UMA REAÇÃO ADVERSA INESPERADA

Mariana Ferreira Rodrigues¹; Ana Catarina Pires¹; Sara Carlos¹; Alexandra Anjo²

¹UCSP da Sé - Bragança, ULS Nordeste; ²UCSP Macedo de Cavaleiros, ULS Nordeste

Introdução: A cistite hemorrágica traduz uma condição inflamatória da bexiga com hemorragia por irritação da mucosa. É uma entidade frequentemente associada a tratamentos com quimioterápicos, ciclos de radioterapia ou processos infecciosos. Caracteriza-se por

quadros de hematúria que podem variar desde apresentações mais discretas a episódios de hematúria com a presença de coágulos que podem condicionar obstrução do trato urinário. A cistite hemorrágica tem sido alvo de investigação para melhor compreensão da sua etiologia e fisiopatologia bem como para amplificar e otimizar as opções terapêuticas. No presente caso, descreve-se um quadro de provável cistite hemorrágica como reação adversa após vacinação contra a COVID-19.

Caso clínico: Mulher de 34 anos, de raça caucasiana, médica de família, sem antecedentes de relevo que desenvolve, 48 horas após receber a 4ª dose da vacina Pfizer-BioNTech, hematúria macroscópica, sem outras queixas. Realiza estudo complementar a evidenciar presença de eritrócitos no sedimento urinário, sem outros achados. Sem repercussão a nível do hemograma, sem disfunção renal, sem outras alterações. Estudo auto-imune sem alterações. Ecografia renal, TC abdomino-pélvica e RM tranquilizadoras. Citologia urinária sem atipia. Adicionalmente, solicita-se avaliação pela Nefrologia para exclusão de patologia glomerular. Prossegue investigação com cistosopia pela Urologia que descreve: “Bexiga sem lesões suspeitas de neoplasia vesical. Petéquias com ligeira hematúria compatíveis com complicação pós COVID (...)”. Assume-se então o diagnóstico de provável cistite hemorrágica pós vacinação contra a SARS-CoV2, é sugerida terapêutica com câmara hiperbárica para restauração do urotélio vesical.

Conclusão: O impacto da pandemia por COVID-19 conduziu a uma das maiores campanhas de vacinação de sempre com o objetivo de conter a disseminação do vírus SARS-CoV2 e sobretudo prevenir as formas mais graves da doença. Em agosto de 2021 foi, então, aprovada a 1ª vacina baseada em tecnologia inovadora de RNA mensageiro. Após a implementação dos esquemas de vacinação ficam agora por desvendar alguns dos possíveis

efeitos adversos que continuam a surgir. Os mesmos efeitos adversos que, a longo prazo, permanecem imprevisíveis e a merecer contínua atenção pelos profissionais de saúde das mais diversas áreas.

PO 12

NOVAS ABORDAGENS NA NEOPLASIA DA PRÓSTATA

Luis Filipe Almeida Teles¹;

Paulo Jorge Nóbrega Freitas¹;

André José Gonçalves Rodrigues¹

¹SESARAM

Introdução: A neoplasia da próstata é uma das mais comuns em homens, em todo o mundo. Em Portugal, é de cerca de 71 casos por 100.000 homens, e a taxa de mortalidade é de cerca de 14 casos por 100.000 homens (idade média 69 anos). Nos últimos anos, tem havido um aumento na consciencialização sobre a importância do diagnóstico precoce e no seu tratamento. Novas tecnologias, abordagens diagnósticas e terapêuticas estão a ser desenvolvidas para melhorar os resultados no tratamento.

Objetivos: O objetivo deste trabalho é reunir informações sobre as últimas publicações sobre neoplasia da próstata. Isto inclui os mais recentes desenvolvimentos no diagnóstico, estadiamento e tratamento da neoplasia da próstata, bem como novas abordagens terapêuticas, incluindo imunoterapia e radioterapia.

Material e métodos: Foi realizada uma revisão sistemática da literatura utilizando a base de dados PubMed. Os critérios de inclusão foram artigos publicados entre 2018 e 2021 sobre neoplasia da próstata, com foco no diagnóstico, estadiamento e tratamento. Foram excluídos os artigos que não apresentavam informações relevantes sobre o cancro da próstata. Os dados foram analisados e organizados de acordo com os principais temas e tópicos abordados pelos artigos incluídos na revisão.

Resultados e conclusões: Esta revisão indica que a imagem molecular, incluindo PET, está emergindo como uma importante ferramenta para o diagnóstico, estadiamento e monitorização do tratamento da neoplasia da próstata. Além disso, novas abordagens terapêuticas, incluindo imunoterapia (pembrolizumab e nivolumab) e radioterapia (técnica de radioterapia com dose hipofracionada usa doses mais altas de radiação em menos sessões, minimizando os efeitos colaterais. A radioterapia guiada por imagem (IGRT) ajuda a evitar o dano aos tecidos saudáveis e aumentar a eficácia do tratamento), estão a ser desenvolvidas e testadas. A abordagem ativa de vigilância também está a ser cada vez mais utilizada como uma alternativa para o tratamento em homens com baixo risco de progressão da doença. Novos biomarcadores (*Prostate Health Index* (PHI)) e testes genéticos (*Oncotype DX*, *Prolaris*) também estão a ser desenvolvidos para melhorar o diagnóstico e a seleção do tratamento. Em conclusão, os avanços recentes na imagem molecular, terapêutica e monitorização estão a melhorar a precisão do diagnóstico e do estadiamento, bem como a eficácia do tratamento da neoplasia da próstata.

PO 13

NEOPLASIA DA BEXIGA: AVANÇOS RECENTES NO DIAGNÓSTICO, PROGNÓSTICO E TRATAMENTO

Luis Filipe Almeida Teles¹;

Paulo Jorge Nóbrega Freitas¹;

André José Gonçalves Rodrigues¹

¹SESARAM

Introdução: A neoplasia da bexiga é uma doença comum, sendo o tipo de cancro urológico mais prevalente em Portugal. Esta patologia apresenta uma elevada taxa de recorrência e progressão, o que a torna um desafio para os profissionais de saúde que trabalham nesta área. Têm sido publicados vários estu-

dos que visam melhorar o diagnóstico, prognóstico e tratamento desta patologia. Neste contexto, este trabalho tem como objetivo reunir e analisar a informação relevante sobre neoplasia da bexiga.

Objetivos: O objetivo principal deste trabalho é sintetizar as informações contidas em artigos para obter uma visão geral sobre as mais recentes descobertas e avanços em relação ao diagnóstico, prognóstico e tratamento da neoplasia da bexiga. Pretende-se identificar os principais marcadores biológicos e moleculares associados ao prognóstico, bem como os mais recentes avanços no tratamento da neoplasia da bexiga.

Material e métodos: Foram selecionados artigos publicados na PubMed sobre neoplasia da bexiga. A pesquisa foi realizada utilizando palavras-chave relacionadas com a patologia. Após a seleção dos artigos, procedeu-se à leitura dos mesmos e à extração da informação relevante para a realização deste trabalho.

Resultados e conclusões: Os estudos selecionados apresentaram várias informações relevantes sobre a neoplasia da bexiga. Um dos artigos destacou a importância do marcador Ki-67 na avaliação do prognóstico do cancro da bexiga, sendo que níveis elevados deste marcador foram associados a uma pior evolução clínica da doença. Outro estudo identificou um subtipo molecular (neuroendocrine-like bladder cancer) com mau prognóstico, o que pode ajudar a personalizar o tratamento para estes pacientes.

Um dos estudos selecionados explorou o potencial da utilização de inteligência artificial para o diagnóstico e prognóstico da neoplasia da bexiga. Este artigo concluiu que a utilização de técnicas de inteligência artificial, como a análise de imagens médicas e a análise de dados moleculares, pode melhorar significativamente a precisão do diagnóstico e do prognóstico da neoplasia da bexiga.

Em relação ao tratamento da neoplasia da

bexiga, um dos estudos destacou o potencial da utilização de terapias direcionadas, como a imunoterapia (pembrolizumabe, erlotinib e o sunitinib), no tratamento de pacientes com cancro da bexiga avançado. Outro artigo avaliou a eficácia da quimioterapia neoadjuvante na resposta do cancro da bexiga à terapia radical, sugerindo que esta terapia pode melhorar a sobrevida global dos pacientes.

PO 14

UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM DE ADENOCARCINOMA DA PRÓSTATA: ESTUDO DE CASO DE UM PACIENTE COM GONALGIA

Mariana Duque Flores¹; Andreia Costa¹;
Diana da Eira¹

¹Usf Maresia

Apresentou-se a consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF) um homem de 84 anos com antecedentes pessoais de patologia meniscal do joelho esquerdo.

Referia gonalgia bilateral, de maior intensidade à direita, após realização de exercício em bicicleta estática, tendo sido observado no ano anterior pelo mesmo motivo e realizado ressonância magnética (RM) que revelava lesão discreta do menisco interno. Nessa altura teve alta da consulta de Ortopedia no hospital de referência, sob terapêutica analgésica e indicação para voltar em caso de agravamento. Assim, foi ajustada analgesia e realizada nova referenciação para consulta de Ortopedia.

Enquanto aguardava pela consulta e por persistência da dor, recorreu a consulta de Ortopedia em medicina privada na qual se objetivou dor de difícil controlo, pelo que foi requisitada nova RM. Nesta observaram-se alterações sugestivas de osteoma osteóide da tíbia/fémur direito, tendo realizado de seguida cintigrafia óssea que revelou múltiplas lesões osteoblásticas, nomeadamente nos ossos da bacia e fémures.

No seguimento destes achados, foi pedida

consulta de Oncologia, na qual foram requisitados estudo analítico e tomografia computadorizada (TC) Toraco-abdomino-pélvica. A destacar PSA de 201 ng/ml e na TC múltiplas lesões ósseas blásticas nos ossos ilíacos e sacro, corpos vertebrais cervico-dorsais e lombares, esterno e em múltiplos arcos costais bilaterais e omoplatas, em relação com metastização blástica difusa. A suspeita clínica levantada foi provável adenocarcinoma da próstata, com indicação para avaliação em consulta de Urologia e de grupo multidisciplinar uro-genital.

O doente iniciou tratamento com bicalutamida, com boa resposta.

Após 3 meses, foi observado na consulta de Ortopedia, inicialmente pedida por MGF, encontrando-se assintomático.

O diagnóstico foi confirmado posteriormente por biópsia prostática.

Após 10 meses de tratamento, mantém-se assintomático e com PSA de 0,07 ng/ml.

A importância deste caso clínico prende-se com a necessidade de refletir que, por vezes, o que é assumido como agudização de patologia crónica, nomeadamente em doentes idosos, pode tratar-se de uma manifestação de doença de novo que não deve ser desvalorizada. As dores osteoarticulares são uma das razões que motiva frequentemente a ida aos cuidados de saúde primários, mas que podem traduzir patologia potencialmente grave. O tempo de espera para consulta hospitalar no serviço nacional de saúde é excessivo e o desfecho deste doente poderia ter sido bastante diferente caso não tivesse condições económicas para pedir apoio a nível particular.

PO 15

SINUS URACAL INFETADO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Moura Guedes¹; Ana Sofia Oliveira²;
João Lemos³; Manuel Ferreira Veloso⁴;
Marta Pinto Dias⁵

¹USF Ramalde; ²USF Aníbal Cunha; ³USF Cedofeita;

⁴USF São Bento; ⁵USF Fânzeres

Introdução: O *sinus uracal* (SU) representa uma das anomalias observadas durante o processo de degeneração do úraco fetal, no qual a comunicação entre a bexiga e o umbigo é encerrada. O defeito parcial deste processo resulta nesta malformação congénita. Trata-se de uma entidade rara, particularmente na idade adulta. A maioria dos doentes permanece assintomático até ao aparecimento de complicações como a infeção, tornando o seu diagnóstico desafiante.

Descrição do caso: Homem de 70 anos, hipertenso e com dislipidemia, recorre à Consulta Aberta (CA) do seu Centro de Saúde em setembro de 2022 por dor com 3 dias de evolução na região peri-umbilical associado a tumefação local com drenagem purulenta. O exame físico revelou uma tumefação peri-umbilical dolorosa com sinais inflamatórios cutâneos. Foi assumido um quadro de onfalite e medicado com Flucloxacilina 500 mg de 8/8 horas durante 7 dias. Por ausência de melhoria recorre novamente à CA e foi encaminhado para o serviço de urgência (SU) da área de residência ao cuidado da Cirurgia Geral. Realizou ecografia abdominal, não se tendo observado coleções organizadas, pelo que teve alta medicado com Amoxicilina 875 mg/Ácido Clavulânico 125mg de 12/12 horas durante 8 dias. Por persistência das queixas é novamente avaliado no SU, tendo realizado nova ecografia abdominal que mostrava uma “coleção líquida heterogénea com 24x15 mm, com trajeto comunicante inferior em direção à região umbilical, com uma espessura máxima

estimada em 12 mm”. Foi pedido uma Tomografia Computadorizada que confirmou um *sinus uracal* infetado. Foi submetido a drenagem sob anestesia local, com colheita do conteúdo purulento para análise bacteriológica e medicado empiricamente com Ciprofloxacina 500mg de 12/12 horas durante 8 dias. Posteriormente foi orientado para Consulta Externa da especialidade e foi submetido a cirurgia eletiva de amputação do umbigo, rafia de hérnia umbilical e plastia com retalho pediculado de avanço, com resolução do quadro.

Discussão/Conclusão: Como Médicos de Família lidamos frequentemente com diversas patologias da parede abdominal. Este caso alerta para a importância do reconhecimento das que carecem de uma investigação etiológica e de uma correta orientação pela especialidade hospitalar. Por se tratar de uma doença rara o seu diagnóstico é muitas vezes tardio, reduzindo a qualidade de vida dos doentes, pelo que este envolvimento multidisciplinar é fundamental na sua abordagem.



Patrocínios Científicos

SERVIÇO DE UROLOGIA



SÃO JOÃO



Sponsors



OLYMPUS



TECNIFAR

Apoios



Organização e Secretariado



Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa

T: +351 21 842 97 10 (chamada para a rede fixa nacional)

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