Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

06 e 07 de fevereiro de 2020

Fundação Bissaya Barreto
Coimbra

Imagem: **AD MÉDIC**

Consultar versão digital do programa

PROGRAMA CIENTÍFICO

Intervenientes no Programa

Ana Marinho (CHUC)
António Cruz Ferreira (UCSP Mealhada)
Belmiro Parada (CHUC)
Carla Serra (USF Trilhos Dueça)
Catarina Santos (CHUC)
Célia Mendes (PCCS do ACES PIN -UCSP Figueiró dos Vinhos)
Cláudio Espírito Santo (UCSP Montemor-o-Velho)
Dinis Costa Oliveira (UCSP Montemor-o-Velho)
Duarte Brito (IPO-Coimbra)
Edgar Tavares Silva (CHUC)
Edson Retroz (CHUC)
Hélder Ferreira (UCSP Celas)
Henrique Dinis (CHUC)
Hugo Antunes (CHUC)
Iva Pimentel (Vogal do CCS do ACES Baixo Mondego, USF Norton de Matos)
João Carvalho (CHUC)
João Lima (CHUC)
João Lorigo (CHUC)
João Pereira (IPO-Porto)
Lorenzo Marconi (CHUC)
Luís Sousa (CHUC)
Madalena Santos (UCSP Mira)
Manuel Lopes (CHUC)
Manuela Neto (UCSP Montemor-o-Velho)
Margarida Rosa (USF Nautilus)
Miguel Eliseu (CHUC)
Paulo Azinhais (CHUC)
Paulo Temido (CHUC)
Pedro Moreira (CHUC)
Pedro Nunes (CHUC)
Pedro Simões (CHUC)
Roberto Jarimba (CHUC)
Sílvia Vilela (CHUC)
Vasco Quaresma (CHUC)

PROGRAMA CIENTÍFICO

QUINTA-FEIRA . 06 DE FEVEREIRO . 2020

08:00h Abertura do Secretariado

08:50-09:00h **Sessão de Abertura das Jornadas**

09:00-10:00h **O DOENTE COM ELEVAÇÃO DO PSA**
Coordenador: Lorenzo Marconi
Comentador: Dinis Costa Oliveira
João Pereira e Roberto Jarimba

- Quando pedir, a quem e até quando
- Qual o impacto na saúde do doseamento do PSA
- O que fazer com um doseamento de PSA alto
- PSA persistentemente alto com biópsias negativas, o novo pesadelo

10:00-11:00h **O DOENTE COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**
Coordenador: Paulo Temido
Comentador: Hélder Ferreira
Miguel Eliseu, Ana Marinho e Manuel Lopes

- Abordagem ao doente com incontinência urinária
- Terapêuticas conservadoras da incontinência urinária – Dar destaque à reabilitação do pavimento pélvico
- Terapêutica farmacológica da incontinência urinária
- Abordagem hospitalar à incontinência urinária

11:00-11:30h Intervalo

11:30-12:30h **O HOMEM COM LUTS**
Coordenador: Pedro Simões
Comentador: António Cruz Ferreira
João Carvalho e Duarte Brito

- Bexiga e próstata, uma unidade (dis)funcional no homem idoso
- Abordagem ao homem com LUTS
- Terapêuticas conservadoras dos LUTS
- Terapêutica farmacológica dos LUTS

12:30-13:00h **Homenagem ao Dr. Francisco Rolo**

13:00-14:30h Almoço de trabalho

14:30-15:00h **Visita aos pósteres**
Moderadores: Edson Retroz e Hugo Antunes

15:00-16:00h **O DOENTE COM DOR LOMBAR**
Coordenador: Pedro Moreira
Comentadora: Célia Mendes

João Pereira e Vasco Quaresma

- Abordagem ao doente com litíase
- Estudo fundamental do doente com litíase
- Terapêutica conservadora e medicamentosa do doente com litíase
- Terapêutica interventiva – Quando e como

16:00-16:30h Intervalo

16:30-17:30h **O DOENTE COM CANCRO 1**
Coordenador: Pedro Nunes
Comentadora: Iva Pimentel

Miguel Eliseu e Roberto Jarimba

- O doente com carcinoma da bexiga
- O doente com carcinoma do rim

17:30-18:30h **O DOENTE COM DISFUNÇÃO ERÉCTIL**
Coordenadores: Luís Sousa e Edgar Tavares Silva
Comentadora: Margarida Rosa

Duarte Brito e João Lorigo

- A disfunção eréctil como marcador de patologia cardiovascular
- Abordagem fundamental ao doente com disfunção eréctil
- Terapêutica conservadora e medicamentosa da disfunção eréctil

18:30h Fim das Sessões do 1º dia

SEXTA-FEIRA . 07 DE FEVEREIRO . 2020

08:30h Abertura do secretariado

09:00-10:00h **O DOENTE COM DISPOSITIVOS URINÁRIOS**
Coordenador: Henrique Dinis
Comentador: Cláudio Espírito Santo
João Lima, Vasco Quaresma, Catarina Santos, Manuela Neto e Sílvia Vilela
- O algaliado
- O nefrostomizado
- O urostomizado

10:00-11:00h **O DOENTE COM HEMATÚRIA**
Coordenador: Belmiro Parada
Comentadora: Madalena Santos
Ana Marinho e Manuel Lopes
- Abordagem ao doente com hematúria macroscópica
- Tabaco e cancro génito-urinário
- Como lidar com o doente sob terapêutica intravesical

11:00-11:30h Intervalo

11:30-12:00h **Apresentação de Comunicações Orais**
Moderadores: Edson Retroz e Hugo Antunes

12:00-13:00h **O DOENTE COM CANCRO 2**
Coordenador: Paulo Azinhais
Comentadora: Carla Serra
João Carvalho e João Lima
- O homem com carcinoma da próstata
- O jovem com tumor do testículo

13:00h Entrega de Prémios e Encerramento das Jornadas

Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 01

HEMATÚRIA RECORRENTE – QUANDO O DIAGNÓSTICO VEM MAIS TARDE

Liliana Vicente Rumor; Joana Batista; Filipe Vaz; João Guerra; Tiago Silva; José Pedro Silva
Unidade de Saúde Familiar Marquês de Marialva

Introdução: A hematúria macroscópica constitui uma das formas mais comuns de apresentação de patologias do trato urinário e é a forma mais comum de apresentação de neoplasia vesical. Na presença de hematúria macroscópica e fatores de risco deve haver um elevado limiar de suspeição, pelo que se preconiza uma avaliação diagnóstica célere para uma orientação terapêutica atempada.

Relato de caso: Homem 85 anos, autónomo, casado, família nuclear fase VIII do ciclo de Duvall. Antecedentes pessoais: DM tipo 2, HTA, DRC, HBP e EAM. Recorre a consulta com o MF em maio de 2018 por episódios de hematúria macroscópica com 1 mês de evolução que coincidiu com início de dupla antiagregação pós-EAM. Referia também urgência miccional e nictúria. Referenciado a consulta de Urologia na área de residência tendo sido pedida TAC-AP e citologia urinária sem alterações. Em consulta de agosto de 2018 sugerida orientação para realização de cistoscopia noutra instituição. O doente teve 2 consultas com o MF sem registo de sintomatologia urinária ou referenciação para realização de cistoscopia. Em junho de 2019 recorreu ao SU por quadro de hematúria, dor hipogástrica, redução do débito urinário, polaquiúria e temperaturas subfebris. Ficou internado tendo tido alta algaliado, com orientação para consulta de Urologia. Internado em setembro 2019 para cirurgia de ressecção transuretral vesical por lesão de 2 cm perimeática a condicionar ureterohidronefrose homolateral. TC de estadiamento sem lesões secundárias. Por histologia compatível com carcinoma urotelial músculo-invasivo, foi orientado para cistectomia radical que utente inicialmente recusou. A família solicitou consulta com o MF, no sentido de o alertar para o seu prognóstico e importância do tratamento. Foi submetido a cistectomia radical e ureterostomia cutânea a 27.12.2019 e encontra-se autónomo, com suporte familiar, tendo apoio de familiar profissional de enfermagem nos cuidados com ureterostomia. Segundo a filha está revoltado, com humor depressivo, não aceitando a sua condição. Agendada visitação domiciliária.

Discussão: Este caso pretende alertar para a importância da comunicação e articulação entre cuidados de saúde, a qual constitui o pilar fundamental no diagnóstico e instituição de terapêutica. Destaca-se o papel do MF na capacitação do doente e família na compreensão da patologia, apoio em todas as fases da doença, estando acessível para a família no apoio ao doente idoso com diagnóstico de patologia oncológica.

CO 02

A PROPÓSITO DE UM TUMOR NEUROENDÓCRINO DA PRÓSTATA – UM DIAGNÓSTICO MUITO RARO

Rita Marques; Pedro Augusto; Simões Beatriz; Rosendo Silva; Teresa Pascoal
USF Pulsar

Introdução: O Médico de Família (MF) depara-se, diariamente, com as mais variadas patologias que afetam todos os sistemas orgânicos. Na gestão das patologias mais prevalentes, podem surgir situações de doenças raras. Por vezes, o MF poderá nem estar familiarizado com as suas manifestações clínicas ou mesmo com a própria entidade patológica. É necessário que o MF suspeite, investigue e, na dúvida, referencie para serviços especializados, em casos de sintomatologia não esclarecida e persistente.

Descrição de caso: Homem, 39 anos, com antecedentes pessoais e familiares irrelevantes. Recorre a consulta do MF em agosto/2018 por queixas hemorroidárias. Ao toque retal (TR) apresentava plexo hemorroidário, sem outras alterações. Nesse mês, regressa por manutenção das queixas e sintomas do trato urinário inferior de novo, sem alterações ao TR. Iniciou-se o estudo que motivou encaminhamento para consulta de proctologia. Um mês depois, nesta consulta, ao TR identifica-se uma massa pétrea prostática, tendo sido enviado com caracter urgente ao Serviço de Urologia com exames complementares pedidos. Identificou-se um carcinoma neuroendócrino da próstata, um diagnóstico raro e grave. O doente iniciou quimioterapia, mas desenvolveu rapidamente um quadro de dor de difícil controlo, tendo ido várias vezes à consulta do MF e Serviço de Urgência. Decidiu recorrer ao Centro Clínico Champalimaud em janeiro/2019, onde realizou imunoterapia. Contudo, o agravamento clínico foi acentuado e rápido, tendo vindo a falecer em maio/2019.

Discussão e conclusão: Em Portugal, o cancro da próstata é o tumor mais comum nos homens, sendo a maioria adenocarcinomas. A variante neuroendócrina é muito rara e pode surgir de novo ou resultar de tratamento prévio a neoplasia prostática. O prognóstico é reservado pela rápida metastização e resistência à terapêutica. A apresentação clínica pode ser escassa e inespecífica, portanto a suspeita pelo MF é difícil. Não obstante, salienta-se a importância do TR quer para exclusão, quer para identificação de patologia prostática.

Como no caso descrito, importa valorizar e explorar as queixas, principalmente se mantidas apesar dos tratamentos instituídos. Na suspeita, é essencial encaminhar rapidamente para a respetiva especialidade, para que seja possível orientar de imediato a situação. Assim, é essencial a cooperação e comunicação entre os cuidados de saúde primários e secundários, para que o tratamento e acompanhamento destes doentes seja mais completo e eficiente.

CO 03

MICÇÃO IMPOSSÍVEL – UM CASO COMPLICADO

Linda Costa; Joana Seabra
UCSP Cantanhede

Introdução: A hiperplasia benigna da próstata (HBP) é uma das doenças mais prevalentes nos homens de meia-idade. Apesar destes frequentemente necessitarem de, a determinada altura, tratamento médico ou cirúrgico pela Urologia, a maioria é inicialmente seguido pela Medicina Geral e Familiar.

Objetivos: Este caso pretende ilustrar a abordagem da HBP nos cuidados de saúde primários (CSP) e a importância da articulação com os cuidados secundários (CSS), quando colocada a hipótese de doença grave.

Material e métodos: Caso clínico cujos dados foram obtidos pelos programas S. Clínico®, Prescrição Eletrónica do Medicamento® e Registo de Saúde Eletrónico.®

Resultados: Homem de 59 anos, autónomo,

inserido numa família nuclear, tradicional e equilibrada, pouco frequentador de cuidados de saúde, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, veio à consulta de agudos com queixas de incontinência e diminuição do débito urinário, de início súbito, associados a astenia. Nega outras queixas. Ao exame objetivo, apresentava-se prostrado. Foi medicado com tansulosina, com indicação de realizar estudo analítico e ecografia prostática, que fez apenas passados 3 meses e que revelaram hemoglobina 7,6, creatinina 10, ureia 389, PSA total 6,91 ng/mL e próstata com 87 g com nódulo de 1,4cm suspeito de lesão neoplásica, tendo sido enviado ao serviço de urgência. Foi internado no serviço de Urologia por necessidade transfusional e hidronefrose bilateral, com necessidade de sonda vesical. A biópsia ao nódulo prostático revelou-se negativa para neoplasia. Cumpriu tratamento médico enquanto aguardava pela prostectomia. Foi-lhe retirada a sonda vesical e teve uma pielonefrite aguda, complicada com choque séptico e necessidade de internamento nos Cuidados Intensivos. Quando estável, foi submetido a prostectomia retropúbica. A função renal tem vindo a agravar e vai iniciar hemodiálise. Mantém incapacidade para o trabalho, com marcada diminuição na sua qualidade de vida.

Conclusões: Dada a elevada prevalência da HBP, é fundamental que o médico de família mantenha em vigilância clínica os homens de meia-idade, de modo a orientar de um modo correto e atempado os casos complicados. Neste caso, o doente referido não era frequentador do centro de saúde, pelo que o diagnóstico de HBP foi tardio. Esta articulação de CSP E CSS foi fundamental no diagnóstico e tratamento desde doente, cuja doença teve um forte impacto na sua vida, tanto a nível físico, como profissional, económico e psicossocial.

CO 04

CISTITE NÃO COMPLICADA: EVOLUÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE FOSFOMICINA NO ACES SOTAVENTO, ALGARVE

Cristina Marques; Vera Carapinha; Raimundo Rodriguez
USF Esteva, grupo PPCIRA ACeS Sotavento

Introdução: A cistite é um problema comum nas consultas do centro de saúde. A fosfomicina é um antibiótico indicado nas infeções do trato urinário inferior, de posologia e administração cómodas, e considerada primeira linha para adultos e adolescentes sem complicações nas normas de orientação clínica da Direção Geral de Saúde datadas de 2011 e 2012. Segundo um artigo de 2014 da Revista Científica da Ordem dos Médicos, tem maior eficácia (96,6%) que a nitrofurantoína (96%) e a Amoxicilina + ácido clavulânico (81,1%). As combinações de trimetoprim/sulfametoxazol implicam o conhecimento de taxas de resistências da *E. coli* inferiores a 20% e a utilização de quinolonas deve ser reservada a casos de contraindicação ou intolerância conhecida aos restantes antibióticos.

Objetivos: O objetivo deste trabalho é analisar a evolução do perfil de prescrição de fosfomicina ao longo dos últimos 4 anos no ACeS Sotavento, em comparação com a prescrição na totalidade dos ACeS do Algarve, e relaciona-lo com os diagnósticos de cistite no mesmo período.

Material e métodos: Foram colhidos pelo grupo regional do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e das Resistências aos Antimicrobianos dados sobre a prescrição de fosfomicina, outros antibióticos e a totalidade de diagnósticos codificados como "Cistite/Outra infeção urinária" no primeiro semestre dos anos de 2016 a 2019, posteriormente analisados em Excel®.

Resultados e conclusões: O número de cistites codificadas sofreu variações ao longo do tempo (com diminuição percentual de ~4% entre 2016 e 2019), sendo que ~14% destas

ocorreram no ACeS Sotavento em 2019. O perfil de prescrição de fosfomicina foi consistentemente crescente ao longo dos 4 anos, tanto na região do Algarve (variação de 15%) como no sotavento algarvio (variação de 24%). No geral, todas as restantes classes antibacterianas sofreram decréscimo na sua prescrição. Desta forma, é possível concluir que os médicos de família se encontram cada vez mais dispostos a prescrever fosfomicina para o tratamento de cistites não complicadas, priorizando-a a outras classes antibióticas. Este facto contrabalança os dados encontrados por Ramalinho, Isabel *et al.* em 2015, que realçavam o alto nível de prescrição de quinolonas e o baixo recurso a fosfomicina na região do Algarve. No futuro, seria interessante cruzar estes resultados com os casos de recorrência e realizar um estudo descritivo dos casos de infeção do trato urinário inferior, sua abordagem e monitorização.

POSTERS

P 01
AFINAL HAVIA OUTRO!

Raquel Cerqueira Gomes
USF d'As terras de Lanhoso

Introdução:A sintomatologia do aparelho urinário inferior (l*ower urinary tract symptoms* (LUTS), está, na maioria dos casos, relacionado com a Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP).Os LUTS constituem um dos principais motivos de consulta nos CSP, com grande impacto na qualidade de vida. Diferentes entidades clínicas podem originar LUTS, sendo o diagnóstico correto um desafio para o MF.

Descrição do caso: Utente 60 anos, sexo M, com AP de perturbação do sono.MH: alprazolam 1mg.A 1/02/17, por queixas de poliaquiuria, nóturia e imperiosidade micional com início há cerca de 2 meses. IPSS de 8 (++armazenamento). O utente referia também dificuldade de executar determinadas tarefas por tremor das mãos. Ao EO:TR sem características suspeitas. MCDT's pedidos: Urina tipo II, urocultura, PSA total, ecografia prostática, ecografia vesical. A21/02/2017, urina tipo II sem alterações, PSA total 1,0 ng/mL, ecografia vesical sem alterações e RPM de 48 ml,urocultura N. Ecografia prostática volume da próstata: 28 ml, medicado com tansulosina 0,4 mg. 4 semanas depois, utente refere melhoria dos sintomas com IPSS 6. Referia tonturas sobretudo ao levantar-se da cama ou do sofá que se terão intensificado desde o início da medicação. Plano: manteve atitudes e medicação. A 4/12/2018, refere agravamento das queixas urinárias com poliaquiuria, nóturia e sensação de esvaziamento incompleto, IPSS 19. Ao EO apresentava uma marcha em base larga. Foi pedido ecografia prostática, PSA, urina tipo II. Dos exames pedidos, urina tipo II sem alteração, PSA total0,9 ng/ml, ecográfica prostática sobreponível. A 3/02/2019 refere sensação de disfagia para alguns alimentos, engasgamentos recentes, agravamento da dificuldade em executar tarefas como beber água pelo copo, escrever, contas dinheiro. Agravamento das tonturas. Ao EO: Marcha de base larga, tremor de intenção, prova dedo nariz+. Referenciado para Neurologia: Dx estudo atrofia dos sistemas múltiplos.

Discussão: Afinal havia outro diagnóstico... A AMS é uma doença neurodegenerativa, caracterizada por falência autonômica progressiva, apresentando características parkinsonianas, cerebelares e piramidais em diferentes combinações. Este caso vem reforçar a importância dos diferentes diagnósticos diferencias de LUTS e de realçar que não devemos fechar a porta a outras possibilidades de diagnóstico, e tomar nota, de outros sinais ou sintomas ´´estranhos´´ ao diagnóstico primário, para que seja mais fácil, a posteriori, quando o diagnóstico primário ja não se adequa, encontrar outras causas.

P 02

BENEFÍCIO DO USO DA PAROXETINA NA EJACULAÇÃO PRECOCE: UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Bárbara C. Barbosa[1]; Ângela Machado[2]; Sílvia Neves[1]; Rita Pereira[1]; Mariana Rodrigues[1]; Tânia Coelho[1]; Rita Gomes[1]
[1]USF VitaSaurium; [2]USF Afonso Henriques

Introdução: A ejaculação precoce define-se por uma ejaculação que ocorre durante uma relação sexual antes do tempo desejado, dentro de 1-3 minutos após a penetração vaginal. Apesar de existir subdiagnóstico, estima-se que afete 20-30% dos homens. O uso de inibidores seletivos de recaptação da serotonina encontra grande suporte na literatura - o seu uso diário melhora o tempo de latência ejaculatório intravaginal (IELT) após alguns dias sendo o efeito máximo atingido após uma a duas semanas.

Objetivo: Esta revisão tem por objetivo, atendendo ao conhecimento científico, avaliar a eficácia da paroxetina no IELT na ejaculação precoce.

Métodos: Pesquisa sistemática, em dezembro de 2019, nas bases de dados de medicina baseada em evidência: *Cochrane, National Guidelines Clearinghouse, NICE and MEDLINE/Pubmed*. Utilizaram-se os termos MeSH "*paroxetine*", "*premature ejaculation*". A pesquisa foi limitada a revisões sistemáticas, meta-análises, guidelines e ensaios clínicos randomizados e controlados, em Inglês e Português. A literatura foi avaliada e aplicada a escala de evidência SORT, utilizando o PICO (P homens com ejaculação precoce; I medicação com paroxetina em monoterapia; C não medicado com paroxetina; O melhoria do IELT/satisfação sexual).

Resultados: Obtiveram-se 70 resultados, dos quais foram selecionados 8 artigos, atendendo aos critérios de inclusão. Teve-se ainda em conta a pertinência, o título e resumo para exclusão de artigos e leitura integral. Assim sendo, foram incluídos nesta revisão: 1 meta-análise, 4 revisões sistemáticas e 3 estudos randomizados controlados. A meta-análise (Zhang *et al*,2019) revelou que a paroxetina tem melhores resultados relativamente ao placebo, fluoxetina e escitalopram no tratamento da ejaculação precoce (NE 1). Um dos estudos randomizados (Balci *et al*, 2019) demonstrou uma maior eficácia da paroxetina em relação à fluoxetina e à dapoxetina apesar de este último apresentar menores efeitos adversos (NE 2). Na revisão sistemática (Cooper *et al*, 2015) demonstrou-se que a paroxetina leva a uma melhoria significativa do IELT bem como do da sensação de satisfação sexual (NE 1). Outras revisões sistemáticas chegaram a conclusões semelhantes.

Discussão/Conclusão: De acordo com a revisão da literatura, existe evidência do benefício da utilização da paroxetina no tratamento da ejaculação precoce (Força de recomendação B). No entanto, deve-se considerar o seu uso caso a caso principalmente pelos efeitos adversos deste fármaco.

P 03

REABILITAÇÃO PÉLVICA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PÓS-PARTO – UMA REVISÃO DE TEMA

Mafalda Diogo; Mariana Ribeiro; Filomena Cuco
USF Buarcos USF Nautilus USF Buarcos

Introdução: A incontinência urinária (IU) define-se como a perda involuntária de urina e afeta atualmente 37,9% das mulheres no puerpério, sendo por isso considerada uma patologia relevante no pós-parto, com elevado impacto na vida profissional, social e sexual das mulhetes, afetando negativamente a sua qualidade de vida. Apesar de apresentar múltiplos fatores de risco, a maioria das disfunções do pavimento pélvico, sobretudo a incontinência urinárias (IU), ocorrem durante o período de expulsão num parto vaginal. A reabilitação pélvica (RP) é atualmente a 1ª. Linha interventiva nestas situações.

Objetivos: Pretendeu-se fazer uma revisão da

literatura científica existente sobre a importância da RP na prevenção de IU no pós-parto.

Material e métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas principais bases de dados *Medline/pubmed* utilizando os termos *Mesh* "*Urinary Incontinence/therapy*" e "*Postpartum Period*" e selecionadas as publicações feitas nos últimos 10 anos. Foram incluídas meta-análises, revisões sistemáticas (RS), ensaios clínicos aleatorizados, estudos observacionais e orientações clínicas em língua inglesa e portuguesa de outubro de 2009 a outubro de 2019.

Resultados: Foram encontrados 53 artigos e destes incluídos 20 artigos. Na maioria da literatura analisada identificou-se benefício acrescido da RP na prevenção da IU no pós-parto, sendo considerada o tratamento conservador de 1ª linha na prevenção desta patologia. Foi feita uma RS em 2017, que incluiu vários ensaios clínicos e constatou que a RP está associada a aumento da força da musculatura pélvica e consequentemente menor percentagem de IU, apontando para a necessidade de 40-60 exercícios por dia, para que haja eficácia. Estes devem ser associados a modificação de estilos de vida, treino da bexiga, reforço positivo e ainda micção programada.

Resultados e conclusões: Concluiu-se que a RP no pós-parto imediato ou no pós-parto tardio é fundamental na prevenção da IU. Programas de exercícios com maior número de repetições, mais contrações e mais tempo de sustentação de contração parecem ser mais indicados. Além disso, verificou-se que a palpação vaginal digital pode ser utilizada na prática clínica para mensurar a força da musculatura pélvica no puerpério. Cabe ao médico de família identificar as principias candidatas a um programa de reabilitação pélvica através de uma correta anamnese e exame ginecológico, de forma a garantir a melhor orientação.

P 04

NEOPLASIA DO TESTÍCULO: UMA COMPLICAÇÃO (IN)ESPERADA

Tiago Ferreira Moreira da Silva; Filipe Malva Vaz; João Leite Guerra; Liliana Rumor; José Silva; Joana Batista

USF Marquês de Marialva, Cantanhede - ACES Baixo Mondego

Introdução: O cancro do testículo (CT) é uma neoplasia frequente no homem de idade jovem e a sua incidência tem vindo a aumentar. A apresentação mais habitual é a deteção de uma tumefação testicular embora possa existir outra sintomatologia como dor testicular ou ginecomastia. Tem habitualmente bom prognóstico e está associado a uma elevada taxa de cura.

Caso clínico: Homem de 43 anos, caucasiano. Casado e com 3 filhos pertence a um agregado familiar do tipo nuclear. Tem o 9º ano de escolaridade e é operário fabril. Nega antecedentes pessoais ou familiar de relevo. Não faz medicação habitual.

Em março 2018, foi observado em instituição privada após deteção de tumefação mamária esquerda, cujo estudo subsequente revelou presença de nódulo testicular direito, com diagnóstico provável de neoplasia do testículo. Foi submetido a orquidectomia radical com colocação de prótese testicular à direita a 15/05/2018. O estudo anatomopatológico e imagiológico revelou tratar-se de um seminoma do testículo em estadio IIB.

Fez-se criopreservação de espermatozoides e a 26/06/2018 inicia QT (protocolo BEP - Bleomicina, etoposido e cisplatina). Dia 28/08/2018 é admitido no SU com quadro de cefaleia intensa de início súbito, afasia global, défice de força no membro inferior direito e discreta parésia facial direita. A TAC-CE confirmou trombose venosa cerebral do seio lateral esquerdo com transformação hemorrágica, com enfarte temporal. Tem alta hipocoagulado com edoxabano 60 mg. Iniciou Terapia da Fala MFR com total recupe-

ração dos défices no final do tratamento, em dezembro de 2018. Retomou atividade laboral em novembro de 2019 ao final de 1 ano e meio. Mantém seguimento em consulta de urologia e risco vascular, permanecendo hipocoagulado e medicado com pregabalina 25 mg por parestesias nas extremidades dos membros.

Discussão e conclusões: A orientação terapêutica do CT depende do seu estadiamento. No estadio IIB, a QT com cisplatina assume um papel essencial, mas associa-se também a toxicidade importante. Fenómenos tromboembólicos são uma das possíveis complicações, mas ocorrem geralmente como TVP ou TEP, pelo que a trombose venosa cerebral é uma complicação rara e ainda pouco descrita. Concluindo, é importante o doente estar informado da sua patologia, tratamento e riscos associados. Eventos inesperados podem complicar a evolução clínica, demonstrando a complexidade da gestão global do doente, sendo fundamental o envolvimento de uma equipa multidiscliplinar.

P 05

CÓLICA RENAL OU TALVEZ NÃO? – UM CASO CLÍNICO DE NEFROPTOSE

Tânia Coelho; Rita Gomes; Bárbara Barbosa; Rita Pereira
USF VitaSaurium

Introdução: Ptose renal (também designado de rim prolapsado ou rim flutuante) designa um rim móvel, que se descola distalmente mais de 5 cm ou 2 corpos vertebrais no ortostatismo comparativamente com o decúbito. É um achado que afeta cerca de 20% das mulheres principalmente as jovens, altas e magras. Esta condição pode associar-se a cólica renal com melhoria em decúbito e agravamento com ortostatismo. Em 10 a 20% dos doentes trata-se de uma situação assintomática. Em doentes com ptose renal e cólica renal recorrente pode haver indicação para tratamento cirúrgico que consiste em fixação do rim ao retro peritoneu, músculos psoas *major* ou músculo quadrado lombar (nefropexia).

Objetivos: Sensibilizar para a existência desta patologia e a importância do diagnóstico diferencial com cólica renal de outras etiologias.

Material e métodos: Para realização do caso clínico foi realizada história clínica e consulta do processo clínico.

Resultados e conclusões: Mulher de 27 anos inserida em família nuclear, com antecedentes de litíase renal, sem antecedentes familiares de patologia renal. Recorre à consulta aberta por queixas de dor lombar à esquerda tipo moinha, sem irradiação, sem posição de alívio ou de agravamento. Negava febre, disúria ou outras alterações geniturinárias. Ao exame físico não apresentava alterações de relevo. Neste contexto, e tendo em conta os antecedentes da doente, foi pedida ecografia renal que apresentava um rim esquerdo localizado no quadrante inferior do abdómen, compatível com ptose renal. Não apresentava sinais de uropatia obstrutiva. Atualmente a doente não apresenta indicação para nefropexia. Se no futuro apresentar agravamento da sintomatologia poderá ter indicação para nefropexia. Este caso clínico demonstra a importância do reconhecimento desta patologia pouco frequente pelo médico de família para que se proceda ao seu correto encaminhamento.

Organização

Associação dos Amigos de Urologia e Transplantação Renal

Presidente: Prof. Doutor Arnaldo Figueiredo
Presidente Honorário: Prof. Doutor Alfredo Mota

Comissão Organizadora

Álvaro Brandão | Ana Marinho | António Roseiro | Carlos Alberto Ferreira | Duarte Brito | Edson Retroz | Hugo Antunes | João Carvalho | João Lima | João Lorigo | João Pereira | Lorenzo Marconi | Luís Sousa | Manuel Lopes | Miguel Eliseu | Paulo Azinhais | Pedro Moreira | Pedro Simões | Roberto Jarimba | Vasco Quaresma | Vítor Dias

Comissão Científica

UROLOGIA

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

MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Almerinda Rodrigues (PCCS do ACES Baixo Mondego - UCSP Cantanhede) | António Cruz Ferreira (UCSP Mealhada) | Célia Mendes (PCCS do ACES PIN - UCSP Figueiró dos Vinhos) | Hélder Ferreira (UCSP Celas) | Iva Pimentel (Vogal do CCS do ACES Baixo Mondego, USF Norton de Matos) | Manuela Neto (UCSP Montemor-o-Velho) | Cláudio Espírito Santo (UCSP Montemor-o-Velho) | Margarida Rosa Garcia (USF Nautilus) | Dinis Costa Oliveira (UCSP Montemor-o-Velho) | Carla Serra (USF Trilhos Dueça) | Daniela Fernandes (UCSP Cantanhede) | Madalena Santos (UCSP Mira)

Patrocínios

A. MENARINI PORTUGAL | astellas | Dornier MedTech

IPSEN Innovation for patient care | JABA RECORDATI GROUP | janssen Oncology PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson&Johnson

MSD INVENTING FOR LIFE | Pfizer Oncology | Roche

SANOFI GENZYME | TECNIFAR

Secretariado

admédic+
ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO DE EVENTOS

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