

Urologia para Medicina Geral e Familiar



IV Jornadas Temáticas Patient Care

20 e 21 | maio | 2021
Faculdade de Medicina
Dentária, Lisboa
& Online

PRESIDENTE

Tomé Lopes

SECRETÁRIO GERAL

Ricardo Pereira e Silva

COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente Tomé Lopes

COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidente José Palma dos Reis



Consultar Programa com os resumos dos trabalhos



Programa Científico



Urologia para Medicina Geral e Familiar



IV Jornadas Temáticas Patient Care

COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente Tomé Lopes

Afonso Castro

Anatoliy Sandul

António Romão

Carolina Ponte

David Martinho

Filipe Abadesso Lopes

Francisco Martins

Helena Correia

Joana Polido

João Almeida

João Borda

João Felício

João Gomes

José Dias

José Palma dos Reis

Miguel Fernandes

Miguel Miranda

Paulo Pé-Leve

Pedro Oliveira

Ricardo Pereira e Silva

Rodrigo Garcia

Sandro Gaspar

Sérgio Pereira

Tiago Oliveira

Tito Leitão

COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidente José Palma dos Reis

Avelino Fraga

Cardoso de Oliveira

Carlos Rabaça

Carlos Silva

João Marcelino

Júlio Fonseca

Luís Abranches Monteiro

Luís Campos Pinheiro

Paulo Temido

Pedro Vendeira

Pepe Cardoso



PALESTRANTES E MODERADORES

Afonso Castro (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Álvaro Nunes (*Serviço de Urologia do H. Barreiro*)
Anatoliy Sandul (*Serviço de Urologia do CHULN*)
António Romão (*Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Setúbal*)
Bruna Guimarães (*USF Serpa Pinto, ACES Porto Ocidental*)
Cardoso de Oliveira (*Urologia, Instituto Clínico de Évora*)
Carla Santos (*Serviço de Doenças Infecciosas, CHULN*)
Carlos Rabaça (*Serviço de Urologia IPO, Coimbra*)
Carlos Silva (*Serviço de Urologia do H. S. João, Porto*)
Carolina Ponte (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Carolina Reis (*UCSP do Fundão – ACES Cova da Beira*)
David Martinho (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Diana Mendes (*Nutrição, Clínica LONGEVA*)
Filipe Abadesso Lopes (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Francisco Martins (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Helena Canada (*ACES Loures-Odivelas*)
Helena Correia (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Joana Polido (*Serviço de Urologia do CHS*)
João Almeida (*Serviço de Urologia do CHULN*)
João Borda (*Serviço de Urologia do CHULN*)
João Felício (*Serviço de Urologia do CHULN*)
João Marcelino (*Serviço de Urologia do H. Beatriz Ângelo, Loures*)
José Dias (*Serviço de Urologia do CHULN*)
José Palma dos Reis (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Liliana Mendonça (*USF Vida+, ACeS Gerês/ Cabreira*)
Luís Abranches Monteiro (*Presidente da Associação Portuguesa de Urologia*)
Luís Campos Pinheiro (*Serviço de Urologia do CHULC, H. S. José*)
Mariana Pereira (*Fisioterapia, Clínica LONGEVA*)
Miguel Fernandes (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Miguel Miranda (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Paulo Pé-Leve (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Paulo Temido (*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Coimbra*
Presidente da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia)
Pedro Oliveira (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Pedro Vendeira (*Presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia*)
Pepe Cardoso (*Serviço de Urologia do H. Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora*)
Ricardo Pereira e Silva (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Rita Torres (*Psicologia Clínica, Clínica LONGEVA*)
Rodrigo Garcia (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Sandro Gaspar (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Sara Sousa Oliveira (*USF LoureSaudavel*)
Sérgio Pereira (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Tiago Mendonça (*Unidade de Urologia do Hospital Particular da Madeira*)
Tiago Oliveira (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Tito Leitão (*Serviço de Urologia do CHULN*)
Tomé Lopes (*Urologia, Clínica LONGEVA*)

20 DE MAIO | 5ª FEIRA

08:00h Abertura do Secretariado

09:00-10:30h **APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES – CASOS CLÍNICOS**
Moderadores: José Palma dos Reis e Helena Canada

10:30-11:00h MESA-REDONDA 1



DESMISTIFICAR E CONHECER OS DISPOSITIVOS UROLÓGICOS

Moderadores: David Martinho e Anatoliy Sandul (Webcast)

Alto aparelho urinário (Stent ureteral duplo J, nefrostomia e urostomia cutânea) 10'

Sérgio Pereira

Baixo aparelho urinário (Algália, cistocatóter, penrose, clampo peniano, cateterismo intermitente) 10'

João Almeida

Discussão 10'

11:00-11:30h Intervalo

11:30-11:40h **SESSÃO DE ABERTURA**

Tomé Lopes, José Palma dos Reis e Ricardo Pereira e Silva

11:40-13:00h MESA-REDONDA 2

URO-ONCOLOGIA: ACTION-POINTS DA M&F NO DIAGNÓSTICO E FOLLOW-UP

Moderadores: Carlos Rabaça e José Dias

Cancro da Próstata 15'

Sandro Gaspar

Cancro da Bexiga 15'

Rodrigo Garcia

Cancro do Rim 15'

Tito Leitão

Cancro do Testículo 15'

Álvaro Nunes

Discussão 20'

13:00-14:30h Almoço

14:30-15:30h

MESA-REDONDA 3

INFEÇÃO URINÁRIA

Moderadores: António Romão, João Borda e Liliana Mendonça (Webcast)

Bacteriúria assintomática vs. infeção 15'

João Felício

Infeção urinária em populações especiais (Pediátrica, grávidas, neurogénicos, institucionalizados) 15'

Paulo Pé-Leve

Profilaxia das infeções urinárias recorrentes 15'

Carla Santos

Discussão 15'

15:30-16:00h

CONFERÊNCIA

EFEITOS ADVERSOS DA TERAPÊUTICA MÉDICA EM UROLOGIA

Presidente: Helena Correia

Palestrante: José Palma dos Reis

16:00-16:30h

Intervalo

16:30-17:30h

SESSÃO I

CASOS CLÍNICOS

Moderadores: Pedro Oliveira, Tiago Oliveira e Bruna Guimarães (Webcast)

Hematúria de causa médica 10'

Carolina Ponte

Discussão 5'

Disfunção erétil 10'

Filipe Abadesso Lopes

Discussão 5'

Elevação do PSA 10'

Miguel Fernandes

Discussão 5'

17:30h

Fim das Sessões do 1º dia

21 DE MAIO | 6ª FEIRA

08:30h Abertura do Secretariado

09:15-10:30h MESA-REDONDA 4

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DA DISFUNÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO

Moderadores: Paulo Temido (Webcast), Luís Abranches Monteiro e Cardoso de Oliveira

Visão integrada da disfunção miccional, sexual e defecatória 15'

Ricardo Pereira e Silva

O impacto na vida do doente 15'

Rita Torres

Abordagem nutricional 15'

Diana Mendes

Terapia manual, electroestimulação e biofeedback 15'

Mariana Pereira

Discussão 15'

10:30-11:00h Intervalo

11:00-12:00h SESSÃO II

CASOS CLÍNICOS

Moderadores: Carlos Silva (Webcast) e Carolina Reis

Cólica renal complicada 10'

Miguel Miranda

Discussão 5'

Enurese primária em idade pediátrica 10'

Joana Polido

Discussão 5'

HBP/LUTS 10'

Afonso Castro

Discussão 5'

12:00-13:00h

SESSÃO PATROCINADA



NOCTÚRIA ONLINE: DO DOENTE PARA O MÉDICO

Presidente: Tomé Lopes

Palestrante: Ricardo Pereira e Silva

13:00-14:30h

Almoço

14:30-15:30h

APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES – POSTERS

Moderadores: José Palma dos Reis, Tiago Mendonça e Sara Sousa Oliveira

15:30-17:00h

ASK THE EXPERTS

CASOS REAIS, OPINIÕES DIVERGENTES?

Moderador: Tomé Lopes

Comentadores: Luís Campos Pinheiro, José Dias, Tito Leitão e Tiago Mendonça

17:00h

Encerramento das Jornadas e entrega de prémios dos melhores trabalhos



Urologia para Medicina Geral e Familiar



IV Jornadas Temáticas Patient Care

Resumos dos trabalhos

CASOS CLÍNICOS E POSTERS

20 maio 2021 | 09:00-10:30h APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES – CASOS CLÍNICOS

Moderadores: José Palma dos Reis e Helena Canada

CASOS CLÍNICOS

CC 01

DO CORAÇÃO AO RIM: UM CASO CLÍNICO

João Aragão Vital; Margarida Temtem;
Pedro Fernandes; Alexandre Gromicho;
Duarte Saunders; Ferdinando Pereira
Hospital Dr Nélio Mendonça

Caso clínico: Homem de 57 anos, sem antecedentes pessoais nem medicação habitual, recorreu à urgência de cuidados de saúde primários com um quadro de dor súbita no flanco esquerdo, de intensidade moderada, constante, sem factor de alívio, com quatro horas de evolução. Ao exame objetivo apresentava dor à palpação do flanco e fossa ilíaca esquerda, sem sinais de irritação peritoneal, murphy renal negativo. Teve alta medicado com antiespasmódico. Recorreu novamente à urgência, passadas 3 horas, com manutenção das queixas, tendo sido encaminhado para a urgência hospitalar.

Analiticamente apresentava leucocitose com neutrofilia. Realizou TC abdominal com contraste que mostrou um trombo no ramo anterior da artéria renal esquerda com isquémia de grande parte do parenquima renal dos terços médio e inferior. Efetuou electrocardiograma com evidência de fibrilhação auricular com resposta ventricular controlada, não conhecida previamente.

Iniciou dose terapêutica de enoxaparina tendo ficado internado no serviço de Urologia, sob monitorização clínica e analítica. Teve alta ao 12º dia de internamento medicado com um NOAC e orientado para consulta de Cardiologia e Urologia.

dois meses mais tarde recorreu ao SU por torcálgia com irradiação para o membro superior esquerdo associada a palpitações. No electrocardiograma foi demonstrada taquicardia ventricular com estabilidade hemodinâmica, convertida a FA após terapêutica antiaritmica. Ficou internado na Cardiologia onde realizou ecocardiograma transesofágico com evidência de trombo no apêndice auricular esquerdo, contra-indicando a cardioversão elétrica. Após implantação de Cardiodesfibrilhador implantável, teve alta.

Discussão: Os enfartes renais, causados pela oclusão arterial, são causados maioritariamente por endocardite, trombos ventriculares ou auriculares, ateroembolismo, poliarterite nodosa ou trauma. Consequentemente ocorre edema, necrose e fibrose com perda de função do tecido afetado. Surgem de forma silenciosa ou com sintomatologia de dor súbita no flanco ou hematúria. São diagnosticados habitualmente por TC renal. A terapêutica padrão é anticoagulação. A função renal volta a valores normais na maioria dos casos. As principais complicações

são relacionadas com a patologia cardíaca de base e embolização para outros órgãos.

Este caso retrata um paciente sem patologia cardíaca conhecida, com um enfarte renal parcial como primeira e única manifestação cardioembólica de uma FA.

CC 02

LESÃO PENIANA VEGETANTE EM HOMEM JOVEM

Margarida Cepa¹; Tiago Fernandes Gomes²;
Martinha Henriques²

¹USF Marquês, ACeS Pinhal Litoral; ²Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Leiria

Caso clínico: Homem, 44 anos, fumador (30 unidade maço ano) sem antecedentes pessoais relevantes, medicação habitual ou alergias. Referenciado à consulta de Dermatologia por lesão peniana, associada a dificuldade na micção e diminuição do jato urinário, com cerca de 3 meses de evolução. O doente negava hematuria, corrimento uretral, presença prévia de exantemas ou febre. Doente não circuncisado, contacto sexual de risco algumas semanas antes. Durante o último mês, medicado com ciprofloxacina 500 mg 2id durante 15 dias, com ciclo posterior de doxiciclina 100 mg 2id durante 15 dias, sem qualquer alívio do quadro. Ao exame objetivo apresentava uma lesão tumoral com placa endurecida, de aspeto verrucoso, que envolvia toda a glândula e que condicionava oclusão parcial do meato urinário e placa ulcerada no sulco balano-prepucial. O estudo laboratorial com VDRL e anti-HIV foi negativo, bem como a pesquisa de *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* na urina. A análise histológica da biópsia cutânea incisional revelou a presença de uma neoplasia intraepitelial do pénis, bem diferenciada, sem sinais de invasão. A ressonância magnética nuclear mostrou lesão expansiva ocupando praticamente toda a glândula peniana (2,5 x 2 cm), sem invasão dos corpos cavernosos, alteração valorizável da morfologia do corpo esponjoso ou gânglios valorizáveis. O

doente foi encaminhado para consulta de Urologia, tendo sido submetido a penectomia parcial com excisão da totalidade da glândula para remoção de carcinoma espinocelular e uretostomia no topo do coto peniano. Em seguimento há 9 meses após a cirurgia, sem sinais de recidiva. **Discussão:** Perante o aparecimento de uma lesão genital exofítica ou ulcerada persistente é fundamental estar alerta para a possibilidade de etiologia dermatovenerológica ou neoplásica e proceder ao encaminhamento do doente para consulta hospitalar. O tumor do pénis é raro (1 em cada 100.000 homens), o pico de incidência é a sexta década de vida, no entanto, mesmo em idades mais jovens, este diagnóstico não pode ser esquecido. Os fatores de risco mais importantes são a infeção por vírus do papiloma humano, fimose, balanite, tabaco, múltiplos parceiros sexuais e início da vida sexual em idade precoce. O alargamento recente da vacinação contra o vírus do papiloma humano a adolescentes do sexo masculino, incluído desde outubro de 2020 no plano nacional de vacinação português, poderá prevenir a ocorrência desta patologia, evitando desfechos tão agressivos.

CC 03

DISFUNÇÃO ERÉTIL: SERÁ APENAS UMA CONDIÇÃO MASCULINA?

Maria Mendes; Marta G. Costa; Patrícia Gandolfo;
Ana Catarina Esteves; Isabel Tavares; Jenifer Rua;
Carlos Russo

USF Conde de Oeiras - ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

Caso clínico: Mulher de 63 anos autónoma vem à consulta de vigilância e pede receita de Ca-verject[®] para o marido. A injeção foi prescrita pelo urologista, e a primeira utilização foi pouco eficaz por dificuldade na administração. A utente revela dificuldades na vivência da sexualidade do casal, pois o marido não aceita o diagnóstico. Na consulta foi realizado aconselhamento e incentivo ao diálogo entre o casal.

Discussão: A disfunção erétil (DE) é a incapacidade persistente ou recorrente em obter ou

manter uma ereção que permita uma relação sexual satisfatória. Em Portugal cerca de 50% dos homens entre os 40 e os 70 anos apresentam algum grau de DE e esta condição tem um enorme impacto na qualidade de vida do casal. Existem múltiplas opções de tratamento, desde alterações do estilo de vida, a tratamentos mais invasivos, como a colocação de uma prótese peniana. O tratamento depende da escolha e da condição do doente e o primeiro passo é a gestão de expectativas (difícil recuperação da função prévia). A injeção intracavernosa de medicamentos vasodilatadores como o alprostadil (Caverject®) foi a opção selecionada neste caso, no entanto, a via de administração é um obstáculo para a correta utilização. Mais importante do que o tratamento a instituir, é a forma como se capacita o doente para a sua utilização adequada. Neste caso, teria sido importante o treino da punção peniana. O envolvimento do casal neste processo é fundamental. Desde início, ambos devem estar confortáveis com o diagnóstico e o médico deve desconstruir mitos e envolver o outro elemento na discussão terapêutica. No presente caso, a mulher mostra que não foi envolvida, nem foi realizada uma abordagem holística da patologia com o casal, confirmando que, quando o foco é colocado apenas no fármaco e no próprio doente, não se obtêm os resultados desejados. Este caso, leva-nos ainda a refletir acerca da importância da abordagem regular da vida sexual do utente por parte do médico. Apenas 54% das mulheres e 28% dos homens referem que o médico lhes pergunta pela vida sexual, no entanto 85% das mulheres e 82% dos homens acham que deviam ser questionados sobre o assunto. Segundo a OMS, a saúde sexual é parte integrante do conceito de bem-estar físico e psíquico de cada indivíduo. Sendo que a Medicina Geral e Familiar pressupõe uma abordagem holística e proximidade com o utente, torna-se então responsável por abordar este tema de forma sistemática e aprofundada, dado o seu impacto na vida dos utentes.

CC 04

UMA CAUSA DE LITÍASE RENAL: HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO

Ana Piedade; Patrícia Domingues; Teresa Furtado;
Catarina Abrantes; Patrícia Valério; Lúcia Parreira
Centro Hospitalar de Setúbal

Caso 1: Mulher, 53 anos, referenciada à consulta de Nefrologia por alteração da função renal. Antecedentes: Hipertensão arterial (HTA) e 2 episódios de cólica renal. Ecografia (ECO) renal: “2 cálculos 6 mm seio renal direito e terço inferior seio renal esquerdo. Dilatação árvore excretora direita, condicionada por cálculo no uretero lombar.” Analiticamente: Creatinina (Cr) 3 mg/dL, ureia (Ur) 96 mg/dL, hipercalcemia, hipofosfatemia e hormona paratiroideia (PTHi) elevada. Cintigrafia paratiroideias: “Adenoma paratiroide esquerda”. Foi submetida a cirurgia urológica e paratiroidectomia (PTx), com resolução da hipercalcemia, mantendo alteração da função renal.

Caso 2: Mulher, 87 anos, seguida em consulta de nefrologia por alteração da função renal e HTA. Medicada com lisinopril/hidroclorotiazida. ECO renal: “Rim esquerdo litíase de 6mm, sem condicionar ectasia do excretor.” Analiticamente: Ur 86 g/dL, Cr 1.5 mg/dL, hipercalcemia, hipofosfatemia e PTHi elevada. Manteve hipercalcemia apesar da suspensão do diurético tiazídico. Cintigrafia paratiroideias: “tecido paratiroideu hiperfuncionante no lobo esquerdo da tiroide e retroesternal ectópico.” Admitido hiperparatiroidismo primário (HPTP) como causa litíase renal. Sem condições para cirurgia, matem terapêutica sintomática. **Caso 3:** Mulher, 80 anos, DRC por nefroangioesclerose hipertensiva. ECO renal: “focos cálcicos no rim esquerdo, não obstrutivos.” Analiticamente: Ur 77 mg/dL, Cr 1.56 mg/dL, hipercalcemia, hipofosfatemia, PTH elevada. Cintigrafia paratiroideias: “adenoma paratiroideu hiperfuncionante no lobo direito da tiroide.” Admitido HPTP como causa de litíase renal. Submetida a PTx sem melhoria. Recusa nova cirurgia.

Discussão: A litíase renal é umas das patologias renais mais frequentes na prática clínica e a cólica renal o problema urológico mais comum no serviço de urgência. A fisiopatologia é multifatorial, a presença de altos níveis séricos e urinários de cálcio constituem os principais fatores de risco. O HPTP é uma doença sistêmica do metabolismo do cálcio e fosforo. Caracteriza-se por níveis séricos de PTH elevados, hipercalcemia e hipofosfatemia. As manifestações renais incluem hipercalciúria, nefrolitíase, nefrocalcinose e insuficiência renal crônica. Esta patologia é a causa de litíase renal em cerca de 5% dos casos, constituindo uma causa reversível de nefrolitíase. Pretende-se realçar a importância de investigar como causa o HPTP perante a existência de litíase renal.

CC 05

QUANDO O ESCURO DISFARÇA UMA HEMATÚRIA

Victoria Radamovschi; Rita Lourenço; Luís Almeida Pinto
USF CelaSaúde

Caso clínico: Paciente de 82 anos, de sexo masculino (Sr. AS) com antecedentes de hipertensão, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia, vem à primeira consulta com o seu novo médico de família em novembro 2019. Acompanhado pela esposa, que o dirige até a cadeira, vimos que o Sr. AS vive numa profunda escuridão. Revela antecedentes de glaucoma que o deixou cego há mais de 10 anos. Sem queixas, traz análises gerais, onde identificamos um agravamento da função renal de base e uma sumária da urina com nitritos e leucócitos. Na sequência disto, foi pedido o estudo imagiológico do trato urinário e da próstata.

Nada podia impedir a realização destes exames, além de uma Pandemia que se instalou no início do março 2020.

O estado de emergência e a suspensão de consultas presenciais de caráter não urgente, determinou o Sr. AS contactar o nosso serviço através do telefone em julho 2020, referindo

sintomas de disúria com 2 semanas de evolução e hematúria recente identificada pela esposa, sendo ela a insistir na procura de ajuda médica.

Logo foi pedida uma urocultura e outra vez o estudo de imagem das vias urinárias, já que da última vez, este não foi realizado. A urocultura revelou infeção urinária com crescimento de *Escherichia coli*, tratada logo com antibiótico dirigido. Demorou ainda 3 semanas até chegar a nós o resultado das ecografias que identificaram uma lesão suspeita de neoformação vesical.

Contatamos o utente e programamos uma consulta urgente, solicitando que o Sr. AS viesse acompanhado, desta vez, pelo filho.

Após comunicação da má notícia e esclarecimento das dúvidas surgidas, encaminhamos o doente para a consulta de Urologia oncológica e, em outubro 2020, o doente foi internado para realizar a ressecção trans-uretral vesical. A primeira peça anatomopatológica revelou carcinoma urotelial pT1G2 de alto grau e uma ressecção incompleta. A segunda ressecção foi realizada em fevereiro 2021 e foi decidido em reunião multidisciplinar a administração intravesical de Mitomicina C hipertérmica ou terapia com Bacillus Calmette-Guerin, sendo a última aceiteada pelo nosso paciente.

Discussão: A biologia humana, feita para preservar a espécie, consegue identificar, através dos sentidos, os perigos para a nossa saúde. Quando perdemos um dos sentidos, perdemos o controlo sobre um eventual perigo. No caso do Sr. AS, a perda da visão, atrasou a procura de ajuda médica, sendo que a hematúria poderia ser identificada antes, através dos próprios olhos e não incidentalmente, através dos olhos da esposa.

CC 06

CISTITES RECORRENTES E TUMOR VESICAL – RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Sofia A. Oliveira

USF Alvalade, ACeS Lisboa Norte, ARSLVT; Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Caso clínico: Mulher de 66 anos, caucasiana, casada, reformada, com antecedentes pessoais de pólipos e angiodisplasias do cólon, melanoma maligno (in situ no nariz), perturbação da ansiedade, dislipidemia, hallux valgus bilateral, cataratas (pseudofaquia ODE), ex-fumadora (60 UMAs). Encontrava-se medicada com Ioflazepato de etilo em SOS. Tem história familiar de cancro do cólon (pai, mãe e irmã).

No período de um ano, a utente recorreu 5 vezes a consultas de doença aguda no seu centro de saúde, com queixas urinárias (disúria, hematúria macroscópica, sensação de peso vesical). Foi observada por 5 médicos diferentes que diagnosticaram cistites e a medicaram com diversos antibióticos. Neste quinto episódio, pedi-lhe também ecografias (renal e vesical). A doente regressou 5 dias depois com uma ecografia renal normal mas uma ecografia vesical que revelou uma bexiga de parede distendida, com uma lesão vegetante com cerca de 3 cm na parede posterior, a justificar caracterização histológica. Foi imediatamente referenciada à consulta de urologia do hospital de referência e no mês seguinte foi submetida a ressecção transuretral de uma volumosa massa exófica (~ 4 cm) na parede lateral direita sem invasão do meato. A anatomia patológica diagnosticou um tumor vesical pT1 de alto grau. Encontra-se desde então sob tratamento com mitomicina e vigilância trimestral.

Discussão: A hematúria macroscópica associa-se geralmente a patologia benigna mas pode ser sinal de malignidade, principalmente em doentes com mais de 35 anos e história de tabagismo. É importante requerer avaliação urológica completa o mais precocemente possível para obter um diagnóstico atempado

e melhorar o prognóstico. Neste caso, um olhar fresco de uma interna sem excessiva preocupação com os custos associados a meios complementares de diagnóstico contribuiu para um final feliz.

CC 07

QUISTOS RENAIIS – QUANDO REFERENCIAR?

Raquel Baptista Leite¹; Rui Bernardino²;

Catarina Moita¹; João R. Nunes Pires¹;

Ana Sofia R. Silva¹; Ana Paes de Vasconcelos³

¹Interno de Medicina Geral e Familiar da USF São

Martinho de Alcabideche; ²Interno de Urologia do

Hospital São José; ³Especialista em Medicina Geral e

Familiar da USF São Martinho de Alcabideche

Caso clínico: Mulher, 79 anos, com antecedentes de hipertensão arterial (HTA), dislipidemia e hipotiroidismo. Recorre à consulta de seguimento de HTA. O controlo analítico anual revela urina II com hematúria microscópica, sem outras alterações relevantes e sem clínica uro-ginecológica. Foi solicitada ecografia vesical, que se apresentava sem alterações, e ecografia renal e suprarrenal, que revelou, no rim esquerdo, um quisto hipodenso. Neste contexto, realizou TAC abdomino-pélvica que demonstrou uma lesão expansiva do contorno externo do rim esquerdo com 2.2 cm de diâmetro. Foi referenciada à consulta de urologia onde se solicitou RM abdominal que destacava dois quistos corticais simples, um no 1/3 superior do rim esquerdo com 3.3 cm e outro no 1/3 médio do rim esquerdo com 0.7 cm. No 1/3 médio do rim esquerdo, identifica-se lesão nodular de limites bem definidos, 2.4 x 2.1 cm, com hipersinal heterogéneo em T2 e hipossinal moderado em T1, demonstrando hipercaptação de contraste em fase arterial e discreto *washout* tardio. As alterações descritas eram suspeitas de lesão atípica, sugerindo carcinoma de células renais (subtipo células claras). A presença de uma lesão nodular com 13 mm no corpo de D10, levou à realização de RM dirigida, que revelou prováveis hemangiomas vertebrais. Foi pedida

cintigrafia óssea, que não apresentou evidência de secundarização. A doente foi proposta para nefrectomia parcial esquerda por via laparoscópica que decorreu sem intercorrências. A anatomia patológica confirmou um carcinoma de células renais do tipo células claras, Grau 1 de localização sub-capsular, sem invasão da cápsula, e sem margens positivas (R0).

Discussão: Perante uma ecografia renal com imagens nodulares, importa distinguir quais as lesões importantes que se devem referenciar à urologia. A classificação de quistos renais de Bosniak apresenta quatro graus e auxilia-nos nessa tomada de decisão. Assim, os quistos de Bosniak grau I e II não carecem de *follow-up*. Os quistos de grau IIF com mais de 3 cm, grau III e grau IV carecem de exames dirigidos e referência. A prevenção quaternária, nomeadamente através da prescrição ajustada de meios complementares de diagnóstico e da adequada referência aos cuidados hospitalares, deve ser uma prioridade dos médicos de família.

CC 08

A PROPÓSITO DE UM NÓDULO TESTICULAR NUM ADULTO JOVEM

Filipa Bento Barros

Unidade de Saúde de Ilha de São Miguel

Caso clínico: Homem de 32 anos, raça caucasiana, com antecedentes de hipertensão arterial grau II (controlada) e excesso de peso. Utente solicitou consulta urgente de Medicina Geral e Familiar por noção de massa testicular indolor à direita com cerca de 1 mês de evolução. Sem outras queixas adicionais. Sem história familiar de neoplasias do foro urológico. Ao exame objectivo constatou-se massa palpável a nível do polo superior do testículo direito de consistência firme. Sem lesões palpáveis no testículo contralateral. Foi solicitada ecografia escrotal que confirmou nódulo intratesticular à direita com 17.5 x 12 x 23 mm, de contornos bem definidos, ovalada e ecoestrutura em “casca de cebola”, sugestiva de quisto epidermóide,

recomendendo-se estudo complementar cito/histológico. O utente foi referenciado com urgência à consulta hospitalar de Urologia com pedido de marcadores tumorais (alfa-fetoproteína, lactato desidrogenase e beta-hCG) que foram negativos. O diagnóstico foi confirmado histologicamente após realização de biópsia. Atualmente o utente mantém vigilância ecográfica na consulta de Urologia.

Discussão: As neoplasias testiculares são raras, sendo que a maioria destas (cerca de 95%) correspondem a lesões malignas, implicando frequentemente orquidectomia radical, com impacto psicológico significativo nos doentes. Em contrapartida, as lesões benignas são mais infrequentes, sendo que os quistos epidermóides do testículo são das mais raras (cerca 1 a 2 % do total das neoplasias testiculares). Estes quistos surgem em qualquer idade embora sejam mais frequentes entre a 2ª e 4ª décadas de vida e caracterizam-se por nódulo testicular indolor e firme (mais comumente à direita) detectado por autoexame do utente ou no exame físico pelo médico. A nível ecográfico, apresenta-se tipicamente como lesão de bordos bem definidos, com padrão em casca de cebola e com ausência de vascularização e os marcadores tumorais são normais. De acordo com a literatura, o risco de metastização e de recorrência dos quistos epidermóides do testículo é baixo, motivo pelo qual, atualmente, se consideram estratégias mais conservadoras, com enfoque em cirurgias poupadoras de órgão. Este caso, apesar da raridade da neoplasia detetada e do seu bom prognóstico, pretende alertar para a importância da valorização das queixas do utente e da deteção e caracterização das lesões testiculares, as quais deverão ser consideradas malignas até prova contrária.

CO 01

SENSIBILIZAÇÃO PARA ESTUDO DA OSTEOPOROSE EM DOENTES COM CANCRO DA PRÓSTATA

Ana Catarina Esteves; Marta G. Costa;
 Patrícia Gandolfo; Isabel Tavares; Jenifer Rua;
 Maria Mendes

USF Conde de Oeiras - ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

Introdução: O cancro da próstata (CaP) é a segunda neoplasia mais diagnosticada no homem. Atualmente estão disponíveis várias abordagens terapêuticas que incluem vigilância ativa, cirurgia, radioterapia e terapêuticas de privação androgénica. Destas, a terapêutica hormonal (TH) é útil na terapia primária, na recorrência da doença e no tratamento de metástases; contudo, a TH apresenta efeitos adversos como osteoporose (OP), síndrome metabólica, doença cardiovascular, disfunção sexual e sintomas vasomotores. De acordo com a literatura, os doentes com CaP sob TH têm risco aumentado de OP, sendo por isso aconselhado o estudo da densidade mineral óssea no início da TH para estratificação do risco de fratura. A utilização do FRAX não é consensual e dada a prevalência e o impacto do tratamento do CaP na qualidade de vida dos doentes, o médico de família (MF) deve estar sensibilizado para intervir nestes casos.

Objetivos: Este estudo pretende determinar se os MF estão sensibilizados para o despiste da OP em doentes com CaP sob TH.

Material e métodos: Realizou-se um estudo observacional transversal. Através do MIM@UF, recolheu-se uma listagem dos doentes da USF Conde de Oeiras codificados com Y77 – neoplasia maligna da próstata – pela ICPC-2. Excluíram-se óbitos e os não seguidos nos cuidados de saúde primários ou secundários. Os dados foram recolhidos e tratados de forma confidencial e anónima, e procedeu-se à sua análise descritiva através do programa Jamovi®.

Resultados e conclusões: Os utentes codifica-

dos com Y77 eram 125, dos quais foram incluídos 69. A média de idades ao diagnóstico foi 69.2 anos e 49.3% realizou TH. 98.6% não tinha diagnóstico de OP antes do diagnóstico de CaP. Em 97.1% não foi pedido DEXA após o diagnóstico do CaP e 91.2% não fez DEXA durante a TH. Apenas 3 em 69 doentes foram diagnosticados com OP durante a TH e foram orientados por quem diagnosticou (reumatologia num caso e MF em dois). Os resultados permitem concluir que não há sensibilização para o despiste de OP nestes doentes de alto risco, o que se traduz em risco aumentado de fratura e deterioração da qualidade de vida. O algoritmo diagnóstico deve integrar DEXA e FRAX, apesar das orientações não serem consensuais. O incentivo às terapêuticas não farmacológicas deve ser constante e há indicação para tratamento farmacológico se TH e risco elevado de fratura.

CO 02

RBE: HAVERÁ BENEFÍCIO NA VACINAÇÃO ANTI-HPV EM HOMENS ADULTOS?

Brenda Jorge¹; Maria João Teixeira²; Magui Neto²;
 Nilza Tavares²; Ricardo Afonso²; Marina Eichmann³
¹USF La Salette; ²USF Salvador Machado; ³USF Nordeste

Introdução: O papiloma vírus humano está na base de quase 100% dos cancros de colo do útero. No entanto, é também responsável por lesões benignas, neoplasias anogenitais e da orofaringe no homem. A vacina, eficaz para até 9 dos genótipos com maior potencial maligno mudou o paradigma. Portugal introduziu a vacinação de rapazes de 10 anos em 2020, com um plano de repescagem se iniciado até aos 17 anos e concluído até aos 26 anos. Não há rastreio recomendado para o sexo masculino. **Objetivo:** Avaliar o eventual benefício em vacinar homens adultos, com base na evidência científica atual.

Materiais e métodos: Pesquisa, entre 1 e 21 de março de 2021, de ensaios clínicos, artigos de revisão sistemática, meta-análises e guidelines na MEDLINE e sítios de medicina baseada na

evidência, com os termos MeSH *papillomavirus vaccines AND men AND adult*, publicados em inglês e português, nos últimos dez anos. Foram incluídos apenas artigos cuja intervenção fosse a vacinação contra o HPV em homens adultos. Foram aferidos o nível de evidência e a força de recomendação recorrendo à Escala de Oxford.

Resultados e conclusões: Obtiveram-se 382 artigos, dos quais foram excluídos 342 após leitura do título e resumo. Após leitura integral dos restantes, foram selecionados 25 artigos.

Verificou-se que a introdução desta vacina resultou numa redução importante no desenvolvimento e recorrência de condilomas anogenitais e na incidência de infeção por HPV nos homens. Outro achado destacado em vários artigos, foi a identificação de anticorpos contra HPV de alto risco em amostras da cavidade oral nos indivíduos vacinados.

Nos estudos de custo-efetividade conclui-se que a vacinação de adolescentes é custo efetivo, mas que a extensão a homens adultos acrescenta pequenos benefícios e grande incremento de custos. Já os estudos sobre a vacinação de homens que têm sexo com homens (HSH) relataram consistentemente custo-efetividade, particularmente se idade < 40 anos e HIV+. Em geral, os indivíduos VIH+ têm taxas mais altas de infeção por HPV, apresentando risco aumentado de neoplasias orofaríngeas e outras lesões associadas ao HPV.

Em conclusão, a maioria dos estudos sustenta que a vacina é segura e eficaz em homens adultos mas custo-efectiva apenas para grupos específicos, como HSH, HIV+ e homens com lesões precursoras de cancro (Nível de Evidência B).

Urologia para Medicina Geral e Familiar



IV Jornadas Temáticas Patient Care

Resumos dos trabalhos

CASOS CLÍNICOS E POSTERS

21 maio 2021 | 14:30-15:30h APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES – POSTERS

Moderadores: José Palma dos Reis, Tiago Mendonça e Sara Sousa Oliveira

POSTER COM APRESENTAÇÃO EM SALA

PAS 01

ANTIHIPERTENSORES E DISFUNÇÃO ERÉTIL – REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Cristina Pinto de Sousa¹; Bernardo de Sousa Pinto¹;
Joana Pinto de Sousa²; Ricardo Martins da Cunha¹;
Ana Leonor Ladeira¹; Carolina Simões¹; Rita Pontes¹
¹USF Arco-íris – ACES Amadora; ²USF Génesis – ACES
Loures-Odivelas

Introdução e objetivos: A terapêutica antihipertensora tem vindo a ser associada ao desenvolvimento de disfunção erétil (DE), sendo este um dos motivos para a não adesão terapêutica. A hipertensão arterial condiciona um incremento do risco cardiovascular, sendo o seu controlo fundamental também para a prevenção de DE de origem vascular. Sendo a DE uma entidade multifatorial, importa conhecer a evidência existente relativamente ao efeito de cada fármaco antihipertensor na função erétil, por forma a adequar a conduta terapêutica caso a caso.

Este trabalho visa fazer uma revisão baseada na evidência acerca do efeito dos principais grupos de antihipertensores na função erétil, focando os diuréticos tiazídicos (DT), beta-bloqueadores (BB), bloqueadores dos canais de cálcio (BCC), inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) e os antagonistas dos recetores de aldosterona II (ARA).

Metodologia: Pesquisa de artigos, em março de 2021, na base de dados MEDLINE/Pubmed e site de medicina baseada na evidência *Dynamed*, com os termos MeSH *Antihypertensive agents* e *Erectile dysfunction*. A pesquisa foi limitada a ensaios clínicos aleatorizados (ECA), revisões sistemáticas (RS), meta-análises (MA) e *guidelines* (GL) publicados desde 1995 em Inglês, Português e Espanhol. Aplicou-se a escala SORT (*Strength-of-Recommendation Taxonomy*).

Crítérios de inclusão: artigos que obedecem à estratégia PICO definida. PICO – População: hipertensos; Intervenção: fármaco antihipertensor; Comparação: outro antihipertensor ou placebo; Outcome: disfunção erétil.

Crítérios de exclusão: amostra limitada a uma população específica.

Resultados: Foram identificados 92 artigos e selecionados 16 artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão: 7 ECA, 1 MA, 1 RS e 7 GL.

Os DT e os BB, à exceção do nebivolol, demonstraram efeito negativo na função erétil. O nebivolol demonstrou efeito neutro ou eventual melhoria da função erétil.

Os BCC não apresentaram um efeito significativo na função erétil.

Os IECA e os ARA demonstraram efeito neutro ou eventual melhoria da função erétil.

Conclusões: Encontra-se demonstrado que podem contribuir para a disfunção erétil os DT e os BB, exceto o nebulivolol, que poderá melhorar a função sexual; os BCC têm um efeito neutro na DE. Já os IECA e ARA poderão apresentar um efeito benéfico na função erétil (SORT A).

Perante DE num utente hipertenso, o médico de família deverá fazer uma revisão terapêutica, optando por fármacos com um perfil mais favorável.

PAS 02

PROSTATITE CRÓNICA/SÍNDROME DE DOR PÉLVICA CRÓNICA: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TRATAMENTO

Ana Aveiro; Soraia Ribeiro; Ana Margarida Santos;
Tiago Pereira; Carla Silva
USF Condeixa

Introdução: A prostatite crónica/síndrome da dor pélvica crónica (PC/SDPC) – Categoria III *National Institutes of Health* (NIH) – é definida como dor ou desconforto na região pélvica, associada a sintomas do trato urinário, na ausência de infeção bacteriana, com pelo menos três meses de duração (nos últimos seis meses).

Esta entidade, com forte impacto na qualidade de vida, corresponde a uma das doenças urológicas mais comuns.

Objetivos: Compreender os aspetos fundamentais a considerar na abordagem diagnóstica da PC/SDPC e rever as bases do seu tratamento.

Material e métodos: Pesquisa de artigos publicados nos últimos 10 anos, nas línguas portuguesa e inglesa, na Pubmed/MEDLINE, *The Cochrane Library* e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. Foram utilizados os termos MeSH *Prostatitis AND Diagnosis AND Therapeutics* e o filtro “Idade”, para excluir idade pediátrica.

Resultados e conclusões: Identificados no total 96 artigos. Após a exclusão daqueles que não se adequavam aos objetivos do trabalho, foram selecionados 16 artigos.

Para o diagnóstico da PC/SDPC deve-se realizar

uma história clínica cuidada (com questionário *National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index* – NIH-CPSI) e exame físico dirigido. A urocultura e o teste de Mears-Stamey ou o *Pré-Postmassage Test* estão indicados, para classificação da prostatite de acordo com as categorias NIH. Estudo urodinâmico, imagiológico, cistoscopia e doseamento de PSA, podem ser necessários.

Para o tratamento, tem sido proposta uma abordagem dirigida ao fenótipo clínico do doente, de acordo com o acrónimo UPOINTS: sintomas urinários (U), distúrbios psicológicos (P), alterações órgão específicas (O), infeção (I), alterações neurológicas/sistémicas (N), alterações musculares (T - *tenderness*) e disfunção sexual (S). O número de domínios envolvidos correlaciona-se com a duração/gravidade dos sintomas, preconizando-se um tratamento dirigido: alfabloqueantes, inibidores da 5-alfa-redutase (U); ansiolíticos/antidepressivos (P); fitoterapia (O); antibióticos (I); anti-inflamatórios; acupuntura, estimulação elétrica transcutânea, exercício físico, injeções de toxina botulínica intra-prostáticas (T) e inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (S).

Conclui-se que a PC/SDPC é uma patologia de difícil tratamento. Torna-se, assim, fundamental uma abordagem holística e individualizada, com uma cooperação estreita entre Medicina Geral e Familiar e Urologia, de forma a potenciar o sucesso terapêutico.

PAS 03

REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – A REALIDADE DA UROLOGIA

Bárbara Oliveira; Ana Filipa Neves; Marco Soares;
Vera Marques; Pedro Barros; Gilberto Rosa;
Aníbal Coutinho

Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Hospital de Faro

Introdução: O serviço de Urologia do Hospital de Faro (HF) é foco de referenciação de todas as unidades de saúde familiar (USF) dos ACES AI-

garve III (Sotavento) e Algarve I (Central), servindo, respetivamente, 61.400 e 257.668 utentes. **Objetivos:** Avaliar a adequação dos motivos de referência à consulta de Urologia, mais frequentemente realizados em cuidados de saúde primários (CSP), analisando o grau de concordância das prioridades (atribuídas pelos referenciador e triador) e as recusas de referência.

Material/Métodos: Estudo observacional transversal das referências hospitalares para Urologia do HF durante o período de 1 mês (17/02/2021 a 17/03/2021), avaliando-se os níveis de prioridade, tipo de patologia e motivos de recusa. A análise estatística foi efetuada através do IBM SPSS *Statistics 27*[®].

Resultados/Conclusões: Foram referenciados 92 utentes, maioritariamente (88%) do sexo masculino (n = 81), com uma idade mediana de 65 anos (8-89 anos). As 2 unidades com maior representatividade foram a USF Lauroé (10,9%) e a USF Quarteira (9,8%).

A suspeita neoplasia da próstata (26,1%) foi o motivo mais comum de referência. Outros motivos foram HBP (15,2%), fimose/freio curto (12%), litíase urinária (9,8%) e hidrocele (6,5%). Foram referenciados 37 (40,2%) utentes com prioridade urgente e 55 (59,8%) com prioridade normal. Destes, 11 (12%) foram recusados, 70% por informação insuficiente (40% por patologia litiásica sem avaliação imagiológica adequada), restantes 30% foi orientado o tratamento médico. Das 48 referências com prioridade pedida normal: 30 foram triados do mesmo modo e 18 subiram de nível de prioridade. Das 34 referências urgentes, 7 baixaram o nível de prioridade para normal.

Relativamente ao nível de prioridade atribuído pelos referenciador e triador, verificou-se um grau de concordância estatisticamente significativo ($p < 0,001$). Uma idade superior associou-se a maior probabilidade de triagem prioritária ($p = 0,002$). O nível muito prioritário associou-se apenas com o tipo de patologia, não variando

com a idade. As referências triadas como muito prioritárias corresponderam a suspeitas de neoplasia vesical ou prostática em idades inferiores a 75 anos. As 15 referências muito prioritárias originaram consulta de Urologia em 2-4 semanas e as prioritárias em 4-8 semanas. O trabalho conjunto entre os CSP e a Urologia permite melhorar a adequação dos encaminhamentos das patologias urológicas mais frequentes.

PAS 04

O CONCEITO DE MICROBIOMA VESICAL E A EXPRESSÃO DO MESMO NOS DISTÚRBIOS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR

Victoria Radamovschi; Rita Lourenço;

Luís Almeida Pinto

USF CelaSaúde

Introdução: O conceito recente sobre a existência de comunidades bacterianas no urotélio, afastou o paradigma da esterilidade da urina, surgindo a evidência do contributo das variações na flora do microbiota vesical na expressão da sintomatologia de incontinência urinária e no aumento do risco de infeções urinárias de repetição.

Objetivos: Verificar qual a relação entre o tipo de microbioma vesical (MV) e a frequência das infeções urinárias na mulher.

Verificar a relação entre o MV e a gravidade da sintomatologia nas mulheres com incontinência urinária (IU).

Métodos: Pesquisa nas bases de dados PubMed e Cochrane Library, com os termos MeSH *urinary microbiota AND urinary infections* e *urinary microbiota AND urinary incontinence*, nos últimos 10 anos. Os critérios de inclusão seguiram a fórmula PICO, tendo sido excluídas as publicações não relacionadas com o tema, repetidas ou que constituíam protocolos ou métodos de trabalho.

Resultados e conclusões: Foram analisados 3 trabalhos de revisão que abordaram a relação entre o MV e as infeções urinárias. Foram

descritos os seguintes gêneros microbianos integrados no MV: *Lactobacillus*, *Gardnerella*, *Streptococcus*, *Staphylococcus* e *Corynebacteria*. Verificou-se dominância do microbioma por um único gênero, em geral pelo *Lactobacillus*, contudo, existindo microbiomas com grande diversidade de gêneros.

As mulheres na menopausa e sem terapêutica hormonal tinham uma diversidade microbiana aumentada, em comparação com as mulheres novas que tinham uma predominância por espécies de *Lactobacillus*. Este achado sugere que os estrogênios influenciam as características do MV, importante na supressão de infecções urinárias recorrentes nas mulheres com menor carga de estrogênios.

Já sobre o MV e a IU, foram analisadas 4 revisões. Identificou-se um aumento da severidade dos sintomas de urgência urinária correspondente a diminuição da diversidade microbiana. Na maioria das mulheres com IU, notou-se um aumento da expressão do gênero *Gardnerella* e a redução do gênero *Lactobacillus*, sendo que a variação das diferentes espécies do último, determinam a presença ou a ausência dos sintomas de urgência urinária.

Os autores desconhecem a função exata do MV, os benefícios ou os danos que pode provocar, a estabilidade com a cirurgia ou antibioterapia. São necessários mais estudos para caracterizar o microbioma saudável, bem como o espectro de comunidades microbianas disbióticas que podem predispor à distúrbios do trato urinário inferior.

PAS 05

DIABETES & DISFUNÇÃO ERÉCTIL: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Raquel Pessanha Santos
USF Santa Maria de Tomar

Introdução: A diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença crônica e multissistêmica, caracterizada pela existência de um desequilíbrio no metabolismo da insulina (défice e/ou resistên-

cia), levando ao aumento da glicemia de forma crônica e progressiva. É o tipo de diabetes mais comum, sendo uma doença de elevada prevalência nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). A disfunção erétil (DE) é definida como a incapacidade permanente ou recorrente de obter e/ou manter uma ereção peniana suficiente para a satisfação sexual. As queixas de DE são muito comuns nos homens que sofrem de DM2.

Objetivos: Revisão da literatura sobre a relação entre diabetes mellitus tipo 2 e disfunção erétil.
Material e métodos: Pesquisa bibliográfica com recurso à base de dados PUBMED, nos últimos 5 anos, em inglês e português, utilizando as palavras-chave “diabetes” e “disfunção erétil”. Dos 87 artigos obtidos, foram selecionados 11 artigos, por se enquadrarem no objetivo definido.

Resultados e conclusões: A DE é uma complicação muito comum da DM2, com grande impacto na qualidade de vida dos doentes. Embora a etiologia da DE diabética seja multifatorial, a disfunção endotelial é apontada como a sua principal causa, sendo induzida tanto pelo estado hiperglicémico característico da DM2 como pelo aumento do stress oxidativo nas células endoteliais que constituem o revestimento vascular. Para além de lesar diretamente o endotélio, a DM2 pode dificultar, ainda, os mecanismos de reparação vascular. Consequentemente, vai existindo a exacerbação e a manutenção da disfunção endotelial, afetando o relaxamento vascular e a perfusão sanguínea cavernosa, elementos cruciais para uma função erétil normal.

A DE constitui, assim, uma complicação microvascular da DM2, tão impactante na qualidade de vida dos doentes, como as outras complicações microvasculares conhecidas (retinopatia, nefropatia e neuropatia). O diagnóstico precoce desta entidade ao nível dos CSP é essencial, dado que uma intervenção mais rápida, leva a melhores resultados e a uma menor perda de qualidade de vida a longo-prazo.

Em suma, o Médico de família não deve descurar da pesquisa de sinais e sintomas relacionados com a DE na abordagem e seguimento de um doente com DM2.

PAS 06

SÍNDROME PÓS-FINASTERIDA

– ATÉ QUE PONTO É VERDADE?

UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Oksana Halamay; Olga Silva; Ana Eloíse Ribeiro
Internas de formação específica de MGF, USF
Condestável, ACES Pinhal Litoral, ARS Centro

Introdução: Finasterida – é um esteroide, inibidor de 5- α redutase, aprovado para o tratamento de alopecia androgénica e de HBP. Em alguns doentes, o tratamento está associado aos efeitos secundários que podem ser persistentes até 7 anos após descontinuação. Este fenómeno adquiriu o nome – "Síndrome pós finasterida " finasterida e dutasterida têm mecanismos de ação semelhantes e podemos talvez aplicar este termo a toda a classe dos medicamentos. De acordo com o site www.propeciahelp.com há mais de 51.000 pessoas, que sofrem da PFS a nível mundial.

Objetivo: Esclarecer a evidência acerca do desenvolvimento da PFS nos doentes tratados com inibidores de 5- α redutase.

Métodos: Pesquisa efetuada em setembro de 2020 de Meta-análises, RSTs, ECACs em português e inglês publicados entre 2010 e 2020 nas principais fontes da medicina baseada na evidência, usando os termos MeSH : Síndrome pós-finasterida, inibidores de 5- α redutase, perturbações psiquiátricas, distúrbios do metabolismo, disfunção sexual. A escala SORT foi utilizada para atribuição do nível de evidência.

Resultados: Dos 37 artigos encontrados, foram incluídos 5 artigos (32 foram excluídos – não cumpriram critérios de inclusão): 2 ECACs e 3 estudos de coorte. A hipótese de influência negativa desta classe dos medicamentos na concentração dos esteróides neuroativos e de Dopamina que possuem os efeitos neuroprote-

tores, ansiolíticos, antidepressivos e têm o papel determinante no comportamento e fisiologia sexual foi comprovada (NE1). Os resultados dos estudos relacionados com perturbações psiquiátricas associadas a toma de finasterida foram controversos (NE3). Um estudo de coorte mostrou aumento real dos casos novos de DM (NE2). O outro ECAC mostrou o aumento real da disfunção erétil, diminuição de sensibilidade peniana e volume reduzido do esperma (NE2). Também existe evidência de aumento da agressividade de neoplasia da próstata ao longo do tratamento com finasterida (NE1).

Conclusões: A PFS é uma entidade pouco conhecida e estudada, baseada na maioria das vezes nos casos esporádicos de desenvolvimento dos sintomas heterogénicos durante ou após terapêutica com finasterida. Este fenómeno exige estudos adicionais para determinação de incidência real, fatores de risco e mecanismos fisiopatológicos, tendo em conta o perfil metabólico, psicológico e sexual dos doentes antes de início do tratamento com inibidores de 5- α redutase.

PAS 07

VASECTOMIA E RISCO DE CANCRO DA PRÓSTATA: MITO OU REALIDADE?

Fabiana Chyczij; José Pereira Alexandre
USF Fénix, ACeS Marão e Douro Norte; UCSP Olivais,
ACeS Lisboa Central

Introdução: A vasectomia é um método de esterilização masculina, e nas últimas décadas tem sido implicada como factor de risco para o cancro da próstata, embora esta associação seja ainda controversa.

Objetivo: Esta revisão pretendeu sintetizar a evidência actual da associação da vasectomia ao risco de cancro da próstata.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica de meta-análises, revisões sistemáticas e estudos observacionais, publicados de janeiro de 2014 a dezembro de 2020, nas principais bases de dados internacionais, na língua portuguesa e

inglesa, utilizando os termos MeSH *vasectomy* e *prostatic neoplasms*. A qualidade dos estudos e força de recomendação foi avaliada com a escala *Strenght of Recommendation Taxonomy* da *American Academy Family Physician*. Os critérios de inclusão dos artigos foram definidos segundo o modelo PICO (*Population, Intervention, Comparison, Outcome*): População – Homens assintomáticos; Intervenção: realização de vasectomia; Controlo – sem vasectomia; *Outcomes* – diagnóstico de cancro da próstata. Excluíram-se os artigos com homens submetidos a vasectomia sem seguimento ou com seguimento inferior a um ano; artigos de opinião, editoriais, estudos não aleatorizados ou realizados em animais.

Resultados e conclusão: Da pesquisa inicial resultaram 43 artigos, com 11 artigos a cumprirem os critérios de inclusão e exclusão: três meta-análise e oito estudos observacionais. A maioria dos estudos demonstrou resultados estatisticamente significativos, consistentes com um aumento ligeiro da incidência de cancro da próstata nos homens vasectomizados. Esta associação foi evidenciada na maior procura de cuidados de saúde após a vasectomia, e consequente maior vigilância clínica, rastreio, e diagnóstico de cancro da próstata. Alterações biológicas e hormonais foram também implicadas no aumento do risco, demonstrando que poderá existir um efeito protetor da fecundidade masculina na diminuição do risco de cancro da próstata. Conclui-se que a vasectomia é um método de esterilização seguro, devendo a sua realização ser baseada no risco-benefício do procedimento. Mais estudos são necessários para avaliar a causalidade desta associação.

PAS 08

ABORDAGEM DA CISTITE INTERSTICIAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Ana Catarina de Castro Gomes

Usf Ronfe

Introdução: A cistite intersticial (CI) é um síndrome clínico que se manifesta por hipersensibilidade sensorial de causa desconhecida. É caracterizada por dor pélvica crónica, polaquiúria, urgência e está associada a elevada morbidade. Trata-se de uma condição rara, mais prevalente no sexo feminino, contudo, estudos sugerem que a sua prevalência está subestimada. Como os seus sintomas são comuns a outras patologias, o clínico deve ter elevado grau de suspeição e cabe ao médico de família a sua correta abordagem inicial

Objetivo: Elaborar um protocolo de abordagem da CI que auxilie o médico de família no diagnóstico e terapêutica

Material e métodos: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Pubmed, Chochrane e Uptodate de artigos originais e de revisão utilizando os termos Mesh *Interstitial cystitis, diagnosis* e *therapeutics*. Foram também consultadas as recomendações mais recentes publicadas sobre CI pela Associação Americana de Urologia e pela Associação Portuguesa de Urologia. A pesquisa foi limitada a artigos em inglês e português, publicados entre 2014 e 2020. A seleção dos artigos foi baseada na qualidade e abrangência dos mesmos

Resultados e conclusões: O diagnóstico da CI é clínico. Portanto, perante um doente com sintomas de dor pélvica, urgência e polaquiúria é imperativo colher uma história clínica e exame físico completos. É importante inquirir relativamente à presença de outras patologias comumente associadas à CI como a fibromialgia, síndrome do intestino irritável e vulvodinia. Os meios complementares de diagnóstico são úteis, já que outras patologias podem dar sintomas semelhantes à CI e fazem parte do seu diagnóstico diferencial. Conforme o caso, está

recomendada a realização de: urina tipo II, urocultura, ecografia pélvica e rastreamento de doenças sexualmente transmissíveis. As opções terapêuticas, apesar de limitadas e com pouca evidência credível, devem ser dirigidas aos sintomas permitindo uma melhoria da qualidade de vida. São pilares do tratamento: modificações comportamentais (gestão do *stress*, evicção de irritantes, prática de exercício físico de baixo impacto e cessação tabágica), tratamento farmacológico (polisulfato sódico de pentosano, fármacos para a dor neuropática, anti-histamínicos e anticolinérgicos) e tratamento invasivo. O médico de família pode iniciar tratamento conservador, que em muitos casos é eficaz. Os casos refratários às medidas conservadoras deverão ser referenciados à consulta de Urologia

POSTER DIGITAL

PD 01

DISFUNÇÃO ERÉTIL: REVISÃO TERAPÊUTICA NO DOENTE POLIMEDICADO

Nilza Tavares¹; Mágui Neto¹; Ricardo Afonso¹; Marina Eichmann²; Brenda Jorge³

¹USF Salvador Machado, ACeS Entre Douro e Vouga II;

²USF Nordeste, ACeS Entre Douro e Vouga II;

³USF La Salette, ACeS Entre Douro e Vouga II

Introdução: A disfunção erétil (DE) é a incapacidade persistente em obter e/ou manter uma ereção suficiente para uma relação sexual satisfatória. Estima-se que cerca de 50% dos portugueses apresentem algum grau de DE. Esta é primariamente atribuída a causas orgânicas ou psicológicas. Contudo, uma porção substancial poderá dever-se à iatrogenia, associada a medicamentos de uso comum. Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) é frequente o doente que sofre de múltiplas patologias e, por isso, polimedicado.

Objetivos: Capacitar e alertar os profissionais de saúde para o reconhecimento de possível iatrogenia na DE. Sistematizar a evidência atual e elucidar quais as melhores opções dentro de classes farmacológicas de uso comum, permitindo ao clínico reduzir a incidência de DE.

Material e métodos: Pesquisa de normas de orientação clínica, *guidelines* e artigos de revisão, publicados entre 01/01/2015 e 01/03/2021, nas línguas portuguesa, francesa, espanhola e inglesa, nas bases de dados: Pubmed/Medline, Cochrane, Dare e National Guideline Clearinghouse. Foram utilizados os termos MeSH *Erectile Dysfunction* e *Causality*. Foram identificados 70 artigos. Excluímos 61 pela leitura do resumo. Dos 9 artigos selecionados para leitura integral, 5 foram excluídos por irrelevância e 3 artigos foram incluídos por referência cruzada, culminando num total de 6 revisões sistemáticas.

Resultados e conclusões: Pela maior utilização nos CSP, selecionamos os anti-hipertensores,

estatinas, anti-depressivos, anti-inflamatórios não esteróides e os fármacos utilizados no tratamento da Hiperplasia Benigna da Próstata. Existem mecanismos teóricos que poderão associar o surgimento ou agravamento da DE com o uso destas classes. Não obstante, na prática, os resultados podem ser dispares, existindo fármacos preferíveis dentro de algumas classes. É ainda importante realçar que muitas vezes é difícil separar o efeito da própria patologia do efeito iatrogénico do seu tratamento. Além disso, não podemos descurar o impacto que poderá advir da expectativa negativa (efeito nocebo) dos doentes perante determinados fármacos.

PD 02

UM DIAGNÓSTICO INESPERADO – SÍNDROME DE ALPORT

Maria João Maia Marques; Cristina Neiva Moreira;
Joana Cunha Santos; António Carvalho;
Margarida Guilherme
USF Trilhos Dúea

Doente de 21 anos, sexo masculino, solteiro, estagiário na GNR. Pertence a família do tipo nuclear, na fase VI do ciclo de Duvall. AP: diminuição da acuidade auditiva e visual (óculos há 2 anos), PNV atualizado, pouco utilizador. AF: Avó materna hemodialisada. Vem a Consulta Aguda por tosse com 2 semanas de evolução, associada a expectoração raiada de sangue há 1 dia. Sem noção de febre, sem outros sintomas respiratórios nem dos restantes sistemas. Ao exame objetivo, não se apuraram alterações, normotenso, apenas palidez que o pai desvaloriza. Foi solicitado Rx tórax e estudo analítico com reavaliação em 2 dias. No dia seguinte, doente recorre ao SU por hemoptises e agravamento do estado geral. Apresenta-se eupneico em ar ambiente, com boas saturações periféricas de oxigénio, mas com pressão arterial aumentada (TA 180/120 mmHg) e edema periférico marcado. Segundo exames complementares apresenta acidose metabólica, anemia grave

(Hb 5,5 g/dL), insuficiência renal (AU 121 mg/dL; Cr 15,3 mg/dL), proteinúria e hematúria. Na ecografia renal, objetiva-se rins com dimensões diminuídas e marcada perda da diferenciação parenquimossinusal. Assim, o doente é internado, inicia hemodiálise e investigação da etiologia de doença renal crónica. Estudo imunológico sem alterações. Após avaliação por Oftalmologia e deteção de sinais compatíveis, é colocada a hipótese de diagnóstico de síndrome de Alport (SA). Confirmada com estudo genético, identifica-se a variante patogénica COL4A5 ligada ao cromossoma X. Por último, o doente é submetido a transplante renal de dador vivo (pai). A mãe encontra-se em estudo genético. SA é uma doença hereditária. Caracteriza-se por uma glomerulonefrite progressiva associada a défices de audição e da acuidade visual. Assim, manifesta-se por hematúria, proteinúria, hipertensão arterial, anemia, surdez neurosensorial e anomalias oculares. O diagnóstico é clínico e genético. O tratamento passa por IECA/ARA e transplante renal. Com o caso clínico apresentado pretende-se dar a conhecer uma forma de apresentação pouco específica desta doença. Contudo, os sintomas mais típicos de insuficiência renal também estavam presentes, apenas foram surgindo gradualmente e desvalorizados pelo doente. Em contexto de Cuidados de Saúde Primários e como primeiro contacto, deve-se privilegiar uma anamnese e exame objetivo cuidados e com atenção a sinais e sintomas que se possam instalar de forma mais insidiosa deixando espaço para alguma adaptação do doente.

PD 03

DISÚRIA NÃO É SINÓNIMO DE INFEÇÃO URINÁRIA

Ana Marinho; Marta Freitas
USF Cova da Piedade

Caso clínico: Utente, sexo masculino, 19 anos, sem antecedentes pessoais relevantes. Recorreu à consulta aberta na Unidade de Saúde

Familiar acompanhado pela mãe, relatando que tinha uma infecção urinária, queixando-se de disúria. Ao longo da entrevista conseguiu-se apurar que além da disúria, notava exsudado uretral, sem outra sintomatologia associada.

Deu-se oportunidade ao adolescente de ter consulta sem acompanhante, mas por decisão de ambos a mãe permaneceu na consulta. Quando questionado sobre a sua vida sexual, notou-se uma postura defensiva, insistindo na possibilidade diagnóstica de infecção do trato urinário.

Confirmou ser sexualmente ativo, mas negou comportamentos de risco. Ao exame objetivo, salienta-se corrimento uretral. Assumiu-se um diagnóstico de uretrite. Pediu-se exame cultural pré antibioterapia. Medicou-se empiricamente com ceftriaxona 500 mg intramuscular e azitromicina 1 g, via oral, toma única. Além disso para investigação de IST concomitantes, pediram-se serologias de sífilis e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. Explicou-se a necessidade de informar os parceiros sexuais, caso se confirmasse o diagnóstico e reforçou-se a importância do uso de preservativo. Informou-se o médico de família do respetivo utente da situação para se manter alerta, uma vez que caso se confirmasse o diagnóstico teria de realizar a notificação no sistema nacional de informação de vigilância epidemiológica e para reforçar a necessidade de uso de preservativo e a necessidade de alertar os parceiros sexuais de modo a instituir o tratamento adequado dos parceiros infetados.

Discussão: As infeções sexualmente transmissíveis (IST) constituem um problema persistente de saúde pública, sendo mais prevalentes em adolescentes e jovens adultos.

Cabe ao médico de família abordar temas como a sexualidade durante a consulta, realizando uma anamnese completa que permita analisar dados relevantes da vida sexual do utente e explorar comportamentos de risco, sobretudo durante a adolescência. É importante também

assumir um papel ativo na educação para a saúde, incentivando o adolescente a fazer escolhas responsáveis. Além disso, é necessário deixar a porta aberta para recorrer aos cuidados de saúde caso não o faça, de forma a permitir a instituição de tratamento adequado e a reduzir a transmissão e assim diminuir ou evitar complicações da doença.

PD 04

DE PEQUENINO SE TORCE O PEPINO!

Brilhante C.; Constatino R.; Carvalho R.

USF Planalto - Aces Lezíria

Contexto teórico: Hipospádia é uma malformação congénita, caracterizada por ectopia do meato uretral externo e encurtamento da uretra. No sexo masculino, associa-se frequentemente a curvatura ventral do pénis em erecção e pele prepucial redundante na face dorsal do pénis. A prevalência na Europa é de cerca de 18,6/10.000 nascimentos. A etiologia é desconhecida, mas provavelmente multifatorial, julgando-se estarem implicados factores genéticos, materno-placentários e ambientais. Esta alteração poderá dever-se ao encerramento incompleto das estruturas do pénis durante a embrionogénese, entre a 8ª e a 20ª semanas de gestação. Quando associada a criptorquidia unilateral ou bilateral, deve suspeitar-se de doença do desenvolvimento sexual e na presença de hipospádia proximal ou complexa, devem excluir-se outras malformações. O tratamento é cirúrgico e recomenda-se que ocorra entre os 6 e os 18 meses de idade, embora possa ser realizado mais tarde. O objectivo é atingir normalidade funcional e estética, sendo os resultados geralmente aceitáveis. No entanto, podem surgir complicações tardias (estenose do meato uretral e fistulas), pelo que se recomenda acompanhamento a longo prazo.

Caso clínico: Recém-nascido de termo, adequado à idade gestacional, do sexo masculino, é trazido ao médico de família (MF), para a primeira consulta de vida. Constatam-se as

seguintes alterações ao exame objectivo: testículos retrácteis e malformação peniana compatível com hipospádias distal. A gravidez tinha sido espontânea, vigiada e decorrido sem intercorrências. Havia história familiar de tia paterna com fenda palatina e tio materno com hipospádias. Foram excluídas outras malformações urológicas através da ecografia renal e vesical. O latente foi encaminhado à consulta de Cirurgia Pediátrica, onde foi confirmado o diagnóstico de hipospádias distal subcoronal com tilt da glândula, sendo proposto para uretroplastia.

Discussão/Conclusão: A hipospádia é uma das malformações congénitas mais frequentes no sexo masculino. O exame físico do RN, em particular dos órgãos genitais externos, é de vital importância na detecção de eventuais malformações e na sua orientação precoce. O diagnóstico e encaminhamento destes casos é vital para exclusão de outras malformações urológicas e seu tratamento cirúrgico. O conhecimento dos antecedentes familiares e o acompanhamento ao longo da vida, colocam o MF numa posição privilegiada para o acompanhamento desta patologia.

PD 05

A SORTE DO ACASO!

Dra. Joaquina¹; Ana Luísa Martins¹; Mariana Freitas²; Mariana Cravo²

¹USF São Domingos, Santarém; ²USF Campu Saúde, Golegã

Homem, 58 anos com antecedentes de hipertensão, dislipidémia e obesidade. Aparentemente bem até novembro de 2020, altura em que realizou um ecocardiograma para reavaliação da sua regurgitação aórtica, para a consulta de vigilância de hipertensão. O ecocardiograma revelou dilatação aneurismática da aorta ascendente. Perante esta alteração o médico solicitou outros exames entre os quais uma ecografia para estudo de possível aneurisma da aorta abdominal que revelou imagem sugestiva de formação sólida suspeita a nível renal.

Foi complementado o estudo com recurso a TC renal que demonstrou “lesão tumoral sólida na vertente postero-interna do terço médio do rim esquerdo, volumosa, com epicentro cortical com efeito exofítico, mais de 50% da lesão mantém plano de clivagem com o músculo psoas homolateral vertente posterior diafragmática, medindo 7,7 x 7,5 x 6,8 cm sem sinais de invasão das estruturas adjacentes ou da veia renal”. Apesar do utente manter-se assintomático, foi orientado para consulta de urologia do hospital de referência e submetido a nefrectomia radical esquerda a 17 fevereiro de 2021, sem intercorrências. Após o internamento regressou ao domicílio onde se mantêm vigilância ativa.

O carcinoma das células renais corresponde a 3% de todas as neoplasias e a 90% de todas as neoplasias malignas do rim. É a neoplasia urológica com maior mortalidade, estando na proporção de 1,5:1 Homens:Mulheres, tendo maior incidência na população mais idosa. Este é conhecido como um tumor incidental devido a 97% casos serem detetados de forma esporádica.

Com este caso pretende-se alertar para a neoplasia renal, um tumor difícil diagnóstico sem recurso a imagiologia, com que o médico de família se pode deparar na sua prática clínica. Torna-se, assim, importante o conhecimento desta entidade de forma a poder informar e esclarecer o utente que se depara com este diagnóstico, considerando a proximidade com o utente e continuidade de cuidados. Os antecedentes deste utente de obesidade e hipertensão são fatores de risco para este tipo de neoplasia. A sintomatologia associada a neoplasia renal só aparece em fases tardias aquando do crescimento tumoral. É a simples sorte do acaso que faz estes tumores muitas vezes serem descobertos em fases iniciais em que ainda não houve invasão da fásia, veia cava e/ou outras estruturas que resultam num estadio mais avançado levando a uma menor sobrevida. O prognóstico vai depender do estadio TNM do tumor aquando da sua apresentação.

PD 06

DISFUNÇÃO ERÉTIL / EJACULAÇÃO PRECOCE – BINÓMIO DOS PROBLEMAS SEXUAIS MASCULINOS

Bernardo de Sousa Pinto; Cristina Pinto de Sousa; Ana Leonor Franco; Carolina Simões; Rita Pontes
USF Arco-Íris – ACES Amadora

Descrição do caso: Homem, 60 anos, caucasiano, casado e com 1 filho, gerente e empregado de balcão numa pastelaria e voluntário em instituição de solidariedade social. Antecedentes pessoais de gastrite crónica, herniorrafia inguinal bilateral em 1995 e hipertrofia prostática benigna – intervencionado em 2014. Normoponderal, sem hábitos tabágicos ou etanólicos. Medicado com tansulosina, esomeprazol em SOS, loflazepato de etilo em SOS, ciclobenzaprina em SOS e paracetamol + tramadol em SOS. No último ano recorreu múltiplas vezes à consulta do médico de família por sintomas de ansiedade, sem critérios patológicos, bem como EP.

Perante este quadro, realizou-se uma avaliação analítica com glicémia em jejum, perfil lipídico, função renal, hepática, PSA total, eletrocardiograma. Foi iniciada terapêutica *off label* com fluoxetina e reforçadas alterações de estilo de vida com atividades de relaxamento pessoal e com a esposa. Suspendeu fluoxetina após uma semana por preferir que “não necessitava de antidepressivo”.

Posteriormente, referiu DE de início insidioso e agravamento progressivo, com manutenção de ereções espontâneas. Referiu ainda a preocupação de não corresponder sexualmente à sua mulher, interferindo no bem-estar da relação conjugal. Não apresentava alterações ao exame objetivo. Complementou-se investigação com ecocardiograma e prova de esforço, que se revelaram sem alterações significativas. Prescreveu-se tadalafil, uma hora antes das relações sexuais e reforçadas as medidas de relaxamento e a importância da esposa vir à próxima consulta.

Discussão: Este caso clínico demonstra o im-

pacto negativo que a disfunção sexual pode representar na qualidade de vida do doente e do casal, bem como a sua etiologia multifatorial. As queixas sexuais são frequentes e devem ser rotineiramente pesquisadas pelo médico de família, pois podem não ser referidas espontaneamente. Implicam uma investigação etiológica, com especial destaque para as primeiras manifestações de doença coronária, instituição de terapêutica individualizada e controlo de fatores de risco. Sempre que adequada, deve ser realizada uma abordagem familiar e incluir o cônjuge no processo terapêutico.

PD 07

A DOENÇA DE PEYRONIE

Mélanie Faria¹; Nádia Sampaio²
¹USF Vale do Sorraia; ²USF São Domingos

Estima-se que a doença de Peyronie afeta 9% dos homens. Habitualmente resulta de um traumatismo durante o ato sexual, mas também pode estar associada à doença de Dupuytren e à fibromatose plantar. É caracterizada por uma fibrose da túnica albugínea, com desenvolvimento de placas de fibrose e deformidade do pénis. A doença de Peyronie é constituída por três estádios: o primeiro é constituído por um estado inflamatório, de duração entre 4 a 5 meses onde a principal queixa é a dor durante a erecção. É a fase ideal para o tratamento; o segundo estádio corresponde ao processo de fibrose, pode durar entre 12 a 24 meses; no terceiro estádio, apresenta manutenção da curvatura peniana. O tratamento pode ser oral, tópica, injetável e combinado ou cirúrgico. A cirurgia continua a ser o gold standard, com o objectivo de obter um pénis ereto funcional.

Sexo masculino, 47 anos, casado, com antecedentes pessoais de excisão de adenoma tubular com displasia de baixo grau, síndrome da coluna sem irradiação e esofagite de refluxo grau A, sob lansoprazol 30 mg/dia. Nega alergias medicamentosas, hábitos tabágicos e alcoólicos. No dia 06/10/2020, após pedido de

consulta recorre ao Centro de Saúde com ecografia de vigilância de quistos do epidídimo e queixas de aparecimento de novo “nódulo” no pénis e curvatura do pénis com cerca de um ano de evolução, sem história de traumatismo. Nega disfunção eréctil e dor durante a erecção, assim como qualquer outra sintomatologia. Ao exame objectivo apresentava quistos indolores no pénis e curvatura peniana, com cerca de 45 graus. A ecografia era sobreponível a anterior com “dois quistos epidídimo bilateralmente com 5mm. Sem nódulos no corpo peniano”. Foi realizada referência para a consulta Externa de Urologia do Hospital de referência. Em janeiro de 2021, foi a consulta de Urologia, onde apresentava ao exame objectivo “pénis não circuncidado, glande e meato sem alterações. Nodulo com cerca de 1 cm metade distal da face dorsal do corpo peniano. Quistos epidídimo, indolores. Testículos sem alterações.” Na consulta, foram explicados riscos e benefícios da cirurgia. O utente optou por não escolher a cirurgia, tendo alta da consulta.

Muitas vezes, o utente demora a procurar ajuda por vergonha ou desconhecimento. O médico de família, como primeiro contacto com os cuidados de saúde, deve conseguir criar um ambiente de confiança e comodo, bem como ter a iniciativa na abordagem da temática sexual durante a consulta.

PD 08

ALGO MAIS QUE UMA LOMBALGIA..

Moreira Ferreira Gomes; Rosário Martins
USF Baltar USF Santa Luzia

Introdução: O carcinoma urotelial do trato superior é raro, menos de 10% das neoplasias do trato génito-urinário, com uma incidência de 1-2 casos novos/100.000 habitantes.

Como sintoma predominante a hematúria macroscópica, podendo estar presentes lombalgias e dores ósseas (pior prognóstico).

Mais frequente em homens, relação 3:1, 5^a-7^a-década de vida.

Como factores de risco: Tabagismo, exposição ocupacional a aminas aromáticas, ciclofosfamida, nefropatia dos Balcãs, uso abusivo de analgésicos e irritação crônica secundária por nefrolitíase infectada

O tratamento padrão consiste na nefroureterectomia radical.

Caso Clínico: 80 anos, casado, 7 filhos, marceiro reformado.

Antecedentes Pessoais: HTA, Dislipidemia, ideação suicida, Cirurgia gástrica por úlcera péptica e Hernioplastia inguinal.

Medicação habitual: mirtazapina 45 mg; enalapril + lercanidipina 10 + 10 mg; lorazepam 2.5 mg. Recorre a SU, 18-6-2020, por lombalgia e hematúria. Realiza RX e análises, medicado com ciprofloxacina 500 mg.

Recorre a consulta aberta, 6-10-2020, com médico de família por lombalgia residual. Pedido ecografia reno-vesical acusando “moderada ureterohidronefrose à direita sem aparente causa obstrutiva”. Pedido TAC urgente, 11-11-2020, que acusa “ureterohidronefrose à direita considerável com 2 cm diâmetro transversal bacinete com ectasia terço proximal ureter direito até segmento anterior bifurcação vasos ilíacos homolateral, admite-se obstrução intrínseca não excluindo neoplasia urotelial”.

Enviado a SU hospitalar, observado com suspeita de carcinoma urotelial do trato superior, agendada cistoscopia.

Após a mesma, tem consulta hospitalar a 1-2-2021, onde refere episódios ocasionais de hematúria macroscópica e lombalgia direita recidivante.

Discutido caso com endourologia, realiza ureterorenoscopia diagnóstica direita: “sem intercorrências, com biopsia de lesão papilar volumosa 4 cm abaixo cruzamento vasos ilíacos”. Internamento em março 2021 para nefroureterectomia direita com linfадectomy pélvica laparoscópica, aguardado, à data, resultado histológico da peça cirúrgica.

Próxima consulta maio 2021.

Conclusão: A lombalgia como um sintoma frequente pode indicar outro tipo de patologias, inclusive as menos frequentes, como neste caso de Carcinoma urotelial do tracto superior.

Requiere estudo complementar também na Medicina Geral e Familiar, e uma articulação célere com posterior seguimento hospitalar, para um adequado diagnóstico, aumentando diretamente a qualidade de vida dos nossos utentes.

PD 09

APENAS UMA HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA AOS 81 ANOS?

– RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Marques Gonçalves; Cristina Ornelas
Centro de Saúde do Bom Jesus, Funchal zona 1

Relato de caso clínico: Homem autónomo de 81 anos com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia mista, hérnia umbilical, doença arterial periférica e hipertrofia benigna da próstata (HBP). Em agosto 2019, no contexto de dor abdominal aguda, realiza ecografia abdominal compatível com “Aumento das dimensões da próstata” e valor prévio de PSA (*Prostate Specific Antigen*) de 5.25 ng/mL (2018). Encontrando-se assintomático, é medicado com tansulosina 0,4 mg. Seis meses mais tarde (2020), em consulta programada, refere queixas de noctúria e, à data, o PSA havia duplicado, agora 11.9 ng/mL, não tendo sido feito toque retal. Pede-se ecografia prostática transretal que relata “Próstata de contornos regulares, aumentada de volume à custa da zona de transição. Zona periférica comprimida, de ecoestrutura heterogénea nomeadamente à direita (...) a considerar no contexto do PSA”. É referenciado para Urologia e requisitada uma ressonância magnética prostática multiparamétrica que revela adenocarcinoma da próstata PI-RADS 5, com invasão do pavimento vesical. Face a novas informações, é reformulada a referência, estando a aguardar consulta.

Discussão: Em Portugal, o cancro da prósta-

ta é o cancro mais importante e frequente no homem. A vertente preventiva assume, cada vez mais, um destaque no campo da saúde e a determinação do PSA e toque retal mantêm-se, nos dias de hoje, um rastreio oportunístico entre os 50 e 75 anos. Porém, há situações que podem justificar a determinação do PSA. Apesar de a literatura referir que um valor de PSA > 4 ng/mL está associado a um grau de suspeição de cancro, um PSA inferior nem sempre exclui um tumor clinicamente significativo.

Neste caso clínico de PSA aumentado no contexto de próstata aumentada e fatores de risco de como idade e HBP, optou-se por vigilância do PSA. Ainda que o posterior aumento do PSA pudesse ser apenas HBP, no sentido de esclarecer, estava indicada a realização de biópsia prostática, ainda que invasivo. No entanto, o diagnóstico acabou por ser dado pela RMN.

Este caso exemplifica a importância do consentimento informado, da vigilância clínica e da investigação que advém de um achado imagiológico em contexto de PSA elevado e que culmina com o diagnóstico de uma neoplasia da próstata em fase de doença localmente avançada; e expõe a controvérsia da determinação do PSA e da esperança média de vida na vigilância destas situações finda a idade de rastreio preconizada.

PD 10

ERA SÓ UMA LOMBALGIA...

Diana Ferreira da Silva; Ana Alexandre Calado;
Clarisse Aguiar; Rafaela Sousa; Raquel Rosa;
Rita Ramos de Carvalho
USF Almeida Garrett, USF São Domingos, USF Planalto

O carcinoma de células renais é raro, correspondendo a 2 a 3% dos tumores sólidos, sendo o subtipo convencional (células claras), o mais frequente (80-90%). Afeta sobretudo homens entre os 60 e os 70 anos, e apresenta como fatores de risco o tabagismo, a obesidade e a hipertensão arterial. Apesar da maioria ser assintomática, alguns tumores em estadios mais

avançados podem manifestar-se por hematúria, dor no flanco e massa abdominal palpável. O diagnóstico, incidental em mais de 50% dos casos, é estabelecido através de exames de imagem, e o prognóstico depende do estadiamento, apesar de se verificar um decréscimo na taxa de mortalidade. A nefrectomia total ou parcial consegue garantir uma elevada taxa de cura, nos casos em que a neoplasia se encontra restrita ao rim.

Homem de 40 anos, com antecedentes pessoais de excesso de peso (IMC 27 kg/m²), talassemia minor e lombociatalgia de repetição à direita. Fumador de 15 cigarros por dia (carga tabágica de 17 UMA) e sem toma medicamentosa habitual. Na sequência da investigação etiológica da lombociatalgia realizou RMN da coluna lombar e sagrada que, incidentalmente, revelou uma “formação quística no rim direito, a merecer avaliação dirigida”. Além da lombalgia, o paciente encontrava-se assintomático. Efetuou TAC renal que documentou a presença de “volumosa lesão expansiva quística, com padrão em favo e múltiplas septações captantes, com 9.5 x 8 x 12.6 cm”. Foi encaminhado, com urgência, para consulta de urologia do hospital de referência onde, por alto risco de malignidade, foi proposto para nefrectomia radical direita, a que foi submetido. O exame histológico confirmou o diagnóstico de carcinoma de células renais, de células claras, grau 3, com 13.5 cm, pT2b, com margens cirúrgicas livres. Atualmente, encontra-se em vigilância clínica e imagiológica no serviço de urologia.

Este caso clínico pretende alertar para a importância da valorização dos achados imagiológicos, ainda que estes não apresentem relação com a sintomatologia. Sendo o carcinoma de células renais uma patologia cujo diagnóstico é maioritariamente incidental, o encaminhamento precoce para consulta especializada e tratamento revela-se extremamente importante para o sucesso terapêutico. Para além disso, este relato pretende demonstrar a importância

da modificação de alguns fatores de risco relacionados com o estilo de vida, na prevenção primária de muitas patologias graves, sendo os Cuidados de Saúde Primários o local por excelência para esta atuação.

PD 11

UM CASO IMPREVISÍVEL DE EVOLUÇÃO DO CANCRO DA PRÓSTATA

Oksana Halamay; Patrícia Moreira; Soledade Lopes
USF Condestavel

Enquadramento: As opções do tratamento primário e curativo dos homens com cancro da próstata localizado incluem: Cirurgia (prostatectomia radical), RT externa e/ou Braquiterapia (quando a fonte de radiação está em contacto com o órgão), como objetivo de administrar uma dose tumorcida num volume bem definido e com mínimo dano possível dos tecidos adjacentes. Os efeitos colaterais principais de RT, hoje diminuídos pela alta tecnologia são: incontinência urinária, disfunção sexual (complicação mais tardia), alterações do padrão intestinal, fistulas, proctites rádicas, angiectasias e também hemorragias intestinais/rectais.

Caso clínico: Homem de 64 anos, raça caucasiana, casado. Ciclo de vida familiar de Duvall -VII. Estado profissional antes de doença-ativo. Em vigilância nos CSPs por: HTA, DM, tipo 2, NIT; Rinite alérgica, Asma, Obesidade, Neoplasia benigna do ouvido dto, SAOS. Em 2017 por nível elevado da PSA-5,52 e resultado anormal de ecografia prostática (nódulo suspeito de próstata periférica), foi referenciado para a CE de Urologia. Realizada a biópsia do órgão e diagnosticada: ADC da próstata de localização periférica, medindo de 25 mm; Gleason (7+3). Plano terapêutico: RT externa de título intensivo +HT. Após 1,5 meses desenvolveu proctíte rádica com erosões e angiectasias c hemorrágias recorrentes e anemia grave com necessidade de transfusão de CE – 4-5 vindas ao SU por mês para realização de hemotransfusão, fadiga incapacitante, aparecimento e progressão de

ICC, perda progressiva de autonomia nas AVDs. Em seguimento de Urologia Oncologia/Gastro/Cirurgia e no IPO. Fez vários ciclos de argon plasma-sem efeito nenhum e recidiva em curto prazo. Em 2019 teve 15 consultas com MF, além do seguimento hospitalar. Realizou PET e TC toraco-abdomino-pélvica-metastases pulmonares, cerebrais e ósseas. Não fez QT por hemotoxicidade da mesma e sugerida a continuação de HT e reavaliação de indicação para QT.

Conclusão: Este relato de caso mostra que apesar do diagnóstico e tratamento atempados e adequados, o nosso doente desenvolveu complicações e avanços imprevisíveis e já não tratáveis. O prognóstico neste caso foi determinado pelo tipo/grau histológico e conseqüente maior agressividade do tumor. A anemia desenvolvida ao longo do tratamento e pouco corrigida agravou a situação e tornou impossível a QT. A doença implacável tem o seu próprio destino e os seus próprios planos...

PD 12

BENIGNIDADE QUE GERA ANSIEDADE – UM CASO CLÍNICO

Catarina Ferreira Silva; Andreia Barata; Ana Maria Almeida; Cátia Cristina; Renato Brilhante
UCSP S. Tiago Saúde – AceS Beira Interior Sul, ULS Castelo Branco, EPE; USF Beira Saúde – AceS Beira Interior Sul, ULS Castelo Branco, EPE

Caso clínico: Mulher, 44 anos, caucasiana, trabalhadora em *call center*, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, sem medicação habitual nem hábitos tabágicos ou étlicos. Recorreu a consulta aberta com a sua médica assistente por alterações na coloração da urina, mais avermelhada, sem outras queixas. Exame objetivo sem alterações. Apresentava combur com hematúria (++) . Foi pedida avaliação analítica, sem alterações de relevo, com creatinina de 0,7 mg/dL e sumária de urina que confirmou hematúria macroscópica. Pedida ecografia renal e vesical que revelou formação nodular sólida de 15 mm no terço médio do rim direito. Realizou tomografia computadorizada (TC) renal, que evidenciou lesão nodular, hipervascular, com características suspeitas. Foi encaminhada a consulta de Urologia, tendo sido referenciada ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, onde foi submetida a Nefrectomia parcial direita laparoscópica, sem intercorrências, cerca de 3 meses depois. Após análise histológica, foi estabelecido o diagnóstico de oncocitoma renal. A doente mantém seguimento em consulta de Urologia oncológica. Atualmente assintomática do ponto de vista urológico, mas mantendo elevados níveis de ansiedade. Exame objetivo, análises e última ecografia renal sem alterações.

Discussão: O oncocitoma renal é uma neoplasia que se origina a partir de células intercaladas do ducto coletor. Corresponde a cerca de 3 a 7% dos tumores renais primários. Na maioria dos casos é um diagnóstico incidental, mas alguns doentes podem apresentar hematúria macroscópica, dor no flanco ou massa

abdominal palpável. Geralmente apresenta um comportamento benigno. Contudo, as técnicas imagiológicas atuais não permitem ainda diferenciá-lo de neoplasias malignas renais, sendo diagnosticado dificilmente mesmo após análise histológica. O tratamento passa por nefrectomia, parcial sempre que possível.

Apesar de ser um tumor geralmente benigno, o oncocitoma origina situações de sobretratamento e de marcada ansiedade nos doentes, muitas vezes com prejuízo da sua saúde mental futura. Deste modo, o médico de família, como primeira linha de contacto com os utentes, tem de se encontrar atento às suas mais variadas queixas, de forma a ser realizada uma orientação e tratamento precoce, mas também deverá ser capaz de lhes fornecer informações adequadas para que não subsistam sequelas psicológicas inerentes a um diagnóstico e seu tratamento.

PD 13

UMA ECOGRAFIA QUE SAIU DA ROTINA

Rita Lourenço; Victoria Radamovschi; Luís Pinto
USF CelaSaúde

Homem de 72 anos, viúvo, fumador, com antecedentes de espasmo difuso do esófago (1990), adenoma da supra-renal (2016), leucemia de grandes linfócitos granulares CD8 (2020), insuficiência cardíaca (2021), hiperuricemia e excesso de peso. Recorreu a consulta com o seu médico assistente em janeiro de 2021, após internamento recente por acidente vascular cerebral (AVC) isquémico, trazendo exames antigos ainda não apreciados. Em fevereiro de 2019 havia realizado ecografia de rotina para controlo de adenoma da supra-renal, a qual evidenciou nódulo hiporreflectivo no terço inferior do rim esquerdo, com 2,6 cm x 2,5 cm, aparentemente sólido, a justificar caracterização por tomografia computadorizada (TC). Realizou TC apenas em dezembro de 2020, destacando-se, na mesma localização, nódulo com 2,9 cm, com realce ligeiro, sendo muito suspeito de

lesão neoplásica tipo carcinoma papilar do rim. Assintomático do ponto de vista urinário, sem alterações analíticas de relevo. Foi referenciado a consulta de Urologia, tendo sido informado nesta que se prevê nefrectomia radical esquerda. Foi pedido cintigrama renal e terá nova consulta de urologia em breve, após reunião de decisão terapêutica.

Discussão: Não é raro que os carcinomas renais não apresentem sintomas, suspeitando-se do diagnóstico com base em achados incidentais. A pandemia de COVID-19 contribuiu para uma menor acessibilidade aos serviços de saúde, atrasando o diagnóstico de múltiplas patologias, nomeadamente oncológicas. Destaca-se, também, o facto do utente ter sido cuidador da esposa, falecida por leucemia, pelo que descurou os auto-cuidados de saúde, e retomou o contacto com o seu médico assistente apenas na sequência do AVC, aproveitando a oportunidade para, finalmente, mostrar exames há muito solicitados.

PD 14

ITU RECORRENTE: CONHECER O PASSADO PARA RESOLVER O FUTURO

Mara da Silva Célia Santos Silva
USF Poente, ACES Almada-Seixal, ARS Lisboa e Vale do Tejo

Caso clínico: Utente de 74 anos, hipertensa e diabética tipo II de longa duração, seguida na nossa USF e em consulta de Diabetologia por persistente difícil controlo das glicémias. Sem antecedentes urológicos conhecidos à data.

Tem em outubro de 2019 o primeiro episódio de ITU, seguindo-se depois vários episódios: dezembro 2019, janeiro 2020, fevereiro 2020, março 2020. Estes episódios foram inicialmente enquadrados na sua Diabetes descontrolada, tendo sido tratados empiricamente numa primeira fase, e posteriormente com apoio dos resultados de urocultura, de acordo com TSA disponibilizado.

Por persistência de sintomas e uroculturas po-

sitivas, foi pedido estudo analítico e ecografia renal para esclarecimento. Função renal sem alterações e Ecografia renal com seguinte resultado: “Não se visualiza o rim esquerdo. O rim direito apresenta alguns quistos corticais, sinais de marcada dilatação da árvore pelo-calicial, ectasia do segmento mais proximal visualizável do ureter direito.” Realizou TAC em março de 2020 que confirmou os achados.

Após discussão dos resultados com a utente, esta, por fim, relembra-se e refere-nos problema urológico com mais de 40 anos. Traz depois um relatório datado de 1999: “1979 – feito diagnóstico de schistosomíase vesico-uretral com calcificação e uretero-hidronefrose bilateral. 1980 – realizada cistectomia subtotal com conservação do trígono e colo, cecocistoplastia com anastomose dos ureteres ao coto ileal e apendicectomia. 1990 – feita revisão cistoscópica e biópsia que apresentava metaplasia pavimentosa sem neoplaisa. 1996 – realizada nova revisão sem alterações. Mantinha hidronefrose.”.

Foi feita referência da utente a consulta de Urologia, à qual foi chamada em setembro de 2020, na qual realizou renograma e RMN, terminando em alta em janeiro de 2021, sem plano definido. Neste momento mantém ITU's sintomáticas.

Discussão: Este caso permite abordar diferentes aspectos fundamentais da prática médica: a importância de em casos selecionados não ficar alocado a um primeiro diagnóstico mais frequente, procurando uma resposta para o utente e mantendo um espírito crítico; a importância do auto-conhecimento sobre a doença por parte do utente; a relevância dos registos médicos corretos e actualizados, e como a sua falta pode levar ao pedido desnecessário de exames complementares, protelando um diagnóstico e um correto encaminhamento a consulta de especialidade; a importância de uma correcta articulação com os cuidados de saúde secundários.

PD 15

VARICOCELO, UM ANTECEDENTE RELEVANTE NO TUMOR DE CÉLULAS RENAIS

Ana Coelho; Dinamene Oliveira; Sofia Gersão; Jaqueline Santos
UCSP ÁGUEDA V, ACES Baixo Vouga

O carcinoma de células renais corresponde a cerca de 80-85% das neoplasias malignas primárias do rim. Na maioria dos casos o diagnóstico é incidental, não havendo sintomas até uma fase avançada da doença.

Doente do sexo masculino, 58 anos

Antecedentes pessoais: Litíase renal, hidrocele e varicocele à esquerda.

Sem medicação habitual.

Recorre à consulta no Centro de Saúde, em janeiro de 2021, por dor lombar à esquerda tipo moinha com algumas semanas de evolução. Sem queixas de disúria, sem dor referida ao testículo e sem febre. Negava esforço físico ou traumatismo na região lombar.

O exame físico era normal, sendo o teste de Murphy renal negativo bilateralmente.

Perante as queixas e os antecedentes de litíase renal solicitaram-se análise sumária de urina (SU) e ecografia renal. Esta revelou no terço inferior do rim esquerdo um nódulo sólido heterogéneo, isoreflético com 3,5 cm de maior diâmetro que condicionava deformação do contorno renal. A SU era normal.

Solicitou-se então tomografia computadorizada abdominal (TAC) para caracterização da lesão. Na TAC visualizou-se lesão nodular exofítica, no terço médio do rim esquerdo, com cerca de 34 mm por 28 mm, com realce heterogéneo em fase arterial e lavagem em fase parenquimatosa, de provável natureza neoplásica, sem attingimento das cavidades excretoras.

O doente foi referenciado para o Instituto Português de Oncologia.

Discussão: Nos doentes em que o diagnóstico não é feito de forma incidental, as manifestações clínicas são secundárias à invasão de estruturas adjacentes ou de metástases à distân-

cia. Os principais sinais e sintomas são dor no flanco, hematúria e massa abdominal palpável. Ainda que o doente não apresentasse a tríade clássica de sintomas, a hipótese de neoplasia renal seria de considerar.

A dor tipo moinha, do mesmo lado da lesão, condicionando deformação do contorno renal são a favor de uma lesão ocupante de espaço. Os antecedentes de litíase renal, varicocelo e hidrocelo à esquerda foram também de sobeja importância na orientação de diagnóstica.

O diagnóstico não incidental de neoplasia maligna renal é pouco frequente nos cuidados de saúde primários. O enquadramento dos sintomas e a valorização dos antecedentes pessoais do doente podem fazer a diferença no diagnóstico.

PD 16

CARCINOMA RENAL: A IMPORTÂNCIA DE CONHECER O DOENTE

Catarina Moita; Raquel Leite; João Pires;

Ana Sofia Silva; Ana Dantas¹

USF S. Martinho de Alcabideche, ACES Cascais

O carcinoma de células renais (CCR) constitui um grupo heterogêneo de neoplasias, responsável por cerca de 2% de todos os diagnósticos e mortes por cancro mundialmente. Os principais fatores de risco estabelecidos para esta entidade são fatores genéticos, hipertensão arterial (HTA), obesidade, tabagismo, doença renal crónica, hemodiálise e transplante renal.

O presente caso clínico refere-se ao diagnóstico de neoplasia renal perante quadro inespecífico de sintomatologia em que o médico de família (MF) foi crucial na sua identificação precoce. Sexo feminino, 58 anos, casada, com antecedentes pessoais de HTA, dislipidemia, obesidade, depressão, síndrome vertiginosa e flebite superficial dos membros inferiores. Em 04/2019 iniciou queixas de hipotensão, cansaço fácil, anorexia, perda de peso, insónia e tristeza. Negou febre, alterações respiratórias, urinárias ou gastrointestinais. Por constatar evidente quebra

do estado geral, MF suspeitou de patologia de novo e iniciou marcha diagnóstica. Foi pedida avaliação analítica que revelou ferritina de 700 ng/ml e velocidade de sedimentação de 30 mm/h. Foi requisitada TC abdominal que revelou “lesão nodular expansiva procidente do polo superior do rim direito, com 4.6cm, (...)”. As suas características semiológicas favorecem carcinoma de células renais (...)”. A doente foi referenciada com urgência a consulta externa de Urologia, tendo optado por seguimento em unidade privada onde foi submetida a nefrectomia radical direita em 05/2019. O estudo histológico revelou carcinoma de células renais, padrão de células claras, estadió pT1bpNx. Subsequente ao diagnóstico de neoplasia e realização de cirurgia, a doente manteve quadro de tristeza associada a alguns episódios de agitação e insónia. Foi diagnosticada depressão reativa, com introdução de sertralina 50 mg/dia, hidroxizina 25 mg/dia e mexazolam 1 mg SOS. Por ausência de resposta, um mês depois (07/2019) foi referenciada a consulta de Psicologia e feito ajuste terapêutico para sertralina 100 mg/dia e substituição de hidroxizina por trazodona 150 mg/dia. Por manutenção do quadro, a utente recorreu a consulta privada de Psiquiatria em 10/2019 com introdução de venlafaxina 150 mg, quetiapina 25 mg/dia, amissulprida 50 mg e manutenção de trazodona 150 mg. A doente mantém-se atualmente em vigilância em consulta externa de urologia e consulta privada de psiquiatria.

De acrescentar a importância do papel do MF relativamente ao acompanhamento subsequente do doente oncológico e da sua família.

PD 17

DOUTOURA, PRECISO DE MEDIR O PSA!

Suzana Matias Diana Tomaz

UCP Olivais

A investigação urológica, e em particular a monitorização através do PSA, tem sido alvo de controvérsia pelos riscos associados e pelo

facto de, por si só, não fornecer um diagnóstico. No entanto, em determinados casos, esta medição é útil e faz parte da marcha diagnóstica de queixas urológicas. Adicionalmente, é essencial a educação para a saúde dos utentes no sentido de desmistificar o peso do PSA como método de rastreio e reduzir a ansiedade associada.

Trata-se do caso de um homem de 60 anos que recorreu a uma consulta telefónica a 03 de fevereiro, preocupado e ansioso com a necessidade de repetir a medição de PSA. Fez uma primeira medição em 2017 que terá revelado um valor elevado o que levou, nessa altura, à realização de uma biópsia tendo investigações posteriores revelado uma ITU.

Durante a colheita da anamnese apuraram-se queixas de LUTS com características de obstrução, sem corrimento uretral, disúria, ou queixas constitucionais. Negou outros antecedentes para além de ITU, medicamentos habituais ou alergias. Assim sendo, pediu-se o preenchimento do questionário IPSS, análises de urina e PSA total. Paralelamente, discutiu-se com o utente o plano, a adequação da medição de PSA assim como os riscos associados.

Em consulta posterior, a 11 de fevereiro, face ao discutido acima e tendo em conta um IPSS – 16 e PSA total de 2.06 ng/ml foi pedida uma ecografia pélvica suprapúbica que revelou uma próstata com estrutura periférica sem alterações e zona central heterogénea, um volume prostático de 29 cm³. Foi assumido como diagnóstico Hiperplasia Benigna da Próstata tendo sido iniciada Silodosina após a realização das análises.

O caso apresentado demonstra como uma medição ocasional de PSA pode criar preocupações e expectativas por parte de utentes. Este caso demonstra também como a abordagem de cuidados centrados no utente permitiu criar uma relação profícua e consequentemente uma base sólida para poder estabelecer, em estreita colaboração entre a equipa médica e o utente, um plano de investigação e tratamento. A boa

relação criada proporcionou igualmente uma comunicação eficaz – a equipa médica apresentou-se como parceira.

PD 18

NEM TUDO É O QUE PARECE – UM CASO CLÍNICO DE UM LIPOSSARCOMA PARATESTICULAR

Francisca Salazar Martins; Carlota Barreira; Sara João; Inês Lemos; Marta Fournier; Miguel Bernardo
USF AJUDA

Homem, 74 anos, viúvo, cuidador sogro de 100 anos. AP: HTA e HBP. MH: losartan, amlodipina, propranolol e tansulosina. Sem AF ou hábitos toxicófilos. Em consulta telefónica, referiu crescimento testicular, desde há 18 meses, com agravamento novo, associado a dor e ansiedade por receio de neoplasia. Teria realizado ecografia, sem alterações, e reavaliação após 6 meses com “varicocele de pequenas dimensões à esquerda”. Foi pedida nova ecografia (a terceira em 18 meses): “massa multinodular epidídimo esquerdo, plano de clivagem no testículo, 5,4 x 4,6 x 6,1 cm (...) eventualmente relacionado com tumor paratesticular adenomatoide”. Foi referenciado a Urologia e instituída analgesia. Em consulta de Urologia realizou TC abdómen-pélvica: “volumosa massa heterogénea no hemiescroto esquerdo, 7,5 x 6,4 x 11,2 cm(...) provável adenopatia no músculo sartório esquerdo 18 x 13 mm, (...)”. Analiticamente sem alterações de LDH, AFP e B-HCG. Submetido a orquidectomia radical esquerda e excisão de gânglio. TC de estadiamento revelou: “múltiplos nódulos pulmonares e adenomegalias mediastínicas (...)” e estudo imunofenótipo celular MDM2 positivo. Diagnosticado com lipossarcoma desdiferenciado paratesticular, com metastização pleuropulmonar e mediastínica, pT4N1M1, em doente de 74 anos, ECOG PS1, sem AP ou AF. Referenciado ao IPO, aguarda consulta multidisciplinar e iniciou quimioterapia com doxorubicina.

Os tumores paratesticulares são raros e 70-80%

são lipomas. Os lipossarcomas paratesticulares representam 0,3% dos tumores urológicos, e os desdiferenciados associam-se a maior taxa de recorrência e metastização. Exibem um crescimento escrotal/inguinal lento, associado a dor, usualmente unilaterais. A ecografia, acessível nos cuidados primários (CP), é a primeira linha. O diagnóstico diferencial reúne tumor testicular, hérnia inguinal/escrotal, hidrocelo, varicocele, epidimite e lipoma. A ausência de sintomas constitucionais e fatores de risco identificáveis dificultam o diagnóstico precoce. Apesar de o MGF orientar as patologias mais comuns, este mantém uma atitude crítica e atenta aos sinais de alarme para orientar patologias mais graves e raras. Por outro lado, é um doente idoso, com um tumor agressivo metastizado, que vai necessitar de múltiplas tipologias de apoio, individualizado e familiar. Uma vez que ocupa o papel de cuidador do sogro com 100 anos, vai exigir vários recursos dos CP, para uma abordagem integrada, multidisciplinar e holística, com apoio domiciliário e social.

PD 19

INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO RECORRENTE NA MULHER – ABORDAGEM E PROFILAXIA

Margarida Cepa
USF Marquês

Introdução: A infeção do trato urinário (ITU) é uma das infeções bacterianas mais frequentes. Se por um lado, o risco de progressão da cistite para a pielonefrite é baixo, o potencial de recorrência é elevado.

Objetivos: Conhecer as orientações para abordagem e tratamento da ITU recorrente na mulher e a eficácia das estratégias profiláticas disponíveis.

Material e métodos: Pesquisa com os termos MeSH *women and recurrent urinary tract infection and prophylaxis*, em inglês e português, nos últimos 5 anos, com *abstrat* disponível e estudo realizados em humanos e mulheres. Pesquisa efetuada na Pubmed, Cochrane, NICE

Guidelines, UptoDate, Sociedades de Urologia e Sociedades de Ginecologia.

Resultados e conclusões: ITU recorrentes (3 num ano ou 2 em seis meses) são habitualmente cistites e não ITUs complicadas, sendo mais comuns nas mulheres. Os fatores de risco da ITU recorrente diferem em função da idade da mulher, sendo os fatores comportamentais mais relevantes nas mulheres mais jovens e os fatores urológicos mais preponderantes nas mulheres pós-menopáusicas. Para o correto diagnóstico é necessário a presença de sintomas, história clínica completa e exame objetivo. A maioria das mulheres não necessita de avaliação urológica ou de imagem. Como estratégia preventiva de primeira linha deveremos começar com medidas gerais. A profilaxia antibiótica deverá ser usada de forma seletiva, dado os efeitos adversos potenciais do seu uso. É recomendado o uso de antibioterapia profilaxia pós-coito em doentes com cistites associadas a atividade sexual. Nas mulheres na pós-menopausa há consenso em usar estrogénios vaginais. Outros tratamentos, nomeadamente extrato de arando, probióticos, antissépticos não demonstraram clara eficácia. Portanto, além da profilaxia antibiótica e do uso de estrogénios vaginas na mulher pós-menopáusicas, não há clara evidência na literatura da eficácia de outras estratégias para evicção de ITU recorrente. Em conclusão, importa aprofundar o conhecimento da patofisiologia da ITU, nomeadamente conhecer a resposta do hospedeiro e seus fatores de virulência, identificar novos biomarcadores, conhecer alterações do microbioma natural e das barreiras inatas do hospedeiro. Ensaio clínico randomizado para avaliar o uso racional de antibióticos para profilaxia de ITU recorrente, assim como aprofundar o estudo de outras terapias alternativas poderão ser de interesse no futuro.

PD 20

DULOXETINA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO FEMININA – QUAL A EVIDÊNCIA?

Sara João¹; André Melícia²; Carlota Barreira¹;

Francisca Salazar Martins¹; Inês Lemos¹

¹USF Ajuda, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras; ²USF Alcais, ACES Cascais

Introdução: A incontinência urinária de esforço (IUE) é definida como a perda involuntária de urina em circunstâncias de maior esforço, como espirrar ou tossir. Estima-se que esta patologia afete 1 em cada 10 mulheres adultas, com repercussão significativa na qualidade de vida. Existem várias opções para o tratamento da IUE, como medidas não farmacológicas (por exemplo, exercícios de fortalecimento do pavimento pélvicos), farmacológicas e tratamento cirúrgico.

A duloxetine, um inibidor da recaptção da serotonina e noradrenalina, aumenta o tónus do músculo estriado do esfíncter urinário, sendo, por isso, uma opção terapêutica. A duloxetine foi aprovada para o tratamento da IUE feminina na Europa em 2004.

Objetivos: Revisão da evidência disponível sobre a eficácia da duloxetine no controlo sintomático das mulheres com incontinência urinária de esforço.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica, em março de 2021, de normas de orientação clínica/guidelines, ensaios clínicos aleatorizados, revisões sistemáticas (RS) e meta-análises (MA), publicados nos últimos 10 anos, utilizando os termos MeSH: *urinary incontinence, stress; female; women*; duloxetine, nas principais bases de dados internacionais.

Foram definidos os critérios de inclusão pelo método PICO: População – Mulheres com incontinência urinária de esforço; Intervenção – Duloxetine; Comparação – Placebo; *Outcome* – Eficácia do fármaco no controlo sintomático. Foi utilizada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT), da *American Academy of*

Family Physicians para atribuição dos níveis de evidência (NE) e forças de recomendação (FR). **Resultados e conclusões:** Da pesquisa realizada, 3 artigos preencheram os critérios de inclusão: 2 *guidelines* e 1 MA.

As duas *guidelines* concluem que há evidência da utilização da duloxetine no tratamento da IUE. No entanto, devido ao elevado risco de efeitos adversos, não é recomendada como tratamento de primeira linha. Dessa forma, é recomendada a sua utilização nas mulheres que não pretendam ou sem indicação para tratamento cirúrgico. (FR A)

De acordo com a MA, a duloxetine é mais eficaz que o placebo na melhoria dos sintomas de IUE (NE 1), apesar de apresentar vários efeitos adversos.

A evidência foi concordante em todos os artigos analisados. Conclui-se que a duloxetine é eficaz no controlo sintomático da IUE feminina (FR A). Contudo, o seu uso não deverá ser usado em primeira linha devido aos seus efeitos adversos.

PD 21

SÃO OS FLAVONÓIDES EFICAZES NO TRATAMENTO DO VARICOCELO?

João Pedro Amorim; Cláudia Penedo; Florinda Ribeiro
USF Emergir - ACES Cascais USF Costa do Estoril
- ACES Cascais

Introdução: O varicocele é identificado pela dilatação das veias do plexo pampiniforme, devido à incompetência das válvulas venosas. Esta patologia está associada a desconforto inguinal, dilatação escrotal e atrofia testicular. Os flavonóides estão indicados no tratamento da insuficiência venosa periférica e patologia hemorroidária. Com este estudo pretendemos compreender se existe evidência científica acerca do uso de flavonóides no tratamento de utentes com varicocele.

Métodos: Foi efetuada uma pesquisa de normas de orientação clínica, revisões sistemáticas e artigos originais em várias bases de dados: Pubmed, *guidelines finder*, *national guidelines*

ClearingHouse, CMA Practice Guidelines Infobase, EBM Online, Clinical Evidence, TRIP, DARE, Bandolier, Cochrane.

Os termos MESH utilizados foram “Varicocele” e “Flavonóides”. Foram escolhidos artigos com interesse publicados nos últimos 10 anos, escritos em Inglês, Português, Espanhol e Francês.

Os critérios de Inclusão: P - Homens independentemente da idade, I - Prescrição de Flavonóides ou derivados, C – Placebo ou outras terapêuticas e O – Efetividade

Crítérios de Exclusão: Repetição de artigos, artigos não direcionados ao objetivo da pesquisa.

Resultados: Pela pesquisa foram obtidos 15 artigos, dos quais foram selecionados 4, de acordo com os critérios metodológicos.

Nos diversos estudos foi documentado melhorias significativas relativamente à dor testicular, melhoria da motilidade dos espermatozoides (de acordo com a escala de Amelar) e melhoria do tempo de refluxo da veia espermática esquerda.

Não houve qualquer alteração no volume de sêmen, número total de espermatozoides, nem concentração espermática. O refluxo da veia espermática direita também não sofreu qualquer alteração.

Conclusões: A prescrição de flavonóides no tratamento do varicocele demonstra alguma evidência no tratamento da dor, na melhoria da motilidade dos espermatozoides e no refluxo da veia espermática esquerda. O tratamento com flavonóides deve ser equacionado como tratamento do varicocele subclínico e como terapêutica até tratamento cirúrgico definitivo. Não foram documentados quaisquer efeitos adversos da terapêutica. SORT B

PD 22

A CINTIGRAFIA RENAL NA AVALIAÇÃO DE CICATRIZES RENAI: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Andreia Marques; Fernando Abreu; José Carvalho; Sophia Pintão

Serviço de Medicina Nuclear - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Caso clínico: Criança do sexo masculino, de 19 meses de idade, com antecedentes pessoais de dois internamentos por pielonefrite aguda aos 4 e 8 meses, à qual foi pedida a realização de cintigrafia renal com ácido dimercaptosuccínico marcado com tecnécio 99 meta-estável (99mTc-DMSA) para a avaliação de lesões cicatriciais sequelares. Este exame revelou um rim direito de menores dimensões e função relativas, com área hipocaptante em forma de cunha no pólo superior, compatível com cicatriz renal cortical, não detetada em ecografias realizadas previamente.

Discussão: O 99mTc-DMSA é um radiofármaco captado e retido pelos túbulos contornados proximais, o que permite avaliar a morfologia e a função renal cortical, bem como calcular a função renal diferencial.

Na criança com infeções do trato urinário alto recorrentes, a cintigrafia renal com 99mTc-DMSA permite identificar cicatrizes renais, que se apresentam como áreas de hipocaptação do radiofármaco associadas a perda do habitual contorno renal, tal como visível no pólo superior do rim direito no presente caso clínico.

A cintigrafia renal com 99mTc-DMSA apresenta uma sensibilidade superior, quando comparada com a ecografia ou urografia intra-venosa, na avaliação de pielonefrites, como foi evidenciado neste caso em que ecografias anteriores não detetaram a lesão cicatricial polar superior direita.

É recomendável aguardar um intervalo de no mínimo 6 meses entre o episódio agudo e a identificação de cicatrizes renais por cintigrafia, sendo que a presença destas lesões pode auxi-

liar na decisão de seguir uma abordagem terapêutica a favor de uma intervenção anti-refluxo, em vez de apenas uma vigilância com profilaxia antibiótica.

Assim, a cintigrafia renal com 99mTc-DMSA é a técnica de eleição na avaliação do parênquima renal, frequentemente utilizada no doente pediátrico para avaliar a existência e a gravidade de lesões renais corticais secundárias a pielonefrite, proporcionando informação diagnóstica e prognóstica do ponto de vista morfológico e funcional, tal como foi demonstrado no presente caso clínico.

PD 23

LOMBALGIA: SINTOMA DE APRESENTAÇÃO DE CANCRO DO TESTÍCULO – CASO CLÍNICO

Gonçalves A.; Maurício B.; Rocha F.; Ferreira S.;
Ferreira A.; Pereira A
USF Tejo – ACES Loures-Odivelas

Caso clínico: JM, sexo masculino, 50 anos, caucasiano. Sem MH ou AP relevantes, hábitos tabágicos ou alcoólicos. Recorreu a consulta em novembro de 2020 por lombalgia de novo, sem irradiação, sem fatores desencadeantes ou sinais de alarme, medicado com AINE e paracetamol. Por falta de resposta terapêutica fez diversos exames imagiológicos (TC, RM) revelando “massa paravertebral esquerda em relação com muito prováveis conglomerados adenopáticos de grandes dimensões em topografia retro aórtica, numa extensão de 13cm”. Referenciado a neurocirurgia, fez PET/TC: “presença de adenopatias hipermetabólicas suspeitas de etiologia neoplásica em topografia látero-aórtica esquerda”, e laparoscopia exploradora com biópsia: “não há tecido linfóide ou neoplásico na amostra”. Repete (d. linfoproliferativa?) em janeiro de 2021 biópsia eco guiada: “aspectos compatíveis com tumor células germinativas, componente seminomatoso”. Ecografia escrotal: “testículo esquerdo: nódulo parenquimatoso discretamente hipoecogénico 10 x 9 x 8 mm, sem imagens lesão ocupante de espaço à direi-

ta”. Referenciado ao IPO – proposta orquidectomia radical esquerda e colocação de prótese testicular.

Discussão/Conclusões: Os tumores do testículo representam < 1% dos cancros, é o tumor sólido mais comum em homens 20-34 anos. 1 Fatores de risco identificados: história pessoal/familiar de cancro do testículo, criptorquidia. Os tumores de células germinativas (TCG) representam 95% das neoplasias do testículo e dividem-se em seminomas (40%) e não-seminomas (60%). Os restantes 5% são tumores do estroma testicular/cordão sexual. A apresentação mais comum é massa testicular palpável, geralmente indolor, aumento de volume testicular, desconforto ou inflamação sugestiva de epididimite/orquite, mas podem ser assintomáticos. O diagnóstico baseia-se na história clínica, exame objetivo e exames complementares – ecografia escrotal, análises (AFP, beta-HCG, LDH). O prognóstico é bom, dependendo do estadiamento, com cerca de 95% de sobrevivência aos 5 anos. O não-seminoma, subtipo mais agressivo, tem uma taxa de sobrevivência aos 5 anos de 70%¹. Embora raro, quando há metástases cerebrais o prognóstico é mau, com 50% de mortalidade no 1º ano. O tratamento de primeira linha é a orquidectomia radical. Quimioterapia de acordo com o estadiamento. A lombalgia é dos motivos de consulta mais frequente em cuidados de saúde primários. É importante reconhecer sinais de alarme e evitar diagnósticos tardios.

PD 24

A DISFUNÇÃO ERÉTIL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

José Carlos de Castro Fernandes
U.C.S.P. Nazaré

Introdução: A disfunção erétil consiste na incapacidade persistente para atingir e manter uma ereção suficiente para permitir uma relação sexual satisfatória. Trata-se de uma patologia comum no homem, aumentando com a idade,

estimando-se que afeta um terço dos homens ao longo da vida, podendo traduzir uma patologia orgânica, psicológica ou ambas. Esta perturbação acarreta diminuição na qualidade de vida do doente, podendo originar conflitos com a parceira, diminuição da auto-estima, ansiedade e depressão.

Objetivos: Sistematizar a abordagem inicial da disfunção erétil nos Cuidados de Saúde Primários.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos publicados na base de dados da Pubmed® através das palavras-chave: *erectile dysfunction, management, review* e em revistas de referência.

Resultados: A avaliação inicial do doente com queixas de disfunção erétil passa pela realização de uma história clínica, psico-sexual e social cuidadosa, com avaliação da presença de fatores de risco para disfunção erétil, hábitos de vida, a existência de comorbilidades e uso de medicação como possível causa. O exame físico inclui avaliação dos sinais vitais, parâmetros antropométricos, exame genital, vascular e neurológico. O estudo complementar deverá ser feito, de acordo com os achados da anamnese e exame físico. Este inclui, entre outros, avaliação analítica nomeadamente avaliação da glicemia, perfil lipídico, provas tiroideias, testosterona total matinal e estudo imagiológico, caso se justifique. A abordagem terapêutica inicial passa pela implementação de alterações do estilo de vida, otimização terapêutica das comorbilidades, psicoterapia e uso de tratamento farmacológico e cirúrgico.

Conclusões: Cabe ao médico de família conhecer a abordagem inicial deste problema, tendo em consideração as suas principais causas e o seu tratamento inicial, com correção dos fatores de risco, otimização terapêutica das comorbilidades e a sua referenciação atempada aos cuidados hospitalares, quando necessário.

PD 25

A CISTOCINTIGRAFIA DIRETA NA PESQUISA DE REFLUXO VESICO-URETERAL – RELATO DE UM CASO

Andreia Marques; Fernando Abreu; José Carvalho; Sophia Pintão
Serviço de Medicina Nuclear - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 31 anos de idade, com antecedentes pessoais de refluxo vesico-ureteral (RVU) e status pós-reimplantação ureteral bilateral aos 2 anos de idade, que apresenta infeções do trato urinário alto recorrentes desde há cerca de 1 ano. Realizou cistocintigrafia direta com pertecnetato de sódio marcado com tecnécio 99 meta-estável (99mTc-pertecnetato de sódio) que revelou aumento progressivo do radiofármaco no uretero e sistema pielocalicial direito, apenas na fase de enchimento, sem evidência de dilatação do bacinete e uretero. À esquerda, não se identificaram alterações. Estes achados são compatíveis com RVU passivo de grau II à direita, pelo que o médico assistente a encaminhou para consulta de Urologia.

Discussão: A cistocintigrafia é uma técnica utilizada na avaliação e seguimento de doentes com suspeita ou história de RVU, clinicamente manifestado por infeções urinárias altas de repetição. Comparando com a cistografia radiológica com contraste, este estudo apresenta maior sensibilidade e uma exposição à radiação das gónadas 50 a 200 vezes menor, particularmente importante em doentes jovens, como a deste caso clínico.

Podem ser utilizadas duas metodologias distintas para realização de cistocintigrafias, segundo o radiofármaco seja introduzido diretamente na bexiga por sonda vesical (metodologia direta) ou por via intravenosa (metodologia indireta). A cistocintigrafia direta é a técnica que apresenta maior sensibilidade, pois permite a visualização de RVU nas fases de enchimento e esvaziamento vesicais.

No presente caso clínico, a cistocintigrafia direta permitiu não só confirmar a presença de RVU, como também identificar em que fase este ocorre, informação essencial para determinar a abordagem terapêutica e a indicação de eventual reintervenção cirúrgica pelo Urologista.

PD 26

EPIDIDIMITE COMPLICADA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Pedro Barros; Alexandra Rocha; Bárbara Oliveira; Miguel Lourenço; Ana Neves; Marco Soares; Vera Marques; Miguel Cabrita; Ana Pimenta e Castro; Gilberto Rosa; Aníbal Coutinho
Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Faro

As infeções do trato urinário (ITU) no homem são, por definição, ITU complicadas, ou seja, ITU num doente com maior probabilidade de evolução desfavorável.

Para além do sexo masculino, são fatores comuns em ITU complicadas a presença de corpo estranho, obstrução urinária, malformação anatómica, disfunção metabólica, imunossupressão e esvaziamento deficiente. Estas associam-se também ao aparecimento de bactérias multi-resistentes, cujo tratamento pode carecer de internamento.

Neste caso, um homem de 79 anos, com antecedentes de AVC e DRC, HBP não algaliado, é internado por pielonefrite aguda não obstrutiva. Nas primeiras horas de internamento, por quadro de hipotensão refratária, é admitido em UCI com suporte vasopressor.

Já na Medicina Interna, o doente mantém-se algaliado e é notado um edema e rubor escrotal, com dor à palpação e engurgitamento do epidídimo, a favor de epididimite aguda. A urocultura (UC) da admissão revelou uma *Escherichia coli* ESBL, S ao meropenem e ao TMP/SMX e R aos restantes e o doente cumpriu um ciclo de antibiótico com meropenem, com melhoria dos sinais inflamatórios.

Passado 1 mês, ainda internado e algaliado, após um quadro febril e é notado um aumento

do volume escrotal esquerdo. A ecografia revela na bolsa escrotal uma coleção de 6 cm com conteúdo não puro, septado, a envolver parte do epidídimo.

Pela persistência de parâmetros inflamatórios elevados, o doente foi submetido a drenagem da coleção e orquidectomia de necessidade. O exsudado purulento profundo identificou-se o mesmo agente isolado na UC da admissão e uma *Enterobacteriaceae* de novo. A análise histopatológica revelou uma orquiepididimite aguda com áreas abcedadas. 3 dias após a cirurgia, o doente foi desalgaliado, mantendo desde então micção espontânea e sem nova recidiva de ITU.

Perante um quadro de epididimite, em internamento ou ambulatorio, este deve ser reavaliado aos 3 dias após o início de antibiótico, e são fatores suspeitos de falência da terapêutica, o agravamento do edema escrotal com eritema e espessamento das túnicas escrotais, a par do agravamento da dor, com febre associada e/ou quebra do estado geral.

Serve este caso para alertar quanto à necessidade de reavaliação aos 3 dias e após 1 mês, nos casos de epididimite aguda no homem e referenciação à Urologia, nos casos em que há suspeita de complicações (abcesso, necrose supurativa, enfarte testicular). São de particular risco os doentes idosos, comorbilidades e aqueles portadores de cateteres urinários.

PD 27

INFEÇÕES URINÁRIAS RECORRENTES NA MULHER – COMO ABORDAR E PREVENIR

José Carlos de Castro Fernandes
U.C.S.P. Nazaré

Introdução: As infeções urinárias recorrentes são mais comuns na mulher e motivo frequente de consultas em Cuidados de Saúde Primários. Define-se infeções urinárias recorrentes a existência de 2 ou mais episódios em 6 meses ou 3 ou mais episódios ao ano.

Objetivos: Apresentar as principais recomenda-

ções referentes ao tratamento e prevenção das infecções urinárias recorrentes na mulher.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica na base de dados da Pubmed® com os termos *recurrent urinary infection* e *women*, e em revistas médicas de referência.

Resultados: O primeiro passo na abordagem de uma mulher com história de repetidas infecções urinárias consiste numa história clínica detalhada que inclui dados como a caracterização dos episódios de infecções anteriores, estado de menopausa, uso recente de antibióticos e história sexual incluindo o tipo de contraceptivo usado e a presença de fatores predisponentes. O exame físico contempla a observação ginecológica com vista ao despiste de situações de prolapso, divertículo da uretra e/ou atrofia vaginal, entre outros. Estudo complementar é geralmente desnecessário na ausência de fatores de risco para infecção urinária complicada. A prevenção destas infecções engloba medidas gerais e tratamento farmacológico.

Conclusões: As infecções urinárias recorrentes na mulher são um problema frequente nos Cuidados de Saúde Primários, com impacto negativo na qualidade de vida. É necessário um correto diagnóstico e abordagem terapêutica, e ainda uma prevenção adequada através de medidas não farmacológicas e farmacológicas.

PD 28

QUEIXAS UROLÓGICAS COMO PONTO DE PARTIDA DE DEPRESSÃO – EM TEMPO DE PANDEMIA

Cátia Mano Jorge; Susana Miguel
USF Cruz de Celas

Enquadramento: A bexiga hiperativa (BHA) é uma síndrome caracterizado por urgência miccional com prejuízo da função urinária e com grande impacto a nível social e emocional.

Descrição: Relata-se o caso de uma mulher de 53 anos, administrativa, com escasso apoio familiar. Como antecedentes pessoais, salientar a presença de BHA e de cistites de repetição que,

após múltiplos ajustes terapêuticos, foi medicada com mirabegrom 50 mg; solifenacina+tansulosina 6 mg/0,4 mg. Referenciada pelo médico de família, inicia em setembro de 2017 acompanhamento em consulta de urologia hospitalar. Em 2019 contam-se inúmeras vindas à consulta nos cuidados de saúde primários (CSP) por cistites, confirmando-se em urocultura a existência de microorganismos atípicos, condição que se foi arrastando e agravando até à data. No início do ano de 2020, recorre uma vez mais aos CSP referindo insónia, anedonia e neurastenia, na sequência do impacto a nível pessoal e profissional das suas queixas urológicas. Dado o aparecimento de sintomas depressivos, redução da qualidade do sono e da qualidade de vida (QoL), iniciou terapêutica com mirtazapina 30 mg e mexazolam 1mg em SOS, bem como medidas de higiene do sono e terapia cognitivo-comportamental. Na especialidade de Urologia, a 10 de março de 2020 iniciou tratamento com Gepan® instill uma vez/semana, tendo as instalações sido suspensas logo após a primeira sessão devido à pandemia e, até hoje, não reagendadas. Foi encaminhada para especialidade de Imunoalergologia que diagnosticou gamopatia monoclonal IgG e, por isso, pedida consulta de Hematologia que ainda aguarda. Desde então mantém o seguimento nos CSP, com necessidade de tratamento sintomático das queixas urinárias e acompanhamento a nível psiquiátrico.

Discussão: A BHA é uma condição comum e pode ter efeitos psicológicos e de qualidade de vida devastadores. Os indivíduos tendem a desenvolver múltiplas estratégias adaptativas para esconder o problema, sendo que estas estratégias em conjunto com os sintomas, afetam a interação com amigos, colegas, famílias e o rendimento profissional.

Conclusão: A abordagem diagnóstica cuidada do doente é fundamental, acompanhada por um plano terapêutico global e gradual, com medidas cognitivo-comportamentais e farma-

cológicas, com o intuito de proporcionar a estes doentes a máxima eficácia com o mínimo desconforto possível. A pandemia veio tornar mais árduo o seguimento dos doentes e a articulação entre os CSP e as especialidades hospitalares.

PD 29

OBSTRUÇÃO RENAL DIAGNOSTICADA POR RENOGAMA COM PROVA DIURÉTICA

Andreia Marques, Fernando Abreu, José Carvalho, Sophia Pintão

Serviço de Medicina Nuclear - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Caso clínico: Doente do sexo masculino, de 66 anos de idade, com antecedentes pessoais de nefropatia crónica litiásica bilateral e status pós-colocação de stent ureteral à direita, que por incrustação do mesmo mantém há 2 anos, iniciou quadro de dor lombar direita com 2 dias de evolução. Realizou renograma com mercaptoacetiltriglicerina marcada com tecnécio 99 meta-estável (99mTc-MAG3) com prova de furosemida que revelou acumulação progressiva do radiofármaco no rim direito, sem resposta ao estímulo diurético. Nas imagens adquiridas após o esvaziamento vesical não se verificou eliminação adicional significativa do radiofármaco à direita, pelo que o exame foi compatível com obstrução funcionalmente significativa no rim direito. À esquerda, o perfil funcional era marcadamente arrastado, sugerindo a presença de dilatação pielocalicial moderada, sem componente obstrutivo. Ainda que simétrica, a função renal tubular quantificada era marcadamente diminuída. Ambos os rins apresentavam múltiplos defeitos da captação do radiofármaco sugestivos de lesões cicatriciais corticais. Face ao resultado deste exame, o doente foi reencaaminhado para a consulta de Urologia para eventual reintervenção cirúrgica.

Discussão: O renograma com prova diurética permite a avaliação de obstrução das vias urinárias, tendo indicação no seguimento pós-operatório de um sistema excretor obstruído.

O 99mTc-MAG3 é um radiofármaco com elevada secreção tubular, sendo especialmente útil na obstrução mantida, uma vez que a função glomerular é afetada em primeiro lugar.

Este exame é um procedimento fácil, com baixa dose de radiação, que proporciona informação funcional de cada rim, permitindo avaliar a dinâmica da excreção urinária.

No presente caso clínico, o renograma com 99mTc-MAG3 com prova diurética permitiu num só estudo a distinção entre dilatação sem obstrução (no rim esquerdo) e obstrução funcionalmente significativa (no rim direito), assim como a deteção de cicatrizes renais bilaterais e de hipofunção tubular global.

Urologia para Medicina Geral e Familiar



IV Jornadas Temáticas Patient Care

PATROCÍNIOS

MAJOR SPONSOR



SPONSORS



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO



Calçada de Arroios, 16 C Sala 3 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19
E: paula.cordeiro@admedic.pt | W: www.admedic.pt