

CUIDADOS DE SAÚDE PARTILHADOS EM UROLOGIA E MEDICINA GERAL E FAMILIAR

23 e 24 | maio de 2024 | Porto
Ordem dos Médicos

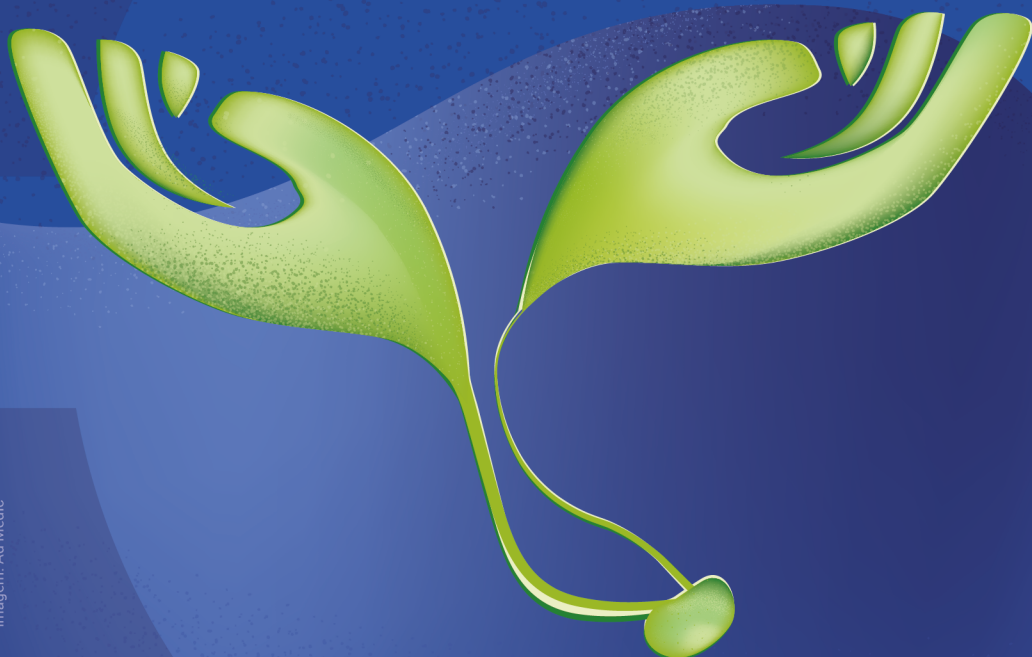


Imagem: Ad Médic

Programa
Científico

Aceder ao programa



CUIDADOS DE SAÚDE PARTILHADOS EM UROLOGIA E MEDICINA GERAL E FAMILIAR



Quinta-feira | 23 de maio de 2024

08:00h Abertura do Secretariado

09:00-09:15h **SESSÃO DE ABERTURA**

09:15-10:15h **MESA-REDONDA 1 Disfunção erétil**

Moderadores: Miguel Guimarães, Rui Pinto e Luciana Couto

Orientação do doente com disfunção erétil nos CSP 15 min.

Joana Monteiro

Curvaturas penianas e doença de Peyronie 15 min.

Afonso Morgado

Infertilidade masculina 15 min.

Pedro Ramos

Discussão 15 min.

10:15-10:45h Coffee-break

10:45-12:45h **MESA-REDONDA 2 Sintomas do aparelho urinário baixo**

Moderadores: Francisco Cruz, Tiago Antunes Lopes e Luísa Sá

Pavimento pélvico

Tratamento do síndrome de bexiga hiperativa

Quando referenciar? 15 min.

Gustavo Oliveira

Opções terapêuticas de 3ª linha 15 min.

Carlos Ferreira

Avaliação e tratamento do prolapso pélvico 15 min.

Cláudia Fernandes

Discussão 15 min.

(Continua)

(Continuação)

LUTS/HBP

Avaliação do homem com LUTS. Quando referenciar 15 min.

Pedro Castro

Noctúria: Da etiologia ao tratamento 15 min.

Alberto Silva

Tratamento cirúrgico 15 min.

Nuno Dias

Discussão 15 min.

12:45-14:00h Almoço

14:00-15:30h **MESA-REDONDA 3 Uro-Oncologia e o papel do MGF**

Moderadores: Teixeira Sousa, Francisco Botelho e Raquel Braga

Cancro da próstata

O que há de novo no rastreio do cancro da próstata? 10 min.

Paulo Santos

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

Simão Abreu

Tratamento do cancro da próstata localizado 10 min.

Afonso Morgado

Cancro da bexiga

Avaliação do doente com hematúria microscópica 10 min.

Teresa Pina Vaz

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

Carlos Francim

O percurso do doente com cancro da bexiga 10 min.

Înês Duarte

Cancro do rim

Nódulos e cistos renais – Quando referenciar? 15 min.

João Oliveira

15:30-16:00h



SESSÃO 10 anos de Mirabegrom

Palestrante: Tiago Antunes-Lopes

15:30-17:30h

Sala Viana

CURSO Update de enfermagem em Urologia

Cistostomias, pessários e sondas de auto-algáliação

Coordenadora: Manuela Alves

Formadores: Pedro Pinho, Adelaide Coutinho, Virgínia Dias e Isabel Cristina

17:30h

Fim das sessões do primeiro dia

CUIDADOS DE SAÚDE PARTILHADOS EM UROLOGIA E MEDICINA GERAL E FAMILIAR



Sexta-feira | 24 de maio de 2024

08:30h Abertura do Secretariado

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

Moderadores: Paulo Dinis, Margarida Manso e Paulo Santos

09:30-10:30h **MESA-REDONDA 4 Litíase e infeções do trato urinário**

Moderadores: Ulisses Ribau, Daniel Costa e Isabel Nazaré

Avaliação metabólica básica do doente com litíase e medidas preventivas 15 min.

Diogo Dias

Diagnóstico e tratamento de IST's 15 min.

Rosália Páscoa

O tratamento da infeção multirresistente em ambulatório 15 min.

Paulo Andrade

Discussão 15 min.

10:30-11:00h Coffee-break

11:00-11:30h **MESA-REDONDA 5 Crossfire – Casos clínicos de MGF**

Moderadores: João Silva, Luís Vale e Daniel Beirão

Caso clínico – Urologia 15 min.

Margarida Henriques

Caso clínico – Medicina Geral e Familiar 15 min.

José Miguel Freitas e Inês Bento

11:30-11:50h **MESA-REDONDA 6 Cuidados partilhados 3.0**

Moderadores: Paulo Dinis, Carlos Silva e Paulo Santos

Transformação digital nos cuidados de saúde 20 min.

Tiago Taveira Gomes

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

CUIDADOS DE SAÚDE PARTILHADOS EM UROLOGIA E MEDICINA GERAL E FAMILIAR



Posters

PO 01

COISAS QUE NÃO SE VÊEM MAS QUE INCOMODAM!

Felismina Pires; Antonieta Azeredo; Cátia Arantes
*Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital
Padre Américo, Vale do Sousa*

Enquadramento: A balanite de Zoon ou balanite circumscripita plasmocellularis, descrita em 1952 por Zoon, é uma mucosite da genitália, idiopática, crónica, benigna, de carácter inflamatório, não sexualmente transmissível, que afeta principalmente homens de meia-idade ou mais velhos, não circuncidados, existindo múltiplos fatores predisponentes. Clinicamente pode apresentar-se como mancha única ou múltiplas manchas, eritematosas, de limites bem definidos, túmidas, de coloração laranja avermelhado, sob uma glândula peniana com tonalidade alaranjada, localizadas, na maioria dos casos na glândula peniana. Habitualmente é assintomática, mas por vezes pode causar prurido, disúria, dor e/ou ardência. O diagnóstico diferencial desta patologia com lesões pré-malignas, inflamatórias e infecciosas é importante, sendo a histologia fundamental para confirmação diagnóstica. A resistência e persistência da doença com a aplicação de tópicos, nomeadamente corticoides e inibidores da calcineurina leva a que a abordagem cirúrgica (circuncisão), o gold standard, ainda seja a forma mais eficaz de tratamento destes doentes.

Descrição do caso: Homem de 73 anos, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus não insulino-dependente e hipertensão arterial, com queixas de prurido e erupção eritematosa, irregular, sem relevo, na glândula peniana no início de maio de 2023. Automedicado com Clotrimazol creme por alguns meses com ligeira melhoria das queixas. Medicado novamente em agosto de 2024 com betametasona + ácido fusídico creme e referenciado à consulta hospitalar de Urologia do hospital de referência (cancelado). Recorreu a Dermatologista tendo realizado biópsia da glândula peniana em dezembro 2023. Exame anatomopatológico: “mucosa pavimentosa estratificada erosional superficialmente com infiltrado inflamatório crónico linfoplasmocitário no córion sem sinais de malignidade, compatível com Balanite de Zoon”. Em março de 2024 foi explicado ao utente o quadro clínico e discutido as alternativas terapêuticas. Recusou circuncisão e foi medicado com tacrolimus pomada.

Discussão e conclusão: Com este caso clínico pretende-se essencialmente sensibilizar os médicos de família para abordarem ativamente as principais queixas do utente durante as consultas, principalmente as do foro genital, muitas vezes não reveladas pelo constrangimento. Além disso, há várias hipóteses de diagnóstico nas dermatoses da glândula peniana, sendo que o principal diagnóstico diferencial da Balanite de Zoon é com uma forma de

carcinoma espinocelular *in situ*, pelo que deve ser vigiada e ter confirmação histológica.

Bibliografia: 1. Dayal S, Sahu P. Zoon balanitis: A comprehensive review. Indian J Sex Transm Dis 2016; 37:129-38. 2. Sanches MM, Soares-de-Almeida L, Borges-Costa J. Balanite de Zoon - revisão de 23 casos. Revista SPDV 2015; Volume 73: 359-362.

PO 02

TUBERCULOSE GENITOURINÁRIA – UM RELATO DE CASO

Diana Alves Andrade; Isabel Schulze
USF São Martinho

Enquadramento: A tuberculose é uma infeção provocada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que embora seja progressivamente menos frequente, ainda tem uma expressão significativa em Portugal, já que este continua a ser dos países da Europa Ocidental com taxas de incidência mais elevadas. Com um atingimento sobretudo a nível pulmonar, pode ainda acometer localizações extrapulmonares ou ser disseminada. A tuberculose extrapulmonar, pela diversidade de apresentação, constituiu por vezes um grande desafio diagnóstico.

Descrição do caso: A. G., sexo masculino, 87 anos, reformado e autónomo, seguido em consulta de urologia por tumefação testicular direita com oito meses de evolução, sem outra sintomatologia associada. No estudo ecográfico evidenciou-se uma ectasia tubular da *rete testis*, proeminência do epidídimo, com alterações edematosas até ao cordão espermático, associada a hidrocelo bilateralmente, maior à direita. Desta forma, o doente foi submetido a orquidectomia radical direita, tendo o estudo histológico identificado um processo inflamatório granulomatoso necrotizante peritesticular direito, pelo que o doente foi orientado para seguimento no Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), dada provável tuberculose genitourinária. Foi então solicitada exame micobacteriológico da uri-

na e TC toracoabdominopélvica para estudo complementar, sem alterações de relevo. O doente foi, assim, medicado com esquema de isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol (HRZE). Por intolerância, acabou por interromper terapêutica, tendo-se reajustado e mantido apenas esquema com isoniazida e rifampicina, que ainda mantém.

Discussão: A tuberculose genitourinária é a segunda forma mais comum de tuberculose extrapulmonar e define-se como infeção dos órgãos genitais ou do trato urinário. O atingimento testicular, manifesta-se sobretudo com epididimite ou tumefação escrotal indolor, sendo os sintomas constitucionais menos frequentes. Quando existe suspeita, deve ser avaliado o envolvimento urinário, sendo que na sua ausência, a análise anatomopatológica apoia o esclarecimento diagnóstico. O uso de bacteriostáticos preconizado para o tratamento da tuberculose pulmonar é o considerado de primeira linha também para este tipo de atingimento. Assim, apesar de ser um diagnóstico raro, dada a incidência ainda elevada de tuberculose, sobretudo na região do Vale de Sousa, torna-se um diagnóstico diferencial relevante na prática clínica.

PO 03

ABORDAGEM DAS INFEÇÕES DO TRATO URINÁRIO NO HOMEM – MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE EM DUAS USF

Inês Guimarães¹; Soraia Vaz Osório²; Miguel Moreira¹; Alexandra Rodrigues²; Rita Félix²; André Prior²

¹USF LACOS; ²USF João Semana

Introdução: As infeções do trato urinário (ITU) são uma patologia frequente nos Cuidados de Saúde Primários, embora menos frequentes nos homens. A causa mais comum da ITU no homem está relacionada com processos obstrutivos das vias urinárias, relacionada com patologia prostática. As normas de orientação clínica recomendam a realização de urocultura (UC) previamente ao tratamento e antibio-

terapia com a duração de 7-10 dias. Relativamente ao antibiótico, as *guidelines* europeias de urologia recomendam como 1ª linha o trimetoprim-sulfametoxazol (TMP/SMX) ou as quinolonas.

Objetivos: Avaliar e melhorar a abordagem das ITUs no homem no que concerne à prescrição de UC previamente ao tratamento, antibioterapia instituída e duração do tratamento.

Material e métodos: Foi realizado um estudo antes-e-depois, sem grupo controlo. A amostra é de base institucional, de conveniência, constituída por homens com ≥ 18 anos, pertencentes às listas de utentes das USFs em estudo, com o diagnóstico de ITU (U71 Cistite/Infecção Urinária Outra da ICPC-2), obtida através da plataforma MIM@UF; critérios de exclusão: observação e antibioterapia instituída noutra instituição. Foi utilizado o SClínico® para a colheita dos dados sociodemográficos e clínicos. Foram realizadas duas avaliações: janeiro a dezembro de 2022 e janeiro a dezembro de 2023. Entre as avaliações foi realizada a intervenção de carácter educativa, com exposição da NOC nº 015-2011 da DGS e das *guidelines* europeias de urologia, como medidas corretoras. Foram definidos 3 critérios de qualidade, que incluem: 1) prescrição de UC previamente ao tratamento; 2) prescrição de TMP/SMX ou quinolonas como 1ª linha e 3) duração do tratamento no mínimo de 7 dias. Foram estabelecidas como metas de melhoria: Critérios 1 e 3: Insuficiente <50%, Suficiente 50-70%; Bom $\geq 70\%$; Critério 2: Insuficiente <20%, Suficiente 20-45%; Bom $\geq 45\%$. Para a análise estatística foi utilizado o SPSS®.

Resultados e conclusões: Na 1ª avaliação incluíram-se 75 utentes e na 2ª avaliação 85. Após a intervenção, não se registou um aumento estatisticamente significativo na prescrição de UC (50,7% para 56,5%, $p=0,462$), mantendo o critério de qualidade de Suficiente. No que respeita a prescrição de antibioterapia, verificou-se um aumento

estatisticamente significativo, de 26,7% para 57,6% ($p<0,001$), tendo atingido um padrão de qualidade de Bom. Quanto à duração do tratamento, houve um aumento estatisticamente significativo, de 58,7% para 81,2% ($p=0,002$), tendo atingido um padrão de qualidade de Bom. Portanto, foi observada uma melhoria na prescrição e duração da antibioterapia, contudo a prescrição de UC prévia a antibioterapia ficou aquém do esperado. Estes resultados demonstram a importância de sensibilizar os médicos de família para as recomendações em vigor, permitindo uma melhoria contínua da prestação dos cuidados.

PO 04

ANDROPAUSA E TERAPÊUTICA HORMONAL DE SUBSTITUIÇÃO – QUAL A EVIDÊNCIA?

Inês Guimarães; Miguel Moreira; Ana Falcão e Cunha
USF LACOS

Introdução: Andropausa ocorre em homens com > 40 anos, e resulta de uma diminuição dos níveis de testosterona com o envelhecimento. Apresenta sintomas como a diminuição da libido, disfunção erétil, diminuição da força, da massa muscular e da densidade óssea, alterações do humor e impacto na qualidade do sono. A terapêutica de substituição com testosterona (TST) reverte a maioria destes sintomas, no entanto deve ser ponderada a relação risco/benefício.

Objetivos: Analisar a evidência existente relativamente aos benefícios da TST na andropausa.

Material e métodos: Foram pesquisadas revisões sistemáticas (RS), meta-análises (MA), ensaios clínicos aleatorizados (ECA) e *guidelines*, publicados nos últimos 5 anos, em português e inglês, utilizando os termos "Late-onset Hypogonadism" and "Testosterone Therapy" na Pubmed, NGC, NICE, Canadian Medical Association CPG Infobase, The Cochrane Library, DARE Database e Evidence Based Medicine Online. A pergunta de investigação envolveu: População – homens com

> 40 anos; Intervenção – utilização de TST; Comparação – não utilização de TST; *Outcome* – benefícios desta terapêutica. Para avaliar o nível de evidência e força de recomendação utilizou-se a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT).

Resultados e conclusões: Dos 33 artigos obtidos selecionou-se 7 estudos, 1 RS, 2 RS com MA, 1 ECA e 3 *guidelines*.

Uma RS analisou o impacto da TST na perturbação depressiva, tendo observado uma melhoria dos sintomas depressivos, exceto em doentes com perturbação depressiva *major*. Em relação às RS com MA, uma analisou a eficácia da TST no tratamento das alterações metabólicas, verificando-se uma melhoria no perfil metabólico nos doentes que receberam TST *versus* placebo, nomeadamente melhoria dos valores HbA1C, insulina, leptina, colesterol total e perímetro abdominal. A outra RS com MA estudou a eficácia da TST na função erétil, a sua interferência na progressão da hiperplasia benigna da próstata e na incidência de cancro da próstata, tendo-se verificado uma melhoria do índice internacional da função erétil, no entanto não houve alterações significativas nos parâmetros *international prostate symptom score*, volume da próstata, taxa de fluxo máximo, volume urinário residual pós-miccional e PSA, nos grupos sob TST *versus* placebo. O ECA demonstrou que a TST melhorou a dor e a qualidade de vida em homens na andropausa com dor crónica. As *guidelines* referem que a TST melhora a sintomatologia da andropausa, e deve ser oferecida apenas a homens sintomáticos, com baixas concentrações de testosterona, e que não apresentem contraindicações. No entanto, os benefícios e a segurança deste tratamento a longo prazo são incertos.

Assim, a TST tem potencial benefício na gestão dos sintomas da andropausa. No entanto, a sua utilização deve ser cuidadosamente ponderada, tendo em conta as características

de cada doente, bem como os riscos e benefícios da sua utilização.

PO 05

RELATO DE CASO CLÍNICO: DA DISFUNÇÃO ERÉIL AO DIAGNÓSTICO DE CANCRO DA PRÓSTATA

Carolina Jorge Gonçalves; Rita Almeida;

Ana Luísa Trindade

ULS Entre Douro e Vouga

Fundamentação: A disfunção erétil (DE) representa (ou é) a disfunção sexual mais frequente no homem e tem um enorme impacto na qualidade de vida do utente/casal, merecendo a devida atenção clínica para o seu diagnóstico atempado, avaliação e orientação.

Descrição de caso: Sexo masculino, 53 anos de idade, caucasiano. Reside com a esposa e filho (fase V do Ciclo de vida de Duvall), integrando uma família altamente funcional (APGAR), de classe socioeconómica média. Trabalhador independente (comercial).

Antecedentes pessoais: trombocitopenia e dislipidemia. Fumador de tabaco aquecido (desde 2016; previamente cigarros convencionais, 30 UMA), consumos alcoólicos elevados. Sem toma de medicação habitual (apesar de estatina prescrita) nem antecedentes familiares de relevo conhecidos.

Utente pouco frequentador, até que em 09/2023 recorreu a uma consulta nos CSP com queixa de “ereção menos potente” e perda da mesma durante o ato sexual. Quadro em agravamento desde há >1 ano, com recurso a tadalafil 20 mg *on-demand*, sem parecer médico. Situação avaliada holisticamente, negados LUTS e prestados esclarecimentos da conduta mais adequada no momento. Do estudo complementar de referir ecografia com HBP (volume 54 cc, parênquima heterogéneo e lobo médio com procidência no pavimento pélvico, RPM de 41 cc), e PSA total significativamente elevado (97.4 ng/ml, com urina tipo II e urocultura neg).

Explicados achados ao utente que concordou com referência para Urologia, tendo sido prescrito ainda novo doseamento de PSA que em 12/2023 obteve o valor de 157 ng/mL. No seguimento hospitalar de salientar: TR com P GII granulosa com nódulo apical eq; mpRMN P com nódulo PIRADS 5 de 25x22mm na ZPE; BPTR com ISUP 3 bilateral e G7 (4+3); TC TAP com gânglios pélvicos de dimensões aumentadas e lesão esclerótica suspeita a nível de L5; CO com alterações suspeitas de metastização óssea em D3 e L5.

Assim pela investigação, em 01/2024, estabeleceu-se o diagnóstico de carcinoma da próstata (CaP) metastizado (cT3aN1M1b). Caso analisado em reunião de grupo oncológico que propôs HT + ARTA + RTE paliativa.

Atualmente o utente já iniciou as terapêuticas previstas e “tem passado razoavelmente”, de frisar o estado de ansiedade que a família (principalmente a esposa) procura “serenar” pelo seu apoio e toma de ansiolítico em SOS. Autonomia preservada, sem queixas álgicas e PSA em perfil descendente (157»82.9»12.9»1.37 ng/mL).

Conclusão: Reflexão sobre o subdiagnóstico da DE, a relevância da sua deteção precoce e avaliação das multifatoriais/complexas etiologias, para a adequada orientação em consultas de MGF. Importância do papel do PSA que se pode tornar profícuo na investigação de uma causa maligna de DE.

PO 06

GESTÃO DA EJACULAÇÃO PREMATURA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – PROPOSTA DE UM PROTOCOLO

Diana Pereira Costa; Ana Dias
USF Saúde Mais

Introdução: A ejaculação prematura (EP) é seguramente a disfunção sexual masculina mais prevalente. A abordagem clínica da EP é, frequentemente, complexa e a definição da estratégia terapêutica individual mais ade-

quada exige, para cada caso, um diagnóstico correto. Os cuidados de saúde primários (CSP) constituem o primeiro contacto para a abordagem desta patologia, sendo determinantes para a melhoria da qualidade de vida do doente e do casal.

Objetivo: Elaborar um protocolo de diagnóstico e abordagem terapêutica do doente com EP, especificando os critérios de referência para Urologia.

Materiais e métodos: Pesquisa sistemática nas bases de dados eletrónicas PubMed e Cochrane Library, utilizando os termos MeSH: “*Premature Ejaculation*” e “*Therapeutics/therapy*”, com seleção de revisões sistemáticas. Pesquisa de *guidelines* baseadas na evidência de Sociedades Internacionais de Urologia (*European, American, Canadian*). Foram selecionadas publicações dos últimos 10 anos, escritas na língua portuguesa, espanhola e inglesa.

Resultados e Conclusões: Após leitura integral da literatura relativa à EP, foram sistematizadas as orientações para a abordagem no âmbito dos CSP. A avaliação clínica da EP deverá incluir: a história médica detalhada, a história sexual e o exame físico. A história clínica/sexual é a via mais adequada para o diagnóstico da EP devendo permitir distinção entre a EP primária e a EP adquirida. Foram desenvolvidos vários questionários para avaliação dos doentes com EP, e os quais podem ser aplicados pelo Médico de Família (MF): “*Index of premature ejaculation – IPE*”, “*Premature ejaculation profile – PEP*” e “*Premature ejaculation diagnostic tool – PEDT*”. O exame físico, embora não tenha por finalidade a avaliação específica do doente com EP, está consensualmente aceite e deve, pelo menos, ser realizada a avaliação dos genitais externos para despiste de dismorfias penianas, de fimose, de alterações do freio do pénis, ou outras. Os estudos complementares devem ser orientados pelas suspeitas sugeridas pela avaliação clínica. O objetivo do tratamento

da EP é primariamente aumentar o tempo de latência ejaculatória intravaginal, melhorando a qualidade do relacionamento sexual. A abordagem terapêutica desta perturbação sexual inclui variadas estratégias. Portanto, cabe ao MF o correto diagnóstico, caracterização e abordagem inicial da EP, permitindo uma atempada referência para Urologia. A decisão clínica deverá ser sempre compartilhada e centrada no doente.

PO 07

E QUANDO PSA VOLTA A AUMENTAR?

Alexandra Marques; Bibiana Barbieri

USF Lordelo do Ouro

Introdução: As formas mais comuns de patologias da próstata são a prostatite, a hiperplasia benigna da próstata (HBP) e o cancro da próstata (CaP). Apesar das suas diferentes etiologias, estas doenças geralmente resultam no desenvolvimento de sintomas do trato urinário inferior (LUTS) semelhantes. Assim, muitos doentes procuram ajuda médica quando os LUTS começam a ter impacto na qualidade de vida, enquanto outros temem que os seus LUTS sejam secundários ao cancro da próstata ou procuram aconselhamento sobre o rastreio do cancro da próstata. O doseamento do antígeno específico da próstata (PSA), é um método de rastreio muito sensível, mas pouco específico, uma vez que tanto as doenças benignas como as malignas resultam na elevação deste marcador e ele tendencialmente aumenta com a idade. Em Portugal, a determinação do PSA para rastreio oportunístico do carcinoma da próstata, está indicado para pessoas entre os 50 e os 75 anos. Perante uma elevação dos níveis de PSA sérico acima de determinados valores (PSA entre 4 e 10 ng/ml e PSA livre < 25% ou PSA > 10 ng/ml, segundo a norma portuguesa da DGS “prescrição e determinação do antígeno específico da próstata – PSA”), está indicado a referência para

consulta de urologia.

Objetivos: Apresentamos o caso clínico de um homem de 64 anos que, após seguimento em urologia no passado por elevação do PSA, volta a ter uma nova elevação do PSA em 2024, sendo novamente referenciado para a consulta de urologia.

Material e métodos: 64 anos, sexo masculino, com antecedentes de hipertensão arterial (medicado com anti-hipertensor), dislipidemia (medicado com estatina), diabetes mellitus tipo 2 (medicado com metformina) e provável HBP (não medicado). Trata-se de um doente que foi referenciado para consulta de urologia em 2017 por elevação do PSA (6.44 ng/ml) associado a uma próstata com um volume de 49 cc, sem LUTS. Realizou ressonância magnética multiparamétrica (RM-mp) da próstata em 2019, que mostrou um volume de 57 cc, múltiplos nódulos na zona de transição (sugestivos de HBP) e uma área nodular no 1/3 médio da zona periférica esquerda, medindo 7 mm, que foi classificada como PI-RADS 4. Foi proposto biopsia prostática de fusão da lesão PI-RADS4, que o doente recusou. Teve alta da consulta em 2019, com um PSA em decrescendo de 4.3 ng/ml, e indicação para manter vigilância junto do médico de família (MF).

Durante o mês de janeiro de 2024, numa ida ao serviço de urgência por cólica renal, realizou ecografia renovesical que evidenciou uretero-hidronefrose à direita, sem identificação do nível/causa obstrutiva, e próstata de dimensões aumentadas. Foi medicado com terapêutica médico-expulsiva. Após 10 dias, veio à consulta programada no MF, estando já assintomático. Foi pedido PSA e ecografia prostática com os seguintes resultados (a 16-02-2024): PSA 14.2 ng/ml e ecografia prostática a revelar hipertrofia prostática grau IV e volume da próstata de aproximadamente 90 cc. O doente referiu que, desde 2019, tem tido apenas LUTS de armazenamento ligeiros e de forma muito esporádica, sem necessidade de

procurar ajuda médica ou de fazer medicação. Foi medicado com dutasterida + tansulosina 0.5 mg + 0.4 mg e encaminhado para a consulta de urologia. A 19-03-2024 veio a uma consulta aberta por agudização de LUTS irritativos (noctúria, frequência, urgência) associados a disúria, dor perineal e na extremidade do pênis, desde há cerca de 1 semana, sem hematúria, febre ou outros sintomas. Foi medicado empiricamente para prostatite aguda com levofloxacina 500 mg e pedido análises de sangue e de urina, com os seguintes resultados (a 21-03-2024): sem leucocitose, sem eritroleucocitúria no exame sumário de urina (ESU), sem crescimento bacteriano na urocultura (UC), PSA 12.2 ng/mL. Apesar destes resultados não favorecerem o diagnóstico de prostatite aguda, optou-se por manter o antibiótico durante 20 dias. Após 1 semana do início do antibiótico foi realizada uma teleconsulta, tendo o doente referido sentir-se melhor, mantendo apenas LUTS de armazenamento ligeiros.

Resultados e conclusões: Este caso ilustra a dificuldade na abordagem diagnóstica do cancro da próstata perante um aumento do PSA. O doente deste caso clínico, 5 anos antes tinha sido diagnosticado com uma lesão suspeita PI-RADS 4, mas recusou realizar biopsia da mesma. Desde a alta da consulta de urologia em 2019 até ao início de 2024, não repetiu o doseamento do PSA ou ecografia prostática, tendo LUTS ligeiros de forma esporádica, sem necessidade de medicação para controle sintomático. Em 2024, após um doseamento do PSA acima dos 10 ng/mL, foi encaminhado para a consulta de urologia, que aguarda. Para complicar, desenvolveu poucas semanas depois sintomas sugestivos de prostatite, mas sem febre, UC e ESU inocentes e sem elevação dos parâmetros inflamatórios. Seria este agravamento dos LUTS decorrente de uma prostatite ou da evolução da HBP, ou uma manifestação de um potencial CaP?

Embora controverso, inespecífico e imperfeito, o teste do PSA ainda é atualmente o melhor e mais sensível indicador precoce de um potencial cancro da próstata. Perante um PSA aumentado (ou alteração suspeita ao toque rectal) está indicado a realização de biopsia prostática. O uso da RM-mp com o método PI-RADS veio possibilitar a deteção e localização de lesões suspeitas de carcinoma da próstata clinicamente significativo (PI-RADS >3), permitindo assim dirigir a biopsia prostática e seleccionar os doentes que realmente precisam de a realizar.

Cabe ao médico de família referenciar á especialidade hospitalar de urologia, de forma a agilizar a investigação diagnóstica de forma mais eficaz.

Presidentes

Carlos Silva | Paulo Santos

Comissão Organizadora

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

Patrocínios Científicos



Sponsors



Apoios



Organização e Secretariado



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

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

