

Urologia para Medicina Geral e Familiar



V Jornadas Temáticas Patient Care

29 e 30 | setembro | 2022
VIP Executive Entrecampos
Hotel & Conference

PRESIDENTE

Tomé Lopes

SECRETÁRIO GERAL

Ricardo Pereira e Silva

COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidente José Palma dos Reis

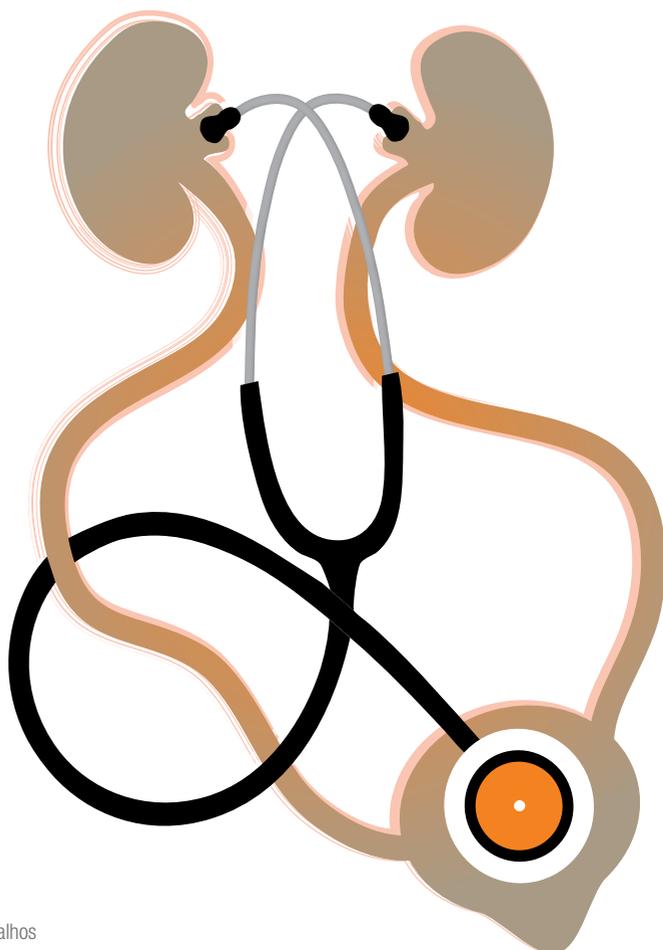


Imagem: Ad Médic

Aceder ao programa com resumos dos trabalhos



Programa Científico

Urologia para Medicina Geral e Familiar



V Jornadas Temáticas Patient Care

COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente Tomé Lopes

Afonso Castro

Álvaro Nunes

Anatoliy Sandul

André Yé

David Martinho

Filipe Abadesso Lopes

Francisco Martins

Helena Correia

Joana Rodrigues

João Lemos Almeida

João Chambino

João Borda

João Felício

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

Luís Campos Pinheiro

Miguel Ramos

Paulo Temido

Pedro Vendeira

Sara Sousa Oliveira



29 DE SETEMBRO | 5ª FEIRA

08:00h Abertura do Secretariado

09:00-10:00h **APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES**
Moderadores: José Palma dos Reis e Líliliana Dias
CL 01 | CL 03 | CL 05 | CL 07 | CL 08 | CL 11

10:00-11:00h **MESA-REDONDA 1**
ENVELHECIMENTO E SAÚDE PÉLVICA – OS DESAFIOS DA LONGEVIDADE
Moderadores: João Marcelino e Paulo Pé-Leve
Síndrome genitourinário da menopausa 20'

Ageing male 20'
Álvaro Nunes
Viver a sexualidade em idade geriátrica 10'
Rita Torres
Discussão 10'

11:00-11:30h Intervalo

11:30-11:40h **SESSÃO DE ABERTURA**

11:40-13:00h **MESA-REDONDA 2**
URO-ONCOLOGIA E MEDICINA GERAL E FAMILIAR: COMO PODEMOS AJUDAR?
Moderador: Luís Campos Pinheiro
Cancro da Próstata 15'
Tiago Oliveira
Cancro da Bexiga 15'
Rodrigo Garcia
Cancro do Rim 15'
Tito Leitão
Cancro do Testículo 15'
João Lemos Almeida
Discussão 20'

13:00-14:30h Almoço

14:30-16:00h

MESA-REDONDA 3

SINTOMAS DO APARELHO URINÁRIO INFERIOR: A EPIDEMIA DO SÉCULO XXI

Moderadores: Carla Gouveia, David Martinho e Ricardo Pereira e Silva

Bexiga hiperativa 20'

Paulo Pé-Leve

HBP/LUTS 20'

Sandro Gaspar

Noctúria 20'

João Felício

Discussão 20'

16:00-16:30h

Intervalo

16:30-17:30h

(Televoto)

SESSÃO I

CASOS CLÍNICOS

Moderadoras: Lúcia Gaiteiro e Helena Correia

Obstrução do aparelho urinário superior – drenagens

João Chambino

Prolapso de órgãos pélvicos

André Ye

Cancro da próstata metastizado

Filipe Abadesso Lopes

17:30-18:00h

CONFERÊNCIA

DISFUNÇÃO ERÉTIL 20'

Moderador: Anatoliy Sandul

Palestrante: Pedro Oliveira

Discussão 10'

18:00h

Fim das Sessões do 1º dia



30 DE SETEMBRO | 6ª FEIRA

08:30h Abertura do Secretariado

09:00-10:00h **APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES**
Moderadores: Tomé Lopes, Francisco Carvalho e Sara Sousa Oliveira
CL 14 | CL 16 | CL 18 | CL 20 | CL 22 | CL 23 | CL 24

10:00-10:30h **CONFERÊNCIA**
NEUROUROLOGIA E O PAPEL DO CATETERISMO INTERMITENTE
Moderador: José Palma dos Reis
Palestrante: Ricardo Pereira e Silva

10:30-11:00h Intervalo

11:00-12:00h **SESSÃO II**
(Televoto) **CASOS CLÍNICOS**
Moderadores: Sérgio Pereira e Mariana Moura Relvas
“PSA *does matter*”
Miguel Miranda
Incontinência urinária de esforço
Andreia Bilé
Hematúria
Miguel Fernandes

12:00-12:45h **MESA-REDONDA 4**
INFEÇÃO URINÁRIA – DO DIAGNÓSTICO À PREVENÇÃO
Moderadores: João Borda e Ana Rute Marques
Litíase e infeção do aparelho urinário superior 10'
Sérgio Pereira
Infeções urinárias frequentes 20'
Afonso Castro
Discussão 15'

12:45-13:00h Encerramento das Jornadas e entrega de prémios

Urologia para Medicina Geral e Familiar



V Jornadas Temáticas Patient Care

Resumos das Comunicações Livres

Aceder à versão digital do programa com resumos



CL 01

PODE O COVID-19 AFETAR A FERTILIDADE MASCULINA? UMA REVISÃO DE TEMA

Bruno Nery¹; Carolina Caetano²; Alexandre Coelho³; Maria João Órfão⁴; Ana César¹

¹USF Global; ²USF Tomada; ³USF Terras de Cister;

⁴USF Pedro e Inês

Introdução: Desde do aparecimento da SARS-CoV-2, em Wuhan, que rapidamente se alastrou a infeção no mundo. Atualmente, atingiu mais de 550 milhões de pessoas e provocou 6 milhões de mortes. A febre por pneumonia parece ser a apresentação mais comum. Contudo, o vírus foi também detetado nas amostras de fezes e urina, o que faz levantar a questão se poderá ser transmitido por estes fluídos. O recetor do vírus parece ser o ACE2, que é abundantemente expresso nas células alveolares tipo II dos pulmões, mas que também apresenta níveis significativamente elevados no intestino delgado, rim e testículos. Surgem preocupações quanto à probabilidade destes órgãos serem possíveis alvos. As espermatogónias (EG), as células de Leydig (CL) e as células de Sertoli (CS) são onde se expressam altos níveis de ACE2 na membrana superficial. Podem então ser um alvo, tendo a orquite e esterilidade como possíveis complicações. Contudo, parece haver evidência de maior envolvimento gonadal nos mais jovens. O mecanismo é incerto e as complicações suposições, recomendando-se mais pesquisas na área. Deve-se referir que

o processo inflamatório sistémico com febre tende a interferir na espermatogénese (EGs) e pode afetar a fertilidade.

Objetivo: Perceber qual a evidência atual sobre os efeitos do SARS-CoV-2 na fertilidade masculina.

Materiais e métodos: Pesquisa de meta análises, revisões sistemáticas e estudos controlados aleatorizados nas bases de dados PUBMED, *Web of Science* e *Cochrane Library*, com os termos "SARS-CoV-2", "*reproductive system*", "*infertility*", "*germ cells*", "*spermatogonia*", "*Sertoli cells*", "*Leydig cells*", "ACE2" e "*anti-sperm antibodies*", publicados entre 2020 e 2022, na língua inglesa. Critérios de inclusão: artigos completos gratuitos; e critérios de exclusão: artigos de opinião, editoriais ou protocolos de estudo, ensaios clínicos sem grupo de controlo.

Resultados e conclusões: Dos 20 estudos selecionados, após triagem por título e resumo, foram selecionados 9 para leitura integral, estando cumpridos todos os critérios metodológicos. Foi possível concluir que mecanismos combinados entre si podem desencadear infertilidade. Na via de ativação ACE2: as EG podem sofrer desequilíbrio no RAAS, aumento da inflamação e disrupção da EGs; nas CS pode levar ao comprometimento da barreira hematotesticular, aumento da resposta autoimune e formação anticorpos anti-espermatozoides; nas CL podem ocorrer alterações hormonais, com

potencial hipogonadismo e interrupção da este-roidogênese. Outros mecanismos da infecção incluem: danos no DNA do espermatozoide ou motilidade anormal através da interrupção do eixo de sinalização ACE2/Ang (1-7)/Mas/PI3K/AKT, do stress oxidativo sistêmico e inflamação. Existem poucos estudos, focando-se nos efeitos da fase aguda. Assim sugerem-se estudos futuros com acompanhamento de pacientes COVID-19 a longo prazo. Até lá a potencial infertilidade não pode ser negada.

CL 02

GANGRENA DE FOURNIER – RECONHECER UMA EMERGÊNCIA UROLÓGICA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Cátia Mano Jorge¹; João Gabriel Marcelino¹

¹USF Cruz De Celas

O caso clínico trata um homem de 55 anos, caucasiano, reformado por invalidez, ex-carpinteiro. Inserido numa família nuclear, da classe média baixa pela escala de graffar, no estadio VII do ciclo de vida de Duvall. Como antecedentes destaca-se diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo, alcoolismo e neoplasia da cabeça e pescoço submetido a radioterapia e faringo-laringectomia total com esvaziamento cervical bilateral em 2013. Como medicação crónica Levotiroxina sódica 0.05 mg, Atorvastatina 40 mg, Fenofibrato 145 mg, Perindopril + Indapamida 2 mg + 0.625 mg.

No dia 14/06/2022 recorre à consulta aberta da sua unidade de saúde familiar por queixas de dor, rubor e edema escrotal. Associadamente referiu noção de hipertermia e episódio de lipotímia. Ao exame objetivo encontrava-se apirético com hemiescrotos esquerdo com sinais inflamatórios; testículo esquerdo com sinais de orquite e orifício fistuloso de bordos necróticos com supuração de exsudato purulento fétido. Encaminhado de imediato para a urgência de Urologia onde realizou ecografia escrotal compatível com gangrena de Fournier. Submetido a cirurgia de desbridamento no dia seguinte e

internamento no serviço de Urologia onde iniciou antibioterapia endovenosa empírica com piperacilina/tazobactam. No decorrer do internamento evolução para choque séptico que motivou transferência para Unidade de Cuidados Cirúrgicos Intermédios onde permaneceu por 3 dias. Regressou à enfermaria de Urologia onde cumpriu um total de 20 dias de internamento com alta a 05/07 clinicamente melhorado. Orientado para os cuidados de saúde primários para realização de penso. Na consulta de seguimento de Urologia a 14/07 apresentava tecido de granulação e fibrina bem como ferida circunscrita ao hemiescrotos esquerdo pelo que foi feita nova proposta cirúrgica para encerramento primário.

A gangrena de Fournier é uma fascíte necrotizante aguda e potencialmente fatal que envolve a pele e os tecidos moles do escroto e do perineo, mas pode estender-se também à parede abdominal inferior e à raiz das coxas. Entre os fatores de risco mais conhecidos destacam-se: a diabetes como principal comorbilidade, idade avançada, alcoolismo, obesidade, tabagismo, neoplasias e imunossupressão.

A pronta identificação desta emergência urológica e articulação entre os cuidados de saúde primários e secundários, com possibilidade de tratamento atempado e adequado permitiu contrariar a evolução desta doença e a sua elevada taxa de mortalidade.

CL 03

INFEÇÕES DO TRATO URINÁRIO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: UM PROJETO DE MELHORIA DA QUALIDADE

Joana Afonso¹; Gabriela Machado¹; Ana Isabel Marinho²; Marta Goes Freitas²; Ricardo Alves Coelho³; Mara da Silva⁴

¹USF São João do Pragal; ²USF Cova da Piedade;

³USF Feijó; ⁴USF Poente

Introdução: As infeções do trato urinário (ITU) são das mais comuns da comunidade, sendo um motivo frequente de consulta. Cabe ao

médico de família diagnosticar e medicar empiricamente as ITU, bem como decidir sobre o pedido de urocultura.

Objetivos: Avaliação da concordância da atuação clínica com a norma de orientação clínica (NOC) no que toca ao pedido de urocultura e instituição de antibioterapia empírica para ITU, após implementação de medidas de melhoria de qualidade em 4 Unidades de Saúde Familiar (USFs).

Material e métodos: Avaliação transversal integrando um circuito de avaliação de melhoria da qualidade em quatro USFs do concelho de Almada. Foram incluídos todos os utentes com idade igual ou superior a 18 anos, a quem foram codificados os diagnósticos do ICPC-2 (U71-Cistite/Infeção Urinária Outra ou U70-Pielonefrite/Pielite). A avaliação decorreu entre julho e dezembro de 2019 e a reavaliação em abril 2022. A informação foi recolhida através do programa informático SClinico® e da plataforma MIM@UF®. Os dados foram analisados em folha Excel® construída pelos autores para este estudo. Foram comparados os resultados com as indicações preconizadas para cada caso na NOC da DGS, nomeadamente quanto à indicação para pedido de urocultura e antibioterapia empírica utilizada. Posteriormente, procedeu-se a intervenção formativa através de sessão expositiva nas diferentes unidades e distribuição de folheto de bolso, para apoio a decisão clínica. Foi realizada a reavaliação aplicando os mesmos critérios.

Resultados e conclusões: Na avaliação inicial a amostra incluiu 963 casos de ITU. Na análise global verificou-se que a urocultura foi pedida em concordância com a NOC em 70 % dos casos e que a antibioterapia empírica esteve de acordo com a NOC em 63% dos casos.

Na reavaliação dos dados após a intervenção, foram analisados 140 casos de ITU. Verificou-se que a urocultura foi pedida em concordância com a NOC em 79% dos casos e que a antibioterapia empírica esteve de acordo com a NOC em 68% dos casos.

Estes resultados identificam lacunas na implementação da NOC mas mostram impacto positivo na prescrição após a implementação do ciclo de avaliação e melhoria da qualidade. São necessários mais estudos para que se conheça a realidade global da prescrição de antibióticos e pedido de urocultura nos cuidados de saúde primários.

CL 04

LOMBALGIA QUE NÃO COMUNICA...

– RELATO DE CASO

Ana Nascimento¹; Luís Paixão¹; Inês Rosendo¹

¹USF Coimbra centro

Descrição: Homem de 47 anos, com perturbação do desenvolvimento intelectual (PDI), observado em consulta de seguimento anual, vem com a mãe (representante legal). Apoio familiar estruturado, com contacto próximo da mãe e irmão mais velho que o acompanham sempre as consultas. Traz exames preventivos, referindo apenas queixas de lombalgia mecânica recorrente autolimitada. São dados conselhos preventivos e posturais. Medicado sintomaticamente com analgesia e AINE tópico para lombalgia. Pedido no controlo analítico dentro de 2-3 semanas devido a valor anormal de creatinina (Cr 1.74) sem clínica. Tal como solicitado, posteriormente a mãe deixa controlo analítico com valores de creatinina que se mantém elevados (Cr 2,06), sem referência a agravamento da lombalgia. É pedida Ecografia Renal que realizou o mais rápido possível.

Deixa ecografia renal em contexto de contacto indireto com envio no próprio dia ao Serviço de Urgência (SU) onde colocou Nefrostomia Percutânea (NPC) direita sem intercorrências.

No dia seguinte a ida ao SU, novo pedido de contacto indireto por dúvidas relativas a material de ostomia de eliminação. Sendo material específico e cuja prescrição inicial a nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) é quase nula. Contactada a Urologia (SU), obtivemos prontamente ajuda com indicação das refe-

rências corretas para prescrição, evitando nova deslocação do utente ao SU.

Discussão: A prevalência da lombalgia ao longo da vida será superior a 70% nos países industrializados, estimando-se que em 15-45% dos casos os sintomas persistam durante um ano ou mais. No atual modelo de CSP em Portugal a lombalgia é uma das condições mais prevalentes e um dos principais motivos de consultas ao nível dos CSP, onde a maioria destes utentes recorre em primeiro e onde se decide acerca da necessidade de referenciação para outros cuidados de saúde.

As causas mais comuns de uropatia obstrutiva (UO) diferem de acordo com a idade e sexo. Mais comum no sexo masculino, brancos, com pico de incidência entre os 40 a 50 anos. O momento e a taxa a que se desenvolvem os danos irreversíveis ao rim(s) após a obstrução dependem de fatores difíceis de prever. UO unilateral é mais comumente decorrente de cálculos ureterais e o diagnóstico é feito por Ecografia Renal. A articulação próxima dos CSP com as Especialidades hospitalares é fundamental em doentes com dificuldades de comunicação ou PDI. A realização deste estudo de caso demonstra a importância do diálogo entre o MGF-Especialidade Hospitalar-Família do doente quando o próprio não é autossuficiente. Torna-se imperativa a necessidade de ver o doente como um todo não desvalorizando queixas prolongadas e pouco típicas. Permitiu-me ainda aprofundar os meus conhecimentos sobre esta patologia, de forma a estar atenta.

CL 05

15 ANOS DE CISTITES

Sofia Gaspar Gersão¹; Dinamene Oliveira¹

¹UCSP Águeda V

Introdução: Estima-se que uma em cada cinco mulheres terá pelo menos uma infeção urinária na vida, com aumento da prevalência na menopausa e nas mulheres sexualmente ativas, nas quais se observa um pico de cistites não com-

plicadas na terceira e quarta décadas de vida. A E. coli é o organismo mais isolado nas cistites não complicadas. Cerca de 10% das mulheres apresentam cistite recorrente (mais de 3 episódios em 12 meses), que está associada a ansiedade, depressão e perda de qualidade de vida, assim como ao aumento do consumo de recursos de saúde.

Objetivos: Pretendemos com este trabalho caracterizar as infeções complicadas e não complicadas do trato urinário inferior (ITU), vulgo cistites, nos utentes de uma lista.

Os parâmetros a caracterizar são: Incidência anual;

Classificação das infeções (Norma DGS 15/2011 de 30/08); Pirâmide etária na idade da primeira infeção; Etiologia; Antibioterapia realizada.

Material e métodos: Tipologia de estudo: estudo observacional retrospectivo.

Ferramentas de trabalho: plataformas informáticas MIM@UF, SClínico, PEM, Word e Excel.

Metodologia: Seleção da amostra: utentes da lista com episódios U72 nos últimos 5 anos (2017 a 2021) através da plataforma MIM@UF (listagem P05.01.L01 Episódios U71 por utente); Critérios de exclusão: utentes do sexo masculino com menos de 18 anos e do sexo feminino com menos de 15 anos; episódios de cistite atendidos em meio hospitalar; episódios com outros diagnósticos definitivos;

Intervalo de tempo abrangido: 2007 a 2021 (15 anos);

Estudo das infeções: através da consulta das fichas clínicas individuais no SClínico, receituário na PEM e SClínico e registo da informação pertinente em base de dados de ficheiro Excel para tratamento estatístico.

Resultados e conclusões: Durante o período global do estudo cerca de 11% das cistites ocorreram em homens e 89% em mulheres, sendo que 25% das mulheres apresentaram 4 ou mais infeções (num total de 488 infeções e 188 utentes).

Em 2021 foi realizada na amostra desse ano a

classificação detalhada das infecções: 9% das infecções ocorreram em homens, 3% em grávidas, 45% eram cistites complicadas e 44% cistites simples (metade em mulheres em idade fértil e metade em mulheres na menopausa).

O organismo mais frequentemente isolado foi a *Escherichia coli* (em 70% das uroculturas realizadas), seguido pela *Klebsiella spp* (12%) e pelo *Proteus mirabilis* (6%).

A pirâmide etária mostra uma população predominantemente feminina com uma maior representação da faixa etária dos 30 aos 40 anos, e uma incidência anual crescente: 2,9% em 2017 e 4,3% em 2021.

Relativamente à antibioterapia durante o período global de estudo, a fosfomicina representa 54% de todas as prescrições, a nitrofurantoina 20%, as quinolonas e os beta-lactâmicos 10% cada e o trimetopim-sulfametoxazol 6%. Em 2021 mantém-se este perfil, embora com o desaparecimento da prescrição de trimetopim-sulfametoxazol e com o aumento da prescrição de cefuroxíma.

CL 06

“FARELOS” NA URINA – UM CASO DE PIELONEFRITE CRÔNICA AGUDIZADA

Joana Carvalho Antunes¹; Carla Pereira Gomes¹; Elizabeth Pinto¹; Francisca Cardia¹; Olívia a. Costa¹; Vanessa Salvador Nunes¹

¹USF Terras de Azurara

Caso clínico: Mulher de 66 anos, independente para as atividades de vida diária, na fase VIII do ciclo de Duvall e sem antecedentes pessoais relevantes.

Em Agosto de 2021 solicitou consulta presencial devido a dor no hipocôndrio esquerdo, tipo cólica, com irradiação ocasional para a fossa ilíaca esquerda, com cerca de 1 mês de evolução e alívio parcial com paracetamol. Associadamente referia ter urina escura e com "farelos" há cerca de 4 dias. Negava disúria, polaquiúria ou febre. Ao exame objetivo apenas tinha dor à palpação do hipocôndrio esquerdo e

o combur era positivo para sangue, proteínas e leucócitos, pelo que foi prescrita antibioterapia com Fosfomicina 3g e pedidas ecografias renal e abdominal.

No mês seguinte, refere ligeira melhoria algica, mas manutenção de "farelos" na urina. A ecografia abdominal não tinha alterações relevantes, contudo a ecografia renal era sugestiva de pielonefrite crónica xantogranulomatosa que carecia de melhor caracterização por tomografia computadorizada (TC) renal. A TC renal confirmava as suspeitas, revelando aumento das dimensões do rim esquerdo que se encontrava reduzido a volumoso saco hidronefrótico, cálculo coraliforme no bacinete esquerdo condicionando acentuada hidronefrose a montante e múltiplas imagens de litíase intracalicial, estando o rim direito funcional e sem alterações estruturais. Dadas as alterações a utente foi aconselhada a dirigir-se ao serviço de urgência do hospital de referência de modo a ser avaliada pela Urologia, acabando por ficar internada cerca de 1 semana para realizar ciclo de antibioterapia.

Iniciou seguimento em consulta de Urologia e em Janeiro de 2022 recorre novamente ao serviço de urgência do hospital por queixas semelhantes, ficando internada novamente. Na sequência deste internamento colocou nefrostomia esquerda por abscesso do músculo psoas e acabou por realizar nefrectomia esquerda.

De momento mantém-se assintomática e em seguimento em consulta de urologia.

Discussão: A pielonefrite crónica xantogranulomatosa é uma doença relativamente rara, que ocorre sobretudo em mulheres de meia-idade com história de infeções urinárias (ITUs) de repetição, a TC renal é o gold standard para o diagnóstico e o seu tratamento consiste na nefrectomia do rim afetado.

Esta doente não tinha histórico de doenças, incluindo ITUs. Contudo, dado o quadro clínico e sua evolução foram feitos os exames complementares de diagnóstico (ECDs) e tratamento

necessários nesta patologia.

O relato deste caso clínico pretende relembrar esta entidade nosológica e realçar a importância da realização dos ECDs adequados para o seu diagnóstico. O Médico de Família é muitas vezes um pilar essencial, por ser geralmente o primeiro contacto dos doentes com os Cuidados de Saúde, sendo responsável pela sua correta orientação.

CL 07

QUANDO NEM TUDO É HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA

Bruno Oliveira Peixoto¹; Mariana Abreu Gonçalves²

¹USF Nova Estação; ²USF Antonina

Descrição: Utente do sexo masculino, 45 anos, sem antecedentes pessoais de relevo. Observado em consulta por quadro de diminuição da força do jacto urinário e sensação de esvaziamento completo, com 4 anos de evolução. Referia agravamento progressivo dos sintomas desde há 6 meses, com 2 episódios de anúria, o último com necessidade de algaliação. Analiticamente apresentava valores de PSA de 0.9 ng/mL. Realizou ainda ecografia vesical e prostática trans-rectal, nas quais se destacava “bexiga trabeculada com aumento do resíduo pós miccional (538 ml)” e “próstata com dimensões correspondendo a um peso estimado de 20 gramas e três formações quísticas justapostas, com diâmetros individuais até 10 mm”. O utente foi medicado com silodosina 8 mg e enviado a consulta de Urologia, tendo sido submetido a Ressecção-Trans-Uretral do quisto com melhoria franca da sintomatologia.

Discussão: As alterações de fluxo urinário nos homens adultos são na sua grande maioria associadas à Hiperplasia Benigna da Próstata. Esta é caracterizada por um aumento do volume prostático com conseqüente diminuição do lúmen da uretra prostática, o que promove alterações do fluxo urinário. Contudo, existem outras patologias menos comuns para os quais o médico de família deve estar atento peran-

te estes sintomas, tais como eventuais quistos das várias estruturas envolventes no aparelho genito-urinário. Os quistos do utrículo prostático consistem num resquício embriológico do ducto Mulleriano, tendo uma incidência de 5% na população masculina. Na maioria dos casos são assintomáticos, no entanto podem causar infertilidade primária, hemoespermia e sintomas genitourinários baixos. Assim, o médico deve ponderar solicitar ecografia prostática e vesical na avaliação inicial de alterações do fluxo urinário de novo em indivíduos do sexo masculino de forma a excluir outras patologias, nomeadamente os quistos do utrículo prostático.

CL 08

TUMORES SÍNCRONOS NO PULMÃO E NO RIM, QUAL A PROBABILIDADE?

Maria Inês m. Marques¹; Tiago Villanueva¹

¹USF Reynaldo dos Santos

Caso clínico: Homem de 52 anos, ex-fumador desde 2004 com antecedentes pessoais de depressão, e com antecedentes familiares de doença oncológica: irmão falecido aos 20 anos por neoplasia do Sistema Nervoso Central e irmã viva, com diagnóstico de linfoma aos quarenta anos. Recorreu a um hospital privado por quadro arrastado de mal-estar geral e discreta variação do perfil tensional, embora sempre dentro da normalidade.

Nesse contexto, realizou vários exames complementares de diagnóstico, destacando-se a ecografia renal, que mostrou uma lesão nodular sólida com 89 x 78 x 73 mm no terço superior do rim direito, sugestiva de carcinoma de células renais. Realizou de seguida Tomografia axial computadorizada (TC), pélvica e abdominal, que permitiu caracterizar melhor a lesão como sendo sugestiva de carcinoma de células claras.

Durante o estadiamento da neoplasia, realizou uma TC torácica, com visualização de uma opacidade nodular no lobo superior direito sugestiva de lesão neoformativa. Foi realizada de imediato uma biópsia da lesão por via trans-

torácica, com diagnóstico de adenocarcinoma com expressão de TTF 1 (fator de transcrição da tiroide 1), compatível com origem pulmonar. Dois meses mais tarde foi submetido a nefrectomia radical direita por via laparoscópica, que decorreu sem intercorrências. O exame anátomo-patológico foi compatível com carcinoma renal de células claras (estadio pT2a R0). Um mês após a nefrectomia, foi submetido a lobectomia superior direita, apresentando um diagnóstico definitivo de adenocarcinoma invasivo papilar (estadio pT1c pN0).

Discussão: Os tumores renais correspondem a cerca de 5% da totalidade dos tumores no homem, sendo que o carcinoma renal de células claras representa cerca de 80% de todos os tumores do rim. Deste subtipo de carcinoma, apenas 2-3% são hereditários, que se associam com maior frequência à doença de Von Hippel-Lindau.

O tabagismo, a obesidade e a hipertensão estão descritos como fatores de risco.

Apesar dos tumores primários múltiplos serem raramente observados, a sua incidência tem vindo a aumentar pelo uso acrescido de exames imagiológicos avançados, correspondendo a cerca de 0,73-11,7% em publicações recentes, e a cerca de 50% dos carcinomas renais de células claras. Estes tumores síncronos são observados no pulmão, trato genitourinário, hepatobiliar e gastrointestinal. Assume-se que a carga tabágica neste doente possa ter contribuído como fator de risco para o aparecimento destes tumores primários síncronos.

CL 09

UM DIAGNOSTICO ESCONDIDO

Marta Pinto Dias¹; Gisela Santos Leite¹; Rui Rocha¹

¹USF Fânzeres

Descrição do caso: Homem, 78 anos, não fumador, refere numa consulta de vigilância de Medicina Geral e Familiar queixas de lesão peniana, ocasionalmente pruriginosa, com 1 ano de evolução, sem crescimento dimensional

nos últimos meses. Nega queixas álgicas ou hemorrágicas referidas a esta topografia, sintomatologia urinária baixa (LUTS) e corrimento uretral. Sem antecedentes de infeções sexualmente transmitidas. Refere, no entanto, comportamentos sexuais de risco com múltiplas parceiras. Sem outros antecedentes pessoais de relevo. Ao exame objetivo apresentava uma lesão eritematosa de consistência dura cerca de 5 cm de maior diâmetro junto ao sulco balanoprepucial num pénis não circuncisado. Não eram palpáveis adenopatias.

Foi solicitado um estudo de IST cujo resultado foi negativo. Foi referenciado à consulta de Urologia, tendo realizado biopsia cujo resultado histológico foi carcinoma epidermoide invasivo. Foi submetido a circuncisão radical. A análise anatomopatológica da peça demonstrou carcinoma epidermoide invasor relacionado com HPV, variante verrucosa-basalóide, pouco diferenciado (G3), em estadio pT1b Nx R0.

Discussão: Este caso clínico revela a necessidade da sensibilização do médico de família para diagnóstico precoce do cancro do pénis, questionando sobre sintomatologia urogenital e comportamentos sexuais de risco em todas as faixas etárias.

Um diagnóstico tardio desta entidade correlaciona-se com pior prognóstico oncológico e maior probabilidade de cirurgia mutilante do pénis com impacto na qualidade de vida do doente.

Muitos dos casos de cancro do pénis podem ser prevenidos. Com a implementação da vacina contra HPV no plano nacional de vacinação (a partir de 2008 no sexo feminino e em 2020 no sexo masculino) espera-se a diminuição da prevalência do HPV com impacto expectável na incidência da neoplasia do pénis. A educação para a saúde com foco numa correta higiene íntima desde da infância e a prevenção do tabagismo são também fundamentais.

Palavras chave: neoplasia, pénis, úlcera

CL 10

HEMATOSPERMIA – UM CASO RARO DE IATROGENIA

Ana Teresa Gonçalves¹; Mafalda Cachorroiro¹; Inês Caetano¹; Mariana Casimiro¹; Mariana F. Santos¹
¹USF Linha de Algés

Caso clínico: Homem de 67 anos recorre ao médico de família (MF) por queixas de hematospermia com 6 meses de evolução, sem outra sintomatologia associada. Como antecedentes pessoais apresenta DM2, dislipidémia e HTA. Da história familiar destaca-se pai com diagnóstico de neoplasia prostática aos 69 anos.

Da investigação laboratorial realizada salienta-se PSA dentro da normalidade e espermograma revelando azoospermia, com exame cultural negativo. Ecograficamente, achados compatíveis com hiperplasia benigna da próstata. A cistoscopia requisitada não demonstrou lesões. Após ter sido excluída a existência de patologia grave, reviu-se novamente a medicação habitual do utente, tendo este admitido que, devido a queixas de disfunção erétil, tinha sido medicado com tadalafil 5 mg diário pelo seu urologista há cerca de 8 meses. Desta forma, o MF propôs a suspensão do fármaco, tendo em conta que a hematospermia poderia ser um efeito adverso raro da toma de tadalafil.

À reavaliação, dada remissão das queixas, assumiu-se como causa mais provável tratar-se de uma iatrogenia medicamentosa. Assim, tranquilizou-se o doente e optou-se por manter vigilância clínica, atendendo aos seus antecedentes familiares.

Discussão: A hematoespermia constitui um sintoma de grande alarme para o doente, apesar de na maioria das vezes ser autolimitada e ter etiologia benigna. As suas causas são diversas e é importante excluir patologia grave que possa estar subjacente, principalmente se houver história familiar positiva, neste caso de neoplasia prostática. Após investigação exaustiva sem identificação de uma etiologia específica, há que considerar as causas menos comuns,

como é o caso da hematospermia iatrogénica, cuja prova de suspensão farmacológica poderá ser diagnóstica e terapêutica. Salienta-se ainda a relevância do acompanhamento transversal e abordagem holística do MF, elementos chave para a resolução deste caso, contribuindo para a tranquilização e capacitação do utente.

CL 11

QUANDO A HEMORRAGIA NOS COLOCA NO LIMBO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Rita Fernandes Barros¹; Sofia Pinto da Costa¹; João Silveira¹
¹USF São João

Caso: Mulher de 64 anos, empregada de loja, vive com marido, com antecedentes de Hipertensão Arterial, Obesidade, fumadora. Recorreu à consulta a 06/05/2021 por perda hemática vaginal escassa "aguada", diária, com dor supra púbica, há 3 semanas. Negava alterações urinárias ou gastrointestinais. No exame ginecológico e no restante exame objetivo não foram objetivadas alterações de relevo. Pediu-se ecografia ginecológica endocavitária, que veio a revelar um endométrio heterogéneo, com 6.5mm de espessura, pelo que se referenciou a utente para Ginecologia. A 28/07/2021 regressa à consulta, com queixas de disúria e poliaquiúria. Foi medicada com fosfomicina, com indicação para realização de bacteriológico de urina. A 15/08/2021 traz o resultado de uma urina estéril, mas com presença de eritrócitos, tendo sido pedida uma ecografia vesical, que detetou uma formação heterogénea de 45 x 28 mm. Paralelamente, foi submetida a uma histeroscopia no âmbito hospitalar, com deteção de miomas e uma massa à esquerda, tendo sido pedida avaliação por Urologia. A 14/04/2022 vem à consulta, com queixas de dor intensa supra púbica e no flanco esquerdo, há um mês, medicada pelo Urologista com Tramadol 100, mas apenas com melhoria ligeira dos sintomas. Foi submetida a cistoscopia urgente para caracterização da massa e, posteriormente, Ressecção Transu-

retrol Vesical e colocação de Nefrostomia Percutânea. A biópsia veio a revelar um Carcinoma das Células de Transição Vesical, com suspeita de invasão local. Foi avaliada por Oncologia e proposta para Quimioterapia neoadjuvante e posterior exenteração pélvica anterior.

Discussão: O caso clínico espelha a importância do médico de família na abordagem transversal do utente e na obtenção de uma anamnese e de um exame físico detalhados perante sintomas com diagnósticos diferenciais sobreponíveis. Pela proximidade anatómica e apresentação do quadro sob a forma de um único sinal (hemorragia supostamente vaginal), a destrição entre etiologias urológicas versus ginecológicas revelou-se um grande desafio. Tal dificultou a orientação clínica eficiente num primeiro contacto, que foi colmatada pelo seguimento longitudinal e pelo papel de advogado do utente, características da Medicina Geral e Familiar. Concomitantemente, o facto de a articulação com os cuidados de saúde secundários ser, por vezes, temporalmente desajustada, poderá ser uma dificuldade para a diagnósticos precoces, com consequências na qualidade de vida do utente.

CL 12

DOUTORA URINO SANGUE!

Diana Ameixa Palma¹; Ana Luísa Rodrigues¹

¹USF Andreas

Caso clínico: Homem de 67 anos que recorre ao seu médico assistente por episódio inicial de hematúria macroscópica. Sem antecedentes pessoais de relevo nem história familiar de interesse, negava toma de medicação crónica, alergia a fármacos ou hábitos tóxicos.

Após efetuada história clínica, apurou-se toma de anti-inflamatórios não esteroides, ausência de sintomas geniturinários, náuseas, vómitos ou febre. O exame objetivo mostrava-se inocente.

Após suspensão de terapêutica anti-inflamatória procedeu-se ao estudo das possíveis causas de hematúria

Analiticamente existia presença de eritrócitos

no exame sumário de urina, com restantes parâmetros bioquímicos e marcadores tumorais dentro da normalidade. Foi diagnosticada infeção do trato urinário posteriormente medicada e tratada segundo o TSA. Ecograficamente, a nível renal existiam sinais de microlitíase bilateral, sem hidronefrose e a nível vesical e prostático havia apenas a referir um provável adenoma prostático.

Apesar da melhoria clínica, com ausência de hematúria foi solicitada consulta de Urologia para investigação e seguimento do adenoma prostático ao qual o utente faltou e recusou posterior referenciação.

É mantido o seguimento pelo médico de família até hoje.

Discussão: A hematúria macroscópica é definida como presença de sangue visível na urina. As causas mais comuns de hematúria são: infeção urinária, neoplasias urológicas ou glomerulares, hiperplasia benigna da próstata e urolitíase.

Devem ser investigadas causas de hematúrias tais como toma de medicação que favorece excreção urinária de sangue, tal como questionada a ingesta de alimentos ou substâncias que a podem mimetizar

O exame objetivo deve ser realizado com ênfase na exploração abdominal e urológica.

Analiticamente devem ser efetuados estudos de função renal tal como marcadores prostáticos. Devem ser realizadas provas de imagem dirigidas para o estudo do trato urinário superior e inferior.

Os pacientes podem ser referenciados aos cuidados de saúde secundários caso seja necessária uma avaliação mais completa e dirigida.

O caso deste utente foi de particular interesse pois durante o estudo da hematúria surgiram vários fatores que a poderiam justificar, o que tornou desafiante a sua abordagem e seguimento.

É importante enfatizar a complementaridade do estudo da hematúria nos cuidados de saúde primários e secundários. Após exclusão de cau-

sas tratáveis de hematúria, é necessária uma abordagem mais profunda e dirigida no sentido de completar o diagnóstico.

Os cuidados de saúde primários têm como missão cobrir a maioria das necessidades de saúde de uma pessoa durante toda a sua vida. São a porta de entrada dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde pelo que é essencial realizar a abordagem primária aos problemas de cada pessoa no sentido de os corrigir ou referenciar aos cuidados de saúde secundários, caso haja justificação, para estudo mais dirigido.

CL 13

“O QUE ESCONDE A PELE?” BALANITE XERÓTICA OBLITERANTE: A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Teresa Sarmento de Beires¹; Sofia Padilha¹;
Susana Calejo Rios¹; Andreia Sequeira Eiras¹
¹USF Rainha D. Amélia

Caso clínico: Paciente do sexo masculino, 71 anos. Antecedentes de múltiplos fatores de risco cardiovasculares, fascíte necrotizante do períneo em 2016 e circuncisão em 2017, por fimose cerrada. O paciente manteve-se assintomático até 2021, altura em que retorna à USF por dor peniana que agravava com a ereção, prurido e dificuldades na micção. Ao exame objetivo apresentava pénis oculto com leucoplasia, fissuração e liquenificação importante da pele circundante (imagem). Foi medicado com antibioterapia e antifúngico, tendo sido referenciado ao Serviço de Urgência para algaliação sob fio guia, dada a suspeita de estenose do meato uretral. Foi efetuada referência para consulta de Dermatologia e Urologia, tendo sido medicado com Clobetasol tópico duas vezes por dia. No entanto, mesmo após tratamento continuado, o paciente não apresentou melhoria sintomática, sendo que na última consulta se constatou o aparecimento de uma pápula verrucosa na região do prepúcio restante. Em consulta de Urologia confirmou-se o diagnóstico de balanite xerótica obliterante, com pre-

púcio constritivo e pouca elasticidade da pele, tendo sido decidido optar por cirurgia plástica peno-escrotal. O paciente encontra-se a aguardar cirurgia, altura em que será efetuado o diagnóstico anatomo-patológico da lesão identificada, para despiste de carcinoma de células escamosas.

Enquadramento: O líquen escleroso consiste numa dermatose crónica que condiciona o aparecimento de lesões inflamatórias, atróficas e pruriginosas na pele. Quando esta dermatose atinge a região da glande e do prepúcio, passa a ser designada balanite xerótica obliterante (BXO), podendo conduzir a situações de fimose, estenose do meato uretral e até mesmo nefropatia obstrutiva e carcinoma peniano. O seu frequente subdiagnóstico aumenta o risco de vir a desenvolver complicações e os gastos em saúde, prejudicando diretamente a qualidade de vida e a saúde dos pacientes que sofrem desta patologia. A balanite xerótica obliterante é uma condição que requer uma abordagem multidisciplinar, que geralmente envolve o trínomio Medicina Geral e Familiar, Urologia e Dermatologia. Cada uma destas especialidades oferece uma perspetiva própria sobre esta condição, sendo que a promoção da comunicação interprofissional favorece a rapidez diagnóstica, o tratamento atempado e a diminuição do risco de complicações, assegurando desta forma uma melhor qualidade de vida aos pacientes

CL 14

DIMINUIÇÃO DA LÍBIDO: A IMPORTÂNCIA DO CASAL NA IDENTIFICAÇÃO DE UM PROBLEMA DE SAÚDE

Patrícia Moreira¹; Diogo Romano¹; Mónica Martins¹;
Cláudia Coelho¹; Joana Leite¹
¹USF Fénix

Introdução: A disfunção sexual masculina é uma doença muito frequente, podendo afetar até 30% dos homens com menos de 60 anos. De uma forma geral, aumenta com a idade, sobretudo após os 40 anos. Em relação à diminui-

ção da libido afeta cerca de 5-15% dos homens em alguma altura da sua vida. Na maior parte dos casos, acompanha outra disfunção sexual, mais frequentemente a disfunção erétil. No entanto, pode ser secundária a outras doenças sistêmicas.

Descrição do caso clínico: Homem 39 anos, programador informático, fumador (10UMA), foi a uma consulta programada com o seu médico de família, a pedido da esposa. Sem antecedentes pessoais a destacar. Mãe com neoplasia papilar da tireóide. Refere ser casado, pai de 3 filhos e com boa relação conjugal. Referia de diminuição da libido com 10 meses de evolução, que associa ao nascimento do 3º filho (gravidez não planeada), alguns períodos com 4-5 relações sexuais por semana, outros com 2 relações sexuais por semana. Negava disfunção erétil e ejaculação precoce. Ereções matinais mantidas. Negava anedonia, alterações no apetite. Sono pouco reparador, mas sem insónia. Sem dor pré-cordial. Ao exame objetivo, hemodinamicamente estável, bom estado geral, IMC 24.5 Kg/m². Auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações. Tireóide sem nódulos palpáveis. Genitais externos masculinos, sem alterações. Palpação prostática sem nodularidades. Foi pedido estudo analítico e prova de esforço, e agendamento de consulta para rever queixas com exames. Um mês depois volta a consulta com o estudo pedido. Prova de esforço negativa para cardiopatia isquémica. Hemograma sem alterações, LDL 75 mg/dL, a destacar uma TSH de 7.220mU/L e T4 elevado. Diagnóstico de hipotireoidismo tendo sido medicado com levotiroxina sódica 0,025ug por dia. Repeitu função tiroideia em 1 mês, com normalização dos valores e melhoria da libido, para o padrão considerado normal do doente.

Conclusão: As disfunções sexuais masculinas são situações frequentes, mas subdiagnosticadas por ser um problema pouco abordado em consulta. De realçar a importância do outro elemento do casal, que na especialidade de Medicina Geral e Familiar poderá ser facilitador na

identificação destes casos de forma precoce. O tratamento nem sempre é fácil, mas de realçar a importância da pesquisa de causas orgânicas que muitas vezes podem justificar estes quadros, mesmo quando existe um potencial de causas psicológicas e de dinâmica familiar que possam justificar o quadro.

CL 15

TRANSPLANTE RENAL E CONTROLO METABÓLICO – O DESAFIO BIDIRECIONAL

Marta Costa Cardoso¹; Andreia Cardoso²;

Ângela Santos Neves¹

¹USF Araceti; ²Hospital de Braga

Caso clínico: Homem de 62 anos, caucasiano; casado, integra uma família nuclear, em fase VII do Ciclo de Duvall; com 9º ano de escolaridade e operacional camarário de profissão. Trata-se de um doente com multipatologias, polimedicado, com muito alto risco cardiovascular (SCORE 10%). Antecedentes pessoais: Doença Renal Crónica (2004); Hipertensão Arterial (HTA 2007); Doença coronária aterosclerótica com Enfarte Agudo do Miocárdio (2008); Hiperuricemia (2008); Dislipidemia (2010); Diabetes Mellitus Tipo2 (DMT2 2010); Obesidade (IMC 31 kg/m² 2011); SAOS (2012). É seguido em Nefrologia, desde 2004, por nefropatia vasculopática (identificada estenose da artéria renal direita) e diabética; atingiu o estadio V e, em 2017, iniciou hemodiálise. Apresentava adequado controlo metabólico: HTA (130/70mmHg); DMT2 não insulinotratado (HbA1C 5,5%); colesterol LDL cumpria alvo (à data <70 mg/dL). Em novembro de 2018, foi submetido a transplante renal, de dador cadáver, iniciou terapêutica profilática infecciosa e de rejeição de órgão, mantendo seguimento em consulta de Urologia no centro de referência regional. A nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), ao longo de 2019, manteve um controlo razoável das suas comorbilidades, à exceção da HTA, que se tornou resistente, e da DMT2, tendo sido necessário iniciar insulinoterapia. Apesar da complian-

ce terapêutica do doente, o seu precário perfil glicémico revelou-se de difícil ajuste, obrigando a incrementos semanais de insulina. Em desfecho, salienta-se a rejeição do enxerto renal, tendo reiniciado programa dialítico após 1 ano.

Discussão: Revendo o caso, verifica-se um agravamento do perfil glicémico concomitante aos incrementos terapêuticos imunossupressores pós-transplante. A profilaxia de rejeição implica, além de agentes imunomoduladores, recurso a corticoesteroides. Como sobeja e academicamente conhecido, o estado hiperglicémico é potenciado pela corticoterapia. Os paralelos e sucessivos ajustes terapêuticos, imprescindíveis parte a parte, implicaram múltiplos contactos, consultas e deslocações do doente, com repercussões a nível biopsicossocial. A escolha e partilha deste caso teve como objetivo descrever duas linhas de desafio clínico distintas, que se implicam mutuamente, quer a nível do seguimento hospitalar, quer a nível dos CSP, em que o veículo da informação clínica falhou. Enaltece-se, a salvaguarda da comunicação bidirecional. Este caso revelou-se complexo, desafiou as competências das várias equipas de saúde. Torna-se evidente a necessária e importantíssima integração do doente, num ponto de vista multidisciplinar.

Nota: Caso clínico redigido após obtenção do consentimento informado do doente.

CL 16

UTILIDADE DO RENOGRAMA NA AVALIAÇÃO PRECOCE APÓS PIELOPLASTIA

José Pedro Carvalho¹; Andreia Baptista Marques¹; Fernando Fernandes Abreu¹; Sophia Pintão¹

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de Santa Cruz

Caso clínico: Doente de 52 anos de idade, sexo feminino, com diagnóstico de uropatia obstrutiva esquerda em contexto de síndrome de junção pieloureteral esquerda. Foi submetida a pieloplastia desmembrada por via laparoscópica à esquerda, sem complicações pós-

-cirúrgicas. Realizou-se renograma diurético com mercaptoacetilglicerina marcada com tecnécio-99-meta-estável ([^{99m}Tc]Tc-MAG3) 8 semanas após a intervenção cirúrgica. Observou-se acumulação pielocalicial progressiva do radiofármaco no rim esquerdo, com drenagem eficaz após administração de 40 mg de furosemida por via endovenosa. Estes achados são sugestivos de dilatação de cavidades excretoras esquerdas, sem obstáculo significativo à drenagem. A drenagem do rim contralateral fez-se sem alterações de relevo. Adicionalmente, quantificou-se a função renal tubular, que se encontrava simétrica, embora discretamente diminuída face ao esperado para o grupo etário. **Discussão:** O seguimento dos doentes submetidos a pieloplastia é essencial, uma vez que permite a detecção de recorrência de obstrução após o procedimento cirúrgico. Uma obstrução recorrente não identificada pode causar perda irreversível da função da unidade renal afectada, sendo que o diagnóstico precoce permite ajustar a abordagem dos doentes com recurso a outras intervenções terapêuticas.

Nestes casos, a ecografia renal não aparenta ser a modalidade diagnóstica mais adequada, pois a melhoria da hidronefrose visualizada por este método faz-se de modo lento e gradual, não apresentando uma boa correlação com o grau de obstrução funcional nos primeiros meses após pieloplastia.

Por outro lado, o renograma com prova diurética permite não só avaliar a resolução da obstrução após pieloplastia, como também fornecer informação referente à recuperação da função renal. No presente caso, este exame permitiu a exclusão de obstáculo à drenagem num rim com cavidades excretoras dilatadas, assim como a avaliação da função renal global e, também, da função diferencial entre cada unidade renal.

Assim, a realização de um renograma diurético precoce é um método adequado para avaliar o sucesso cirúrgico em doentes submetidos a pieloplastia.

CL 17

HEMATOESPERMIA – UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

João Barroso¹; Sofia Borges¹; Joana Cernadas¹; Diana Duarte¹

¹USF Tejo

Caso clínico: Homem de 51 anos, auxiliar de ação educativa, ciclista, sem antecedentes pessoais de relevo ou medicação crónica. Reside com esposa e 2 filhas.

Recorreu à consulta com o médico de família por ejaculação com conteúdo hemático na última relação sexual com a parceira. Nega comportamentos sexuais de risco.

Nega disúria, hematúria, gotejamento pós-miccional, incontinência, febre, lombalgia, trauma recente, dor ao ejacular, exsudado purulento uretral, ou outra sintomatologia de relevo. Nega LUTS.

No exame objetivo: Genitais sem alterações, toque rectal com próstata simétrica, elástica, sem nódulos ou massas palpáveis. Palpação abdominal sem alterações.

Foram pedidas ecografias prostática, vesical e escrotal juntamente com avaliação analítica.

Pediu-se ao utente que estivesse atento à cor do sémen nas próximas ejaculações e que evitasse a prática de ciclismo nos próximos dias.

Na consulta de reavaliação, destaca-se: ecografia prostática “(...) quisto do utrículo prostático milimétrico, próstata ligeiramente aumentada 34cc (...)”. Restantes ecografias sem alterações de relevo. Analiticamente PSA de 1.11ng/ml, função renal normal, sem elevação dos parâmetros inflamatórios, hemograma sem alterações. Urina II com microhematúria – hemoglobina 0.06mg/dL e eritrócitos 17/ul.

O utente descreveu que, durante os dias que se seguiram à 1ª consulta, teve episódios de “sémen acastanhado”, no entanto, voltou progressivamente à sua cor original, mantendo-se assim até à data.

Discussão: A hematospermia tem múltiplos diagnósticos diferenciais. Representa 1% de

todos os sintomas urológicos e a sua frequência pode ser esporádica ou crónica. O trauma é das etiologias mais comuns, no entanto, iatrogenia, doenças infecciosas, doenças sistémicas e processos neoformativos deverão ser sempre ponderados.

A variação de cor corresponde ao tempo que decorreu desde a hemorragia: cor rosa indica perdas hemáticas recentes, enquanto que coágulos acastanhados indicam que decorreu algum tempo desde a última hemorragia. Na maioria dos casos, a hematospermia é indolor. Em homens acima de 40 anos deve ser sempre investigada através de estudos de imagem, como forma de detectar/excluir potenciais causas malignas. Mesmo após uma investigação detalhada, a causa geralmente permanece incerta. O tratamento é dirigido ao problema subjacente.

Neste caso, foi assumida uma etiologia traumática da hematospermia, provavelmente no contexto da prática de ciclismo e/ou da relação sexual. Não obstante, foi também ponderada como possível causa o quisto do utrículo. Foi aconselhada a proteção da região genital aquando do ciclismo, utilização de lubrificante durante as relações e manutenção de vigilância ativa.

CL 18

UMA PONTINHA DE FEBRE DOUTOR

Paulo Guariento¹; Mariana Pupo Lameiras¹

¹USF Carnide Quer, ACES Lisboa Norte

Sexo masculino, 37 anos. Reside sozinho. Técnico informático.

Antecedentes pessoais: prostatite em 2019 e 2021; asma; obesidade; tabagismo; COVID 19. Medicação habitual: Salbutamol em SOS. Desconhece alergias medicamentosas.

Sem história familiar urológica relevante.

Consulta telefónica a 06/01/2022 onde o utente se queixa de disúria, polaquiúria e mal-estar geral há 4 dias. Na altura apirético, sem vômitos, dorso-lombalgia ou factores de risco

para doenças sexualmente transmissíveis. Foi medicado com ciprofloxacina 500 mg duas vezes por dia, tendo sido pedido avaliação analítica e urocultura, e agendada avaliação em uma semana. A 13/01 o doente vem à consulta presencial mantendo os sintomas e tendo iniciado febre 39°C axilar há 2 dias. Do exame objetivo destacava-se temperatura axilar de 37,8°C (paracetamol 1g há 2 horas), tensão arterial normal, murphy renal negativo bilateralmente, abdomen livre e um edema escrotal bilateral, endurecido, sem flutuação com dor intensa. Analiticamente destaca-se leucocitose de 27500 e neutrofilia, proteína C reactiva de 36,47 mg/dL. Urocultura sem isolamento de agente. O doente foi enviado à urgência do Hospital de Santa Maria (HSM). Esteve internado de 13 a 20/01 no serviço de Urologia após cirurgia para drenagem de urinoma escrotal. Teve alta com algiação supra-púbica, amoxicilina/ácido clavulânico e referenciado à consulta de urologia. Foi posteriormente desalgaliado. Realizou Uro-TC que revelou resolução das coleções, e uretrocistografia onde se identificou aperto a nível da uretra bulbar a condicionar dilatação sacular pré-estenose e divertículos da bexiga. Foi proposto para cirurgia reconstrutiva tendo realizado uretroplastia com enxerto da mucosa bucal a 05/08. Teve alta a 08/08 tendo tido consulta na USF no mesmo dia, referindo apenas dormência da região genital. Ao longo destes meses, o utente manteve seguimento em ambas as consultas, apresentando actualmente uma melhoria franca da qualidade de vida.

Perante os achados, coloca-se a hipótese da estenose uretral ser de longa duração e etiologia desconhecida, tendo causado os divertículos da bexiga e favorecido as prostatites. A 11/2021, aquando da 2ª prostatite, o utente refere um trauma testicular. Este episódio poderá ter sido o responsável pelo posterior aparecimento do urinoma escrotal em 01/2022.

Assim, este caso realça por um lado o papel da medicina geral e familiar (MGF) no diagnóstico,

tratamento e acompanhamento de diversas patologias. Inicialmente uma prostatite em 2019, onde o doente não regressou para reavaliação. Em 2022, o utente inicialmente desvalorizou o seu quadro e apresentou relutância em se deslocar à urgência. Por outro lado, a importância para a MGF da articulação com as especialidades hospitalares, uma vez que o nosso campo de ação apresenta limites bem definidos, tendo a intervenção urológica cirúrgica sido fundamental para o utente.

CL 19

SERENOA REPENS NO TRATAMENTO DA HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA: UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Fábio Leite Costa¹; Catarina Brás Carvalho²

¹USF Moscovide; ²USF Linda-a-Velha

Introdução: A Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP) é um crescimento não cancerígeno do volume prostático, ocorrendo frequentemente nos homens com idade mais avançada. Manifesta-se, frequentemente, através de sintomas do trato urinário baixo (LUTS), resultando num impacto importante na qualidade de vida destes utentes.

A *Serenoa repens* (SR) tem sido avaliada pela sua eficácia na melhoria dos LUTS. Existem vários mecanismos que podem estar subjacentes a esta melhoria, nomeadamente, o seu efeito anti-inflamatório, anti-androgénico e pró-apoptótico.

Esta revisão tem como objetivo esclarecer a evidência atual do uso de SR na melhoria dos LUTS, de forma a melhorar a prática clínica.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Bandolier, BMJ *Best Practice*, *Canadian Medical Association Practice Guidelines*, *DARE*, *National Guideline Clearinghouse*, *NICE*, PubMed e *The Cochrane Library*, limitada aos artigos publicados entre janeiro de 2018 e julho de 2022, em inglês, utilizando as palavras MeSH: “*serenoa repens*” e “*benign hyperplasia*”

of prostate OR benign prostatic hyperplasia". Os resultados obtidos foram classificados segundo a taxonomia SORT (Strength of Recommendation Taxonomy) da American Family Physician.

Resultados: Da pesquisa resultaram 48 artigos. Foram excluídos 3 por duplicação e 37 após leitura do título e resumo. Dos restantes, excluíram-se 6 por não cumprirem os critérios de inclusão, sendo assim considerados 5 artigos no estudo: 2 revisões clássicas (RC), 2 revisões sistemáticas (RS) e 1 ensaio clínico aleatorizado. Da análise dos artigos selecionados: 1 RS e 1 ECA revelam impacto positivo na utilização de SR sobre os LUTS (SORT A); 2 RC revelam resultados inconsistentes (SORT B); 1 RS não mostra eficácia na utilização desta substância (SORT C).

Discussão: Com a análise dos artigos, concluiu-se existir evidência acerca da utilização de SR na melhoria de LUTS (nível de evidência 1). Apesar de alguns estudos apresentarem resultados inconsistentes, estes não explicitam a posologia ou duração do tratamento, o que limita a interpretação dos resultados (nível de evidência 2). Os estudos que apoiam a hipótese de utilização de SR explicitam as dosagens e período utilizado, não sendo desprezível o número de participantes no ECA com maior força de evidência (nível de evidência 1). No entanto, são necessários mais estudos controlados e aleatorizados para melhorar o grau de confiança da literatura apresentada.

CL 20

NÃO AGUENTO MAIS ESTE ARDOR SENHOR DOUTOR

Mariana Miranda Silva¹; Beatriz Costa¹; Carlos Baptista¹; Vera Afonso¹

¹USF Cynthia

Mulher de 80 anos, viúva, com antecedentes pessoais (AP) de hipertensão arterial e diverticulose do cólon sigmoide. Medicada cronicamente com lercanidipina 10 mg.

A 28/08/20 recorreu à consulta de Doença Agu-

da (DA) no centro de saúde, por dor suprapúbica, disúria e hematúria. Encontrava-se apirética e com Murphy renal negativo. O teste Combur apresentou eritrocitúria e leucocitúria, sem nitritos. Foi medicada empiricamente com Fosfomicina 3g em 2 tomas com 8 dias de intervalo. A urocultura (UC), posteriormente, revelou *Escherichia coli* (E. Coli) multissensível.

A 10/09/20 recorreu ao serviço de urgência (SU) por quadro semelhante, acrescentando queixas de colúria e urina com cheiro fétido. Ao exame objetivo destacava-se dor à palpação hipogástrica. Analiticamente com função renal normal e parâmetros inflamatórios negativos. Urina com hemoglobulinúria, leucocitúria e nitritos positivos. Não repetiu UC, teve alta medicada com Cefuroxima 500mg 12/12h durante 7 dias.

A 18/09/20, foi avaliada em DA por persistência das queixas de peso e desconforto suprapúbico, disúria, além de pneumatúria e fecalúria. Foi pedida UC tendo-se isolado E. Coli resistente a cefuroxima e sensível à fosfomicina. Foi ainda pedida uma tomografia computadorizada (TC) Abdominal que revelou "presença de gás no interior da bexiga, espessamento parietal superior, evidenciando-se componente gasoso no seu interior e apresentando-se em íntimo contacto com o segmento cólico regional, sem segu-ro plano de clivagem. Sugere-se ressonância magnética (RM)". A utente foi referenciada com urgência à consulta de Urologia.

A 12/10/20, recorreu ao SU por dor suprapúbica, fecalúria e sensação febril com 2 dias de evolução. Analiticamente tinha elevação dos parâmetros inflamatórios. Foi internada e realizou uma RM que documentou "fístula colo-vesical (FCV) entre a parede superior da bexiga e a parede inferior sigmoide de provável origem diverticular". A colonoscopia revelou "múltiplos divertículos do sigmoide".

A infeção do trato urinário (ITU) é a segunda infeção mais frequente da comunidade e, consequentemente, responsável pela prescrição de antibióticos nos cuidados de saúde primários.

A *E. Coli* é responsável por 68,4% dos casos de ITU podendo persistir na flora fecal após eliminação urinária e causar cistite recorrente. Tratando-se de uma utente com AP de diverticulose e sabendo-se que 17-27% das diverticulites complicam com fistulização, das quais a FCV é a mais comum (67%), torna-se essencial este diagnóstico diferencial. Para reforçar esta hipótese a utente apresentava pneumatúria e fecalúria, presente em 95% das FCV. Assim, a utente foi diagnosticada FCV como complicação da diverticulite e a 09/11 foi submetida a laqueação do trajeto fistuloso com sigmoidectomia, encontrando-se até à data sem novos episódios de ITU.

CL 21

D-MANOSE NO TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE INFEÇÕES DO TRATO URINÁRIO – QUAL A EVIDÊNCIA?

Marta Amaral¹; Ricardo Sousa²

¹USF Ramalde; ²USF Terras do Souza

Introdução: As infeções do trato urinário (ITU) constituem um dos principais motivos de recurso aos cuidados de saúde. Apesar de a maioria ser episódica e de rápida resolução, uma proporção significativa de pessoas apresenta quadros recorrentes que motivam recurso frequente a antibioterapia e consequente indução de resistências. A D-manose é um sacarídeo com potenciais efeitos na inibição da adesão de patogéneos às células uroepiteliais, o que contribui para a sua eliminação célere e prevenção de recorrências.

Objetivos: Este trabalho pretende rever a evidência existente da utilização de D-manose no tratamento e prevenção de ITU.

Material e métodos: Foi realizada uma pesquisa de artigos científicos publicados desde dezembro de 1986 até agosto de 2022, em inglês e português, nas bases de dados de medicina baseada na evidência. As palavras chave utilizadas foram “*urinary tract infection*” e “*mannose*”. A *Strenght of Recommendation Taxo-*

nomy (SORT) da *American Academy of Family Physicians* foi usada para classificar o nível de evidência e atribuir a força de recomendação.

Resultados e conclusões: Foram encontrados duzentos e três artigos, dos quais três preencheram os critérios de inclusão, nomeadamente duas revisões sistemáticas e uma norma de orientação. Ambas as revisões sugerem um papel promissor da D-manose no tratamento e prevenção de recorrências de ITU. (nível B) Esta recomendação vem também expressa na norma de orientação clínica incluída. Além disso, esta alternativa terapêutica parece ser bem tolerada, dada a baixa incidência de efeitos laterais. No entanto, o número reduzido de estudos existentes e a variabilidade metodológica limitam a força da recomendação atribuída.

CL 22

DISFUNÇÃO ERÉCTIL E DOENÇA CARDIOVASCULAR

Guilherme Bernardo¹

¹Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

A disfunção erétil (DE) é uma doença comum que diminui significativamente a qualidade de vida dos homens. Estima-se que em 2025 a sua prevalência seja de 322 milhões por ano. A doença cardiovascular (DCV) apresenta uma elevada mortalidade e tem vindo a aumentar a sua prevalência nos últimos anos pela alteração de estilos de vida e dieta pouco saudáveis. A disfunção erétil e a doença cardiovascular devem ser vistas como manifestações distintas da mesma doença sistémica. Esta comunicação tem como objectivo a aplicação de um algoritmo de apoio à decisão por parte do médico de família na abordagem da disfunção erétil integrada na doença cardiovascular, numa perspectiva multidisciplinar, que envolva o doente, o médico de família, o urologista e o cardiologista.

CL 23

ABORDAGEM DA DISFUNÇÃO ERÉTIL EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Marta Costa Cardoso¹; Inês Francisco²;
Ana Rita Laranjeiro¹; Bruno Rei¹; João Figueiredo³;
Ângela Santos Neves¹; Andreia Cardoso⁴
¹USF Aracetij; ²USF Rainha Santa Isabel; ³USF Nautilus;
⁴Hospital de Braga

Introdução: A abordagem da disfunção erétil (DE) na prática em cuidados de saúde primários (CSP) revela-se, por vezes, um desafio clínico. A DE é definida pela incapacidade recorrente de adquirir ou manter uma ereção suficiente para permitir um ato sexual satisfatório. A prevalência aumenta com a idade e estima-se em 18% dos homens com [50-59] e 37% [70-75] anos. Na realidade clínica de duas unidades de CSP, A e B, de 2019 a 2022, verificamos que há, respetivamente, um total de 70 e 67 utentes com DE codificado na lista de problemas. Da casuística, verifica-se prescrição de 203 embalagens de inibidores da fosfodiesterase-5 (IPDE-5) na unidade A, e de 102 embalagens na B, em faixas etárias congruentes com o descrito na literatura. O IPDE-5 mais prescrito foi o tadalafil. A DE cursa frequentemente com grande impacto psicológico. Subjetivamente, denota-se uma maior abertura para este tema por parte dos utentes, e uma crescente prescrição de IPDE-5 em CSP. **Objetivos:** Descrever a nossa realidade e definir uma proposta de abordagem da DE nos CSP.

Material e métodos: Realizamos uma revisão da literatura com pesquisa das normas de orientação clínica nacionais e internacionais disponíveis, relativas à abordagem e tratamento da DE; e uma pesquisa adicional em bases de informação médica.

Resultados e conclusões: Destacamos 3 *Guidelines* major nomeadamente EAU *Guidelines on Sexual And Reproductive Healths – 2022* da Associação Europeia de Urologia; *The Princeton III Consensus Recommendations for The Management of Erectile Dysfunction and Cardiovascular Disease – 2012* da *Mayo Foundation*

for Medical Education and Research e Erectile Dysfunction: AUA Guideline – 2018 da Associação Americana de Urologia. Em suma: iniciar sempre a avaliação da DE pela história clínica e psicossocial detalhada, de forma a identificar possíveis causas de DE, medicação crónica, fatores de risco cardiovascular (FRCV) e o impacto psicológico pessoal e no casal. Deve ser avaliado o grau de disfunção sexual através dos questionários validados: *International Index of Erectile Function – IIEF* e *Sexual Health Inventory for Men – SHIM*. O exame objetivo deve ser detalhado com avaliação genital, neurológica e estratificação do RCV. A avaliação laboratorial inclui glicémia em jejum, perfil lipídico, função tiroideia e renal e testosterona total. Adultos com RCV intermédio devem realizar prova de esforço. Importa identificar as necessidades e expectativas do utente antes de qualquer abordagem terapêutica, tornando qualquer decisão centrada neste. O tratamento nos CSP consiste na abordagem e controlo das causas identificadas, nomeadamente FRCV, revisão da medicação crónica, tratamento das causas psicogénicas (envolvendo o/a parceiro/a) e abordagem farmacológica com IPDE-5. Devem ser referenciados os utentes que apresentem insucesso terapêutico à primeira abordagem farmacológica, com RCV intermédio/elevado ou doença CV estabelecida.

CL 24

UMA PROSTATITE NUNCA VEM SÓ...

Liliana Fonte¹; Margarida Batoréu¹
¹USF Rosinha

Homem de 69 anos com antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 não insulino tratado, hipertensão arterial, dislipidémia, esteatose hepática e status pós excisão de carcinoma espinocelular do couro cabeludo. Medicado habitualmente com metformina 2000 mg/sitagliptina 100 mg por dia, ertuglifozina 5 mg/dia ácido acetilsalicílico 150 mg e telmisartan 40 mg/dia. Recorre a uma consulta aberta com o seu médi-

co de família por queixas de disúria, polaquiúria e hematúria com 2 dias de evolução. Referia múltiplos episódios semelhantes nos últimos anos (> 4/ano). Foi pedida urocultura e medicação empiricamente com cefuroxima para infeção urinária. Por persistência das queixas urinárias, voltou à consulta uma semana depois, referindo ainda dor suprapúbica intensa e febre. Ao exame objetivo, destacava-se fimose e corrimento uretral esbranquiçado. Trazia resultado de urocultura com isolamento de *E. Coli* resistente a amoxicilina/ácido clavulânico, cefuroxima e ciprofloxacina. Foi solicitada avaliação analítica que revelou leucocitose com neutrofilia e PCR de 11.7. Por suspeita de prostatite foi medicado com levofloxacina durante 14 dias e pedidos exames complementares de diagnóstico. Em consulta de reavaliação, utente referia remissão do quadro urinário. No entanto, a esposa que o acompanhava referia que o mesmo apresentava queixas de longa data de dor na ejaculação, sensação de esvaziamento incompleto, noctúria e diminuição do jato urinário, que não revelava por receio de intervenções. As análises revelavam, PSA 2.34, exsudado uretral com isolamento de *candida albicans* e a ecografia prostática mostrava próstata com um volume aproximado de 91 cc, com lobo médio, com moldagem no pavimento vesical e foco de calcificações grosseiras na região periférica esquerda (1,3 cm), e aumento do resíduo pós-miccional, cerca de 185 cc. Foram admitidas as hipóteses diagnósticas de prostatite bacteriana crónica e hipertrofia benigna da próstata. Foi medicado com tansulosina e fluconazol, bem como reforçados os cuidados de higiene. O utente foi encaminhado para consulta de urologia para ponderação de circuncisão e estudo com urofluxometria.

A prostatite refere-se a patologia inflamatória e/ou infecciosa da próstata, constituindo um motivo de consulta frequente nos cuidados de saúde primários. Pode tratar-se de uma entidade aguda ou crónica, e estar em associação com

outras patologias urológicas, apresentando um impacto significativo na qualidade de vida do homem. O diagnóstico precoce é fundamental para o controlo sintomático e prevenção de complicações.

Urologia para Medicina Geral e Familiar



V Jornadas Temáticas Patient Care

29 e 30 | setembro | 2022

VIP Executive Entrecampos Hotel & Conference

SPONSORS



A. MENARINI PORTUGAL



Boston
Scientific
Advancing science for life™



Innovation for patient care



pharmaceutical partners
of Johnson & Johnson



PHARMACEUTICAL
& HEALTHCARE



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO

ad⁺médic

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

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

T: +351 21 842 97 10

E: paula.cordeiro@admedic.pt

W: www.admedic.pt