XIX SIMPÓSIO APU 2026

29 out – 01 nov

Eurostars Oasis Plaza

Figueira da Foz

UROLOGIA CENTRADA NO DOENTE

LIVRO DE RESUMOS

ABSTRACTS BOOK

COMUNICAÇÕES ORAIS

Dia 29 outubro | 17:30-18:30 h

Moderadores: António Patrício e Diogo Pereira
CO 01 – CO 09 *(Sala Plenária)*

CO 01

Cancelado

CO 02

ONE-STAGE INFLATABLE PENILE PROSTHESIS AND TACHOSIL-ASSISTED CORPOROPLASTY FOR PEYRONIE'S DISEASE: TWO CASES AND A FOCUSED REVIEW

Joao Chambino[1]; Rita Marques[2]; João Melo[1]; Joana Rodrigues[1]; André Ye[1]; Rodrigo Duarte[1]; Anatoliy Sandul[1]; José Palma dos Reis[1]
[1]Centro Hosp.de Lisboa Norte, EPE / Hosp. de Santa Maria
[2]IPO Coimbra

Introduction & Objectives: In Peyronie's disease with erectile dysfunction refractory to pharmacotherapy, penile prosthesis implantation with adjunctive straightening is guideline-supported. Severe or multiplanar deformities often require more than cylinder placement or modelling. A contemporary systematic review included 15 studies and 697 men evaluating strategies to optimise outcomes after inflatable penile prosthesis surgery; collagen-fleece/TachoSil techni-ques corrected mean/median curvatures of 64.8-75° to complete straightness in 80-88%, with no residual curvature >20°. We report two cases and a focused literature review.
Materials & methods: Two men with Peyronie's disease, vasculogenic erectile dysfunction, and sexual limitation underwent penile Doppler, induced erection assessment, and one-stage inflatable penile prosthesis implanta-tion with plaque incision/corporoplasty and TachoSil sealing. Deformity, operative strategy, complications, and early outcomes were reviewed against published evidence.
Results: Case 1 was a 61-year-old man with a 10-cm penis, right curvature of 50°, focal right tunical plaque and arteriogenic erectile dysfunction. He underwent Coloplast Titan implantation with right sis was activated at six weeks.
Case 2 was a 55-year-old diabetic man with sildenafil-refractory erectile dysfunction, a 13-cm penis and complex curvature: dorsal 70° and left 60°. Doppler showed a non-calcified 19-mm septal plaque and arteriogenic pattern. Through an infrapubic approach, a Coloplast inflatable prosthesis was implanted with 18-cm bilateral cylinders, 70-cc reservoir, plaque exposure, double-Y dorsal corporoplasty and TachoSil sealing. Early penoscrotal haematoma/oedema improved conservatively. At *follow-up*, the prosthesis was activated, with no infection/inflammation or device dysfunction, and patient-reported satisfaction.
Conclusions: This experience supports one-stage inflatable penile prosthesis plus TachoSil-assisted corporoplasty as an evidence-aligned option for selected men with Peyronie's disease, vasculogenic erectile dysfunction, and severe/complex curvature. Compared with published series, our cases fall within the curvature spectrum in which cylinder placement alone is unlikely to be sufficient and adjunctive incision/grafting is justified. TachoSil should be framed as a sealing/grafting adjunct to implant surgery, not as a stand-alone Peyronie's therapy. Larger series with objective residual curvature, validated satisfaction, and length outcomes are needed.

CO 03

FATORES PREDITORES DE STONE-FREE APÓS NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA

André Rego; Marta Ferreira; Barbara Figueiredo; Tiago Sousa; Joana Melo; Roberto Jarimba; Arnaldo Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / HUC

Introdução: A nefrolitotomia percutânea (NLPC) constitui o tratamento de eleição para a litíase renal de grandes dimensões e/ou elevada complexidade, nomeadamente para os cálculos coraliformes. A taxa de *stone-free* (SF) permanece um dos principais indicadores de eficácia terapêutica, sendo influenciada por múltiplos fatores relacionados com o doente e com as características da litíase.

Objetivos: Determinar a taxa de SF após um único procedimento de NLPC e identificar os respetivos fatores preditores, caracterizando adicionalmente as complicações perioperatórias e o tempo de internamento.

Material e métodos: Estudo retrospetivo unicêntrico que incluiu todos os doentes submetidos a NLPC entre 2022 e 2025. Foram registadas variáveis demográficas (idade, sexo e índice de massa corporal), características da litíase (maior eixo do cálculo, número de cálculos, localização, morfologia coraliforme e densidade em unidades de Hounsfield [UH]) e antecedentes pessoais (hipertensão arterial, diabetes mellitus e terapêutica anticoagulante/antiagregante).

O *endpoint* primário foi a taxa de SF após um único procedimento, definida como ausência de litíase residual ou presença de fragmentos residuais inferiores a 4 mm, avaliada por tomografia computorizada ou por ecografia associada a radiografia simples do aparelho urinário, na consulta pós-operatória. Os *endpoints* secundários foram as complicações durante o internamento e aos 30 dias, classificadas segundo Clavien-Dindo, e o tempo de internamento.

Foram utilizados os testes de Mann-Whitney, qui-quadrado ou exato de Fisher, bem como regressão logística multivariada. Considerou-se estatisticamente significativo um valor de $p<0,05$.

Resultados: Foram incluídos 63 doentes (60,3% do sexo feminino; idade média 57,3±12,0 anos), com litíase predominantemente complexa: 77,8% apresentavam cálculos coraliformes e 57,1% envolvimento de três ou mais grupos caliciais. A taxa global de SF após um único procedimento foi de 49,2%.

Na análise univariada, três fatores apresentaram associação significativa com o SF: o maior eixo do cálculo (mediana 35 vs. 40 mm; p=0,030), o número de grupos caliciais envolvidos (SF em 83% dos casos com envolvimento de um único grupo, 40% com dois grupos e 42% com três ou mais; p=0,031) e a densidade do cálculo (mediana 636 vs. 900 UH; p=0,008). As restantes variáveis — idade, sexo, IMC, número de cálculos, morfologia coraliforme, número de acessos, hipertensão arterial, diabetes mellitus e terapêutica anticoagulante/antiagregante — não atingiram significância estatística.

Na regressão logística multivariada, incluindo os três fatores significativamente associados ao SF na análise univariada, a densidade do cálculo manteve-se como preditor independente de SF (OR 0,996 por UH; IC95% 0,993–0,999; p=0,006), correspondendo a uma redução aproximada de 33% nas *odds* de SF por cada aumento de 100 UH. O tamanho do cálculo (p=0,080) e o número de grupos caliciais envolvidos (p=0,055 e p=0,059) apresentaram apenas uma tendência para associação.

Registaram-se complicações em 14,3% dos doentes durante o internamento, todas Clavien-Dindo I–II, sem complicações de grau ≥III, e em 6,3% aos 30 dias, todas Clavien-Dindo II. Não se verificou associação significativa entre a ocorrência de complicações e as variáveis analisadas, incluindo a terapêutica anticoagulante/antiagregante (50% vs. 12%; p=0,094).

O tempo mediano de internamento foi de 2 dias, sendo significativamente superior nos doentes que apresentaram complicações (p<0,0001) e nos doentes que não atingiram SF (p=0,003). Não se verificou associação significativa entre o tempo de internamento e o tamanho do cálculo, a idade ou o número de acessos.

Discussão/Conclusões: Numa coorte constituída predominantemente por doentes com litíase renal complexa, a NLPC apresentou uma taxa de SF de 49,2% após um único procedimento, associada a baixa morbilidade e a um predomínio de complicações minor. O tamanho do cálculo, o número de grupos caliciais envolvidos e a densidade do cálculo associaram-se significativamente ao SF na análise univariada, mantendo-se a densidade como o único preditor independente na análise multivariada.

Estes resultados reforçam a relevância das características pré-operatórias da litíase na previsão do sucesso da NLPC e poderão contribuir para um planeamento mais individualizado do procedimento.

CO 04

SECOND-LOOK TURBT AS A DYNAMIC RISK UPDATE FOR 1-YEAR RECURRENCE IN NMIBC: AN EXPLORATORY ANALYSIS BEYOND STATIC EAU RISK STRATIFICATION

Cláudia Fernandes; Isabel Calejo;
Luís Vale[1]; João Silva; Raphaël F. Canadas
[1]Centro Hospitalar de S. João, EPE
[2]RISE Health – Faculdade de Medicina da Univ. do Porto

Introduction: Current guidelines stratify the risk of recurrence and progression in non-muscle-invasive bladder cancer (NMIBC) using validated static risk scores. EAU 2021 estimates progression risk, not recurrence, and does not incorporate pathological information from 2nd-look transurethral resection (TURBT), despite evidence that this procedure provides important prognostic information. We hypothesized that 2nd-look TURBT acts as a dynamic update of the initial risk assessment rather than merely a staging procedure. The main goal is to evaluate whether a 2nd- look pathology provides further incremental value as a dynamic update to the baseline.

Materials and methods: We collected a prospective single-centre cohort of primary NMIBC patients; those undergoing 2nd-look TURBT were included in a landmark analysis at restaging, including patients' event-free status at that point. The institutional ethics committee approved this study (33/2022, 84/2025). Baseline predictors (CIS and tumour size (≥3cm)) were selected by univariable screening in the overall cohort (n=49), after exclusion of collinear variables. EAU 2021 (validated for progression, but widely used in practice as a general risk-communication proxy, including for recurrence counselling) was used as the static comparator, with low/intermediate categories merged due to near-complete separation. Second-look result (negative vs. positive) was then added to each baseline in nested logistic regression models. The main endpoint is bladder recurrence at 1 year. We used logistic regression; discrimination and fit were assessed by AUC, AIC, and the likelihood-ratio test in the same landmark sample. Results were reported with 95% confidence intervals (95% CI), and statistical significance was defined as p >0.05.

Results: Of 126 patients, 49 had primary NMIBC and completed 1-year follow-up; 42 underwent 2nd-look TURBT and were included in the landmark analysis, of whom 13 (31.0%) recurred. Second-look result was the strongest univariable predictor of recurrence (OR 4.47, 95%CI 1.09-18.37, p=0.038). CIS and tumour size showed weaker but consistent univariable associations (OR 4.08, p=0.040; OR 3.93, p=0.103, respectively). The clinicopathological model (CIS and size) showed higher discrimination than the EAU alone (AUC 0.668 vs. 0.611, AIC 56.0). Adding 2nd-look to this model has improvements (AUC 0.707, AIC 54.0, p=0.271). However, the dynamic model with EAU and 2nd-look showed even higher discrimination (AUC 0.704, AIC 55.1, likelihood-ratio p=0.088).

Conclusions: In this preliminary, hypothesis-generating analysis, p-values did not reach statistical significance, likely reflecting the low number of events; nevertheless, the 2nd-look result showed the strongest association with recurrence, and the dynamic model showed higher discrimination than static EAU 2021 stratification. The dynamic model may serve as a complementary tool, refining EAU-based baseline risk at the time of 2nd-look TURBT rather than replacing it, offering a two-step framework for individualised surveillance planning. With few events across nested models, overfitting risk is non-trivial, and findings require external validation before informing surveillance strategies.

CO 05

URETRORRAGIA E BILATERALIDADE DA LESÃO DOS CORPOS CAVERNOSOS COMO PREDITORES DE LESÃO URETRAL NA FRATURA PENIANA: ANÁLISE DE UMA SÉRIE RETROSPECTIVA

Mateus Afrânio Von Ancken Garcia; Douglas Brecci Zaccariotto; João Guilherme Brunca; João Gabriel Oliveira Doro; Mateus Camiliotti Longhi; Felipe Sandoval do Carmo; Felipe Falero Albano; Andre Luis Rapaci Finotti Filho; Miguel Reboucas; Roni de Carvalho; Fernandes; Luís Gustavo Morato de Toledo
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Introdução: A fratura peniana é uma emergência urológica que resulta da ruptura da túnica albugínea dos corpos cavernosos e pode associar-se a lesão uretral. A identificação de sinais clínicos associados à lesão uretral pode contribuir para o

diagnóstico, estratificação de risco e planejamento da abordagem cirúrgica.
Objetivo: Avaliar a associação entre uretrorragia e lesão uretral em doentes com fratura peniana e determinar o valor da bilateralidade da lesão dos corpos cavernosos na identificação de lesão uretral associada.
Material e métodos: Estudo observacional, retrospectivo e unicêntrico, incluindo doentes com diagnóstico de fratura peniana entre janeiro de 2017 e maio de 2025. Após exclusão de registos clínicos incompletos, foram analisados 50 doentes. Foram avaliadas variáveis clínicas à admissão, incluindo uretrorragia, hematúria, retenção urinária e lateralidade da lesão. A presença de lesão uretral foi confirmada intraoperatoriamente.
Foram construídas tabelas de contingência 2×2 para cálculo de odds ratio (OR), sensibilidade, especificidade e valores preditivos, com intervalos de confiança de 95%. Considerou-se estatisticamente significativo p<0,05.
Resultados: Dos 50 doentes, 14 (28%) apresentaram lesão uretral associada. A uretrorragia esteve presente em 10 dos 14 casos, correspondendo a sensibilidade de 71,4% e especificidade de 97,2%. Observou-se forte associação entre uretrorragia e lesão uretral (OR=87,5; IC95%: 9,0–852,4; p<0,001). A bilateralidade da lesão dos corpos cavernosos também se associou significativamente à presença de lesão uretral, com sensibilidade de 57,1%, especificidade de 90,2% e OR=12,3 (IC95%: 2,9–51,5; p=0,0007). A presença de uretrorragia ou bilateralidade apresentou sensibilidade de 85,7% e especificidade de 88,9%, com OR=48,0 (p<0,001).
Discussão/conclusões: A uretrorragia apresentou forte associação com lesão uretral, destacando-se pela elevada especificidade e elevado valor preditivo para este diagnóstico. A bilateralidade da lesão dos corpos cavernosos também se associou significativamente à lesão uretral e acrescentou capacidade de identificação dos casos quando considerada conjuntamente com a uretrorragia. Estes achados sugerem que a presença de uretrorragia e/ou lesão bilateral pode constituir um marcador clínico útil para a estratificação pré-operatória do risco de lesão uretral e para o planeamento da abordagem cirúrgica na fratura peniana.

CO 06

PROSPECTIVE ASSESSMENT OF SEXUAL FUNCTION IN PATIENTS UNDERGOING VASECTOMY USING THE INTERNATIONAL INDEX OF ERECTILE FUNCTION

Diogo T. Dias; Luís Seixas;
Luís Rosmaninho; João Silva;
Afonso Morgado; Rui Almeida Pinto
Hospital São João

Introduction: Vasectomy is an effective method of male contraception. Despite its wide use, few studies have prospectively assessed the effect of vasectomy on male sexual function. We aimed to prospectively assess changes in male sexual function after vasectomy and, as secondary outcomes, to evaluate postoperative complications, vasectomy success, post-vasectomy pain, and decision regret.
Materials and methods: We conducted a prospective single-center study of men undergoing vasectomy. Sexual function was assessed before and after vasectomy using the 15-item International Index of Erectile Function (IIEF-15). Post-vasectomy scrotal pain was assessed using a standardized questionnaire and quantified with a Visual Analog Scale (VAS). Decision regret was evaluated using the Decision Regret Scale (DRS).
Results: A total of 47 patients, with a median age of 40 years (IQR 37–44), completed both pre- and post-vasectomy sexual function assessments. Median follow-up was 8 months (IQR 7–11). The median total IIEF-15 score was 69 (IQR 65.5–71.5) before vasectomy and 70 (IQR 64–72) after vasectomy, with no statistically significant difference (p=0.450). No statistically significant differences were observed in any individual IIEF-15 domain. No patient reported scrotal pain severe enough to seek medical attention, and the median VAS score was 0 (IQR 0–0). The median DRS score was 0 (IQR 0–5), indicating minimal decision regret. All patients met the criteria for vasectomy success. No postoperative complications were observed.
Conclusions: Vasectomy was not associated with changes in sexual function and demonstrated high contraceptive efficacy, low prevalence of scrotal pain and minimal decision regret.

CO 07

SÍNDROME DE WUNDERLICH ASSOCIADA A PIONEFROSE OBSTRUTIVA POR CANDIDA ALBICANS, COM HEMORRAGIA RENAL MULTIFOCAL E PSEUDOANEURISMA CAPSULAR: RELATO DE CASO

Mariana Magalhães da Silva; Mariana Dias Capinha; Luís Pinto; Aparício Coutinho; Pedro Fernandes; Mafalda Santos; Jorge Cabral Ribeiro; Emanuel Dias
ULS Braga

Introdução: A síndrome de Wunderlich corresponde a uma hemorragia renal espontânea, não traumática, para os espaços subcapsular e/ou perirrenal. As causas neoplásicas e vasculares predominam nas séries publicadas, enquanto as etiologias infeciosas são raras. A hemorragia associada a pionefrose obstrutiva é excecional e a sua associação com infeção por *Candida albicans* parece ser ainda mais incomum.

Caso clínico: Homem de 66 anos, com diabetes mellitus tipo 2 insulinotratada, adenocarcinoma do reto, litíase urinária recorrente e doença renal crónica, com creatinina basal de 2,92 mg/dL. Foi submetido a ureterorrenoscopia flexível esquerda eletiva por litíase renal, não concluída devido ao volume litiásico, com colocação de cateter ureteral duplo J. O pós-operatório foi complicado por pielite associada ao cateter JJ, com isolamento sequencial de *Escherichia coli* e *Candida albicans* na urocultura. Teve alta ao quinto dia sob antibioterapia e fluconazol.

Cinco dias depois, regressou ao Serviço de Urgência por febre e lombalgia direita de novo. Encontrava-se hemodinamicamente estável, mas apresentava descida da hemoglobina para 7,6 g/dL, face a 10,1 g/dL previamente, creatinina de 9,1 mg/dL e hipercaliemia de 7,7 mEq/L. A tomografia computorizada revelou volumoso hematoma perirrenal direito, com 63 mm de espessura e 160 mm de maior eixo longitudinal, associado a hemorragia ativa. Identificou-se hidronefrose bilateral: à direita, condicionada por cálculo de aproximadamente 2 cm no ureter proximal; à esquerda, com o cateter duplo J bem posicionado.

Foi realizada derivação urinária bilateral urgente, com substituição do cateter esquerdo e colocação de cateter JJ direito, observando-se drenagem imediata de pus. Como não foi possível ultrapassar o cálculo direito com fio-guia, procedeu-se a litotrícia laser, com fragmentação incompleta, permitindo a derivação. Posteriormente, foi realizada embolização seletiva da artéria renal direita, com identificação de múltiplos focos hemorrágicos dispersos pelos diferentes territórios arteriais. Recebeu duas unidades de concentrado eritrocitário no bloco operatório e cinco unidades no total durante o internamento.

Permaneceu 11 dias numa Unidade de Cuidados Intermédios e necessitou de técnica de substituição da função renal durante uma semana. Hemoculturas e uroculturas confirmaram *Candida albicans*, cujo teste de suscetibilidade antifúngica demonstrou resistência ao fluconazol. A tomografia de controlo, realizada cerca de três semanas depois, mostrou ligeiro aumento do hematoma, com dimensões de 12,0 × 14,7 × 21,3 cm, sem sinais de sobreinfeção, e um pseudoaneurisma de uma artéria capsular do polo inferior direito, sem hemorragia ativa de alto débito. Mantém tratamento conservador com anidulafungina e vigilância imagiológica seriada. À data da submissão, apresentava descida dos parâmetros inflamatórios e creatinina de 3,7 mg/dL, permanecendo internado.

Discussão: Este caso descreve uma síndrome de Wunderlich associada a pionefrose obstrutiva por *Candida albicans*, com hemorragia renal multifocal e desenvolvimento subsequente de pseudoaneurisma capsular. A obstrução ureteral litiásica parece ter desempenhado um papel central como fator precipitante, condicionando estase urinária, pionefrose sob pressão, deterioração renal aguda e necessidade de descompressão emergente. A presença de fungemia, candidúria, pus e múltiplos focos hemorrágicos torna plausível uma lesão vascular infecciosa relacionada com *Candida*; contudo, na ausência de confirmação histológica ou microbiológica do vaso ou do hematoma, esta relação permanece presumida. A estabilidade hemodinâmica inicial não excluiu hemorragia clinicamente significativa, dada a queda da hemoglobina e a necessidade transfusional. A resistência documentada ao fluconazol reforça a importância do estudo de suscetibilidade em infeções urinárias fúngicas complicadas.

Conclusão: A pionefrose obstrutiva deve ser considerada um potencial precipitante de

hemorragia renal espontânea, sobretudo quando coexistem diabetes, instrumentação urinária, litíase e infeção por *Candida*. A abordagem deve combinar descompressão eficaz da via urinária, controlo endovascular do sangramento e terapêutica antifúngica dirigida, com vigilância imagiológica para deteção de complicações vasculares tardias.

CO 08

IMPLEMENTAÇÃO DA RECOMENDAÇÃO EAU 2026 PARA BIÓPSIA DIRIGIDA E PERILESIONAL EM LESÕES PI-RADS 4–5: EXPERIÊNCIA INICIAL E ANÁLISE DE CONCORDÂNCIA DE UM CENTRO

Mariana Magalhães da Silva; Beatriz Moreira; Mariana Dias Capinha; Luís Pinto; Aparício Coutinho; Pedro Fernandes; Mafalda Santos; Catarina Tavares; Emanuel Dias
ULS Braga

Introdução: A estratégia tradicional de biópsia prostática em doentes com lesões suspeitas na ressonância magnética combinava amostragem dirigida e biópsia sistemática. As recomendações EAU 2026 passaram a recomendar a combinação de biópsia dirigida com amostragem perilesional quando a ressonância é positiva, definida como PI-RADS ≥4, embora com força de recomendação fraca. Esta alteração reflete uma transição para uma via diagnóstica mais orientada pela ressonância magnética, cuja implementação e segurança permanecem por validar.
Objetivo: Avaliar a implementação e a viabilidade da estratégia de biópsia dirigida associada a amostragem perilesional, descrevendo a deteção de cancro da próstata clinicamente significativo (csPCa), o ganho incremental e a concordância entre as componentes dirigida e perilesional.
Material e métodos: Estudo observacional retrospectivo, unicêntrico, incluindo os primeiros doentes submetidos a biópsia dirigida e perilesional de lesões PI-RADS 4–5. Foram analisados dados clínicos, imagiológicos e histopatológicos, incluindo o número de cores e o ISUP máximo obtido em cada componente. Comparou-se, ao nível do doente, a deteção de csPCa pela biópsia dirigida isolada com a estratégia combinada. Definiu-se csPCa como ISUP ≥2 e ganho incremental como a deteção de csPCa pela componente perilesional num doente cuja biópsia dirigida isolada não tinha detetado csPCa. Foi ainda avaliada a concordância binária entre as duas componentes. Não foi realizada biópsia sistemática concomitante.
Resultados: Foram incluídos 32 doentes, com idade mediana de 68 anos, PSA mediano de 7,37 ng/mL e densidade de PSA mediana de 0,172 ng/mL/cc. Vinte e uma lesões eram PI-RADS 4 e 11 eram PI-RADS 5. A biópsia dirigida isolada detetou csPCa em 20/32 doentes (62,5%), enquanto a estratégia combinada detetou csPCa em 21/32 (65,6%), correspondendo a um ganho incremental de 1/32 doentes (3,1 pontos percentuais). A deteção pela componente perilesional isolada foi de 20/32 (62,5%). Observou-se concordância binária entre as componentes em 30/32 doentes (93,8%): ambas foram positivas em 19 e ambas negativas em 11. Registaram-se dois casos discordantes: um caso de csPCa detetado apenas pela componente dirigida e outro detetado apenas pela componente perilesional. Este último correspondia a uma lesão PI-RADS 4, com ausência de tecido neoplásico na componente dirigida e ISUP 4 na componente perilesional. Nas lesões PI-RADS 4, a deteção aumentou de 12/21 (57,1%) com a biópsia dirigida para 13/21 (61,9%) com a estratégia combinada; nas PI-RADS 5, não se observou ganho incremental. Não foram registadas complicações.
Conclusão: A implementação local da estratégia de biópsia dirigida associada a amostragem perilesional, recentemente recomendada pela EAU 2026 com força fraca, foi tecnicamente exequível. O ganho incremental absoluto foi pequeno, mas a ocorrência de dois casos discordantes sugere possível complementaridade entre as componentes dirigida e perilesional. Estes resultados são compatíveis com uma possível transição da via combinada tradicional para uma estratégia mais orientada pela ressonância magnética, mas não permitem avaliar a segurança da omissão da biópsia sistemática nem estimar a taxa de csPCa não detetado. São necessários estudos comparativos e coortes prospetivas para determinar em que doentes a nova estratégia poderá substituir a abordagem convencional.

CO 09

DOSE-DEPENDENT INVERSE ASSOCIATION BETWEEN SYSTEMIC ANTICHOLINERGIC BURDEN AND DETRUSOR OVERACTIVITY IN PATIENTS WITH URINARY URGENCY

João Oliveira; Simão Abreu; Luís Vale; Carlos Ferreira; João Silva; Tiago Antunes Lopes
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introduction and objectives: Detrusor overactivity (DO) is the principal urodynamic correlate of overactive bladder (OAB), yet a substantial proportion of patients report urgency without demonstrable DO. Anticholinergic drugs remain a cornerstone of OAB therapy, and cumulative systemic anticholinergic exposure - quantified by the Drug Burden Index (DBI) - has been associated with poorer antimuscarinic response. Whether this reflects a true pharmacological effect at the detrusor or simply identifies a frailer, more comorbid phenotype is unknown. We aimed to determine whether a higher systemic anticholinergic burden is associated with the absence of DO in patients with urgency.

Methods: Retrospective cohort of all consecutive adults presenting with urinary urgency who underwent urodynamic study (UDS) at a tertiary functional urology unit between January 2023 and December 2025. Patients with neurogenic lower urinary tract dysfunction, genitourinary malformation, intravesical botulinum toxin within 12 months, previous pelvic radiotherapy, bladder lithiasis, urothelial neoplasia or bladder pain syndrome were excluded. All studies followed ICS Good Urodynamic Practices and were performed and interpreted by a single operator blinded to the DBI; DO was defined as any involuntary detrusor contraction during filling. The DBI was calculated from the active medication list at the time of UDS and analysed as a continuous variable and in three strata (0, >0 to <1, and 1 or more). The primary endpoint was the presence of DO.

Results: Of 453 studies, 175 patients were included (median age 66 years, IQR 55-73; 116 women, 66%; median 3 medications; median DBI 0.50; diabetes 20%). DO was present in 91/175 (52%) - 78% of men and 39% of women. DO prevalence fell steeply across DBI strata: 87.5% (63/72) at a DBI of 0, 43.1% (25/58) at a DBI above 0 but below 1, and 6.7% (3/45) at a DBI of 1 or more (trend p<0.001), with an adjusted OR per unit DBI of 0.083 (95% CI 0.030-0.234; p<0.001). The gradient was steeper among the 130 patients on no OAB-specific pharmacotherapy (89.7%, 46.7% and 6.2% at a DBI of 0, above 0 but below 1, and 1 or more, respectively; adjusted OR 0.037, 95% CI 0.008-0.163). The number of involuntary contractions declined in parallel (median 3, 0 and 0, respectively; Spearman rho -0.63; adjusted IRR per unit DBI 0.18, 95% CI 0.10-0.31), unchanged after normalisation to bladder capacity (IRR 0.13, 95% CI 0.07-0.27). The association was reproduced with the ACB scale (83.6%, 34.4% and 22.0% for ACB 0, 1-2 and 3 or more; trend p<0.001; adjusted OR per point 0.503, 95% CI 0.372-0.679). In women analysed alone, DO was present in 80.6%, 35.0% and 5.0% across the same DBI strata (adjusted OR 0.091, 95% CI 0.032-0.260), with no sex-by-DBI interaction (p=0.55), arguing against confounding by bladder outlet obstruction.

Conclusions: In patients with urgency, a higher systemic anticholinergic burden is strongly and dose-dependently associated with the absence of detrusor overactivity and with fewer involuntary contractions. These findings support a genuine pharmacological effect at the detrusor, offer a mechanistic explanation for the diminished antimuscarinic responsiveness observed at high DBI, and argue for considering the global anticholinergic load when interpreting urodynamic studies and planning treatment in OAB.

Dia 30 outubro | 08:30-09:50 h

Moderadores: Ricardo Borges e Carolina Ponte
CO 10 – CO 22 *(Auditório)*

CO 10

QUASE DUAS DÉCADAS DEPOIS: RECIDIVA LOCORREGIONAL E PERITONEAL DE CARCINOMA RENAL PAPILAR

André Rego; Ana Marta Ferreira; Ana João Guerra; Juliana Santos; Tiago Coutinho; Roberto Jarimba; Arnaldo Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O carcinoma de células renais (CCR) pode apresentar recorrência tardia após o

tratamento do tumor primário. A identificação de doença recorrente muitos anos após cirurgia com intenção curativa constitui um desafio diagnóstico e terapêutico, particularmente perante padrões de disseminação pouco habituais.

Objetivos: Descrever um caso de recidiva locorregional e peritoneal multifocal de CCR papilar, diagnosticada cerca de 17 anos após nefrectomia parcial com resseção R0.

Material e métodos: Descrição retrospetiva de um caso clínico, com revisão dos antecedentes oncológicos, exames de imagem, estudo histológico e decisão terapêutica multidisciplinar.

Resultados: Homem de 64 anos, submetido em 2009 a nefrectomia parcial esquerda por CCR papilar, à data classificado como tipo II, com 7 cm de maior eixo e grau de Fuhrman III. Foi obtida resseção R0. No contexto de investigação imagiológica por patologia da coluna, foram identificadas múltiplas lesões suspeitas de recidiva tumoral.

A ressonância magnética evidenciou nódulos sólidos no rim esquerdo, fáscia pararrenal, região hilar, suprarrenal esquerda e localização justadiafragmática. A PET-TC demonstrou focos hipermetabólicos paravertebrais, hilares, adjacentes à suprarrenal e periesplénicos/subdiafragmáticos. Em TC subsequente observaram-se múltiplos nódulos sugestivos de implantes peritoneais e pararrenais, incluindo lesões subdiafragmáticas e junto ao psoas, com envolvimento da fáscia pararrenal posterior e do hilo renal, bem como um nódulo cortical renal de 15 mm sugestivo de recidiva local.

A biópsia de uma lesão paravertebral confirmou carcinoma de células renais, compatível com metastização da neoplasia previamente conhecida. Após discussão multidisciplinar, foi proposta terapêutica sistémica com pembrolizumab e lenvatinib.

Discussão/conclusões: Este caso ilustra uma forma rara de recidiva muito tardia e multifocal de CCR papilar, diagnosticada cerca de 17 anos após nefrectomia parcial com resseção R0. Para além do longo intervalo livre de doença, destaca-se o padrão invulgar de recorrência locorregional multifocal e provável disseminação peritoneal. A confirmação histológica foi fundamental para estabelecer a relação com a neoplasia renal previamente tratada e orientar a estratégia terapêutica. O caso demonstra que, embora pouco frequente, a recorrência pode ocorrer mesmo após um intervalo prolongado e após cirurgia com intenção curativa, reforçando a necessidade de considerar este diagnóstico perante novas lesões suspeitas, independentemente do tempo decorrido desde o tratamento inicial.

CO 11

ULTRAPASSAR FRONTEIRAS NA CIRURGIA ROBÓTICA DA SUPRARRENAL: A EXPERIÊNCIA EM AMBULATÓRIO COM PROTOCOLO ERAS

Alberto Costa Silva[1]; Aziz Gulamhusein[2]
[1]Hospital São João, Porto
[2]The Christie NHS Foundation Trust

Introdução e Objetivos - A cirurgia robótica em ambulatório tem vindo a ser progressivamente adotada na prática urológica, sobretudo quando integrada nos princípios ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*). Contudo, os dados disponíveis sobre Adrenalectomia Robótica em ambulatório são ainda escassos. Este estudo teve como objetivo avaliar o programa de Adrenalectomia Robótica em ambulatório recentemente implementado sob protocolo ERAS.

Material e métodos - Análise retrospetiva unicêntrica de doentes consecutivos submetidos a Adrenalectomia Robótica em ambulatório entre janeiro de 2024 e janeiro de 2026. Os procedimentos foram realizados por via transperitoneal. Não foi utilizada sonda nasogástrica nem preparação intestinal. Todos os doentes foram extubados no bloco operatório, vigiados durante uma hora no recobro e transferidos para a enfermaria. A ingestão oral e a mobilização foram iniciadas duas horas após a cirurgia com apoio de enfermeiras dedicadas. A analgesia consistiu num regime multimodal incluindo bloqueio do plano transverso do abdómen (TAP block), paracetamol, ibuprofeno e codeína em SOS. Os critérios de alta exigiam estabilidade dos sinais vitais, controlo álgico com medicação oral, tolerância à dieta e deambulação autónoma. O seguimento incluiu acesso telefónico à equipa de enfermagem e contactos estruturados da equipa ERAS após a alta. Foram registados parâmetros demográficos, operatórios e pós-operatórios. A satisfação dos doentes foi avaliada através do questionário validado

EVAN-G (*Évaluation du Vécu de l'Anesthésie Générale*).

Resultados: Foram incluídos 30 doentes. A idade mediana foi de 52,0 anos (45,0–60,0) e o índice de massa corporal mediano de 30,0 kg/m² (27,0–36,5). A maioria dos doentes era do sexo masculino (60,0%) e 70,0% tinham ECOG 0. A perda hemática estimada mediana foi de 20,0 mL (10,0–35,0) e o tempo operatório mediano (docking, cirurgia e encerramento) de 56,0 minutos. Apresentavam história de cirurgia abdominal prévia em 40,0% dos doentes. A indicação mais frequente foi o hiperaldosteronismo primário (70,0%). Não ocorreram complicações intra ou pós-operatórias, nenhum doente necessitou de readmissão e a pontuação mediana no EVAN-G foi de 94 (91–96).

Conclusões - A Adrenalectomia Robótica em ambulatório, quando realizada sob protocolos ERAS em centros de alto volume, pode ser uma abordagem segura e eficiente em doentes selecionados.

CO 12

INTRALESIONAL PLATELET-RICH PLASMA IN PEYRONIE'S DISEASE: A PROSPECTIVE STUDY

Luis Rito Seixas[1]; Pedro Ramos[1]; Margarida Henriques[1]; Nuno Tomada[2]
[1]Centro Hospitalar de S. João, EPE
[2]Hospital Da Luz

Introduction: Peyronie's disease is associated with penile pain, deformity, and sexual dysfunction, with a significant psychological impact. Intralesional platelet-rich plasma (PRP) has been proposed as a minimally invasive therapeutic option, but evidence regarding its efficacy remains limited.

Objectives: To evaluate the effect of intralesional PRP on the domains of the Peyronie's Disease Questionnaire (PDQ) — penile pain, penile bother, and psychological and physical symptoms —, on erectile function using the International Index of Erectile Function-5 (IIEF-5), and on penile curvature, in a cohort of patients treated at a urology center.

Material and methods: A prospective, single-arm cohort study with before-and-after analysis. A total of 101 patients (351 treatments) were identified; 7 treated exclusively for erectile dysfunction were excluded, resulting in a cohort of 94 patients (322 treatments). The PDQ was scored in its 3 validated domains (pain, bother, psychological and physical) and erectile function by the IIEF-5, comparing the first and last treatment sessions with available scores. Penile curvature (degrees) was analyzed only in pairs with objective measurement (penile ultrasound/Doppler or clinical examination) before and after treatment, with at least 2 sessions apart. Paired comparisons were performed using the Wilcoxon test; Holm-Bonferroni correction was applied for the 5 parameters tested.

Results: Penile pain improved significantly (n=58; 6.8→4.6; Δ -2.19; p=0.0050; Holm p=0.0201), maintaining significance after correction for multiple comparisons. Penile curvature improved markedly (n=11; 54.2°→32.3°; Δ 21.9°; p=0.0020; Holm p=0.0100), being the second parameter to survive the correction. No statistically significant differences were observed in bother (n=58; p=0.0626; sensitivity p=0.0345), psychological and physical domain (n=56; p=0.1537), or erectile function (n=78; p=0.3132).

Discussion/Conclusions: In this cohort, intralesional PRP was associated with a statistically robust improvement in penile pain and curvature, two of the five evaluated parameters, even after correction for multiple comparisons. No significant benefit was observed in bother, psychological/physical impact, or erectile function. These results are consistent with an effect on the two domains most directly related to focal fibrosis (pain, curvature), but the limitations of the single-arm design — namely the spontaneous resolution of pain in Peyronie's disease and the absence of a control group — preclude definitive causal conclusions. Controlled studies are required to confirm these findings.

CO 13

UMA NEFRECTOMIA, UMA GRAVIDEZ: O DESFECHO INESPERADO DE UM RENINOMA

Luis Rito Seixas; Alberto Costa-Silva; João Alturas-Silva; Claudia Fernandes; Hugo Teixeira; Diogo Dias; Ricardo Rodrigues; Luis Rosmaninho; Pedro Ramos; Francisco Botelho; Tiago Antunes-Lopes
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: O reninoma (tumor de células justaglomerulares) é uma neoplasia renal rara, quase sempre benigna, responsável por hipertensão secundária grave através da secreção autónoma de renina. Cursa tipicamente com hipertensão refratária a múltiplos fármacos e hipocaliemia por hiperaldosteronismo secundário, sendo uma causa curável frequentemente subdiagnosticada por se tratar de lesões pequenas e radiologicamente subtis. A evolução reprodutiva após excisão de reninoma não está descrita na literatura.
Objetivos: Descrever um caso de reninoma tratado por nefrectomia parcial assistida por robot, com seguimento clínico, bioquímico e funcional renal a médio prazo, e discutir a técnica cirúrgica e o impacto funcional e reprodutivo da correção do estado hiper-reninémico.
Material e métodos: Relato de caso de doente do sexo feminino, 30 anos, com hipertensão arterial resistente desde os 21 anos e hipocaliemia persistente sob espironolactona 50 mg/dia. O estudo etiológico revelou elevação marcada da renina e da aldosterona plasmáticas. A avaliação imagiológica (TC e RM) identificou uma lesão renal esquerda endofítica de 25 mm, com RENAL nephrometry score de 10p, sem outra causa secundária de hipertensão identificada.
Resultados: A doente foi submetida a nefrectomia parcial esquerda assistida por robot, com ecografia intraoperatória para localização da lesão (totalmente endofítica); tempo operatório de 3 horas, isquemia quente de 37 minutos e perdas hemáticas estimadas de 200 mL, sem complicações pós-operatórias relevantes. A função renal manteve-se preservada, com creatinina sérica normal no pré-operatório e em todas as reavaliações pós-operatórias, incluindo as análises seriadas efetuadas durante a gestação. O exame histológico confirmou tumor de células justaglomerulares com margens negativas, medindo 2,0 × 1,5 × 1,4 cm. No pós-operatório a pressão arterial normalizou e toda a terapêutica anti-hipertensiva foi suspensa, com descida da renina para 14,8 mU/L e da aldosterona para 173 pmol/L e normocaliemia. Aos 66 dias de pós-operatório ocorreu conceção espontânea, num casal com infertilidade primária previamente documentada e antes de iniciado qualquer tratamento de procriação medicamente assistida. A gestação decorreu sem necessidade de terapêutica anti-hipertensiva, com pressão arterial normal em todas as avaliações, sem hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia ou recorrência de hipocaliemia, e culminou em parto de termo sem intercorrências. Aos 12 meses de seguimento a doente mantinha-se normotensa sem medicação, com renina, aldosterona e caliemia normais.
Discussão/Conclusões: O reninoma é uma causa rara mas potencialmente curável de hipertensão secundária grave, cujo diagnóstico exige elevado índice de suspeição perante hipertensão refratária associada a hipocaliemia e hiper-reninismo. A nefrectomia parcial assistida por robot com ecografia intraoperatória permitiu a excisão completa de uma lesão totalmente endofítica com RENAL score de 10p, com preservação de parênquima e resolução sustentada da hipertensão e da hipocaliemia. Uma gestação decorrida normotensa e sem terapêutica, numa doente previamente refratária a tripla terapêutica, submete o eixo renina-angiotensina-aldosterona a sobrecarga fisiológica e constitui um argumento funcional consistente com a normalização bioquímica pós-operatória. A conceção espontânea dois meses após a cirurgia, após infertilidade prévia e antes de qualquer tratamento, é compatível com a correção do estado hiper-reninémico e com a suspensão da terapêutica, incluindo espironolactona, com efeito antiandrogénico conhecido; sendo a infertilidade do casal multifatorial, o achado constitui associação temporal e não relação causal. Este caso reforça o papel da cirurgia poupadora de nefrónios como opção curativa de primeira linha nesta entidade rara.

CO 14

ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DE URETRA: REVISÃO SISTEMÁTICA DE DADOS INDIVIDUAIS DOS PACIENTES COM ANÁLISE DE SOBREVIDA

Bruno Antunes Wiethorn; João Guilherme Brunca; Joao Gabriel Oliveira Doro; Nyara R. Conde de Almeida; Luis Gustavo de Toledo
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Objetivo: Caracterizar a apresentação clínica, os achados anatomopatológicos e imuno-histoquímicos, o tratamento e a sobrevida do adenocarcinoma de células claras (ACC) da uretra feminina por meio de uma revisão sistemática de dados individuais dos pacientes, complementada por dois casos institucionais.
Materiais e métodos: Seguindo as recomendações do PRISMA 2020, foi realizada busca na base PubMed em 30 de janeiro de 2026, incluindo estudos sobre ACC primário da uretra feminina que apresentassem dados individuais dos pacientes passíveis de extração. Vinte e oito variáveis foram extraídas e auditadas individualmente, campo a campo, em comparação com os textos-fonte. As variáveis categóricas foram sumarizadas como proporções dos casos nos quais a informação estava disponível; a sobrevida câncer-específica foi estimada pelo método de Kaplan–Meier e comparada pelo teste de log-rank.
Resultados: Foram analisados 53 pacientes provenientes de 41 estudos. A mediana de idade foi de 54 anos (variação: 35–80), e a presença de divertículo uretral foi relatada em 42% dos casos com informação disponível. Os tumores apresentaram predominantemente arquitetura mista (74%), com presença de células *hobnail* (97%) e perfil imuno-histoquímico consistente: PAX8 100%, CK7 100%, HNF1β 88%, p63 0%, CK20 7%, GATA3 17% e PSA 21%. Ressecção multivisceral foi realizada em 67% dos pacientes com informação disponível. A mediana de sobrevida câncer-específica foi de 54 meses, e a sobrevida em 5 anos foi de 39%. O acometimento linfonodal (mediana de 36 meses versus não atingida; p=0,025) e a ausência de associação com divertículo uretral (sobrevida em 5 anos de 49% versus 83%; p=0,032) estiveram associados a pior sobrevida. Ambos os pacientes institucionais receberam tratamento neoadjuvante seguido de exenteração; um deles evoluiu posteriormente a óbito por causa não relacionada ao câncer.
Conclusões: O ACC da uretra feminina é uma neoplasia rara e agressiva, de tipo mülleriano, com perfil imuno-histoquímico reprodutível (PAX8/CK7/HNF1β positivos; p63/ GATA3/PSA negativos). O status linfonodal constitui o principal fator prognóstico. O diagnóstico de ACC deve ser considerado em mulheres na pós-menopausa com sintomas persistentes do trato urinário inferior ou com massas periuretrais ou associadas a divertículo uretral.

CO 15

RETROPERITONEAL SEMINOMA PRESENTING WITH URINARY OBSTRUCTION: A CLINICAL CASE INTRODUCTION

Hugo Silva Teixeira; Luis Seixas; Luis Pedro Rosmaninho; Diogo Dias; Cláudia Fernandes; Alberto Costa e Silva; Luis Afonso Morgado; Luis Vale; João Silva; Rui Pinto
ULS do São João

Extragonadal germ cell tumours are rare, US SEER registries (1973–2007) reported an incidence of 1.9–3.4 cases per million person-years for this overall tumour group. These tumors appear mostly on midline locations, specially in the retroperitoneum or the mediastinum. Primary retroperitoneal seminoma represents 1–2% of the germ cell tumors being found in an extragonadal location. Their origin remains controversial: whether these develop primarily at extragonadal sites or represent metastases of a primary testicular tumor is still uncertain.
Objective: The aim of this paper is to report a clinical case of a retroperitoneal seminoma presenting with urinary obstruction and discuss the limitations in distinguishing an extragonadal origin from regression of a testicular primary.
Materials and methods: Retrospective review of available clinical, laboratory, imaging and histopathological data, complemented by a focused literature search.
Results: A 51-year-old man had persistent left-sided lower back pain for approximately ten months, initially attributed to degenerative changes. He presented with obstructive pyelonephritis and acute kidney injury requiring left percutaneous nephrostomy. CT revealed a 141 × 89 × 72 mm

retroperitoneal mass with internal necrosis and left hydronephrosis due to extrinsic compression, initially suspected to be a soft-tissue neoplasm. Biopsy was consistent with seminoma, with SALL-4 and CD117 expression and negative CAM5.2, PAX8, GATA3 and CD45. AFP and β-hCG were normal, with markedly elevated LDH. No testicular mass was palpable. Ultrasonography showed a relatively smaller left testis (40 × 16 × 28 mm), heterogeneous parenchyma, no focal lesion and preserved vascularity. Neither testicular biopsy nor orchiectomy was performed. A suspicious subcarinal lymph node was identified; EBUS sampling was non-representative. BEP (bleomycin, etoposide and cisplatin) was initiated, with tumour shrinkage on follow-up CT. During admission for the third cycle, documented infections, respiratory failure and refractory septic shock developed, with a fatal outcome. Suspected bleomycin-related pulmonary toxicity remained unconfirmed.

Discussion/Conclusions: Although rare, a germ cell tumor may be suspected in any male with a male with a midline mass and a normal testicular examination. The primary diagnostic challenge involves excluding metastatic seminoma from a testicular primary. Consequently, testicular examination and scrotal ultrasound are essential. The treatment remains controversial due to the complexity and variability of these tumors. While some experts advocate for primary surgical resection, others emphasize the importance of neoadjuvant chemotherapy followed by surgery, as this tumor is highly sensitive to radiotherapy and cisplatin-based chemotherapy.

The bulky retroperitoneal mass and obstructive complication in this case highlight the importance of histopathological confirmation. Neither the absence of a palpable testicular mass nor normal alpha-fetoprotein and β-hCG levels exclude seminoma, therefore testicular ultrasonography is recommended in this setting. No focal findings suggestive of a *burned-out* tumor were documented in the present case. Reduced testicular size and parenchymal heterogeneity allow consideration of tumour regression but are nonspecific and insufficient to establish it.

The need for systemic treatment is consistent with the bulky, symptomatic retroperitoneal presentation; BEP chemotherapy is a recommended treatment for advanced seminoma. Its administration neither establishes the tumour's origin nor demonstrates previous testicular regression.

This case highlights the importance of investigating a testicular origin even without a palpable mass and of distinguishing suspected regression from a confirmed diagnosis.

CO 16

ATEROSCLEROSE AÓRTICA EM NEOPLASIAS UROLÓGICAS: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE IMUNOTERAPIA E TERAPÊUTICAS CONVENCIONAIS

Daniela Mira; Rúben C.Coelho; Patrícia Afonso-Mendes; Edgar Tavares da Silva; Nuno Pereira da Silva; Lourenzo Marconi; Paulo Azinhais; Pedro Nunes; Belmiro Parada; Paulo Donato; José Pereira de Moura; Arnaldo Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A imunoterapia aumentou a sobrevida de doentes com neoplasias urológicas, tornando a doença cardiovascular uma causa cada vez mais relevante de morbimortalidade. No carcinoma renal, representa cerca de 17% das mortes. A exposição a inibidores de checkpoint imunitário (ICI) tem sido associada à aceleração da aterosclerose, com aumento da progressão anual do volume de placa aórtica de 2,1% para 6,7%.

Objetivos: Avaliar e comparar a progressão anualizada da aterosclerose aórtica em doentes com neoplasias urológicas tratados com ICI e não-ICI e explorar a associação com fatores de risco cardiovasculares.

Métodos: Estudo de coorte retrospetivo longitudinal, incluindo doentes com neoplasias urológicas tratados com ICI e não-ICI entre 2021 e 2026, com TC (tomografias computorizadas) contrastadas antes e após o início da terapêutica. Foram avaliados o arco aórtico, a aorta torácica descendente e a aorta abdominal, com determinação da progressão anualizada da espessura máxima e da extensão longitudinal da placa. Análise no SPSS v32.0, com teste exato de Fisher, qui-quadrado de Pearson, t de Student, Mann–Whitney e regressão logística binária ($p<0,05$).

Resultados: Foram incluídos 78 doentes, 39 tratados com ICI e 39 com terapêuticas não-ICI. A maioria era do sexo masculino (71,8%), com idade

média ao diagnóstico de 66,2±10,3 anos. No grupo ICI, o pembrolizumab foi o fármaco mais utilizado (51,3%), com 79,5% dos doentes tratados em monoterapia. No grupo não-ICI predominaram esquemas de quimioterapia (61,5%). O intervalo entre as duas TC foi semelhante entre os grupos, com mediana de 1,41 anos no grupo ICI e 1,75 anos no não-ICI (p=0,090). Os grupos apresentavam perfis cardiovasculares, lipídicos e carga aterosclerótica basal globalmente semelhantes. A hipertensão arterial foi mais frequente nos ICI (81,1% vs 59,5%, p=0,042), assim como a neoplasia renal (61,5% vs 25,6%; p=0,001) e o estadio IV (71,8% vs 35,9%; p=0,001). Não se observaram diferenças significativas no perfil lipídico basal. O risco cardiovascular extremo foi semelhante entre grupos (15,2% vs 16,7%; p=1,000). A progressão anualizada da espessura máxima no arco aórtico, aorta torácica descendente e aorta abdominal foi, respetivamente, 0,21, 0,02 e 0,13 mm/ano nos ICI e 0,11, 0,02 e 0,17 mm/ano nos não-ICI, sem significância estatística. A progressão da extensão longitudinal foi de 1,10, 0,86 e 0,72 mm/ano nos ICI e de 0,68, 0,28 e 0,78 mm/ano nos não-ICI, sem diferenças. A progressão anual da espessura superior a 10% foi observada em menos de 50% dos doentes em todos os segmentos e grupos. Porém, na aorta torácica descendente foi mais frequente nos ICI (40,9% vs 0%, p=0,001). Na extensão longitudinal, a progressão anual superior a 10% ocorreu em mais de 50% dos doentes apenas no arco aórtico no grupo ICI (52,0% vs 20,8%, p=0,024), mantendo-se a associação após regressão logística (p=0,028). Nas placas anatomicamente comparáveis, a progressão anualizada da espessura máxima no arco aórtico, torácica descendente e aorta abdominal foi de 0,29, 0,18 e 0,15 mm/ano nos ICI e 0,13, 0,07 e 0,17 mm/ano nos não-ICI, com maior progressão no grupo ICI na aorta torácica descendente (p=0,048). A progressão da extensão longitudinal foi de 1,10, 0,86 e 0,72 mm/ano nos ICI e de 0,68, 0,28 e 0,78 mm/ano nos não-ICI, sem diferenças estatisticamente significativas. O aparecimento de novas placas foi pouco frequente em ambos os grupos, não ultrapassando 5,4%, sem diferenças significativas.

Conclusões: A progressão aterosclerótica ocorre na neoplasia urológica avançada, mas a exposição a inibidores de checkpoint imunitário (ICI) associou-se a uma aceleração significativa do crescimento de placas preexistentes em segmentos aórticos específicos (torácico descendente e arco), independentemente do estadio tumoral ou perfil lipídico basal. Com o aumento da sobrevida oncológica, estes achados alertam a Urologia para a necessidade imperativa de valorizar a carga aterosclerótica nas TC de reavaliação e integrar precocemente a estratificação e prevenção do risco cardiovascular no plano terapêutico.

CO 17

THULIUM LASER ENUCLEATION VERSUS TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE FOR BENIGN PROSTATIC OBSTRUCTION: A PROPENSITY SCORE-MATCHED COMPARATIVE STUDY BY PROSTATE SIZE

André Barroca[1]; Guilherme Guimarães Gonçalves[1]; Jorge Campos[2]; Henrique Nunes[1]; Frederico Frias[1]; Martinha Aguiar Magalhães[1]; Beatriz Oliveira[1]; Nuno Vinagre[1]; Miguel Marques Monteiro[1]; Bernardo Lobão Teixeira[1]; João Ferreira Cabral[1]
[1]Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António
[2]IPO Porto

Introduction: Transurethral resection of the prostate (TURP) is the reference technique for small-to-moderate glands, whereas thulium fibre laser enucleation of the prostate (ThuFLEP) is a size-independent anatomical enucleation increasingly applied across gland sizes. Because enucleation is preferentially performed on larger prostates, unadjusted comparisons with TURP are confounded by gland size.
Objectives: To compare perioperative and early functional outcomes of ThuFLEP versus TURP after propensity-score matching on prostate volume.
Materials and methods: Single-centre prospective observational cohort of consecutive men undergoing prostate surgery for benign prostatic obstruction. The patients undergoing ThuFLEP and TURP were selected and a propensity score was estimated by logistic regression on prostate volume, and patients were matched 1:1 by optimal nearest-neighbour matching on the propensity-

score logit, without replacement (caliper 0.2 × SD). Baseline characteristics, including BMI, hypertension, antiagregant and anticoagulant therapy, ASA class, chronic catherization prevalence, preoperative ICIQ-MLUTS scores and uroflowmetry, operative data, perioperative outcomes were compared. Continuous variables are reported as median [IQR] and compared with Mann-Whitney U test; categorical variables are compared with Fisher's exact test; matched pairs were compared with the Wilcoxon signed-rank test (continuous) and McNemar's test (categorical) within each arm. Balance was assessed by the standardised mean difference (SMD).

Results: 32 matched pairs were generated (prostate volume 61 vs 60 mL; SMD 1.35 to 0.04), and the groups were comparable in age (71 [64-76] vs 74 [67-78] years), BMI (27 [25-29] vs 25 [22-29] kg/m^2), PSA (2.2 [1.1-3.2] vs 1.9 [1.5-3.0] ng/mL), comorbidities, antiagregant and anticoagulant therapy (46.9 vs 40.6%) ASA class, chronic catherization prevalence (21.9 vs 37.5%), ICIQ-MLUTS scores and preoperative uroflowmetry (Qmax 10.4 [7.2-12.9] vs 10.0 [6.2-10.8] mL/s), all p>0.05. ThuFLEP required longer operative time (85 [75-116] vs 46 [39-66] min, p<0.001) but removed substantially more tissue (29 [24-40] vs 9 [6-14] g, p<0.001) and yielded a shorter length of stay (1 [1-2] vs 2 [2-2] days, p=0.008); continuous bladder irrigation, catheterization duration and complication rates did not differ, mostly Clavien-Dindo grade I and II (complications 12.5% vs 29.2%, p=0.29). To note, one severe Clavien-Dindo IVa (perioperative stroke) occurred in ThuFLEP group. Qmax improved significantly from baseline in both arms (ThuFLEP 9.6 to 20.9 mL/s, p=0.004; TURP 10.0 to 14.2 mL/s, p=0.016), with a larger absolute gain after ThuFLEP, and post-void residual fell in both. Continence at 1 month was lower after ThuFLEP (48.0% vs 92.0%, p=0.003, n=25 for each arm) but had no difference at 3 months (94.4% vs 94.4%, p=1.000, n=18 for each arm) reflecting transient post-enucleation incontinence.

Discussion and conclusions: After propensity-score matching on prostate volume, ThuFLEP achieved more complete adenoma removal and a shorter hospital stay than TURP, with comparable complication rates and significant flow improvement for both techniques, at the cost of longer operative time and more frequent—though transient—early incontinence. Because the propensity model used prostate volume alone, residual imbalance in other covariates may persist; the single-centre design, small series, and limited paired functional follow-up warrant larger, multicentre studies.

CO 18

PSA PERSISTENCE IN THE INITIAL EXPERIENCE OF ROBOT-ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY WITH THE HUGO RAS SYSTEM: CLINICOPATHOLOGICAL PREDICTORS AND THE IMPACT OF SURGICAL MARGINS

Beatriz Oliveira[1]; Pedro Lopes-Fernandes[2]; Maria João Ribeiro[2]; Rui Versos[2]; Pedro Passos[2]; Ricardo Ramires[2]; José Preza Fernandes[2]
[1]ULS Santo Antonio
[2]ULS Alto Ave

Background: Prostate-specific antigen (PSA) persistence after radical prostatectomy is associated with adverse oncological outcomes, but its determinants in real-world cohorts remain incompletely defined. This study evaluated the relationship between clinicopathological variables, surgical learning curve and PSA persistence in a contemporary series of patients undergoing robot-assisted radical prostatectomy with the Hugo RAS system.

Methods: We retrospectively analysed all patients undergoing robot-assisted radical prostatectomy at a single centre in Portugal (ULS do Alto Ave) between 14 March 2025 and 24 April 2026, a cut-off chosen to ensure that all patients had reached first postoperative PSA assessment; 115 of 116 patients (99.1 %) had a first PSA available. Fifty-one patients operated after this date were excluded for insufficient follow-up. PSA persistence was defined as PSA > 0.1 ng/mL at first postoperative measurement. Patients were stratified into three equal learning-curve blocks, and uni- and multivariable logistic regression identified predictors of persistence. Covariates included biopsy characteristics (PSA, ISUP grade group, percentage of positive cores) and final histopathology (ISUP grade group, percentage of malignant volume, extracapsular extension, seminal vesicle invasion, lymphovascular invasion and surgical

margin status). Performance was assessed by odds ratios and area under the ROC curve (AUC). **Results:** PSA persistence occurred in 28/115 patients (24.3 %); positive surgical margins were present in 52/114 (45.6 %). Persistence rose steeply with margin extent: 3/34 with negative margins (8.8 %), 3/28 with margins < 1 mm (10.7 %), 6/25 with unifocal (24.0 %) and 16/27 with multifocal positive margins (59.3 %); multifocal vs negative OR 15.03, p < 0.001, AUC 0.772. In univariable models, positive margins (OR 6.84, p < 0.001), greater malignant volume (OR 1.07 per percentage point, p < 0.001; AUC 0.745), multifocal extracapsular extension (OR 5.80, p < 0.001), pT3b stage (OR 11.20, p < 0.001), lymphovascular invasion (OR 9.71, p < 0.001), seminal vesicle invasion (OR 3.90, p = 0.003), final ISUP grade (OR 1.97, p = 0.009) and biopsy ISUP grade group (OR 2.58, p = 0.004) were each associated with persistence, whereas pre-operative PSA (p = 0.239), percentage of positive biopsy cores (p = 0.139) and perineural invasion (p = 0.976) were not. In the multivariable model including margin status, malignant volume and extracapsular extension, positive margins (OR 4.13, 95 % CI 1.34–12.69, p = 0.013) and malignant volume (OR 1.04, p = 0.035) remained independent predictors (AUC 0.803). Persistence was lower in the final learning-curve block (7.9 % vs 28.2 % in the first; OR 0.22, 95 % CI 0.06–0.86, p = 0.029), although this was based on three events, was not monotonic across blocks, and attenuated after adjustment for margin status and tumour volume (OR 0.24, p = 0.071).
Conclusions: PSA persistence affected approximately one quarter of this cohort and was determined by the extent of residual disease, with a marked gradient across margin categories and an independent contribution of tumour volume. A lower rate of persistence in the final third of the series is consistent with improving surgical quality but, given the small number of events, should be regarded as hypothesis-generating.

CO 19

BACTERIAL COLONIZATION IN USERS OF CHRONIC MONO-J STENTS AND PERCUTANEOUS NEPHROSTOMIES: URINE CULTURE VERSUS DEVICE TIP CULTURE

Luís Pedro Rosmaninho; Joana Soares da Silva; Hugo Teixeira; Tiago Antunes Lopes; João Silva
ULS do São João

Introduction: Patients with chronic upper urinary tract drainage devices place a substantial burden on healthcare resources, through recurrent urinary infections and the need for periodic elective device exchange. The frequency and spectrum of urinary colonization in this population remain poorly defined, making it difficult to interpret urine and device tip cultures when guiding antibiotic therapy during episodes of urinary infection.
Objectives: To characterize the bacteriological profile of urine and device tip cultures in these chronically catheterized patients, to assess agreement between both sampling sites, and thereby to draw inferences about the clinical utility of these tests in clinical practice.
Material and methods: A total of 160 episodes of elective exchange of chronic urinary drainage devices — mono-J in cutaneous ureterostomy, mono-J in ureteroileostomy and/or percutaneous nephrostomy – were screened. Eight episodes were excluded because of confirmed active urinary infection. The final cohort comprised 152 episodes (in 101 distinct patients). The proximal device tip and a urine sample were collected for culture, ideally immediately before device substitution (urine was collected before contrast administration). Results are reported per renal unit — a kidney drained by a device for which at least one sample was obtained. A total of 194 renal units were evaluated.
Results: Urine culture was available for 193 renal units and device tip culture for 139; both were simultaneously available in 138 units. Urine culture was positive in 84/193 units (43.5%), whereas device tip culture was positive in 137/139 (98.6%).
Urine cultures showed the following distribution of microbiological agents: *Klebsiella pneumoniae* and *Enterococcus faecalis* (19 units each, 9.8%), *Escherichia coli* (18, 9.3%), *Staphylococcus aureus* (14, 7.3%), *Pseudomonas aeruginosa* (13, 6.7%) and *Proteus mirabilis* (11, 5.7%). Device tip

cultures were dominated by *E. faecalis* (87, 62.6%), followed by *K. pneumoniae* (39, 28.1%), *S. aureus* (32, 23.0%), *E. coli* (27, 19.4%), *P. aeruginosa* (22, 15.8%), *P. mirabilis* (17, 12.2%) and *Enterococcus faecium* (12, 8.6%).

ESBL production was documented in 12/45 (26,7%) Escherichia coli and Klebsiella spp. isolates in urine and 25/74 (33,8%) at the device tip. MRSA was identified in 5/14 (35,7 %) and 7/32 (21,9 %) S. *aureus* isolates in urine and device tip, respectively.

Among the 138 units with both cultures, the two samples yielded exactly the same set of species in only 11 units (8.0%); 40 (29.0%) shared at least one species but not all, and 14 (10.1%) were positive at both sites with no species in common. Seventy-one units (51.4%) had a positive tip culture with a sterile urine culture, and 2 (1.4%) were negative at both sites. No unit had a positive urine culture with a negative tip culture. Complete concordance was therefore observed in only 13/138 units (9.4%), and where the samples differed the tip culture almost invariably grew additional species absent from the urine, most often E. faecalis.

Discussion: Device tip culture was almost invariably positive in these patients. In more than half of the units with both samples, urine was sterile despite multiple agents growing from the device tip. This reflects near-universal biofilm colonization of chronically indwelling devices rather than true bacteriuria, and implies very low specificity of tip culture for diagnosing urinary colonization and, potentially, infection. The role for routine tip culture in these patients warrants further discussion, as it may have limited diagnostic value and may prompt unnecessary broad-spectrum antibiotic exposure.

The organisms recovered also diverge markedly from those classically causing urinary infection. In uncomplicated and community-acquired UTI, E. coli accounts for 67–75% of isolates, followed at a distance by K. pneumoniae (6–9%), S. saprophyticus (6%), E. faecalis (6%) and P. mirabilis (2–5%), with P. aeruginosa below 3%. In our cohort this hierarchy is inverted: no organism dominated the urine, E. coli ranking only third (9.3%), while E. faecalis colonized almost two-thirds of device tips and S. aureus — an uncommon uropathogen — was recovered from nearly a quarter. Empirical therapy in these patients should therefore not be extrapolated from conventional UTI guidance, and device tip culture results should not be used in isolation to direct treatment.

CO 20

ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS AT ELECTIVE EXCHANGE OF CHRONIC MONO-J STENTS AND PERCUTANEOUS NEPHROSTOMIES: PRELIMINARY RESULTS OF A RANDOMISED STUDY

Luís Pedro Rosmaninho; Joana Soares da Silva; Hugo Teixeira; Tiago Antunes Lopes; João Silva
ULS do São João

Introduction and objectives: Patients with chronic upper urinary tract drainage with mono-J stents and percutaneous nephrostomies require lifelong periodic device exchange. Doubts persist concerning the need for antibiotic prophylaxis at the time of exchange, due to the scarce evidence supporting this practice, while indiscriminate use carries a cost in antimicrobial resistance in a population already heavily exposed to antibiotics. We compared infectious outcomes after elective exchange between patients randomised to single-dose intravenous antibiotic prophylaxis and those randomised to no prophylaxis.

Material and methods

Of 160 elective exchange episodes screened, eight were excluded for confirmed active urinary infection. The remaining 152 were randomised using dedicated software, blinded to clinical history. Fifteen were excluded for protocol deviation: four crossed allocation arms and eleven received peri-procedural oral antibiotics by attending physician decision. The final cohort comprised 137 episodes among 94 patients, 71 allocated to prophylaxis and 66 to no prophylaxis.

Outcomes were urinary infectious complications within seven days; device-related urinary infection and infection-related hospitalisation at one and three months; and overall and infection-specific mortality at three months. Groups were compared using Fisher's exact test, with logistic regression adjusting for active malignancy and prior urinary infection, which were more frequent in the prophylaxis arm. A sensitivity analysis restricted to each patient's first episode was also performed, as was

an exploratory analysis of pre-exchange urine culture positivity as a predictor of infection.

Results: Both arms were comparable for age, sex, diabetes, renal allograft, device type, interval between exchanges and pre-exchange urine culture positivity (48.4% vs 49.1%). Despite randomisation, the prophylaxis arm included more patients with active malignancy (45.1% vs 15.2%, p<0.001) and urinary infection in the preceding six months (50.7% vs 22.7%, p<0.001).

No infection-related outcome differed between arms. Device-related urinary infection at one month occurred in 8/71 episodes (11.3%) with prophylaxis versus 7/66 (10.6%) without (OR 1.07, p=1.000), and related hospitalisation in 6/71 (8.5%) versus 3/66 (4.5%) (OR 1.94, p=0.496). At three months, infection was reported in 22/68 (32.4%) versus 17/66 (25.8%) (OR 1.38, p=0.450) and hospitalisation in 10/68 (14.7%) versus 9/66 (13.6%) (OR 1.09, p=1.000). Adjustment for active malignancy and prior urinary infection did not alter these finding. Crude overall mortality at three months was higher in the prophylaxis arm (16.9% vs 3.0%, p=0.010), but this association disappeared after adjustment (OR 2.72, 95% CI 0.51–14.56, p=0.243), consistent with confounding by the excess of active malignancy. Infection-specific mortality was rare in both arms (2.8% vs 0%). The sensitivity analysis was concordant throughout. Among patients without prophylaxis, a positive pre-exchange urine culture was not associated with device-related infection at one month (14.3% vs 10.3%, p=0.706) or three months (32.1% vs 20.7%, p=0.379).

Discussion/Conclusions: In these preliminary results, single-dose antibiotic prophy-laxis was not associated with a reduction in device-related infection or infection-related hospitalisation at either one or three months. The apparent excess mortality in the prophylaxis arm reflected baseline imbalance in oncological burden rather than harm from the intervention.

These findings do not support routine prophylaxis at every elective exchange, and argue for a selective, risk-stratified approach — particularly relevant given the high prevalence of resistant colonising organisms and the antibiotic exposure this population already faces. Notably, a positive pre-exchange urine culture did not appear to be a risk factor for infection among unprotected patients, suggesting these exchanges are generally safe procedures, although the study was not powered for this comparison, nor to exclude a clinically meaningful effect overall. Confirmation in a larger trial is warranted.

CO 21

RENAL CELL CARCINOMA: DIFFERENCES IN THE PROGNOSIS OF PT3A TUMOURS ACCORDING TO THE INVADED STRUCTURES

Luís Pedro Rosmaninho[1]; Tiago Antunes Lopes[1]; Alberto Costa Silva[1]; Rui Almeida Pinto[1]; Pedro Lopes Fernandes[2]; André Barroca[3]; Miguel Ramos[3]; Patrícia Matos[4]; Mariana Silva[5]; José Quintas[6]; João Ricardo Silva[7]; João Silva[1]

[1]ULS do São João
[2]ULS do Alto Ave - Guimarães
[3]ULSSA
[4]ULS Matosinhos
[5] Braga
[6]ULS Santa Maria
[7]ULS de Gaia-Espinho

Introduction: The 8th edition of the TNM system classifies renal tumours as pT3a when they invade one or more of the following structures: the renal vein and/or its segmental branches (RV), the pelvicalyceal system (PC), the perirenal fat (PRF), and/or the renal sinus fat (RSF). Although recent data support the existence of prognostic variability among tumours within the pT3a renal cell carcinoma (RCC) subgroup, current evidence remains inconclusive regarding which specific invasion patterns are associated with worse oncological outcomes. The aim of this study is to determine whether different invasion patterns in pT3a RCC influence oncological outcomes.

Objectives: To determine whether different invasion patterns in pT3a RCC are associated with distinct oncological outcomes, and to identify which patterns, if any, are associated with a worse prognosis.

Material and methods: A retrospective multicentre cohort study included 311 patients with histopathologically confirmed pT3a RCC, treated with curative intent at seven Portuguese referral centres (2010–2025). Patients were stratified into mutually exclusive invasion-pattern subgroups: PRF ± PC; RSF ± PC; combined PRF + RSF ± PC; RV

± other structures; and isolated PC invasion. Kaplan–Meier curves and multivariable Cox proportional-hazards models were used to assess overall mortality, RCC-specific mortality, local recurrence, distant recurrence, and combined recurrence, adjusting for age, R stage, N stage, tumour size, ISUP grade, necrosis, and high-risk histological features.

Results: Of 396 patients initially identified, 85 were excluded (3 duplicates, 66 with metastatic disease at surgery, 12 with insufficient follow-up, and 4 reclassified by stage or histology), yielding a final cohort of 311 patients. Median follow-up was 60.8 months. The combined PRF + RSF ± PC subgroup consistently showed the lowest 5-year survival estimates (overall survival 69.2%; RCC-specific survival 80.2%; distant recurrence-free survival 56.4%), with RV-containing tumours at an intermediate position, and isolated PRF or RSF invasion showing the most favourable outcomes. Log-rank differences between subgroups were significant for distant (p=0.039) and combined recurrence (p=0.012). However, on multivariable analysis, no invasion pattern subgroup remained an independent predictor of any oncological outcome. Nodal stage, ISUP grade, tumour necrosis and tumour size were the consistent independent predictors.

Discussion/Conclusions: Although combined PRF and RSF invasion was associated with the most adverse univariable prognosis, this appears to reflect greater tumour burden rather than an independent anatomical determinant of outcome. Our findings do not support a simple anatomical refinement of the pT3a category, and instead favour risk stratification driven by validated pathological determinants — nodal stage, necrosis, tumour size, and ISUP grade.

CO 22

ROBOT-ASSISTED PARTIAL NEPHRECTOMY WITH THE DA VINCI SYSTEM: PERIOPERATIVE, ONCOLOGICAL AND FUNCTIONAL OUTCOMES OF AN INITIAL SINGLE-CENTRE EXPERIENCE

Luís Pedro Rosmaninho; Tiago Antunes Lopes; Rui Almeida Pinto; Daniel Costa; Alberto Costa Silva; Simão Abreu; João Oliveira; Margarida Henriques; Luís Seixas; João Silva
ULS do São João

Introduction & Objectives: Robot-assisted partial nephrectomy (RAPN) is the reference approach for nephron-sparing surgery in localised renal masses. We report the perioperative, oncological and functional outcomes of the first consecutive series performed at our institution with the da Vinci system. We used the Trifecta and Pentafecta as composite quality endpoints. We also assessed whether outcomes changed over the study period.

Materials & methods: We retrospectively analysed the first 115 consecutive RAPN procedures performed in our centre between June 2023 and June 2026. Four procedures [converted to radical nephrectomy (n=2) or to open partial nephrectomy (n=2)] were excluded, leaving a final cohort of 111 RAPN. Cases with missing data were excluded only from the variable(s) concerned. Trifecta was defined as negative surgical margin, warm ischemia time (WIT) ≤25 min and absence of major complications (Clavien-Dindo ≥3). Pentafecta was defined as Trifecta plus preservation of ≥90% of the estimated glomerular filtration rate (eGFR) at 6 to 12 months post-surgery. Off-clamp procedures were coded as zero ischemia. Continuous variables are reported as median (interquartile range). Comparisons across time tertiles used the Kruskal-Wallis test for continuous variables and the chi-square test for categorical variables, with the exact Fisher test where expected cell counts were below five.

Results: Median age was 62 years (IQR 52–69), median tumour size 32 mm (IQR 25–40) and median RENAL score 7 (IQR 6–8). Intermediate complexity was present in 46.8% and high complexity in 4.5% of tumours. Histopathology reported malignancy in 93 of 111 cases (83.8%), clear cell carcinoma being the commonest subtype (45.9%). Among stageable tumours, 74.2% were pT1a, 18.3% pT1b and 6.5% pT3a.

Median WIT was 23 min (IQR 18–29), with 62.0% of procedures performed within 25 min and four (3.7%) off-clamp. Median length of stay was 5 days (IQR 4–6). Major complications occurred in 3 of 111 procedures (2.7%). Haemoglobin fell by a median of 1.1 g/dL (−7.4%). Median eGFR decreased by 7.4% in the immediate postoperative period and by 5.8% at 6–12 months, with preservation of ≥90% in 54 of 89 evaluable cases (60.7%).

Surgical margins were positive in 12 of 108 assessable specimens (11.1%). Trifecta was achieved in 56 of 105 evaluable procedures (53.3%) and Pentafecta in 28 of 83 (33.7%). WIT was the main limiting criterion, being met in only 61.9% of procedures compared with 89.5% for negative margins and 99.0% for absence of major complications. Ischemia alone accounted for 37 of the 49 Trifecta failures (Table 4).

Across time tertiles, tumour size and RENAL score remained stable (p=0.907 and p=0.416), as did WIT (p=0.170), margin positivity (p=0.927) and Trifecta (p=0.659). Length of stay was the only outcome to improve significantly, falling from 5 to 4 days (p=0.023) .

Conclusions: In this initial single-centre experience with the da Vinci system, RAPN achieved a low rate of major complications and satisfactory renal functional preservation, with outcomes remaining stable across three years of practice. The Trifecta rate of 53.3% lies within the published range and was constrained chiefly by WIT, which remains the principal target for improvement. The retrospective design and the absence of long-term oncological follow-up are limitations of this work.

Dia 30 outubro | 14:30-16:00 h

Moderadores: Ana Meirinha e Rui Abreu

CO 23 – CO 35 *(Auditório)*

CO 23

TUMOUR COMPLEXITY AS THE MAIN DETERMINANT OF WARM ISCHEMIA TIME IN ROBOT-ASSISTED PARTIAL NEPHRECTOMY

Luís Pedro Rosmaninho; Tiago Antunes Lopes; Rui Almeida Pinto; Daniel Costa; Alberto Costa Silva; Simão Abreu; Luis Seixas; Margarida Henriques; Ricardo Rodrigues; João Silva
ULS do São João

Introduction & Objectives: Warm ischemia time (WIT) is a determinant of renal functional outcome after partial nephrectomy and a core component of composite quality endpoints such as the Trifecta. We examined which preoperative variables predict WIT in a consecutive single-centre series of robot-assisted partial nephrectomies (RAPN).

Materials & Methods: We retrospectively analysed the first 115 consecutive RAPN procedures performed in our centre between June 2023 and June 2026. Four procedures [converted to radical nephrectomy (n=2) or to open partial nephrectomy (n=2)] were excluded, leaving a final cohort of 111 RAPN. Cases with missing data were excluded only from the variable(s) concerned.

Associations between WIT and continuous variables were tested with Spearman correlations, while WIT was compared across different RENAL complexity categories using the Kruskal-Wallis test. Independent predictors were identified by multivariable linear regression including RENAL score, tumour size and age. The RENAL score was modelled as a continuous variable after confirming the absence of departure from linearity (F test, p=0.801).

Results: Median WIT was 23 min (IQR 18–29). Four procedures (3.7%) were performed off-clamp.

WIT rose progressively with tumour complexity: median 20 min (IQR 16–23) in low-complexity tumours (n=51), 28 min (IQR 23–33) in intermediate-complexity tumours (n=52) and 35 min in high-complexity tumours (n=5) (p<0.0001). Considering the relationship between WIT and the RENAL score, median WIT rose from 18–21 min for

scores of 4 to 6 to 25–29 min for scores of 7 to 9 (Table 1).
WIT correlated moderately with the RENAL score (rho=+0.45; p<0.0001) and with tumour size (rho=+0.35; p=0.0002), but not with age (rho=−0.09; p=0.362) (Table 2).
In a multivariable linear regression, both the RENAL score and tumour size remained independent predictors: each additional RENAL point was associated with 1.79 min more of WIT (95% CI 0.66–2.91; p=0.002) and each additional millimetre of tumour diameter with 0.24 min (95% CI 0.07–0.40; p=0.005). Age was not predictive (p=0.306). The model explained 21.5% of the variance in WIT (Table 3).
Conclusions: Warm ischemia time in RAPN is driven primarily by tumour complexity, with the RENAL score and tumour size acting as independent predictors and a difference of roughly 15 minutes separating low- from high-complexity tumours. Nearly 80% of the variance in WIT nonetheless remains unexplained by preoperative anatomical variables, suggesting a substantial contribution from intraoperative factors not captured in this analysis. These findings support the use of the RENAL score in preoperative counselling and in case selection during the establishment of a robotic programme, and caution against interpreting ischemia time as a stand-alone measure of surgical performance without adjustment for tumour complexity.

CO 24

RETROPERITONEAL LYMPH NODE DISSECTION FOR TESTICULAR GERM CELL CANCER: 10-YEAR EXPERIENCE AT AN ONCOLOGY REFERRAL CENTRE

André Branco[1]; Helena Sousa[2]; Bernardo Martins[1]; Inês Lume[1]; João Ascensão[1]; João Dores[1]; Isaac Braga[2]; Rui Freitas[2]; Inês Peyroteo[2]; Jorge Correia[2]; João Carvalho[2]
[1]Hospital Beatriz Ângelo
[2]IPO Porto

Introduction and objectives: Retroperitoneal lymph node dissection (RPLND) remains central to the management of testicular germ cell tumours (GCT), particularly for post-chemotherapy residual masses. We aimed to describe the 10-year experience of a referral oncology centre in Portugal, evaluating surgical results, pathological findings and oncological outcomes.
Methods: A retrospective analysis of all patients undergoing RPLND at a referal centre in Portugal between February 2015 and March 2025 was conducted. Demographic, surgical, histopathological and follow-up data were collected. Complications were graded according to the Clavien-Dindo classification. Histopathology results were categorised as necrosis/fibrosis, teratoma or viable non-teratomatous GCT.
Results: Over the study period, thirty-seven RPLND were performed in thirty-six patients. The median age at surgery was 33 years (range 18–51). The majority of patients had non-seminomatous histology (94.4%, n=34). Clinical stage was I in 2 (5.6%), II in 11 (30.6%) and III in 23 (63.9%). Template was right-sided in 15 (40.5%), left-sided in 20 (54.1%) and bilateral in 2 (5.4%). Surgical approach was laparoscopic in 16 cases (43.2%). Median operative time was 209 minutes and median blood loss 200 mL. Resection of an adjacent organ was required in 7 procedures, including nephrectomy, enterectomy and pancreatectomy. Median hospital stay was 5 days. Complications at 28 days occurred in 8.6% of procedures, Clavien-Dindo grade II in 1 and grade III in 2. Pathological report revealed necrosis/fibrosis in 13 (35.1%), teratoma in 21 (56.8%) and viable non-teratoma germ cell tumour in 3 (8.1%). Among patients with known follow-up status, at a median follow-up of 38 months, recurrence occurred in 6 patients (17.6%) and there were 4 deaths (11.8%), mostly in stage III patients with poor-prognosis features, such as positive surgical margins, unresectability or residual viable disease.
Conclusion: In this referral-centre case series, RPLND for testicular cancer was associated with low 28-day morbidity (8.6%), consistent with contemporary published series. Necrosis/fibrosis was present in only 35.1% of specimens; the remaining 64.9% harboured teratoma or viable tumour - chemoresistant tissue removable only by surgery, highlighting the therapeutic value of RPLND in this population.

CO 25

CUMULATIVE ANTICHOLINERGIC BURDEN IN ADULTS WITH URGENCY URINARY INCONTINENCE: A CROSS-SECTIONAL ANALYSIS OF NHANES (2011–2020)

João Oliveira; Simão Abreu; Luís Vale; Carlos Ferreira; Tiago Antunes Lopes; João Silva
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introduction: Urgency urinary incontinence (UUI) is highly prevalent among older adults, with antimuscarinic agents serving as first-line pharmacotherapy. Conversely, cumulative anticholinergic burden—an established risk factor for cognitive impairment, falls, and dementia—frequently originates from medications prescribed for non-urologic indications. Existent literature primarily evaluates this burden within actively treated cohorts, leaving the baseline anticholinergic exposure in symptomatic populations independent of urologic pharmacotherapy inadequately characterized.
Objectives: To quantify the cumulative anticholinergic burden and its primary pharmacological determinants among US adults reporting UUI, and to determine the proportional contribution of bladder antimuscarinics to total exposure in treated patients. A secondary objective investigated the association between anticholinergic burden and UUI symptomatology.
Methods: A cross-sectional analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES; 2011–March 2020) was conducted, encompassing 22,660 adults aged ≥20 years. UUI was operationalized as self-reported involuntary urine loss associated with urgency within the preceding 12 months. Cumulative anticholinergic burden from prescriptions dispensed in the prior 30 days was calculated via the 2012 Anticholinergic Cognitive Burden (ACB) scale.
Results: The weighted prevalence of urgency urinary incontinence (UUI) was 21.1% (95% CI: 20.1–22.1). Anticholinergic exposure was significantly higher among adults with UUI, with 38.1% utilizing at least one anticholinergic medication (vs. 20.4% without UUI) and presenting an elevated mean Anticholinergic Cognitive Burden (ACB) score (0.90 [95% CI: 0.84–0.96] vs. 0.41). Despite a skewed distribution where 61.9% of symptomatic patients had an ACB score of zero, the proportion of individuals with a clinically relevant anticholinergic burden (ACB ≥3) was substantially larger in the UUI cohort (14.2% vs. 5.6%). Furthermore, this anticholinergic burden occurred alongside increased polypharmacy in adults with UUI, evidenced by a higher mean number of prescribed medications (3.51 vs. 1.78) and a greater prevalence of patients taking ≥5 concurrent drugs (31.7% vs. 13.0%). Only 3.2% (95% CI 2.5–4.0) were prescribed a bladder antimuscarinic and 0.5% a beta-3 agonist. Excluding bladder-directed therapies, non-urologic burden was predominantly driven by cardiovascular agents (31.1%; characterized by high prevalence, low potency) and psychotropics (25.9%; lower prevalence, higher potency). Among patients prescribed bladder antimuscarinics, the mean ACB was 4.55 (vs. 0.78 in untreated UUI patients), with the urologic agent itself—most frequently oxybutynin (57%)—constituting 66.1% of their total anticholinergic exposure. In multivariable analysis adjusted for sociodemographic factors, somatic comorbidities and depression, no association between ACB and UUI was found.
Conclusions: Adults with UUI have a substantially higher anticholinergic burden than those without UUI, largely attributable to non-urologic medications, particularly cardiovascular and psychotropic agents. Although bladder antimuscarinics are prescribed to a small proportion of individuals with UUI, they account for approximately two-thirds of total anticholinergic exposure among treated patients, with oxybutynin being the most commonly used agent. Anticholinergic burden was not independently associated with UUI after adjustment for relevant sociodemographic and clinical factors. These findings highlight the importance of assessing cumulative anticholinergic exposure, including medications prescribed for non-urologic indications, when considering pharmacologic treatment for UUI.

CO 26

REBOT: ORAL THERAPY RECHALLENGE AFTER BOTULINUM TOXIN INJECTION – IS OAB TREATMENT A ONE-WAY LADDER?

João Oliveira; Mariana Rocha;
Luís Rosmaninho; Luís Vale; Carlos Ferreira; João Silva; Tiago Antunes Lopes
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introduction: Intradetrusor botulinum toxin A (BoNT-A) is effective in refractory overactive bladder (OAB), but its effect is time-limited, requiring repeated injections with associated costs, logistical burden and waiting times. BoNT-A appears to modulate bladder muscarinic and sensory receptor expression, which could restore responsiveness to previously ineffective oral agents. We aimed to assess whether combination therapy with solifenacin and mirabegron, reintroduced after waning of the BoNT-A effect, provides symptom control sufficient to forgo or delay a repeat injection.

Materials and methods Prospective, single-arm study at a tertiary centre (interim analysis). We included patients with idiopathic OAB who had responded to their last BoNT-A injection, presented with symptom recurrence and were scheduled for a repeat injection. While on the waiting list, they started solifenacin 10 mg plus mirabegron 50 mg and were reassessed at 4 weeks (3-day bladder diary and ICIQ-FLUTS). The primary outcome was the proportion of patients declining a repeat injection due to symptom improvement. Secondary outcomes were changes in micturitions/24h, urgency episodes/24h, nocturia, pads/day, ICIQ-FLUTS (total and subscales) and adverse events.).

Results: Twenty-two women were included, with a median age of 68.5 years (44–84) and 2 (1–3) previous BoNT-A injections. Three patients (13.6%) discontinued treatment due to adverse events (dry mouth, nausea/vomiting, gastrointestinal intolerance) and 19 completed 4 weeks. Seven patients (31.8% of the cohort; 36.8% of completers) declined a repeat BoNT-A injection after solifenacin and mirabegeron. In the overall cohort, there were reductions in micturitions/24h (11 vs. 10; p=0.036), urgency episodes/24h (9 vs. 7; p=0.014) and total ICIQ-FLUTS (26 vs. 24; p=0.025), driven by the filling (p=0.013) and incontinence (p=0.015) subscales. Nocturia (p=0.088) did not change significantly. The voiding subscale increased slightly (1 vs. 2; p=0.041). Response was markedly dichotomous. In patients who declined a repeat injection, urgency episodes fell from 8 to 1.5/24h, micturitions from 10 to 6/24h and ICIQ-FLUTS from 25 to 7 (median reduction 67%); in the remaining patients there was no change (ICIQ-FLUTS 26 vs. 26; p=0.75). The change in ICIQ-FLUTS differed significantly between groups (p<0.001). Age, number of previous injections and baseline symptom severity did not differ between responders and non-responders.

Discussion/Conclusions: About one third of patients previously treated with BoNT-A responded to reintroduced oral combination therapy well enough to forgo or at least postpone a repeat injection, with clinically relevant improvement in urgency and incontinence. OAB treatment is not necessarily a one-way ladder: combination therapy is a well-tolerated, low-cost option to offer during the waiting period. The absence of baseline predictors of response and the short follow-up warrant continuation of the study, with long-term assessment of response durability.

CO 27

PROBEX - PRÉ-HABILITAÇÃO DOMICILIÁRIA ANTES DE CISTECTOMIA RADICAL: VIABILIDADE, ACEITABILIDADE E SEGURANÇA DE UM MODELO SIMPLES

João Nogueira de Freitas[1]; Joana Soares da Silva[1]; Pedro Ramos[1]; Luís Vale[1]; Francisco Botelho[1]; Tiago Moreira[1]; Susana Moreira[1]; Daniel Gonçalves[2]; João Silva[1]; Carlos Ferreira[1]
[1]Centro Hospitalar de S. João, EPE
[2]Faculdade de Desporto da Universidade do Porto

Introdução: O cancro da bexiga é um desafio oncológico major, com cerca de um quarto dos doentes a apresentar doença músculo-invasiva ao diagnóstico. A cistectomia radical, tratamento padrão da doença localizada, é um procedimento exigente, associado a morbilidade, recuperação prolongada e pior qualidade de vida. A pré-habilitação, centrada na otimização do estado físico e nutricional antes da cirurgia, tem emergido como abordagem promissora para melhorar os resultados cirúrgicos. Contudo, a viabilidade e a

aplicabili-dade real de programas simples, de base domiciliária, permanecem por determinar.

Objetivos: Este projeto-piloto avalia a viabilidade, a aceitabilidade e a segurança de um programa domiciliário de pré-habilitação multimodal em doentes com cancro da bexiga propostos para cistectomia radical, explorando indicadores preliminares de benefício clínico. O objetivo último é integrar vias de pré-habilitação acessíveis nos cuidados oncológicos padrão.

Materiais e métodos: Estudo unicêntrico, pragmático, prospetivo, não aleatorizado, com controlos históricos e contemporâneos. Incluídos adultos (≥18 anos) com cancro da bexiga ressecável (T2-T4a N0M0 ou NMIBC de muito alto risco), propostos para cistectomia radical, com ou sem terapêutica sistémica neoadjuvante.

Os doentes propostos para cistectomia radical ou para tratamento neoadjuvante são referenciados à consulta de Medicina Física e de Reabilitação, avaliados em três momentos: antes da pré-habilitação (Av1), no dia anterior à cirurgia (Av2) e >6 semanas após a alta (Av3). Foram utilizadas métricas como o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), a Short Physical Performance Battery (SPPB) e o SF-36 para avaliação física e funcional dos pacientes.

Todos os pacientes referenciasdos recebem um plano domiciliário de exercício aeróbio e de resistência, ≥3x/semana até à cirurgia, com monitorização telefónica semanal da adesão e eventos adversos. São também referenciados a Nutrição, com suplementação quando necessário. Considera-se referenciação efetiva ≥2 semanas de pré-habilitação.

O grupo de controlo inclui doentes que recusam ou não são referenciados em tempo útil, e controlos históricos. A viabilidade é avaliada pelas taxas de referenciação, adesão e retenção; a aceitabilidade e a perceção de benefício por questionários e a segurança por eventos adversos. Como análises exploratórias secundárias, incluem-se resultados funcionais/reportados pelo doente e a morbilidade pós-operatória (complicações, reinternamentos, mortalidade).

Resultados: Foram analisados 59 doentes, com idade média de 70,9±8,2 anos, ECOG≥1 em 35,6% e ≥1 fator de risco cardiovascular em 93,2%; 87% apresentavam um nível baixo de atividade física no IPAQ. Destes, 38 doentes (64,4%) foram efetivamente referenciados (≥2 semanas de pré-habilitação), com duração mediana de 3,3 semanas [2,3-9,3], mais longa sob QT neoadjuvante (78,3%; mediana 9,3 semanas) do que sem QT neoadjuvante (48,6%; mediana 3,3 semanas). Não foram reportados eventos adversos relacionados com o exercício. 95% dos inquiridos classificaram o programa como, no mínimo, "muito relevante" para a recuperação pós-cirúrgica, 82% cumpriram o plano em mais de metade das semanas e 50% mantiveram exercício após a alta.

Na análise exploratória secundária, o grupo referenciado apresentou uma mediana de internamento inferior (8,0 [7,0-9,5] vs 9,5 [8,0-14,8] dias; p=0,034), tendência mantida independentemente da via cirúrgica e do tipo de derivação urinária. Houve também menos complicações globais (22,2% vs 45,8%; p=0,054) e menor taxa de complicações major (Clavien-Dindo≥3: 11,1% vs 20,8%; p=0,30), sem diferenças basais entre os grupos (p>0,05).

Discussão e conclusões: Este programa domiciliário, simples e com pouca utilização de recursos, revelou-se viável, seguro e bem aceite numa população idosa, comórbida e sedentária, com maior potencial de benefício, refletindo a realidade dos cuidados de saúde em Portugal. A janela da neoadjuvância é a oportunidade natural para a implementação, enquanto a curta janela entre indicação e cirurgia dificulta a referenciação nos doentes sem tratamento sistémico. Os sinais precoces de benefício, com menor internamento e menos complicações globais, são encorajadores, mas exigem prudência dada a pequena amostra e o desenho não aleatorizado. Nos próximos passos, avaliar-se-á objetivamente a melhoria da performance física e do estado de saúde físico, emocional, social e global. Estes resultados sustentam a expansão do programa, como modelo simples e ajustado ao SNS, e um estudo futuro adequadamente dimensionado.

CO 28

BEYOND THE NUMBER OF CORES: DOES PROCEDURAL COMPLEXITY DRIVE INFECTION AFTER TRANSPERINEAL PROSTATE BIOPSY?

Simão Abreu; João Oliveira; Daniel Costa; Nuno Dias; Afonso Morgado; João Silva
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introduction: Transperineal prostate biopsy has markedly reduced infectious complications compared with the transrectal route. However, contemporary MRI-directed strategies often combine systematic and targeted sampling, increasing the number of cores and procedural complexity. Whether infectious risk is driven by core burden itself or by characteristics of more extensive biopsy procedures remains uncertain.

Objectives: To assess the association between biopsy core burden and post-biopsy infectious complications and to explore whether procedural complexity, particularly multiple MRI targets, accounts for this relationship.

Material and methods: We retrospectively analysed 650 consecutive outpatient transperineal prostate biopsies performed under local anaesthesia. Total core number was available in 646 procedures. Biopsies were classified as systematic-only, targeted-only or combined systematic plus MRI-targeted. The primary outcome was post-biopsy infection. Core number was compared between patients with and without infection using the Mann–Whitney U test, and univariate logistic regression estimated the effect of each additional core. Because all infectious events occurred after combined biopsy, a sensitivity analysis was restricted to combined procedures with complete core-count data. Within this subgroup, potential confounders associated with biopsy intensity and/or infection were explored, including presence of a second MRI target, prostate volume, lesion size, antibiotic prophylaxis, prior urinary tract infection and diabetes. A parsimonious exploratory model adjusted core number for the presence of a second MRI target.

Results: Ten infectious complications occurred among 650 biopsies (1.5%). Patients with infection underwent more extensive sampling than those without infection: median 17 cores (IQR 15.3–19.5) versus 14 (IQR 12–16; p=0.011). In the overall cohort, each additional core was associated with increased odds of infection (OR 1.28; 95% CI 1.08–1.52; p=0.005). All infections occurred following combined biopsy. Among combined procedures with complete core-count data (n=378), the association was attenuated: median 17 versus 16 cores (p=0.207), with an OR of 1.17 per additional core (95% CI 0.94–1.45; p=0.150). A second MRI target was strongly associated with higher core burden (median 18 vs 15.5 cores; p<0.001) and showed a numerically higher infection rate (4.7% vs 2.1%; OR 2.33, 95% CI 0.64–8.44). After adjustment for a second MRI target, the association between core number and infection was further attenuated (adjusted OR 1.13 per core; 95% CI 0.89–1.43; p=0.329). Prostate volume was associated with higher core numbers but not with infection, while prior urinary tract infection showed a strong but imprecise association with infection and was not related to core burden.

Discussion/Conclusions: Higher core burden was associated with infectious complications in the overall cohort, but this relationship disappeared when analysis was restricted to combined biopsies and further weakened after accounting for multiple MRI targets. These findings suggest that core number may act mainly as a surrogate for procedural complexity rather than as an independent driver of infection. Multi-target biopsy and patient-related risk factors may be more relevant than the absolute number of cores alone. Given the low number of infectious events, these findings are exploratory and require confirmation in larger cohorts.

CO 29

CANCELADO

CO 30

WHEN BEAUTY COSTS A KIDNEY: SEVERE HYPERCALCEMIA AND URINARY LITHIASIS FROM GLUTEAL PMMA GRANULOMAS

Manuel Cruz; Patricia Matos; Filipa Rocha Figueiredo; Raquel Catarino; Frederico Carmo Reis; André Cardoso; Diogo Pereira; Gabriel Costa; Manuel Cerqueira; Tiago Correia
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introduction: Polymethylmethacrylate (PMMA) is a synthetic, non-absorbable filler, not authorized for commercialization by Infarmed, but increasingly used off-label and inappropriately for gluteal augmentation across South/Central America, with numerous reports of complications. A rare but life-threatening complication is granulomatous, PTH-independent hypercalcemia, driven by extra-renal calcitriol production by activated macrophages within gluteal PMMA granulomas, with potential for urinary lithiasis formation and kidney injury. We report a case of urinary lithiasis and severe hypercalcemia secondary to gluteal PMMA granulomas, properly illustrated with images.
Case description: A South American woman in her fifties, with no relevant past medical history except for a gluteal PMMA injection 8 years prior, was admitted for right obstructive acute pyelonephritis due to a 7 mm ureteral stone with acute kidney injury. Admission Computed Tomography (CT) also showed an atrophic left renal unit and bilateral renal stone disease. An ureteral catheter was placed with good infectious control, but renal function progressively worsened (peak creatinine 4.6 mg/dL) due to severe hypercalcemia (corrected calcium 14.56 mg/dL; ionized calcium 2.150 mmol/L), requiring intensive care. Workup revealed suppressed PTH and elevated 1,25-dihydroxyvitamin D, consistent with a PTH-independent mechanism. Multiple myeloma and occult malignancy were excluded. Given her gluteal PMMA history, Magnetic Resonance Imaging (MRI) confirmed multiple confluent nodular formations in bilateral gluteal subcutaneous tissue, compatible with foreign-body granulomas. Chronic hypercalcemia acutely worsened by a granulomatous PMMA reaction was assumed. Treatment included fluid therapy, zoledronic acid, and cinacalcet, with subsequent hydroxychloroquine and prednisolone, achieving progressive improvement. Surgical removal was discussed with Plastic Surgery but was contraindicated given lesion extent and high surgical risk. She was discharged with referral to Nephrology, Endocrinology, and Urology, with indication for endoscopic surgery for urinary stone disease.
Discussion: This case illustrates a rare complication of unregulated cosmetic PMMA use. Consistent with prior reviews, such hypercalcemia is typically diagnosed years after the index procedure (mean of 7 years), associated with suppressed PTH and elevated or normal calcitriol, and carries a high risk of renal impairment. PMMA's irreversible, infiltrative nature precludes safe surgical excision in most patients, as illustrated here, reinforcing medical therapy as the cornerstone of management. This case underscores the importance of maintaining suspicion for filler-associated hypercalcemia in patients with unexplained nephrolithiasis or renal impairment, particularly among those from regions where unregulated cosmetic PMMA use remains prevalent.

CO 31

BENCHMARKING TRANSURETHRAL RESECTION OF BLADDER TUMOUR (TURBT) QUALITY INDICATORS AND THEIR ASSOCIATION WITH RECURRENCE IN NON-MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER: A SINGLE-CENTRE RETROSPECTIVE AUDIT

João Peralta; Raquel Rodrigues; Maria Inês Nascimento; João Ricardo Silva; Miguel Faustino Lourenço; Ana Sabença; Rui Maciel; Samuel Bastos; Luís Xambre
ULSGE

Introduction: Recurrence after transurethral resection of bladder tumour (TURBT) for non-muscle-invasive bladder cancer (NMIBC) is influenced not only by tumour biology but by the quality of the index resection. Four evidence-based quality indicators — detrusor muscle sampling, documented resection completeness, documented tumour features, and single immediate intravesical chemotherapy (SI-IVC) — have been proposed as modifiable determinants of outcome, but local compliance is rarely benchmarked against published rates.
Objectives: To determine local compliance with each of four RESECT/EAU-aligned quality

indicators (individually and as a composite "all-four-met" measure), benchmark them against published RESECT and Scottish Quality Performance Indicator (QPI) rates, compare recurrence between composite achievers and non-achievers and identify the weakest-performing indicator as a quality-improvement target.

Methods: We performed a single-centre retrospective cohort study of patients undergoing TURBT for suspected or confirmed Ta/T1 urothelial carcinoma between 1 July 2024 and 30 June 2026. Exclusion criteria were muscle-invasive bladder cancer/non-urothelial cancer/benign disease identified pathologically at the index TURBT , concurrent major procedures performed in the same anaesthetic session and missing follow-up cystoscopy. Compliance with each of the four quality indicators and a composite “all-four-met” measure were calculated and benchmarked against published RESECT and Scottish Quality Performance Indicator (QPI) rates. Recurrence was compared between composite achievers and non-achievers using the chi-square test, and a multivariable logistic regression model adjusted for grade, stage, tumour size and number of lesions. Analyses were performed in IBM SPSS Statistics version 28, with two-sided $\alpha = 0.05$.

Results: Of 246 patients screened, 144 were analysed. Mean age was 72.9 years and 81.2% were male. A smoking history was present in 72.1%. Most tumours were primary (79.9%). Stage was Ta in 63.6%, T1 in 35.7%. Grade was high in 45.1%. Multiple lesions (>1) were resected in 37.3% and median tumour size was 20 mm. 13,5% were receiving anticoagulation therapy. Detrusor muscle was present in 77.1% of specimens, resection completeness was documented in 96.5%, tumour features in 84.7% and SI-IVC was administered in 33.6%. All four indicators were met in 24.6% of evaluable patients.

Discussion/Conclusion: Local rates were within or close to published international benchmarks for resection completeness documentation (96.5% vs 82.0-84,7% in the RESECT trial), detrusor muscle sampling (77.1% vs 77% in the Scottish QPI programme and 76.0–77.1% at RESECT trial) and tumour feature documentation (84.7% vs 78.5–78,7% in RESECT trial). However, local rates were below benchmark for SI-IVC administration (33.6% vs 40.7–42,6% in RESECT trial and 71% in the Scottish QPI programme). The composite all-four-met rate (24.6%) closely matched the RESECT trial's own baseline composite achievement (24.5–24.9%).

Recurrence occurred in 14.8% overall and was numerically lower among patients achieving all four indicators (5.9%) than among those who did not (18.6%), though this difference did not reach statistical significance ($\chi 2 = 3.17$, $p = 0.075$). On multivariable logistic regression, tumour stage (T1 vs Ta) was independently associated with recurrence (OR 24.6, 95% CI 2.1–283.7, $p = 0.010$). The composite quality measure was not an independent predictor after adjustment (OR 0.29, 95% CI 0.05–1.57, $p = 0.151$).

Local documentation quality for resection completeness and tumour features approached or exceeded published benchmarks, but SI-IVC administration was below the national Scottish benchmark of 71%, identifying it as the priority target for a local quality-improvement initiative. A composite “all-four-met” quality bundle was associated with a clinically meaningful, though not statistically significant, reduction in recurrence.

CO 32

PREDICTORS OF LENGTH OF STAY FOLLOWING TRANSURETHRAL RESECTION OF BLADDER TUMOUR (TURBT): A SINGLE-CENTRE RETROSPECTIVE COHORT STUDY

João Peralta; Raquel Rodrigues; Maria Inês Nascimento; João Ricardo Silva; Miguel Faustino Lourenço; Ana Sabença; Rui Maciel; Samuel Bastos; Luís Xambre
ULSGE

Introduction: TURBT is traditionally performed as an inpatient procedure, but same-day discharge is increasingly feasible in selected patients. However, there is no data-driven pathway defining who is suitable for TURBT in na outpatient basis.

Objectives: To identify clinical and procedural factors independently associated with a length of stay (LOS) ≥24 hours, to characterise post-operative complications by LOS group, and to propose simple criteria that could inform a future day-case TURBT pathway.

Methods: Single-centre retrospective cohort study of consecutive TURBT procedures

performed between 1 July 2024 and 30 June 2026. Inclusion criteria were adult patients (≥18 years) undergoing TURBT for bladder tumour, for any indication (primary, recurrent or restaging resection). Exclusion criteria were concurrent major procedures performed in the same anaesthetic session, emergency TURBT for uncontrolled haematuria and muscle-invasive bladder cancer/non-urothelial cancer/benign disease identified pathologically at the index TURBT.
LOS was recorded in inpatient days. Patients were grouped as LOS <24 hours (1 inpatient day) versus ≥24 hours (≥2 inpatient days). Candidate demographic, tumour and procedural predictors were compared between groups (chi-square/Fisher's exact t-test/Mann–Whitney U/multivariable analysis). Data on complications and readmissions at 90 days were analyzed.
Results: Of 246 patients screened, 144 patients were selected. 52.1% were discharged within 24 hours (LOS 1 day) and 47.9% stayed ≥24 hours (LOS ≥2 days). Median LOS was 1 day [IQR 1–2]. Mean age was 72.9 ± 9.9 years and 81.2% were male. On univariable analysis, LOS ≥24 hours was significantly associated with larger tumour size (median 30 vs 20 mm, p<0.001), anticoagulant use (22.1% vs 5.5%, p=0.004), high grade (54.4% vs 36.5%, p=0.032) and, inversely, recurrent-tumour status (11.6% vs 28.0%, p=0.014). On multivariable analysis, increasing tumour size (OR 1.05 per mm, 95% CI 1.01–1.09, p=0.006) and anticoagulant use (OR 9.5, 95% CI 2.4–37.8, p=0.001) were independently associated with LOS ≥24 hours, while recurrent (vs primary) tumour was associated with shorter stay (OR 0.24, 95% CI 0.07–0.88, p=0.032). Any 90-day complication occurred in 28/144 (19.4%) overall and did not differ significantly between LOS groups (14.7% vs 24.6%, p=0.131). 90-day readmission was 3.5% overall (4.0% vs 3.0%, p=1.000).
Discussion/Conclusion: Larger tumour size and anticoagulant use were the principal factors independently associated with prolonged stay, whereas recurrent-tumour resections were associated with shorter admission. Around half of patients were discharged within 24 hours, with a low readmission rate and no significant excess by LOS group, suggesting current discharge decisions are broadly safe. Patients with smaller, primary tumours and no anticoagulation are the most promising candidates for same-day discharge, whereas anticoagulation and large tumour size flag the need for planned overnight observation. Findings are hypothesis-generating and require prospective validation.

CO 33

CÓLICA DE VERÃO: MITO OU REALIDADE ESTATÍSTICA? SAZONALIDADE DA CIRURGIA URGENTE POR LITÍASE

Diogo Lopes Saraiva[1]; André Barcelos[1]; Diogo Carmali[1]; André Pita[1]; Filipe Gaboleiro[1]; Eduardo Felício[1]; Guilherme Bernardo[1]; Carlos Fernandes[2]; Fernando Ferrito[1]
[1]ULS Amadora Sintra
[2]Hospital Dr. Nélio Mendonça

Introdução: A litíase urinária é uma das patologias mais comuns em urologia, com prevalência estimada entre 5% e 15% ao longo da vida e incidência crescente. O clima é um dos fatores ambientais mais associados á doença, e a temperatura ambiente elevada consta como fator de risco reconhecido. É por isso expectável que a incidência de eventos litiásicos agudos varie ao longo do ano. Porém, não é claro se esse padrão reflete o calor típico e previsível de cada estação, ou se é antes intensificado por anos excecionalmente quentes.
Objetivos: Caracterizar a distribuição sazonal dos episódios de derivação urinária urgente por litíase renal e ureteral num serviço de urologia, e avaliar se essa distribuição se relaciona com a anomalia térmica mensal ou, pelo contrário, reflete sobretudo o padrão térmico habitual de cada estação.
Material e métodos: Realizou-se um estudo retrospetivo dos episódios de derivação urinária urgente por litíase renal e/ou ureteral, entre abril de 2022 e março de 2026, tendo sido incluídos 403 episódios. Os meses foram agrupados por estação segundo a classificação meteorológica de trimestre civil: inverno (dezembro a fevereiro), primavera (março a maio), verão (junho a agosto) e outono (setembro a novembro). A distribuição mensal e sazonal foi testada contra a distribuição uniforme esperada através do teste do qui-quadrado de ajustamento. Para cada mês obteve-se a variação da temperatura média mensal face ao normal climatológico desse mês, reportada nos

boletins mensais do Instituto Português do Mar e da Atmosfera (IPMA). A relação entre esta variação e o número mensal de episódios foi avaliada com os coeficientes de correlação de Pearson e de Spearman.

Resultados: A distribuição dos 403 episódios pelos 12 meses não foi uniforme (χ^2=20,69; p=0,037), com julho e agosto a concentraram os valores mais altos, e janeiro e dezembro os mais baixos. Ao agrupar por estação, o padrão tornou-se ainda mais claro: 78 episódios no inverno, 93 na primavera, 134 no verão e 98 no outono (χ^2=16,78; p<0,001). O verão sozinho reúne mais de um terço de toda a atividade urgente do ano, apesar de representar apenas um quarto do calendário. Isolando o verão face às restantes três estações agrupadas (134 vs. 269), a diferença manteve-se robusta (p<0,001). As anomalias térmicas mensais variaram entre -0.81ºC e +3.47ºC no período em estudo (N=48meses). A correlação entre a variação térmica mensal e o número de episódios de derivação urgente mensal não mostrou qualquer relação nem pelo coeficiente de Pearson (r=-0,028; p=0,848), nem pelo de Spearman (ρ=0,041; p=0,783).

Conclusões: Confirma-se um padrão sazonal na cirurgia urgente por litíase, com nítido predomínio no verão. A ausência de correlação com a variação térmica mostra que esse padrão não é amplificado por verões excecionalmente quentes, apontando para um mecanismo ligado à exposição térmica absoluta e recorrente da estação, e não a eventos climáticos extremos. Um mês anomalamente mais quente do que o costume não trouxe mais episódios do que um mês "normal" para estação, ou seja, é a estação e não o desvio térmico dentro dela que determina o padrão. O resultado é compatível com desidratação sazonal recorrente como via causal principal. Como a sazonalidade não acompanha a anomalia térmica, um aumento pontual da temperatura em anos futuros não deverá, por si só, traduzir-se num aumento proporcional de casos, exceto se o próprio padrão térmico típico do verão se desloque de forma estrutural, como é hipotetizado no contexto das alterações climáticas.

CO 34

FIVE YEARS DISEASE-FREE, BUT NOT RISK-FREE: LATE RECURRENCE IN CLEAR-CELL RENAL CELL CARCINOMA

Simão Abreu; João Oliveira; Daniel Costa; Tiago Antunes Lopes; Rui Almeida Pinto; João Silva
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introduction: Late recurrence remains a clinically relevant feature of clear-cell renal cell carcinoma (ccRCC), raising uncertainty regarding the optimal duration of oncological surveillance. Although prognostic models are routinely applied at diagnosis, their ability to stratify residual recurrence risk among patients who have already remained disease-free for five years is less well established.

Objectives: To characterize late recurrence in patients with non-metastatic ccRCC who remained recurrence-free for at least five years after surgery and to evaluate whether the baseline Leibovich score retains prognostic value beyond this landmark.

Materials and methods: We retrospectively reviewed patients surgically treated for RCC between 2005 and 2012. The landmark analysis included patients with M0 ccRCC who remained recurrence-free for ≥60 months and had subsequent follow-up. Late recurrence was defined as recurrence occurring ≥60 months after surgery. The Leibovich 2003 score was reconstructed from pathological T and N stage, tumour size, nuclear grade and tumour necrosis and categorized as low (0–2), intermediate (3–5) and high risk (≥6). Recurrence-free survival (RFS) was calculated from the 5-year disease-free landmark using Kaplan-Meier analysis and compared with the log-rank test. Cox proportional-hazards regression was used to estimate the association between Leibovich score and late recurrence.

Results: Among 185 patients with M0 ccRCC, 38 developed recurrence, of which 13 occurred ≥5 years after surgery. Overall, 140 patients fulfilled the 5-year landmark criteria. The Leibovich score was calculable in 137 patients, including 12 with late recurrence.

Risk distribution was 86/137 (62.8%) low risk, 43/137 (31.4%) intermediate risk and 8/137 (5.8%) high risk. Late recurrence occurred in **1/86 (1.2%)**, **8/43 (18.6%)** and **3/8 (37.5%)** patients, respectively. Kaplan-Meier curves showed

marked separation between risk groups (log-rank χ^2=20.1; **p<0.001**). Estimated RFS at 10 years after surgery was 98.8%, 88.8% and 75.0% for low-, intermediate- and high-risk patients, respectively; corresponding 15-year estimates were 98.8%, 69.9% and 37.5%.
Using the low-risk group as reference, the hazard of late recurrence was significantly higher in intermediate-risk patients (**HR 17.85, 95% CI 2.23–142.78; p=0.007**) and high-risk patients (**HR 36.05, 95% CI 3.74–347.54; p=0.002**). When analysed as a continuous variable, each additional Leibovich point was associated with a **72% increase in late-recurrence hazard** (**HR 1.72, 95% CI 1.34–2.22; p<0.001**).
Discussion/Conclusions: Recurrence risk in ccRCC does not disappear after five disease-free years and remains strongly associated with the original pathological risk profile. Patients initially classified as low risk had an extremely low subsequent recurrence rate, whereas intermediate- and particularly high-risk patients retained substantial long-term risk. The Leibovich score therefore appears to remain clinically informative even after a 5-year disease-free landmark and may help identify patients in whom prolonged surveillance could be considered. The retrospective design, small number of late events and resulting wide confidence intervals for categorical hazard ratios warrant cautious interpretation and external validation.

CO 35
ABLAÇÃO PERCUTÂNEA DE MASSAS RENAIS: RESULTADOS FUNCIONAIS E ONCOLÓGICOS

Frederico Frias Correia; Pedro Soares Pereira; Miguel Silva Ramos; Avelino Fraga
Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: A ablação percutânea tem-se afirmado como alternativa à cirurgia no tratamento de pequenas massas renais, sobretudo em doentes idosos, com comorbilidades relevantes ou função renal comprometida, oferecendo resultados oncológicos prometedores com menor morbilidade perioperatória.
Objetivos: Com este estudo pretendemos caraterizar uma coorte de doentes propostos para ablação percutânea de massas renais, avaliando a taxa de complicações, impacto na função renal e outcomes oncológicos.
Material e métodos: Foi realizada uma análise retrospetiva dos doentes propostos para ablação entre janeiro de 2021 e junho de 2026. Foram recolhidos dados demográficos, comorbilidades, características da lesão, aspetos peri-procedimento, complicações, tempo de internamento, função renal (creatinina e eGFR) pré-ablação e aos 6 e 12 meses, recorrência local e metastização. A comparação entre grupos foi feita com teste-T para amostras independentes e a evolução da função renal com teste-T para amostras emparelhadas, considerando p<0,05 como significativo.
Resultados: Foram incluídos 24 doentes com uma idade média de 71,8±10,2 anos, sendo 75% do sexo masculino. Apresentavam um score de Comorbilidade de Charlston mediano de 7. 25% dos doentes já tinham sido submetidos a tratamentos prévio para carcinoma de células renais incluindo 2 recidivas locais após nefrectomias parcial, 1 recidiva local após crioablação prévia, 1 crioablação e 1 nefrectomia parcial de lesão diferente e 1 doente proposto para nefrectomia parcial impossibilitada por fibrose e aderências perirenais posteriormente proposto para ablação.
17 doentes foram propostos para crioablação e 7 para ablação por micro-ondas; o grupo de crioablação apresentou lesões significativamente maiores (26,4±7,3 vs 17,9±5,6 mm; p=0,011) e mais complexas (R.E.N.A.L. score 7,1±1,4 vs 5,6±1,1; p=0,024). Foi realizada avaliação histológica (por biópsia peri-procedimento ou diagnóstico prévio) em 91,6% dos casos, tendo sido inconclusiva ou insuficiente em 18,2% e revelado ausência de neoplasia noutros 18,2%. Das neoplasias identificadas, o carcinoma de células claras foi o subtipo mais frequente.
Em 3 casos foi necessária hidrodistensão ou disseção com ar e 1 caso foi abortado por atingimento do sistema excretor. O tempo de follow-up médio foi de 29,4±17,7 meses. A taxa de complicações foi de 8,3% (Clavien-Dindo IIa e IIIb), com internamento de 1 dia em 91,7% dos doentes. Verificou-se um agravamento estatisticamente significativo da creatinina de 1,167 (±0,45166) para 1,3529 mg/dL (±0,51867) aos 6 meses e de 1,1253 (±0,45214) para 1,30 mg/dL (±0,613) aos

12 meses e da eGFR de 67,6471 (±22,62725) para 58,41 mL/min/1.73m2(±22,238) aos 6 meses e de 69,4667 mL/min/1.73m2 (±22,86565) para 62,33 (±24,371) aos 12 meses respetivamente. Nenhum necessitou de tratamento de substituição renal

Relativamente aos outcomes oncológicos, houve recorrência local em 2/17 doentes do grupo de crioablação e 1/7 submetidos a ablação por micro-ondas. Um doente apresentou metastização pulmonar e subsequente óbito ao fim de 28 meses de follow-up. As recorrências locais foram submetidas a nova ablação ou nefrectomia parcial.

Discussão/Conclusões: Nesta coorte, a ablação percutânea revelou-se um procedimento seguro, com baixa taxa de complicações e curto tempo de internamento, consistente com o descrito na literatura. Este procedimento associou-se a um agravamento da função renal estatisticamente significativo aos 6 e 12 meses. A taxa de recorrência e de metastização descrita, tal como na literatura, tende a ser superior à das técnicas cirúrgicas, o que justifica um follow-up mais apertado. Concluindo este é um procedimento seguro e com baixa taxa de complicações, no entanto associado a maiores taxas de recorrência obrigando a uma seleção cuidadosa dos doentes.

Dia 31 outubro | 14:00-15:30 h

Moderadores: Duarte Saunders e Nuno Ramos

CO 36 – CO 48 *(Auditório)*

CO 36

INTRACAVERNOSAL BOTULINUM TOXIN FOR ERECTILE DYSFUNCTION: SIX-WEEK OUTCOMES BASED ON SHIM AND PATIENT-REPORTED MEASURES

Margarida Henriques; Pedro Ramos; João Alturas Silva; Afonso Morgado
Hospital São João, Porto

Introduction: Erectile dysfunction (ED) is common and substantially affects quality of life. Although phosphodiesterase type 5 inhibitors (PDE5Is) are first-line treatment, some patients have an inadequate response or intolerance. Intracavernosal botulinum toxin type A (BoNT-A) may facilitate erection by inhibiting norepinephrine release from cavernosal sympathetic nerve terminals, thereby reducing tonic contraction of penile resistance vessels and cavernosal smooth muscle and facilitating NO–cGMP-mediated relaxation. Preliminary studies report clinical improvement, but evidence remains limited and heterogeneous.

Objectives: To assess the effectiveness and safety of intracavernosal BoNT-A in men with ED.

Materials and methods: This prospective observational study included consecutive adult men treated with BoNT-A, either as monotherapy or add-on therapy, between March 2025 and September 2026. Eligible patients had ED for at least 3 months and an inadequate response to PDE5Is, defined as Sexual Health Inventory for Men (SHIM) ≤21 during treatment plus failure to achieve or maintain an erection sufficient to complete satisfactory intercourse in >50% of at least four attempts, despite correct PDE5I use at the maximum approved or tolerated dose.

Demographic data and risk factors, SHIM, Global Assessment Question (GAQ), and adverse events were recorded. SHIM was assessed at baseline and 6 weeks.

The primary outcome was the proportion of responders at 6 weeks, defined as a ≥4-point increase in SHIM from baseline. Complete response was defined as a ≥4-point SHIM increase with a final score ≥22, and partial response as a ≥4-point increase with a final score ≤21.

Besides mild pain at the puncture sites, no other complications were reported.

Results: 41 patients were included, with a mean age of 62.4 ± 9.8 years. 2/40 (5.0%) patients had undergone radical prostatectomy, 15/41 (36.6%) had diabetes, 14/35 (40.0%) had a history of smoking, 27/40 (67.5%) had arterial hypertension, 28/40 (70.0%) had dyslipidemia, 27/32 (84.4%) were overweight or obese, and 9/40 (22.5%) had cardiovascular disease. Penile Doppler ultrasound was performed in 26/41 (63.4%) patients.

The median baseline SHIM score was 8 (IQR 6–10), increasing to 10 (IQR 7–15) at 6 weeks. The mean change in SHIM score was +2.9 ± 4.2 points. A statistically significant improvement in SHIM score was observed at 6 weeks compared with baseline ($p < 0.001$).

At 6 weeks, 15/41 (36.6%) patients answered “yes” to GAQ1, whereas 16/40 (40.0%) answered “yes” to GAQ2. Regarding the PGI-I, 24/41 (58.5%) patients reported being unchanged, 9/41 (22.0%) slightly better, 5/41 (12.2%) better, and 3/41 (7.3%) much better. Overall, 17/41 (41.5%) patients reported some degree of improvement according to the PGI-I, and no patients reported worsening.

Using an increase of at least 4 points in the SHIM score as the criterion for treatment response, 13/41 (31.7%) patients were classified as responders. Of these, 4/41 (9.8%) achieved a complete response, defined as an increase of ≥4 points together with a final SHIM score ≥22, whereas 9/41 (22.0%) achieved a partial response, defined as an increase of ≥4 points with a final SHIM score <22.

Discussion/Conclusions: At 6 weeks, patients showed a statistically significant improvement in erectile function, with an increase in SHIM scores from baseline. However, the magnitude of improvement was modest, with approximately one-third of patients meeting the predefined responder criteria. Patient-reported outcomes were broadly consistent with these findings, with around 40% reporting subjective improvement. These results suggest a potential short-term benefit of the intervention on erectile function, although larger prospective studies with longer follow-up are needed to confirm its clinical relevance and durability.

CO 37

FLUORESCENCE REAL-TIME CAVERNOUSE NERVE IDENTIFICATION DURING SURGERY

Ana Margarida Ribeiro[1]; Alice Miranda[1]; Emanuel Dias[2]; Jorge Correia Pinto[1]
[1]Escola de Medicina, Universidade do Minho
[2]Hospital de Braga

Introduction and objetives: One of the major problems during radical prostatectomy is the identification of cavernous nerves during surgery and the potential consequence of erectile dysfunction for patients. Optical molecular imaging (OMI) is emerging as a valuable intraoperative tool, enabling real-time visualization of nerves during surgery using fluorescent probes activated by specific light wavelengths. Although this technology has shown considerable promise in enhancing surgical precision, progress in its application for cavernous nerve detection is unexplored. The aims of this work are (i) exploring different fluorescent neuro-tracers for retrograde periprostatic nerve labeling after penile injection, (ii) characterize pelvic ganglion in terms of autonomic innervation and (iii) evaluate real-time fluorescence emission during laser exposure.

Methods: Adult male Wistar Han rats received penile (cavernous muscle) injections of one of the six fluorescent neuro-tracers under testing (Fluoro-Gold, Fast Blue, Fluoro-Ruby, FAST DiI™, CTB AF™555, and CTB CF™350). At 7 days post-administration, real-time fluorescence emission of Major Pelvic Ganglia (MPG) was assessed by in situ laparoscopic blue-light exposure and/or ex vivo fluorescence laser exposure under different incidence conditions. Whole-mounts MPG were further analyzed by immunofluorescence using confocal microscopy for ganglia characterization and identification of neuronal subtypes.

Results: All tested neuro-tracers successfully labeled MPG postganglionic neurons via retrograde transport. Whole-mount immunofluorescence analysis confirmed that the MPG contains both sympathetic and parasympa-thetic neurons. More interestingly we observed for the first time that fluorescence emission was observed using laparoscopic systems when *ex vivo* MPG previously injected with compatible neuro-tracers were exposed to high-energy, directional UV laser excitation.

Conclusions. Our findings support the potential use of targeted fluorescent neuro-tracers with advanced optical laser systems to facilitate fluorescence-guided surgery during radical prostatectomy which will facilitate the *in vivo* identification of cavernous nerves during surgery.

CO 38

DESCRITPION OF A NEW ANIMAL MODEL FOR THE STUDY OF CAVERNOUS NERVE REGENERATION AFTER INJURY

Ana Margarida Ribeiro[1]; Alice Miranda[1]; Emanuel Dias[2]; Jorge Correia Pinto[1]
[1]Escola de Medicina, Universidade do Minho
[2]Hospital de Braga

Introduction: Despite recent advances in surgical techniques, one of the major limitations of radical prostatectomy is the risk of cavernous nerve injury

during the procedure. Over the past decade, several experimental approaches have been investigated to promote cavernous nerve regeneration after surgery; however, none has yet been introduced into clinical practice. A major limitation in the study of cavernous nerve regeneration is the lack of a standardized animal model of cavernous nerve injury and subsequent regeneration. We hypothesized that the injection of fluorescent neuronal tracers into the penis, followed by their retrograde transport to the major pelvic ganglia, could provide a novel model for studying cavernous nerve regeneration after injury.

Objectives and methods: This study aimed to establish a standardized and reproducible animal model for assessing cavernous nerve regeneration after injury. The animals were divided into three groups. In the control group, fluorescent neuronal tracers were injected into the penis to retrogradely label neurons in the major pelvic ganglia. In the second group, the cavernous nerve was injured by compression before penile injection of the fluorescent tracers. In the third group, the cavernous nerve was transected before tracer injection. Retrograde transport of the tracers to the major pelvic ganglia was subsequently assessed in all groups.

Results: Retrograde transport of the fluorescent tracers was observed in animals without nerve injury, resulting in the labeling of neurons within the major pelvic ganglia. Differences were detected between the two nerve-injury groups: some retrogradely labeled neurons were observed following nerve compression, whereas no retrograde labeling was detected following nerve transection. Immunofluorescence analysis demonstrated that the retrogradely labeled neurons were exclusively parasympathetic, although both sympathetic and parasympathetic neuronal populations were present within the major pelvic ganglia.

Conclusions: This study describes a novel and reproducible model of cavernous nerve injury that enables the objective quantitative assessment of injured and regenerated cavernous nerve fibers. This model may overcome important limitations of previously described animal models and provide a useful tool for evaluating strategies designed to promote cavernous nerve regeneration.

CO 39

Gangrena de FOURNIER NA ERA DOS ISGLT2: ANÁLISE RETROSPETIVA DE 4 ANOS EM CENTRO ÚNICO E FATORES PREDITIVOS DE MORBIMORTALIDADE

Tiago Coutinho; Joana Rita Melo; Juliana Santos; Tiago Sousa; André Rego; Paulo Azinhais; Arnaldo Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A Gangrena de Fournier (GF) é uma fasceíte necrotizante de progressão fulminante que acomete o períneo e a genitália, constituindo uma emergência urológica clássica com elevada letalidade. O seu desenvolvimento assenta na disrupção da imunidade local e microcirculação, sendo a Diabetes Mellitus (DM) o fator predisponente mais comum. Nos últimos anos, a massificação da prescrição de inibidores do cotransportador de sódio-glicose 2 (iSGLT2) revolucionou o tratamento da DM, insuficiência cardíaca e doença renal crónica. Em Portugal, estudos recentes documentam que esta classe registou o maior crescimento de prescrição entre os antidiabéticos orais (cerca de 34,5% ao ano). A fisiologia farmacológica assente na indução de glicosúria levou as agências reguladoras (FDA e EMA) a emitir alertas de segurança sobre o potencial risco acrescido de GF.

Objetivos: Caracterizar a epidemiologia e os outcomes clínicos dos doentes admitidos com GF num centro único. Avaliar preditores de mortalidade e morbilidade. Analisar o impacto específico da toma de iSGLT2 na subpopulação diabética.

Material e métodos: Estudo observacional, retrospetivo e unicêntrico, incluindo 42 doentes admitidos com o diagnóstico de GF num Serviço de Urologia, num período de 4 anos (2023-2026). A base de dados englobou variáveis demográficas, comorbilidades, timing cirúrgico, parâmetros analíticos à admissão, microbiologia e necessidade de derivação.

Resultados: A amostra revelou uma idade média de 66,7 ± 13,6 anos, com nítida predominância masculina (95,2%). A DM esteve presente em 50% da amostra (n=21). Destes, 66,7% (n=14) encontravam-se sob terapêutica com iSGLT2 à data da admissão. O perfil micróbio-lógico demonstrou 84% de isolamentos polimicrobianos

sinérgicos, liderados *por Escherichia coli* e *Enterococcus faecalis*.
A mortalidade global da série foi de 14,3% (n=6). O único preditor demográfico com significado estatístico para a mortalidade foi a idade avançada (média de 82,2 anos nos não-sobreviventes vs. 64,1 anos nos sobreviventes; p = 0,002). Foi registado um hiato temporal clinicamente expressivo até ao primeiro desbridamento cirúrgico nos doentes que faleceram (média 18,6 horas vs. 7,1 horas nos sobreviventes). Condições como tabagismo, alcoolismo e paraplegia não demonstraram relação estatística com a mortalidade.
Na avaliação do subgrupo diabético (iSGLT2 vs. Não-iSGLT2), o uso do fármaco ditou que 100% dos focos presumidos fossem urinários ou cutâneos, sem qualquer registo de foco anorretal. O grupo iSGLT2 apresentou valores analíticos mais alterados (LRINEC médio 7,9 vs. 6,2) e maior Tempo Total de Internamento (21,7 vs. 15,4 dias), sem que tal se traduzisse num aumento da necessidade de re-desbridamentos ou da mortalidade.
A derivação por colostomia (n=7) associou-se a um prolongamento acentuado do internamento (média de 33,0 vs. 15,5 dias).
Discussão/Conclusões: A notável prevalência de 66,7% de utilizadores de iSGLT2 na população diabética valida os relatórios nacionais recentes sobre a massificação desta classe terapêutica. Embora os doentes sob iSGLT2 apresentem internamentos mais prolongados, a mortalidade não é agravada. Estudos recentes sugerem que a proteção cardio-renal conferida por estes fármacos confere ao doente maior resiliência ao choque sético. A mortalidade nesta série foi pautada pelo esgotamento da reserva fisiológica (idade avançada). Apesar da ausência de significância estatística, o atraso até ao controlo cirúrgico do foco nos não-sobreviventes reafirma que a remoção precoce e radical do tecido necrótico e desvitalizado é o passo crucial para travar a progressão da infeção. A necessidade de colostomia não deve ser vista cegamente como fator causal de internamento prolongado, mas poderá ser sim interpretada à luz de um viés de indicação clínico, visto que o estoma é muitas vezes exigido nas necroses perineais mais destrutivas.

CO 40

DIAGNOSTIC YIELD AND PROGNOSTIC VALUE OF ROUTINE DOPPLER ULTRASOUND WITHIN 24 HOURS OF KIDNEY TRANSPLANTATION: A COHORT OF 237 RECIPIENTS

Ricardo Rodrigues; Alberto Costa e Silva; Joana Soares Silva; Tiago Antunes-Lopes; João Silva
ULS do São João

Introduction: Doppler ultrasound (DUS) is routinely performed in many centers within 24 hours after kidney transplantation. However, the clinical value of universal surveillance compared with clinically indicated imaging remains uncertain, particularly given the potential for incidental findings and diagnostic cascades.
Objectives: To assess the diagnostic and clinical impact of protocol-driven DUS in kidney transplant recipients without a clinical indication, and to evaluate whether early DUS findings predict subsequent delayed graft function or graft loss.
Material and methods: We retrospectively analysed 237 consecutive kidney transplant recipients who underwent Doppler ultrasound within 24 hours of transplantation between January 2023 and May 2026 (32.9% female; median age 56 years [IQR 47–64]). Donor types were DCD (20.3%), standard-criteria DBD (32.1%), expanded-criteria DBD (27.4%), and living donor (19.8%). Recipients were classified into two groups according to their clinical course before DUS: Group A, patients with an uneventful clinical course; and Group B, patients with a clinical indication for DUS (oligoanuria, hypotension, fever, severe pain, or haematuria). Findings were classified as normal, abnormal without clinical repercussion, triggering a diagnostic cascade, or clinically relevant. Graft survival was analysed using Kaplan–Meier estimates and Cox regression, with definitive return to dialysis as the event.
Results: Within the first 24 hours, 162 patients (68.4%) had an uneventful clinical course (Group A), while 75 (31.6%) had a clinical indication for DUS (Group B). In Group A, 129 (79.6%) Doppler ultrasound examinations were normal, 19 (11.7%) showed abnormalities without clinical repercussion, 13 (8.0%) triggered a diagnostic cascade, and 1 (0.6%) was clinically relevant (partial venous thrombosis managed with anticoagu-

lation). In Group B, these proportions were 53.3%, 29.3%, 9.3%, and 8.0%, respectively. Clinically relevant findings were more frequent in Group B than in Group A (8.0% vs. 0.6%; RR 12.96, p=0.004). In Group A, DUS performed without a clinical indication generated 13 diagnostic cascades per clinically relevant finding, with 162 scans required to identify one clinically relevant abnormality. Among the 13 Group A recipients who underwent a diagnostic cascade, 11 had a repeat DUS and 2 underwent CT angiography.

Among Group A recipients, neither an abnormal versus normal DUS (28% vs 25%; OR 1.20 (0.50–2.89), p=0.68) nor an RI ≥0.8 versus an RI <0.8 (33% vs 24%; OR 1.55 (0.54–4.46), p=0.42) was significantly associated with delayed graft function. Similarly, neither abnormal versus normal DUS (3.0% vs 3.1%; HR 0.98 (0.11–8.74), p=0.98) nor an RI ≥0.8 versus an RI<0.8 (5.6% vs 2.8%; HR 1.87 (0.21–16.7), p=0.58) was significantly associated with graft loss.

Discussion and conclusions: DUS is an inexpensive and non-invasive examination that can provide valuable clinical information. In this cohort, however, DUS without a clinical indication identified only one clinically relevant finding. Approximately one in five protocol-only scans was abnormal, with 162 scans required per clinically relevant finding and 13 diagnostic cascades per relevant finding. Neither an abnormal DUS nor RI ≥0.8 demonstrated a statistically significant association with delayed graft function or graft loss in patients with an uneventful clinical course. The present findings do not question the diagnostic performance of Doppler ultrasound for suspected early graft complications; rather, they question the incremental clinical yield of applying the examination universally in recipients without clinical evidence of graft dysfunction.

CO 41

TARGETED MICROWAVE ABLATION FOR LOCALIZED PROSTATE CANCER: EARLY ONCOLOGIC AND FUNCTIONAL OUTCOMES OF A PROSPECTIVE SINGLE-ARM TRIAL

Ricardo Rodrigues; Margarida Henriques; Nuno Dias; João Silva; Afonso Morgado
ULS do São João

Introduction: Focal therapy aims to bridge the gap between active surveillance and radical treatment, offering oncologic control while preserving continence and sexual function. Targeted microwave ablation (TMA) is an emerging focal energy modality, but current evidence relies on small series with short follow-up.

Objectives: To report the early safety, oncologic and functional outcomes of TMA for localized prostate cancer.

Material and methods: Prospective, single-arm, single-center trial including consecutive men treated between November 2025 and September 2026 with biopsy-proven localized prostate cancer (ISUP grade group 1–3), life expectancy >10 years and up to two MRI-visible target lesions. TMA was performed using a 17G needle, a power of 12 W and a 5-mm safety margin.. The follow-up protocol includes PSA every 3 months, multiparametric MRI (mpMRI) at 6 months, transperineal biopsy at 12 months (primary endpoint: in-field cancer), uroflowmetry and validated questionnaires (IPSS, QoL index, IIEF-5, EPIC-26, EORTC QLQ-C30, EQ-5D-5L) at baseline, 3, 6 and 12 months. This interim analysis reports procedural times, length of stay, 30-day complications (Clavien-Dindo), PSA kinetics, prostate volume, 6-month mpMRI (TARGET/PI-RADS) and functional outcomes. Paired comparisons used the Wilcoxon signed-rank test.

Results: Twenty patients were treated, with a median follow-up of 7.2 months (maximum 10.3): median age 67 years (IQR 62–74), median PSA 5.95 ng/mL (IQR 5.27–8.47) and median prostate volume 50 mL (IQR 38–58). Most had ISUP 2 disease (18/20, 90%) and PI-RADS 4–5 index lesions (18/20, 90%); two patients had two target lesions. Median lesion diameter was 10 mm (range 3–22). Median total operative time was 42.5 min (range 17–74) and median ablation time per lesion

10 min (range 3–34). All procedures were performed in an ambulatory setting.

Thirty-day complication data were available for 14 patients: 6 (42.9%) had a complication, all Clavien-Dindo ≤II – grade I in 3 (acute urinary retention, n=2; hematuria, n=1), grade II in 3 (acute prostatitis; epididymo-orchitis; erectile dysfunction treated with a PDE5 inhibitor). No Clavien-Dindo ≥III events occurred.

At 3 months (n=12), median PSA decreased from 5.91 to 3.30 ng/mL (median change −35%; p=0.034); at 6 months (n=8), median PSA was 3.65 ng/mL (median change −33%; p=0.156). Prostate volume decreased from 37 to 32 mL at 6 months (n=9; p=0.117). On 6-month mpMRI (n=9), 6 patients (66.7%) had no suspicious in-field findings, 2 (22.2%) had equivocal findings (TARGET 3; PI-RADS 3) and 1 (11.1%) had a suspicious in-field lesion (TARGET 4). To date, no patient has required re-ablation or salvage treatment.

In patients with paired 3-month functional data (n=4–6), there were no significant changes in IPSS (median 8 vs 9; p=0.63), QoL index (2 vs 1.5; p=0.31), IIEF-5 (15 vs 13; p=0.25), Qmax (12.5 vs 15 mL/s; p=0.41), EPIC-26 urinary incontinence (89 vs 100; p=0.75) or EQ-5D-5L index (0.96 vs 0.94; p=0.75).

Discussion/Conclusions: In this early experience, TMA was a feasible ambulatory focal therapy with short procedural times and a favorable safety profile, without high-grade complications. It resulted in a significant early PSA decline and appeared to preserve urinary function, erectile function and quality of life. Most patients showed no suspicious in-field disease on 6-month mpMRI and none required retreatment. Longer follow-up, larger numbers and the 12-month biopsy results are needed to confirm oncologic efficacy.

CO 42

INITIAL SINGLE-CENTRE EXPERIENCE WITH HUGO-RAS ROBOT-ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY: PREDICTORS OF POSITIVE SURGICAL MARGINS AND EARLY CONTINENCE RECOVERY

Maria João Ribeiro[1]; Pedro Lopes Fernandes[1]; Beatriz Oliveira[2]; Rui Versos[1]; Pedro Passos[1]; Ricardo Ramires[1]; José Preza Fernandes[1]
[1]ULS do Alto Ave - Guimarães
[2]ULS Santo Antonio

Introduction and objectives: To identify clinical, biopsy, pathological andearning-curve–related predictors of positive surgical margins (PSM) after robotassisted radical prostatectomy (RARP) with the HUGO-RAS system and to describe early functional outcomes (urinary continence recovery).

Materials & methods: We retrospectively analysed 167 consecutive RARP cases (14/03/2025–05/09/2026) at a single Portuguese centre. Preoperative variables included total PSA, percentage of positive biopsy cores and biopsy ISUP grade. Pathological variables included final ISUP grade, pathological stage, malignant volume, perineural invasion and extracapsular extension (none, unifocal, multifocal). Urinary continence was defined as use of 0–1 pad/day and assessed at 1, 3, 6 and 12 months postoperatively. Learning-curve blocks were defined as Early, Mid and Late. PSM were defined histologically (unifocal/multifocal). Univariable binomial logistic regression screened predictors of PSM for inclusion in a multivariable model. Fit and discrimination were summarised by McFadden's R. and AUC. Nine cases without a final pathology report were excluded.

Results: Of 158 analysable cases, 105 (66.5%) were pT2 and 53 (33.5%) ≥pT3. PSM occurred in 73/158 patients (46.2 %; 46.6 % multifocal). Across learning-curve blocks, PSM were observed in 28/53 Early cases (52.8 %), 22/52 Mid (42.3 %) and 23/53 Late (43.4 %); learning phase was not associated with PSM (Mid vs Early $\beta = -0.423$, $p = 0.281$; Late vs Early $\beta = -0.379$, $p = 0.332$). In univariable analysis, higher final ISUP grade ($\beta = 0.593$, $p = 0.003$; AUC 0.625), greater malignant volume ($\beta = 0.055$, $p < 0.001$; AUC 0.714), extracapsular extension (unifocal $\beta = 1.244$, $p = 0.023$;

multifocal β = 1.659, p < 0.001; AUC 0.662), advanced pathological stage (pT3a β = 1.540, p < 0.001; pT3b β = 1.897, p = 0.006; AUC 0.675), biopsy ISUP grade (β = 0.532, p = 0.018) and percentage of positive cores (β = 0.016, p = 0.025) were significantly associated with PSM. Perineural invasion was borderline (β = 1.555, p = 0.050), total PSA showed a non-significant trend (p = 0.064), and prostate volume, median lobe and nerve-sparing were not significant. In the multivariable model including extracapsular extension, final ISUP grade and malignant volume (N = 158), all three remained independently associated with PSM (multifocal extracapsular extension OR 2.98, p = 0.033; final ISUP grade OR 1.61 per grade, p = 0.035; malignant volume OR 1.03 per percentage point, p = 0.036), whereas unifocal extension did not (p = 0.093). Model performance was moderate (McFadden's R. = 0.150; AUC = 0.752; sensitivity 0.603, specificity 0.776). Continence (0–1 pad/day) at catheter removal was 25.3% (n=38/150), followed by an accelerated upward trajectory: 57.3% at 1 month (n=86/150), 82.6% at 3 months (n=95/115), 93.6% at 6 months (n=102/109), and 97.5% at 12 months (n=39/40), consistent with contemporary robotic series.

Conclusions: In this HUGO-RAS RARP series, PSM were common and driven by tumour burden rather than by operator experience. Extracapsular extension, final ISUP grade and the extent of malignant volume were each independently associated with margin status, while learning-curve phase was not, supporting tumour extent, rather than surgical experience with the platform, as the dominant determinant of margin positivity. Urinary continence recovery was rapid, consistent with contemporary robotic series, supporting the safety and reproducibility of the HUGO-RAS platform from a programme's first 167 cases.

CO 43

FRONT DOOR OR BACK DOOR? TRANSPERITONEAL *vs.* RETROPERITONEAL ADRENALECTOMY – A RETROSPECTIVE COMPARISON

Catarina Leonardo de Viveiros; Pedro Valente; Nuno Sousa Morais; Paulo Barros Araújo; Hélder Castro; Fernando Vila
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE / Hospital Padre Américo, Vale do Sousa

Introduction: Laparoscopic adrenalectomy is the standard of care for most surgical adrenal lesions, namely hormonally active tumors (primary aldosteronism - Conn's sydrome -, Cushing's syndrome, pheochromocytoma and, in selected cases, mild autonomous cortisol secretion) and non-functioning lesions that are large or suspicious for malignancy. It can be performed through transperitoneal or a retroperitoneal approach. The choice largely reflects surgeon's experience and patient and lesion's characteristics. Comparative data remains limited, particularly from single-center series.

Aim: We aim to compare outcomes of retroperitoneal and transperitoneal laparoscopic adrenalectomy and to characterize the patients selected for each approach.

Material and methods: This single-center retrospective study included patients who underwent laparoscopic adrenalectomy between July 2017 and June 2026. We analyzed demographics, comorbidities, lesion characteristics, surgical indication and final histology, intraoperative and 30-day postoperative data. Continuous variables were compared with the Mann-Whitney test and categorical variables with Fisher's exact test. Linear regression with robust standard errors was performed, adjusting for lesion size, Body Mass Index (BMI), and laterality. A p-value < 0.05 was considered significant.

Results: Thirty-one patients were included: 11 (35%) underwent the retroperitoneal approach and 20 (65%) the transperitoneal approach. The groups were similar in age, BMI, sex, ASA score and comorbidities. Surgical indications were primary aldosteronism (n = 7), pheochromocytoma (n = 6), mild autonomous cortisol secretion (n = 5), Cushing's syndrome (n = 2), bilateral macronodular hyperplasia (n = 1), and non-functioning nodules or myelolipoma (n = 10). All MACS cases were

approached retroperitoneally, whereas pheochromocytoma and Cushing's syndrome were mostly managed transperitoneally. The retroperitoneal approach was used mainly for left-sided lesions (82% Vs. 35%; p = 0.023) and lesions tended to be smaller (median 2.8cm Vs. 3.9cm; p = 0.33). Operative time was similar (147min Vs. 152min; p = 0.97), as well as estimated blood loss (50mL Vs. 50mL; p = 0.65). Median length of stay was 3 days in the retroperitoneal group Vs. 3.5 days in the transperitoneal groups (p = 0.34). There were no conversions, transfusions, reoperations, readmissions, or deaths in none of the groups. Intraoperative complications occurred in one patient in each group: specimen fragmentation in the retroperitoneal approach and polar artery laceration in the transperitoneal approach. Two postoperative complications occurred, both in the transperitoneal group (Clavien-Dindo grades I and II; p = 0.53). In the adjusted analysis, operative time did not differ (p = 0.72) and length of stay tended to be shorter with the retroperitoneal approach (−1.3 days; p = 0.057). Final histology showed adenoma in 17 patients (55%) pheochromocytoma in 6 (19%) and adrenocortical carcinoma in 2 patients, (pT2 and pT3, one in each group), both referred to a reference oncology center. Margins were R0 in 30 patients; the only Rx margin occurred in a retroperitoneal carcinoma, which also had specimen intra-operative fragmentation.

Conclusions: Both approaches were feasible and safe, with similar perioperative outcomes. The transperitoneal route was used preferentially used for larger and right-sided lesions, indicating patient selection, whereas the retroperitoneal route showed a non-significant trend toward a shorter hospital stay, with equivalent operative time and bloss loss. However, oncologic outcomes could not be assessed given the short follow-up, and the retrospective design and small sample size, warrant confirmation in larger and prospective studies.

CO 44

IMPACT OF SURGICAL APPROACH AND URINARY DIVERSION ON LENGTH OF HOSPITAL STAY AFTER CYSTECTOMY

Joana da Silva; Francisco Botelho; Luís Vale; Pedro Madeira Ramos; João Silva; João Nogueira de Freitas; Ricardo Rodrigues; Carlos Ferreira
ULS São João

Introduction: Cystectomy is a major surgical procedure associated with substantial postoperative morbidity and prolonged hospital stay. Both surgical approach and type of urinary diversion may influence postoperative recovery. This study aimed to evaluate the association of surgical approach (open, laparoscopic, or robot-assisted) and urinary diversion (cutaneous ureterostomy or ileal conduit) with length of hospital stay (LOS) following cystectomy, while also assessing major postoperative complications, 30-day readmission, and in-hospital mortality.

Methods: This retrospective study included patients who underwent cystectomy at a tertiary center between February 2023 and June 2026. A total of 149 patients were included, of whom 33 underwent robot-assisted cystectomy, 84 laparoscopic cystectomy, and 32 open surgery. Patient age, ASA score, surgical indication, surgical approach, type of urinary diversion, length of hospital stay (LOS), major postoperative complications (Clavien-Dindo ≥III), in-hospital mortality, and 30-day readmission were collected. Thirty-day readmission was assessed only among patients discharged alive, excluding those who died during the index hospitalization. Continuous variables were compared using the Kruskal-Wallis or Wilcoxon rank-sum tests, as appropriate, while categorical variables were compared using the chi-square or Fisher’s exact tests. A log-transformed linear regression model including surgical approach and urinary diversion was used to assess their association with LOS.

Results: A total of 149 patients were included: 32 underwent open, 84 laparoscopic, and 33 robot-assisted cystectomy. Median LOS differed significantly according to surgical approach (24.5 [11.8-43.3] vs 9 [8-16] vs 10 [8-14] days, respectively; p<0.001). Open surgery was associated with longer LOS than both laparoscopic and robot-assisted approaches (both p<0.001), while no

difference was observed between the two minimally invasive approaches (p=0.656). Major complication rates were also higher following open surgery (50.0% vs 19.0% vs 12.1%; p<0.001), whereas 30-day readmission and in-hospital mortality did not differ significantly between approaches.

Among 133 patients undergoing cutaneous ureterostomy (n=46) or ileal conduit (n=87), median LOS was 13 [8-30] and 10 [8-15.5] days, respectively (p=0.073), with no significant differences in major complications or 30-day readmission. In-hospital mortality was higher following cutaneous ureterostomy (15.2% vs 1.1%; p=0.003). Surgical approach and urinary diversion were significantly associated (p<0.001). In a log-transformed linear regression model including both variables, laparoscopic (β=−0.625, p<0.001) and robot-assisted surgery (β=−0.792, p<0.001) remained associated with shorter LOS compared with open surgery, whereas urinary diversion type was not associated with LOS (β=−0.047, p=0.720).

Conclusion: Minimally invasive cystectomy was associated with shorter LOS and fewer major complications compared with open surgery. After accounting for the association between surgical approach and urinary diversion, surgical approach remained associated with LOS, whereas diversion type did not. These findings suggest that surgical approach may have a greater influence on postoperative length of stay than the type of urinary diversion in this cohort.

CO 45

ROBOT-ASSISTED CYSTECTOMY: HERE TO STAY? - EVOLUTION OF SURGICAL PRACTICE AT A TERTIARY CENTRE

Joana da Silva; Francisco Botelho; Luís Vale; João Silva; Pedro Ramos; João Nogueira de Freitas; Carlos Ferreira
ULS São João

Introduction: The adoption of robot-assisted surgery is changing how cystectomy is performed. This study describes the evolution of cystectomy practice at a tertiary center after the introduction of the robotic platform, focusing on the surgical approach, the type of urinary diversion, and the profile of the operated patients.

Methods: Retrospective single-center case series of patients who underwent cystectomy between February 2023 and June 2026. Date of surgery, surgical approach (open, laparoscopic, or robot-assisted), type of urinary diversion, indication, age, sex, ASA score, pathological stage, and exposure to neoadjuvant chemotherapy were collected. Data are presented descriptively by year. Temporal trends were assessed with the Cochran-Armitage test (categorical variables) and Spearman correlation (age), and the annual odds ratio for each approach was estimated with logistic regression using time as a continuous variable. Perioperative outcomes of this cohort are reported separately.

Results: A total of 149 patients were included (median age 71 years [IQR 65-76]; 81.2% male; 87.9% oncological indication): 32 open (21.5%), 84 laparoscopic (56.4%), and 33 robot-assisted (22.1%). The first robot-assisted cystectomy was performed in November 2023. The proportion of robot-assisted procedures increased from 3.2% in 2023 to 9.3% in 2024, 23.5% in 2025, and 66.7% in the first half of 2026 (OR per year 3.87, 95% CI 2.13-7.03; *p*-trend <0.001), whereas open surgery decreased from 39.5% in 2024 to 11.8% in 2025 and 0% in 2026 (OR per year 0.40, 95% CI 0.25-0.63; p-trend <0.001), with no open cases since October 2025. Laparoscopy showed no significant trend (p=0.086), although it was overtaken by robot-assisted surgery in the first semester of 2026. Ileal conduit was the most frequent urinary diversion (58.4%), followed by cutaneous ureterostomy (30.9%) and neobladder (8.1%). All seven neobladders performed in 2025 were robot-assisted. Age, sex, ASA score, and oncological indication did not change significantly over time.

Conclusion: Robot-assisted surgery became the most frequent approach for cystectomy at our center in 2026, first replacing open surgery and subsequently laparoscopy, without significant changes in the age, ASA score, or oncological profile of the operated patients.

CO 46

LEARNING CURVE OF HUGO™ RAS ROBOT-ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY: A SINGLE-CENTER EXPERIENCE AND ITS IMPACT ON OPERATIVE EFFICIENCY, COMPLICATIONS AND POSITIVE SURGICAL MARGINS

Pedro Lopes Fernandes[1]; Maria João Ribeiro[1]; Beatriz Oliveira[2]; Pedro Passos[1]; Rui Versos[1]; Ricardo Ramires[1]; José Preza Fernandes[1]
[1]ULS do Alto Ave - Guimarães
[2]ULS Santo António

Introduction & Objectives: To characterise the learning curve of robot-assisted radical prostatectomy (RARP) with the HUGO™ RAS system in terms of operative efficiency, perioperative complications and positive surgical margins (PSM), using grouped learning phases, case-sequence modelling and segmented regression.
Material & Methods: We retrospectively analysed 167 consecutive RARP cases performed between March 2025 and September 2026 by three surgeons at a single centre (Unidade Local de Saúde do Alto Ave, Guimarães, Portugal). Cases were divided into three equal learning phases (Early: 1 to 56; Mid 57 to 111; Late 112 to 167). Operative performance was assessed by total operative time, skin-to-skin and console time, compared with Welch's one-way ANOVA and Kruskal–Wallis tests, and modelled by linear and segmented regression on case number. Complications at 3 months were classified by Clavien–Dindo. PSM were modelled by univariable and multivariable logistic regression including case number, learning phase, ISUP grade and pathological stage.
Results: Median total operative time fell from 163 min (Early) to 113 min (Mid) to 125 min (Late) (Kruskal–Wallis $\chi^2(2) = 30.2$, $p < 0.001$); skin-to-skin from 159 to 111 to 108 min; and console time from 134 to 86 to 100 min (both $p < 0.001$). Segmented regression identified a breakpoint at case 27, with operative time falling 3.93 min per case before and plateauing thereafter (likelihood-ratio $p < 0.001$). The late-phase rebound coincided with adoption of the Hood technique (4/56 Early and Mid cases vs 35/56 Late cases); after adjustment for surgeon and technique, Mid and Late were equivalent (−50.7 and −47.2 min vs Early). Complications occurred in 25 (15 %) cases without difference between phases ($\chi^2(2) = 1.69$, $p = 0.429$); most were Clavien–Dindo I–II, with 6 grade III and 1 grade V. Length of stay decreased across phases (median 3, 3 and 2 days; $p = 0.016$). PSM were present in 73/158 (46.2 %) and rose with pathological stage (pT2 33.3 %, pT3a 70.0 %, pT3b 72.7 %). In multivariable analysis, pathological stage (pT3a OR 6.63, 95 % CI 2.33–18.88) and ISUP 4 (OR 7.08, 95 % CI 1.26–39.60) predicted PSM, whereas learning phase did not (Late vs Early OR 1.89, $p = 0.258$). However, PSM increased across phases (11.1 %, 31.8 %, 44.2 %; $p = 0.042$).
Conclusions: In this single-center series, operative efficiency on RARP with HUGO™ RAS system plateaued after approximately 27 cases, without any increase in perioperative morbidity. Adoption of a new surgical technique produced a second, smaller learning curve. Overall PSM were driven by tumour stage and grade rather than by case sequence, but the rise in PSM warrants further scrutiny.

CO 47

MICROBIOLOGIA URINÁRIA PRÉ-OPERATÓRIA E RESISTÊNCIA ANTIMICRO-BIANA NA CIRURGIA ENDOUROLÓGICA DA LITÍASE: IMPLICAÇÕES PARA O PLANEAMENTO PERIOPERATÓRIO

João Pedro Chambino; João Melo; Maria Castilho; Joana Rodrigues; Miguel Fernandes; Anatoliy Sandul; José Palma dos Reis
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introdução: A avaliação microbiológica urinária antes da cirurgia endourológica da litíase é fundamental para identificar bacteriúria e orientar a utilização perioperatória de antimicrobianos. Contudo, os padrões locais de resistência podem limitar a adequação de estratégias empíricas uniformes e justificar a adaptação do planeamento antimicrobiano à ecologia institucional.
Objetivos: Caracterizar a prevalência de uroculturas positivas e os padrões de suscetibilidade antimicrobiana antes de cirurgia endourológica da litíase, identificando fenótipos de resistência com potencial impacto no planeamento antimicrobiano perioperatório.

Material e métodos: Estudo retrospetivo unicêntrico de 461 procedimentos realizados entre setembro de 2022 e agosto de 2024: 177 ureteroscopias, 258 cirurgias intrarrenais retrógradas, 15 cirurgias intrarrenais combinadas e 11 tratamentos endoscópicos de litíase vesical. Excluíram-se colocações isoladas de stent duplo J, tentativas de acesso percutâneo sem tratamento e 41 uroculturas realizadas externamente. Foram analisadas 420 uroculturas pré-operatórias institucionais, das quais 418 permitiram classificação microbiológica. A suscetibilidade antimicrobiana foi analisada nos principais isolados Gram-negativos e Gram-positivos, de acordo com o respetivo fenótipo de resistência.
Resultados: Das 418 uroculturas classificáveis, 264 (63,2%) foram negativas, 119 (28,5%) positivas e 35 (8,4%) contaminadas/mistas. Entre Enterobacterales com fenótipo de beta-lactamase de espectro estreito (n=57), observou-se resistência às quinolonas em 15/57 (26,3%), à amoxicilina/ácido clavulânico em 5/57 (8,8%) e à gentamicina em 7/57 (12,3%). Nos isolados produtores de beta-lactamase de espectro alargado (ESBL; n=23), a resistência às quinolonas atingiu 16/23 (69,6%), mantendo-se globalmente preservada a atividade de ertapenem e fosfomicina. Entre os isolados de *Pseudomonas aeruginosa* (n=5), 2/5 apresentavam resistência à piperacilina/tazobactam e 2/5 ao aztreonam. Todos os *Enterococcus faecalis* (17/17) eram suscetíveis à ampicilina, embora 5/17 apresentassem resistência de alto nível à gentamicina.
Discussão/Conclusões: Quase um terço das uroculturas pré-operatórias foi positivo e verificou-se marcada heterogeneidade de suscetibilidade, com resistência às quinolonas particularmente elevada entre os isolados produtores de ESBL. Estes resultados sugerem que a seleção antimicrobiana perioperatória deve considerar a ecologia microbiológica local, associando tratamento dirigido quando existe bacteriúria. A ausência de dados sobre infeção pós-operatória e sobre concordância entre a profilaxia efetivamente administrada e o antibiograma impede demonstrar superioridade clínica de uma estratégia específica. Contudo, estes dados fornecem uma base objetiva para políticas institucionais de antimicrobial stewardship na cirurgia endourológica da litíase.

CO 48
Cancelado

VÍDEOS COM APRESENTAÇÃO

Dia 31 outubro | 08:30-09:30 h

Moderadores: Tito Leitão
e Ana Margarida Manso
VDA 01 – VDA 13 *(Auditório)*

VDA 01
CANCELADO

VDA 02
POST-CHEMOTHERAPY RETROPERITONEAL LYMPH NODE DISSECTION FOR NONSEMINOMATOUS TESTICULAR CANCER - ROBOTIC SUPINE APPROACH

Alberto Costa Silva[1]; Aziz Gulamhusein[2]
[1]Hospital São João, Porto
[2]The Christie NHS Foundation Trust

Introduction & Objectives: Post-chemotherapy retroperitoneal lymph node dissection (RPLND) remains a cornerstone in the management of residual disease after systemic therapy for non-seminomatous germ cell tumors. We present a challenging robotic RPLND performed in a patient with persistent retroperitoneal disease following chemotherapy for NSGCT, illustrating the feasibility and safety of the supine robotic approach.
Materials & Methods: A 24-year-old man (BMI 30) with no relevant medical history underwent right radical orchidectomy for a 110 mm non-seminomatous germ cell tumor composed of 70% postpubertal teratoma and 30% yolk sac tumor, without lymphovascular invasion. Preoperative AFP was 125 ng/mL and decreased postoperatively. Staging CT demonstrated paracaval and interaortocaval lymph nodes measuring 2.7 × 2.6 cm and 2.4 × 1.9 cm, respectively, consistent with pT1cN2M0, stage IIb, good-risk disease according to the IGCCCG classification. After multidisciplinary team meeting, the patient received three cycles of BEP chemotherapy. Post- chemotherapy imaging revealed persistent retroperitoneal

disease (2.8 × 2.1 cm and 2.9 × 2.0 cm,). Therefore, a robotic RPLND was proposed.
Results - A robotic bilateral RPLND was performed using the da Vinci Xi in supine position.

Operative time was 170 minutes, no drain was placed, and the patient was discharged on postoperative day 1 without postoperative complications. Final pathology revealed postpubertal teratoma composed of primitive/embryonic neuroepithelium, mesenchymal elements, and mature neuroglial tissue. Follow-up CT scans showed no evidence of disease recurrence.
Conclusions: Robotic RPLND in the supine position represents a feasible and safe minimally invasive option for the management of post-chemotherapy residual disease in non-seminomatous germ cell tumors in highly selected cases.

VDA 03

NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA DIREITA COM TROMBECTOMIA DA VEIA CAVA INFERIOR: ABORDAGEM TÉCNICA COM MOBILIZAÇÃO DO TROMBO TUMORAL E CONTROLO VASCULAR COM ENDO GIA™

Joana Rita Faria Melo; Tiago Coutinho; Bárbara Figueiredo; Ana João Guerra; Vasco Quarema; Edgar Tavares Silva; Pedro Simões; Arnaldo Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O carcinoma de células renais associado a trombo tumoral com extensão à veia cava inferior (VCI) ocorre em 4–10% dos casos, constituindo um importante desafio técnico em cirurgia oncológica urológica. A nefrectomia com trombectomia venosa é o tratamento de eleição nos doentes candidatos a cirurgia, devendo a abordagem ser individualizada de acordo com as características e extensão do trombo.
Objetivo: Apresentar um vídeo de uma nefrectomia direita laparoscópica com trombectomia venosa por trombo tumoral nível I na classificação de Mayo, destacando a mobilização do trombo para a veia renal e secção vascular com Endo GIA™, evitando a cavotomia. **Caso clínico:** Doente de 57 anos, com diabetes mellitus e hipertensão arterial, referenciado por hematúria macroscópica. O estudo com tomografia computadorizada, complementado por ressonância magnética com contraste, revelou uma massa renal direita inferior, parcialmente exofítica, com cerca de 10 cm, com invasão do seio e veia renais e trombo tumoral com extensão de aproximadamente 1 cm à veia cava inferior, sem invasão suprarrenal ou da fáscia de Gerota, adenopatias suspeitas ou metastização à distância. A creatinina pré-operatória era de 1,32 mg/dL (TFG 55,9 mL/min/1,73 m²). Foi proposta a nefrectomia laparoscópica direita com trombectomia venosa.
Técnica cirúrgica: O procedimento foi realizado por via transperitoneal, em decúbito lateral esquerdo, com quatro portas laparoscópicas. Após a mobilização medial do cólon direito, procedeu-se à exposição e disseção do hilo renal. Identificaram-se a veia renal direita, junção renocava e uma veia acessória, bem como uma artéria renal principal e outra acessória. A veia acessória foi controlada e seccionada em primeiro, para melhorar a exposição das artérias renais, posteriormente controladas com Hem-o-lok® e seccionadas. Após o controlo arterial, identificaram-se os limites do trombo e confirmou-se a sua mobilidade. Foi aplicado um clamp vascular na VCI, medialmente ao trombo, realizando-se compressão controlada e progressiva (“milking”) em direção à veia renal, libertando a veia cava inferior adjacente à junção renocava e obtendo uma margem livre de trombo. Mantendo o trombo maioritariamente no interior da veia renal e após isolamento das estruturas, procedeu-se à secção da veia renal junto à junção renocava com Endo GIA™, carga vascular de 60 mm, complementada com uma carga 45 mm e Hem-o-lok®, incluindo uma pequena porção da parede da veia cava inferior na linha de resseção. Esta excisão tangencial permitiu a remoção integral do trombo em continuidade com a peça, sem cavotomia ou reconstrução vascular. Completou-se a libertação renal, com controlo e secção da veia gonadal e ureter direitos. Após revisão da hemostase, a peça foi removida em saco de extração e colocado um dreno.
Resultados: O tempo operatório foi de 2h30min, com perdas hemáticas estimadas em 500 mL, sem complicações intra ou pós-operatórias. A alta ocorreu no primeiro dia pós-operatório. O exame anatomopatológico revelou tratar-se de um carcinoma de células renais de células claras, ISUP 3,

com 8,5 cm, com invasão do tecido adiposo do seio renal e veia renal, trombo tumoral e margens livres (pT3a). A creatinina pós-operatória foi de 1,59 mg/dL (TFG 45,1 mL/min/1,73 m²). Atualmente, o doente encontra-se clinicamente bem, sob pembrolizumab adjuvante.

Conclusão: Em casos selecionados de carcinoma renal com trombo tumoral nível I, a abordagem laparoscópica com mobilização do trombo da VCI para a veia renal pode permitir a excisão completa sem cavotomia. A confirmação da mobilidade e o "milking" controlado do trombo, seguidos de excisão tangencial da junção renocava com Endo GIA™, permitiram a remoção em bloco com adequado controlo vascular. Esta abordagem exige experiência em cirurgia laparoscópica avançada e capacidade de resposta perante potenciais complicações vasculares.

VDA 04

CANCELADO

VDA 05

ROBOTIC PARTIAL NEPHRECTOMY FOR A HIGHLY COMPLEX HILAR RENAL MASS: OVERCOMING THE DILEMMA OF TOTAL NEPHRECTOMY

Juliana Santos; Tiago Sousa; Joana Rita Melo; Ana João Guerra; Edson Retroz; Arnaldo Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introduction: Anteromedial and endophytic hilar renal masses pose one of the greatest technical challenges in nephron-sparing surgery, and are frequently managed with radical nephrectomy or *ex vivo* bench surgery with autotransplantation. The robotic platform provides three-dimensional magnification and precision of dissection, allowing these anatomical limitations to be overcome while ensuring oncological and functional safety.

Clinical case and methods: An asymptomatic, 50y, female patient presented with an incidental finding of a solid lesion in the left kidney on a computed tomography scan. Imaging revealed a 31 mm solid renal mass in the anterior middle third of the kidney, in close apposition to the hilar pedicle and extending into the renal sinus, without vascular invasion of the main trunk. Nephrometry scores classified the lesion as having high anatomical complexity: PADUA 11 and R.E.N.A.L. 9ah. Following discussion in a multidisciplinary tumor board, total or *ex vivo* partial nephrectomy was initially considered due to the hilar risk; however, the decision was made to propose a robot-assisted partial nephrectomy (RAPN). The video documents the essential surgical steps: transperitoneal access, meticulous dissection and isolation of the adjacent hilar vascular branches, arterial clamping, vascular anatomy-guided enucleoresection, closure of the collecting system, hemostasis of the medullary bed with barbed suture, and cortical renorrhaphy after unclamping.

Results: The procedure was performed uneventfully. Robotic console time was 112 minutes, with a warm ischemia time of 15 minutes and an estimated blood loss of 150mL. The immediate postoperative period was favorable, with no hemorrhagic complications or urinary leak and clinical discharge on postoperative day 2. At the time of submission, the final histopathological examination is ongoing; however, the surgical specimen revealed macroscopically negative resection margins.

Discussion/Conclusions: The robotic approach proved to be safe and feasible in the management of hilar tumors with high anatomical complexity. It allowed for *in situ* renal preservation with controlled ischemia times, thereby avoiding total nephrectomy for a cT1a stage tumor.

VDA 06

ROBOT-ASSISTED KIDNEY TRANSPLANTATION: THE FIRST UROLOGY-LED EXPERIENCE IN PORTUGAL

Alberto Costa Silva; Ricardo Rodrigues; João Oliveira; Luis Rosmaninho; Daniel Costa; Teixeira de Sousa; Tiago Antunes Lopes; João Alturas Silva
Hospital São João, Porto

Introdução: O transplante renal assistido por robô tem vindo a ganhar popularidade, com séries que demonstram a sua exequibilidade e segurança. Em Portugal, a sua implementação encontra-se numa fase inicial e, até à data, nenhum transplante renal robótico tinha sido realizado por um Serviço de Urologia.

Objetivos: Descrever os primeiros transplantes renais assistidos por robô realizados por um

Serviço de Urologia em Portugal e apresentar a respetiva técnica cirúrgica em vídeo.

Material e métodos: Descrevem-se dois casos de dador vivo, realizados em junho e setembro de 2026. O vídeo apresentado corresponde ao segundo caso. A nefrectomia laparoscópica esquerda do dador e o implante robótico decorreram em simultâneo, em salas contíguas, com passagem do enxerto pela back-table para preparação vascular e perfusão com solução de preservação. O implante foi realizado com a plataforma da Vinci X, por via transperitoneal, com quatro portos robóticos, um porto assistente de 5 mm, insuflação AirSeal e dispositivo GelPOINT através de incisão de Pfannenstiel de 6 cm para introdução do enxerto. Após disseção dos vasos ilíacos externos e criação de um espaço retroperitoneal para o enxerto, as anastomoses vasculares foram realizadas término-lateralmente à veia e à artéria ilíacas externas com sutura contínua de Gore-Tex 6/0, seguidas de ureteroneocistostomia extravesical com Stratafix 4/0 sobre cateter duplo J e posicionamento retroperitoneal do enxerto.

Resultados: Foram transplantados um homem de 34 anos (dadora: mãe, 63 anos) e uma mulher de 26 anos (dadora: madrinha, 59 anos). Em ambos, os casos a anatomia vascular do enxerto era favorável, com artéria e veia únicas. Verificou-se perfusão macroscópica uniforme, com fluxos arterial e venoso adequados confirmados por ecografia Doppler e diurese imediata. Não se registaram complicações intra ou pós-operatórias. O dreno foi removido ao 2.º dia e a algália ao 4.º dia, com alta ao 4.º dia pós-operatório em ambos os doentes, com função renal normalizada.

Discussão/Conclusões — Estes são os primeiros transplantes renais assistidos por robô realizados pela Urologia nacional. A experiência confirma que a técnica é exequível e segura em casos selecionados, quando integrada num programa de transplantação já estabelecido por equipas com experiência em transplantação e em cirurgia robótica.

VDA 07

TARGETED MICROWAVE ABLATION FOR LOCALIZED PROSTATE CANCER: INITIAL EXPERIENCE OF A PORTUGUESE CENTRE

Luís Pedro Rosmaninho; Afonso Morgado; Nuno Dias; Tiago Antunes Lopes; João Silva
ULS do São João

Introduction: Focal therapy has emerged as an intermediate treatment option for selected patients with localized, low-to-intermediate risk prostate cancer, aiming to achieve oncological control while minimizing the functional morbidity associated with radical treatment. Targeted microwave ablation (TMA) is a novel focal therapy modality, guided by real-time MRI-ultrasound fusion imaging, allowing precise, image-guided ablation of the index lesion.

Objectives: To describe the technique and short-term outcomes of transperineal MRI-ultrasound fusion-guided targeted microwave ablation in a patient with localized prostate cancer.

Material and methods: A 61-year-old man presented with a PSA level of 4.9 ng/mL and a PSA density of 0.20 ng/mL/cc. Prostate MRI identified a 5 mm suspicious lesion. Transperineal MRI-ultrasound fusion biopsy confirmed acinar adenocarcinoma, Gleason score 7 [3+4] with no cribriform/intraductal pattern, vascular invasion or extraprostatic extension. After discussion of treatment options, the patient opted for TMA using the Trinity® system (KOELIS, La Tronche, France). The target lesion (0.08 cm^3) was defined with a 5 mm margin (1.9 cm^3 total), and ablation was performed using a transperineal 12 W probe for 5 minutes. 100% target coverage was achieved.

Results: The patient was discharged on postoperative day 1, with no hematuria, fever, or other complications. At 1-month follow-up, he was asymptomatic, with preserved urinary continence and sexual function. PSA decreased from 4.9 ng/mL to 2.2 ng/mL at 1 month, and 1.18 ng/mL at 6 months.

Discussion/Conclusions: Transperineal MRI-ultrasound fusion-guided targeted microwave ablation allowed precise treatment of a clinically significant prostate cancer lesion, with a favourable short-term functional and biochemical outcome. This case illustrates the feasibility of TMA as a

focal therapy option, combining treatment efficacy with preservation of urinary and sexual function.
Video Link: https://youtu.be/yNU5rDWELB8

VDA 08

FIRST CASE OF ROBOTIC PUDENDAL NEUROLYSIS WITH INTRAOPERATIVE NEUROMONITORING IN PORTUGAL: AN INTERNATIONAL COLLABORATIVE APPROACH

Luís Pedro Rosmaninho[1]; Carlos Ferreira[1]; Lopez-Fando[2]; Tiago Antunes Lopes[1]; Luís Vale[1]; Cláudia Fernandes[1]; Rui Almeida Pinto[1]; João Silva[1]
[1]ULS do São João
[2]Hospital Universitario de La Princesa

Introduction: Pudendal neuralgia is a debilitating cause of chronic pelvic pain. Accurate diagnosis and effective management require a high index of clinical suspicion and careful surgical planning. Surgical pudendal nerve release is a therapeutic option in selected refractory cases, but carries risk of injury to the pudendal nerve and to adjacent neural structures, namely the sciatic and obturator nerves. This video presents the first case of robotic pudendal nerve release with intraoperative neuromonitoring performed in Portugal, as a result of an international collaboration between Spanish and Portuguese centres.
Objectives: This video intends to describe a stepwise approach to the diagnosis of pudendal neuralgia and to the robotic-assisted technique for pudendal nerve release with intraoperative neuromonitoring. The short-term clinical outcome of this case is also reported.
Material and methods: A 70-year-old woman with a 10-year history of progressive, right-sided, chronic pelvic pain, meeting 4 of 5 essential Nantes criteria and with MRI-confirmed right pudendal nerve compression at Alcock's canal, underwent robotic pudendal nerve release. Multichannel electromyography electrodes were placed bilaterally, allowing real-time monitoring of the pudendal, sciatic, and obturator nerves throughout dissection. Surgical steps included retroperitoneal dissection with identification of the external iliac vessels and ureter, individualization of the obturator nerve, dissection toward the ischial spine and sacrospinous ligament, neuromonitoring-guided identification of the pudendal nerve, and progressive dissection of the Alcock's canal wall.
Results: The pudendal nerve was successfully identified and released. Intraoperative confirmation of the pudendal nerve position was performed by stimulation-evoked potentials in the anal sphincter and transverse perineal channels. The patient was discharged on postoperative day 2. Mild perineal sensory loss was noted, attributed to pudendal neurapraxia. At 2-month follow-up, there was near-complete resolution of the previously reported chronic pain. Mild perineal hypoesthesia persisted.
Discussion/Conclusions: Multichannel intraoperative neuromonitoring, covering both the pudendal nerve and adjacent nerve territories, allowed real-time confirmation of nerve identification and functional integrity throughout robotic pudendal neurolysis. This stepwise, neurophysiologically-guided approach enhances the safety and precision of this technically demanding procedure. International collaborations between Portuguese and experienced reference centres are of the utmost importance to help introduce novel techniques into Portuguese hospitals.
Video Link: https://youtu.be/Qhv0pDK9u1M

VDA 09

PIELOLITOTOMIA ROBÓTICA EM RIM EM FERRADURA

Aparicio Coutinho[1]; Mariana Capinha[1]; Luís Pinto[1]; Mafalda Santos[1]; Mariana Silva[1]; Pedro Lopes Fernandes[2]; Vera Marques[1]; Emanuel Carvalho-Dias[1]; Paulo Mota[1]
[1]ULS BRAGA
[2]ULS Alto Ave

Introdução: A litíase urinária é atualmente tratada maioritariamente por procedimentos endourológicos. No entanto, em determinados doentes com litíase volumosa e anatomia complexa, como é o caso do rim em ferradura, a utilização destas técnicas pode não ser possível ou eficaz, sendo o seu tratamento um desafio. A pielolitotomia robótica ou laparoscópica é uma alternativa cirúrgica que pode ser considerada em casos selecionados.
Objetivos: Mostrar a exequibilidade e os principais passos de uma pielolitotomia robótica no tratamento de um cálculo coraliforme num rim em ferradura.
Material e métodos: Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino de 60 anos, observado

por queixas de dor lombar esquerda. Foi realizada uma tomografia computorizada (TC) abdomino-pélvica com identificação de rim em ferradura e um cálculo coraliforme com 48 mm e densidade de 400 UH, localizado predominantemente ao nível do bacinete renal esquerdo. Foi inicialmente tentado tratamento médico com alcalinização urinária durante 6 meses, sem melhoria. Atendendo à anatomia renal, localização e tamanho do cálculo, foi proposta uma pielolitotomia robótica. A cirurgia foi realizada em decúbito lateral direito com o robô cirúrgico Da Vinci Xi.

Resultados: Durante a cirurgia, o bacinete esquerdo foi identificado e dissecado e realizada a pielolitotomia com remoção do cálculo renal na sua totalidade. O tempo operatório foi de 114 minutos. Não se verificaram complicações intra ou pós-operatórias. A evolução clínica foi favorável, tendo o doente tido alta no 3º dia pós-operatório.

Discussão/Conclusões: A litíase renal em doentes com rim em ferradura representa um desafio cirúrgico devido à anatomia renal e vascular variável, que impossibilita muitas vezes a abordagem endoscópica habitual. Neste caso, mostramos que a pielolitotomia robótica pode ser uma opção segura e eficaz no tratamento cirúrgico destes doentes.

VDA 10

LIMITES DA NEFRECTOMIA PARCIAL - LESÃO HILAR COMPLEXA

Maria Castilho[1]; André Jin Ye[1]; Miguel Miranda[1]; Pedro Simões de Oliveira[1]; Tito Palmela Leitão[2]
[1]Centro Hosp. de Lisboa Norte, EPE / Hosp. de Santa Maria
[2]Hospital Da Luz

Introdução: A nefrectomia parcial constitui a técnica de referência no tratamento das massas renais localizadas (T1), conforme as recomendações europeias, dado permitir a preservação da função do órgão, associada a menor morbilidade e a resultados oncológicos sobreponíveis aos da nefrectomia radical.

A complexidade da lesão pode ser estimada através de sistemas de classificação anatómicos, os quais não contemplam, contudo, a componente vascular. Assim, nas neoplasias centrais ou hilares verifica-se um agravamento do grau de dificuldade técnica, exigindo uma avaliação criteriosa da exequibilidade e da segurança do procedimento, bem como um planeamento cirúrgico rigoroso e o recurso a ferramentas intraoperatórias capazes de otimizar, em simultâneo, o desfecho oncológico e funcional.

Objetivos: Descrever, com recurso a um caso clínico documentado em vídeo, a estratégia adotada numa nefrectomia parcial robótica, assistida pelo sistema Da Vinci Xi, perante uma massa renal com contacto vascular complexo.

Material e métodos: Análise retrospetiva do processo clínico da doente, complementada pela revisão do vídeo do procedimento cirúrgico.

Resultados: Doente do sexo feminino, 51 anos, com hematúria macroscópica ligeira e 5 dias de evolução, motivo pelo qual foi submetida a tomografia computorizada, que identificou um nódulo de 4 cm no terço superior da vertente interna do rim esquerdo, com estadiamento clínico T1aN0M0. A aplicação dos sistemas de pontuação anatómica revelou um PADUA score de 9 e um R.E.N.A.L. score de 8a, compatíveis com complexidade moderada.

A dissecção inicial contemplou a identificação e referenciação dos vasos renais, prevenindo uma eventual necessidade de controlo vascular rápido. Durante a dissecção da lesão tumoral constatou-se uma proximidade significativa aos vasos do hilo e o seu contacto direto com os ramos lobares superiores, envolvendo mais de um quarto da respetiva circunferência, características que aumentavam o risco inerente à exequibilidade de uma abordagem poupadora de nefrónios. A delimitação ecográfica intraoperatória revelou-se determinante para o mapeamento do trajeto vascular e para orientar a enucleação. Após a clampagem da artéria renal principal, a administração de verde de indocianina confirmou a ausência de vascularização tumoral, permitindo uma enucleação precisa, com separação e preservação dos referidos ramos. A renorrafia foi efetuada com uma sutura contínua única de fio monofilamentar 2'0, verificando-se posteriormente a reperfusão completa e ausência de hemorragia ativa. O procedimento terminou com a aplicação de cola de fibrina autóloga no leito de resseção e o encerramento da fáscia de Gerota.

Resultados: O procedimento cirúrgico teve uma duração de 113 minutos e 100mL de perdas hemáticas. A doente teve alta ao 2º dia pós-

operatório, sem intercorrências. O resultado anatomopatológico revelou um oncocitoma, com margens cirúrgicas livres (R0).

Discussão/Conclusões: A lesão tumoral descrita, considerada complexa pela extensão do envolvimento vascular e pela sua topografia, ilustra a exigência inerente ao planeamento e à execução cirúrgica deste tipo de intervenção. O diagnóstico histológico de oncocitoma reforça a adequação da opção conservadora: uma nefrectomia radical teria resultado em *overtreatment*, com consequente perda irreversível de uma unidade renal perante uma lesão benigna. A abordagem robótica proporciona um grau de precisão cirúrgica que ultrapassa as limitações técnicas da cirurgia minimamente invasiva convencional, alargando a indicação de tratamento poupador de nefrónios a lesões anteriormente reservadas à cirurgia radical, conciliando radicalidade oncológica com preservação funcional.

VDA 11

FLIPPING THE KIDNEY: HORIZONTAL-AXIS ROTATION FOR ACCESS TO A POSTERIOR UPPER-POLE TUMOR IN ROBOTIC LEFT PARTIAL NEPHRECTOMY

Ricardo Rodrigues; João Oliveira; Pedro Ramos; João Silva; Tiago Antunes-Lopes
ULS do São João

Introduction: Partial nephrectomy (PN) is the standard of care for cT1 renal masses whenever technically feasible, particularly in patients with impaired baseline renal function. Tumors of the posterior upper pole remain among the most challenging for robotic PN: they lie away from the transperitoneal view, are covered by the spleen, adrenal gland and upper-pole fat, and force the surgeon to work with the kidney in an unfavorable position, which may compromise tumor exposure, resection margins and renorrhaphy.

Objectives: To describe a step-by-step technique of flipping the kidney on its horizontal axis to expose a posterior upper-pole tumor during robotic left PN, turning a posterior, poorly accessible lesion into a lesion that can be resected and reconstructed under direct frontal view.

Material and methods: A 63-year-old male with hypertension, obesity and a 20 pack-year smoking history (former smoker), and prior bilateral great saphenous vein stripping, was referred after an incidental renal mass on CT. Imaging showed a 6.7 x 5.7 x 5.1 cm exophytic mass of the posterior aspect of the left upper pole (R.E.N.A.L. nephrometry score 8p). Baseline serum creatinine was 1.48 mg/dL.

A transperitoneal robotic left partial nephrectomy was performed with a da Vinci X surgical system. After medial mobilization of the descending colon and identification of the renal hilum, the kidney was completely freed within Gerota's fascia, including its posterior, lateral and upper-pole surfaces, while preserving the adrenal gland. Once fully mobilized, the kidney was rotated on its horizontal axis, flipping the upper pole anteriorly and caudally so that the posterior tumor faced the camera. In this position, the tumor was delineated with intraoperative ultrasound. Both the renal artery and the renal vein were clamped, and the tumor was excised under direct vision, followed by a two-layer renorrhaphy. The kidney was then returned to its anatomical position and the hilum inspected to rule out vascular kinking.

Results: Total operative time was 263 minutes, with a warm ischemia time of 33 minutes. There were no intraoperative complications. The postoperative course was uneventful: the drain was removed on postoperative day 3 and the patient was discharged on postoperative day 4. Postoperative serum creatinine was 1.91 mg/dL. Final pathology revealed a clear cell renal cell carcinoma, WHO/ISUP grade 2, pT1b, with negative surgical margins (R0).

Discussion/Conclusions: Flipping the kidney on its horizontal axis is a reproducible maneuver that transforms a posterior upper-pole tumor into an anteriorly facing lesion, improving exposure, ergonomics and control of the resection and reconstruction. Complete mobilization within Gerota's fascia is the key step, and care must be taken to avoid excessive traction or torsion of the renal vessels. This technique expands the feasibility of robotic PN for complex posterior upper-pole tumors, allowing nephron preservation in patients with impaired renal function.

VDA 12

PROMONTOFIXATION MESH EROSION INTO THE BLADDER: ROBOT-ASSISTED LAPAROSCOPIC EXCISION OF MULTIPLE MESHES AND BLADDER RECONSTRUCTION

Carolina Tam[1]; Rui Maciel[2]; Éric Mandron[3]
[1]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz
[2]ULSGE
[3]Clinique du Pré

Introduction: Intravesical mesh erosion is an uncommon but serious complication of promontofixation, with an estimated overall rate of approximately 3.5%. Patients may present with recurrent urinary tract infections, haematuria, bladder stones, lower urinary tract symptoms and pelvic pain, often years after the index procedure. Risk factors include unrecognised bladder injury during the primary promontofixation, smoking, diabetes mellitus, expanded polytetrafluoroethylene (ePTFE) mesh and limited surgeon experience. Cystoscopy is mandatory to confirm the erosion and to assess the extent of bladder involvement, and it also guides management: endoscopic or laser excision may be considered for small intravesical erosions, whereas extensive bladder involvement, mesh infection, fistula formation or failure of endoscopic treatment usually requires surgical mesh excision with bladder reconstruction.

Objective: To describe the technical approach to robot-assisted laparoscopic excision of multiple meshes from previous promontofixations, complicated by mesh erosion into the bladder, with subsequent bladder reconstruction.

Materials and methods: A 61-year-old woman with pelvic organ prolapse and two recurrences, treated at another institution in 2006, 2009 and 2024, was referred to our Urology Department with lower urinary tract symptoms and recurrent urinary tract infections. Cystoscopy demonstrated mesh erosion into the bladder floor.

Surgical Procedure:

Bilateral double-J stents were placed cystoscopically at the start of the procedure. The da Vinci X robotic system was used, with a 12 mm umbilical camera port, three 8 mm robotic ports (two on the left, one on the right) and a right pararectal assistant port. Dissection was started along the previous peritonealisation plane, revealing the first polyester mesh, which was excised along its course in the broad ligament. The second polyester mesh was then identified and excised. The polypropylene mesh was released from the surrounding tissues and its proximal portion detached from the sacral fixation; it was then dissected extravesically towards the bladder, transected and marked with a Vicryl suture. After dissection of the vesicovaginal space, the bladder was opened. The stents allowed identification and protection of both ureteric orifices. The intravesical mesh and suture material were excised from within the bladder until the marking suture was reached, confirming complete removal of the eroded segment. The stents were then removed and the bladder reconstructed.

Results: Total operative time was 3 hours and 30 minutes, with an estimated blood loss of 40 mL and no intraoperative complications. The patient was discharged on postoperative day 2 with an indwelling catheter, and a cystogram was scheduled before catheter removal within 14 days.

Intravesical mesh erosion is an uncommon but potentially serious complication of promontofixation, and a low threshold of suspicion is required in any patient with a previous promontofixation and urinary symptoms. Intraoperative measures that may reduce the risk of erosion include careful dissection with recognition and repair of any bladder injury, appropriate mesh selection, and laying the mesh flat and tension-free. This case highlights the advantages of robot-assisted surgery in complex mesh revision: enhanced three-dimensional visualisation, instrument articulation and improved ergonomics make meticulous multi-mesh excision feasible, with the potential to reduce perioperative morbidity and shorten hospital stay.

VDA 13

ROBOT-ASSISTED RETROPERITONEOSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY: A MINIMALLY INVASIVE APPROACH TO NEPHRON-SPARING SURGERY

Miguel Brito Lança[1]; João Amílcar Cunha[1]; Rui Caceiro[1]; Pedro Gabriel Silva[1]; Aléxia Gomes[2]; Patrícia Pereira[1]; Ana Meireles[1]; Rafael Almeida[1]; Santiago Gouveia[1]; Pedro Miguel Baltazar[1]; Hugo Pinheiro[1]; Luís Severo[1]; Luís Campos Pinheiro[1]
[1]Hospital de São José
[2]IPO Lisboa

Introduction: Robot-assisted partial nephrectomy is an established nephron-sparing treatment for localized renal tumors. The retroperitoneal approach provides direct access to the posterior kidney and renal hilum while avoiding entry into the peritoneal cavity, making it particularly attractive for posteriorly located renal masses.
Case Presentation and Surgical Technique: A patient with an approximately 3 cm solid, hypovascular, predominantly endophytic renal mass located on the posteromedial aspect of the upper pole of the right kidney was selected for robot-assisted retroperitoneoscopic partial nephrectomy. Preoperative imaging showed no evidence of lymph node involvement, renal vein invasion, or distant metastatic disease.
The patient was positioned in left lateral decubitus. A right retroperitoneal working space was created using a kidney-shaped balloon dissector, followed by blunt dissection. Four 8-mm robotic trocars and an AirSeal® port were placed, followed by robotic docking. Gerota's fascia was exposed and incised, allowing identification and isolation of the right renal artery. The tumor was identified on the posteromedial surface of the upper pole, and resection margins were defined using intrão-perative ultrasound. After selective clamping of the renal artery with a bulldog clamp, tumor excision was performed. The tumor bed was closed with a continuous 2-0 Stratafix™ suture, followed by renorrhaphy using the sliding-clip technique. Warm ischemia time was **17 minutes**. Hemostasis was confirmed and TISSEEL® was applied over the suture line. The specimen was retrieved in a laparoscopic bag and a JP drain was placed in the renal bed.
Total operative time was 2 h 45 min, with an estimated blood loss of <50 mL. No intraoperative complications were reported.
Discussion: The retroperitoneal approach offers several potential advantages for posterior and posteromedial renal tumors, including direct access to the renal hilum and posterior renal surface, reduced need for kidney mobilization, and avoidance of intraperitoneal organ manipulation. This may facilitate tumor exposure, particularly in posterior lesions, while potentially reducing bowel-related morbidity and intraperitoneal adhesions.
Conclusion: Robot-assisted retroperitoneoscopic partial nephrectomy represents a safe and effective nephron-sparing approach for appropriately selected posterior renal tumors. In this case, it provided direct access to both the renal artery and tumor, enabling precise tumor excision with limited blood loss, short warm ischemia time, and no intraoperative complications.

CARTAZES | E-POSTERS

CT 01

MUCINOUS TUBULAR AND SPINDLE CELL CARCINOMA OF THE KIDNEY: A RARE ENTITY WITH DIAGNOSTIC CHALLENGES AND UNCERTAIN SURVEILLANCE STRATEGIES

Pedro Magno Serrano; Gilberto Rosa; Marco Dores; Miguel Cabrita; Aníbal Coutinho
ULS Algarve

Introduction: Mucinous tubular and spindle cell carcinoma (MTSCC) is a rare renal cell carcinoma (RCC) subtype, accounting for approximately 1–4% of epithelial renal neoplasms. Recognised in the WHO classification since 2004 and retained in the 2022 classification, MTSCC is generally considered an indolent, low-grade malignancy. However, its rarity and morphological overlap with other renal tumours may create diagnostic challenges, and no internationally standardised surveillance strategy has been established.
Objectives: To present a case of MTSCC treated with robot-assisted partial nephrectomy and to review its clinicopathological and immunohistoche-

mical characteristics, prognosis and reported surveillance strategies.

Material and methods: A female patient underwent robot-assisted right partial nephrectomy for a suspicious 1.5 cm renal mass. The procedure was uneventful. The only postoperative complication was acute anaemia requiring transfusion of one unit of packed red blood cells, with prompt clinical and analytical recovery. At discharge, haemoglobin was 9.1 g/dL and serum creatinine 0.7 mg/dL. Histopathological examination revealed a 1.5 cm MTSCC, without necrosis, pyelocalyceal or venous invasion, or vascular permeation, with negative surgical margins (minimum 1 mm). Immunohistochemistry showed CK7+, PAX8+, AMACR+, vimentin+, EMA−/+, CD117−, CAIX−, CK5/6−, CK20− and CD10−, supporting the diagnosis and helping distinguish MTSCC from papillary RCC and other morphological mimickers. The tumour was staged pT1a (AJCC/UICC 8th edition).

Results: The postoperative course was otherwise uneventful, with complete recovery after six weeks and preserved renal function. The patient remains under structured urological surveillance, with multidisciplinary oncology assessment considered. The literature review identified predominantly favourable oncological outcomes for localised MTSCC, although rare aggressive and metastatic presentations have been reported. Reported surveillance strategies are heterogeneous, with cross-sectional or ultrasound imaging commonly performed during the first postoperative year and subsequently on an annual basis, with longer follow-up described for tumours with adverse pathological features.

Discussion/Conclusions: MTSCC is a rare renal tumour with generally favourable biological behaviour, but accurate pathological and immunohistochemical recognition is essential because of its overlap with other RCC subtypes. In small, localised tumours, partial nephrectomy provides effective local treatment while preserving renal function. The absence of internationally standardised surveillance recommendations reflects the limited evidence available for this uncommon entity. Current published experience supports risk-adapted imaging surveillance and long-term clinical follow-up, particularly in tumours with adverse pathological features. Increasing recognition of MTSCC may help avoid both overtreatment and insufficient surveillance of this rare RCC subtype.

CT 02

ARTIFICIAL INTELLIGENCE VS CLINICIANS IN UPPER TRACT UROTHELIAL CANCER MANAGEMENT: ACCURACY AND DECISION-MAKING

Cláudia Fernandes[1]; Marianana Capinha[2]; Frederico Portugal[3]; Rui Freitas[4]; João Silva[1]; António Morais[4]; Isaac Braga[4]
[1]Centro Hospitalar de S. João, EPE
[2]Hospital de Braga
[3]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital de S. Francisco Xavier
[4] PO Porto

Introduction: Upper Tract Urothelial Cancer represents only 5–10% of urothelial malignancies yet carries a poor prognosis when muscle-invasive. Diagnosis relies on urinary cytology with computed tomography urography (CT). Diagnostic ureterorenoscopy (URS) is reserved for equivocal cases. Yet, diagnostic uncertainty remains a challenge.

Objectives: We aim to compare the diagnostic accuracy and management capabilities of artificial intelligence (AI) tools with those of humans.

Material and methods: Cases of suspected UTUC submitted to nephroureterectomy (NU) from 2017 to 2023 were selected. A questionnaire with 10 representative cases was applied to a senior (SG) and resident (RG) urologist group, and to 3 AI tools: "ChatGPT" (AI 1), "Gemini" (AI 2), and "Copilot" (AI 3). Information provided to AI included age, sex, motive for referral, smoking history, hematuria, cystoscopy and cytology result, and CT images. The probability of high-risk (HR) disease and the best management were asked. The gold standard management was considered the one decided in a urological meeting; NU whenever the final histologic result is ≥ pT2. Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics, version 24®. Statistical significances were considered for $p < 0.05$. Ethics approval was obtained.

Results: A total of 240 answers were collected (11 seniors, 10 residents, and 3 AI). Muscle-invasive disease (≥ pT2) occurred in 40%; 3 underwent a diagnostic URS before the NU decision.

Seniors classified 89% as HR, leading to 36% of NU; residents perceived 74% HR, but a higher NU indication (42%). AI models varied: HR perception 80-100%, favouring radical decisions, except for AI 3, which was cautious. Concordance with clinicians was high for risk (K=0.650 for AI 1/AI 2; K=1.0 seniors vs residents) and moderate for management (K=0.310 for AI 1/AI 2; K=0.348 seniors vs residents). AI 3 showed the greatest discordance. Overall, 37.5% of decisions matched the gold standard; accuracy was similar among residents (43%), seniors (34.5%), and AI (33.3%), p=0.078. Differences between AI systems were significant (p=0.031), reflecting heterogeneous performance (0–50% accuracy).

Discussion/Conclusion: AI models have reasonable but insufficient concordance. The accuracy is equivalent to clinical experience. However, AI shows heterogeneous decisions, with an accuracy rate varying from 0-50%, reinforcing the need for cautious interpretation and human oversight in clinical decision-making. AI systems show promising but heterogeneous performance, reinforcing their role as complementary tools rather than replacements in UTUC management.

CT 03

TECIDO PROSTÁTICO ECTÓPICO NA BEXIGA: UMA ARMADILHA DIAGNÓSTICA - CASO CLÍNICO

Juliana Santos; Tiago Sequeira Sousa; Joana Rita Melo; Bárbara Figueiredo; Tiago Coutinho; Edson Retroz; Arnaldo José Figueiredo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O tecido prostático ectópico (TPE) no trato geniturinário inferior é uma entidade rara e subnotificada, com menos de 50 casos documentados até à data. A sua patogénese é atribuída à persistência e proliferação anómala de remanescentes embrionários derivados dos brotos prostáticos do seio urogenital. Habitualmente, apresenta-se como um achado incidental assintomático, embora possa provocar sintomas do trato urinário inferior (LUTS) ou hematúria. A relevância clínica reside na presença de uma lesão vesical com semelhança morfológica e endoscópica com um carcinoma urotelial, realçando a capacidade deste entidade mimetizar neoplasias vesicais malignas, constituindo uma armadilha diagnóstica. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de TPE vesical, salientando o percurso de investigação imagiológica e endoscópica e a indispensabilidade do perfil histopatológico e imuno-histoquímico na confirmação diagnóstica.

Apresentação do Caso: Homem de 67 anos de idade, com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial, foi referenciado à consulta de Urologia por quadro de LUTS com vários meses de evolução, sem hematúria macroscópica ou microscópica. A avaliação analítica inicial revelou um antigénio específico da próstata sérico de 0,54 ng/mL. A ecografia vesicoprostática demonstrou uma formação polipoide ecogénica de 7×6 mm no lúmen vesical, em relação com a parede vesical posterior/ trígono. Para esclarecimento etiológico, foi realizada uma uretrocistoscopia flexível, que identificou uma neoformação polipoide com cerca de 1 cm no trígono vesical, com base de implantação estreita, meatos ureterais ortotópicos e ausência de outras lesões vesicais. A citologia urinária colhida foi negativa para carcinoma urotelial de alto grau (Sistema de Paris 2.0), exibindo apenas aspetos celulares sugestivos de proliferação benigna (hiperplasia/papiloma). O doente foi subsequentemente submetido a ressecção transuretral da bexiga (RTU-V) sob regime de cirurgia de ambulatório. No tempo operatório, identificou-se uma lesão pediculada de 1 cm em topografia intermeática, de superfície lisa, pedículo fino e com depressão central, procedendo-se à sua excisão cirúrgica completa e envio do pólipo e da respetiva base de ressecção muscular, omitindo-se a instilação perioperatória de mitomicina C.

O exame anatomopatológico macroscópico confirmou um fragmento polipoide de 0,6 cm com superfície rosada e ligeiramente irregular, acompanhado de fragmento da base com 0,8 cm extensamente cauterizado. Microscopicamente, a lesão era constituída por glândulas de padrão papilar, revestidas por um epitélio biestratificado composto por células basais internas e células colunares luminais dotadas de núcleos basais e regulares, indistinguíveis do parênquima prostático normal, sob urotélio superficial sem displasia. O estudo imuno-histoquímico revelou reatividade nuclear forte e difusa para PSA e NKX3.1 nas

células epiteliais glandulares, ao passo que a marcação para citoqueratinas de alto peso molecular (clone 34βE12) demonstrou uma camada basal contínua e íntegra, estabelecendo com precisão a natureza benigna e não infiltrativa da lesão (ectopia de tecido prostático / pólipo de tipo prostático da bexiga). A base da lesão exibia músculo detrusor e ninhos de von Brunn sem critérios de malignidade. Aos dois meses de pós-operatório, o doente encontrava-se totalmente assintomático, sem LUTS ou hematúria, tendo recebido alta da consulta hospitalar sem necessidade de programas de cistoscopia de vigilância.

Conclusão: O diagnóstico definitivo correspondeu a um pólipo de tipo prostático da bexiga, manifestação benigna de TPE. Este caso reitera a relevância de considerar o TPE no diagnóstico diferencial de lesões polipoides vesicais. Perante achados cistoscópicos frequentemente sobreponíveis aos tumores uroteliais papilares, o recurso à imuno-histoquímica (NKX3.1, PSA tecidular e 34βE12) é mandatória para confirmar a linhagem prostática e documentar a preservação da camada basal, afastando adenocarcinomas ou carcinomas uroteliais invasivos. A RTU-V completa constitui uma terapêutica curativa com prognóstico excelente e risco de recidiva negligenciável, dispensando quimioterapia adjuvante intravesical e procedimentos cistoscópicos invasivos de controlo, o que permite uma desescalada segura dos cuidados para a Medicina Geral e Familiar.

CT 04

EFICÁCIA E SEGURANÇA DA TOXINA BOTULÍNICA INTRAVESICAL NA SÍNDROME DE BEXIGA HIPERATIVA REFRATÁRIA: ESTUDO RETROSPETIVO NUM CENTRO TERCIÁRIO

Juliana Santos; Mariana Correia; Joana Rita Melo; Tiago Sequeira Sousa; André da Rocha Rêgo; Miguel Eliseu; Edson Retroz; Arnaldo José Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A Síndrome da Bexiga Hiperativa (SBH) caracteriza-se por urgência miccional, frequência urinária diurna e noctúria, podendo associar-se a incontinência urinária de urgência, na ausência de infeção urinária. Nos casos refratários ou intolerantes às terapêuticas conservadoras, a administração intravesical de toxina botulínica A (BoNT-A) surge como uma opção minimamente invasiva. O objetivo deste estudo é avaliar a eficácia e segurança da BoNT-A nesta população de doentes.

Materiais e métodos: Conduziu-se um estudo observacional e retrospetivo com 100 doentes com idade superior a 18 anos, diagnosticados com SBH refratária a tratamento médico e submetidos a BoNT-A entre janeiro de 2023 e dezembro de 2024 num centro hospitalar terciário. Colheita de dados demográficos, etiologia da disfunção, dose e número de tratamentos. A eficácia clínica foi aferida mediante a perceção subjetiva do doente (categorizada de forma binária em presença ou ausência de resposta) e a segurança através do registo de eventos adversos (infeção urinária sintomática, hematúria e disfunção de esvaziamento). A análise estatística foi realizada no software IBM SPSS Statistics (versão 28.0). As associações bivariadas foram avaliadas pelo teste do Qui-Quadrado de Pearson. Para a identificação de preditores independentes de sucesso terapêutico, recorreu-se a um modelo de regressão logística binária multivariada, incorporando a dose administrada e a etiologia neurogénica como variáveis preditoras. Fixou-se o limiar de significância estatística em $p < 0,05$.

Resultados: A coorte incluiu 100 doentes, 77% do sexo feminino e média etária de 58,2±18,2 anos, com etiologia neurogénica em 37% dos casos e 62% dos doentes com incontinência de urgência pura. 63% dos doentes foram tratados com a dose de BoNT-A 100 U e 37% com 200 U. A taxa de resposta global foi de 85%, com 51% dos doentes a reportarem melhoria significativa e 34% melhoria ligeira. A análise bivariada não revelou associação estatisticamente significativa entre a perceção de eficácia e a idade (p=0,589) ou a dose administrada (p=0,329). Com associação significativa entre a etiologia neurogénica e uma melhor resposta terapêutica (p=0,03). Na regressão logística multivariada, a etiologia neurogénica confirmou-se como o único preditor independente de sucesso terapêutico (p=0,044; OR=8,967), indicando que os doentes neurológicos apresentam uma probabilidade de eficácia cerca de nove vezes superior à dos doentes idiopáticos. A dose administrada não demonstrou

correlação estatística no modelo multivariado (p=0,615). A taxa global de complicações foram: necessidade de cateterismo intermitente (20%), infeção do trato urinário (17%), dor (7%), retenção urinária aguda (3%) e hematúria (3%). A ocorrência de disfunções de esvaziamento demonstrou uma forte associação estatística com a dose administrada. A necessidade de CIC registou-se em 51,4% dos doentes do grupo de 200 U, contrastando com apenas 1,6% no grupo de 100 U (p<0,001). A RUA também se associou significativamente à dose (p=0,022), tendo ocorrido exclusivamente nos doentes submetidos a 200 U. A incidência das restantes complicações (ITU, dor e hematúria) não revelou associação estatística significativa com a dose.

Discussão: O perfil sociodemográfico (predomínio feminino), as comorbilidades identificadas e as etiologias neurogénicas na amostra asseguram a sua representatividade clínica. A resposta terapêutica foi globalmente favorável e demonstrou não sofrer influência da idade cronológica. O aumento da dose não ampliou a eficácia, sugerindo que a superioridade terapêutica nos doentes neurogénicos se deve à sua fisiopatologia subjacente e não à escalada posológica. O tratamento demonstrou um bom perfil de segurança. Observou-se uma acentuada dependência posológica nas disfunções de esvaziamento: a dose de 200 U aumentou exponencialmente a retenção urinária aguda e a necessidade de CIC.

Conclusão: A administração intravesical de BoNT-A corrobora ser uma terapêutica segura e eficaz no tratamento da SBH refratária, proporcionando melhoria clínica significativa em mais de metade dos doentes. A etiologia neurogénica destaca-se como o principal preditor independente de sucesso (OR=8,97). Por outro lado, a escalada da dose administrada não traduziu uma maior eficácia, mas associou-se fortemente a um aumento de complicações de esvaziamento. Em suma, os dados sublinham a imperatividade de uma rigorosa individualização posológica, baseada no perfil clínico e fisiopatológico de cada doente, como estratégia essencial para otimizar o rácio entre o benefício terapêutico e o risco de efeitos adversos.

CT 05

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE CORIOCARCINOMA TESTICULAR COM METASTIZAÇÃO CUTÂNEA E CEREBRAL: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR E CURSO CLÍNICO

Juliana Santos; Joana Rita Melo; Tiago Sequeira Sousa; David Abegoaria; Ana João Guerra; Edson Retroz; Pedro Miguel Simões; Arnaldo José Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: Os tumores de células germinativas do testículo (TCGT) constituem a neoplasia sólida mais frequente em adultos jovens. Contudo, a presença de um componente predominantemente coriocarcinomatoso é excecional, representando menos de 2% de todos os TCGT. O coriocarcinoma caracteriza-se por uma origem trofoblástica, secreção maciça de gonadotropina coriónica humana (beta-hCG) e disseminação hematogénica precoce. A metastização cutânea na região da cabeça e pescoço é uma manifestação extremamente rara, enquanto o atingimento do Sistema Nervoso Central (SNC) ocorre em apenas 2% a 5% dos casos avançados, constituindo um fator prognóstico adverso independente associado a uma redução acentuada da sobrevida.

Objetivo: Apresentar o curso clínico de um doente jovem com uma apresentação atípica de coriocarcinoma metastático com lesões síncronas no couro cabeludo e no SNC, destacando a importância da abordagem multidisciplinar na sua orientação clínica.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 21 anos, previamente saudável, que recorre ao serviço de urgência em novembro de 2024 por cefaleia, disautonomia, diplopia, parestesias e ataxia à esquerda. Ao exame objetivo, apresentava uma lesão exofítica ulcerada e sangrante no couro cabeludo parietal esquerdo. A avaliação por TC e PET revelou uma massa parieto-epicraniana (29 mm), uma metástase cerebelar esquerda (22 mm) com hidrocefalia obstrutiva, 24 lesões nodulares pulmonares bilaterais, uma metástase no glúteo e uma lesão testicular esquerda de 13 mm. Analiticamente, o valor sérico inicial de beta-hCG era de 34 836 UI/L. Foi submetido a excisão neurocirúrgica de emergência da lesão do couro cabeludo e, subsequentemente, à exérese da massa cerebelar com colocação de drenagem ventricular

externa, confirmando-se histologicamente a presença de metástases de coriocarcinoma em ambas as lesões. Efetuou-se a orquidectomia radical esquerda, cujo exame anatomopatológico revelou um tumor germinativo misto pT2 Nx Mx (60% teratoma, 30% carcinoma embrionário, 10% tumor do saco vitelino) com angioinvasão e áreas de regressão focal. O doente cumpriu 4 ciclos de quimioterapia de 1.ª linha com esquema BEP, verificando-se resolução dos défices oculomotores e uma excelente resposta bioquímica inicial (nadir de beta-hCG de 11 UI/L). Em março de 2025, apresentou recidiva cerebral, com elevação do beta-hCG (133 UI/L) e crescimento de uma nova metástase parietal de 18 mm, tendo sido submetido a uma 3.ª intervenção neurocirúrgica para ressecção. Iniciou a 2.ª linha de quimioterapia com esquema TIP e um programa intensivo de reabilitação motora, atingindo marcha autónoma e recuperação funcional. Posteriormente, verificou-se refratariedade da doença com progressão das lesões pulmonares (beta-hCG de 14 779 UI/L), tendo sido proposto para quimioterapia de alta dose com transplante autólogo de progenitores hematopoiéticos. Contudo, durante a fase de mobilização celular, o doente desenvolveu uma deterioração neurológica súbita e irreversível decorrente de hemorragia fulminante de múltiplas metástases intracranianas síncronas, evoluindo para óbito.

Discussão: A apresentação inaugural com lesões secundárias no couro cabeludo e no cerebelo ilustra a elevada capacidade de disseminação hematogénica e o organotropismo atípico do coriocarcinoma testicular. O achado de um tumor primário testicular de 1,3 cm com histologia mista e atrofia focal contrasta drasticamente com a metastização sistémica maciça dominada pelo componente coriocarcinomatoso. Este caso demonstra a eficácia do controlo local neurocirúrgico de urgência conjugado com esquemas quimioterapêuticos sistémicos de resgate, bem como o papel fulcral da equipa multidisciplinar — envolvendo Neurocirurgia, Urologia, Oncologia Médica e Medicina Física e de Reabilitação — na gestão sintomática e funcional de doentes com carga tumoral metastática complexa.

Conclusão: O coriocarcinoma testicular metastático pode assumir uma apresentação clínica inaugural atípica, com envolvimento síncrono cutâneo e cerebral, justificando a manutenção de um elevado índice de suspeição perante lesões expansivas de novo em adultos jovens. A metastização para o SNC e a marcada oscilação nos níveis de beta-hCG correlacionam-se com a história natural altamente agressiva e hemorrágica deste tumor, exigindo reavaliações imagiológicas e bioquímicas muito frequentes. Uma abordagem multidisciplinar, célere e agressiva é imperativa para otimizar o controlo sintomático e tentar maximizar a sobrevida nestes doentes de muito alto risco

CT 06

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO, ABERTO E ROBÓTICO DA ESTENOSE DA ANASTOMOSE URETEROVESICAL APÓS TRANSPLANTE RENAL: REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE

Luis Rito Seixas; Alberto Costa-Silva; Diogo Dias; Luis Rosmaninho; Hugo Teixeira; Tiago Antunes-Silva; Margarida Henriques; Ricardo Rodrigues; Simão Abreu; Pedro Ramos; Francisco Botelho; João Alturas-Silva
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução: A estenose da anastomose ureterovesical é a complicação urológica mais frequente após transplante renal. O tratamento endoscópico é geralmente a primeira linha, com a reconstrução aberta reservada para estenoses longas, tardias ou refratárias. A reconstrução robótica surgiu na última década como alternativa minimamente invasiva à cirurgia aberta, mas nenhuma revisão sistemática publicada integra ainda esta modalidade de forma sistematizada.

Objetivos: Estimar, por modalidade de tratamento (endoscópico, reconstrução aberta e reconstrução robótica), a proporção agrupada de sucesso técnico, de patência funcional a longo prazo e de recidiva da estenose, em recetores adultos de transplante renal.

Material e métodos: Revisão sistemática e meta-análise de proporções, registada prospetivamente no PROSPERO, conduzida segundo a PRISMA 2020. Pesquisa em PubMed e Scopus até agosto de 2026, restrita a publicações em língua inglesa e sem limite de data de publicação, complementada por pesquisa manual de referências. Seleção e extração por dois revisores independentes, com

resolução de discordâncias por consenso. Elegibilidade limitada a estenoses da anastomose ureterovesical (ureteroneocistostomia) em adultos, com série tratada relatada. As proporções foram agregadas por modelo binomial-normal de efeitos aleatórios com ligação logística (validado cruzadamente com metafor/lme4 em R), com intervalo de predição de 95% e análises de sensibilidade pré-especificadas (remoção de pares de sobreposição de coorte, de estudos com risco de viés grave, restrição à anastomose ureterovesical primária e a estudos com recrutamento a partir de 2000). Risco de viés avaliado com o instrumento JBI. Certeza da evidência classificada pelo GRADE.

Resultados: De 3423 registos identificados, 144 estudos cumpriram os critérios de inclusão; 89 estudos, com 108 braços ativos de um total de 124 registados, forneceram dados extraíveis para síntese quantitativa. O sucesso técnico agrupado foi de 89,1% no braço endoscópico (k=31, n=654), 97,6% no aberto (k=10, n=242) e 100,0% no robótico (k=4, n=79). A patência funcional agrupada foi de 65,0% (endoscópico, k=52, n=1231), 90,3% (aberto, k=24, n=446) e 98,2% (robótico, k=6, n=147). A taxa de recidiva agrupada foi de 27,8% (endoscópico, k=33, n=863), 9,8% (aberto, k=15, n=339) e 1,8% (robótico, k=6, n=147). Os intervalos de predição foram amplos na maioria das estimativas, refletindo heterogeneidade entre centros e décadas de publicação. As análises de sensibilidade não alteraram nenhuma destas estimativas. A certeza da evidência foi muito baixa em todos os desfechos e modalidades, sobretudo por indireção, transversal a todas as estimativas; a maioria dos pools soma ainda inconsistência e/ou risco de viés, mais marcadamente no braço endoscópico.

Discussão/Conclusões: Nesta primeira síntese sistemática a integrar a era robótica, o tratamento endoscópico apresenta a taxa de sucesso e de patência mais baixas e a recidiva mais alta, num corpo de evidência mais extenso e heterogéneo, que abrange várias décadas de prática e definições de sucesso menos uniformes. A reconstrução robótica apresenta resultados iniciais favoráveis, mas com número de estudos ainda reduzido e estimativas pouco precisas. Estas diferenças não devem ser lidas como comparação direta de efetividade entre modalidades, dado o confundimento por indicação clínica inerente ao desenho observacional da literatura disponível. É necessária evidência prospetiva e comparativa, em particular para a via robótica, à medida que a sua utilização se expande.

CT 07

DEZOITO ANOS DEPOIS: UMA RECIDIVA INESPERADA DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIS EM CICATRIZ CIRÚRGICA

André Rego; Ana Marta Ferreira; Ana João Guerra; Tiago Sousa; Tiago Coutinho; Roberto Jarimba; Arnaldo Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O carcinoma de células renais (CCR) é conhecido pelo seu comportamento biológico imprevisível, podendo originar recidivas e metástases tardias em localizações atípicas. As metástases cutâneas são raras, ocorrendo em cerca de 1 a 3,5% dos doentes com CCR, sendo a sua localização junto a cicatrizes cirúrgicas um achado ainda mais infrequente, que exige elevado índice de suspeição.

Objetivos: Descrever um caso de metástase parietal (cutânea/subcutânea) de CCR, localizada junto à cicatriz de nefrectomia, diagnosticada cerca de 18 anos após a cirurgia primária, e discutir a sua abordagem diagnóstica e terapêutica.

Material e Métodos: Análise retrospetiva do processo clínico de uma doente seguida em consulta de Urologia, com revisão dos dados clínicos, imagiológicos, histológicos e do seguimento.

Resultados: Mulher de 69 anos, com antecedente de nefrectomia radical esquerda por via aberta, realizada 18 anos antes, por neoplasia renal. Já com alta da consulta de Urologia, foi posteriormente referenciada de novo por lesão identificada ecograficamente junto à cicatriz cirúrgica. Encontrava-se assintomática, sentindo-se bem, apresentando ao exame objetivo tumefação local na zona da cicatriz. A TC abdominal revelou imagem nodular de 1,8 cm nos tegumentos da região do hipocôndrio/flanco correspondente, adjacente à cicatriz, com características sugestivas de lesão secundária, associada a hérnia incisional, sem processos expansivos na loca renal. Uma biópsia inicial (cerca de 6 meses antes) revelou apenas

tecido fibroadiposo, sem critérios de malignidade. Optou-se pela excisão cirúrgica do nódulo. O exame histológico da peça operatória confirmou metástase de carcinoma de células renais, subtipo de células claras. Após discussão do caso em reunião multidisciplinar, a doente foi mantida em vigilância imagiológica programada com TC toraco-abdomino-pélvicas seriadas, sem evidência de recidiva local ou à distância ao longo de cerca de três anos de seguimento.

Discussão/Conclusões: Este caso ilustra a capacidade do CCR de originar metástases tardias e em localizações atípicas, mesmo após um período de latência superior a uma década e meia, o que reforça a importância de manter um elevado grau de suspeição perante lesões de novo em doentes com este antecedente oncológico. A localização junto à cicatriz cirúrgica constitui uma apresentação pouco habitual, atribuída na literatura tanto a implantação tumoral direta no local da incisão como a disseminação hematogénica/linfática, podendo ser confundida com patologia benigna da parede abdominal, nomeadamente com a hérnia incisional concomitante. A abordagem multidisciplinar e a excisão cirúrgica completa permitiram o diagnóstico definitivo e o controlo local da doença, mantendo-se a doente sem evidência de recidiva ao longo do seguimento.

CT 08

ECOGRAFIA NA FRATURA PENIANA: CONCORDÂNCIA COM OS ACHADOS INTRAOPERATÓRIOS E SUBESTIMAÇÃO DA EXTENSÃO DA LESÃO

Rita Tavares Marques[1]; João Chambino[2]; Nair Conceição[2]; Bernardo Martins[3]; João Melo[2]; Miguel Fernandes[2]; José Palma Dos Reis[2]
[1]IPO Coimbra
[2]ULS Santa Maria
[3]Hospital Beatriz Ângelo

Introdução: A ecografia é amplamente utilizada na abordagem diagnóstica da fratura peniana e como apoio ao planeamento cirúrgico. Contudo, a sua precisão, particularmente na estimativa da dimensão da rotura da túnica albugínea, permanece incerta.

Objetivos: Apresentamos a experiência da nossa instituição, avaliando o valor diagnóstico da ecografia, a diferença dimensional da rotura comparativamente aos achados intraoperatórios e a relação entre a apresentação clínica e a extensão da lesão.

Material e métodos: Realizámos uma análise retrospetiva de 39 doentes submetidos a exploração cirúrgica por suspeita de fratura peniana entre janeiro de 2021 e maio de 2026. A análise quantitativa incluiu os casos com rotura confirmada da túnica albugínea e informação disponível sobre a dimensão da lesão, tanto na ecografia como na avaliação intraoperatória pelo cirurgião.

As medições emparelhadas foram comparadas através do teste de Wilcoxon; a correlação foi avaliada pelo coeficiente de Spearman e a concordância através da análise de Bland–Altman. Foi definida como subestimação relevante uma dimensão intraoperatória ≥5 mm superior à estimada ecograficamente.

A apresentação clínica foi considerada típica na presença de estalido, detumescência e deformidade em “beringela”, sendo classificados como típicos os casos com ≥2 destes sinais documentados. A dimensão da rotura foi comparada entre apresentações típicas e atípicas através do teste U de Mann–Whitney.

Resultados: A idade mediana foi de 45 anos (18–70), sendo 28/39 doentes (71,8%) transferidos de outra instituição. A relação sexual foi a principal etiologia (35/39; 89,7%). Verificou-se dor peniana em 35/38 doentes (92,1%), detumescência em 24/30 (80,0%), deformidade em “beringela” em 30/39 (76,9%) e estalido em 18/30 (60,0%).

Foi realizada ecografia em 32/39 doentes (82,1%). Um doente com ecografia negativa apresentava intraoperatoriamente uma rotura de 8 mm. Nos 25 casos com medições emparelhadas, a ecografia subestimou a dimensão da rotura em 21 (84,0%), sendo essa subestimação ≥5 mm em 16 (64,0%). A diferença mediana entre as medições foi de 5 mm [AIQ 2–10]. Um doente com ecografia positiva e ausência de rotura identificada intraoperatoriamente desenvolveu posteriormente curvatura peniana pós-traumática progressiva e ereções dolorosas, sugerindo a possibilidade de uma lesão oculta não tratada.

Verificou-se uma correlação significativa entre a dimensão estimada por ecografia e a dimensão intraoperatória (rho de Spearman=0,66; p<0,001),

embora as estimativas ecográficas fossem significativamente inferiores (Wilcoxon p<0,001). A análise de Bland-Altman demonstrou um viés médio de +6,8±7,2 mm, traduzindo uma subestimação da dimensão da rotura pela ecografia, com limites de concordância de −7,3 a +20,9 mm.
Foi possível classificar clinicamente 31 doentes: 25/31 (80,6%) apresentavam uma apresentação típica e 6/31 (19,4%) uma apresentação atípica. Entre os doentes classificáveis com rotura confirmada e informação sobre a sua dimensão (n=28), a dimensão mediana da rotura foi de 20,0 mm [AIQ 10,5–25,0] nas apresentações típicas e de 20,0 mm [AIQ 15,0–30,0] nas apresentações atípicas (p=0,880).
Conclusões: Apesar de existir correlação significativa entre as estimativas ecográfica e intraoperatória, a ecografia subestimou a dimensão da rotura em 84% dos casos, sendo esta diferença ≥5 mm em quase dois terços dos doentes. A análise de concordância confirmou uma subestimação média de aproximadamente 7 mm, com ampla variabilidade individual. Apesar da sua utilidade no diagnóstico e planeamento cirúrgico, os achados ecográficos não devem sobrepor-se ao julgamento clínico, uma vez que uma ecografia negativa não exclui uma lesão relevante da túnica albugínea.
A apresentação clínica típica não se associou à dimensão da lesão, reforçando a necessidade de uma abordagem célere mesmo perante apresentações atípicas. O seguimento destes doentes permitirá avaliar a relação entre a subestimação ecográfica, os achados cirúrgicos e os resultados funcionais.

CT 09

HEMIESCROTECTOMIA POR SARCOMA INGUINO-ESCROTAL: RESULTADOS DE CINCO ANOS DE UM CENTRO

Alberto Costa Silva[1]; Parthvi Vanalia[2]; Sami Mustafa[2]; Noel Clarke[2]; Aziz Gulamhusein[2]
[1]Hospital São João, Porto
[2]The Christie NHS Foundation Trust

Introdução: Os sarcomas inguino-escrotais representam 1% de todos os sarcomas dos tecidos moles. O seu tratamento assenta na excisão radical, com ênfase na obtenção de margens amplas, dado o elevado risco de recidiva local.
Objectivos: Apresentamos uma série de casos de cinco anos de um centro com experiência em sarcomas retroperitoneais e inguino-escrotais.
Material e métodos: Revisão retrospectiva dos doentes submetidos a hemiescrotectomia por sarcoma inguino-escrotal confirmado ou suspeito entre janeiro de 2020 e dezembro de 2025. Foram analisados dados demográficos, detalhes operatórios, histologia, envolvimento multidisciplinar, terapêutica adjuvante, recidiva e sobrevivência.
Resultados: Foram incluídos 20 doentes, com idade mediana de 66,5 anos e duração média de internamento de quatro dias. A histologia demonstrou predomínio de lipossarcoma bem diferenciado ou desdiferenciado. Três doentes necessitaram de apoio da cirurgia plástica. Oito doentes (40%) tinham sido submetidos a cirurgia escrotal incompleta em centros referenciadores, necessitando de re-ressecção alargada na nossa instituição, enquanto os restantes 12 (60%) foram referenciados sem qualquer intervenção prévia. Verificou-se recidiva local em quatro doentes, todos pertencentes ao grupo com cirurgia prévia externa (p = 0,014). Três destes doentes necessitaram de nova intervenção cirúrgica (p = 0,049), e um desenvolveu metastização pulmonar. Dois doentes receberam terapêutica adjuvante.
Discussão/Conclusões - O diagnóstico de sarcoma inguino-escrotal é raro, mas a sua suspeita deve motivar a referenciação célere de modo a assegurar uma ressecção radical inicial com margens adequadas. Nesta série, a cirurgia prévia incompleta teve impacto desfavorável nos resultados oncológicos.

CT 10

ROBOTIC DIVERTICULECTOMY WITH URETERAL REIMPLANTATION FOR SUSPECTED TUMOUR IN A SOLITARY KIDNEY

Pedro Magno Serrano; Gilberto Rosa; Marco Dores; Delvin Rodrigues; Miguel Cabrita; Aníbal Coutinho
ULS Algarve

Introduction and goals: Bladder diverticula are acquired or congenital outpouchings of urothelium through the detrusor muscle. Urothelial neoplasms arising within a diverticulum are of particular concern, as the diverticular wall lacks a muscularis propria, favouring early perivesical

extension, and lesions may lie close to the ureteral orifice, complicating staging and treatment. Transurethral resection (TURBT) is often limited in this setting by the absent muscular backing and a meaningful risk of perforation or incomplete resection, particularly with a single functioning kidney. We report a vegetant intradiverticular bladder lesion, suspicious for urothelial carcinoma, in a solitary-kidney patient, discussing the case for robotic-assisted diverticulectomy with ureteral reimplantation over conventional TURBT.

Methods: We describe a 79-year-old, functionally independent male with a solitary left kidney, electively admitted for evaluation of a bladder lesion, denying pelvic pain or macroscopic haematuria at presentation. Work-up included contrast-enhanced pelvic computed tomography (CT) and cystoscopy.

Results: CT demonstrated an absent right kidney with a compensatory left kidney of preserved parenchymal thickness, without evident lithiasis, parapelvic and cortical cysts (largest simple cyst, 81 mm), and mild pyelocaliceal dilatation with distal ureteral dilatation. Adjacent to the ureterovesical junction, a grossly nodular lesion (~32 mm) was identified, apparently dependent on a bladder diverticulum, with a significantly contrast-enhancing area of wall thickening (≥22 mm) strongly suggestive of a neoformative lesion; post-contrast images raised the possibility of active extravasation, potentially correlating with a history of haematuria. No calculi were identified at the ureterovesical junction. Incidental findings included a hepatic haemangioma and a small hypodense hepatic nodule with suspicious characteristics, not excluding secondary involvement and warranting further correlation. Cystoscopy confirmed a left lateral bladder diverticulum with a vegetant, suspicious intradiverticular lesion; the left ureteral orifice could not be identified, raising concern for its implantation within the diverticulum or close relation to its neck. Given the intradiverticular location and uncertain relationship to the distal ureter, TURBT was considered potentially difficult to perform completely, with a meaningful risk of incomplete resection or perforation. Robotic-assisted bladder diverticulectomy with lesion excision and probable ureteral reimplantation was therefore proposed as the preferred strategy, pending anatomical clarification and multidisciplinary discussion.

Discussion and conclusions: Intradiverticular bladder tumours pose a distinct challenge when anatomical uncertainty regarding the ureteral orifice precludes safe, complete transurethral resection. Here, a solitary kidney, an anatomically complex diverticulum, and a lesion suspicious for urothelial neoplasm favoured a reconstructive, oncologically directed strategy over TURBT. Robotic-assisted diverticulectomy with lesion excision, with ureteral reimplantation as required, may allow precise dissection and reconstruction while preserving renal function, a decisive consideration with a single functioning kidney. Thorough preoperative imaging and multidisciplinary discussion are essential to characterise the ureteral course before undertaking reconstruction of this complexity.

CT 11

DESEMPENHO DIAGNÓSTICO DA CITOLOGIA URINÁRIA NO CARCINOMA UROTELIAL: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO

Tiago Sequeira De Sousa; Juliana Santos; André Rego; Miguel Eliseu; Arnaldo Figueiredo
ULS Coimbra

Introdução: O carcinoma urotelial da bexiga é uma das neoplasias mais frequentes do trato urinário, sendo o diagnóstico precoce e a vigilância fundamentais para a identificação de doença recorrente e de alto risco. A citologia urinária constitui um método não invasivo utilizado como complemento da cistoscopia, apresentando reconhecidamente melhor desempenho na deteção de tumores de alto grau do que de baixo grau. A Classificação de Paris veio uniformizar a classificação citológica, privilegiando a identificação de carcinoma urotelial de alto grau. A avaliação do desempenho da citologia na prática clínica é, assim, relevante para determinar a sua utilidade diagnóstica e no seguimento dos doentes.

Objetivos: Avaliar a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) da citologia urinária, utilizando a histopatologia da resseção transuretral vesical (RTUV) como padrão de referência. Como objetivos secundários, pretendeu-se comparar o desempenho da citologia na identificação de

doença de alto e baixo grau e analisar a sua performance segundo a presença de hematúria, tabagismo e antecedentes de carcinoma urotelial.

Material e métodos: Estudo observacional, retrospetivo, incluindo doentes inscritos para cirurgia entre 01/01/2024 e 31/12/2025. Dos 436 doentes inicialmente identificados, 198 foram excluídos por citologia inconclusiva/amostra insuficiente, ausência de citologia realizada até 90 dias antes da cirurgia ou presença de outro tumor não urotelial, resultando numa amostra final de 238 doentes. A histopatologia da RTUV foi utilizada como referência para confirmação do grau tumoral. A citologia foi classificada segundo a Classificação de Paris, sendo a categoria "Baixo grau" analisada separadamente. Para o diagnóstico de alto grau, considerou-se teste positivo "Maligno" ou "Suspeito" e histologia positiva "Alto grau", incluindo carcinoma in situ. Foram calculadas sensibilidade, especificidade, VPP e VPN através de tabelas de contingência 2×2.

Resultados: A idade média à data da citologia foi 73,4 anos, sendo 180 doentes (75,6%) homens. Apresentavam hematúria 83 (34,9%), tabagismo 128 (53,8%) e antecedentes de carcinoma urotelial 126 (52,9%) doentes. A média do intervalo entre a cistoscopia e RTUV foi de 56,6 dias. A citologia foi "Negativa" em 155 casos, "Baixo grau" em 18, "Suspeita" em 1 e "Maligna" em 64. Na histologia, observaram-se 147 casos de alto grau, 58 de baixo grau e 33 sem tumor. Para o diagnóstico de alto grau, evidenciou-se uma sensibilidade de 39,5%, especificidade de 92,3%, VPP de 89,2% e VPN de 48,6%. Para baixo grau, a sensibilidade foi apenas 6,9%, com especificidade de 92,2%, VPP de 22,2% e VPN de 75,5%. Na análise por subgrupos, a especificidade manteve-se elevada (90,9–94,4%), enquanto a sensibilidade variou entre 26,8% e 57,9%. A sensibilidade foi 57,9% nos doentes com hematúria versus 27,8% nos sem hematúria, e 26,8% nos doentes com antecedentes de carcinoma urotelial versus 51,3% nos sem antecedentes.

Discussão/Conclusões: A citologia urinária apresentou elevada especificidade para doença de alto grau, mas sensibilidade limitada, evidenciando maior capacidade para confirmar do que excluir doença de alto grau. O desempenho foi ainda mais limitado na deteção de tumores de baixo grau, provavelmente relacionada com a menor atipia citológica destas lesões. A variabilidade observada nos subgrupos reforça que o dessem-penho da citologia pode depender do contexto clínico. Estes resultados são globalmente concordantes com a literatura e sustentam o papel da citologia como método complementar à cistoscopia, particularmente útil na avaliação de doença de alto grau, mas insuficiente como método isolado de deteção. Em conclusão, a citologia urinária mantém utilidade na avaliação do carcinoma urotelial, sobretudo pela sua elevada especificidade para doença de alto grau, devendo ser integrada com a cistoscopia e não utilizada como método isolado de diagnóstico ou vigilância.

CT 12

ARTIFICIAL INTELLIGENCE IMPACT ON THE URO-ONCOLOGY MULTIDISCIPLINARY TEAM

Cláudia Fernandes; Nuno Dias; Luís Vale; Carlos Ferreira; Francisco Botelho; João Silva
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introduction and objetives: Artificial intelligence (AI) use in oncology is increasing. We aimed to compare AI treatment recommendations with uro-oncology multidisciplinary team (MDT) decisions, assess whether senior specialists would change the MDT plan after reviewing the AI's analysis, and determine whether the AI would reconsider its recommendation after receiving specialists' feedback.

Materials and methods: This is an exploratory, single-centre study of 115 consecutive cases discussed at an MDT (with the presence of urologists, oncologists, radio-oncologists, radiologists, pathologists, and nuclear medicine physicians). Clinical data from the patients were given to an AI (paid version of Claude), which proposed the best therapeutic option and flagged any missing information. The MDT's decision was revealed only after. The AI then stated whether it agreed with the decision and, if not, explained its alternative and reasoning. Two independent senior specialists reviewed the AI's analysis. Finally, the AI reconsidered its recommendation considering the specialists' comments.

Results: Median age was 73.5 years, 86.6% were male; prostate (53.9%), bladder (27.8%), and kidney (12.2%) cancer cases predominated. AI–MDT

concordance was complete in 73.0%, partial in 17.4%, and discordant in 7.8%. After reviewing the AI's analysis, specialists agreed with the MDT decision in 72.7–75.0% of cases but would change the MDT recommendation to the AI's suggestion in 9.4–15.2% of cases. In 0.0–3.0% of cases, they agreed with neither option, and in 9.1–15.6% they found the information insufficient. The AI flagged missing information in 77.4% of cases—usually functional status, histology, or organ function. Full concordance was much lower when information was missing (67.4%) than when it was complete (92.3%). When specialists explained their reasoning (19 cases), the AI changed its recommendation more than half the time (57.9%), kept it unchanged in 31.6% where no contradicting information had emerged, and asked for more information in 10.5%.

Discussion/Conclusion: AI-MDT concordance was high (91.4%). Most disagreement came from incomplete written clinical information, namely performance status and other orally transmitted information. The AI changed its recommendation only when given new information. These results suggest AI could help flag missing information early, alert for other possible treatments, and standardise decisions. Larger, multicentre studies are needed to confirm this role. Limitations include the single-centre design and the nature of specialists' comments.

CT 13

RENAL RHABDOMYOSARCOMA – A RARE CLINICAL CASE

Ana João Guerra; André Rego; Tiago Sousa; Miguel Eliseu; Roberto Jarimba
ULS Coimbra

Introduction: Renal rhabdomyosarcoma is an exceptionally rare mesenchymal tumor, distinct from renal cell carcinoma and far more aggressive in adults than in children. Unlike RCC, which is epithelial in origin, renal sarcomas derive from the connective stroma of the kidney and can present as multiple histological subtypes — leiomyosarcoma, liposarcoma, angiosarcoma, rhabdomyosarcoma, among others — reflecting the biological and clinical behavior of soft tissue sarcomas found elsewhere in the body, each with a distinct clinical presentation and behavior.

Objectives: To describe a case of primary renal rhabdomyosarcoma in an elderly adult, highlighting its diagnostic challenges and clinical course.

Material and methods: Review of the clinical record of a patient followed in Urology consultation, with analysis of imaging, surgical, and histopathological data, using *SClinic* ® platform.

Results: A 67-year-old male, followed for nearly a decade with stable Bosniak II–III bilateral renal cysts, presented with rapid progression to large bilateral exophytic renal masses, flank pain, and significant anemia. CT-guided biopsy was inconclusive, and the patient underwent open right total nephrectomy with resection of a caval tumor thrombus. Final pathology showed a high-grade rhabdomyosarcoma with diffuse desmin and myogenin positivity, a high proliferative index (Ki-67 70–80%), and no FOXO1 gene rearrangement on FISH, consistent with the embryonal subtype. Despite apparently complete resection, the disease relapsed within two months with pulmonary metastases, local recurrence, and extensive caval thrombosis. Chemotherapy was complicated by myelosuppression, and the patient died of a thrombotic event three months after nephrectomy.

Discussion/Conclusions: This case illustrates the diagnostic pitfalls of renal rhabdomyosarcoma, which may mimic an indolent cystic lesion before undergoing rapid malignant transformation, and underscores the aggressive biology and poor prognosis of this entity in adults, reinforcing the value of immunohistochemistry and molecular pathology when biopsy is inconclusive.

CT 14

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL APLICADA À MORBILIDADE PÓS CISTECTOMIA

Ana Sofia Sabença; Joao Ricardo Silva; Maria Ines Nascimento; Joao Peralta; Miguel Lourenço; Rui Maciel; Samuel Bastos; Pedro Costa; Luis Xambre
ULSGE

Introdução: A cistectomia radical associa-se a morbilidade perioperatória elevada, com complicações major (Clavien-Dindo ≥ III) reportadas em 15–30% dos casos. A estratificação de risco pode orientar tanto a decisão cirúrgica como a vigilância pós-operatória. Como tal, modelos de inteligência artificial têm sido propostos com este objetivo.

Objetivos: Este estudo desenvolveu e validou modelos preditivos de complicações pós-cistectomia, comparando regressão logística com um modelo de aprendizagem automática (*random forest*).
Métodos: Coorte retrospetiva unicêntrica de doentes submetidos a cistectomia radical. Definiram-se três *outcomes*: qualquer complicação no internamento, complicações excluindo infeção urinária febril isolada, e complicações major (Clavien-Dindo ≥3). Para cada *outcome*, compararam-se dois modelos — regressão logística e random forest — quanto à sua capacidade de distinguir doentes com e sem complicações, medida pela área sob a curva ROC. O indice ilio-psoas foi calculado por uma imagiologista como marcador de sarcopenia.
Resultados: Foram incluídos 143 doentes (86,3% do sexo masculino; idade média de 68 ± 11 anos; IMC médio de 25,6 ± 3,9 kg/m²). O estado funcional era ECOG 0 em 53,5%, ECOG 1 em 40,3% e ECOG 2 em 6,2%. O índice do músculo iliopsoas médio foi 6,4 ± 1,6 cm²/m². Realizaram quimioterapia neoadjuvante 39,6% dos doentes. A maioria dos procedimentos foi por via aberta (81,5%); a derivação urinária consistiu em conduto ileal (53,5%), ureterostomia cutânea (23,2%) e neobexiga ortotópica (19,9%).
No total, 65,3% dos doentes desenvolveram complicações. As mais frequentes foram febre pós-operatória (35,6%), íleus paralítico (20,5%), evisceração (6,8%) e eventos tromboembólicos (4,1%). Segundo Clavien-Dindo 11% dos doentes tiveram complicações grau III, 7,5% de grau IV, e 4,1% morreram (grau V). Foi necessária transfusão em 36,1%, nutrição parentérica em 40,4%, e houve reinternamento em 18,8%.
Para qualquer complicação no internamento, o modelo incluiu idade, IMC, índice do iliopsoas, ECOG, estadiamento, CIS, multifocalidade, quimioterapia neoadjuvante, hemoglobina, via de abordagem, derivação urinária, tempo operatório e perdas hemáticas. O random forest atingiu AUC de 0,69 (a regressão logística com as mesmas variáveis não confirmou: AUC 0,57). **Associaram-se a mais complicações:** índice do iliopsoas mais baixo (sarcopenia), IMC mais elevado, presença de CIS, maior tempo operatório e maiores perdas hemáticas.
Para complicações excluindo ITU febril, as mesmas variáveis foram testadas, mas nenhuma mostrou associação consistente entre os dois modelos (AUC 0,49–0,63); **não existindo variáveis que possam ser apontadas como preditoras** deste outcome.
Para complicações major, testaram-se as mesmas variáveis e adicionalmente a necessidade de transfusão. Nenhum modelo discriminou acima do acaso (AUC 0,49 em ambos) — ou seja, **nenhuma variável, isolada ou combinada, previu de forma fiável** quais os doentes com complicações major. As variáveis com associação mais forte, ainda que sem significado estatístico e por isso não confirmadas como fatores de risco, foram perdas hemáticas mais elevadas, IMC mais elevado e necessidade de transfusão.
Conclusão: Houve um sinal preditivo consistente para complicações no seu conjunto, associado a sarcopenia (índice do iliopsoas), IMC e fatores intraoperatórios (tempo operatório, perdas hemáticas). Para complicações excluindo ITU febril e, sobretudo, para complicações major, não foi possível identificar preditores fiáveis.

CT 15

MODELOS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL PARA PREDIÇÃO DE RESPOSTA COMPLETA NO CARCINOMA UROTELIAL MÚSCULO-INVASIVO

Ana Sofia Sabença; João Ricardo Silva; Maria Inês Nascimento; João Peralta; Miguel Lourenço; Rui Maciel; Samuel Bastos; Pedro Costa; Luis Xambre
ULSGE

Introdução: A quimioterapia neoadjuvante seguida de cistectomia radical constitui o tratamento *gold standard* do carcinoma urotelial músculo-invasivo, estando a resposta patológica completa associada a melhores resultados oncológicos. Neste contexto, modelos baseados em inteligência artificial têm sido propostos como ferramentas de estratificação individual do risco de doença residual.
Objetivos: Desenvolver e validar modelos preditivos de resposta patológica completa, comparando o desempenho da regressão logística com um modelo de aprendizagem automática baseado em *random forest*.

Métodos: Coorte retrospetiva unicêntrica de doentes submetidos a cistectomia radical. O *outcome* definido foi a resposta patológica completa, correspondente à ausência de tumor residual na peça cirúrgica. Foram desenvolvidos e comparados dois modelos preditivos — regressão logística e *random forest* — em dois grupos: a coorte global e o subgrupo de doentes submetidos a quimioterapia neoadjuvante. A capacidade discriminativa foi avaliada através da área sob a curva ROC (AUC).

Resultados: Foram incluídos 144 doentes, dos quais 87,5% eram do sexo masculino, com idade média de 68,4 ± 9,4 anos e IMC médio de 25,6 ± 3,9 kg/m². O estado funcional era ECOG 0 em 53,5%, ECOG 1 em 40,3% e ECOG 2 em 6,2%. CIS estava presente em 39,9% dos casos e multifocalidade em 41,0%. Quimioterapia neoadjuvante foi administrada em 39,6% dos doentes (n=57), com uma mediana de quatro ciclos. A taxa de resposta patológica completa foi de 29,2% na coorte global e de 40,4% no subgrupo submetido a quimioterapia neoadjuvante.

Na **coorte global (n=144)**, foram consideradas como variáveis preditoras a idade, IMC, índice iliopsoas, ECOG, estadiamento patológico e imagiológico, realização de quimioterapia neoadjuvante. A regressão logística apresentou AUC de 0,68 (IC95% 0,52–0,83), enquanto o *random forest* apresentou AUC de 0,67 (IC95% 0,50–0,85). Um estadiamento imagiológico mais baixo, a ausência de multifocalidade, um maior número de ciclos de quimioterapia e um IMC mais elevado associaram-se a maior probabilidade de resposta patológica completa. Pelo contrário, a presença de CIS e um pior estado funcional (ECOG mais elevado) associaram-se a menor probabilidade de resposta. Não se observou associação consistente com a idade, o estadiamento patológico na RTUV, o estadiamento ganglionar imagiológico pré-operatório.

No **subgrupo submetido a quimioterapia neoadjuvante (n=57)**, foram consideradas as mesmas variáveis, acrescentando-se a reavaliação imagiológica após quimioterapia. A regressão logística apresentou AUC de 0,70 (IC95% 0,46–1,00) e o *random forest* de 0,65 (IC95% 0,33–0,90). Um estadiamento imagiológico mais baixo, a ausência de multifocalidade, a ausência de CIS e um IMC mais elevado associaram-se novamente a maior probabilidade de resposta completa, reproduzindo o padrão observado na coorte global. Não se observou associação consistente com idade ou ECOG. O número de ciclos deixou de apresentar associação neste subgrupo, sugerindo que o efeito observado na coorte global poderá refletir sobretudo a diferença entre doentes submetidos ou não a quimioterapia.

Conclusão: Os modelos avaliados demonstraram capacidade discriminativa moderada para a identificação de resposta patológica completa, com resultados globalmente semelhantes entre regressão logística e *random forest*. O estadiamento imagiológico, a multifocalidade, a presença de CIS e o IMC apresentaram associações consistentes com a probabilidade de resposta, tanto na coorte global como no subgrupo submetido a quimioterapia neoadjuvante. Apesar destes resultados sugerirem a existência de um perfil clínico associado à resposta completa, os intervalos de confiança são amplos, particularmente no subgrupo tratado, refletindo a dimensão amostral limitada.

CT 16

COMPARAÇÃO DO DESEMPENHO PREDITIVO DOS SCORES RENAL, PADUA E C-INDEX E DE MODELOS DE APRENDIZAGEM AUTOMÁTICA NA NEFRECTOMIA PARCIAL

Ana Sofia Sabença; João Ricardo Silva; Maria Inês Nascimento; João Peralta; Miguel Lourenço; Rui Maciel; Samuel Bastos; Pedro Costa; Luis Xambre
ULSGE

Introdução: O RENAL score, o PADUA score e o C-index são sistemas de pontuação anatómica amplamente utilizados para caracterizar a complexidade tumoral e estimar o risco de complicações na nefrectomia parcial. Contudo, a sua capacidade discriminativa tem sido comparada de forma inconsistente na literatura. Modelos de aprendizagem automática têm sido propostos como alternativa.

Objetivos: Comparar o desempenho preditivo dos scores RENAL, PADUA e C-index com o de um modelo de aprendizagem automática baseado em *random forest*.

Métodos: Coorte retrospetiva unicêntrica de doentes submetidos a nefrectomia parcial. Foram definidos três *outcomes*: complicações intraoperatórias, complicações pós-operatórias gerais e complicações graves (Clavien-Dindo III/IV). Para cada *outcome*, avaliou-se a capacidade discriminativa de cada score anatómico isoladamente e comparou-se o seu desempenho com o de modelos multivariáveis construídos a partir das características anatómicas individuais e de variáveis clínicas. A capacidade discriminativa foi avaliada através da área sob a curva ROC (AUC).

Resultados: Foram incluídos 76 doentes, dos quais 60,5% eram do sexo masculino, com idade média de 62,2 ± 11,0 anos. A lateralidade foi direita em 60,5% dos casos. A abordagem cirúrgica foi transperitoneal em 65,8%, retroperitoneal em 21,1% e aberta em 13,2%. O diâmetro tumoral médio foi de 2,9 ± 1,6 cm; o RENAL score médio de 6,7 ± 1,7, o PADUA score de 8,2 ± 1,7 e o C-index de 4,0 ± 1,9. Ocorreram complicações intraoperatórias em 22,7% dos doentes (17/75), sendo as mais frequentes a rutura do sistema excretor (n=7) e a lesão iatrogénica de órgãos adjacentes (n=4). Complicações pós-operatórias gerais ocorreram em 26,3% dos doentes (20/76), enquanto complicações graves (Clavien-Dindo III/IV) ocorreram em 9,2% (7/76).

Na **predição de complicações intraoperatórias**, os três scores apresentaram desempenho discriminativo semelhante: RENAL AUC 0,70, PADUA AUC 0,69 e C-index AUC 0,69, sem evidência de superioridade de qualquer dos sistemas. O modelo multivariável apresentou AUC de 0,69 com regressão logística e de 0,72 com *random forest*. Entre as variáveis avaliadas, o envolvimento do seio renal, a abordagem aberta, a maior proximidade ao sistema excretor e o maior diâmetro tumoral foram as que apresentaram maior relevância preditiva, de forma consistente em ambos os modelos. Não se observou associação relevante com idade, comorbilidade, localização tumoral, face, padrão endo/exofítico ou lateralidade, entre outras variáveis.

Para **complicações pós-operatórias gerais**, os três scores apresentaram baixa capacidade discriminativa (RENAL AUC 0,53; PADUA AUC 0,54; C-index AUC 0,58). A regressão logística não reteve nenhuma variável como preditora e apresentou AUC de 0,48, enquanto o *random forest* apresentou desempenho próximo do acaso (AUC 0,53), sem identificação de um padrão preditivo interpretável.

Na predição de **complicações graves (Clavien-Dindo III/IV)**, os três scores apresentaram desempenho inferior ao acaso ou próximo deste (AUC 0,41–0,46). Dado o reduzido número de eventos (7/76), não foi possível desenvolver um modelo multivariável estatisticamente estável para este *outcome*.

Conclusão: Nesta coorte, os scores RENAL, PADUA e C-index apresentaram desempenho discriminativo semelhante na predição de complicações intraoperatórias, não tendo sido demonstrada superioridade de nenhum dos sistemas. O modelo de *random forest* apresentou desempenho apenas ligeiramente superior aos scores individuais, sem evidência de uma vantagem consistente da aprendizagem automática. Para complicações pós-operatórias gerais, nenhum dos scores ou modelos demonstrou capacidade discriminativa clinicamente relevante. A análise de complicações graves foi limitada pelo reduzido número de eventos, impossibilitando uma avaliação robusta de modelos multivariáveis.

CT 17

AGREEMENT BETWEEN CHATGPT AND MULTIDISCIPLINARY TUMOUR BOARD RECOMMENDATIONS IN LOCALISED MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER

Eduardo Felicio[1]; Guilherme Bernardo[2]; Filipe Gaboleiro[2]; Andre Pita[2]; Diogo Carmali[2]; Diogo Saraiva[2]; Sara Duarte[2]; Antonio Pinheiro[2]; André Barcelos[2]; Joao Varregoso[2]; Fernando Ferrito[2]
[1]ULS amadora Sintra
[2]ULS Amadora Sintra

Introduction & Objectives: Large language models are increasingly evaluated for oncology decision support, but evidence in muscle-invasive bladder cancer (MIBC) is limited. We assessed categorical agreement between ChatGPT-generated and multidisciplinary tumour board (MDT) treatment recommendations in localised cT2–T4a N0M0 MIBC.

Materials & Methods: Consecutive initial treatment-planning MIBC cases discussed at an institutional urology MDT from April 2025 to April 2026

were retrospectively reviewed. After excluding repeat discussions, nodal or distant metastatic disease, and non-initial treatment decisions, 24 clinically N0M0 cases were included. Anonymised MDT vignettes were submitted to ChatGPT, which selected 1 of 4 predefined categories: upfront radical cystectomy (RC), systemic therapy followed by RC, bladder preservation/radiotherapy/trimodality treatment, or palliative/best supportive care. When available, treating-physician and/or patient or family contextual input was added and a final category was recorded. Agreement was assessed using observed agreement and unweighted Cohen's kappa. AI-assisted language editing was used under author oversight.

Results: MDT recommendations were upfront RC in 6 cases, systemic therapy followed by RC in 13, bladder preservation/radiotherapy/trimodality treatment in 4, and palliative/best supportive care in 1. Initial ChatGPT recommendations agreed with MDT recommendations in 15/24 cases (62.5%; 95% CI 42.7–78.8), with κ=0.370. Final recommendations after available contextual input agreed in 16/24 cases (66.7%; 95% CI 46.7–82.0), with κ=0.447, corresponding to 1 additional concordant case.

Contextual input was available in 11/24 cases and changed the ChatGPT treatment category in 4/11 (36.4%).

Conclusions: In this exploratory real-world MIBC cohort, ChatGPT showed fair initial and moderate final categorical agreement with MDT recommendations, but discordance remained clinically relevant. These findings support further evaluation of large language model reproducibility, prompt dependence and safety before decision-support use in uro-oncology.

CT 18

URETRECTOMIA DISTAL COM URETROPERINEOSTOMIA DE BLANDY NO CARCINOMA UROTELIAL SECUNDÁRIO DA URETRA: RELATO DE CASO

Bernardo Martins; Inês Lume; André Branco; João Ascensão; Rui Carneiro; João Marcelino
Hospital Beatriz Angelo

Introdução: O carcinoma da uretra é uma entidade rara, representando menos de 1% das neoplasias do aparelho geniturinário. Em doentes previamente tratados por carcinoma urotelial da bexiga, a uretra pode constituir um local de recorrência metacrónica. Embora este fenómeno esteja melhor descrito após cistectomia radical, existem poucos dados relativos ao desenvolvimento de carcinoma uretral secundário após terapêutica trimodal com preservação vesical. A uretroperineostomia de Blandy é uma técnica clássica utilizada sobretudo no tratamento de estenoses complexas da uretra anterior, sendo a sua utilização em contexto oncológico pouco descrita. Apresentamos o caso de um carcinoma urotelial secundário da uretra, diagnosticado sete anos após terapêutica trimodal por carcinoma urotelial músculo-invasivo da bexiga, submetido a uretrectomia distal com uretroperineostomia de Blandy.

Caso clínico: Homem de 62 anos, com antecedentes de carcinoma urotelial músculo-invasivo da bexiga, pT2N0M0, diagnosticado em 2017 e submetido a terapêutica trimodal após recusa de cistectomia radical. Manteve-se sem evidência de recidiva vesical até 2024, quando uma cistoscopia de vigilância identificou uma lesão suspeita na uretra bulbar. A resseção transuretral revelou carcinoma urotelial de alto grau. A ressonância magnética demonstrou uma lesão de 28 × 14 mm, com envolvimento parcial do corpo esponjoso, e a tomografia computorizada de estadiamento não revelou adenopatias regionais nem metastização à distância.

Após discussão multidisciplinar, atendendo ao caráter localizado da doença, à ausência de envolvimento vesical ou prostático e à motivação do doente para preservação da continência urinária e função sexual, foi proposta uretrectomia distal com uretroperineostomia de Blandy. A intervenção teve a duração de 110 minutos, com perdas hemáticas estimadas em 100 mL. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, com alta ao segundo dia. O exame anatomopatológico confirmou carcinoma urotelial invasivo de alto grau, pT2N0, com margens cirúrgicas negativas. Aos seis meses, o doente permanecia assintomático, sem queixas urinárias ou disfunção sexual, e sem evidência de recidiva nas citologias urinárias seriadas e cistoscopias de vigilância.

Conclusão: Embora tradicionalmente utilizada no tratamento de estenoses complexas da uretra anterior, a uretroperineostomia de Blandy pode ser

adaptada a situações oncológicas selecionadas. Neste caso, a associação de uretrectomia distal e uretroperineostomia permitiu obter margens cirúrgicas negativas, com baixa morbilidade e preservação funcional. Esta abordagem poderá constituir uma opção de preservação funcional em doentes cuidadosamente selecionados com carcinoma localizado da uretra anterior, devendo ser acompanhada de vigilância oncológica rigorosa e prolongada

CT 19

TUMORES VESICAIS EM TRANSPLANTADOS RENAIS: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE TRANSPLANTAÇÃO

Rui Pedrosa; Ana João Guerra; Juliana Santos; David Abegoaria; Maria Beatriz Acúrcio; Edgar Tavares Silva; Arnaldo Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: Os recetores de transplante renal apresentam risco acrescido de neoplasia urotelial, atribuído à imunossupressão crónica e à doença renal crónica prévia. O tratamento do tumor vesical nesta população está condicionado pela necessidade de preservar o enxerto e pela comorbilidade associada, existindo poucas séries publicadas.
Objetivos: Caracterizar os recetores de transplante renal com diagnóstico de neoplasia vesical, os tratamentos realizados e os desfechos oncológicos
Material e métodos: Série unicêntrica e retrospetiva de 10 recetores de transplante renal com diagnóstico de tumor vesical primário, identificados a partir dos registos clínicos do serviço. Colheram-se dados demográficos, de transplantação, anatomopatológicos da ressecção transuretral vesical (RTU-TV) e da peça de cistectomia, de tratamento e de seguimento.
Resultados: Incluíram-se 10 doentes (9 homens), todos recetores de enxerto de dador cadáver, com mediana de idade ao transplante de 55 anos (34-69) e ao diagnóstico de neoplasia vesical de 69 anos (55-81). Quatro eram fumadores (20-40 unidades maço-ano). O intervalo mediano entre transplante e diagnóstico foi de 7,8 anos (3,0-35,3). A mediana da creatinina ao diagnóstico era 1,84 mg/dL (0,71-5,52). Observou-se carcinoma urotelial puro em nove doentes e diferenciação micropapilar em um. O estadiamento na RTU-TV foi Ta em cinco, T1 em um, T2 em três e T3 em um: quatro doentes (40%) apresentavam doença músculo-invasiva ao diagnóstico. Realizou-se instilação precoce de mitomicina em três doentes e terapêutica intravesical adjuvante em dois, um com BCG e outro com mitomicina C, sem intercorrências.
Quatro doentes foram submetidos a cistectomia radical aberta— três com doença músculo-invasiva e um com tumor T1 endoscopicamente irressecável —, com mediana de 41 dias (36-117) após a RTU-TV e sem quimioterapia neoadjuvante. A derivação urinária foi, em todos, ureterostomia cutânea do enxerto. A anatomia patológica revelou pT1 em dois, pTis em um e pT3 em um, todos pN0. Registaram-se complicações em três doentes operados: Clavien-Dindo II, III e V, correspondendo a uma mortalidade peri-operatória de 25%. Um doente apresentava doença metastática ao diagnóstico tendo cumprido quimioterapia com gemcitacina e carboplatina com resposta completa.
Com um seguimento mediano de 21 meses (5-84), verificou-se recidiva vesical num dos seis doentes com a bexiga preservada e metastização em dois (óssea e ganglionar). Ocorreram cinco óbitos: um por progressão da neoplasia, um peri-operatório e três por causas não relacionadas. Apenas um doente, que já apresentava ao diagnóstico um deterioro significativo da função renal, perdeu o enxerto reiniciando hemodiálise durante o seguimento.
Discussão/Conclusões: Nesta série, quatro dos dez doentes apresentavam doença músculo-invasiva ao diagnóstico, proporção superior à esperada na população geral, em que cerca de três quartos dos tumores vesicais são não-músculo-invasivos. A cistectomia radical foi exequível, mas associou-se a complicações na maioria dos doentes, incluindo uma morte peri-operatória. A função do enxerto foi preservada na maioria dos casos. A mortalidade global foi de 50%, na maioria não atribuível ao tumor, refletindo a fragilidade desta população. A pesquisa de casos não foi sistemática pelo que a série tem como intuito partilhar a experiência de um centro nesta população, não sendo possível estimar incidência.

CT 20

DO CORALIFORME À MICROLITÍASE: REGRESSÃO ESPONTÂNEA DE PROVÁVEL LITÍASE DE INFEÇÃO

Nair Conceição[1]; Dr. João Chambino[1]; Dr. Filipe Quintas[1]; Dr. Miguel Fernandes[1]; Dr. Sérgio Pereira[2]
[1]Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria
[2]Hospital das Forças Armadas - Polo de Lisboa

Introdução: Os cálculos coraliformes estão frequentemente associados a microrganismos urease-produtores e podem conter estruvite e carbonato-apatite. A alcalinização urinária decorrente da atividade ureásica favorece a precipitação destes cristais e a progressão da carga litiásica. A remoção completa do cálculo constitui o tratamento de referência, sendo excecional a regressão espontânea de cálculos coraliformes volumosos.
Objetivos: Apresentar um caso de regressão quase completa, sem intervenção dirigida, de um cálculo coraliforme de provável etiologia infeciosa e discutir possíveis mecanismos fisiopatológicos.
Descrição do caso: Homem de 82 anos, com litíase renal e infeções urinárias de repetição, apresentava cálculo coraliforme esquerdo documentado desde 2019, persistente em exames seriados e com 6 cm na Tomografia Computorizada (TC) de dezembro de 2024. Foram documentados múltiplos isolamentos de *Proteus mirabilis* e *Morganella morganii*. Em abril de 2023 apresentava simultaneamente urocultura positiva para *P. mirabilis*, pH urinário de 9,0 e cristais de fosfato de amónio e magnésio no sedimento urinário, achados fortemente sugestivos de litíase de infeção com componente estruvítica.
Foi submetido a tentativa de nefrolitotomia percutânea, abortada por impossibilidade de identificação do meato ureteral esquerdo. Planeada nova abordagem, realizou-se em fevereiro de 2025 pré-cateterização com stent JJ esquerdo para facilitar uma segunda nefrolitotomia percutânea. A intervenção foi posteriormente adiada por condicionantes clínicos com impedimento temporário da aptidão anestésica. Em julho de 2025, a radiografia abdominal demonstrava persistência do coraliforme, com stent JJ *in situ*. Durante este período desenvolveu polaquiúria e dor persistentes, refratárias à abordagem médica, motivando remoção do stent em novembro de 2025, sem manipulação, fragmentação ou extração do cálculo.
Na consulta de reavaliação de fevereiro de 2026, a TC realizada em janeiro revelou desaparecimento do coraliforme, persistindo apenas dois cálculos não obstrutivos de 6 e 4 mm. A ausência do coraliforme foi confirmada nessa avaliação e novamente por ecografia quatro meses depois, que identificou apenas microlitíase residual não obstrutiva. Perante este achado inesperado, e na ausência de intervenção dirigida à litíase, reviu-se retrospetivamente a evolução clínica. Paralelamente, o doente era seguido em gastrenterologia por gastrite e serologias positivas para *Helicobacter pylori*, tendo realizado em janeiro de 2025 terapêutica de erradicação com subcitrato de bismuto potássico, metronidazol e tetraciclina durante 10 dias. Ao longo de 2025 encontra-se ainda documentada a realização de múltiplos ciclos de antibioterapia. Após o último isolamento de *P. mirabilis*, em 2023, não voltaram a ser documentados microrganismos urease-produtores nas uroculturas disponíveis, predominando posteriormente *Escherichia coli* e *Enterococcus faecalis*. Concomitantemente, verificou-se perda da marcada alcalinização urinária, com pH de 6,0 e 7,0 em 2025 e de 5,0 em janeiro de 2026.
Conclusão: Este caso documenta regressão quase completa e espontânea de um cálculo coraliforme de 6 cm, com forte evidência indireta de etiologia infeciosa e componente estruvítica. A ausência subsequente de microrganismos urease-produtores documentados e a perda da alcalinização urinária extrema poderão ter favorecido a dissolução e desagregação progressiva do cálculo. A exposição antimicrobiana repetida, incluindo terapêutica de erradicação de *H. pylori*, poderá ter contribuído para a modificação do meio urinário, embora não seja possível estabelecer causalidade direta. O caso ilustra a relação entre microbiologia urinária, pH e litíase de infeção e reforça a importância da reavaliação imagiológica antes de procedimentos diferidos.
Palavras-chave: Cálculo coraliforme; Estruvite; Litíase de infeção; *Proteus mirabilis*; pH urinário; Regressão espontânea.

CT 21

CARCINOMA IN SITU VESICAL ISOLADO VERSUS CONCOMITANTE: RESPOSTA AO BCG E RISCO DE CISTECTOMIA

Rui Pedrosa; Bárbara Figueiredo; Tiago Sequeira Sousa; Joana Melo; Tiago Coutinho; André Rego; Paulo Temido; Arnaldo Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O carcinoma in situ (CIS) vesical pode ocorrer isolado ou associado a tumor papilar (Ta/T1), designado CIS concomitante. A presença e as características do componente papilar condicionam a estratificação prognóstica, permanecendo pouco definido o impacto na resposta ao BCG e na evolução oncológica.
Objetivos: Comparar a resposta ao BCG e os principais desfechos oncológicos entre doentes com CIS isolado e CIS concomitante.
Material e métodos: Trata-se de um estudo observacional, retrospetivo e unicêntrico de 41 doentes com diagnóstico de CIS vesical entre 2020 e 2024, divididos em CIS sem componente papilar (CIS isolado) (n=18) e CIS associado a tumor papilar pTa/pT1 (CIS concomitante) (n=23). Avaliou-se a resposta completa (RC) após indução de BCG, definida por cistoscopia sem tumor e citologia negativa, a recidiva de alto grau, a progressão para doença músculo-invasiva e a realização de cistectomia radical. A análise estatística incluiu comparações através do teste de Fisher e de Mann-Whitney bem como a estimativa da sobrevivência livre de cistectomia (CFS) pelo método de Kaplan–Meier.
Resultados: Em ambos grupos, a mediana de idade foi de 73 anos e a mediana de seguimento de 34,4 (CIS isolado) versus 30,6 meses (CIS concomitante). Foram submetidos a tratamento com BCG 15/18 (83,3%) doentes com CIS isolado e 17/23 (73,9%) com CIS concomitante. Dos 9 doentes que não receberam BCG, cinco foi por fragilidade clínica ou pelas comorbilidades e quatro por impossibilidade de cumprir o tratamento ou o seguimento. O grupo de CIS isolado apresentava mais frequentemente antecedentes de tumor não músculo-invasivo da bexiga (14/18 versus 10/23; p=0,054).
Entre os 28 doentes avaliáveis após indução, a RC foi superior no grupo de CIS concomitante: 15/15 (100%) versus 9/13 (69,2%; p=0,035). A recidiva de alto grau ocorreu mais frequentemente no grupo de CIS isolado (7/18 (38,9%) versus 5/23 (21,7%; p=0,307)) bem como a progressão para doença músculo-invasiva (3/18 (16,7%) versus 3/23 (13,0%; p=1,000)).
Seis doentes foram submetidos a cistectomia radical, todos no grupo de CIS isolado (6/18; 33,3% versus 0/23; p=0,004). A CFS estimada aos 36 meses foi de 60,0% no grupo de CIS isolado e 100% no grupo de CIS concomitante (log-rank p=0,006). Nos doentes submetidos a cistectomia, a mediana de tempo desde o diagnóstico de CIS até à cirurgia foi de 15,3 meses. As indicações foram progressão para doença músculo-invasiva em três casos, recidiva de CIS após RC em dois e CIS refratário a BCG em um.
Discussão/Conclusões: Nesta coorte, o CIS isolado apresentou menor taxa de resposta completa ao BCG e menor sobrevivência livre de cistectomia, apesar de taxas semelhantes de progressão para doença músculo-invasiva. A interpretação destes resultados é limitada pelo carácter retrospetivo e unicêntrico do estudo, pela reduzida dimensão da amostra e pelo baixo número de eventos. Adicionalmente, a maior frequência de antecedentes de neoplasia vesical no grupo de CIS isolado constitui um potencial fator de confusão, impedindo determinar se a menor resposta ao BCG e o maior risco de cistectomia decorrem da apresentação do CIS ou de uma história oncológica mais desfavorável. Estes achados necessitam de validação em amostras maiores, idealmente multicêntricas.

CT 22

THULIUM FIBER LASER ENUCLEATION VERSUS LAPAROSCOPIC MILLIN PROSTATECTOMY FOR 80–100 ML PROSTATES: A COMPARATIVE STUDY OF PERIOPERATIVE AND FUNCTIONAL OUTCOMES

André Barroca[1]; Guilherme Guimarães Gonçalves[1]; Jorge Campos[2]; Henrique Nunes[1]; Frederico Frias[1]; Martinha Aguiar Magalhães[1]; Beatriz Oliveira[1]; Nuno Vinagre[1]; Miguel Marques Monteiro[1]; Bernardo Lobão Teixeira[1]; João Ferreira Cabral[1]

[1]Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

[2]IPO Porto

Introduction: Large glands are traditionally managed with simple prostatectomy — open, laparoscopic, or robot-assisted — which achieves complete adenoma removal but carries greater morbidity, longer hospitalization, and higher transfusion rates than transurethral options. Laparoscopic Millin (retropubic) prostatectomy mitigates some of this morbidity, when compared with open surgery, while maintaining the removal of large adenomas. Anatomical endoscopic enucleation offers a size-independent, entirely transurethral alternative that reproduces the surgical enucleation plane, and thulium fiber laser enucleation of the prostate (ThuFLEP) has emerged as an effective energy modality for this technique. Direct comparisons between ThuFLEP and laparoscopic simple prostatectomy for large glands remain scarce.

Objectives: To compare thulium fiber laser enucleation of the prostate (ThuFLEP) with laparoscopic Millin simple prostatectomy for prostates of 80–100 mL.

Materials and methods: Single-centre prospective observational cohort of consecutive men undergoing prostate surgery for benign prostatic obstruction. The patients undergoing ThuFLEP and laparoscopic Millin simple prostatectomy were selected and afterwards restricted to those with a prostate volume of 80–100 mL. Baseline characteristics, including BMI, hypertension, antiagregant and anticoagulant therapy, ASA class, chronic catherization prevalence, preoperative ICIQ-MLUTS scores and uroflowmetry, operative data, perioperative outcomes were compared. If available, paired pre- and 6-month uroflowmetry was also compared. Continuous variables are reported as median [IQR] and compared with Mann-Whitney U test; categorical variables are compared with Fisher's exact test; matched pairs were compared with the Wilcoxon signed-rank test (continuous) and McNemar's test (categorical) within each arm.

Results: 29 ThuFLEP and 18 laparoscopic Millin patients were analysed. Groups did not differ by age (72 [68-76] vs 71 [69.75] years), BMI (27 [23-27] vs 26 [24-28] kg/m^2), prostate volume (86 [84-97] vs 90 [82-98] mL), PSA (4.3 [2.7-6.5] vs 5.1 [2.1-6.7] ng/mL), comorbidities, antiagregant and anticoagulant therapy (31 vs 33%), ASA class, chronic catherization prevalence (31 vs 5.6%), ICIQ-MLUTS scores and preoperative uroflowmetry (Qmax 8.2 [6.2-11.9] vs 9.2 [5.8-10.5] mL/s), all p>0.05. The weight of tissue removed was equivalent (45 [30-62] vs 47 [31-58] g, p=0.95). ThuFLEP required longer operative time (115 [98-137] vs 86 [65-102] min, p<0.001) but yielded a shorter length of stay (2 [1-2] vs 3 [2-4] days, p<0.001) and shorter catheterization (2 [1-2] vs 3 [3-4] days, p<0.001); continuous bladder irrigation duration and complication rates were similar, mostly Clavien-Dindo grade I and II (23.1 vs 14.3%, p=0.69). Postoperative Qmax improved significantly from baseline after ThuFLEP (8.2 to 19.5, p=0.031, n=6); the within-group change did not reach significance for Millin (9.2 to 18.4, p=0.38, n=7). Continence at 1 month did not differ (59.3% vs 81.2%, p=0.19), which was maintained at 3 months (80.0% vs 92.9%, p=0.39).

Discussion and conclusions: For 80–100 mL glands, ThuFLEP matched laparoscopic Millin prostatectomy in adenoma removal, complications and early flow improvement, while reducing hospital stay and catheter time; longer operative time was the main trade-off. The single-centre design, small series, and limited paired functional follow-up warrant larger, multicentre studies.

CT 23

CURRENT CLINICAL PRACTICE AND OUTCOMES OF PROSTATIC ENUCLEATION IN PORTUGAL: A NATIONAL SURVEY

André Barroca; Miguel Marques Monteiro; Bernardo Lobão Teixeira; João Ferreira Cabral
Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introduction: Endoscopic enucleation of the prostate (EEP) is a guideline-endorsed, size-independent alternative to transurethral resection (TURP) and open/laparoscopic/robotic simple prostatectomy for benign prostatic obstruction, offering durable functional outcomes and low retreatment rates. Its adoption remains heterogeneous and national practice is poorly characterised.
Objectives: To characterise current prostatic enucleation practice in Portugal — surgeon and centre profile, energy sources and technical variants, selection criteria, operative and catheterisation times, and self-reported outcomes — and to identify perceived advantages and barriers to adoption.
Materials and methods: Cross-sectional study using an anonymous, voluntary electronic questionnaire distributed to urologists practising in Portugal. Items covered respondent/centre profile, experience and training, selection criteria, technique and energy source, and perioperative outcomes. Responses were analysed descriptively (absolute and relative frequencies).
Results: Nine responses were obtained, mostly from the North (6/9; 66.7%) and Centre (3/9) regions, across public and/or private practice; 5/9 (55.6%) had >10 years' specialty experience. Seven respondents (77.8%) currently perform enucleation. Among these, caseload was >200 in 2, 50–200 in 4 and <50 in 1. Habitual energy sources were HoLEP (3/7) and ThuFLEP (3/7), plus GreenLEP (1/7); the en-bloc technique predominated (6/7). The ideal prostate size was 40–150 g, with 80–150 g reported by 6/7 and only 1 applying no size limit. Operative time was 45–90 min (6/7), catheterisation 24–48 h (6/7) and 30-day readmission <2% (6/7; 1 unsure). Training comprised fellowship (3), hands-on course (3) and proctoring (2); 2 enucleators — both high-volume (>200) — had no formal training. The most cited advantages (6/9 each) were complete adenoma removal, size-independence, reduced bleeding and shorter catheterisation. The leading barrier was initial equipment cost (8/9; 88.9%), followed by a long learning curve, limited training opportunities and longer early operative time (5/9 each).
Discussion and conclusions: In this sample, prostatic enucleation is established and associated with favourable outcomes (short catheterisation, low readmission), converging on the en-bloc technique and thulium/holmium laser for larger glands, consistent with current evidence. Heterogeneity persists in energy sources and training pathways, notably high-volume adopters without formal training, reflecting historically limited structured education — now perceived as a barrier alongside cost. Geographic concentration (North/Centre) suggests uneven national diffusion. Structured mentored training and equipment access could broaden adoption. Limitations include a small, self-selected sample, self-reported outcomes and absence of southern regions; findings are therefore preliminary.

CT 24

THULIUM FIBER LASER ENUCLEATION (THUFLEP) FOR BPH: PERIOPERATIVE OUTCOMES AND EARLY EXPERIENCE FROM A PORTUGUESE CENTER

André Barroca[1]; Guilherme Guimarães Gonçalves[1]; Frederico Frias[1]; Henrique Nunes[1]; Jorge Campos[2]; Beatriz Oliveira[1]; Martinha Aguiar Magalhães[1]; Nuno Vinagre[1]; Miguel Marques Monteiro[1]; Bernardo Lobão Teixeira[1]; João Ferreira Cabral[1]
[1]Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António
[2]IPO Porto

Introduction: Benign prostatic hyperplasia (BPH) is a highly prevalent condition that impairs quality of life, and surgery remains a cornerstone of treatment. Endoscopic enucleation is a size-independent, guideline-endorsed technique, and the thulium fiber laser (TFL) is an energy source with potential ergonomic and haemostatic advantages, though comparative evidence with other energies and the learning curve challenge remains.
Objectives: This study reports the perioperative morbidity and early outcomes of thulium fiber laser enucleation of the prostate (ThuFLEP) at a single Portuguese terciary center.

Materials and methods: This study was performed using two institutional datasets — from February 2025 until June 2025 collected retrospectively and from June 2025 until August 2026 prospectively — of all patients who underwent ThuFLEP. Data was retrieved from electronic medical records and patients were followed post-operatively with clinical appointment at 1 and 3 months, and the ICIQ-MLUTS questionnaire and uroflowmetry performed at 6 months. Continuous variables are reported as median (interquartile range, IQR) and categorical variables as proportions. Paired preoperative and 6-month flowmetry parameters (Qmax, voided volume and PVR) were compared using the Wilcoxon signed-rank test.

Results: A total of 76 patients were included. Median age was 72.1 years (IQR 65.1–76.3), prostate volume 75 cc (IQR 62–86), Qmax 9.6 mL/s (IQR 6.4–12.1), voided volume 176 mL (IQR 120–260) and post-void residual (PVR) 80 mL (IQR 30–162). Baseline ICIQ-MLUTS (available in 27 patients) showed a voiding subscore of 11/20 (IQR 9–12) and an incontinence subscore of 5/24 (IQR 3–7). Surgical indications included persistent lower urinary tract symptoms on medical therapy (60.5%), chronic catheterization for urinary retention (31.6%) and bladder stones (7.9%). Enucleation was performed en bloc in 97.2% of cases. Median total operative time was 109 minutes (IQR 80–133), with median enucleation and morcellation times of 75 minutes (IQR 60–90) and 10 minutes (IQR 10–15), respectively; median pathological specimen weight was 36 g (IQR 27–48). One patient required conversion to open surgery due to loss of bladder access and possible undermining. There were no intraoperative transfusions. Median hospital stay and catheterization time were both 2 days (IQR 1–2). The overall complication rate was 15.8% (12/76), of which 83% were minor (Clavien-Dindo I–II); the most frequent were haematuria (58%) and urinary tract infection (25%). Two severe complications occurred — one Clavien-Dindo IVa (perioperative stroke) and one Clavien-Dindo V (death) — with relatedness to the procedure unclear. At 6 months, paired uroflowmetry showed a significant improvement in Qmax (median 8.8 to 20.9 mL/s, n=16; p<0.001) and a marked reduction in post-void residual (median 85 to 10 mL, n=18; p=0.011); voided volume did not change significantly (median 126 to 220 mL, n=15; p>0.05). Urinary incontinence at 1 month was predominantly urgency-type (urgency 23.9%, stress 16.4%, mixed 1.5%), decreasing by 3 months (urgency 18.2%, stress 9.1%); OAB symptoms at 1 month post-op were reported in 35.1%.

Discussion and conclusions: In this initial Portuguese experience, ThuFLEP was feasible and predominantly performed en bloc, with short hospitalization and catheterization and mostly minor complications, haematuria and urinary tract infection being the most frequent. Two severe events, including one death of unknown relatedness, warrant careful monitoring. Early functional data suggest meaningful flow improvement at 6 months with transient incontinence that improves by 3 months, although follow-up is still maturing. Larger cohorts with complete follow-up are needed to consolidate these findings.

CT 25

PREOPERATIVE SYMPTOM BURDEN USING THE ICIQ-MLUTS QUESTIONNAIRE IN MEN UNDERGOING SURGERY FOR BENIGN PROSTATIC OBSTRUCTION

André Barroca[1]; Guilherme Guimarães Gonçalves[1]; Jorge Campos[2]; Henrique Nunes[1]; Frederico Frias[1]; Martinha Aguiar Magalhães[1]; Beatriz Oliveira[1]; Nuno Vinagre[1]; Miguel Marques Monteiro[1]; Bernardo Lobão Teixeira[1]; João Ferreira Cabral[1]
[1]Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António
[2]IPO Porto

Introduction: Assessment of benign prostatic obstruction (BPO) relies on objective parameters (prostate volume, flowmetry, post-void residual [PVR]), yet patient-reported outcome measures (PROMs) capture the experienced symptom dimension. The ICIQ-MLUTS quantifies male lower urinary tract symptoms in two validated subscores — voiding (VS, items 2–6; 0–20) and incontinence (IS, items 7–12; 0–24) — with a per-symptom bother rating (visual analogue scale, VAS 0–10). Preoperative symptom burden and its relationship to objective disease are poorly characterised.

Objectives: To characterise preoperative ICIQ-MLUTS (VS and IS subscores and per-symptom bother) in men scheduled for BPO surgery, assess

its association with objective parameters, and identify the most bothersome symptoms.

Material and methods: Observational prospective cohort of men undergoing BPO surgery at a tertiary centre, started in June of 2025. Patients with chronic (indwelling) catheterisation were excluded, as self-report of voiding symptoms is not applicable to them. ICIQ-MLUTS was collected preoperatively; VS and IS subscores and bother (VAS 0–10) were computed from item-level responses, with symptoms ranked by bother. Medians [interquartile range, IQR] are reported, with Spearman correlations between VS/IS and prostate volume, Qmax, PVR, PSA and age.

Results: Of 226 patients, 49 were excluded for chronic catheterisation (177 analysed). ICIQ-MLUTS was documented in 110/177 (62.1%). Among those assessed (median age 70 years [IQR 64–75]; prostate volume 73 cc [50–96]; Qmax 9.1 mL/s [6.3–11.4]; PVR 60 mL [10–130]), voiding symptoms were high (VS median 11/20 [7–13]) and predominated over incontinence (IS median 5/24 [2–8]; VS>IS in 86%), although incontinence symptoms were present in 92%. In per-symptom bother analysis, the most bothersome symptoms (median 8/10) were daytime frequency (prevalence 69%; [5–10]), urgency (85%; [5–9]), urgency incontinence (61%; [5–9]) and nocturia (97%; [4–10]); weak stream (93%) and incomplete emptying (88%) followed (median 7/10 [5–9]). Hesitancy was least bothersome (median 5/10 [4–7]). Neither VS nor IS correlated with prostate volume, Qmax, PVR, PSA or age (all non-significant, p>0.05).

Discussion and conclusions: Men scheduled for BPO surgery report severe symptoms with high per-symptom bother, dominated by storage/overactive-bladder symptoms — daytime frequency, urgency, urgency incontinence and nocturia — alongside weak stream and incomplete emptying. Notably, the most bothersome symptom when present (daytime frequency) and the near-universal, highly bothersome nocturia belong to neither the VS nor the IS subscore, so these subscores underestimate the bother patients experience. The absence of correlation of either subscore with prostate volume, flowmetry, PVR, PSA and age indicates that PROMs capture a patient-centred dimension not reflected by anatomical or functional parameters, supporting their routine use in surgical decision-making and the value of directing assessment towards storage symptoms.

CT 26

PATHOLOGICAL RESPONSE, NODAL STATUS, AND SURVIVAL OUTCOMES AFTER NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY AND RADICAL CYSTECTOMY FOR BLADDER CANCER

Guilherme Gonçalves; Miguel Marques Monteiro; Frederico Frias; João Cabral; Manuel Oliveira
ULS Santo António

Introduction: Improved rates of complete pathological response (ypT0) to neoadjuvant chemotherapy (NAC) in muscle-invasive bladder cancer (MIBC) have renewed debate over the necessity of pelvic lymph node dissection (PLND) in favorable responders. Pathological response in the radical cystectomy (RC) specimen has been proposed as a surrogate marker for nodal status, though the reliability of this relationship remains incompletely defined.

Objectives: We aimed to quantify the residual risk of occult nodal metastasis in patients achieving complete pathological response (ypT0), and to determine predictors of survival, with particular emphasis on the prognostic contribution of pathological nodal status relative to the extent of PLND performed.

Materials & Methods: We included 84 patients with MIBC treated with NAC followed by RC and PLND between 2006 and early 2026. The primary outcome was pathological nodal involvement (ypN+). Univariate logistic regression was performed to identify its predictors. Kaplan-Meier analysis and Cox regression were used to assess overall survival (OS), cancer-specific survival (CSS), and recurrence-free survival (RFS), and to determine independent prognostic factors of survival.

Results: The median age was 67 years (IQR 60-72), and median Charlson Comorbidity Index was 5 (IQR 4-6). 24 patients had clinical node-positive (cN+) disease prior NAC. Cisplatin-based chemotherapy was administered in 97% of patients, with a median number of treatment cycles of 4. The median interval from last cycle to RC was 42 days. PLND was performed in 94% of patients (60.8% Extended vs. 39.2% Standard). Clinical and pathological complete response showed no

agreement beyond chance (κ = -0.045), with a positive predictive value of 43.3%.
Overall, 38 patients (45.2%) achieved ypT0, 5 (6.0%) were downstaged to non-muscle-invasive disease (ypTa/ypTis/ypT1), and 41 (48.8%) had residual muscle invasion (≧ypT2). Pathological nodal involvement occurred in 21.0% of patients, with a median of 18 lymph nodes removed (IQR 11-22). Among clinically node-negative (cN0) patients, 11 of 58 (19.0%) harbored occult pathological nodal involvement. ypT0 was associated with a reduced risk of ypN+ (RR=0.074, 95% CI 0.02-0.54, p<0.001), independent of lymph node yield (p=0.540) or PLND template (p=0.586).
Over a median follow-up of 33.4 months, 3-year OS, CSS, and RFS were 64.6%, 69.2%, and 65.0%, respectively. Kaplan-Meier plots showed better 3-year OS in patients with ypT0 (95% vs. 36%, p<0.001). Neither PLND extent nor lymph node count was associated with survival at any timepoint (all p>0.05). On multivariable Cox regression, ypN+ and lymphovascular invasion (LVI) independently predicted OS (HR=3.85 and 2.83), CSS (HR=3.37 and 4.35), and RFS (HR=3.16 and 3.94, all p<0.05).
Conclusions: Complete pathological response substantially reduces but does not eliminate the risk of nodal metastasis, and clinical staging poorly predicts true pathological nodal status. Survival was unaffected by PLND extent and lymph node count, while ypN+ and LVI were the strongest prognostic determinants. Nevertheless, PLND should not be omitted in the neoadjuvant setting given its diagnostic value, with ypN+ status serving as a potential biomarker for adjuvant treatment selection.

CT 27

CARCINOMA IN SITU VESICAL EM OCTOGENÁRIOS: RESULTADOS DA PRÁTICA CLÍNICA

Rui Pedrosa; Bárbara Figueiredo; Tiago Sequeira Sousa; Juliana Santos; André Rego; Tiago Coutinho; Paulo Temido; Arnaldo Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O carcinoma in situ (CIS) vesical é uma doença de alto risco mas o tratamento do doente muito idoso é frequentemente condicionado pela fragilidade e pelas comorbilidades associadas. Os dados da prática clínica podem ajudar a aferir o real benefício do BCG nesta faixa etária.
Objetivos: Caracterizar o tratamento e os desfechos oncológicos de doentes com idade ≥80 anos com CIS vesical, comparando-os com doentes mais jovens (<80 anos)
Material e métodos: Estudo observacional, retrospetivo e unicêntrico de 41 doentes com diagnóstico de CIS vesical entre 2020 e 2024. Compararam-se os doentes com idade ≥80 anos e <80 anos quanto à realização de tratamento intravesical com BCG, resposta completa (RC) após indução, recidiva de alto grau, progressão para doença músculo-invasiva, realização de cistectomia radical e mortalidade. A análise estatística foi realizada com recurso ao software SPSS v29.
Resultados: Dos 41 doentes, 17 tinham idade ≥80 anos (mediana 84 anos) e 24 tinham menos de 80 anos (mediana 68 anos). O tratamento com BCG foi prescrito menos frequentemente nos doentes octogenários: 10/17 (58,8%) versus 22/24 (91,7%; p=0,021). Nos doentes octogenários que ficaram em vigilância, o principal motivo foi a fragilidade clínica ou idade avançada (5 doentes) seguido da recusa de tratamento (2 doentes).
Entre os doentes avaliáveis após indução, a RC foi semelhante: 8/9 (88,9%) dos doentes mais idosos versus 16/19 dos doentes mais jovens (84,2%; p=1,000). A recidiva de alto grau ocorreu em 6/17 (35,3%) dos doentes octogenários versus 6/24 (25,0%; p=0,507) dos doentes mais jovens, e a progressão para doença músculo-invasiva sucedeu em 2/17 (11,8%) dos mais idosos versus 4/24 (16,7%; p=1,000) dos doentes mais jovens. Nenhum doente com ≥80 anos foi submetido a cistectomia, versus 6/24 (25,0%) dos mais jovens (p=0,033).
Registaram-se três óbitos em cada grupo, sendo que no grupo dos octogenários as causas foram a progressão clínica de linfoma, pneumonia e acidente vascular cerebral. A mediana de seguimento foi de 25,6 meses (grupo ≥80 anos) versus 33,6 meses (grupo <80 anos) (p=0,244), com perda de seguimento em 5/17 (29,4%) com mais de 80 anos e 2/24 (8,3%) dos doentes mais jovens.
Discussão/Conclusões: Nesta série de casos, os doentes com 80 ou mais anos foram propostos

para BCG com menor frequência e nenhum foi submetido a cistectomia, refletindo uma seleção terapêutica baseada no estado geral e nas comorbilidades. Nos que foram selecionados para BCG, a resposta completa foi elevada e semelhante à dos mais jovens. A ausência de diferença na progressão deve ser interpretada com reserva: a amostra é pequena e a perda de seguimento foi três vezes superior nos doentes mais idosos, subestimando provavelmente os eventos neste grupo. Ainda assim, os dados sugerem que a idade cronológica isolada não deve determinar a limitação terapêutica.

CT 28

IS PELVIC LYMPH NODE DISSECTION STILL RELEVANT IN NON-MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER UNDERGOING RADICAL CYSTECTOMY?

Guilherme Gonçalves; Miguel Marques Monteiro; Nuno Vinagre; Martinha Magalhães; João Cabral; Manuel Oliveira
ULSSA

Introduction: While pelvic lymph node dissection (PLND) is the standard of care in muscle-invasive bladder cancer, providing nodal staging and a therapeutic benefit, its value in non-muscle invasive bladder cancer (NMIBC) remains controversial.
Objectives: We aimed to evaluate survival outcomes, including the impact of PLND extent and predictors of pathological upstaging in clinically NMIBC patients undergoing radical cystectomy (RC).
Materials & Methods: This study analyzed 134 NMIBC patients who underwent RC between 2005 and 2025. Overall survival (OS), cancer-specific survival (CSS), and recurrence-free survival (RFS) were estimated using Kaplan-Meier analysis, and intergroup differences were compared using the log-rank test. Multivariable Cox regression evaluated independent associations between clinicopathological variables and survival outcomes, while logistic regression was used to identify predictors of pathological upstaging (≥pT2 or pN+ disease).

Results: The median age was 72 years (IQR 66-76), with a median follow-up of 42.2 months. 92.5% of patients had high-grade disease, 36.6% had concomitant carcinoma in situ, and 14.2% had variant histology. Median time from last transurethral resection to RC was 2.8 months. Indications for radical cystectomy were very-high-risk disease in 78.4% and BCG failure in 21.6%. PLND was performed in 91.8% of patients (61.2% Extended vs. 30.6% Standard), with a median of 18 lymph nodes removed (IQR 13-24), and pN+ disease was identified in 11.4% of patients. When compared with pN0, this subgroup was associated with higher ≥pT2 stage (100% vs. 24%, p<0.0001), lymphovascular invasion (LVI) (86% vs. 7%, p<0.0001), carcinoma in situ (69% vs. 31%, p=0.012), and positive surgical margins (14% vs. 1%, p=0.034). Pathological upstaging to ≥pT2 occurred in 33.6% of patients. Completeness of resection (OR=0.48, p=0.048) and nº of previous transurethral resections (OR=0.70 *per additional procedure*, p=0.031) were independently associated with a reduced risk of upstaging, unlike clinical stage, grade, carcinoma in situ, histological subtype, or BCG exposure.
The 5-year OS, CSS, and RFS rates were 68.5%, 78.8%, and 78.6%, respectively. On multivariable Cox regression, pathological upstaging and pN+ status were independently associated with OS (HR=3.71 and 3.02) and CSS (HR=4.42 and 7.99, all p<0.05), even after additional adjustment for lymph node yield. PLND extent showed no independent association with OS after adjustment for pT stage and nodal status (HR=1.14, p=0.78). Among pN+ patients, 77% experienced recurrence after a median of 11 months, and 86% ultimately died of bladder cancer. Cancer-specific death was significantly associated with higher rates of pN+ (55% vs. 2%), pathological upstaging (83% vs. 23%), and LVI (54% vs. 10%) compared with the remainder of the cohort (p<0.0001).
Conclusions: These findings support the value of thorough, complete transurethral resection prior to cystectomy decision-making. Pathological upstaging and positive nodal status remain the dominant determinants of survival, underscoring the importance of PLND in NMIBC patients.

CT 29

UNTREATED LEVEL IV TUMOR THROMBUS IN PRESUMED RENAL CELL CARCINOMA: AN EIGHT-YEAR FOLLOW-UP

Luís Pedro Rosmaninho; Tiago Antunes Lopes; Alberto Costa Silva; Rui Almeida Pinto; João Silva
ULS do São João

Introduction: The most common etiology of solid renal masses with inferior vena cava (IVC) invasion is renal cell carcinoma (RCC), particularly the clear cell subtype. Tumor thrombus extension is variable and is associated with high treatment complexity. Following complete surgical resection, the 5-year cancer-specific survival for RCC with extension to the right atrium is approximately 50%. Follow-up studies of untreated patients with RCC and IVC invasion report a median cancer-specific survival of approximately 9 months among those with a supradiaphragmatic thrombus and no distant metastases. Although the absence of surgical treatment is a clear adverse prognostic factor, exceptional cases of prolonged survival have been reported, raising questions about the role of tumor thrombus extension as an independent prognostic factor.
Material and methods: We present a case report of a patient with a presumed RCC and a level IV tumor thrombus who did not undergo any treatment modality for a 8 year period. The case is based on a review of the electronic medical record and available imaging studies, complemented by direct clinical assessment of the patient.
Results: A 68-year-old woman, with no relevant urological history, was incidentally found in 2018 to have a right renal mass associated with a venous thrombus extending above the diaphragm, identified on chest computed tomography (CT). Due to a lack of referral to Urology, no follow-up evaluations existed until 2021, when a vegetative mass in the right atrium, 30 mm in maximum diameter, was incidentally detected on echocardiography. Thoracoabdominopelvic CT and magnetic resonance imaging confirmed a 97 × 78 × 84 mm mass in the lower pole of the right kidney, suspicious for RCC, associated with a level IV tumor thrombus, with no evidence of distant metastasis.
The patient declined radical nephrectomy and thrombectomy. In November 2025, prompted by hematuria, a new CT scan showed a stable renal mass with unchanged tumor extension into the right atrium, and no secondary lesions. Throughout this period, the patient received no anticoagulant therapy or targeted oncological treatment. As of September 2026, she remains autonomous, asymptomatic, and free of disease-related complications.
Conclusions: We present an exceptional case of eight-year prolonged survival in an untreated patient with suspected RCC and a level IV tumor thrombus, highlighting the biological heterogeneity of RCC and challenging current prognostic models.

CT 30

MANAGEMENT OF GRAFT INTOLERANCE SYNDROME AFTER FAILED KIDNEY TRANSPLANTATION: A SYSTEMATIC REVIEW

Hugo Silva Teixeira; Luis Seixas; Luis Pedro Rosmaninho; Ricardo Rodrigues; Diogo Dias; Cláudia Fernandes; Alberto Costa e Silva; Pedro Ramos; Daniel Costa; Rui Pinto; Tiago Antunes Lopes; Luis Vale; Joao Silva
ULS do São João

Introduction: Graft intolerance syndrome (GIS) is a clinically important complication after kidney allograft failure, often following immunosuppression withdrawal. Management options include medical therapy, transplant nephrectomy and percutaneous graft embolization, but comparative evidence remains limited.
Objectives: To systematically evaluate the efficacy and safety of percutaneous embolization for GIS, describe comparative outcomes versus transplant nephrectomy and conservative management, and explore peri-procedural factors associated with post-embolization syndrome (PES).
Material and methods: MEDLINE/PubMed and Scopus were searched through 26 April 2026, with reference lists searched through 30 April 2026. Studies reporting GIS-specific treatment outcomes in adults after failed kidney transplantation, including embolization, transplant nephrectomy, or conservative/immunosuppression-based management, were eligible. Single case reports and studies without GIS-specific treatment outcomes were excluded. Risk of bias was assessed using ROBINS-I V2 for comparative non-randomized studies and JBI tools for cohort studies and case series. Embolization outcomes were synthesized

using random-effects proportional meta-analysis with REML after harmonization of outcome definitions; series with ≤3 patients were retained for narrative synthesis only. Comparative studies were not pooled because of substantial clinical and methodological heterogeneity and Serious/Critical risk of bias. Certainty of evidence was assessed using GRADE. The review was registered in PROSPERO.

Results: Seventeen studies published between 1993 and 2025 were included and contributed 385 participants across extracted treatment groups. Twelve studies (236 participants) entered the primary embolization meta-analysis. Initial clinical success after the first embolization was 79.4% (95% CI 72.9–85.3), increasing to 85.2% (79.9–90.0) for final embolization-strategy success, allowing repeat embolization without subsequent nephrectomy or peri-procedural death. Subsequent nephrectomy occurred in 14.8% (10.0–20.1), major complications in 2.3% (0.2–5.8), and 30-day mortality was 0.0% (0.0–0.3). PES occurred in 59.9% (38.2–79.9; 10 studies, 199 participants) and showed substantial heterogeneity (I^2=84.8%). Sensitivity analyses excluding Serious/Critical-risk comparative arms and studies with residual pediatric contribution yielded similar final-success estimates (85.6% and 86.0%). Exploratory subgroup analyses showed PES differences by publication era (p<0.0001) and corticosteroid prophylaxis (p=0.0024), but not by embolic-agent strategy (p=0.6675); these findings were considered hypothesis-generating. Comparative embolization-versus-nephrectomy evidence was limited to three Serious/Critical-risk studies and did not permit a reliable pooled comparative estimate. Evidence on sensitization, retransplantation and conservative management was sparse.

Discussion/Conclusions: Percutaneous embolization achieved symptom control in most reported GIS cases, with low pooled rates of major complications and no reported 30-day deaths, although approximately 15% subsequently required nephrectomy. PES was common and highly heterogeneous, and the association between corticosteroid prophylaxis and lower PES should not be interpreted causally. Certainty was Low for the main efficacy and safety proportions and Very Low for PES; comparative evidence was narratively judged Very Low. Embolization may represent a reasonable minimally invasive treatment option for selected adults, while treatment choice should remain individualized because robust comparative evidence is lacking. No specific external funding was received.

CT 31

ALGALIAÇÃO PROLONGADA PRÉ-OPERATÓRIA COMPROMETE A RECUPERAÇÃO MICCIONAL APÓS RTU-P?

Rui Pedrosa; Ana João Guerra; Juliana Santos; Joana Melo; David Abegoaria; André Rego; Paulo Temido; Arnaldo Figueiredo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: Nos doentes em retenção urinária crónica secundária a hiperplasia benigna da próstata, um maior período de algaliação é frequentemente considerado um potencial marcador de disfunção detrusora e de menor probabilidade de recuperação da micção espontânea após desobstrução. Esta perceção pode influenciar a decisão de tratamento cirúrgico, apesar de a evidência disponível ser limitada.

Objetivos: Avaliar se a duração da algaliação pré-operatória influencia a recuperação da micção espontânea após resseção transuretral da próstata (RTU-P).

Material e métodos: Estudo observacional, retrospetivo e unicêntrico. A partir dos doentes consecutivamente submetidos a RTU-P entre outubro de 2020 e março de 2025, selecionaram-se os que se encontravam cronicamente algaliados antes da cirurgia. O objetivo principal foi a recuperação da micção espontânea após remoção da sonda vesical. A duração da algaliação foi analisada utilizando limiares de 3 e 6 meses e, adicionalmente, como variável contínua numa análise exploratória por regressão logística, juntamente com idade e volume prostático. A análise estatística foi realizada com recurso ao software SPSS v29.

Resultados: Dos 530 doentes submetidos a RTU-P, 94 (17,7%) encontravam-se algaliados no pré-operatório, com duração mediana de algaliação de 7 meses (intervalo interquartil 4-11). Comparados com os não algaliados, eram mais velhos (mediana 71 versus 68 anos; p=0,009) e tinham

próstatas de maior volume (mediana 50 versus 40 mL; p=0,001). Após RTU-P, 84 doentes (89,4%) recuperaram a micção espontânea. Nos doentes algaliados durante ≤6 meses, a taxa de recuperação foi de 39/41 (95,1%; IC95% 83,9–98,7), comparativamente com 45/53 (84,9%; IC95% 72,9–92,1) nos algaliados durante >6 meses. A diferença absoluta de 10,2 pontos percentuais não atingiu significância estatística (p=0,178). Também não se verificou diferença utilizando o limiar de 3 meses (p=0,202). Na análise exploratória por regressão logística, a duração da algaliação (p=0,943), a idade (p=0,488) e o volume prostático (p=0,613) não se associaram ao insucesso da desalgaliação. Contudo, ocorreram apenas 10 insucessos, limitando a robustez desta análise multivariável.

Discussão/Conclusões: A maioria dos doentes cronicamente algaliados recuperou a micção espontânea após RTU-P, incluindo 45 dos 53 doentes algaliados há mais de seis meses. A duração da algaliação, a idade e o volume prostático não se associaram ao insucesso da desalgaliação. Estes dados sugerem que a duração da algaliação não deve ser considerada, isoladamente, um argumento suficiente para prever o insucesso da recuperação miccional após cirurgia desobstrutiva. Contudo, o reduzido número de insucessos limita a capacidade para excluir um possível efeito da duração da algaliação, que deverá ser clarificado em séries multicêntricas de maior dimensão.

CT 32

ALTA PRECOCE APÓS RTU-P: PERFIL DOS DOENTES E SEGURANÇA AOS 30 DIAS

Rui Pedrosa; Ana João Guerra; Bárbara Figueiredo; Tiago Sequeira Sousa; Joana Melo; André Rego; Paulo Temido; Arnaldo Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A redução do tempo de internamento após cirurgia desobstrutiva da próstata pode melhorar a eficiência assistencial, mas a seleção adequada dos doentes é essencial para evitar complicações e idas ao serviço de urgência. Apesar de a RTU-P permanecer um procedimento frequentemente associado a internamento, alguns doentes poderão reunir condições para alta nas primeiras 24 horas.

Objetivos: Caracterizar os doentes submetidos a RTU-P com alta nas primeiras 24 horas, identificar fatores associados à alta precoce e avaliar o recurso ao serviço de urgência (SU) nos 30 dias subsequentes.

Material e métodos: Trata-se de um estudo observacional, retrospetivo e unicêntrico de 530 doentes consecutivos submetidos a RTU-P entre outubro de 2020 e março de 2025. Compararam-se os doentes com alta ≤24 horas com aqueles que permaneceram internados por período superior, relativamente à idade, comorbilidades, medicação, PSA, volume prostático, algaliação prévia e variação peri-operatória da hemoglobina. A segurança após a alta foi avaliada através do recurso ao SU nos primeiros 30 dias. A análise estatística foi executada com recurso ao software SPSS v29.

Resultados: A mediana do internamento na amostra total foi de 2 dias (intervalo interquartil 2–3), tendo 83 dos 530 doentes (15,7%) obtido alta hospitalar nas primeiras 24 horas. Os doentes com alta precoce eram significativamente mais jovens (p=0,006) e apresentavam menor queda perioperatória da hemoglobina (p<0,001). O volume prostático era também significativamente inferior neste grupo, com uma mediana de 35,0 mL (intervalo interquartil 24,3–47,0), comparativamente com 45,0 mL (IQR 38,0–57,0) nos doentes com internamento mais prolongado (p<0,001). Na análise dos fatores associados à duração do internamento, um volume prostático >60 mL (p=0,008) associou-se a permanência hospitalar mais prolongada. Em contraste, o perfil de comorbilidades (diabetes e hipertensão arterial), o PSA pré-operatório, a presença de algaliação crónica prévia e a terapêutica antitrombótica (antiagregantes ou anticoagulantes) não demonstraram associação significativa com a duração do internamento.

Nos primeiros 30 dias após a cirurgia, 19/83 (22,9%) dos doentes com alta ≤24 horas recorreram ao Serviço de Urgência, principalmente por hematúria e infeção do trato urinário, não se observando diferença estatisticamente significativa relativamente aos doentes com internamento mais prolongado

Discussão/Conclusões: A alta nas primeiras 24 horas após RTU-P foi possível em aproximadamente um em cada seis doentes e ocorreu sobretudo em doentes mais jovens, com menor volume prostático e menor queda perioperatória da hemoglobina. Nesta amostra selecionada, a alta precoce não se associou a um aumento estatisticamente significativo do recurso ao SU nos 30 dias seguintes. Estes resultados sugerem que uma estratégia de alta precoce após RTU-P poderá ser viável em doentes criteriosamente selecionados, devendo os potenciais critérios de seleção ser confirmados através de análise multivariável e validação prospetiva.

CT 33

NEFRECTOMIA RADICAL NO TRATAMENTO DE SÍNDROME PARANEOPLÁSICA ASSOCIADA A ONCOCITOMA RENAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Samuel Silva Bastos; Catarina Silva; Tiago Beirão; Maria Inês Nascimento; João Ricardo Silva; João Peralta; Miguel Lourenço; Ana Sabença; Rui Maciel; Vítor Oliveira; Luís Xambre
ULSGE

Introdução: O oncocitoma representa 3–7% das neoplasias renais sólidas e até 18% das pequenas massas renais. Apesar do seu comportamento benigno, o diagnóstico é frequentemente estabelecido apenas após exame anatomopatológico, uma vez que a TC e a RM não permitem distingui-lo de forma fiável do carcinoma de células renais, particularmente do subtipo cromófobo. A sinovite simétrica seronegativa remitente com edema depressível (RS3PE) é uma artropatia inflamatória rara, de início agudo, caracterizada por sinovite simétrica das extremidades, edema depressível distal e seronegatividade para o fator reumatoide. Pode constituir uma manifestação paraneoplásica, estando descrita associação com neoplasias sólidas, nomeadamente carcinoma de células renais. Não está descrita, na literatura, associação entre RS3PE e oncocitoma renal.
Objetivos: Descrever um caso de RS3PE como manifestação inaugural de oncocitoma renal, tratado com nefrectomia radical, e discutir a abordagem das massas renais no contexto de suspeita de síndrome paraneoplásica.
Material e métodos: Descrição de caso clínico, com revisão do processo clínico, estudo imagiológico, relatório operatório e exame anatomopatológico.
Resultados: Homem de 65 anos, referenciado à consulta de Urologia pela Reumatologia por nódulo renal identificado no estudo de neoplasia oculta, após diagnóstico de RS3PE. Apresentava quadro com quatro meses de evolução, caracterizado por poliartralgia inflamatória e edema depressível dorsal das mãos, inicialmente tratado como celulite e tenossinovite infeciosas, com culturas negativas e resposta apenas parcial à corticoterapia em baixa dose.
A TC abdominopélvica identificou lesão sólida hipervascular de 31 × 33 mm no rim direito, confinada ao parênquima, sem invasão da gordura perirrenal, trombo venoso, adenopatias ou doença metastática (cT1aN0M0; RENAL score 10).
Perante uma lesão de elevada complexidade e a suspeita de síndrome paraneoplásica, maioritariamente associada ao carcinoma de células renais, optou-se por nefrectomia radical direita por via laparoscópica. O pós-operatório decorreu sem intercorrências (Clavien-Dindo 0), com alta ao 2.º dia e creatinina de 1,1 mg/dL. O exame anatomopatológico revelou oncocitoma renal, com margens cirúrgicas livres e ausência de critérios de malignidade.
Verificou-se resolução completa das queixas articulares e do edema, com suspensão da corticoterapia e normalização dos parâmetros inflamatórios. Aos 6 meses de seguimento, mantinha-se em remissão clínica, sem imunossupressão e com função renal estável.
Discussão/Conclusões: A relação temporal entre o início das manifestações clínicas e o diagnóstico tumoral, a resposta incompleta à corticoterapia e a remissão sustentada após a nefrectomia, sem necessidade de imunossupressão, sugerem uma relação paraneoplásica entre o oncocitoma e o quadro inflamatório. O caso demonstra que uma síndrome inflamatória sistémica inexplicada pode constituir um fator determinante na decisão terapêutica perante uma pequena massa renal que, noutro contexto, poderia ser candidata a vigilância ativa. O benefício da intervenção cirúrgica poderá, nestes casos, ultrapassar o controlo oncológico. Este caso acrescenta o

oncocitoma renal ao espectro de neoplasias potencialmente associadas a RS3PE e reforça a importância de considerar uma etiologia paraneoplásica perante manifestações sistémicas inexplicadas em doentes com massas renais.

CT 34

MANUTENÇÃO COM AVELUMAB NO CARCINOMA DO UROTÉLIO METASTIZADO: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO E ANÁLISE DO IMPACTO CLÍNICO DA SUSPENSÃO TERAPÊUTICA

Tiago Sequeira De Sousa; Juliana Santos; David Abegoaria; Miguel Eliseu; Arnaldo Figueiredo
ULS Coimbra

Introdução: O avelumab em manutenção após quimioterapia de primeira linha tornou-se uma estratégia terapêutica estabelecida no carcinoma do urotélio metastizado. Apesar do benefício demonstrado em ensaios clínicos, a duração ótima da manutenção e a possibilidade de suspensão em doentes com resposta completa permanecem questões pouco definidas na prática clínica.
Objetivos: Caracterizar os resultados de eficácia, segurança e duração do tratamento com avelumab em manutenção numa coorte de doentes com carcinoma do urotélio metastizado, com particular enfoque nos padrões e motivos de suspensão e nos doentes que interromperam o tratamento após resposta completa.
Material e métodos: Estudo observacional retrospetivo de doentes com carcinoma do urotélio metastizado tratados com avelumab em manutenção após quimioterapia baseada em platina, num único centro. Foram recolhidas características clínicas e anatomopatológicas, resposta à quimioterapia, duração da manutenção, toxicidade imunomediada, motivo de suspensão e evolução clínica. Foram ainda calculadas a sobrevivência livre de progressão (PFS) e a sobrevivência global (OS). Face à reduzida dimensão amostral, os resultados foram interpretados de forma predominantemente descritiva.
Resultados: Foram incluídos 21 doentes, com idade mediana de 75,7 anos; 76,2% eram homens. O tumor primário localizava-se na bexiga em 61,9% e no trato urinário superior em 38,1%. A doença metastática era visceral em 47,6% e exclusivamente ganglionar em 52,4%. A duração mediana do tratamento com avelumab foi de 6 meses (IIQ 3–14), variando entre 1 e 37 meses; 5 doentes permaneciam em tratamento no último follow-up. Durante o seguimento, 9 doentes apresentaram progressão, 2 suspenderam por toxicidade, 2 por óbito e 3 interromperam eletivamente o tratamento após resposta completa. Foram identificados efeitos adversos imunomediados em 9/21 doentes (42,9%), sem toxicidade de grau ≥3 registada. A mediana de PFS foi de 6 meses, com PFS aos 12 meses de 42,3%. A mediana de OS não foi atingida, sendo a OS aos 12 e 24 meses de 59,0% e 51,6%, respetivamente. Os 3 doentes que suspenderam avelumab após resposta completa receberam tratamento durante 14, 15 e 19 meses e mantiveram-se sem progressão durante o período de follow-up disponível após a suspensão.
Discussão/Conclusões: Nesta série, a manutenção com avelumab apresentou resultados de eficácia e tolerabilidade globalmente consistentes com os dados publicados, mesmo numa população maioritariamente idosa, frequentemente subrepresentada em ensaios clínicos. A ocorrência de respostas completas com possibilidade de suspensão eletiva e manutenção do controlo da doença após interrupção constitui um achado clinicamente relevante, embora baseado num número muito reduzido de doentes. Estes resultados reforçam a necessidade de estudos com maior dimensão amostral e seguimento prolongado para definir a duração ótima da manutenção e o papel da suspensão eletiva em doentes com resposta completa.

CT 35

O REGRESSO DOS SLINGS AUTÓLOGOS TRANSOBTURADORES? EFICÁCIA, SEGURANÇA E RESULTADOS REPORTADOS PELAS PACIENTES

João Nogueira de Freitas; Joana Soares da Silva; João Oliveira; Luís Vale; Tiago Antunes Lopes; João Silva; Carlos Ferreira
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introdução/Objetivos: Os slings fasciais autólogos têm reemergido como opção *mesh-free* na incontinência urinária de esforço (IUE) feminina, num contexto de crescente escrutínio dos materiais sintéticos. A via transobturadora evita o

espaço retropúbico, associando-se a menor morbilidade perioperatória, e parece apresentar eficácia comparável à via retropúbica em casos selecionados. A literatura sobre slings transobturadores autólogos permanece, ainda assim, escassa. Objetivámos, por isso, avaliar a eficácia, segurança e morbilidade desta técnica, com particular ênfase nos resultados reportados pelas doentes, nomeadamente qualidade de vida, dor pós-operatória e função sexual.

Materiais e métodos: Realizámos um estudo piloto, observacional e unicêntrico, incluindo 12 mulheres consecutivas submetidas a sling transobturador autólogo para IUE. As variáveis contínuas foram apresentadas como mediana e IQR (com *range* quando aplicável) e as categóricas como n (%), tendo a utilização de pensos pré- e pós-operatória sido comparada pelo teste de Wilcoxon. Definiu-se sucesso objetivo como ausência de perda na prova de esforço e 0 pensos/dia no seguimento, e sucesso subjetivo como PGI-I (Patient Global Impression of Improvement) ≤2. A qualidade de vida foi avaliada pelo IIQ-7, a função sexual pelo ICIQ-FLUTSsex e a dor pós-operatória por EVA, tendo as complicações sido classificadas segundo Clavien-Dindo.

Resultados: A idade mediana foi de 48 anos (IQR 42,5–58,0) e o IMC mediano de 27,9 kg/m² (IQR 25,1–29,7). Dez doentes (83,3%) tinham tratamento cirúrgico prévio para IUE (mediana 1 procedimento; IQR 1–2), enquanto duas (16,7%) eram tratamento-naive. O seguimento mediano foi de 8 meses (IQR 6–13; *range* 4–26).

A utilização de pensos diminuiu de 3/dia (IQR 2–4) para 0/dia (IQR 0–0; *range* 0–1) (p<0,001), com sucesso objetivo em 10/12 doentes avaliáveis (83,3%) e sucesso subjetivo em 100% (12/12) — 11 (91,7%) "muito melhor" e 1 (8,3%) "melhor".

O IIQ-7 pós-operatório foi mediano de 0 (IQR 0–0; *range* 0–2), sem impacto percebido em 83,3% das doentes (10/12), e o ICIQ-FLUTSsex pós-operatório (n=9) foi igualmente 0 (IQR 0–1; *range* 0–5), sugerindo preservação da função sexual.

A dor pós-operatória foi moderada no período imediato (EVA 4,5; IQR 3,0–6,25; *range* 2–8), mas diminuiu rapidamente, com EVA mediana de 0 aos 3 e 6 meses e 75% e 83,3% das doentes sem dor, respetivamente.

O tempo operatório mediano foi de 75 min (IQR 60–88,8) e o internamento mediano de 1 dia (IQR 1–1). Não se registaram complicações intraoperatórias nem major (Clavien III–V); uma doente apresentou infeção do local cirúrgico com hematoma associado, tratada medicamente (Clavien II), e as complicações minor (Clavien I) — dor suprapúbica transitória e disestesia da coxa — foram autolimitadas, sem necessidade de reintervenção.

Interpretação dos resultados: Nesta série inicial, o sling transobturador autólogo demonstrou elevada eficácia a curto prazo, com redução marcada da utilização de pensos e boa concordância entre sucessos objetivo e subjetivo. A elevada proporção de doentes previamente tratadas sublinha o potencial desta técnica numa população desafiante, incluindo casos de falência cirúrgica prévia, enquanto a morbilidade se manteve baixa, com preservação da função sexual e resolução rápida da dor. Estes achados suportam a ideia de que a via transobturadora com slings autólogos pode manter a eficácia ao mesmo tempo que reduz a morbilidade, sobretudo em casos complexos ou previamente tratados.

Mensagem final: O sling transobturador autólogo afigura-se uma opção *mesh-free* eficaz, segura e bem tolerada para a IUE feminina, com excelentes resultados funcionais e reportados a curto prazo — uma alternativa válida na atual era de escrutínio das *mesh*. Serão necessários estudos prospetivos com maiores coortes e seguimento mais prolongado para confirmar a durabilidade e otimizar a seleção de doentes.

CT 36

TARGETED PLUS IPSILATERAL SAMPLING MAY OBVIATE CONTRALATERAL SYSTEMATIC BIOPSY IN MEN WITH A SOLITARY PI-RADS ≥3 LESION: A REAL-WORLD TRANSPERINEAL BIOPSY SERIES

Simão Abreu; Ricardo Rodrigues; Nuno Dias; Afonso Morgado; João Silva
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introduction: Magnetic resonance imaging (MRI)-targeted biopsy has improved prostate cancer diagnosis, but the optimal extent of additional systematic sampling remains uncertain. In men

with a unilateral MRI-visible lesion, contralateral systematic biopsy may add limited clinically significant prostate cancer (csPCa) detection while increasing the number of cores and procedure burden.

Objectives: To evaluate the incremental diagnostic yield of contralateral systematic biopsy in men with a solitary PI-RADS ≥3 lesion undergoing transperineal targeted and systematic prostate biopsy.

Material and methods: We retrospectively analysed patients undergoing combined transperineal prostate biopsy at a tertiary centre, from The study cohort included men with a solitary PI-RADS 3–5 lesion and separately recorded histopathology from MRI-targeted cores, ipsilateral systematic cores and contralateral systematic cores. csPCa was defined as ISUP Grade Group (GG) ≥2. The primary endpoint was csPCa detected exclusively by contralateral systematic biopsy after accounting for targeted and ipsilateral systematic sampling. Secondary endpoints included the incremental yield of ipsilateral systematic biopsy, changes in highest patient-level ISUP GG and detection of contralateral csPCa.

Results: The complete-case cohort included 285 patients. Median age was 68 years (IQR 63–74), PSA 7.0 ng/mL (IQR 5.26–9.54), prostate volume 47 mL (IQR 37–63), and PSA density 0.145 ng/mL/cc (IQR 0.098–0.204). PI-RADS 3, 4 and 5 lesions were present in 30, 144 and 111 patients. Using targeted plus bilateral systematic biopsy, csPCa was detected in 214/285 patients (75.1%). Targeted biopsy alone detected csPCa in 194/285 (68.1%). Ipsilateral systematic biopsy identified 15 additional csPCa cases, increasing detection to 209/285 (73.3%), an incremental yield of 5.3% (95% CI 3.2–8.5). Contralateral systematic biopsy identified only 5 additional csPCa cases, an incremental yield of 1.8% (95% CI 0.8–4.0). Thus, targeted plus ipsilateral sampling detected 209/214 (97.7%) of all csPCa diagnosed by the complete strategy. Contralateral cores increased the highest ISUP GG in 12/285 patients (4.2%) and upgraded 4/285 (1.4%) to GG ≥3. Overall, contralateral cores contained PCa in 106/285 patients (37.2%): csPCa in 78/285 (27.4%) and GG1 disease in 28/285 (9.8%). However, contralateral sampling detected cancer not identified by target plus ipsilateral sampling in only 6/285 patients (2.1%): 5 csPCa and only 1 isolated GG1 cancer (0.4%).

Discussion/Conclusions: In men with a solitary PI-RADS ≥3 lesion, ipsilateral systematic sampling provided substantially greater additional csPCa detection than contralateral sampling. Omitting contralateral biopsy would have missed csPCa in fewer than 2% of patients while preserving 97.7% of csPCa detected by the complete strategy. Although GG1 cancer was found in 9.8% of contralateral cores, it represented an isolated additional diagnosis in only 0.4%. These findings support targeted plus ipsilateral sampling as a potential reduced-core diagnostic strategy, while the frequent contralateral cancer detection cautions against using such an approach to establish disease unilaterality, particularly when focal treatment is considered.

CT 37

DOES MRI PROVENANCE INFLUENCE CLINICALLY SIGNIFICANT PROSTATE CANCER DETECTION IN TARGETED PROSTATE BIOPSY? A REAL-WORLD COMPARISON OF IN-HOUSE VERSUS EXTERNAL MRI

Simão Abreu; Margarida Henriques; Nuno Dias; Daniel Costa; Afonso Morgado; João Silva
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Introduction: Multiparametric magnetic resonance imaging (mpMRI) has become central to prostate cancer diagnosis and biopsy planning. However, MRI acquisition and interpretation may vary between institutions, potentially affecting the diagnostic yield of MRI-targeted biopsy. Whether MRI performed at a referral centre is associated with different detection rates of clinically significant prostate cancer (csPCa) compared with externally performed MRI remains unclear.

Objectives: To compare the detection of csPCa and clinically insignificant prostate cancer between patients undergoing prostate biopsy based on in-house versus externally performed mpMRI, and to evaluate whether any differences persisted after accounting for clinical and MRI-related factors.

Material and methods: We retrospectively analysed patients with PI-RADS ≥3 lesions who

underwent transperineal MRI-targeted prostate biopsy, either alone or as part of a combined biopsy, and had complete target-specific histopathological data. Patients were grouped according to MRI provenance: in-house or external. csPCa was defined as ISUP Grade Group (GG) ≥2, while clinically insignificant prostate cancer was defined as GG1. The primary endpoint was csPCa detection in targeted cores. Secondary endpoints included detection of GG1 cancer, negative targeted biopsy, overall cancer detection, and PI-RADS-stratified csPCa detection. Multivariable logistic regression was performed to assess the association between MRI provenance and csPCa detection after adjustment for PI-RADS category, age and PSA.

Results: A total of 407 patients were included, of whom 315 had an in-house MRI and 92 an external MRI. csPCa was detected in targeted cores in 232/315 patients (73.7%) in the in-house MRI group and 57/92 (62.0%) in the external MRI group (p=0.036), corresponding to an absolute difference of 11.7%. Detection of GG1 cancer was similar between groups (5.4% vs 4.3%; p=0.796), whereas negative targeted biopsies were more frequent after external MRI (33.7% vs 21.0%). Overall cancer detection in targeted cores was also higher following in-house MRI (79.0% vs 66.3%; p=0.017). PI-RADS distribution was comparable between groups (p=0.852), as were age and PSA. On multivariable analysis, in-house MRI remained independently associated with increased csPCa detection in targeted cores (adjusted OR 1.95; 95% CI 1.13–3.35; p=0.016). Stratified analysis showed that the difference was predominantly observed in PI-RADS 4 lesions, with csPCa detection rates of 72.5% for in-house MRI versus 50.0% for external MRI (p=0.0067). No relevant difference was observed among PI-RADS 5 lesions (84.8% vs 84.6%).

Discussion/Conclusions: In this real-world cohort, in-house MRI was associated with a significantly higher detection rate of csPCa in targeted biopsy, without a concomitant increase in GG1 cancer detection. The difference was mainly driven by PI-RADS 4 lesions, suggesting that MRI acquisition and/or interpretation may have a greater impact in intermediate-high suspicion lesions than in PI-RADS 5 lesions. These findings support the importance of imaging quality, radiological expertise and standardized MRI interpretation in prostate cancer diagnostic pathways. Nevertheless, MRI provenance should be considered a surrogate rather than a direct measure of imaging quality, and prospective studies with central MRI review are required to confirm these findings.

CT 38

HYPEREOSINOPHILIA AS A RARE PARANEOPLASTIC MANIFESTATION OF PROSTATE CANCER: A CASE REPORT

Manuel Cruz; Patricia Matos; Filipa Rocha Figueiredo; Raquel Catarino; Frederico Carmos Reis; André Cardoso; Diogo Pereira; Gabriel Costa; Manuel Cerqueira; Tiago Correia
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE / Hospital Pedro Hispano

Introduction: Traditionally viewed as effectors against parasites and allergens, eosinophils are increasingly recognized as multifunctional leukocytes that modulate innate and adaptive immunity and may interact with tumor cells. Eosinophilia is most often reactive to allergic, infectious or drug-related causes. Persistent unexplained eosinophilia should prompt the exclusion of clonal hematological disorders and of occult solid malignancies. Among the latter, prostate carcinoma is a rarely reported cause. We describe a case of hypereosinophilia with pulmonary involvement as a paraneoplastic manifestation of a previously undiagnosed prostate adenocarcinoma.

Case report: A 65-year-old independent man was admitted in March 2024 with acute productive cough, exertional dyspnea, wheezing, type 1 respiratory failure and eosinophilia. Chest CT showed thick-walled bronchiectasis with distal mucoid impaction in the lower lobes, peripheral upper-lobe ground-glass opacities and reactive-appearing mediastinal lymph nodes. Eosinophilic pneumonia and allergic bronchopulmonary aspergillosis were suspected. Bronchoscopy was normal, with bronchoalveolar lavage negative for acid-fast bacilli and malignant cells. Total IgE was elevated, but Aspergillus serology was negative. Respiratory viral panel, HIV, HBV, HCV, ANCA, ANA, three stool examinations and serologies for Strongyloides, Toxocara, Entamoeba, Echinococcus and Fasciola were all negative. Echocardio-

gram and otorhinolaryngology evaluation were unremarkable. Hematology found no evidence of primary disease: the remaining blood count, tryptase and vitamin B12 were normal, and FIP1L1-PDGFRA was not detected. Thoraco-Abdomino-pelvic CT showed no evidence of solid tumour. Systemic corticosteroids led to rapid clinical improvement. In the search for an occult neoplasm, digestive endoscopies were negative, but PSA was 21.70 ng/mL. Prostate biopsy revealed Gleason 6 adenocarcinoma, staged cT2a Nx Mx on PSMA PET. Laparoscopic radical prostatectomy was carried out, showing an acinar adenocarcinoma, Gleason 3+4=7, pT2 Nx R0, and postoperative PSA was undetectable. After a slow steroid taper, the eosinophilia, elevated IgE and respiratory symptoms have resolved.

Discussion: After exclusion of allergic, infectious, autoimmune and primary hematological causes, the eosinophilia was attributed to a paraneoplastic manifestation of prostate adenocarcinoma. Only anecdotal cases of this association have been reported. The underlying mechanism remains unclear, although activated eosinophils have been shown in vitro to inhibit prostate cancer cell growth and upregulate E-cadherin, suggesting a possible antitumor role. Although corticosteroid therapy limits causal inference, the absence of relapse after steroid withdrawal and tumour resection supports this association. In persistent unexplained eosinophilia with organ involvement, an occult solid malignancy should be actively sought, including prostate cancer, which can be easily screened with PSA.

CT 39

HIGH URGENCY KIDNEY TRANSPLANTATION- SINGLE CENTER DESCRIPTIVE ANALYSIS AND PREDICTORS OF POOR GRAFT SURVIVAL

Maria Isabel Santos[1]; Marta Vasconcelos[1]; Margarida André[1]; Luísa Moreira[1]; José Nuno Fonseca[2]; Joana Gameiro[2]; José António Lopes[2]
[1]Hospital Garcia de Orta, EPE
[2]Centro Hosp. de Lisboa Norte, EPE / Hosp. de Santa Maria

Background: Renal transplantation is considered as the treatment of choice for patients with chronic kidney disease who require kidney replacement therapy. Under specific circumstances, patients who cannot be properly treated with dialysis or in whom dialysis comprises a high risk for mortality may be granted with a “high urgency” transplantation status, enabling them to receive a transplant in a short period of time. The aim of this study was to characterize the population who received a kidney transplant under high urgency status and identify predictors of one-year graft loss.

Methods: Retrospective analysis of adult patients submitted to deceased donor kidney transplant under high urgency status between January 2000 and December 2023 at Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Demographic, clinical and laboratory variables were collected to characterize this population and submitted to univariate analysis to determine predictive factors of one-year graft loss.

Results: Thirty-three patients were submitted to kidney transplant under high urgency status. Mean age was 44.2 ± 12.2 years, and the majority were male (54.5%). Lack of arteriovenous access for hemodialysis or inability to perform peritoneal dialysis was the main reason for listing as high urgency (84.8%). Eight patients (24.2%) experienced allograft loss within one year after transplantation, including three primary non function and five patients who died with a functional kidney. Mean follow up time was 7.4 ± 6.3 years. On the univariate analysis, only African-ancestry was associated with allograft loss within the first year (HR 5.33 (1.06-26.90), p=0.043). Delayed graft function (HR 2.88 (0.74-3.75), p=0.052) and time on dialysis before transplantation (HR 1.01 (0.99-1.03), p=0.078) were close to but did not exhibit statistical significance.

Conclusion: In patients with high urgency status for kidney transplantation, there is an association between African-ancestry and graft loss within the first year. Graft and patient survival were globally satisfactory, particularly when graft survival after one year was achieved.

CT 40

ONCOLOGICAL OUTCOMES IN PATIENTS WITH YPT0N0 BLADDER CANCER AFTER NEOADJUVANT THERAPY AND RADICAL CYSTECTOMY: A SINGLE-CENTRE RETROSPECTIVE COHORT STUDY

João Peralta; Raquel Rodrigues; Maria Inês Nascimento; João Ricardo Silva; Miguel Faustino Lourenço; Ana Sabença; Rui Maciel; Samuel Bastos; Luís Xambre
ULSGE

Introduction: Pathological complete response (ypT0N0) after neoadjuvant therapy (NAC) and radical cystectomy (RC) is a favourable prognostic factor in muscle-invasive bladder cancer, but it does not eliminate recurrence risk. Although published series report favorable long- term outcomes, recurrences still occur, with higher initial clinical stage and longer time to cystectomy being associated with worse outcomes among patients with ypT0N0 disease.

Objectives: We aimed to describe recurrence-free survival (RFS), overall survival (OS) and cancer-specific survival (CSS) in an ypT0N0 cohort, to characterise recurrence patterns, and to explore clinicopathological and treatment-related factors associated with recurrence despite complete pathological response.

Materials & Methods: Retrospective, single-centre cohort study of consecutive patients treated with neoadjuvant systemic therapy followed by RC for muscle-invasive bladder cancer between 2015-2025, restricted to those with final pathology ypT0N0. RFS, OS and CSS were estimated using the Kaplan-Meier method with Greenwood confidence intervals. Exploratory subgroup analyses included clinical T stage, histology on transurethral resection of a bladder tumor (TURBT) [pure urothelial vs variant], NAC completion and hydronephrosis.

Results: 22 patients met inclusion criteria. Median age at RC was 65.7 years (SD 7.1). 77% were male. NAC was cisplatin-gemcitabine in 95% and 86% completed as planned. Median follow-up among event-free patients was 63.7 months. Two patients (9%) developed recurrence, both exclusively at distant sites: one with iliac nodal disease and the other with hepatic and osseous metastases. No local pelvic or upper-tract recurrences were observed. Four patients (18%) died, two (9%) of bladder cancer. 3-year and 5-year RFS were 94.4% (95% CI 83.9-100) and 87.7% (95% CI 71.6-100). 3-year and 5-year OS were 90.2% (95% CI 77.2-100) and 83.7% (95% CI 66.4-100). CSS were 94.4% (95% CI 83.8-100) and 87.7% (95% CI 71.6-100).

Discussion/Conclusion: Considering the short sample size and the short number of events, the subgroup analyses should be regarded as descriptive. Numerically, all recurrences occurred in patients with cT2 disease at diagnosis and in patients with variant histology. A similar trend towards more events was observed in patients with hydronephrosis at diagnosis. In this single-centre cohort, ypT0N0 status after NAC and RC was associated with favourable but not risk-free long-term outcomes, consistent with the wider literature. Recurrences, when they occurred, were distant rather than local, which reflects systemic micro-metastatic disease present before surgery. Variant histology appears to be associated with a higher risk of less durable oncological control. Larger multicentre studies are needed to confirm which clinicopathological and treatment-related factors are truly associated with recurrence risk.

CT 41

LUMBAR ARTERY PSEUDOANEURYSM CAUSING DELAYED MASSIVE RETROPERITONEAL HEMORRHAGE AFTER ROBOTIC PARA-AORTIC LYMPH NODE DISSECTION ASSOCIATED WITH PARTIAL NEPHRECTOMY

André Ye[1]; Maria Castilho[1]; Joana Rodrigues[1]; Rodrigo Duarte[1]; Érico Danif[1]; Margarida Gomes[1]; Miguel Miranda[1]; Rodrigo Garcia[1]; José Palma Dos Reis[1]; Tito Palmela Leitão[2]
[1]ULS Santa Maria
[2]Hospital da Luz Lisboa

Introduction and objective: Lumbar artery pseudoaneurysm is an exceptionally rare vascular complication of retroperitoneal surgery. It has been described following percutaneous nephrostomy or nephrolithotomy, vertebral biopsy, radical nephrectomy, and traumatic injuries, but, to our knowledge, has not previously been reported following robotic para-aortic lymph node dissection. We present a case of delayed life-threatening retroperitoneal hemorrhage caused by an L4 lumbar artery pseudoaneurysm following robotic para-

aortic lymph node dissection performed in association with partial nephrectomy.

Case report: A 51-year-old woman with no relevant medical history presented with left lumbar pain. Contrast-enhanced CT revealed a 56 mm solid mass in the upper pole of the left kidney, initially raising suspicion of left renal vein invasion, which was subsequently excluded by MRI. She underwent robotic-assisted left partial nephrectomy with para-aortic lymph node dissection because of intraoperatively suspicious adenopathy. The partial nephrectomy and lymph node dissection were completed without significant intraoperative bleeding, and she was discharged on postoperative day 2 in good clinical condition.

On postoperative day 11, she presented to the emergency department with acute left flank pain and syncope. She was hypotensive and tachycardic, with a hemoglobin level of 8.3 g/dL. Contrast-enhanced CT demonstrated a large left retroperitoneal hematoma measuring 26 × 11 × 13 cm, with multiple foci of active contrast extravasation consistent with ongoing hemorrhage. After transfusion of 2 units of packed red blood cells, she was urgently referred for interventional radiology. Selective angiography identified a pseudoaneurysm arising from the L4 lumbar artery, anatomically distinct from the renal vascular pedicle and renal resection bed. Superselective embolization was performed using a 50% glue/Lipiodol mixture, with final angiographic control confirming complete exclusion of the pseudoaneurysm and the L4 arterial pedicle. The patient remained hemodynamically stable thereafter, required no further transfusions, and was discharged without further complications. Final pathology revealed a renal leiomyoma, with all eight dissected lymph nodes showing reactive, non-malignant changes. Follow-up CT at 2 months demonstrated marked reduction of the hematoma, and the patient reported only mild residual left flank discomfort.

Discussion and Conclusion: This case highlights a rare delayed vascular complication of robotic para-aortic lymph node dissection: L4 lumbar artery pseudoaneurysm presenting with massive retroperitoneal hemorrhage. The absence of significant intraoperative bleeding and the delayed presentation on postoperative day 11 make an acute arterial injury less likely. A plausible mechanism is delayed disruption of the lumbar arterial wall at the site of surgical manipulation, potentially related to delayed rupture of a vascular injury or disruption of a ligation or coagulation site. The exact mechanism, however, cannot be established retrospectively. Clinicians should consider non-renal arterial sources when evaluating delayed retroperitoneal hemorrhage after para-aortic or other retroperitoneal lymph node dissection. Prompt contrast-enhanced CT followed by selective angiography allowed definitive minimally invasive control of the bleeding and avoided surgical re-exploration.

CT 42

"HIDE AND SEEK" RENAL CELL CARCINOMA: THE IMPORTANCE OF LONG-TERM SURVEILLANCE

Luís Borges Pinto[1]; Mariana Capinha[1]; Aparício Coutinho[1]; Pedro Fernandes[2]; Mafalda Santos[1]; Mariana Silva[1]; Paulo Mota[1]; Emanuel Carvalho-Dias[1]
[1]Hospital de Braga
[2]Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

Introduction and objectives: Renal cell carcinoma (RCC) accounts for 2–3% of adult neoplasms, with approximately one-third of patients presenting with synchronous metastases. While the lungs, bones, and lymphatic system are common metastatic sites, metastatic RCC without an identifiable primary renal lesion is exceedingly rare, particularly when involving soft tissues.

Materials and methods: A 72-year-old male with no relevant medical or surgical history presented with a one-month history of progressive hip pain. A CT scan identified a 5 cm soft tissue lesion centered at the left sacral ala, characterized by significant osteolysis of the surrounding bone, highly suggestive of a secondary neoplastic process.

Results: Ultrasound-guided biopsy and histopathological examination revealed clear cell carcinoma of renal origin. Immunohistochemistry was positive for CD10, EMA, and p504s, confirming the diagnosis. Despite comprehensive staging—including thoraco-abdominopelvic CT, MRI, and FDG-PET—no primary renal tumor or other metastatic sites were detected.

The case was discussed at a multidisciplinary oncology meeting, and the patient underwent

localized radiotherapy (50 Gy in 20 fractions over 4 weeks), resulting in complete symptomatic resolution. One-year follow-up imaging remained stable, and a repeat biopsy of the sacral site revealed total necrosis with no viable malignant cells. However, 42 months after the initial diagnosis, follow-up MRI identified a suspicious 3 cm lesion in the left renal cortex. A restaging CT performed four weeks later demonstrated rapid tumor progression to 5 cm, now involving the renal sinus, without evidence of distant metastases. The patient was subsequently referred for radical left nephrectomy, with histopathology pending.

Conclusion: This case highlights a clear cell RCC that likely underwent spontaneous involution of the primary tumor following early dissemination, followed by a delayed and aggressive manifestation in the renal parenchyma 3.5 years later. It underscores the unpredictable biological behavior of RCC and emphasizes the critical importance of long-term, rigorous surveillance, even when the primary tumor remains occult.

CT 43

EXPECT THE UNEXPECTED: NAVIGATING RARE METASTATIC SITES IN RENAL CELL CARCINOMA

Luís Borges Pinto[1]; Mariana Capinha[1]; Aparício Coutinho[1]; Pedro Fernandes[2]; Mafalda Santos[1]; Mariana Silva[1]; Paulo Mota[1]; Emanuel Carvalho-Dias[1]
[1]Hospital de Braga
[2]Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

Introduction and objectives: Renal cell carcinoma (RCC) accounts for approximately 2-3% of adult neoplasms. About one-third of patients present with metastasis at the time of diagnosis. The most frequent metastatic site is the lung, followed by bone and the lymphatic system. Other less common sites include the liver, brain, and endocrine organs. According to the literature, the most common sites for cutaneous metastasis are the scalp, chest, and abdomen. Cutaneous metastases typically present as single, nodular, and/or granulomatous lesions, which can be mistaken for pyogenic granulomas, cutaneous cysts, or Kaposi's sarcoma. Therefore, histological characterization is essential. We present a clinical case where a metastatic lesion identified on the skin of the calcaneus (heel) led to the initial diagnosis of metastatic RCC.

Materials and methods: A 58-year-old male, with no relevant medical or surgical history, presented with a skin lesion in the left calcaneal region with a three-month history. Due to poor healing, he was referred to a General Surgery consultation. At that time, he presented an ulcerated wound with approximately 4 cm, containing granulation tissue and fibrin. An excisional biopsy was performed under local anesthesia. Histopathology revealed cutaneous infiltration by a malignant neoplasm with morphological and immunohistochemical features consistent with RCC metastasis. Staging with thoraco-abdominopelvic CT revealed a solid, heterogeneous lesion in the upper third of the right kidney, measuring approximately 5x5 cm, with renal sinus invasion. PET-FDG also identified lytic bone lesions in the right humerus and the 9th right acromioclavicular joint. Laboratory tests were unremarkable. The patient had a Karnofsky score of 100%. According to the IMDC (International Metastatic RCC Database Consortium) model, the prognosis is intermediate risk (time from diagnosis to treatment less than 1 year).

Results: A multidisciplinary oncology board decided on systemic treatment with combined immunotherapy (nivolumab + ipilimumab). The patient is currently undergoing treatment without significant complications.

Conclusion: This case reports a rare site of RCC metastasis, demonstrating the unpredictable dissemination pattern of these tumors. RCC metastasis sometimes occurs in unusual locations, leading to challenging initial clinical manifestations.

CT 44

EXTENSIVE LATE UPPER TRACT UROTHELIAL RECURRENCE AFTER RADICAL CYSTECTOMY DESPITE A NEGATIVE URETERAL MARGIN

Vera Chambel; Carolina Rosado Tam; João Pedro Baldo; Renato Lains Mota; Luís Abranches Monteiro
Hospital Egas Moniz

Introduction & Objectives: Upper tract urothelial carcinoma (UTUC) develops in 4–10% of patients following radical cystectomy (RC) and is associated with poor outcomes. Despite surveillance, most cases are diagnosed on the basis of

symptoms rather than imaging. Positive ureteral or urethral margins and tumour multifocality are the strongest predictors of recurrence. The concept of panurothelial field cancerization suggests lifelong susceptibility of the remaining urothelium, and distal ureteral carcinoma in situ (CIS), even with a negative surgical margin, may represent persistent oncological risk. We report an unusually extensive upper tract recurrence occurring almost 6 years after RC despite apparently organ-confined bladder cancer and a negative distal ureteral margin, highlighting the challenges of long-term surveillance and surgical management following ileal conduit (IC) diversion.

Materials & Methods: Retrospective case report. A 73-year-old man underwent neoadjuvant cisplatin-based chemotherapy (gemcitabine plus cisplatin), followed by radical cystoprostatectomy, bilateral pelvic lymph node dissection, Bricker-type IC urinary diversion and urethrectomy in August 2020. Histology: ypT1N0R0 high-grade papillary urothelial carcinoma with concomitant CIS in the right distal ureter, negative surgical margin. Incidental pT2N0R0 Gleason 3+4 prostate adenocarcinoma. No adjuvant treatment was administered.

Results: In 2026, almost 6 years after RC, surveillance imaging identified an infiltrative lesion of the right renal pelvis and proximal ureter with suspected renal parenchymal extension. Prior to positioning for laparoscopy, intraoperative endoscopic evaluation of the IC demonstrated tumour involvement at the ureteroileal anastomosis. Laparoscopic right nephroureterectomy was performed with en bloc excision of the ureteroileal anastomosis and IC repair. Histology revealed a 55-mm high-grade invasive urothelial carcinoma with focal squamous differentiation, extending over approximately 100 mm of ureter and involving the renal pelvis, renal parenchyma, perinephric fat and renal vein. Extensive necrosis, lymphovascular and perineural invasion and concomitant ureteral CIS were identified. Proximal and distal ureteral margins were involved by CIS and high-grade papillary urothelial carcinoma, with additional involvement of the ureteroileal anastomosis. No lymph nodes were retrieved. Final stage: pT4 pNx, with panurothelial involvement extending from the renal pelvis to the ureteroileal anastomosis. Postoperatively, the patient developed acute-on-chronic kidney injury with contralateral ureterohydronephrosis and a small IC dehiscence, managed with percutaneous nephrostomy and antibiotic therapy, with subsequent clinical and renal function recovery. He was considered ineligible for cisplatin because of impaired renal function and underwent PD-L1 testing to assess eligibility for adjuvant nivolumab.

Conclusions: This case raises several clinically relevant questions regarding the long-term management of urothelial carcinoma after RC. Distal ureteral CIS, even with a negative surgical margin, may serve as a marker of persistent panurothelial risk. The unusually extensive and late pT4 upper tract recurrence involving the ureteroileal anastomosis highlights that recurrence may occur many years after apparently curative surgery and supports prolonged, risk-adapted upper tract surveillance in selected high-risk patients. Furthermore, intraoperative endoscopic assessment of the ileal conduit may identify occult anastomotic involvement and directly guide complete en bloc excision of the ureteroileal anastomosis, facilitating complete oncological resection. Further studies are warranted to define surveillance strategies and the role of intraoperative endoscopic evaluation in this setting.

CT 45

LIPOSSARCOMA DO CORDÃO ESPERMÁTICO: O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO NUMA SÉRIE DE CASOS CLÍNICOS

Tiago Coutinho; Francisco Miranda; João Pedro Maldonado; Joana Rita Melo; Tiago Sousa; Ana Marta Ferreira; Paulo Azinhais; Arnaldo Figueiredo
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: O lipossarcoma do cordão espermático é uma neoplasia mesenquimatosa rara, correspondendo a uma minoria dos tumores paratesticulares. Apresenta-se tipicamente como uma massa inguino- escrotal insidiosa e indolor, mimetizando patologia benigna. O controlo local constitui o maior desafio terapêutico devido ao facto de se tratar de uma neoplasia maligna localmente agressiva, com uma elevada incidência de recidiva local. A presente série engloba os

resultados de 4 casos diagnosticados e tratados em centro único.

Objetivos: Avaliar a apresentação clínica, a precisão imagiológica, a abordagem cirúrgica, os resultados oncológicos e o papel da terapêutica adjuvante (radioterapia e quimioterapia) numa casuística de doentes com lipossarcoma do cordão espermático tratados num único centro.

Material e métodos: Análise retrospetiva dos registos clínicos de doentes com diagnóstico histológico de lipossarcoma do cordão espermático avaliados no nosso serviço. Foram colhidos e analisados dados demográficos, clínicos (tempo de evolução, diagnóstico presuntivo), imagiológicos (dimensão radiológica pré-operatória), cirúrgicos (tipo de abordagem, reintervenções, estado das margens - R0/R1/R2), histopatológicos (dimensão real da peça, subtipo, grau) e variáveis de follow-up (terapêutica adjuvante, sobrevida e recidiva).

Resultados: Identificaram-se 4 doentes do sexo masculino com idade mediana de 69,5 anos (45-78). O tempo mediano de evolução dos sintomas até à primeira apresentação foi de 7 meses (6-36). A clínica inaugural consistiu numa massa inguino-escrotal indolor em 75% dos casos. Constatou-se erro diagnóstico presuntivo inicial em 3 doentes (assumidos como hérnia inguinal, hidrocelo ou quisto epididimário).Imagiologicamente, verificou-se uma subestimação sistemática da dimensão tumoral, apresentando as lesões um tamanho mediano radiológico de 3,7 cm versus um tamanho real mediano na peça operatória de 9,7 cm (2,5 a 14,5 cm). Histologicamente, todos os casos (100%) corresponderam ao subtipo desdiferenciado (3 de alto grau e 1 de baixo grau). Apenas 1 caso (25%) obteve margens cirúrgicas livres (R0). Nos restantes 3 casos (75%), as margens foram comprometidas (R1/R2), motivando reintervenção cirúrgica (orquiectomia radical com laqueação alta ou excisões alargadas). Foi realizada radioterapia adjuvante (doses de 45-56 Gy) em 3 doentes (75%). Dois doentes realizaram Quimioterapia. Com um tempo mediano de seguimento de 42 meses (5-106), observou-se 1 metastização à distância letal (massa retroperitoneal) 9 anos (106 meses) após o diagnóstico primário. Atualmente, 3 doentes estão vivos, sem recidiva local até à data.

Discussão/Conclusões: O lipossarcoma do cordão espermático constitui uma armadilha diagnóstica, sendo vulgarmente abordado como patologia benigna, o que compromete o planeamento oncológico inicial. A severa subestimação volumétrica na imagiologia reflete a dificuldade em distinguir o componente lipomatoso neoplásico da gordura adjacente e a ausência de padrões imagiológicos patognomónicos. A elevada taxa de margens positivas desta série (75%) poderá espelhar não só as limitações do exame objetivo e da imagem como a tendência dos sarcomas para se infiltrarem amplamente nos tecidos locais. A radioterapia adjuvante foi consensual para otimização do controlo local nos 3 doentes com tumores de maiores dimensões (≥ 5,5cm). A metastização fatal reportada ao fim de 9 anos sublinha a imprevisibilidade biológica deste tumor, ditando a obrigatoriedade de um *follow-up* a longo prazo.

CT 46

HISTOPATHOLOGICAL FINDINGS IN NEPHRECTOMIES FOR SUSPECTED RENAL CELL CARCINOMA: A 10 YEAR ANALYSIS

Miguel Lourenço; João Ricardo Silva; Maria Inês Nascimento; João Pedro Peralta; Ana Sofia Sabença; Rui Maciel; Samuel Bastos; Jorge Dias; Luís Xambre
ULS de Gaia-Espinho

Introduction & Objectives: In this study, we aimed to characterize the demographic and pathological profile of surgically treated renal tumors and to identify factors associated with malignancy and advanced pathological stage.

Materials & Methods: We retrospectively analyzed 297 renal lesions from 286 patients who underwent surgical treatment (radical or partial nephrectomy) over a 10 year period comprised between 2011 and 2021, as to include only patients who had fully completed the follow up surveillance of RCC. Lesions were classified as benign or malignant based on histopathology. Age and tumor size were compared between groups using the Mann-Whitney U test (non-normal distributions, confirmed by Shapiro-Wilk). Associations between sex, tumor size, and malignancy/pathological stage (≤pT2 vs. >pT2) were assessed using Chi-square and Fisher's exact tests.

Results: Median patient age was 65 years (IQR 57–72). Clear cell carcinoma was the predominant histology (54.5%), followed by chromophobe (10.4%) and oncocytoma (7.7%). Malignant tumors accounted for 84.5% of lesions, with benign lesions representing 14.5%. Benign lesions were significantly smaller than malignant ones (median 30 mm vs. 38.5 mm; p = 0.004). No significant association was found between sex and malignancy (Fisher's exact p = 0.504) or between sex and pathological stage (p = 0.500). Among malignant lesions with staging data (n=249), 81.9% were ≤pT2. Sarcomatoid and rhabdoid variants, although rare (n=8), were disproportionately associated with advanced stage (>pT2 in 66–100% of cases), consistent with their known aggressive phenotype.

Conclusions: Tumor size, but not patient sex, was significantly associated with malignant histology and advanced pathological stage in our cohort. This difference in results versus what is currently know in literature (female sex being associated with smaller lesion, and more often bening) may due to sample size or selection bias - due to women having smaller lesions and longer lifespans they may more often be selected for minially invasive techniques such as thermoablation. As is consisted with current published literature, sarcomatoid/rhabdoid differentiation, despite its rarity, was strongly linked to advanced-stage presentation, reinforcing its prognostic relevance and the need for its systematic reporting.

CT 47

SACRAL NEUROMODULATION IN A PORTUGUESE TERTIARY CENTRE: A SIX-YEAR INSTITUTIONAL EXPERIENCE

João Oliveira; Joana Silva; Luís Vale;
Tiago Antunes Lopes; Carlos Ferreira; João Silva
Centro Hospitalar de S. João, Epe

Introduction and objectives: First described in the late 1980s, sacral neuromodulation (SNM) has evolved into a highly effective, minimally invasive therapeutic modality for refractory lower urinary tract dysfunction (LUTD). Its primary indications include idiopathic and neurogenic overactive bladder (OAB), as well as non-obstructive urinary retention, consistently demonstrating robust long-term efficacy and significant improvements in patients' quality of life. The objective of this study is to describe the clinical caseload, procedural indications, and functional outcomes of SNM procedures performed at our tertiary centre.

Materials and methods: We conducted a retrospective of all patients undergoing an SNM test phase between 1st Januray 2021 and 31st July2026 in our teritiary center. Extracted variables included patient demographics, primary clinical indication, test-to-implant conversion rates for a permanent implantable pulse generator (IPG), and clinical outcomes at the last follow-up. Clinical response was standardized as a ≥50% improvement in voiding diary parameters for OAB and urinary retention, or a ≥30% reduction in pain scores for chronic pelvic pain (CPP). Outcomes were stratified into complete success, partial success (necessitating adjuvant therapy), or loss of efficacy.

Results: 53 patients (77.4% female; mean age, 52 years) were evaluated during the test phase. Primary indications included idiopathic wet OAB (n=20; 37.7%), idiopathic urinary retention (n=19; 35.8%), neurogenic OAB (n=5; 9.4%), CPP (n=5; 9.4%), and neurogenic urinary retention (n=4; 7.5%). Annual procedural volume ranged from 5 to 15, peaking in 2025. Excluding three patients actively undergoing testing at the time of analysis, 43 of the 50 eligible patients transitioned to a permanent IPG, yielding an 86% conversion rate. At a median post-implantation follow-up of 17.3 months, 12-month outcomes demonstrated 84% complete success, 10% partial success, and 6% loss of efficacy. At 24 months, these rates were 71%, 18%, and 11%, respectively, correlating with an 89% neurostimulator survival rate. At the final follow-up, complete success was sustained in 63% (12/19) of idiopathic OAB cases, 73% (11/15) of idiopathic retention cases, 100% of the neurogenic cohort (OAB [n=4]; retention [n=2]), and 33% (1/3) of CPP patients. There were no recorded cases requiring device explantation throughout the duration of the study

Conclusions: SNM is a consolidated and expanding therapeutic modality within our institution, demonstrating a robust test-to-implant conversion rate. The majority of patients exhibit sustained functional responses over medium-term follow-up.

Loss of therapeutic efficacy is infrequent and predominantly observed within the initial 24 months post-implantation.

CT 48

GIANT INDETERMINATE RETROVESICAL CYSTIC MASS COEXISTING WITH CAECAL ADENOCARCINOMA: A DIAGNOSTIC AND SURGICAL CHALLENGE

Vera Chambel; Carolina Rosado Tam; Joao Pedro Baldo; Renato Lains Mota; Luis Abranches Monteiro
Hospital Egas Moniz

Introduction & Objectives: Primary seminal vesicle tumours are extremely rare, and cystadenomas are exceptionally uncommon benign lesions with fewer than 30 cases reported. When large, they mimic malignant pelvic masses and pose a diagnostic challenge, since the differential includes Mullerian duct and prostatic utricle cysts, ejaculatory duct cysts, cystic prostatic neoplasms, lymphangioma, retroperitoneal cystic tumours and seminal vesicle cystadenocarcinoma. Preoperative distinction is often impossible and biopsy frequently inconclusive. We report the coexistence of a caecal adenocarcinoma and a giant indeterminate cystic pelvic mass of probable seminal vesicle origin, highlighting the workup and combined surgical strategy.
Materials & Methods: Retrospective case report. A 77-year-old man, with hypertension and dyslipidaemia, presented with constant pelvic pain radiating to the lower limbs and lower urinary tract symptoms (reduced voided volumes, nocturia 4-5x, vesical tenesmus) unresponsive to silodosin. Digital rectal examination revealed a smooth, elastic, easily compressible asymmetric left-sided lesion, consistent with the cystic mass. Colonoscopy showed an extensive ulcerated caecal lesion invading the ileocaecal valve; biopsy confirmed adenocarcinoma. Workup showed mildly elevated CEA (6.6 ng/mL), normal CA19.9 and PSA 4.10 ng/mL. Ultrasound identified a multiloculated cystic mass (14.2 x 11.7 x 11.6 cm) posterolateral to the bladder. MRI characterised a multiloculated cystic mass (11.3 x 9.7 x 9.7 cm) in close relation to the left seminal vesicle, moulding the prostate, bladder and rectum with preserved cleavage planes, without prostatic lesions. Staging CT confirmed both lesions. Urinary cytology was negative. Cystoscopy showed a submucosal cystic bulge at the bladder neck; puncture drained 20 cc of cystic fluid, with no atypia or malignant cells (consistent with benign cystic content) and negative microbiology.
Results: The patient presented with two concurrent lesions: biopsy-proven caecal adenocarcinoma and a giant symptomatic retrovesical cystic mass of uncertain origin and nature. Imaging suggested a seminal vesicle cystadenoma, with cystic lymphangioma considered an alternative diagnosis. Preserved cleavage planes and negative cyst-fluid cytology did not exclude malignancy. Following multidisciplinary discussion, a combined surgical strategy was agreed upon: resection of the caecal adenocarcinoma and an attempt at partial endoscopic resection of the cystic mass during the same operative session, if technically feasible. The planned approach aims to treat the confirmed malignancy and obtain tissue for definitive histopathological diagnosis. Surgery has not yet been performed.
Conclusions: This case illustrates two points. First, giant retrovesical cystic masses pose a diagnostic challenge, as imaging and cyst-fluid cytology may be insufficient to establish their origin or exclude malignancy. Coexistence with a separate, biopsy-proven malignancy adds complexity to treatment planning. Second, incidental detection of a coexisting pelvic mass during oncological staging demands a structured multidisciplinary approach to sequence and combine treatments safely. Recognising the coexistence of a resectable colonic malignancy with a symptomatic indeterminate pelvic mass enabled a single combined surgical strategy, optimising oncological control and symptom relief while pursuing a definitive diagnosis. Histological confirmation and postoperative outcomes remain pending.

CT 49

IMMUNE PROFILE IN RENAL CELL CARCINOMA: IN SEARCH OF A CANCER FINGERPRINT?

Maria Castilho[1]; Patrícia Corredeira[2]; Miguel Miranda[1]; Pedro Simões de Oliveira[1]; Marília Antunes[3]; Luís Costa[4]; Tito Palmela Leitão[5]

[1]ULS Santa Maria

[2]Fundação GIMM - Gulbenkian Institute for Molecular Medicine

[3]Centro de Estatística e Aplicações, Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa

[4]Serviço de Oncologia Médica da Unidade Local de Saúde de Santa Maria

[5]Hospital da Luz Lisboa

Introduction: Renal cell carcinoma (RCC) is the most lethal of the common urological cancer. Incidence is rising, largely due to incidental detection on imaging, often at an early and asymptomatic stage. Clear cell RCC (ccRCC) is the most common subtype and dominates metastatic disease. Localized RCC is mainly treated with surgery; however, up to 30% present with metastasis at diagnosis, 30-40% of advanced cases recur, and 50% eventually develop distant metastases. Systemic treatment of ccRCC in now based on immunotherapy, as the host immune system plays a central role in RCC control, although resistance remains inevitable. The systemic immune landscape of RCC and its diagnostic value versus benign tumours like oncocytoma, remains incompletely characterized.

Objectives: To characterize the peripheral blood immune profile of RCC patients across clinical subgroups (staging, histology, grade), comparing with oncocytoma and healthy controls to identify immune signatures of disease presence, progression and outcome.

Material and methods: Peripheral blood from two RCC cohorts was profiled: a cohort from a microfluidic device validation for RCC (8 patients with localized disease and 10 with metastasis) and a cohort of 34 radical nephrectomy patients from a previous published RCT, with samples collected intra-operatively and after 30 days, plus 10 non-oncological controls. Additionally, a cohort of 50 healthy volunteers was also included. PBMCs were isolated, stimulated (PMA/ionomycin/Brefeldin A), stained with three antibody panels for surface/intracellular markers and analysed by flow cytometry, yielding 64 immune populations. Wilcoxon rank-sum test compared 2 groups, with p values BH-adjusted. Point-biserial correlation assessed binarized (normal/high) CRP, creatinine, calcium, urea and leucocyte counts in RCC patients. Dunn's test was used for multiple-group comparisons. $p \leq 0.05$ was significant.

Results: RCC patient's immune profile differed from healthy donors in the following white blood cell populations: increased Treg, MDSC and cytokine (TNF-α+, IFN-γ+) producing CD4+, CD8+ and Vδ1+ T cells, and reduced memory CD8+/Vδ1+ populations ($p \leq 0.014$). Oncocytoma patients showed a similar immune profile shift as RCC compared to healthy donors. There was no difference between tumour histological subtypes, symptomatic status, ISUP grade, TN staging, pre-vs post-nephrectomy timepoints, or chronic inflammation status. Conversely, TNF-α+ CD4+, CD8+, Vδ1+ and Vδ2+ populations rose progressively from M0 to treatment-naïve M1 to progressing M1 ($p \leq 0.05$), with parallel loss of CD4+ central memory. There was no association to 4-year recurrence. Renal function correlated with immune profile: worsening CKD grade was linked to reduced polyfunctional (TNF-α+IFN-γ+) CD4+/CD8+/Vδ1+ responses and reduced NKG2D expression, while elevated creatinine correlated with increased NKG2D-expressing CD4+/CD8+/Vδ1+/Vδ2+ populations. CRP, calcium and urea correlated with distinct effector, Treg and IL-17+ subsets, with different patterns between RCC and oncocytoma.

Discussion and conclusions: Both RCC and oncocytoma showed a convergent systemic immune signature versus healthy donors — increased TNF-α-producing CD4+, CD8+ and Vδ1+ T-cells alongside contraction of the memory compartment — indicating that this pattern reflects the presence of a renal mass rather than malignancy per se and explaining the lack of discrimination between RCC and oncocytoma. Metastatic burden was the main driver of additional immune variation, with TNF-α-producing populations rising progressively from localized to metastatic treatment-naïve to progressing disease. Renal function also correlated independently with immune profile, with worsening CKD grade linked to reduced polyfunctional and NKG2D-expressing T-cell responses, consistent

with the immune senescence reported in CKD literature — highlighting it as a confounder to be accounted for in future RCC immune-biomarker studies.

CT 50

REAL-WORLD OUTCOMES OF ANDROGEN RECEPTOR PATHWAY INHIBITORS IN METASTATIC HORMONE-SENSITIVE PROSTATE CANCER: A SINGLE-CENTRE COHORT STUDY

Joana Rodrigues; Maria Castilho; André Ye; Rodrigo Duarte; Nair Agostinho; Miguel Miranda; João Almeida; Sandro Gaspar; José Palma Dos Reis
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introduction: Androgen receptor pathway inhibitors (ARPIs) combined with androgen deprivation therapy (ADT) have become a standard of care for metastatic hormone-sensitive prostate cancer (mHSPC), with clinical trials demonstrating substantial improvements in disease management and survival. We aimed to evaluate treatment outcomes, prostate-specific antigen (PSA) response and adverse events in patients with mHSPC treated with apalutamide or darolutamide in a real-world population.

Material and methods: We performed a retrospective single-centre observational study of patients with mHSPC treated with ADT plus ARPI or treated with ADT plus ARPI plus docetaxel, at a tertiary center between June 2020 and June 2026. Treatment outcomes, PSA response and adverse events (AEs) were analyzed.

Results: A total of 61 patients were included (median age: 62 years; 50% ECOG 0). Metachronous metastatic disease was present in 85% of patients, while 15% presented with *de novo* mHSPC. Bone metastases were present in 84% of patients, nodal metastases in 46% and visceral/pulmonary metastases in 21%. High volume disease was present in 41% of the patients. Among patients with documented histological grading, ISUP grades were distributed as 10% grade 1 or 2; 27% grade 3; 37% grade 4; and 25% grade 5. Apalutamide was administered in 85% of patients and darolutamide in 15%.

A ≥90% PSA reduction was observed in 85% of evaluable patients, while 84% achieved a PSA nadir ≤0.2 ng/mL. Median PSA nadir was 0.01 ng/mL, with a median time to nadir of 6 months. At a median follow-up duration of 34 months, 80% patients remained on treatment, 13% had progressed to metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC) and 10% had died (all-cause mortality). Adverse events were reported in 56% of patients, with dose modifications required in 13%. The adverse events included chemotherapy-related toxicities in the triplet regimen subgroup. In these patients, docetaxel-associated events, such as hematological toxicities, fatigue, gastrointestinal disturbances and peripheral neuropathy, accounted for the majority of toxicities. Conversely, the safety and tolerability profile of the ARPIs included adverse events classified as Grade 1 or 2, including maculopapular rash, fatigue, and hypertension for apalutamide, and a low rate of central nervous system-related events for darolutamide. No permanent ARPI discontinuation due to toxicity was reported.

Conclusions: In this real-world single-centre cohort, treatment of patients with mHSPC treated with ADT plus ARPI +/- docetaxel was associated with substantial PSA responses, with the majority of patients achieving a ≥90% PSA reduction and a PSA nadir ≤0.2 ng/mL. Notably, these biochemical responses are comparable to the PSA efficacy benchmarks reported in pivotal phase III clinical trials (such as TITAN and ARASENS). Furthermore, most patients remained on treatment despite more than half of them reporting adverse effects, with no permanent ARPI discontinuation due to toxicity. Progression to mCRPC and/or death occurred in around 20% of patients. Overall, these findings support the effectiveness and tolerability of the treatment with ARPIs in real-world mHSPC including in a population with high volume disease (41%) and aggressive histology (62% ISUP 4-5). Longer follow-up of this cohort will clarify whether these responses translate into durable disease control.

CT 51

ECTOPIA TESTICULAR CRUZADA: UM ACHADO INTRAOPERATÓRIO RARO AQUANDO DE CORREÇÃO DE HÉRNIA INGUINAL ESTRANGULADA

João Ricardo e Silva; Maria Inês Nascimento; João Peralta; Miguel Lourenço; Ana Sofia Sabença; Rui Miguel Maciel; Samuel Bastos; Luís Costa; Luís Xambre
ULS Gaia/Espinho

Introdução: A ectopia testicular cruzada é uma anomalia congénita rara da migração testicular, caracterizada pela passagem de ambos os testículos através do mesmo canal inguinal para o mesmo hemiescroto, com incidência estimada de cerca de 1 em cada 4 milhões de crianças. É classicamente diagnosticada na idade pediátrica, sendo rara em adultos. Classifica-se em três tipos: o tipo 1, o mais frequente (40 a 50%), associado a hérnia inguinal ipsilateral; o tipo 2, associado a síndrome de persistência dos ductos de Müller (cerca de 30%); e o tipo 3, associado a outras anomalias genitais, como hipospádias ou microlitíase testicular (cerca de 20%). O diagnóstico é habitualmente incidental, ocorrendo durante a exploração cirúrgica de uma hérnia inguinal ou de um testículo não palpável.
Objetivos: Descrever um caso de ectopia testicular cruzada diagnosticada intraoperatoriamente num doente adulto submetido a cirurgia urgente por hérnia inguino-escrotal estrangulada.
Material e métodos: Descrição de caso clínico, com base na revisão do processo clínico, registo operatório e evolução pós-operatória de um doente internado.
Resultados: Doente do sexo masculino, 65 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, doença arterial periférica, e hérnia inguinal esquerda volumosa de longa evolução, recorreu ao serviço de urgência por tumefação esquerda irredutível, dolorosa e com sinais inflamatórios, com suspeita clínica de hérnia inguinal estrangulada associada de isquemia testicular. Foi submetido a cirurgia urgente sob anestesia loco-regional. Intraoperatoriamente, identificou-se saco herniário volumoso sob tensão, com cerca de 30 cm de delgado necrosado, tendo sido realizada enterectomia segmentar com anastomose. Após avaliação conjunta com a equipa de Urologia, foram identificados dois cordões espermáticos à esquerda, terminando ambos em estruturas testiculares alojadas no mesmo saco escrotal, sem sinais macroscópicos de isquemia, configurando um quadro compatível com ectopia testicular cruzada tipo 1. Optou-se pela preservação de ambas as estruturas e respetivos cordões, com encerramento proximal do saco, correção da hérnia sem prótese e colocação de dreno escrotal. No pós-operatório, o doente desenvolveu tumefação escrotal esquerda progressiva, associada a febre e elevação de parâmetros inflamatórios, com imagem sugestiva de coleção sobreinfetada na bolsa escrotal. Por agravamento clínico, foi reoperado, com escalada antibiótica. Identificou-se um dos testículos de aspeto preservado e, separadamente, a segunda estrutura, abcedada e encapsulada, com cerca de 5 cm e pedículo vascular próprio, excisada na totalidade após laqueação do pedículo, com desbridamento, lavagem da loca e novo dreno. O exame anatomopatológico revelou a presença de um angiolipoma. O doente evoluiu favoravelmente sob antibioterapia dirigida.
Discussão/Conclusões: A ectopia testicular cruzada é uma anomalia excecionalmente rara na idade adulta, sendo o seu diagnóstico habitualmente incidental, no decurso da correção urgente de uma hérnia inguinal ipsilateral estrangulada, como no caso descrito. O reconhecimento intraoperatório desta entidade é fundamental para orientar a decisão cirúrgica no sentido da preservação das estruturas testiculares, sempre que viáveis, evitando orquidectomias desnecessárias. A complicação infeciosa pós-operatória de uma das estruturas ectópicas pode condicionar a necessidade de reintervenção precoce, reforçando a importância da vigilância clínica estreita e do seguimento a longo prazo, dado o risco teórico acrescido de infertilidade e de neoplasia testicular associado a esta anomalia.

CT 52

OPTILUME BALLOON RUPTURE AT 9 ATM MIMICKING URETHRAL PERFORATION

João Pedro Chambino; João Melo; Joana Rodrigues; Maria Castilho; Filipe Quintas; Nair Conceição; Anatoliy Sandul; José Palma dos Reis
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introduction: Optilume drug-coated balloon dilation is increasingly used for recurrent anterior urethral strictures. In ROBUST III, the most common device/procedure-related adverse events were post-procedural haematuria (11.4%), dysuria (6.3%) and urinary tract infection (6.3%), while serious device-related complications were uncommon. In the FDA pivotal dataset, 4 of 129 opened/used devices (3.1%) had mechanical deficiencies—3 balloon bursts and 1 balloon leak—without associated adverse events. Distinguishing device leakage from true urethral injury is therefore clinically relevant.
Objectives: To report rupture of a 30-Fr Optilume balloon at 9 atm, below its 10-atm rated burst pressure, producing fluoroscopic contrast extravasation that initially mimicked urethral perforation.
Material and methods: A 63-year-old man with previous prostate brachytherapy and salvage cryoablation presented with severe obstructive voiding symptoms. Preoperative uroflowmetry showed Qmax 2.9 mL/s with a voided volume of 137 mL. Flexible urethrocystoscopy demonstrated a bulbar urethral stricture not passable with an 18-Fr flexible cystoscope. Standard Optilume dilation was performed under endoscopic and fluoroscopic control using a 30-Fr, 10-mm × 50-mm balloon.
Results: During inflation at 9 atm, an audible "pop" occurred, followed by immediate fluoroscopic contrast extravasation, initially raising concern for urethral perforation. The leakage pattern was distal and appeared device-related. Inspection after removal confirmed distal balloon rupture. No intraoperative escalation was required and a 14-Fr urethral catheter was left in place. The postoperative course was uncomplicated, with no clinical evidence of urethral perforation, infection or allergic reaction. Follow-up showed objective improvement: Qmax increased from 2.9 to 17.7 mL/s and voided volume from 137 to 309 mL; subsequent ultrasound showed a post-void residual of 24 mL.
Discussion/Conclusions: Balloon rupture is an uncommon but documented Optilume device deficiency and may fluoroscopically mimic urethral wall disruption. In this case, failure occurred at 9 atm, below the labelled 10-atm rated burst pressure for the 30-Fr/10-mm balloon. Recognition relied on the pressure at failure, distal leakage pattern and systematic inspection of the device after removal. Awareness of this differential diagnosis may prevent unnecessary intraoperative escalation while still prompting catheter drainage, documentation, device reporting and structured follow-up. This case complements trial safety data by highlighting a practical mechanical failure that may be under-recognised in routine clinical practice.

CT 53

QUESTIONÁRIO SOBRE ATITUDES, CONHECIMENTO E PERCEÇÃO DE RELEVÂNCIA DA FORMAÇÃO EM NON-TECHNICAL SKILLS EM UROLOGIA

Rita Alexandra Nunes Rodrigues[1]; Tiago Ribeiro de Oliveira[1]; Mário Pereira Lourenço[2]; Karan Wadhw[3]; Pedro Nunes[4]; Chandra Shekhar Biyani[1]
[1]Hospital das Forças Armadas - Polo de Lisboa
[2]IPO Coimbra
[3]Mid Essex Hospital Services NHS Trust, Chelmsford
[4]ULS Coimbra

Introdução: As competências não técnicas (*non-technical skills, NTS*) são elementos centrais da segurança cirúrgica. Em Portugal não existe qualquer programa de formação cirúrgica que integre NTS formalmente, nomeadamente em Urologia.
Objetivos: Avaliar a perceção de relevância, o conhecimento atual e as necessidades formativas em NTS em Urologia, em Portugal.
Material e métodos: Este é um estudo observacional transversal realizado mediante aplicação de um questionário eletrónico, desenvolvido considerando os protocolos NOTSS/NoTSUS, entre médicos internos e especialistas em Urologia, em Portugal em maio de 2026. O questionário incluiu diferentes questões para a avaliação da perceção de relevância, do ambiente formativo e da motivação para a formação em NTS, segundo uma escala de Likert de 5 pontos, bem como questões adicionais para avaliar o conhecimento de

conceitos básicos de NTS. Nas comparações entre subgrupos, aplicaram-se os testes U de Mann-Whitney e exato de Fisher. Para avaliar a relação entre experiência profissional e confiança intraoperatória em gerir situações de stress, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman. Considerou-se um valor de p<0,05 como estatisticamente significativo. A análise estatística foi realizada através do software Jamovi.

Resultados: Entre os 50 participantes (26 médicos internos, 24 médicos especialistas), a perceção de relevância de NTS obteve elevada concordância (92-100%), contrastando com o atual ambiente formativo deficitário nesta área - apenas 18% consideram que NTS são adequadamente ensinadas e 26% reportam feedback útil; 76% reportam maior valorização de competências técnicas pelo serviço que integram. Em contrapartida, 84% dos participantes estão motivados a obter formação adicional em NTS e demonstram elevado reconhecimento de conceitos básicos de NTS (>94% de respostas corretas em cada questão). O grupo de especialistas reportou maior confiança em gerir situações de stress intraoperatório (U=138, p<0,001), o que se associou positivamente à experiência profissional (Spearman rho=0,49, p<0,001). Os médicos internos reportam mais feedback (U=181, p=0,009), o que poderá dever-se ao contexto de formação inerente ao internato médico.

Conclusões: O contexto formativo deficitário em NTS atual contrasta com a elevada valorização e motivação formativa nesta área. Estes resultados corroboram a necessidade de encarar a formação estruturada em NTS como parte essencial do currículo formativo em Urologia em Portugal e fornecem a base para o seu desenvolvimento e avaliação prospectiva.

Palavras-chave: erro médico, *non-technical skills*, formação cirúrgica, internato médico, Urologia.

CT 54

PRE-BIOPSY PROSTATE HEALTH INDEX DENSITY AND PATHOLOGICAL OUTCOMES OF RADICAL PROSTATECTOMY: A TWO-CENTRE STUDY

Beatriz Oliveira[1], José Preza Fernandes[2], Avelino Fraga[1], Ana Catarina Pacheco[1], Mara Gonçalves[1], Luis Rodrigues[1], Ricardo Ribeiro[1]
[1]ULS Santo Antonio
[2]ULS do Alto Ave - Guimarães

Introduction and objectives: The Prostate Health Index density (PHI-d) improves detection of clinically significant prostate cancer, but its relation to surgical and pathological outcomes is unknown. We assessed whether pre-biopsy PHI-d predicts positive surgical margins (PSM), adverse pathology and ISUP upgrading after radical prostatectomy.

Materials and methods: We retrospectively analysed 112 consecutive men from two Portuguese centres (63 and 49) who underwent robot-assisted radical prostatectomy after a PHI measurement obtained before prostate biopsy. PHI-d was PHI divided by MRI-derived prostate volume. PSM was defined as tumour touching the inked surface; tumour within 1 mm of the ink was classified as negative. The primary endpoint was PSM. Secondary endpoints were adverse pathology (specimen ISUP 3 or higher, pT3 or higher, or seminal vesicle invasion) and upgrading from biopsy to specimen. Logistic regression adjusted for biopsy ISUP, PI-RADS, centre and log prostate volume, with PHI-d on the logarithmic scale. Discrimination was compared by bootstrap with optimism correction and decision curve analysis.

Results: Median age was 70 years, median PSA 10.3 ng/mL, median PHI 63.5 and median PHI-d 1.40. PSM occurred in 61 of 108 men (56 per cent), adverse pathology in 66 of 109 and upgrading in 15 of 107. Median PHI-d was 2.04 in men with PSM and 1.15 in men without (p = 0.001). PHI-d predicted PSM independently of biopsy ISUP, PI-RADS, centre and prostate volume (OR 2.20 per log unit, 95% CI 1.06 to 4.58, p = 0.035), with a consistent direction in both centres. Discrimination rose from 0.642 to 0.684 (difference 0.041, 95% CI -0.003 to 0.151; optimism-corrected 0.616), and net benefit exceeded the clinical model only at threshold probabilities of 50 per cent

or more. A model using total PSA instead of PHI performed at least as well (AUC 0.696). PHI-d was not associated with adverse pathology (OR 2.08, 95% CI 0.83 to 5.20, p = 0.12), which was driven by biopsy ISUP (OR 5.91). PHI-d was associated with upgrading (OR 5.76, 95% CI 1.46 to 22.68, p = 0.012), although with 15 events this estimate is imprecise.
Conclusions: Pre-biopsy PHI-d was associated with positive surgical margins and with ISUP upgrading, independently of biopsy ISUP, PI-RADS, centre and prostate volume, but not with adverse pathology. The gain in discrimination over a clinical model that already includes prostate volume was small and imprecise, and a model using total PSA performed at least as well, so PHI-d cannot currently be recommended for surgical decision-making. Men tested with PHI had higher margin rates than the remainder of one centre's series and both series fall within the institutional robotic learning curve, so confirmation in unselected, mature cohorts is required.

CT 55

PIELONEFRITE ENFISEMATOSA: CASO DE NEFRECTOMIA BEM-SUCEDIDA

Tiago Coutinho; Juliana Santos; Tiago Sousa; Joana Rita Melo; Francisco Miranda; Paulo Azinhais
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A pielonefrite enfisematosa (PNE) é uma infeção renal necrosante rara e grave, caracterizada pela formação de gás no parênquima renal e nos tecidos circundantes. Afeta predominantemente doentes com diabetes mellitus e está associada a uma elevada morbilidade e mortalidade. A tomografia computorizada (TC) é essencial para o diagnóstico, classificação e tomada de decisão terapêutica, em particular através do sistema de classificação de Huang-Tseng, que correlaciona a extensão da doença com o prognóstico e as respetivas estratégias de tratamento.
Objetivos: Apresentar um caso clínico de pielonefrite enfisematosa avançada e demonstrar o papel crucial da classificação tomográfica (TC) na orientação da abordagem clínica e do tratamento cirúrgico definitivo em doentes de alto risco.
Material e métodos: Foi analisado retrospetivamente o caso de um doente do sexo masculino, de 74 anos, com diabetes mellitus tratada com insulina e múltiplas comorbilidades, que se apresentou inicialmente com febre e vómitos. Foram avaliados os dados clínicos, laboratoriais, microbiológicos, radiológicos e cirúrgicos. Realizou-se uma TC com contraste do abdómen e pélvis, englobando as fases sem contraste, arterial, venosa e tardia. Os achados imagiológicos foram interpretados de acordo com a classificação de Huang-Tseng. A abordagem cirúrgica e os resultados pós-operatórios foram documentados, tendo sido incluídas imagens ilustrativas da TC e uma fotografia do rim ressecado.
Resultados: O doente sofreu uma rápida deterioração clínica, desenvolvendo choque sético e cetoacidose diabética. A avaliação laboratorial revelou elevação dos marcadores inflamatórios e lesão renal aguda, tendo a urocultura isolado a bactéria *Klebsiella aerogenes* multirresistente. A imagem por TC demonstrou destruição extensa do parênquima renal esquerdo, com coleções de gás intrarrenal e extrarrenal a estenderem-se além da fáscia de Gerota para o espaço pararrenal, associadas a gás retroperitoneal e suspeita de formação de abcesso no músculo psoas. Estes achados foram consistentes com pielonefrite enfisematosa de classe 3B de Huang-Tseng. Devido à gravidade radiológica e à instabilidade clínica, foi realizada uma nefrectomia unilateral aberta de emergência (tempo operatório: 55 minutos). O exame macroscópico da peça cirúrgica revelou extensa necrose renal, em plena concordância com os achados imagiológicos. O doente apresentou uma melhoria clínica progressiva no período pós-operatório e teve alta duas semanas depois.
Discussão/Conclusões Este caso ilustra o papel fundamental da classificação baseada na TC na gestão da pielonefrite enfisematosa e demonstra que a nefrectomia atempada continua a ser uma intervenção que salva vidas, nomeadamente na doença avançada classe 3B de Huang-Tseng. A combinação dos achados radiológicos com as evidências cirúrgicas macroscópicas fornece uma perspetiva valiosa sobre a gravidade da doença e sustenta a importância do tratamento cirúrgico precoce em doentes de alto risco.

CT 56

PROSTATE HEALTH INDEX (PHI) AND PHI DENSITY (PHI-D) FOR THE DETECTION OF CLINICALLY SIGNIFICANT PROSTATE CANCER IN MEN WITH A PSA- AND MRI-BASED INDICATION FOR BIOPSY

Beatriz Oliveira; Avelino Fraga; Ana Catarina Pacheco; Mara Gonçalves; Luis Rodrigues; Guilherme Gonçalves; Ricardo Ribeiro
ULS Santo Antonio

Introduction and objectives: Among men referred for prostate biopsy on the basis of elevated PSA and multiparametric MRI, a substantial proportion of biopsies are benign or detect only ISUP 1 disease. We assessed whether PHI and PHI-d add information to PSA and PI-RADS for the detection of clinically significant prostate cancer (csPCa, ISUP ≥2), and whether this added value varies by PI-RADS category.
Methods: Retrospective single-centre study of consecutive men biopsied between May 2023 and October 2025, selected on PSA and MRI criteria. PHI was measured before biopsy and did not inform the decision to biopsy. For repeat biopsies only the first was included. PHI-d and PSA density (PSA-d) were calculated using MRI prostate volume. Discrimination was assessed by AUC (95% CI by bootstrap, 2000 replicates), overall and by PI-RADS category. Added value was tested by logistic regression over a base model of age, total PSA and PI-RADS, using the likelihood ratio test.
Results: 191 men were included (median age 70 years, IQR 64–75; median PSA 9.5 ng/mL, IQR 6.2–14.4; median PHI 46.2, IQR 31.2–74.6). csPCa was detected in 117 (61%) and ISUP ≥3 in 56 (30%). PHI discriminated csPCa better than total PSA (AUC 0.78 vs 0.65; ΔAUC +0.13, 95% CI +0.05 to +0.22) and PHI-d better than PSA-d (AUC 0.75 vs 0.65; ΔAUC +0.11, 95% CI +0.03 to +0.19). PHI and PHI-d did not differ from each other (ΔAUC −0.02, 95% CI −0.06 to +0.03). In the multivariable model (n=138), PHI (OR 1.27 per 10 units, 95% CI 1.07–1.50, p=0.007) and PHI-d (OR 2.20 per unit, 95% CI 1.22–3.96, p=0.009) each added independent information to the base model (p=0.002), increasing the AUC from 0.80 to 0.83. PHI-d discrimination was highest in PI-RADS ≤3 lesions (AUC 0.89, 95% CI 0.64–1.00) compared with PI-RADS 4 (0.69) and 5 (0.63). In this subgroup (n=30, 5 csPCa), PHI-d <0.4 identified 10 men (33%) with no csPCa missed. PHI-d correlated with the percentage of positive cores (ρ=0.39, p<0.001), whereas total PSA did not (ρ=0.11, p=0.30).
Conclusions: In men already indicated for biopsy on PSA and MRI criteria, PHI and PHI-d discriminate csPCa better than PSA and PSA-d and add independent information to PI-RADS. The contribution of PHI-d is concentrated in PI-RADS ≤3 lesions, where it may support a decision to defer biopsy. The size of this subgroup requires confirmation in larger cohorts.

CT 57

ISQUEMIA TESTICULAR APÓS HERNIOPLASTIA INGUINAL TIPO LICHTENSTEIN - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

João Ricardo e Silva; Maria Inês Nascimento; João Peralta; Ana Sofia Sabença; Miguel Lourenço; Rui Miguel Maciel; Samuel Bastos; Luís Costa; Luis Xambre
ULS Gaia/Espinho

Introdução: A hernioplastia inguinal pela técnica de Lichtenstein é um procedimento frequente e geralmente seguro. Contudo, pode associar-se a complicações pouco comuns como a isquemia testicular, cuja incidência se estima entre 0,03–0,5% nas reparações primárias e até 5% nas cirurgias de hérnia recidivada. A sua fisiopatologia relaciona-se principalmente com compromisso vascular do cordão espermático, habitualmente por trombose venosa secundária a dissecção extensa, compressão pela prótese ou lesão térmica. A ausência de protocolos específicos faz com que a sua abordagem dependa de uma correta avaliação urológica.
Objetivos: Descrever um caso de isquemia testicular após hernioplastia inguinal pela técnica de Lichtenstein e rever os critérios clínicos e imagiológicos que orientam a decisão entre atitude conservadora e exploração cirúrgica nesta complicação.
Material e métodos: Descrição de caso clínico, com base na revisão do processo clínico, achados ecográficos e evolução do doente, complementada por revisão da abordagem diagnóstica e terapêutica desta entidade.
Resultados: Homem de 56 anos, sem comorbilidades relevantes, submetido a cirurgia de hérnia

inguinal direita pela técnica de Lichtenstein com colocação de prótese plana. O ato cirúrgico caracterizou-se por uma dissecção laboriosa do cordão espermático num ambiente fibrótico. Cinco dias após a cirurgia, recorreu ao serviço de urgência por tumefação inguinoescrotal dolorosa à direita. A ecografia Doppler mostrou testículo direito tumefacto e heterogéneo, sem fluxo intratesticular, associado a espessamento do cordão espermático com fluxo residual, sem sinais de recidiva herniária nem lesões focais. Perante um escroto agudo no pós-operatório de hernioplastia, foi excluída torção testicular, situação que exigiria exploração cirúrgica urgente. Na ausência de elevada suspeita clínica de torção e perante a presença de fluxo residual no cordão espermático, optou-se por uma atitude conservadora, com analgesia, observação clínica e seguimento ecográfico seriado.

Discussão/Conclusões: A isquemia testicular após hernioplastia inguinal é uma complicação rara mas potencialmente grave, cuja fisiopatologia se relaciona sobretudo com compromisso vascular do cordão espermático por trombose venosa, compressão protésica ou lesão térmica intraoperatória. A ecografia Doppler constitui o exame de eleição, permitindo diferenciar entre torção, isquemia pós-cirúrgica, orquiepididimite e outras complicações locais, e orientando a decisão terapêutica. A exploração cirúrgica e a eventual orquidectomia devem reservar-se para os casos com agravamento clínico, ausência persistente de perfusão, sinais de necrose ou dor intratável. Uma abordagem estruturada, baseada na clínica e na ecografia Doppler, permite selecionar adequadamente os doentes para tratamento conservador ou cirúrgico, evitando intervenções desnecessárias e otimizando o prognóstico funcional, sendo fundamental a colaboração estreita entre Cirurgia Geral e Urologia.

CT 58

MARKED PROSTATIC ENLARGEMENT WITH LOW PSA: INCIDENTAL DLBCL AFTER ADENOMECTOMY AND A CONTEMPORARY EVIDENCE REVIEW

João Pedro Chambino[1]; João Melo[1]; Joana Rodrigues[1]; Rita Marques[2]; Rodrigo Duarte[1]; Anatoliy Sandul[1]; José Palma Reis[1]

[1]Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

[2]IPO Coimbra

Introduction & Objectives: Prostatic lymphoma is exceptionally rare and frequently mimics benign prostatic hyperplasia (BPH). Contemporary pooled evidence suggests that this overlap is consistent rather than anecdotal: a global analysis of 68 primary prostatic diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) cases reported lower urinary tract symptoms (LUTS) in 90.6% and PSA <4 ng/mL in 89.5%, while a 2025 systematic review of lymphoma diagnosed incidentally during LUTS surgery included 25 cases, all presenting with LUTS. We report an incidental prostatic DLBCL after surgery for presumed BPH and contextualise the case against contemporary evidence to identify potential preoperative diagnostic clues.

Materials & Methods: An 88-year-old man presented with long-standing progressive LUTS refractory to maximal medical therapy, including a 5-alpha-reductase inhibitor. PSA was 0.94 ng/mL. Ultrasound and transrectal imaging showed a diffusely heterogeneous 260-cc prostate without focal suspicious lesions. Qmax was 5.6 mL/s and post-void residual 74 mL. A Millin adenomectomy was performed in May 2025, removing 184 g of tissue. The clinical presentation, diagnostic pathway and outcome were compared with contemporary systematic reviews and pooled analyses of prostatic lymphoma and DLBCL.

Results: Macroscopic assessment suggested adenomatous hyperplasia, but histopathology demonstrated diffuse infiltration by large atypical lymphoid cells. Immunohistochemistry confirmed non-germinal-centre DLBCL (CD20+, BCL6+, MUM1+, CD3−, CD10−, c-Myc−, EBER−), with Ki-67 90%. Initial staging CT showed no nodal or other radiological evidence of lymphoma. Following multidisciplinary assessment and hepatitis-B antiviral prophylaxis, R-CHOP was administered,

with treatment continuing until January 2026. Restaging FDG-PET in February 2026 showed no evidence of metabolically active disease. Storage LUTS also resolved. In the 68-case global DLBCL analysis, prostate biopsy and TURP established the diagnosis in 52.4% and 33.3%, respectively. A 2025 systematic review identified 25 incidental cases diagnosed during LUTS surgery, with complete remission reported in 17. A 2026 case-series/systematic review subsequently identified 65 studies comprising 160 patients with primary prostatic lymphoma.

Discussion/Conclusions: Prostatic lymphoma should not be regarded solely as an unpredictable histological surprise. Contemporary evidence demonstrates a recurring clinical phenotype characterised by LUTS, marked prostate enlargement, low PSA and frequently non-specific imaging. In patients with extreme gland enlargement, refractory symptoms and unexpectedly low PSA, non-epithelial malignancy should enter the differential diagnosis and the threshold for obtaining tissue before definitive BPH surgery should be lower. In this case, incidental histological diagnosis fundamentally changed management, leading to systemic therapy and subsequent FDG-PET demonstrating no metabolically active disease. Systematic histopathological examination of surgically removed prostatic tissue remains essential.

VÍDEOS EM EXPOSIÇÃO

VD 01

MUCOSA JUGAL AO RESGATE: URETEROPLASTIA EM DOENTE COM CISTINÚRIA E ESTENOSE URETERAL COMPLEXA

Guilherme Bernardo; Eduardo Felício; Filipe Gaboleiro; André Pita; Diogo Carmali; Diogo Saraiva; António Pinheiro; Fernando Ferrito
HFF

Introdução: As estenoses ureterais extensas constituem um desafio reconstrutivo, particularmente em doentes com litíase recorrente e múltiplas intervenções endourológicas prévias. A ureteroplastia com enxerto de mucosa jugal emergiu como uma alternativa eficaz para o tratamento de defeitos ureterais longos, permitindo preservar a unidade renal e evitar procedimentos mais complexos.

Caso Clínico: Apresentamos o caso de uma mulher de 33 anos com antecedentes de cistinúria e litíase urinária recorrente, submetida ao longo dos anos a múltiplos procedimentos urológicos. Durante a investigação de episódios recorrentes de dor lombar e obstrução urinária, foi identificada uma estenose do ureter lombar esquerdo com aproximadamente 2 cm de extensão.

Perante as características da lesão e o contexto clínico da doente, optou-se por ureteroplastia esquerda com enxerto de mucosa jugal por abordagem minimamente invasiva. Após identificação e exposição do segmento estenosado, procedeu-se à ureterotomia longitudinal da área fibrótica e reconstrução utilizando enxerto de mucosa jugal, sobre cateter duplo J.

O procedimento decorreu sem complicações intraoperatórias, com tempo cirúrgico total de aproximadamente 180 minutos. A doente teve uma recuperação favorável, com alta hospitalar ao terceiro dia pós-operatório. O cateter duplo J foi removido três semanas após a cirurgia.

Durante o seguimento, realizou ureterorrenoscopia flexível para tratamento de litíase residual, com fragmentação completa dos cálculos remanescentes. Atualmente encontra-se assintomática, sem sinais clínicos de obstrução ureteral e com preservação da função renal.

Conclusão: A ureteroplastia com enxerto de mucosa jugal representa uma solução eficaz e minimamente invasiva para o tratamento de estenoses ureterais longas em doentes complexos. Este caso demonstra a viabilidade da técnica no contexto da cistinúria e da doença litiásica recorrente, proporcionando bons resultados funcionais e permitindo uma abordagem conservadora da unidade renal.

VD 02

ROBOT-ASSISTED REMOVAL OF A TRANSVAGINAL MESH: A BLADDER EROSION CASE

Marta Vasconcelos; Margarida André; Luísa Moreira; Maria Isabel Santos; Mariana Madanelo; Alexandre Macedo; Nuno Figueira; João Paulo Rosa; Miguel Carvalho
Hospital Garcia de Orta, EPE

Introduction: Transvaginal mesh erosion into the bladder is a challenging complication of pelvic organ prolapse surgery, often requiring multiple interventions and, ultimately, complex mesh excision.
Objective: We present a video of robot-assisted removal of a transvaginal mesh eroded into the bladder trigone, following repeated failed attempts at endoscopic and laparoscopic management.
Materials and methods: A 69-year-old woman with a history of hysterectomy and grade 3 cystocele underwent transvaginal mesh placement (Perigee kit) in 2011. In 2018, she presented with suprapubic pain, storage symptoms, and hematuria; cystoscopy revealed mesh erosion into the bladder trigone associated with a 2 cm bladder stone. She underwent three endoscopic laser cystolitholapaxy and mesh vaporization procedures (2019, 2020, 2021), followed by laparoscopic transvesical cystolitholapaxy with partial mesh removal in 2023. Although cystoscopy at 3 months showed no erosion, recurrence was documented at 1-year follow-up, prompting a further endoscopic laser procedure (2024) before definitive robotic mesh removal was undertaken. Intraoperatively, cystoscopy showed marked trigonal retraction and fibrosis secondary to mesh erosion, precluding ureteral meatus visualization for stent placement; laser cystolitholapaxy of a 2 cm bladder stone was performed, followed by robotic excision of the residual mesh.
Results: Operative time was 3 hours and 52 minutes, with 100 mL of blood loss. The postoperative course was uneventful, and the patient was discharged on postoperative day 2 with a urinary catheter. Retrograde cystography at 1 month showed a small posterior leak, managed with prolonged catheterization; repeat cystography at 2 months confirmed no leak, allowing urinary catheter removal; stents were also removed. At 3 months, the patient reported only mild residual storage symptoms.
Conclusions: Robotic surgery offers a safe and effective approach for the excision of transvaginal mesh eroded into the bladder, particularly in cases refractory to repeated endoscopic and laparoscopic management, providing enhanced dexterity and visualization in a technically demanding, fibrotic surgical field.

VD 03

POSTERIOR COLPOPLASTY: POSTERIOR COLPORRHAPHY AND PERINEOPLASTY

Ana João Guerra[1]; Bárbara Figueiredo[1]; João Lorigo[1]; Vasco Quaresma[1]; João Lima[1]; Lilian Campos[2]; Joaquim Branco da Rocha[2]
[1]ULS Coimbra
[2]Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Introduction: Posterior vaginal compartment prolapse, typically related to a rectovaginal fascial defect and weakening of the perineal body, presents clinically as a rectocele, with symptoms of vaginal bulge, defecatory dysfunction (a sensation of incomplete emptying, or the need for vaginal/perineal digitation to complete defecation) and, in some cases, sexual dysfunction. When conservative management (pelvic floor rehabilitation, pessary) is insufficient, or the patient opts for definitive correction, posterior colporrhaphy combined with perineoplasty is the reference surgical technique for reconstructing the posterior compartment and the perineal body.
Objectives: To demonstrate, in surgical video format, the technique of posterior colpoplasty (colporrhaphy) and perineoplasty for correction of posterior compartment prolapse/rectocele, sequentially describing the key technical steps of the procedure.
Material and methods: Didactic surgical video with a step-by-step description of the posterior colporrhaphy and perineoplasty technique, illustrating the operative stages from patient positioning to final assessment of rectal integrity.
Technique description: The patient is placed in the lithotomy position, and antisepsis is performed with povidone-iodine. The rectocele is identified and vaginal capacity is assessed. The posterior vaginal wall is infiltrated with 10 mL of diluted adrenaline, facilitating hydrodissection and

reducing intraoperative bleeding. A horizontal, half-moon or inverted-triangle incision is made on the posterior vaginal wall at the level of the vaginal fourchette. Blunt dissection of the posterior vaginal wall follows, separating it from the rectovaginal fascia, and the incision is extended vertically along the posterior vaginal wall to the vaginal vault. The superficial bundles of the levator ani muscle are identified and approximated in the midline with absorbable Vicryl 0 suture, achieving reduction of the rectocele. The redundant vaginal mucosa is excised, and the posterior vaginal mucosa is closed with Vicryl 0 in a simple running suture. The procedure is completed with perineoplasty, using interrupted Vicryl 2-0 sutures to reconstruct the perineal body. The posterior vaginal wall is inspected, confirming the absence of bleeding, and a digital rectal examination is performed to assess rectal integrity.

Discussion/Conclusions: Posterior colporrhaphy with perineoplasty is a reproducible, low-morbidity technique for correcting posterior compartment prolapse and associated perineal dysfunction, based on well-defined technical principles: hydrodissection in the correct plane, plication of the levator ani bundles to reinforce the rectovaginal fascia, controlled resection of redundant vaginal mucosa to avoid stenosis or dyspareunia, and careful reconstruction of the perineal body. The final digital rectal examination is a simple but essential safety step, allowing exclusion of iatrogenic rectal injury. This video aims to systematize and illustrate the key steps of the technique, serving as a useful teaching resource for surgical training in urogynecology.

VD 04

AOS OMBROS DE GIGANTES: A FÓRMULA DE ROCCO, MOTTRIE E TEWARI NA PROSTATECTOMIA RADICAL ROBÓTICA COM HUGO™ RAS

Jose Preza Fernandes; Pedro Sousa Passos; Pedro Lopes Fernandes; Rui Versos; Ricardo Ramires
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

Introdução: A contínua evolução da cirurgia robótica traz novas plataformas ao bloco operatório, mas a excelência dos resultados oncológicos e funcionais permanece dependente dos princípios cirúrgicos fundamentais. Mais do que desenhar abordagens radicalmente novas a cada transição tecnológica, o verdadeiro ganho reside em consolidar e reproduzir passos técnicos de referência já amplamente dissecados e validados pela literatura urológica.

Objetivo: Demonstrar a reprodutibilidade e a integração sinérgica de técnicas cirúrgicas consagradas durante uma prostatectomia radical robótica utilizando o sistema Hugo™ RAS, provando a eficácia da síntese de métodos descritos por grandes pioneiros.

Métodos: Apresentação em vídeo do procedimento cirúrgico passo a passo num doente com carcinoma da próstata localizado:

_Acesso e Disseção Anterior: Aplicação da *Hood Technique* para preservação do complexo venoso dorsal, fáscia endopélvica e tecidos periuretrais anteriores intactos.

_Hemostase Seletiva: Uso rigoroso de *pinpoint coagulation* monopolar/bipolar de baixa intensidade para controlo hemostático fino, evitando dano térmico aos feixes neurovasculares e ao esfíncter.

_Disseção Apical: Disseção anatómica meticulosa com máxima preservação do comprimento da uretra membranosa (*urethral sparing*).

_Reconstrução Posterior: Execução do ponto de Rocco modificado para suporte do septo retroprostático e aproximação fascial posterior sem tensão.

_Anastomose Uretrovesical: Abordagem inspirada na técnica de Alexandre Mottrie, iniciando com dupla passagem/ancoragem posterior prévia e prosseguindo com sutura contínua de Van Velthoven.

Resultados e conclusões: A combinação destas manobras padronizadas no sistema Hugo™ RAS proporcionou um campo exangue, tempos de anastomose reduzidos e preservação máxima das estruturas de continência e potência. A "roda já foi inventada": a maturidade cirúrgica na era robótica passa por reconhecer, integrar e executar com rigor os melhores passos descritos pelos nossos pares, adaptando-os com sucesso às novas plataformas cirúrgicas.

VD 05

TRANSURETHRAL LASER ABLATION UNDER LOCAL ANESTHESIA FOR NON-MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER: INITIAL EXPERIENCE AT A PORTUGUESE CENTRE

Luís Pedro Rosmaninho[1]; Carlos Ferreira[2]; Francisco Botelho[2]; Luís Vale[2]; Joana Soares da Silva[2]; Tiago Antunes Lopes[2]; João Silva[2]
[1]Uls hsj
[2]ULS do São João

Introduction: Non-muscle invasive bladder cancer (NMIBC) accounts for the majority of newly diagnosed bladder tumours and is characterized by high recurrence rates, typically managed with transurethral resection under general anesthesia. Transurethral laser ablation (TULA) under local anaesthesia has emerged as a minimally invasive, outpatient alternative for selected patients.
Objectives: To describe our initial protocol and case experience with TULA for the treatment of low- and intermediate-risk papillary NMIBC, including technical adaptations for patients with a history of high-grade disease.
Material and methods: Patients with low- or intermediate-risk papillary NMIBC, up to 10 lesions ≤1.5 cm, and negative urinary cytology were eligible for treatment with TULA. Local anesthesia was achieved via intravesical instillation of lidocaine with sodium bicarbonate. Ablation was performed using a diode laser system (total power: 5 W) through a flexible cystoscope. In patients with a prior history of high-grade disease, a modified technique was used: fulguration of the lesion margins and base, followed by forceps biopsy of a representative fragment, and completion fulguration of the lesion bed — allowing histological confirmation despite the absence of a full resection specimen. Pain was assessed with the Visual Analogue Scale (VAS), intraoperatively and at 15 minutes post-procedure.
Results: Three patients underwent TULA. Two had a background of high-grade pTa NMIBC and were therefore treated with the modified biopsy-fulguration technique to obtain a specimen for histopathological analysis. In both cases, histological analysis of the current lesion revealed low-grade pTa papillary NMIBC. All patients reported a VAS pain score of 0, both intraoperatively and at 15 minutes post-procedure. No immediate complications occurred, and all patients were discharged within approximately 1 hour. At 6-month follow-up, no recurrence was identified in any patient.
Discussion/Conclusions: TULA under local anesthesia was feasible, well-tolerated, and associated with favourable short-term oncological outcomes in this initial series. In patients with a history of high-grade disease, a modified technique combining forceps biopsy with fulguration allowed histological sampling to be preserved, without compromising the minimally invasive nature of the procedure.
Video Link:https://youtu.be/dW7hTvZ1iZs

VD 06

PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY WITH THE LITHOCLAST TRILOGY: A STEP-BY-STEP TECHNIQUE VIDEO

André Branco[1]; João Marcelino[1]; Inês Lume[1]; Bernardo Martins[1]; João Dores[1]; Helena Sousa[2]
[1]Hospital Beatriz Ângelo
[2]IPO Porto

Introduction: Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) remains the treatment of choice for large and complex renal stones, according to current European and American urolithiasis guidelines. Intracorporeal lithotripsy is a critical determinant of surgical efficiency, and combined devices have been developed to improve stone clearance while reducing operative time and complication rates. The Swiss LithoClast Trilogy (EMS) is a dual energy lithotripter that integrates ultrasonic and ballistic energy with simultaneous fragment aspiration within a single probe, representing a further step in the evolution of intracorporeal lithotripsy technology.
Objective: To present a structured, step-by-step video review of the PCNL technique, with particular focus on the intraoperative application of the LithoClast Trilogy system, and to summarize its reported technical and clinical advantages relative to conventional devices.
Methods: Intraoperative video footage illustrating the sequencial steps of PCNL was complied and edited into a structured video. Steps demonstrated include patient positioning, calyceal puncture, tract dilation, working sheath placement, intracorporeal lithotripsy with LithoClast Trilogy and final

nephroscopy. A focused review of the Triology system design and performance was performed.
Results: The video provides a comprehensive depiction of the PCNL workflow. The combined ultrasonic-ballistic mode with simultaneous suction is shown to allow safe and efficient stone fragmentation and evacuation within the working sheath. Evidence from the literature indicates that the Triology system achieves faster stone clearance and higher volumetric lithotripsy rates than other lithotripters, with reported stone-free rates of 83% in both standard and mini-PCNL.
Conclusions: This video offers a concise and reproducible visual reference for PCNL technique, while illustrating the practical application of the Triology lithotripsy system. This device appears to provide meaningful gains in stone clearance without compromising surgical safety, supporting its role as an alternative to single-modality lithotripters.

VD 07

REIMPLANTE URETERAL ESQUERDO LAPAROSCÓPICO COM BOARI FLAP E PSOAS HITCH POR LESÃO IATROGÉNICA EXTENSA DO URETER

Luís Borges Pinto[1]; Mariana Capinha[1]; Aparício Coutinho[1]; Pedro Fernandes[2]; Mafalda Santos[1]; Mariana Silva[1]; Paulo Mota[1]; Emanuel Carvalho-Dias[1]
[1]Hospital de Braga
[2]Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE / Hospital de Guimarães

Introdução: As lesões iatrogénicas do ureter são complicações raras, mas graves, mais frequentemente associadas a cirurgia ginecológica. As lesões extensas do terço médio/distal exigem frequentemente reimplante ureteral com psoas hitch e/ou Boari flap, cuja indicação depende do comprimento do defeito e da mobilidade vesical.
Objetivos: Apresentamos, através de vídeo, um caso de reimplante ureteral esquerdo laparoscópico com Boari flap e psoas hitch, motivado por uma lesão iatrogénica particularmente extensa do ureter distal após sigmoidectomia, salientando a elevada dificuldade técnica da reconstrução.
Material e métodos: Trata-se de um homem de 63 anos, com hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e psoríase, submetido a sigmoidectomia laparoscópica por diverticulite aguda complicada. Duas semanas após a alta, recorreu à urgência por febre e dor abdominal. A TC abdomino-pélvica revelou um abcesso intra-abdominal (3,8 × 2,8 cm) e dilatação ureteropielocalicial até ao terço médio do ureter, associada a urinoma — achados sugestivos de lesão iatrogénica do ureter. Foi tentada recanalização com cateter duplo J, sem sucesso por ausência de progressão do fio-guia no cruzamento dos vasos ilíacos, optando-se por colocação de nefrostomia percutânea esquerda. Duas semanas após, a pielografia anterógrada confirmou interrupção completa do ureter ao nível de L3/bordo superior da crista ilíaca. Dada a extensão da lesão, foi proposto ao doente reimplante ureteral laparoscópico com Boari flap e psoas hitch. O posicionamento foi semelhante ao de uma cistectomia radical laparoscópica, em Trendelenburg e com recurso a 5 portas. A fase inicial da cirurgia foi dificultada por aderências extensas e fibrose retroperitoneal marcada. A cúpula vesical foi fixada ao músculo psoas com fio absorvível (psoas hitch), reduzindo a tensão da anastomose. Realizou-se um flap vesical invertido em U (Boari flap), com rácio comprimento/largura de 3:1, e no final foi realizado um patch de gordura perivesical sobre a sutura.
Resultados: A cirurgia decorreu sem intercorrências, com duração de 2h55min. O internamento foi complicado por infeção urinária febril, com alta ao 6.º dia. A algália foi removida às duas semanas, a nefrostomia clampada às três semanas e removida cinco dias após, por ausência de sintomas. O cateter duplo J foi removido às oito semanas. Atualmente, apresenta LUTS de armazenamento controlados com anticolinérgico. Aguarda Uro-TC de reavaliação.
Discussão/Conclusões: Este caso ilustra uma lesão ureteral iatrogénica de extensão pouco habitual, com interrupção completa desde o terço médio ao nível de L3, ultrapassando o alcance de um psoas hitch isolado e exigindo a associação de um Boari flap para encerrar o defeito sem tensão, conferindo à reconstrução uma exigência técnica muito elevada. Concluímos que, apesar de morosa e exigente, sobretudo perante lesões desta extensão, esta é uma abordagem segura e eficaz, permitindo a reconstrução completa do ureter por via minimamente invasiva.

VD 08

INVASIVE SQUAMOUS CELL CARCINOMA IN AN UNCORRECTED BLADDER EXSTROPHY FOLLOWING BILATERAL NEPHRECTOMY: A CASE REPORT

Joana Rodrigues; Maria Castilho; João Chambino; João Melo; Filipe Quintas; Érico Danif; Miguel Miranda; Sandro Gaspar; Helena Correia; José Palma Dos Reis
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Introduction: Bladder exstrophy is a rare congenital anomaly, with an estimated incidence of 1 in 50,000 live births. Chronic mucosal exposure, mechanical irritation and recurrent infection are thought to promote glandular metaplasia and subsequent malignant degeneration. Adenocarcinoma is the predominant histological subtype reported in bladder exstrophy, accounting for approximately 95% of malignancies, whereas squamous cell carcinoma (SCC) represents only 3-5% of cases. In patients who undergo bilateral nephrectomy, the resulting anuria leads to a defunctionalized bladder, which may be complicated by chronic inflammation and pyocystis. We present a rare case of invasive keratinizing SCC arising in an uncorrected and defunctionalized exstrophic bladder in a patient with severe intellectual disability, previous bilateral nephrectomy and end-stage renal disease on chronic hemodialysis.
Objectives: To describe the clinical presentation, diagnostic challenges and surgical management of invasive SCC arising in an uncorrected bladder exstrophy with a defunctionalized bladder following a bilateral nephrectomy.
Materials and methods: Retrospective review of the clinical record, imaging and histopathology of a single patient.
Results: A 47-year-old woman with moderate intellectual disability and uncorrected congenital bladder exstrophy. Her past medical history included left nephrectomy in 2012 and right nephrectomy in 2013 due to recurrent pyelonephritis and end-stage renal disease, resulting in anuria and permanent hemodialysis dependency. The patient and her caregivers sought medical attention due to skin changes and bladder mucosal bleeding.
Clinical examination and cystoscopy demonstrated a small, chronically exposed and friable exstrophic bladder mucosa, without a clearly defined intravesical mass. Pelvic MRI revealed a small bladder with diffuse wall thickening and restricted diffusion, with extraperitoneal extension and infiltration of the anterior abdominal wall. Biopsy of the involved skin lesion confirmed keratinizing SCC.
The patient underwent radical cystectomy with *en bloc* resection of the involved abdominal wall, including resection of the anterior vaginal wall. The remaining vagina was reconstructed, while the uterus was preserved. The abdominal wall was closed with a dual-sided synthetic mesh due to a large defect. Histopathological examination revealed a 62-mm moderately differentiated (G2) keratinizing SCC involving the full thickness of the bladder wall, with direct invasion of the perivesical fat and adjacent skin, associated with ulceration (pT4b). Surgical margins were negative, although the closest soft-tissue margin was less than 1 mm. No lymphovascular or perineural invasion was identified.
Discussion and conclusions: Uncorrected bladder exstrophy is rare but it is associated with a risk of malignant transformation. In this patient, bilateral nephrectomy resulted in an anuric, defunctionalized bladder, creating an additional setting for chronic inflammation and pyocystis. Intellectual disability further complicated symptom recognition and clinical surveillance, contributing to delayed diagnosis and locally advanced disease.
This case highlights the challenges of diagnosing malignancy in a chronically exposed and defunctionalized exstrophic bladder and demonstrates the role of radical cystectomy with *en bloc* abdominal wall resection in the management of locally invasive disease. Long-term, close visual and clinical surveillance should be considered in patients with unreconstructed bladder exstrophy, particularly when communication difficulties may limit symptom reporting

VD 09

FIFTH-TIME LAPAROSCOPIC PROMONTOFIXATION FOR RECURRENT PELVIC ORGAN PROLAPSE

Carolina Tam[1]; Rui Maciel[2]; Éric Mandron[3]
[1]Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz
[2]ULSGE
[3]Clinique du Pré

Introduction: Pelvic organ prolapse recurrence after promontofixation is uncommon, with reported rates of 5-10% in the literature. Evidence regarding repeat promontofixation remains limited to small case series, and no standardised management strategy has been established. Several factors have been linked to recurrence after primary repair, including advanced preoperative prolapse stage, younger age at the time of surgery and an enlarged genital hiatus, whereas the influence of obesity remains disputed. Recurrence may also follow technical failure, such as inadequate dissection, suboptimal mesh positioning, or detachment of the mesh. Identifying the mechanism of failure intraoperatively is essential, since it determines whether the existing mesh can be preserved or must be replaced.

Objectives: To describe the laparoscopic management of recurrent prolapse and to highlighting the anatomical pitfalls of reoperation compared with a first-time approach, the knowledge of the surrounding anatomy required to avoid injury to adjacent structures, and the intraoperative assessment of the failure mechanism.

Materials and methods: A 65-year-old woman was referred from another centre with recurrent pelvic organ prolapse after four mesh promontofixations, performed in 2001, 2010, 2011 and 2025. Gynaecological examination showed a POP-Q stage III anterior compartment prolapse, with no prolapse of the other compartments and no occult stress urinary incontinence. A final attempt at laparoscopic promontofixation was proposed.

Surgical technique: The patient was placed in dorsal lithotomy, with Trendelenburg tilt. A 10 mm umbilical port and three 5 mm ports were used, one midway between the umbilicus and the pubic symphysis, one 2 cm and one 2.5 cm medial to the right and left anterior superior iliac spines, respectively. Abdominal exploration revealed a right common iliac artery aneurysm. After adhesiolysis, the previous mesh was found detached from the sacral promontory. The uterus was then suspended to the abdominal wall to improve exposure, and the mesh was released proximally. The posterior parietal peritoneum was opened and the prevertebral (anterior longitudinal) ligament exposed at the promontory, taking care to avoid the aneurysm, and a non-absorbable braided polyester suture (Mersuture) was passed. After release of the uterus, the vesicovaginal space was dissected, revealing the distal mesh to be securely fixed. Mesh replacement was therefore deemed unnecessary, and the recurrence was attributed solely to proximal fixation failure. The mesh was re-anchored at the promontory with the previously placed suture, intraoperative gynaecological examination confirmed complete correction of the prolapse, and the peritoneum was closed with Vicryl. Operative time was 60 min and estimated blood loss 15 mL, with no intraoperative complications. The postoperative course was uneventful and the patient was discharged on postoperative day 1, with instructions to avoid straining and heavy lifting. She continued follow-up at the referring centre, and was asymptomatic with no evidence of recurrence two months after surgery.

Conclusion: As prolapse surgery is increasingly offered to women who expect to preserve their quality of life into older age, more surgeons will face recurrence after previous mesh repair. This case illustrates that repeat laparoscopic promontofixation is feasible and safe, with satisfactory anatomical and functional results in the hands of experienced surgeons. It also underlines that surgery in these patients must be individualised, and that adequate exposure, meticulous dissection and awareness of anatomical structures are essential for a safe reoperation.

VD 10

ADRENALECTOMIA PARCIAL TRANSPERITONEAL - CASO CLÍNICO E PEQUENA REVISÃO CASUÍSTICA

Frederico Frias Correia; Miguel Marques Monteiro; Miguel Silva Ramos; Avelino Fraga
Centro Hospitalar do Porto, EPE / Hospital Geral de Santo António

Introdução: O hiperaldosteronismo primário é uma causa frequente de hipertensão arterial secundária, associada a hipocaliemia e maior risco cardiovascular. Nos doentes com adenoma unilateral produtor de aldosterona, a adrenalectomia é um tratamento potencialmente curativo. A adrenalectomia parcial, em comparação com a total, permite maior preservação de parênquima suprarrenal saudável, com morbilidade perioperatória comparável. No entanto, o risco teórico de doença residual e de não cura mantém esta técnica não consensual.

Objetivos: Descrever um caso clínico de adrenalectomia parcial laparoscópica transperitoneal, com descrição da técnica cirúrgica e resultados perioperatórios, e rever os resultados funcionais de uma casuística de 5 doentes submetidos a adrenalectomia parcial.

Material e métodos: Foi analisado o caso de um doente submetido a adrenalectomia parcial laparoscópica direita em junho de 2026, complementado por uma análise retrospetiva de 5 doentes (incluindo este) submetidos a adrenalectomia parcial laparoscópica ou robótica entre janeiro de 2022 e junho de 2026. Foram avaliados os dados demográficos, o estudo funcional, a técnica cirúrgica, as complicações e a evolução tensional e bioquímica.

Resultados: Descreve-se o caso de um homem de 62 anos, seguido em consulta de Endocrinologia por HTA mal controlada polimedicada e hipocaliemia com vários anos de evolução, com internamento prévio na unidade de cuidados intensivos por hipocaliemia grave (1,9 mmol/L). O estudo hormonal mostrou aldosterona 478,6, renina <1,1 e Rácio aldosterona/renina de 435,1. A tomografia computorizada (TC) revelou um nódulo suprarrenal direito de 21 × 15 mm compatível com adenoma e o cateterismo das veias suprarrenais confirmou lateralização da secreção de aldosterona pela glândula supra-renal direita, tendo sido proposto para adrenalectomia parcial.

Foi utilizada uma abordagem transperitoneal, com afastador hepático para melhor exposição da glândula supra-renal. A ecografia intra-operatória permitiu definir o plano de disseção do adenoma. A hemóstase foi obtida com coagulação de vasos sangrantes e aplicação de placa de Tachosil.

A cirurgia decorreu sem intercorrências, com duração de 50 minutos, perdas sanguíneas insignificantes e histologia compatível com adenoma cortical. O internamento foi de 2 dias, sem registo de complicações. Na consulta um mês após a cirurgia, o doente apresentava melhoria do perfil tensional sem necessidade de anti-hipertensores, potássio normal (4,8 mmol/L) e melhoria da qualidade de vida referida, mantendo seguimento em Endocrinologia.

Na análise retrospetiva foram incluídos 5 doentes (4 homens e 1 mulher), com idade média de 54,4 anos (35–71). Todos tinham HTA sob 2 a 4 classes de anti-hipertensores e 2 apresentavam K^+ pré-operatório <3,5 mmol/L. A cirurgia foi laparoscópica em 3 doentes e robótica em 2, com tempo operatório médio de 60,6 minutos, perdas sanguíneas insignificantes, internamento médio de 2,6 dias e sem complicações. O K^+ médio passou de 3,5 para 4,9 mmol/L e o RAR médio de 217,0 para 5,6. O número médio de classes de anti-hipertensores desceu de 3,4 para 0,8 por doente, ficando 2 doentes sem qualquer fármaco.

Discussão/Conclusões: Na nossa experiência, a adrenalectomia parcial laparoscópica é uma técnica exequível que, com estudo pré-operatório completo e auxílio de ecografia intra-operatória, permite uma disseção completa do adenoma. Nesta pequena série, a adrenalectomia parcial mostrou-se uma opção eficaz sem aumentar a morbilidade no tratamento hiperaldosteronismo primário por adenoma suprarrenal, com melhoria do controlo tensional e correção da hipocaliemia, em concordância com o descrito na literatura. No entanto, esta é apenas uma pequena série retrospetiva, continuando a ser necessários estudos prospetivos de maior dimensão para avaliar os resultados funcionais e as taxas de recidiva e de cura a longo prazo.