



Associação  
Portuguesa  
de Urologia

# XIV SIMPÓSIO APU 2016

28 a 30 outubro

CENTRO DE  
CONGRESSOS  
DE TRÓIA

## FRONTEIRAS EM UROLOGIA

PROGRAMA  
CIENTÍFICO



## Comissão Organizadora

Arnaldo Figueiredo  
Garção Nunes  
Pedro Nunes  
Miguel Ramos

Fortunato Barros  
Miguel Carvalho  
Luís Xambre

## Palestrantes

### Nacionais

Alfredo Mota  
Amílcar Sismeiro  
Ana Figueiredo  
André Silva  
Arnaldo Figueiredo  
Arquimínio Eliseu  
Avelino Fraga  
Belmiro Parada  
Cabrita Carneiro  
Cardoso de Oliveira  
Carlos Guimarães  
Carlos Silva  
Catarina Gameiro  
Emanuel Dias  
Estêvão Lima  
Ferdinando Pereira  
Francisco Cruz  
Francisco Pina  
Francisco Rolo

Gabriela Sousa  
Hélder Monteiro  
João Lourenço  
João Marcelino  
Joaquim Lindoro  
Jorge Ferreira  
José Dias  
José João Marques  
La Fuente de Carvalho  
Lilian Campos  
Lorenzo Marconi  
Luís Abranches Monteiro  
Luís Campos Pinheiro  
Manuel Ferreira Coelho  
Manuel Oliveira  
Miguel Carvalho  
Miguel Ramos  
Nuno Tomada  
Paulo Dinis

Paulo Jorge Dinis  
Pedro Eufrásio  
Pedro Monteiro  
Pedro Nunes  
Ricardo Patrão  
Ricardo Pereira e Silva  
Rodrigo Ramos  
Rui Prisco  
Rui Sousa  
Tomé Lopes

### Internacionais

Enrique Lledo-García  
Javier Burgos-Revilla  
José Manuel Cozar  
Juan Gómez-Rivas  
Luis Martínez-Piñeiro  
Miguel Unda-Urzaiz

## Comissão Científica da APU

Responsável pela seleção dos trabalhos submetidos para o Simpósio

Hélder Monteiro  
Estêvão Lima  
Pedro Vendeira  
Carlos Silva

Belmiro Parada  
Francisco Rolo  
Luís Abranches Monteiro  
Palma dos Reis

## 28 outubro 2016 | Sexta-feira

**07h45** Abertura do Secretariado

**08h50** **Abertura do Simpósio**

*Arnaldo Figueiredo*

**09h00-10h30**

MESA-REDONDA

### **URGÊNCIA UROLÓGICA – A ÚLTIMA FRONTEIRA....**

(Relação da urologia com outras especialidades e outros hospitais)

*Moderadores: Tomé Lopes e Avelino Fraga*

- *Hospital de Braga*
- *Hospital São João, Porto*
- *Centro Hospitalar de Tâmega e Sousa, Penafiel*
- *Centro Hospitalar Universitário de Coimbra*
- *Hospital São José, Lisboa*
- *Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, Amadora/Sintra*
- *Hospital Distrital de Faro*
- *Centro Hospitalar Médio Tejo, Tomar*
- *Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal*

#### **Discussão**

**10h30-11h30**

MESA-REDONDA

### **TRANSPLANTAÇÃO RENAL**

*Moderadores: Enrique Lledo-Garcia e Alfredo Mota*

- *Nefrectomia de dador vivo para transplante*
- *Complicações cirúrgicas em transplantação renal*
- *Patologia do aparelho urinário baixo e transplantação renal*

*Miguel Ramos*

#### **Discussão**

**11h30-12h00**

Pausa para café

**12h00-12h30**

MESA-REDONDA

**A FRONTEIRA DAS DISFUNÇÕES MICCIONAIS**

*Moderadores: Paulo Dinis e Cardoso de Oliveira*

- Nos prolapso dos órgãos pélvicos

*João Marcelino*

- Nas doenças neurodegenerativas

*Luis Abranches Monteiro*

**12h30-13h15**

(ver pág. 10)

SIMPÓSIO SATÉLITE

**NOVA ABORDAGEM TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉCTIL: EFICÁCIA E COMODIDADE**

**13h15-15h00**

Almoço

**15h00-16h00**

APRESENTAÇÃO DE CARTAZES - C01-C12

*Moderadores: Ferdinando Pereira e Joaquim Lindoro*

**16h00-16h30**

Pausa para café

**16h30-17h30**

**APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS BOLSAS DE INVESTIGAÇÃO**

*Moderadores: Hélder Monteiro e La Fuente de Carvalho*

- Bolsa APU/Jaba Recordati de 2011

*Belmiro Parada e equipa*

- Bolsa APU de 2011

*António Patrício e equipa*

- Bolsa APU/Astellas de 2012

*Ricardo Leão e equipa (apresentador: David Castelo)*

- Bolsa APU/GSK de 2012

*Emanuel Dias e equipa*

- Bolsa APU/Jaba Recordati de 2012

*António Morais e equipa*

**Discussão**

**17h30-18h15**

(ver pág. 10)

SIMPÓSIO SATÉLITE

**IMUNO-ONCOLOGIA NOS TUMORES GENITO-URINÁRIOS: ONDE ESTAMOS E PARA ONDE VAMOS?**

**18h15-20h00**

REUNIÃO E ASSEMBLEIA GERAL DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE

*Avelino Fraga*

- Informação geral sobre o Internato Complementar de Urologia

- Discussão sobre Formação em Urologia: Internato Complementar de Urologia, que modelo?

**18h30-19h30**

(Sala Atlântico)

REUNIÃO NIAPU

**TRANSPONDO AS FRONTEIRAS DA UROLOGIA**

- NIAPU: Presente e futuro  
*Ricardo Pereira e Silva*
- O papel do Social Media na Urologia moderna  
*Juan Gómez-Rivas*
- *EAU Scholarship Programme* - Uma oportunidade única  
*Paulo Jorge Dinis*
- Notas finais e apresentação da nova Direcção do NIAPU

**20h30**

Jantar de Palestrantes

Restaurante Salinas do Tróia Design Hotel

## 29 outubro 2016 | Sábado

**07h45**

Abertura do Secretariado

**08h30-09h30**

SESSÃO DE VÍDEOS - V01-V07

*Moderadores: José Dias e Catarina Gameiro*

**09h30-10h50**

MESA-REDONDA

**A FRONTEIRA CARDIO-PULMONAR**

*Moderadores: Miguel Carvalho e Amílcar Sismeiro*

- Anticoagulação e antiagregação

*Jorge Ferreira – Cardiologia*

*Ricardo Patrão – Urologia*

- Tabagismo

*Ana Figueiredo – Pneumologia*

*Lilian Campos – Urologia*

**10h50-11h15**

Pausa para café

**11h15-12h15**

MESA-REDONDA

**A FRONTEIRA COM A ONCOLOGIA: TRATAMENTO MÉDICO DAS NEOPLASIAS UROLÓGICAS**

*Moderadores: Francisco Pina e Gabriela Sousa*

- Carcinoma de células renais metastizado

*André Silva*

- Tumores do testículo

*Belmiro Parada*

- Tumores uroteliais

*Manuel Oliveira*

- Tumores do pénis

*Manuel Ferreira Coelho*

**12h15-13h00**  
(ver pág. 10)

SIMPÓSIO SATÉLITE  
**OS ROSTOS DO CPRcm EM PERSPECTIVA**

**13h00-14h30**

Almoço

**14h30-15h15**

MESA-REDONDA  
**HTA RENO-VASCULAR E SUPRA-RENAL**

*Moderadores: Cabrita Carneiro e Estêvão Lima*

- Estudo das massas da supra-renal  
*Rodrigo Ramos*
- Abordagem cirúrgica da supra-renal  
*Lorenzo Marconi*

**15h15-16h15**

**AS FRONTEIRAS GEOGRÁFICAS - MESA IBÉRICA**

*Moderadores: José Manuel Cozar e Arnaldo Figueiredo*

- Bases colaborativas em Oncologia: Próstata e testículo  
*Miguel Unda-Urzaiz*
- HBP – Novos Conceitos  
*Emanuel Dias*
- Uretroplastias anteriores  
*Enrique Lledo-Garcia*
- Próteses penianas  
*Nuno Tomada*

**16h15-16h45**

Pausa para café

**16h45-17h30**

SESSÃO DE VÍDEOS - V08-V12  
*Moderadores: Rui Prisco e José João Marques*

**17h30-18h15**  
(ver pág. 10)

SIMPÓSIO SATÉLITE  
**INNOVATIVE TREATMENT IN AN INNOVATION WORLD**

**18h15-19h30**

**Assembleia Geral APU**

**20h30**

Jantar Oficial do Simpósio - Centro de Espetáculos de Tróia  
Entrega dos Prémios aos Melhores Trabalhos Apresentados  
Entrega das Bolsas de Investigação APU 2016

30 outubro 2016 | Domingo

**08h30** Abertura do Secretariado

**09h00-10h00**

MESA-REDONDA

**A FRONTEIRA DO INTERNAMENTO: CIRURGIA UROLÓGICA DE AMBULATÓRIO**

Moderadores: *Carlos Guimarães e João Lourenço*

- *Hospital Distrital de Santarém*
- *Hospital Pedro Hispano, Matosinhos*
- *Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia*
- *Hospital Egas Moniz, Lisboa*
- *Hospital Santa Maria, Lisboa*
- *Hospital Santa Luzia, Viana do Castelo*
- *Hospital São Teotónio, Viseu*

**10h00-10h30**

MESA-REDONDA

**A FRONTEIRA COM OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Moderadores: *Luís Campos Pinheiro e Francisco Rolo*

- *PSA – A visão da MGF*

*Arquímínio Eliseu*

- *PSA – A visão da urologia*

*Pedro Eufrásio*

**10h30-11h00**

Pausa para café

**11h00-11h45**

SIMPÓSIO SATÉLITE

**O DOENTE COM CPmRC: ESCOLHA MAIS E MELHOR TEMPO DE VIDA – DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO**

**11h45-12h45**

MESA-REDONDA

**ONCOLOGIA PROSTÁTICA - A FRONTEIRA DA DOENÇA AVANÇADA**

Moderadores: *Francisco Cruz e Rui Sousa*

- *Doença oligometastática*

*Pedro Monteiro*

- *Tratamento local na doença metastizada*

*Luis Martínez-Piñeiro*

- *Implicações das novas guidelines no CAP metastizado*

*Carlos Silva*

**12h45-13h00**

Encerramento do Simpósio e entrega de certificados



Associação  
Portuguesa  
de Urologia

# XIV SIMPÓSIO APU 2016

28 a 30 outubro

CENTRO DE  
CONGRESSOS  
DE TRÓIA

## FRONTEIRAS EM UROLOGIA

SIMPÓSIOS

## 28 outubro 2016 | Sexta-feira

12h30-13h15



JABA RECORDATI

SIMPÓSIO SATÉLITE

**NOVA ABORDAGEM TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DA  
DISFUNÇÃO ERÉCTIL: EFICÁCIA E COMODIDADE**

Palestrantes: Nuno Tomada e Carlos Silva

17h30-18h15



Bristol-Myers Squibb

SIMPÓSIO SATÉLITE

**IMUNO-ONCOLOGIA NOS TUMORES GENITO-URINÁRIOS:  
ONDE ESTAMOS E PARA ONDE VAMOS?**

Moderador: *Amaldo Figueiredo*

Palestrante: *Daniel Castellano*

## 29 outubro 2016 | Sábado

12h15-13h00



astellas  
Leading Light for Life

SIMPÓSIO SATÉLITE

**OS ROSTOS DO CPRCm EM PERSPECTIVA**

Moderador: *Tomé Lopes*

Palestrantes: *Bruno Pereira e Pedro Nunes*

17h30-18h15



Bayer

SIMPÓSIO SATÉLITE

**INNOVATIVE TREATMENT IN AN INNOVATION WORLD**

Moderador: *Palma dos Reis*

• *Patient Innovation*

Helena Canhão

• Apresentação de casos clínicos

## 30 outubro 2016 | Domingo

11h00-11h45



Janssen Oncology

SIMPÓSIO SATÉLITE

**O DOENTE COM CPmRC: ESCOLHA MAIS E MELHOR TEMPO  
DE VIDA – DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO**

• Diagnóstico atempado

*Catarina Gameiro*

• Estratificação e seguimento

*Carlos Silva*

• Opções de tratamento

*Ana Castro*

• Decisão terapêutica multidisciplinar

*Catarina Gameiro, Carlos Silva e Ana Castro*



Associação  
Portuguesa  
de Urologia

# XIV SIMPÓSIO APU 2016

28 a 30 outubro

CENTRO DE  
CONGRESSOS  
DE TRÓIA

## FRONTEIRAS EM UROLOGIA

VÍDEOS

## V01

### SCARLESS LAPAROSCOPIC PECTOPEXY

Artur Palmas; Nuno Domingues; Carlos Santos; Macieira Pires

Serviço de Urologia, Hospital das Forças Armadas

**Introduction:** Obesity is a chronic disease which affects a substantial number of patients, and increases a person's risk of genital prolapse. Various operative approaches for the repair of a genital prolapse have been reported yet. However, for the reconstitution of a physiological axis of the vagina, taking into account size, depth and slant, a sacropexy seems to be the most adequate approach. But in very adipose women, the effectiveness of this technique is sometimes restricted due to the difficulty of performing the surgery.

**Method:** In this video, we describe a method of laparoscopic apical prolapse surgery, which is especially developed for obese patients. The lateral parts of the iliopectineal ligament are used for a bilateral mesh fixation of the descendend structures. The iliopectineal ligament is a stable structure for the fixation of meshes and sutures, statistically significant stronger than the sacrospinous ligament and arcus tendinosis of pelvic fascia<sup>1</sup>. The incidence of de novo rectocele or defecation disorders, are reduced by a more physiological lateral fixation, who does not reduce the pelvic space<sup>2</sup>. We used a single-port trausumbilical device (Gelpoint, Applied Medical, California, USA), with an additional 5mm port, where at the end of the procedure, the drain is placed. This thecnique, a virtually scarless surgery, represents also, a option for women, who have a aesthetic concern about scars.

**Result and conclusion:** The laparoscopic pectopexy should be considered as an alternative to sacropexy. This method is easier and more secure in patients who present a difficult surgical field. Provides a stable and durable repair, with comparable functional results<sup>2</sup>, in a virtually scarless mode.

1 - Cosson M, Boukerrou M, Lacaze S et al (2003) A study of pelvic ligament strength. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 109(1): 80-87

2 - Noé G, Schiermeier S, Alkatout I et al (2015) Laparoscopic Pectopexy: A Prospective, Randomized, Comparative Clinical Trial of Standard Laparoscopic Sacral Colpopocervicopexy with the New Laparoscopic Pectopexy – Postoperative Results and Intermediate-Term Follow-Up in a Pilot Study. J Endourology 29(2): 210-215

## V02

### SCARLESS TRANSUMBILICAL MILLIN PROSTATECTOMY (STUMP)

Nuno Domingues; Felipe Cáceres; Pedro Cabrera;

Carlos Santos; Macieira Pires e Artur Palmas

Hospital das Forças Armadas, Lisboa; Hospital Nisa Pardo de Aravaca, Madrid

**Introduction:** During the last decades, a lot of data about laparoscopic and robotic prostate adenomec-tomy have been reported, as a viable alternative in the treatment of symptomatic benign prostatic hiperplasia (BPH), due to large volume glands.

Lucca et al., in a systematic review, with a meta-analysis of 27 observational studies with 764 patients, conclude that minimally invasive simple prostatectomy, represents an effective and safe treatment that provides similar improvements in Qmax and IPSS as open procedure<sup>1</sup>.

**Method:** In this video we present the Scarless TransUmbilical Millin Prostatectomy (STUMP), pure laparoscopic, with an additional 5mm port, used for retraction purposes, and where at the end of the procedure, the drain is placed. We used a single-port device (Gelpoint, Applied Medical, California, USA), that results from a modified smaller Gelpoint (Applied Medical, California, USA), already utilized in previous study of feasibility of robotic suprapubic transvesical enucleation of the prostate (R-STEP)<sup>2</sup>. This platform requires a smaller access incision (3-4cm) in the umbilicus, provides a secure and multichannel access, that allows to perform the surgery and easy extraction of large enucleated adenomas<sup>3</sup>.

This thecnique, a virtually scarless surgery, represents an option for men with symptomatic large adenomas (>100 cc), who have an aesthetic concern about scars.

**Results and Conclusion:** Scarless TransUmbilical Millin Prostatectomy (STUMP), provides an attractive and effective minimally invasive alternative to surgical enucleation of large size prostate (>100cc), in a virtually scarless fashion, with several advantages.

This video of STUMP, shows is feasibility with comparable functional outcomes. This could represents a treatment option for men with large symptomatic prostatic adenomas (>100cc).

References:

1 - Lucca I, Shariat S, Hofbauer s, et al. Outcomes of minimally invasive simple prostatectomy for benign prostatic hyperplasia: a systematic review and meta-analysis. World J Urol 2015;33:563-570.

2 - Farred K, Zaytoun OM, Autorino R, et al. Robotic single port suprapubic transvesical enucleation of the prostate (R-STEP): initial experience. *BJU Int* 2012;110:732-737.

3-Khanna R, White MA, Autorino R, et al. Selection of a port for use in laparoscopic single-site surgery. *Curr Urol Rep* 2011;12:94-99.

## V03

### LAPAROSCOPIC MANAGEMENT OF A PARAVESICOPROSTATIC SOLID LESION OF UNDETERMINED ETIOLOGY

Tiago Oliveira; Tito Leitão; Pedro Oliveira; Sandro Gaspar; João Almeida; Paulo Pé-Leve; Sérgio Pereira; Tomé Lopes  
Department of Urology, Centro Académico Médico de Lisboa - Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introduction:** Over the past years, the use of minimally invasive procedures in Urology has become widespread. In fact, minimally invasive procedures are nowadays considered the standard of care for many urologic diseases. However, due to its rarity and complexity, pelvic lesions of undetermined etiology constitute a diagnostic and therapeutic challenge, usually managed with more traditional approaches.

**Aims:** To present a video of the laparoscopic management of a paravesicoprostatic solid lesion of undetermined etiology.

**Case report:** A 74 years-old male patient is under regular follow-up for lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia, treated with dutasteride. Previous medical history included only a bilateral hydrocele repair.

On a routine follow-up transrectal prostate ultrasound, a 7cm solid lesion was identified on the pelvic cavity, lateral to the prostate, without apparent contact with the bladder, prostate or seminal vesicles. Further evaluation with computed tomography and magnetic resonance imaging confirmed the presence of a 7cm left laterovesicoprostatic solid lesion, with regular contour and well-defined limits, without communication with the surrounding structures. Ultrasound-guided transrectal biopsy of the lesion was inconclusive, revealing fragments of fibro-adipose tissue with areas of unspecific inflammatory infiltration.

The patient underwent a transperitoneal laparoscopic excision of the mass, with operative time of 120 minutes, <150ml of blood loss and without immediate complications. Postoperative period was uneventful and the patient was discharged 3 days after the procedure. Pathology and immunohistochemistry of the specimen

were compatible with a benign inflammatory myofibroblastic tumor. The patients remains asymptomatic at 6 months follow-up.

**Discussion:** In selected cases, laparoscopy can be a safe and effective tool in the management of pelvic lesions of undetermined etiology.

## V04

### COMO FAZER DO ACESSO RENAL O PASSO CIRÚRGICO MAIS FÁCIL NA NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA: NOVO SISTEMA DE NAVEGAÇÃO 3D EM TEMPO REAL USANDO SENSORES ELETROMAGNÉTICOS

Estêvão Lima; Nuno Carvalho; Paulo Mota; Agostinho Cordeiro; Nuno Morais; João Torres; Pedro Rodrigues; João Vilaça  
Departamento CUF Urologia e Serviço de Urologia do Hospital de Braga. Domínio de ciências cirúrgicas do Instituto de investigação em ciências da vida e da saúde, ICVS/3Bs – laboratório associado, centro clínico académico (2CA-Braga), Escola de Medicina, Universidade do Minho, Braga, Portugal. DIGARC, Instituto Politécnico do Cavado e do Ave, Barcelos, Portugal

**Introdução:** A punção percutânea do sistema coletor renal é o passo cirúrgico mais difícil e que mais influencia o sucesso da nefrolitotomia percutânea. De forma a ultrapassar as limitações associadas com o uso das técnicas clássicas (fluoroscopia e ultrassonografia) na punção do sistema coletor renal, utilizamos um novo sistema de navegação 3D em tempo real usando sensores eletromagnéticos.

**Objetivos:** Mostrar pela primeira vez de uma forma muito didática num vídeo os vários passos cirúrgicos desta nova técnica cirúrgica em doentes submetidos a uma nefrolitotomia percutânea.

**Material e métodos:** Após a colocação do doente em posição modificada de Valdivia – Galdakao, um campo eletromagnético é criado junto do espaço cirúrgico. Um videoureterorenoscópio digital é introduzido no sistema coletor renal e escolhe-se o cálice mais apropriado para o acesso percutâneo. Depois, coloca-se um cateter com um sensor eletromagnético no cálice apropriado para a punção através do canal de trabalho do ureterorenoscópio. O cálice selecionado é depois puncionado com uma agulha com um sensor eletromagnético na ponta com as imagens em tempo real observadas num monitor.

**Resultados:** Neste vídeo pode-se aprender os dife-

rentes passos cirúrgicos da punção e verificar como é fácil o procedimento. Também pode-se constatar que o tempo de punção é em média de 20 segundos e o número de tentativas de punção são muito reduzidas. **Conclusões:** o sistema de navegação 3D em tempo real usando sensores eletromagnéticos torna a punção dos cálices renais mais fácil, precisa e sem uso de radiação. No entanto, no futuro serão necessários mais casos para validar o sistema.

## VO5

### COMPLICAÇÕES VASCULARES NA NEFRECTOMIA RADICAL VIA LAPAROSCÓPICA

Nuno Ramos; Vanessa Metrogos; Celso Marialva; Nuno Figueira; João Paulo Rosa; Renaud Bollens  
*Serviço de Urologia, Hospital Garcia de Orta, Almada;*  
*Gruppe Hospitalier de L'Institut Catholique de Lille*

**Introdução:** A abordagem minimamente invasiva no tratamento das massas renais, sob a forma de cirurgia por via laparoscópica é cada vez mais comum nas várias instituições. A nefrectomia radical por via aberta tem sido substituída pela via laparoscópica. Os estudos demonstram as suas vantagens em termos de menor hemorragia, menor dor no pós-operatório, tempo de internamento mais curto e convalescença mais célere. Porém, não é isenta de complicações, sendo as vasculares as mais frequentes, podendo ser fatais. As complicações vasculares podem ocorrer quando da colocação dos trocares, mas é na dissecação do hilo renal que frequentemente ocorrem. Geralmente, podem dever-se a erros na técnica de dissecação, a problemas relacionados com o mau funcionamento da Endo-GIA, com a exteriorização de clips de veias ou artérias ou devido à incorrecta identificação das estruturas anatómicas. O tratamento é realizado por via laparoscópica, mas por vezes pode implicar a conversão para cirurgia aberta.

**Objetivos:** Demonstrar possíveis complicações vasculares e a sua reparação na nefrectomia radical por via laparoscópica

**Material e métodos:** Revisão dos pacientes submetidos a nefrectomia radical por via laparoscópica em que ocorreu lesão vascular iatrogénica.

**Resultados:** Os autores descrevem no vídeo dois casos de lesão vascular, com mecanismos diferentes e respectiva resolução.

O primeiro caso é referente a uma lesão da veia renal e resulta de erro na técnica de dissecação do pedículo. De-

vido à inadequada manipulação dos instrumentos, em especial da tesoura monopolar que, ao exercer tracção excessiva acaba por levar à ruptura parcial da veia. A resolução desta complicação consistiu na sutura intracorporal da veia com fio de sutura Prolene 4/0.

O segundo caso trata-se de uma lesão da artéria renal aquando da clampagem por clip metálico devido a incorrecto manuseamento do aplicador de clips. A abordagem desta situação passou pela compressão inicial com o aspirador e posteriormente com a clampagem mais proximal do vaso.

**Discussão:** A evicção das complicações vasculares durante a nefrectomia radical laparoscópica tem por base a prevenção. Para tal, é necessário adequar a indicação operatória a cada doente, ter conhecimento da técnica operatória, das respectivas alterações anatómicas e das especificações técnicas do material utilizado na clampagem do pedículo. Por último, é fundamental saber a melhor abordagem para a resolução de cada tipo de lesão.

## VO6

### NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: A IMPORTÂNCIA DO ENCERRAMENTO COMPLETO DO EXCRETOR E PARÊNQUIMA RENAL

Joana Alfarelos; Tito Palmela Leitão; Sandro Gaspar; Tiago Oliveira; Pedro Oliveira; João Almeida; Paulo Pé Leve; João Felício; Sérgio Pereira; Helena Correia; Tomé Lopes  
*Centro Hospitalar Lisboa Norte*

**Introdução:** O tumor de células renais corresponde ao terceiro tumor urológico mais frequente e representa 2-3% de todas as neoplasias malignas do adulto. A nefrectomia parcial (NP) é considerada o tratamento padrão para a maioria de tumores renais T1, permite uma melhor preservação da função renal, e a longo prazo uma maior sobrevida global. No entanto existem escalas que ajudam na decisão da opção cirúrgica, tais como o R.E.N.A.L.; P.A.D.U.A e C-index que classificam os tumores renais em graus de complexidade topográfica.

**Objetivos:** Apresentamos um caso de uma NP laparoscópica direita num tumor com *score* de complexidade elevado.

**Materias e método:** Trata-se de um doente de 50 anos enviado por uma lesão sólida no rim direito diagnosticado incidentalmente. Como antecedentes pessoais apresentava asma e hipertensão arterial medicados. A tomografia computadorizada mostrou lesão sólida de

4 cm na face anterior e terço médio do rim direito, de contornos bem definidos e cerca de 70% endofítico. Apresentava *score* 12a segundo classificação P.A.D.U.A e 8a segundo classificação R.E.N.A.L.

**Resultados:** A duração da cirurgia foi de 175 min e o tempo de isquemia de 24 minutos, com clampagem do hilo renal com bulldogues laparoscópicos. O tumor empurrava o excretor que foi aberto durante a excisão. Procedeu-se ao encerramento selectivo do excretor com sutura contínua vycril 3/0 e posteriormente com 2 suturas contínuas no parênquima apoiadas em hemoclamps de modo a obter um encerramento completo do mesmo. As perdas hemáticas foram de 400 cc.

Não houve complicações intra-operatórias e o pós-operatório decorreu sem intercorrências. Remoção de dreno no dia seguinte. O estudo anatomo-patológico revelou tratar-se de carcinoma de células renais, de tipo células claras, grau nuclear 2 Furhman com margens cirúrgicas negativas.

**Discussão/Conclusões:** A nefrectomia parcial laparoscópica é um procedimento seguro em tumores com *scores* elevados segundo as classificações topográficas, no contexto de uma equipa experiente e seguindo um protocolo cirúrgico estandarizado.

## V07

### CIRURGIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO – E SE COMPLICAA?

Daniel Oliveira-Reis; Diogo Gil-Sousa; André Marques-Pinto; Vítor Cavadas; Severino Ribeiro; Avelino Fraga; Luís Osório  
*Centro Hospitalar do Porto*

**Introdução:** A cirurgia de correção de incontinência urinária de esforço (IUE) está amplamente disseminada na comunidade urológica e ginecológica desde a introdução de redes sub-uretrais para a sua correção. A taxa de complicações, quando a técnica é bem realizada, é relativamente baixa. A colocação incorreta destas próteses pode levar a necessidade de reintervenção para corrigir iatrogenia, assim como para voltar a corrigir o problema inicial. Uma complicação não muito frequente é a introdução da rede intravesical. As possibilidades para corrigir a mesma são por ressecção transuretral, ressecção/vaporização a LASER ou remoção por via laparoscópica, entre outras.

**Objetivo:** Demonstrar a técnica de ressecção da fita intra-vesical com LASER-Holmium.

**Material e métodos:** Doente de 43 anos, com antecedentes de esclerose múltipla, sem surtos há 10 anos.

Sem medicação habitual. Submetida em Outubro de 2015 a colocação de rede sub-uretral por queixas de IUE. Desde a cirurgia apresentou queixas urinárias baixas de armazenamento, assim como sensação de peso hipogástrico e esvaziamento incompleto. Sofreu múltiplas infeções do trato urinário (ITU) baixo. Foi referenciada por ITU de repetição em Fevereiro de 2016. A ecografia pélvica revelou material ecogénico intra-vesical, com residuo pós-miccional de 150 cm3. Apresentava ITU tendo sido tratada para a mesma e assim como foi colocada sonda vesical em drenagem livre. A cistoscopia revelou rede intra-vesical com 2 orifícios de entrada, às 3 horas, um a 2 cm do colo vesical e outro a nível do mesmo.

**Resultados:** Ressecção com LASER-Holmium de rede de correção de IUE. Tempo de cirurgia 50 minutos. Foi ressecada com LASER em ambas as extremidades e fragmentos da extremidade distal foram vaporizados. Aos 3 meses de pós-operatório a doente apresentava-se com resolução das queixas, assim como recidiva de IUE no mesmo grau que tinha previamente. A cistoscopia revelou boa cicatrização sem rede intra-vesical.

**Discussão e conclusões:** A utilização de LASER-Holmium para ressecção de rede de correção de IUE é uma técnica segura e eficaz. Permite maior controlo de corte apesar de poder prolongar o tempo cirúrgico. O tratamento terá de ser adequado a cada paciente sendo que neste caso a utilização de LASER aumentou a segurança devido à localização da rede.

## V08

### NEFRECTOMIA PARCIAL POR RETROPERITONEOSCOPIA. DESCRIÇÃO DA TÉCNICA PASSO A PASSO

Rodrigo Ramos; Eduardo Silva  
*Instituto Português de Oncologia de Lisboa E.P.E.*

**Introdução:** A abordagem retroperitonoscópica do rim é desafiante dada o reduzido espaço cirúrgico da cavidade retroperitoneal. No entanto, esta via oferece vantagens face à abordagem transperitoneal em doentes selecionados. Poderá ser uma via de eleição alternativa à lombotomia quando se antecipe presença de bridas intestinais extensas, hérnia incisional pós-lapatorotomia ou pela localização e dimensão do tumor do rim.

**Objetivo:** Descrição da técnica de nefrectomia parcial por retroperitoneoscopia passo a passo.

**Material e métodos:** Análise de vídeos cirúrgicos de

doentes submetidos a nefrectomia parcial por retroperitoneoscopia.

**Resultados:** São apresentadas: 1 - referências anatómicas para colocação de portas; 2 - criação de espaço operatório e suas referências anatómicas intracorpóreas; 3 – identificação de artéria renal; 4 – identificação de tumor do rim; 5 – clampagem de artéria renal; 6 – excisão de tumor do rim e rafia de parênquima renal; 7 – principais cuidados pós-operatórios e manejo de complicações mais frequentes.

**Discussão/Conclusão:** Apesar de apresentar uma curva de aprendizagem mais íngreme que a abordagem transperitoneal, a abordagem retroperitoneal é eficaz na abordagem do tumor do rim. O seguimento de um protocolo cirúrgico sistemático e o conhecimento das referências anatómicas torna esta técnica acessível e uma opção a considerar no tratamento do tumor do rim.

## V09

### A TECHNIQUE OF STENTING AFTER LAPAROSCOPIC URETEROLITHOTOMY (LU)

Vanessa Metrogos; Nuno Ramos; Celso Marialva; Nuno Figueira; João Bastos; Nelson Menezes; Renaud Bollens  
Hospital Garcia de Orta

**Introduction:** *Despite advances in endoscopy and availability of holmium lithotripsy, some ureteric stones primarily need to be treated with LU, which is a good alternative to open surgery. Urologist would prefer putting a double J stent beforehand but stenting not only takes away significant operating room time but, at times, it becomes difficult to negotiate the stent beyond the stone. Nowadays, the urologist should be able to perform the routine procedure of laparoscopic stenting.*

**Objective:** *To describe a technique of laparoscopic stenting by using routinely available double J stent.*

**Materials and methods:** *We used a video that shows this procedure performed by Doctor Renaud Bollens. A MEDLINE search for “laparoscopic stenting technique AND ureterolithotomy” was conducted.*

**Results:** *Once the stone is taken out, one end of the stent with a hydrophilic guide wire inside is put in proximally. As the guide wire is completely inside the proximal ureter, the whole length of the stent is pushed until the renal pelvis. Then, holding the other end of the double J stent (which is straight due to the presence of*

*a second guide wire, but forming a loop in its middle portion), it is pushed in distally until the loop is localized at the level of the ureterotomy site. Supporting the stent with a grasper in the left hand and holding the loop with the right hand instrument, the guide wires is then taken out through the holes they protrude in the middle of the stent. This ensures safe placement of both the ends of a double J stent. Once the stent is in place, 4-0 vicryl is used to close the ureterotomy with uninterrupted stitches and a tube drain is placed before closing the ports.*

**Discussion/Conclusions:** *LU is a minimally invasive option to treat large ureteric stones not amenable to ureteroscopy. In large stones with presence of inflammation it is recommended to place a double J stent (before or during the laparoscopy) to avoid the complication of urinary extravasation and urinoma. Many times due to impaction and inflammation, it is not possible to place a double J stent cystoscopically despite using various manoeuvres and ureteroscopic guidance. If double J stent could be placed laparoscopically after the removal of stone then it would save significant anaesthesia time and also operating room resources. In literature, this technique has been considered safe and efficient.*

## V10

### CIRURGIA CONSERVADORA DE CARCINOMA MUSCULO-INVASIVO DA BEXIGA. ABORDAGEM MULTIMODAL INTEGRANDO CIRURGIA ROBÓTICA E BRAQUIATERAPIA. A PROPÓSITO DE 1 CASO CLÍNICO

Rui Formoso<sup>1</sup>; Telma Antunes<sup>2</sup>; Fernando Marques<sup>2</sup>; Francisco Mascarenhas<sup>2</sup>; Kris Maes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Uro-Oncologia e Centro de Cirurgia Robótica e Minimamente Invasiva; <sup>2</sup>Serviço de Radioterapia. Hospital da Luz. Lisboa

**Introdução:** O tratamento de primeira linha para o carcinoma músculo invasivo localizado da bexiga (MIBC) é a cistectomia radical. Uma percentagem significativa desta população é constituída por idosos, doentes com graves comorbilidades, ou com poucas condições gerais para uma cistectomia radical.

**Materiais e métodos:** A cirurgia conservadora associada a braquiterapia para preservação da bexiga está bem estabelecida sendo considerada uma opção terapêutica alternativa em casos selecionados. A braquiterapia laparoscópica assistida por robot Da Vinci

(RALB) é uma abordagem terapêutica minimamente invasiva desenvolvida recentemente por grupos experientes tem vindo a garantir excelentes resultados em termos de controlo local e de sobrevivência. Os autores apresentam um caso clínico, de um doente idoso submetido a esta abordagem pela primeira vez fora da Holanda, país pioneiro nesta técnica onde foram desenvolvidos cateteres específicos para este efeito.

**Resultados:** A excelente tolerância do tratamento e a ausência de complicações ou grave toxicidade, associados a índices já reportado de bom controlo tumoral e de sobrevivência, constituem uma esperança para o tratamento de grupos selecionados de doentes com MICB.

## V11

### SCARLESS TRANSUBILICAL RADICAL PROSTATECTOMY

Nuno Domingues; Felipe Cáceres; Pedro Cabrera; Carlos Santos; Macieira Pires e Artur Palmas  
*Hospital das Forças Armadas, Lisboa; Hospital Nisa Pardo de Aravaca, Madrid*

**Introduction and objective:** *Laparoendoscopic single-site surgery (LESS) provides the ability to perform major surgery with minimal incisions and nearly scar-free results. A pure single-port laparoscopic radical prostatectomy, has been previously described as a feasible but challenging procedure with a high complications rate. In this video, we evaluate the feasibility and the potential advantages of a modification of the single-port laparoscopic radical prostatectomy.*

**Methods:** *In this video, we describe a modification of the single-port laparoscopic radical prostatectomy, using a transumbilical tri-channel reusable port (KeyPort; Richard Wolf GmbH, Knittlingen, Germany), plus a second 5mm port placed in the left iliac fossa with the aim of having an adequate working angle during the most critical steps of the procedure. The KeyPort system incorporates a conceptual change, where the individual instruments are moved to a dual-rotation system of arms that avoids both external clashing and internal crossing by a combination of the curved nature of the instruments and the articulated rotation of their tip without rigidity loss.*

**Results and conclusion:** *This minimally invasive technique is a safe procedure and appears to be a good compromise between a pure single multichannel port and a standard multitrocar laparoscopic approach.*

*This represents a step forward to reduce invasiveness of laparoscopic surgery, and much more cost effective than its robotic counterpart.*

## V12

### CORREÇÃO CIRÚRGICA DE DP COM APLICAÇÃO DE ENXERTO DE TACHOSIL®

Diogo Gil-Sousa; Daniel Oliveira-Reis; José Soares; Nuno Louro; José La Fuente de Carvalho; Avelino Fraga  
*Serviço de Urologia Centro Hospitalar do Porto*

**Introdução:** O tratamento conservador na abordagem da Doença de Peyronie (DP) apresenta sucesso limitado e a maioria destes doentes evolui com necessidade de correção cirúrgica. Diferentes técnicas foram descritas, sendo genericamente incluídas em 2 grandes grupos: técnicas com encurtamento peniano (plicatura) ou técnicas de corporoplastia (com incisão/excisão da placa).

Técnicas de corporoplastia com aplicação de enxerto para correção do defeito da albugínea após incisão/excisão da placa são geralmente utilizadas em curvaturas penianas > 60°, situações de pênis curto ou deformidade complexas (“ampulheta”). Enxertos autólogos e não-autólogos têm sido utilizados na cirurgia reconstrutiva da DP, apresentando vantagens e desvantagens específicas para cada um dos materiais utilizados, não sendo possível definir na atualidade o enxerto “ideal”.

As técnicas com aplicação de enxerto são mais complexas que a plicatura, exigindo uma dissecação mais extensa para mobilização do feixe neurovascular dorsal, sendo o risco de DE pós-operatória superior. Desta forma, a avaliação pré-operatória da função erétil é fortemente recomendada.

**Material e métodos:** Apresenta-se vídeo descritivo de correção cirúrgica de DP com aplicação de enxerto de Tachosil®.

**Resultados:** Doente de 59 anos, com DP em fase estável e curvatura dorsal de 75° confirmada através de fotos. Avaliação pré-operatória incluiu exame físico, avaliação da função erétil, documentação do pênis em ereção com fotos e ecodoppler com injeção intracavernosa de alprostadil. Estudo doppler peniano com injeção intracavernosa de agente vasoativo sem evidência de alterações vasculares.

Passos cirúrgicos descritos em vídeo: Incisão circunferencial 1cm abaixo do sulco balanoprepucial e deslucamento peniano até à base do pênis para comple-

ta exposição do corpo peniano. Abertura bilateral da fáscia de Buck, lateralmente à uretra, para posterior dissecação e mobilização cuidadosa do feixe vasculo-nervoso dorsal. Após identificação da placa e área de maior curvatura aquando indução artificial da ereção com injeção intracavernosa de SF, foi realizada a incisão dorsal em H modificado a este nível. Tachosil® foi aplicado na área cruenta exposta após incisão, de acordo com as recomendações do fabricante, sem realização de sutura. Após compressão manual foi encerrada a fáscia de Buck e planos superficiais do pénis.

Retirou a sonda vesical e teve alta no 1º dia pós-operatório, sem complicações locais.

O doente iniciou manobras de massagem e estiramento do pénis 2 semanas após a cirurgia. Reiniciou atividade sexual com penetração 5 semanas após a cirurgia, com resultado satisfatório e sem qualquer afeção da vida sexual do casal.



Associação  
Portuguesa  
de Urologia

# XIV SIMPÓSIO APU 2016

28 a 30 outubro

CENTRO DE  
CONGRESSOS  
DE TRÓIA

## FRONTEIRAS EM UROLOGIA

CARTAZES

## C01

### EPIDEMIOLOGIA DE INFEÇÕES URINÁRIAS ASSOCIADAS A CATETER NUMA UNIDADE DE QUEIMADOS - CASUÍSTICA DE 5 ANOS

Luís Sepúlveda<sup>1</sup>; Miguel Vaz<sup>2</sup>; Íris Brito<sup>2</sup>; Catarina Chaves<sup>3</sup>; Luís Cabral<sup>2</sup>; Jorge Lima<sup>2</sup>; Filipe Rodrigues<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia – Centro Hospitalar De Trás-os-Montes e Alto Douro; <sup>2</sup>Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; <sup>3</sup>Serviço de Patologia Clínica - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução e objetivos:** Os doentes queimados estão susceptíveis a diferentes tipos de infeções nosocomiais, além das infeções das queimaduras, já extensamente descritas na literatura. As infeções do trato urinário associadas a cateter (Ca-ITU) são das infeções mais comuns nesse contexto, responsáveis por elevada morbidade, aumento do tempo de internamento e dos custos associados. O objectivo deste estudo foi caracterizar as infeções urinárias associadas a catéter em doentes queimados hospitalizados e a frequência dos agentes etiológicos responsáveis por estas infeções.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo no qual foram analisados os dados clínicos e os resultados das uroculturas realizadas numa Unidade de Queimados de um Hospital Universitário, referentes a doentes queimados que tenham realizado pelo menos uma vez este exame durante o seu internamento hospitalar, no período entre 1 de Janeiro de 2010 e 31 de Dezembro de 2014. Foram analisadas diferentes variáveis como a data das infeções, as características gerais da população e o agente microbiológico responsável. As infeções foram ainda categorizadas tendo em consideração a existência de episódios prévios de Ca-ITU no mesmo doente, definindo-se assim infeção primária, re-infeção, recaída e sobre-infeção.

**Resultados:** Dos 838 doentes internados na Unidade de Queimados entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2014 foram diagnosticadas 213 Ca-ITU em 143 doentes (25,417 Ca-ITU/100 doentes internados). Os uropatogénos mais frequentes foram a *E. coli* (27,2%), o *Enterococcus faecalis* (20,2%), *Pseudomonas spp.* (13,1%), *Candida spp.* (12,1%), *Klebsiella spp.* (10,8%) e *Acinetobacter baumannii* (9,9%). Os microrganismos mais comuns variaram significativamente consoante o género do doente. As Ca-ITU analisadas corresponderam a 143 infeções primárias, 44 re-infeções, 17

recaídas e 9 sobre-infeções. A recaída foi mais frequente no sexo masculino e em infeções secundárias a *Acinetobacter baumannii*.

**Discussão:** As infeções urinárias associadas a cateter são infeções bastante comuns em Unidades de Cuidados Intensivos, nomeadamente em Unidade de Queimados. Os patógenos mais comuns foram semelhantes aos que estão relatados na literatura. Os agentes microbiológicos presentes nas infeções polimicrobianas foram semelhantes aos identificados nas infeções monomicrobianas, provavelmente atendendo ao carácter temporário da algaliação. O elevado número de recaídas em doentes do sexo masculino poderá dever-se ao maior tamanho da uretra e à presença de próstata, factores que poderão favorecer a adesividade e colonização, diminuindo assim a eficácia anti-bacteriana. As infeções por *Acinetobacter baumannii* apresentaram igualmente elevada predisposição para a recaída, provavelmente secundária à multirresistência à antibioterapia, característica comum neste patógeno. A candidúria foi mais frequente em contexto de reinfeção e sobre-infeção, provavelmente devido aos efeitos da antibioterapia sistémica prévia com subsequente perturbação da flora bacteriana.

**Conclusão:** A predisposição demonstrada para a recaída infecciosa em doentes do sexo masculino e em infeções por *Acinetobacter baumannii* poderá alterar a conduta nestes doentes, nomeadamente prolongando o tempo de antibioterapia proposto. A categorização proposta das CA-ITU, semelhante à existente para as infeções urinárias não associadas a cateter, poderá constituir uma mais-valia na avaliação dos factores de risco e na subsequente abordagem desta patologia.

## C02

### EFEITO DAS ADIPOCINAS LEPTINA, ADIPONECTINA E PERIOSTINA NA PROLIFERAÇÃO CELULAR DO ADENOCARCINOMA DA PRÓSTATA – ESTUDO EM LINHAS CELULARES HUMANAS

David Castelo; Inês Marques; Salomé Pires; Ana Catarina Mamede; Edgar Tavares da Silva; Margarida Abrantes; Arnaldo Figueiredo; Maria Filomena Botelho  
Serviço de Urologia, Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.; Instituto de Biofísica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra Serviço de Urologia e de Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE; CNC.IBILL, Universidade de Coimbra CIMAGO, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

**Introdução:** A obesidade tem sido relacionada com um pior prognóstico em diversos tumores sólidos, onde se inclui o adenocarcinoma da próstata. O tecido adiposo é responsável pela secreção de múltiplas citocinas, entre as quais se contam mediadores que influenciam a proliferação de tecidos epiteliais. Desta forma, o adenocarcinoma da próstata pode ser condicionado pelo microambiente hormonal proporcionado pelo tecido adiposo periprostatico, o que poderá ter influência na agressividade desta neoplasia.

**Objetivos:** Neste estudo *in vitro* pretendemos estudar a influência de três adipocinas (leptina, adiponectina e periostina) na proliferação celular do carcinoma da próstata.

**Material e métodos:** Duas linhas celulares humanas de carcinoma da próstata (PC3 e LNCaP) cultivadas em condições padrão foram expostas durante 24, 48, 72 e 96h a concentrações fisiológicas típicas de indivíduos saudáveis e de indivíduos obesos de leptina (4 ng/mL, 40 ng/mL e 100 ng/mL), adiponectina (1 ng/mL, 10 ng/mL e 100 ng/mL) e periostina (50 ng/mL; 100 ng/mL e 200 ng/mL).

Após a exposição às adipocinas nos tempos e concentrações referidas, as células foram submetidas a dois ensaios complementares de avaliação de proliferação celular (MTT e SRB).

Estes ensaios foram também realizados em células cultivadas em meios sem aditivos pró-proliferativos (culturas controlo) e sem vermelho de fenol.

As mesmas linhas celulares foram também expostas a períodos prolongados (4 semanas) de exposição a concentrações típicas de doentes obesos de leptina (100ng/mL) e adiponectina (1ng/mL).

**Resultados:** Em comparação com as culturas controlo, as células submetidas a um período curto de exposição às adipocinas não apresentaram valores significativamente diferentes de proliferação celular. Nas células cultivadas em meio controlo ou sem vermelho de fenol, os resultados foram semelhantes.

As células expostas por períodos prolongados às citocinas também não apresentaram diferenças estatisticamente significativas na proliferação celular, quando comparadas com as culturas controlo.

**Discussão/Conclusões:** Ao contrário de alguns trabalhos publicados nesta área, os nossos estudos não demonstraram um efeito pró-proliferativo directo das adipocinas estudadas nas linhas celulares humanas de carcinoma da próstata. A complexidade endócrina do tecido adiposo e a abundância de mediadores

presentes no microambiente local do carcinoma da próstata poderão justificar este resultado negativo. Por um lado, estes mediadores e a sua influência no tecido tumoral não estão ainda bem caracterizados, em especial as suas diferenças em indivíduos obesos e não obesos. Por outro lado, não é possível reproduzir este complexo ambiente *in vitro*.

Estudos em modelos animais de obesidade e/ou no tecido adiposo periprostatico de doentes com carcinoma da próstata poderão ajudar a responder a algumas destas questões.

### C03

## SCORE RENAL NA CLASSIFICAÇÃO DE MASSAS RENAIIS- ÚTIL OU EMPÍRICO?

João Almeida Dores; S.Ramos; A. Silva; A. Cebola; S.Lopes; A. Furtado; R.Cruz; P. Kronenberg; P. Bargão Santos;

J. Varregoso; F. Ribeiro; P. Cardoso; F. Ferrito

*Hospital Fernando Fonseca*

**Introdução:** A abordagem terapêutica de lesões sólidas renais centra-se fundamentalmente na sua excisão, por nefrectomia radical ou se possível por nefrectomia parcial. De acordo com o paradigma actual da poupança de nefrónios, a nefrectomia parcial constitui o tratamento standard para pequenas massas renais (até 4cm-T1a), mas, se possível também deverá ser realizada em lesões até 7 cm (T1b). A nefrectomia radical está reservada para tumores mais complexos, acima de 7cm (> T2). No entanto, na prática clínica, sabemos que a decisão do tipo de tratamento a adotar não está dependente só da dimensão da lesão, mas de vários outros factores como a experiência do cirurgião, a localização topográfica da lesão e da sua relação com o sistema colector, seio renal e/ou grandes vasos. Neste sentido foram introduzidos diferentes *Scores* (pex. RENAL, PADUA, C-Index), que procuram determinar e agrupar as lesões sólidas renais em termos de complexidade (Baixa/Moderada/Elevada).

**Objetivos:** Neste trabalho procurámos classificar uma série de tumores renais utilizando o *score* RENAL de forma a avaliar se existe correlação entre o *Score* obtido e o tipo de cirurgia realizada (Nefrectomia radical laparoscópica vs. Nefrectomia parcial laparoscópica) e complicações cirúrgicas.

**Material e métodos:** Analisámos retrospectivamente 42 casos de tumores renais, submetidos a Nefrectomia radical via laparoscópica (n=20) e Nefrectomia parcial via laparoscópica (n=22). Todos os tumores

foram analisados por URO-TAC e foram aplicados o *Score* RENAL.

**Resultados:** Foram analisadas 42 massas renais, em 42 doentes, 15 do sexo feminino, 27 do sexo masculino, com idade média de 65 anos (32-86). A dimensão média das lesões renais foi de 5 cm (2.1-9).

Aplicando o *Score* RENAL, 15 (38%) doentes apresentavam uma lesão de baixa complexidade, 17 (40%) doentes uma lesão de complexidade moderada e 10 (22%) uma lesão de complexidade elevada. A Nefrectomia radical via laparoscópica foi realizada em 10%, 20% e 70% das lesões de complexidade baixa, moderada e elevada, respectivamente. A Nefrectomia parcial via laparoscópica foi realizada em 64%, 23% e 14% das lesões de baixa, moderada e elevada complexidade, respectivamente. Os tumores tratados por Nefrectomia radical apresentaram um *score* médio de 8.7, os tumores tratados por nefrectomia parcial apresentaram um *score* médio de 5.6.

Analisando os parâmetros do *score* RENAL individualmente, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em termos de dimensão do tumor, %endofítico/exofítico, proximidade com o sistema colector, e localização relativa à linhas polares. Quando maior a pontuação, maior a probabilidade de se optar por uma cirurgia radical.

Em termos de complicações, relatam-se 3 casos de fistula urinária em lesões de elevada complexidade e submetidas a nefrectomia parcial. Em termos de perdas sanguíneas, em 85% das nefrectomias radicais a perda de sangue foi inferior a 100 ml, enquanto que em apenas 20 % das nefrectomias parciais, a perda de sangue foi inferior a 100 ml.

**Conclusões:** O *Score* RENAL obtido correlaciona-se de forma positiva com o tipo de tratamento escolhido, não só em termos de *score* total, mas de parâmetros individuais como a dimensão da lesão, endofítico/exofítico, proximidade com o sistema colector e relação com as linhas polares. Embora seja empírico adoptarmos uma terapêutica mais radical para uma lesão mais complexa, consideramos que este *score* pode ser útil na documentação e caracterização uniforme das lesões renais, no planeamento cirúrgico e na comunicação entre os urologistas na descrição da complexidade de massas renais.

## C04

### UTILIDADE DA RAZÃO NEUTRÓFILOS/LINFÓCITOS COMO PREDITOR DA RECORRÊNCIA E DA PROGRESSÃO DO CARCINOMA DA BEXIGA NÃO MÚSCULO INVASIVO

Nuno Ramos; Celso Marialva; Vanessa Metrogos; João Paulo Rosa; Nelson Menezes

*Serviço de Urologia do Hospital Garcia de Orta*

**Introdução:** O carcinoma da bexiga não músculo-invasivo (CBNMI) representa um grupo heterogéneo de tumores com diferentes taxas de recorrência, progressão e mortalidade. Contudo não existe nenhum marcador analítico que possa prever com precisão o risco de recorrência ou progressão do mesmo.

A via inflamatória parece ter um papel importante no desenvolvimento de diversos tipos de tumores, sendo atualmente uma área de amplo estudo.

A razão neutrófilos/linfócitos (RNL) é um marcador de resposta inflamatória sistémica, que tem sido associado como fator prognóstico de diversas neoplasias, contudo no CBNMI a sua relação ainda não está estabelecida de forma clara.

**Objetivos:** Avaliar se a RNL pode prever a recorrência ou progressão do CBNMI.

**Material e métodos:** Foi efetuada uma análise retrospectiva dos doentes submetidos pela primeira vez a ressecção transuretral vesical (RTUV) e diagnosticados com CBNMI, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2014. Foram excluídos os casos que não apresentavam hemograma com leucograma prévio à cirurgia e os doentes com tumores síncronos em outras localizações.

O valor de *Cut-off* ideal para a recorrência ou progressão da doença foi calculado através do algoritmo padronizado *Cutoff-finder* (o valor obtido foi 3.34).

Posteriormente foi realizada uma análise estatística multivariada com o *software* SPSS 22.0, com as seguintes variáveis: idade, sexo, tempo até ocorrer recidiva ou progressão da doença (meses), RNL, tamanho do tumor ( $\leq 3$  ou  $>3$  cm), tumor múltiplo, histologia e grau inicial do tumor.

**Resultados:** A amostra analisada é constituída por 84 pacientes, dos quais 79.8% são do sexo masculino e cuja idade média ao diagnóstico é de 69 anos (41-89 anos).

Em relação as características do tumor, a histologia inicial é em 67,9% dos casos pTa, sendo o tumor de baixo grau em 77.4%. Em 21.4% dos doentes o tumor

é múltiplo e em 33.3% apresenta dimensões superiores a 3 cm.

Observou-se recorrência da patologia tumoral em 19% dos indivíduos estudados e progressão desta em 16.4%. Em média a recidiva ou progressão da doença ocorreu em 5,4 meses (3-13 meses) após a RTUV inicial.

O tempo médio de *follow-up* para os doentes sem recidiva ou recorrência foi de 29 meses (desvio padrão = 8.9 meses).

O valor médio da RNL foi de 2.88 (0.5 -7.76), sendo que 23 doentes (27.4 %) apresentaram RNL >3.34.

As características do doente e do tumor foram estratificadas em função do valor de cut-off da RNL ( $\leq 3.34$  e  $> 3.34$ ), revelando que os pacientes com RNL  $> 3.34$  apresentam mais frequentemente pT1 como histologia inicial do tumor ( $p=0.018$ ).

Numa análise multivariada, a RNL  $> 3.34$  revelou estar associada a maior recidiva/progressão da doença tumoral (hazard ratio [HR] = 2.94; 95% CI: 1.27–6.8;  $p = 0.012$ ).

**Conclusões:** Este estudo revela que a RNL pode ser um preditor de recidiva/recorrência da doença em pacientes com NMIBC, complementando os *scores* prognósticos estabelecidos, melhorando a acuidade destes e auxiliando, por isso, a decisão clínica.

Estes resultados deverão ser confirmados com um estudo prospetivo.

## C05

### ESTUDO COMPARATIVO DA EFICÁCIA E SEGURANÇA DE HARMONIC ACE®, ENSEAL® E LIGASURE™ NA LIGAÇÃO DE VASOS EM MODELO PORCINO EX-VIVO

Agostinho Cordeiro<sup>1,2</sup>; Mariana Conde<sup>2</sup>; João P. Torres<sup>1,2</sup>; Nuno Morais<sup>1</sup>; Paulo Mota<sup>1,2</sup>; Giovanni Grimaldi<sup>3</sup>;

Francisco Botelho<sup>1,4</sup>; Vitor H. Nogueira<sup>1</sup>; Estevão Lima<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia do Hospital de Braga; <sup>2</sup>Escola Ciências da Saúde – Universidade do Minho; <sup>3</sup>Università degli Studi di Napoli “Federico II” – Dipartimento di Neuroscienze ed Scienze Riproduttive; <sup>4</sup>Departamento de Epidemiologia – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** A cirurgia laparoscópica tem vindo a sofrer uma evolução enorme ao longo das últimas décadas, sendo que a tecnologia dos instrumentos de eletrocirurgia têm sido dos fatores mais importantes no avanço da laparoscopia por diminuição das perdas de sangue e diminuição dos tempos cirúrgicos.

Atualmente são usados 3 métodos baseados em energia durante os procedimentos cirúrgicos para laqueação de vasos: a eletrocirurgia monopolar, a eletrocirurgia bipolar e a cirurgia baseada em ultrassom. No sentido de colmatar algumas lacunas da Eletrocirurgia monopolar, desenvolveram-se sistemas bipolares com vantagens significativas nomeadamente uma configuração de energia mais baixa, que não gera corrente de acoplamento capacitivo, reduzindo o potencial risco de lesão.

A manutenção de hemóstase adequada é um problema central em cirurgia laparoscópica, existindo ambiguidade entre cirurgiões na escolha da tesoura de energia a utilizar, tornando-se imperativo definir qual dos instrumentos disponíveis no mercado é o mais eficaz e seguro.

**Objetivos:** Comparar a eficácia de selagem e a segurança entre Harmonic Scalpel®, EnSeal® e Ligasure™ na laqueação de artérias e veias de diferentes tamanhos em modelo porcino ex-vivo.

**Métodos:** Os instrumentos foram comparados quanto à velocidade de corte. Após colheita dos vasos foi avaliada a burst pressure (BP). Um grupo de vasos foi enviado para análise histológica com avaliação do dano térmico e da selagem histológica. Todos os instrumentos foram utilizados a um nível de energia constante (standardizado pela marca), tendo o *Harmonic Scalpel®* sido dividido em energia máxima *versus* mínima, totalizando 4 grupos de instrumentos.

**Resultados:** Foram testados 248 vasos no total. Globalmente, o Ligasure assumiu-se como o instrumento mais rápido no corte de todos os tipos de vasos, com o Enseal apresentando-se como o mais lento. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as BP dos 4 grupos de instrumentos em nenhum dos tipos de vasos divididos por diâmetro, exceto no grupo de artérias médias, com a única diferença estatisticamente significativa entre o Enseal e o Ligasure, tendo o Ligasure gerado BP significativamente mais altas que o Enseal. Ainda nas artérias médias o Harmonic em energia mínima apresenta maior percentagem de falhas, e o Ligasure a menor. Não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre o número de falhas e o tamanho do vaso. Existiram diferenças significativas entre o número de falhas em artérias *versus* veias, com maior número de falhas nas artérias em todos os instrumentos.

**Conclusão:** Neste estudo, o Ligasure demonstrou uma selagem mais rápida e fidedigna, com BP superiores

a todos os outros instrumentos em artérias de médio calibre e maior mediana no comprimento de selagem tanto em artérias como em veias embora sem significância estatística comparativamente ao Harmonic em energia mínima ou máxima. No entanto, o Ligasure apresentou dano térmico significativamente superior ao Enseal e uma mediana superior à do Harmonic em energia mínima.

Este estudo também demonstrou que existe uma importante taxa de falhas de selagem, principalmente nos vasos de maior calibre, facto que deveria ser do conhecimento geral com o objetivo de prevenir complicações.

## C06

### QUAL É A TAXA DE CONVERSÃO DOS RESUMOS DOS TRABALHOS DOS ENCONTROS NACIONAIS DE UROLOGIA EM ARTIGOS CIENTÍFICOS?

Carlos Ferreira; Raquel Catarino; Frederico Carmo Reis; Tiago Correia; André Cardoso; Manuel Cerqueira; Martinho Almeida; Rui Prisco

*Unidade Local de Saúde de Matosinhos*

**Introdução:** Os números e características dos resumos apresentados nos congressos e simpósios da Associação Portuguesa de Urologia que são depois convertidos em publicações em revistas científicas nunca foi analisado e publicado.

**Objetivos:** Pretendemos avaliar a taxa de conversão em artigo e o período de transição até à publicação dos resumos apresentados nos encontros nacionais da Associação Portuguesa de Urologia e identificar fatores preditivos de publicação.

**Material e métodos:** Todos os resumos aceites para apresentação sobre a forma de póster ou comunicação oral nos congressos nacionais de 2013 e 2015 e no simpósio de 2014 foram identificados. A taxa subsequente de publicação para estes trabalhos foi estimada com base numa pesquisa na Medline e na Acta Portuguesa de Urologia, tendo em a totalidade ou parte do título e o nome dos autores. Avaliamos se os seguintes fatores estavam associados com a taxa de publicação: tipo de investigação, tema abordado e tipo de apresentação (póster vs. comunicação oral). A análise foi feita usando métodos de regressão logística da variável dicotómica publicação vs. não publicação e os possíveis fatores preditivos.

**Resultados:** Globalmente, foram publicados 12.7% dos 346 resumos apresentados nos encontros nacio-

nais de Urologia em revistas médico-científicas. Isoladamente os trabalhos pré-clínicos tiveram uma maior taxa de aceitação para publicação do que os trabalhos clínicos 32% vs. 11,2% ( $p < 0.05$ ). Dentro dos estudos clínicos, 2/3 (66.7%) das revisões sistemáticas foram publicadas e 15.8% dos estudos prospetivos foram publicados contra apenas 11.8% dos estudos retrospectivos e 7.7% dos casos clínicos. Após uma análise multifactorial, as comunicações orais tiveram uma maior probabilidade de publicação (OR = 4.46,  $p < 0.05$ ) bem como os trabalhos cujo tema foi cancro do rim (OR = 13.2,  $p < 0.05$ ) ou da próstata (OR = 9.7,  $p < 0.05$ ). Não houve diferenças na taxa de publicação no que diz respeito a diferentes hospitais ou centros de investigação. O tempo médio para publicação foi de 9 meses e na maioria dos casos os trabalhos foram publicados na Acta Urológica. Apenas 24 (54.5%) artigos foram publicados em revistas indexadas à Medline. O fator de impacto médio das revistas onde os artigos foram publicados foi de 2.035.

**Discussão:** A taxa global de publicação é relativamente baixa (6.9% em revistas indexadas) quando comparada com outros encontros de urologia internacionais (20-47%). Será eventualmente necessário continuar com o encorajamento da investigação de melhor qualidade pelos autores para aumentar a taxa de publicação e consequentemente a categoria dos encontros em si.

## C07

### RÁDIO-223 NO CARCINOMA DA PRÓSTATA METASTÁTICO RESISTENTE À CASTRAÇÃO: O QUE ESTÁ POR TRÁS DESTA JANELA TERAPÊUTICA?

Inês Marques; Ana Margarida Abrantes; Ana Salomé Pires; Gracinda Costa; Francisco Caramelo; Edgar Tavares da Silva; Arnaldo Figueiredo; Maria Filomena Botelho  
*Instituto de Biofísica, IBILI-Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra; Faculdade de Farmácia, Universidade de Coimbra, Coimbra; Centro de Investigação em Meio Ambiente Genético e Oncobiológico (CIMAGO), Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra; CNC.IBILI, Universidade de Coimbra, Coimbra; Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra, Coimbra; Serviço de Medicina Nuclear, CHUC, Coimbra; Laboratório de Bioestatística e Informática Médica, IBILI-Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra Serviço de Urologia e Transplantação, CHUC, Coimbra*

**Introdução:** O carcinoma da próstata metastático re-

sistente à castração (CPMRC) é o maior desafio terapêutico entre os doentes com carcinoma da próstata. O rádio-223 (223Ra) constitui uma das últimas opções terapêuticas aprovadas. É um emissor predominantemente alfa que comprovou eficácia na redução da dor, atrasa o aparecimento de Skeletal Related Events e aumenta o tempo de sobrevivência do doente em média 3,6 meses. Apesar desta eficácia clínica, os mecanismos moleculares envolvidos não se encontram completamente esclarecidos, sabendo-se apenas que o 223Ra atua como um mimico do cálcio, com afinidade para as zonas de elevada renovação óssea, ou seja nas metástases ósseas. Faltam estudos em linhas celulares que demonstrem os mecanismos de ação do fármaco.

**Objetivo:** Estudar os efeitos diretos e a cinética do radiofármaco 223Ra em linhas celulares de carcinoma da próstata (CaP).

**Materiais e métodos:** Foram utilizadas duas linhas celulares de CaP, a linha celular PC3 (que não expressa receptores de androgénio, representativa de CPMRC) e a LNCaP (que expressa receptores de androgénio, representativa de um estágio menos avançado). Estas células foram submetidas a irradiação com 223Ra em diferentes doses (0,25-10 mGy), com o intuito de determinar o fator de sobrevivência celular (FS), através do ensaio clonogénico. Os estudos de cinética foram realizados através da incubação das células com 0,5  $\mu\text{Ci/mL}$  de 223Ra, na presença ou ausência de inibidor dos canais de cálcio (verapamil). No final, as percentagens de radiofármaco correspondentes a cada tempo e condição foram calculadas.

**Resultados:** Verificámos que as células LNCaP [DL50= 1,41 mGy (IC95%: 1,169-1,789)] apresentam uma radiosensibilidade significativamente superior ao 223Ra do que as células PC3 [DL50= 4,22 mGy (IC95%: 3,833-4,683)]. O 223Ra demonstrou ser captado, internalizado no núcleo e retido pelas células PC3, respectivamente, em percentagens de 1,43% (IC95%: 1,33-1,53), 34,12 $\pm$ 2,29% e 3,99% (IC95%: 3,75-4,24). Para as células LNCaP, as percentagens assumem valores de 1,39% (IC95%: 1,31-1,48), 28,17 $\pm$ 3,62% e 5,45% (IC95%: 4,79-6,10), respetivamente. O uso de verapamil diminuiu significativamente o valor da captação de 223Ra pelas células PC3 para 0,96% (IC95%: 0,89-1,02) e o das células LNCaP para 1,29% (IC95%: 1,27-1,30).

**Discussão/Conclusão:** Os resultados obtidos para a linha celular PC3 comprovam a sua aplicabilidade te-

rapêutica para doentes de CPMRC. Verifica-se ainda que as células LNCaP, representativas de um estado menos avançado de CaP, demonstraram um perfil cinético semelhante às células PC3 e uma maior radiosensibilidade ao 223Ra, apontando para uma possível aplicação terapêutica em estádios mais precoces desta patologia.

O uso do bloqueador verapamil demonstrou que, na sua presença, há uma diminuição significativa da captação do 223Ra pelas linhas celulares em estudo, postulando que o mecanismo de atuação do 223Ra é dependente dos canais de cálcio e que poderão haver alterações no efeito terapêutico em doentes que fazem concomitantemente medicamentos bloqueadores deste tipo de canais.

## C08

### UTILIDADE CLÍNICA DO PET-PSMA NA TOMADA DE DECISÃO PARA OS DOENTES COM CANCRO DA PRÓSTATA: ANÁLISE PRELIMINAR DE 101 DOENTES CONSECUTIVOS

Carlos Ferreira<sup>1</sup>; Liliana Violante<sup>2</sup>; Rui Freitas<sup>3</sup>; Isaac Braga<sup>3</sup>; Vítor Silva<sup>3</sup>; Sanches Magalhães<sup>3</sup>; Francisco Lobo<sup>3</sup>; António Morais<sup>3</sup>; Hugo Duarte<sup>2</sup>; Jorge Oliveira<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, <sup>2</sup>Serviço de Medicina Nuclear do Instituto Português de Oncologia do Porto, <sup>3</sup>Serviço de Urologia do Instituto Português de Oncologia do Porto

**Introdução:** A tomografia por emissão de positrões acoplada com o “prostate specific membrane antigen” (PET-PSMA) é uma nova técnica de imagem na área do cancro da próstata.

**Objetivos:** Apresentamos os resultados preliminares de um coorte de doentes que realizaram este exame na nossa instituição, explorando a utilidade na deteção do estadiamento primário e reestadiamento da doença após tratamento local com intuito curativo.

**Material e métodos:** De Outubro de 2015 a Setembro de 2016, foram realizados 101 PET-PSMAs para estadiamento primário ou reestadiamento de recidiva bioquímica ou níveis de PSA persistentemente elevados após o tratamento primário. Em sede de reunião multidisciplinar, urologistas, oncologistas e radioterapeutas decidiram a estratégia terapêutica para cada doente consoante o resultado destes exames descritos por médicos de Medicina Nuclear. O exame foi considerado “útil” se os seus resultados, positivos ou negativos, determinassem a estratégia clínica.

**Resultados:** Treze doentes (12.9%) realizaram um PET-PSMA para estadiamento primário. Trinta e cinco doentes (34.7%) realizaram o exame para reestadiamento pós-cirúrgico no contexto de recidiva bioquímica e 17 doentes (16.8%) realizaram o reestadiamento no contexto de recidiva bioquímica ou valores de PSA persistentemente elevados após radioterapia ou braquiterapia com intuito curativo. Dezoito doentes (17.8%) realizaram um PET-PSMA por recidiva bioquímica após radioterapia adjuvante ou radioterapia de salvação. Treze doentes (12.9%) realizaram este exame um mês após a prostatectomia radical antes da tomada de decisão de radioterapia adjuvante. Por fim, quatro doentes (3.9%) realizaram este exame para reestadiar a doença resistente à castração.

O valor mediano do PSA na altura da realização do PET-PSMA foi de 2.3 ng/ml (variação 0.2-91 ng/ml). Globalmente, a taxa de detecção de pelo menos uma lesão hipermetabólica foi de 65.3% (66 em 101 doentes). Essa percentagem variou de acordo com o valor de PSA sendo de 91.1%, 41.2%, 33.3, 23.3% para valores de PSA  $\geq 2$ ,  $1 < 2$ ,  $0.5 < 1$  e  $0.2 < 0.5$ , respectivamente.

Antes do PET-PSMA, 19 doentes (18.8%) realizaram uma RM pélvica, 16 doentes (15.8%) realizaram uma cintigrafia óssea, 7 doentes (6.9%) uma TAC e 5 doentes (5%) uma PET-Colina. A taxa de concordância destes tipos de exames de (re)estadiamento com a positividade do PET-PSMA foi de 80% para a RM, 57,2% para a cintigrafia óssea, 66.7% para o TAC e 25% para o PET-colina.

As modificações das atitudes terapêuticas principais com o PET-PSMA prenderam-se com a indicação para avançar com o tratamento curativo após estadiamento primário, a necessidade de radioterapia adjuvante ou de salvação, o timing da hormonoterapia, a seleção de tratamentos ablativos em caso de recorrência local exclusiva ou para guiar o tratamento local de oligometástases.

**Conclusões:** O PET-PSMA é uma ferramenta diagnóstica promissora no cancro da próstata. Reportámos a nossa experiência preliminar em doentes com cancro da próstata primário ou recorrente/persistente após o tratamento primário. O PET-PSMA foi útil para a tomada de 81.2% das decisões clínicas em doentes submetidos a este exame, juntamente com outros dados como o valor do PSA, a cinética do PSA e os resultados de outros exames imagiológicos.

## C09

### TRATAMENTO DE ESTENOSE URETERAL COMPLEXA COM SUBSTITUIÇÃO ILEAL DO URETER – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarino R; Ferreira C; Cardoso A; Correia T; Cerqueira M; Carmo Reis F; Martinho A; Prisco R.

*Serviço de Urologia da Unidade Local de Saúde de Matosinhos*

**Introdução:** Apresentamos um caso clínico de um doente com estenose ureteral idiopática, com rim atrofico contralateral, sem causa etiológica demonstrável, tratado cirurgicamente com interposição ileal.

**Objetivo:** Abordar uma das formas de tratamento de estenoses ureterais complexas, apresentando um caso clínico em que é efetuada uma substituição ureteral com segmento ileal.

**Material e métodos:** Mulher de 43 anos recorre ao Serviço de Urgência por dor lombar direita, oligúria e edemas. Analiticamente apresentava uma creatinina de 6 mg/dl, o estudo imagiológico ecográfico demonstrou a presença de ureterohidronefrose direita e atrofia renal esquerda.

Foi submetida a colocação de cateter ureteral duplo J à direita, ocorrendo uma melhoria rápida da função renal. Removeu cateter ureteral para realização de TAC com contraste que mostrou espessamento parietal circunferencial do ureter direito, numa extensão de 19mm, e caudalmente com imagem de obliteração luminal que se estendia por 4cm.

Completo estudo com ureteroscopia, que revelou a presença de múltiplas estenoses concêntricas do ureter, tendo realizado biópsia ureteral que demonstrou a presença de infiltrado mononuclear escasso, sem malignidade.

A análise micobacteriológica e parasitológica de urina foi negativa.

Por apresentar novo quadro de insuficiência renal aguda obstrutiva foi alvo de cateterismo ureteral duplo J à direita, com recuperação completa da função renal. No decurso do seguimento verificou-se agravamento da função renal, apesar de manter derivação endoureteral, pelo qual foi submetida à colocação de nefrostomia percutânea, com recuperação completa da função renal.

Foi proposta para substituição ileal do ureter, com recurso a ansa de isoperistáltica com 21 cm sem des-tubularização, procedimento que decorreu sem intercorrências.

**Resultados:** Boa evolução no pós-operatório, com preservação da função renal (creatinina 1.2 mg/dl).

O exame anatomopatológico de peça operatória do ureter com fibrose e inflamação crônica, sem malignidade.

Tem mantido seguimento regular, apresentando-se atualmente (13 meses após procedimento) assintomática, sem recidiva de estenose, com função renal preservada, a efetuar bicarbonato de sódio para correção de acidose metabólica.

**Discussão:** A estenose ureteral está associada a processos que originem isquemia do ureter, lesões iatrogénicas, fibrose periuretral, processos neoplásicos malignos e causas benignas, como litíase ou infeções, nomeadamente tuberculose e schistosomíase.

A substituição do ureter com utilização de íleon é um procedimento complexo e está indicado em estenoses longas proximais ou múltiplas, malignidade do urotélio associado a rim único e litíase crónica urinária. Historicamente, tem sido realizada em estenoses ureterais na dependência de tuberculose urinária. No entanto, o seu uso tem aumentado com a crescente incidência de estenoses secundárias a procedimentos endoscópicos, assim como estenoses decorrentes da radioterapia. O íleon é um substituto adequado do ureter devido ao seu suprimento sanguíneo e motilidade adequados.

**Conclusões:** A substituição ileal do ureter é uma técnica a considerar em casos de estenoses proximais, múltiplas ou longas do ureter em que não é possível outra forma de correção. É certamente uma alternativa vantajosa à nefrectomia ou ao uso permanente de cateter ureteral duplo J ou nefrostomia percutânea.

## C10

### FATORES PREDITIVOS DE RECIDIVA VESICAL APÓS NEFROURETERECTOMIA RADICAL PARA TRATAMENTO DO CARCINOMA DO UROTÉLIO ALTO

Vera Marques; Miguel Eliseu; Edgar Tavares Silva; Francisco Rolo; Arnaldo Figueiredo  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** Após nefroureterectomia radical (NR) para tratamento do carcinoma do urotélio alto (CUA), existe uma alta taxa de recidiva vesical (RV) do tumor. Os vários fatores de risco para RV estudados ainda suscitam muita controvérsia.

**Objetivos:** Identificar os factores de risco para desen-

volvimento de RV em doentes submetidos a NR por CUA.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo por consulta dos processos clínicos dos 91 doentes submetidos a NR para tratamento de CUA entre janeiro/2010 e junho/2016, num hospital terciário. Foram excluídos do estudo os 9 doentes submetidos a cistectomia radical concomitante por tumor vesical músculo-invasivo síncrono, considerando-se um total de 82 doentes. Foram avaliados fatores demográficos dos doentes (idade, sexo), características da terapêutica ministrada (técnica cirúrgica, tratamento do ureter distal, margens cirúrgicas, instituição de quimioterapia adjuvante) e fatores relacionados com o tumor (lateralidade, localização, dimensões, multifocalidade, grau, estágio pT, carcinoma in situ (CIS) concomitante, tumor vesical síncrono, hidronefrose associada). Estudo do seu impacto na RV através da análise estatística univariada (testes t, Kruskal-Wallis e qui-quadrado) e multivariada (regressão logística) - SPSS®21.0.

**Resultados:** Dos 82 doentes estudados, 61,0% eram do sexo masculino e 39,0% do feminino. A idade média foi 73,7±9,3 anos. Por ordem decrescente de frequência, a localização do CUA foi: bacinete (70,7%), ureter distal (15,9%), ureter proximal (4,9%), ureter médio (4,9%) e panurotelial (2,4%). A NR foi laparoscópica em 69,5% dos casos e aberta em 30,5%. Para tratamento do ureter distal, as modalidades terapêuticas mais frequentes foram a desinserção endoscópica em 42,7% dos casos e a cistectomia perimeática em 35,4%. Histologicamente, o grau 2 (46,3%) e o estágio pT3 (46,3%) foram os mais comumente encontrados. A presença de CIS concomitante verificou-se em 18 casos (22,0%). A mortalidade global foi de 48,8% tendo os doentes em média um *follow-up* de 19,2±19,5 meses. Dezasseis doentes (19,5%) desenvolveram RV após um intervalo mediano de 12±9,2 meses, sendo que todos os casos surgiram nos primeiros 3 anos de seguimento e o mais precoce decorreu ao 3º mês pós-operatório. Em apenas 1 caso se verificou RV músculo-invasiva e em 5 casos houve uma segunda RV. Relativamente aos fatores prognósticos de RV, apenas a presença concomitante de CIS na peça operatória apresentou uma relação positiva (p=0,028). A localização tumoral (p=0,12), a multifocalidade (p=0,11), a presença de tumor vesical síncrono (p=0,12), o tipo de tratamento do ureter distal (p=0,21), as margens cirúrgicas da peça operatória (p=0,32), o grau (p=0,99) e o estágio pT (p=0,19) não se relacionaram com a

ocorrência de RV. A ausência de hidronefrose aquando da NR apresentou uma relação negativa com a ocorrência de RV ( $p < 0,001$ ). A análise multivariada confirmou que apenas a presença de CIS concomitante foi preditor independente de RV (OR=9,9;  $p = 0,024$ ).

**Discussão/Conclusão:** A RV ocorre precocemente (primeiros 3 anos) após a NR para tratamento de CUA, verificando-se em cerca de 20% dos casos. A presença de CIS na peça operatória de NR está associada de forma independente a um risco cerca de 10 vezes superior de RV.

## C11 TRAUMATISMO RENAL: O QUE MUDOU NA ÚLTIMA DÉCADA

Miguel Eliseu; Vera Marques; Hudo Antunes; Edgar Tavares Silva; Paulo Temido; Pedro Nunes; Arnaldo Figueiredo  
*Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** O rim é o órgão do sistema genito-urinário mais frequentemente afetado em contexto traumático, estando envolvido em 1-5% de todos os casos de trauma. O tratamento do traumatismo renal tem sofrido um desvio marcado no sentido de terapêuticas mais conservadoras, o que mudou o paradigma da abordagem destes doentes.

**Objetivos:** Descrever a população de doentes vítimas de traumatismo renal admitidos num hospital terciário. Descrever fatores relacionados com o doente e com o traumatismo e qual a sua implicação na abordagem diagnóstica e terapêutica; perceber de que maneira estes poderão afetar os resultados funcionais. Comparar estas variáveis em traumatismos ocorridos antes ou depois de 2010.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos de todos os 171 doentes admitidos no Serviço de Urgência com traumatismo renal e que necessitaram de internamento entre 1 de Janeiro de 2000 e 15 de Setembro de 2016. Foram recolhidos dados demográficos (idade, sexo), dados sobre o traumatismo (mecanismo e contexto), classificação (de acordo com a *American Association for the Surgery of Trauma*), estado clínico à admissão e terapêuticas utilizadas, bem como os resultados destas em termos de preservação renal ou não. Os doentes foram divididos em 2 grupos (antes e depois de 2010) e foram comparadas todas as variáveis entre estes.

**Resultados:** Foram incluídos no estudo 171 doentes,

com idade média de 42,92 +/- 23,09 anos (variando entre 12 e 95); 82,5% eram homens, sendo que estes eram significativamente mais novos que as mulheres (40,21 vs 53,63 anos;  $p < 0,001$ ). O mecanismo mais comum de traumatismo foi a desaceleração (47,6%), e o contexto mais comum foi o acidente de viação (48,5%). O grau de traumatismo foi de I em 36,3% dos doentes; II em 17,5%; III em 19,9%; IV em 21,6%; e V em 4,7%. A taxa global de exploração cirúrgica foi de 13,5%, tendo sido realizada nefrectomia em 82,22% destes doentes. Foi realizada angioembolização em 3,5% dos casos, todos posteriormente a 2010. O grupo de doentes abordados após esta data tinha idades significativamente mais avançadas ( $p < 0,001$ ), traumatismos de grau superior ( $p < 0,001$ ), mas hemoglobina e creatinina à entrada equiparáveis aos restantes. A taxa de exploração cirúrgica (8,7% vs 28,6%;  $p = 0,011$ ), necessidade de nefrectomia (8,7% vs 23,8%;  $p = 0,040$ ) e o tempo de internamento (14 vs 20 dias;  $p = 0,044$ ) foram significativamente inferiores nos traumatismos posteriores a 2010.

**Discussão/Conclusões:** Após o ano de 2010, a tendência para a terapêutica conservadora no nosso Centro foi cada vez mais evidente, e a angioembolização tornou-se aqui disponível na abordagem ao traumatismo renal. Os doentes com traumatismos após esta data, embora fossem mais idosos e tivessem traumatismos de grau mais elevado, foram menos submetidos a exploração cirúrgica e nefrectomia. Os resultados em termos de preservação renal e tempo de internamento foram mais positivos nestes doentes, o que mostra uma evolução favorável em relação a séries anteriores.

## C12 FACTORES PREDITIVOS PARA O SUBESTADIAMENTO DOS CARCINOMAS GLEASON 6 (3+3) NAS BIÓPSIAS DA PRÓSTATA

Lourenço M.; Eliseu M.; Carvalho J.; Sepúlveda L.; Parada B.; Figueiredo A.  
*Serviço de Urologia e Transplantação Renal – CHUC*

**Introdução:** O score de Gleason obtido na biópsia prostática (BP) é um dos factores mais importantes na decisão do tratamento dos doentes com Cancro da Próstata (CaP). A correlação entre o Gleason da BP e o Gleason pós-prostatectomia radical (PR) é fraca, o que pode conduzir a subtratamentos nos doentes definidos como “baixo risco”.

**Objetivos:** Avaliar a taxa de subestadiamento de doentes com Gleason 6 na BP. Definir factores clínicos e laboratoriais que se relacionem com o subestadiamento e que possam ser utilizados na prática clínica. Comparar a taxa de recorrência da doença entre doentes com Gleason 6 pós-PR e doentes com Gleason > 6 pós-PR.

**Métodos:** Consulta dos processos clínicos de 189 doentes com BP duplo sextante Gleason 6 sujeitos a PR entre 1-7-2008 e 31-12-2015 num Hospital Terciário. Foi avaliada a influência dos seguintes factores passíveis de avaliação pré-cirúrgica na discordância entre o Gleason da BP e pós-PR: idade, PSA pré-BP, volume prostático, bilateralidade do tumor na BP, número de cores positivos, percentagem total de tumor por lobo prostático, presença de invasão linfovascular e neural na BP. Foram ainda avaliados os seguintes factores pós-PR: presença de invasão linfovascular e neural na peça operatória, estadiamento T, margens cirúrgicas e volume da peça operatória. Análise estatística com SPSS 20®.

**Resultados:** A idade média dos doentes foi de 62,94 anos (43-77), sendo o *follow-up* médio de 42,15 meses (0-126). O PSA médio foi de 11,27 ng/mL (4-30), 43,2% dos tumores foram bilaterais à BP e o número de cores médio positivos foi de 3,54 (1-12).

A percentagem de doentes com Gleason > 6 pós-PR foi de 60,6%. Os factores que se relacionaram estatisticamente com o subestadiamento da BP foram o volume prostático inferior a 50 cc ( $p=0,008$ ) e mais que três cores positivos na BP ( $p=0,003$ ). A taxa de recorrência da doença foi 14,4% (excluídos 9 doentes que realizaram radioterapia adjuvante), não existindo correlação entre a recorrência e os seguintes factores: subestadiamento do Gleason na BP ( $p=0,981$ ), margem cirúrgica positiva ( $p=0,142$ ) e estadiamento T ( $p=0,049$ ).

**Discussão e conclusão:** Nesta série, a maioria dos Gleason 6 na BP estão subestadiados, sendo um volume prostático reduzido e um maior número de cores positivos preditores de subestadiamento. A incoerência entre o Gleason na BP e pós-PR não se relaciona com maior taxa de recorrência da doença. De forma a melhor decidir a estratégia terapêutica de doentes com CaP localizado é importante analisar factores clínicos e histológicos obtidos na BP que aumentem a probabilidade de um correcto estadiamento.

### C13

#### **EFFICIENCY OF EARLY URETERIC STENTING FOR UROSEPSIS ASSOCIATED WITH URINARY TRACT CALCULI**

Celso Marialva; Nuno Ramos; Vanessa Metrogos; Paulo Vale; Nelson Menezes

*Urology Department of Hospital Garcia de Orta, E.P.E.*

**Introduction:** *Patients with complicated urosepsis associated with urinary tract calculi commonly require ureteric stent placement to restore and drain the infected urinary tract.*

*Earlier placement may lead to a lower incidence of serious morbidity. It also lead to a shorter length of hospital stay, although this issue has not yet been well evaluated in the literature.*

**Material & methods:** *Retrospective review of patients admitted to our institution between 2011 and 2015 with the diagnosis of urosepsis associated with urinary tract calculi, having ureteral stent placement.*

*Early and delayed stenting groups were defined by the median waiting for ureteral stent placement.*

*The primary outcomes were length of hospital stay (LOS) and spontaneous stone passage (SSP) after stent placement.*

*Statistical analysis included chi-square test, linear regression and Spearman correlation.*

**Results:** *A total of 42 patients (mean age: 58; 32 females) had a mean number of 3,38 (1-8) days since emergency room admission to ureteral stenting. The median wait to ureter stenting was 2,5 days. The overall mean length of hospital stay was 12,2 (5-36) days. The early stenting group (mean LOS 5,6 days) had a significantly shorter LOS than the delayed stenting group (mean LOS 18,8 days). The adjusted beta coefficient was -13 days (95% confidence interval: -17, -9) The early stenting group had predominantly lumbar calculi compared to the delayed stenting group (76,2% vs 42,8%;  $p=0,029$ ). The early stenting group had improved SSP compared to the delayed group (61,9% vs 47,6%;  $p=0,268$ ). If we consider the lumbar calculi only, there is a relation in SSP between early and delayed stenting groups ( $p=0,027$ ).*

**Conclusions:** *There is a significant reduction of LOS in patients with urosepsis associated with urinary tract lithiasis when early ureteral stenting is performed (<2,5 days). We observed a trend of improved stone passage in the early stenting group with significance in lumbar calculi between the two groups.*

## C14

### **PREDICTING THE SUCCESS OF RETROGRADE STENTING FOR MANAGING URETERAL LITHIASIS**

Celso Marialva; Nuno Ramos; Vanessa Metrogos; Paulo Vale; Nelson Menezes

*Urology Department of Hospital Garcia de Orta, E.P.E.*

**Introduction & objectives:** *Ureteral calculi are a common urological problem often requiring surgical intervention. Since stent placement causes passive ureteral dilation, we hypothesized that temporary placement of a ureteral catheter would facilitate spontaneous stone passage (SSP).*

**Material & methods:** *Retrospective review of patients admitted to the emergency department of our institution with ureteral calculi and renal colic with difficult analgesic control, between 2011 and 2015.*

*All patients underwent retrograde ureteral stent placement and had a minimum follow up of six months.*

*We evaluated the perioperative data and the different treatment options after ureteric stenting.*

*Univariate and multivariate analysis was performed to identify predictors of successful SPP and the efficiency quotient (EQ) in different treatment options.*

**Results:** *A total of 197 patients were enrolled - mean age: 54 (20-90); 101 males.*

*The mean length of hospital stay was 6,5 days (1-30) and the mean stone size was 10mm (3-30).*

*SSP occurred in 46,7% of all patients, and there was difference in stone passage between lumbar and pelvic stones (32,7% vs 63,3%,  $p=0,005$ ).*

*In multivariate regression we found that SSP was correlated to male sex ( $p=0,041$ ) and pelvic stone location ( $p=0,004$ ) but not with age ( $p=0,493$ ).*

*The stone free rate was 95,6% in ureterorenoscopy (URS), 92,3 in stent removal and 76,8% in extra corporeal shock wave lithotripsy (ESWL). The efficiency quotient was 87,6% in URS, 82,3% in stent removal and 51,8% in ESWL. In 41 patients treated with ESWL, 56 sessions were needed.*

*We observed increased stenting time until final treatment (127-135 days), due to lack of operating rooms available in our department.*

**Conclusion:** *We found that ureteral stent placement could be an effective method of treating small symptomatic ureteral stones, mainly in male patients and distal calculi.*

*If there is no SSP, URS might be the best treatment option followed by ESWL.*

## C15

### **SERÁ O COPO MENSTRUAL INOFENSIVO? UMA CAUSA RARA DE CÓLICA RENAL**

Diogo Nunes-Carneiro; Tiago Couto; João Cabral; Vitor Cavadas; Avelino Fraga

*Centro Hospitalar do Porto*

**Introdução:** O copo menstrual é um dispositivo que está a ganhar cada vez mais aceitação entre as mulheres, especialmente junto daquelas que mais se preocupam com as questões ambientais.

Trata-se de uma alternativa ao controlo do fluxo menstrual, assumida como segura, mas que no entanto pode causar problemas para as mulheres que o usam, sendo importante a descrição destes.

**Caso clínico:** Trata-se do caso de uma mulher, de 26 anos, ginasta, nulípara, sexualmente ativa sem história médica progressiva de relevo.

Recorreu ao Serviço de Urgência por dor lombar, com irradiação anterior até à região inguinal, associada a náuseas e vômitos e com aproximadamente 3 horas de evolução. A doente negou febre, hematúria ou sintomas do aparelho urinário baixo.

Após a administração de 75mg de diclofenac e de 100mg de tramadol a doente referiu apenas uma ligeira melhoria da dor pelo que foi necessário o uso de 50mg de petidina para melhor controlo da dor, e ainda assim, sem remissão completa dos sintomas.

O exame sumário de urina não revelou qualquer alteração, nomeadamente hematúria ou leucocitúria.

A ecografia renovesical revelou uma ureterohidronefrose à direita que se estendia até ao ureter distal sem que fosse possível identificar a causa obstrutiva.

No raio-X renovesical não eram evidentes sinais de litíase radiopaca, no entanto, era visível uma imagem radiopaca em forma de "U" na pélvis.

Após explicados os resultados à doente, a mesma referiu que estaria a usar o copo menstrual e que já usava esse mesmo dispositivo há 2 anos sem ter tido qualquer história de complicações. Foi pedido à doente que removesse o copo menstrual e poucos minutos após a remoção houve completa remissão dos sintomas.

A ecografia renovesical após a remoção do copo não revelou qualquer alteração tendo havido a resolução completa do quadro obstrutivo.

A doente teve alta do Serviço de Urgência sem qualquer medicação, com indicação para trocar o seu copo menstrual por um de menores dimensões. Após 3 dias foi contactada por via telefónica encontrando-se assintomática.

**Discussão/Conclusão:** Tendo em conta as dimensões e a rigidez deste dispositivo acredita-se que a causa da dor esteve associada à compressão extrínseca do ureter pelo copo menstrual.

A indústria de comercialização destes dispositivos defende que estes são inócuos podendo ser usados por qualquer mulher de forma indiscriminada. O conhecimento das dimensões dos dispositivos comercializados e a sua aplicação individualizada permite o seu uso em segurança.

## C16

### DA ICTERÍCIA À PRÓSTATA – UMA LIGAÇÃO INESPERADA

Fonseca, R.R.; Santos, J.C.; Vieira, A.C.; Rolim, N.; Mota, R.; Alvarenga, J.; Monteiro, P.

*Hospital Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental*

**Introdução:** A neoplasia da próstata é a segunda doença oncológica mais comum, constituindo a sexta causa de morte neoplásica a nível mundial.

Esta neoplasia é a segunda neoplasia urológica mais frequentemente associada a síndromes paraneoplásicas. Dos casos reportados na literatura, cerca de 70% estão associados a manifestações iniciais de doença, afectando sobretudo o sistema endócrino. Icterícia colestática como síndrome paraneoplásica associado a esta neoplasia é extremamente raro e são poucos os casos apresentados na comunidade científica.

**Objetivo:** apresentar o caso clínico de um homem com icterícia colestática como manifestação inicial de adenocarcinoma da próstata metastizado.

**Material e métodos:** revisão do caso a nível clínico, imagiológico, laboratorial e da literatura científica.

**Resultados:** apresentamos o caso de um homem de 79 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por anorexia, tosse com expectoração hemoptóica, icterícia e colúria. No exame objectivo identificaram-se adenomegalias inguinais. Da avaliação analítica realizada destaca-se bilirrubina total 12,3mg/dL, bilirrubina conjugada 9,5mg/dL, AST 175U/L, ALT 188 U/L, fosfatase alcalina 1343 U/L, GGT 822 U/L, LDH 271 U/L; serologias VHA, VHB e VHC negativas, bilirrubinúria, leucocitúria e hematúria microscópica.

Ecograficamente visualizavam-se múltiplas adenopatias retroperitoneais e ausência de ectasia das vias biliares ou de nódulos hepáticos. Identificou-se ureterohidronefrose direita até ao cruzamento do ureter com os vasos ilíacos com conteúdo hipocogénico no lúmen uretérico.

Realizou biópsia excisional de adenopatia inguinal, cujo resultado histológico revelou tratar-se de metástase ganglionar de adenocarcinoma da próstata (PSA e PSAP+/CK34BE12 e CD 56-). Ao toque rectal palpava-se próstata aumentada (>70g), endurecida na base, indolor, pouco móvel. Analiticamente, o valor de PSA era superior a 1000mg/dL e o doseamento de interleucina 6 sérica estava aumentado. Para estadiamento realizou tomografia computadorizada tóraco-abdómino-pélvica que confirmou as alterações descritas anteriormente, não sendo visíveis lesões hepáticas, mas observando-se invasão da bexiga e metastização óssea. A cintigrafia óssea era compatível com a presença de metástases na calote craniana, todos os segmentos da coluna vertebral, bacia, grelha costal bilateralmente, omoplatas, esterno e terços proximais de ambos os fémures.

Iniciou tratamento com Bicatulamida e Goserrelina com resolução do padrão de colestase não obstrutiva e com redução de PSA.

**Discussão/Conclusão:** icterícia colestática não obstrutiva é uma entidade rara associada à expressão de IL-6 pelas células neoplásicas. Os síndromes paraneoplásicas são raros e frequentemente identificados quando surgem manifestações atípicas da neoplasia da próstata. O padrão de colestase não obstrutiva já foi descrito e associado a outras neoplasias urinárias nomeadamente o tumor do rim (Síndrome de Stauffer).

## C17

### ADENOCARCINOMA INCIDENTAL DA PRÓSTATA (CaPi): 5 ANOS DE FOLLOW-UP

Gil Falcão; Francisco Fernandes; Pedro Baltazar; Hugo Pinheiro; Joao Pina; Raquel Joao; Joao Barreira; Cabrita Carneiro; Luis Campos Pinheiro  
*Centro Hospitalar Lisboa Central*

**Introdução:** O carcinoma incidental da próstata (CaPi) apresenta uma incidência de 5-13% nos doentes submetidos a cirurgia por hiperplasia benigna da próstata. Após introdução do rastreio do PSA a incidência do CaPi diminuiu significativamente.

O tratamento mais apropriado nestes doentes tem sido tema de debate.

**Objetivos:** Analisar o *follow-up* de 5 anos do CaPi nestes doentes, entre 2005-2010 no serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Central.

**Material/Métodos:** Foram identificados 32 casos de CaPi num total de 1494 intervencionados. 888 realiza-

ram Ressecção Transuretral da próstata (RTU-P) e 606 prostatectomia retropúbica (PRP). O período de *follow-up* mínimo foi de 5 anos.

**Resultados:** 32 (2.14%) apresentaram CaPi, com idade média (IM) de 70 anos e PSA médio (PSAm) de 6.4. Destes 32 doentes, 19 apresentaram biópsia negativa: no grupo com <70 anos, o PSAm foi  $\pm 6.6$  e no grupo com  $\geq 70$  anos, o PSAm foi  $\pm 5.6$ .

Em 22 doentes (69%) detetou-se CaPi T1a, com IM de 70 anos, PSAm de 5.3 e Gleason médio (GM) de 6. Neste grupo, 15 doentes permaneceram sob Watchfull Waiting (WW), enquanto 7 doentes iniciaram tratamento médico (Tx).

Em 10 doentes (31%) detetou-se CaPi T1b, com IM de 69 anos, PSAm de 7.68 e GM de 7. 50% do grupo permaneceu sob WW e 50% sob Tx.

>50% das histologias revelaram um Gleason 6 (72%), dois Gleason 9, um Gleason 7 e os restantes (19%) Gleason <6.

20 doentes (63%) permaneceram sob WW, 7 (22%) sob Hormonoterapia (HT), 3 (9%) Radioterapia (RT), 2 (6%) RT+HT. No primeiro grupo o PSAm antes e depois da terapia foi respetivamente 6.65 vs. 2.3.

O tempo médio de *follow-up* foi cerca de 61 meses.

**Discussão/Conclusões:** O nosso estudo demonstrou uma taxa de CaPi de 2.14%.

Dos 32 doentes com CaPi identificados, 3 foram submetidos a RTU-P e 29 a PRB. A IM e PSAm entre os dois grupos foi semelhante: 69 vs 70 anos; 6.7 vs 6.3, respetivamente. No entanto o primeiro grupo apresentou GM de 7 e estadios T1b, enquanto que o segundo GM de 6 e estadios T1a.

No que se refere ao tratamento, 20 doentes permaneceram em WW, 7 HT, 3 RT e 2 RT+HT. O primeiro grupo apresentou doentes com idade tendencialmente superior (IM 70anos), assim como valores de PSAm antes e depois do tratamento (6.65 e 2.3) superiores aos restantes grupos. O grupo dos doentes submetidos a RT ou RT+HT foi o mais jovem (67 e 68 anos). De referir que o GM foi sobreponível a todos estes grupos (GM de 6), excepto no grupo de RT+HT, que foi superior (8). A nossa taxa de deteção do CaPi foi mais baixa do que series recentemente publicadas. Contudo, é consistente com uma diminuição do CaPi na era do rastreio com PSA e realização de biópsias sistemáticas.

Trata-se de um estudo retrospectivo não randomizado com um volume de amostra pequeno, porém com um *follow-up* >60 meses, necessariamente insuficiente para uma conclusão definitiva mas que pretende

acrescentar conteúdo ao debate científico em torno da orientação terapêutica do CaPi.

## C18

### AMILOIDOSE VESICAL SECUNDÁRIA APRESENTANDO-SE COMO PSEUDOTUMOR VESICAL: RELATO DE 2 CASOS CLÍNICOS DE EXTREMA RARIDADE

João Felício; João Lemos Almeida; Rodrigo Garcia; Sérgio Pereira; Pedro Barros; Joana Almeida Tavares; Tomé Lopes  
*Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria*

**Introdução:** Amiloidose é um grupo heterogéneo de doenças em que proteínas solúveis se agregam e acumulam em tecidos e órgãos. Clinicamente pode ser classificada em primária quando associada a discrasia imunitária ou secundária quando associada a doença inflamatória crónica.

O envolvimento vesical em doentes com amiloidose secundária é um achado raro, com cerca de 30 casos descritos na literatura e que acarreta uma elevada taxa de mortalidade.

**Objetivos:** Salienciar a importância do diagnóstico diferencial desta entidade clínica perante a suspeita de tumor vesical, implicando diferentes estratégias terapêuticas e de seguimento.

**Material e métodos:** Descrevemos dois casos de doentes submetidos a ressecções transuretrais de bexiga (RTU-V) com diagnóstico histopatológico de amiloidose vesical secundária.

**Resultados:** Caso 1: Doente do sexo feminino de 51 anos, com antecedentes pessoais de esquizofrenia, artrite reumatóide, diabetes mellitus tipo 2, úlcera péptica e apendicectomia. Medicada habitualmente com prednisona, naproxeno, haloperidol, levomepromazina, trihexifenidilo, ácido fólico, sulfato ferroso, sucralfato e pantoprazol. Recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de hematúria grave anemiante (Hb 4,9 g/dL), com insuficiência renal e ligeira ureterohidronefrose bilateral. Após suporte transfusional e optimização clínica foi submetida a RTU-V de lesões eritematosas planas sangrantes e electro-fulguração de focos hemorrágicos. A análise histopatológica revelou depósitos de amiloide A (amiloidose secundária). Perante a persistência da hematúria, realizou ainda duas instilações intra-vesicais com formaldeído, com resolução completa do quadro hemorrágico, evidenciando posteriormente boa evolução clínica e laboratorial, tendo alta com diurese espontânea de urina clara.

Viria a falecer 2 semanas após a alta de morte súbita revelando a autópsia apenas cavidades cardíacas aumentadas.

Caso 2: Doente do sexo masculino de 85 anos, com antecedentes pessoais de cardiopatia isquémica, fibrilhação auricular, brucelose, artrite reumatóide e hernioplastia inguinal. Negava qualquer tipo de medicação habitual. Foi referenciado à consulta de Urologia por hematúria ligeira intermitente e pólipos vesicais de 3 cm diagnosticado em ecografia. Foi realizada RTU-V dessa lesão com remissão da hematúria. O exame histopatológico revelou depósitos de amiloide A (amiloidose secundária). Foi referenciado a Consulta de Medicina Interna, para seguimento ulterior, permanecendo, até à data, assintomático e sem evidência de alterações suspeitas de recidiva nas cistoscopias subsequentes.

**Discussão/Conclusões:** A amiloidose vesical secundária é uma patologia de difícil diagnóstico clínico que mimetiza recorrentemente o carcinoma urotelial da bexiga. Apesar da benignidade, a amiloidose vesical secundária está associada a hematórias graves e elevadas taxas de mortalidade, revelando-se fundamentais o correcto diagnóstico e a instituição de estratégias terapêuticas adequadas.

## C19

### REVISÃO DE CINCO ANOS DE CORRECÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULAS VESICO-VAGINAIS NO SERVIÇO DE UROLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO – SINGLE SURGEON

Nuno Barbosa; Paulo Príncipe; Avelino Fraga  
*Centro Hospitalar do Porto*

**Introdução:** De origem obstétrica ou pélvica (ginecológica), as fistulas vesico-vaginais são comunicações anómalas entre a bexiga e a vagina e que cursam frequentemente com incontinência urinária. A sua correcção é, na maior parte dos casos, cirúrgica.

**Objetivos:** Apresentar os resultados da correcção cirúrgica de fistulas vesico-vaginais num grupo de doentes do Serviço de Urologia do CHP por um único cirurgião.

**Material e métodos:** recolha de dados relativos a 11 doentes num período de 5 anos (Janeiro de 2011- Janeiro de 2016), a partir dos processos físicos e/ou informatizados do Serviço de Urologia do CHP, seguidos em Consulta Externa por um único cirurgião.

**Resultados:** A etiologia única é ginecológica, resultado

de histerectomia anterior; as doentes apresentavam todas, à data da 1ª consulta, incontinência urinária; a maioria sem tratamento cirúrgico prévio; o diagnóstico foi clínico e endoscópico na maioria dos casos; 10 doentes foram abordadas por via vaginal e apenas 1 por via abdominal; somente 1 cirurgião (Assistente Hospitalar Graduado) interveniente em todas as cirurgias. São ainda abordados, neste capítulo: localização e dimensão da fistula, diagnósticos que motivaram a realização da cirurgia ginecológica, tempo de *follow-up* das doentes, percentagem de recidiva (e tempo entre cirurgia/início de queixas e tempo entre ambas as cirurgias; exames complementares realizados e tipo de abordagem cirúrgica).

**Discussão/Conclusões:** de acordo com a literatura e estando os dados obtidos de acordo com aquela, pode concluir-se que o tratamento de fistulas vesico-vaginais é eminentemente cirúrgico, existindo duas vias possíveis de abordagem: a via abdominal e a via vaginal, ambas com elevadas taxas de cura, apesar de se preferir actualmente a via de abordagem vaginal, tecnicamente mais simples e com menos riscos.

## C20

### UMA CAUSA RARA DE OBSTRUÇÃO URETERAL: ANEURISMA DA ARTÉRIA ILIACA COMUM

Sampaio-Macedo, C.1; Oliveira-Reis, D.1; Araújo, J.1; Louro, J.1; Teixeira-Gomes, M.1; Rocha-Neves, J.2

<sup>1</sup>Centro-Hospitalar do Porto; <sup>2</sup>Centro Hospitalar de São João

**Introdução e objetivos:** Reportar um caso de obstrução ureteral por aneurisma da artéria ilíaca comum com revisão da literatura actual.

**Material e métodos:** Doente de 65 anos, com antecedentes de tabagismo, HTA e artrite reumatóide, apresentou-se no SU com queixas de astenia e febre, com rápida progressão para sepsis de ponto de partida indeterminado.

Após realização de ecografia urgente verifica-se globosidade e heterogeneidade do rim esquerdo com hidronefrose, com origem num aneurisma sacular da artéria ilíaca comum, que apresentava irregularidade e espessamento da parede, bem como aspectos sugestivos de ruptura contida. Estes achados foram confirmados por angioTC.

O doente iniciou antibioterapia imediata e foi submetido a bypass aorta-artéria ilíaca externa com prótese de Dacron, com aneurismectomia e desobstrução ureteral. O doente manteve internamento de 5 dias em

UCI, tendo alta assintomático. A anatomia patológica da peça revelou arterite infecciosa, tendo o isolado microbiológico revelado *Salmonella* spp, tendo o mesmo organismo sido obtido na cultura da urina.

**Discussão e conclusão:** Os aneurismas isolados da artéria ilíaca são mais comuns na artéria ilíaca comum, sendo a causa mais comum degenerativa. Outras causas mais raras incluem trauma, infecção, dissecação e desordens do tecido conjuntivo. É comum a sua apresentação mimetizando sintomas neurológicos, genitourinários, e sintomas gastrointestinal por compressão extrínseca. A sobreinfecção aneurismática e consequente arterite infecciosa bacteriana é uma entidade rara, correspondendo a menos de 1% de todos os aneurismas abdominais, sendo o agente mais frequente a *Salmonella* spp. A mortalidade varia dos 0-20% em séries electivas, ascendendo aos 50% em situação emergente.

## C21

### DENSIFICAÇÃO PERINÉFRICA NA TC: UMA REVISÃO PICTÓRICA

Sampaio-Macedo, C.; Oliveira-Reis, D.; Mota-Louro, J.; Alves, A.M.; Oliveira, J.; Araújo, J.; Carneiro, D.; Teixeira-Gomes, M.  
Centro Hospitalar do Porto

**Introdução e Objetivos:** Rever as causas comuns e incomuns de densificação perinéfrica na Tomografia Computorizada (TC).

Ilustrar as principais características imagiológicas destas patologias, o seu diagnóstico diferencial e o papel da imagem no seu esclarecimento.

**Materiais e métodos:** Os autores ilustram as principais características clínicas e imagiológicas de diferentes casos de densificação perinéfrica. Para esse efeito foi efectuada na base de dados do Hospital para as patologias referidas, num período de dez anos.

**Resultados:** Uma discreta densificação simétrica da gordura perinéfrica ou periureteral é um achado comum e assintomático, especialmente nos idosos. Densificação assimétrica ou unilateral é um sinal imagiológico importante de inflamação renal ou obstrução aguda. Algumas causas raras de densificação perinéfrica que devem ser tidas em conta são igualmente demonstradas. Os diferentes casos são divididos em causas comuns (litíase, pielonefrite ou outras causas de inflamação abdominal, coleções fluidas, neoplasias, insuficiência renal, vascular) e incomuns (fibrose

retroperitoneal, doença de Erdheim-Chester e síndrome de Wunderlich).

**Conclusão:** O reconhecimento do padrão subjacente de densificação perinéfrica num cenário clínico particular pode levar à determinação da etiologia e influenciar criticamente o tratamento do doente.

## C22

### IMAGING FEATURES OF WUNDERLICH SYNDROME

Sampaio-Macedo, C.; Oliveira-Reis, D.; Mota-Louro, J.; Alves, A. M.; Oliveira, J.; Araújo, J.; Carneiro, D.; Teixeira-Gomes, M.  
Centro Hospitalar do Porto

**Learning objectives:** To review and illustrate the imaging features of Wunderlich syndrome.

To discuss the role of the imaging in its diagnosis.

**Background:** Wunderlich syndrome (WS) is a rare and potentially severe condition defined by spontaneous renal hemorrhage into the subcapsular and perirenal spaces in patients with no known history of trauma. Its typical clinical presentation is known as “Lenk’s triad”, which consists in the sudden onset of flank pain, palpable mass in the same location, and hypovolemic shock. Less frequently, its symptoms can be less exuberant, with a subacute presentation.

The most common cause of Wunderlich syndrome is the rupture of a pre-existent renal neoplasm, whether benign or malignant, and accounting for 60-65% of all cases. Angiomyolipoma is the most common neoplasm involved (35-40% of all cases), whereas renal cell carcinoma is the most common malignant tumor and the second most common neoplasm (30-35%). Other neoplasms involved include fibroma, sarcoma, metastases and transitional cell carcinoma.

Vascular diseases are the second most frequent cause for spontaneous peri-renal hemorrhage, responsible for 20-30% of the WS cases, most of them caused by renal vein thrombosis, renal artery aneurism, polyarteritis nodosa or renal arteriovenous malformations/fistulae.

Although uncommon – as cysts usually rupture into the excretory system, spontaneous peri-renal hemorrhage may be secondary to the rupture of a renal cyst.

Renal infections, such as acute pyelonephritis, renal abscess, and emphysematous pyelonephritis, are also uncommon causes of spontaneous perinephric hemorrhage, accounting for 5-10% of the cases.

*Other renal/systemic conditions that may rarely cause Wunderlich syndrome include ureteric calculi, nephritis, nephrosclerosis, pre-eclampsia, and Wegener granulomatosis.*

*Iidiopathic WS is seen in approximately 5% to 10% of patients.*

**Imaging findings:** *In the ER setting, ultrasound is usually the initial modality for evaluating acute flank pain, and it is highly sensitive for the identification of perirenal hematoma, though only moderately useful in differentiating the renal mass from the clotted blood.*

*Multidetector computer tomography (MDCT) with multiphase reformations is the imaging modality of choice, allowing for high-resolution imaging of the renal parenchyma, peri and pararenal spaces, renal vasculature, and the collecting system.*

*Acute perirenal hemorrhage appears as a hyperdense (40-70 Hounsfield units) fluid collection on unenhanced CT. Contrast-enhanced CT allows for the detection of active bleeding, given by the presence of contrast extravasation.*

*Renal angiography may assist in identifying the source of bleeding in cases where the cause remains uncertain after CT and MRI evaluation (up to 20% of patients), specially in vascular diseases. Additionally, it allows for therapeutic embolization after selective renovascular catheterization in selected cases.*

**Conclusion:** *Wunderlich syndrome, defined by a renal hemorrhage in the subcapsular and/or peri-renal spaces, has a broad spectrum of causes, with renal neoplasm and vascular pathologies as the two most common. Its typical clinical presentation consists in the sudden onset of flank pain, palpable mass in the same location, and hypovolemic shock (Lenk's triad). The imaging goals in this clinical setting are to confirm the diagnosis of perinephric hemorrhage, and to identify the possible cause involved.*

## C23

### SERINGOCELO – UM CASO CLÍNICO

Nuno Barbosa; Paulo Príncipe; Miguel Ramos; Avelino Fraga  
Centro Hospitalar do Porto

**Introdução/Objetivos:** Apresentação de um vídeo da abordagem cirúrgica (endoscópica) de um seringocelo sintomático diagnosticado na fase adulta.

**Material e métodos:** Trata-se de um caso de seringocelo diagnosticado na fase adulta, na Consulta Externa de Urologia do Centro Hospitalar do Porto. O doente

foi orientado para esta consulta por queixas de incontinência urinária após cada micção. O diagnóstico foi realizado através da história clínica do doente e pela realização dos seguintes exames complementares de diagnóstico: Uretrocistografia Retrógrada, Uretrocistoscopia e Ressonância Magnética Nuclear. Realizou ainda um estudo urodinâmico, bem como análises sanguíneas e de urina. O doente foi então submetido a correção cirúrgica endoscópica através de incisão a quente, ampliando a comunicação entre a uretra e o seringocelo.

**Resultados:** A cirurgia decorreu sem intercorrências. Os sintomas melhoraram logo após a cirurgia. O doente não apresenta, à data, qualquer recorrência da sintomatologia prévia.

**Discussão:** O seringocelo “syningocele” (palavra derivada do grego: syringe – tubo e Cele – dilatação) é uma dilatação quística da glândula de Cowper da uretra bulbar. É uma patologia rara, cuja causa mais frequente é a origem congénita. Habitualmente são lesões pequenas e assintomáticas. Raramente têm dimensão suficiente para originar sintomatologia: urgência e frequência miccionais, hematuria, disúria, incontinência / perda de urina ou sintomatologia obstrutiva.

O diagnóstico é difícil dado que implica um alto grau de suspeição clínica. Os exames complementares de diagnóstico são de suma importância.

O tratamento é cirúrgico, essencialmente por via endoscópica.

**Conclusões:** O seringocelo é uma entidade rara cujo diagnóstico assenta fundamentalmente na uretrocistoscopia e na uretrocistografia retrógrada. O seu tratamento faz-se por incisão endoscópica ou marsupialização do seringocelo, com excelentes resultados. Alguns casos, contudo, podem requerer cirurgia aberta por via perineal. Neste caso em particular o tratamento endoscópico mostrou-se altamente eficaz.

## C24

### PIELONEFRITE XANTOGRANULOMATOSA – A GRANDE “IMITADORA”

Pedro Oliveira; Tiago Oliveira; Sandro Gaspar; Joana Alfarelos; João Almeida; João Felício; Paulo Pé Leve; David Martinho; Tomás Lopes

Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** Pielonefrite xantogranulomatosa (PNXG) consiste numa infecção renal crónica, rara e grave. Geralmente unilateral, apresenta rins aumentados e

não-funcionantes. Caracteriza-se pela acumulação de macrófagos espumosos com formação de abscessos e destruição tissular. “A grande imitadora”, simula qualquer processo inflamatório renal. Afeta geralmente mulheres de meia-idade (50-70 anos), embora possa apresentar-se em qualquer idade ou sexo. Pode ser difusa (80%) ou segmentar, dividindo-se em 3 estádios (I: néfrico; II: peri-néfrico; III: para-néfrico). A etiologia é desconhecida, associa-se a nefrolitíase, obstrução e infecção (Proteus o mais comum. Também E.coli), conjuntamente com uma resposta imunológica inadequada. Clinicamente manifesta-se com dor no flanco, febre e bacteriúria persistente. Disfunção hepática pode estar presente até 50% dos casos (geralmente limitada). O diagnóstico definitivo é histopatológico, embora a TC diagnostique 90% dos casos (sinal “pata-de-urso”; tríade: aumento renal unilateral, rim não-funcionante e calculose). O diagnóstico diferencial inclui doenças neoplásicas e inflamatórias sendo essencial descartar carcinoma de células renais. O tratamento consiste em nefrectomia total com excisão de todo tecido afectado (nas formas segmentares é aceitável apenas nefrectomia parcial). É fundamental a estabilização pré-operatória com antibioterapia e/ou drenagem das coleções. O prognóstico é, geralmente bom com recuperação sem sequelas.

**Objetivos:** Apresentar um caso clínico de PNXX em jovem de 23 anos.

**Material e métodos:** Mulher de 23 anos com quadro de cólica renal direita de 4 dias de evolução, em episódio de urgência. Murphy renal positivo. Apirética. Parâmetros inflamatórios elevados. ITU. TC compatível com PNXX. Submetida a cateterização ureteral e antibioterapia. 3 meses depois, nefrectomia total. Confirmação histopatológica de PNXX.

**Resultados:** Um mês após cirurgia, resolução. Sem sequelas.

**Conclusão:** PNXX é uma patologia rara e grave. Geralmente afeta mulheres de meia-idade, simulando inúmeras patologias neoplásicas ou inflamatórias. Clínica e radiologicamente não apresenta sinais patognomônicos. O diagnóstico diferencial com carcinoma de células renais é fundamental. O diagnóstico definitivo é histopatológico embora a TC diagnostique a maioria dos casos. O tratamento definitivo é cirúrgico embora seja necessária antibioterapia para prevenir complicações. Apresenta bom prognóstico, geralmente com recuperação total. O diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais.

## C25

### METÁSTASE VESICAL ÚNICA DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIIS: O PAPEL DA METASTASECTOMIA

Daniel Costa; Luís Vale; Afonso Morgado; Tiago Antunes Lopes; Rui Almeida Pinto; André Silva; Carlos Silva; João Silva; Francisco Cruz  
*Centro Hospitalar São João - Serviço de Urologia*

**Introdução:** O carcinoma de células renais (CCR) é conhecido pelo seu potencial metastático em locais invulgares. As metástases vesicais são um fenómeno raro, podem ser síncronas ou metácronas, surgem habitualmente durante o primeiro ano e estão associadas a um prognóstico sombrio.

**Objetivos:** Descrição de um caso clínico de uma doente com uma metástase vesical única de CCR, dois anos após nefrectomia radical pelo tumor primário, e revisão da literatura sobre metástases raras de CCR e potencial terapêutico da metastasectomia.

**Material e métodos:** Descrição de um caso clínico através da consulta do processo clínico da doente.

**Resultados:** Doente do sexo feminino, de 79 anos de idade, referenciada à consulta externa de Urologia por achado incidental em tomografia axial computadorizada (TAC) de neoformação no polo superior do rim direito com cerca de 6 cm de maior eixo, sugestiva de CCR, na sequência de episódios de hematúria macroscópica recorrente. O estadiamento tumoral revelou a ausência de metastização à distância; a cistoscopia não documentou a presença de lesões suspeitas no lúmen vesical e a citologia urinária foi negativa para células malignas. A doente foi submetida a nefrectomia radical direita por lombotomia e o exame histológico revelou a presença de CCR, variante papilar tipo II, grau 3 nuclear de Fuhrman, estadiamento - pT3aNxR0.

Dois anos após a nefrectomia radical, a doente foi internada por hematúria macroscópica assintomática. A cistoscopia revelou a presença de volumosa lesão séssil com cerca de 4 cm na parede látero-inferior direita da bexiga. A TAC revelou uma lesão polipóide com cerca de 45x42x45 mm localizada na parede pósterolateral direita da bexiga, sem identificação de outras lesões suspeitas de recidiva ou metastização. A doente foi submetida a ressecção transuretral da lesão vesical, cujo relatório anátomo-patológico mostrou a presença de carcinoma papilar renal de tipo II que invadia extensamente a parede vesical e a muscular própria.

A doente iniciou terapêutica sistémica com inibidor da

angiogénese – pazopanib 800mg, 1 id. Por apresentar intolerância ao pazopanib (astenia, mucosite grau III) e, uma vez que o estudo imagiológico revelou a presença de metástase única na bexiga, foi submetida a exenteração pélvica anterior com confecção de ureterostomia cutânea. O exame histológico da peça operatória revelou: metástase na bexiga de carcinoma papilar de células renais - tipo 2, grau 4 de Furhman, com invasão do colo uterino (estroma) e da vagina, com margens cirúrgicas livres de neoplasia.

Dezoito meses após a intervenção cirúrgica, a doente encontra-se em vigilância, sem evidência de recidiva loco-regional ou à distância.

**Discussão/Conclusões:** No seguimento de doentes com CCR, qualquer lesão de novo deverá ser considerada uma possível metástase do CCR, ainda que ocorra em locais pouco frequentes. Não existe consenso em relação à orientação terapêutica destas lesões, mas a realização da metastasectomia, se exequível, deverá ser uma opção a ter em conta, caso se trate de lesão secundária única num doente com bom estado geral. A metastasectomia constitui o único tratamento local e associa-se ao aumento da sobrevida global, sobrevida específica do cancro e atraso no início da terapêutica sistémica.

## C26

### DAILY-P - DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE USABILIDADE DE UM DIÁRIO MICCIONAL COMO UMA APLICAÇÃO MÓVEL

Nuno Azevedo; Luis Osório; Miguel-Silva Ramos; Avelino Fraga  
*Serviço de Urologia, Centro Hospitalar do Porto*

**Objetivos:** O objetivo do nosso estudo foi desenvolver um diário miccional digital, para *smartphones* com o sistema operativo Apple iOS – Daily-P, e avaliar a sua usabilidade.

**Material e métodos:** O Daily-P foi concebido como uma aplicação para *smartphone*. O modelo de diário miccional foi adaptado a partir do novo modelo do International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ). Além dos eventos já existentes no ICIQ, a aplicação permite registar outros, nomeadamente a toma de medicação. Esta aplicação concede aos doentes um método alternativo de preencher um diário miccional e permite aos profissionais de saúde acederem a esta informação em tempo-real. Além disso, a plataforma Daily-P executa automaticamente os cálculos para avaliação de LUTS. Para avaliar a usabilidade, foi usado o questionário

Post-Study System Usability Questionnaire (PSSUQ), desenvolvido pela IBM. Foram enviados 200 emails para utilizadores registados, escolhidos ao acaso.

**Resultados:** Vinte e cinco utilizadores completaram o PSSUQ (13% taxa de resposta). O utilizador médio tinha 33 anos (15 – 55) e a maioria eram mulheres (52%). Os resultados da usabilidade do sistema, da qualidade da informação e da qualidade da interface foram respectivamente 86%, 85% e 85%. Não foram identificados problemas de usabilidade.

**Conclusões:** Um diário miccional digital tem algumas vantagens sobre um diário miccional baseado em papel. A informação é armazenada na cloud para permitir um acesso imediato e com maior segurança.

Os profissionais de saúde podem aceder, avaliar e comentar os diários miccionais do doente, poupando tempo graças à maior legibilidade e à análise automática dos valores registados no diário. Os nossos resultados de usabilidade mostram que a interface está bem concebida. Na nossa experiência, o diário miccional digital foi bem aceite pelos usuários.

## C27

### ABIRATERONA NO TRATAMENTO DO CARCINOMA DA PRÓSTATA METASTÁTICO RESISTENTE À CASTRAÇÃO. O VALOR PROGNÓSTICO DO PSA

Nuno Ramos; Celso Marialva; Vanessa Metrogos;

João Paulo Rosa; Nelson Menezes

*Serviço de Urologia do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.*

**Introdução:** O carcinoma da próstata constitui a neoplasia maligna mais frequente no sexo masculino e a segunda causa de mortalidade oncológica nos homens do mundo ocidental.

Na última década, o desenvolvimento de novos fármacos alterou a terapêutica do carcinoma da próstata metastático resistente à castração (CPMRC), com evidente benefício na sobrevida destes doentes.

O PSA continua a ser amplamente usado para monitorizar o CPMRC, contudo o seu valor prognóstico ainda não está estabelecido.

**Objetivos:** Avaliar a associação entre o PSA e a sobrevida global dos doentes com CPMRC em tratamento com Abiraterona.

**Material e métodos:** Realizado estudo retrospectivo dos doentes com CPMRC em tratamento com Abiraterona no Hospital Garcia de Orta, entre janeiro de 2012 e dezembro de 2015.

Foram excluídos os casos que não apresentavam in-

formação clínica no processo hospitalar e aqueles que realizaram Abiraterona por um período inferior a 3 meses.

Procedeu-se a avaliação das seguintes variáveis: idade, *Score* de Gleason, data do diagnóstico, orientação terapêutica inicial, localização da metastização, PSA prévio ao início do tratamento com Abiraterona e após 3 meses.

Foi realizada análise estatística com o *software SPSS v22.0*: Regressão linear, curvas de sobrevivência Kaplan-Meier e regressão de Cox.

**Resultados:** A amostra analisada é constituída por 30 pacientes, com idade média ao diagnóstico de 66 anos (55 - 77 anos) e *Score* Gleason  $\leq 7$  em 56,7% dos casos.

Foi realizada em 40% dos casos Radioterapia Externa e em 16,7% dos casos Prostatectomia Radical.

Em 16,7% dos casos foi realizada castração cirúrgica e nos restantes, bloqueio hormonal completo em média durante 38.2 meses.

A metastização era óssea em 57,7%, tendo os restantes doentes envolvimento ósseo e ganglionar.

Em 76,7% dos doentes, a Abiraterona foi iniciada após regime de quimioterapia e os remanescentes eram quimio naive.

O PSA médio prévio ao início de Abiraterona foi de 140 ng/dL (1.3 ng/dL - 1238 ng/dL), tendo-se verificado após 90 dias de terapêutica, uma diminuição deste marcador em 24 doentes, sendo essa descida superior a 50% em 14 destes.

Através da análise de sobrevivência, observa-se que os doentes com PSA superior a 50 ng/dL previamente ao início de Abiraterona, apresentam menor sobrevida [HR] = 4,912; 95% CI: 1.07–22.5; P = 0. 041). Por outro lado, uma redução do PSA superior a 50% ao fim de 90 dias de terapêutica está associada ao aumento da sobrevida (hazard ratio [HR] = 0,26; 95% CI: 0.07–0.969; P = 0. 045).

**Conclusões:** Este estudo revela que o valor do PSA prévio ao início da Abiraterona e a sua descida superior a 50% após 90 dias de terapêutica, tem impacto na avaliação da sobrevida global dos doentes com CPMRC, podendo apresentar interesse na decisão clínica.

Estes resultados deverão ser confirmados em estudos prospetivos.

## C28

### ABORDAGEM PERCUTÂNEA NO TRATAMENTO DE LITÍASE RENAL – A NOSSA EXPERIÊNCIA

José Santos; Nídia Rolim; Filipe Lopes; Renato Mota; Pedro Monteiro; Artur Canhoto; Hélder Monteiro  
*Centro Hospitalar Lisboa Ocidental*

**Introdução:** Actualmente a litíase renal tem uma ampla variedade de soluções terapêuticas. A solução percutânea é tida como opção de primeira linha para cálculos de grande volume, dada a possibilidade de sucesso num só tratamento com uma baixa taxa de complicações. No entanto tanto a taxa de sucesso como a de complicações continuam a gerar alguma controvérsia dados os diferentes resultados apresentados na literatura. Facto que pode ser fruto da heterogeneidade das diferentes séries, diferentes formas de agrupamento de doentes, definição de sucesso e mesmo de complicações. Neste sentido apresentamos os resultados da nossa experiência com base em gradientes de complexidade já validados.

**Materiais e métodos:** Revisão de todos os casos de litíase renal submetidos a tratamento percutâneo no serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental entre 2012 e 2015 e respetiva análise estatística.

**Resultados:** Do total de casos analisados apresentam-se os resultados da série de 52 que disponibilizavam informação completa. A idade média dos doentes foi de 56 anos, com um IMC médio de 23.81, sendo cerca de 40% do género masculino. Em quarenta por cento dos casos a abordagem percutânea foi a primeira opção. Dos doentes com exames pré operatórios disponíveis 25% apresentavam cálculos coraliformes, com 30%, 25%, 20% e 35% a apresentar graus I, II, III e IV de Guy respetivamente. Todos os procedimentos foram realizados na posição de Valdivia-Galdakao modificada, combinados com acesso retrogrado em 16% dos casos. A média do tempo cirúrgico foi de 174 minutos, com uma tendência decrescente ao longo dos anos. Setenta e oito por cento dos doentes ficaram stone free após o tratamento percutâneo, tendo os restantes necessidade litotricia extra corpórea ou endoscopia. Foi encontrada uma associação positiva entre o tempo operatório e os graus de complexidade da escala de Guy, escala de Seoul, densidade média em unidades de Housenfield e ano de realização de cirurgia, não havendo no entanto relação com o IMC do doente. Não foram registadas complicações grau III/IV (Cla-

vien-Dindo), nomeadamente perfuração de órgão adjacente, havendo no entanto registo de complicações grau II em 14% dos casos (com um caso a necessitar de transfusão no pós operatório).

**Discussão:** Os resultados obtidos nesta série estão dentro do que está publicado na literatura. De salientar a melhoria progressiva nos tempos cirúrgicos, muito provavelmente fruto da crescente experiência da equipa. Tanto a escala de complexidade de Guy como a de Seoul demonstraram uma relação com os tempos operatórios, algo que vai de encontro ao já publicado na literatura.

Nesta série não foram registadas complicações maior (grau III/IV). No entanto o baixo número de casos com complicações descritas não permitiu a avaliação de co-relação com outras variáveis estudadas.

**Conclusão:** Os resultados obtidos nesta série estão dentro do relatado na bibliografia, com destaque para a relação positiva entre as escalas de Guy e Seoul e o tempo operatório.

## C29

### HÁBITOS TABÁGICOS EM DOENTES COM NEOPLASIAS VESICAIS DO HOSPITAL DE BRAGA

João Pimentel Torres; Pedro Sousa; Nuno Morais; Agostinho Cordeiro; Paulo Mota; Francisco Botelho; Estevão Lima

<sup>1</sup>Serviço de Urologia do Hospital de Braga; <sup>2</sup>Instituto de Ciências da Vida e da Saúde / Escola de Ciências da Saúde – Universidade do Minho

**Introdução:** As neoplasias da bexiga são das neoplasias urológicas mais frequentes. O tabagismo é o fator de risco mais importante, tanto para a oncogénese, como para a recorrência e progressão destas. Embora o diagnóstico de uma doença oncológica possa ser um promotor da abstinência, muitos pacientes mantêm o consumo de tabaco após o diagnóstico. O estudo dos hábitos tabágicos, razões para a cessação e reconhecimento por parte do paciente do tabaco como fator de risco, são aspectos essenciais para obter estratégias adequadas para a abstinência tabágica.

**Objectivos:** Analisar os hábitos tabágicos após o diagnóstico de cancro da bexiga e determinar os preditores de cessação tabágica.

**Métodos:** Estudo transversal, observacional e analítico realizado em pacientes com neoplasia da bexiga diagnosticado entre Janeiro de 2013 e Setembro de 2015 (n = 160). Foram recolhidos dados sociodemográficos, clínicos, de hábitos tabágicos, e aplicada a escala Hos-

pital Anxiety and Depression Scale.

**Resultados:** 71,9 % dos pacientes apresenta história de tabagismo, sendo que 36,9% eram fumadores activos na data do diagnóstico. O tabaco foi reconhecido como fator de risco por 74,4 % dos pacientes, sendo que 51,3 % dos pacientes com história tabágica e 24,4 % dos não-fumadores vêm o tabagismo como principal causa etiológica (p <0,008). Dos fumadores ao diagnóstico, 40,7 % encontrava-se abstinente e 59,3 % mantinha consumos no momento da entrevista, embora com uma redução média de 49,7 % na quantidade de cigarros por dia (p <0,001). 83,1% dos fumadores refere ter sido aconselhada a deixar de fumar, embora apenas um paciente tenha recebido apoio especializado. A abstinência tabágica não se correlacionou com a ansiedade (p = 0,140), depressão (p = 1) e complexidade do tratamento (ressecção trans-uretral, instilações vesicais ou cistectomia radical) (p = 0,797). Pacientes que co-habitam com outros fumadores têm maior probabilidade de manter o consumo de tabaco após o diagnóstico (OR = 13,8).

**Conclusão:** Apesar de todas as campanhas educativas, o tabaco continua a não ser adequadamente reconhecido como a principal causa de neoplasia da bexiga. O desconhecimento, aliado à dificuldade na abstinência tabágica e à falta de estratégias promotoras de cessação tabágica, justifica a elevada prevalência de pacientes que mantêm hábitos tabágicos após o diagnóstico, com efeitos nefastos para a sobrevida destes. Neste contexto, parece necessária a criação de programas específicos com vista à consciencialização e promoção da abstinência tabágica em doentes com neoplasias vesicais.

## C30

### COMPLICAÇÕES DA LINFADENECTOMIA INGUINAL NO TRATAMENTO DO CARCINOMA DO PÊNIS – ANÁLISE RETROSPECTIVA DE UM CENTRO HOSPITALAR TERCIÁRIO

Daniel Costa; Luís Vale; Afonso Morgado; Viviana Azevedo; Luís Pacheco Figueiredo; Tiago Antunes Lopes; Rui Almeida Pinto; Carlos Silva; João Silva; Francisco Cruz  
Centro Hospitalar São João - Serviço de Urologia

**Introdução:** O carcinoma do pénis (CP) é uma neoplasia rara, sendo responsável por <1% dos tumores no homem. A principal via de disseminação do CP é a linfática sendo, a presença de metastização ganglionar inguinal, o principal fator de prognóstico. Neste

contexto, a realização de linfadenectomia inguinal (LI) em tempo oportuno pode ser curativa em doentes com metástases ganglionares inguinais. Contudo, este procedimento tem sido associado a uma morbidade significativa.

**Objetivos:** Rever as complicações operatórias dos doentes com CP submetidos a LI no Centro Hospital São João, E.P.E., nos últimos 7 anos (2010-2016).

**Material e métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos de 27 doentes submetidos a LI entre 2010 e 2016. Foram descritas as características histológicas da lesão peniana primária (LPP), técnica cirúrgica, principais complicações pós-operatórias e respetiva gravidade (menor/major). Foram definidas como “complicações maior” todas as complicações que se associaram a prolongamento do tempo de internamento, que necessitaram de terapêutica antibiótica endovenosa e/ou procedimento cirúrgico adicional sob anestesia local ou geral. As restantes foram classificadas como “complicações menor”.

**Resultados:** A idade média dos doentes operados foi de 62 anos (43-85). O tamanho médio da LPP foi de 4,2 cm (1,1-7,2). Relativamente à técnica de exérese da LPP, 21 (77,7%) doentes foram submetidos a penectomia parcial, 2 (7,4%) a penectomia total com confecção de uretostomia perineal, 2 (7,4%) a circuncisão e 2 (7,4%) foram submetidos a glanssectomia parcial.

De acordo com a estratificação de risco (baseada no estadio, grau de diferenciação, presença de invasão linfovascular da LPP e presença de gânglios inguinais palpáveis), 17 (63%) doentes foram submetidos a linfadenectomia inguinal modificada bilateral (LIMB) e os restantes 10 (37%) a linfadenectomia inguinal radical (LIR). A via laparoscópica foi a abordagem utilizada em 3 (11,1%) doentes, todos eles submetidos a LIMB. Oito (29,6%) doentes foram submetidos a linfadenectomia pélvica.

Foram removidos em média 19 gânglios (6-33), tendo-se constatado invasão ganglionar em 9 (33,3%) doentes, sendo que o número médio de gânglios invadidos foi de 7,5 (1-16). Dois doentes apresentaram extensão extra-ganglionar.

O tempo médio de internamento foi de 19 dias (6-56). Catorze (51,9%) doentes não tiveram qualquer tipo de complicação pós-operatória, 13 (48,1%) tiveram algum tipo de complicação e 8 (29,6%) tiveram mais do que uma complicação.

As complicações mais frequentes foram: Deiscência da ferida operatória (33,3%), infeção da ferida opera-

tória (26%) e linfocelo (11%).

Nove (33,3%) doentes apresentaram complicações menor – linfedema do escroto e/ou perna, deiscência e infeção da ferida operatória, seroma, linfocelo; 4 (14,8%) doentes apresentaram complicações maior – linfocelo drenado percutâneamente com anestesia local (1), necrose flap cutâneo (1) e deiscência da ferida operatória (2) com necessidade de encerramento sob anestesia geral.

Durante o *follow-up*, 6 doentes morreram por progressão da doença oncológica.

**Discussão/Conclusões:** A maioria das complicações associadas à LI foram menor e resolvidas, sem aumento significativo da morbidade. A incidência e a magnitude das complicações é sobreponível à reportada na literatura mais recente. Um melhor conhecimento das potenciais complicações associadas ao procedimento permite obter melhores resultados cirúrgicos e melhorar os cuidados intra e pós-operatórios.

### C31

## NEFRECTOMIA PARCIAL: ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS RESULTADOS CIRÚRGICOS DE UM CENTRO HOSPITALAR TERCIÁRIO E SUA CORRELAÇÃO COM O SISTEMA DE NEFROMETRIA R.E.N.A.L. SCORE

Daniel Costa; Afonso Morgado; Luís Pacheco Figueiredo; Luís Vale; Viviana Azevedo; Tiago Antunes Lopes; Rui Almeida Pinto; André Silva; Carlos Silva; João Silva; Francisco Cruz

*Centro Hospitalar São João - Serviço de Urologia*

**Introdução:** A nefrectomia parcial (NP), quando exequível, constitui o tratamento gold standard do carcinoma de células renais (CCR) localizado. A NP apresenta resultados oncológicos sobreponíveis à nefrectomia radical, associando-se a menor deterioração da função renal e a um não menosprezável risco mais elevado de complicações especialmente no caso de lesões complexas. Existem vários sistemas de classificação morfológica nomeadamente o RENAL score (RS) com o intuito de estratificar os doentes de acordo com o grau de complexidade das lesões de forma a prever o resultado oncológico e potenciais complicações cirúrgicas.

**Objetivos:** Avaliar o resultado oncológico e complicações peri-operatórias de doentes submetidos a NP no Centro Hospitalar São João, E.P.E., entre 2008-2014, e a sua correlação com o RS.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos de 181 doentes submetidos a NP e colheita dos dados clínicos e patológicos: idade, género, fatores de risco, RS, histologia, tempo de cirurgia, tempo de internamento, complicações peri-operatórias e sua gravidade de acordo com a classificação de Clavien-Dindo. Foi calculado o RS através da análise das imagens de tomografia axial computadorizada disponível no processo clínico de apenas 134 doentes. Utilizaram-se os testes de qui-quadrado e Kruskal-Wallis para comparar, respetivamente, variáveis categóricas e contínuas. A análise estatística foi realizada com recurso ao *software STATA 14*.

**Resultados:** A mediana de idades foi de 65 anos (p25-75: 56-74), com predominância do género masculino (62,3%). A mediana do maior eixo das lesões foi de 27,2 mm (21,3-35,6).

A mediana do RS foi de 6 (5-7); 80 (59,7%) doentes apresentavam lesões de baixa complexidade (RS 4-6), 52 (38,8%) de moderada complexidade (RS 7-9) e 2 (1,5%) de alta complexidade (RS 10-12).

A mediana de tempo operatório foi de 127 minutos (103-155, p25-75). A via laparoscópica foi a abordagem utilizada em 21 (11,6%) doentes, com lesões de baixa ou moderada complexidade.

Na análise histológica, 128 (71%) doentes apresentavam CCR, com predomínio da variante células claras [n=82 (45,3%)]. Cinquenta e três (29%) doentes apresentaram lesões benignas com predomínio de oncocitoma [n=26 (14,4%)] e angiomiolipoma [n=10 (5,5%)]. As margens cirúrgicas foram positivas em 9 doentes (7,3%).

A mediana de tempo de internamento foi de 7 dias (6-9).

Trinta e cinco (19,3%) doentes apresentaram complicações peri-operatórias, sendo a maioria [n=19 (54,3%)] de gravidade menor (grau I e II, segundo a classificação de Clavien-Dindo). Complicações infecciosas [n=13 (37,1%)], vasculares [n=15 (42,9%)] e fistula urinária [n=4 (11,4%)] foram as mais frequentemente observadas.

Verificou-se uma associação positiva estatisticamente significativa entre o RS e a ocorrência de complicações no pós-operatório ( $p=0,004$ ) e o tempo de internamento ( $p=0,034$ ). O componente "R" (*radius score*) foi o que demonstrou maior associação com a ocorrência de complicações peri-operatórias ( $p=0,027$ ).

**Discussão/Conclusões:** Neste estudo verificou-se uma associação positiva entre o RS e a ocorrência

de complicações peri-operatórias e o tempo de internamento nos doentes submetidos a NP. Com base na nossa análise, e corroborando a literatura mais recente, aconselha-se a estratificação nefrométrica das lesões renais antes da realização de NP de modo a prever o resultado oncológico e potenciais complicações da intervenção cirúrgica.

### C32

#### **METÁSTASE CEREBRAL COMO PRIMEIRO EVENTO SISTÉMICO EM DOENTE COM ADENOCARCINOMA DA PRÓSTATA – CASE REPORT**

Pedro Costa; Rui Reinas; Óscar Alves; Antónia Furtado; Paulo Espiridião; António Marques Baptista; Luís Ferraz  
*Serviço de Urologia, Serviço de Neurocirurgia, Serviço de Anatomia Patológica - Centro Hospitalar de V.N.Gaia / Espinho*

O Adenocarcinoma da Próstata é a segunda neoplasia maligna mais comum em homens, sendo habitualmente diagnosticada pela clínica e/ou aumento do valor de PSA sérico em doentes assintomáticos. Metastizando habitualmente para o osso e para os gânglios linfáticos em primeiro lugar, o cérebro é um local raro de disseminação desta neoplasia, ocorrendo em menos de 2% dos casos, e geralmente surge apenas após a disseminação nos outros órgãos atrás mencionados. Os autores apresentam o caso de um homem de 63 anos com Adenocarcinoma da Próstata, diagnosticado e tratado, com sucesso, sob radioterapia e terapia anti-androgénica em 2012. Após recidiva bioquímica no início de 2015, reiniciou quimioterapia; excluiu-se sistematicamente metastização, nomeadamente óssea e ganglionar. Apresentou-se com uma lesão cerebral única em Agosto de 2015, tendo sido submetido a exérese da mesma; o diagnóstico histológico revelou tratar-se de metástase de Adenocarcinoma da Próstata. Foi posteriormente submetido a radioterapia cerebral, apresentando uma evolução favorável após um ano de *follow-up*.

### C33

#### **ADHERENCE AND TOLERABILITY OF INTRAVESICAL IMMUNOTHERAPY WITH BACILLE CALMETTE-GUÉRIN IN SUPERFICIAL BLADDER CANCER: A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE LAST 5 YEARS IN CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO**

Luís Vale<sup>1</sup>; Rosana Dantas<sup>2</sup>; Daniel Costa<sup>1</sup>;  
Luís Pacheco-Figueiredo<sup>1</sup>; Tiago Antunes-Lopes<sup>1</sup>;  
João Silva<sup>1,2</sup>; Carlos Silva<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia, Centro Hospitalar de São João, Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto, Portugal;  
<sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto, Portugal

**Introduction:** Intravesical immunotherapy with Bacille Calmette-Guérin (BCG) is the gold-standard adjuvant treatment to prevent recurrence and progression in intermediate and high risk urothelial non-muscle-invasive bladder cancer (NMIBC) (1). However, due to its adverse effects, BCG treatment is often poorly tolerated, leading many patients to earlier interruption of instillations. There are several proposed schedules for BCG treatment, with most differences occurring in the maintenance phase of the protocols.

**Objectives:** The aim of this study was to determine the adherence and tolerability of patients with NMIBC submitted to the protocol of adjuvant intravesical immunotherapy with BCG, implemented in Centro Hospitalar de São João (CHSJ).

**Materials and methods:** Retrospective analysis of clinical records of patients with NMIBC treated with adjuvant intravesical therapy with BCG in CHSJ (standard dose of 81 mg; induction phase with 6 weekly instillations and then maintenance with 1 instillation per month completing 3 years of adjuvant treatment), from 2011 to 2015.

**Results:** 101 out of 150 (67,3%) patients under BCG instillations completed 1 year of the treatment protocol. 34 out of 150 (22,7%) patients reached 2 years of the maintenance protocol, and only 17 (11,3%) patients completed the 3 years recommended duration of the treatment. 52 patients (34,7%) interrupted instillations due to side effects, reporting symptoms of cystitis as the most frequent cause of cessation (40 patients, 26,7%). Only 8 patients (5,3%) had systemic symptoms as a cause to cease treatment (fever lasting more than 48 hours in 4 patients and pneumonitis/hepatitis in another 4 patients). Almost half of the interruptions due to side effects occurred during the first year of treatment (22

patients, 42,3%). Five out of 150 (3,3%) patients ceased treatment due to recurrence and 2 (1,3%) due to progression to muscle invasive disease.

**Discussion/Conclusion:** There is no actual consensus regarding optimal maintenance schedule and duration of intravesical immunotherapy with BCG for intermediate and high risk NMIBC. Herewith, we presented the scheme of BCG adjuvant treatment applied in CHSJ. In our series, 2/3 of the patients completed the minimum length of 1 year treatment recommended by the EAU guidelines, with only 35% of the patients interrupting instillations due to side effects during the 3-year total length of the protocol. According to our data, extended maintenance treatment from 1 to 3 years is well tolerated, with very few severe complications. During the 5 year period analyzed, only 1,3% of the patients under BCG instillations had progression of the cancer to muscle-invasive disease, denoting the importance of achieving good adherence rates to adjuvant immunotherapy in NMIBC.

### C34

#### **SCHISTOSOMIASE URINÁRIA – UM DIAGNÓSTICO RARO?**

Alves, L.J.; Lopes, S.P.; Gameiro, C.D.; Fonseca, J.F.;  
Monteiro, L.A.; Sousa, R.C.; Madureira, R.  
Hospital Beatriz Ângelo

**Introdução:** A schistosomíase é uma doença endémica em África e no Médio Oriente, com incidência crescente nos países ocidentais devido à imigração e ao aumento da frequência das viagens aéreas. A forma genito-urinária da doença é causada pelo trematódo *Schistosoma haematobium*. A infecção parasitária desencadeia uma reacção inflamatória granulomatosa responsável pelos sintomas urinários de enchimento e de armazenamento, sendo a hematúria o sintoma inicial mais frequente. A cronicidade da infecção pode conduzir a estenoses ureterais e calcificação vesical.

**Objetivo:** Relato de dois casos clínicos de schistosomíase urinária com formas de apresentação não típicas da doença, bem como, salientar a importância do diagnóstico precoce e instituição de tratamento a fim de evitar as consequências que advêm da cronicidade da infecção, responsáveis por altas taxas de morbidade da doença.

**Material e métodos:** Análise de dois casos clínicos de doentes diagnosticados, tratados e em seguimento no Hospital Beatriz Ângelo.

**Resultados:** Caso Clínico 1: sexo masculino, 35 anos, raça negra, natural de Moçambique que apresenta como quadro clínico queixas de noctúria, frequência miccional e dor com o enchimento vesical. Foram realizados ecografia renal e vesical, cistoscopia e pesquisa de shistosoma na urina que foram negativos. Por manutenção dos sintomas foi realizada uma tomografia computadorizada (TC) abomino-pélvica que revelou calcificação da parede vesical. A biópsia vesical a frio permitiu realizar o diagnóstico.

Caso Clínico 2: sexo masculino, 40 anos, raça negra, missionário em África, recorre ao serviço de urgência por cólica renal à esquerda. Posteriormente, a investigação clínica e imagiológica de litíase urinária vem a revelar calcificação de toda a parede vesical e porção distal de ambos os ureteres. O diagnóstico definitivo foi feito por biópsias vesicais a frio.

**Discussão/Conclusões:** Os sintomas da doença surgem tipicamente três meses após infecção, sendo o sintoma mais frequentemente documentado a hematuria. Outros sintomas como disúria, polaquiúria ou dor supra-púbica também estão descritos. Imagiologicamente são muito características as calcificações vesicais e do terço distal do ureter. No entanto, o diagnóstico definitivo, assenta na detecção de parasitas na urina ou na biópsia. O tratamento é feito através de uma dose única de praziquantel. O seguimento a longo prazo está indicado, visto que a doença é factor de risco para o aparecimento de neoplasia vesical. A incidência desta patologia no mundo ocidental tem sido crescente nas últimas décadas. Tem morbidade e impacto socio-económico não desprezíveis. O presente poster retrata formas de apresentação menos habituais de schistosomiose urinária. Esta hipótese de diagnóstico deve ser colocada em doentes naturais de países endémicos ou com viagens recentes que apresentem quadro sintomático não esclarecido.

## C35

### SUNITINIB NO CARCINOMA DE CÉLULAS RENAI METASTÁTICO: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Joana Alfarelos; Gustavo Gomes; Francisco Campos; Mário Matias; Amaral Canelas

*Centro Hospitalar de Setúbal - Hospital de S. Bernardo*

**Introdução:** Os tumores renais representam 3% de todas as neoplasias malignas nos adultos e são responsáveis por 2% da mortalidade por cancro. No diagnóstico 20-30% dos doentes apresentam doença

disseminada e daqueles com doença localizada 20-40% irão metastizar. A introdução de terapêutica dirigida, nomeadamente os inibidores dos recetores da tirosinoquinase (ITK), levou a uma mudança do paradigma de tratamento destes doentes.

**Objetivos:** Investigar a eficácia e segurança do sunitinib em pacientes com carcinoma de células renais metastizado (CCRM)

**Material e métodos:** Entre Março de 2010 e Dezembro de 2015, foram revistos retrospectivamente os processos de 21 pacientes com diagnóstico de CCRM tratados com sunitinib. Sunitinib foi administrado oralmente na dose de 50 mg/dia durante ciclos de 4 semanas, seguidos de 2 semanas de descanso até progressão clínica ou toxicidade intolerável. A dose foi alterada em função da toxicidade. O objectivo primário foi a sobrevivência livre de progressão (SLP) e os objectivos secundários foram a sobrevivência global (SG) e a resposta objectiva.

Foi utilizada a tomografia computadorizada (TC) para avaliar a eficácia pelos Critérios de Avaliação de Resposta em Tumores Sólidos (RECIST) a cada 3 meses, no início do tratamento e após 6 meses, ou quando se registou toxicidade ou progressão da doença.

**Resultados:** Foram avaliados 21 doentes (16 homens e 5 mulheres) com uma média de idade de 61 anos (37-76). Foram previamente submetidos a nefrectomia radical. Metástases pulmonares foram as mais frequentes e 90,4% eram tumores de células claras. A taxa de controlo da doença foi de 57%, com resposta completa em 1 (4,8%), resposta parcial em 5 (23,8%), doença estabilizada em 6 (28,6%) e progressão da doença em 9 (42,8%). A mediana de sobrevivência livre de progressão (SLP) foi de 19,04 meses e a mediana de sobrevivência global (SG) desde o início de tratamento foi de 42,87 meses.

Os efeitos adversos mais comuns foram alterações hematológicas (leucopenia, anemia, trombocitopenia), mucosite, fadiga, hipertensão e síndrome mão-pé.

**Conclusões:** Sunitinib é um tratamento viável para o CCRM. Os efeitos secundários são possíveis de colmatar com tratamento de apoio, redução da dose ou interrupção do tratamento.

## CARCINOMA DE CÉLULAS DE TRANSIÇÃO DO APARELHO URINÁRIO ALTO (UUT-TCC): INSTILAÇÃO DE MITOMICINA C APÓS ABLAÇÃO POR RIRS COM LASER – REVISÃO DA LITERATURA A PROPÓSITO DE CASO CLÍNICO

Alberto Silva; Sónia Ramos; Ana Cebola; João Soares;  
Sofia Lopes; A. Pepe Cardoso  
*Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*

**Introdução:** A Nefroureterectomia tem sido o tratamento *gold standard* no UUT-TCC<sup>1</sup>. A abordagem minimamente invasiva, RIRS, conseguiu reduzir a morbilidade do tratamento e preservação da função renal. Recentes estudos sugeriram que o RIRS deve ser uma opção alternativa nos tumores superficiais de baixo grau, podendo mesmo tornar-se primeira linha<sup>2-4</sup>. A instilação de Mitomicina C (MMC) como tratamento adjuvante, tal como foi demonstrado para o Carcinoma da Bexiga, previne a implantação das células cancerosas libertadas durante o tratamento endoscópico e redução da taxa de recorrência do tumor<sup>5</sup>.

**Objetivo:** Revisão literária dos tratamentos tópicos adjuvantes e as respetivas taxas de recorrência no UUT-TCC.

**Método:** Aquisição de artigos sobre instilações tópicas no UUT-TCC foi realizada através da pesquisa no PUB-MED, com as seguintes palavras: urothelial carcinoma; upper urinary tract; renal; adjuvante therapy recurrence; mitomycin C;

**Caso clínico:** Doente de 80 anos, com as seguintes comorbilidades: hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes mellitus II. Observado em contexto de urgência após idas repetidas ao serviço de urgência por hematuria e desconforto no hipogastro. À ecografia vesical apresentava volumoso coágulo, complementada à cistoscopia com coágulo organizado, móvel, impossibilitando a observação da mucosa vesical (ocupando toda a bexiga). Tentativa de evacuação sem sucesso, pelo que foi ao bloco operatório de urgência para remoção de coágulo, via aberta, e durante esta constatou-se presença de tumor vesical optando-se por cistectomia parcial e biópsias politópicas. Na anatomia patológica da peça operatória veio "...invasão da túnica muscular, sem invasão vascular, linfática ou peri-neurais, com margens negativas. Biópsias politópicas com epitélio sem sinais de neoplasia." Efetuou-se posteriormente TAC de estadiamento e novas biópsias politópicas, tendo o resultado sido negativo. Como tratamento

adjuvante realizou RT pélvica (dose total 66Gy), com toxicidade GI G1. O seguimento decorreu sem outras alterações clínicas (creatinina basal 1,34 mg/dL) ou imagiológicas (TAC e cistoscopias) até Novembro de 2015, onde foi detetado no URO TAC: "...efeito de repleção, com ~11 mm x 7 mm ...na vertente superior no bacinete esq, hipercaptante de contraste na fase portal, compatível com lesão neoformativa urotelial, não se observando outras alterações do Rim esq....". A realização da RIRS com pinça de biópsia, para recolha de fragmento para anatomia patológica ; e Holmium, ablação da lesão (UUT-TCC) com LASER YAG. No pós-operatório imediato efetuou-se a aplicação de instilação única da dose 40mg MMC (5). O resultado da biópsia apresentava "fragmento de mucosa urotelial de arquitectura papilar revestida por epitélio com displasia de baixo grau". Efetuou-se URO-TAC de controlo aos 6M: "...Discreto espessamento difuso do urotélio à esquerda sugerindo alterações inflamatórias. Não se observam defeitos de repleção ou dilatação da árvore excretora. Sem litíase. Ureteres com trajeto e calibres normais, permeáveis em toda a sua extensão...". Realizou URC de controlo sem identificação de imagens sugestivas de recidiva. Mantém esquema de vigilância, sem alterações analíticas (creatinina basal 1,24).

**Conclusão:** A instilação de mitomicina C no UUT é uma técnica segura após a ablação do TCC, apresentando complicações ou efeitos secundários mínimos, uma boa preservação da função renal e baixas taxas de recorrência tumoral (5,6). Este abordagem exige uma vigilância apertada com a realização de URO-TAC / URC<sup>1,6</sup>.

### Bibliografia

- 1 - Roupret M, Zigeuner R, et al, *European Association of Urology Guidelines on Upper Urinary Tract Urothelial Cell Carcinoma: 2015 Update*; *Eur Urol* 2015 Vol. 68, Issue 5, 868-879;59:584-594.
- 2 - Lee BR, Jabbour ME, Marshall FF, Smith AD, Jarrett TW. 13-Year Survival comparison of percutaneous and open nephroureterectomy approaches for management of transitional cell carcinoma of renal collecting system: Equivalent outcomes. *J Endourol* 1999;13:289-294.
- 3 - Jarrett TW, Sweetser PM, Weiss GH, Smith AD. Percutaneous management of transitional cell carcinoma of the renal collecting system: 9-year experience. *J Urol* 1995;154:1629-35. Pak RW,
- 4 - Moskowitz EJ, Bagley DH. What is the cost of maintaining a kidney in upper-tract transitional-cell carcinoma? An objective analysis of cost and survival. *J Endourol* 2009;23:341-6
- 5 - Aboumarzouk O, Somani B, et al. Mitomycin C instillation following ureterorenoscopic laser ablation of upper urinary tract carcinoma. *Urology Annals* | Jul - Sep 2013 | Vol 5 | Issue 3: 184-189
- 6 - Audenet F, Traxer O, et al. Upper urinary tract instillations in the treatment of urothelial carcinomas: a review of technical constraints and outcomes. *Word J Urol* (2013) 31:45-52

## C37

### EPISPADIAS - A CASE REPORT

Catarina Tavares; Frederico Teves; Armando Reis;  
Avelino Fraga

Centro Hospitalar do Porto – Serviço de Urologia

**Introduction:** Epispadias, a dorsally displaced urethral meatus, is a rare congenital defect (1 in 117.000 male births). It occurs when urethral tubularization is incomplete and the meatus is located in the penopubic region, penile shaft, or dorsal glans. Although this malformation may occur in isolation, in most cases it is associated with bladder exstrophy in a syndrome known as the “exstrophy-epispadias complex”. It is widely believed that this malformation originates from the instability and premature rupture of the cloacal membrane.

**Goal:** To present a successful case of surgical repair of isolated epispadias using the modified Cantwell-Ransley technique, from the Urology Service of CHP.

**Results:** Display of intra-operative photos documenting the procedure and highlighting its most important steps.

**Discussion:** Surgical treatment aims to recreate a functional urethra that reaches the tip of the glans, correct dorsal chordee and obtain a good esthetic result. The modified Cantwell-Ransley (MCR) and the Mitchell repair (MR) are the most common techniques. In 1895, Cantwell described a technique that involved complete mobilization of the urethral plate, tubularization of the urethra and its placement in a more ventral location between the corpora. A century later, Ransley added dorsal rotation and approximation of the corpora with a caverno-cavernostomy. Currently, in the MCR technique, the urethral plate remains attached to the glans at the very tip and no caverno-cavernostomy is performed. The Mitchell repair or “complete penile disassembly” is a more radical approach in which the penis is dissected into 3 components, the two hemiglans with respective corpus cavernosum and the urethral plate with the corpus spongiosum. MR is more appropriate for cases of classic bladder exstrophy or penopubic epispadias. Complications of these techniques include fistulas, urethral loss and dehiscence, glans or corporeal loss (mostly in the MR) or creating a hypospadiac meatus (mostly in the MCR).

**Conclusion:** Isolated epispadias is a rare condition that implies a complex surgical correction and should be performed by surgeons with experience in pediatric

urology. The patient we presented had no post-operative complications and the surgery was successful also on esthetic grounds. We can conclude that the MCR, in this case, was an adequate technique for correction of isolated epispadias.

## C38

### FEMINIZING GENITOPLASTY FOR CONGENITAL ADRENAL HYPERPLASIA (CAH)

Sofia Morão<sup>1</sup>; Maria Knoblich<sup>1,3</sup>; Vanda Pratas Vital<sup>1,2</sup>; Rui Alves<sup>1,3</sup>; Henrique Sá Couto<sup>3</sup>; Filomena Pereira<sup>4</sup>; João Pascoal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Pediatric Surgery of Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Portugal; <sup>2</sup>Pediatric Urology Unit, Department of Pediatric Surgery of Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Portugal; <sup>3</sup>Pediatric Surgical Oncology Unit, Department of Pediatric Surgery of Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Portugal; <sup>4</sup>Pediatric Oncology of Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Portugal

**Introduction:** The majority of neonates with external genital ambiguity-disorder of sexual development (DSD)-fall into the category of 46, XX-CAH. All patients have a 46,XX genotype and exclusively ovarian tissue in nonpalpable gonads. Simplistically, the cause of the gender ambiguity is an excess of androgen. These patients have a normal female müllerian ductal system with an upper vagina, uterus, fallopian tubes and normal regression of the wolffian ducts. The level of virilization is largely dependent on the timing and magnitude of androgen exposure to the external genitalia. Debate exists mainly regarding the optimal timing and extent of genital reconstruction for these children. Additionally, the surgical reconstruction itself can be difficult, requiring meticulous attention to detail and tissue handling. The degree of virilization and level of the confluence of the vagina with the urogenital sinus is variable and unique to each girl is classified by Rink Scale (PVE). There are several options for surgical repair of these anomalies, which must be matched to the anatomy of the child to achieve a functional and cosmetic outcome.

**Objective:** Raise awareness and promoting debating about this type of disorders.

**Methods:** We describe a case of a child who was referred to our Center with 5 days of life with diagnosis of CAH.

**Results:** Physical examination showed a stage III according to Prader Scale, with hyperpigmented empty

scrotum. Radiologic investigation revealed hyperplasia of adrenal glands, presence of normal uterus, ovaries, upper vagina, normal kidneys and bladder. Cariotype was 46, XX. She was given hydrocortisone, fludocortisone and sodium chloride. An endoscopy showed a Rink Scale P5,1.5 V1,4 E4 malformation and a feminizing genitoplasty by Pippi Salle technique, with conservation of corpora cavernosa, were performed at 18 months of age, without intra or post-operative complications. She was discharged at fifth postoperative day. Follow-up is maintained in both Endocrinology and Surgery appointments.

**Conclusion:** Full disclosure of all of the relevant issues regarding timing and extent of surgery must be related to the family of these children, allowing the families to make truly informed decisions. The surgeon must be aware of the anatomy of each child and which repairs are therefore appropriate. Long-term follow-up (after initiation of sexual activity) is extremely important to provide these patients with not only good cosmetic, but also good functional outcomes.

### C39

#### MALIGNANT TESTICULAR TUMORS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS – FIVE-YEARS REVIEW

Sofia Morão<sup>1</sup>; Maria Knoblich<sup>1,3</sup>; Vanda Pratas Vital<sup>1,2</sup>; Rui Alves<sup>1,3</sup>; Henrique Sá Couto<sup>3</sup>; Filomena Pereira<sup>4</sup>; João Pascoal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Pediatric Surgery of Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Portugal; <sup>2</sup>Pediatric Urology Unit, Department of Pediatric Surgery of Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Portugal; <sup>3</sup>Pediatric Surgical Oncology Unit, Department of Pediatric Surgery of Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Portugal; <sup>4</sup>Pediatric Oncology of Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Portugal

**Introduction:** Pediatric malignant testicular tumors are rare, accounting for 1% to 2% of all pediatric solid tumors and 3% of all testicular tumors. A bimodal age distribution exists with a peak between ages twelve to twenty-four months, followed by a second peak during puberty. Prepubertal boys have a much larger percentage of benign-behaving testicular lesions than postpubertal and adult males. Management of testicular tumors in prepubertal boys thus differs from that group as curative treatment may be radical orchiectomy.

**Objective:** Review and analyze our 5-year, two institution experience.

**Patients and methods:** A retrospective review was

performed of all malignant testicular tumors diagnosed between 2010 and 2015 in males younger than 16 years. We analyzed clinical characteristics, diagnostic procedures, treatment methods, histopathologic findings and outcome.

**Results:** A total of seven patients were included with ages between twenty-two days and sixteen years. The clinical presentation in 85% of cases was a painful increase in testis size and palpable mass. All patients underwent ultrasonographic study and measurement of alpha-fetoprotein, human chorionic gonadotropin and lactate dehydrogenase. The two small children were at Stage I (Children's Oncology Group classification), the older ones were at stages IA, IIA, IIIA and IV (TNM system classification). All underwent radical inguinal orchiectomy, four were submitted to chemotherapy and one to radiotherapy. One was submitted to surgery on pulmonary metastases. Histopathologically, in small children all were germ cell tumors; postpubertally, 60% were germ cell tumors and 40% were rhabdomyosarcomas. After a mean follow-up of twenty-two months, all but one patient were disease-free and recurrence-free.

**Conclusion:** Malignant testicular tumors in pediatric age are frequently of germ cell origin and so radical inguinal orchiectomy remains the standard of care. This must be included in differential diagnosis of scrotal masses and physical self-examination should be emphasized.

### C40

#### WUNDERLICH SYNDROME FOLLOWING A RENAL ANGIOMYOLIPOMA RUPTURE: A CASE REPORT

Vanessa Metrogos; Celso Marialva; Nuno Ramos; Paulo Vale, João Bastos  
Hospital Garcia de Orta

**Introduction:** Wunderlich syndrome (WS), an uncommon situation, refers to spontaneous non-traumatic renal bleeding into the subcapsular and/or perirenal space. It can be caused by renal or extrarenal causes and manifested by the Lenk's triad - palpable mass, acute lumbo-abdominal pain and hemodynamic compromise. Renal angiomyolipomas (RAML) are responsible for the majority of WS cases. Computed tomography (CT) is the gold standard for diagnosis. Initial management of this condition depends on the patient's hemodynamic status. Emergency surgery or selective embolization of active bleeding can be necessary.

**Objective:** To present a clinical case and a brief review about Wunderlich Syndrome.

**Material and methods:** A MEDLINE search for “Wunderlich Syndrome” was performed and information was selected to make a review. A clinical case was presented based on clinical data records.

**Results:** A 46-years-old women with controlled essential arterial hypertension went to the emergency department with sudden severe right flank pain. On physical exam she had severe tenderness in the right flank, pale mucosae, tachycardia (103bpm), normal temperature and arterial blood pressure. She was anemic (Hb 9.9g/dL). The coagulation profile and urinalysis were normal and pregnancy test was negative. An abdominal ultrasonography showed a right renal heterogeneous lesion with associated perirenal hematoma/collection. An abdomino-pelvic CT confirmed a heterogeneous nodular renal mass (6x5.4cm) with lipidic and hemorrhagic components with a large perirenal hematoma, suggesting ruptured RAML. Initially, she was managed conservatively. As hemoglobin values were dropping, it was decided to perform an angiography with selective embolization. After 3 months of follow-up, the patient had no further hemorrhage or pain and a considerable shrinkage of the RAML was depicted on TC.

**Discussion/Conclusions:** We report a rare case of WS caused by the most frequent known cause - a RAML rupture. WS can occur abruptly or insidiously. Its characteristic Lenk's triad - palpable mass, acute lumbo-abdominal pain and hemodynamic compromise – only occurs in 20% of cases. It can be caused by renal (tumors, infections, vascular defects) or extra-renal causes (retroperitoneal tumors, coagulopathies, vasculitis), with renal benign tumors, as RAML, being more frequently associated. The abundant abnormal elastin-poor vascular structures make these lesions prone to spontaneous rupture. WS can occur in up to 50% of patients with tumors larger than 40mm (as the one we present), and 33% of these can develop hypovolemic shock. Clinical suspicion is essential, but CT is the examination of choice for diagnosis. If the initial CT study shows no mass responsible for the hemorrhage, an angiography should be done. Initial management of WS depends on the patient's hemodynamic status. If the patient can be stabilized medically during the acute phase of active bleeding, a nephrectomy can be deferred and selective embolization is a useful option, as presented in our case. Definitive treatment depends

on the etiology and can include expectant management, management by endovascular embolization, nephron sparing surgery and radical nephrectomy. Therefore, an accurate diagnosis and proper understanding of this condition can avoid unnecessary total nephrectomy.

## C41

### SERTOLI CELL TUMOR IN AN OLD MAN: A CASE REPORT AND BRIEF REVIEW

Vanessa Metrogos; Celso Marialva; Nuno Ramos; Paulo Vale; João Bastos  
Hospital Garcia de Orta

**Introduction:** Sertoli cell tumors (SCT) are rare (0.4-1.5% of all primary testicular neoplasms). Although most common in middle-aged men, about a third occur in children less than 10 years old. The typical presentation is a slowly enlarging unilateral and non-functional testicular mass. Three varieties have been described: Sertoli cell tumor, not otherwise specified (the most common); large cell calcifying SCT; and sclerosing SCT. About 10% of SCT are malignant. The first site of metastatic disease is the retroperitoneal lymph nodes (RPLN). Malignant SCT do not respond to chemotherapy or radiotherapy, so surgery is the mainstay of treatment and RPLN dissection is generally advised. The low incidence and lack of follow-up data become difficult to determine definitive management protocols.

**Objective:** To present a clinical case and a brief review about Sertoli cell tumors.

**Material and methods:** A MEDLINE search for “Sertoli cell tumors” was performed and information was selected to make a review. A clinical case was presented based on clinical data records.

**Results:** A 71-year-old man was referred to Urology External Appointment due to a progressive painless right scrotal enlarge. Physical exam revealed a right hydrocele and a firm right testicle with epididymal nodularity. Blood and urine analysis were unremarkable. Human chorionic gonadotropin was elevated (11ng/mL) and alphafetoprotein was normal. Scrotal ultrasonography showed right testicular and epididymal heterogeneity and nodularity suspicious for atypia. Computed tomography revealed an enlarged and heterogeneous right testicle and multiple solid nodular lesions along the spermatic cord. It also depicted large retroperitoneal adenopathies causing right ureterohydronephrosis, and pulmonary metastasis. Right

inguinal orchiectomy was performed. Pathological exam of the surgical specimen showed a large malignant SCT involving almost entirely testicle, epididymis and spermatic cord, with lymph nodes metastasis and positive immunohistochemical staining for inhibin, CD99 and EMA and negative for calretinin. The patient started chemotherapy with bleomycin, etoposide and cisplatin, but after the first cycle he developed a fatal infectious intercurrent.

**Discussion:** We present a rare case of a malignant usual SCT in an old man with a typical clinical presentation but advanced disease at diagnosis. Independently of its subtype, the diagnosis relies on histological and immunohistochemical properties (positive for inhibin, cytokeratin, vimentin and calretinin, the least in a half of cases). Sertoli cells are usually negative for EMA, but malignant SCT can be positive, as was in this case. About 10% of SCT are malignant. This designation can only be made certainly in the presence of metastasis, generally occurring in RPLN and lungs. Therapeutic options include radical orchiectomy followed by active surveillance or RPLND for stage I disease. For advanced stages, there is a lack of standardized recommendations. RPLND with or without chemotherapy can be employed. In our patient, the advanced stage and poor prognosis precluded the RPLND. The low incidence and poor outcome of this tumor makes it essential to gather all experience-based information in an attempt to define management protocols.

## C42

### ADENOCARCINOMA OF PROSTATE AND SCHISTOSOMIASIS: A RARE ASSOCIATION

Vanessa Metrogos; Celso Marialva; Nuno Ramos; Paulo Vale; João Bastos  
Hospital Garcia de Orta

**Introduction:** Human schistosomiasis, the second most devastating parasitic disease, is caused by flukes of *Schistosoma*. It is common in developing countries, especially from Africa and Asia (eg. Egypt and China), but is rare in Europe. People get infected by mobile larval forms when contact with contaminated water. It penetrates the skin and release eggs that can be excreted in faeces or urine or become trapped in body tissues causing progressive damage. Urogenital tract involvement is mainly due to *S. haematobium*. Schistosomiasis has long been associated with malignant neoplasia. Some authors have hypothesized a causal

relationship between schistosomiasis and carcinoma of the bladder, bowel, kidney and prostate. To date only 17 cases of prostatic adenocarcinoma and concomitant gland schistosomiasis have been described.

**Objective:** To present a case of simultaneous prostatic adenocarcinoma and schistosomiasis and a brief review about it.

**Materials and methods:** We performed a MEDLINE research with the term association of "prostate cancer AND schistosomiasis/schistosoma" and we report a clinical case based on clinical records.

**Results:** A 62-year-old African black man living in Angola until 3 years ago, when he moved to Portugal, was referred to the External Urology Appointment because of urine dripping, poor stream, diurnal frequency and urgency for micturition, presented for at least one year. There was no history of dysuria, macroscopic haematuria, haemospermia, sexually transmitted infections, urologic trauma or previous surgery, fever, gastrointestinal alterations, recent weight loss or chronic fatigue. Physical examination was unremarkable. Rectal digital examination revealed an enlarged and firm prostate gland. Blood and urinalysis were normal and urine culture was sterile. Prostatic specific antigen was elevated (11.59 ng/ml). Prostate ultrasonography showed a heterogeneous structure with many calcifications weighing 52g. Renal and bladder ultrasonography were normal. On prostate biopsy an adenocarcinoma was diagnosed. Radical prostatectomy was done. Histopathological examination of the surgical sample confirmed prostate adenocarcinoma Gleason 9 (4+5) with ganglionic metastasis. It also depicted fibrotic lesions and scattered *Schistosoma* eggs. He received treatment for schistosomiasis.

**Discussion/Conclusions:** Human Schistosomiasis is rarely reported in Europe and Portugal. Population movements are introducing it to new areas. In this case, the patient probably got infected in an endemic area remaining asymptomatic until one year before. Without treatment it can persist for years. Urogenital tract involvement is mainly due to *S. haematobium* that matures in vesical and prostatic venous plexuses and tend to deposit their eggs in the wall of the organs, as we found on the surgical sample. The diagnosis is based on microscopic examination of stool, urine or tissues for parasite eggs. It can be of limited sensitivity, so serologic testing for antischistosomal antibody can be useful. Eritrocyturia, eosinophilia and hypochromic normocytic anaemia (not verified in this case) can

*favor the diagnosis. Praziquantel remains the drug of choice for treatment. Resulting from an incidental finding, the case presented is among the few reports on prostate carcinoma concomitant with schistosomiasis. This association has long been reported, but the causal relationship remains unclear, with further investigation being recommended.*

## C43

### COMPARAÇÃO DA COMORBILIDADE ASSOCIADA ENTRE O USO DOS CATETERES DUPLO-J E MONO-J, APÓS TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DE URETEROLITÍASE

Agostinho Cordeiro<sup>1,2</sup>; Rodrigo Correia<sup>2</sup>; João P. Torres<sup>1,2</sup>; Nuno Morais<sup>1,2</sup>; Paulo Mota<sup>1,2</sup>; Vítor H. Nogueira<sup>2</sup>; Estevão Lima<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia do Hospital de Braga; <sup>2</sup>Escola Ciências da Saúde da Universidade do Minho

**Introdução:** A litíase renal tem uma incidência anual de 16,4/10000 indivíduos em Portugal. Nos EUA calcula-se uma despesa anual associada a esta doença de 2100 milhões de dólares. A cirurgia endoscópica de cálculos impactados no ureter através de ureteroscopia é uma das várias opções de tratamento desta patologia. Nesta abordagem os urologistas têm sempre de considerar o uso ou não da colocação de cateter ureteral que é útil após uma litotripsia endoscópica, pois permite a manutenção de drenagem urinária caso exista uma nova obstrução, devido a fragmentos litíasicos ou edema pós-trauma da mucosa ureteral. A colocação de cateter ureteral duplo-J após cirurgia é frequente, no entanto, um elevado número de complicações, incluindo desconforto, infeção, queixas urinárias, hematúria, incrustação, é observado numa grande proporção de doentes (10-85%).

**Objetivos:** O objetivo deste estudo foi comparar a comorbilidade pós-operatória associada entre dois cateteres ureterais (Mono-J vs Duplo-J), no tratamento endoscópico de litíase ureteral. Foram analisados retrospectivamente 70 de 141 doentes submetidos a ureteroscopia (34 doentes foram incluídos no grupo Duplo-J e 36 no grupo Mono-J).

**Métodos:** Avaliaram-se retrospectivamente os dados de doentes submetidos, no ano de 2015, a ureteroscopia com litotricia com Holmium:YAG laser e posterior colocação de um dos dois tipos de cateteres ureterais (Duplo-J e Mono-J).

De 141 ureteroscopias, foram selecionados 70 doen-

tes consoante os critérios de inclusão e exclusão. Foram depois divididos em dois grupos formados por doentes com cateter Mono-J (n=36) e doentes com cateter Duplo-J (n=34). Os critérios de inclusão foram os seguintes: ureteroscopia com litotricia com Holmium:YAG laser; colocação de cateter ureteral pós- fragmentação. Os critérios de exclusão utilizados foram: doentes com >3 comorbilidades, rim único, litíase renal ipsilateral; litíase residual intra-operatória (efeito de pushback) e complicações intra-operatórias. O momento de remoção do cateter Mono-J foi decidido durante o internamento, enquanto que a remoção do Duplo-J consoante disponibilidade da Consulta de seguimento.

**Resultados:** Não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos quanto ao sexo (52,6% homens), idade (55,20±12,58 anos), número (1,10±0,35), local e tamanho do cálculo (9,43±3,48mm), rim afetado e dias de internamento (p>0,05). No entanto, o cateter Mono-J demonstrou vantagem estatisticamente significativa em detrimento do Duplo-J relativamente às complicações pós-operatórias (p<0,01).

66 doentes não apresentaram litíase residual, tendo ocorrido apenas em 4 (5,7%) doentes. A média de dias que os doentes ficaram com cateter foi de 24,32±34,93dias, onde o valor máximo foi de 129 dias e o mínimo de 1 dia.

**Conclusões:** Este estudo permitiu demonstrar que o uso do cateter Mono-J poderá substituir a colocação do Duplo-J por rotina, após procedimentos eletivos, uma vez que lhe está associado menor comorbilidade, e potencialmente diminuir o encargo monetário para o Sistema Nacional de Saúde.

## C44

### NOVO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA BEXIGA HIPERACTIVA IDIOPÁTICA – CESA/VASA

Pedro Mocho Galego; José Eduardo Cardoso de Oliveira  
Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.

**Introdução:** O tratamento da bexiga hiperactiva de causa idiopática consiste, principalmente, na administração oral de anti-muscarínicos. No entanto, quer pelos efeitos secundários quer pela fraca (ou ausência de) resposta a este tratamento, cerca de 50% não têm “grandes” soluções terapêuticas. Esta nova técnica cirúrgica destina-se a doentes refractárias ao tratamento médico.

**Objetivos:** Avaliação retrospectiva de 36 doentes sub-

metidas a CESA/VASA (via aberta ou via laparoscópica) entre Fevereiro 2013 e Julho 2016. Foram avaliados: sintomatologia pré e pós-operatória, tempo cirúrgico, perda de sangue intra-operatória e complicações intra e pós-operatórias.

**Materiais e métodos:** Segundo o Dr. Wolfram Jäger (Director de Uroginecologia do Hosp. Universit. de Colónia) a Bexiga Hiperactiva Idiopática resulta da rotura (ou lassidão) dos ligamentos uterosagrados. Devem ser excluídas outras causas possíveis (Neurogénicas, Congénitas e outras). A técnica consiste numa abordagem cirúrgica por via abdominal (aberta ou laparoscópica), seguida (ou não) de histerectomia sub-total consoante o caso clínico. Após a identificação dos ligamentos uterosagrados e de S2 aplica-se retroperitonealmente a prótese (CESA/VASA) que se fixa ao colo uterino ou à cúpula vaginal e ao osso sacro (S2). Quando há prolapso dos órgãos pélvicos associado, esta técnica favorece a correcção desse problema ao fortalecer o pavimento pélvico posterior.

**Resultados:** 36 mulheres (idade média: 64.8 anos) foram submetidas a colocação de CESA/VASA (17 via ab; 19 via lap) entre Fevereiro 2013 e Julho 2016. *Follow-up* médio: 88,7 sem; tempo cirúrgico médio em via ab: 141 min, em via lap: 136 min. Em ambas as perdas sanguíneas intra-op foram insignificantes (média: 100ml). 12 doentes apresentavam IUUrgência, 7 apresentavam IUMista, 9 tinham IUUrgência associada a POP Cúpula/Útero, 4 apresentavam IUMista associada a POP Cúpula/Útero, 2 tinham IUUrgência associada a Cistocele/Rectocele e 2 apresentavam IUMista associada a Cistocele/Rectocele. 11 doentes urinavam >15x/dia, 20 urinavam 10-15x/dia e 5 urinavam 10m. 12 sem após a intervenção, 34 doentes passaram a urinar 10m. 4 doentes, que inicialmente conseguiam atrasar a micção

**Conclusão:** 21 doentes (58%) estão curadas só com CESA/VASA; 30 doentes (83,3%) estão curadas com CESA/VASA + TOT; 4 doentes estão melhoradas em cerca de 70% em relação às queixas iniciais; 2 doentes não melhoraram considerando-se falha absoluta da técnica; em 2 doentes houve recidiva às 24 semanas mas, após a lise de aderências ao nível da prótese, voltaram a ficar assintomáticas; 34 manifestam agrado enorme com a intervenção. CESA/VASA, apesar de ser ainda uma técnica numa fase de desenvolvimento, poderá "marcar" o FUTURO da Uroginecologia no tratamento da bexiga hiperactiva idiopática.

## C45

### FATORES DE PROGNÓSTICO NA NEOPLASIA DO PÊNIS – EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

João Carvalho; Pedro Nunes; Paulo Jorge Dinis; Edgar Tavares; Vera Marques; Maria José Freire; Arnaldo Figueiredo

*Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** Os tumores do pénis são incomuns no mundo ocidental, mas são causa de morbilidade e de mortalidade relevante para quem deles padece.

**Objetivos:** Analisar a experiência de um centro hospitalar terciário num período de dez anos relativamente ao diagnóstico, tratamento e sobrevivência de doentes com o diagnóstico de neoplasia do pénis.

**Material e métodos:** Procedeu-se a um estudo retrospectivo analisando os processos dos doentes com o diagnóstico de neoplasia do pénis tratados no nosso hospital entre Janeiro de 2006 e Junho de 2016. Os fatores de risco, dimensões e localização das lesões, dados anatomopatológicos, cirurgias realizadas, complicações cirúrgicas e tratamentos adjuvantes foram avaliados.

A idade média dos 59 doentes (5.4 casos/ano) ao diagnóstico foi de  $67.3 \pm 14$  anos [33-93], com lesões com  $3.2 \pm 1.7$  cm [1.2-9] em média. 3.4% eram HIV+, pelo menos 16.9 % eram HPV+ e 44.1% apresentavam fimose, com apenas 3.4% de circuncidados ao diagnóstico. Em termos de lesões pré-neoplásicas, verificou-se eritroplasia de Queyrat (3.4%), balanite xerótica obliterans (10.4%) e doença de Bowen (1.7%) A lesão atingia as seguintes localizações penianas: glande 84.7%, sulco balano-prepucial 13.6%, prepúcio 28.8%, corpo 10.2%, base 1.7%, todo o pénis 1.7% e fossa navicular 1.7%.

**Resultados:** A intervenção cirúrgica mais frequentemente realizada para tratar o tumor primário foi a penectomia parcial (67.8%), seguindo-se a circuncisão alargada (16.9%) e a excisão local (6.8%). A biópsia prévia revelou carcinoma espinho-celular em 83.3 %, verificando-se que ao exame anatomopatológico 93.2% das lesões eram carcinomas espinho-celulares, T3 (38.9%) e T1 (31.5%), bem diferenciadas (61.5%). Verificou-se concordância entre a biópsia e o estudo anatomopatológico ( $p < 0.001$ ).

A maioria revelou margens cirúrgicas negativas (88%). Em 41%, foi realizada linfadenectomia inguinal e 8.5%

realizaram também linfadenectomia pélvica. Em 8.5%, a linfadenectomia não foi completa por irressuscabilidade cirúrgica. Foram excisados  $14 \pm 10$  gânglios em média, com  $1.2 \pm 2.3$  gânglios positivos. Foram reoperados 22%: penectomia parcial (53.8%) e penectomia total (38.5%). A quimioterapia foi realizada em 13.6% e a radioterapia em 5.1%. Em 5.1%, não foi realizada quimioterapia por intolerância.

Em 33.9%, desenvolveram-se complicações: infecção da ferida operatória (13.6%), necrose (8.5%), linfedema (8.5%), celulite (8.5%), estenose do neomeato (6.8%), linforragia (6.8%) e abscesso (1.7%).

Verificou-se metastização em 44.1%: ganglionar (11.9%), óssea (11.9%), pulmonar (8.5%), cutânea (3.4%) e hepática (1.7%).

Os fatores que provocaram diferenças estatisticamente significativas nas taxas de sobrevivência foram o estadio inicial T (p 0.004), o estadio M (p 0.002), o estadio R (p 0.002), invasão vascular (p 0.006), invasão uretral (p 0.018) e invasão dos corpos esponjosos (p=0.004). O estadio de invasão ganglionar regional e a linfadenectomia não influenciaram a taxa de sobrevivência.

Após um seguimento médio de  $36.7 \pm 43.2$  meses, 57.6% faleceram. A sobrevivência mediana foi de  $37 \pm 10,4$  meses.

**Discussão/Conclusões:** A neoplasia peniana é uma doença cujo diagnóstico e tratamento é muitas vezes tardio, resultando frequentemente alta morbimortalidade para o doente. Na nossa série, o estadio avançado do tumor primário, a existência de metastização à distância e outras alterações anatomopatológicas são fatores que influenciam negativamente o curso da doença.

## C46

### DESENVOLVIMENTO DE UMA APLICAÇÃO MÓVEL PARA AVALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DE DOENTES COM SINTOMAS URINÁRIOS DO TRATO INFERIOR

Paulo Mota; Pedro Maganinho; Edgar Amorim; Emanuel Dias; Agostinho Cordeiro; João Nuno Torres; Nuno Morais; Mario Cerqueira Alves e Estevão Lima

*Escola Ciências da Saúde - Universidade do Minho ICVS/3B's Hospital de Braga*

**Introdução:** Desde o aparecimento do primeiro *smartphone* que se tem verificado uma generalização da sua utilização em diferentes contextos. As suas múltiplas

funcionalidades prometem revolucionar áreas como a investigação médica e alterar o paradigma da tradicional recolha de dados. A criação de aplicações médicas para *smartphones* que permitam não só a recolha de dados clínicos relevantes, mas também aconselhar e orientar pacientes parece ser uma mais valia. **Objetivo:** Criar uma aplicação para *smartphone* que permita avaliar doentes com incontinência urinária e sintomas do trato urinário inferior e testar a usabilidade da aplicação.

**Métodos:** Desenvolveu-se a aplicação Urohealth, com recurso ao *software Xcode 7.0* e plataformas de desenvolvimento ResearchKit. Um grupo de 15 Experts em Urologia testou e avaliou a aplicação. Foi solicitado que um grupo de 60 homens (idade: 50-80anos) testasse e avaliasse a aplicação.

**Resultados:** Desenvolveu-se a aplicação Urohealth, que que permite a recolha de dados e fornece *feedback* personalizado e validado ao doente. Relativamente ao teste de usabilidade, constatou-se que o tempo médio necessário para concluir os passos da aplicação foi de aproximadamente 10 minutos, 53% dos indivíduos reportou algum tipo de dificuldade durante o teste e 87% referiu que, no futuro, voltaria a responder a uma aplicação do género. Verificou-se que o uso regular de um dispositivo móvel de ecrã tátil influenciou significativamente a ausência de dificuldades (p<0,001) bem como a disponibilidade para responder novamente a questionários nos mesmos moldes (p=0,01). O grupo de Experts considerou a aplicação de fácil uso (100%) e 93% considera utilizar esta ferramenta na sua prática clínica diária.

**Conclusão:** Com este projeto, foi possível simplificar o processo de criação de uma aplicação médica para *smartphone* que alia a recolha de informação clínica útil para investigação, ao aconselhamento e orientação de pacientes com sintomas urinários do trato inferior. Futuramente, esta aplicação tem potencial para uso na prática clínica.

## C47

### MALACOPLAQUIA VESICAL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Alexandre Gromicho; Duarte Saunders; Jorge Fernandes; Artur Real; Manuel Serrão; Ferdinando Pereira  
*Hospital Dr. Nélcio Mendonça, Funchal*

**Introdução:** A malacoplaquia (do grego malacos, mole, e placos, placas) é uma doença granulomatosa crónica

rara, caracterizada macroscopicamente pela existência de placas amareladas e endurecidas, e microscopicamente pela presença dos corpos de Michaelis-Gutmann. Geralmente ocorre no sistema genito-urinário mas pode afectar qualquer órgão. Apesar da sua etiologia não estar bem definida, parece existir maior prevalência da doença em indivíduos imunocomprometidos.

**Objetivos:** pretende-se com este trabalho apresentar um caso clínico e efectuar uma revisão sobre abordagem diagnóstica e tratamento da malacoplaquia vesical.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 71 anos, com antecedentes de anemia hemolítica sob corticoterapia, hipertensão arterial, valvulopatia, diabetes mellitus, infecções urinárias de repetição desde há 3 anos (quase a totalidade por *E. coli*) e malacoplaquia uterina (submetida a conização). Referenciada à consulta de Urologia por episódio de hematúria macroscópica. Realizada cistoscopia que revelou múltiplas lesões de pequenas dimensões na parede anterior, parede posterior, paredes laterais e colo vesical. Foi submetida a RTU-V, com ressecção completa das lesões e envio do material para anatomia patológica. A análise histológica revelou processo inflamatório crónico caracterizado pela presença de numerosos macrófagos com citoplasma amplo e eosinófilo com numerosos corpos de Michaelis-Gutmann, compatíveis com malacoplaquia vesical. A intervenção cirúrgica permitiu a resolução da hematúria e também diminuir a frequência das ITU.

**Discussão/Conclusão:** A malacoplaquia é uma doença granulomatosa crónica pouco frequente. Pode atingir qualquer órgão mas habitualmente afecta o aparelho genito-urinário, mais frequentemente a bexiga, seguida pelo ureter, pélvis e parênquima renal. A maioria dos doentes tem mais de 50 anos e no aparelho urinário a doença é 4x mais frequente no sexo feminino comparativamente ao sexo masculino. Embora a fisiopatologia exacta não esteja bem definida, a malacoplaquia parece ser provocada por um defeito na actividade dos macrófagos em resposta a uma infecção bacteriana, na maioria dos casos por *E. Coli*. Aliás, a associação entre infecções coliformes e imunossupressão está bem estabelecida nestes doentes. Microscopicamente a doença é caracterizada pela presença de macrófagos com citoplasma amplo e eosinofílico (corpos de Von Hansemann) e com pequenos corpos de inclusão intracitoplasmáticos calcificados (corpos de Michaelis-Gutmann), que são patognomónicos. Clinicamente a malacoplaquia vesical está geralmente associada a sintomas irritativos e hematúria. A cistoscopia revela

lesões que variam desde placas moles amarelo-acastanhadas até nódulos, lesões papilares, massas hemorrágicas e ulcerações necróticas. Também as características imagiológicas são bastante inespecíficas, sendo o diagnóstico diferencial com patologia neoplásica extremamente difícil, pelo que a biópsia é essencial para o diagnóstico. O tratamento da malacoplaquia deve ser dirigido ao controlo das ITU, que poderá estabilizar a progressão da doença. Antibióticos com elevada penetração através da membrana celular do macrófago, como fluoroquinolonas ou trimetropim-sulfametoxazol, estão associados a elevadas taxas de eficácia. A cirurgia pode ser necessária se a doença progredir apesar do tratamento médico.

## C48

### DIAGNOSIS AND TREATMENT OF POST-TRAUMATIC HIGH-FLOW PRIAPISM

Sampaio-Macedo, C.; Oliveira-Reis, D.; Mota-Louro, J.; Alves, A.M.; Oliveira, J.; Araújo, J.; Carneiro, D.; Teixeira-Gomes, M. *Centro Hospitalar do Porto*

**Background:** High-flow post-traumatic priapism is a rare condition. Patients usually present with prolonged non-painful partial erection after blunt genitoperineal trauma. We reviewed all the cases from the last 15 years at our institution.

**Material and methods:** Eight cases of high-flow priapism were diagnosed. Color Doppler ultrasound showed a high-flow arterio-venous fistula with feeds from branches of the left internal iliac artery. An arterial blood sample was taken from the corpora to demonstrate the presence of arterial blood. Selective arteriography of the internal iliac arteries was performed.

**Results:** Radiological superselective transcatheter embolization (PVA particles) of the proximal artery supplying arterial-venous fistula was performed in all cases. Only one case of successful reintervention was found. All patients returned to normal erectile function.

**Conclusion:** High-flow post-traumatic priapism can be frequently managed by superselective transarterial embolization of the cavernosal artery as a safe and effective treatment with minimal morbidity and return of erectile function.

## C49

### RELAÇÃO ENTRE AGRESIVIDADE TUMORAL CONFORME GRAU DE FUHRMAN Y ESTÁDIO T EM TUMORES RENAI DE CÉLULAS CLARAS

Santos Antunes Maria Tatiana<sup>1</sup>; Padilla-Fernández, Barbara<sup>2</sup>; Fernandes Ribeiro, David<sup>3</sup>; Alvarez-Ossorio Rodal, Andrea<sup>3</sup>; Bliiek Bueno, Kevin<sup>3</sup>; Huertos Aguado, Teresa<sup>3</sup>; Hernández Sánchez, Teresa<sup>4</sup>; García-Cenador, María Begoña<sup>3</sup>; Lorenzo-Gómez, M.F.<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Amato Lusitano - ULS de Castelo Branco, Portugal;

<sup>2</sup>Serviço de Urologia do Hospital Universitário de Canarias.

Tenerife. Espanha; <sup>3</sup>Departamento de Cirurgia da Universidade de Salamanca. Espanha; <sup>4</sup>Serviço de Urologia do Hospital

Universitário de Salamanca. Espanha

**Introdução:** O cancro renal representa 2%-3% de todos os cancros. O sistema de classificação de Fuhrman (grau I, II, III y IV) é a classificação mais aceite e é um fator prognóstico independente do carcinoma renal. O consenso mais utilizado no mundo para o estadiamento do cancro renal é o sistema TNM.

**Hipótese:** Existe relação entre o grau de Fuhrman e o estágio T nos tumores renais de células claras.

**Objetivo:** Analisar a relação entre o grau de Fuhrman e o estágio T nos tumores renais de células claras.

**Material e métodos:** Realizámos um estudo retrospectivo, descritivo de 298 pacientes diagnosticados de adenocarcinoma renal de células claras, tratados mediante nefrectomia radical desde junho de 1996 a fevereiro de 2012. Estuda-se a percentagem de casos em estádios T1, T2, T3 y T4 nos distintos graus de Fuhrman.

**Resultados:** Dos pacientes com grau I de Fuhrman 26.92% apresentam estágio T1 17.95% T2, 52.5% T3 e 2.56% T4; grau II 13.33% T1, 20% T2, 40% T3 e 26.67% T4; grau III 78.57% T1, 7.14% T2, 14.2% T3; grau IV 50% T1, 33.33% T2, 16.6% T3.

**Conclusões:** Observa-se como os tumores de maior grau de Fuhrman têm um menor estágio T que os de menor grado, isto pode dever-se a que os tumores mais agressivos dariam sintomatologia mais rapidamente que os menos agressivos, pelo que seriam detectados num estágio T mais avançado.

**Palavras chave:** Grau de Fuhrman, estágio T, agressividade tumoral.

## C50

### CONTINÊNCIA URINÁRIA A LONGO PRAZO POSTERIOR À APLICAÇÃO DE UMA CINTA SUBURETRAL TRANSOBTURATRIZ

Santos Antunes Maria Tatiana<sup>1</sup>; Padilla-Fernández, Barbara<sup>2</sup>; Alves Rodrigues, Filipa Maria<sup>3</sup>; Fernandes Ribeiro, David<sup>3</sup>; Alvarez-Ossorio Rodal, Andrea<sup>3</sup>; Bliiek Bueno, Kevin<sup>3</sup>; Salvatierra Pérez, Cristina<sup>4</sup>; García-Cenador, María Begoña<sup>3</sup>; Lorenzo-Gómez, M.F.<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Castelo Branco, Portugal; <sup>2</sup>Serviço de Urologia

do Hospital Universitário de Canarias. Tenerife. Espanha;

<sup>3</sup>Departamento de Cirurgia da Universidade de Salamanca.

Espanha; <sup>4</sup>Serviço de Urologia do Hospital Universitário de Salamanca. Espanha.

**Introdução:** Para além de oferecer uma técnica segura e eficaz para corrigir a Incontinência Urinária, as pacientes interessam-se por conhecer os resultados a longo prazo. Ante a aparição de novas técnicas alternativas à cinta suburetral transobturatriz (TOT) minimamente invasivas, o prognóstico a longo prazo sobre o êxito da técnica parece um ponto chave para decidir entre um ou o outro procedimento.

**Hipótese:** Os resultados em continência urinaria conseguidos com a cinta suburetral transobturatriz mantêm-se ao longo dos anos.

**Objetivos:** Conhecer os resultados a longo prazo na continência urinaria em mulheres intervenidas de incontinência urinaria de esforço (IUE) mediante cinta suburetral transobturatriz (TOT).

**Material e método:** Estudo retrospectivo de 750 mulheres intervenidas entre Abril de 2003 e Dezembro de 2013 mediante TOT por IUE, em regime de Cirurgia de Curta Permanência. Colocaram-se cintas suburetrales, deixando a cinta sem cortar a nível inguinal e revendo às 48/72 horas com reajuste deferido. Utilizaram-se 8 tipos de cinta, Contasure Kim<sup>®</sup> utilizou-se em 75.33% dos casos. Distinguimos dois grupos: Grupo A (n=650): pacientes continentemente posteriormente à cirurgia. Grupo B (n=100): pacientes incontinentemente posteriormente à cirurgia. Investigam-se idade, diagnósticos secundários, exploração física y explorações complementarias (análise de urina, cultivo y urina e ecografia; cistoscopia, estudo urodinâmico ou CUMS/UIV), resultados nos questionários ICIQ-SF e SF-36 nos controles ao 1º mes, 3º, 12º meses e anualmente posteriormente, tempo médio de seguimento.

Utiliza-se estatística descritiva, análise ANOVA, t de Student, teste exato de Fisher, p< p= 0.05 considera-se significativo.

**Resultados:** Em 86.66% conseguiu-se continência. 13.33% apresentaram IU persistente ou IU de urgência de novo. Idade média 63.59anos (37-85), semelhante em ambos grupos. Tempo de seguimento: Média de seguimento 80.52 meses ( $\approx$ 6.71 anos), SD 18.34, 90% CI 72.59-88.87, 95% CI 70.98-90.48, 99% CI 67.71-93.19.

Em todo o período de seguimento, no Grupo A registrou-se a reparação de IU leve em 25 pacientes (3.85%), com diferencia significativa segundo o tipo de cinta (menor incidência com Contasure Kim<sup>®</sup> ( $p=0.0031$ ). Não houve relação com a idade ( $p=0.6182$ ). A média de tempo de seguimento até à reparação de IU foi de 49.90meses, SD 15.07, 90% CI 39.12- 5.66, variação 12-86 meses, mediana 40 meses. Nenhuma precisou reintervenção.

**Conclusões:** A cinta suburetral transobturatriz conseguiu resultados de continência urinária superiores a 86%, com reparação a longo prazo de 3.04%.

**Palavras chave:** Incontinência urinária, Cinta suburetral transobturatriz, Seguimento a longo prazo.

## C51

### BENEFÍCIOS DA INJEÇÃO COMBINADA DE TOXINA BOTULÍNICA EM HOMENS COM SINTOMAS DO TRACTO URINÁRIO INFERIOR

Santos Antunes, Maria Tatiana<sup>1</sup>; Padilla-Fernández, Barbara<sup>2</sup>; Fernandes Ribeiro, David<sup>3</sup>; Alvarez-Ossorio Rodal, Andrea<sup>3</sup>; Bliék Bueno, Kevin<sup>3</sup>; Núñez Otero, Juan<sup>4</sup>; García-Cenador, Maria Begoña<sup>3</sup>; Lorenzo-Gómez, M.F.<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Amato Lusitano - ULS de Castelo Branco, Portugal;

<sup>2</sup>Serviço de Urologia do Hospital Universitário de Canarias.

Tenerife. Espanha; <sup>3</sup>Departamento de Cirurgia da Universidade de Salamanca. Espanha; <sup>4</sup>Serviço de Urologia do Hospital Universitário de Salamanca. Espanha

**Introdução/Objetivos:** Apresentamos os resultados de uma série de 24 pacientes do sexo masculino com sintomas do tracto urinário inferior tratados com toxina botulínica combinada endovesical com especial atenção aos diagnósticos urológicos, à dose administrada e aos resultados funcionais.

**Material e método:** Estudo retrospectivo de 24 pacientes do sexo masculino com sintomas do tracto urinário inferior tratados com toxina botulínica combina entre jan/2013-jun/2016. Analisam-se idade, diagnósticos urológicos, antecedentes cirúrgicos, uretrocistoscopia, EUD, questionários ICIQ-SF, I-PSS e SF-36, pré-tratamento e em controlos ao 1º, 6º e 12º meses, segui-

mento, reaparecimento de sintomas. Se utiliza estatística descritiva, t de Student, teste exato de Fisher, considera-se significativo  $p<0.05$ .

**Resultados:** 24 homens. Idade 61.22 anos (37-68). Seguimento médio 21.35 meses (3-42). Diagnósticos urológicos más frequentes: bexiga hiperativa, hiperplasia benigna de próstata, incontinência urinária de urgência, polaquiúria, prostatodinia, cistite rádica. Antecedentes cirúrgicos mais frequentes: ressecção transuretral de próstata, cervicotomia, prostatotomia. Tempo de eficácia: tempo médio de controlo dos sintomas 8.10meses (3-14). Foi administrada uma dose média de 150 U (50-150). Houve diferença ( $p=0.002$ ) na dose média entre os que se mantém (150U) e não se mantém (50U) o efeito. Houve diferença no ICIQ-SF ( $p=0.00001$ ), IPSS ( $p=0.0001$ ) e no SF-26 ( $p=0.00001$ ), pré e postinjeção de Botox<sup>®</sup>.

**Conclusões:** A toxina botulínica é eficaz no tratamento dos sintomas do tracto urinário inferior em homens menores que apresentam sintomas irritativos, com alta segurança frente a efeitos adversos e com um tempo de controlo dos sintomas médio de 8.10 meses. Observa-se uma maior eficácia a doses mais altas independentemente dos tratamentos urológicos previamente recebidos.

**Palavras chave:** Sintomas do tracto urinário inferior, Toxina botulínica.

## C52

### INFLUÊNCIA DO TABAQUISMO NA APARIÇÃO DE RESISTENCIAS BACTERIANAS EM MULHERES TRATADAS POR INFECÇÃO URINÁRIA DE REPETIÇÃO

Santos Antunes, Maria Tatiana<sup>1</sup>; Padilla-Fernández, Barbara<sup>2</sup>; Fernandes Ribeiro, David<sup>3</sup>; Alvarez-Ossorio Rodal, Andrea<sup>3</sup>; Bliék Bueno, Kevin<sup>3</sup>; Núñez Otero, Juan<sup>4</sup>; García-Cenador, Maria Begoña<sup>3</sup>; Lorenzo-Gómez, M.F.<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Castelo Branco, Portugal; <sup>2</sup>Serviço de Urologia del Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. Espanha;

<sup>3</sup>Departamento de Cirugía de la Universidad de Salamanca. Espanha; <sup>4</sup>Serviço de Urología del Hospital Universitario de Salamanca. Espanha

**Introdução:** Analiza-se a influência do tabaco no espectro microbiológico, padrão de resistência e sensibilidade e evolução em pacientes com infecção urinária de repetição (ITUR).

**Material e métodos:** 855 mulheres com ITUR tratadas com pauta antibiótica supressiva (cotrimoxazol 80%,

nitrofurantoina 20%) ou vacina bacteriana Uromune® entre 2009 y 2013 são analisadas.

Estudo retrospectivo multicêntrico. Utiliza-se estatística descritiva e análise multivariante ANOVA. Seguimento a 3, 6 e 12 meses com cultura, questionário validado sobre qualidade de vida SF-36.

Grupo A (GA): Antibiótico (n=495). Subgrupos: GA1 não fumadora (n=417), GA2 fumadora (n=78).

Grupo B (GB): Vacina (n=360). Subgrupos: GB1: não fumadora (n=263), GB2 fumadora (n=97).

Variables: Anamnese, exploração, probas complementárias (uro-análisis, urocultura, ecografia, cistoscopia e estudo urodinámico), ITUs prévias ao tratamento, tempo livre de enfermidade (TLE), espécie microbiana, sensibilidade y resistência.

**Resultados:** Idade media 56.51 anos (18-75), similar nos dois grupos ( $p=0.2141$ ). Sem diferença no número de ITU pre-tratamento ( $p=0.1329$ ) nem na distribuição do tipo de bactérias ( $p=0.7471$ ). O tempo livre de enfermidade (TLE) foi superior em todos os subgrupos B respeito aos correspondentes A.

Urocultivos em GA1 com E.Coli 62.71% com 8.10% resistência (33% quinolonas, 33% cotrimoxazol, 33% quinolonas + cotrimoxazol); em GA2 E.Coli 72.72% com 75% resistência (16.66% quinolonas, 33.33% quinolonas + cotrimoxazol, 16.66% a amoxi-clavulánico, 16.66% a eritromicina+fosfomicina+clindamicina). Há mais espécies resistentes em GA2 ( $p=0.0133$ ). Dentro de GA, não houve diferença entre pacientes tratadas com cotrimoxazol e nitrofurantoina ( $p=0.8724$ ). Urocultivos em GB1: E. Coli 63.01% com 28.26% resistências (38.45 a quinolonas + cotrimoxazol, 7.69% a amoxi-clavulánico). Em GB2 E.Coli 70.02% com 61.90% resistências (30.76% a quinolonas, 30.76 % a cotrimoxazol, 30.76% a quinolonas + cotrimoxazol, 17.69% a amoxi-clavulánico). Há mais E.Coli resistentes em GB2 ( $p=0.0144$ ) assim como no resto de bactérias cultivadas.

**Conclusões:** Nas mulheres com hábito tabágico e infecções urinárias de repetição é mais frequente a aparição de espécies bacterianas resistentes, o qual poderia influenciar uma pior resposta aos tratamentos preventivos tanto de antibióticos como com a vacina bacteriana.

**Palavras chave:** ITUR, tabaquismo, resistências

## C53

### RESULTADOS FUNCIONAIS APÓS COLOCAÇÃO DE CINTAS SUBURETRAIS AJUSTÁVEIS E NÃO AJUSTÁVEIS PARA O TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA

Santos Antunes, Maria Tatiana<sup>1</sup>; Padilla-Fernández, Barbara<sup>2</sup>; Bliiek Bueno, Kevin<sup>3</sup>; Ribeiro Fernandes, David<sup>3</sup>; Alvarez-Ossorio Rodal, Andrea<sup>3</sup>; Coderque Mejía, Monica<sup>4</sup>; García-Cenador, Maria Begoña<sup>3</sup>; Lorenzo-Gómez, MF<sup>3,4</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Amato Lusitano - ULS de Castelo Branco, Portugal; <sup>2</sup>Serviço de Urologia do Hospital Universitário de Canarias. Tenerife. Espanha; <sup>3</sup>Departamento de Cirurgia da Universidade de Salamanca. Espanha; <sup>4</sup>Serviço de Urologia do Hospital Universitário de Salamanca. Espanha

**Introdução:** Estamos a assistir a uma revolução no tratamento da incontinência urinária de stress masculina. Grandes mitos no trataminto da mesma têm sido a invenção do esfíncter artificial em 1972, o TOT masculino em 2005 e nos nossos dias as cintas suburetrais ajustáveis.

**Objectivos:** Para apresentar os nossos resultados funcionais utilizámos uma amostra de homens com SUI que foram fornecidos com uma cinta suburetrais ajustáveis ou não após a cirurgia de próstata.

**Material e métodos:** Estudo multicêntrico de 59 pacientes do sexo masculino com diagnóstico de SUI após a cirurgia prostática (adenoma de próstata ou cancro de próstata) entre Janeiro de 2006 e Junho de 2016.

Devido ao protocolo, a cirurgia é realizada 12 meses após a cirurgia da próstata.

É estudado o calibre uretral (urofluxometria / uretroscopia / uretrocistografia miccional), antes da implantação da cinta suburetral sob os cuidados de curto prazo, com um dia de internamento e remoção de cateter uretral 48h após o procedimento sob cuidados ambulatorios. Os pacientes responderam aos questionários ICIQ-SF e SF-36 aquando da indicação de implantação de TOT; um, seis e doze meses depois; e sucessivamente anualmente. Foram implantadas: TOT avanço AMS (n = 24), ÁTOMOS AMS (n = 10), Kim sistema macho (n = 7), Phorbas (N = 5), i-stop (n = 3), REMEEEX machos (n = 10).

Idade, indicação, deficiências no protocolo, resultados de continência e retenção urinária aguda após implantação da cinta suburetral foram estudados. Alterações descritas pelos pacientes nos testes de incontinência urinária ICIQ-SF e na qualidade de vida SF-36. Aná-

lise através de estatísticas descritivas, ANOVA e t de Student.

**Resultados:** Média de idades: 67.12 anos (53-82).

41 pacientes mostraram SUI após a prostatectomia radical e 18 após adenomectomia prostática. 19 pacientes tinham recebido radioterapia pós prostatectomia radical adjuvante. Em 14 pacientes não foi implantado a cinta por uretoscopia pré-suburetral e 9 deles apresentaram estenose uretral após a aparição de fibrose da anastomose uretrovesical.

Na amostra principal os questionários ICIQ-SF ( $p = 0,0003$ ) e SF-36 ( $p = 0,0001$ ) apresentaram melhoria nas respostas.

O seguimento de 3 I-Stop, 2 Advance e 2 ATOMS foi perdido. 16 Avanço AMS (66,66-75%), 7 átomos AMS (70-90%), 7 Kim sistema macho (100%), 2 Phorbas (40%), 8 Remeex do sexo masculino (80%) resultaram numa continência completa. Os dispositivos ajustáveis foram revisados e os dispositivos reajustáveis são implantados onde as TOTs simples falharam. Não há infecções de prótese descritas no período do post-operatório imediato nem mediato. No seguimento a longo prazo (mais de 6 meses post-intervenção) apareceram as seguintes complicações: o puerto de um ÁTOMOS extraiu-se a nível escrotal, sem infecção, em relação à atrofia dos tecidos e radioterapia prévia. O porto foi recolocado na outra bolsa escrotal sem problemas e com boa evolução. O Phorbas apresentou seroma em torno do dispositivo após 7 meses de implante, infectou-se em dois meses por *Staphylococcus aureus* hematogénico e teve de ser removido. O paciente mantém a continência.

Dois Phorbas não são eficazes por risco de deslocamento caudal até ao reto, apesar de não apresentar perdas no reservatório.

Não havia nenhuma complicação com o REMEEX masculino.

Os TOT mantiveram a continência a longo prazo (seguimento médio de 36 meses, intervalo de 12-84 meses).

**Conclusões:** A implantação de cintas suburetrais em pacientes do sexo masculino com IUE, após a cirurgia da próstata, com ou sem RT adjuvante têm alcançado altos índices de continência.

Acreditamos na importância de comunicar resultados e incidentes durante o desenvolvimento destes dispositivos. É importante salientar que a radioterapia não contra-indica a implantação de TOT em pacientes do sexo masculino.

**Palavras-chave:** incontinência urinária masculina, cinta transobturatriz, cinta suburetral ajustável.

## C54

### BIÓPSIAS PROSTÁTICAS TRANSRECTAIS: COMPLICAÇÕES E PERFIL DE PROFILAXIA ANTIBIÓTICA

Hugo Antunes; Edgar Silva; Miguel Eliseu; João Carvalho; Belmiro Parada; Arnaldo Figueiredo  
*Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** A biópsia prostática transrectal ecoguiada é atualmente o procedimento padrão no diagnóstico do carcinoma da próstata. Embora a biópsia prostática seja um método seguro, trata-se de um procedimento invasivo que não está isento de complicações.

**Objetivos:** Fazer comparação entre profilaxia antibiótica com fosfomicina com a profilaxia com outros antibióticos, nos quais se destacam as quinolonas. Como objectivo secundário pretendemos avaliar a taxa de outras complicações associadas à realização das biópsias prostáticas.

**Métodos:** Foram analisados 100 doentes submetidos a biópsia prostática, entre os 46 e 84 anos (média 67,66 anos) entre Julho de 2015 a Julho de 2016. Todas as biópsias prostáticas foram realizadas por internos de Urologia ou Urologistas especialistas. Foram avaliadas todas as complicações ocorridas no primeiro mês após a realização da biópsia prostática. Dados recolhidos através de consulta de processos clínicos e entrevistas telefónicas para confirmação de dados. Foi realizada análise estatística com recurso ao *software SPSS V.21* e foram utilizados os testes do Qui-quadrado para variáveis nominais e o teste de Mann-Whitney U para variáveis contínuas.

**Resultados:** O valor de PSA médio foi de  $19,00 \pm 62,33$  ng/ml (lim:2-580). Das 100 biópsias analisadas, 69 foram positivas para adenocarcinoma da próstata. Quarenta e um doentes (41%) tiveram algum tipo de complicação após a realização da biópsia. Destes, apenas 2 doentes necessitaram de internamento, em ambos os casos por urosépsis. Nos dois casos de urosépsis, a profilaxia antibiótica foi feita com quinolonas. Os restantes 39 doentes apresentaram complicações minor como hematúria (33%), hematoespermia (9%), infeção do trato urinário (4%), rectorragia (3%) e retenção urinária aguda (2%). Todos os doentes fizeram profilaxia antibiótica. Oitenta e seis doentes fizeram profilaxia

antibiótica com quinolonas, 11% (n=11) com fosfomicina, 2% (n=2) com sulfametoxazol+trimetopim e um doente (1%) com cefuroxima. Os doentes a quem foi feita profilaxia antibiótica com fosfomicina não apresentaram taxas de infecção superiores aos doentes a quem foram prescritas quinolonas ( $p>0,05$ ).

**Conclusões:** Este estudo demonstra que apesar de associada a complicações minor com alguma frequência, a biópsia prostática é um procedimento diagnóstico seguro. O uso de outros antibióticos além das quinolonas, nomeadamente a fosfomicina, não parece estar associado a taxas mais elevadas de infeções, podendo ser uma alternativa forte na profilaxia antibiótica nas biópsias prostáticas dada a sua baixa taxa de resistências, comodidade de administração e pela sua ação exclusiva no tracto urinário.

## C55

### ENDOMETRIOSE – ATINGIMENTO DO APARELHO URINÁRIO E FATORES PREDITIVOS DE CIRURGIA MAJOR

Maria José Freire<sup>1</sup>; Paulo Jorge Dinis<sup>1</sup>; Rita Medeiros<sup>2</sup>; Luís Sousa<sup>1</sup>; Fernanda Águas<sup>2</sup>; Arnaldo Figueiredo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; <sup>2</sup>Serviço de Ginecologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** A endometriose é uma patologia na qual a glândula e estroma endometriais são encontrados fora da sua localização habitual na cavidade uterina. A localização mais frequente é a cavidade pélvica, e o trato urinário está envolvido em cerca de 1 a 2% das mulheres.

**Objetivos:** Avaliar a prevalência e severidade de atingimento do aparelho urinário assim como a existência de fatores preditivos de cirurgia urológica major em doentes com endometriose.

**Material e métodos:** Foram avaliadas retrospectivamente 656 doentes submetidas a cirurgia por endometriose, entre Janeiro de 2005 e Agosto de 2016, no CHUC. Destas, foram identificadas 28 doentes submetidas a cirurgia minor (derivação urinária/cirurgia endoscópica) e major (cirurgia aberta ou laparoscópica) por endometriose urinária. Foram analisadas sintomatologia, localização das lesões, presença de hidronefrose e perda de função renal, cirurgias efectuadas, dias de internamento e complicações. A análise estatística foi realizada utilizando o SPSS V20.0

**Resultados:** O atingimento urinário da endometriose

tem uma prevalência de 4.3% na nossa instituição, sendo a idade média das doentes ao diagnóstico de  $38 \pm 6.9$  anos (27-50). Apenas 4 doentes (14.3%) eram assintomáticas. Os sintomas mais frequentes foram dor lombar (n=14, 50%) e dor pélvica (n=7, 25%). Sete (29.1% das sintomáticas) apresentavam mais do que um sintoma ao diagnóstico. As lesões tinham em média  $2.8 \pm 1.7$ cm (0.5-5) e atingiam apenas o ureter em 13 (46.4%), a bexiga em 11 (39.3%) e ambas as estruturas em 4 (14.3%) doentes. Hidronefrose estava presente em 18 (64.3%) doentes, sendo que 12 (42.9%) apresentaram compromisso de função renal. Destas, 7 (25%) tiveram perda parcial e 5 (17.9%) perda total da função renal. As doentes com atingimento uretérico tiveram maior probabilidade de perda de função renal ( $p=0.034$ ). Em relação às cirurgias minor, 12 (42.9%) doentes foram submetidas a RTU-vesical, 9 (32.1%) a colocação de duplo J ou nefrostomia percutânea e 4 (14.3%) a ureterorenoscopia com ou sem biópsia. As cirurgias major realizadas foram a ureterectomia distal com reimplantação em 9 (32.1%), a nefroureterectomia em 3 (10.7%) e a excisão de endometriomas por laparotomia ou laparoscopia em 4 (14.3%) doentes. O número médio de cirurgias efetuadas por doente foi de  $1.79 \pm 1.3$  (1-6), sendo que 11 (39.3%) realizaram mais do que uma cirurgia. O tempo total de internamento foi de  $6.3 \pm 7.4$  dias (1-32). Verificou-se que as doentes com atingimento uretérico foram mais vezes submetidas a cirurgia major ( $p=0.025$ ) e tiveram internamentos mais longos (8.2 vs 3.1 dias,  $p=0.05$ ). Num tempo de seguimento médio de 36.3 meses, nenhuma doente com atingimento vesical apresentou recidiva, 3 (10.7%) doentes com atingimento uretérico apresentaram re-estenose com necessidade de intervenção, 1 (3.6%) doente manteve dor lombar e 1 (3.6%) teve calcificação do duplo J.

**Discussão/Conclusões:** Apesar de ser uma patologia histologicamente benigna, a endometriose pode ter consequências graves no aparelho urinário, levando frequentemente à realização de múltiplas cirurgias e podendo culminar na perda total de função renal. As doentes com atingimento uretérico apresentam maior probabilidade de serem submetidas a cirurgia major.

## C56

### **CUMULATIVE INCIDENCE AND PREDICTIVE FACTORS OF RADIATION CYSTITIS IN PATIENTS WITH LOCALIZED PROSTATE CANCER: A RETROSPECTIVE ANALYSIS**

Viviana Magno-Azevedo; David João; Luís Pacheco-Figueiredo; Afonso Morgado; Tiago Lopes; Lurdes Vendeira, João Alturas-Silva; Carlos Martins-Silva  
Centro Hospitalar de São João

**Introduction:** Prostate cancer (PCa) is the most frequent cancer among males. Radiotherapy (RT) is frequently used among PCa patients with localized disease but there are some concerns about its side effects like the radiation-induced cystitis (RC).

RC is associated with a non-negligible morbidity and mortality and its reported incidence range from 2,6%-12,1%. The management of this condition has been challenging due to its irreversible and progressive nature. These patients might have recurrent and long periods of hospitalization, contributing to a high economical burden.

With the recent advances in RT techniques there might have been a reduction of this toxicity, due to the reduced radiation doses applied.

**Objectives:** The objective of this study was to determine the cumulative incidence of overall and severe RC in a large cohort of patients and to investigate its potential predictive factors.

**Methods:** We performed a retrospective analysis of clinical data of all patients diagnosed with localized PCa and treated with RT (primary, adjuvant and salvage) at Hospital de São João between June 2005 and January 2013, and identified all cases of RC. The variables studied were age, PSA level at the diagnosis, clinical T stage, biopsy Gleason score, radiation cumulative dose and overall PCa risk (according to D'Amico classification).

Kaplan-Meier curves, Cox Regression analysis and their computed Hazard Ratios were used to estimate RC cumulative incidence and to evaluate the determinants of RC.

**Results:** We evaluated clinical data from 783 patients (71% treated with primary RT, 24% with adjuvant RT and 5% with salvage RT) with a median age of 69,93 (64,15-74,09) and median follow-up time of 49.0 months (31.8-69.3).

At 5 years of follow-up cumulative incidence of overall and severe RC was 9,1% and 1,6%, respectively; at

10-years it was 17,6% and 2,6%, respectively.

Initial PSA level ranged between 6,0-14,5 (median 9,0). A well differentiated tumor ( $\leq 6$ ) was present in 19% of the patients, a moderately differentiated tumor (G7) in 52% and a poorly differentiated/undifferentiated tumor in 29%. We found that 36% of the tumors were cT1, 27% were cT2 and 27% were cT3/cT4. Most of the patients (62%) were at intermediate risk according to the D'Amico Classification. Median radiation dose applied was 74Gy (66-74).

No association was found between the cumulative incidence of RC and age, tumor T stage, baseline PSA level, Gleason score, D'Amico classification, RT setting (primary versus adjuvant versus salvage) or radiation dose applied.

**Discussion/Conclusions:** Although RC is a feared complication of RT, within our cohort we found that RC is an infrequent complication of RT for the treatment of localized PCa (5-year follow-up cumulative incidence is 9.1%) and severe cases requiring hospitalization, associated with high financial costs, considerable morbidity and even mortality, are rare (5-year follow-up cumulative incidence is 1.6%).

Age, tumor characteristics, RT setting and radiation dose do not seem to increase the risk of RC and these conclusions are useful when proposing a patient to radiotherapy for the treatment of localized PCa.

## C57

### **TRAUMATISMO RENAL – CASUÍSTICA DO HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA 2008-2014**

Maria Luís Sacras; Sara Cordeiro Pereira; Fátima Alves; João Pascoal  
Hospital Dona Estefânia

**Introdução:** O traumatismo abdominal é uma importante causa de morbi-mortalidade em idade pediátrica, sendo frequente o atingimento renal.

**Objectivo:** Caracterização de internamentos por traumatismo renal num hospital terciário, HDE, CHLC, entre 2008 e 2014.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes internados no Hospital Dona Estefânia, com pesquisa dos diagnósticos ICD-9 863 a 868 (traumatismo do tracto gastrointestinal, fígado, baço, rim, órgãos pélvicos e órgãos intra-abdominais NCOP) e consulta do processo clínico.

**Resultados:** No período considerado foram internados no Hospital Dona Estefânia 26 doentes com o diag-

nóstico de traumatismo renal, com média de idade de 11,1 anos, sendo 73,1% do sexo masculino. Foram transferidos de outro hospital 80,8% dos doentes. Em 100% dos casos, o traumatismo renal resultou de um traumatismo abdominal fechado, por lesão desportiva (34,6%), acidente de viação (26,9%) e queda (20,8%). Hematúria macroscópica foi detectada em 57,7 % dos doentes. Em 92,3% foi feita avaliação analítica (hemograma + bioquímica) e análise sumária de urina em 61,5%. A avaliação imagiológica foi feita por Ecografia em 84,6% dos doentes e por Tomografia Axial Computorizada em 61,5%. Em 50,0% dos casos verificou-se atingimento do rim direito, com apenas 1 caso de traumatismo bilateral. Em 80,8% dos casos coexistiam lesões de outros órgãos intra-abdominais, fracturas ou lesões cutâneas. 38,5% dos doentes foram internados em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. O tempo médio de internamento foi de 9,7 dias. O tratamento foi conservador na maioria dos casos (92,3%) e 26,9% dos doentes necessitaram de transfusão sanguínea. O controlo ecográfico da lesão durante o internamento foi feito em 80,8% e no seguimento em ambulatório (46,2%).

**Discussão e conclusão:** As particularidades anatómicas em idade pediátrica condicionam uma maior incidência de traumatismos renais, sendo o rim afectado em 10% dos casos de traumatismo abdominal. São em geral de baixo grau, sendo a abordagem conservadora possível em 98% dos casos. Ainda que as últimas guidelines internacionais sugiram a avaliação imagiológica por TAC em casos de suspeita de lesão renal, este pressuposto tem vindo a ser questionado, sendo a avaliação ecográfica favorecida em situações de traumatismo ligeiro a moderado.

Os traumatismos renais em idade pediátrica são maioritariamente de baixo grau, sendo a avaliação por ecografia suficiente para o diagnóstico e seguimento da maior parte dos casos.

## C58

### LINFANGIOMA CÍSTICO DO ESCROTO – RELATO DE CASO CLÍNICO

Viviana Magno-Azevedo; Margarida Manso; Daniel Costa; Macedo Dias; Carlos Lobato; Francisco Pina  
*Centro Hospitalar de São João*

**Introdução:** Os linfangiomas são malformações linfáticas benignas frequentes, na maioria dos casos congénitos, mas que podem ser adquiridos secundariamente

a infeções, traumatismos, cirurgias ou radioterapia. Histologicamente são classificados em capilares, cavernosos ou císticos. Localizam-se na cabeça (75%), maxila (20%) e os restantes 5% no mediastino, retroperitонеu, osso, rim, cólon, fígado, baço e escroto, sendo o escroto a localização mais rara.

O linfangioma cístico do escroto (LCE) apresenta-se geralmente na infância, menos frequentemente na adolescência e muito raramente na idade adulta, sendo uma lesão que causa desconforto e ansiedade, predispõe a infeções e tem risco de rutura.

O diagnóstico baseia-se na história, exame físico e exames de imagem. A queixa típica é de tumefação escrotal indolor com aumento progressivo de volume. A ecografia é o exame de imagem de eleição, revelando uma lesão multicística com septos internos, de localização extra-testicular.

O diagnóstico diferencial inclui hérnia, tumor paratesticular, hidrocelo, quisto epididimário, hematocelo, espermatocelo e varicocelo.

O tratamento curativo consiste na exérese cirúrgica completa da lesão, com taxas de recorrência elevada em caso de exérese incompleta.

**Objetivos:** Descrever os aspetos mais relevantes do LCE.

**Material e métodos:** Relato de caso de LCE, referindo a clínica, diagnóstico, tratamento e seguimento. Revisão da literatura acerca deste assunto.

**Resultados:** Um homem de 71 anos de idade, sem antecedentes médicos ou cirúrgicos relevantes, apresentou-se na consulta de Urologia com a queixa de tumefação escrotal esquerda de crescimento progressivo, indolor mas referindo desconforto associado, com cerca de um ano de evolução, negando outras queixas, traumatismo escrotal ou infeção do trato genito-urinário. Ao exame físico apresentava escroto sem alterações cutâneas, hemi-escroto esquerdo de dimensões visivelmente aumentadas, sem hérnias ou varicocelo palpáveis, testículos e epidídimos sem alterações à palpação, massa mole e indolor na região inferior do hemi-escroto esquerdo aparentemente independente do testículo e epidídimo, com cerca de 7cm de maior eixo. A ecografia escrotal descreveu uma imagem multicística de 8cmx7cm com septos espessos internos, com conteúdo homogéneo, sugestiva de espermatocelo. Foi submetido a exérese cirúrgica da neoformação, com localização extra-vaginal e completamente dissecável das restantes estruturas do escroto. A lesão macroscopicamente pesava 77 gramas,

media 7.5cmx6cmx4.4cm e ao corte era multicística; microscopicamente foi descrita como multicística, com cavidades revestidas por endotélio linfático, separadas por finos septos fibrosos e preenchidas com tecido linfóide, com confirmação de remoção completa; após estudo imunohistoquímico o diagnóstico histológico definitivo foi compatível com LCE. Após um ano de seguimento o doente não apresentava evidência clínica ou ecográfica de recorrência.

**Discussão/Conclusões:** O LCE é uma lesão muito rara, benigna e sem risco de progressão maligna, que ocorre sobretudo na infância. Há poucos casos de LCE descritos na literatura.

Muitas vezes é incorretamente diagnosticado, mas deve fazer parte do diagnóstico diferencial num paciente que se apresente com história de tumefação escrotal indolor, com aumento progressivo do tamanho e com descrição imagiológica de lesão multicística. É importante definir exatamente a extensão da lesão pré-operatoriamente com recurso a exames de imagem uma vez que a recorrência local é frequente e apenas evitável com exérese cirúrgica completa.

## C59

### TRATAMENTO MINIMAMENTE INVASIVO NO SÍNDROME DE NUTCRACKER ANTERIOR – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Passos, P.; Guimarães, C.; Grenha V.; Preza-Fernandes, J.; Versos, V.; Ramires, R.

*Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães*

**Introdução:** O Síndrome de Nutcracker Anterior (SNA) é definido pela compressão da Veia Renal Esquerda entre a Artéria Aorta (Ao) e a Artéria Mesentérica Superior (AMS). O diagnóstico é frequentemente difícil, tardio e com um amplo espectro de apresentação clínica associado.

**Caso clínico:** Os autores apresentam um caso de um indivíduo de 24 anos, referenciado à consulta de Urologia por episódios recorrentes e intermitentes de hematuria macroscópica e dor lombar esquerda, sem qualquer outra queixa urinária baixa, com 6 meses de evolução. A avaliação com Ecografia e Radiografia renovesical, urina tipo II, urocultura e cistoscopia demonstrou ausência de patologias neoforativas, litíase urinária ou infecção do trato urinário. Por este motivo realizou TAC Abdomino-pélvico que confirmou estes achados e revelou uma compressão extrínseca da veia renal entre a Ao e a AMS. Dada a evidência

imagiológica desta obstrução não foi realizado estudo com ecodoppler deste segmento venoso. Perante o diagnóstico de SNA o caso foi discutido com equipa de cirurgia vascular tendo sido tomada a opção terapêutica de colocação de endoprótese vascular no segmento de veia renal afectado.

**Resultados:** O doente encontra-se assintomático aos 6 meses de seguimento. O Eco-doppler venoso apresenta resolução do caso com patência evidente do Stent.

**Conclusões:** Este caso clínico serve para apresentar uma patologia benigna, de rara incidência mas morbidade significativa. O recurso a terapêuticas minimamente invasivas é uma panaceia na atualidade e com evidentes benefícios para os doentes, sendo que esta patologia já não foge à regra. O caso apresentado evidencia a necessidade de atender a este diagnóstico na lista de diagnósticos diferenciais para hematuria em indivíduos jovens, bem como à disponibilidade atual de resolução clínica através de recurso a cirurgia vascular minimamente invasiva.

## C60

### ADENOCARCINOMAS SÍNCRONOS DO URETER E CÁLICES RENAI

António Patrício<sup>1</sup>; Marta Serra<sup>2</sup>; Saul Almeida<sup>1</sup>; Nuno Maia<sup>1</sup>; Pedro Dias<sup>1</sup>; João Lourenço<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Urologia do Hospital Infante D. Pedro – CHBV, Aveiro;* <sup>2</sup>*Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Infante D. Pedro – CHBV, Aveiro*

**Introdução:** O adenocarcinoma do urotélio alto é uma entidade rara, com uma incidência documentada inferior a 1% das neoplasias malignas do ureter, estando apenas reportados cerca de uma centena de casos no mundo. De apresentação muitas vezes insidiosa, é difícil um diagnóstico precoce. Pela sua raridade é uma neoplasia frequentemente desconhecida do urologista e ainda parcamente descrita nos nossos tratados. Apresentamos o caso clínico de um tumor síncrono do bacinete e ureter esquerdos abordado na nossa Instituição.

**Material e métodos (Caso clínico):** Apresentamos o caso de uma doente de 74 anos de idade, sem queixas urinárias relevantes mas com antecedentes patológicos de adenocarcinoma do cólon sigmóide, submetida a sigmoidectomia e quimioterapia adjuvante há 10 anos, em vigilância oncológica, analítica e imagiológica. Foi-nos submetido o caso clínico por se ter detectado, aquando da realização de uma ecografia abdomi-

nal de rotina, uma massa pélvica envolvendo o ureter esquerdo, com conteúdo endoluminal heterogêneo e espesso, que condicionava uma uretero-hidronefrose. Confirmada a neoplasia pélvica por TAC, foi considerada a hipótese diagnóstica de recidiva da neoplasia cólica, porém os exames endoscópicos assim como os marcadores bioquímicos habituais não evidenciaram as alterações esperadas. Foi ainda ponderada a realização de uma biópsia guiada por TAC, não exequível pela localização da massa. Apresentado o caso clínico ao nosso Serviço para cateterização do ureter esquerdo, foi decidida a realização de nefro-ureterectomia esquerda em conjunto com o Serviço proponente. Foi possível a excisão completa da neoplasia porém uma perfuração iatrogénica do cólon levou a um pós-operatório complicado. O estudo anatomo-patológico da peça de nefro-ureterectomia revelou a implantação de adenocarcinomas múltiplos e síncronos do ureter e cálices renais.

Este tumor raro, mais frequentemente descrito a partir da 6ª década de vida, é apresentado habitualmente em ralação com obstrução ou inflamação crónicas do tracto urinário, associadas ou não a litíase renal. O diagnóstico é habitualmente feito na sequência do estudo de hematúria macroscópica, dor pélvica ou lombar, acompanhada por vezes de hidronefrose ou febre. Porém nenhuma publicação encontrada nos permite definir a sua etiopatogenia. Estão descritas 3 subcategorias histológicas: tubuloviloso, mucinoso, e papilar não intestinal. Parece ainda ser mais frequente no terço distal do ureter (45% dos casos) e não parece haver uma maior incidência num dos sexos.

**Conclusão:** Por se tratar de uma identidade rara, não existem guidelines para o seu tratamento e seguimento, no entanto parece consensual uma abordagem cirúrgica radical em concordância com os procedimentos cirúrgicos dos tumores do urotélio alto. Não está claramente definida a relevância da radioterapia complementar para prevenir recorrências loco-regionais. Foram propostos alguns protocolos de quimioterapia, nomeadamente MVAC ou a combinação de Paclitaxel com Carboplatina, porém o prognóstico deste tumor é geralmente reservado e claramente relacionado com o subtipo tumoral, estando associado o adenocarcinoma tubulo-viloso com a menor taxa de sobrevivência.

## C61

### COMO RE-BIOPSAR? ESTUDO COMPARATIVO DAS DIFERENTES ABORDAGENS

Pedro Costa; Raquel Rodrigues; Daniela Pereira; Jorge Dias; Paulo Espiridião; Rui Amorim; Luís Costa; Vítor Oliveira; Luís Xambre; Manuel Pereira; José Amaral, Luís Ferraz  
*Serviço de Urologia - Centro Hospitalar de V.N.Gaia / Espinho*

A biópsia prostática (BP) continua a ser o goldstandard para o diagnóstico de carcinoma da próstata (CaP). No entanto, a taxa de falsos negativos deste exame não é desprezível. Assim, quando um doente apresenta um resultado negativo, a dúvida quanto à presença de um CaP muitas vezes mantém-se. As indicações para repetição de BP estão descritas em diversas Guidelines. Contudo, as especificidades dessa segunda BP - nº de fragmentos, via de abordagem, apoio de ressonância magnética multiparamétrica (RMNmp) - não estão definidas.

No presente estudo, compararam-se as taxas de diagnóstico (global e estratificado por risco - d'Amico) de CaP na segunda BP - doentes submetidos a BP randomizadas (12 fragmentos), BP de saturação (24 fragmentos) e BP de fusão cognitiva por RMNmp realizadas entre janeiro de 2015 e junho de 2016.

Durante este período foram realizadas 428 BP por via trans-retal, sendo 94 doentes com resultados prévios de BP negativa. Estes doentes, em média, tinham 64,5 ( $\pm 5,6$ ) anos, apresentavam PSA 11,5 ( $\pm 5,5$ )ng/mL, volume prostático 59,7 ( $\pm 30,6$ )cm<sup>3</sup>, resultando numa densidade de PSA de 0,23 ( $\pm 0,15$ )ng/mL/cm<sup>3</sup>. A taxa global de diagnóstico para CaP na segunda biópsia foi de 31%.

O estudo comparativo evidenciou:

	BP Sistemática	BP saturação	BP de fusão por RMNmp
N	33	47	15
N fragmentos	12,5 $\pm$ 2,7	23,8 $\pm$ 3,0#	15,9 $\pm$ 7,0#
BP positiva	8 (24%)	16 (34%)	5 (36%)
Baixo Risco	4 (50%)*	6 (38%)*	0 (0%)*
Risco Intermédio / Alto	4 (50%)*	10 (62%)*	5 (100%)*

#p<0,001 , \*p=0,07

A utilização de técnicas de fusão RMNmp/ecográfica permite uma taxa de detecção de CaP aparentemente superior à da BP sistemática e sobreponível à da BP de saturação mas com um menor número médio de frag-

mentos. Contudo, é de destacar que todos os casos detetados através de técnicas de fusão RMNmp/eco-gráfica representavam tumores de risco intermédio ou alto. Deste modo, os resultados encontrados reforçam a ideia, já reportada em estudos de maiores dimensões, de que, incorporando os dados de RMNmp, se observa uma melhoria das taxas de diagnóstico de CaP clinicamente significativo e redução dos diagnósticos de CaP indolentes.

A incorporação da RMNmp no algoritmo de decisão no diagnóstico de CaP parece confirmar-se como uma mais-valia, devendo ser sempre ponderada antes da repetição de uma BP.

## C62

### TERATOMA GROWING SYNDROME: CASO CLÍNICO

Luis Vale<sup>1</sup>; Daniel Costa<sup>1</sup>; Pedro Pereira<sup>1</sup>; Tiago Antunes Lopes<sup>1</sup>; João Silva<sup>1,2</sup>; Rui Almeida Pinto<sup>1,2</sup>; Francisco Cruz<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>*Serviço de Urologia, Centro Hospitalar de São João, Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto, Portugal;*  
<sup>2</sup>*Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto, Portugal*

**Introdução:** O Teratoma Growing Syndrome (TGS) é uma neoplasia rara nos doentes com tumores testiculares de células germinativas não seminomatosos (TCGNS), com prevalência entre 1,9 a 7,6%. Estes doentes apresentam massas metastáticas que crescem durante ou após o tratamento com quimioterapia sistémica (QT), apesar dos marcadores tumorais séricos serem normais (1). A ressecção cirúrgica completa é o tratamento preferido uma vez que os teratomas são quimio e radiorresistentes (2) e podem comprometer seriamente as estruturas adjacentes.

**Objetivos:** Revisão da literatura e discussão sobre TGS através da descrição do caso clínico.

**Material e métodos:** Consulta do processo/registo clínico do paciente e breve revisão da literatura acerca desta patologia.

**Resultados:** Doente do sexo masculino, de 27 anos, saudável até final de Dezembro de 2015, altura em que, por apresentar massa testicular esquerda, lhe foi diagnosticado carcinoma do testículo esquerdo. O doente foi submetido a orquidectomia radical com colocação de prótese em Janeiro de 2016. O exame anatomo-patológico revelou tumor germinativo misto com 2 focos de seminoma e células de sinciciotrofoblasto, confinados ao testículo; com cerca de 52x48x50mm, sem extensão à serosa nem ao epidídimo; sem inva-

são linfovascular, da rete testis ou peri-tumoral; índice mitótico normal, pT1 RO. No pós-operatório os marcadores tumorais diminuíram, mas não normalizaram: Alfa-fetoproteína (AFT) 61.5 (50% ou índice mitótico aumentado) - Estadio IIb (AJCC). Após discussão em reunião de grupo oncológico, o doente iniciou 3 ciclos de quimioterapia (QT) com bleomicina, etoposídeo e cisplatino (BEP) que terminou em Maio/2016. Apesar da normalização dos marcadores tumorais séricos, a TAC de reavaliação intermédia revelou volumoso conglomerado adenopático retroperitoneal com 126x76x128mm desde a emergência da artéria mesentérica superior até à bifurcação da artéria aorta. Foi decidido iniciar QT segundo o protocolo TIP (paclitaxel, ifosfamida e cisplatino) porém, após 2 ciclos, verificou-se progressão imagiológica do conglomerado adenopático retroperitoneal condicionando ureterohidronefrose esquerda e agravamento da função renal com necessidade de cateterização ureteral. Por suspeita de TGS o doente foi submetido a linfadenectomia retroperitoneal (LNDRP) de salvação em Agosto/2016. A ressecção de lesões foi aparentemente completa. O estudo anatomo-patológico revelou neoplasia germinativa constituída apenas por elementos teratomatosos maduros. Como intercorrência cirúrgica, a referir lesão iatrogénica da artéria renal direita, na sua origem, durante a disseção do tumor, com necessidade de interposição de veia safena magna.

**Discussão/Conclusões:** O Teratoma Growing Syndrome representa uma forma progressiva do TCGNS que, apesar da normalização dos marcadores tumorais, exhibe lesões metastáticas que crescem durante ou após QT. O TGS é quimiorresistente e compromete gravemente estruturas adjacentes pelo que, o único tratamento possível, é a excisão cirúrgica. Esta deve ser realizada o mais precocemente possível por forma a evitar excisões cirúrgicas progressivamente mais difíceis e com mais complicações.

## C63

### TROMBOSE DA VEIA RENAL DO ALOENXERTO TARDIA TRATADA APENAS COM HIPOCOAGULAÇÃO - CASO CLÍNICO

Carlos Ferreira<sup>1</sup>; Luciano Pereira<sup>2</sup>; Pedro Pereira<sup>3</sup>; I. sabel Tavares<sup>2</sup>; Susana Sampaio<sup>2</sup>; Manuela Bustorf<sup>2</sup>; Manuel Pestana<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Serviço de Urologia da Unidade Local de Saúde de Matosinhos;* <sup>2</sup>*Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de São*

João; <sup>3</sup>Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de São João

**Introdução:** As complicações hemorrágicas ou trombóticas do aloenxerto renal podem afectar a sua sobrevivência. A trombose venosa é um fenómeno raro com uma prevalência de 0.4 a 6%. As possíveis etiologias são um defeito na expansão da veia devido a compressão extrínseca (hematoma ou linfocelo) ou bloqueio do fluxo venoso relacionado com distúrbios hemostáticos, torsão vascular, defeitos anastomóticos ou uma extensão de uma trombose venosa profunda do membro inferior.

A maioria dos casos ocorre nas primeiras 2 semanas após o transplante, contudo, há vários relatos de tromboses venosas da veia renal do aloenxerto muitos anos após o implante. O prognóstico final é normalmente a perda do aloenxerto, contudo, existem algumas descrições de abordagens bem sucedidas para recuperar a patência venosa através de procedimentos cirúrgicos ou percutâneos. Até à data, não existe evidência de tratar estes casos com hipocoagulação apenas.

**Objetivo:** Apresentar um caso de um doente transplantado renal com uma trombose tardia da veia renal do aloenxerto tratado com sucesso apenas com hipocoagulação.

**Material e métodos:** Doente de 52 anos, transplantado de rim de dador cadáver, no contexto de doença renal crónica de etiologia desconhecida. Sob imunossupressão com prednisona (5mg/dia), tacrolimus (dose ajustada a 3 a 7 ng/ml séricos) e micofenolato de mofetilo (750+500mg/dia). Teve uma rejeição aguda (IB - classificação de Banff) sete dias após o transplante tratada com sucesso com bólus de metilprednisona e recuperação da função. Sem outras complicações de relevo. Analiticamente, a sua creatinina basal foi de 1.6-1.8 mg/dl e não apresentava proteinúria.

Nove anos depois do transplante, admitido por dor de início súbito, com algumas horas de evolução, localizada na fossa ilíaca direita e no dorso da perna ipsilateral, agravada pela deambulação. Edema do membro inferior direito. Hemodinamicamente estável mas sub-febril (temp. 37.7°C). Leucocitose ( $15.9 \times 10^9/L$ ), creatinina e ureia sérica de 3.41 mg/dl e 85 mg/dl, respectivamente. Leucoeritrocituria e proteinúria. O eco-Doppler demonstrou uma trombose venosa profunda desde a veia tibial com extensão à veia renal do aloenxerto.

**Resultados:** O doente teve necessidade de realizar hemodiálise dada a progressiva deterioração da função do aloenxerto e anúria. Tendo em conta os riscos inerentes a uma trombectomia cirúrgica e ao seu elevado risco de

recorrência de fenómenos trombóticos, bem como, os riscos associados à trombólise química ou percutânea no que diz respeito à ruptura do aloenxerto e embolização sistémica, foi decidida uma atitude expectante. Iniciou heparina não fraccionada e colocou meias de compressão elástica. Ao final de 5 dias, o doente recuperou a diurese e a função do aloenxerto foi progressivamente melhorando, sem necessidade de novas sessões de hemodiálise. O eco-Doppler de reavaliação demonstrou reperfuração da veia renal do aloenxerto, com uma velocidade máxima de 15cm/s.

Após 30 meses de *follow-up*, o doente mantém hipocoagulação oral com varfarina, sem qualquer evento trombótico ou hemorrágico documentado. A creatinina do doente voltou aos seus valores basais.

**Conclusão:** Este doente demonstrou que a hipocoagulação apenas e o suporte dialítico podem ser capazes de promover a recuperação total da função do aloenxerto após a trombose da veia renal.

## C64

### RÁDIO-223: A PROPÓSITO DE UM DOENTE EM TRATAMENTO NA NOSSA INSTITUIÇÃO

Carlos Ferreira<sup>1</sup>; Liliana Violante<sup>2</sup>; Rui Freitas<sup>3</sup>; Isaac Braga<sup>3</sup>; Vítor Silva<sup>3</sup>; Sanches Magalhães<sup>3</sup>; Francisco Lobo<sup>3</sup>; António Morais<sup>3</sup>; Hugo Duarte<sup>2</sup>; Jorge Oliveira<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia da Unidade Local de Saúde de Matosinhos; <sup>2</sup>Serviço de Medicina Nuclear do Instituto Português de Oncologia do Porto; <sup>3</sup>Serviço de Urologia do Instituto Português de Oncologia do Porto

**Introdução:** O sítio mais comum de metastização do cancro da próstata é o osso, condicionando uma significativa morbilidade. Os radioisótopos têm sido usados para o tratamento das metástases ósseas com excelentes resultados no controlo da dor. Contudo, apenas o rádio-223 demonstrou melhorar a sobrevida global.

**Objetivo:** Apresentar um caso clínico de um doente tratado com rádio-223

**Material e métodos:** Doente de 61 anos, inicialmente diagnosticado com um adenocarcinoma da próstata cT2a, Gleason 7 (3+4) e um PSA total de 7.7 ng/ml. O estadiamento não demonstrou evidência de doença metastática. Tratado com prostatectomia radical com linfadenectomia ileobuturadora em 2005 (pT2cN0M0R0), G7 (3+4).

O seu PSA nadir foi <0.01ng/ml. Oito anos depois, já sob vigilância de PSA anual apresentou uma subida inesperada de PSA para 22.68 ng/ml. Tinha um ECOG

O mas com uma dor ligeira na anca. Nesta altura, o reestadiamento demonstrou presença de metastização óssea múltipla ao nível do esqueleto axial e costelas. Em 2013, iniciou um análogo de LHRH. No entanto, 15 meses depois, apesar de assintomático, o PSA aumentou para 40 ng/ml levantando a suspeita de resistência à castração. A reavaliação radiológica demonstrou progressão imagiológica (cintigrafia óssea e ressonância magnética), com aumento da carga tumoral óssea, contudo, sem metastização visceral ou ganglionar.

Na consulta multidisciplinar, optou-se por iniciar o docetaxel com análogo juntamente com denosumab, cálcio e vitamina D. Completou 10 ciclos de docetaxel com resposta imagiológica parcial. Nove meses depois, em Novembro de 2015, o doente apresentou uma deterioração do ECOG para 1-2 e dores ósseas intensas generalizadas (anca, tórax e vértebras) mantendo-se imagiologicamente apenas metastização óssea.

Dado o seu *status* de resistência à castração e pós-docetaxel, na consulta multidisciplinar optou-se pelo Rádio-223 (1 injeção a cada 4 semanas durante 6 ciclos). A partir do 3º dia após a 1ª injeção, o doente suspendeu a toma de analgésicos. O valor PSA que inicialmente era de 1579ng/ml, desceu a cada ciclo de Radio-223, sendo no final do tratamento de 470.8ng/ml. Além disto, a fosfatase alcalina (inicialmente elevada – 1010 U/L) aproximou-se de valores progressivamente normais (208 U/L).

Durante os 6 meses de tratamento o doente não apresentou qualquer efeito colateral com exceção de toxicidade hematológica grau I sem necessidade transfusional ou factores de crescimento.

Oito meses após o tratamento com rádio 223, o doente encontra-se assintomático, sem necessidade de analgesia. Comparando o questionário de qualidade de vida (EQ-5) antes e depois de iniciar o tratamento, o doente passou de um *score* de 17 para 7 e refere uma evolução do seu estado de saúde de 25 para 80 (numa escala de 0-100) desde o início do tratamento, o que traduz uma melhoria significativa na qualidade de vida.

**Conclusão:** O radio 223 é o primeiro radioisótopo que demonstrou vantagens na sobrevida global. Este caso ilustra um doente com claros benefícios clínicos após a sua administração. O radio-223 é uma nova opção terapêutica promissora para homens com cancro da próstata resistente à castração com metástases ósseas sintomáticas.

## C65

### PET-CT COM 68GA-PSMA NO REESTADIAMENTO DO CANCRO DA PRÓSTATA RECORRENTE: QUAIS OS FACTORES ASSOCIADOS À TAXA DE DETECÇÃO COM PET-CT?

Carlos Ferreira<sup>1</sup>; Liliana Violante<sup>2</sup>; Rui Freitas<sup>3</sup>; Isaac Braga<sup>3</sup>; Vitor Silva<sup>3</sup>; Sanches Magalhães<sup>3</sup>; Francisco Lobo<sup>3</sup>;

António Moraes<sup>3</sup>; Hugo Duarte<sup>2</sup>; Jorge Oliveira<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, <sup>2</sup>Serviço de Medicina Nuclear, Instituto Português de Oncologia do Porto, <sup>3</sup>Serviço de Urologia, Instituto Português de Oncologia do Porto

**Introdução:** Desde o seu aparecimento, a tomografia por emissão de positrões com fusão de imagem com tomografia axial computadorizada (PET-CT) com 68Ga-PSMA, tem sido visto como um avanço significativo no diagnóstico do cancro da próstata recorrente.

**Objectivo:** Avaliar a associação entre os níveis de PSA, cinética de PSA e outros factores e os resultados do PET-CT em doentes com cancro da próstata recorrente (CaPr) com recidiva bioquímica (RB) após tratamento com intuito curativo.

**Métodos:** Oitenta e oito doentes com CaPr foram submetidos a PET-CT com 68Ga-PSMA, foram retrospectivamente avaliados, de acordo com os seguintes critérios inclusivos: (a) prostatectomia radical ou radioterapia primária ou braquiterapia com intuito curativo; RB ou níveis de PSA persistentemente elevados após o tratamento primário; informação clínica e imagiológica completa. O PSA médio+DP foi de 5.2+ 8.6 ng/mL (mediana 1.93, variação 0.12-60.6 ng/mL), o tempo de duplicação do PSA (PSAdt) médio+DP foi de 10+7.8 meses (mediana 7.5, variação 0.7-39.1 meses), e a velocidade de PSA (PSAv) média+DP foi de 4.1+6.9 ng/mL/ano (mediana 1.4, variação 0.1-35.2 ng/mL/ano). Foi feita uma análise estatística para avaliar quais os factores que estavam associados a uma detecção do CaPr com o PET-CT com 68Ga-PSMA.

**Resultados:** O PET-CT com 68Ga-PSMA foi positivo em 53 de 88 doentes (60.2%). Em 31 doentes (35.2%) foram identificadas lesões limitadas à cavidade pélvica (recidiva local e N1). Foram encontradas lesões à distância (M1) em 17 doentes (19.3%). Em 5 doentes (5.6%) foram encontradas recidivas locais e doença à distância. O nível de PSA (p1.3 ng/ml e uma vPSA>0.95 ng/ml/ano, e em 4 de 20 doentes (20%) com um PSA

**Conclusão:** O grande potencial do PET-CT com 68Ga-PSMA em doentes com CaPr e recidiva bioquímica

parece ficar confirmado. O valor de PSA e a velocidade de PSA foram preditores importantes dos achados patológicos no PET-CT com 68Ga-PSMA.

## C66

### BIÓPSIA PROSTÁTICA GUIADA POR TEMPLATE TRANSPERINEAL: EXPERIÊNCIA PRELIMINAR DE UM SERVIÇO

Carlos Ferreira<sup>1</sup>; Rui Freitas<sup>2</sup>; Isaac Braga<sup>2</sup>; Vitor Silva<sup>2</sup>; Francisco Lobo<sup>2</sup>; António Morais<sup>2</sup>; Jorge Oliveira<sup>2</sup>; Lurdes Trigo<sup>3</sup>; Sanches Magalhães<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, <sup>2</sup>Serviço de Urologia do Instituto Português de Oncologia do Porto; <sup>3</sup>Serviço de Braquiterapia do Instituto Português de Oncologia do Porto

**Introdução:** A biópsia prostática transrectal (BPTR) assume desde há vários anos um lugar primordial no diagnóstico do cancro da próstata. A abordagem transperineal, apesar de menos habitual, tem recebido uma maior atenção nos últimos anos. As principais razões do renascimento da biópsia prostática de mapeamento guiada por template transperineal (BMTT) prendem-se pela maior capacidade de amostragem das regiões antero-apicais da próstata, melhoria nas taxas de detecção de cancro e um risco mais reduzido de subestimar o volume e o grau da doença. Por fim, permite ainda confirmar o diagnóstico de recorrências locais após tratamentos com intuítos curativos.

**Objectivos:** Avaliar a eficácia e segurança da biópsia prostática de mapeamento guiada por template transperineal.

**Materiais e métodos:** De Abril de 2015 a Setembro de 2016, um total de 48 doentes (50-77 anos, média de 64.8 anos) foram submetidos a uma BMTT. Os critérios de inclusão dividiram os doentes em três grupos principais: a) doentes sem cancro da próstata diagnosticado com PSA >4ng/ml e achados anormais na glândula prostática ao toque rectal ou ressonância magnética, com ou sem biópsias prostáticas transrectais prévias b) doentes em vigilância activa; c) doentes submetidos a tratamento prévio com intuito curativo com progressão bioquímica e suspeita imagiológica de recidiva local.

Todos os doentes colheram biópsias sistemáticas sendo que 20 (41.7%) segundo o protocolo de Ginsburg. Em 5 doentes (11.1%) com lesões na ressonância magnética suspeitas foram colhidos mais dois cores antes da biópsia sistemática por fusão cognitiva. Dos restantes doentes, vinte e três (47.9%) realizaram BMTT

usando um template com orifícios a cada 5 mm, com pelo menos uma biópsia a partir de cada um deles. A taxa de detecção de cancro primário ou recidivante da próstata foi analisada, bem como os efeitos adversos da biópsia prostática.

**Resultados:** Trinta e quatro doentes (71%) foram submetidos a BMTT para tentativa de estabelecimento de diagnóstico primário de cancro da próstata, sendo que, 25 doentes (74%) apresentavam pelo menos uma biópsia prostática negativa. O valor médio de PSA neste grupo foi de 14.3 ng/ml. Dois doentes (8%) realizaram uma BMTT inserida num protocolo de vigilância activa após diagnóstico de cancro da próstata clinicamente insignificante, com uma média de PSA de 4.98ng/ml. Doze doentes (25%) fizeram uma BMTT para avaliar a suspeita imagiológica de recorrência local e um valor médio de PSA de 8.75 ng/ml.

Uma média de 34,6 cores (variando de 22 a 74) foram obtidos em cada procedimento, sendo obtidos mais cores consoante a maior volumetria prostática. Globalmente, foi diagnosticado cancro da próstata em 36 doentes (75%), sendo que no grupo a), b) e c) temos uma taxa de detecção de 71.4%, 100% e 81.8%, respectivamente.

Os efeitos colaterais foram essencialmente 2 episódios de retenção urinária aguda com necessidade de algaliação de curta duração após o procedimento. Nenhum doente desenvolveu urosépsis.

**Conclusão:** A BMTT é segura e parece fornecer uma avaliação mais precisa da presença, da gravidade e da recidiva local do cancro da próstata.

## C67

### INCIDÊNCIA E CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICAS DO CANCRO DA PRÓSTATA DETECTADO NA BIÓPSIA DE MAPEAMENTO TRANSPERINEAL GUIADA POR TEMPLATE EM DOENTES COM BIÓPSIA PROSTÁTICA TRANSRECTAL ECO-GUIADA NEGATIVA

Carlos Ferreira<sup>1</sup>; Rui Freitas<sup>2</sup>; Isaac Braga<sup>2</sup>; Vitor Silva<sup>2</sup>; Francisco Lobo<sup>2</sup>; António Morais<sup>2</sup>; Jorge Oliveira<sup>2</sup>; Lurdes Trigo<sup>3</sup>; Sanches Magalhães<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, <sup>2</sup>Serviço de Urologia do Instituto Português de Oncologia do Porto; <sup>3</sup>Serviço de Braquiterapia do Instituto Português de Oncologia do Porto

Actualmente, a biópsia prostática transrectal ecoguiada é a abordagem gold-standard para a amostragem

inicial da próstata. O dilema surge quando temos um aumento progressivo do PSA face a biópsias prostáticas transrectais consecutivamente negativas. Neste cenário, não existe um consenso uniforme que possa guiar os urologistas para o número e o timing apropriado para repetir as biópsias prostáticas. Nestes casos, a biópsia prostática de mapeamento guiada por template transperineal parece estar a assumir um papel alternativo e cada vez mais importante.

**Objetivo:** Determinar a incidência de detecção de cancro da próstata por biópsia prostática guiada por template transperineal em doentes com pelo menos uma BPTR negativa.

**Material e métodos:** De Abril de 2015 a Setembro de 2016, pelo menos uma biópsia prostática transrectal negativa foi feita em 25 doentes na nossa instituição antes de serem submetidos a uma biópsia de mapeamento guiada por template transperineal. A incidência de doentes com 1,2 e 3 ou mais biópsias prostáticas transrectais foi de 24%, 40% e 36% respectivamente. A biópsia de mapeamento guiada por template transperineal foi feita em 68% dos doentes por subida ou valor de PSA persistentemente elevado, em 24% por “ASAP – atypical small acinar proliferation” e em 8% dos doentes por “HGPIN – High grade prostatic intraepithelial neoplasia”.

**Resultados:** O valor médio de PSA total desta população de doentes foi de 18.7 ng/ml (variação 4.5-51.1). Para toda a população, foram recolhidos uma mediana de 38 cores (variação: 22-74) por biópsia de mapeamento guiada por template transperineal. No final, foi diagnosticado cancro da próstata em 19 doentes (76%) usando o método guiado por template transperineal, sendo que, 14 (73.7%) foram clinicamente significativos segundo os critérios de Epstein e 4 (21.1%) eram tumores bilaterais.

**Conclusões:** A biópsia de mapeamento guiada por template transperineal detectou uma proporção importante de cancros da próstata clinicamente significativos em doentes com uma biópsia prostática transrectal guiada por ecografia negativa. Baseado nesta experiência preliminar, esta técnica deverá ser considerada no contexto de um aumento do valor do PSA perante a ausência de confirmação histológica de cancro da próstata.

C68

## CORRECÇÃO CIRÚRGICA DE PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS COM REDE SINTÉTICA: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Paulo Pe-Leve; João Felício; Tito Leitão;  
Tiago Mendonça; João Marcelino; Tomé Lopes  
*Centro Hospitalar Lisboa Norte*

**Introdução:** O uso de redes sintéticas na reparação cirúrgica de prolapso de órgãos pélvicos tem constituído um tema polémico nos últimos 10 anos. Inúmeros estudos evidenciam elevadas taxas de complicações e elevadas taxas de insucesso, o que levou a Food and Drug Administration a recomendar precaução na sua utilização. As complicações comuns descritas são extrusão ou erosão da rede, hematoma, infecções urinárias, dor pélvica crónica e disfunção sexual.

**Objetivos:** O objectivo do estudo foi avaliar o grau de satisfação e taxa de complicações nas doentes submetidas a correcção cirúrgica de prolapso de órgãos pélvicos de compartimento anterior ou médio por via transvaginal ou por via laparoscópica com redes sintéticas no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN).

**Materiais e métodos:** Foram analisadas retrospectivamente as bases de dados do Serviço de Urologia do CHLN de doentes submetidas a colocação de rede sintética para correcção de prolapso de órgão pélvico de compartimento anterior ou médio, no período de Janeiro de 2013 e Junho de 2016. As doentes foram entrevistadas, submetidas ao questionário PGI-I (“Patient Global Impression of Improvement”), validado pela International Continence Society para avaliar o grau satisfação das doentes e submetidas a exame objectivo pélvico.

**Resultados:** Foram incluídas 40 doentes submetidas a colocação de rede sintética, 29 doentes por via transvaginal, com média de idades de 71 anos, e 11 doentes por via laparoscópica, com média de idades de 63 anos.

Uma melhoria dos sintomas (*Score* PGI-I < 4) relacionados com prolapso de órgão pélvico foi reportada por cerca de 93% das doentes abordadas por via transvaginal e cerca de 73% abordadas por via laparoscópica. Verificou-se apenas 1 recidiva tanto por abordagem por via transvaginal (correspondente a 3%) como por via laparoscópica (correspondente a 9%), sendo que nenhuma das doentes pretendeu reintervenção.

Extrusão da rede ocorreu apenas em 1 doente (cerca

de 3%) operada por via transvaginal com necessidade de reintervenção cirúrgica. As restantes complicações verificadas foram infecções urinárias de repetição (em 7% abordadas por via transvaginal), infecção vaginal (em cerca de 9% abordadas por via laparoscópica), hematoma (4% por via transvaginal e 9% por via laparoscópica) e dor perineal (14% por via transvaginal e 27% por via laparoscópica).

Das doentes que ainda se encontram sexualmente activas apenas cerca de 17% das doentes, operadas tanto por via transvaginal como laparoscópica, descrevem distúrbios da função sexual, nomeadamente dispareunia, cuja causa atribuem ao procedimento em questão.

De realçar que as diferenças encontradas entre os 2 grupos não são estatisticamente significativas.

**Discussão e conclusões:** Na nossa amostra verifica-se uma taxa elevada de satisfação e melhoria dos sintomas das doentes abordadas tanto por via transvaginal como por via laparoscópica.

Verifica-se baixa taxa de complicações, sendo a mais frequente a dor pélvica crónica, baixa taxa de recidivas e baixa taxa de necessidade de reoperação.

Este estudo permite afirmar que a reparação de prolapso de órgãos pélvicos com rede sintética tanto por via transvaginal como por via laparoscópica permanece uma opção válida e duradoura no nosso Serviço, apesar dos resultados adversos descritos na literatura.

## C69

### NEUROFIBROMATOSE COM ENVOLVIMENTO GENITAL – RELATO DE CASO DE RECONSTRUÇÃO PENIANA COMPLEXA

João Felício; Paulo Pé-Leve; Ricardo Pereira e Silva; Pedro Barros; Décio Ferreira; José Palma Dos Reis; Tomé Lopes  
*Centro Hospitalar Lisboa Norte/Serviço de Urologia*

**Introdução:** O envolvimento genital em doentes com neurofibromatose é um achado raro, particularmente nos doentes do sexo masculino, podendo ter consequências graves.

**Objetivos:** Reportar um caso clínico raro e a técnica cirúrgica utilizada na respectiva reconstrução peniana.

**Material e métodos:** Descrevemos um caso de um doente com neurofibromatose e uma lesão perineal com agénia dos corpos cavernosos e disfunção erétil, com múltiplas intervenções cirúrgicas prévias e actualmente submetido a reconstrução peniana.

**Resultados:** Doente do sexo masculino, 27 anos de

idade, submetido aos 6 anos a exérese de neurofibroma perineal. Na puberdade, constatou-se agénia/atrofia dos corpos cavernosos e disfunção erétil primária. Após diversas tentativas de reconstrução com prótese sem sucesso, o doente apresentava um pénis encurtado, com franca distorção anatómica. Foram excisados os tecidos fibróticos, isolando-se a uretra e o corpo esponjoso, com preservação do pedículo dorsal; as estruturas remanescentes foram colocadas numa bolsa abdominal em túnel com a glândula exteriorizada para manter o comprimento obtido, evitando retrações fibróticas. Num segundo tempo, realizou-se retalho tubular abdominal. O próximo passo será a rotação do retalho envolvendo a uretra, mantendo a glândula e a sua inervação. Um quarto tempo operatório poderá ser necessário para uma nova tentativa de restaurar a função erétil do doente.

**Discussão/Conclusões:** A reconstrução peniana num doente com múltiplas intervenções prévias constitui um grande desafio técnico, salientando a necessidade imperiosa de uma equipa multidisciplinar incluindo um urologista e um cirurgião plástico.

## C70

### SARCOMAS DO CORDÃO ESPERMÁTICO

Catarino R.<sup>1a</sup>; Ferreira C.<sup>1a</sup>; Cardoso A.<sup>2</sup>; Correia T.<sup>a,b</sup>; Cerqueira M.<sup>a,b</sup>; Carmo Reis F.<sup>a,b</sup>; Costa P.<sup>b</sup>; Almeida R.<sup>b</sup>; Prisco R.<sup>a,b</sup>

<sup>1</sup>*Ambos os autores contribuíram igualmente para este trabalho.*

<sup>a</sup>*Unidade Local de Saúde de Matosinhos; <sup>b</sup>Hospital CUF Porto*

**Introdução:** Os tumores paratesticulares são raros, representando cerca de 5% de todos os tumores intraescrotais. Os sarcomas do cordão espermático, epidídimo e testículo são os sarcomas mais frequentes nos adultos, sendo o lipossarcoma o tipo histológico mais comum.

Dada a sua raridade, existem poucos estudos na literatura sobre este assunto, tornando a sua investigação, diagnóstico e tratamento difíceis. As recomendações de tratamento são limitadas e apenas baseadas em estudos de caso, com séries de casos pequenas e revisões da literatura.

**Objetivos:** Apresentamos dois casos clínicos de doentes com lipossarcoma do cordão espermático, tratados com orquidectomia radical e radioterapia adjuvante.

**Material/Métodos e resultados:** Doente 1 – Doente de 76 anos, avaliado por uma massa inguinal esquerda indolor. A ecografia demonstrou três imagens hipocoe-

gênicas, a maior com 33mm de diâmetro. Efetuou uma tomografia computadorizada (TC) que revelou uma massa sólida, com cerca de 3.8x3.1cm na região inguinal esquerda, sem evidência de metastização.

Doente 2 - Doente de 55 anos, avaliado por uma massa escrotal esquerda, indolor. A ecografia demonstrou uma lesão nodular sólida irregular, com 2.8x2.7cm, hipervascularizada, sugestiva de neoformação na dependência do epidídimo esquerdo. Efetuou ressonância magnética nuclear (RMN) abdominopélvica que revelou uma formação nodular com 3cm de maior eixo, vascularizada, bem delimitada, sem invasão de estruturas adjacentes, sem evidência de metastização. Ambos os doentes foram submetido a orquidectomia radical. O diagnóstico anatomopatológico foi de lipossarcoma nas duas situações, tendo sido efetuado tratamento complementar com radioterapia adjuvante. No seguimento efetuado, 8 anos no Doente 1 e 4 anos no Doente 2, não ocorreu recidiva neoformativa.

**Conclusões:** Os sarcomas do cordão espermático são tumores paratesticulares raros, que se apresentam mais comumente como massas paratesticulares palpáveis duras, de crescimento lento.

Dada a sua raridade, não existem muitos estudos publicados na literatura sobre o modo de avaliação diagnóstica e orientação terapêutica.

O tratamento cirúrgico é a orquidectomia radical., com exérese alargada, conseqüente remoção do cordão espermático e tecidos moles envolventes de modo a reduzir a possibilidade de recidiva local da doença. A recorrência locoregional é comum (cerca de 50%), no entanto, doentes tratados com radioterapia adjuvante parecem ter melhor prognóstico.

## C71

### PIELONEFRITE ENFISEMATOSA, EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE UROLOGIA DO HFF

Ana Cebola; Sofia Lopes; Alberto Silva; Sónia Ramos; Fernando Ferrito  
*Hospital Fernando Fonseca*

**Introdução:** A pielonefrite enfisematosa (PNE) é uma infecção necrotizante do aparelho urinário alto que se caracteriza pela presença de gás no aparelho excretor, parênquima renal ou tecidos adjacentes. Apesar de potencialmente fatal, podendo a mortalidade atingir os 80%, não existem guidelines quanto à abordagem terapêutica.

Uma elevada suspeição clínica permite um diagnóstico

precoce e é fundamental para a abordagem atempada desta patologia.

Os doentes de maior risco são aqueles com diabetes mellitus tipo2 (DM2) e fraco controlo metabólico.

Foram descritos alguns factores preditivos de mau prognóstico onde se realça a creatininemia >2.5 mg/dL, alteração do estado de consciência e pressão arterial sistólica máxima <90mmHg.

A mortalidade global varia consoante a abordagem terapêutica podendo ir desde os 80% em doentes submetidos apenas a terapêutica médica, até aos 6.6% nos casos de drenagem minimamente invasiva seguida de nefrectomia electiva.

O paradigma da abordagem terapêutica tem vindo a ser alterado ao longo das últimas décadas sendo o tratamento minimamente invasivo (colocação de stent ureteral / drenagem percutânea), associado a antibioterapia de largo espectro, aquele que actualmente é considerado como primeira linha terapêutica, independentemente da extensão ou gravidade da doença, com bons resultados.

**Objetivos:** Pretende-se fazer uma revisão dos casos de PNE observados no serviço de urologia da instituição com avaliação dos resultados clínicos obtidos.

**Material e métodos:** Foi feita uma avaliação retrospectiva dos casos de PNE com internamento no HFF entre Setembro 2012 e Agosto de 2016. Para classificação dos quadros de PNE foi utilizada a classificação de Huang e Tseng.

**Resultados:** No período analisado 72% dos doentes eram do sexo feminino, sendo que todos os casos apresentavam como comorbilidade DM2. O sintoma mais frequentemente descrito foi a lombalgia com predomínio à dta (57%). Dos 7 doentes 2 recusaram terapêutica cirúrgica, com uma mortalidade associada de 50%. Quatro foram submetidos à colocação de stent ureteral associada a antibioterapia de largo espectro e 1 fez nefrectomia urgente, sem mortalidade associada. O agente mais frequentemente isolado foi a E. Coli presente em 71% dos casos tendo sido isolado o *Proteus mirabilis* num caso. 6 doentes (85.7%) apresentavam lesão renal aguda com 2 a apresentarem níveis de creatinina sérica associados a maior risco de mortalidade. Após resolução do caso agudo um dos doentes foi submetido a nefrectomia electiva.

Há a referir um caso de mortalidade num doente com PNE classe IIIb correspondendo a uma mortalidade global de 14,3%.

**Discussão/Conclusões:** As características epidemio-

lógicas dos doentes envolvidos estão de acordo com a literatura disponível.

No que respeita à mortalidade dos doentes tratados na nossa instituição observou-se uma mortalidade inferior à descrita nos diferentes estudos.

A abordagem minimamente invasiva com colocação de stent ureteral associado a terapêutica antibiótica de largo espectro mostrou-se uma opção eficaz na abordagem destes doentes, o que vai de encontro com as tendências actuais de tratamento.

Este trabalho pretende alertar para os bons resultados da abordagem minimamente invasiva em casos de PNE.

## C72

### RECIDIVA IMAGIOLÓGICA PRÉ-RADIOTERAPIA SALVAGE EM DOENTES COM ADENOCARCINOMA DA PRÓSTATA

Diogo Delgado; Miriam Abdulrehman; Maria Filomena de Pina  
*Serviço de Radioterapia - Centro Hospitalar Lisboa Norte*

**Introdução:** O Adenocarcinoma (ADC) da próstata é o cancro mais frequente em Portugal, com uma taxa de incidência de 120:100000. A prostatectomia radical (PR) é um dos tratamentos possíveis para o cancro da próstata localizado, no entanto, as taxas de recidiva bioquímica (RB) podem chegar aos 60%.

A Radioterapia (RT) salvage é o único tratamento potencialmente curativo em doentes com RB após PR.

Não existem de momento critérios definidos para a realização de exames de re-estadiamento imagiológicos pré-RT salvage. Ao permitirem detectar doentes com recidiva locoregional após PR, tornam possível a realização de sobreimpressões de dose em recorrências clínicas, embora a importância prognóstica ainda esteja por determinar.

**Objetivo:** Identificar factores clínicos e patológicos preditores de recidiva imagiológica.

**Materiais e métodos:** Foram revistos retrospectivamente os processos de 181 doentes com ADC da próstata tratados com RT após PR entre Janeiro de 2014 e Março de 2016, com o objectivo de identificar os casos submetidos a RT salvage por RB e que realizaram exames de imagem pré-RT. Foram aceites como exames de re-estadiamento tomografias computadorizadas (TC) pélvicas, ressonâncias magnéticas (RM) pélvicas ou tomografias por emissão de positrões com tomografia computadorizada (PET-TC) colina.

Foram recolhidos dados clínicos e patológicos quando disponíveis para análise univariada com o objectivo de

identificar a sua possível associação com os resultados imagiológicos.

**Resultados:** Foram analisados os dados de 48 doentes que realizaram exames imagiológicos de re-estadiamento pré-RT salvage.

A mediana de PSA inicial foi de 9ng/mL, com 89.6% dos doentes a apresentarem um Gleason *score* igual ou inferior a 7. O estadió anátomo-patológico foi na sua maioria pT2 (75%), sendo os restantes pT3. A mediana de PSA doubling time foi de 9 meses. O nadir do PSA pós-operatório apresentou mediana de 0,069ng/mL registado aos 4 meses (tempo mediano).

Menos de metade dos doentes (38.6%) iniciaram HT pré-RT.

Foram realizadas 34 TC pélvicas, 11 RM pélvicas e 3 PET-TC. Destes exames, 12 (25%) foram positivos, detectando-se a presença de em 10 doentes recidivas locais e 2 recidivas ganglionares. As recidivas foram na sua maioria detectadas por TC (N=7) e as restantes por RM (N=5).

Na análise univariada, um maior intervalo de tempo decorrido entre a cirurgia e a RB apresentou tendência para detectar um maior número de recidivas imagiológicas (mediana 19 vs. 14 meses;  $p=0,058$ ).

**Discussão/Conclusão:** Nesta amostra de doentes submetidos a RT salvage por RB pós PR, verificou-se um maior número de recidivas imagiológicas nos que apresentavam um intervalo de tempo superior entre a data da cirurgia e a RB. Não atingindo significância estatística, poderá ser um factor a ter em conta na selecção dos doentes que poderão beneficiar de re-estadiamento pré-RT.

Apesar de terem sido utilizados diferentes exames imagiológicos foram detectadas 25% de recidivas pré-RT. Não foram encontrados factores preditores patológicos e/ou clínicos de recidiva estatisticamente significativos, o que está de acordo com a literatura actual.

## C73

### EVOLUÇÃO DE CASUÍSTICA DE LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL EM CENTRO DE REFERÊNCIA PARA TUMOR DO TESTÍCULO ENTRE 2009 E 2016

Rodrigo Ramos; Jorge da Silva; Rui Carneiro; José Lencastre; Soraia Rodrigues; Margarida Brito; Eduardo Silva  
*Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E. P. E.*

**Introdução:** O cancro do testículo é a neoplasia só-

## UTILIDADE CLÍNICA DO SULFATO CONDROITINA (GEPAN) NA CISTITE RÁDICA – EXPERIÊNCIA INICIAL

Ricardo Godinho; Pedro Peralta; Paulo Conceição; Carlos Rabaça; Mário Reis; Amílcar Sismeiro  
*Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil E.P.E. – Serviço de Urologia*

**Introdução:** A instilação intravesical de glicoaminoglicano é uma opção terapêutica promissora no controlo sintomático e clínico da cistite rádica. A hematúria recorrente, é um sintoma severo da cistite rádica, por vezes com necessidade de intervenção cirúrgica, ocorre em cerca de 8% no primeiro ano, aumentando a incidência nos anos seguintes.

**Objetivos:** Avaliar a eficácia a curto prazo do tratamento com sulfato de condroitina 0,2% intravesical (SCI) – Gepan – em doentes com cistite rádica (CS) sintomática.

**Material e métodos:** Avaliação observacional prospectiva de doentes com pelo menos dois episódios de hematúria macroscópica nos últimos 6 meses e terapêutica de base com recurso a radioterapia (RT) e que foram selecionados para realização mensal de SCI. Seguidos por um período de observação até 12 meses (Março.2015 até Fevereiro.2016) tendo sido incluídos, no total, 15 doentes. Em cada administração forma avaliados diferentes parâmetros clínicos, nomeadamente realizado um questionário pessoal sobre a melhoria subjetiva de queixas miccionais ou novos episódios de hematúria, para além de avaliação médica.

**Resultados:** O estudo incluiu 15 doentes com uma média de idades de 67 anos, 9 homens e 6 mulheres. Quase a totalidade dos casos masculinos tinham como patologia base carcinoma da próstata, e o grupo feminino carcinoma do colo do útero. Na maioria dos casos (93,4%) foi realizada terapêutica com recurso a radioterapia externa (RT), um caso de braquiterapia prostática (BT) (6,7%) e em cerca de 25%, RT associada a BT. O período médio desde esta terapêutica até ao início do estudo foi de 2,1 anos sendo os principais critérios de inclusão pelo menos 2 episódios de hematúria, associados a LUTS moderados a severos e realização prévia de algum tipo de terapêutica com recurso a radioterapia. A maioria foi submetida a cistoscopia prévia (86,7%) sendo as alterações mais frequentemente descritas, mucosa atrofica (33,3%), hiperémica

lida mais frequente em homens entre os 15 e os 40 anos. Actualmente, com a terapêutica multidisciplinar disponível é possível curar mais de 90% dos doentes, incluindo a maioria dos doentes com doença metastática. Sendo um tumor raro, é conhecida a relação entre a casuística de uma instituição e o seu sucesso terapêutico. Em Portugal, após identificação de hospitais candidatos a centros de referência para o tumor de testículo, estes foram formalmente definidos em março de 2016. O protocolo aceite na instituição aborda a doença retroperitoneal (por linfadenectomia retroperitoneal – RPLND) num contexto de recorrência ou persistência de doença pós-quimioterapia.

**Objetivos:** Apresentar a evolução de casuística de tumor de testículo num centro de referência em Portugal.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva de base de dados de cirurgia entre janeiro de 2009 e setembro de 2016 (7 anos e 9 meses). Foi realizada análise estatística descritiva da amostra.

**Resultados:** No período em análise foram realizadas 111 orquidectomias radicais (OR) e 35 RPLND.

Entre 2009 e 2015 (7 anos) o número de OR manteve-se estável com média de 12,5±3,4 OR/ano (mín: 10; máx: 20). O número de RPLND foi em média de 3,4±0,8 RPLND/ano (mín: 3; máx: 5). Nos primeiros nove meses de 2016 foram realizadas 14 OR e 9 RPLND (aumento anualizado de 49% e 253%, respetivamente).

No intervalo 2009-16 a origem dos doentes submetidos a RPLND foi: rede de cuidados de saúde primários – 50,0%; rede hospitalar pública – 30,7%; rede hospitalar privada – 15,4%; opção do doente – 3,8%. O tempo médio de internamento na RPLND foi de 15,6±5,4 dias.

A análise das complicações na classificação Clavien-Dindo (30 dias) foi: I – não disponível; II – 15,1%; IIIa – 0%; IIIb – 3,0%; IVa – 0%; IVb – 3%; V – 0%.

Entre janeiro e setembro de 2016 foi necessária a realização de procedimentos associados em 33% dos doentes (colocação de cateter ureteral duplo J em três doentes; nefrectomia em um doente).

**Discussão/Conclusões:** Regista-se um aumento do número de casos de RPLND no ano de 2016.

A criação do centro de referência e a resposta aos critérios definidos poderão ter estado na base deste aumento. Será necessária uma avaliação futura para esclarecer esta questão e eventual benefício da definição desta e de outras áreas de referência no âmbito da Urologia.

ca (26,7%) e ruptura macroscópica da integridade da mucosa ou hemorragia ativa ligeira (26,7%).

Os resultados obtidos em cada observação e administração de SCl mostraram uma redução significativa no número de episódio de hematúria macroscópica de 3,92 para 0,83 por ano ( $p < 0,064$ ), comparando o número de episódio global identificados nos 12 meses, pré e pós tratamento.

Durante o período de estudo, 20% não cumpriu o mínimo de 6 meses por agravamento clínico ou necessidade de intervenção cirúrgica. Mas, na amostra global, 80% mantiveram-se em tratamento mensal por um período médio de 9,0 instilações de SCl com uma melhoria clínica em 66,7%. Estes resultados foram baseados na avaliação subjectiva por parte do doente, redução dos episódios de hematúria e avaliação clínica, sendo semelhantes ao longo do períodos de estudo.

Não foram observados efeitos secundários relevantes associados à terapêutica com SCl.

**Conclusão:** A evidência atual e a nossa experiência clínica reconhecem a utilidade do uso do sulfato de condroitina 0.2% (Gepan) na prevenção de episódios agudos em casos de cistite rádica identificada, na melhoria sintomática e na qualidade de vida do doente. Reconhecemos algumas limitações, tais como, a instilação mensal (vs. semanal) ou o número da amostra, mas apesar disto, julgamos que poderá ser uma terapêutica válida em situações de cistite rádica dado o perfil de eficácia obtido e tolerabilidade.

## C75

### **NON-FUNCTIONING KIDNEY IN A DUPLICATED CALICIAL SYSTEM WITH EXTRARENAL CALYCES FOLLOWING A TRANSURETEROURETEROSTOMY AND URETEROURETEROSTOMY – A LAPAROSCOPIC CHALLENGE?**

Sandro Gaspar; Joana Alfarelos; Tito Leita; Tiago Oliveira; Pedro Oliveira; João Almeida; Paulo Pé Leve; João Felício; José Dias; Tomé Matos Lopes  
Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introduction:** A duplicated collecting system is one of the most common congenital renal tract abnormalities. It is characterised by a single renal parenchymal unit being drained by two pielocaliceal systems and two ureters (double ureters) that drain separately into the urinary bladder (complete duplication). In spite of being an anatomical variant, duplex-collecting systems may

be complicated by vesicoureteral reflux, obstruction or even an ureterocoele. The presence of extrarenal calyces is a very rare finding, with only 20 cases described, in which the major calyces and the renal pelvis are outside the renal parenchyma. They usually do not produce symptoms, but may be responsible for hydronephrosis with impairment of normal drainage with consequent stasis, infection, or lithiasis.

**Objectives:** Presenting a case of a non-functioning kidney in a duplicated calicial system with extrarenal calyces following a transureteroureterostomy and ureteroureterostomy

**Materials, methods and results:** We present a case of a 38-year-old caucasian patient with a complete bilateral duplicated collecting system, with recurrent urinary tract infections and bilateral vesico-reflux, as a child. Following successive failed attempts to correct her vesico-ureteral reflux (including at first, four neoureteroneocistostomies and four subsequent ureterocutaneous procedures because of the previous failed attempt), she was submitted to an urinary reconstruction procedure that involved transection of all four ureters (removing all distal scar tissue, from previous surgeries), a left neoureterostomy through a Psoas Hitch (using the left proximal ureter), a left ureteroureterostomy and a right ureteroureterostomy with a sequential transureteroureterostomy: the right proximal and distal ureter, previously joined, from across the midline.

The patient presented to our outpatient clinic with a yearlong history of urinary tract infections and recurrent loin pain on the right. She had been losing weight (unquantified) as she was constantly nauseated and in pain.

Her diuretic deferential renogram showed a compromised right renal unit with a glomerular filtration rate) of only 14 ml/min. Abdominal and Pelvic CT showed a bilateral duplex collecting system, along with bilateral ureterohydronephrosis.

Given her age and absence of any co-morbidities, we decided for a Total Right Laparoscopic Nephrectomy. Adhesions and altered surgical planes were a challenge. Great care and time was spent on dissecting the renal hilum and pelvis with a rare and fortuit finding, the presence of extrarenal calyces, with the pelvis and at least one major calyche located outside the renal parenchyma. After guarantying vascular control of both the right artery and vein, we followed the right ureter up to exact place where the transureteroureterostomy

was performed, to prevent leaving a refluxing stump. The ureter was sectioned at this point, close to the left common iliac vessels, at the level of the sacral promontory. The remaining steps of the surgery were straightforward. Recovery was uneventful. She removed the surgical drain the following day and she was discharged on the third post-operative day. Follow-up, after three months, reveals an improvement on her quality of life, with no urinary tract infections and minimal abdominal pain.

**Conclusions:** Laparoscopic surgery, even in challenging cases of the upper urinary tract is still a viable option, and can even be better than an (another) open approach. Laparoscopic surgery can decrease postoperative morbidity and hospital stay, and globally diminishing the burden of care in a patient with a dramatic background of retroperitoneal surgeries.

## C76

### HOLMIUM LASER ENUCLEATION OF PROSTATE $\geq 80$ CC : HIGH VOLUME, SINGLE CENTRE, PROSPECTIVE STUDY. - CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX

Pedro Valente<sup>1</sup>; Vincent Comat<sup>2</sup>; Henri Bensadoun<sup>2</sup>; Jean Marie Ferrière<sup>2</sup>; Grégoire Robert<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; <sup>2</sup>Service d'Urologie Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

**Introduction:** Holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP) is an efficient, laser-based, transurethral alternative, which is both minimally invasive and has been cited as 'size independent'. 1 There are some studies analysing the HoLEP for large prostate with promising results, however the samples are usually small.

**Objectives:** To analyse, prospectively, the efficacy and complications of HoLEP in the treatment of prostate  $\geq 80$ cc in high volume center.

**Material and methods:** Since April 2014 until April 2016, 234 patients with Low urinary tract symptoms (LUTS) and prostate volume  $\geq 80$ cc were treated with Holmium laser enucleation in the Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, France. Patients were preoperatively and postoperatively evaluated with clinical assessment, echography, International Prostate Symptom Score (IPSS), urofluxometry and post void residual volume (PVR). The follow-up visits were scheduled at 1, 3, 6 and 12 Months(M).

The data analyses were made using IBM SPSS Statis-

tics 20.0 software.

**Results:** The patients had a mean age of 70,8 $\pm$ 8,8 years and the mean Body Mass Index was 26,8 $\pm$ 4 Kg/m<sup>2</sup>. The were American Society of Anaesthesiologists (ASA) was I in 24,3%, was II in 57,5%, was III in 16,4% and was IV in 1,9% of patients. 20,9% of patients were taking antiplatelet drugs and 11,1% were taking anti-coagulant drugs.

The mean prostate volume was 114 $\pm$ 36,9 cc, and the mean initial PSA was 8,5 $\pm$ 8,9ng/dL. 31,7% of patients had permanent vesical catheter. The mean IPSS initial score was 18,4  $\pm$ 7 with 88,2% of patients referring high impact in their quality of life (QoL).

The mean Initial Qmax was 9,3 $\pm$ 5 ml/s and the mean PVR was 170 $\pm$ 230cc.

The mean operative time was 106,9 $\pm$ 41,4 minutes. The rate of intra-operative complications was 4,9%, mostly minor complications, with only one case of conversion to open surgery because of important haemorrhage and to remove big prostatic lobes

The mean of hospital stay was 1,7 $\pm$ 2,2 days. The mean vesical catheterization time was 33 $\pm$ 20 hours, with 71,7% of the patients removing the catheter in  $\leq$  24h. The postoperative complication rate was 20,3%: Clavien-Dindo (CD) Grade I 10,2%; CD Grade II 9,7%, including the transfusion rate of 7,2%; CD Grade IIIa 0,4% (1 case of endoscopic re-intervention to remove bladder clots).

There was a major positive impact across all the evaluated items during the follow-up:

Qmax (ml/s): Preoperative: 9,3; M1:21,8; M3:24,8; M6:24,9; M12:26,5

IPSS Score: Preoperative: 18,4; M1:10,3; M3:4,95; M6:4,8; M12:2,5

PVR (cc): Preoperative: 170; M1:24; M3: 21; M6:11; M12: 13

QoL (Non satisfaction %): Preoperative: 88,2; M1:22,2; M3:10,2; M6:5,6; M12:5,9

During the follow-up 3 patients needed endoscopic intervention because of bladder neck contracture, 1 patient was indicated for artificial urinary sphincter because of urinary incontinence.

**Conclusions:** The Holmium laser enucleation proved to be a safe surgical procedure in prostates  $\geq 80$ cc .It has a low rate of major complications and good objective and subjective postoperative outcomes. 94% of patients were very satisfied, suggesting that this approach could be considered as a first option in the treatment of these patients.

## C77

### RELAÇÃO DA SÍNDROME METABÓLICA COM A COMPOSIÇÃO DOS CÁLCULOS URINÁRIOS

Pedro Valente<sup>1</sup>; Hélder Castro<sup>1</sup>; Inês Pereira<sup>2</sup>; Fernando Vila<sup>1</sup>; Paulo Araújo<sup>1</sup>; Cristina Vivas<sup>1</sup>; Ana Silva<sup>2</sup>; Ana Oliveira<sup>2</sup>; Joaquim Lindoro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, <sup>2</sup>Unidade de Saúde Familiar Terras de Souza

**Introdução:** Estudos epidemiológicos têm associado a Síndrome Metabólica a um aumento do risco de litíase urinária. No entanto estes estudos não estratificaram a composição dos cálculos nestes doentes e ainda não se encontra claramente definido quais os principais componentes químicos que contribuem para um aumento da doença litíásica nos doentes com síndrome metabólica. A Síndrome Metabólica é definida pela da International Diabetes Federation como: Perímetro abdominal no Homem >94cm e Mulher ≥ 80cm e dois dos seguintes critérios: Triglicéridos >150mg/dL; Colesterol HDL 130/85mmHg; Glicemia em jejum >100mg/dL.

**Objetivos:** Analisar a relação entre a Síndrome Metabólica e a composição dos cálculos urinários.

**Material e métodos:** Estudo observacional, retrospectivo, de todas as análises de cálculos realizadas no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Penafiel – desde Janeiro de 2009 a Setembro de 2015.

Os doentes foram divididos em 2 grupos: Doentes com e sem Síndrome Metabólica de acordo com a última definição da International Diabetes Federation.

Os cálculos foram analisados usando espectroscopia de infravermelhos.

A análise estatística foi realizada usando o *software* SPSS 20.0.

**Resultados:** Foram identificadas 302 análises de cálculos urinários. 55,3% dos doentes eram mulheres e 44,7% eram homens. A idade média dos doentes foi 51 anos (Desvio Padrão (DP)± 14 ).

A Síndrome Metabólica foi diagnosticada em 20,5% dos doentes.

Foram identificados 7 compostos minerais diferentes. 51,6% (N=156) continham Oxalato de Cálcio, 41% (N=124) Fosfato de Cálcio, 37,7% (N=114) Ácido Úrico, 22,1% (N=67) Urato de Amónio, 9,6% (N=29) Fosfato Amónio Magnésio, 6,3% (N=19) Urato de Sódio e 1,3% (N=4) continham Cistina na sua composição.

O grupo de doentes com Síndrome Metabólica apresentava uma idade média superior (59,1 anos

(DP±12,7) vs 48,9anos (DP±13), p<0,001), não se tendo identificado diferenças estatisticamente significativas no que confere proporção entre géneros (p=0,264).

Os doentes com Síndrome Metabólica apresentaram uma maior proporção de cálculos com Ácido Úrico (66,1% vs. 30%, p<0,001) e de cálculos com Urato de Amónia (38,7% vs. 17%, p=0,001).

Os doentes sem Síndrome Metabólica apresentaram uma maior proporção de cálculos com Oxalato de Cálcio (58,8% vs. 24,2%, p<0,001) e de cálculos com Fosfato de Cálcio (46,7% vs. 19,4%, p<0,001).

**Conclusões:** Os doentes com Síndrome Metabólica apresentam uma maior proporção de cálculos compostos por Ácido Úrico e de cálculos compostos por Urato de Amónio, demonstrando a existência de uma relação estatisticamente significativa entre Síndrome Metabólica e estes tipos de cálculos. São necessários mais estudos para estabelecer se existe uma relação causal direta ou se esta relação se deve à existência de factores de risco em comum.

## C78

### SLING SUBURETRAL TRANSOBTURADOR NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO - EXPERIÊNCIA DE 8 ANOS DO SERVIÇO DE UROLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA

Pedro Valente; Cristina Vivas; Hélder Castro; Fernando Vila; Paulo Araújo; Joaquim Lindoro

Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

**Introdução:** A incontinência urinária feminina é uma patologia muito prevalente e com grande impacto na qualidade de vida das doentes. O advento dos slings suburetrais revolucionou o tratamento desta patologia pela mini-invasibilidade e eficácia demonstradas, existindo diversos dispositivos e técnicas cirúrgicas implementadas.

**Objetivos:** O objectivo deste trabalho é apresentar a casuística do serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa no tratamento cirúrgico de incontinência urinária (IU) feminina com o uso de sling suburetral transobturador (Monarc®-AMS)

**Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo, descritivo dos doentes com diagnóstico de IU tratados usando sling suburetral transobturador (Monarc®-AMS) no período compreendido entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2015.

Foi considerado sucesso terapêutico se ausência de incontinência ou uso de <1 penso por dia.

**Resultados:** No intervalo de tempo estudado (8 anos) foram tratadas 524 mulheres com IU, com idade média de 51,7anos (DP±9,8). Cerca de 38,6% apresentava IMC >30 Kg/m<sup>2</sup>. Relativamente às principais comorbilidades, cerca de 14,5% padecia de Diabetes Mellitus e 40,7% mencionava patologia psiquiátrica em tratamento. 15,8% das mulheres eram histerectomizadas. A média de partos vaginais foi 2,6( DP±1,5). Eram usados, em média, 3,3±1,3 pensos por dia e 32% referiam urgência miccional além da IU de esforço ainda que apenas 1/4 destas doentes apresentava Hiperatividade do Detrusor no estudo urodinâmico. O tempo operatório médio foi de 12 minutos, tendo sido usada anestesia geral em 86% dos casos e anestesia loco-regional nos restantes. Como intercorrências intra-operatórias, de referir perfuração vesical em 0,95% dos casos, resolvidas com algaliação.

Em 1,3% dos casos houve necessidade de reintervenção cirúrgica por falência terapêutica (em 1,14% dos casos repetiu-se o procedimento e em 0,19% dos casos foi realizada colpossuspensão de Burch via supra-púbica)

A complicação pós operatória mais relevante foi a retenção urinária, com necessidade de secção do sling via vaginal em 1,14% das doentes. De referir ainda extrusão do sling em 0,19% (N=1) cujo tratamento foi a sua remoção por via vaginal, com posterior correção da incontinência por colpossuspensão de Burch via laparoscópica, com sucesso terapêutico.

As queixas de urgência miccional resolveram em cerca de 65,8% dos casos e a taxa de urgência miccional de novo foi de 6,6%.

A taxa de sucesso após um único procedimento foi de 85,5%.

**Conclusão:** A correção cirúrgica da IU feminina com o uso de slings suburetrais transobturadores é uma técnica minimamente invasiva, com elevada taxa de sucesso, de rápida execução, com uma baixa frequência a de intercorrências e complicações operatórias.

C79

## IMUNOTERAPIA INTRAVESICAL ADJUVANTE COM BCG NO TRATAMENTO DO CARCINOMA DE CÉLULAS UROTELIAIS DA BEXIGA NÃO MÚSCULO-INVASIVO – FATORES PREDITORES DE RECORRÊNCIA E PROGRESSÃO

Sónia Ramos; João Soares; Sofia Lopes; Alberto Silva; Ana Ceboleira; Ricardo Cruz; Andrea Furtado; Peter Kronenberg; Pedro Bargão; Fernando Ribeiro; Pepe Cardoso; João Varregoso; Fernando Ferrito; Carrasquinho Gomes  
*Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.*

**Introdução:** O tratamento preconizado para o cancro da bexiga não músculo-invasivo de risco intermédio e alto consiste na imunoterapia intravesical com Bacillus Calmette-Guérin (BCG) após uma RTU-V completa. Este tratamento tem eficácia comprovada na diminuição da recorrência e progressão. No entanto, a toxicidade não desprezível da BCG e a grande heterogeneidade do curso clínico desta patologia têm imposto a necessidade de identificar fatores preditivos de resposta ao tratamento. Os modelos de estratificação do risco de progressão ou recorrência criados pela European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) e pelo Club Urológico Español de Tratamiento Oncológico (CUETO) são atualmente as duas ferramentas preditivas melhor estabelecidas para auxiliar as decisões terapêuticas.

**Objetivos:** Analisar os resultados nos doentes tratados na nossa instituição, entre 2010 e 2015, com BCG intravesical adjuvante após RTU-V completa de carcinoma urotelial vesical não músculo-invasivo, bem como identificar fatores preditores de recorrência e progressão.

**Material/métodos:** Análise retrospectiva dos doentes da nossa instituição submetidos, entre 2010 e 2015, a imunoterapia intravesical com BCG como tratamento adjuvante de carcinoma de células uroteliais da bexiga não músculo-invasivo. Foram excluídos os doentes que completaram menos de 6 instalações, os que não realizaram RTU-V completa previamente à imunoterapia e os que não detinham informação clínica disponível no processo clínico. Foram analisadas características demográficas dos doentes (género e idade), características do tumor (primário/recorrência, tamanho do maior tumor, multifocalidade, estadio (T) e grau do tumor, presença concomitante de carcinoma in situ (CIS)), número de instalações realizadas, e para cada doente foram calculados os *scores* da EORTC e

CUETO para recorrência e progressão. Analisou-se a relação destas variáveis com a recorrência e a progressão para doença musculó-invasiva.

**Resultados:** Dos 193 doentes submetidos a BCG foram incluídos 124 (78.2% de sexo masculino; idade média  $71.1 \pm 9.1$  anos) que cumpriam os critérios de inclusão. Durante o *follow-up* (tempo médio  $39.7 \pm 20.5$  meses) foram detetados 37 casos de recorrência (29%) e 15 casos de progressão (12%).

Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa entre o *score* EORTC e a recorrência tumoral ( $r=0.25$ ,  $p=0.005$ ) e entre os *scores* EORTC e CUETO e a progressão da doença ( $r=0.28$ ,  $p=0.02$  e  $r=0.17$ ,  $p=0.04$ , respetivamente). Já as variáveis demográficas e as características do tumor, individualmente, não se correlacionaram significativamente com a recorrência ou progressão. Em análise multivariada apenas o *score* EORTC se revelou preditor independente de recorrência (OR 1.3 95% IC 1.1-1.6,  $p=0.007$ ) e de progressão (OR 1.2, 95% IC 1.1-1.4,  $p=0.022$ ) na nossa amostra.

**Discussão/Conclusão:** Na nossa população de doentes confirmou-se a importância dos *scores* da EORTC e CUETO na avaliação inicial do carcinoma urotelial da bexiga não músculo-invasivo com indicação para imunoterapia com BCG, dada a sua correlação com a recorrência (*score* EORTC) e progressão (*scores* EORTC e CUETO). Esta avaliação, mais do que a análise isolada das características do doente e do tumor, pode servir de base para individualizar o *follow-up* dos doentes. A natureza retrospectiva desta análise, o número reduzido de doentes e o curto tempo de *follow-up* são limitações a ter em conta nos resultados demonstrados.

## C80

### QUAL O IMPACTO NA FUNÇÃO RENAL DA NEFRECTOMIA TOTAL E PARCIAL NO “MUNDO REAL”? ESTUDO NUMA POPULAÇÃO DE DOENTES INTERVENCIÓNADOS NO SERVIÇO DE UROLOGIA HOSPITAL SENHORA DE OLIVEIRA – GUIMARÃES

Pedro Passos; José Preza-Fernandes; Rui Versos; Carlos Guimarães; Vânia Grenha; Ricardo Ramires  
*Serviço de Urologia Hospital de Senhora da Oliveira, Guimarães*

**Objetivo:** Identificar o real impacto na deterioração da função renal após nefrectomia parcial e total nos doentes intervencciónados na nossa unidade

**Material e métodos:** O presente estudo incluiu todos os doentes submetidos a nefrectomia total (radical e simples) e parcial (laparoscópica e aberta) no Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães o período compreendido entre 1 de Janeiro de 2015 a 10 de Setembro de 2016. Foram identificados um total de 48 indivíduos que preenchiam os requisitos iniciais. Destes foram selecionados um total final de 33 indivíduos (os restantes foram excluídos por falta de informação). A consulta da informação clínica foi realizada com acesso aos processos clínicos físicos e electrónicos.

Quadro 1

Idade: Média: 60 anos [30-86 anos]

Sexo Feminino: n= 18 Masculino: 15

Hipertensão: Sim: n= 19 Não: n= 14

Diabetes: Sim: n= 7; Não: n= 26

Tabaco: Sim: n= 8; Não: n= 25

IMC: Mediana: 27.09 [20.20 – 47.75]kg/m<sup>2</sup>

Histologia: Maligna: n= 20 [Carcinoma de células claras: n=13 (39.4,1%); Carcinoma células renais papilar: n=4 (12.1%); Carcinoma células renais cromóforo: n=3 (9.1%)]; Benigna: 13

Nefrectomia total: n= 23 (Laparoscópica:19; Aberta: 4); Nefrectomia Parcial: n= 10 (Laparoscópica: 6; Aberta: 4)

Estadio de doença renal pré-cirurgia (segundo classificação da NKF ) Grupo 1 (DRC: 1 e 2): n= 25 Grupo 2 (DRC: 3a, 3b, 4 e 5): n=8

Estadio de doença renal pós-cirurgia (segundo classificação da NKF ): Grupo 1 (DRC: 1 e 2): n= 17 Grupo 2 (DRC: 3a, 3b, 4 e 5): n= 15

**Resultados:** Foram calculadas as taxas de filtração glomerular (TFG) pré e pós cirurgia, sendo os indivíduos classificados de acordo com os vários estadios de função renal (para melhor interpretação foram posteriormente agrupados em dois grupos em acordo com esta classificação: Pré e Pós op Grupo 1: Estadios 1 e 2 TFG>60ml/min; Pré e Pós op Grupo 2: Estadio 3a, 3b, 4 e 5 TFG.

Conforme esperado objectivou-se uma deterioração da função renal antes e após a cirurgia (TFG: 81.19ml/min vs 63.22ml/min,  $p < 5 \times 10^{-6}$ ). Existe igualmente uma pioria na classificação da função renal com a cirurgia (Pré op Grupo 1: n=25, Pré op Grupo 2: n=8; Pós op Grupo 1: n= 17; Pós op Grupo 2: n= 15;  $p=0,001$ ) Esta deterioração não foi influenciada pelas variáveis sexo ( $r= -0.104$ ,  $p= 0,572$ ), tamanho da massa renal removida ( $r=-0.096$ ,  $p=0.672$ ), Índice de Massa Corporal ( $r= -0.910$ ,  $p= 0,621$ ), hábitos tabágicos ( $r=$

0,08,  $p=0.966$ ) perdas hemáticas agudas durante a cirurgia ( $r=-0.207$ ,  $p=0.282$ ) ou existência de Diabetes prévia ( $p=0.292$ ), HTA prévia ( $p=$ ), Doença Cardíaca estrutural prévia ( $p=0.898$ ).

Nenhum doente atingiu uma TFG que impusesse necessidade de início de terapêutica de substituição renal. Todos os doentes que existiam previamente ou transitaram para o Grupo 2 (TFG < 60ml/min) foram encaminhados para consulta de medicina interna e nefrologia para orientação clínica.

**Conclusão:** O agravamento da função renal é um facto assumido para o pós operatório aquando uma nefrectomia total ou parcial. O grau desta deterioração é importante ser definido de modo a poder potenciar atitudes terapêuticas que permitam prevenir agravamentos futuros. Este estudo fortalece a atitude vigilante e interventiva do nosso serviço em atender a esta variável no pós operatório de todos os doentes submetidos a esta intervenção.

## C81

### ENDOMETRIOSE COMO CAUSA DE LUTS NA MULHER JOVEM

Francisco Fernandes; João Pina; Raquel João; Hugo Pinheiro; Pedro Baltazar; Gil Falcão; Fernando Calais; Fortunato Barros; Luís Campos Pinheiro  
*Centro Hospitalar de Lisboa Central*

**Introdução:** Endometriose consiste na presença de glândulas ou estroma endometrial em localizações anómalas fora da cavidade uterina. Esta patologia é mais frequente em jovens do sexo feminino (25-40 anos). Estima-se que possa afetar até 10% das mulheres em idade reprodutiva.

Diversas teorias tentam explicar a sua etiologia, sendo que a migração celular é a mais aceite ,envolvendo também fatores imunológicos e endócrinos.

A localização mais comum é na cavidade pélvica, particularmente nos ovários, nos ligamentos largos e na reflexão peritoneal ao nível do útero. O envolvimento do trato urinário é incomum, ocorrendo em apenas cerca de 1% dos casos. Destes, a bexiga é o órgão mais afetado representando 84% dos casos.

A endometriose vesical manifesta-se habitualmente com sintomatologia inespecífica do trato urinário, mimetizando frequentemente quadros de cistite. A hematúria associada aos ciclos menstruais é muito típica. O reconhecimento precoce desta entidade é fundamental para evitar a morbilidade daí decorrente.

**Descrição do caso:** Doente do sexo feminino, 43 anos, antecedentes de síndrome depressivo. Medicada habitualmente com escitalopram e anticoncepcional – drospirenona 3mg + etinilestradiol 0.02mg. Como antecedentes cirúrgicos refere rinoplastia aos 18 anos.

História de diversas idas à urgência por quadro de dor suprapúbica, disúria, hematúria macroscópica sem coágulos e polaquiúria. Dos exames complementares de diagnóstico efetuados apenas se destacava a presença de eritrocitúria na urina. O exame objetivo não revelava alterações. Durante estes episódios foi medicada com antibioterapia e anticolinérgicos com alívio sintomático. Eletivamente efetuou ecografia vesical que demonstrou pólipos com cerca de 27mm ao nível da parede posterior. A doente foi submetida a uma ressecção transuretral vesical cujo resultado histológico revelou endometriose vesical.

Após dois anos de seguimento, a doente apresenta-se assintomática e a RMN pélvica mostra pequena lesão de 2cm retroperitoneal compatível com endometrioma, sem evidência de recidiva vesical. Mantem medicação anticoncepcional e pretende engravidar num futuro próximo.

**Conclusão:** O envolvimento do trato urinário por endometriose é pouco frequente.

O tratamento da endometriose é difícil e pretende sobretudo obter controlo da sintomatologia e promoção da fertilidade. O tratamento envolve terapêutica médica, cirúrgica ou ambos. A terapêutica cirúrgica envolve a ressecção de implantes endometriais, bem como aderências peritoneais restituindo a anatomia pélvica. A terapêutica médica envolve a supressão da menstruação.

O reconhecimento desta entidade é importante no diagnóstico diferencial de LUTS de predomínio durante o ciclo menstrual nas mulheres em idade reprodutiva.

## C82

### CARCINOMA DE CÉLULAS RENAI METASTIZADO – RESULTADOS DO TRATAMENTO COM SUNITINIB

Maria José Freire; Ana Marinho; Paulo Azinhais; Miguel Eliseu; Belmiro Parada; Pedro Nunes; Álvaro Brandão; Vítor Dias; Arnaldo Figueiredo  
*Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

**Introdução:** O aparecimento dos inibidores da tirosina quinase constituiu um marco no tratamento de doentes com carcinoma de células renais metastizado (CRRm), uma vez que as terapêuticas anteriormente disponi-

veis eram escassas. O objetivo de tratamento destes doentes é prolongar a sobrevivência, mantendo uma boa qualidade de vida.

**Objetivos:** Caracterização dos doentes com CCRm, assim como avaliação dos resultados terapêuticos de doentes tratados com sunitinib.

**Materiais e métodos:** Os autores avaliaram retrospectivamente 73 doentes com CCRm submetidos a terapêuticas dirigidas, dos quais 69 foram tratados com sunitinib, no CHUC, entre Janeiro de 2007 e Junho de 2016, através de consulta de processos clínicos.

**Resultados:** Dos 73 doentes, 63 (86.3%) eram do sexo masculino e 10 (13.7%) do sexo feminino, com uma média de idades de  $59.2 \pm 10.9$  (16-80) anos. Fatores de risco como HTA, tabaco, uso de diuréticos e obesidade estavam presentes em 48%, 25%, 13% e 11% dos doentes, respetivamente. O diagnóstico foi incidental em 46.4% dos casos, sendo que nos 54.6% de doentes com clínica os sintomas mais frequentes eram a massa palpável (17%) e a lombalgia (14.6%). Metastização ao diagnóstico estava presente em 53.2% dos doentes (Óssea: n=6 (18.2%); pulmonar: n=18 (54.5%); cerebral: n=4 (12.1%); hepática: n=11 (33.3%); ganglionar: n=7 (21.2%); outras: n=8 (24.2%). Dos 94.5% tratados cirurgicamente, 84.9% foram submetidos a nefrectomia radical (64.4% aberta e 20.5% laparoscópica), 8.2% a nefrectomia parcial (4.1% aberta e 4.1% laparoscópica) e 1.4% a nefrectomia radical bilateral. Foi efectuada linfadenectomia em 24.7%, exérese de trombo da veia cava inferior em 4.1% e metastasectomia hepática em 4.1% dos doentes. Os tipos histológicos mais frequentes foram CCR de células claras em 71% e CCR papilar em 10% dos casos. Grau de Furhman 3 estava presente em 51.4% dos doentes. Dos 67 doentes elegíveis para classificação pelos critérios de Motzer, 25.5% eram de baixo risco, 71.7% de risco intermédio e 2.9% de alto risco. Como primeira linha terapêutica foi utilizado o sunitinib, o pazopanib e o temsirolimus em 68, 4 e 1 doentes, respetivamente. Sete doentes fizeram terapêutica de segunda linha, 5 com axitinib, 1 com sunitinib e 1 com everolimus. Apenas 2 doentes realizaram terceira linha terapêutica com everolimus. Os doentes submetidos a terapêutica com sunitinib, tiveram como principais efeitos adversos alterações gastrointestinais (58.7%), hipotiroidismo (54.3%) e astenia (52.2%), tendo-se verificado uma taxa de resposta objetiva de 56% (n=28/50). Destes, 6.0% (n=3) apresentaram resposta completa e 50% (n=25) resposta parcial. A

mediana de sobrevivência global (OS) dos doentes, de médio e baixo risco tratados com sunitinib, foi 19.1 meses, apesar de se verificarem 7 longos sobreviventes (>80 meses).

**Discussão/Conclusões:** A taxa de resposta objetiva, assim como os efeitos adversos da terapêutica com sunitinib no CCRm estão de acordo com a literatura. Apesar de termos longos sobreviventes, os doentes referenciados com longa evolução de metastização poderão ter contribuído para que a OS tenha sido ligeiramente inferior à descrita por Motzer *et al.*

## C83

### 1 EM 30 MILHÕES: AFALIA CONGÉNITA DO RECÉM-NASCIDO À IDADE ADULTA

Sara Vaz Rodrigues; Sofia Morão; Fátima Alves; Rui Alves; João Pascoal

*Hospital Dona Estefânia, CHLC*

**Introdução:** A afalia congénita é uma malformação complexa e extremamente rara, com uma incidência de 1 em cada 30 milhões de indivíduos. Os doentes 46XY com afalia congénita devem ser tratados com base em protocolos contemporâneos como indivíduos do sexo masculino, o que faz com que se coloquem novos desafios no que diz respeito à cirurgia reconstrutiva peniana em idade pediátrica.

Apresenta-se o caso de uma criança portadora de afalia congénita submetida a faloplastia com retalho cutâneo actualmente com 10 anos.

**Descrição do caso:** Prematuro de 34 semanas, ao exame objectivo do recém-nascido constata-se afalia congénita, presença de 2 testículos nas bolsas escrotales e anús localizado junto à rafe mediana, sub-escrotal. Em D1 de vida, pela presença de fistula recto-uretral foi submetido a colostomia esquerda diversiva. Aos 18 meses de vida foi submetido a anorectoplastia por via sagital posterior para laqueação da fistula, uretrotomia proximal com retalho de pele escrotal (ficando o meato em localização supra-escrotal) e faloplastia partir de um retalho de pele quadrangular abdominal com base supra-púbica – técnica cirúrgica desenvolvida pelo Dr. Roberto De Castro.

O pós-operatório decorreu sem intercorrências.

O doente tem actualmente 10 anos e o resultado estético é bastante satisfatório.

**Discussão:** Nos dias de hoje é amplamente consensual que estes doentes devem ser tratados como indivíduos do sexo masculino, apesar de esta opção re-

presentar um desafio cirúrgico muito mais complexo. Nos casos de afalia congénita acreditamos que a faloplastia precoce tem importância crucial no desenvolvimento psico-social da criança pela melhoria da imagem corporal.

Pelo facto de o pénis ser um órgão altamente complexo, a reconstrução peniana continua a ser um dos maiores desafios urológicos. Qual a altura ideal e qual o tipo de intervenção, continuam a ser perguntas para as quais não existem respostas definitivas e neste sentido é essencial uma colaboração estreita entre a Cirurgia Pediátrica e a Urologia de adultos.

## C84

### CRIOABLAÇÃO PERCUTÂNEA GUIADA POR TC NA ABORDAGEM DE PEQUENOS TUMORES RENAI: A EXPERIÊNCIA CLÍNICA DO CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

Daniela Pereira; Tiago Pereira\*; Luís Costa; Pedro Costa; Raquel Rodrigues; Luís Ferraz

*Serviço de urologia*

*\*Serviço de Radiologia*

*Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho*

**Introdução:** A incidência de carcinoma de células renais tem vindo a aumentar nas últimas décadas, justificado pela maior disponibilidade de métodos de imagem tais como a tomografia computadorizada (TC), ecografia ou ressonância magnética (RM). A maioria destes tumores renais surge como achados incidentais em doentes assintomáticos e apresentam-se como massas de pequena dimensão, em estádios mais precoces.

Apesar da nefrectomia (parcial ou total) ser ainda considerada o tratamento de primeira linha de pequenos tumores renais, o seu carácter invasivo comporta uma maior morbidade e maior risco de perda de função renal. Em doentes com alto risco cirúrgico, tratamentos minimamente invasivos, entre os quais a crioterapia percutânea surgem como uma alternativa atrativa à cirurgia.

**Objetivos:** Este trabalho pretende analisar a experiência do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho no uso da crioterapia guiada por TC no tratamento de pequenos tumores renais.

**Métodos:** Seis doentes com diagnóstico de tumor renal, maus candidatos cirúrgicos, foram submetidos a crioterapia guiada por TC no nosso centro hospitalar. A decisão sobre a realização da crioterapia resultou

da avaliação conjunta do urologista e do radiologista de intervenção. Todos os doentes foram submetidos a biópsia percutânea, seguida de crioblação, sob sedação anestésica. O seguimento a longo prazo foi realizado através de TC com administração de contraste.

**Resultados:** A maioria dos tumores renais incluídos nesta série foram diagnosticados de forma incidental em doentes assintomáticos, com exceção de um dos doentes no qual a aquisição do exame de imagem foi motivado pela presença de hematuria assintomática isolada.

Todos os casos foram discutidos em Reunião de Serviço de Urologia e de Grupo Oncológico. A escolha da crioterapia em detrimento do tratamento cirúrgico foi determinada pela idade avançada nos 5 casos estudados, em que a idade média foi de 80,2 anos, e pela presença de um ou mais fatores de risco cardiovascular em 100% dos doentes. Apenas um dos doentes incluídos nesta série apresentava diminuição da TFG à data do diagnóstico e no período estudado nenhum dos doentes desenvolveu deterioração da função renal após o procedimento.

A realização da ablação tumoral por crioterapia foi realizada por um imagiologista de intervenção, sem registo de complicações major durante ou após o procedimento. A média de seguimento dos doentes foi de 21 meses. Até à data, a totalidade dos doentes apresentou bom controlo local da doença, sem nenhum caso de recorrência do tumor ou evidência de doença metastática.

**Conclusão:** A maior esperança média de vida da população associada ao amplo recurso a métodos de imagem para diagnóstico contribuiu para o aumento da incidência de pequenos tumores renais em doentes de elevado risco cirúrgico. Neste contexto, a crioterapia percutânea surge como uma técnica fiável e segura. Apesar dos dados disponíveis nesta série não serem estatisticamente significativos para a sua extrapolação à generalidade dos doentes, abrem caminho à realização de estudos adicionais para a consolidação dos resultados.

## C85

### BIÓPSIA PROSTÁTICA TRANS-RECTAL: SERÃO 12 FRAGMENTOS O SUFICIENTE?

André Marques Pinto; Daniel Oliveira Reis; Diogo Nunes Carneiro; Diogo Gil Sousa; Manuel Castanheira de Oliveira; Avelino Fraga; Luís Osório  
*Centro Hospitalar do Porto*

**Introdução:** O adenocarcinoma da próstata é a forma

de cancro mais frequente entre os homens. Deste modo, constitui um importante problema de Saúde Pública. O toque rectal e o doseamento dos níveis de antígeno específico da próstata (PSA) podem levantar a suspeita da presença desta neoplasia, mas o diagnóstico definitivo é estabelecido pela análise histológica do produto de biópsia prostática, geralmente por via trans-rectal (BPTR). As principais instituições internacionais recomendam a obtenção de 12 fragmentos da zona periférica da próstata. No Centro Hospitalar do Porto (CHP), as BPTR incluem 16 fragmentos de zona periférica.

**Objetivo:** Com este trabalho, pretendemos avaliar o benefício diagnóstico da colheita destes 4 fragmentos extra.

**Material e métodos:** Estudo longitudinal, incluindo todas as BPTR realizadas no CHP entre janeiro/2013 e dezembro/2015, que compara, a nível do indivíduo, o resultado de 12 fragmentos com o resultado de 16 fragmentos, ajustado para factores clínicos, analíticos e demográficos, segundo modelos de regressão multivariada.

**Resultados:** No período em apreço, foram realizadas 777 BPTR (23,7% constituem repetição de BPTR) em homens com 65,8 anos (DP=8,1), com PSA de 12,3ng/mL (DP=40,0) e densidade de PSA de 0,24ng/mL<sup>2</sup> (DP=0,68), estando 13,5% sob efeito de um inibidor da 5  $\alpha$  redutase. O toque rectal foi considerado suspeito em 42,7% dos casos. Não foram detectadas alterações em 54% das BPTR. De acordo com grupos histológicos da Sociedade Internacional de Patologia Urológica (SIPU), foram diagnosticados 60 casos do grupo 1, 102 do grupo 2, 57 do grupo 3, 69 do grupo 4 e 25 do grupo 5. Foram ainda reportados 31 diagnósticos de atypical small acinar proliferation (ASAP). Utilizando um modelo multivariado, verificou-se uma associação positiva entre adenocarcinoma da próstata e idade avançada ( $p < 0,001$ ), alta densidade de PSA ( $p < 0,001$ ) e toque rectal suspeito ( $p = 0,026$ ). Pelo contrário, verificou-se menor detecção de neoplasia nos casos de repetição da BPTR ( $p < 0,001$ ), apesar de 22,2% permitirem o diagnóstico de neoplasia que não havia sido diagnosticada em BPTR prévias. Estas relações mantiveram-se, estratificando para os 5 grupos da SIPU. Em 18 casos (2,3%), foram detectadas alterações apenas nos 4 fragmentos extra: 11 ASAP, 1 do grupo 1 da SIPU, 2 do grupo 2 e 4 do grupo 4. Destes (após repetição de BPTR nos casos de ASAP), 10 foram propostos para tratamento com intuito curativo (6 sub-

metidos a prostatectomia radical, 3 a tratamento não cirúrgico e 1 que perdeu seguimento).

**Conclusões:** Na nossa experiência, a colheita de 16 fragmentos de BPTR permitiu aumentar o diagnóstico de adenocarcinomas clinicamente significativos, possibilitando um tratamento adequado, sem aumentar de forma clara a morbilidade associada ao procedimento. Novos estudos, com maiores amostras e maior tempo de seguimento, poderão investigar o impacto clínico destes 4 fragmentos extra, não só a nível do diagnóstico, mas também a nível da sobrevida destes homens.

## C86

### ACCURACY OF PROSTATE MULTIPARAMETRIC MRI: MP MRI (3T) IN THE PRE-OPERATIVE STAGING OF PROSTATE CANCER

Adalgisa Guerra<sup>1</sup>; Rui Formoso<sup>2</sup>; Raquel Ilgenfritz<sup>3</sup>; Kris Maes<sup>2</sup>; Augusto Gaspar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Imagiologia - Hospital da Luz; <sup>2</sup>Serviço de Urologia - Hospital da Luz; <sup>3</sup>Serviço de Anatomia Patológica - Hospital da Luz

**Purpose:** The purpose of this study was to determinate the accuracy of prostate multiparametric MRI: mp MRI (3T) in the pre-operative staging of prostate cancer (Pca) in a group of patients treated with robotic assisted radical prostatectomy (RARP).

**Methods and materials:** The cohort consisted of 100 patients underwent robotic assisted radical prostatectomy during 2014 and 2015. All patients had been submitted to mp MRI 3T with ESUR protocol for staging of prostate cancer, in advance. The clinical T stage was obtained both by MRI and compared with the pathological T stage from the prostatectomy specimen.

The MR results were classified as T2 (without EPE: extra-prostatic extension), T2i (indeterminate: with EPE equivocal) T3a (measurable extra-capsular disease) and T3b (with SVI: seminal vesicle infiltration) according to the images interpretation on T2 axial, coronal and sagittal WI. These results were compared with the histological findings after RARP for local Pca staging: without EPE (T2), EPE (T3a), SVI (T3b), R1: positive surgical margins and R0: negative surgical margins.

**Results:** From 100 patients 73 were correctly diagnosed by MRI as T2 (true negatives), 18 as T3 (true positives). 2 patients were overdiagnosed by MRI (false positives) and 7 were underdiagnosed (false negatives). Form the false negatives the majority were T2i on MRI and had prostatectomy with negative surgical margins.

*All pT2 tumours were operated with 0% positive surgical margin rate. The sensibility and specificity of MRI to diagnose T3a (EPE) was 72% and 97%, respectively. The accuracy for local staging was 91%.*

**Conclusions:** *We have concluded that, in our study, the mp MRI is an accurate method for staging of localized prostate cancer, suggesting that preoperative mp MRI can help the surgeon to obtain better oncological outcome.*

## C87

### TUMOR TESTICULAR BILATERAL SÍNCRONO EM DOENTE JOVEM COM DIAGNÓSTICO DE TUMOR DA PRÓSTATA METASTIZADO

Pedro Melo; Francisco Campos; David Botelho;  
Carlos Monteiro; Matos Pereira  
*Serviço de Urologia - Hospital de Cascais*

**Introdução:** O tumor da próstata é o tumor sólido mais frequente em homens com idade superior a 50 anos, sendo raro abaixo desta idade. Por sua vez, os tumores testiculares são as neoplasias sólidas mais frequentes em doentes do sexo masculino com idade inferior a 40 anos.

Com a introdução do doseamento do PSA a incidência de diagnósticos inaugurais de tumores da próstata metastizados diminuiu nas últimas décadas, tendo-se verificado um aumento dos tumores localizados ou localmente avançados.

A incidência de Tumores de Células Germinativas bilaterais é de aproximadamente 2%, sendo que os casos de envolvimento síncrono é menos frequente do que os de envolvimento metácrono, e a possibilidade de envolvimento do testículo contra-lateral é maior nos doentes mais jovens e nos casos Seminomatosos.

**Objetivo:** Descrição de caso clínico raro de doente jovem com diagnóstico de carcinoma da próstata metastizado e posterior diagnóstico de tumor testicular bilateral síncrono.

**Material e métodos:** Apresentação de caso clínico sob a forma de cartaz.

**Resultados:** Caso clínico de doente do sexo masculino, caucasiano, diagnosticado aos 42 anos em 2014 com Adenocarcinoma da próstata, Gleason 9 (4+5), com metastização ganglionar e óssea, a partir de biópsia de adenopatia cervical. Realizou Quimioterapia de primeira linha com Docetaxel, mas por progressão da doença, iniciou esquema de segunda linha de quimioterapia com Cabazitaxel.

Durante o seguimento, em Novembro de 2015, o doente notou aumento do volume testicular, tendo realizado ecografia escrotal que revelou várias áreas hipoeogénicas suspeitas de neoplasia, pelo que foi realizada biópsia testicular, cujo diagnóstico histológico revelou tratar-se de “Tumor de Células Germinativas tipo Seminoma Clássico”. Foi submetido a Orquidectomia Radical bilateral, tendo falecido no período pós-operatório por quadro séptico. O diagnóstico histológico das peças de Orquidectomia revelaram: “Tumor de Células Germinativas tipo Seminoma Clássico, com angioinvasões, invasão dos epidídimos e túnica albugínea, sem invasão da túnica vaginal nem do cordão – pT2.”.

**Conclusão:** Trata-se de um caso clínico raro, dado o diagnóstico de tumor da próstata metastizado à altura do diagnóstico ser infrequente na actualidade, principalmente em homens de idade inferior a 50 anos, e também pelo facto de os tumores testiculares síncronos serem relativamente incomuns. A associação destas duas condições confere um carácter excepcional ao caso descrito.

## C88

### TUMORES DO PÉNIS – CASUÍSTICA DO SERVIÇO DE UROLOGIA DO HOSPITAL DE CASCAIS: 2013 – 2016

Pedro Melo; Francisco Campos; David Botelho;  
Carlos Monteiro; Matos Pereira  
*Serviço de Urologia do Hospital de Cascais*

**Introdução:** O tumor do pénis é uma patologia relativamente rara no Mundo Ocidental, com uma incidência de cerca de 1 caso por cada 100000 homens (0,00001).

A incidência do tumor do pénis aumenta com a idade, sendo que a incidência máxima ocorre, em várias séries, à sexta década de vida.

Existem vários factores que parecem influenciar a incidência da patologia, nomeadamente a prática de circuncisão, a presença ou não de fimose, a promiscuidade sexual, a infecção pelo Vírus do Papiloma Humano, a existência de lesões pré-malignas, exposição ao tabaco entre outros factores.

Do ponto de vista histológico, a maioria das lesões correspondem a Carcinomas Pavimento-Celulares.

O diagnóstico baseia-se na realização mandatória de biópsia da lesão peniana, e o tratamento assenta em dois pilares: o tratamento da lesão peniana e a ablação dos gânglios linfáticos inguinais. No que con-

cerne ao tratamento da lesão primária, os tratamentos variam de acordo com o estadiamento: tratamentos tópicos, ablação por LASER, Radioterapia, Penectomia Parcial e Penectomia Radical. Em relação aos gânglios linfáticos, a actuação baseia-se no facto de os gânglios inguinais serem ou não palpáveis, na estratificação do risco tumoral e, em casos seleccionados, no facto de ocorrer envolvimento dos gânglios inguinais previamente estadiados.

**Objectivo:** Este trabalho tem como objectivo descrever a casuística do Serviço de Urologia do Hospital de Cascais no que concerne ao tratamento dos tumores do pénis no período compreendido entre 2013 e 2016.

**Material e Métodos:** Análise dos doentes com o diagnóstico de tumores do pénis tratados pelo Serviço de Urologia do Hospital de Cascais no período compreendido entre 2013 e 2016.

**Resultados:** No período de análise definido foi possível constatar a realização de 5 Penectomia Parciais e 1 Penectomia Radical.

A média dos doentes à data do diagnóstico é de 67,8 anos.

Cálculo de incidência: 2 casos/ano; Área de influência do Hospital de Cascais: 206429 – 96873 homens (CENSUS – 2011);  $2/96873 = 0,00002$  casos/100000 homens.

O doente submetido a Penectomia Radical apresentava um diagnóstico de Carcinoma Pavimento Celular, bem diferenciado, estadiamento pT3. Este doente foi submetido a linfadenectomia inguinal modificada bilateral, não se tendo verificado metastização ganglionar.

Em relação aos doentes submetidos a Penectomia Parcial, todos os casos corresponderam histologicamente a Carcinomas Pavimento-Celulares. Dois doentes foram submetidos a Linfadenectomia Inguinal modificada por apresentarem estadiamento pT3, não tendo sido constatado envolvimento ganglionar (pN0).

**Discussão/Conclusões:** Os tumores do pénis são uma patologia rara no Mundo Ocidental. O seu diagnóstico é estabelecido mandatoriamente por uma biópsia da lesão peniana, e o seu tratamento visa o controlo dessa mesma lesão, quer um controlo dos gânglios linfáticos regionais.

A análise casuística do Serviço de Urologia do Hospital de Cascais permite verificar a existência de uma incidência superior às descritas noutras séries: 0,00002 *versus* 0,00001.

Em relação à análise dos diagnósticos histológicos verifica-se uma concordância entre as outras séries,

dado todos os casos corresponderem a Carcinomas Pavimento Celular.

Em termos cirúrgicos, realizaram-se 5 Penectomias Parciais, 1 Penectomia Radical e 3 Linfadenectomias Inguinais modificadas.

## C89

### CISTECTOMIA RADICAL POR TUMOR VESICAL – VALOR PROGNÓSTICO DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ANALÍTICAS E PATOLÓGICAS

Prata R.\*; Lourenço M.; Parada B.; Figueiredo A.

*Serviço de Urologia e Transplantação Renal – CHUC*

*\*Estudante do Mestrado Integrado em Medicina - FMUC*

**Objectivo:** Análise retrospectiva do valor prognóstico de fatores clínicos, bioquímicos e anatomopatológicos pré-cistectomia radical (CR) por tumor urotelial vesical.

**Métodos:** Consulta de processos de 184 doentes submetidos a CR entre 1-1-2005 e 28-2-2015. Avaliação do valor prognóstico (sobrevivência global, sobrevivência livre de doença, tempo de internamento, complicações perioperatórias, taxa de reinternamento) de dados demográficos/clínicos (idade, género, consumo de tabaco, tempo entre RTU-V e CR), valores laboratoriais pré-CR (albumina, creatinina, hemoglobina, PCR) e anatomopatológicos (estadiamento após RTU-V e após CR). Análise estatística com SPSS 20®.

**Resultados:** Dos 184 doentes, com idade média de 67,9 (38-86) anos, 147 (79,9%) foram intervenções por tumor urotelial musculo-invasivo. Após a cistectomia, o tempo de seguimento médio foi de 22,5 meses. A taxa de sobrevivência aos 12 meses e aos 5 anos foi de 76,3% e 44,9%, respectivamente, sendo a taxa de sobrevivência livre de doença aos 5 anos de 37,4%. O tempo médio para recorrência foi de 14,9±16,3 meses.

Factores prognósticos relacionados com: (a) Resultados perioperatórios: Valores séricos de hemoglobina  $\geq 10,5$  g/dl, albumina  $\geq 3,5$  g/dl e creatinina  $\leq 1,2$  mg/dl pré-CR associaram-se a menor mortalidade perioperatória ( $p \leq 0,01$ ) e complicações perioperatórias ( $p \leq 0,05$ ). Valores elevados de creatinina sérica apresentam maior taxa de deiscência da ferida operatória ( $p=0,007$ ), que foi o motivo mais frequente de reintervenção cirúrgica no internamento. (b) Resultados oncológicos na peça operatória de cistectomia: fumadores apresentam mais invasão ganglionar tumoral na peça operatória ( $p=0,01$ ). A presença de hematuria macroscópica ao diagnóstico condicionou menor ups-

taging ( $p=0,016$ ), menos margens tumorais invadidas na peça de cistectomia ( $p=0,045$ ) e ausência de doença metastática ( $p=0,025$ ). Estadiamento  $\geq pT3$  na última RTU-V pré-CR mostrou uma maior percentagem de gânglios invadidos ( $p=0,03$ ). Valores baixos de hemoglobina e albumina e valores elevados de creatinina e PCR pré-CR, associaram-se globalmente a mau prognóstico na avaliação oncológica pós-CR. c) Resultados oncológicos a longo prazo: hematuria macroscópica ao diagnóstico inicial e valores “normais” de hemoglobina, albumina creatinina e PCR pré-CR, determinaram melhor sobrevivência livre de doença ( $p=0,112$ ;  $p=0,021$ ;  $p=0,041$ ;  $p<0,001$ ;  $p=0,012$ , respetivamente. Hemoglobina e albumina séricas diminuídas antes da CR foram preditores de maior taxa de recorrência tumoral ( $p=0,019$ ;  $p=0,021$ ).

**Conclusão:** A presença de hematuria ao diagnóstico e valores pré-operatórios próximos da normalidade de hemoglobina, creatinina, albumina e PCR relacionam-se com o prognóstico global de doentes com tumor vesical musculoinvasivo sujeito a CR.

## C90

### CARCINOMA INCIDENTAL DA PRÓSTATA (ESTÁDIO T1a-T1b): OPÇÕES TERAPÊUTICAS

Lourenço M.; Eliseu M.; Dinis P.; Parada B.; Figueiredo A.  
*Serviço de Urologia e Transplantação Renal – CHUC*

**Introdução:** A melhor abordagem terapêutica no Carcinoma Incidental da Próstata (CIP) após resseção transuretral da próstata (RTUP) por Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP) é controversa.

**Objetivos:** Descrever a incidência de CIP e as diferentes opções terapêuticas realizadas. Avaliar a melhor opção terapêutica no CIP.

**Métodos:** Avaliados 479 resultados histopatológicos de RTU-P por HBP entre 1-1-2006 e 30-6-2013 num Hospital Terciário. Identificados 34 doentes com CIP. Caracterização da amostra em relação à idade, comorbilidades, PSA pré-RTUP, volume prostático estimado, Gleason na peça operatória de RTUP, tratamento realizado, recorrência, morte e morte relacionada com a doença. Análise estatística com SPSS 20®.

**Resultados:** A incidência de CIP foi de 7,1% ( $n=34$ ), sendo 47,1% ( $n=16$ ) T1a e 52,9% ( $n=18$ ) T1b. A idade média foi de 69,8 anos (45-87), o PSA médio de 3,5 ng/ml (0,1-12,0) e o volume prostático estimado médio de 37,3 cc (17-60). Em relação às comorbilidades, 35,3% eram diabéticos ( $n=12$ ), 17,6% eram doentes renais

crónicos ( $n=6$ ), 17,6 % tomavam imunossuppressores ( $n=6$ ) e 8,8% realizaram resseção transuretral de neoplasia vesical concomitante ( $n=3$ ). 64,7% ( $n=22$ ) dos doentes apresentaram *score* de Gleason  $\leq 6$  na avaliação histológica da RTUP. O Watchful Waiting (WW) foi a abordagem escolhida em 32,4% ( $n=11$ ) dos doentes, seguido da Prostatectomia Radical (PR) e da Vigilância Activa (VA), ambas em 20,6% ( $n=7$ ). A opção terapêutica variou com a idade, sendo a PR o tratamento mais escolhido em doentes com  $\leq 70$  anos (41,2%;  $n=7$ ) e o WW em doentes com  $> 70$  anos (64,3%;  $n=9$ ). Para um *follow-up* médio de 51,82 meses, a recorrência foi 5,9% ( $n=2$ ), nenhum doente morreu relacionado com a doença e a mortalidade global foi de 20,6% ( $n=7$ ).

**Discussão e conclusão:** A incidência de CIP está de acordo com a literatura internacional, embora o estadiamento de Gleason após RTUP seja superior ao esperado. Os valores de recorrência e mortalidade são baixo no CIP. As dimensões da amostra não permitem comparar a eficácia das diferentes opções de seguimento/tratamento após diagnóstico.

## C91

### LINFADENECTOMIA PÉLVICA BILATERAL EM DOENTES COM CARCINOMA DA PRÓSTATA GLEASON 6

Lourenço M.; Carvalho J.; Eliseu M.; Dinis P.; Parada B.; Figueiredo A.

*Serviço de Urologia e Transplantação Renal – CHUC*

**Introdução:** A Linfadnectomia Pélvica Bilateral (LFPB) não está indicada em doentes com CaP localizado de baixo risco, devendo ser realizada a partir do risco intermédio quando a probabilidade de gânglios positivos é superior a 5%. Na prática clínica, muitos urologistas realizam a LFPB de forma sistemática em todos os doentes, seja por um descrito no *score* de Gleason da biopsia prostática (BP), seja para um melhor estadiamento ganglionar.

**Objetivos:** Avaliar o número de gânglios positivos após LFPB em doentes com Gleason 6 na BP. Avaliar se existe relação entre a realização de LFPB e a necessidade de Radioterapia (RT) adjuvante e a taxa de recorrência da doença.

**Métodos:** Consulta dos processos clínicos de 189 doentes com BP Gleason 6 sujeitos a Prostatectomia Radical (PR) entre 1-7-2008 e 31-12-2015 num Hospital Terciário. Caracterização descritiva dos dados

clínicos e histológicos na BP e na peça operatória dos doentes que realizaram LFNB (Grupo 1), em comparação com os que realizaram apenas PR (Grupo 2). Os factores avaliados foram: idade, PSA pré-BP, número de cores positivos, bilateralidade na BP, percentagem de tumor na BP, Gleason pós-PR, volume da peça operatória, estadiamento T, margens cirúrgicas e número de gânglios excisados. Avaliação do efeito da LFNB na necessidade de terapia adjuvante com RT e na taxa de recorrência da doença. Análise estatística com SPSS 20®.

**Resultados:** 82 doentes realizaram LFPB (43,4%). O PSA médio do Grupo 1 e 2 foram de 14,55 ng/mL (5-30) e 7,47 ng/mL (4-11), respectivamente ( $p < 0,001$ ). Nenhum outro factor clínico ou histológico diferiu entre os dois grupos. O número médio de gânglios removidos foi de 8,9 (2-23), sendo que nenhum gânglio foi positivo para CaP na avaliação histopatológica.

A percentagem de doentes com necessidade de RT adjuvante e de recorrência no Grupo 1 foi de 8,5% e 14,6%, sendo no Grupo 2 de 1,9% e 13,1%, respectivamente. A realização de LFPB não se relacionou com a necessidade de RT adjuvante/recorrência ( $p = 0,149$ ). Valores de PSA  $> 20$  ng/mL, independentemente da realização de LFPB, relacionaram-se com a necessidade de RT adjuvante/recorrência ( $p = 0,047$ ). O tempo médio de seguimento foi de 42,15 meses.

**Discussão e conclusão:** Nesta série, nenhum doente com Gleason 6 apresentou gânglios positivos após LFPB. A opção por LFPB relacionou-se com o valor de PSA pré-BP. O número médio de gânglios de 8,9 é ligeiramente inferior ao expectável, provavelmente em relação com LFPB menos alargadas nos primeiros anos da série apresentada e pela opção do cirurgião em limitar a extensão da LFPB pelo baixo risco dos doentes. Os dados apontam para uma concordância com as linhas de orientação internacional sobre as indicações para realização de LFPB.

## C92

### RETIRADO

## C93

### RETIRADO

## C94

### CISTECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EM LEIOMIOMA DA BEXIGA

Sofia Santos Lopes<sup>1</sup>; Sanches Magalhães<sup>2</sup>;

Vitor Moreira da Silva<sup>2</sup>; Jorge Oliveira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E.; <sup>2</sup>Serviço de Urologia, Instituto Português de Oncologia do Porto

**Introdução:** Os leiomiomas da bexiga são tumores benignos mesenquimatosos e representam menos de 0,43% de todos os tumores da bexiga.<sup>1</sup> Podem ser sub-mucosais (7%), intra-vesicais (63%) ou extra-vesicais (30%), variando, por isso, a sua apresentação clínica.<sup>1</sup> Alguns casos são assintomáticos enquanto que outros se apresentam sob a forma de sintomas obstructivos, irritativos ou hematuria, por ordem de frequência.<sup>1,2</sup>

O melhor método imagiológico para a sua caracterização é a ressonância magnética, com sinal intermédio em sequências T1 e baixa intensidade em sequências T2. Já a captação de contraste é variável, podendo captar contraste homogeneamente ou ligeiramente apenas.<sup>1,3</sup>

O tratamento de escolha é a excisão radical, seja por cistectomia parcial ou ressecção transuretral da bexiga, podendo esta última resultar em recidiva em até 18% dos casos.<sup>1</sup> Até à data não estão descritos casos de malignização.<sup>2</sup>

**Métodos:** Doente do sexo masculino, 46 anos, com antecedentes de litíase renal, observado em consulta de urologia após o diagnóstico incidental de tumor da bexiga em ecografia vesical de ambulatório, realizada no contexto de cólica renal. Negava consumo de tabaco. Na uretroscopia observou-se a presença de zona nodular da parede posterior, com cerca de 1,5 cm e revestida por mucosa vesical sem alterações. Realizou RM pélvica, que revelou formação nodular na parede póstero-superior da bexiga, ao nível da linha média, com 15mm de contornos regulares e com ligeira captação de contraste, traduzindo neoformação da camada muscular. Foi proposto para cirurgia de exérese, por via laparoscópica.

**Resultados:** Submetido a cistectomia parcial por via laparoscópica transperitoneal, abordagem transvesical. Foram colocadas 4 portas; uma de 12mm, uma de 10mm e duas de 5mm. Após inspecção da cavidade pélvica e cistotomia foram utilizados retractores T'LIFT® para exposição intravesical. Efectuada a enu-

cleação do tumor. Cistografia em 2 camadas com fio barbado 3.0 (V-Loc™). Tempo operatório de 80 minutos, sem intercorrências. Alta ao 2º dia pós-operatório e remoção da sonda vesical ao 8º dia pós-operatório.

**Discussão/Conclusões:** A análise histopatológica e imunocitoquímica (Desmina +, AML +, Caldesmon +, CD117 -, DOG1 -, AE1/AE3 -) foi compatível com leiomioma da bexiga, com margens cirúrgicas negativas. Após 4 semanas de pós-operatório o doente encontrava-se assintomático, com abdómen livre e cicatrização completa.

A cistectomia parcial permitiu a excisão da lesão em bloco, um procedimento oncológicamente seguro e com bons resultados cosméticos e funcionais. O uso de retractores adaptados para a laparoscopia e de fio barbado permitiu agilizar alguns dos passos da cirurgia, com tempo operatório inferior ao descrito numa revisão recente.<sup>4</sup>

*Referências:*

1 - SeyedSajjad, Nazir, Maqbool Aakifa, and Khan Muneer. "Leiomyoma of the urinary bladder-a case report and brief review of literature." *Nephro-Urology Monthly* 1.1, Summer (2009): 72-74.

2 - Erdem, Havva, et al. "Leiomyoma of the urinary bladder in asymptomatic women." *Urology annals* 4.3 (2012): 172.

3 - Fang, Shao-Ming, et al. "Leiomyoma of the Urinary Bladder: An Unusual Cause of Lower Urinary Tract Symptoms." *Incontinence & Pelvic Floor Dysfunction* 5.2 (2011): 51-52.

4 - Lei, Ye, et al. "Extraperitoneal and transperitoneal laparoscopic partial cystectomy for benign non-urothelial bladder tumors: an initial experience." *Urologia internationalis* 94.2 (2014): 149-155.

## C95

### NEFRO-URETERECTOMIA ESQUERDA LAPAROSCÓPICA DE NEOPLASIA EM RIM ECTÓPICO

Barbosa, Nuno; Príncipe, Paulo; Ramos, Miguel;  
Fraga, Avelino

*Centro Hospitalar do Porto*

**Introdução e objetivos:** No vídeo irão visualizar-se os principais passos de uma nefro-ureterectomia esquerda laparoscópica de lesão tumoral em rim em posição ectópica. Trata-se de um homem com 61 anos em que no estudo de uma insuficiência renal aguda pós cirurgia bariátrica, a ecografia revelou uma massa renal num rim ectópico esquerdo. A tomografia computadorizada mostrou, em topografia pélvica, no terço superior, face posterior do rim esquerdo, uma massa com cerca de 3.9cm, capturando contraste, com algum efeito massa sobre os cálices adjacentes. Sem queixas de

hematúria, infecções do trato urinário ou dor lombar. Decisão do serviço: nefroureterectomia esquerda laparoscópica por via trans-peritoneal

**Resultados:** A cirurgia foi realizada no CHP, sem intercorrências. Três semanas após a alta hospitalar, o doente apresentava-se bem, sem queixas, boa evolução cicatricial, função renal normal e hemoglobina de 10.4mg/dl.

**Discussão/Conclusões:** Trata-se do relato de um caso de sucesso da abordagem cirúrgica por via laparoscópica de um rim em topografia pélvica – ectópica – (condição rara) com uma neoplasia (caso ainda mais raro, de acordo com dados disponíveis publicados). Técnicas de imagem foram utilizadas no sentido da identificação e caracterização do tumor, rim e seus vasos, sistema colector e a sua associação com as restantes estruturas, nomeadamente vasculares. Este estudo permitiu evitar perdas sanguíneas significativas durante a dissecação dos tecidos.

## C96

### SERINGOCELO – UM CASO CLÍNICO

Nuno Barbosa; Paulo Príncipe; Miguel Ramos;

Avelino Fraga

*Centro Hospitalar do Porto*

**Introdução/Objetivos:** Apresentação de um caso de seringocelo sintomático diagnosticado na fase adulta.

**Material e métodos:** Trata-se de um caso de seringocelo diagnosticado na fase adulta, na Consulta Externa de Urologia do Centro Hospitalar do Porto. O doente foi orientado para esta consulta por queixas de incontinência urinária após cada micção. O diagnóstico foi realizado através da história clínica do doente e pela realização dos seguintes exames complementares de diagnóstico: Retrocistografia Retrógrada, Uretrocistoscopia e Resonância Magnética Nuclear. Realizou ainda um estudo urodinâmico, bem como análises sanguíneas e de urina. O doente foi então submetido a correcção cirúrgica endoscópica através de incisão a quente, ampliando a comunicação entre a uretra e o seringocelo.

**Resultados:** A cirurgia decorreu sem intercorrências. Os sintomas melhoraram logo após a cirurgia. O doente não apresenta, à data, qualquer recorrência da sintomatologia prévia.

**Discussão:** O seringocelo “syringocelo” (palavra derivada do grego: syringe – tubo e Cele – dilatação) é uma dilatação quística da glândula de Cowper da

uretra bulbar. É uma patologia rara, cuja causa mais frequente é a origem congénita. Habitualmente são lesões pequenas e assintomáticas. Raramente têm dimensão suficiente para originar sintomatologia: urgência e frequência miccional, hematuria, disúria, incontinência / perda de urina ou sintomatologia obstructiva.

O diagnóstico é difícil dado que implica um alto grau de suspeição clínica. Os exames complementares de diagnóstico são de suma importância.

O tratamento é cirúrgico, essencialmente por via endoscópica.

**Conclusões:** O seringocelo é uma entidade rara cujo diagnóstico assenta fundamentalmente na uretroscopia e na uretrocistografia retrógrada. O seu tratamento faz-se por incisão endoscópica ou marsupialização do seringocelo, com excelentes resultados. Alguns casos, contudo, podem requerer cirurgia aberta por via perineal.

## C97

### **MULTIPLE ENDOCRINE NEOPLASIA TYPE IIB SYNDROME WITH BILATERAL PHEOCHROMOCYTOMA: SIMULTANEOUS BILATERAL LAPAROSCOPIC ADRENALECTOMY**

Tiago Oliveira; Tito Leitão; Pedro Oliveira; Sandro Gaspar; Joana Alfarelos; João Felício; Sérgio Pereira; Tomé Lopes  
Department of Urology; Centro Académico Médico de Lisboa - Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introduction:** Multiple Endocrine Neoplasia (MEN) is a rare group of conditions affecting several endocrine glands, with the development of both benign and malignant neoplasms. MEN type IIB is characterized by the presence of medullary thyroid cancer, neuroomas, Marfanoid body habitus and pheochromocytomas. As for other types of pheochromocytomas, complete surgical resection of the tumor is indicated.

Over the past two decades, the use of minimally invasive approaches in adrenal surgery has become widespread. In fact, for most indications, there has been as paradigm shift from open to laparoscopic surgery. However, more than patient or lesion characteristics, the main factor influencing patient positioning or surgical approach remains the surgeon's previous experience and preference. Management of a bilateral pheochromocytoma is challenging due to the risk of severe hemodynamic instability and the presence of hormonal imbalance.

**Aims:** To present a video of a simultaneous bilateral laparoscopic adrenalectomy for a bilateral pheochromocytoma.

**Case report:** A 23 years-old male patient with Marfanoid body habitus and mucocutaneous neuromas was diagnosed with MEN type IIB syndrome following the identification of a medullary thyroid cancer (total thyroidectomy and subsequent salvage cervical lymphadenectomy due to the presence of metastases). Genetic testing confirmed the presence of a RET gene heterozygotic mutation. No clinical, laboratorial or radiologic evidence of pheochromocytoma was present. The patient remained under regular endocrine surveillance. Other relevant medical history included a previous laparoscopic cholecistectomy.

At the age of 29, there was an asymptomatic elevation of the plasmatic metanephrines, which led to a repeat radiologic evaluation. Abdominopelvic computed tomography identified bilateral adrenal nodules (30 and 16mm of diameter, at the left and right adrenals, respectively), with a heterogeneous enhancement and an unspecific washout. MIBG scan (Metaiodobenzylguanidine scintigraphy) revealed a bilateral adrenal signal compatible with pheochromocytoma.

The patient was proposed for a simultaneous bilateral adrenalectomy and was admitted for preoperative hemodynamic and hormonal optimization. The patient underwent a simultaneous bilateral adrenalectomy via transperitoneal laparoscopic approach in sequential lateral decubitus, with operative time of 130 minutes.

**Discussion:** Simultaneous bilateral laparoscopic transperitoneal adrenalectomy is a safe and effective tool in the management of bilateral pheochromocytoma in MEN type IIB cases. Optimal treatment outcomes require a multidisciplinary approach, with a thorough preoperative preparation, close cooperation between the surgical and the anesthesiological teams during surgery and a close postoperative follow-up.

## C98

### **BEXIGA HIPERACTIVA IDIOPÁTICA PODE TRATAR-SE CIRURGICAMENTE – CESA/VASA LAPAROSCOPIC SURGERY**

Pedro Mocho Galego; José Eduardo Cardoso de Oliveira  
Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.

**Introdução:** Incontinência urinária de urgência, patologia conhecida com bexiga hiperactiva de causa idiopática, afecta cerca de 40% das mulheres com mais

de 60 anos de idade, e um número indeterminado nas mais jovens. O tratamento desta patologia consiste, principalmente, na administração oral de anti-muscarínicos. No entanto, pelos seus efeitos secundários e a fraca ou não resposta a este tratamento, cerca de 50% destas doentes acabam sem grandes soluções terapêuticas. Esta nova técnica tem como objectivo principal o tratamento cirúrgico curativo da bexiga hiperactiva idiopática em doentes refractárias ao tratamento médico.

**Objetivos:** Apresentação de um vídeo onde se ilustra a realização da técnica CESA/VASA por via laparoscópica.

**Materiais e métodos:** Segundo o "mentor" da técnica, Dr. Wolfram Jäger, Director da Uroginecologia do Hospital Universitário de Colonia (Alemanha), a incontinência urinária de urgência (Bexiga Hiperactiva Idiopática) resulta pela rotura ou lassidão dos ligamentos uterosagrados. Esta técnica está indicada para todas as mulheres que apresentam sintomas de incontinência urinária de urgência ou mista, onde sejam excluídas outras causas possíveis como patologias Neurogénicas e Congénitas, e onde todos os tratamentos conservadores/médicos não foram eficazes. A técnica consiste numa abordagem cirúrgica por via abdominal (aberta ou laparoscópica), seguido de histerectomia sub-total, se necessário ou se houver, concomitantemente, prolapso uterino. À posterior identificação dos ligamentos uterosagrados e da vértebra sagrada S2, aplica-se uma fita (CESA/VASA) que se fixa ao colo uterino ou à cúpula vaginal, inserida retroperitonealmente no lugar onde existiam os ligamentos uterosagrados, e fixada ao osso sacro a nível de S2. Quando há prolapso dos órgãos pélvicos associado, nomeadamente uterino ou da cúpula vaginal, esta técnica favorece a correcção desse problema ao fortalecer o pavimento pélvico posterior.

**Resultados:** Trata-se de uma doente de 68 anos que apresentava queixas de incontinência urinária urgência associada a prolapso uterino grau II. Apresentava uma frequência urinária > 15x/dia e não conseguia atrasar a micção por > 3 minutos. Já tinha sido submetida a vários tratamentos médicos (anti-muscarínicos e mirabegrom) sem grande resposta terapêutica. Após explicação cuidada da técnica e a necessidade de histerectomia supra-cervical, a doente aceitou a intervenção cirúrgica - CESA/VASA por via Laparoscópica. O tempo cirúrgico total foi de 95 minutos com perdas de sangue insignificantes. Intra e pós-operatório sem intercorrências e a doente teve alta 48h após a intervenção. 12 semanas após a cirurgia a doente

estava curada. Apresentava uma frequência urinária 5-6x/dia e já conseguia atrasar a micção por mais de 15 minutos. Ao exame objectivo não apresentava prolapso uterino. Às 24 semanas após a cirurgia a doente mantinha-se curada e bastante satisfeita.

**Conclusão:** Podemos concluir que CESA/VASA, apesar de ser ainda uma técnica numa fase de desenvolvimento, poderá "marcar" o FUTURO da Uroginecologia no tratamento da bexiga hiperactiva idiopática.

## C99

### QUISTO RENAL COM DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

Sofia Morão<sup>1</sup>; Dinorah Cardoso<sup>2</sup>; Filipe Catela Mota<sup>2</sup>; João Pascoal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Pediatric Surgery of Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Portugal, <sup>2</sup>Pediatric Urology Unit, Department of Pediatric Surgery of Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Portugal

**Introdução:** Os quistos renais simples são raros nas crianças embora sejam cada vez mais diagnosticados devido ao uso rotineiro da ecografia. Normalmente são assintomáticos, constituindo achados incidentais durante a investigação ecográfica pré-natal ou por outros sintomas do aparelho urinário. O seu diagnóstico é feito através de características radiológicas típicas (Categoria 1 da Classificação de Bosniak), com função renal normal e exclusão de outras patologias renais e sistémicas. A evolução do quisto renal detectado no período pré-natal é geralmente benigna e transitória sem necessidade de intervenção, sugerindo uma fisiopatologia pode ser diferente do quisto renal pós-natal. Se sintomáticos ou aumento progressivo de suas dimensões passam a necessitar de intervenção cirúrgica: marsupialização ou quistectomia, por laparotomia ou laparoscopia. Raramente é descrita a aspiração percutânea guiada por ecografia com ou sem instilação de um agente esclerosante.

**Objetivo:** Apresentar um caso clínico de quisto renal com diagnóstico pré natal, realçando a importância do controlo imagiológico e as vantagens da laparoscopia na sua abordagem.

**Material e métodos:** Criança do sexo feminino, com 3 anos de idade, saudável, referenciada ao nosso Centro por quisto renal cortical, diagnosticado no segundo trimestre de gestação, com necessidade de cirurgia por aumento progressivo e compressão de estruturas adjacentes.

**Resultados:** A avaliação ecográfica às 26 semanas de

gestação mostrou quisto renal esquerdo com cerca de 8,2 x 10,5 x 5,8 mm, no 2º mês de vida as suas dimensões eram com 2,5 x 2mm, no 6º mês houve um aumento volumétrico e ao ano de idade o quisto tinha 4,5 x 3,6 mm. Aos 18 meses, o quisto apresentava 50 mm de maior diâmetro, parede fina, sem espessamentos parietais, nódulos, vegetações ou septos; o Doppler foi normal bilateralmente. Seis meses depois, o renograma MAG3 com prova diurética revelou simetria funcional renal com amputação funcional da metade inferior do rim esquerdo. A função renal e tensão arterial eram normais. Aos 3 anos, o rim direito media 6,5 cm e o esquerdo 8,5 cm; o quisto media 62 x 50 x 56 mm. A uro-RM mostrou que o quisto condicionava moldagem e desvio anterior do bacinete e grupos caliciais médios e inferior, sem comunicação com o sistema excretor intra-renal. Por laparoscopia (portas 10 x 5 x 5 mm), realizou-se abertura do quisto com aspiração de pequena quantidade de líquido claro, seguida da sua excisão parcial com cauterização do seu leito, sem intercorrências no intra e no pós-operatório. O exame anatomo-patológico confirmou o diagnóstico de quisto renal simples. No seguimento, a ecografia aos 3 meses de pós-operatório, mostrou quisto residual com 20 mm de maior eixo.

**Conclusão:** Nas crianças, os quistos renais simples normalmente têm um crescimento lento. Por outro lado, o ritmo do crescimento é maior assim como as complicações são mais frequentes nas crianças mais novas e nos quistos maiores. Assim, o seguimento ecográfico regular é muito importante, principalmente nos primeiros 2 anos de vida. Quando indicado, o tratamento dos quistos renais por abordagem laparoscópica é simples e eficaz, com todas as vantagens da cirurgia minimamente invasiva.

## C100 RETIRADO

## C101 SUPRA-RENALECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR METÁSTASE ÚNICA DE TUMOR DO ÚTERO

Joana Alfarelos; Tito Palmela Leita; Sandro Gaspar; Tiago Oliveira; Pedro Oliveira; João Almeida; Paulo Pé Leve; João Felício; Helena Correia; Tomé Matos Lopes  
*Centro Hospitalar Lisboa Norte*

**Introdução:** As massas da glândula supra-renal são na sua maioria benignas, podendo ter origem no cortéx

ou na medula. Os adenomas do cortéx são o tipo histológico mais frequente. O carcinoma adrenocortical é raro, correspondendo a 0,02% de todas as neoplasias. As lesões malignas encontradas mais frequentemente são metástases de outras neoplasias, nomeadamente, pulmão, colo-rectal, mama, pâncreas e rim.

A suprarenalectomia está indicada se a massa apresentar secreção hormonal, dimensões superiores a 4 cm ou características imagiológicas suspeitas de malignidade.

**Objetivos:** Apresentamos um caso de supra-renalectomia laparoscópica esquerda, com demonstração da técnica passo-por-passo.

**Materias e método:** Trata-se de uma doente de 59 anos, com antecedentes de obesidade mórbida (IMC 48,5) e neoplasia do colo do útero, estadio T3b, diagnosticada em 2013 e submetida a quimioterapia e radioterapia externa. Seguida em consulta de Urologia por estenose rádica ureteral bilateral, com necessidade de cateterização ureteral bilateral, em substituição semestral. Em TC de seguimento oncológico em 2015, foi identificada uma massa não funcionante na supra-renal esquerda, com 56 x 56 x 38 mm, sem outras lesões. Por crescimento da lesão para 80 x 65 x 65 mm, foi proposta para suprarenalectomia esquerda por via laparoscópica.

**Resultados:** A duração da cirurgia foi de 170 min. Não houve complicações intra-operatórias e o pós-operatório decorreu sem intercorrências. Remoção de dreno no dia seguinte à cirurgia. O estudo anatomo-patológico revelou tratar-se de uma metástase de adenocarcinoma, com imunofenótipo compatível com origem endocervical.

**Discussão/Conclusões:** As metástases suprarenais de tumores do endométrio são extremamente raras. A supra-renalectomia é recomendada no contexto de controlo local da doença e metástase única ou em contexto paliativo.

C102

## URETROPLASTIA COM MUCOSA BUCAL DORSAL INLAY DE TODA A URETRA PENIANA – UM VÍDEO DEMONSTRATIVO

Nuno Morais<sup>1</sup>; João Pimentel Torres<sup>1,2</sup>; Agostinho Cordeiro<sup>1</sup>; Paulo Mota<sup>1,2</sup>; Emanuel Dias<sup>1,2</sup>; Carlos Oliveira<sup>1</sup>; Estêvão Lima<sup>1,2</sup>; Mário Cerqueira-Alves<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Urologia do Hospital de Braga, <sup>2</sup>Instituto de Ciências da Vida e da Saúde / Escola de Ciências da Saúde – Universidade do Minho

**Introdução:** A doença estenótica uretral consiste num processo cicatricial envolvendo o epitélio da uretra ou o tecido erétil do corpo esponjoso, com diminuição progressiva do calibre do lúmen uretral. A técnica de tratamento escolhida depende da extensão, localização, profundidade e densidade da espongiofibrose.

**Objetivo/Métodos:** Apresenta-se um vídeo demonstrativo de uma uretroplastia de toda a uretra peniana com enxerto de mucosa bucal dorsal inlay.

**Caso clínico:** um homem de 52 anos, ex-fumador, sem outros antecedentes pessoais de relevo, foi referenciado para a consulta de Urologia por sintomas obstructivos urinários graves com cerca de 2 anos de evolução mesmo após ter realizado meatotomia e uretrotomia interna da uretra peniana noutra instituição. Ao exame objectivo apresentava recidiva de estenose do meato uretral externo e após a sua dilatação foi realizada uma uretrrocistografia retrógrada que revelou uma estenose de toda a uretra peniana até à uretra bulbar. Em Julho de 2016 foi submetido a uma uretroplastia com enxerto de mucosa bucal dorsal inlay desde o meato uretral externo até à uretra bulbar. Foi removida a sonda vesical 4 semanas após a intervenção e realizada uma uretrocistografia que mostrou uma uretra de bom calibre em toda a sua extensão. Dois meses após a cirurgia o doente apresenta-se sem sintomatologia do trato urinário inferior e na fluxometria miccional apresenta um Qmáximo de 28 ml/seg.

**Conclusão:** A uretroplastia com utilização de enxerto de mucosa bucal é uma técnica eficaz no tratamento de estenoses extensas da uretra anterior, apresentando bons resultados no que diz respeito à viabilidade do enxerto e melhoria sintomática. O vídeo apresentado permite compreensão e sistematização da técnica cirúrgica.

## NOTAS





A. MENARINI PORTUGAL



Leading Light for Life



TECNOLOGIA • INOVAÇÃO • PESSOAS



Innovation for patient care



Your Vision, Our Future



A Cuidar dos Seus Clientes



## Secretariado científico



Associação  
Portuguesa  
de Urologia

R. Nova do Almada, 95 - 3º A. 1200-288 Lisboa  
T: +351 21 324 35 90 | F: +351 21 324 35 99  
E: apurologia@mail.telepac.pt  
W: www.apurologia.pt

---

## Secretariado

**admédic<sup>+</sup>**

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO  
DE EVENTOS

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

---

## Agência de viagens oficial do Simpósio

**admédic<sup>+</sup>**  
**Tours**

E: paula.cordeiro@admedictours.pt  
W: www.admedictours.pt | RNAVT 2526