

Urologia para Medicina Geral e Familiar



VII Jornadas Temáticas Patient Care

11 e 12 | abril | 2024

VIP Executive Entrecampos
Hotel & Conference

PRESIDENTES

José Palma dos Reis
Tomé Lopes

SECRETÁRIOS GERAIS

Ricardo Pereira e Silva
Sara Sousa Oliveira

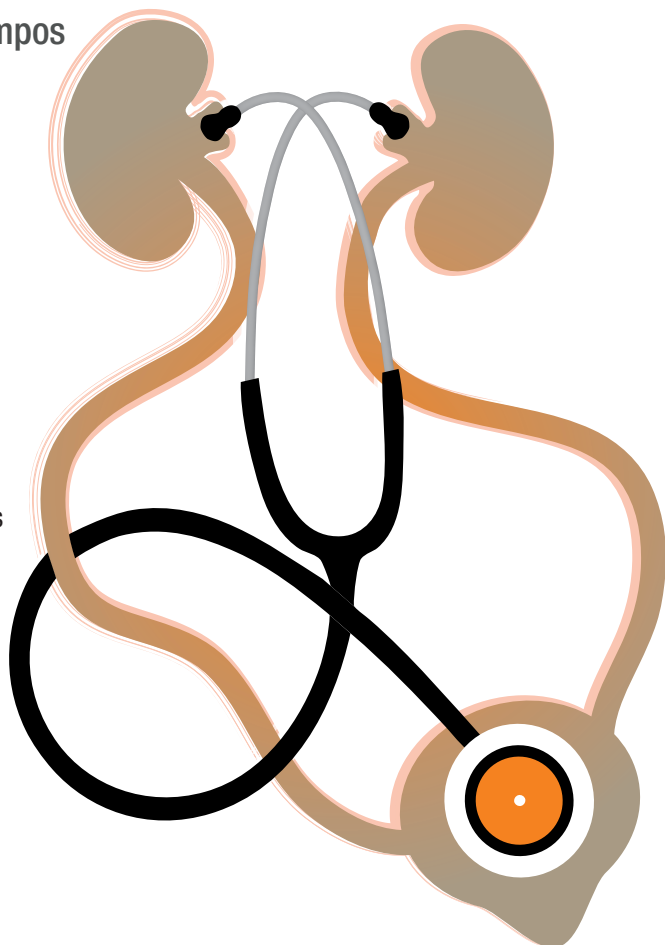
COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidente José Palma dos Reis

APOIO CIENTÍFICO



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTA MARIA
SERVIÇO DE UROLOGIA



Programa Científico

Urologia para Medicina Geral e Familiar



VII Jornadas Temáticas Patient Care

PRESIDENTES DAS JORNADAS

José Palma dos Reis
Tomé Lopes

SECRETÁRIOS-GERAIS

Ricardo Pereira e Silva
Sara Sousa Oliveira

COMISSÃO ORGANIZADORA

Álvaro Nunes

Ana Marinho

Anatoliy Sandul

André Ye

David Martinho

Filipe Abadesso Lopes

Francisco Martins

Helena Correia

Joana Rodrigues

João Lemos Almeida

João Chambino

João Borda

João Felício

João Melo

José Palma dos Reis

Maria Ana Castilho

Miguel Fernandes

Miguel Miranda

Paulo Pé-Leve

Pedro Oliveira

Ricardo Pereira e Silva

Rodrigo Garcia

Sandro Gaspar

Sara Sousa Oliveira

Sérgio Pereira

Tiago Oliveira

Tito Leitão

COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidente: José Palma dos Reis

Carla Gouveia

Carlos Rabaça

Cláudia Silva

Diogo Geadas

Frederico Furriel

Joana Morais

Liliana Fonte

Lúcia Gaiteiro

Rita Sebastião

Rodrigo Garcia

Sara Sousa Oliveira

Tito Leitão

Vera Silva



11 DE ABRIL DE 2024 | 5ª FEIRA

08:00h Abertura do Secretariado

09:00-09:30h **APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS**
Moderadores: José Palma dos Reis e Pedro Fernandes
CO 01 | CO 02 | CO 03

09:30-10:30h **SESSÃO PRÁTICA 1**
COMO INTERPRETAR ESTE PSA?
Moderadores: João Lemos Almeida e Rita Sebastião
Uma mão cheia de cenários distintos
Miguel Miranda e Miguel Fernandes

10:30-11:00h **MESA-REDONDA 1**
GUIA RÁPIDO PARA AS DERIVAÇÕES E DISPOSITIVOS UROLÓGICOS
Moderadores: Diogo Geadas, Helena Correia e João Borda
Aparelho urinário superior
Sérgio Pereira
Aparelho urinário inferior
Carolina Tam
Discussão

11:00-11:30h Intervalo

11:30-11:40h **SESSÃO DE ABERTURA**
José Palma dos Reis, Tomé Lopes, Ricardo Pereira e Silva e Sara Sousa Oliveira

11:40-12:00h **CONFERÊNCIA**
O SERVIÇO DE UROLOGIA DA ULSSM E O PARADIGMA DA SUBESPECIALIZAÇÃO
Moderador: Tito Leitão
Palestrante: José Palma dos Reis

12:00-13:00h **INFEÇÕES URINÁRIAS: NOSE-TO-TAIL**
Moderadores: Ricardo Pereira e Silva e João Brites Pereira
Infeção vs. colonização e as medidas higieno-dietéticas
Inês Peyroteo
Terapêutica imuno-ativa e o papel dos antibióticos
Andreia Bilé
Discussão

13:00-14:30h Almoço

14:30-15:30h

MESA-REDONDA 2

O CANCRO DA PRÓSTATA EM 2024

Moderadores: José Palma dos Reis, Carlos Rabaça e Liliana Fonte

Indicações e técnica da biopsia

João Felício

Tratamento dos tumores localizados

Tiago Oliveira

Terapêutica sistémica para o cancro da próstata e as implicações para a saúde cardiovascular

José Palma dos Reis

(Re-)viver com cancro da próstata e a iniciativa *PCa Goal*

Diogo Carneiro

Discussão



15:30-16:00h

SESSÃO PATROCINADA

MIRABEGROM: UMA DÉCADA DE EVIDÊNCIA

Moderador: Tomé Lopes

Palestrante: Ricardo Pereira e Silva



16:00-16:30h

Intervalo

16:30-17:00h

SESSÃO PRÁTICA 2

COMO INTERPRETAR UM DIÁRIO DA BEXIGA E UMA UROFLUXOMETRIA?

Moderadores: Cláudia Silva, David Martinho e Rodrigo Garcia

O exame e a interpretação em diferentes cenários

Paulo Pé-Leve

Televoto

17:00-18:00h

SESSÃO 1

CASOS CLÍNICOS

Moderadores: Carla Gouveia e Tiago Oliveira

Caso clínico 1

André Branco

Caso clínico 2

Maria Ana Castilho

Caso clínico 3

Joana Rodrigues

Televoto

18:00h

Fim das Sessões do 1º dia



12 DE ABRIL DE 2024 | 6ª FEIRA

08:00h	Abertura do Secretariado
08:30-09:00h	APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS Moderadores: Rodrigo Garcia e Cláudia Silva CO 04 CO 05 CO 06
09:00-10:00h	MESA-REDONDA 3 TRATAMENTO CONSERVADOR E TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA EM MGF Moderadores: Anatoliy Sandul, Sérgio Pereira e Joana Morais HBP Filipe Lopes Incontinência urinária André Ye Disfunção erétil Pedro Oliveira Discussão
10:00-10:30h	MESA-REDONDA 4 RED-FLAGS EM URO-ONCOLOGIA, O QUE FAZER EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS? Moderadores: José Palma dos Reis, Pedro Oliveira e Sara Sousa Oliveira Hematúria Rodrigo Garcia Massa renal Ana Marinho Nódulo do testículo Álvaro Nunes
10:30-11:00h	Intervalo
11:00-12:00h Televoto	SESSÃO II CASOS CLÍNICOS Moderadores: Ricardo Pereira e Silva e Sara Sousa Oliveira Caso clínico 4 João Melo Caso clínico 5 Frederico Portugal Caso clínico 6 João Chambino
12:00-13:00h	SESSÃO PRÁTICA 3 FREQUENTLY ASKED QUESTIONS: TODAS AS QUESTÕES SÃO BEM-VINDAS! Painel: Tomé Lopes, José Palma dos Reis, Ricardo Pereira e Silva, Sérgio Pereira, Tito Leitão e Pedro Oliveira
13:00-13:15h	Encerramento das Jornadas e entrega de prémios

Urologia para Medicina Geral e Familiar



VII Jornadas Temáticas Patient Care

Resumos das Comunicações Orais

CO 01

CISTITE INTERSTICIAL – UM RELATO DE CASO

Maria Branca Cunha; Ana Borges Marques;
Luísa Russo; Rui Jorge Silva
Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A cistite intersticial / “síndrome da bexiga dolorosa” (IC/BPS) é uma patologia pouco prevalente, que apresenta sinais e sintomas similares aos de uma infeção simples do trato urinário (ITU). O diagnóstico é de exclusão, sendo o seu estudo e tratamento realizados em contexto de cuidados de saúde secundários.

Descrição do caso: Mulher de 24 anos, recorre a várias consultas de diferentes tipologias por sintomas compatíveis com ITU, os quais recorrem, apesar dos tratamentos iniciados. Ao exame objetivo, a utente não apresenta alterações de relevo. O estudo analítico e imagiológico exclui a presença de patologia renovesical, indicando, por vezes, bacteriúria. Por recorrência do quadro, a utente foi enviada para cuidados de saúde hospitalares, onde foi submetida a cistoscopia com hidrodilatação vesical, a qual revelou a presença de úlceras de Hunner, e de infiltrado inflamatório, ambos sinais compatíveis com cistite intersticial. Após cistoscopia com hidrodilatação vesical, a utente apresentou alívio sintomático, estando controlada com analgesia em SOS e profilaxia pós-coital.

Comentário: Os médicos de família, como “porta de entrada” do Sistema Nacional de Saúde, devem conhecer a IC/BPS e tê-la presente pois,

embora seja uma patologia pouco prevalente, a IC/BPS deve ser considerada como diagnóstico diferencial em pacientes que apresentem sintomas de ITU recorrentes, sem agente infeccioso e/ou não responsivo ao tratamento.

CO 02

SÍNDROME JUNCIONAL – O PAPEL DA MEDICINA NUCLEAR NA OBSTRUÇÃO

João Duarte; José Pedro Carvalho; Andreia Marques;
Fernando Abreu; Sophia Pintão
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de Santa Cruz

Caso clínico: Doente do sexo feminino, de 51 anos de idade, sem antecedentes pessoais de relevo, recorre múltiplas vezes ao serviço de urgência por dor lombar sem outras queixas acompanhantes, admitindo-se lombalgia mecânica recorrente. Na última avaliação levantou-se a hipótese diagnóstica de doença obstrutiva renal, tendo sido solicitada uma ecografia renal, que revelou uma marcada dilatação pielo-calicial à direita. Em TC subsequente verificou-se a presença de síndrome juncional uretero-piéllica. Neste contexto, foi solicitado um renograma com [99mTc]Tc-MAG3 com prova diurética para avaliação do excreção e função renal.

O renograma evidenciou obstáculo funcionalmente significativo à drenagem no rim direito, sem alterações do perfil funcional à esquerda. A função renal estava ligeiramente diminuída e assimétrica, por hipofunção relativa à direita. Por conseguinte, a doente foi encaminhada

para consulta de Urologia para avaliação de necessidade de intervenção cirúrgica.

Discussão: O Renograma com prova diurética é um exame que permite a avaliação da função absoluta e diferencial e do perfil excretor renal, estando indicado na avaliação ao diagnóstico e/ou seguimento após tratamento de uropatias obstrutivas, nomeadamente em casos de litíase renal ou síndrome juncional, como no presente caso clínico. Adicionalmente, acresce o benefício de ser um exame prontamente disponível e simples, com baixa exposição à radiação.

O radiofármaco de eleição é a mercaptoacetiltri-glicina marcada com Tecnécio-99 metaestável ($[^{99m}\text{Tc}]\text{Tc-MAG3}$) e a prova diurética com furosemida aumenta a sensibilidade deste exame na avaliação da excreção renal e na exclusão de eventual componente obstrutivo associado. Neste caso clínico o renograma permitiu detetar a presença de obstrução funcionalmente significativa à direita e o encaminhamento atempado do doente para a consulta de Urologia.

CO 03

LITÍASE RENAL EM IDADE PEDIÁTRICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Martins; Cláudia Sousa;
Tiago André da Silva Santos; Vânia Oliveira;
Tânia Coelho
USF Vitasaurium

Caso clínico: Menino, 12 anos, IMC 17kg/m², com antecedentes de PHDA e medicado com Metilfenidato 20mg id., recorreu ao SU em maio de 2023 por queixas de dor abdominal supra-púbica com 2 horas de evolução e irradiação lombar bilateral, associando queixas de urgência miccional e poliaquiúria. Ao exame físico apresentava-se nauseado e com dor à palpação abdominal supra-púbica, Murphy Renal negativo bilateralmente. Estudo analítico: sem alterações; tira teste urinária - proteinúria +++ e hematúria +++; sumária de urina - Proteínas 2+; Eritrócitos 3+; Acetona indícios. TC- abdo-

mino-pélvica - microcalcificação na topografia da junção uretero-vesical direita, com 2 mm, que se admite em relação com formação litíasi-ca no excretor. Existe ectasia do bacinete com 17 mm, pelo que os achados favorecem tratar-se de uropatia obstrutiva. Bexiga em moderada distensão, com conteúdo homogéneo. O doente onde permaneceu em internamento durante 1 dia, tendo tido alta hospitalar com prescrição de Tansulosina 0.4mg id e realização de Ecografia Renal dentro de 2-3 semanas.

Após episódio e com informação clínica, a Médica de Família referencia doente para consulta hospitalar de Nefrologia, com prescrição de Ecografia Renal de controlo. Eco Renal - julho de 2023 - Rins em topografia habitual. Sem sinais de uropatia obstrutiva ou imagens seguramente atribuíveis a litíase renal bilateralmente. Bexiga em fraca repleção, sem alterações grosseiras da parede ou do conteúdo.

Em seguimento na consulta de Nefrologia, mantém estudo para factores de risco de litíase renal com estudo analítico sem alterações e urina 24h a revelar - U24H: volume 600ml; TFG 156 mL/1,73m²/min; Oxalúria - 0,67umol/1.73m²/dia (ligeiramente elevado);

Discussão: Com este caso, pretende-se realçar a importância da anamnese e avaliação correta de sintomatologia em caso de queixas urinárias na população em idade pediátrica.

Pretende-se também realçar a litíase renal como patologia passível de ocorrer nesta faixa etária, não sendo um diagnóstico comum, reforçando a necessidade de valorizar queixas como dor supra-púbica com irradiação lombar, que devem alertar para a possibilidade de cólica renal e o doente ser avaliado sobre a necessidade de encaminhamento para o SU ou a prescrição de ECD que permitam confirmar ou descartar esta hipótese de diagnóstico.

Neste caso, uma correta avaliação dos sintomas e posterior realização de TC – abdomi-

no-pélvico permitiu que o doente pudesse ser corretamente tratado em contexto de serviço de urgência.

A posterior análise do caso pelo Médico de Família permitiu a referência para consulta hospitalar são essenciais para descartar fatores de risco para litíase renal, bem como o acompanhamento e aconselhamento do doente acerca de medidas gerais que deve manter a fim de evitar novos episódios agudos.

CO 04

PROSTATITE NO FIM DE CONTAS

Mariana Silva Branco; Ana Andreia Matos;
Carolina Oliveira; Carolina Sotana; Daniela Ribeiro;
Joana Chagas; Margarida Peixoto
USF Jardim dos Plátanos

Enquadramento: A prostatite aguda bacteriana é uma condição incomum e constitui 4% dos casos de prostatite. Ocorre mais frequentemente em homens sexualmente activos com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos. Clinicamente causa dor pélvica, LUTs e pode ainda estar associada a sintomatologia sistémica. Pode surgir no contexto de cistite, uretrite ou outras infeções do tracto urogenital. Muitos doentes com prostatite aguda bacteriana não têm factores de risco identificados. Curiosamente, têm sido identificadas causas traumáticas (ex: ciclismo e montar a cavalo), desidratação, abstinência sexual como causas de prostatite. No entanto, estas causas ainda não foram estabelecidas em estudos robustos. Sexo masculino, 49 anos, leucodérmico e casado. Natural de Linda-a-velha. Trabalha numa seguradora. Sem antecedentes pessoais relevantes e não faz qualquer medicação crónica. Recorreu a uma consulta de doença aguda na USF jardim dos plátanos por quadro com 4 dias de evolução (22/02/2024) de sensação febril não quantificada, dificuldade a urinar, poliúria (+ noturna), urina de coloração escura. Refere desconforto na zona da próstata/região anal. Mialgias e sudorese durante o pico

febril. Nega hematúria, dor lombar, corrimento uretral, alterações da pele do pénis e escroto. Sem outras queixas nomeadamente tosse ou toracalgia. Medicado com paracetamol desde o início do quadro e com ligeira melhoria das queixas à data da consulta. Ao exame objectivo o Murphy renal era negativo bilateralmente. Toque retal não realizado. Assumiu-se um quadro compatível com cistite. Medicou-se com ciprofloxacina 500 mg 12/12h durante 14 dias e pediu-se estudo urinário (urina II + urocultura) para realizar previamente ao início da toma da antibioterapia.

O utente regressa à consulta de doença aguda na USF (26/02/2024) e traz resultado de urina II (22/02/2024) com proteinúria (+), leucocitúria (+++) e hematúria (+) e ainda urocultura com isolamento de *E. coli* produtora de Beta-lactamase sensível a Meropnem, Pipe/tazo e Trimetropim + Sulfametoxazol e resistente a amoxiciclina, cefotaxamina axetil e ciprofloxacina. Tinha cumprido até à data da consulta 4 dias de ciprofloxacina. Do ponto de vista de sintomatologia mantinha dificuldade em urinar e estava apirético. Negava sintomatologia sistémica e sem outras queixas de novo. Fez-se switch da antibioterapia, iniciou co-trimoxazol 800 mg+160 mg 12/12h durante 14 dias e suspende ciprofloxacina. Pediu-se análises com PSA total e livre + IST's e pediu-se ecografias renal, suprarenal e vesical.

O utente envia o resultado analítico via email com PSA total de 21.5ug/L, fez-se teleconsulta de reavaliação (D2 de bactrim) na qual apresentava dificuldade a urinar com ligeira disúria. Apirético sem dor pélvica ou perianal. Realizou estudo das vias urinárias que não revelou qualquer alteração a não ser um aumento do volume da próstata (cerca de 50 cc). Quando questionado refere ter realizado ciclismo com atividade moderada/intensa durante o fim de semana antes do início do quadro clínico. Nesta consulta manteve-se a antibioterapia após discussão do caso com colega de urologia e

otimizou-se terapêutica com indicação para cumprir 30 dias de cotrimoxazol. Para alívio da sintomatologia iniciou solifenacina+tansulosina 6 mg+0,4 mg durante 1 mês e ibuprofeno durante 4 dias. Com indicação ainda para repetir urocultura 15 dias após terminar ATB e PSA total em 3 meses.

A última reavaliação foi realizada no D10 de bactrim e o utente encontrava-se assintomático a cumprir antibioterapia.

Discussão: A abordagem da prostatite aguda bacteriana no homem em MGF perante a ausência de resposta à antibioterapia 1º de linha pode ser uma dificuldade, neste caso a urocultura realizada previamente à toma de antibiótico foi orientadora para determinar a terapêutica a instituir. A abordagem multidisciplinar através da discussão do caso com a equipa de urologia foi orientadora clinicamente em prol de resultados favoráveis e uma resposta em tempo útil.

CO 05

QUANDO TEM DISÚRIA E NÃO É INFEÇÃO URINÁRIA – RELATO DE CASO CLÍNICO

Sara Almeida¹; Andreia Mendes²; Cátia Pinto²

¹ULS Santa Maria - USF D. João V; ²ULS Oeste - USF Gama

Caso clínico: Utente do sexo feminino, 81 anos de idade, com antecedentes pessoais de neoplasia do cego submetida a hemicolectomia direita em junho de 2023 (histologia: adenocarcinoma mucinoso do cólon, pT3N2aM0), tendo cumprido quimioterapia adjuvante com capecitabina até início de janeiro de 2024. Recorreu a consulta aberta (CA) no final de janeiro por queixas de disúria, polaquiúria e urgência miccional; admitida cistite aguda, tendo sido medicada com fosfomicina empiricamente. Por persistência das queixas recorreu novamente a CA duas semanas depois; realizada tira de teste urinária que revelou a presença de leucocitúria e hematúria microscópica, sem nitritos. Foi pedida urocultura e prescrita amoxicilina + ácido clavulânico, que a utente iniciou após colheita

da análise. Por agravamento clínico, caracterizado por febre e lombalgia esquerda, recorreu ao serviço de urgência dois dias depois. Analiticamente apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios com exames culturais negativos. Foi realizada tomografia computadorizada abdómino-pélvica onde se constatou a presença de carcinomatose peritoneal, sem sinais de uropatia obstrutiva. Foi reforçada analgesia e mantida terapêutica antibiótica, com alívio sintomático, pelo que a utente teve alta orientada para Consulta de Oncologia Médica.

Discussão: o cancro colorrectal é o segundo tumor maligno mais frequente em Portugal, sendo que 30 a 40% dos casos apresentam carcinomatose peritoneal em alguma fase da doença. Inicialmente os doentes são assintomáticos; com a evolução da doença, podem apresentar sintomas inespecíficos como dor ou distensão abdominal, náuseas ou perda ponderal. Em casos mais avançados podem evoluir para oclusão intestinal e ascite. As queixas de disúria, apesar de não serem frequentemente descritas na literatura, podem decorrer de implantes peritoneais a nível vesical. Este caso demonstra a importância de uma anamnese cuidada, integrando os antecedentes pessoais do doente, uma vez que esta podem condicionar e orientar o diagnóstico diferencial.

CO 06

MICROHEMATÚRIA – ABORDAGEM EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Diana Carina Silva¹; Duarte Martins Santos²; Amélia Nunes¹

¹USF Gama; ²USF Arandis

Introdução: No contexto do seguimento de utentes em cuidados de saúde primários (CSP), a microhematúria trata-se de um achado frequente nas análises de urina. Esta consiste na presença de ≥ 3 eritrócitos por campo no sedimento urinário, sem presença de hematúria macroscópica. Apesar de na maioria dos casos estar associada a patologias benignas e ser

transitória, pode ser um sinal de doença grave. O médico de família tem um papel chave na abordagem da microhematúria, devendo guiar a sua atuação pela melhor evidência científica.

Objetivos: Estabelecer linhas orientadoras na avaliação clínica da microhematúria em adultos nos CSP.

Material e métodos: Revisão baseada na pesquisa bibliográfica de livros de texto, guidelines e artigos de revisão publicados em bases de dados científicas, em língua inglesa e portuguesa, nos últimos 10 anos, utilizando o termo MeSH “Hematuria”.

Resultados e conclusões: As principais causas de microhematúria são secura/atrofia vaginal, prolapso de órgãos pélvicos, infeções do trato urinário (ITU), hipertrofia benigna da próstata (HBP), litíase urinária, nefropatias, doenças hematológicas e neoplasias das vias urinárias.

A adequada gestão de um achado de microhematúria deve ter por base a história clínica do utente, nomeadamente, a existência de fatores de risco para doença maligna, a saber: idade (> 40 anos nos homens e > 50 anos nas mulheres); sexo masculino; história de tabagismo (> 10 UMA); patologia urológica prévia; sintomas urinários de armazenamento; ITU de repetição; história de exposição a produtos químicos ou corantes, radioterapia pélvica ou quimioterapia; e história familiar de cancro urotelial ou síndrome de Lynch.

A existência concomitante de outras alterações do sedimento urinário poderá direcionar a investigação para causas como ITU ou patologia glomerular. Quando o restante sedimento urinário é normal, a realização de avaliação complementar, como análises sanguíneas, citologia urinária, radiografia simples do abdómen e ecografia renal, vesical e prostática (quando aplicável), poderá ajudar a estabelecer a provável causa da microhematúria.

Neste trabalho, propõe-se um algoritmo de abordagem à microhematúria nos CSP, levando em consideração dados da história clínica e os

resultados de toda a avaliação complementar realizada.

Assim, espera-se contribuir para uma melhor gestão deste sinal clínico por parte do médico de família, ajudando a diferenciar que situações clínicas podem ser geridas nos CSP e quais carecem de referenciação para uma consulta de especialidade hospitalar.



Urologia para Medicina Geral e Familiar



VII Jornadas Temáticas Patient Care

Resumos dos Posters

PO 01

HÁ MALES QUE VÊM POR BEM – RELATO DE CASO CLÍNICO DE HEMATÚRIA

Miguel Bhatt Ambaram; Joana Abrantes;
Nelson Calado; Inês Cruz Franco; Luís Palma
USF Alvalade, ULSSM

Caso clínico: Mulher de 88 anos, com antecedentes pessoais relevantes de Hipertensão Arterial e Dislipidemia, medicada com olmesartan 20 mg + amlodipina 5 mg e sinvastatina 20 mg, parcialmente autónoma nas atividades de vida diária, recorre à consulta no Centro de Saúde para mostrar o resultado de exames realizados, nomeadamente avaliação analítica, que não apresentava alterações e eletrocardiograma, que evidenciou presença de Fibrilhação Auricular aparentemente de novo, tendo a utente ficado com a indicação de iniciar terapêutica anticoagulante com rivaroxabano 20 mg.

A utente regressou à consulta no Centro de Saúde 2 semanas depois, referindo episódio de hematúria coincidente com o início da anticoagulação, tendo, todavia, a hematúria cessado após a suspensão do rivaroxabano. Nesse contexto foram prescritos exames complementares de diagnóstico, nomeadamente análise sumária de urina, que evidenciou a presença de eritrocitúria com 300 glóbulos vermelhos/campo e ecografia renal e vesical, que revelou a presença de “um esboço noduliforme heterogéneo que ronda os 74 mm, ocupando o polo superior do rim esquerdo”. Nesse sentido, pediu-se uma TC abdomino-pélvica urgente e referenciou-se a utente para consulta externa de Urologia.

Discussão: As principais causas de hematúria em adultos devem-se a infeções do trato urinário, neoplasias urológicas (nomeadamente neoplasia maligna da bexiga), hiperplasia benigna da próstata e litíase urinária.

Deste modo, na presença de hematúria é fundamental realizar-se uma avaliação imagiológica do trato urinário superior e inferior para esclarecimento etiológico do quadro de hematúria.

No caso clínico anteriormente descrito, verificou-se presença de hematúria apenas posteriormente ao início da anticoagulação, achado frequente em utentes que iniciam fármacos desta classe terapêutica. Todavia, apesar desta correlação é também importante investigar e excluir outras etiologias de hematúria mais frequentes, anteriormente descritas.

Assim, este caso clínico vem, pois, demonstrar a importância de não relativizar a hematúria, em doentes sob terapêutica anticoagulante.

PO 02

HEMATÚRIA, A IMPORTÂNCIA DA ECO RENAL E VESICAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Luís Malheiro Martins; Cláudia Sousa;
Tiago André da Silva Santos; Vânia Oliveira;
Tânia Coelho
USF Vitasaurium

Caso clínico: Mulher, 74 anos, autónoma, com antecedentes de fibrilhação auricular, hipertensão, dislipidemia, gota, perturbação depressiva, neoplasia da tiróide com lobectomia e insuficiência cardíaca com fração de ejeção

preservada; Medicação habitual - Apixabano 5 mg bid; Sacubitril-valsartan 49/51 mg 1/2 + 1/2 ; Dapaglifozina 10 mg id; Bisoprolol 2.5 mg id; Furosemida 40 mg id; Rosuvastatina 20 mg id; Ezetimiba 10 mg id; Alopurinol 100 mg id; Levotiroxina 0.088 mg id; Quetiapina 25 mg id; Alprazolam 0.5 mg bid; Venlafaxina 75 mg id; Colecalciferol 1x/mês.

Vem a consulta aguda em janeiro de 2024 por quadro de hematúria discreta com 1 mês de evolução e queixas associadas de disúria e poliaquiúria na última semana. Ao exame objetivo apresenta-se apirética, exame abdominal sem alterações. Faz tira-teste urinário – sangue +++; leucócitos +; proteínas +; glucose ++. Decide-se por realização de Urocultura com prescrição de Fosfomicina 3000 mg para toma após colheita de urina para exame complementar de diagnóstico (ECD) e prescrição de ecografia renal e ecografia vesical.

A utente regressa para consulta programada 12 dias após consulta inicial, referindo melhoria das queixas de disúria e poliaquiúria após toma de Fosfomicina, traz também resultado de Urocultura sem isolamento de microrganismo e de Ecografia Renal com a informação constante - No rim direito há um nódulo hiperreflectivo medindo 7 mm, sugerindo a angiomiolipoma. No rim esquerdo há um nódulo hiperreflectivo medindo 10mm, sugestivo de angiomiolipoma; Ecografia vesical - Na parede direita da bexiga observamos formação vegetante medindo 27 mm, sugestivo de neoplasia.

A utente foi, então, informada do resultado de ECD e da necessidade de referenciação para consulta de Urologia que compreendeu e aceitou. Em fevereiro de 2024 a utente foi observada em consulta hospitalar, tendo sido orientada para realização de Cistoscopia para avaliação de formação vegetante.

Discussão: Este caso, realça a importância da realização da Ecografia Renal, bem como de Ecografia Vesical no contexto de hematúria macroscópica arrastada, mesmo que com apre-

sentação de sintomatologia compatível com infeção do trato urinário (ITU).

A ITU é uma das patologias mais frequentes em consulta de cuidados de saúde primários (CSP), sendo hematúria um sinal associado frequente, este facto pode levar a que o médico de medicina geral e familiar possa valorizar esta sintomatologia como comum, descartando outras hipóteses de diagnóstico. Evidencia-se a importância de ter sido realizada uma anamnese completa e exploração dos sintomas e duração para um correto e célere diagnóstico.

A brevidade com que foi possível a utente passar a ter seguimento em consulta da especialidade deveu-se ao recurso à Ecografia e será previsível um tratamento em menor tempo útil, que beneficia a vida da utente.

PO 03

TUBERCULOSE ESCROTAL APÓS TRATAMENTO DE NEOPLASIA VESICAL COM BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN

Marta Portugal; Mariana Braga; Mariana Mendes; Susana Borda
USF Delta

A terapêutica com bacilo de Calmette-Guérin (BCG) é uma opção no tratamento dos tumores uroteliais não músculo invasivos da bexiga. Associa-se a uma redução da taxa de recidiva e progressão, no entanto implica vigilância dos possíveis efeitos secundários.

Apresenta-se o caso de um utente do sexo masculino, 46 anos, com Hiperplasia Benigna da Próstata, submetido a Ressecção transuretral prostática (RTU-P) em janeiro 2020. Neste contexto, realizou biópsia vesical com diagnóstico de carcinoma urotelial *in situ*, sendo submetido a Ressecção Transuretral-Vesical (RTU-V) e quimioterapia intravesical. Considerando a evolução, optou-se por iniciar terapêutica com imunoterapia intravesical com BCG.

Em abril de 2022, iniciou quadro de dor e sinais inflamatórios no testículo direito, que associou ao uso de cinta lombar. Foi admitida a

hipótese diagnóstica de Orquiepididimite de causa traumática e realizou tratamento sintomático. Por persistência dos sintomas realizou ecografia escrotal que mostrou epididimite e abscesso de 44x53 mm. No contexto de vigilância oncológica realizou tomografia computadorizada toracoabdominopélvica, que evidenciou imagens necróticas/líquidas e áreas periféricas captantes, ao longo do canal inguinal e escroto direito. Colocou-se assim a hipótese de lesão de tuberculose após tratamento com BCG, e foi realizada punção escrotal ecoguiada, enviada para avaliação cultural, com pesquisa de DNA de micobactérias positivo. Confirmada a etiologia, iniciou terapêutica com tuberculostáticos. Este caso, para além de se destacar por ser um evento incomum, realça o papel do médico de família (MF) no acompanhamento longitudinal do utente e a importância da colaboração entre especialidades. O MF deve conhecer os efeitos adversos das terapêuticas utilizadas, estando atento na vigilância longitudinal que realiza ao doente, para sinais e sintomas de alarme. Da mesma forma o MF assume uma relevante importância na colaboração com as especialidades hospitalares, de forma a agilizar a investigação diagnóstica de forma mais eficaz. Assim, a vigilância dos doentes em colaboração, com comunicação entre especialidades, será uma mais valia para os utentes.

PO 04

ITU QUE NÃO VEM SÓ

Mariana Silva Branco; Ana Andreia Matos

USF Jardim dos Plátanos

Enquadramento: A cistite aguda é uma das ITU's mais frequentes, que atinge principalmente as mulheres sexualmente ativas em idade fértil. A infeção é geralmente ascendente desde a região perimeato uretral, vagina e flora fecal. A apresentação clínica consiste na presença de sintomatologia urinária baixa («LUTS») do tipo irritativo, tais como: disúria, frequência e urgência. Dor supra púbica, hematúria e urina turva e

de odor intenso são também sintomas comuns. A infeção da uretra pode ser classificada em dois grupos: causada pela *Neisseria gonorrhoea* ou por outros microorganismos (*Ureaplasma*, *Mycoplasma*, *Chlamydia*, *Trichomonas* e *Herpes* simples vírus). A maioria das uretrites fazem parte das doenças sexualmente transmissíveis (DST). A infeção por *Chlamydia trachomatis* é a infeção sexualmente transmissível mais reportada na Europa. e está associada à doença inflamatória pélvica (DIP) e as suas complicações podem ser infertilidade, gravidez ectópica (GE) e dor pélvica crónica (DPC). A infeção por *Chlamydia trachomatis* é maioritariamente assintomática (70 a 80% das mulheres infetadas) e está associada a sequelas importantes se não for identificada e tratada.

Sexo feminino, 32 anos, leucodérmica, solteira. Natural de Linda-a-Velha a residir sozinha. Com antecedentes pessoais de síndrome depressiva e fumadora, medicada habitualmente com alprazolam 0,5 mg e etinilestradiol + levonorgestrel, 0,02 mg + 0, 1 mg.

Recorreu à consulta de doença aguda na USF por quadro de pielonefrite observada em contexto do serviço de urgência no Hospital São Francisco Xavier e medicada com amoxicilina/ac.clavulânico, trazia resultado de urocultura com isolamento de *E.coli* multisensível apenas resistente a amoxicilina/ác.clavulânico por manter queixas compatíveis com cistite aguda não complicada nesta consulta fizemos o *switch* da antibioterapia, passando a fazer nitrofurantoina.

Regressou em consulta de doença aguda 1 mês depois com queixas de hematúria franca, disúria, dor supra-púbica mas sem febre, lombalgia ou outros sintomas acompanhantes. A utente estava a fazer nitrofurantoina por iniciativa própria desde há 4 dias antes de vir a esta consulta sem melhoria clínica. Medicou-se com norfloxacina e urispas e pediu-se ecografia renal e supra-renal.

Voltou em consulta de doença aguda, referia

que por queixas sobreponíveis à consulta anterior terão motivado nova ida ao SU HSF, neste serviço de urgência assumiu-se o diagnóstico de ITU e foi medicada com ciprofloxacina. À data da consulta na USF apresentava apenas ligeira melhoria clínica e optou-se por encaminhar para a consulta de urologia (ALERT) e pediu-se urocultura para realizar após terminar antibioterapia. A destacar que não tinha realizado ainda ecografia renal e suprarrenal.

Regressa 1 mês após a última consulta e referia manter desconforto pélvico, com corrimento muco-purulento e amenorreia (trazia bHCG negativa). Com agendamento de consulta de urologia em 10 dias. Referia também medo de doença sexualmente transmissível, por ter descoberto que o atual parceiro tinha uma vida dupla desde há vários meses (relações sexuais não protegidas). Neste contexto pediu-se análises com serologias para exclusão de ISTs, exsudado vaginal, pesquisa de *Neisseria Gonorrhoeae* e PCR urina para pesquisa de *Chlamydia trachomatis* e repetia também a urocultura. Na consulta subsequente veio mostrar resultado de exames com resultado positivo para *Chlamydia trachomatis*, restantes exames analíticos e exsudados negativos. Com indicação para tratamento com azitromicina 1 g e em simultâneo tratamento do parceiro sexual que se encontrava assintomático foi recomendado o uso de preservativo. Posteriormente a utente foi à consulta de Urologia e encontrava-se assintomática, com ecografia renal e supra-renal sem alterações. Teve alta desta consulta.

Discussão: O médico de família pelo seu contacto próximo com a população confronta-se com múltiplas situações desviantes da normalidade. É importante conhecê-las e orientá-las atempadamente, assim como toda a sua abrangência. Neste sentido é fundamental realizar uma história clínica abrangente de forma a reconhecer patologias atempadamente e evitar complicações das mesmas a longo prazo. As IST traduzem inerentemente falhas no Planea-

mento familiar e põem em evidência o investimento em saúde que deve ser direcionado para esta área.

- Bibliografia: - *Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021 Jul 23;70(4):1-187.*
- LeFevre ML, U.S. Preventive Services Task Force. *Screening for Chlamydia and gonorrhea: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement.* *Ann Intern Med.* 2014;161(12):902-10.
- Schaeffer A. *Infections and inflammations of the genitourinary tract.* In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, editors. *Campbell's Urology. 8th ed. Vol 1: Philadelphia: WB Saunders;* 2002. p. 513-90.
- Nguyen HT. *Bacterial Infections of the Genitourinary Tract.* In: Tanagho EA, McAninch JW, editors. *Smith's General Urology. 16th ed. New York: McGraw-Hill;* 2004. p. 203-28.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia – infecções sexualmente transmissíveis e endocervicites e DIPs;
- Low N. *Screening programmes for chlamydial infection: when will we ever learn?* *BMJ.* 2007;334(7596):725-8.

PO 05

SÍNDROME DA JUNÇÃO PIELO-URETERAL – UM CASO DE HTA SECUNDÁRIA

Ana Catarina Correia; Madalena Neto; Lucília Martinho
USF Camide Quer

Caso clínico: Descreve-se o caso de um jovem de 32 anos, atleta de alta competição, sem antecedentes pessoais relevantes e sem medicação habitual. Em consulta de vigilância de Medicina Geral e Familiar foi diagnosticado com hipertensão arterial estadio II. Para exclusão de hipertensão da bata branca, foi solicitado um MAPA 24h que confirmou o diagnóstico de hipertensão arterial sistólica diurna estadio I e hipertensão sistólica-diafólica noturna estadio I, com perfil não-dipper. Neste contexto, foi medicado com enalapril, que não tolerou por cefaleia, com resolução após suspensão do fáрма-

co, tendo sido substituído por amlodipina. Como estudo complementar realizou ECG com prova de esforço com resposta cronotópica normal e ecocardiograma transtorácico sem alterações de relevo. Avaliação analítica sem alterações a destacar. Ecografia renal com suspeita de estenose da artéria renal, não sendo possível a sua confirmação, tendo sido sugerida investigação adicional por métodos imagiológicos adicionais. Neste contexto, foi solicitado ecodoppler renal que revelou assimetria das dimensões renais (RD 105 mm, RE 130 mm) e “rim direito com lobulações dos contornos, com áreas focais de redução de espessura cortical, com ectasia pielocalicial ligeira a moderada, abaulamento dos cálices, sem dilatação do ureter, podendo traduzir síndrome juncional / anomalia da JUP”. **Discussão:** A síndrome juncional é uma patologia congénita ou adquirida, sendo mais frequente em idade pediátrica. Resulta da obstrução (parcial ou total intermitente) na junção pelo-ureteral. A etiologia congénita pode associar-se a alterações anatómicas (ex: alterações vasculares como artéria renal inferior acessória ou aberrante) ou distúrbios funcionais ureterais (ex: hipoplasia ureteral). As causas adquiridas mais frequentes são a neoplasia ou fibrose secundária à manipulação cirúrgica do ureter. Afeta predominantemente indivíduos do sexo masculino, sendo a sua manifestação inicial mais frequente a hidronefrose diagnosticada no período pré-natal. Quando não diagnosticada neste período, pode manifestar-se por dor no flanco, náuseas, vômitos ou hematúria e constitui um fator de risco para o desenvolvimento de litíase renal e hipertensão arterial. Dada a ausência de fatores sugestivos de uma etiologia adquirida neste caso clínico, a apresentação tardia pode justificar-se com uma evolução insidiosa da obstrução, condicionando o aumento gradual do volume de urina retido no aparelho renal, permitindo a adaptação dos tecidos do bacinete ao elevado volume de forma indolor. Dada a baixa incidência desta síndrome em ida-

de adulta, considero este caso importante para sensibilizar os médicos para este diagnóstico como possível causa de hipertensão secundária. Cabe geralmente ao médico de família orientar o doente no processo diagnóstico e terapêutico, gerindo a articulação com as especialidades hospitalares.

PO 06

DIAGNÓSTICO DE UM, PROBLEMA DE OUTRO

Diana Carina Silva¹; Duarte Santos²; Amelia Nunes¹

¹USF Gama; ²USF Arandis

Caso clínico: Utente do sexo masculino, 20 anos de idade, sem antecedentes pessoais de relevo nem alergias medicamentosas conhecidas.

Em janeiro de 2023, recorreu a consulta com a médica de família (MF), relatando ter um relacionamento com uma mulher a quem foi detetada infeção por HPV no final de 2022. Refere que, por se sentir muito preocupado com a possibilidade de transmissão da infeção, iniciou dificuldades na ereção aquando das relações sexuais. Consultou urologista a nível particular, que recomendou a realização de avaliação analítica com doseamentos hormonais. Ao exame físico não se identificaram alterações.

Em junho de 2023, regressa a consulta com MF, onde mostra resultados hormonais sem alterações de relevo. Refere que se tem sentido bastante deprimido, razão pela qual terminou a relação amorosa e abandonou o curso universitário. Consultou psiquiatra a nível particular e iniciou bupropiom, com o qual se diz sentir melhor psicologicamente. Em consulta de Urologia, iniciou tadalafil com melhoria parcial das queixas, tendo sido assumido o diagnóstico de disfunção erétil (DE) psicogénica.

Posteriormente, realizaram-se várias consultas telefónicas e por e-mail com o utente e com a mãe, por pretenderem repetição de análises, dada a preocupação com a situação. Tranquilizou-se quanto a ausência de componente orgânica de DE.

Em janeiro de 2024, retorna a consulta com MF,

afirmando ter retomado projetos profissionais e encontrar-se mais estável a nível psicológico. Dado manter queixas de DE, irá iniciar psicoterapia e foi feita referenciação a consulta de Sexologia, cuja marcação aguarda.

Discussão: A infeção por vírus do papiloma humano (HPV) é a infeção sexualmente transmissível (IST) mais frequente no mundo. A introdução da citologia cervico-vaginal associada à pesquisa de HPV, no âmbito do rastreio do cancro do colo do útero, permite diagnosticar um maior número de mulheres infetadas.

Neste caso clínico, é possível constatar que o diagnóstico de infeção por HPV na mulher teve repercussões com significativo impacto funcional na vida do seu companheiro.

Assim, pretende-se demonstrar a importância de informar as utentes e os seus parceiros acerca das implicações deste diagnóstico, das formas de prevenção de transmissão desta IST e da relevância da vacinação.

Salienta-se também a importância de estabelecer uma boa relação médico-doente, que permita aos utentes sentirem-se à vontade para falar acerca de problemas do foro sexual com o seu MF, a fim de que a disfunção erétil seja abordada de forma adequada e atempada em todas as faixas etárias.



Urologia para Medicina Geral e Familiar



VII Jornadas Temáticas Patient Care

APOIO CIENTÍFICO



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTA MARIA

SERVIÇO DE UROLOGIA

MAJOR SPONSOR



SPONSORS



A. MENARINI PORTUGAL

accord
We make it better

BiCwise
Pharmaceuticals

Endotécnica
Grupo MICRO-TECH

imunotek
energia de imunologia
Portugal

IPSEN
Innovation for patient care

**Johnson
& Johnson**
Innovative
Medicine

life well
PHARMACEUTICAL
& HEALTHCARE

medinfar
LABORATORIO

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO

admedic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C Sala 3 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10 (chamada para a rede fixa nacional)
E: paula.cordeiro@admedic.pt
W: www.admedic.pt