

# Urologia ao **CENTRO**

*A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO  
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE*

**10 e 11 de março de 2022**

**Hotel Dona Inês**

Coimbra



**PROGRAMA**  
Científico

## Intervenientes no programa

Ana Rita Magalhães, USF Topázio

Ana Sofia Oliveira, USF Pulsar

Ana Teresa Ferreira, USF Penacova

António Pereira, USF Pulsar

António Roseiro, CHUC

Arnaldo Figueiredo, CHUC

Beatriz Lopes, USF Mondego

Belmiro Parada, CHUC

Carlos Braga, USF Norton de Matos

Carolina Figueiredo, USF Topázio

Duarte Vieira e Brito, IPO-Coimbra

Edgar Tavares Silva, CHUC

Edson Retroz, CHUC

Henrique Dinis, CHUC

Iva Pimentel, USF Norton de Matos

Joana Seabra, UCSP Cantanhede

João Lima, CHUC

João Lorigo, CHUC

João Pereira, IPO-Porto

José Alberto Pereira, IPO-Coimbra

Lorenzo Marconi, CHUC

Manuel Malheiro Lopes, CHUC

Maria João Samora, USF Rainha Santa Isabel

Marta Ferreira, CHUC

Marta Magalhães, UCSP Cantanhede

Melanie Magalhães, USF Rainha Santa Isabel

Miguel Eliseu, CHUC

Miguel Pereira, USF Mondego

Paulo Almeida, USF Norton de Matos

Paulo Azinhais, CHUC

Paulo Temido, CHUC

Pedro Fernandes, CHUC

Pedro Moreira, CHUC

Pedro Nunes, CHUC

Rafaela Malinaric, CHUC

Rita Fonseca, USF Topázio

Rita Marques, USF Pulsar

Roberto Jarimba, CHUC

Rosa Costa, USF Pulsar

Rui Ferreira, USF Penacova

Rui Pedrosa, CHUC

Sara Pinheiro, USF Pulsar

Teresa Pascoal, USF Pulsar

Vasco Ferrão Mendes, CHUC

Vasco Quaresma, CHUC

# PROGRAMA CIENTÍFICO

QUINTA-FEIRA . 10 DE MARÇO . 2022

08:15h Abertura do Secretariado

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

09:00-10:00h **O HOMEM COM PATOLOGIA PROSTÁTICA**

Coordenador: Pedro Nunes

Comentadora: Joana Seabra

### Tópicos teóricos

João Lima

- Abordagem aos sintomas
- Qual a utilidade do doseamento do PSA
- Tratamento do LUTS
- PSA persistentemente alto com biópsias negativas, o novo pesadelo

### Casos clínicos

Marta Ferreira e Marta Magalhães

10:00-11:00h **A MULHER COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Coordenador: Paulo Temido

Comentadora: Teresa Pascoal

### Tópicos teóricos

Roberto Jarimba

- 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

### Casos clínicos

Rui Pedrosa e Rita Marques

11:00-11:30h Intervalo

11:30-12:00h **O IMPACTO DA COVID NA ATIVIDADE CLÍNICA  
– VISÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA E DO UROLOGISTA**

Coordenador: António Roseiro

Comentadora: Ana Teresa Ferreira

João Lima e Rui Ferreira

12:00-12:40h **GENÉTICA E CANCRO – NOVAS FRONTEIRAS DA ONCOLOGIA  
COM A CLÍNICA GERAL**

Coordenador: Arnaldo Figueiredo

**Tópicos teóricos**

Paulo Azinhais

- Síndromes genéticas e tumores urológicos
- Impacto do estudo genético no rastreio de outras neoplasias e no estudo da família

**Tópicos teóricos**

Edgar Tavares Silva

- Imunoterapia no cancro urológico
- Identificação e gestão de efeitos secundários de imunoterapia

12:40-13:10h **IMAGIOLOGIA BENIGNA DESCOMPLICADA**

Vasco Ferrão Mendes

13:10-14:30h Almoço

14:30-15:00h **Visita aos Pósteres**

Coordenadores: Henrique Dinis e Miguel Eliseu

15:00-16:00h **O DOENTE COM DOR LOMBAR**

Coordenador: Pedro Moreira

Comentador: Miguel Pereira

**Tópicos teóricos**

José Alberto Pereira

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

**Casos clínicos**

Roberto Jarimba e Beatriz Lopes

16:00-16:30h Intervalo

16:30-17:30h **O DOENTE COM CANCRO 1**

Coordenador: Lorenzo Marconi

Comentadora: Iva Pimentel

**Tópico teórico**

João Pereira

- O doente com carcinoma da bexiga

**Caso clínico**

Vasco Quaresma e Paulo Almeida

**Tópico teórico**

Vasco Quaresma

- O doente com carcinoma do rim

**Casos clínicos**

Rafaela Malinaric e Carlos Braga

17:30-18:30h **O DOENTE COM DISFUNÇÃO SEXUAL**

Coordenador: Edgar Tavares Silva

Comentadora: Rosa Costa

**Tópicos teóricos**

João Lorigo

- Abordagem e tratamento do doente com ejaculação prematura
- Desejo sexual hipoactivo
- Curvaturas penianas

**Casos clínicos**

José Alberto Pereira e Sara Pinheiro

18:30h Fim das sessões do 1º dia

08:30h Abertura do Secretariado

09:00-10:00h **O DOENTE COM DST OU ITU BAIXA**

Coordenador: Edson Retroz

Comentador: António Pereira

**Tópicos teóricos**

Miguel Eliseu

- DST mais comuns
- Uretrites
- Prostatites

**Casos clínicos**

Pedro Fernandes e Ana Sofia Oliveira

10:00-11:00h **O DOENTE INFÉRTIL/COM PATOLOGIA DOS GENITAIS EXTERNOS**

Coordenador: Belmiro Parada

Comentadora: Maria João Samora

**Tópico teórico**

Duarte Vieira e Brito

- Avaliação inicial do doente infértil
- Varicocelo do adolescente/adulto
- Patologia comum dos genitais externos

**Casos clínicos**

Manuel Malheiro Lopes e Melanie Magalhães

11:00-11:30h Intervalo

11:30-12:00h **Apresentação de Comunicações Orais**

Coordenadores: Henrique Dinis e Miguel Eliseu

12:00-13:00h **O DOENTE COM CANCRO 2**

Coordenador: Belmiro Parada

Comentadora: Ana Rita Magalhães

**Tópico teórico**

Pedro Fernandes

- O doente com carcinoma da próstata

**Caso clínico**

Duarte Vieira e Brito e Carolina Figueiredo

**Tópico teórico**

Manuel Malheiro Lopes

- O doente com carcinoma do testículo

**Caso clínico**

João Lorigo e Rita Fonseca

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

#### A “QUEDA” DO PSA

Lúis Pimenta<sup>1</sup>; Luís Pinto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Celasaude - ACES Baixo Mondego

O antígeno específico da próstata (PSA) é uma glicoproteína produzida pelas células epiteliais da próstata, com função proteolítica e fluidificante; isolado no final da década de 70, tem tido um papel central no entendimento e estudo da patologia prostática, especialmente nos últimos 30 anos, desde que foi aprovado pela FDA como teste adjuvante ao rastreio para neoplasia da próstata e é usado na prática comum por todo o mundo.

Um senhor de 87 anos, independente para atividades de vida diária, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, foi diagnosticado com Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP) em 2012, sendo posteriormente seguido em consulta de Urologia no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra 4 anos depois, após registo de PSA de 21.36 ng/ml. Nessa consulta, após toque retal insuspeito, propôs-se biópsia prostática que foi aceite e confirmou o diagnóstico de HBP.

Quatro anos após confirmação de HBP foi novamente solicitado PSA em consulta ocasional, obtendo-se um valor 4 vezes superior ao anterior, que motiva segunda referenciação ao serviço de Urologia. Teve o mesmo curso diagnóstico, com repetição da biópsia.

No dia seguinte à biópsia teve síncope com

queda sobre um aquecedor, do qual resultaram queimaduras de segundo grau no lado direito do corpo. Foi levado ao serviço de urgência com quadro de confusão e desorientação, bem como hipotensão, taquicardia e febre e optou-se por internamento para estabilização hemodinâmica. A investigação diagnóstica do internamento demonstrou hemoculturas positivas para *Klebsiella varicosa* e levou os diagnósticos de Bacteriemia, Lesão renal aguda e Insuficiência respiratória; na alta, ao décimo dia, apresentava agravamento do estado geral prévio à síncope, com diminuição da autonomia, limitação dos movimentos do cotovelo direito e necessidade de consolidação de antibioterapia e de penso do membro superior e tórax, começados na enfermaria.

O diagnóstico da biópsia foi de Adenocarcinoma acinar moderadamente diferenciado, G2, Gleason 7 (3+4) no lobo esquerdo e foi iniciado Biclutamida, com o seguimento no seu médico de família.

Este trata-se de um caso que ilustra os potenciais riscos de utilizar o PSA indiscriminadamente. No apresentado, o decurso diagnóstico levou a uma biópsia que se complicou de bacteriemia com diminuição do estado de autonomia de um doente assintomático. De facto, o carcinoma da próstata tem um curso tipicamente indolente e levanta-se a questão da necessidade da exposição a iatrogenia.

## CO 02

### **DOENTE COM NEOPLASIA DO RIM: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Carlos Braga<sup>1</sup>; Paulo Almeida<sup>1</sup>; Carolina Moura Pereira<sup>1</sup>;  
Marta Raquel Matos<sup>1</sup>; Joana C. Duarte<sup>1</sup>;  
Iva Pimentel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Norton de Matos

**Introdução:** O carcinoma de células renais (CCR) é o tumor maligno mais comum do parênquima renal. Representa 3% de todos os tumores, afetando mais o sexo masculino, com maior incidência após a 7ª década de vida. O carcinoma de células claras é responsável por 70% destas neoplasias. Mais de metade dos casos de CCR são detetados incidentalmente. Dentro dos doentes sintomáticos, cerca de 50% dos doentes apresentam hematuria e 40% dor lombar e/ou abdominal.

**Descrição:** Homem, 58 anos, pertencente a família nuclear (fase VI – Ciclo de Duvall).

Antecedentes pessoais: Hipertensão Arterial, Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono, dislipidemia, hiperuricemia, fumador de 41 UMA. Recorreu a 03/08/2020 à consulta aberta da sua Unidade de Saúde Familiar por dor tipo cólica no flanco direito (FD) com evolução de 8 horas, intensidade 6/10, sem irradiação ou migração, sem noção de fatores agravantes ou de alívio das queixas álgicas. Negava queixas urinárias como disúria e hematuria. Sem febre ou outros fatores constitucionais.

Ao exame objetivo apresentava um abdómen mole e depressível, doloroso à palpação do FD, com massa com cerca de 6 cm de maior diâmetro palpável. Sem outras alterações à palpação, nomeadamente, organomegalias ou adenopatias palpáveis.

Pelas queixas álgicas e alterações ao exame objetivo foi referenciado para o Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC).

Inicialmente observado pela Cirurgia Geral,

realizou ecografia abdominal que revelou dois nódulos parenquimatosos na metade superior do rim direito: um predominantemente sólido no terço médio com cerca de 30 mm e outro parcialmente quístico, no terço superior com 95 mm (componente quístico heterogéneo e hemorrágico com cerca de 70 mm), tendo sido encaminhado para Urologia.

O estudo imagiológico foi complementado com TC abdominal confirmando-se uma lesão quística complexa no pólo superior do rim direito com 85x74mm, com realce e septação marginal (Bosniak 3), sem adenomegalias hilares e lomboasórticas adjacentes.

Submetido a nefrectomia radical direita no CHUC a 07/09/2020.

**Discussão:** A tríade “clássica” do CCR de dor, massa palpável e hematuria surge apenas numa minoria dos casos, sendo o diagnóstico maioritariamente incidental. Com este caso, pretende-se realçar a importância da referenciação precoce destes doentes, uma vez que a correta articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e a Urologia permite uma intervenção precoce e um melhor prognóstico para os doentes.

## CO 03

### **O DOENTE COM CARCINOMA DA BEXIGA**

Paulo Almeida<sup>1</sup>; Carlos Braga<sup>1</sup>; Marta Raquel Matos<sup>1</sup>;  
Joana C. Duarte<sup>1</sup>; Carolina Moura Pereira<sup>1</sup>;  
Iva Pimentel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Norton de Matos

**Enquadramento:** O carcinoma da bexiga apresenta maior incidência no homem, com um pico entre a sexta e sétima décadas de vida, sendo o subtipo urotelial o mais frequente. O principal fator de risco é o tabaco, sendo o sintoma major a hematuria. A ecografia vesical é o gold standard para o diagnóstico.

**Descrição do caso:** Homem, 66 anos, casado, reformado, raça caucasiana, ciclo de vida familiar de duvall VII.

**Antecedentes pessoais:** Ex-fumador de 50

UMA, HTA, insuficiência aórtica severa, DPOC, hipertrofia prostática benigna, espondilite anquilosante, e ansiedade. Antecedentes familiares irrelevantes.

Recorre a consulta de vigilância habitual de HTA na sua USF em Maio de 2021, na qual refere 3 episódios de hematúria na semana anterior. Foi pedida ecografia renal, vesical e prostática, que revelou tumor vesical de aspeto sólido na parede inferolateral direita com 1,4x1,2x1,4 mm. Em Junho, por opção do doente, foi submetido a RTU-V em instituição privada (pTaG2). No pós-operatório terá tracionado acidentalmente a SV, tendo desenvolvido dor abdominal intensa com posterior quadro de ventre agudo. Foi realizada laparotomia exploradora que revelou rotura extraperitoneal da bexiga ao nível da cúpula, com volumosa presença de coágulos e extravasamento de fluido para o espaço peritoneal. Perante estes achados, foi realizada evacuação do líquido peritoneal e cistorrafia, bem como transfusão de 5 UCE. Boa evolução posterior, encontrando-se atualmente assintomático.

**Discussão:** Todo o doente que apresente um quadro de hematúria, sobretudo com antecedentes pessoais de tabagismo, deve realizar ecografia vesical e ser encarado como neoplasia vesical até prova em contrário. O diagnóstico e encaminhamento precoce é fundamental no prognóstico destes doentes.

O caso ilustra ainda que, mesmo nas intervenções menos invasivas, há sempre a possibilidade de complicações. A correta monitorização do pós-operatório permite a deteção precoce das mesmas, reduzindo a morbimortalidade.

## CO 04

### DISFUNÇÃO ERÉTIL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: A REALIDADE DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Bárbara C Barbosa<sup>1</sup>; Tânia Coelho<sup>1</sup>; Vânia Oliveira<sup>1</sup>; Rita Pereira<sup>1</sup>; Tiago Santos Silva<sup>1</sup>; João Martins<sup>1</sup>; Rita Gomes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF VitaSaurium

**Introdução:** Segundo a Organização Mundial de Saúde, a impotência sexual masculina/disfunção erétil (DE) corresponde à "incapacidade persistente ou recorrente para alcançar e/ou manter uma ereção suficiente para uma atividade sexual satisfatória". A prevalência da DE em Portugal, de acordo com o estudo EPISEX-PT (2005), é de 12.9% no entanto, apenas 44% dos homens com queixas do foro sexual procurou a ajuda de um profissional de saúde. Em idades mais jovens, a DE também representa um problema significativo uma vez que 11,9% dos estudantes universitários portugueses refere algum grau de dificuldade em manter a ereção (dados do EDSexU, 2018).

**Objetivos:** Caracterizar a população com o diagnóstico de Impotência (Y07, de acordo com o ICPC-2) de uma Unidade de Saúde Familiar.

**Materiais e métodos:** Estudo observacional descritivo transversal de todos os homens com diagnóstico de Impotência (Y07), entre os anos de 2017 e 2021, observados em consulta presencial na USF. Foram excluídos utentes falecidos, não frequentadores, erros de codificação ou utentes com diagnóstico de Perturbação do desejo ou da Ejaculação.

**Resultados e conclusões:** Obteve-se um total de 41 utentes tendo sido excluídos 6. A média de idades foi de 62.6 anos. Quanto às comorbilidades, grande parte dos utentes apresentava excesso de peso ou obesidade (71.4%). Em igual número de doentes encontrava-se diagnosticada dislipidemia (71,4%). Mais de metade da população estudada apresentava hipertensão arterial (68,6%) e em cerca de metade

observa-se o abuso crónico do álcool (57.1%). Dos 35 utentes observados apenas 14,3% são seguidos em consulta externa de Urologia.

A DE é uma patologia de etiologia multifatorial e com grande impacto na vida do utente, que a nível da auto-estima quer da relação do casal. A abrangência que caracteriza a medicina geral e familiar coloca o médico de família na posição privilegiada para integrar a informação relativa ao utente/casal podendo assim detetar eventuais fatores causais para esta patologia. Tratando-se de uma queixa relacionada com a vida íntima do utente, pode estar associada a algum tabu. Por esse motivo, poderá ser necessário maior pró-atividade da parte do médico na procura de queixas de DE com particular atenção para doentes com maior risco de desenvolver esta patologia, nomeadamente doentes com índice de massa corporal superior a 25, com dislipidemia ou hipertensos (com particular atenção aos fármacos antihipertensores).

## CO 05

### **DRA. NÃO CONSIGO URINAR BEM! – UM CASO CLÍNICO DE ESTENOSE DA URETRA POSTERIOR EM JOVEM ADULTO**

Teresa Pipa<sup>1</sup>; Carla Moreira<sup>1</sup>; Fernando Albuquerque<sup>1</sup>; Filipe Fernandes<sup>1</sup>; Deolinda Cunha<sup>1</sup>; Ana Carolina Rodrigues<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF LUSITANA; ACeS Dão Lafões

**Introdução:** A estenose de uretra é o estreitamento de qualquer segmento uretral, de etiologia traumática, inflamatória ou idiopática e que compromete o esvaziamento vesical em diversos níveis. A uretra é dividida anatomicamente em anterior, onde está circundada pelo corpo esponjoso, sendo representada pela uretra peniana e bulbar, e em uretra posterior, compreendida pelo colo vesical, uretra prostática e uretra membranosa. A prevalência desta patologia, é cerca de 9/1000 pessoas, sendo os idosos mais frequentemente atingidos. Apesar da pequena incidência, é causa importante de sintomas do trato urinário inferior em homens,

principalmente obstrutivos, como hesitação, jato urinário fraco e sensação de esvaziamento vesical incompleto, afetando de forma importante a qualidade de vida destes pacientes.

**Descrição:** Homem de 33 anos, psicólogo, sem antecedentes patológicos de relevo. Não faz medicação crónica e nega hábitos alcoólicos e tabágicos. Família da classe alta, segundo a escala de Graffar adaptada e família nuclear na fase II do ciclo de vida de Duvall. Vem a consulta em abril de 2021 com queixas arrastadas, desde há vários anos, de dificuldade no esvaziamento vesical completo e redução gradual da força do jato urinário. Refere que na adolescência teve episódio de retenção urinária, não sabendo especificar o diagnóstico. Face às queixas foram solicitados MCDTs entre os quais PSA total, urina II, urocultura, ecografia prostática e das vesículas seminais, renal e supra-renal e vesical. Em maio de 2021, volta à consulta com o resultado dos exames tendo a ecografia vesical revelado discreto espessamento parietal difuso, bem como irregularidades do seu contorno interno, alterações que indicam bexiga de esforço. Na sequência destas alterações foi a consulta de urologia em que realizou urofluxometria que revelou padrão obstrutivo franco. Em agosto, por opção do utente, realizou em clínica privada cirurgia endoscópica que ocorreu sem intercorrências. Atualmente sem qualquer queixa do foro urinário.

**Conclusão:** Este caso clínico revela um diagnóstico raro num jovem adulto já com início de sintomas obstrutivos urinários anteriormente, não valorizados pelo próprio e que, consequentemente, não tinham até à data sido expostos em contexto de consulta. O Médico de Família assume um papel fundamental na abordagem precoce deste espectro de patologias, nomeadamente aquando da realização da anamnese genital masculina através de questões objetivas sobre sintomas urinários.

## CO 06

### O PAPEL DO HIBISCO NA PROFILAXIA DAS INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Linda Costa<sup>1</sup>; Joana Pinto<sup>1</sup>; Marta Magalhães<sup>1</sup>; Joana Seabra<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UCSP Cantanhede

**Introdução:** As infeções do trato urinário (ITU) são muito prevalentes a nível mundial, com elevado impacto económico e na saúde, e com elevadas taxas de recorrência. O agente infeccioso é, em cerca de 80% a *Escherichia coli*. O aumento alarmante das resistências bacterianas aos antibióticos é uma ameaça global ao tratamento das ITU, pelo que tem aumentado o interesse em alternativas no tratamento profilático das ITU recorrentes. Os suplementos orais não farmacológicos devem ser encarados como um possível tratamento útil na prevenção das ITU.

**Objetivos:** Esta revisão baseada na evidência pretende avaliar o benefício do hibisco na profilaxia das ITU.

**Material e métodos:** Revisão baseada na evidência, com critérios de inclusão segundo a metodologia PICO: População - adultos com ITU; Intervenção - *Hibiscus sabdariffa*; Controlo – tratamento profilático convencional; Outcome – diminuição da recorrência. Pesquisaram-se artigos de Ensaio Randomizados Controlados, Revisões Sistemáticas e Meta-Análises, em português ou inglês, publicados nos últimos 10 anos, com os termos Mesh “Urinary Infection”, “*Hibiscus sabdariffa*” e “Prophylaxis” e normas de orientação clínica nas bases de dados National Guideline Clearinghouse, NICE, DGS, Canadian Medical Association Practice Guidelines, Cochrane Library, British Medical Journal e Medline/Pubmed. Foi utilizada a escala SORT para a atribuição de níveis de evidência (NE) e forças de recomendação (FR).

**Resultados e conclusões:** Obtiveram-se 14 artigos na pesquisa inicial e foram excluídos 10: 9 pela leitura do título e 1 pela leitura do

resumo. Foram selecionados 4 artigos: 3 RCT e 1 Meta-análise. Nestes artigos, a evidência sugere que o *Hibiscus sabdariffa* reduz a aderência e proliferação bacterianas, prevenindo a criação de biofilme. Além da correção dos fatores predisponentes, o hibisco pode ser adotado numa abordagem multimodal no tratamento profilático da ITU não complicadas. Contudo, a evidência atual da sua eficácia é baixa, o que dificulta a sua recomendação geral. Nem todos os doentes respondem ao tratamento farmacológico profilático convencional e torna-se necessário encontrar outras respostas terapêuticas. São necessários mais ensaios clínicos no sentido de avaliar o papel do hibisco, relativamente à formulação e posologia ideais. Tendo em conta os resultados, consideramos importante a reflexão sobre o uso deste suplemento na prática clínica, sendo considerado uma estratégia de tratamento útil na profilaxia da ITU. (NE 2B)

### PO 01

#### QUANDO A CABEÇA NÃO TEM JUÍZO O CORPO É QUE PAGA

Joana Teresa Pinto<sup>1</sup>; Joana Seabra<sup>1</sup>; Linda Costa<sup>1</sup>;  
Marta Magalhães<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UCSP Cantanhede

**Introdução:** As DSTs são uma realidade na nossa sociedade e a prevenção é a melhor forma de as contornar.

A Sífilis é uma doença sistêmica causada por *Treponema pallidum*, caracterizada por 3 fases clínicas sequenciais e sintomáticas separadas por períodos de infecção latente assintomática. Detectada a tempo, com o tratamento adequado, é uma doença que se consegue contornar.

**Objectivos:** Mostrar a importância da detecção precoce da sífilis e do tratamento dirigido e da aquisição de comportamentos adequados.

**Material e métodos:** Recolha de história clínica e consulta de processo individual

**Resultados:** Doente sexo masculino, com 34 anos, solteiro, pertencente a família nuclear, família altamente funcional, que veio à nossa consulta a 11/09/2020 com lesão no bordo externo da língua sem ulceração, mostrou ter comportamentos de risco há 6 meses, pediu-se nessa consulta serologia para doenças infecciosas. No dia 17/09/2020 volta a procurar-nos porque foi ao Serviço de Urgência por se encontrar muito preocupado com a situação, fizeram teste rápido serológico que mostrou ter sífilis. Referiu-nos que tinha tido também lesão no pénis compatível com cancro duro, iniciou tratamento com benzilpenicilina IM 2.4 M U.I. 2 tomas.

A 25/09/2020 pediu consulta por telefone por se encontrar muito ansioso com a situação, prescrevemos ansiolítico e explicamos que o tratamento já estava a ser realizado e que deveria ficar tranquilo, mas vigil.

A 11/05/2021 veio à nossa consulta porque tinha lesões cutaneas, tipo maculares no tronco

e que se encontrava com cefaleias constantes, muito preocupado que tivesse sífilis terciária.

Foi observado na dermatologia, com diagnóstico de eczema folicular e fez TAC CE com apenas um quisto aracnoideu sem compromisso. Fez nessa altura doseamento VDRL já negativo.

**Conclusões:** O Médico de Família é muito importante nestes diagnósticos e nestes acompanhamentos porque conhece o utente no seu todo e na maior parte das vezes no meio que o rodeia. Conseguir detectar dessa forma a doença numa forma precoce, instituir o tratamento adequado e acompanhá-lo, de forma reduzir a ansiedade e a vigiar outro tipo de lesões. É muito importante a mudança de comportamentos de risco nestas doenças de forma a prevenir doenças mais graves no futuro.

### PO 02

#### HEMATÚRIA E A SUA ABORDAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Raquel Silva Calçada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Cruz de Celas

**Introdução:** Hematúria é a presença de sangue na urina, pode ser macroscópica ou microscópica. A macroscópica pode ser visível diretamente na urina, a microscópica é detectada na análise sumária/microscópica. A hematúria pode ser persistente ou intermitente, sintomática ou assintomática e pode estar associada a outras anormalidades do trato urinário. Muitas vezes a 1ª manifestação de hematúria surge nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e é da responsabilidade do Médico de Família (MF) fazer a sua interpretação e correta abordagem.

**Objetivos:** Rever a literatura sobre hematúria, a diferença entre hematúria macroscópica e microscópica, causas mais frequentes, melhor abordagem diagnóstica, orientações clínicas e terapêuticas na prática clínica dos CSP. Orientar o MF para uma abordagem mais sistematizada da hematúria.

**Material e métodos:** Revisão bibliográfica de

artigos publicados nos últimos 10 anos, em sites de Medicina Baseada na Evidência, sociedades médicas e na MedLine, nas línguas portuguesa e inglesa. Os artigos que não cumpriam os objetivos do trabalho foram excluídos.

**Resultados:** A hematúria é mais frequentemente causada por patologias do trato urinário, no entanto existem algumas patologias sistêmicas que também podem causar hematúria. Para melhor avaliação e abordagem da hematúria, a mesma deverá ser dividida em causa glomerular e não glomerular e deve incluir o apoio de equipa médica multidisciplinar. A 1ª abordagem muitas vezes surge nos CSP ou no SU. Nalgumas situações poderá haver a necessidade de referenciar para Nefrologia ou Urologia. A decisão de referenciação vai depender da severidade de apresentação, das alterações laboratoriais e da presença de fatores de risco para uma etiologia mais grave. Uma vez que a hematúria pode ter origem em patologia maligna é muito importante não atrasar a referenciação, nem o diagnóstico. A educação do paciente e a boa comunicação entre a equipa de saúde resultará num melhor prognóstico. Em relação ao tratamento da hematúria, vai depender da causa subjacente e poderá ir de uma abordagem observacional expectante até uma atitude muito mais interventiva.

**Conclusão:** A abordagem da hematúria nos CSP, é muito importante, é sabido que muitas das vezes é onde se manifesta pela primeira vez. O MF tem de estar atento e ser portador do conhecimento necessário para orientar o seu doente com hematúria, seja ela macroscópica ou microscópica, evitando assim atrasos no diagnóstico de patologias potencialmente graves.

### PO 03

## DOENÇA DE PEYRONIE – UMA ABORDAGEM CONJUNTA ENTRE MEDICINA GERAL E FAMILIAR E UROLOGIA

Dídia Miranda Cruz<sup>1</sup>; Ana Margarida Santos<sup>2</sup>; Teresa Tomás Ferreira<sup>1</sup>; Rui Moreira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USF São Julião da Figueira; <sup>2</sup>USF Condeixa

**Introdução:** A Doença de Peyronie é uma doença do tecido conjuntivo, caracterizada por uma curvatura peniana anormal, dor e disfunção sexual, cuja etiologia parece decorrer de um processo cicatricial aberrante, secundário a microtraumatismos repetidos, em indivíduos geneticamente predispostos. É estimada uma prevalência de 9%, mas o impacto negativo na qualidade de vida faz antever uma percentagem subvalorizada. Este relato de caso pretende destacar o papel do Médico de Família no diagnóstico precoce e na referenciação atempada para Urologia, reforçando a pertinência de uma abordagem conjunta.

**Caso clínico:** Homem de 55 anos, caucasiano. Casado, com 2 filhos, pertencente a um agregado do tipo nuclear. Antecedentes pessoais de asma, dislipidémia e quisto pericárdico. Negados consumos tabágicos ou alcoólicos e antecedentes familiares relevantes.

Em 2014, referiu pela primeira vez ao seu Médico de Família, um quadro de disfunção sexual. Descreveu ereção dolorosa associada a uma curvatura anormal com 4 anos de evolução, sem nunca o ter manifestado previamente. O exame físico não mencionava alterações aparentes e foi solicitada uma ecografia peniana que revelou “duas placas ecogénicas compatíveis com placas fibrosas, na dependência da túnica albugínea, junto à raiz do pénis, respetivamente com 12 e 4 mm”, assumindo-se o diagnóstico de Doença de Peyronie. O utente recorreu a consulta de Urologia no setor particular e para além do controlo da dor, foi adotada uma atitude expectante.

Três anos após o diagnóstico, relata à sua atual

Médica de Família, um agravamento progressivo. Foi referenciado para consulta hospitalar de Urologia, onde se confirmou, uma curvatura de 60° para a esquerda e placas de fibrose palpáveis e aumentadas, pelo que foi proposta intervenção cirúrgica, agendada para 2020. A gravidade do contexto pandémico vivido nessa altura, motivou o pedido de cancelamento de cirurgia por parte do utente, ainda não remarcada, o que nos relembra alguns dos danos colaterais da Covid-19.

**Discussão:** A saúde sexual é um tema (ainda) evitado em consulta, e por isso, tal como neste caso, o diagnóstico da Doença de Peyronie é frequentemente tardio. É fundamental, que o Médico de Família pesquise ativamente queixas relacionadas e discuta aberta e empaticamente esta problemática. Depois de reconhecida, é necessária uma abordagem conjunta, que se foque não só nas opções terapêuticas, mas também, nas estratégias de coping a desenvolver pelo utente e casal.

## PO 04

### E AGORA QUE NÃO TENHO TEMPO PARA FICAR DOENTE?

Olga Rego<sup>1</sup>; Soraia Pinheiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Vale do Cértima

F.O.B., sexo masculino, 62 anos de idade, 6º ano de escolaridade, construtor civil em França, casado, classe de Graffar III, membro de família nuclear, ciclo VII de Duvall, sem seguimento na Unidade de Saúde desde abril de 2017.

Trata-se de um utente cuidador principal de esposa com demência. É ex-fumador e tem como antecedentes pessoais de relevo Alcoolismo crónico, Obesidade de grau 2, Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus não Insulino dependente e Dislipidemia.

Medicação habitual: Amlodipina; Olmesartan, Medoxomilo, Hidroclorotiazida Zolnor HCT® (5 mg + 20 mg + 12.5 mg 1 comprimido por dia); Metformina e Dapagliflozina Ebymect® (1000

mg + 5 mg 2 comprimidos por dia) e Rosuvastatina Tetrafarma® (5 mg 1 comprimido por dia). Recorreu à consulta programada em 05/04/2021 no âmbito do processo demencial da esposa e acabou por referir uma preocupação pelo seu quadro de hematúria com 2 semanas de evolução, sem mais sintomatologia. Exame objetivo sem alterações de relevo. Como métodos complementares de diagnóstico foi pedido uma análise de sangue, urina e ecografia abdominal, prostática e vesical supra-púbica para estudo complementar.

Reavaliado em 30/04/2021 com resultado imagiológico. A Ecografia vesical identificou “duas imagens de natureza sólida, uma ligeiramente ecogénica, homogénea e de contornos regulares fixa à parede lateral direita e a outra aparentemente fixa à esquerda, ecogénica, heterogénea”, tendo sido referenciação com caráter prioritário para consulta de urologia de instituição de referência.

Em 04/08/2021 recorre de novo a consulta programada dando nota da proposta cirúrgica, Ressecção Transuretral-Vesical (RTU-Vesical). Da consulta de processo eletrónico destaca-se a Uretrocistoscopia realizada em 17/05/2021, que confirma as lesões visualizadas na Ecografia Vesical.

Abordado de novo em consulta programada em 17/11/2021, em processo de luto pelo falecimento recente da esposa e após cirurgia eletiva RTU-vesical com diagnóstico de Neoplasia urotelial da bexiga pT1 de alto grau. A cirurgia ocorreu sem complicações, mas tendo em conta ressecção incompleta por tumor residual na transição do fundo para a cúpula vesical, foi proposta Cistectomia radical e Ureteroileostomia, estando neste momento a aguardar cirurgia.



## PO 05

### PATOLOGIA ESCONDIDA OU DIAGNÓSTICO OCULTO?

Márcia Moreira Costa<sup>1</sup>; Afonso Carvalhal<sup>1</sup>;

Ângela Costa<sup>1</sup>; Anabela Andrade<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Senhora de Vagos

**Enquadramento:** O papiloma urotelial invertido (PUI) é um tumor benigno, que representa cerca de 1% das neoplasias uroteliais, sendo a mucosa vesical a sua localização mais frequente. É mais prevalente no sexo masculino e mais reportado entre a quinta e sexta década de vida. O sintoma mais comum é a hematúria macroscópica, podendo também apresentar sintomas obstructivos do trato urinário inferior (LUTS). O diagnóstico definitivo é histopatológico, sendo o tratamento de eleição a ressecção transuretral (RTU).

**Descrição do caso:** Homem de 71 anos, chapeiro. Antecedentes Pessoais: Tabagismo de 30-45 UMA, hidrocelo à esquerda e orquite. Sem medicação habitual. De antecedentes familiares: irmão com cancro da próstata aos 75 anos, irmã com cancro da mama aos 60 anos. Recorreu à consulta por quadro clínico com 2 meses de evolução de urgência miccional, polaquiúria, noctúria, hesitação e sensação de esvaziamento incompleto. Negou hematúria. Ao toque retal: próstata volumosa, de consistência fibroelástica, sem nódulos palpáveis. Foram pedidos MCDTs, onde se destacaram: PSA total de 4,42 e ecografia prostática com “próstata de dimensões aumentadas (37cc). Na próstata periférica à direita, formação nodular suspeita, com 7 mm”. Foi referenciado para consulta de Urologia hospitalar, onde foi realizada RMNmp com: “Próstata de dimensões aumentadas (35g). Na zona de transição, visíveis lesões nodulares, de natureza aparentemente adenomatosa. Na parede posterior da bexiga, identifica-se lesão polipóide com 13 mm.”. Foi realizada uretroscopia, que evidenciou “Colo vesical estreitado, visualizando-se à direita uma neoplasia pediculada.” Foi submetido a RTU-Prostática

e RTU-Vesical, com diagnósticos finais de Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP) e PUI. Teve alta da consulta de urologia com indicação para vigilância no médico assistente.

**Discussão e Conclusão:** Os LUTS são um motivo frequente de consulta nos cuidados de saúde primários, aos quais podem ser atribuídos vários diagnósticos diferenciais. O PUI pode ser um achado incidental, pela realização de uretroscopia devido a outras suspeitas diagnósticas, como por exemplo HBP e cancro da próstata. Este caso clínico vem reforçar a importância dos diagnósticos diferenciais e o facto de não se excluírem mutuamente. Reforça também a importância do seguimento partilhado entre os cuidados de saúde primários e secundários.

## PO 06

### FACTORES PREDITORES DE CISTITES DE REPETIÇÃO – ESTUDO TRANSVERSAL

Daniela Macedo Gomes<sup>1</sup>; João Alhais<sup>1</sup>;

Adriana Pinheiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Serra da Lousã

**Introdução:** As infeções do trato urinário (ITU) são processos inflamatórios de causa infecciosa, que podem atingir a via urinária superior e inferior. Anualmente, afetam cerca de 150 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo, portanto, um dos principais motivos de procura de assistência nos cuidados de saúde primários. 30 a 50% das ITU recorrem no espaço de um ano, o que demonstra a importância da identificação dos grupos populacionais mais suscetíveis, tendo como objetivo a adoção de medidas que reduzam a alarmante taxa de recorrência.

**Objetivos:** Identificar fatores preditores para infeções do trato urinário de repetição.

**Material e métodos:** Foi realizado um estudo transversal que incluiu todos os utentes inscritos na USF Serra da Lousã com o diagnóstico de cistite/outra infeção urinária (código U71 da ICPC-2) na lista de problemas ativos entre 01.01.2021 e 31.12.2021 (n=367). Os dados clínicos foram recolhidos do módulo de esta-

tística e processo clínico do MedicineOne®. Os cálculos e a análise estatística dos dados foram executados usando SPSS®, versão 25.0. Foi considerado um valor  $p < 0,05$  como estatisticamente significativo.

**Resultados:** A população apresentou uma média de idade de  $53,59 \pm 20,4$  anos. Dos 367 doentes incluídos no estudo, 32,42% apresentaram pelo menos um episódio de recorrência, 8,72% dois ou mais, 2,72% três ou mais e 0,08% apresentaram 5 episódios de cistite durante o período em estudo. Verificou-se que DRC foi um fator preditor para recorrência de infecção do trato urinário inferior ( $p < 0.05$ ). Da mesma forma, doentes com mais de 65 anos apresentaram um maior risco de cistites de repetição ( $p < 0.05$ ). Observou-se que menopausa, sexo masculino, portador crônico de cateter urinário e diabetes mellitus não se configuraram como fatores preditores de recorrência de cistite ( $p$  n.s.).

**Conclusão:** Apesar da elevada incidência da cistite na prática clínica do dia a dia, o seu diagnóstico e tratamento não devem ser subvalorizados. Este estudo realça, não só, a elevada incidência da ITU, mas também a elevada recorrência destes episódios, especialmente em doentes com doença renal crónica e na população idosa. Levanta-se uma questão pertinente: devemos instituir medidas preventivas de recorrência de ITU nos grupos populacionais de maior risco?

## Organização

### Associação dos Amigos de Urologia e Transplantação Renal

Presidente: Arnaldo Figueiredo

## Comissão Organizadora

Ana Marinho | António Roseiro | Duarte Brito | Edson Retroz | João Lima | João Lorigo  
João Pereira | José Alberto Pereira | Lorenzo Marconi | Luís Sousa | Manuel Lopes  
Marta Ferreira | Miguel Eliseu | Paulo Azinhais | Pedro Fernandes | Pedro Moreira | Pedro Simões  
Rafaela Malinaric | Roberto Jarimba | Rui Pedrosa | Vasco Quaresma

## Comissão Científica

### UROLOGIA

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

### MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Ana Rita Magalhães | António Pereira | Iva Pimentel | Joana Seabra | Maria João Samora  
José Augusto Simões | Miguel Pereira | Rosa Costa | Teresa Pascoal

## Patrocínios



## Secretariado



Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 1000-027 Lisboa  
T: +351 21 842 97 10 | [www.admedic.pt](http://www.admedic.pt)

E: [paula.cordeiro@admedic.pt](mailto:paula.cordeiro@admedic.pt) | [ana.montes@admedic.pt](mailto:ana.montes@admedic.pt)

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO  
DE EVENTOS