

Aceda à versão digital

UROLOGIA ACTUAL

**Aprender com a experiência**

O dia de ontem ficou marcado pela realização de três cursos pré-congresso, dirigidos, principalmente, a internos e jovens especialistas. Estas formações de cariz teórico-prático visaram contribuir para o aperfeiçoamento da cirurgia protésica em doentes com disfunção erétil ou incontinência urinária, da laparoscopia renal e da realização de biópsias prostáticas de fusão, que permitem detetar os «mais escondidos» nódulos suspeitos de neoplasia (na fotografia) **P.2e3**

Jornal da:

Associação
Portuguesa
de Urologia

www.apurologia.pt

Laparoscopia renal



O veterinário que auxiliou o treino em modelo animal (porco) com os formadores Jorge Fonseca, Miguel Ramos, Tito Leitão e Rui Borges (fila de trás) e os seis formandos (fila da frente) – da esq. para a dta.

Neste curso que decorreu no Laboratório de Anatomia do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, após a visualização de vídeos exemplificativos da nefrectomia por laparoscopia e retroperitoneoscopia, da nefrectomia parcial, da uretropieloplastia e das novas tecnologias *thunderbit* e portas de acesso único, os formandos tiveram oportunidade de treinar alguns destes procedimentos em modelos animais. «É sempre difícil passar para a aplicação destas técnicas laparoscópicas em doentes, porque exigem muito treino de movimentos e na manipulação. A verdade é que, na cirurgia aberta, é muito mais fácil ser orientador porque há sempre a possibilidade de corrigirmos algo que não esteja a correr tão bem», referiu Miguel Ramos, um dos formadores e urologista

no CHUP/HSA. Para treinar os movimentos básicos da laparoscopia, o principal objetivo deste curso, os formandos, todos internos em início de formação, puseram «mãos à obra» na dissecação e manipulação de estruturas não só em modelos, mas também em tecido de rins de porco. «Os movimentos da técnica laparoscópica são diferentes, os instrumentos também e a própria disposição do bloco operatório é distinta, pelo que é fundamental estarmos familiarizados com estas práticas fora do bloco operatório. Só assim podemos garantir que, mais tarde, a cirurgia correrá bem e com menos risco de complicações», reforçou Miguel Ramos, que teve a seu lado, também como formadores, Jorge Fonseca, Rui Borges e Tito Leitão.

Treino de cirurgia protésica



Os formadores José Preza Fernandes e Rui Versos (respetivamente 3.º e 4.º a contar da esquerda) com os internos que participaram no curso



Na delegação do Porto do Instituto Nacional de Medicina Legal, este curso arrancou com uma sessão teórica sobre anatomia pélvica masculina, na qual José Preza Fernandes, urologista no Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães (HSOG), falou sobre a colocação de *slings*, próteses penianas e esfíncteres urinários. Este formador especificou os requisitos para a colocação de próteses penianas semirrígidas e insufláveis, salientando que «a técnica cirúrgica é muito semelhante nos dois casos, mas que, no primeiro, a probabilidade de má colocação é muito escassa, enquanto, no segundo, há maior possibilidade de ser necessária uma nova manipulação cirúrgica». Relativamente à cirurgia de correção da incontinência

urinária, que também foi abordada neste curso, Rui Versos, urologista no HSOG, realçou que se trata de um procedimento mais exigente em termos de indicação, sendo que, geralmente, o *sling* suburetral é aplicado por via perineal nos doentes pós-cistectomia ou pós-prostatectomia radical. «Trata-se de uma cirurgia que levanta diversos desafios, desde a identificação das estruturas à dissecação anatómica sem causar danos, pelo que os urologistas têm de estar atentos à dissecação das estruturas a abordar e familiarizados com os materiais protésicos utilizados para o efeito.» Os formandos tiveram a oportunidade de pôr em prática estes conhecimentos na sessão de treino cirúrgico em cadáver.

Iniciação às biópsias da próstata de fusão



A primeira parte deste curso decorreu no Centro de Simulação do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), onde se discutiu o conceito de ressonância magnética (RM) multiparamétrica e, através de casos clínicos, se analisou a melhor forma de interpretar os resultados desse exame para diferenciar e perceber os diferentes tipos de imagens suspeitas de tumor. Uma vez que existem vários critérios para as características suspeitas na imagem de RM, nomeadamente captação de contraste, lesões periféricas com contornos irregulares, maior ou menor restrição à passagem das moléculas de contraste visível nas imagens de difusão, um dos formadores foi Manuel Teixeira Gomes, radiologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António (CHUP/HSA).

Para a parte prática do curso foram selecionados doentes já com nódulos suspeitos e que realizaram biópsias previamente com resultado negativo, mas nos quais se mantinha a suspeita sobre a existência de um tumor. «Ao fazermos as biópsias da próstata randomizadas, podemos falhar algum nódulo. Ora, com o programa específico deste ecógrafo, que consegue sobrepor a imagem de RM adquirida previamente com a imagem em tempo real, é possível fazer biópsia dos nódulos suspeitos que, provavelmente, não foram apanhados na primeira biópsia e, assim, chegarmos a um diagnóstico definitivo», explicou Frederico Teves, também formador e urologista no CHUP/HSA.



Sara Anacleto, Catarina Tavares, João Felício (formandos), Manuel Teixeira Gomes (radiologista e formador), Eduarda Amadeu (anestesiologista), João Pereira (formando), Frederico Teves (urologista e formador), Luís Miranda, Manuela Almeida e Maria Céu Baptista (enfermeiros) – da esq. para a dta.

Ficha Técnica

Publicação isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar n.º 8/99, de 6 de junho, artigo 12.º, 1.ª alínea

Propriedade:



Associação
Portuguesa
de Urologia

Rua Nova do Almada, n.º 95 - 3.º A
1200-288 LISBOA
Tel.: (+351) 213 243 590/Fax: (+351) 213 243 599
apurologia@mail.telepac.pt/www.apurologia.pt
Correio do leitor: urologia.actual@gmail.com

Depósito Legal: N.º 338826/12

Edição:



esfera das ideias
PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS

Campo Grande, n.º 56, 8.º B, 1700-093 LISBOA
Tel.: (+351) 219 172 815 | geral@esferadasideias.pt
www.esferadasideias.pt | EsferaDasIdeiasLda
Direção: Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)
Marketing e Publicidade: Ricardo Pereira (rpereira@esferadasideias.pt)
Coordenação editorial: Luís Garcia (lgarcia@esferadasideias.pt)
Redação: Marisa Teixeira, Rui Alexandre Coelho e Sandra Diogo
Fotografia: João Ferrão ■ Design/paginação: Susana Vale

Patrocinadores desta edição:



Intercâmbio de conhecimentos entre internos portugueses e espanhóis



A I Reunião Ibérica de Internos de Urologia, que decorreu ontem, constituiu um importante passo da aproximação científica, académica e social entre os futuros urologistas de Portugal e Espanha. *Burnout*, controvérsias médico-legais e *guidelines* em uro-oncologia foram alguns dos temas em debate.

Sandra Diogo



«**P**ara além da discussão científica, esta primeira edição da Reunião Ibérica de Internos visou potenciar uma relação mais estreita entre os internos portugueses e espanhóis, contribuir para o enriquecimento curricular através da partilha de experiências e promover o NIAPU a nível internacional», começa por explicar Agostinho Cordeiro, interno no Hospital de Braga e coordenador do Núcleo de Internos da Associação Portuguesa de Urologia (NIAPU).

Na sequência da publicação de estudos europeus e nacionais que concluem que a Urologia é uma das especialidades mais suscetíveis ao cansaço extremo, o encontro arrancou com a sessão dedicada ao *burnout*. Na opinião de Agostinho Cordeiro, este tema é pertinente por causa do excesso de horas que os internos trabalham. «É importante alertar os internos de que o cansaço relacionado com o excesso de trabalho se reflete na motivação e tem um grande impacto na saúde física e mental», salienta.



PARTICIPANTES NA SESSÃO DE ABERTURA (da esq. para a dta.): Agostinho Cordeiro (coordenador do NIAPU), Arnaldo Figueiredo (presidente da APU), Miguel Guimarães (bastonário da Ordem dos Médicos), Juan Gómez Rivas (coordenador do Grupo de Trabajo de Residentes y Jóvenes Urólogos da Asociación Española de Urología) e Avelino Fraga (presidente da comissão organizadora do Congresso APU 2017)

Para perceber melhor as diferenças ao nível da formação entre os dois países e entre os diferentes hospitais nacionais, assim como para estimular o convívio entre os participantes, seguiu-se um *uroquiz*. Esta iniciativa, inédita em reuniões do NIAPU, teve como ponto-chave o facto de as equipas serem inter-hospitalares.

A apresentação de casos clínicos foi o ponto de partida para o debate sobre as *guidelines* em uro-oncologia. Como enfatiza Maria José Freire, coordenadora científica da reunião, o objetivo desta sessão foi «falar sobre o tratamento-padrão à luz das *guidelines* atuais e discutir as terapêuticas alternativas, para aprender a ter sentido crítico sobre as recomendações». Seguiu-se a intervenção de um advogado alusiva ao tema «Controvérsias médico-legais», que visou

sensibilizar os internos para «situações da prática clínica que pertencem a domínios menos suportados pelas leis, nomeadamente em ambiente de urgência ou bloco operatório, onde, por vezes, os internos são menos acompanhados ou sujeitos a maior cansaço», frisa Agostinho Cordeiro.

Depois do simpósio-satélite da Jaba Recordati, foi apresentado o *Manual da NIAPU*, que se dirige especialmente aos internos do primeiro ano, ficará concluído até ao final deste ano e será distribuído pela via digital e em formato físico nos módulos seguintes da Academia de Urologia. No final da reunião, foi realizada uma visita às Caves Cálem, nas quais decorreu a reunião, seguida de um jantar de convívio entre a audiência e palestrantes. ■

MENSAGEM DOS «NUESTROS HERMANOS»

«Espero que esta I Reunião Ibérica de Internos de Urologia seja o início de um intercâmbio académico, científico e social entre os futuros urologistas dos dois países. No mundo de hoje, em que os novos sistemas de comunicação e as redes sociais substituem o contacto cara a cara, a organização destes eventos dá-nos a oportunidade para nos encontrarmos pessoalmente e compartilharmos as experiências de diferentes hospitais e comunidades.

Nesta reunião, foi possível identificar aspetos convergentes e divergentes da nossa formação e, consequentemente, contribuir para o reforço dos conhecimentos dos futuros especialistas. Os internos devem estar atentos ao funcionamento das entidades que podem auxiliar a sua formação, como a Associação Portuguesa de Urologia, a Asociación Española de Urología ou a European Association of Urology, assim como estar a par das oportunidades de formação, como as bolsas de estudo.

Felicito o NIAPU pelo desenvolvimento desta ideia e pela cordialidade com que organizou a reunião. Apesar de ser um grupo de pequena dimensão e recém-criado, o NIAPU já ultrapassou as expectativas e está entre as organizações de internos mais ativas da Europa, o que mostra que apenas com boas ideias e um grande capital humano podem ser alcançados grandes feitos. Esperamos-vos em Gijón no próximo ano, onde se vai realizar a II Reunião Ibérica de Internos de Urologia!» **Juan Gómez Rivas, coordenador do Grupo de Trabajo de Residentes y Jóvenes Urólogos da Asociación Española de Urología e presidente-eleito da European Society of Residents in Urology**



Desafios atuais em Andrologia

Às 11h30, tem início a mesa-redonda dedicada à Andrologia, moderada por Pedro Vendeira, presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodutiva, e Luís Ferraz, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. Os oradores adiantam alguns dos aspetos que vão abordar.

Cirurgia em casos complexos de doença de Peyronie



«Curvaturas superiores a 90° não têm tratamento médico, pelo que a sua correção terá de ser sempre cirúrgica e implica dois tipos de abordagem: corporoplastia de alongamento com xenoenxerto ou, quando coexiste disfunção erétil, colocação de próteses penianas. Muitas vezes, neste tipo de situações mais complexas, a técnica habitual da artroplastia

de alongamento não é suficiente para obter um bom resultado. São, frequentemente, casos que incluem não só uma curvatura de 90°, como também defeitos em ampulheta e que podem associar a curvatura dorsal com o defeito em ampulheta, o que levanta inúmeros desafios na colocação da própria prótese peniana. Estas são circunstâncias cirurgicamente exigentes, pelo que devem ser realizadas por profissionais experientes na área e, como são relativamente raras, o ideal é que sejam concentradas em centros especializados. Só assim se conseguem obter os melhores resultados do ponto de vista funcional, com o menor número de complicações possível.»

Nuno Tomada, urologista na Saúde Atlântica - Clínica do Dragão, no Porto, e coordenador da Unidade de Andrologia e Medicina Sexual da Luz Saúde



Proteger a fertilidade do doente oncológico

«O que muito recentemente se passou a designar de oncofertilidade é um aspeto de crescente interesse, uma vez que os problemas da infertilidade e da patologia oncológica são cada vez mais frequentes. Existe um número significativo de neoplasias que podem atingir pessoas em idade reprodutiva, como o cancro do testículo. Felizmente, são cada vez mais os sobreviventes e se, na maior parte dos casos, os problemas de fertilidade são passageiros, há situações que se revelam definitivas, pelo que é fundamental prevenir qualquer ocorrência seguinte aos tratamentos que podem afetar a fertilidade do doente. No caso do homem, é habitual fazer-se a criopreservação de esperma prévia a qualquer tratamento, para que possa servir como *backup* caso o doente desenvolva uma azoospermia ou outras alterações no espermograma.

Este é um passo importante e, ao contrário do que muitos possam pensar, não atrasa muito a implementação dos tratamentos oncológicos. Recentemente, foram emitidas as recomendações relativas à preservação da fertilidade do doente oncológico. Trata-se de um documento conjunto entre a Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, a Sociedade Portuguesa de Oncologia, a Sociedade Portuguesa de Hematologia e a Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodutiva, cujo objetivo é servir como ferramenta de apoio a todos os médicos que tenham alguma dificuldade na referência destes doentes para os Centros de Medicina Reprodutiva.» **Bruno Jorge Pereira, urologista no Centro Hospitalar Cova da Beira/Hospital Pêro da Covilhã e docente na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior**

Hipogonadismo e cancro da próstata

«A testosterona está classicamente ligada ao desenvolvimento da próstata e das patologias prostáticas, nomeadamente o cancro da próstata. Durante muitos anos, acreditou-se que existia uma relação linear entre a testosterona e o cancro da próstata, pelo que a administração de testosterona nestes doentes era uma contraindicação absoluta. Nos últimos anos, este "dogma" urológico tem sido rebatido à medida que foram surgindo estudos que contrariam esta ideia clássica, nomeadamente associando o cancro da próstata (e as suas formas mais agressivas) ao hipogonadismo e não a concentrações elevadas de testosterona. Por outro lado, está bem documentada a ausência de risco de desenvolvimento de cancro da próstata nos doentes que fazem suplementação hormonal com testosterona. À medida que estes conceitos se fortalecem, e tendo em conta a necessidade de responder à demanda terapêutica dos doentes hipogonádicos com cancro da próstata, foram surgindo múltiplas publicações que



confirmam a segurança da suplementação hormonal nestes doentes. A comunidade andrológica tem agora o desafio de definir com progressiva clareza os critérios para a suplementação hormonal nos homens com cancro da próstata, nomeadamente quais os elegíveis, quando iniciar e como monitorizar a terapêutica, de forma a derrubar as barreiras ainda frequentes a este tipo de intervenção.» **Nuno Louro, urologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António**



Nova terapêutica para a ejaculação prematura



Nuno Tomada



José Santos Dias



Pedro Vendeira

A pesar de a prevalência da EP ser pouco clara, vários estudos dão conta de que se trata de um dos problemas sexuais mais frequentes no homem. No entanto, José Santos Dias, *chairman* do simpósio, urologista no Hospital de Santa Maria, em Lisboa, e diretor clínico do Instituto da Próstata e Incontinência Urinária, admite que o tratamento da EP não é possível apenas com a intervenção dos urologistas. «É necessária uma abordagem conjunta com outras especialidades, mas a verdade é que os doentes não sabem a quem recorrer. Quando falam com o médico, nem sempre a resposta é adequada, porque, até ao momento, não há uma abordagem universalmente eficaz.»

Segundo o moderador, o tratamento atual passa, com frequência, pela utilização de fármacos *off-label*, como antidepressivos ou

anestésicos tópicos. «Há um único fármaco oral aprovado para a EP, mas que apresenta limitações relacionadas com a eficácia, os *timings* de administração, as dosagens e os efeitos secundários», refere José Santos Dias. Por isso, sublinha, «os doentes e a comunidade médica aguardam por fármacos eficazes, que aumentem a capacidade de resposta dos clínicos e os motivem a pesquisar mais ativamente esta patologia».

Luís Garcia

Neste simpósio, Nuno Tomada, urologista na Saúde Atlântica-Clínica do Dragão, coordenador da Unidade de Andrologia e Medicina Sexual da Luz Saúde e vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução (SPA), vai falar sobre a definição, a epidemiologia e a abordagem da EP. «Após vários anos de incerteza, a International Society for Sexual Medicine estabeleceu como necessário para a definição de EP que sempre, ou quase sempre, a ejaculação ocorra até um minuto após a penetração vaginal, estando associada à falta sistemática de controlo sobre a ejaculação com consequências pessoais e relacionais negativas.» Relativamente à prevalência, o urologista considera que esta é ainda uma questão pouco consensual, pois, até ao momento, têm sido usados diferentes critérios na avaliação da EP, mas estima que se possa situar entre os 4 e os 30%.

Independentemente da prevalência exata, «a EP primária é transversal a vários países e a diversas faixas etárias, fazendo adivinhar uma base neurobiológica, ao contrário da EP adquirida», refere Nuno Tomada. Embora existam várias abordagens terapêuticas, dependentes

de cada caso em concreto, na maioria das situações, em particular na EP primária, a base do tratamento é farmacológica. «Neste momento, o único medicamento de toma oral aprovado é a dapoxetina, mas existem outras abordagens, sobretudo nos casos de hipersensibilidade da glândula, em que se podem utilizar fármacos que reduzem a sensibilidade peniana», explica.

O outro orador do simpósio, Pedro Vendeira, responsável pelo Núcleo de Urologia da Saúde Atlântica-Clínica do Dragão e presidente da SPA, vai centrar a sua apresentação numa nova alternativa terapêutica. «O Fortacin® associa dois agentes que não são novos, a lidocaína e a prilocaína. A inovação está na formulação, que é diferente da que existia, pois é de aplicação tópica em *spray* e muito mais agradável para o doente», explica este palestrante. E pormenoriza: «O fármaco é aplicado diretamente na glândula, com um aerossol, e atua ao fim de 5 minutos – *versus* 20 a 30 minutos com os cremes de que dispúnhamos até agora –, e é absorvido rapidamente, havendo menos passagem do fármaco para a companheira, o que diminui a probabilidade de hipostesia a nível vaginal.»

De acordo com Pedro Vendeira, esta associação de lidocaína e prilocaína de aplicação tópica «é muito prática, de fácil utilização e tem menos efeitos laterais do que os cremes até agora disponíveis, que, por vezes, provocam uma anestesia demasiado intensa no pénis, podendo resultar em disfunção erétil durante a penetração». Este fármaco é o segundo aprovado para o tratamento da EP pela Agência Europeia de Medicamentos (depois da dapoxetina) e o único de administração tópica. ■

O QUE DIZEM OS ESTUDOS?

Segundo Pedro Vendeira, foram efetuados estudos de fase III com a associação de lidocaína e prilocaína de aplicação tópica (Fortacin®), que envolvem um total de cerca de 500 homens com ejaculação prematura. Os doentes tratados com este fármaco apresentaram um tempo até à ejaculação após a penetração de cerca de 3,8 minutos *versus* 0,6 segundos com placebo. «Estes resultados traduziram-se em melhorias significativas da satisfação sexual, do controlo da ejaculação e da qualidade da performance sexual», frisa este orador.

Complicações do trato urinário inferior

Especialistas portugueses e espanhóis participam no Simpósio Ibérico APU/AEU, entre as 10h00 e as 11h00, no qual vão partilhar os seus pontos de vista sobre biomarcadores nas disfunções miccionais, bexiga hiperativa e hipocontrátil e estenose da uretra após cirurgia da próstata. Eis uma antevisão do que será falado.



Antecipar e prevenir as disfunções miccionais

«O conceito de biomarcador é o de um instrumento capaz de fazer o diagnóstico, estabelecer o prognóstico e, eventualmente, verificar se a resposta terapêutica é a pretendida. Em urologia funcional, não há marcadores que possam prever com segurança se alguém vai desenvolver sintomas do trato urinário inferior e/ou quando isso acontecerá. Em termos futuros, poderemos vir a saber que mulheres vão desenvolver incontinência urinária e iniciar um programa de reabilitação do pavimento pélvico antecipadamente? E saberemos identificar os homens que terão sintomas de próstata aumentada e quais as melhores terapêuticas para esses casos? Apesar do reconhecido esforço da investigação, a verdade é que ainda estamos longe de ter mecanismos de previsão destas situações.

O antígeno específico da próstata (PSA) foi o melhor biomarcador que tivemos nos últimos 30 anos. Para os tumores do testículo, temos o beta HCG alfa-fetoproteína. Mas, para tudo o resto, ainda há um longo caminho a percorrer, sendo que, no âmbito da urologia funcional, as prioridades são os doentes em risco de desenvolver incontinência urinária, seja por bexiga hiperativa ou hipoativa, e cistite intersticial. Para estas situações poderão vir a surgir biomarcadores urinários, porque se pensa que a colheita de urina poderá refletir melhor as alterações do trato urinário do que a colheita de sangue.» **Francisco Cruz, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de São João, no Porto**

Tratamento da bexiga hiperativa e hipocontrátil

«A bexiga hiperativa (BH) tem como possíveis fatores etiopatogénicos os mecanismos centrais do sistema nervoso, os mecanismos miogénicos ou os viscerocutâneos, mas também pode estar associada a isquemia ou mesmo ao próprio processo de envelhecimento. Na avaliação diagnóstica, é essencial descartar outras patologias que possam causar os sintomas. O tratamento da BH é um processo gradual, que começa por ser conservador, com exercícios do pavimento pélvico, seguindo-se o tratamento farmacológico (com antimuscarínicos ou agonistas dos recetores beta-3 adrenérgicos). Quando estas opções não são toleradas ou bem-sucedidas, existem ainda as terapias minimamente invasivas, como a injeção de toxina botulínica ou a neuromodulação das raízes nervosas sacrais ou do nervo tibial posterior. Por sua vez, a etiologia da bexiga hipocontrátil é múltipla e variada, podendo ter origem vascular, neurogénica, metabólica, idiopática, iatrogénica, farmacológica, etc. A avaliação inclui uma história e um exame clínicos completos, imagiologia e estudo urodinâmico. As possibilidades terapêuticas incluem a terapia comportamental e o cateterismo intermitente. Ainda não existe um tratamento farmacológico efetivo e as possibilidades da abordagem cirúrgica são limitadas. Os fármacos parassimpaticomiméticos não são eficazes. Já os agonistas adrenérgicos podem desempenhar um papel no homem, mas não é claro que os alfabloqueantes são úteis em mulheres com bexiga hipoativa. No futuro, teremos medicamentos que funcionam como agonistas dos recetores da prostaglandina.» **David Castro-Díaz, diretor da Unidade Funcional de Urologia do Hospital Universitário das Ilhas Canárias**



Estenose da uretra após cirurgia da próstata

«A cirurgia da próstata é, muitas vezes, realizada por uma abordagem endoscópica através da uretra, com o objetivo de tratar uma obstrução urinária provocada por crescimento prostático benigno. Este procedimento tem o risco de provocar traumatismo da uretra, originar apertos e, consequentemente, obstrução *de novo*. Na maioria dos doentes, estas situações resolvem-se facilmente com dilatação e uso de anti-inflamatórios, mas os casos de estenose com fibrose estabelecida podem necessitar de procedimentos mais invasivos. Nos casos mais graves, o atingimento da uretra membranosa pode dar origem a processos de incontinência urinária grave, tendo como única solução a colocação de um esfíncter artificial.

A estenose da uretra subsequente à cirurgia da próstata exige diagnóstico e tratamento céleres para não causar mais incómodos ao doente. Uma vez que esta complicação pode ocorrer numa percentagem considerável de doentes, exige-se uma técnica cirúrgica cuidadosa, realizada com delicadeza, para diminuir ao mínimo o risco de lesão da uretra. Além disso, é crucial avaliar o doente no pós-operatório imediato.» **Paulo Príncipe, urologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António**

Exemplos de inovação em Urologia

A sessão «Inovação em Urologia» decorre entre as 15h15 e as 16h15, sob a moderação de La Fuente Carvalho, urologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António, e Luís Campos Pinheiro, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São José. Segue-se uma síntese do que será abordado pelos três oradores.

► Potencialidades da biópsia líquida



«A nossa capacidade para estudar câncros sólidos não hematológicos através de amostras de sangue colhidas de forma não invasiva – biópsia líquida – é uma das áreas mais emergentes em Oncologia e, por consequência, em uro-oncologia. A sua implementação foi potenciada não só pelo desenvolvimento e pela inovação tecnológica, incluindo o isolamento de células tumorais em circulação (CTC) e a análise do DNA de-

rivado das células tumorais (ccftDNA isolado do plasma), como também pela disponibilidade de terapêuticas moleculares dirigidas, que requerem avaliações precisas e em tempo útil de biomarcadores que orientem a decisão clínica.

No contexto do estudo do perfil genómico a partir do plasma, a sequenciação de próxima geração e a PCR (*polymerase chain reaction*) digital têm sido usadas com sucesso. Esta análise minimamente invasiva aplica-se sobretudo à deteção precoce de mutações de resistência/recorrência, à monitorização durante e após o tratamento e como indicador de prognóstico, embora possa também ser aplicada ao estudo da doença residual mínima após cirurgia. O ccftDNA poderá revelar-se particularmente útil quando o tecido tumoral não está disponível ou é insuficiente para análise.

Nesta intervenção, será discutido o estado da arte dos métodos e biomarcadores usados no estudo das biópsias líquidas em uro-oncologia. Além disso, serão comentados os mais recentes

ensaios clínicos que testam o valor da biópsia líquida no diagnóstico dos câncros da próstata, rim e uroteliais. Neste âmbito, são ainda necessários mais estudos multicêntricos para validação do perfil genómico tumoral na biópsia líquida para *outcomes* clínicos relevantes e sua implementação clínica.

Esta capacidade de diagnóstico minimamente invasiva e as suas aplicações na orientação das terapêuticas dirigidas em tumores genitourinários poderá vir a representar uma abordagem complementar com impacto no modo como selecionamos e monitorizamos os tratamentos em uro-oncologia.» **Ricardo Ribeiro, investigador principal do Tumor & Microenvironment Interactions Group do i3S – Instituto de Investigação e Inovação em Saúde/INEB – Instituto Nacional de Engenharia Biomédica da Universidade do Porto e professor convidado do Laboratório de Genética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa**

Cirurgia robótica versus 3D

«A laparoscopia convencional apresenta limitações, nomeadamente ergonómicas, uma vez que a entrada para os instrumentos os impede de rodar, restando ao cirurgião girar a própria cabeça. Além de, em termos anatómicos, o cirurgião estar numa má posição, a visão de que dispõe é bidimensional, ao contrário da cirurgia aberta. Na cirurgia robótica, o cirurgião opera numa posição confortável, sentado numa consola, na qual pode controlar e girar os instrumentos, dispondo de uma visão tridimensional.

Quando passamos da visão 3D para a bidimensional, como acontece na cirurgia laparoscópica convencional, a perceção é alterada – e a hipótese de cometer erros na laparoscopia convencional é, por isso, clinicamente mais provável do que na cirurgia em 3D. Atualmente, dispomos de câmaras 3D para laparoscopia, que nos permitem ver a anatomia em relevo, de forma semelhante àquela como veríamos

numa cirurgia aberta e como vemos o que nos rodeia. Portanto, o robô tem várias vantagens, mas, em muitos aspetos, não foi provado que a cirurgia robótica proporcione benefícios em comparação com a visão bidimensional. Por isso, as questões centrais são: Qual o papel da laparoscopia com 3D? Representa já um avanço face à visão bidimensional ou é necessário conhecer e estudar melhor as suas vantagens? Penso que estas são questões em aberto devido a uma razão simples: a tecnologia robótica é cara e apenas sistemas de saúde com muitos recursos podem suportar esses custos. E a verdade é que as alternativas ao Da Vinci® não demonstraram ainda potencialidades semelhantes.

As vantagens da cirurgia robótica para os doentes são difíceis de avaliar, porque os *outcomes* úteis estão relacionados com a funcionalidade e não é fácil medi-los, dado que não há ensaios clínicos aleatorizados e controlados desenhados especificamente para esse efeito.



Apenas dispomos de estudos observacionais retrospectivos e prospetivos, mas são escassos e com poucos doentes, em comparação com a laparoscopia. Alguns estudos mostram vantagem para a robótica, mas outros (embora em menor quantidade) indicam que a laparoscopia tem mais benefícios. A minha mensagem final é: se não puder ter acesso à cirurgia robótica, aposte na laparoscopia com visão 3D.»

Pilar Laguna, professora de Uro-oncologia e coordenadora do Centro do Rim do Academic Medical Center (AMC), em Amesterdão

Sinalização purinérgica no aparelho urinário baixo

«Nas últimas duas décadas, surgiram inúmeros trabalhos científicos demonstrando o papel do trifosfato de adenosina (ATP, no acrónimo inglês) e do sistema purinérgico na fisiopatologia das disfunções do aparelho urinário baixo, nomeadamente as associadas ao envelhecimento, à hiperatividade do detrusor e a fenómenos de obstrução infravesical (OIV). O ATP é o mediador responsável pelas contrações não adrenérgicas e não colinérgicas (NANC) do detrusor em doentes com hiperatividade vesical.

Ensaio *in vitro* do nosso grupo de investigação mostram que o urotélio e os nervos colinérgicos dos doentes com OIV devido a hiperplasia benigna da próstata (HBP) libertam maior quantidade de ATP que os tecidos-controlo (Silva *et al.*, 2015, J Urol 194:1146-54). Este facto, conjuntamente com a redução da expressão e da atividade das ecto-NTPDases (enzimas responsáveis pelo catabolismo dos nucleótidos de adenina) na bexiga, contribui para explicar os níveis mais elevados de ATP na urina dos doentes com HBP. Os resultados desse estudo

mostram ainda que o doseamento urinário do ATP, isoladamente ou corrigido pela creatinina urinária, pode ser considerado um importante biomarcador da competência do detrusor em doentes obstruídos e com fluxos urinários baixos, situação difícil de avaliar por métodos não invasivos (Silva-Ramos *et al.*, 2016, Prostate 76:1353-63).

Os níveis elevados de ATP na bexiga podem direta e/ou indiretamente aumentar a reatividade deste órgão (Silva-Ramos *et al.*, 2013 PLoS One. 8:e64696). Esta situação pode dever-se tanto ao aumento do tónus dos recetores P2X1 no detrusor e P2X2/3 nos nervos sensitivos, como à deficiente atividade dos recetores inibitórios A₁ da adenosina localizados nos nervos colinérgicos, em virtude da redução do catabolismo do ATP libertado pelas NTPDases (Silva-Ramos *et al.*, 2015, Purinergic Signal 11:595-606). O nosso grupo mostrou, ainda, que o aumento da concentração extracelular de adenosina e, consequentemente, da atividade dos seus recetores A₁ é o fator determinante da inibição da atividade colinérgica



na bexiga de homens tratados com agonistas dos recetores beta-3 adrenérgicos, tal como o mirabegrom (Silva *et al.*, 2017, Am J Physiol Renal Physiol 3:F388-F403).

Em conclusão, as evidências apontam para que a manipulação farmacológica da sinalização purinérgica possa constituir um novo alvo no tratamento dos doentes com distúrbios do aparelho urinário baixo, bem como para sua monitorização clínica.» **Paulo Correia-de-Sá, diretor do Laboratório de Farmacologia e Neurobiologia do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto**

PUB.

PUB.



Perspetivas urológicas da lusofonia

A decorrer entre as 17h45 e as 18h45, o Simpósio Lusófono conta com intervenções de oradores de Moçambique, Brasil e, claro, Portugal, que vão abordar temas que marcam a atualidade da Urologia. Em seguida, apresentamos uma síntese do que será dito por cada orador.

► Testosterona e cancro da próstata, uma relação controversa



DR

«A hipótese, vigente por várias décadas, que sugeria uma relação direta entre a testosterona sérica e o cancro da próstata (CaP) começou a ser questionada depois de estudos epidemiológicos e clínicos demonstrarem que esta neoplasia não obedece, necessariamente, a uma concordância direta entre os níveis séricos de testosterona e o risco etiológico ou de progressão do CaP. Além disso, algumas investigações sugerem mesmo uma relação inversa, ou seja, um risco mais elevado, ou uma doença potencialmente mais agressiva, associado a níveis mais baixos de testosterona sérica endógena.

Entretanto, vários outros estudos não foram capazes de demonstrar que a terapia de reposição com testosterona (TRT) representa um risco maior de CaP. Há, inclusive, um trabalho que demonstrou que o risco desta neoplasia nas populações em TRT é de aproximadamente 1%, independentemente da forma farmacêutica utilizada. Outro estudo, que avaliou 1 023 homens em TRT com seguimento médio de cinco anos, observou uma incidência menor de CaP, comparativamente a populações de estudos clínicos americanos e europeus.

A crítica vinculada a estes estudos relaciona-se com o facto de a maioria ser composta por uma série de casos e nenhum ser controlado por placebo, o que traz diversas limitações. Acresce o facto de que existem apenas quatro estudos publicados que incluíram homens com CaP não tratados e em TRT. Em dois deles, não se registou progressão do CaP e, em outro, os índices de progressão foram semelhantes entre os doentes com e sem TRT.» **Archimedes Nardozza Junior, presidente da Sociedade Brasileira de Urologia**



Revitalizar a Acta Urológica Portuguesa

«Esta minha conferência, que foi organizada pela *Acta Urológica Portuguesa* (AUP), revista científica da Associação Portuguesa de Urologia, tem como objetivo promover esta publicação no mundo académico e científico, mas também divulgar o que já foi feito pela nova equipa editorial. Entre as novidades, salientam-se a revisão das instruções aos autores e a definição das políticas editoriais, seguindo as orientações do International Committee of Medical Journal Editors, do Committee on Publication Ethics, do Council of Science Editors e da EQUATOR Network.

Para ganhar um jogo, o primeiro passo é aprender a jogá-lo. Assim, para a AUP conseguir a desejada indexação na MEDLINE, tem de continuar a melhorar a qualidade dos seus artigos, expandindo a diversidade internacional e aumentando a acessibilidade aos artigos que publica. Conseguir esta indexação é uma missão de todos, que exige esforço, tenacidade e capacidade de crítica.

O que realmente faz uma revista de alta qualidade é, primeiro e acima de tudo, a competência e a dedicação dos seus editores e revisores, bem como a excelência do seu processo editorial. O trabalho conjunto entre a equipa editorial e revisores altamente dedicados e motivados atrairá mais autores e melhores trabalhos, que permitirão atingir o nível de excelência que levará à indexação na MEDLINE. Depende de todos – editores, revisores e autores – alcançar a tão ambicionada excelência da indexação.» **Helena Donato, diretora do Serviço de Documentação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**

Anomalias do desenvolvimento sexual em adultos

No Simpósio Lusófono intervém ainda **Igor Vaz, diretor do Serviço de Urologia do Hospital Central de Maputo, em Moçambique**, que vai falar sobre as anomalias do desenvolvimento sexual em adultos. Este urologista e cirurgião geral dedica-se especialmente ao desenvolvimento de técnicas de continência urinária em doentes com destruição da uretra e da bexiga, sem recurso ao esfíncter artificial. «Esta é uma área para a qual ainda não se encontrou solução. No entanto, com o aparecimento da cultura de tecidos através de células estaminais, acende-se uma “luz no fundo do túnel” para a criação do esfíncter urinário», antevê.

Outra área a que se dedica este orador é a obstrução vaginal por fístula obstétrica, para a qual o Hospital Central de Maputo já conseguiu adaptar, com sucesso, muitas técnicas já descritas para as malformações congénitas uro-ginecológicas. «Podemos dizer que o nosso Serviço de Urologia está na vanguarda da cirurgia reconstrutiva pélvica em fístula obstétrica. Recebemos muitos convites nacionais e internacionais para efetuar/demonstrar cirurgias de reconstrução da uretra, da bexiga, do reto, do esfíncter anal e da vagina num só tempo operatório», afirma.

Igor Vaz dedica-se também à cirurgia reconstrutiva das malformações congénitas em África, cujo diagnóstico «é geralmente feito após a puberdade e só então estes doentes são submetidos a cirurgias, o que vem ao encontro da grande controvérsia entre a cirurgia precoce ou tardia». A este propósito, o urologista moçambicano explica: «Grande parte destes doentes escolhem o sexo oposto ao que seria suposto ser escolhido se opção fosse feita pelos pais. Embora não haja dúvidas sobre o diagnóstico precoce destas anomalias no âmbito médico, a cirurgia poderá ser adiada até o doente poder tomar as suas próprias decisões.»





OPINIÃO

De porto de mercadorias a porto de conhecimentos

Foi no Morro da Pena Ventosa, hoje mais conhecido por Morro da Sé, na base do qual se encontra atualmente o edifício da Alfândega, que nasceu a cidade do Porto, há mais de 2500 anos. Um local estratégico. Daqui até à foz do Douro e muitos quilómetros para montante, as margens do rio não se voltam a aproximar tanto. Por isso, desde épocas pré-históricas este tornou-se num lugar privilegiado para as ligações norte/sul.

Por outro lado, tendo em conta que os rios foram durante inúmeros séculos as principais vias de transporte e comunicação, e que o Douro é o segundo maior rio da Península Ibérica e a sua maior bacia hidrográfica, facilmente se percebe as razões de este povoado, que se localiza no seu estuário, também ser, desde cedo, uma importante plataforma logística e comercial entre a fachada atlântica e o interior.

Desta forma surgiu uma cidade que, no seu nome, revela a sua identidade, a sua vocação e os fatores que estiveram na base do seu crescimento e afirmação: porto... Porto. Ao longo dos séculos, aqui foram aportando gentes e produtos, aqui se foram trocando e comercializando mercadorias. Mas também ideias e ideais. Por isso, desde sempre, o Porto foi um local de estratégicas reuniões políticas, comerciais e científicas.

O edifício da Alfândega é herdeiro de tudo isto. A sua construção ficou concluída em 1879, na praia de Miragaia, que outrora teve um papel crucial na expansão marítima dos portugue-

ses – processo no qual a burguesia portuense jogou um importante papel. Durante séculos, neste lugar onde hoje nos encontramos, foram construídas naus e outras embarcações, como as que tomaram Ceuta em 1415, dando início à época dos Descobrimentos. Foram também aqui preparadas as embarcações com que Vasco da Gama partiu para a Índia.

Aliás, foi nessa fase da História que surgiu a lenda que explica a alcunha de «tripeiros» dada aos habitantes da cidade. Profundamente envolvidos na expedição militar que levaria o rei D. João I a Ceuta, preparada no Porto pelo seu mais famoso habitante de todos os tempos – o filho do rei, o Infante D. Henrique, «O Navegador» –, os portuenses forneceram à armada todos os mantimentos que possuíam, ficando apenas com... as tripas. Surgiu, assim, o prato das «tripas à moda do Porto», um dos mais identitários elementos da cidade.

Construído na segunda metade do século XIX, envolvendo um dos engenheiros que trabalhava com Gustave Eiffel, o edifício da Alfândega do Porto é ainda uma marca monumental da grande dinâmica fluvial, mercantil, comercial e burguesa da cidade. A evolução dos transportes, a construção do porto de Leixões e o posterior desenvolvimento da circulação rodoviária e aérea acabariam por fazer decair a sua importância e atividade. Nos finais do século XX, este edifício passou a acolher o Museu de Transportes e Comunicações e um centro de congressos.



Joel Cleto

- Historiador, arqueólogo e apresentador do programa «Caminhos da História», do Porto Canal
- Preletor da conferência «Alfândega do Porto e a epopeia dos Descobrimentos» na sessão de abertura, que tem início às 19h00

A troca de mercadorias cedeu lugar à partilha de ideias, saberes e ciência, pelo que o edifício da Alfândega continua a conferir à cidade um estatuto de local privilegiado para a permuta de contactos e conhecimentos. Um porto/Porto de chegada, de abrigo e de partilha. ■



No final do Simpósio Lusófono, na Assembleia-Geral e Eleitoral da Associação Lusófona de Urologia (ALU), entre as 18h45 e as 19h00, terá lugar a eleição dos novos corpos sociais para 2017/2019, além da aprovação

ALU elege nova Direção

do relatório de atividades do biénio anterior. A lista candidata, que é a única, é presidida por Igor Vaz, diretor do Serviço de Urologia do Hospital Central de Maputo, em Moçambique.

«Se a Direção cessante, presidida pelo urologista brasileiro Paulo Palma, foi muito ativa na organização de encontros científicos no âmbito da urologia feminina e da urologia funcional, do novo mandato espera-se que seja marcado pela discussão em torno das fístulas obstétricas, dado o trabalho que Igor Vaz tem desenvolvido em torno desta patologia», antevê Manuel Mendes Silva, um dos fundadores da ALU e presidente do Conselho Fiscal da lista candidata.

De acordo com o programa de ação divulgado na página de Facebook da ALU, para além da continuação do «bom trabalho desenvolvido pela Direção anterior», uma das apostas do novo mandato será fomentar, cada vez mais, a ligação internacional entre urologistas. O objetivo é que esta colaboração lusófona mais intensiva se dê ao nível de trabalhos científicos, cursos ou estágios, como também nos campos assistencial e organizativo, nomeadamente através da «criação de associações científicas ou colégios de Urologia em regiões ou países lusófonos nos quais ainda não existem». ■



