

Acta Urológica

Suplemento | Outubro 2013



Resumos dos Trabalhos

Congresso da Associação Portuguesa de Urologia 2013

- Comunicações Orais
- Posters
- Vídeos



Associação
Portuguesa
de Urologia

5 Índice

15 Comunicações Orais

45 Posters

103 Vídeos

Acta Urológica

Suplemento | Outubro 2013

A Acta Urológica é dedicada à rápida circulação de comunicações científicas em Urologia. Vocacionada para a divulgação dos trabalhos de autores portugueses e da atividade da Associação Portuguesa de Urologia, esta revista aceita com prazer a inclusão de trabalhos de autores estrangeiros.

Este número da Acta Urológica foi elaborado ao abrigo do novo Acordo Ortográfico.

The Acta Urológica is devoted to the rapid circulation of scientific communications in Urology. Though its prior objective is the divulgation of works of Portuguese authors and the activity of the Portuguese Association of Urology, this Journal accepts with pleasure the contribution of foreign authors.



Associação
Portuguesa
de Urologia

ISSN 2182-0341
ISBN: 978-989-97180-0-5

Comissão Organizadora

Presidente

Francisco Carrasquinho Gomes

Fernando Alberto Braz Ferrito

João Paulo Domingues Varregoso

Augusto José Pepe Cardoso

Luís Fernando Lopes Ribeiro

Manuel Xavier Ferreira Coelho

Miguel Nuno Cardoso Lourenço

Bruno Alexandre Silva Graça

Pedro Alexandre Bargão dos Santos

Andrea Carina Morais Furtado

Peter Manuel Kronenberg

Rui Duarte Abreu

Sofia Raquel Santos Lopes

João Dores

Reservados todos os direitos de edição. Proíbe-se a reprodução, total ou parcial, dos artigos, material fotográfico, desenhos e quadros contidos neste número, seja por meio mecânico, de fotocópia ou sistema de gravação, sem autorização expressa do Director.

A Acta Urológica e a Associação Portuguesa de Urologia não se responsabilizam necessariamente pelas opiniões expressas nas suas publicações.

Propriedade e Administração

Associação Portuguesa de Urologia

Rua Nova do Almada, 95 - 3º A

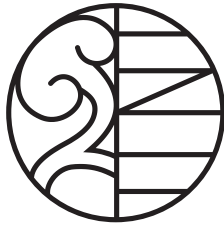
1200-288 Lisboa

Tel.: 213 243 590

Fax: 213 243 599

E-mail: apurologia@mail.telepac.pt

Site: www.apurologia.pt



APU2013

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA DE UROLOGIA

10 a 13 • Out • 2013

Centro de Congressos do Algarve
Vilamoura - Tivoli Marina Hotel



Índice

ORGANIZAÇÃO



SERVIÇO DE UROLOGIA

Comunicações Orais

- CO 01
- 16 **Infecções multiresistentes num serviço de Urologia e suas implicações**
Andrea Furtado, João Dorés, Bruno Graça, Fernando Ferrito
- CO 02
- 16 **Nefrostomia percutânea vs. Cateterismo ureteral: Avaliação da sua eficácia na resolução da sépsis e insuficiência renal aguda obstrutivas**
Jorge Dias, Pedro Costa, Luís Xambre, Vítor Oliveira, Luís Ferraz
- CO 03
- 17 **A presença de úlceras no síndrome doloroso vesical/cistite intersticial não altera o seu comportamento biológico**
Rui Pinto, Daniel Costa, Tiago Lopes, João Silva, Carlos Silva, Paulo Dinis, Francisco Cruz
- CO 04
- 17 **A inibição da enzima amida hidrólase de ácidos gordos reverte a hiperreflexia vesical induzida pela cistite**
Ana Charrua, Francisco Cruz
- CO 05
- 18 **Toxina botulínica tipo A no tratamento da bexiga hiperactiva – Casuística do serviço e avaliação da satisfação**
Sofia Santos Lopes, João Dorés, Rui Abreu, Andrea Furtado, Peter Kronenberg, Pedro Bargão Santos, Bruno Graça, Miguel Lourenço, Manuel Ferreira Coelho, Fernando Ribeiro, Pepe Cardoso, João Varregoso, Fernando Ferrito, Carrasquinho Gomes
- CO 06
- 18 **Os níveis urinários de fator de crescimento derivado do cérebro normalizam após injeção detrusora de toxina botulínica do serótipo A em doentes com síndrome de bexiga hiperativa refratário ao tratamento com antimuscarínicos**
Tiago Antunes-Lopes, Daniel Costa, Rui Pinto, Sérgio Barros, Célia Duarte-Cruz, Carlos Silva, Francisco Cruz
- CO 07
- 19 **Onabotulinumtoxin A versus resiniferatoxina no tratamento da incontinência urinária devido a bexiga hiperactiva: Análise prospectiva clínica e urodinâmica**
Pedro Dias, André Silva, Carlos Silva, Tiago Antunes-Lopes, João Silva, Rui Pinto, Francisco Cruz
- CO 08
- 19 **Tratamento da cistite rádica com oxigenoterapia hiperbárica – Experiência da Unidade Local de Saúde de Matosinhos**
Carlos Ferreira, Tiago Correia, Andre Cardoso, Manuel Cerqueira, Frederico Reis, Martinho Almeida, Oscar Camacho, Rui Prisco
- CO 09
- 20 **Fita suburetral transobturadora – percepção de cura e satisfação do doente a longo prazo**
Peter Kronenberg, João Dorés, Sofia Lopes, Rui Abreu, Andrea Furtado, Pedro Bargão, Bruno Graça, Miguel Lourenço, Manuel Ferreira Coelho, Fernando Ribeiro, Pepe Cardoso, João Varregoso, Fernando Ferrito, Carrasquinho Gomes
- CO 10
- 20 **Esfíncter urinário artificial AMS 800 – Análise retrospectiva de seis anos**
Pedro Dias, Miguel Guimarães, Nuno Tomada, Francisco Cruz
- CO 11
- 21 **Nefrectomia parcial experiência de uma Instituição Oncológica**
Rui Freitas, Ricardo Cruz, Paulo Araújo, Francisco Lobo, Andre Cardoso Jorge Oliveira
- CO 12
- 21 **Nefrectomia parcial laparoscópica - Experiência do serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto**
Diogo Gil Sousa; Filipe Coutinho; José Soares; Avelino Fraça; Luís Osório
- CO 13
- 22 **O trifecta na nefrectomia parcial laparoscópica**
Paulo Dinis; Silvio Bollini; Pedro Nunes; Belmiro Parada; Frederico Furiel; Lorenzo Marconi; Pedro Moreira; Arnaldo Figueiredo, Alfredo Mota
- CO 14
- 22 **Nefrectomia parcial vs nefrectomia radical no carcinoma de células renais: Quantificação da deterioração imediata da função renal**
Emanuel Carvalho-Dias, Ana Azevedo, Jorge Cabral-Ribeiro, Francisco Botelho, Paulo Mota, Agostinho Cordeiro, Carlos Oliveira, Miguel Mendes e Estevão Lima
- CO 15
- 23 **Nefrectomia radical aberta e laparoscópica – Experiência do serviço de Urologia do Hospital de Curry Cabral**
Hugo Pinheiro; Raquel João; Rui Lúcio; Miguel Almeida; Natália Martins; Ricardo Correia, Garção Nunes
- CO 16
- 23 **Nefrectomias: Experiência do serviço de Urologia do Hospital Fernando Fonseca nos últimos 10 anos**
João Dorés, Sofia Lopes, Rui Abreu, Andrea Furtado, Peter Kronenberg, Pedro Bargão, Bruno Graça, Miguel Lourenço, Manuel Ferreira Coelho, João Varregoso, Júlio Fonseca, Pepe Cardoso, Fernando Ferrito, Carrasquinho Gomes
- CO 17
- 24 **Tumores do rim com invasão vascular – revisão multicêntrica de 6 Hospitais do Concelho de Lisboa**
Rodrigo Ramos, Nidia Rolim, Raquel João, Sérgio Pereira, Luís Silvestre, Gonçalo Alves, Álvaro Nunes, Pedro Melo, Rui Lúcio, Sandro Gaspar, Rodrigo Garcia, Anatoliy Sandul, Luís Campos Pinheiro, Garção Nunes, Luís Mendes Pedro, Mota Capitão, Eduardo Silva, Hélder Monteiro, Tomé Lopes
- CO 18
- 24 **Tratamento do tumor do rim com crioterapia laparoscópica - Experiência de um Centro**
Rodrigo Ramos, Marco Dorés, Joana Ip, Rui Carneiro, Jorge Rebola, José Lencastre, Jorge da Silva, Eduardo Silva
- CO 19
- 25 **Terapêutica adjuvante com sunitinib para tumores do rim; resultados e complicações – A experiência do centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**
Hugo Coelho, Paulo Asinhais, Paulo Temido, Alfredo Mota
- CO 20
- 25 **Está a incidência de litíase em Portugal a ser influenciada pela crise económica?**
José M. Reis Santos, Ana Rita Monteiro, Ana Luísa Papoila

- CO 21
- 26 **Nefrolitotomia percutânea experiência de 4 anos de uma Instituição**
Rui Freitas, Jorge Dias, Rui Amorim, Paulo Espiridião, Vítor Oliveira, Luís Ferraz
- CO 22
- 26 **Cirurgia percutânea para a litíase renal – Experiência de um Centro**
Edgar Tavares da Silva, David Castelo, Vera Marques, Pedro Moreira, Pedro Simões, Alfredo Mota
- CO 23
- 27 **Nefrolitotomia percutânea. Abordagem standard vs tubeless no Hospital de Braga**
Agostinho Cordeiro, Paulo Mota, Emanuel Dias, Carlos Oliveira, Francisco Botelho, Vítor Nogueira, Estêvão Lima
- CO 24
- 27 **Litotricia a laser – Parâmetros do litotritor e eficácia da fragmentação**
Peter Kronenberg, Olivier Traxer
- CO 25
- 28 **Prótese peniana insuflável de três componentes – Análise retrospectiva de cinco anos**
Pedro Dias, Daniel Costa, Nuno Tomada, Miguel Guimarães, Francisco Cruz
- CO 26
- 28 **Relação entre a redução de células progenitoras endoteliais e disfunção erétil na diabetes**
Ângela Castela, Ricardo Silvestre, Luísa Guardão, Liliana Leite, Pedro Vendeira, Carla Costa
- CO 27
- 29 **Adenoma nefrogénico e transplante renal, que relação?**
Ricardo Godinho, Pedro Peralta, Vânia Grenha, Hugo Coelho, Ricardo Borges, Paulo Conceição, Paulo Azinhalis, Alfredo Mota, Amílcar Sismeiro
- CO 28
- 29 **Nefrectomia laparoscópica transperitoneal para doação de rim, experiência inicial do C.H.P**
João Ferreira Cabral; Miguel Silva-Ramos; Paulo Príncipe; Avelino Fraga
- CO 29
- 30 **Retransplante renal: manter ou remover o aloenxerto perdido?**
Paulo Dinis, Pedro Nunes, Lorenzo Marconi, Frederico Furriel, David Castelo, Belmiro Parada, Pedro Moreira, Arnaldo Figueiredo, Carlos Alberto Bastos, António Roseiro, Vítor Dias, Francisco Rolo, Fernando Macário, Alfredo Mota
- CO 30
- 30 **A organização de um serviço de urologia – Os prós e contras de uma nova experiência**
Rui Sousa, Júlio Fonseca, Luís Monteiro, Rui Formoso, Sofia Lopes e Catarina Gameiro
- CO 31
- 31 **Grupos de diagnóstico homogéneos: reflexão sobre um serviço de Urologia**
Aníbal Coutinho, Soraia Rodrigues, Marco Soares, Miguel Rodrigues, Pedro Neto Gomes, Miguel Cabrita, Gilberto Rosa, José Neves
- CO 32
- 31 **O valor da ressonância magnética multiparamétrica da próstata antes da biópsia na deteção de carcinoma**
João Magalhães Pina, Luís Campos Pinheiro, Rita Nobre Lucas, João Lopes Dias, Pedro Galego, Pedro Melo Rocha, Ana Meirinha, Pedro Baltasar
- CO 33
- 32 **Biópsia prostática guiada por Fusão de Imagem MRI-TRUS**
João Magalhães Pina, Luís Campos Pinheiro, Rita Nobre Lucas, João Lopes Dias, Pedro Galego, Pedro Melo Rocha, Ana Meirinha, Pedro Baltasar
- CO 34
- 32 **A utilidade da ressonância magnética multiparamétrica da próstata no diagnóstico do cancro da próstata – Experiência inicial**
Frederico Furriel, Edgar Silva, Vera Marques, Ricardo Godinho, Pedro Nunes, Alfredo Mota
- CO 35
- 33 **Que doentes com novo diagnóstico de cancro da próstata necessitam de estadiamento com tomografia computadorizada abdomino-pélvica, ressonância magnética ou cintilograma ósseo? Impacto no atraso da decisão terapêutica e custos para o serviço nacional de saúde**
Emanuel Carvalho-Dias, Filipe Malheiro, Francisco Botelho, Paulo Mota, Agostinho Cordeiro e Estêvão Lima
- CO 36
- 33 **Relação entre a biópsia prostática e a peça anatómica final**
Peter Kronenberg, João Soares, Sofia Lopes, Rui Abreu, Andrea Furtado, Pedro Bargão, Bruno Graça, Miguel Lourenço, Manuel Ferreira Coelho, Fernando Ribeiro, Pepe Cardoso, João Varregoso, Fernando Ferrito, Carrasquinho Gomes
- CO 37
- 34 **Patients with disseminated high grade prostatic intraepithelial neoplasia and metabolic syndrome have an elevated risk of prostate cancer on repeat biopsy: result of a multicentre study**
Antonio Cicione, Emanuel Carvalho-Dias, Carlos Oliveira, Paulo Mota, Agostinho Cordeiro, Rocco Damiano, Cosimo De Nunzio e Estêvão Lima.
- CO 38
- 34 **Prostatectomia Radical Laparoscópica versus Prostatectomia Radical Aberta: Margens cirúrgicas**
Rui Duarte Abreu, Pedro Bargão, Bruno Graça, Miguel Lourenço, Manuel Ferreira Coelho, Fernando Ribeiro, Pepe Cardoso, João Varregoso, Fernando Ferrito, Carrasquinho Gomes
- CO 39
- 35 **Prostatectomia radical: Casuística da experiência de 8 anos e análise de preditores de recidiva bioquímica**
Jorge Dias, Paulo Espiridião, António Ferreira, Pedro Costa, Luís Xambre, Luís Ferraz
- CO 40
- 35 **Prostatectomia radical via laparoscopia - A experiência de um Hospital**
Andrea Furtado, Rui Duarte Abreu, Manuel Ferreira Coelho, João Varregoso, Fernando Ferrito
- CO 41
- 36 **Recuperação da continência urinária precoce e tardia após prostatectomia radical laparoscópica vs. Retropúbica**
Emanuel Carvalho-Dias, Bernardo Pereira, Francisco Botelho, Paulo Mota, Agostinho Cordeiro, Carlos Oliveira, Jorge Cabral-Ribeiro, Miguel Mendes e Estêvão Lima

- CO 42
36 Alterações na qualidade de vida e morbilidade urinária em doentes submetidos a braquiterapia prostática por carcinoma da próstata localizado
Pedro Miguel Baltazar; Pedro Melo Rocha; João Magalhães Pina; Ana Meirinha; Pedro Galego; José Paulo Patena Forte; Luís Campos Pinheiro
- CO 43
37 Criocirurgia no cancro da próstata - Experiência de um Serviço de Urologia
João Pedro Peralta; Ricardo Godinho; Carlos Rabaça; Amílcar Sismeiro
- CO 44
37 Cistectomia radical: Experiência de um Centro Oncológico
Paulo Araújo, Ricardo Cruz, Rui Freitas, Luís Saraiva, António Moraes, Jorge Oliveira
- CO 45
38 Complicações peri e pós-operatórias da cistectomia radical. Análise comparativa entre a abordagem aberta e laparoscópica de um único serviço
Paulo Mota, Sofia Rolo, Emanuel Dias, Agostinho Cordeiro, Francisco Botelho, Carlos Oliveira, António Pedro Carvalho, Estêvão Lima
- CO 46
38 Carcinomas do alto aparelho urinário – Experiência terapêutica do serviço de Urologia do Hospital Egas Moniz entre 2001 e 2013
Filipe Alpoim Lopes, Renato Lains Mota, José Carlos Santos, Nidia Rolim, Tiago Rodrigues, Ana Covita, Mário Jorge Soares, Pedro Monteiro, Artur Canhoto, Rui Nogueira, Hélder Monteiro
- CO 47
39 Cirurgia Intra-renal Retrograda (RIRS): A Experiência do Hospital Egas Moniz
Filipe Lopes, José Santos, Nidia Rolim, Tiago Rodrigues, Renato Mota, Ana Covita, Mário Soares, Pedro Monteiro, Artur Canhoto, Rui Nogueira, Hélder Monteiro
- CO 48
39 Linfadenectomia retroperitoneal nos tumores do testículo - Experiência de um Serviço de Urologia
João Pedro Peralta; Ricardo Godinho; Carlos Rabaça; Amílcar Sismeiro
- CO 49
40 Impacto na mortalidade do momento da linfadenectomia inguinal no tumor do pénis
Rodrigo Ramos, Marco Soares, Jorge Rebola, Rui Carneiro, José Lencastre, Jorge da Silva, Eduardo Silva
- CO 50
40 Linfadenectomia inguinal no tratamento do carcinoma do pénis – Morbilidade intra e pós-operatória
David Castelo, Edgar Tavares, Vera Marques, Paulo Dinis, Arnaldo Figueiredo, Alfredo Mota
- CO 51
41 Treino dos internos de urologia em laparoscopia – Comparação entre Portugal e o resto da Europa
Frederico Furriel, Gustavo Gomes, Paulo Dinis, Pedro Nunes, Arnaldo Figueiredo, Vítor Dias, Alfredo Mota
- CO 52
41 Laparoscopia 3D versus 2D: estudo comparativo usando um programa validado de treino para laparoscopia urológica
Emanuel Carvalho-Dias, Paulo Mota, Antonio Cicione, Pedro Pinho, Cristina Nogueira-Silva, Francisco Botelho, Carlos Oliveira, Agostinho Cordeiro, Riccardo Autorino, Jorge Correia-Pinto e Estêvão Lima
- CO 53
42 Contemporary urologic mini-laparoscopy: indications, techniques and surgical outcomes in a multi-institutional European cohort
A. Cicione, R. Autorino, F. Porpiglia, V. Pagliarulo, A. Volpe, M. Falsaperla, A. Celica, A. Breda, F. Greco, M. De Sio, A. Saita, M. Zaccaro, R. Bertolo, C. Fiori, C. Terrone, A. Gozen, E. Lima, J. Rassweiler
- CO 54
42 Retroperitoneoscopia: Experiência de 5 anos do serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa
Pedro Valente, Hélder Castro, Fernando Vila, Joaquim Lindoro
- CO 55
43 O diâmetro real das fibras laser
Peter Kronenberg, Olivier Traxer

Posters

- P 01
46 Técnica de penso amarrado na aplicação de enxerto livre cutâneo na formação de neo-glande por carcinoma do pénis
Artur Palmas, Nuno Pires
- P 02
46 Carcinoma de células renais com trombo na veia cava: abordagem multidisciplinar em dois casos
Catarina Gameiro, Sofia Pinheiro Lopes, Júlio Fonseca, Luís Monteiro, Rui Formoso, Rui Sousa
- P 03
47 Criocirurgia prostática - revisão dos primeiros 6 casos
António Guilherme de Oliveira
- P 04
47 Braquiterapia prostática - a experiência da ULS da Guarda
António Guilherme de Oliveira; Joan Cortina; Alexandre Pereira
- P 05
48 Just-swing - Os primeiros 100 casos
António Guilherme de Oliveira; Branco da Rocha
- P 06
48 Estudo epidemiológico para a caracterização do carcinoma de células renais em Portugal
Arnaldo Figueiredo; Vera Vicente; Pedro Aguiar; Paulo Temido; Renato Lains Mota; Jorge Oliveira; Campos Pinheiro; Eduardo Silva; André Silva; Martinho do Rosário; Tomé Lopes; Pedro Nunes
- P 07
49 Carcinoma de células renais com metastização bilateral e sincrona das glândulas supra-renais – apresentação de caso clínico e casuística do serviço
Pedro Miguel Baltazar; Pedro Melo Rocha; João Magalhães Pina; Ana Meirinha; Pedro Galego; José Paulo Patena Forte; Luís Campos Pinheiro

- P 08
49 **Caso clínico raro de adenocarcinoma da próstata com apresentação atípica e posterior metastização adrenal isolada**
Pedro Miguel Baltazar; Pedro Melo Rocha; João Magalhães Pina; Ana Meirinha; Pedro Galego; José Paulo Patena Forte; Luís Campos Pinheiro
- P 09
50 **Orquite isquémica unilateral após hernioplastia inguinal bilateral em doente com comorbilidades**
Nuno Azevedo, Fábio Escórcio, Luís Osório, Avelino Fraça, Severino Ribeiro
- P 10
50 **Peritonite pós mitomicina intravesical em doente com perfuração bexiga**
Nuno Azevedo, Nuno Barbosa, Avelino Fraça, Luís Osório
- P 11
51 **A hematúria como manifestação isolada de ruptura intraperitoneal da bexiga após acidente de viação**
Nuno Azevedo, Susana Ribeiro, Eduardo Carrasquinho, Margarida Casola, Cardoso De Oliveira
- PO 12
51 **Impacto da experiência do operador nos resultados da litotricia extracorpórea por ondas de choque**
Daniel Oliveira Reis; Fábio Almeida; Diogo Gil Sousa; Frederico Branco; Avelino Fraça; Severino Ribeiro; Vítor Cavadas
- P 13
52 **Caso clínico: Quisto da vesícula seminal**
Nuno Barbosa; Avelino Fraça; Paulo Príncipe; Manuel Oliveira; Frederico Teves; Diogo Gil Sousa
- P 14
52 **Schistosomíase vesical e tumor de pequenas células – Primeiro caso publicado**
Miguel Almeida, Rui Lúcio, Jorge Fonseca, Jorge Rebola, José Garção Nunes
- P 15
53 **Neoplasia rara da próstata em transplantado renal**
Gustavo Gomes, Vera Marques, Frederico Furriel, Carlos Bastos, Alfredo Mota
- P 16
53 **Catéter uretérico em transplante renal, utilizar ou não?**
Gustavo Gomes, David Castelo, Edgar Tavares, Vera Marques, Carlos Bastos, Alfredo Mota
- P 17
54 **Ureterocelo ortotópico bilateral - A propósito de um caso**
Nuno Fidalgo, Nuno Domingues, Mafalda Melo, António Romão, David Botelho, Carlos Santos, Macieira Pires e Mário Rodrigues
- P 18
54 **Biópsia da próstata- resultados de um modelo de formação**
Nuno Fidalgo, Nuno Domingues, Mafalda Melo, António Romão, David Botelho, Carlos Santos, Macieira Pires e Mário Rodrigues
- P 19
55 **Nefroureterectomia e neoplasia maligna do urotélio alto**
Gustavo Gomes, David Castelo, Edgar Tavares, Frederico Furriel, Carlos Bastos, Alfredo Mota
- P 20
55 **Valor do PSA, idade, toque rectal e nódulos ecográficos no resultado histológico da Biópsia Prostática Transrectal Ecodirigida**
Luís Sepúlveda, Tiago Gorgal, Pedro Sousa, Filipe Rodrigues
- P 21
56 **Próteses Penianas – Avaliação dos últimos 12 anos**
Galego, P.; Calais, F.; Barros, F.; Ferronha, F.; Pina, J.; Melo, P.; Meirinha, A.; Baltazar, P.; Pinheiro, L.C.
- P 22
56 **Complicação rara após colocação de Prótese Peniana – Caso Clínico**
Galego, P.; Calais, F.; Barros, F.; Ferronha, F.; Pina, J.; Melo, P.; Meirinha, A.; Baltazar, P.; Pinheiro, L.C.
- P 23
57 **Metástase cerebral em doente com neoplasia vesical de baixo grau?**
Marco Dores; Rodrigo Ramos; Jorge Rebola; Rui Carneiro; Jorge Silva; José Lencastre; Eduardo Silva
- P 24
57 **Tumor Neuro Endócrino Primitivo Renal: a propósito de um caso clínico**
Marco Dores; Rodrigo Ramos; Jorge Rebola; Rui Carneiro; Jorge Silva; José Lencastre; Eduardo Silva
- P 25
58 **Endometriose ureteral grave e hipofunção renal silenciosa – 4 casos de nefrectomia laparoscópica**
Álvaro Nunes, Tito Leitão, Anatoliy Sandul, Rodrigo Garcia, Ricardo Silva, Sandro Gaspar, João Varela, Tomé Lopes
- P 26
58 **Análise química de cálculos urinários – A experiência de 5 anos**
Álvaro Nunes, Tito Leitão, Anatoliy Sandul, Rodrigo Garcia, Ricardo Silva, Sandro Gaspar, João Varela, Tomé Lopes
- P 27
59 **Biópsias prostáticas no HGO em 2011 – O que as precede e o que lhes sucede?**
Celso Mariaçca, Nuno Figueira, Francisco Campos, João Bastos, Paulo Vale, António Madeira
- P 28
59 **Factores de risco para reintervenção após cistectomia**
Celso Mariaçca, Nuno Figueira, Francisco Campos, Paulo Vale, João Bastos, António Madeira
- P 29
60 **O prolapso de órgãos pélvicos pode matar**
Celso Mariaçca, Nuno Figueira, Francisco Campos, João Bastos, Paulo Vale, António Madeira
- P 30
60 **Apendicite aguda necrosada – Causa rara de ureterohidronefrose**
Diogo Gil Sousa; Daniel Reis; José Soares; Avelino Fraça
- P 31
61 **Adenocarcinoma mucinoso do úraco e do rim - Sete anos depois, a mesma histologia**
Raquel João, Hugo Pinheiro, Rui Lúcio, Miguel Almeida, Natália Martins, António Figueiredo, António Lázaro, Rui Farinha, Garção Nunes

- P 32
61 **Tumor herniado para o escroto a mimetizar neoplasia do testículo**
Raquel João, Jorge Neta, Rui Farinha, Hugo Pinheiro, Rui Lúcio, Miguel Almeida, Natália Martins, Garção Nunes
- P 33
62 **Tumor fibroso solitário paratesticular – Caso clínico**
Raquel João, Rui Lúcio, Hugo Pinheiro, Miguel Almeida, Natália Martins, António Figueiredo, Ana Maria Carvalho, Rui Farinha, Garção Nunes
- P 34
62 **Prostatectomia radical de salvamento: Experiência inicial de um Centro Oncológico**
Paulo Araújo, Ricardo Cruz, Rui Freitas, António Morais, Jorge Oliveira
- P 35
63 **Biópsia prostática orientada por fusão de imagem (MRI-ultrasound fusion)**
Soraia Rodrigues, Marco Soares, Miguel Rodrigues, Pedro Gomes, Miguel Cabrita, Gilberto Rosa, Anibal Coutinho, José Neves
- P 36
63 **Adenoma viloso da bexiga um tumor frequente, num local inesperado**
Soraia Rodrigues, Marco Soares, Miguel Rodrigues, Pedro Gomes, Miguel Cabrita, Gilberto Rosa, Anibal Coutinho, José Neves
- P 37
64 **Carcinoma de células renais com trombo gigante da veia cava inferior**
Andrea Furtado, Bruno Graça, Fernando Ferrito, Frederico Gonçalves, Araújo Morais, Luís Mota Capitão
- P 38
64 **Amiloidose vesical primária: um diagnóstico diferencial raro de neoplasia vesical**
Jorge Dias, Pedro Costa, Luís Xambre, José Amaral, Luís Ferras
- P 39
65 **Tumor de tritão maligno primitivo da próstata. Um tumor raro e um caso clínico incomum**
Paulo Mota, Emanuel Dias, Agostinho Cordeiro, António Pedro Carvalho, Estevão Lima
- P 40
65 **Eficácia do tratamento da litíase ureteral por litotricia intracorporal em comparação com a litotricia extracorporal por ondas de choque**
Paulo Mota, Fábio Silva, Emanuel Dias, Agostinho Cordeiro, António Pedro Carvalho e Estevão Lima
- P 41
66 **Metastização ganglionar extensa na apresentação do carcinoma da próstata**
Francisco Campos, Pedro Soares, Nuno Figueira, Celso Mariaeva, João Paulo Rosa, Nuno Bello, Miguel Carvalho, António Madeira
- P 42
66 **Carcinoma urotelial com diferenciação pavimentosa**
Francisco Campos, Pedro Soares, Nuno Figueira, Celso Mariaeva, João Paulo Rosa, Nuno Bello, Miguel Carvalho, António Madeira
- P 43
67 **Análise dos factores predisponentes de hemorragia na nefrolitotomia percutânea**
Carlos Ferreira, Tiago Correia, André Cardoso, Manuel Cerqueira, Frederico Reis, Martinho Almeida, Rui Prisco
- P 44
67 **Carcinoma de pequenas células da bexiga – Experiência do serviço de Urologia do Hospital Garcia de Orta**
Nuno Figueira, Miguel Carvalho, Francisco Campos, Celso Mariaeva, António Madeira
- P 45
68 **Nefrectomia radical unilateral laparoscópica em doente com oncocitose renal: Relato de um caso**
Pedro Costa, Jorge Dias, Luís Carlos Costa, Paulo Espiridião, Luís Ferras
- P 46
68 **Hemorragia digestiva alta maciça: Metastização gastrointestinal de tumor testicular das células germinativas**
João Soares, Rui Duarte Abreu, Pedro Bargão, Manuel Ferreira Coelho, Carrasquinho Gomes
- P 47
69 **Metástases cutâneas de carcinoma urotelial pós cistoprostatectomia radical – Apresentação de um caso**
Ana Meirinha, Pedro Galego, Pedro Melo Rocha, João Magalhães Pina, Pedro Baltazar, Luís Severo, Luis Campos Pinheiro
- P 48
69 **Uso de bulking agents no tratamento de incontinência urinária na mulher: Eficácia e sucesso – Revisão de casos**
Ana Meirinha, Pedro Galego, Pedro Melo Rocha, João Magalhães Pina, Pedro Baltazar, Luís Severo, Luis Campos Pinheiro
- P 49
70 **Carcinoma de células renais mimetizando hemangioma do rim**
Catarina Gameiro, Luís Monteiro, Sofia Pinheiro Lopes, Rui Formoso, Júlio Fonseca, Rui Sousa, Helena Oliveira
- P 50
70 **Fracturas na linha – 5 anos de experiência no serviço de Urgência do CHLO**
Renato Lains Mota, Filipe Alpoim Lopes, José Carlos Santos, Nidia Rolim, Tiago Rodrigues, Ana Covita, Hélder Monteiro
- P 51
71 **Mesotelioma maligno da túnica vaginal – Da aparência inofensiva à doença agressiva**
Rodrigo Ramos, Jorge da Silva, Marco Soares, Rafael Cabrera, Eduardo Silva
- P 52
71 **Litíase úrica – Um caso de sucesso da terapêutica oral isolada na dissolução de um cálculo coraliforme**
Nidia Rolim, Renato Lains Mota, José Carlos Santos, Tiago Rodrigues, Filipe Alpoim Lopes, Hélder Monteiro
- P 53
72 **Ileocistoplastia de aumento com recurso a neobexiga ileal de studer**
Ricardo Pereira e Silva, Geraldo Dias, Anatoly Sandul, Rodrigo Garcia, Álvaro Nunes, Rodrigo Ramos, Sandro Gaspar, José Palma dos Reis, Tomé Lopes
- P 54
72 **Resultados do overactive bladder questionnaire em doentes de cuidados de saúde primários**
Ricardo Pereira e Silva, Teresa Rodrigues, Sara Oliveira, João Brites, Vasco Romão, Marisa Neves, Rodrigo Garcia, José Palma dos Reis, Tomé Lopes

- P 55
73 Priapismo maligno – Metastização peniana por adenocarcinoma da próstata
Gaspar, S., Nunes, A., Garcia, R., Pereira e Silva R., Ramos, R., Sandul, A., Leitão, T., Dias, J., Lopes, T.
- P 56
73 Obstrução da junção uretero-pélvica – Da iatrogenia ao diagnóstico
Gaspar, S., Sandul, A., Nunes, A., Garcia, R., Ramos, R., Pereira e Silva, R., Oliveira, A. Martins, F., Dias, J., Lopes, T.
- P 57
74 Adenocarcinoma da próstata incidental em doentes submetidos a cistoprostatectomia radical
Gaspar, S., Sandul, A., Nunes, A., Garcia, R., Ramos, R., Pereira e Silva, R., Oliveira, A. Martins, F., Dias, J., Lopes, T.
- P 58
74 Psicofármacos...Causa ou consequência da Incontinência Urinária?
Carlos Ferreira, Tiago Correia, Andre Cardoso, Manuel Cerqueira, Frederico Reis, Martinho Almeida, Rui Prisco
- P 59
75 Prostatectomia radical retropúbica: Complicações intra-operatórias e pós-operatórias precoces – Experiência de 5 anos do serviço de Urologia e Transplantação Renal CHUC-HG
Maria José Freire, Edgar Tavares Silva, Luís Sousa, Alfredo Mota
- P 60
75 Biomarcador para avaliar a fertilidade masculina
António Patrício, Joana Vieira Silva, Nuno Maia, Margarida Fardilha
- P 61
76 Carcinoma incidental da próstata – Experiência de 4 anos
Álvaro Nunes, Anatoliy Sandul, Rodrigo Garcia, Ricardo Silva, Sandro Gaspar, Sérgio Pereira, Tomé Lopes
- P 62
76 Urinary Rhabdosphincter Bioengineering – A Decellularized Urethra Matrix for Modeling SUI In Vitro and Tissue Engineering Applications
I.N. Simões, S. Soker, A. Atala, J.M.S. Cabral, C.L. da Silva, P.M. Baptista, C. Mariakva, N. Figueira and P. Vale
- P 63
77 Ressecção transuretral prostática bipolar (b-rtup): Experiência do serviço de Urologia do Hospital Beatriz Ângelo
Sofia Pinheiro Lopes, Catarina D. Gameiro, Rui Formoso, Júlio Fonseca, Luís Abranches Monteiro, Rui Sousa
- P 64
77 Nefrolitotomia percutânea: Decúbito ventral vs. Decúbito dorsal
Pedro Valente, Hélder Castro, Fernando Vila, Joaquim Lindoro
- P 65
78 Carcinoma de células renais com trombose de tipo IV da veia cava inferior apresentando-se como síndrome de Budd-Chiari
Rodrigo Garcia, Álvaro Nunes, Sandro Gaspar, João Varela, Helena Correia, Tomé Lopes
- P 66
78 Nefrectomia parcial laparoscópica: Experiência de 2 anos do serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Lisboa Norte
Rodrigo Garcia, Tito Leitão, Sérgio Pereira, Tiago Mendonça, João Varela, Helena Correia, Tomé Lopes
- P 67
79 Metástase peniana, um achado raro – Caso clínico
Sofia Santos Lopes, Rui Duarte Abreu, Miguel Lourenço
- P 68
79 Causas de reinternamento no serviço de Urologia: Casuística de um ano no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca
A. Silva
- P 69
80 Casuística do serviço de Urologia do Hospital Beatriz Ângelo
Rui Sousa, Júlio Fonseca, Luís Monteiro, Rui Formoso, Sofia Lopes e Catarina Gameiro
- P 70
80 Circuncisão – 2 anos de experiência e grau de satisfação no novo centro integrado de cirurgia de ambulatório do Centro hospitalar do Porto
Daniel Oliveira Reis; Diogo Gil Sousa; Avelino Fraga; Severino Ribeiro
- P 71
81 Síndrome de dor lombar e hematuria – Quando a cólica renal não termina
Alexandra Mesquita, Rui Eusébio, Estevão Lima
- P 72
81 Correlação entre presença de complicações e grau de satisfação em cirurgia urológica de ambulatório
Diogo Gil Sousa; Daniel Reis; Filipe Coutinho; José Soares; Avelino Fraga
- P 73
82 Cancro do testículo: Nível de conhecimento e realização do auto-exame numa população universitária
Isaac Braga, João Cabral, Nuno Louro, José LaFuente de Carvalho, Avelino Fraga
- P 74
82 Biopsy needle size doesn't influence the prostate cancer gleason score concordance between biopsy and pathological specimens
Antonio Cicione, Emanuel Carvalho-Dias, Carlos Oliveira, Paulo Mota, Agostinho Cordeiro, Rocco Damiano, Cosimo De Nunzio e Estevão Lima
- P 75
83 Tumores do testículo – casuística do serviço de Urologia do Hospital Garcia de Orta
Nuno Figueira, Miguel Carvalho, Francisco Campos, Celso Mariakva, António Madeira
- P 76
83 Derivação urinária urgente: revisão casuística de três anos e análise de complicações precoces
Pedro Costa, Jorge Dias, Paulo Espiridião, Vítor Oliveira, Luís Ferraz
- P 77
84 Ambiente hormonal em doentes com disfunção erétil e síndrome metabólica
Luís Pacheco-Figueiredo, Inês Campos Costa, Hugo Carvalho, Inês Tomada, Nuno Tomada, Francisco Cruz

- P 78
84 **Disfunção endotelial em doentes com síndrome metabólica e disfunção erétil – Papel das angiopoietinas**
Luís Pacheco-Figueiredo, Inês Tomada, Francisco Botelho, Tiago Lopes, Rita Negrão, Manuel Pestana, Nuno Tomada, Francisco Cruz
- P 79
85 **Nefrolitotomia percutânea – Análise retrospectiva de dois anos**
Pedro Dias, André Silva, Nuno Tomada, Miguel Guimarães, Francisco Cruz
- P 80
85 **Liposarcoma paratesticular – Recidiva a curto prazo**
Gaspar, S., Pereira e Silva R., Nunes, A., Garcia, R., Ramos, R., Sandul, A., Martins, F., Dias, J., Lopes, T.
- P 81
86 **Os níveis urinários de neurotrofinas em mulheres com incontinência urinária de esforço aumentam após tratamento cirúrgico com fita suburetral transobturadora**
Tiago Antunes-Lopes, Daniel Costa, Rui Pinto, Sérgio Barros, Célia Duarte-Cruz, Carlos Silva, Francisco Cruz
- P 82
86 **Tumor dos cordões sexuais não classificável (TCSNC) do testículo**
Vânia Grenha, Paula Serra, Hugo Coelho, Edson Retros, Paulo Temido, Alfredo Mota
- P 83
87 **Tumor carcinoide do rim - Tumor primário ou metastático?**
Vânia Grenha, Bruno Pereira, Rui Martins, Edson Retros, Paulo Temido, Alfredo Mota
- P 84
87 **Avaliação da incontinência urinária nos doentes submetidos a prostatectomia radical entre 2009 e 2011 no serviço de Urologia do Hospital de São José**
Pedro Melo da Rocha, João Pina, Cabrita Carneiro, Luís Campos Pinheiro
- P 85
88 **Avaliação do grau de satisfação com a cirurgia dos doentes submetidos a prostatectomia radical entre 2009 e 2011 no serviço de Urologia do Hospital de São José**
Pedro Melo da Rocha, João Pina, Cabrita Carneiro, Luís Campos Pinheiro
- P 86
88 **Experiência inicial e grau de satisfação no novo Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar do Porto – Realidade da Urologia**
Diogo Gil Sousa; Daniel Reis; Filipe Coutinho; José Soares; Avelino Fraça
- P 87
89 **The bone extracellular matrix glycoprotein osteopontin and diagnosis of prostate cancer**
Francisco Pina; Pedro Dias; Ana Ferro; Pedro Dias; Viviana Carvalho; Pedro Valente; Ana Sofia Marinho; Raquel Portugal; Francisco Cruz; Henrique Barros; Nuno Lunet
- P 88
89 **Serum adipocytokine resistin and diagnosis of prostate cancer**
Francisco Pina; Ana Ferro; Pedro Dias; Viviana Carvalho; Pedro Valente; Ana Sofia Marinho; Raquel Portugal; Francisco Cruz; Henrique Barros; Nuno Lunet
- P 89
90 **Diferenciação sarcomatóide em neoplasias renais – Casuística de um serviço e implicações no prognóstico**
Ricardo Godinho, Pedro Peralta, Vânia Grenha, Hugo Coelho, Paulo Conceição, Paulo Azinhalis, Alfredo Mota, Amílcar Sismeiro
- P 90
90 **Carcinoma de translocação do rim**
Ricardo Dias Cruz, Paulo Araújo, Rui Freitas, António Morais, Sanches Magalhães, Manuel Teixeira, Rui Henrique, Jorge Oliveira
- P 91
91 **Aplicação de questionários de sintomas pélvicos na avaliação dos resultados da sacrocolpopexia laparoscópica – Experiência do Centro Hospitalar Lisboa Norte**
Tito Palmela Leitão, Tiago Mendonça, João Varela, Tomé Lopes
- P 92
91 **Cirurgia conservadora no carcinoma do pénis**
Anatoliy Sandul, Rodrigo Garcia, Rodrigo Ramos Ricardo Silva, Álvaro Nunes, Sandro Gaspar, Amâncio Oliveira, Francisco Martins, Tome Lopes
- P 93
92 **Prótese peniana insuflável. Experiência do serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte**
Anatoliy Sandul, Rodrigo Garcia, Rodrigo Ramos Ricardo Silva, Álvaro Nunes, Sandro Gaspar, Amâncio Oliveira, Francisco Martins, Tome Lopes
- P 94
92 **Ureter retrocava**
Anatoliy Sandul, Rodrigo Garcia, Rodrigo Ramos Ricardo Silva, Álvaro Nunes, Sandro Gaspar, Amâncio Oliveira, Francisco Martins, Tome Lopes
- P 95
93 **Carcinoma renal e tumor vesical na doença renal terminal. Caso clínico**
Anatoliy Sandul, Rodrigo Garcia, Rodrigo Ramos Ricardo Silva, Álvaro Nunes, Sandro Gaspar, Amâncio Oliveira, José Dias, Tome Lopes.
- P 96
93 **Casos raros de tumores testiculares – Linfomas do testículo**
Edgar Tavares da Silva, Bruno Gonçalves, David Castelo, Vera Marques, Pedro Simões, Alfredo Mota
- P 97
94 **Cirurgia urológica em São Tomé e Príncipe**
Tiago Rodrigues, Renato Mota, Ana Covita, Pedro Monteiro, Hélder Monteiro
- P 98
94 **Hemiparesia – Um caso de tumor testicular**
Tiago Rodrigues, José Carlos Santos, Nidia Rolim, Filipe Lopes, Renato Mota, Ana Covita, Rui Nogueira, Hélder Monteiro
- P 99
95 **Experiência preliminar da utilização de um novo sistema transobturador ajustável para o tratamento da incontinência urinária de esforço masculina**
Daniel Costa, Tiago Lopes, Pedro Dias, Rui Pinto, João Silva, Carlos Silva, João Dias, Miguel Guimarães, Francisco Cruz

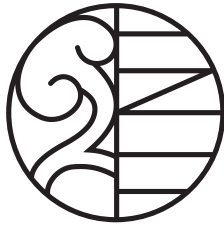
- P 100
- 95 **Síndrome de Wunderlich num doente com esclerose tuberosa – Um caso clínico**
Nídia Rolim, Filipe Lopes, Tiago Rodrigues, José Carlos Santos, Renato Mota, Mário Soares, Hélder Monteiro
- P 101
- 96 **Tratamento multimodal no carcinoma de células renais metastizado: Um caso paradigmático do papel da citoredução cirúrgica**
Ricardo Dias Cruz, Paulo Araújo, Rui Freitas, António Morais, Sanches Magalhães, Vítor Silva, Francisco Lobo, Nuno Sousa, Jorge Oliveira
- P 102
- 96 **Carcinoma espinhocelular do pénis – Casuística de um Centro terciário 2006-2013**
David Castelo, Edgar Tavares, Vera Marques, Maria José Freire, Arnaldo Figueiredo, Alfredo Mota
- P 103
- 97 **Tumores de células germinativas do testículo – Casuística de um Centro terciário 2006-2013**
David Castelo, Vera Marques, Edgar Tavares, Gustavo Gomes, Arnaldo Figueiredo, Alfredo Mota
- P 104
- 97 **O efeito dos diuréticos no tratamento da litíase urinária com litotricia extracorpórea por ondas de choque**
Vera Marques, David Castelo, Edgar Tavares da Silva, Pedro Moreira, Francisco Rolo, Alfredo Mota
- P 105
- 98 **O papel da biopsia prostática de repetição no diagnóstico de carcinoma da próstata**
Vera Marques, Edgar Tavares da Silva, David Castelo, Raquel Rodrigues, Francisco Rolo, Alfredo Mota
- P 106
- 98 **Linfadenectomia retroperitoneal pós-quimioterapia no tratamento do tumor testicular – Casuística de um Serviço**
Vera Marques, Edgar Tavares da Silva, David Castelo, Arnaldo Figueiredo, Francisco Rolo, Alfredo Mota
- 107
- 99 **Uma causa rara de retenção urinária: Cistadenoma multilocular cístico gigante da próstata**
Ricardo Dias Cruz, Sanches Magalhães, Vítor Silva, Ângelo Rodrigues, Paulo Araújo, Rui Freitas, Jorge Oliveira
- P 108
- 99 **Ureteropieloplastias por laparoscopia e mini-laparoscopia. Estudo comparativo inicial no Hospital de Braga**
Agostinho Cordeiro, Paulo Mota, Emanuel Dias, Carlos Oliveira, Francisco Botelho, Vítor Nogueira, Estevão Lima
- P 109
- 100 **Insuficiência renal de causa obstrutiva. Banalidade? Nem sempre...**
Sara Querido, Hernâni Gonçalves, Alice Lança, Francisco Ferrer, Paulo Santos, Flora Sofia, António Patrício, Sequeira Andrade, Tiago Neves, Juan Monteverde, João Dias
- P 110
- 100 **Disfunção erétil após braquiterapia prostática em homens com < 55 anos**
João Magalhães Pina, Luis Campos Pinheiro, João Varregoso, Rosário Vicente, Justo Ugidos, Nuno Teixeira, Tânia Oliveira e Silva, Matos Ferreira
- P 111
- 101 **Eficácia da atorvastatina na quimioprevenção do carcinoma vesical num modelo experimental: Propriedades anti-oxidantes, anti-proliferativas e anti-inflamatórias**
Huço Antunes, Belmiro Parada, Lilian Campos, Flávio Reis, Pedro Nunes, Alfredo Mota, Frederico Teixeira, Arnaldo Figueiredo
- P 112
- 101 **Ácidos gordos OMEGA-3 inibem o crescimento tumoral em modelo experimental de carcinoma da bexiga**
Huço Antunes, Belmiro Parada, Lilian Campos, Pedro Nunes, Alfredo Mota, Flávio Reis, Frederico Teixeira, Arnaldo Figueiredo
- P 113
- 102 **Pseudo-aneurisma renal - Complicação rara da Ureterorenoscopia**
Pedro Melo, Pedro Galego, Fortunato Barros
- P 114
- 102 **Complicações da linfadenectomia retroperitoneal por tumor do testículo**
Daniel Costa, Tiago Lopes, Rui Pinto, João Silva, Carlos Silva, Ulisses Ribau, Francisco Cruz

Vídeos

- V 01
- 104 **Cistectomia parcial laparoscópica assistida por cistoscopia no tratamento da endometriose vesical**
Isaac Braga, João Cabral, Nuno Azevedo, Frederico Branco, Nuno Louro, Avelino Fraga, Luís Osório
- V 02
- 104 **Nefrectomia parcial e nefrectomia total contralateral laparoscópicas realizadas em procedimento simultâneo**
Nuno Azevedo, Isaac Braga, João Cabral, José Soares, Avelino Fraga, Luís Osório
- V 03
- 105 **Sacrocolpopexia aparoscópica associada a histerectomia sub-total**
Rui Formoso, Júlio Fonseca, Sofia Lopes, Luís A. Monteiro, Catarina Gameiro, Rui Sousa
- V 04
- 105 **Correcção sem encurtamento de curvatura peniana congénita ventral, através da rotação dos corpos cavernosos (técnica de shaer)**
Luís Pacheco-Figueiredo, Nuno Tomada, Francisco Cruz
- V 05
- 106 **Complicações de cirurgia laparoscópica urológica**
Miguel Almeida, Rui Lúcio, José Marques, Jorge Fonseca, Renaud Bollens, José Garção Nunes
- V 06
- 106 **Nefrolitotomia percutânea assistida por laparoscopia cálculo coraliforme em ectopia renal cruzada com fusão**
Luís Xambre, Vítor Oliveira, Rui Amorim, Jorge Dias, Pedro Costa, Luís Ferraz
- V 07
- 107 **Psoas Hitch laparoscópico**
Luís Xambre, Vítor Oliveira, Rui Amorim, Jorge Dias, Pedro Costa, Luís Ferraz

- V 08
- 107 **Reimplantação ureteral dupla com psoas hitch por via laparoscópica para correção de fístula ureterovaginal com duplicidade pielocaliceal**
Tito Palmela Leitão, Filipa Beja Osório, Sónia Barata, João Varella
- V 09
- 108 **Ressecção de tumor do urotélio alto por acesso percutâneo em doente com neobexiga tipo Studer**
José Presa-Fernandes; Paulo Araújo, Vítor Cavadas, Mário João Gomes, Avelino Fraga
- V 10
- 108 **Millin laparoscópico: Descrição passo-a-passo da técnica cirúrgica**

Emanuel Carvalho-Dias, Carlos Oliveira, Paulo Mota, Agostinho Cordeiro, Francisco Botelho, Jorge Cabral-Ribeiro, Miguel Mendes, Antonio Pedro Carvalho e Estêvão Lima
- V 11
- 109 **Prostatectomia radical extra-peritoneal por mini-laparoscopia**
Emanuel Carvalho-Dias, Carlos Oliveira, Paulo Mota, Agostinho Cordeiro, Carmelo Quattrone, Francisco Botelho, Jorge Cabral-Ribeiro, Miguel Mendes, António Pedro Carvalho e Estêvão Lima
- V 12
- 109 **Ureteropieloplastia transperitoneal por mini-laparoscopia. A estratégia correta para melhorar o resultado estético sem comprometer os resultados cirúrgicos**
Paulo Mota, Emanuel Dias, Agostinho Cordeiro, Carlos Oliveira, António Pedro Carvalho e Estêvão Lima
- V 13
- 110 **Laparoscopia em patologias raras**
Fernando Vila, Joaquim Lindoro, Hélder Castro, Rui Borges, Pedro Valente
- V 14
- 110 **Tumor do testículo: Excisão de lesão retroperitoneal**
Rui Duarte Abreu, João Dorés, Pedro Bargão, João Varregoso, Carrasquinho Gomes
- V 15
- 111 **Nefrolitotomia percutânea em decúbito ventral: Técnica cirúrgica passo-a-passo**
João Dorés, Bruno Graça, Manuel Ferreira Coelho, Carrasquinho Gomes
- V 16
- 111 **Ressecção laparoscópica de nódulo da glândula supra-renal esquerda: Técnica cirúrgica passo-a-passo**
João Dorés, Manuel Ferreira Coelho, João Varregoso, Carrasquinho Gomes
- V 17
- 112 **Confirmação da eficácia da punção renal e ureteral em modelo experimental com a utilização de um sistema de localização electromagnética**
Carlos Oliveira, Pedro Rodrigues, Emanuel Dias, Paulo Mota, João Almeida, La Fuente Carvalho, Jorge Correia-Pinto, João Vilaça, Estêvão Lima
- V 18
- 112 **Ureterorenoscopia anterógrada – Litotricia percutânea e dilatação intestinal de anastomose ureterosigmoideia com estenótica e com litíase associada**
Gaspar S., Sandul, A., Nunes, A., Garcia, R., Ramos, R., Pereira e Silva, R., Oliveira, A. Leitão, T., Lopes, J., Dias, J., Lopes, T.
- V 19
- 113 **Cistoprostatectomia radical laparoscópica com poucas ou nenhuma cicatrizes. Descrição didática da técnica passo por passo**
Paulo Mota, Carlos Oliveira, Francisco Botelho, Emanuel Dias, Agostinho Cordeiro, António Carvalho, Estêvão Lima
- V 20
- 113 **Fibras laser, energia e retropulção – O que vemos e não vemos**
Peter Kronenberg, Olivier Traxer
- V 21
- 114 **Nefrectomia laparoscópica para correção ex-vivo de um aneurisma da artéria renal**
João Ferreira Cabral; Paulo Príncipe; Miguel Silva Ramos
- V 22
- 114 **Nefrolitotomia percutânea complementada por ureteroscopia flexível anterógrada**
Rodrigo Garcia, Ricardo Silva, Anatolij Sandul, Sérgio Pereira, Helena Correia, Tomé Lopes
- V 23
- 115 **Hérnia de porta laparoscópica, a propósito de um caso clínico**
Sofia Santos Lopes, Bruno Graça, Manuel Ferreira Coelho, Júlio Fonseca, Miguel Lourenço
- V 24
- 115 **Nefrectomia parcial por minilaparoscopia**
Agostinho Cordeiro, Paulo Mota, Emanuel Dias, Carlos Oliveira, Vítor Nogueira, Estêvão Lima
- V 25
- 116 **Experiência inicial de tratamento de pólipos fibroepiteliais do ureter por ureterorenoscopia em dois casos clínicos**
Agostinho Cordeiro, Paulo Mota, Emanuel Dias, Carlos Oliveira, Vítor Nogueira, Estêvão Lima
- V 26
- 116 **Exenteração pélvica por cancro da bexiga: Vídeo demonstrativo da técnica cirúrgica**
Paulo Mota, Emanuel Dias, Agostinho Cordeiro, Francisco Botelho, Carlos Oliveira, António Pedro Carvalho e Estêvão Lima
- V 27
- 117 **Nefrectomia parcial com clampagem arterial segmentar por via laparoscópica**
Varregoso, João; Coelho, Manuel; Abreu, Rui
- V 28
- 117 **Quistos gigantes das vesículas seminais – Excisão cirúrgica via laparoscópica**
Andrea Furtado, Sofia Santos Lopes, Fernando Ferrito
- V 29
- 118 **Nefrectomia parcial laparoscópica de lesão complexa intrarenal orientada por angio TC 3D**
Arnaldo Figueiredo, Lorenzo Marconi, Alfredo Mota



APU2013

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA DE UROLOGIA

10 a 13 • Out • 2013

Centro de Congressos do Algarve
Vilamoura – Tivoli Marina Hotel



Comunicações Orais

ORGANIZAÇÃO



SERVIÇO DE UROLOGIA

Infecções multirresistentes num serviço de Urologia e suas implicações

Autores: Andrea Furtado, João Dores, Bruno Graça, Fernando Ferrito

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E.

Introdução:

Neste trabalho, analisamos retrospectivamente, as infecções multirresistentes diagnosticadas, no serviço de Urologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF) entre 1 de Janeiro de 2012 e 30 de Junho de 2013.

Objectivos e Métodos:

1. Pesquisa nos arquivos microbiológicos das amostras positivas para: bactérias produtoras de ESBL (*E. Coli* e *Kleb. pneumoniae*), MRSA (*meticilin resistant staphylococcus aureus*), MRSH (*meticilin resistant staphylococcus haemolyticus*), *Enterobacteriaceae* (*Enterococcus faecium* e *faecalis*) e *Pseudomonas spp.* 2. Caracterização da infecção – antibiograma, e seu enquadramento no contexto clínico.

Resultados:

Conseguimos uma amostra total de 56 análises microbiológicas positivas para bactérias multirresistentes (N=56) num total de 35 doentes afectados. Os agentes mais frequentes foram: *Enterococcus faecalis* (n=17), *E. Coli* ESBL (n=14) e *Enterococcus faecium* (n=11). Em dois dos episódios a infecção foi causada por 2 uropatógenos em simultâneo. A resistência às quinolonas foi de 89.3%. A sensibilidade bacteriana mais frequente foi para vancomicina (n=27), meropenem (n=19), gentamicina e nitrofurantoína (n=9). Registaram-se nesta amostra 5 óbitos. O mecanismo etiopatogénico mais frequente foi o de obstrução do aparelho urinário.

Discussão:

As resistências bacterianas não são um fenómeno recente. Todavia, a recente e rápida expansão das espécies bacterianas multirresistentes assume contornos preocupantes. Uropatógenos como *E. Coli*, *Kleb. Pneumoniae* e *Enterobacteriaceae* têm demonstrado aumentos galopantes dos seus perfis de resistência e consequentemente, da mortalidade a eles associada.^(3,4,5) Sabe-se ainda que a selecção de bactérias mais patogénicas está em íntima relação com prescrição antibiótica espúria de critérios.⁽³⁾

Conclusões: A rápida substituição farmacológica aquando da constatação da falência de terapêutica empírica e o desenho restrito de regimes de profilaxia antibiótica nos procedimentos urológicos, assim como a caracterização rigorosa das espécies bacterianas (hospitalares e da comunidade) deverão e poderão ser armas fundamentais para a vitória na batalha da medicina contra os agentes patogénicos.

Nefrostomia percutânea vs. Cateterismo ureteral: Avaliação da sua eficácia na resolução da sépsis e insuficiência renal aguda obstrutivas

Autores: Jorge Dias, Pedro Costa, Luís Xambre, Vítor Oliveira, Luís Ferraz

Instituição: Centro Hospitalar V.N.Gaia/Espinho, EPE

Introdução:

A Nefrostomia percutânea (NPC) e o cateterismo ureteral (JJ) são técnicas de derivação urinária urgente (DUU) altamente eficazes na descompressão da obstrução urinária alta associada a infeção e/ou insuficiência renal (IR). Contudo, permanece discutível qual o método ideal.

Objectivos:

Comparar a eficácia da NPC vs. JJ na resolução de Urossépsis e IR obstrutivas em contexto urgente.

Material e Métodos:

Consulta de processos dos doentes submetidos a DUU no CHVNG/E entre 01/2009-12/2011. Foram avaliadas diferenças nas características dos doentes entre os grupos (NPC vs. JJ) para cada indicação (Urossépsis e IR). Subsequentemente, *odds ratios* (ORs) foram calculados para testar associações entre o tipo de DUU e a eficácia na Sépsis (resposta subótima: febre >12h ou Leucocitose = 2 dias pós-procedimento) e na IR (resposta subótima: taxa redução CrS (= [CrS_{max-0-48h} - CrS_{min-48-96h}]/CrS_{min-48-96h} x100) <35%).

Resultados:

Nos doentes derivados por sépsis (n=78), dados da análise univariada demonstraram:

	JJ (n=43)	NPC (n=35)	P
Idade	56±19	69±16	0,002
IR crónica	2,4%	22,2%	0,010
Etiologia litíásica	77,3%	30,6%	<0,001
Febre >12h ou Leucocitose ≥2dias	36,4%	58,3%	0,049

O OR ajustado nos doentes com NPC (vs. JJ) para resposta subótima na Urossépsis foi de 3,37 (p=0,044).

Nos doentes derivados por IR (n=92), dados da comparação intergrupos demonstraram:

	JJ (n=54)	NPC (n=38)	P
Idade	65±16	70±12	0,059
Etiologia litíásica	72,2%	21,1%	<0,001
Taxa redução CrS >35%	57,4%	39,5%	0,09

O OR ajustado nos doentes com NPC (vs. JJ) para menor recuperação da função renal (taxa redução CrS <35%) foi de 4,03 (p=0,042).

Conclusão: A DUU com JJ foi mais eficaz na resolução da Urossépsis e IR obstrutivas.

A presença de úlceras no síndrome doloroso vesical/cistite intersticial não altera o seu comportamento biológico

Autores: Rui Pinto, Daniel Costa, Tiago Lopes, João Silva, Carlos Silva, Paulo Dinis, Francisco Cruz

Instituição: Centro Hospitalar de São João

Introdução:

O Síndrome Doloroso Vesical/Cistite Intersticial (BPS/IC) tem dois fenótipos distintos. A presença de Úlceras de Hunner distingue-os. Estas estão tradicionalmente associadas a quadros mais dolorosos e a sua fulguração ou ressecção é frequentemente aconselhada.

Objectivos:

Neste trabalho comparámos os 2 fenótipos de BPS/IC com o intuito de avaliar se a presença de Úlceras de Hunner interfere na resposta à terapêutica com Toxina Botulínica tipo A (OnaBotA), seja no alívio sintomático, seja na duração do efeito analgésico. Também comparámos os níveis de Neurotrofinas e Noradrenalina urinárias.

Material e Métodos:

Dez doentes com BPS/IC ulcerativa (Ulc) e 14 com a forma não-ulcerativa (NUlc) foram avaliados antes e um mês após a injeção intra-trigonal de 100U de OnaBotA. Foi utilizada uma Escala Visual Analógica de 10 pontos para quantificar a dor (VAS). A frequência e noctúria foram avaliadas por um Mapa miccional de 3 dias. Foi aplicado o questionário de O'Leary-Sant (OSS), avaliada a qualidade de vida (QoL) e a duração do efeito analgésico. As Neurotrofinas (NGF e BDNF), o Factor de crescimento neurotrófico (GDNF) e a Noradrenalina foram quantificados por ELISA antes e depois do tratamento.

Resultados:

A idade média foi de 40 ± 12 anos no grupo Ulc e 47 ± 13 anos no grupo NUlc. A classificação ESSIC foi 3a (1), 3B (3) e 3c (6) no grupo Ulc e 2a (3), 2b (5), 2c (6) no grupo NUlc. Os doentes com Ulc apresentaram uma duração dos sintomas até ao diagnóstico superior ($28,8 \pm 19,2$ vs 11 ± 8 meses, $p=0,018$). Os valores baseline da dor, frequência, noctúria, OSS, QoL foram idênticos nos dois grupos. Da mesma forma, o NGF, BDNF, GDNF e Noradrenalina urinários não apresentaram diferenças (Tabela 1). Os dois grupos responderam igualmente à OnaBotA com uma acentuada diminuição na dor, frequência, noctúria, OSS, qualidade de vida e NGF, BDNF, GDNF e Noradrenalina urinárias (Tabela 1). A duração do efeito foi semelhante: $9 \pm 2,8$ nas Ulc e $10,5 \pm 2$ meses nas NUlc.

Discussão/Conclusão:

O alívio dos sintomas e a analgesia em ambos os fenótipos sugere que a dor não está diretamente relacionada com as próprias úlceras, desafiando a visão tradicional de que úlceras devem ser tratadas diretamente.

	Ulc BPS/IC		p	Após OnabotA		p
	N=10	NUlc BPS/IC N=14		Ulc BPS/IC N=10	NUlc BPS/IC N=14	
VAS	6.3±0.9	5.6±0.5	ns	2.9±1.4	2.4±1	ns
Frequency	11.2±2.4	10.3±1.9	ns	7.9±1	7.9±0.9	ns
Noctúria	5.9±1	4.9±0.5	ns	2±1	1.9±0.7	ns
O'Leary-Sant Symptoms Score	16.6±1	15.9±0.8	ns	10±2.4	8.7±1.3	ns
O'Leary-Sant Problems Score	12.8±1	12.5±0.7	ns	6.9±1.2	6.6±0.7	ns
QoL (IPSS)	5.8±0.4	5.9±0.3	ns	2±1.2	1.7±1	ns
Norepinephrine (24h-urine)	104.4±38	100±50.3	ns	77.2±28	72.8±31	ns
Urinary NGF/Cr	1943±543	1923±561	ns	119±123	106±106	ns
Urinary BDNF/Cr	2002±1789	1783±1765	ns	654±464	632±481	ns
Urinary GDNF/Cr	1943±1731	2013±1654	ns	954±701	799±729	ns

A inibição da enzima amida hidrólase de ácidos gordos reverte a hiperreflexia vesical induzida pela cistite

Autores: Ana Charrua, Francisco Cruz

Instituição: Serviço de Urologia do HSJ/FMUP/Departamento de Doenças Renais, Urológicas e Infecciosas

Introdução:

Recentemente demonstrou-se que a canábis tem efeitos terapêuticos na incontinência urinária em doentes com esclerose múltiplas. Contrastando com os canabinóides exógenos, a regulação de moléculas endógenas como a anandamida (AEA) (através da inibição da enzima amida hidrólase de ácidos gordos (FAAH), que degrada a AEA) pode oferecer uma oportunidade para ativar o sistema endocanabinóide sem os efeitos psicotrópicos indesejados.

Objectivos:

Estudar o efeito de antagonista da FAAH no tratamento da hiperatividade da bexiga causada pela inflamação e determinar qual o receptor canabinóide envolvido no processo.

Material e Métodos:

Usaram-se fêmeas controlo e com cistite tradas com antagonista da FAAH URB937 nas doses cumulativas URB937 0.01, 0.1, 1, 5 micraM, com antagonista do recetor canabinóide 1 (CB1) MJ15 a 10 micraM em conjunto com 1 micraM URB937 e com o antagonista do recetor canabinóide 2 (CB2) SR144528 a 0.005 g/L em conjunto com 1 micraM URB937.

Resultados:

A baixa doses, o URB937 reverteu a hiperatividade vesical causada pela inflamação, através de um mecanismo mediado pelo recetor CB1.

Discussão/Conclusão:

O aumento da hiperatividade vesical a doses mais elevadas poderá refletir uma ação sobre o recetor vanilóide 1 (TRPV1). Estes resultados podem ser relevantes para o uso clínico dos antagonistas da FAAH no tratamento da bexiga hiperativa.

Toxina botulínica tipo a no tratamento da bexiga hiperactiva – Casuística do serviço e avaliação da satisfação

Autores: Sofia Santos Lopes, João Dores, Rui Abreu, Andrea Furtado, Peter Kronenberg, Pedro Bargão Santos, Bruno Graça, Miguel Lourenço, Manuel Ferreira Coelho, Fernando Ribeiro, Pepe Cardoso, João Varregoso, Fernando Ferrito, Carrasquinho Gomes

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E.

Introdução:

A administração intravesical de toxina botulínica tipo A no tratamento de doentes com bexiga hiperactiva idiopática é uma alternativa nos casos refractários à terapêutica antimuscarínica. Este trabalho apresenta a casuística do nosso Serviço bem como a avaliação da satisfação dos doentes em relação a esta abordagem terapêutica, que teve início em 2010.

Métodos e Objectivos:

Revisão retrospectiva dos doentes tratados com instilação intravesical de 100U de Botox®, de 1 de Janeiro de 2010 a 31 Agosto de 2013. Avaliação da qualidade de vida através de inquérito telefónico.

Resultados:

Foram efectuados 38 procedimentos, num total de 29 doentes (N=29), 5 foram submetidos a dois procedimentos e dois foram submetidos a três. A idade média foi 59,9 anos e o sexo feminino correspondeu a 86,2% (n=25). No inquérito telefónico foram contactados 23 doentes, sendo o nível de satisfação subjectivo de 7,71 (1 a 10) e 78,2% afirmaram que repetiriam a tratamento. A duração média de resposta foi de 8,8 meses (mínimo 2, máximo 22), com um follow-up médio de 22,4 meses (mínimo 8, máximo 38). Como efeitos adversos há a referir infecção do tracto urinário- 21,1%, retenção urinária aguda- 5,3%, hematúria-2,6% e necessidade de auto-algáliação-2,6%.

Conclusão:

O nosso trabalho mostra um nível de satisfação elevado com instilação intravesical de toxina botulínica tipo A, com uma resposta média de 8,8 meses. O principal efeito adverso associado à terapêutica foi a ocorrência infecção do tracto urinário que se verificou após 8 dos procedimentos (21,1%).

Os níveis urinários de fator de crescimento derivado do cérebro normalizam após injeção detrusora de toxina botulínica do serótipo A em doentes com síndrome de bexiga hiperativa refratário ao tratamento com antimuscarínicos

Autores: Tiago Antunes-Lopes, Daniel Costa, Rui Pinto, Sérgio Barros, Célia Duarte-Cruz, Carlos Silva, Francisco Cruz

Instituição: Centro Hospitalar de São João, E.P.E., Serviço de Urologia

Introdução:

Os níveis urinários de fator de crescimento nervoso (NGF) diminuem após injeção detrusora de toxina botulínica do serótipo A (BoNTA) em doentes com síndrome de bexiga hiperativa (SBH) refratário aos antimuscarínicos. Recentemente, foi reportado que níveis elevados de fator de crescimento derivado do cérebro (BDNF) normalizaram após tratamento eficaz com antimuscarínicos, desconhecendo-se, contudo, a sua variação em doentes refratários tratados com BoNTA.

Objectivos:

Neste estudo, investigamos os níveis urinários de NGF e BDNF em doentes com SBH refratário aos antimuscarínicos, após injeção detrusora de BoNTA.

Material e Métodos:

Foram colhidas amostras de urina de mulheres com SBH idiopática, refratário aos antimuscarínicos (n=14). As doentes foram submetidas a tratamento de 2ª linha com injeção detrusora de 100 unidades de BoNTA e foram avaliadas ao 1º e 6º mês após tratamento, procedendo-se simultaneamente à recolha de novas amostras de urina. Os níveis de NGF e BDNF foram doseados por técnica de imunoensaio enzimático (ELISA) e foram normalizados usando as concentrações de creatinina (Cr) das amostras de urina correspondentes (pg/mg). As doentes completaram um diário miccional combinado com uma escala de avaliação da intensidade da imperiosidade.

Inicialmente, todas as doentes apresentavam incontinência urinária de imperiosidade (IU). Os critérios de exclusão incluíram: história de neoplasia, doença neurológica, urolitíase e infecção do trato urinário (ITU).

Resultados:

Nas doentes com SBH refratário, os níveis urinários de NGF/Cr e BDNF/Cr foram significativamente mais elevados em comparação com os valores previamente reportados em mulheres saudáveis (NGF: 539.7±530.7 vs. 188.3±290.2, p=0.009; BDNF: 555.3±443.7 vs. 110.4±159.5, p=0.002). Um mês após tratamento com BoNTA, o NGF/Cr diminuiu para 280.2±195.2 (vs. baseline, p=0.301), e o BDNF/Cr para 146.0±196.8 (vs. baseline, p=0.008). Aos 6 meses após tratamento, a concentração de ambas as neurotrofinas permaneceu baixa (NGF: 282.2±186.3; BDNF: 176.1±359.3).

Dois doentes foram refratários ao tratamento com BoNTA. Aos 6 meses, uma doente foi excluída por ITU.

Discussão/Conclusões:

Os níveis urinários de NGF e BDNF diminuem após tratamento com BoNTA. Estes achados sugerem o envolvimento das neurotrofinas na patogénese do SBH, podendo ter eventual interesse no tratamento e monitorização destes doentes.

Onabotulinumtoxin A versus resiniferatoxina no tratamento da incontinência urinária devido a bexiga hiperactiva: Análise prospectiva clínica e urodinâmica

Autores: Pedro Dias, André Silva, Carlos Silva, Tiago Antunes-Lopes, João Silva, Rui Pinto, Francisco Cruz

Instituição: Serviço de Urologia, Centro Hospitalar de São João

Introdução:

A Onabotulinumtoxin A (OnabotA) e a Resiniferatoxina (RTX) reduzem os episódios de incontinência urinária em doentes com bexiga hiperactiva idiopática e neurogénica. Nunca foi realizado um estudo comparativo entre ambos no tratamento da incontinência urinária associada a esta doença.

Objectivo:

Comparar a eficácia de uma instilação vesical única de 100 nM de RTX versus a injeção intra-detrusor de 100 U de OnabotA no tratamento da incontinência associada à bexiga hiperactiva idiopática. O objectivo primário foi a redução dos episódios de incontinência; os objectivos secundários foram o efeito na frequência urinária, na qualidade de vida, na capacidade cistométrica máxima e no resíduo pós-miccional.

Material e Métodos:

34 doentes do sexo feminino, foram divididos em dois grupos de 17 doentes cada; um grupo foi tratado com uma instilação vesical única de 100 nM de RTX; o outro grupo foi submetido a 30 injeções intra-detrusor de OnabotA, num total de 100 U. A avaliação inicial incluiu a história clínica e exame físico, análises sanguíneas e urinárias, diário miccional, cistomanometria, urofluxometria e avaliação do resíduo pós-miccional. As avaliações foram repetidas às 12 e 24 semanas. Os resultados são apresentados sob a forma de mediana (percentil 25; percentil 75), sendo o teste de Mann-Whitney U usado para a análise estatística e um $p < 0,05$ considerado significativo.

Resultados:

		Início	Semana 12	Semana 24
Incontinência (episódios/dia)	OnabotA	3 (2;4,75)	0 (0;1) †	0 (0;1) †
	RTX	3,5 (1,75;5,25)	2,5 (1;5) †	3 (1,75;4,25) †
Frequência (episódios/dia)	OnabotA	11(8,25; 14)	6 (5;9)	5,5 (5;6) †
	RTX	9,5 (8; 16,5)	8,5 (7;9)	10 (8;12,75) †
MCC (ml)	OnabotA	363 (315,75; 421,5)	490 (426,5;569)	501 (435,75;582)
	RTX	450,5 (300;500)	558,5 (372;620)	490,5 (327;545)
RPM (ml)	OnabotA	0 (0;0)	47,5 (35,25;56,75)	34 (25;40,5)
	RTX	0 (0;57,5)	38,5 (22,5; 52,25)	27 (16;37,25)
OAB QoL score (%)	OnabotA	29,2 (11,8;50,6)	45,9 (18,9; 66,8) †	39,4 (16;59,7) †
	RTX	12,4 (7,4; 27,6)	15,7 (9,45;34,05) †	14,2 (8,5;31,45) †

Tabela 1: CCM – capacidade cistométrica máxima; RPM – resíduo pós-miccional; OAB QoL – Overactive Bladder Questionair Quality of Life score. † $p < 0,05$.

Discussão/Conclusão:

Em doentes com bexiga hiperactiva idiopática a OnabotA é eficaz na redução dos episódios de incontinência, diminuição da frequência miccional e aumento da qualidade de vida; o seu efeito mantém-se, pelo menos, durante 24 semanas. O RTX não parece ser uma alternativa eficaz em relação à OnabotA.

Tratamento da cistite rádica com oxigenoterapia hiperbárica – Experiência da Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Autores: Carlos Ferreira, Tiago Correia, Andre Cardoso, Manuel Cerqueira, Frederico Reis, Martinho Almeida, Oscar Camacho, Rui Prisco

Instituição: Hospital Pedro Hispano - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução:

A cistite radica é uma das principais complicações da radioterapia pélvica. Existem várias opções terapêuticas disponíveis, contudo, a maioria das quais com um sucesso limitado.

Objectivos:

Este trabalho visa apresentar uma análise retrospectiva da eficácia da oxigenoterapia hiperbárica (OHB) no tratamento da cistite hemorrágica secundária à radioterapia pélvica.

Metodologia:

Foram revistos os processos clínicos de 88 doentes submetidos a OHB por cistite hemorrágica induzida pela radiação. Estes tratamentos (média, 40 sessões) decorreram na câmara hiperbárica da nossa instituição desde 2006 a Março de 2013. Os sintomas foram avaliados inicialmente segundo a escala “Late Effects of Normal Tissues - Subjective, Objective, Management, Analytic (LATE-SOMA)”. O sucesso terapêutico a longo prazo foi avaliado através de entrevistas telefónicas e determinado pela melhoria total ou parcial da hematúria e de todas as variáveis subjetivas desta escala.

Resultados:

Dos 88 doentes tratados (50 mulheres) com uma média de 65 anos, perdeu-se o seguimento a 4 doentes e 12 faleceram por causa não diretamente relacionada com cistite hemorrágica. A mediana do tempo para o aparecimento de hematúria após a radioterapia pélvica foi de 27 meses (variação, 2-240 meses). A mediana do tempo de seguimento foi de 52 meses (variação, 4-85 meses). Cerca de 90,3% dos doentes resolveram (70,8%) ou melhoraram (19,4%) a sua sintomatologia hemorrágica. O “score” médio de todos os sintomas da escala LENT-SOMA foi reduzido de 1,91 desde a primeira avaliação para 0,75 ($p < 0,005$) no final do período de seguimento.

Conclusão:

A OHB é um tratamento não invasivo bastante efectivo no tratamento da cistite radica.

Fita suburetral transobturadora – percepção de cura e satisfação do doente a longo prazo

Autores: Peter Kronenberg, João Doreis, Sofia Lopes, Rui Abreu, Andrea Furtado, Pedro Bargão, Bruno Graça, Miguel Lourenço, Manuel Ferreira Coelho, Fernando Ribeiro, Pepe Cardoso, João Varregoso, Fernando Ferrito, Carrasquinho Gomes

Instituição: Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução e Objectivos:

Avaliar a evolução a longo prazo de doentes submetidas a colocação de fitas suburetrais transobturadoras (TVT).

Materiais e Métodos:

Obtiveram-se os dados retrospectivos dos procedimentos de TVT realizados entre 2004 a 2010 e fez-se um questionário (Março-Abril 2012) em que se avaliaram a percepção individual do estado de continência, a função sexual, a satisfação da doente, incluindo as perguntas do questionário ICIQ-SF, e analisaram-se estatisticamente as respostas.

Resultados:

Realizaram-se 804 procedimentos de TVT e preencheram-se 225 questionários (amostra). Actualmente, 118 (52,5%) das doentes consideram-se curadas e 74 (32,9%) sentem-se melhor; 19 (8,4%) e 14 (6,2%) consideram-se, respectivamente, igual ou pior do que antes da cirurgia. A urgência incontinência (UI) está presente em 78,9% das doentes com perdas. Dividindo as doentes em grupos pré-cirúrgicos de incontinência urinária de esforço (IUE) e de incontinência mista (IM), as do grupo IUE têm uma percepção de cura mais elevada que aquelas do grupo IM ($p < 0,00001$). A persistência de UI ou IM no grupo IM e de UI em doentes não curadas é estatisticamente muito significativa ($p < 0,00001$). A percepção de melhoria da vida sexual está associada à redução de perdas urinárias durante as relações ($p < 0,00001$), contudo documentaram-se casos de desaparecimento *de novo*.

Discussão/Conclusões:

A grande maioria das doentes apresenta melhores níveis de continência do que antes da cirurgia e diz-se satisfeita, recomendando a cirurgia. As alterações na vida sexual costumam ser para melhor, mas o contrário, apesar de raro, não pode ser negligenciado. Dever-se-á suspeitar de IM ou UI *de novo* em doentes não curadas.

Esfíncter urinário artificial AMS 800 – Análise retrospectiva de seis anos

Autores: Pedro Dias, Miguel Guimarães, Nuno Tomada, Francisco Cruz

Instituição: Serviço de Urologia, Centro Hospitalar de São João

Introdução:

O esfíncter urinário artificial (EUA) é o tratamento cirúrgico *gold standard* para incontinência urinária de esforço masculina.

Objectivos:

Avaliar os resultados da colocação de esfíncteres urinários artificiais AMS 800 no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de São João num período de 6 anos (Janeiro 2007 / Dezembro 2012).

Material e Métodos:

30 doentes do sexo masculino foram submetidos a colocação de EUA AMS 800, com média de idades de 69 anos. Quanto à gravidade da incontinência urinária (IU), 25 doentes tinham incontinência grave e 5 moderada. Relativamente à etiologia, 26 doentes apresentavam incontinência urinária de esforço (IUE) após prostatectomia radical, um IU mista (esforço após prostatectomia radical e por imperiosidade em contexto de hiperactividade detrusora e baixa compliance vesical), um IUE após prostatectomia por HBP, dois IU neurogénica com concomitante deficiência intrínseca do esfíncter (espinha bífida e mielomeningocele). 9 doentes haviam colocado *sling* Invince prévio sem sucesso, 14 tinham antecedentes de radioterapia prévia, 8 antecedentes de uretrotomia interna por estenose da anastomose vesico-uretral. A média de seguimento pós-operatório foi de 22,1 meses. A média de pensos/dia antes da cirurgia: 5,73.

Resultados:

20 doentes (67%) estão totalmente continentemente, não usando qualquer tipo de protecção, 5 doentes melhorados ou parcialmente continentemente (1-2 pensos dia ou redução > 50% do número de pensos), 5 doentes sem melhoria (>3 pensos por dia), sendo que destes, dois são os que têm incontinência de causa neurogénica. Considerando a soma de doentes curados e melhorados, obtém-se uma taxa de sucesso global de 80%. A média de pensos/dia antes e após cirurgia é, respectivamente, de 5,7 e 0,8. Comparando o número de pensos/dia antes e após cirurgia, constata-se que a diferença é estatisticamente significativa ($p < 0,05$ - teste de Wilcoxon). Praticamente todos os doentes com história de insucesso prévio com *sling* Invince estão continentemente com EUA. Apesar de a amostra ser diminuta, os antecedentes de radioterapia adjuvante não parecem interferir nas taxas de sucesso dos EUA. Antecedentes de estenose da anastomose vesico-uretral prévia resolvida com uretrotomia interna prévia à colocação de EUA, também não comprometem as taxas de continência. Quanto às complicações, ocorreu falência mecânica num caso (3%), infecção em 3 (10%) e erosão uretral também em 3 (10%). A taxa de re-operação (revisão ou remoção do EUA) foi de 23%.

Discussão/Conclusão:

Os nossos resultados são consistentes com os da literatura, permitindo reforçar que os EUA é um tratamento eficaz na IUE masculina moderada a grave, com relevante taxa de continência, inclusive quando ocorre insucesso com outras técnicas, nomeadamente *slings*, não obstante a necessidade de destreza manual e nível cognitivo satisfatório por parte do doente, bem como a taxa não desprezível de complicações mecânicas e não mecânicas (infecções e erosão) carecedoras de re-intervenção. Os resultados devem ser comparados com os de outras técnicas (*slings*), devendo ambos ser avaliados em estudos prospectivos.

Nefrectomia parcial experiência de uma Instituição Oncológica

Autores: Rui Freitas, Ricardo Cruz, Paulo Araújo, Francisco Lobo, Andre Cardoso Jorge Oliveira

Instituição: Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil - Porto

Introdução:

A nefrectomia parcial está indicada para tumores solitários do rim até 7 cm, sempre que exequível. O objectivo deste trabalho é rever uma série nefrectomias parciais de uma instituição oncológica em termos técnicos e de sobrevida dos doentes.

Materiais e Métodos:

Realizou-se uma análise retrospectiva de todos os doentes com neoplasia renal, submetidos a nefrectomia parcial na instituição entre 01/2000 e 12/2012. Foi feita uma análise descritiva da amostra tendo em conta variáveis demográficas, cirúrgicas e anatomopatológicas.

Resultados:

No período descrito foram realizadas 156 nefrectomias parciais sendo que 23 foram nefrectomias parciais laparoscópicas transperitoneais. 54,5% dos doentes eram do sexo masculino (n=85). A média de idades é 62 ± 15 anos. O tempo médio de isquemia foi < 15 minutos e a perda hemática média foi de $205,1 \pm 179,8$ cc. O tempo médio de internamento foi de $5,6 \pm 3,2$ dias. A taxa de complicações foi de 10%, a maioria grau 2 e 3 da Escala de Clavien-Dindo. Os tumores tinham dimensões médias de $2,9 \pm 6,4$ cm. Em termos histológicos, a neoplasia mais frequente (26,2%) foi o carcinoma de células renais (CCR) de células claras e o estadió pT1a. Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre a creatinina antes e após a cirurgia. No follow-up dos doentes, verificou-se um único caso de recidiva no rim contra-lateral, pela qual realizou crio-ablação.

Discussão e Conclusão:

A nefrectomia parcial é um procedimento realizado cada vez com maior frequência e de forma eletiva. A série descrita apresenta resultados de controlo oncológico, complicações e de preservação da função renal sobreponíveis aos de outras séries da literatura.

Nefrectomia parcial laparoscópica – Experiência do serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto

Autores: Diogo Gil Sousa; Filipe Coutinho; José Soares; Avelino Fraça; Luís Osório

Instituição: Hospital Geral de Santo António, Porto

Introdução:

A laparoscopia está a desafiar o papel da abordagem aberta na nefrectomia parcial, ocupando progressivamente um papel de destaque na cirurgia “nephron-sparing”.

Objectivo/Material e Métodos:

Descrever a experiência do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto (CHP) em Nefrectomia Parcial Laparoscópica (NPL), através da análise retrospectiva de 31 doentes submetidos a NPL entre janeiro/2010 e janeiro/2013.

Resultados:

Abordagem laparoscópica representou 32,3% das nefrectomias parciais realizadas no Serviço nos últimos 3 anos. A população apresentava idade média de 55,9 anos [25-76 anos], com 64,5% do sexo masculino.

Principal indicação foi massa renal, cuja histologia mostrou malignidade em 73,3%, enquanto 26,7% eram benignas (Angiomiolipoma). Tamanho tumoral médio 27,4mm [17-45mm], sendo a maioria exofítico (75%) e localizando-se na região média (45,2%) e pólo inferior (35,5%). Taxa de margem positiva 7,1%.

Abordagem transperitoneal foi realizada em 90,3%. Tempo operatório médio 199min [105-32min], com tempo médio de isquemia quente 22,8min [7-46min]. Maioria dos procedimentos foram realizados com clampagem arterial selectiva, com apenas 17,9% procedimentos sem clampagem.

Taxa de conversão 9,7% (por hemorragia e dissecação difícil do pedículo). Apenas um doente necessitou de reintervenção devido a hematoma peri-renal com necessidade de drenagem percutânea. Tempo médio de internamento foi 5,4 dias [3-16 dias].

Nenhum doente necessitou de diálise, nem apresentou TFG <30ml/min em qualquer momento durante o follow-up, verificando-se uma variação de apenas -4,7% da TFG após a cirurgia.

Conclusão:

NPL apresentou bons resultados oncológicos em tumores renais T1, associado a tempo de internamento curto, baixo índice de complicações e excelentes resultados funcionais.

O trifecta na nefrectomia parcial laparoscópica

Autores: Paulo Dinis; Sílvio Bollini; Pedro Nunes; Belmiro Parada; Frederico Furriel; Lorenzo Marconi; Pedro Moreira; Arnaldo Figueiredo, Alfredo Mota

Instituição: Serviço de Urologia e Transplantação Renal do CHUC

Introdução e Objectivos:

A Nefrectomia parcial tornou-se o procedimento padrão para tumores renais T1a e T1b seleccionados. A nefrectomia parcial laparoscópica (NPL) é um procedimento exigente que apenas deve ser executado em centros de grande volume e com experiência em laparoscopia avançada. Podemos esperar resultados oncológicos semelhantes à nefrectomia parcial aberta com a vantagem de uma abordagem minimamente invasiva.

O tempo de isquémia quente, as margens cirúrgicas e as complicações perioperatórias são variáveis-chave quando pretendemos aferir os resultados da NPL. Por esse motivo, propomo-nos a apresentar os nossos resultados analisando os factores que afectam essas variáveis.

Material e Métodos:

Analisámos os processos clínicos e imagiológicos dos 172 doentes que foram submetidos a NPL no Serviço de Urologia e Transplantação Renal do CHUC entre Novembro de 2005 e Agosto de 2013. Realizaram-se 184 nefrectomias parciais (6 casos de tumor renal bilateral). De entre as 184 NPL, 64 (34,7%) revelaram lesões benignas pelo que foram excluídas do nosso estudo. As cirurgias foram realizadas por quatro cirurgiões diferentes. 116 foram realizadas por via transperitoneal e 4 por retroperitoneoscopia. O controlo oncológico imediato foi definido como a ausência de margem positiva na peça, o controlo funcional óptimo foi definido como ausência de clampagem do hilo renal ou clampagem inferior a 30 minutos e a segurança foi definida como a ausência de complicações perioperatórias. O atingimento das três condições em simultâneo foi estabelecido como o *trifecta* da NPL.

Resultados:

O estágio patológico foi de pT1a em 82,5% (n=99), de pT1b em 14,2% (n=17) e de pT3 em 3,3% (n=4), com uma dimensão média do tumor de 26,9 ± 1,74mm. O tempo operatório médio e a perda hemorrágica estimada foram de 111 ± 36min e de 206 ± 193ml respectivamente. Em 21 NPL (17,8%) não se realizou clampagem do hilo renal e nas restantes em que houve clampagem, esta foi superior a 30 minutos em apenas 3 situações (3,1%). O tempo de clampagem médio foi de 19 ± 6min. A margem livre média na peça foi de 2 ± 2mm, havendo 22 casos com tumor rasando a margem cirúrgica (18,3%). Foi necessário converter para cirurgia aberta em 5 situações (4,2%), 3 por hemorragia e 2 por dúvida na margem. Ocorreram 5 fístulas urinárias (4,2%), com necessidade de reintervenção cirúrgica em duas delas. O tempo de internamento médio foi de 5 ± 4 dias. Registaram-se 4 internamentos posteriores por hematoma peri-renal. *Trifecta* foi atingido em 93 NPL (77,5%). A maior dimensão do tumor foi factor preditivo negativo para o atingimento dessa condição (p < 0,05). Um follow-up médio de 38 meses não evidenciou ocorrência de recidivas locais ou de metastização.

Conclusão:

Com selecção apropriada de doentes e experiência cirúrgica é possível juntar ao controlo oncológico o atingimento do *trifecta* na NPL na maioria das situações, tentando garantir os melhores resultados funcionais.

Nefrectomia parcial vs nefrectomia radical no carcinoma de células renais: Quantificação da deterioração imediata da função renal

Autores: Emanuel Carvalho-Dias, Ana Azevedo, Jorge Cabral-Ribeiro, Francisco Botelho, Paulo Mota, Agostinho Cordeiro, Carlos Oliveira, Miguel Mendes e Estevão Lima

Instituições: Serviço de Urologia, Hospital de Braga; Domínio das Ciências Cirúrgicas, Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde, Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho

Introdução:

O crescente número de estudos sugerindo um resultado oncológico semelhante e um menor risco de deterioração da função renal na nefrectomia parcial (NP) vs radical (NR) fizeram com que as recomendações atuais sugiram a NP no tratamento das massas renais, caso tecnicamente possível.

Objectivos:

Quantificar o impacto imediato da NP vs NR na deterioração da função renal e simultaneamente estabelecer factores de risco pré-operatórios que independentemente afectem a função renal pós-operatória imediata.

Métodos:

Procedeu-se a uma análise retrospectiva de todos os doentes submetidos a NP e NR por carcinoma de células renais entre 01/2000 e 08/2012 no Hospital de Braga. Um total de 125 doentes (91 submetidos a NR e 34 a NP) foram incluídos neste estudo. As características demográficas, factores de risco pré-operatórios, sintomas ao diagnóstico, características histológicas, eTFG pré e pós-operatória imediata e hemoglobina pré e pós-operatórias foram determinadas.

Resultados:

Comparando o grupo-NP vs NR a deterioração imediata da eTFG após cirurgia foi respectivamente de 2,8 ml/min por 1,73m² vs 23,6 ml/min por 1,73m² (p < 0,001). Pré-operatóriamente 17,6% dos doentes do grupo NP cumpriam os critérios de doença renal crónica (eTFG = 60) vs 8,8% no grupo NR. Imediatamente após a cirurgia a percentagem de doentes com critério de DRC foi de 20,6% no grupo-NP (+3% comparativamente com o pré-operatório) vs 42% no grupo-NR (+33,2% que no pré-operatório); p < 0,035. Após análise multivariada determinou-se que o tipo de cirurgia (NR vs NP); a presença de DM; a eTFG pré-operatória e a idade constituem factores preditivos independentes da diminuição da eTFG.

Conclusões:

A NR tem um impacto considerável na deterioração da função renal imediata após a cirurgia comparativamente com a NP, destacando-se o facto de aumentar em 33% o número de doentes com critérios de DRC imediatamente após a cirurgia. O estabelecimento da DM, da eTFG pré-operatória e da idade como factores de risco independentes da diminuição da eTFG permite identificar um grupo de doentes que beneficiará de referência e intervenção precoce com vista a atrasar a progressão da DRC.

Nefrectomia radical aberta e laparoscópica – Experiência do serviço de Urologia do Hospital de Curry Cabral

Autores: Hugo Pinheiro; Raquel João; Rui Lúcio; Miguel Almeida; Natália Martins; Ricardo Correia, Garção Nunes

Instituição: Hospital de Curry Cabral - Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução:

A nefrectomia radical é a opção terapêutica mais frequente no tratamento cirúrgico das neoplasias renais.

Objectivos:

Comparar as técnicas cirúrgicas, via aberta e laparoscópica, quanto a: experiência cirúrgica; selecção de doentes; parâmetros operatórios e pós-operatórios.

Métodos:

Análise retrospectiva dos doentes submetidos a nefrectomia radical entre 2005 e 2012.

Resultados:

No período seleccionado foram efectuadas 95 nefrectomias radicais via aberta e 59 via laparoscópica.

A média de idades em ambos os grupos foi 65 anos; e IMC (índice de massa corporal) de 27 Kg/m² na cirurgia aberta e 28 Kg/m² na laparoscópica.

A mediana do tempo cirúrgico na cirurgia aberta foi 95 minutos, perdas sanguíneas de 150 cc, com necessidade de transfusão em 11% dos doentes.

Na cirurgia laparoscópica a mediana do tempo operatório foi 205 minutos, perdas sanguíneas de 50 cc, com necessidade de transfusão em 6% dos doentes.

A mediana do tempo de internamento foi 6 dias na cirurgia aberta e 4 na laparoscópica.

Em 2005, dois especialistas realizavam laparoscopia do rim. Em 2012, 60% das nefrectomias radicais foram por via laparoscópica, e quatro especialistas eram autónomos para laparoscopia renal, dando formação a cinco internos.

Discussão/Conclusão:

Os dois grupos são equiparáveis em termos de idade e IMC. O tempo operatório da nefrectomia laparoscópica é o dobro da via aberta, contudo, as perdas sanguíneas, necessidade transfusional, e tempo de internamento foram significativamente inferiores.

A laparoscopia na oncologia renal é incontornável e deve ser parte integrante da formação em Urologia. Contudo, é necessário uma casuística mais alargada para melhoria dos resultados.

Nefrectomias: Experiência do serviço de Urologia do Hospital Fernando Fonseca nos últimos 10 anos

Autores: João Soares, Sofia Lopes, Rui Abreu, Andrea Furtado, Peter Kronenberg, Pedro Bargão, Bruno Graça, Miguel Lourenço, Manuel Ferreira Coelho, João Varregoso, Júlio Fonseca, Pepe Cardoso, Fernando Ferrito, Carrasquinho Gomes

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E.

Introdução:

Ao longo dos últimos anos a nefrectomia radical e total, por patologia benigna ou maligna tem sido progressivamente substituída pela abordagem laparoscópica.

Objectivos:

Demonstrar a casuística das nefrectomias totais e radicais realizadas no serviço de urologia do Hospital Fernando Fonseca dos últimos 10 anos (2003-2013), comparando o tipo de abordagem cirúrgica realizada (aberta vs. Laparoscópica), em termos de indicações, duração da cirurgia, duração de internamento e complicações.

Material e Métodos:

Consulta dos processos clínicos, dos doentes submetidos a nefrectomia total ou radical no Hospital Fernando Fonseca entre Janeiro de 2003 e Julho de 2013.

Resultados:

No período referido foram realizadas 230 nefrectomias, 125 radicais e 105 totais. A média de idades foi de 58 anos, sendo 49% dos doentes do sexo masculino e 51% do sexo feminino. Das nefrectomias realizadas, 118 foram via aberta e 112 via laparoscópica. O tumor renal (dimensão média de 44.8 mm) constituiu a principal indicação para nefrectomia representando 61% das intervenções realizadas. A duração média da cirurgia por via aberta foi de 118.1 min e por via laparoscópica de 166.8 min. A duração média de internamento após cirurgia por via aberta foi de 9.6 dias e após cirurgia via laparoscópica de 5.1 dias. Das nefrectomias laparoscópicas realizadas, 71% foram por tumor renal, com dimensão média 40,6 mm, sendo a dimensão média dos últimos 3 anos de 48.1 mm. A atrofia renal de etiologia litiásica representa 27 % do volume cirúrgico. A duração média de nefrectomia laparoscópica em 2005 era de 210 min e actualmente em 2013 é de 120 min. Descreve-se apenas 1 caso (0.9%) em que foi necessário converter para cirurgia aberta por lesão vascular.

Das nefrectomias via aberta realizadas, 51% foram por tumor renal, com dimensão média 48,8 mm, sendo a dimensão média dos últimos 3 anos de 59.2 mm. A atrofia renal de etiologia litiásica representa 45 % do volume cirúrgico.

Em 2009 as 48 % das nefrectomias foram via aberta e 52 % via laparoscópica. Actualmente, 14% das nefrectomias são realizadas via aberta e 86% via laparoscópica.

Conclusão:

Através dos dados obtidos podemos concluir que a nefrectomia radical via laparoscópica se tornou o procedimento standard do serviço de urologia do Hospital Fernando Fonseca, um procedimento igualmente seguro, associado a menor duração de internamento e morbidade. A Nefrectomia via aberta passa a ser realizada em casos seleccionados, de tumores de maiores dimensões e doentes com atrofias renais associadas a piodiagnose crónica litiásica.

Tumores do rim com invasão vascular – revisão multicêntrica de 6 Hospitais do Concelho de Lisboa

Autores: Rodrigo Ramos¹, Nídia Rolim², Raquel João³, Sérgio Pereira⁴, Luís Silvestre⁵, Gonçalo Alves⁶, Álvaro Nunes⁷, Pedro Melo⁸, Rui Lúcio³, Sandro Gaspar⁴, Rodrigo Garcia⁴, Anatoliy Sandul⁴, Luís Campos Pinheiro⁸, Garção Nunes³, Luís Mendes Pedro⁵, Mota Capitão⁶, Eduardo Silva¹, Hélder Monteiro², Tomé Lopes⁴

Instituições: ¹Serviço de Urologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa; ²Serviço de Urologia, Hospital Egas Moniz; ³Serviço de Urologia, Hospital Curry Cabral; ⁴Serviço de Urologia, Hospital de Santa Maria; ⁵Serviço de Cirurgia Vascular e Angiologia, Hospital de Santa Maria; ⁶Serviço de Cirurgia Vascular e Angiologia, Hospital de Santa Marta; ⁷Serviço de Urologia, Hospital do Barreiro; ⁸Serviço de Urologia, Hospital de São José

Introdução:

O tumor do rim tem elevada propensão para envolvimento vascular: por invasão vascular (IV) direta; ou por desenvolvimento de trombo tumoral (TT).

Objetivos:

Pretende avaliar-se o impacto do tipo de envolvimento vascular na sobrevida destes doentes.

Material e Métodos:

Foram revistos 1018 relatórios de anatomia patológica de nefrectomias realizadas em seis hospitais do concelho de Lisboa (2008-2012).

Resultados:

Identificámos tumores renais com envolvimento vascular em 61 doentes com idade média 63,7 anos, 68,9% homens. 33 (54,1%) com IV e igualmente 33 (54,1%) com TT (45,5% grau 1, 42,4% grau 2, 9,1% grau 3 e 3% grau 4). 71,4% dos TT foram diagnosticados pré-operatoriamente. O seguimento mediano foi 13,3 meses (0-56,7). A sobrevida livre de doença aos dois anos foi 20% na IV e 32% no TT. A mediana de tempo para recidiva foi 3 meses (0-41,3). 78,8% das recidivas ocorreram à distância. A sobrevida específica de doença aos 2 anos foi de 31% na IV e 40,9% no TT (40% grau I, 45,5% grau II, 0% grau III, sem seguimentos superiores a 24 meses para grau IV).

A análise univariada revelou associação com maior mortalidade para o tipo histológico, presença de componente sarcomatóide, grau, invasão de gordura peri-renal, margens positivas, pN+ e M+. Não revelaram associação estatística o tipo de envolvimento vascular, o estádio pT, o grau de TT e o diagnóstico pré-operatório de TT.

Conclusão:

Na série apresentada as características relativas ao envolvimento vascular não revelaram associação com sobrevida.

Tratamento do tumor do rim com crioterapia laparoscópica – Experiência de um Centro

Autores: Rodrigo Ramos¹, Marco Soares², Joana Ip³, Rui Carneiro¹, Jorge Rebola¹, José Lencastre¹, Jorge da Silva¹, Eduardo Silva¹

Instituições: ¹Serviço de Urologia, Instituto Português de Oncologia; ²Serviço de Urologia, Hospital de Faro; ³Serviço de Imagiologia, Instituto Português de Oncologia

Introdução:

A crioterapia renal é um tratamento minimamente invasivo para pequenos tumores renais periféricos, sendo uma opção nos doentes com comorbilidades que aumentem o risco cirúrgico da nefrectomia parcial.

Objetivo:

Apresentação de resultados de doentes submetidos a crioterapia do rim por via laparoscópica transperitoneal (2007-2011) num centro nacional.

Material e Métodos:

Seguimento prospetivo de 20 doentes tratados.

Resultados:

Foram tratados 20 doentes, com idade média de 67,6 anos (49,1-86,1), 60% homens. Onze (55%) doentes apresentavam comorbilidades relevantes (ex: tumor bilateral; rim único; outra neoplasia não curada). A dimensão média dos tumores foi 27,9mm (15-41). Foi realizada biopsia intraoperatória em 17 (85%) doentes tendo como diagnóstico final neoplasia em nove (53%) casos, angiomiolipoma num caso (5,9%) e biopsia não diagnóstica nos restantes. O tempo cirúrgico médio foi 135 min (78-187). Registaram-se três complicações pós-operatórias grau 2 da classificação Clavien-Dindo (pneumonia, fibrilhação auricular de novo, anemia com necessidade de transfusão) e nenhuma grau 3-5. Foi realizado seguimento clínico e imagiológico (com TC) trimestral no primeiro ano pós-operatório, semestral no segundo ano e posteriormente anual. Com um seguimento mediano de 37,8 meses (24,0-69,3), 17 (85%) doentes encontram-se livres de doença e três (15%) recidivaram localmente (um realizou tumorectomia; outro nefrectomia radical; o terceiro encontra-se em vigilância). A sobrevida global é 100% e não há evidência de doentes com tumor metastizado.

Conclusão:

Com um adequado e cuidado processo de seleção esta técnica permite obter altas taxas de controlo oncológico, nomeadamente em doentes onde a baixa incidência de complicações e invasividade se impõe.

Terapêutica adjuvante com sunitinib para tumores do rim; resultados e complicações – A experiência do centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Autores: Hugó Coelho, Paulo Azinhais, Paulo Temido, Alfredo Mota

Instituição: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução:

Sunitinib é um inibidor do receptor das tirosina cinase aprovado desde 2006 pela FDA para o tratamento de Tumores do Rim metastizados, proporcionando um aumento significativo do tempo de vida e melhor tolerado do que o tratamento clássico com IL2 e INF α .

Objectivos:

Caracterizar os resultados e complicações desta terapêutica numa população de doentes com tumores do rim metastizado.

Material e Métodos:

Consulta retrospectiva do processo clínico dos pacientes submetidos a terapêutica com sunitinib no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Resultados:

38 doentes foram submetidos a terapêutica com Sunitinib. 30 doentes eram do sexo masculino e 6 do sexo feminino, com uma média de idades de 58,81 anos [16-84]. 16 doentes apresentavam com doença localizada tendo tido recidiva à distância posterior e 20 doentes apresentavam doença metastizada ab initio. 34 doentes foram submetidos a cirurgia (32 nefrectomia radical, 2 nefrectomia parcial) os outros 2 foram submetidos a biopsia renal. 50% dos tumores eram estadio T3 e o Carcinoma de células claras a histologia mais frequente (72%). 26 doentes morreram, 10 continuam a realizar tratamento. A sobrevida média global foi de 55,3 meses, sendo que a sobrevida após início de QT foi de 20,1 meses. A média de ciclos realizada foi de 5,5 por doente. 59% não tiveram resposta ao tratamento, 36% resposta parcial, 5% resposta completa (2 casos). 13 doentes não toleraram sunitinib necessitando de redução de dose/aumento do tempo de pausa. Dos efeitos laterais a queixas mais comum foram náuseas e vômitos (50%), seguido de queixas cutâneas (33,3%) e hematológicas (22%). IR, hipotireoidismo e ICC foram raros.

Discussão/Conclusão:

A terapêutica tem um impacto positivo nos doentes com tumores do rim metastizado apesar dos efeitos laterais frequentes.

Está a incidência de litíase em Portugal a ser influenciada pela crise económica?

Autores: José M. Reis Santos*, Ana Rita Monteiro**, Ana Luísa Papoila***

Instituição: *Universidade Católica Portuguesa, Lisboa; **Uroclínica - Centro Clínico de Urologia, Lisboa; ***Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa

Introdução:

Temos seguido a evolução da incidência da litíase em Portugal desde 1975. Verificou-se no passado que a incidência e prevalência foram subindo. A idade do primeiro cálculo tem baixado assim como o rácio homem/mulher se têm aproximado. Sabe-se que nas sociedades da abundância, sempre que há uma alteração socio-económica importante, o crescimento das “doenças do progresso” tem um abrandamento ou um retrocesso. Portugal está em crise e queremos testar a validade deste conceito.

Material e Métodos:

O último levantamento nacional da litíase iniciado em Janeiro 2013, abrangê população a partir dos 5 anos. Entrevistadores treinados percorrem o país fazendo o preenchimento do inquérito directamente no IPAD. Da área da grande Lisboa foram já analisados 5354 questionários.

Resultados:

Dos inqueridos na área de Lisboa 3133 (58,5%) são mulheres e 2221 (45,5%) são homens, na sua maioria, 5037 (94,1%) caucasianos. História de litíase foi encontrada em 509 (9,5%) dos indivíduos. A prevalência de litíase é de 2,0% na raça negra, 9,9% na caucasiana e de 7,2% nas outras. O risco de ter um cálculo é maior nos indivíduos com história familiar de litíase. Dos vários factores de risco destaca-se que o tomar estatinas aumento o risco de 3 vezes, de vir a ter um cálculo.

Resumo:

Os dados mostram que a crise económica actual está a influenciar a incidência e prevalência da litíase abrandando o seu crescimento, na região da grande Lisboa. A análise completa irá confirmar ou não os dados no resto do país.

Nefrolitotomia percutânea experiência de 4 anos de uma Instituição

Autores: Rui Freitas, Jorge Dias, Rui Amorim, Paulo Espiridião, Vitor Oliveira, Luis Ferraz

Instituição: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução:

A nefrolitotomia percutânea (NLPC) está indicada como 1a linha no tratamento de cálculos com mais de 2 cm nas guidelines da Associação Europeia de Urologia. O objectivo deste trabalho foi avaliar a taxa de fragmentação completa após NLPC e realizar uma análise de factores preditivos de sucesso da técnica.

Material e Métodos:

Analisou-se retrospectivamente todos os doentes submetidos a NLPC, do serviço de Urologia de uma instituição terciária entre 01/2008 e 08/2012. Definiu-se taxa de fragmentação completa como obtenção de fragmentos < 1mm. Foi feita análise estatística descritiva da amostra incluindo fragmentação completa e cálculo de Odds ratio por regressão logística para diferentes variáveis.

Resultados:

Foram realizados 74 procedimentos no período analisado. A média de idades foi $54,6 \pm 13,9$ anos e IMC médio foi $27,7 \pm 5,4$ Kg/m². A maioria dos doentes (60,8%) tinha cálculo único e o tamanho médio do cálculo foi $34,7 \pm 13,0$ mm. O tempo médio cirúrgico foi de $181,4 \pm 63,1$ min e o tempo médio de internamento de $9 \pm 7,3$ dias. Obteve-se fragmentação completa em 46 doentes (62,6 %). Ocorreram 18 complicações (Graus 2 a 4 da Escala de Clavien-Dindo), a maioria das quais foram pielonefrites agudas (n=8) e um óbito por choque séptico. A análise univariada para as diferentes variáveis revelou que estas não tiveram influência estatisticamente significativa no resultado cirúrgico.

Conclusão:

A NLPC é eficaz para o tratamento de cálculos volumosos mas apresenta complicações importantes. O tamanho médio de cálculos é superior a algumas séries de literatura, justificando a taxa de fragmentação completa ligeiramente inferior à das séries internacionais. A taxa de complicações tem reduzido com a aplicação de protocolos de profilaxia antibiótica bem definidos, em paralelo com um aumento da taxa de fragmentação completa com a maior experiência técnica.

Cirurgia percutânea para a litíase renal – Experiência de um Centro

Autores: Edgar Tavares da Silva, David Castelo, Vera Marques, Pedro Moreira, Pedro Simões, Alfredo Mota

Instituição: Serviço de Urologia e de Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução:

A nefrolitotomia percutânea (NLPC) é um dos tratamentos mais usados para casos complexos de litíase do rim. É uma intervenção com uma taxa de sucesso alta e com poucas complicações.

Objectivos:

Sistematizar a experiência em NLPC, conhecendo a população, as características da litíase, os resultados e as complicações.

Material e Métodos:

Trabalho retrospectivo por consulta dos processos clínicos de todos os doentes submetidos a NLPC num Hospital Terciário, entre 05/2008 e 07/2013.

Resultados:

População composta por 53 doentes (48% homens), com idade média de 51,7 anos. O IMC médio era de $27,8 \text{ Kg/m}^2$.

O diâmetro médio dos cálculos era de 33mm, sendo coraliformes em 68% dos casos. A composição mais frequente foi a mistura de oxalato e fosfato de cálcio.

As cirurgias demoraram em média 2h37m. A posição mais utilizada foi a Valdivia modificada (98%) e o principal acesso usado foi o GCI (68%). O trajecto foi dilatado com bainhas de Amplatz em 58% dos casos. Usou-se sempre ureterorenoscópio rígido, com litotritor ultra-sónico ou balístico. A drenagem pós-operatória favorita foi a combinação de nefrostomia (retirada antes da alta) com duplo J, usada em 76% dos casos.

Ficaram *stone free* 68% dos doentes. A complicação mais frequente foi a sépsis no pós-operatório, resolvida em todos os casos apenas com antibioterapia. Apenas três doentes precisaram de transfusão de concentrado eritrocitário no pós-operatório.

Discussão/Conclusões:

A NLPC é uma cirurgia segura, usada principalmente em casos complexos de litíase. Mesmo nestas situações mostra-se eficaz, com uma alta taxa de sucesso.

Nefrolitotomia percutânea. Abordagem standard vs tubeless no Hospital de Braga

Autores: Agostinho Cordeiro¹, Paulo Mota^{1,2}, Emanuel Dias^{1,2}, Carlos Oliveira^{1,2}, Francisco Botelho¹, Vitor Nogueira¹, Estevão Lima^{1,2}

Instituições: ¹Serviço de Urologia do Hospital de Braga; ²Escola de Ciências da Saúde – Universidade do Minho

Introdução:

A Nefrolitotomia Percutânea (NLPC) é uma excelente arma terapêutica na nefrolitíase. Este procedimento termina, numa abordagem clássica, com a colocação de um cateter ureteral duplo J e de uma nefrostomia (*standard*). Vários estudos têm revelado que a NLPC sem colocação de nefrostomia (*tubeless*) diminui a dor e o desconforto no pós-operatório, comparativamente à abordagem *standard*. No entanto, poucos estudos comparam a taxa de complicações entre a NLPC *standard* vs *tubeless* relativamente às complicações e segurança cirúrgica.

Objectivos:

Comparar a taxa de complicações (*Clavien score*), segurança e implicações no pós-operatório entre as abordagens *standard* vs *tubeless*.

Métodos:

Análise retrospectiva dos doentes submetidos a NLPC entre Janeiro 2011 e Julho de 2013. Uma amostra de 81 NLPCs correspondentes ao mesmo número de doentes, foram incluídas no estudo. Estabeleceram-se 2 grupos, de acordo com a abordagem *standard* vs *tubeless*.

Resultados:

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os 2 grupos, tanto na eficácia do procedimento (*stone-free %*) como na taxa de complicações. Todavia, o grupo submetido a *tubeless* apresentou uma diminuição no número de dias de internamento pós-operatório (2,9 vs 4,8 dias, $p = 0,030$) comparativamente ao grupo *standard*.

Conclusão:

A NLPC *standard* e *tubeless* apresentaram igual eficácia e segurança. No entanto, os doentes submetidos à abordagem *tubeless* apresentaram uma diminuição de 1,9 dias de internamento em relação à abordagem *standard*. Os nossos resultados estão em consonância com a literatura recente, demonstrando que a principal vantagem da abordagem *tubeless* é a diminuição de dias de internamento.

Litotricia a laser – Parâmetros do litotritor e eficácia da fragmentação

Autores: Peter Kronenberg*, Olivier Traxer**

Instituições: *Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal; **Hôpital Tenon, Paris, França

Introdução e Objectivos:

Avaliar a eficácia da fragmentação da litotricia a laser ao longo de uma vasta gama de parâmetros diferentes, empregando um método experimental dinâmico e inovador, livre de vieses de manipulação manual.

Materiais e Métodos:

Desenvolveu-se um sistema de ensaios de fragmentação a laser automatizado e submerso em soro fisiológico, em que a emissão do laser se realizava durante 30s, movimentando-se as fibras laser a velocidade constante ao longo da superfície de cálculos artificiais (gesso de Paris), criando uma fissura cuja largura, profundidade e volume se analisaram. Os parâmetros do litotritor incluíram diferentes energias de impulso (0,2-1,2J), frequências (5-40Hz), potências (4-20W) e diâmetros de fibra (200 e 550 μ m), incluindo experiências de alta e baixa frequência mantendo o mesmo nível de potência, totalizando 34 combinações experimentais diferentes.

Resultados:

Mantendo a potência constante, a litotricia com frequência baixa e energia elevada demonstrou ser várias vezes (2,1-6,2x) mais eficiente que a litotricia com frequência elevada e energia baixa ($p < 0,00001$). Verificou-se uma correlação linear entre a energia e o volume de fragmentação ($p < 0,00001$), profundidade ($p < 0,00001$) e largura da fissura ($p < 0,00001$). Não se verificou correlação entre a potência utilizada e o volume de fragmentação ($p = 0,29$), profundidade ($p = 0,06$) ou largura da fissura ($p = 0,7$). Não se detectaram diferenças entre o diâmetro da fibra e o volume de fragmentação ($p = 0,81$).

Discussão/Conclusões:

Mantendo a potência constante, a litotricia de baixa frequência é a mais eficaz. Níveis de potência elevados à custa de frequência elevada não garantem taxas de fragmentação superiores em comparação com parâmetros de potência significativamente inferior mas empregando energias de impulso mais elevadas.

Prótese peniana insuflável de três componentes – Análise retrospectiva de cinco anos

Autores: Pedro Dias, Daniel Costa, Nuno Tomada, Miguel Guimaraes, Francisco Cruz

Instituição: Serviço de Urologia, Centro Hospitalar de São João

Introdução:

A implantação de prótese peniana insuflável é o tratamento de terceira linha na disfunção erétil (DE).

Objectivos:

Avaliar os resultados da colocação de próteses penianas insufláveis no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de São João num período de cinco anos (Janeiro 2008 / Dezembro 2012).

Material e Métodos:

49 doentes foram submetidos a colocação de prótese peniana insuflável 3 componentes no período supracitado: Titan Coloplast em 20 doentes; AMS 700 CX em 28; AMS 700 CXR num). Quanto à etiologia da disfunção erétil: secundária a prostatectomia radical em 20 doentes; diabetes mellitus e/ou causas vasculogénicas (doença cardiovascular, HTA, síndrome metabólica, dislipidémia, etc.) em 23; neurogénica periférica (cirurgia coloproctal, cistectomia radical) em 2; doença de Peyronie em 3; priapismo num. Os doentes tinham idade média de 61,3 anos e a média de seguimento dos mesmos após colocação da prótese foi de 19,3 meses. Todas as próteses foram colocadas através de abordagem peno-escretal.

Resultados:

43 doentes (85,7%) têm prótese funcionante sem intercorrências; ocorreu falência mecânica em 3 casos (6%) com necessidade de revisão cirúrgica; infecção em 3 (6%) e erosão uretral combinada de infecção num (2%), com necessidade de remoção da prótese em todos estes. 43 doentes com prótese estão satisfeitos (93%). Todas as complicações (infecção e falência mecânica), ocorreram em doentes com prótese peniana Titan Coloplast, ou seja, registaram-se 35% de complicações neste subgrupo. Se correlacionarmos as complicações por subgrupos, constatamos portanto que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois tipos de prótese ($p=0,001$ – teste exacto de Fisher). No entanto, devemos ter em consideração que a mediana de seguimento pós-operatório nos dois subgrupos é diferente (24 meses para o subgrupo da Titan Coloplast e 12 para o da AMS). Se fizermos uma análise de sobrevivência através da metodologia de Kaplan-Meier, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas na sobrevivência livre de falência mecânica ou infecção entre os dispositivos protésicos dos dois subgrupos ($p=0,033$ – teste Log Rank). A taxa de satisfação dos doentes que têm prótese Titan Coloplast é de 88% e de 95% nos doentes que têm prótese AMS 700.

Discussão/Conclusão:

Os nossos resultados mostram que a prótese peniana insuflável 3 componentes é um tratamento com alta taxa de satisfação para os doentes, com uma aceitável taxa de complicações, sendo consistentes com os da literatura. Porém, os resultados díspares encontrados entre os dois tipos de prótese (dissonantes com a literatura) são explicáveis pelo facto de a amostra ser pequena, as próteses Titan Coloplast – nesta série – terem sido as primeiras a ser implantadas e, portanto, ser as que apresentam tempo de seguimento mais longo com consequente maior probabilidade de complicações, associada também à presumível menor experiência cirúrgica da altura, que se foi gradativamente acumulando, tendo resultado num subsequente aperfeiçoamento técnico e melhoria dos resultados.

Relação entre a redução de células progenitoras endoteliais e disfunção erétil na diabetes

Autores: Angela Castela^{1,3}, Ricardo Silvestre⁴, Luísa Guardão⁵, Liliana Leite⁵, Pedro Vendeira⁶, Carla Costa^{1,2}

Instituições: ¹Departamento de Bioquímica (U38/FCT), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto; ²Departamento de Biologia Experimental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto; ³Translational Neuro-Urology Group, Instituto de Biologia Celular e Molecular da Universidade do Porto (IBMC-UP), Porto; ⁴Parasite Disease Group, Instituto de Biologia Celular e Molecular da Universidade do Porto (IBMC-UP), Porto; ⁵Animal Facility, Instituto de Biologia Celular e Molecular da Universidade do Porto, Porto; ⁶Clínica Saúde Atlântica, Clínica Urológica Vendeira, Porto, Portugal

Introdução:

A Disfunção Erétil (DE) é caracterizada por disfunção endotelial (DEnd) e alterações em mecanismos de reparação vascular. Contudo permanece por identificar o papel da vasculogénese mediada por Células Progenitoras Endoteliais (EPCs) na DE diabética.

Objectivos:

Pretende-se caracterizar na diabetes os níveis de EPCs na medula óssea (MO) e circulação periférica, avaliar sistemicamente e no pénis a expressão de fator alfa-1 derivado do estroma (SDF1 α) e, quantificar testosterona plasmática.

Material e Métodos:

Ratos machos Wistar foram divididos em grupos (N=5): 8 semanas de diabetes tipo 1 e controlos emparelhados pela idade. EPCs foram caracterizadas por citometria de fluxo para CD34/CD133/VEGFR-2/CXCR4. Níveis sistémicos de SDF1 α e testosterona foram avaliados por ELISA. Expressão peniana de SDF1 α foi analisada por imunohistoquímica quantitativa.

Resultados:

Observou-se uma redução de EPCs CD34+CD133+VEGFR2++CXCR4+ na MO diabética. Em circulação detetou-se uma diminuição marcada da população CXCR4+ nos diabéticos. Estes resultados foram corroborados pela diminuição de SDF1 α circulante, responsável pelo recrutamento de células CXCR4+. Nos diabéticos verificou-se uma redução de testosterona. Em consonância observou-se um decréscimo de SDF1 α no pénis diabético. Em curso encontram-se experiências que visam analisar se o tratamento com insulina afeta: a mobilização de EPCs, produção de SDF1 α e secreção de androgénios.

Conclusão:

Resultados preliminares revelam que a produção/mobilização de EPCs se encontra reduzida na diabetes. A alteração sistémica destas células pode estar relacionada com o decréscimo de testosterona e SDF1 α . O recrutamento eficiente de EPCs para o pénis diabético pode ser afetado pela redução local de SDF1 α , e levar ao comprometimento da reparação vascular peniana.

Adenoma nefrogénico e transplante renal, que relação?

Autores: Ricardo Godinho^{1,2}, Pedro Peralta¹, Vânia Grenha², Hugo Coelho², Ricardo Borges², Paulo Conceição¹, Paulo Azinhais², Alfredo Mota², Amílcar Sismeiro¹

Instituições: ¹Instituto Português de Oncologia de Coimbra; ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

Introdução:

Adenoma nefrogénico (AN) é um tumor benigno, raro, que ocorre habitualmente no trato urinário, sendo mais frequente na bexiga (55%). A etiologia é desconhecida, mas descrita associação a litíase, infeções urinárias de repetição (ITUR) ou cirurgia prévia. Faz diagnóstico diferencial com neoplasia urotelial, sendo o diagnóstico definitivo dado pelo resultado anatomopatológico.

Objectivos:

Mostrar a associação entre doentes com diagnóstico de AN e antecedentes de transplantação renal.

Material e Métodos:

Encontrados 19 casos de AN no serviço de Urologia e Transplantação Renal do CHUC, por pesquisa no serviço de Anatomia Patológica, nos últimos 12 anos.

Resultados:

Dos casos identificados, houve um predomínio masculino (2,8:1), com idades entre os 20 e 78 anos (média 56 anos). Distribuídos por localização: bexiga (15), uretra (2), ureter (1). Fatores predisponentes nos casos identificados: transplante renal (50%), cirurgia urológica (25%), litíase (16,7%) e ITUR (8,3%). Hematúria macroscópica presente em 63% dos casos, tendo sido realizada cistoscopia prévia em 90%. As lesões tinham em média 9 mm de dimensão e em 61% dos casos eram únicas. Um caso de recidiva aos 3 meses em cistoscopia de controlo, com duração média de *follow-up* de 18,4 meses.

Conclusão:

Aproximadamente 300 casos foram publicados na literatura, sendo que este serviço apresenta uma casuística significativa. A associação entre AN e transplantados renais foi descrita já em 1975 (Gordon et al.) sendo a sua importância atual reconhecida pelas suas características mimetizantes de neoplasias vesicais. O *follow-up* deve ser cuidadoso e de longa duração, pela capacidade de recidiva (37 a 88%) e pelo potencial de malignização descrito.

Nefrectomia laparoscópica transperitoneal para doação de rim, experiência inicial do C.H.P

Autores: João Ferreira Cabral; Miguel Silva-Ramos; Paulo Príncipe; Avelino Fraga

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital de Santo António, C.H.P

Introdução:

O transplante renal é o melhor tratamento da insuficiência renal terminal. A demanda de órgãos para transplante ultrapassa largamente a oferta, pelo que nos últimos anos tem aumentado a colheita em dadores vivos. A nefrectomia laparoscópica tem ganhado popularidade, uma vez que é menos agressiva permitindo menor dor, mais rápida recuperação funcional e melhores resultados estéticos.

Material e Métodos:

Efectuámos uma análise retrospectiva da série inicial de nefrectomias laparoscópicas para doação de rim, realizadas no serviço de Urologia do Hospital de Santo António pelo mesmo cirurgião (MSR).

Resultados:

Desde o início do programa, em Novembro de 2011, foram realizados 31 colheitas de dador vivo por via laparoscópica. A colheita foi realizada à esquerda em todos os doentes, exceto um. Sete doentes tinham 2 artérias renais e 2 tinham a veia renal em posição retroaórtica, estes aspectos não influíram na duração do procedimento ou na função do enxerto. Apenas o IMC esteve relacionado com maior tempo operatório. Houve necessidade de conversão para cirurgia aberta em 2 doentes por hemorragia. Nenhum doente necessitou de realizar transfusão sanguínea. Presentemente, todos os receptores se encontram com enxerto funcionante.

A tabela sumariza os dados dos dadores e receptores:

	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)	46,19	9,621
IMC (Kg/m ²)	24,31	3,217
Tempo operatório (minutos)	169,74	20,342
Tempo de Isquemia Quente (segundos)	260,32	101,758
Perda Hemática (ml)	100,48	170,833
Tempo de internamento (dias)	3,13	0,806
Creatinina pré-operatória (mg/dl)	0,74	0,167
Creatinina pós-operatória (mg/dl)	1,02	0,207
Idade receptor (anos)	37,55	13,384
Creatinina receptor 1 mês (mg/dl)	1,40	0,457
Creatinina receptor 3 meses (mg/dl)	1,37	0,369

Discussão/Conclusão:

A colheita de rim por laparoscopia é uma técnica segura e eficaz quando realizada por centros com experiência. A existência de múltiplos vasos não influenciou o tempo operatório, nem a função do enxerto.

Retransplante renal: manter ou remover o aloenxerto perdido?

Autores: Paulo Dinis, Pedro Nunes, Lorenzo Marconi, Frederico Furriel, David Castelo, Belmiro Parada, Pedro Moreira, Arnaldo Figueiredo, Carlos Alberto Bastos, António Roseiro, Vítor Dias, Francisco Rolo, Fernando Macário, Alfredo Mota

Instituição: Serviço de Urologia e Transplantação Renal do CHUC

Introdução:

Uma percentagem significativa de doentes com disfunção do enxerto é candidata a retransplantação. Os resultados do retransplante ficam aquém dos obtidos com o transplante primário e a alosensibilização é documentada como um dos principais factores. A actuação perante um enxerto renal perdido não sintomático é questão controversa. O objectivo do trabalho é determinar o impacto da nefrectomia do enxerto renal perdido nos resultados do retransplante e sua importância na alosensibilização.

Material e Métodos:

Análise retrospectiva do resultado dos 126 segundos transplantes renais de entre os 2438 transplantes realizados na nossa Unidade desde Junho/1980 a Março/2013, comparando aqueles que realizaram nefrectomia do enxerto prévio com aqueles que mantinham o enxerto não funcionante.

Resultados:

Dos 126 doentes que foram submetidos a segundo transplante renal, 76 (60,3%) foram submetidos a transplantectomia prévia e 50 (39,7%) mantiveram o enxerto não funcionante. A transplantectomia condicionou uma elevação significativa no nível de PRA (38% vs 10% - $p < 0,001$) e número de rejeições agudas (19% vs 5,6% - $p 0,016$). Verificaram-se 28 (36,8%) perdas de enxerto nos que realizaram transplantectomia e 18 (36%) nos restantes (pNS). A sobrevivência do enxerto aos 1, 3 e 5 anos foi de 96,6%, 90,7% e 83,9% para o grupo que realizou remoção do enxerto prévio e de 95%, 82% e 68,4% naqueles que o mantiveram ($p 0,19$). A sobrevivência do doente aos 5 anos foi de 89,3% entre aqueles que haviam feito transplantectomia e de 82,9% nos restantes ($p 0,55$).

Discussão e Conclusões:

A alosensibilização traduzida pelo PRA aumenta após transplantectomia e leva a uma maior frequência de rejeições agudas após o retransplante. A nefrectomia do enxerto renal não funcionante não parece influenciar de forma significativa a sobrevivência quer do enxerto quer do doente. A decisão de remover um enxerto renal perdido deve continuar a basear-se nos critérios clínicos já estabelecidos.

A organização de um serviço de urologia – Os prós e contras de uma nova experiência

Autores: Rui Sousa, Júlio Fonseca, Luís Monteiro, Rui Formoso, Sofia Lopes e Catarina Gameiro

Introdução:

A nova estruturação dos organismos de saúde nomeadamente dos hospitais obriga a novos modelos de organização hospitalar. Esta política que dominará a próxima década implica ajustamentos específicos a cada especialidade. A urologia não é excepção.

Objectivos:

Identificam-se os factores mais marcantes da reorganização hospitalar com a experiência de um primeiro ano de funcionamento.

Material e Métodos:

Modelo de funcionamento do serviço, contrato-programa, análise dos dados estatísticos e indicadores de satisfação

Resultados:

Apresentam-se os resultados do primeiro ano do serviço, subdivididos por grandes grupos de diagnóstico.

Enunciam-se os aspetos mais relevantes no arranque de um serviço.

Discussão:

A apresentação do serviço de urologia do Hospital Beatriz Ângelo, pretende apenas documentar a casuística de um serviço em começo de vida, as implicações que tem e virá a ter na comunidade em que se insere, e as particularidades de que se reveste, tendo em conta o seu modelo organizacional e as contingências que o país e a saúde em particular enfrentam.

Não se fará uma análise exaustiva do modelo organizacional, que por si só é tema para um Simpósio Nacional, mas pretende-se colocar um ponto de chamada para as múltiplas tarefas no âmbito da organização interna, referência e caminho para a excelência que entendemos ser nosso dever e ambição legítima.

Conclusões:

A apresentação de um novo serviço de urologia é um dever institucional, com a responsabilidade e sentido de missão que é comum a todo o corpo clínico urológico e transversal ao Hospital Beatriz Ângelo. O Congresso da Associação Portuguesa de Urologia é o único evento apropriado e adequado para o fazer.

Grupos de diagnóstico homogêneos: reflexão sobre um serviço de Urologia

Autores: Aníbal Coutinho, Soraia Rodrigues, Marco Dores, Miguel Rodrigues, Pedro Neto Gomes, Miguel Cabrita, Gilberto Rosa, José Neves

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital de Faro, EPE

Introdução:

Os Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH) são o atual sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos agrupando-os em grupos clinicamente coerentes e idênticos do ponto de vista do consumo de recursos. A sua utilização permite definir operacionalmente os produtos de um hospital, ou seja o conjunto de bens e serviços que cada doente recebe como parte do processo de tratamento. O atual financiamento dos hospitais e das suas linhas de produção é feito com base neste sistema de classificação de doentes representando, à data, cerca de 65% do alicerce financeiro dos hospitais do SNS.

Objetivos:

Reflexão sobre a evolução da casuística anual, num serviço de Urologia, bem como os objetivos estipulados em contrato programa e a realidade assistencial. Compara-se o financiamento bruto, na perspetiva de gastos e proveitos. Analisa-se as várias linhas de produção e serviços.

Material e Métodos:

Revisão da atividade assistencial do serviço de Urologia do Hospital de Faro E.P.E. nos últimos 5 anos. Recurso aos dados estatísticos e aos GDH gerados.

Resultados, Discussão e Conclusão:

Verifica-se um aumento da diversidade nas linhas de produção, geradoras de proveitos. Observa-se a necessidade de monitorização contínua, da qualidade dos registos clínicos - fonte de codificação para a origem do GDH -, limiares temporais de internamento, morbilidades, complicações e reinternamentos, bem como na orientação das patologias por linhas de produção.

Conclui-se pela necessidade da participação das direções médicas, na discussão dos contratos programas com a Tutela, aferindo no terreno a capacidade assistencial e a realidade do financiamento sustentável.

O valor da ressonância magnética multiparamétrica da próstata antes da biópsia na deteção de carcinoma

Autores: João Magalhães Pina*, Luis Campos Pinheiro*, Rita Nobre Lucas**, João Lopes Dias*, Pedro Galego*, Pedro Melo Rocha*, Ana Meirinha*, Pedro Baltazar*

Instituições: *Hospital de São José, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE; **Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

Introdução:

A Ressonância Magnética (RM) multiparamétrica da próstata permite detectar, localizar e caracterizar lesões suspeitas de carcinoma da próstata. Permite ainda dirigir a biópsia prostática, quando efectuada previamente ao diagnóstico, acrescentando à técnica de biópsia actualmente praticada (colheita de amostras meramente aleatória) uma maior precisão diagnóstica.

Objectivo:

Pretende avaliar o valor da RM realizada previamente à biópsia prostática no diagnóstico de carcinoma da próstata (CaP), utilizando uma técnica de biópsia prostática guiada por fusão cognitiva.

Material e Métodos:

Foram seleccionados 9 doentes com doseamento de PSA superior a 4 ng/ml (PSA entre 5.6 – 12.1., idades 61-67) e RM multiparamétrica da próstata com suspeita morfológica e funcional de CaP (PI-RADS 3-5). No total, foram detectadas 20 áreas com suspeitas.

Todas as biópsias foram feitas pelo mesmo Urologista (JMP), por via transrectal guiada por ecografia, após visualização prévia das imagens de RM, orientadas para a zona da próstata considerada suspeita (Fusão Cognitiva). Foram feitas duas colheitas em cada área suspeita. Foi também feita a biópsia padrão em duplo sextante a todos os doentes.

Resultados:

A taxa global de deteção de CaP foi de 61% de todos os fragmentos colhidos (fragmentos colhidos por randomização e fragmentos colhidos por fusão cognitiva).

Foram recolhidos 54 fragmentos de biópsia de randomização, sendo 32 positivos para CaP (59%), com gleason score médio de 6(3+3) (5 casos de 6(3+3), 2 de 7(3+4), 1 de 7(4+3) e 1 de 8(4+4)) e um envolvimento tumoral médio por cilindro de 25% (5%-85%).

Dos 40 fragmentos da biópsia dirigida por cognição, 27 foram positivos para CaP (68%), com gleason score médio de 7(3+4) (2 casos de 6(3+3), 4 de 7(3+4), 2 de 7(4+3) e 1 de 8(4+4)) e envolvimento tumoral médio de 45%(10%-90%).

Conclusão:

A RM multiparamétrica permite detectar áreas fortemente suspeitas de CaP possibilitando dirigir a biópsia, aumentando a sua precisão diagnóstica e a deteção de doença clinicamente significativa.

Biópsia prostática guiada por Fusão de Imagem MRI-TRUS

Autores: João Magalhães Pina*, Luis Campos Pinheiro*, Rita Nobre Lucas**, João Lopes Dias*, Pedro Galego*, Pedro Melo Rocha*, Ana Meirinha*, Pedro Baltazar*

Instituições: *Hospital de São José, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE; **Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

Introdução:

A técnica de fusão de imagem utiliza dados provenientes de ressonância magnética (MRI) e de ecografia trans-rectal (TRUS) permitindo dirigir a biópsia prostática.

Objectivo:

Descrever a técnica de biópsia prostática guiada por fusão de imagem (MRI-TRUS).

Material e Métodos:

Foram seleccionados 3 doentes com suspeita bioquímica de carcinoma da próstata (CaP), que realizaram MRI demonstrando a presença de lesões suspeitas. Para dirigir as biópsias, utilizou-se a plataforma Urostation® (Koelis), composta por um ecógrafo (Samsung Medison SonoAce X8®) com sonda endocavitária 3D ligado a uma consola com software (Promap-US®, Koelis) capaz de reconhecer imagens de MRI e integrá-las com o ecógrafo.

Para cada lesão suspeita foram colhidos 2 fragmentos. Registaram-se 8 lesões suspeitas.

O procedimento realiza-se da seguinte forma: reconhecimento das imagens de MRI pelo sistema, identificando e delineando a próstata e as lesões suspeitas; mapeamento volumétrico prostático em tempo real por TRUS tridimensional; captação pelo software do modelo ecográfico obtido e sua integração com o modelo da MRI; Ajuste de pontos de referência entre os dois modelos, obtendo um modelo final de fusão onde se encontram marcadas as lesões suspeitas; visualização em TRUS do modelo final; biópsia da lesão.

Resultados:

Identificou-se a presença de CaP em todos os doentes, num total de 13 em 16 fragmentos, com envolvimento tumoral médio de 60% por cilindro (40-85%). O score de Gleason foi 6 (3+3) em dois doentes e 7(3+4) no outro doente. A duração média de cada biópsia foi de 20 minutos.

Conclusão:

A técnica de fusão de imagem MRI-TRUS permite biopsar apenas as lesões suspeitas, diminuindo a aleatorização inerente à técnica de biópsia padrão.

A utilidade da ressonância magnética multiparamétrica da próstata no diagnóstico do cancro da próstata – Experiência inicial

Autores: Frederico Furriel, Edgar Silva, Vera Marques, Ricardo Godinho, Pedro Nunes, Alfredo Mota

Instituição: Serviço de Urologia e de Transplantação Renal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução:

A taxa de detecção de carcinoma nas biópsias ecoguiadas da próstata é habitualmente baixa e diminui a cada repetição. A utilização da Ressonância Magnética Multiparamétrica da próstata (RMmp) tem sido proposta para de aumentar a taxa de detecção do carcinoma da próstata.

Objectivos:

Analisar a utilidade da RMmp na detecção de carcinoma da próstata em doentes com elevada suspeita clínica e com biópsias negativas.

Material e Métodos:

Analisámos retrospectivamente 20 casos consecutivos de doentes com elevação persistente do PSA e pelo menos uma biópsia transrectal ecoguiada negativa, que foram submetidos a RMmp 3 Tesla na nossa instituição até Abril de 2013. Os achados imagiológicos e histológicos foram analisados com estatística descritiva.

Resultados:

Os doentes tinham idade mediana de 63 anos, PSA mediano de 13,5 ng/mL, e número médio de biópsias prévias de $2,47 \pm 1,27$. Em 7 casos (35%) o resultado da RMmp atribuiu a classificação de “provável” ou “altamente provável” para carcinoma, correspondendo a um score PI-RADS superior a 4/5. A localização das áreas suspeitas era diversa (1 zona periférica, 1 zona central, 1 zona de transição, 1 zona fibromuscular anterior). Estes doentes foram depois submetidos a biópsias transrectais ecoguiadas dirigidas, que foram positivas para adenocarcinoma em 4 (20%) – sendo um deles de alto risco (Gleason 8) e dois de risco intermédio (Gleason 7).

Discussão/Conclusão:

A nossa experiência inicial com a RMmp indica que esta é útil na detecção do carcinoma da próstata clinicamente significativo quando uma elevada suspeita clínica coexiste com biópsias negativas, já que permite identificar lesões suspeitas em zonas prostáticas habitualmente omitidas nas biópsias transrectais ecoguiadas.

Que doentes com novo diagnóstico de cancro da próstata necessitam de estadiamento com tomografia computadorizada abdomino-pélvica, ressonância magnética ou cintilograma ósseo? Impacto no atraso da decisão terapêutica e custos para o serviço nacional de saúde

Autores: Emanuel Carvalho-Dias, Filipe Malheiro, Francisco Botelho, Paulo Mota, Agostinho Cordeiro e Estêvão Lima

Instituições: Serviço de Urologia, Hospital de Braga; Domínio das Ciências Cirúrgicas, Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde, Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho

Introdução:

O estadiamento local, regional e à distância em doentes com novo diagnóstico de cancro da próstata (CaP) é frequentemente realizado através de Tomografia Computorizada (TC) abdomino-pélvica, Ressonância Magnética (RMN) pélvica e Cintilograma ósseo (CO). Contudo é ainda hoje controverso quais os doentes com novo diagnóstico de CaP beneficiam deste estadiamento.

Objectivo:

O objectivo deste estudo foi mostrar que em doentes com diagnóstico de novo de CaP de baixo e intermédio risco o estadiamento com TC/RMN e CO pode ser omitido e que a sua realização apenas prolonga o tempo de decisão terapêutica sem a alterar, e acrescenta custos adicionais para o serviço nacional de saúde (SNS).

Métodos:

Todos os doentes com diagnóstico de novo de CaP efectuado por biópsia prostática entre 07/2010 e 05/2013 no Hospital de Braga foram retrospectivamente revistos. Foram determinados no momento do diagnóstico os valores do PSA, o estadiamento clínico com toque retal e o Gleason score da biópsia. Determinou-se também a data do diagnóstico e a data da decisão terapêutica. De seguida comparou-se os resultados do estadiamento com TC/RMN e CO em 2 grupos: baixo/intermédio risco (Gleason score = 7 ou PSA <20 ng/ml) e alto/muito alto risco (Gleason score = 8 ou PSA >20 ng/ml) e determinou-se o impacto deste no atraso da decisão terapêutica e nos custos no grupo de baixo/intermédio risco.

Resultados:

Um total de 197 doentes realizou TC e/ou RMN, destes apenas 3,5% apresentavam estadiamento local (T) =T3, 4% tinham adenopatias regionais (AR) e 3% metastização à distância (MD). No grupo de baixo/intermédio risco vs alto/muito alto risco a presença de T =T3 foi de 0,8% vs 7,8% ($p = 0,05$); a presença de AR foi de 0% vs 10,4% ($p < 0,01$); e a presença de MD foi de 0% vs 7,8% ($p < 0,01$). Um total de 204 doentes foram submetidos à realização de CO, este foi negativo em 86,3% dos doentes, suspeito de metástases não confirmado em 6,4%, suspeito de metástases confirmado em 0,7% e com metástases em 2,4%. No grupo de baixo/intermédio risco vs alto/muito alto risco a presença de metástases foi de 0% vs 10,5% ($p < 0,01$). No grupo de doentes de baixo/intermédio risco o atraso no tempo de decisão terapêutica nos que fizeram TC/RMN vs os que não fizeram foi de 41 dias ($p=0,001$) enquanto que no mesmo grupo de doentes o facto de realizar CO atrasou a decisão terapêutica em 37 dias ($p=0,004$). A realização de TC/RMN e CO no grupo de baixo/intermédio risco acrescentou um custo directo estimado ao SNS de 26 400 euros.

Conclusão:

Os resultados deste trabalho sugerem que em doentes com diagnóstico de novo de CaP de baixo e intermédio risco (Gleason score = 7 ou PSA <20 ng/ml) o estadiamento com TC/RMN e CO podem ser omitidos e que a realização destes apenas atrasa a decisão terapêutica incrementando custos para o SNS.

Relação entre a biópsia prostática e a peça anatómica final

Autores: Peter Kronenberg, João Dores, Sofia Lopes, Rui Abreu, Andrea Furtado, Pedro Bargão, Bruno Graça, Miguel Lourenço, Manuel Ferreira Coelho, Fernando Ribeiro, Pepe Cardoso, João Varregoso, Fernando Ferrito, Carrasquinho Gomes

Instituição: Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal

Introdução e Objectivos:

Avaliar em pormenor a relação entre a biópsia prostática (BxP) e a peça de prostatectomia radical (PR).

Materiais e Métodos:

Compararam-se os dados retrospectivos dos relatórios das BxP positivas para adenocarcinoma da próstata (ACP) e as respectivas peças anátomo-patológicas de PR dos doentes operados entre Janeiro de 2000 e Dezembro de 2010.

Resultados:

No referido período submeteram-se 483 doentes a PR por ACP, obtendo-se os dados de 209 doentes. As BxP mostraram a presença de um Gleason score (GS)=6 em 151 (72,2%), GS=7 em 34 (16,3%) e GS=8 em 24 (11,5%) doentes. A comparação desses resultados com a peça anatómica final revela, em termos do GS, uma concordância do score em 96 (45,9%), um aumento do score em 94 (45,0%) e uma redução do score em 19 (9,1%) doentes. Existe uma relação estatisticamente significativa entre GS mais baixos e um aumento do GS na peça de PR ($p < 0,05$) e entre GS > 6 e envolvimento extraprostático ($p < 0,05$). Doentes com critérios de Epstein positivos apresentam resultados mais favoráveis na peça de PR ($p < 0,01$), contudo quase 35% apresentam aumento do GS e/ou envolvimento extraprostático na peça. No subgrupo de GS=6 na BxP, os doentes que aumentam de GS na peça apresentam valores mais elevados de PSA, da densidade de PSA e da densidade de fragmentos positivos que os doentes sem aumento do GS ($p < 0,01$, $p < 0,001$ e $p = 0,0016$ respectivamente).

Discussão/Conclusões:

Os dados da BxP, associados a outros elementos pré-cirúrgicos, fornecem informações úteis que poderão ajudar o urologista a restringir que doentes beneficiarão de uma atitude mais conservadora, sem aumento significativo do risco de progressão tumoral.

Patients with disseminated high grade prostatic intraepithelial neoplasia and metabolic syndrome have an elevated risk of prostate cancer on repeat biopsy: result of a multicentre study

Autores: Antonio Cicione, Emanuel Carvalho-Dias, Carlos Oliveira, Paulo Mota, Agostinho Cordeiro, Rocco Damiano, Cosimo De Nunzio e Estevão Lima.

Instituições: Università Magna Graecia di Catanzaro, Catanzaro, Italy and Department of Urology, Hospital of Braga, Portugal

Introduction/Purpose:

To test in multicentre setting if patients with metabolic syndrome (MetS) and initial disseminated high grade prostatic intraepithelial neoplasia (HGPIN) diagnosis are at higher risk of prostate cancer (PCa) at repeat biopsy.

Methods:

Multicentre retrospective study. Patients with an initial diagnosis of HGPIN underwent a repeat biopsy six months later regardless PSA level and DRE findings. A 12 core prostate biopsy template was used in both biopsies. MetS was defined according to the National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III criteria. Disseminated HGPIN was defined when more than 4 biopsy cores and the two prostate lobes were involved.

Results:

Overall 283 patients were enrolled in three European academic Hospitals. Median age was 67 years (IQR 62-72). MetS was diagnosed in 116/283 (41%) patients and PCa was detected in 84/283 (29.7%) patients. In particular, PCa was more frequently diagnosed in patients affected of disseminate HGPIN and MetS (45/86, 52.3%) than in patients with disseminate HGPIN and normal metabolic profile (28/95, 29.5%), $p=0.002$. Moreover binary logistic regression confirmed that disseminated HGPIN and MetS are independent risk factors for following PCa diagnosis, respectively OR 3.9 (95% CI 2.4-8.3, $p=0.001$), OR 3.6 (95% CI 2.3-6.4, $p=0.001$) while PSA and DRE are not able to predict PCa at repeat biopsy OR 1.01 (95% CI 0.98-1.3 $p=0.400$) and OR 0.97 (95% CI 0.55-1.72, $p=0.928$).

Discussion:

HGPIN is still considered as pre neoplastic lesion. However not general consensus exists on when and whether a repeat prostate biopsy has to be performed after HGPIN diagnosis so new high risk predictive markers of PCa are pleasing in order to decrease unnecessary prostate biopsies number. MetS was recently hypothesized as etiological cause of PCa though a pro inflammatory status, whereby it is reasonable presuming that it may work at time of pre neoplastic lesion too. Our findings maintain this hypothesis in a multicentre setting too. However retrospective nature of the study and absence of previous more data about MetS and HGPIN link are the limits study.

Prostatectomia Radical Laparoscópica versus Prostatectomia Radical Aberta: Margens cirúrgicas

Autores: Rui Duarte Abreu, Pedro Bargão, Bruno Graça, Miguel Lourenço, Manuel Ferreira Coelho, Fernando Ribeiro, Pepe Cardoso, João Varregoso, Fernando Ferrito, Carrasquinho Gomes

Instituição: Serviço de Urologia do Hospital Prof. Fernando Fonseca, Portugal

Introdução:

A prostatectomia radical por via laparoscópica é actualmente uma via de abordagem alternativa à via clássica. Pretende-se comparar os resultados oncológicos, nomeadamente as margens cirúrgicas, dos dois tipos de abordagens.

Material e Métodos:

Em Setembro de 2012 deu-se início, a um estudo prospetivo, com o objectivo de comparar os resultados da prostatectomia radical laparoscópica versus aberta. Incluiu-se no estudo apenas os tumores de baixo risco, e de risco intermédio. Avaliou-se diversos parâmetros: idade, índice de massa corporal, PSA inicial, Gleason na biopsia, duração da cirurgia, número de transfusões sanguíneas, questionário IIEF-5, margens cirúrgicas, complicações e o Gleason na peça operatória.

Resultados:

Foram incluídos no estudo 45 doentes, 23 operados por via laparoscópica e 22 por via aberta. No grupo da abordagem laparoscópica, a média de idades foi de 67,4 anos, a média da duração da cirurgia foi de 176,7 minutos, a média relativa às unidades de sangue foi de 0,47. Neste grupo houve um sub-estadiamento na biopsia em 30,4% dos casos.

No grupo da abordagem clássica, a média de idades foi de 63,5 anos, a média da duração da cirurgia foi de 162,1 minutos, a média relativa às unidades de sangue foi de 0,24. Neste grupo houve um sub-estadiamento na biopsia em 59% dos casos.

Não existe diferença estatisticamente significativa entre o número de margens positivas nos dois grupos.

Conclusão:

A prostatectomia radical laparoscópica, tem resultados oncológicos semelhantes à via aberta, mesmo em centros de baixo volume.

Prostatectomia radical: Casuística da experiência de 8 anos e análise de preditores de recidiva bioquímica

Autores: Jorge Dias, Paulo Espiridião, António Ferreira, Pedro Costa, Luís Xambre, Luís Ferraz

Instituição: Centro Hospitalar V.N.Gaia/Espinho, EPE

Introdução:

Apesar da disseminação da abordagem laparoscópica no tratamento do carcinoma localizado da próstata, a prostatectomia radical aberta (PRA) constitui o procedimento de eleição na maioria dos países europeus.

Objetivos:

Caracterizar a população submetida a PRA e avaliar complicações e recidiva bioquímica (RecBQ). Adicionalmente, foram pesquisados preditores independentes de RecBQ.

Material e Métodos:

Consulta dos processos dos doentes submetidos a PRA entre 01/2004- 12/2011 no CHVNG/E (n=206). Realizada avaliação da incidência de RecBQ, análise comparativa intergrupos dessa incidência (teste Log-rank) e exploração de preditores (modelo regressivo Cox).

Resultados:

A idade média dos doentes foi $63,4 \pm 5,4$ A, o PSA inicial $8,3 \pm 4,2$ ng/dL e a mediana do Gleason (BPTR) de 6[6-7]. A duração cirúrgica média foi 136 ± 33 min, com perdas sanguíneas 853 ± 476 mL e mediana de dias de internamento de 6[5-8]. Foi realizada linfadenectomia iliobuturadora em 21,6%. O peso da peça cirúrgica foi de 50 ± 20 g, com invasão capsular em 31,5%, margens R1 globais em 24,1%. Relativamente a complicações precoces observaram-se: infeção 14,4%, hemorragia 2,0%. 48,8% dos doentes referiam disfunção erétil, 14,4% incontinência urinária e 17,9% ambas à última observação. O follow-up médio foi de 64 ± 29 m, a incidência global de RecBQ 18,6% (intervalo médio entre PRA e RecBQ de 35 ± 28 m) e a mortalidade global 4,4%. Tratamentos complementares efetuados em 32% (Radioterapia em 73,4%).

Doentes com peças <50 g apresentaram uma incidência RecBQ significativamente superior (25%vs.9% aos 5A); um menor peso da peça (<50 g) foi o único preditor independente de RecBQ (HR 3,49,p=0,007).

Conclusão:

A taxa de complicações e de RecBQ da população estudada foi semelhante à literatura. O peso da peça cirúrgica foi um preditor independente de RecBQ.

Prostatectomia radical via laparoscopia – A experiência de um Hospital

Autores: Andrea Furtado, Rui Duarte Abreu, Manuel Ferreira Coelho, João Varregoso, Fernando Ferrito

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E.

Objetivos:

Analisar a curva de aprendizagem e resultados da prostatectomia radical laparoscópica no serviço de urologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Métodos:

Foi feita a revisão de 53 processos clínicos dos 56 doentes submetidos a prostatectomia radical laparoscópica entre Setembro de 2010 e Junho de 2013. Foram criados 4 grupos, de acordo com os anos em que foram realizadas as cirurgias; o grupo 1 com os primeiros 5 doentes, os doentes 6º ao 13º no grupo 2, os doentes 14º ao 37º no grupo 3 e finalmente, os doentes 38º ao 53º no grupo 4. Posto isto analisámos o tempo operatório total, o tempo específico da realização de anastomose vesico-uretral, avaliação de margens cirúrgicas, complicações e necessidade transfusional e duração do internamento.

Resultados:

O tempo operatório total obedeceu a tendência decrescente, contando-se tempos operatórios em média inferiores a 3 horas e 30 minutos a partir do 38º doente. A taxa de margens cirúrgicas positivas para os estadios pT2 foi de 15,4%. Quanto a complicações há a registar 2 casos de perfuração iatrogénica do recto, 1 caso de hemorragia com repercussão hemodinâmica a requerer laparotomia exploradora nas primeiras 24h de pós-operatório. A taxa de aporte transfusional foi de 5,7%. A duração média de internamento foi de 6,4 dias.

Discussão e Conclusões:

Os resultados do estudo demonstram que o tempo operatório sofreu um decréscimo em resposta à progressão na curva de aprendizagem. A taxa de margens positivas enquadra-se nos resultados de séries mais alargadas para a mesma fase do aperfeiçoamento da técnica cirúrgica. Serve o presente estudo como análise de resultados de um centro em progressão na curva de aprendizagem para a execução da prostatectomia radical laparoscópica.

Recuperação da continência urinária precoce e tardia após prostatectomia radical laparoscópica vs. retropúbica

Autores: Emanuel Carvalho-Dias, Bernardo Pereira, Francisco Botelho, Paulo Mota, Agostinho Cordeiro, Carlos Oliveira, Jorge Cabral-Ribeiro, Miguel Mendes e Estevão Lima

Instituições: Serviço de Urologia, Hospital de Braga; Domínio Ciências Cirúrgicas, Instituto de Ciências da Vida e da Saúde, Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho

Introdução:

A incontinência urinária pós-operatória constitui um dos factores que mais negativamente afecta a qualidade de vida dos doentes submetidos a prostatectomia radical. Desde há varios anos que a abordagem laparoscópica tem sido defendida com o intuito de minimizar as lesões de toda a estrutura anatómica envolvida no complexo mecanismo da continência. Nas séries mais recentes a continência urinária aos 12 meses após prostatectomia radical aberta (PRA) varia entre 60% e 93% enquanto que na PR laparoscópica (PRL) varia entre 66% e 95%. Os estudos comparativos da PRA e PRL relativamente á recuperação da continência urinária têm originado resultados contraditórios e controversos.

Objectivo:

Comparar o impacto da PRL vs PRA na continência urinária tendo como focos a recuperação da continência urinária precoce (1-3 meses) e tardia (12 meses).

Materiais e Métodos:

De Janeiro de 2010 a Abril de 2013, 235 doentes com adenocarcinoma da próstata foram submetidos a PR no Hospital de Braga (HB). Destes, 187 foram submetidos a PRR e 48 a PRL. Obtiveram-se dados pré-operatórios: demográficos, valor PSA, estadiamento local (T), Gleason Score (GS) da biópsia e número de fragmentos envolvidos. A continência urinária (CU) foi avaliada no intervalo entre 1-3 meses (precoce) e aos 12 meses (tardia) após a cirurgia. A continência foi definida da seguinte forma: *Contínente* (sem penso de protecção); *Contínente com 1 penso de protecção*; *Incontínente* (uso de >1 penso de protecção)

Resultados:

Ambos os grupos PRA (n= 187) e PRL (n=48) foram semelhantes em termos de PSA pré-operatorio, estadiamento local T, GS da biópsia e nº de fragmentos envolvidos. A taxa de continência precoce (CP) e tardia (CT) foi maior no grupo PRL: CP de 95% (com 66% continentes sem penso de protecção e 34% continentes com 1 penso de protecção) vs 70% na PRA (p= <0,001) e CT de 97% no grupo PRL vs 84% no grupo PRA (p= 0,06).

Discussão e Conclusões:

Nos doentes submetidos a PR no HB a PRL tem uma taxa de recuperação da continência superior á PRA, com especial diferença na continência precoce. À luz do melhor conhecimento actual o grupo de doentes submetidos a PRL no HB apresenta a maior taxa de CP descrita na literatura até hoje. A grande limitação deste estudo relaciona-se com o facto de ser uma análise retrospectiva, o tamanho amostral ser limitado, e a avaliação da continência não ter sido feita de forma sistemática e com ocultação.

Alterações na qualidade de vida e morbidade urinária em doentes submetidos a braquiterapia prostática por carcinoma da próstata localizado

Autores: Pedro Miguel Baltazar; Pedro Melo Rocha; João Maçalhães Pina; Ana Meirinha; Pedro Galego; José Paulo Patena Forte; Luís Campos Pinheiro

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital de São José

Introdução:

A braquiterapia é uma opção terapêutica válida no tratamento do cancro da próstata, frequentemente associada a baixas taxas de morbidade e a bons níveis de qualidade de vida relacionada com a doença (HR-QoL).

Objectivos:

Caracterizar a morbidade urinária e a HR-QoL nos doentes submetidos a braquiterapia; Averiguar o impacto do IPSS pré-tratamento na morbidade urinária pós-braquiterapia; Avaliar o impacto da incontinência urinária na HR-QoL e no grau de satisfação dos doentes.

Materiais/Métodos:

Foram endereçados os questionários “EPIC”, “AUA-SS”, e “ICIQ-SF” a todos os doentes submetidos a braquiterapia prostática no Hospital de São José entre Outubro-2003 e Setembro-2012. Os resultados foram analisados em função do IPSS pré-tratamento, idade à realização da braquiterapia e tempo decorrido pós-braquiterapia.

Resultados:

Dos 387 doentes, 11 morreram e 110 (28,4%) responderam validamente aos questionários. O desenvolvimento de LUTS foi independente do IPSS pré-tratamento; A “noctúria” foi o principal sintoma desenvolvido; 35% dos doentes referiram algum grau de incontinência urinária; O desenvolvimento de incontinência correlaciona-se com o grau de satisfação dos doentes; Verificou-se uma possível relação entre o valor de IPSS pré-tratamento e o desenvolvimento de sintomas irritativos/obstrutivos, incontinência urinária, e “*urinary bother*”.

Conclusão:

1) A presença de LUTS pré-tratamento não influencia significativamente o desenvolvimento de sintomas específicos mas tem tradução na morbidade urinária global pós-braquiterapia; 2) O principal sintoma desenvolvido foi a noctúria; 3) A incontinência parece ser um problema subestimado nos doentes submetidos a braquiterapia; 4) A satisfação global e a HR-QoL decorrentes da braquiterapia são elevadas sendo esta uma opção terapêutica bem aceite pelos doentes.

Criocirurgia no cancro da próstata – Experiência de um Serviço de Urologia

Autores: João Pedro Peralta¹; Ricardo Godinho¹; Carlos Rabaça¹; Amilear Sismeiro¹

Instituição: ¹Serviço Urologia – Instituto Português Oncologia de Coimbra- EPE

Introdução:

A criocirurgia da próstata é atualmente uma técnica minimamente invasiva no tratamento do Carcinoma da Próstata (CaP) localizado, quer como tratamento de primeira linha quer como terapêutica de salvação no CaP radiorecorrente. A criocirurgia da Próstata assenta no princípio da congelação, de forma a induzir morte celular através da desidratação (desnaturação proteica), da rutura da membrana celular pelos cristais de gelo e de fenómenos de isquémia/reperfusão celular associadas à indução de apoptose celular.

Objetivos:

Os autores apresentam uma revisão casuística de todos os doentes submetidos a Criocirurgia da próstata para CaP localizado (primário ou radiorecorrente) desde Janeiro de 2012 até Junho de 2013.

Material e Métodos:

Foram avaliadas variáveis pré-operatórias como: tipo de tratamento (primário\salvação), Score Gleason (GS) pré-tratamento, PSA pré-tratamento, PSA pós tratamento (3 e 12 meses), grau de incontinência urinária (IUE) de esforço de novo e complicações maior.

Resultados:

Foram submetidos a criocirurgia da próstata 13 doentes durante este período. A média de idades foi de 67,38 anos, (57-82 anos). Foram submetidos a tratamento primário 6 doentes e a tratamento de salvação 7 doentes.

Todos os doentes submetidos a tratamento tinham um GS pré-tratamento de 6, 7 (3+4 ou 4+3) ou GS 8.

A média de PSA pré-tratamento foi de 8,40ng/ml (3,2-15,5ng/ml). Dos 13 doentes, 12 apresentavam PSA total aos 3 meses <0,5ng/ml.

Um doente apresentava PSA total aos 3 meses de 12,3ng/ml.

Dos doentes submetidos a tratamento primário, 33% apresentavam IUE ligeira para médios\grandes esforços e 66% não apresentavam qualquer grau de IUE.

44,4% dos doentes submetidos a tratamento de salvação apresentavam IUE de novo ligeira\moderada e os restantes 63,6% não apresentavam qualquer agravamento do seu grau de IUE prévio.

Dos 13 doentes tratados, 1 doente apresentou fístula uretro-rectal e 3 doentes entraram em retenção urinária aguda (RUA).

Conclusão:

A criocirurgia da próstata apresenta-se como uma alternativa terapêutica para o cancro da próstata localizado, quer na doença primária quer na doença radiorecorrente.

Cistectomia radical: Experiência de um Centro Oncológico

Autores: Paulo Araújo, Ricardo Cruz, Rui Freitas, Luís Saraiva, António Morais, Jorge Oliveira

Instituição: Instituto Português de Oncologia do Porto

Introdução:

A cistectomia radical (CR) com linfadenectomia pélvica é o tratamento *gold-standard* para o carcinoma da bexiga musculovascular.

Objetivos:

Apresentar a nossa experiência clínica e cirúrgica da CR, avaliar as complicações pós-operatórias e a sobrevida global dos doentes.

Material e Métodos:

Foi efectuada uma análise retrospectiva de todos os doentes submetidos a CR por carcinoma da bexiga entre 2006 e 2010. Foram avaliadas as complicações pós-operatórias precoces segundo a escala de Clavien-Dindo.

Resultados:

Foram analisados os dados de 195 doentes com uma idade média de 67,8 anos. 82,6% eram do sexo masculino. Foi diagnosticado carcinoma urotelial em 93,8% dos casos. A maioria dos doentes apresentava doença extravesical, com estádio patológico T3 (28,7%) e T4 (22,1%). 32,8% dos doentes submetidos a linfadenectomia tinham metástases ganglionares. A derivação urinária mais frequente foi a uretero-ileostomia cutânea (79%), seguida pela neobexiga (10,3%). Foram registadas complicações pós-operatórias em 40,5% dos doentes, sendo 28,2% grau I/II e 12,3% grau III-V, com uma taxa de mortalidade de 3,6%. A sobrevida global aos 3 anos foi 54% e aos 5 anos foi 48%. Os casos com doença localizada à bexiga apresentaram uma sobrevida aos 3 anos de 89%. A presença de doença extravesical e a metastização ganglionar foram factores de mau prognóstico, com sobrevidas globais aos 3 anos de 46% e 22%, respectivamente (p<0,001).

Discussão/Conclusão:

A CR é uma cirurgia complexa mas com morbidade e mortalidade pós-operatória precoce razoáveis. A cirurgia deve ser efectuada numa fase inicial da doença de forma a oferecer os melhores resultados de sobrevida.

Complicações peri e pós-operatórias da cistectomia radical. Análise comparativa entre a abordagem aberta e laparoscópica de um único serviço

Autores: Paulo Mota*, Sofia Rolo, Emanuel Dias*, Agostinho Cordeiro**, Francisco Botelho**, Carlos Oliveira**, António Pedro Carvalho**, Estevão Lima*

Instituição: *Hospital de Braga e Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho; ** Hospital de Braga

Introdução:

A cistectomia radical constituiu a “terapêutica standard” para carcinomas invasivos da bexiga. Recentemente, alguns serviços de urologia têm realizado esta cirurgia por laparoscopia como alternativa à cirurgia aberta com o objectivo de reduzir as complicações e morbilidades relacionadas com a cirurgia.

Objectivos:

Comparar a morbilidade peri e pós operatória da cistectomia aberta com a laparoscópica de um único serviço de urologia

Material e Métodos:

Estudo comparativo retrospectivo de 68 doentes submetidos a cistectomia radical aberta e 18 doentes submetidos a cistectomia radical laparoscópica no período compreendido entre janeiro de 2008 a agosto de 2013. As complicações peri e pós-operatórias segundo o sistema de Clavien e as morbilidades ocorridas até 90 dias foram analisadas.

Resultados:

O tempo operatório foi semelhante entre ambos os grupos. No grupo de doentes submetidos a cirurgia laparoscópica, as perdas sanguíneas durante a cirurgia foram menores ($P < 0,001$), assim como o tempo de pausa alimentar ($P < 0,001$), o tempo de internamento ($P < 0,001$) e a taxa de complicações pós-cirúrgicas.

Discussão/Conclusão:

Na nossa experiência, a cistectomia radical laparoscópica tem uma menor taxa de complicações e de morbilidade no peri e no pós-operatório. No entanto são necessários mais doentes e resultados a longo prazo para reconhecer a abordagem laparoscópica como a nova “terapêutica standard” do tratamento cirúrgico do carcinoma invasivo da bexiga.

Carcinomas do alto aparelho urinário – Experiência terapêutica do serviço de Urologia do Hospital Egas Moniz entre 2001 e 2013

Autores: Filipe Alpoim Lopes, Renato Lains Mota, José Carlos Santos, Nidia Rolim, Tiago Rodrigues, Ana Covita, Mário Jorge Soares, Pedro Monteiro, Artur Canhoto, Rui Nogueira, Hélder Monteiro

Instituição: Hospital Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Introdução:

Os carcinomas do alto aparelho urinário correspondem a 5-10% dos tumores uroteliais. A sua baixa prevalência associada a uma evolução natural silenciosa condiciona uma apresentação tardia de doença com aproximadamente 60% dos tumores a serem invasivos no momento de diagnóstico.

Objectivo:

Caracterizar a experiência terapêutica em doentes com carcinoma do alto aparelho urinário acompanhados no Hospital Egas Moniz entre 2001-2013.

Métodos:

Estudo retrospectivo descritivo baseado nos resultados de pesquisa na plataforma electrónica SNOMED e registos clínicos dos doentes seguidos pelo serviço de urologia no Hospital Egas Moniz com diagnóstico de carcinoma dos cálices, bacinete ou uréter.

Resultados:

Identificaram-se 47 doentes com carcinoma do alto aparelho urinário. A idade média de apresentação foi de 71 anos sendo o diagnóstico efectuado após um episódio de hematuria macroscópica (78,7%) e/ou lombalgia (17,0%). Em 23,4% dos doentes identificou-se história prévia ou concomitante de tumor da bexiga. A maioria dos doentes (87,2%) foi submetida a terapêutica cirúrgica ablativa. Apenas 9 (19,1%) casos corresponderam a tumores não invasivos. Em 23 casos identificou-se progressão de doença com necessidade de terapêutica sistémica/paliativa. No follow-up identificou-se recidiva de carcinoma urotelial na bexiga em 14,9% dos doentes.

Discussão/Conclusão:

Os dados obtidos aparentam-se similares aos publicados na literatura. A mortalidade associada à doença é elevada e provavelmente relaciona-se com o diagnóstico tardio da patologia. O tratamento conservador endourológico é pouco utilizado na amostra. A recidiva frequente, a par da multifocalidade que caracteriza os tumores uroteliais, alerta para a necessidade de vigilância, com especial atenção ao surgimento de neoplasia vesical.

Cirurgia Intra-renal Retrógrada (RIRS): A Experiência do Hospital Egas Moniz

Autores: Filipe Lopes, José Santos, Nídia Rolim, Tiago Rodrigues, Renato Mota, Ana Covita, Mário Soares, Pedro Monteiro, Artur Canhoto, Rui Nogueira, Hélder Monteiro

Instituição: Hospital Egas Moniz

Introdução:

O acesso retrógrado a todo o sistema colector renal, permitido pelo desenvolvimento de ureterorenoscópicos de calibre progressivamente menor e mais manobráveis, ofereceu ao urologista ferramentas com capacidades diagnósticas e terapêuticas ímpares.

Objectivos:

Revisão crítica da experiência do HEM na cirurgia intra-renal retrógrada (RIRS).

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo dos registos clínicos dos doentes submetidos a RIRS entre Janeiro de 2003 a Julho de 2013.

Resultados:

Foram realizados durante o período referido 520 procedimentos, vinte e um dos quais bilateralmente, para um total de 432 doentes. A média de idades dos doentes operados foi de 53,1 anos. O endoscópio mais utilizado foi o semi-rígido em 65% dos casos, seguido do ureterorenoscópio flexível em 20%. Nas restantes cirurgias foram utilizados os dois aparelhos em simultâneo. Do total de procedimentos realizados a litíase constituiu a principal indicação, seguido do tratamento endoscópico do carcinoma urotelial do alto aparelho. Os restantes actos cirúrgicos foram de natureza diagnóstica. A dimensão média dos cálculos por localização foi: bacinete 19,3mm, cálice superior 12,6mm, cálice médio 13,6mm e cálice inferior 12,1mm. A taxa global livre de cálculo foi de 56%. No período pós-operatório há a registar quatro complicações infecciosas graves, nomeadamente um óbito e três internamentos em UCI por urosépsis, 4 estenoses uretéricas, um acidente vascular cerebral e um hematoma subcapsular.

Conclusão:

A abordagem retrógrada do aparelho urinário alto é uma técnica segura e eficaz no diagnóstico e tratamento das suas várias patologias.

Linfadenectomia retroperitoneal nos tumores do testículo – Experiência de um Serviço de Urologia

Autores: João Pedro Peralta¹; Ricardo Godinho¹; Carlos Rabaça¹; Amílcar Sismeiro¹

Instituição: ¹Serviço Urologia – Instituto Português Oncologia de Coimbra- EPE

Introdução:

Os Tumores do Testículo, que em 95% são da linha germinativa (TCGT), atingem sobretudo o adulto jovem. Apesar da linfadenectomia retroperitoneal (LRP) ser cada vez menos usada como estratégia de estadiamento na doença oculta nos tumores localizados do testículo de alto risco, revela-se contudo uma arma terapêutica fundamental no controlo de doença residual ativa após tratamento adjuvante na doença sistémica.

Material e Métodos:

Os autores apresentam uma revisão casuística de todos os TCGT submetidos a LRP durante o período de 2004-2012. Neste período foram tratados 8 doentes. Foram avaliadas várias variáveis, como histologia do tumor primário (Seminoma (TCGTS), Não Seminoma (TCGTNS)) e sua concordância com a histologia da LRP, dimensão da massa residual pós QT ou radioterapia adjuvante na doença sistémica, concordância do resultado da PET com histologia da LRP nos Seminomas e sobrevida atual.

Resultados:

Dos 8 doentes estudados, a média de idades foi de 30.9 anos, (19-39A). Destes, 3 eram TCGTS e 5 TCGTNS. A LRP foi efetuada para tratamento de massa residual > 3cm nos 3 doentes com TCGTS, e em 4 doentes com TCGTNS com massa residual > 1 cm. Um doente fez LRP para estadiamento de doença oculta de um TCGTNS de alto risco. O estudo histológico da LRP revelou 3 TCGTS, 4 TCGTNS sendo 1 Teratoma Maduro Puro (Growing Teratoma Syndrome) e necrose/fibrose num doente. Houve concordância histológica em 2/3 TCGTS e em 3/5 TCGTNS. A sobrevida global de todos os 8 doentes é de 100% até à presente data.

Conclusão:

O objetivo deste trabalho foi identificar e caracterizar a população de doentes com neoplasia do testículo submetidos a LRP, uma estratégia terapêutica tecnicamente exigente, mas única no tratamento dos doentes com doença residual ativa.

Impacto na mortalidade do momento da linfadenectomia inguinal no tumor do pênis

Autores: Rodrigo Ramos¹, Marco Dorez², Jorge Rebola¹, Rui Carneiro¹, José Lencastre¹, Jorge da Silva¹, Eduardo Silva¹

Instituições: ¹Serviço de Urologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa; ²Serviço de Urologia, Hospital de Faro

Introdução:

Embora raro o tumor do pênis tem um tratamento cirúrgico desafiante dada a agressividade da doença e o frequente atraso na procura de assistência médica pelo doente.

Objectivo:

Investigar o papel da linfadenectomia precoce na sobrevida do tumor do pênis.

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo com consulta de processo clínico (2006-13).

Resultados:

Série de 54 doentes com idade média de 68,1 anos (39-96). Foram referenciados por outras instituições 21 (38,9%) doentes. Destes, 15 (71,4%) por recidiva. O seguimento mediano foi de 31,5 meses. No tratamento inicial 6% foram penectomias totais, 84% penectomias parciais e 10% circuncisões. Em sete (14%) foram realizadas linfadenectomias inguinais concomitantes. O estadiamento N foi 11,1%, 33,3%, 55,6% e 0% para pN0, pN1, pN2 e pN3. A histologia revelou 90,2% carcinoma pavimento-celular e 92% de margens negativas (dimensão média de 13mm). A sobrevida livre de doença aos 2 e 5 anos foi 54,8% e 34,4%. A sobrevida global aos 2 e 5 anos foi 61,0% e 32,3%. Dos 54 doentes 21 (39,6%) recidivaram. Em 15 (71,4%) a recidiva foi inguinal (60% pN3). Estes doentes foram submetidos a linfadenectomia com mediana de 3,9 meses após cirurgia inicial. Morreram um (14,3%) e 14 (95,0%) dos doentes submetidos a linfadenectomia inicial e pós-recidiva, respetivamente. Na análise de mortalidade (Kaplan-Meier) apresentaram associação a maior mortalidade: estádio pT, angioinvasão e grau (Log-rank <0,001).

Conclusão:

A recidiva ganglionar de tumor do pênis determina muito mau prognóstico. Deverá ser protocolado e padronizado o estadiamento ganglionar e otimizado o seguimento no primeiro ano de doença.

Linfadenectomia inguinal no tratamento do carcinoma do pênis – Morbilidade intra e pós-operatória

Autores: David Castelo, Edgar Tavares, Vera Marques, Paulo Dinis, Arnaldo Figueiredo, Alfredo Mota

Instituição: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução:

O carcinoma espinhocelular do pênis (CEP) metastiza primariamente para os gânglios linfáticos inguinais, não estando descritas lesões à distância sem atingimento prévio destes gânglios. No entanto, ao contrário de outras neoplasias, como é o caso da próstata ou da bexiga, a linfadenectomia nos tumores do pênis não é rotineiramente utilizada com o intuito de estadiamento, devido à elevada morbilidade a ela associada.

Objectivos:

Análise retrospectiva da morbilidade das linfadenectomias inguinais realizadas numa instituição terciária portuguesa nos últimos anos.

Material e Métodos:

Revisão das complicações intra e pós-operatórias verificadas nas linfadenectomias inguinais realizadas em doentes com CEP na nossa instituição entre 2006 e Maio de 2013.

Resultados:

Dos 35 doentes com CEP analisados, 15 (43%) foram submetidos a linfadenectomia inguinal; superficial em 5 doentes (33%), superficial e profunda em 9 (60%) e excisão de gânglio sentinela num doente (7%). Não se verificaram complicações intra-operatórias *major*. Oito doentes (53%) apresentaram complicações pós-operatórias; não havendo diferenças estatisticamente significativas na incidência de complicações entre os doentes submetidos a linfadenectomia superficial e profunda (50% *versus* 60%; p=0.59). As complicações consistiram em linforragia prolongada em 2 doentes, resolvida com tratamento médico em ambos os casos e linfocelo com necessidade de drenagem percutânea em 1 doente. Três doentes apresentaram necrose cutânea inguinal, um tratado com pensos locais, um com desbridamento e encerramento primário e um terceiro doente com confecção de retalho miocutâneo. Dois doentes apresentaram infecção profunda da ferida operatória, com necessidade de desbridamento e confecção de retalho miocutâneo num doente, e amputação do coto peniano com orquidectomia bilateral noutro doente com abscesso perineal.

Discussão/Conclusão:

A incidência de complicações pós-operatórias na linfadenectomia inguinal é elevada e requer procedimentos cirúrgicos ou percutâneos adjuvantes na maioria dos casos. É por esse motivo impraticável em todos os doentes com CEP, estando reservada para os casos de risco elevado para doença regional.

Treino dos internos de urologia em laparoscopia – Comparação entre Portugal e o resto da Europa

Autores: Frederico Furriel, Gustavo Gomes, Paulo Dinis, Pedro Nunes, Arnaldo Figueiredo, Vítor Dias, Alfredo Mota

Instituição: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução:

A expansão da laparoscopia urológica implica aumento das necessidades de formação. Contudo, existem poucos dados sobre o estado dessa formação em Portugal, e na Europa em geral.

Objectivos:

Avaliar a exposição dos internos de Urologia portugueses à laparoscopia urológica e aos seus métodos de treino, em comparação com os restantes países europeus.

Material e Métodos:

Inquérito de 23 questões relativas ao treino em laparoscopia, publicado online e distribuído no 27º Congresso da European Association of Urology, 2012. Análise estatística descritiva, e com teste χ^2 .

Resultados:

Obtivemos 219 respostas, dos quais 53 (24,2%) de internos portugueses. Os resultados para os internos “portugueses” vs. “europeus não-portugueses” foi o seguinte: laparoscopia convencional disponível para 78,8% vs. 72,1% ($p=ns$); laparoscopia de porta única 22,6% vs. 8,4% ($p<0,05$), e laparoscopia robótica 1,9% vs. 22% ($p<0,001$). Realizavam laparoscopia convencional como primeiro cirurgião 32,7% vs 24,8% ($p=ns$). Consideravam a sua experiência laparoscópica “Satisfatória” ou superior 18,2% vs. 24,4% ($p=ns$). Nunca realizaram curso ou estágio em laparoscopia 35,7% vs. 41,7% ($p=ns$). O “endotrainer” é o método de treino em laboratório mais frequente (30,2% vs. 33,3%) ($p=ns$), mas 41,9 vs 42,4% ($p=ns$) não têm acesso a qualquer dispositivo de treino. A maioria (84,1% vs. 74,4%) ($p=ns$) têm motivação “Elevada” ou “Muito Elevada” para realizar laparoscopia no futuro.

Discussão/Conclusão:

Os internos portugueses de urologia têm níveis de acesso à laparoscopia convencional e a ferramentas de treino laparoscópico sobreponíveis às dos seus colegas europeus. À semelhança destes, verifica-se reduzida experiência auto-avaliada em laparoscópica e baixa frequência de cursos/estágios em laparoscopia.

Laparoscopia 3D versus 2D: estudo comparativo usando um programa validado de treino para laparoscopia urológica

Autores: Emanuel Carvalho-Dias, Paulo Mota, Antonio Cicione, Pedro Pinho, Cristina Nogueira-Silva, Francisco Botelho, Carlos Oliveira, Agostinho Cordeiro, Riccardo Autorino, Jorge Correia-Pinto e Estêvão Lima

Instituições: Serviço de Urologia, Hospital de Braga; Domínio das Ciências Cirúrgicas, Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde, Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho

Introdução:

Sistemas de imagem com três dimensões (3D) foram introduzidas na cirurgia laparoscópica e nomeadamente na Urologia com o intuito de otimizar a performance cirúrgica. A maior parte dos estudos comparativos de laparoscopia 2D vs 3D são estudos de pequenas dimensões, não-randomizados, que incidem sobretudo no campo da cirurgia geral e que têm como principal crítica o facto de não usarem na sua execução exercícios laparoscópicos validados.

Objectivo:

Comparar a última geração de tecnologia laparoscópica 3D vs 2D standard usando 5 tarefas validadas para treino em laparoscopia urológica do *European Training in Basic Laparoscopic Urological Skills (E-BLUS)*.

Materiais e Métodos:

Este estudo prospectivo observacional decorreu durante o 4º edição do curso de Cirurgia Urológica Minimamente Invasiva e durante a 4ª edição do curso de Laparoscopia Básica para Internos que decorreu em Abril de 2013 na Universidade do Minho. Os participantes (*náve*-laparoscopia) e a *faculty* (*expert*-laparoscopia) do curso executaram 5 tarefas validadas para treino em laparoscopia urológica do *E-BLUS*. Ambos os grupos (*náve* e *expert*) foram randomizados para iniciarem a execução com 3D ou 2D. O tempo para completar as 5 tarefas e o número de erros na sua execução foi registado e analisado. No fim da execução dos exercícios aplicou-se um questionário a todos os participantes.

Resultados:

10 cirurgias *experts* em laparoscopia (grupo-*expert*) e 23 internos sem experiência laparoscópica (grupo-*náve*) foram incluídos neste estudo. De um modo global a execução das tarefas foi significativamente melhor com a tecnologia 3D, quer em termos de tempo de execução (1115 segundos vs 1229 segundos; $p = 0,027$) quer em número de erros (2 vs 3; $p = 0,001$). No entanto o grupo-*expert* foi apenas mais rápido usando sistema 3D na tarefa de transferência de objectos, enquanto o grupo-*náve* melhorou a sua execução em 3 de 5 tarefas. O benefício do sistema 3D percebido pelos participantes foi maior na tarefa de orientação da agulha.

Conclusões:

O sistema de imagem 3D parece facilitar a execução cirúrgica de cirurgias urológicas sem experiência laparoscópica em ambiente laboratorial. A vantagem do sistema 3D para cirurgias laparoscópicas experientes continua por ser demonstrada. Serão necessários estudos posteriores para determinar a actual vantagem do sistema 3D em ambiente clínico.

Contemporary urologic mini-laparoscopy: indications, techniques and surgical outcomes in a multi-institutional European cohort

Autores: A. Cicione, R. Autorino, F. Porpiglia, V. Pagliarulo, A. Volpe, M. Falsaperla, A. Celia, A. Breda, F. Greco, M. De Sio, A. Saita, M. Zacchero, R. Bertolo, C. Fiori, C. Terrone, A. Gozen, E. Lima, J. Rassweiler

Introduction and Purpose:

Mini-laparoscopy has been re-discovered over the last 3 years in urologic surgery, based on the rationale of a scarless surgery and thanks to the recent availability of a more reliable instrumentation. Aim of this study is to report the first large series of contemporary mini-laparoscopy in urology

Methods:

Cases of urologic mini-laparoscopy performed between 2009 and 2013 at 9 European institutions were retrospectively gathered. Each group performed a variety of procedures according to its own protocols, entry criteria, and techniques. Main demographic data, and surgical outcomes were analyzed. Postoperative complications were recorded using a standardized reporting system.

Results:

Overall, 190 patients (mean age 44.5; mean BMI 24.8; mean ASA 1.8; history of previous abdominal surgery: 16%) were included in the analysis. The most common procedure was pyeloplasty (54%), but a variety of other extirpative procedures were performed, including radical prostatectomies, nephrectomies, adrenalectomies. The most common approach was transperitoneal (68%). A 10 mm scope was most commonly used, placed at level of the umbilicus. Most of the ports were 3 mm (67% of total). No intraoperative complications were recorded, and no conversions to open surgery. Overall, mean OR time was 132 min and mean EBL was 60 ml. In about 5 % of cases an additional port was added. Overall, operative time was 136 min and estimated blood loss was 90 ml. Postoperative complications were recorded in 30% of cases, but only 1.5% being major (grade 3) ones.

Discussion:

This study provides a view of the recent evolution of urologic mini-laparoscopy in multiple European centers. A broad range of procedures can be safely and effectively performed with this newly re-discovered technique, given the current availability of purpose-built instrumentation.

Retroperitoneoscopia: Experiência de 5 anos do serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Autores: Pedro Valente, Hélder Castro, Fernando Vila, Joaquim Lindoro

Instituição: Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução:

O advento da cirurgia minimamente invasiva levou a que desde a década de 90, diversos centros internacionais de cirurgia urológica desenvolvessem a retroperitoneoscopia como via de acesso para o tratamento cirúrgico de múltiplas patologias urológicas.

Objectivos:

O objectivo deste trabalho é descrever a casuística do serviço relativa à retroperitoneoscopia.

Material e Métodos:

Análise retrospectiva, com base nos registos clínicos, das intervenções cirúrgicas realizadas por retroperitoneoscopia no período compreendido entre Janeiro de 2008 e Julho de 2013.

Resultados:

No intervalo de tempo estudado (67 meses) foram intervencionados 99 doentes por retroperitoneoscopia, 50 homens e 49 mulheres, com idade média de 52 anos (18-84 anos).

Foram efectuadas as seguintes intervenções: descorticação de quisto renal (21), nefrectomia simples (36), nefrectomia radical (4), nefroureterectomia (2), pielloplastia desmembrada (14), ureterolitotomia (1) e nefrectomia parcial (21). Utilizando a classificação de complexidade cirúrgica descrita por Rassweiler em 2006, foram realizados 21 procedimentos simples, 57 procedimentos difíceis e 21 procedimentos muito difíceis.

Em 3 intervenções houve necessidade de conversão para cirurgia via aberta, devido a dificuldade técnicas.

Em 12 doentes foram reportadas complicações pós-operatórias: Grau I da Classificação de Clavien (C.C.) em 4 doentes, Grau II C.C. em 6 casos e Grau IIIb C.C. em 2 casos.

Discussão/Conclusão:

A retroperitoneoscopia é uma via de abordagem cirúrgica versátil e segura, permitindo o tratamento de diversas patologias urológicas, e assim, torna possível o uso da via de acesso urológica por excelência – a via retroperitoneal – de um modo minimamente invasivo.

O diâmetro real das fibras laser

Autores: Peter Kronenberg*, Olivier Traxer**

Instituições: *Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal; **Hôpital Tenon, Paris, França

Introdução e Objectivos:

Avaliar o verdadeiro diâmetro de fibras laser.

Materiais e Métodos:

Avaliaram-se 14 fibras laser de seis dos principais fabricantes (com diâmetros publicitados de 200, 270, 272, 273, 365 e 400 μm , incluindo fibras reutilizáveis e de utilização única) através de microscopia óptica. Fizeram-se múltiplas medições do diâmetro total (incluindo o revestimento) e do diâmetro do núcleo, e compararam-se com o diâmetro publicitado. Além disso, questionaram-se os representantes especializados das fibras testadas nos dois principais congressos mundiais de urologia quanto ao diâmetro publicitado, se este se refere ao diâmetro total ou apenas ao núcleo.

Resultados:

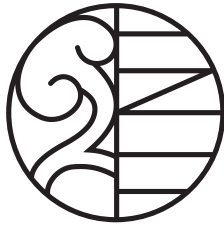
Os diâmetros medidos totais e dos núcleos são ambos significativamente diferentes dos diâmetros publicitados para todas as fibras ($p < 0,00001$). Apenas uma fibra respeita uma margem de tolerância inferior a 10% no que respeita ao diâmetro do núcleo, assistindo-se a um aumento mediano de 30,9% (16,7-80,1%) e um aumento mediano do diâmetro total de 85,3% (intervalo 50,7-116,7%). Constatam-se divergências superiores a 100 μm em diâmetros do núcleo entre fibras de fabricantes diferentes com diâmetros publicitados idênticos.

Somente 4 dos 12 representantes questionados afirmaram que o diâmetro publicitado era o diâmetro do núcleo, reconhecendo que o diâmetro total era maior que o publicitado. Destes, apenas um admitiu que o núcleo era de facto mais espesso que o propagandeado. A maioria dos representantes promove o diâmetro publicitado como diâmetro total.

Discussão/Conclusões:

A maioria da informação transmitida aos urologistas sobre o diâmetro de fibras laser é incorrecta e pode ter repercussões cirúrgicas.





APU2013

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA DE UROLOGIA

10 a 13 • Out • 2013

Centro de Congressos do Algarve
Vilamoura – Tivoli Marina Hotel



ORGANIZAÇÃO



SERVIÇO DE UROLOGIA

Posters

Técnica de penso amarrado na aplicação de enxerto livre cutâneo na formação de neo-glande por carcinoma do pénis

Autores: Artur Palmas, Nuno Pires

Introdução:

A cirurgia poupadora de pénis, com reconstrução da glândula através de enxerto livre cutâneo é actualmente considerada a técnica gold-standad no tratamento de tumores distais do pénis.

No entanto a aplicação do enxerto livre de pele ao nível do topo dos corpos cavernosos, apresenta algumas dificuldades técnicas. Qualquer deslocamento, formação de hematoma ou seroma, irá separar o enxerto do seu suporte vascular, levando a uma eventual perda do enxerto.

O método mais utilizado para a fixação do enxerto ao leito dos corpos cavernosos, consiste na sutura através de pontos de ancoragem. Os centros que utilizam esta técnica recomendam 3 a 5 dias de repouso no leito.

Objectivos:

Este Cartaz tem por objectivo apresentar um novo método de fixação de enxerto livre cutâneo, na formação de neo-glande após penectomia distal por carcinoma do pénis. Ao contrário da utilização de pontos de ancoragem, a técnica de penso amarrado, permite uma fixação adequada do enxerto, permitindo uma mobilização precoce do doente, sem compromisso da viabilidade do enxerto.

Esta técnica diminui assim o risco de complicações tromboembólicas e dos encargos financeiros associados ao internamento do doente.

Material e Métodos:

Apresentamos o caso clínico de um doente, 73 anos, com lesão envolvendo a glândula e sulco balano-prepucial. Realizou biópsia da lesão, que revelou Carcinoma de Células Escamosas T1G1. Foi submetido a Glandulectomia, com preservação dos corpos cavernosos. Feita colheita de enxerto de pele total ao nível da coxa esquerda. O enxerto foi trabalhado e aplicado sobre os corpos cavernosos, com fixação ao nível do meato uretral previamente fixado aos corpos cavernosos, e ao nível do corpo do pénis. Este pontos ficam com pontas com cerca de 3cm, sendo posteriormente utilizados para fixar a gaze embebida em Iodopovidona. Estas gazes vão assim constituir um penso compressivo, que permite fixar o enxerto livre cutâneo. Este penso amarrado vai permanecer por 10 dias.

Resultados:

O pós-operatório decorreu sem intercorrências. Ocorreu uma boa fixação do enxerto ao nível dos corpos cavernosos. Por se tratar de um enxerto de pele total, necessário para criar uma neo-glande mais realista, com maior volume, houve necessidade de realizar desbridamento superficial para remoção de fibrina.

Conclusão:

A técnica de penso amarrado é há muito utilizada pela Cirurgia Plástica, em diferentes técnicas cirúrgicas. Esta técnica que descrevemos consiste na sua aplicação na formação de neoglande. Este penso constituído por gazes embebida em Iodopovidona, é fácil de aplicar e de remover. Permitindo uma mobilização imediata do doente, reduzindo assim o período de internamento e com bons resultados do ponto de vista estético.

Carcinoma de células renais com trombo na veia cava: abordagem multidisciplinar em dois casos

Autores: Catarina Gameiro, Sofia Pinheiro Lopes, Júlio Fonseca, Luís Monteiro, Rui Formoso, Rui Sousa

Instituição: Hospital Beatriz Ângelo

Introdução:

O carcinoma de células renais com trombo da veia cava inferior é relativamente incomum, sendo os tumores renais diagnosticados num estadio mais precoce na maioria dos casos. Quarenta a 50% dos doentes referem sintomatologia local ou por disseminação à distância. O tratamento implica nefrectomia radical e excisão completa do trombo, com o objectivo de obter controlo da doença oncológica e minimizar os riscos de morbilidade associada. Até há poucos anos, a localização mais cranial do trombo implicava em muitos casos incisões extensas e circulação extra-corporal, mas hoje procura-se utilizar técnicas menos agressivas e com menos morbilidade peri-operatória.

Objectivos:

Apresentar e discutir dois casos desta patologia tratados na nossa instituição.

Material e Métodos:

Descrevem-se dois casos de carcinoma de células renais com trombo da veia cava (grau III), sintomáticos, um dos quais com metástases pulmonares e ganglionares, que foram tratados com cirurgia radical e trombectomia da veia cava inferior (e terapêutica adjuvante num caso).

Resultados:

O tratamento destes dois casos teve complicações minor e um resultado oncológico satisfatório, com sobrevida superior a um ano em ambos casos.

Discussão/Conclusão:

A abordagem cirúrgica do carcinoma de células renais com trombo da VCI depende da extensão do trombo, estadio clínico e experiência do cirurgião. O recurso a circulação extra-corporal pode ser evitado, como sucedeu com os dois doentes cujos casos foram descritos. O benefício dos inibidores da angiogénese como terapêutica neoadjuvante não é adequadamente conhecido, embora a sua utilização como terapêutica adjuvante na doença disseminada ofereça um aumento significativo da sobrevida, motivo pelo qual foi utilizado num dos casos tratados.

P 03

Criocirurgia prostática – revisão dos primeiros 6 casos

Autor: António Guilherme de Oliveira

Instituição: ULS da Guarda

A criocirurgia é hoje utilizada com alternativa terapêutica curativa nos carcinomas da próstata localizados e em recidivas pós-radioterapia. Os tratamentos de criocirurgia sujeitam os tecidos a temperaturas de congelação ($\ll 40^{\circ}\text{C}$). As lesões celulares e tecidulares são produzidas por uma sequência de efeitos destrutivos, que começam com o arrefecimento dos tecidos, destruição das células e formação de cristais de gelo. Após o aquecimento dos tecidos, a isquemia associada à falência da microcirculação aumenta ainda mais a morte celular, que resulta em necrose.

Revimos os resultados dos primeiros 6 doentes submetidos a criocirurgia na nossa instituição:

A idade média dos doentes é de 73 anos (65-76);

O follow-up médio é de 12.7 meses (7-37);

Não houve complicações cirúrgicas;

A taxa de disfunção erétil aos 6 meses é de 100%;

A taxa de continência aos 6 meses é de 100%.

P 04

Braquiterapia prostática – a experiência da ULS da Guarda

Autores: António Guilherme de Oliveira; Joan Cortina; Alexandre Pereira

Instituição: ULS da Guarda

A braquiterapia prostática tem-se afirmado como uma terapêutica minimamente invasiva para o carcinoma da próstata. Permite uma rápida recuperação ao doente, bem como uma baixa taxa de complicações.

Iniciado em 2010, o programa de braquiterapia prostática da ULS da Guarda já realizou cerca de 80 procedimentos.

Os implantes são realizados com I125.

Apresentamos os resultados dos primeiros 50 casos.

A idade média dos doentes é de 69,23 anos (56-79);

O follow-up médio é de 15.4 meses (6-36m);

Dois doentes entraram em retenção urinária após o procedimento;

A taxa de disfunção erétil aos 6 meses é de 6%;

A taxa de continência aos 6 meses é de 100%;

5 doentes referiram agravamento de LUTS após o procedimento;

Em todos os doentes verificou-se uma descida de PsaT média de pelo menos 71%.

Just-swing – Os primeiros 100 casos

Autores: António Guilherme de Oliveira; Branco da Rocha

Instituições: ULS da Guarda; Hospital Distrital da Figueira da Foz

A correcção da incontinência urinária de esforço (IUE) foi revolucionada no final do século passado com o aparecimento dos TVT e já no início deste século com o aparecimento dos TOT.

Desde há 6 anos que se iniciou a utilização dos mini-sling, que têm como principal vantagem uma menor dor no pós-operatório, devido a serem menos invasivos e necessitarem de apenas uma incisão.

O Just-Swing apresenta como particularidade o facto de ser ajustável.

A idade média das doentes é de 62,72 anos (36-83);

O follow-up médio é de 22.7 meses (12-42);

Das 4 doentes que mantinham IUE aos 6 meses, 3 tinham feito esforços durante o mês seguinte à cirurgia;

A taxa de continência aos 36 meses é de 93%;

17 doentes realizaram o procedimento com anestesia local;

Não houve complicações relevantes durante a cirurgia nem foi relatada nenhuma extrusão de fita.

Estudo epidemiológico para a caracterização do carcinoma de células renais em Portugal

Autores: Arnaldo Figueiredo; Vera Vicente; Pedro Aguiar; Paulo Temido; Renato Lains Mota; Jorge Oliveira; Campos Pinheiro; Eduardo Silva; André Silva; Martinho do Rosário; Tomé Lopes; Pedro Nunes

Instituições: CHUC, CHLO, IPO Porto, IPO Lisboa, CHLC, HSJ, HD Santarém, CHLN

Introdução:

O carcinoma das células renais (CCR) é a terceira causa mais comum de malignidade urológica. Para Portugal não existem muitos dados sobre a prevalência, incidência e caracterização desta patologia. Os dados disponíveis no Registo Oncológico do Sul (ROR Sul) não são consistentes com os dados publicados para a Europa.

Objectivo: Caracterização demográfica e clínica (diagnóstico e tratamento) de doentes com carcinoma das células

Material e Métodos:

Estudo multicêntrico, observacional, transversal para caracterização demográfica e clínica (diagnóstico e tratamento) de doentes com carcinoma de células renais. Os critérios de inclusão foram doentes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos e diagnóstico de carcinoma de células renais, estabelecido há pelo menos 1 mês, independentemente do estadio, e que sejam atualmente seguidos no centro de investigação.

Resultados:

Este estudo incluiu 231 doentes com diagnóstico de CCR recrutados entre 26 de Agosto de 2011 e 30 de Novembro 2012 em 8 hospitais do SNS. Os doentes incluídos no estudo apresentaram uma idade média à data de diagnóstico de 61 anos, sendo na sua maioria do sexo masculino (64%). A duração da doença apresentou uma média de 2 anos. 69,3% dos doentes encontrava-se no estadio I da doença, 10,8% no estadio II, 17,3% no estadio III e os restantes 2,6% no estadio IV. O tipo histológico mais comum foi o carcinoma das células claras (80,9%). Apenas 8 doentes (3,4%) apresentaram metástases, sendo o pulmão o local mais frequente. A maioria dos doentes (92,6%) realizou apenas uma terapêutica – nefrectomia foi a mais frequente (98,7%). A terapêutica sistémica foi realizada essencialmente como 2ª terapêutica (52,6% dos casos). Os doentes apresentam um tempo até recidiva de aproximadamente 15 anos.

Discussão/Conclusão:

Em Portugal, o carcinoma das células renais é uma patologia maioritariamente do sexo masculino e que é diagnosticada em idade avançada. A maioria dos doentes encontra-se no estadio I e é do tipo histológico carcinoma das células claras. A nefrectomia foi a terapêutica mais utilizada sendo o tempo médio até recidiva de aproximadamente 15 anos.

Carcinoma de células renais com metastização bilateral e sincrona das glândulas supra-renais – apresentação de caso clínico e casuística do serviço

Autores: Pedro Miguel Baltazar; Pedro Melo Rocha; João Magalhães Pina; Ana Meirinha; Pedro Galego; José Paulo Patena Forte; Luís Campos Pinheiro

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital de São José

Introdução:

Ao momento da apresentação cerca de 25% dos doentes com carcinoma das células renais (CCR) têm lesões metastáticas contudo, a metastização adrenal bilateral e sincrona ocorre em menos de 0.5% dos casos e a sua presença é um desafio diagnóstico com opções terapêuticas controversas.

Objectivos:

1) Reportar um caso clínico raro de CCR com metastização adrenal bilateral e sincrona; 2) Realizar uma revisão bibliográfica dos aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos da metastização adrenal do CCR; 3) Reportar a casuística de CCRs com metastização adrenal dos últimos 8 anos do Serviço de Urologia do Hospital de São José.

Materiais e Métodos: 1) Doente a quem foi diagnosticado um CCR com metastização adrenal sincrona e bilateral; 2) Análise retrospectiva dos CCR diagnosticados nos últimos 8 anos neste serviço.

Resultados:

1) Imagiologicamente identificou-se uma massa volumosa a nível do rim direito e lesões a nível de ambas as supra-renais; O estudo histopatológico confirmou tratar-se de um carcinoma de células claras; O doente encontra-se sob terapêutica médica com sunitinib, com tolerância. 2) Dos 260 CCR diagnosticados, apenas 5 apresentaram metastização adrenal; O sincronismo, lateralidade e clínica de apresentação foram distintos de caso a caso; As opções terapêuticas instituídas dependeram do estadiamento tumoral e do estado geral dos doentes; Verificou-se uma elevada taxa de mortalidade.

Conclusão:

A metastização adrenal bilateral e sincrona é uma apresentação excepcional do CCR, traduz mau prognóstico e coloca desafios diagnósticos. As abordagens terapêuticas são controversas e devem ser adaptadas ao estadiamento tumoral e ao estado geral do doente.

Caso clínico raro de adenocarcinoma da próstata com apresentação atípica e posterior metastização adrenal isolada

Autores: Pedro Miguel Baltazar; Pedro Melo Rocha; João Magalhães Pina; Ana Meirinha; Pedro Galego; José Paulo Patena Forte; Luís Campos Pinheiro

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital de São José

Introdução:

O cancro da próstata (CaP) é a segunda causa de morte por cancro no homem; A sua apresentação inicial é variável; O envolvimento retroperitoneal na ausência de metastização ganglionar pélvica é excepcional sendo ainda mais raro quando se trata da sua manifestação inicial. Apesar da metastização adrenal ocorrer frequentemente em doentes com CaP, a ocorrência de metástases adrenais isoladas é extremamente rara. Devido à raridade de casos como o descrito, não existem estudos randomizados que comparem diferentes abordagens terapêuticas.

Objectivos:

1) Reportar um caso clínico de CaP diagnosticado após biópsia de uma massa retroperitoneal e com metastização adrenal isolada após 2,5 anos de terapêutica de supressão hormonal; 2) Realizar uma breve revisão bibliográfica do diagnóstico diferencial de massas retroperitoneais, das formas de apresentação atípicas do CaP e dos seus padrões de metastização.

Material e Métodos:

Doente do sexo masculino de 61 anos de idade, com antecedentes de CaP e metastização adrenal isolada; A revisão crítica do trabalho tem como base a bibliografia publicada em revistas indexadas na NCBI.

Resultados:

O estudo imagiológico identificou uma lesão metastática isolada a nível da supra-renal esquerda. O doente iniciou terapêutica médica com docetaxel e prednisolona com boa resposta clínica.

Discussão/Conclusão:

O CaP pode apresentar uma clínica atípica na sua forma de apresentação e padrão de metastização; A sua manifestação como massa retroperitoneal é um desafio diagnóstico; A metastização adrenal isolada é uma entidade raramente descrita; O conhecimento destes factos pode contribuir para um diagnóstico célere e para o estabelecimento de medidas terapêuticas assertivas.

Orquite isquémica unilateral após hernioplastia inguinal bilateral em doente com comorbilidades

Autores: Nuno Azevedo^(1,3), Fábio Escórcio⁽²⁾, Luís Osório⁽²⁾, Avelino Fraça⁽²⁾, Severino Ribeiro⁽²⁾

Instituições: ¹Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior; ²Serviço de Urologia – Centro Hospitalar do Porto

Introdução:

A hernioplastia inguinal é uma das cirurgias mais frequentes em Portugal. A orquite isquémica após hernioplastia inguinal, por via aberta ou laparoscópica, é uma complicação rara, que ocorre em menos de 0,5% dos doentes submetidos a correção primária. Vários estudos mostram que a hernioplastia inguinal *per se* não afecta clinicamente o fluxo sanguíneo testicular nem a fertilidade. Apresentamos um caso de orquite isquémica após hernioplastia inguinal bilateral, por via aberta, num doente com múltiplas comorbilidades.

Caso Clínico:

Homem de 62 anos, transplantado hepático, obeso, diabético, submetido a hernioplastia inguinal aberta bilateral electiva, por via aberta, que decorreu sem intercorrências intra-operatórias. Desenvolveu dor escrotal intensa à esquerda às 24h, sem resposta mantida à analgesia instituída. Ao exame objectivo, apresentava, à esquerda, edema escrotal exuberante e dor à palpação. A avaliação ecográfica mostrou um hidrocele septado à esquerda, bem como um testículo de dimensão normal, mas hipoeogénico e sem vascularização no estudo Doppler. Não apresentava alterações ecográficas no testículo direito.

Foi submetido orquidectomia, por via escrotal, tendo-se identificado um testículo esquerdo necrótico. Isolou-se o cordão espermático até ao anel inguinal. Devido às alterações inflamatórias exuberantes, fez-se laqueação segmentar do cordão.

A avaliação anatómopatológica da peça operatória mostrou necrose testicular, sem outras alterações.

O restante internamento decorreu sem intercorrências.

Discussão:

Apesar de ser um evento raro, a orquite isquémica após hernioplastia inguinal deve ser considerada no diagnóstico diferencial da dor escrotal. Uma maior suspeita clínica poderá permitir um diagnóstico precoce, com eventual regularização do fluxo e subsequente preservação da função. Na ausência de viabilidade testicular está indicada a orquidectomia atempada.

Peritonite pós mitomicina intravesical em doente com perfuração bexiga

Autores: Nuno Azevedo^(1,3), Nuno Barbosa⁽²⁾, Avelino Fraça⁽²⁾, Luís Osório⁽²⁾

Instituições: ¹Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior; ²Serviço de Urologia – Centro Hospitalar do Porto

Introdução:

A instilação intravesical de mitomicina após RTU-V é globalmente aceite com o objectivo de reduzir a recorrência de tumor vesical. A taxa de complicações associadas é reduzida. Apresentamos um caso de peritonite secundária a perfuração vesical após instilação de mitomicina C, pós-RTU-V com necrose da bexiga.

Caso Clínico:

Doente do sexo masculino, 75 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, com neoplasia vesical diagnosticada na sequência de estudo de episódio de hematuria macroscópica.

A ecografia revelou múltiplas neoformações (a maior aproximadamente com 2cm), sem evidência de repercussão no aparelho excretor. Após RTU-V, aparentemente sem intercorrências dignas de registo, foi feita instilação de Mitomicina C 40mg no pós-operatório imediato.

Iniciou quadro de febre e dor abdominal generalizada às 24h de pós-operatório, apresentando SIRS com descompensação multiorgânica. A cistografia por TAC demonstrou extravasamento intraperitoneal de contraste.

Foi submetido a laparotomia exploradora, tendo-se identificado perfuração da cúpula vesical, associada a infiltração retroperitoneal e inflamação intestinal. Realizada cistografia em dois planos após exérese das áreas de parede vesical necrosada.

O restante pós-operatório decorreu sem intercorrências. Teve alta ao sexto dia de pós-operatório.

Discussão:

A instilação intravesical de mitomicina C pode diminuir a taxa de recorrências de neoplasia vesical, principalmente se administrada nas primeiras 24h. Apesar das complicações serem raras, em casos seleccionados, pelo maior risco associado, nomeadamente quando há hematuria ou suspeita de perfuração vesical, essa instilação não deverá ser realizada.

A hematúria como manifestação isolada de ruptura intraperitoneal da bexiga após acidente de viação

Autores: Nuno Azevedo^(1,3), Susana Ribeiro⁽²⁾, Eduardo Carrasquinho⁽²⁾, Margarida Casola⁽²⁾, Cardoso De Oliveira⁽²⁾

Instituições: ¹Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior; ²Serviço de Urologia – Hospital do Espírito Santo, Évora

Introdução:

A maioria das lesões da bexiga ocorre por desaceleração súbita após acidente de viação. A ruptura da bexiga é a lesão mais frequentemente associada à fractura da bacia. Raramente é uma manifestação isolada. A hematúria levanta a suspeita clínica. O diagnóstico é confirmado por cistografia (Rx simples ou TAC). A exploração cirúrgica imediata está recomendada na ruptura intraperitoneal.

Caso Clínico:

Homem de 33 anos, sem antecedentes patológicos, que após despiste de mota, deu entrada no SU alcoolizado e agitado, mas hemodinamicamente estável, com tórax e abdómen sem alterações e sem queixas à palpação. Não eram evidentes fracturas no Rx da bacia. Por apresentar hematúria macroscópica, foi algaliado e foi feita cistografia retrógrada por TC, que evidenciou extravasamento de contraste intraperitoneal. Foi submetido a cistografia em dois planos por via aberta, sem intercorrências. Teve alta ao 6º dia pós-op. Mantém-se assintomático. A cistografia de controlo confirmou a integridade da bexiga.

Conclusões:

A ruptura intraperitoneal da bexiga é mais frequentemente provocada por trauma penetrante, apesar de também poder ser provocada por fractura da bacia. A ruptura isolada, sem outro traumatismo concomitante, é rara em indivíduos saudáveis. Quando ocorre é por aumento súbito da pressão numa bexiga já em repleção. O sinal mais específico é a hematúria macroscópica. O diagnóstico é confirmado por cistografia. Quando há ruptura intraperitoneal, lesão penetrante ou lesão do colo vesical, a reparação cirúrgica deve ser imediata. A morbidade é baixa – quando ocorre é por atraso no diagnóstico ou no tratamento.

Impacto da experiência do operador nos resultados da litotricia extracorpórea por ondas de choque

Autores: Daniel Oliveira Reis; Fábio Almeida; Diogo Gil Sousa; Frederico Branco; Avelino Fraga; Severino Ribeiro; Vítor Cavadas

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital de Santo António - Centro Hospitalar do Porto

Introdução e Objectivos:

O sucesso da Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque (LEOC) no tratamento de cálculos do aparelho urinário alto (AUA) depende de múltiplos factores. O objectivo é analisar o impacto da experiência do operador (técnico de radiologia) na taxa de stone-free após uma única sessão de LEOC.

Materiais e Métodos:

Foram revistos retrospectivamente processos de doentes submetidos a LEOC do AUA para cálculos radiopacos entre abril de 2012 e abril de 2013. Foram incluídos os doentes com todos os dados disponíveis. A sessão de LEOC foi realizada por técnicos de radiologia sob analgesia oral, com um litotriptor Sonolith Vision®. O status stone-free foi definido como ausência de litíase visível na radiografia reno-vesical realizada 1 mês após uma sessão de LEOC. Formaram-se 2 grupos de acordo com a experiência do técnico de radiologia em LEOC: 200 a 250 sessões (Grupo 1, com 4 técnicos) e 1000 a 1500 sessões (grupo 2, com 2 técnicos). As variáveis contínuas são apresentadas como mediana e intervalo interquartis. Os testes de Qui-quadrado e Mann-Whitney foram usados para comparar variáveis categóricas e contínuas, respectivamente. A significância estatística foi definida para $p < 0.05$.

Resultados:

147 doentes foram incluídos neste estudo. Dados relevantes estão na tabela abaixo. A taxa total de stone-free foi de 39.5%. Os técnicos mais experientes tiveram uma maior taxa de stone-free (44.9% vs. 34.6%) apesar de não ser estatisticamente significativa.

	Grupo 1 (200-250 experiência) N = 78	Grupo 2 (1000-1500 experiência) N = 69	p value
Sexo (masc./fem.)	35/43	29/40	0.73
Idade, anos	49 (40.75-61)	50 (40.5-63.5)	0.43
IMC	27.43 (24.9-29.18)	26.73 (23.15-29.21)	0.43
Lado (esq./dir.)	44/34	43/26	0.47
Localização			0.71
Bacinete	28	22	
Cálice superior	3	3	
Cálice médio	10	9	
Cálice inferior	15	20	
Ureter superior	13	6	
Ureter médio	4	5	
Ureter inferior	5	4	
Área superfície cálculo, mm ²	50.27 (32.99-78.54)	56.55 (38.48-84.82)	0.42
Catéter (sim/não)	11/67	9/60	0.85
Nº de cheques	3126 (3000-3867)	3293 (3000-3995)	0.66
Energia, J	987 (767-1000)	953 (789-1000)	0.24
Duração da sessão, min	66 (59-77.25)	63 (56.5-72.5)	0.09
Tempo fluoroscopia, min	10 (7.75-12)	11 (8-13)	0.06

Conclusão:

A experiência do operador pode ter impacto no sucesso da LEOC. Mais estudos são necessários para determinar as curvas de aprendizagem dos técnicos de radiologia.

Caso Clínico: Quisto da vesícula seminal

Autores: Nuno Barbosa; Avelino Fraça; Paulo Príncipe; Manuel Oliveira; Frederico Teves; Diogo Gil Sousa

Instituição: Serviço de Urologia, Centro Hospitalar do Porto - Hospital Geral de Santo António, Porto

Introdução:

Os quistos da vesícula seminal, congénitos ou adquiridos e habitualmente assintomáticos, são relativamente frequentes. Podem complicar e tornarem-se sintomáticos. Frequentemente diagnosticados como achados imagiológicos.

Objectivos:

Apresentar/relatar o caso clínico de um doente de 46 anos com internamento recente no Serviço de Urologia do Hospital Geral de Santo António submetido a exérese de um volumoso quisto da vesícula seminal.

Material e Métodos:

Recolha de dados a partir do processo informatizado do doente, constantes no SAM; procedeu-se igualmente à recolha de alguns dados junto do doente.

Resultados:

O doente foi submetido, num primeiro tempo, a tentativa de drenagem transrectal do quisto da vesícula seminal esquerda (impossibilitada por presença de conteúdo gelatinoso espesso); Decidida então a laparotomia exploradora com exérese do quisto, cirurgia complicada de perfuração iatrogénica do recto, com pneumoperitoneu e necessidade de relaparotomia (com rãfia da laceração). O doente encontra-se, actualmente, clinicamente bem. A Anatomia Patológica revelou um cistadenoma mucinoso com 240g de peso.

Discussão/Conclusões:

Como anteriormente referido, a Anatomia Patológica revelou um cistadenoma mucinoso com 240g de peso. Trata-se pois de patologia relativamente frequente, com abordagem médico-cirúrgica com boas taxas de sucesso.

Schistosomiase vesical e tumor de pequenas células – Primeiro caso publicado

Autores: Miguel Almeida, Rui Lúcio, Jorge Fonseca, Jorge Rebola, José Garção Nunes

Instituições: Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Lisboa Central; Unidade de Próstata da Fundação Champalimaud, Lisboa

Introdução:

O tumor vesical é uma patologia morfológicamente heterogénea, envolvendo alguns subtipos histológicos muito raros e terapêuticamente desafiantes. O tumor vesical neuroendócrimo de pequenas células representa um número muito escasso de ocorrências e um desafio terapêutico acrescido dado o seu curso natural extraordinariamente agressivo.

Objectivos:

Apresentar o caso clínico de um doente com tumor vesical de pequenas células simultaneamente apresentando linhagem tumoral pavimento-celular, desde o diagnóstico até aos resultados pós-terapêuticos, assim como levantar o debate acerca de uma possível associação entre o factor carcinogénico “Schistosomiase vesical” e as linhagens tumorais presentes na peça.

Material e Métodos:

Caso clínico envolve um doente do sexo masculino, 62 anos, referenciado por hematúria macroscópica indolor; estabelecido diagnóstico de tumor vesical através de cistoscopia com biópsia revelando histologia compatível com carcinoma de pequenas células. Estadiamento imagiológico: T3-4N2Mx. Doente foi submetido a 3 ciclos de quimioterapia neoadjuvante (Gemcitabina e Carboplatina) e posteriormente a cistoprostatectomia radical com confecção de neobexiga e linfadenectomia pélvica.

Resultados:

A patologia da peça operatória confirmou a existência de tumor de pequenas células com infiltração até à camada adiposa vesical e vesícula seminal; identificada igualmente área focal de carcinoma pavimento-celular com atingimento da lâmina própria e diagnosticada Schistosomiase vesical; confirmada invasão ganglionar local. Metastização cerebral detectada ao oitavo mês de seguimento pós-operatório.

Conclusões:

Até à data, a literatura não apresenta dados sustentáveis que, face à presença de dois tipos histológicos, correlacionem directamente um determinado pró-carcinogénico com uma linhagem tumoral particular; por conseguinte, não é possível estabelecer definitivamente uma relação causal directa entre a Schistosomiase e a ocorrência de um tumor de pequenas células; contudo, considera-se importante reportar tal caso, pela sua unicidade e desafio que constitui.

Neoplasia rara da próstata em transplantado renal

Autores: Gustavo Gomes, Vera Marques, Frederico Furriel, Carlos Bastos, Alfredo Mota

Instituição: Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução:

As doenças neoplásicas são potencialmente mais frequentes em transplantados renais, pela imunossupressão à qual estão sujeitos. O carcinoma adenóide quístico é uma neoplasia rara, atinge geralmente as glândulas salivares. Tem um crescimento lento, embora altamente maligno, com elevadas taxas de recorrência local e à distância.

Objetivos:

Relato de um caso clínico de um doente transplantado renal com 48 anos, diagnosticado com carcinoma de células basais, com fenótipo adenóide quístico da próstata.

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo através do estudo do processo clínico.

Resultados:

Doente transplantado renal em 06/11/2009, medicado com ciclosporina, iniciou quadro de sintomas obstrutivos do trato urinário inferior e pielonefrites de repetição do enxerto renal. Apresentava PSA total: 0,7ng/ml e toque rectal com próstata com cerca de 35cc, globalmente endurecida e móvel. Foi submetido à RTU-Próstata (05.2013), cujo resultado anatomo-patológico revelou: carcinoma adenóide quístico em 75% do material biopsado. Foi mantida a imunossupressão, embora em menor dose.

Em TAC toraco-abdomino-pélvica e cintiograma ósseo, não foram evidenciadas lesões secundárias.

Realizou de seguida prostatectomia radical e linfadenectomia pélvica bilateral (07.2013), que confirma a referida neoplasia, apresentando cirúrgica focalmente positiva e ausência de neoplasia no conjunto de 13 gânglios pélvicos estudados; no mesmo tempo operatório foi realizada transplantectomia, que revelou disfunção crónica do enxerto renal e rejeição aguda, com pielonefrite crónica agudizada.

Período pós-operatório complicado por intercorrências infecciosas.

Catéter uretérico em transplante renal, utilizar ou não?

Autores: Gustavo Gomes, David Castelo, Edgar Tavares, Vera Marques, Carlos Bastos, Alfredo Mota

Instituições: Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução:

A Ureteroneocistoscopia em transplante renal pode ser realizada através de várias técnicas, envolvendo ou não a colocação de cateter uretérico (JJ). Apesar da sua utilização acarretar alguns riscos, o fundamento da utilização do mesmo é para reduzir complicações urológicas (CURO), nomeadamente estenoses e fistulas urinárias.

Objectivos:

Neste estudo comparamos a utilização ou não utilização de cateter (SC) e a presença de complicações urológicas. Esta decisão foi feita pelo urologista na altura do procedimento.

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo de 2009 pacientes com insuficiência renal terminal submetidos a transplante renal (74 dador vivo e 1935 cadáver) no período entre 14/07/1991 e 13/01/2012. Durante este período foi utilizado JJ em 1895 doentes.

Resultados:

Idade média do receptor foi de $44,7 \pm 13,7$ anos. As CURO ocorreram em 5,6%; 8,4% nos SC vs 5,4% com JJ ($p = 0,166$); mais frequentes com tempo cirúrgico $>3h$ (8,6% vs 5,0% ≤ 3h; $p=0,011$). Sem diferenças em relação à idade, sexo e peso do receptor ou dador, tempo em diálise, tempo de isquémia fria, tipo de dador (vivo ou cadáver) ou esquema de imunossupressão inicial (inibidor Mtor vs inibidor calcineurina). Em análise multivariada, a ocorrência de CURO, esteve associada ao peso do dador (OR: 1,026; $p=0,009$) e a duração de cirurgia ≤ 3h (OR: 0,324; $p=0,000$)

Conclusão:

Observamos um maior número de complicações urológicas nos SC, embora sem diferenças de valor estatístico entre as opções de cateterismo. As CURO estiveram associadas a um maior duração de cirurgia e a dadores mais idosos.

Ureterocelo ortotópico bilateral – A propósito de um caso

Autores: Nuno Fidalgo¹, Nuno Domingues², Mafalda Melo², António Romão², David Botelho², Carlos Santos², Macieira Pires³ e Mário Rodrigues⁴

Instituições: ¹Interno da Especialidade de Urologia do Hospital das Forças Armadas (HFAR); ²Assistente Hospitalar de Urologia do HFAR; ³Assistente Hospitalar Graduado de Urologia do HFAR; ⁴Director do Serviço de Urologia do HFAR

Introdução:

O ureterocelo é uma dilatação quística da extremidade distal do uréter. A prevalência da patologia ronda 1 em cada 4000 indivíduos, ocorre mais na raça branca; afecta o sexo feminino 4-7 vezes mais que o masculino; O ureterocelo ortotópico representa 17-35% dos casos e é frequentemente diagnosticado no adulto. Ureterocelo associados a sistema duplo ocorre em 0,02% dos casos; há predomínio do lado esquerdo e apenas 10% são bilaterais.

A estase urinária predispõe a infecções do trato urinário e litíase, sendo os sintomas de armazenamento os que se apresentam mais frequentemente.

Objectivos:

Os autores apresentam a abordagem de um caso clínico de ureterocelo bilateral no diagnóstico e na terapêutica.

Material e Método:

Mulher de 31 anos idade, antecedentes de histerectomia total há 10 anos, com quadro de infecções recorrentes do trato urinário. Os estudos de imagem em TC revelaram ureterocelo ortotópico em sistema duplo, bilateralmente. A doente foi submetida a incisão/ressecção endoscópica de ureterocelo bilateralmente, com ansa de Collins e ressector monopolar Karl-Storz.

Resultados:

À data da última consulta a doente apresentava-se assintomática e com urocultura de controlo negativa.

Conclusões:

A incisão endoscópica revela-se uma técnica fiável e minimamente invasiva no tratamento de ureterocelo em sistema duplo com polo superior funcionante, pois apresenta baixa incidência de refluxo vesico-ureteral de novo e menos taxas de re-intervenção.

Biópsia da próstata – resultados de um modelo de formação

Autores: Nuno Fidalgo¹, Nuno Domingues², Mafalda Melo², António Romão², David Botelho², Carlos Santos², Macieira Pires³ e Mário Rodrigues⁴

Instituições: ¹Interno da Especialidade de Urologia do Hospital das Forças Armadas (HFAR); ²Assistente Hospitalar de Urologia do HFAR; ³Assistente Hospitalar Graduado de Urologia do HFAR; ⁴Director do Serviço de Urologia do HFAR

Introdução:

A biópsia da próstata trans-rectal ecoguiada (BPTR) é o procedimento *gold standard* para o diagnóstico de cancro de próstata. A qualidade dos resultados da mesma é medida em função do comprimento médio dos fragmentos, e da quantidade de fragmentos que não contêm tecido prostático, segundo o *European Randomized Study on Prostate Cancer*. A literatura é escassa em estudos sobre a qualidade dos resultados vs experiência do executante. Os autores avaliam a eficácia de um modelo de formação aplicado.

Objectivos:

Avaliar a eficácia do modelo de formação do “14º curso prático de ecografia e biópsia de próstata do HFAR”.

Material e Método:

Nos dias 30 e 31 de Maio de 2013, 12 formandos realizaram 34 BPTR. Analizaram-se retrospectivamente a qualidade técnica (número de fragmentos sem tecido prostático e comprimento médio dos fragmentos) e a percentagem de detecção de Cancro de Próstata. Estabeleceu-se o *cutoff* mínimo de 10mm para tamanho de fragmento com qualidade.

Resultados:

Foram submetidos a BPTR 34 doentes, com protocolo de duplo sextante. De um total de 408 fragmentos, 120 tinham tamanho inferior a 10mm; em 6 fragmentos não foi encontrado tecido prostático. A percentagem de detecção de cancro de próstata foi 47,1%. Não se registaram complicações hemorrágicas ou infecciosas após o procedimento.

Conclusões:

A BPTR é o único método diagnóstico para cancro de próstata. A aprendizagem da técnica fica demonstrada pela qualidade dos resultados, apresentando a presente série uma percentagem de detecção de cancro de próstata superior a várias publicadas.

Nefroureterectomia e neoplasia maligna do urotélio alto

Autores: Gustavo Gomes, David Castelo, Edgar Tavares, Frederico Furriel, Carlos Bastos, Alfredo Mota

Instituição: Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução:

A neoplasia maligna do urotélio alto (UUTC) é uma doença rara, representando 5 -10% dos carcinomas uroteliais. O Tratamento gold standard é a nefroureterectomia total com cistectomia perimeática (NUT).

Objetivos:

Avaliamos os resultados de doentes com UUTC submetidos à NUT.

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo de 53 doentes, no período entre 22/02/2006 à 02/12/2012. O seguimento mínimo de 7 meses.

Resultados:

A maioria são doentes do sexo masculino (71,7%). A idade média de 73,6±10,2 anos. Em 38 doentes foi possível apurar a existência de hematuria macroscópica inicial, presente em 86,8%. A nefrectomia foi laparoscópica em 54,7% dos casos; a desinserção do ureter foi realizada na maioria por via endoscópica (43,4% vs 30,2% extravesical vs 26,4% não realizada). Maior proporção dos doentes teve UUTC: no bacinete/calices (71,7%); à esquerda (67,9%); pT≥3 (54,7%). No seguimento, 20 doentes tiveram metastização: 8 realizaram quimioterapia com GC; 12 faleceram (vs 4 sem metastização; p=0,034). Onze doentes (20,8%) tinham história neoplasia do urotélio vesical - 7 tiveram estadió pT<3 (p=0,001) na nefrectomia. Onze doentes (20,8%) tiveram recidiva de neoplasia maligna do urotélio na bexiga: 6 com desinserção do uréter via aberta extravesical (vs 4 endoscópica vs 1 não realizada); 6 (54,5%) tinham UUTC no ureter distal. A sobrevivência global foi de 36,5% aos 7 meses e 22,7% aos 12 meses.

Conclusões:

A UUTC surge em idades avançadas, na maioria com hematuria macroscópica inicial. Elevado número de doentes com neoplasia localmente avançada na altura do tratamento. Apesar da realização de tratamento radical, o prognóstico é sombrio.

Valor do PSA, idade, toque rectal e nódulos ecográficos no resultado histológico da Biópsia Prostática Transrectal Ecodirigida

Autores: Luis Sepúlveda, Tiago Gorgal, Pedro Sousa, Filipe Rodrigues

Instituição: Centro Hospitalar de Tras-os-Montes e Alto Douro

Introdução:

O carcinoma da próstata é a neoplasia sólida mais comum do sexo masculino, com uma incidência estimada de 214/1000 homens, sendo a 2ª principal causa de morte por cancro no sexo masculino. Na maioria dos casos o diagnóstico é efectuado por biópsia prostática na sequência de alterações do PSA, toque rectal ou estudo imagiológico suspeito. No entanto estes dados clínicos prévios podem indiciar com alguma probabilidade a informação histológica que se obterá com a Biópsia Prostática.

Objetivos:

Este estudo pretende avaliar o impacto de variáveis como toque rectal, idade, PSA e presença de nódulos ecográficos nos doentes submetidos a Biópsia Prostática Transrectal e respectivas relações com o resultado histológico.

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo com recurso a registos clínicos de 210 doentes, submetidos a biópsia prostática transrectal entre Janeiro de 2012 e Abril de 2013. Do estudo foram excluídos 9 casos por ausência de informações relevantes no processo clínico.

Resultados:

Das 201 biópsias prostáticas avaliadas, 117 (58,2%) revelaram adenocarcinoma acinar invasor da próstata, 56 (27,9%) foram negativas, 3 (1,5%) apresentaram ASAP e 25 (12,4%) revelaram a presença de prostatite crónica. A idade média dos doentes com carcinoma da próstata foi de 68,40 ± 8,519, superior aos doentes sem evidência histológica de adenocarcinoma (66,15 ± 6,896; p<0,05). O PSA variou na amostra global entre 0,4 e 541ng/ml, com PSA médio de 9,32 ± 5,19 para o sub-grupo de biópsia negativa (Negativa, ASAP ou Prostatite Crónica) e 39,44 ± 81,58 ng/ml nos doentes com diagnóstico histológico de Adenocarcinoma Prostático (p<0,001). O PSA apresentou ainda variação significativa com o Score Gleason: o valor médio do PSA em doentes com Gleason 6 e Gleason igual ou superior a 7 foi de 11,36 ± 6,73 ng/ml e 45,23 ± 88,51 ng/ml respectivamente (P<0,005), sendo que 60% (12/20) dos doentes com Gleason 6 apresentavam PSA inferior a 10ng/ml comparando com 60,8% (14/23) dos doentes com Gleason maior que 7 que revelaram valores de PSA superiores a 20ng/ml.

O toque rectal está descrito em 187 doentes, sendo suspeito em 91 (48,7%), com valor preditivo positivo e negativo de 83,5% e 64,6%, respectivamente. No que diz respeito ao grau de Gleason, o Toque rectal apresentou maior sensibilidade para tumores de alto grau (Gleason =7) em comparação com tumores diferenciados (Gleason 6), respectivamente 77,2% e 27,8%.

Discussão/Conclusão:

Pretende este estudo demonstrar a importância dos dados obtidos antes da biópsia prostática transrectal, como seja a idade, o PSA, toque rectal e presença de nódulos hipoecóicos na predição dos resultados fornecidos por esta, nomeadamente em relação ao resultado histológico, Grau de Gleason e percentagem de cores envolvidos.

Próteses Penianas – Avaliação dos últimos 12 anos

Autores: Galego, P.; Calais, F.; Barros, F.; Ferronha, F.; Pina, J.; Melo, P.; Meirinha, A.; Baltazar, P.; Pinheiro, L.C.

Instituição: Hospital de São José, CHLC

Introdução:

Na Disfunção Erétil as próteses penianas são uma das opções de tratamento com bom grau de aceitação e satisfação por parte dos doentes, quando todas as opções de tratamento conservador falharam. Analisamos a experiência do nosso serviço na colocação de próteses penianas semi-rígidas (Dura II®), maleáveis (Mentor Generis®) e insufláveis de 3 componentes (AMS 700 CX®, Titan Scrotal Bioflex®, AMS 700 Ultex Plus®) nos últimos 12 anos.

Objectivos:

Avaliação retrospectiva que descreve a experiência com 54 utentes submetidos a colocação de próteses penianas no Serviço de Urologia do Hospital de São José (antigo Hospital do Desterro), operados entre Janeiro de 2001 e Agosto de 2013. Foram avaliados os fatores de risco/co-morbilidades dos utentes, a etiologia da disfunção erétil, tratamentos prévios, exames complementares de diagnóstico e as complicações no intra e pós-operatório imediatas e tardias.

Materiais e Métodos:

Consulta dos processos clínicos dos utentes. Pesquisa na internet (Medline/Pubmed, Google). Pesquisa bibliográfica em livros da especialidade.

Resultados:

Um total de 54 homens com uma idade média de 61,2 anos (47-76 anos) à data do implante, foram submetidos a colocação de prótese peniana entre o período de Janeiro de 2001 e Agosto de 2013, com um follow-up médio de 64 meses (3-140 meses). Avaliando os fatores de risco e co-morbilidades identificamos HTA em 47%, Dislipidémias em 32%, Diabetes em 28%, Tabagismo em 30%, Cardiopatia isquémica em 15% e Alcoolismo em 5% dos utentes. As etiologias dividem-se por pós-Prostatectomia Radical em 46% dos casos (n=25), doença arterial em 41% (n=22), doença de Peyronie em 9% (n=5) e pós-priapismo em 4% (n=2). Todos os doentes foram submetidos a tratamento prévio com i-PDE5, cerca de 68.5% (n=37) foram submetidos a injeção intracavernosa de PGE1 e somente 4% (n=2) a dispositivo de vácuo. Cerca de 50% dos utentes foram submetidos a estudo hormonal prévio e 78% (n=42) à realização de estudo prévio com ecodoppler peniano. Todos os doentes foram submetidos a incisão única peno-escrotal, com tempo cirúrgico médio de 120 min (80-180min), internamento médio de 3 dias (2-7 dias) e 80% com anestesia loco-regional. As próteses insufláveis de 3 componentes ocupam 80% (n=43) dos casos, as maleáveis 15% (n=8) e as semi-rígidas 5% (n=3). 95% satisfação do doente avaliado pelo questionário EDITS (Erectile Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction). Como complicações encontramos Crossover em 7.4% (n=4), hematoma do escroto/perineal em 9% (n=5), hematoma do espaço de Retzius em 3.7% (n=2), dor à insuflação (transitória) em 13% (n=7), infeções em 15% (n=8) com necessidade de remoção da prótese em 9% (n=5), explantação de prótese de 3 componentes e colocação de semi-rígida por dificuldade da manipulação em 1.9% (n=1), alterações ejaculatórias em 7.4% (n=4), e migração intra-vesical do reservatório com necessidade de reposicionamento cirúrgico em 1.9% (n=1).

Conclusão:

A Disfunção Erétil pós-Prostatectomia Radical e de Etiologia Arterial foram as indicações mais frequentes para colocação de prótese peniana. As próteses penianas insufláveis de 3 componentes foram a opção mais frequente permitindo uma ereção que mais se assemelha à fisiológica, com bons resultados e um grau de satisfação bastante elevado. Por fim, as complicações imediatas e tardias foram poucas, realçando a infeção como principal complicação (cerca de 15%) e a mais assustadora para o Urologista, tendo levado esta à necessidade de remoção da prótese em cerca de 9% dos utentes.

Complicação rara após colocação de Prótese Peniana – Caso Clínico

Autores: Galego, P.; Calais, F.; Barros, F.; Ferronha, F.; Pina, J.; Melo, P.; Meirinha, A.; Baltazar, P.; Pinheiro, L.C.

Instituição: Hospital de São José, CHLC

Introdução:

No Serviço de Urologia do Hospital de São José, a Andrologia é uma das sub-especialidades de realce. As próteses penianas são uma das opções de tratamento com bom grau de aceitação e satisfação por parte dos doentes, quando todas as opções de tratamento conservador falharam. Infelizmente, estas não são inerentes a complicações pós-operatórias, nomeadamente as infeções como principal complicação. Este caso clínico retrata uma complicação rara, pós cirúrgica, da colocação de uma prótese peniana insuflável de 3 componentes.

Materiais e Métodos:

Consulta do processo clínico do utente. Pesquisa na internet (Medline/Pubmed, Google). Pesquisa bibliográfica em livros da especialidade.

Descrição do caso:

Sexo masculino, 57 anos, com uma vida sexual activa até Maio de 2009, data em que foi submetido a Prostatectomia Radical por Adenocarcinoma da Próstata, Gleason 6 (3+3), que decorreu sem intercorrências. Após a cirurgia, o doente recuperou a sua continência na totalidade mas manteve uma disfunção erétil irreversível à terapêutica conservadora, que o impossibilitava de manter a sua vida sexual activa. Visto isto, e após discussão com o doente, optou-se a colocação de uma Prótese Peniana Insuflável de 3 componentes, cirurgia esta realizada em Junho de 2011 que decorreu sem intercorrências. Doente esteve bem e sem queixas, com prótese sempre funcionante e com um bom grau de satisfação até Outubro de 2012, quando inicia queixas de disúria, polaquíúria e urgência miccional, sugestivas de ITU, tendo sido medicado com antibiótico e pedido urocultura, cujo resultado veio negativo. Doente manteve as mesmas queixas, com períodos de melhoria e agravamento. Em Fevereiro de 2013 realizou-se uma uretrocistoscopia onde se observou a presença de um corpo estranho intra-vesical, constatando tratar-se do reservatório da prótese peniana. Em Março de 2013, o doente foi submetido a exploração cirúrgica, tendo-se constatado uma migração intra-vesical de todo o reservatório, mantendo-se este íntegro e com prótese peniana perfeitamente funcionante. Consegiu-se preservar o reservatório e reposicionou-se o mesmo, no lado contra-lateral da migração, dentro do espaço retropúbico, com encerramento primário da bexiga e derivação urinária com algaliação durante 2 semanas acompanhado de antibioterapia endovenosa durante o mesmo período de tempo. Na última consulta, Julho 2013, o doente estava bem e sem queixas, com uretrocistoscopia de controlo sem alterações, com prótese peniana funcionante e novamente satisfeito com a sua condição clínica.

Conclusão:

O uso de próteses penianas apresenta-se como uma das boas alternativas para o tratamento da disfunção erétil com uma taxa de sucesso bastante alta, alcançando níveis excelentes de satisfação, tanto do paciente como da companheira. A migração intra-vesical do reservatório de uma prótese peniana de 3 elementos é uma complicação bastante rara. A preservação do reservatório com reposicionamento do mesmo, no lado contra-lateral da migração, dentro do espaço retropúbico, com encerramento primário da bexiga e derivação urinária com algaliação acompanhado de antibioterapia, pode ser usado como terapêutica de salvagão.

Metástase cerebral em doente com neoplasia vesical de baixo grau?

Autores: Marco Dores¹; Rodrigo Ramos²; Jorge Rebola³; Rui Carneiro³; Jorge Silva⁴; José Lencastre⁴; Eduardo Silva⁵

Instituições: ¹Interno do Internato Complementar de Urologia do Hospital de Faro E.P.E.; ²Interno do Internato Complementar de Urologia do IPO FG de Lisboa; ³Assistente Hospitalar de Urologia do IPO FG de Lisboa; ⁴Assistente Graduado de Urologia do IPO FG de Lisboa; ⁵Director do Serviço de Urologia do IPO FG de Lisboa

Introdução:

O tumor vesical é o mais comum do trato urinário, sendo o 7º mais frequente no homem e o 17º na mulher, com incidência mais elevada na 8ª década de vida. As metástases cerebrais são o tumor cerebral mais frequente no adulto, ocorrendo mais frequentemente nos tumores do pulmão, pele, rim e colón. As metástases cerebrais de neoplasia vesical são menos frequentes (1-7%).

Objectivos:

Apresentamos o caso clínico de uma doente com 51 anos de idade, seguida em consulta de urologia no Serviço de Urologia do IPO FG de Lisboa por tumor vesical de baixo grau desde 2007, internada de urgência no Hospital Fernando Fonseca por crise convulsiva tónico-clónica inaugural e hemiparesia esquerda em Abril de 2013. No estudo subsequente foi diagnosticada por RMN lesão cerebral intra-axial frontal direita, cortical, com cerca de 20x20mm de diâmetro. Foi realizada excisão cirúrgica da lesão. A anatomia patológica revelou metástase cerebral compatível com carcinoma urotelial de alto grau. A doente foi submetida a Radioterapia Holocraniana Adjuvante. Faleceu 2 meses após o diagnóstico de metastização cerebral.

Discussão/Conclusão:

A metastização cerebral de tumores uroteliais vesicais é pouco frequente, apresentando um prognóstico desfavorável. O tratamento destas lesões consiste na excisão cirúrgica sempre que exequível, associada a Radioterapia Adjuvante.

Em suma: Embora raro, deverá ser incluído no diagnóstico diferencial a metastização cerebral de neoplasia vesical perante um doente com déficits neurológicos e antecedentes de neoplasia vesical.

Tumor Neuro Endócrino Primitivo Renal: a propósito de um caso clinico

Autores: Marco Dores¹; Rodrigo Ramos²; Jorge Rebola³; Rui Carneiro³; Jorge Silva⁴; José Lencastre⁴; Eduardo Silva⁵

Instituições: ¹Interno do Internato Complementar de Urologia do Hospital de Faro E.P.E.; ²Interno do Internato Complementar de Urologia do IPO FG de Lisboa; ³Assistente Hospitalar de Urologia do IPO FG de Lisboa; ⁴Assistente Graduado de Urologia do IPO FG de Lisboa; ⁵Director do Serviço de Urologia do IPO FG de Lisboa

Introdução:

O tumor neuroendócrino primitivo foi descrito pela primeira por Arthur Purdy Stout em 1918, é uma neoplasia altamente agressiva, estando incluída num grupo de neoplasias de células pequenas, redondas. Apresenta-se microscopicamente similar ao Sarcoma de Ewing, assim como na imuno-histoquímica e citogenética. A apresentação como tumor renal é rara, estando descritos aproximadamente 50 casos na literatura.

Objectivos:

Apresentamos um caso clínico de uma doente de 38 anos, que foi referenciada à consulta externa de Urologia do IPOFG por massa renal suspeita diagnosticada em ecografia de controlo. Complementou-se estudo por TAC: "L.O.E. do rim direito com 100x120 mm de diâmetro, com captação de contraste, com moldagem do músculo Psoas-Iliaco e ureter; sem trombo na veia renal ou veia Cava Inferior com efeito de massa sugestivo de tumor de Grawitz". Foi complementado estudo pré-operatório com cintigrafia óssea que não revelou envolvimento ósseo secundário. Realizou-se nefrectomia radical. O diagnóstico anatomo-patológico revelou: "neoplasia maligna indiferenciada do rim direito com morfologia, imuno-fenotipo e estudo citogenético (t(11;22)+) compatíveis com Tumor Neuroendócrino Primitivo". A doente realizou tratamento complementar com esquema de poliquimioterapia adjuvante (Vincristina, Adriamicina e Ciclofosfamida). Realizou posteriormente PET com FDG-F18, não sendo evidente a presença de doença em actividade (sem captação de radiofármaco). Iniciou Radioterapia Externa adjuvante.

Discussão/Conclusão:

O Tumor Neuroendócrino Primitivo de localização renal é raro, comportando-se de forma mais agressiva quando comparado com outras localizações.

Em suma: o diagnóstico exacto com recurso a exame imuno-histoquímico e citogenético revela-se crucial para adoptar o tratamento adequado com vista a optimizar o curso clínico.

Endometriose ureteral grave e hipofunção renal silenciosa – 4 casos de nefrectomia laparoscópica

Autores: Álvaro Nunes, Tito Leitão, Anatoliy Sandul, Rodrigo Garcia, Ricardo Silva, Sandro Gaspar, João Varela, Tomé Lopes

Instituição: Hospital de Santa Maria

Introdução:

A endometriose do ureter ocorre em aproximadamente 1% dos casos de endometriose pélvica. Em casos graves, a endometriose do ureter está frequentemente associada a endometriose rectovaginal e pode condicionar uropatia obstrutiva, ureterohidronefrose e nalguns casos perda silenciosa de função renal. O principal objectivo terapêutico é a recuperação da função renal quando possível. Uma unidade renal hidronefrótica, não funcionante, é um factor de risco para hipertensão, pielonefrite e nefrolitíase. Têm sido relatados poucos casos de endometriose do ureter com compromisso grave da função renal.

Objectivo:

Os autores relatam quatro casos de endometriose profunda com envolvimento do ureter condicionando rim não-funcionante cujo tratamento implicou nefrectomia laparoscópica.

Métodos:

Foi efectuada uma revisão retrospectiva de mulheres com endometriose do ureter e perda de função renal unilateral grave, submetidas a excisão laparoscópica de focos de endometriose e nefrectomia concomitante. De Janeiro de 2011 a Junho 2013 foram analisadas a apresentação clínica, achados imagiológicos, abordagem cirúrgica e resultado pós-operatório.

Resultados:

Quatro pacientes foram referenciadas ao nosso centro por dispareunia grave, dismenorrea e disquesia. A avaliação complementar documentou endometriose rectovaginal nodular, ureterohidronefrose grave unilateral, atrofia e hipofunção renal grave. As doentes foram submetidas por via laparoscópica a lise de aderências, ureterolise, nefrectomia unilateral e excisão de nódulos rectovaginais.

Conclusão:

Como os casos descritos exemplificam, a perda de função renal sequelar a endometriose do ureter pode ocorrer silenciosa e sem sintomas urológicos. Tal demonstra a necessidade de avaliação do envolvimento do tracto urinário nas pacientes com endometriose profunda. A nefrectomia está indicada nos casos de unidades renais com ureterohidronefrose grave, atrofia e perda de função renal.

Análise química de cálculos urinários – A experiência de 5 anos

Autores: Álvaro Nunes, Tito Leitão, Anatoliy Sandul, Rodrigo Garcia, Ricardo Silva, Sandro Gaspar, João Varela, Tomé Lopes

Instituições: Hospital de Santa Maria

Introdução:

A avaliação da composição química dos cálculos urinários pode ser um factor importante na avaliação metabólica de doentes com doença litíásica. Existe informação relevante dessa análise que pode orientar a avaliação metabólica e auxiliar na estratégia terapêutica e preventiva. A composição química também pode determinar o risco de recorrência em doentes litíásicos.

Objectivo:

Avaliação descritiva e retrospectiva da análise química dos cálculos urinários na nossa instituição durante um período de 5 anos.

Métodos:

Os resultados da análise química de cálculos urinários de todos os pacientes submetidos a procedimentos para tratamento de litíase foram avaliados (Abril 2008 a Março 2013). As variáveis analisadas foram a idade, género, composição química qualitativa e quantitativa dos cálculos.

Resultados:

De um total de 537 relatórios, 35 foram excluídos por insuficiente material litíásico para análise válida. De 502 relatórios válidos, 60% (n=301) eram de homens e 40% (n=201) de mulheres. A idade média dos doentes foi de 51,7 anos. Foram identificados um total de sete componentes minerais. 96,0% (n=482) de todos os cálculos incluíam na sua composição Oxalato de Cálcio, 60,8% (n=305) Fosfato de Cálcio, 23,9% (n=120) Ácido Úrico, 20,1% (n=101) Fosfato Amónio Magnésio, 4,6% (n=23) Urato de Amónio, 3,8% (n=19) Carbonato de Cálcio e 1,8% (n=9) Cistina. A maioria dos cálculos apresentava 2 (62,4%), 3 (21,5%) ou 4 (2,0%) componentes minerais. Apenas 14,1% (n=71) eram quimicamente homogêneos. Oxalato de Cálcio e Fosfato de Cálcio eram muito prevalentes e igualmente distribuídos por ambos os géneros. O Ácido Úrico (30,9% vs 13,4%) e o Urato de Amónio (6,3% vs 2,0%) foram mais prevalentes em doentes masculinos. O Fosfato Amónio Magnésio (29,9% vs 13,6%), Carbonato de Cálcio (5,5% vs 2,7%) e Cistina (3,0% vs 1,0%) foram mais prevalentes em mulheres.

Conclusão:

A calculose urinária com predomínio na idade adulta composta maioritariamente por oxalato e fosfato de cálcio é a típica dos países economicamente desenvolvidos. A prevalência deste tipo de cálculos é influenciada sobretudo por factores ambientais e dietéticos, apesar da sua composição ser de utilidade limitada em termos de diagnóstico uma vez que ocorrem em várias entidades patológicas. Outros componentes minerais, embora muito menos prevalentes, são menos influenciados por factores ambientais e podem sugerir diferentes entidades metabólicas específicas. A análise mineral dos cálculos urinários ainda tem um papel importante na abordagem diagnóstica de tratamento e prevenção da doença litíásica.

Biópsias prostáticas no HGO em 2011 – O que as precede e o que lhes sucede?

Autores: Celso Marialva, Nuno Figueira, Francisco Campos, João Bastos, Paulo Vale, António Madeira

Instituição: Hospital Garcia de Orta, Serviço de Urologia

Introdução:

A biópsia prostática em duplo sextante é actualmente o exame gold standard para o diagnóstico de neoplasia prostática. As indicações para realização da mesma foram a elevação do valor de PSA, alterações imagiológicas ou do toque rectal.

Objectivos:

Relacionar os factores que levaram à realização de biópsia prostática com o seu resultado, assim como relacionar esse resultado com as opções terapêuticas adoptadas.

Material e Métodos:

Foram analisados retrospectivamente os processos dos doentes submetidos a biópsia prostática no Hospital Garcia de Orta no ano de 2011, com um período de seguimento de 18 meses. Foi realizada análise estatística multivariada tendo em conta a idade, o PSA pré-biópsia, o resultado da biópsia, a opção terapêutica tomada nos casos positivos, o resultado histológico das peças de prostatectomia radical e o valor de PSA na última reavaliação (>18M após biópsia)

Resultados:

No total 172 doentes com idade média de $69,3 \pm 6,99$ anos foram considerados. O valor médio de PSA inicial foi de $12,59 \pm 23,05$ ng/dL. A positividade da biópsia (Gleason = 6) foi de 52,3%. Apesar da distribuição do valor de PSA em função do resultado da biópsia seguir uma distribuição compatível com a diferenciação tumoral, não existe relação estatística entre estes dois dados ($p=0,114$ análise de variabilidade ANOVA). Dos 90 doentes com resultado positivo a opção terapêutica mais realizada foi o Bloqueio Hormonal Completo em 53,3% (N=48) seguido da Radioterapia em 14,4% (N=13). Verifica-se um downgrading do resultado da biópsia relativamente ao resultado histológico pós prostatectomia radical em 63% (N=5). Observa-se uma relação estatisticamente significativa entre os grupos com várias opções terapêuticas e a idade dos respectivos doentes ($p=0,001$, análise de variabilidade ANOVA).

Discussão/Conclusão:

Encontra-se uma predominância na escolha de Prostatectomia Radical e Braquiterapia nos doentes mais jovens e Radioterapia ou Bloqueio Hormonal Completo nos mais idosos. Como seria de esperar não se encontra relação estatística entre o valor de PSA inicial e o resultado da biópsia nem se consegue estimar a eficácia dos vários métodos terapêuticos com base no valor médio de PSA após 18 meses.

Factores de risco para reintervenção após cistectomia

Autores: Celso Marialva, Nuno Figueira, Francisco Campos, Paulo Vale, João Bastos, António Madeira

Instituição: Hospital Garcia de Orta, Serviço de Urologia

Introdução:

A taxa de readmissão e necessidade de nova cirurgia pós cistectomia é uma realidade dos Serviços de Urologia com relevante impacto para os doentes e para os hospitais.

Objectivos:

Analisar factores de risco que possam prever reintervenções após cistectomia, em casuística de 5 anos no Serviço de Urologia do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

Material e Métodos:

Foram analisados retrospectivamente os processos dos doentes submetidos a cistectomia entre 01-01-2008 e 31-12-2012, num período de seguimento mínimo de 6 meses. O único critério de inclusão foi a presença de neoplasia vesical em amostra anatomopatológica. As complicações foram classificadas segundo a escala de Clavien modificada. Foi realizada análise estatística multivariada com o software SPSS 22.0, tendo em conta a idade, sexo, tempo em lista de espera e tempo de cirurgia, derivação urinária realizada, complicações com reinternamento, pT e pN.

Resultados:

No total de 46 doentes, com idade média de $69,59 \pm 9,12$ anos, 42 deles do sexo masculino. O tempo de espera médio foi de $43,91 \pm 52,29$ dias. A derivação urinária mais utilizada foi a ureteroileostomia em 82,6%. O tempo médio de cirurgia foi $2h55' \pm 59,7'$. A maioria dos doentes (65,2%) apresentava um estadiamento histológico pT<3a. Em 80,4% dos pacientes havia doença ganglionar negativa (pN-). Em 60,9% dos doentes ocorreu algum tipo de complicação classificada segundo a Escala de Clavien. Houve necessidade de reintervenção em 9 doentes (20%). Em análise multivariada verificou-se a relação independente entre a presença de pN+ e a necessidade de reintervenção (OR: 4,2; $p=0,043$)

Discussão/Conclusão:

Analizou-se a morbilidade durante 5 anos na amostra estudada e identificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a presença de doença ganglionar (pN+) e a necessidade de reintervenção.

O prolapso de órgãos pélvicos pode matar

Autores: Celso Marialva, Nuno Figueira, Francisco Campos, João Bastos, Paulo Vale, António Madeira

Instituição: Hospital Garcia de Orta, Serviço de Urologia

Introdução:

O prolapso dos órgãos pélvicos são uma doença essencialmente sem mortalidade e com pequena morbidade. No entanto, podem ter um impacto enorme na qualidade de vida das doentes, tendo os sintomas um papel fundamental na orientação terapêutica a utilizar. Muitas vezes a situação permanece desconhecida devido ao silêncio das pacientes.

Material e Métodos:

Os autores descrevem um caso clínico extremo de uma paciente com 83 anos portadora de prolapso uterino e vesical de grandes dimensões com o diagnóstico histológico de carcinoma pavimentoso da vagina na variante de carcinoma verrucoso, submetida a exérese cirúrgica. Comparativamente mostra-se um outro caso, de aparecimento mais habitual, de uma paciente de 62 anos submetida a colporrafia anterior e sacropexia laparoscópica.

Discussão/Conclusão:

Apesar de haver um sistema definido pelo ICS para a classificação dos prolapsos de órgãos pélvicos, não há consenso acerca da correlação entre os achados no exame físico e o prolapso clinicamente significativo.

Neste cartaz aborda-se igualmente a marcha diagnóstica e as opções terapêuticas actuais com as vantagens e desvantagens de cada uma delas.

Como os sintomas do pavimento pélvico tendem a ser ocultados, é recomendável interrogar e avaliar rotineiramente as pacientes acerca dos distúrbios provocados pelos mesmos, sob pena de haver complicações como a demonstrada no primeiro caso clínico.

Apendicite aguda necrosada – Causa rara de ureterohidronefrose

Autores: Diogo Gil Sousa; Daniel Reis; José Soares; Avelino Fraga

Instituição: Hospital Geral de Santo António, Porto

Introdução/Objectivo:

Investigação de Ureterohidronefrose (UHN) implica uma anamnese, exame objectivo e selecção orientada e rigorosa de meios complementares diagnóstico. Os autores descrevem uma causa rara de UHN.

Apresentação:

Doente sexo feminino, 41 anos, com quadro de dor lombar direita e irradiação periumbilical, sub-febril, acompanhado de obstipação e disúria. Sem outras queixas urinárias ou gastrointestinais. Analiticamente, apresentava marcadores inflamatórios elevados, leucocitúria e eritrocitúria.

Ecografia: “Volumosa imagem cística heterogénea retrovesical, com 10x14x8 cm”, a condicionar efeito de massa nas estruturas pélvicas e dilatação pielocalicial direita.

Realizou-se cateterismo ureteral retrógrado direito, observando-se durante cistoscopia abaulamento da parede posterior vesical. Avaliação por Ginecologia, com indicação de posterior orientação em Consulta mas sem clínica ou achados ecográficos sugestivos de Doença Inflamatória Pélvica ou patologia urgente do foro ginecológico.

Internamento em Urologia, apresentando fraca resposta clínica e analítica a diferentes antibióticos de largo espectro. Realizou TC Abdominal 10 dias após derivação, revelando “múltiplos abscessos pélvicos, confluentes, centrados na FID, os dominantes interan-sa-parede anterior e outro no fundo de saco retrouterino. (...) Espessamento difuso das ansas do ileo terminal e sigmoide adjacente”.

Realizada laparotomia exploradora, constatando-se apendicite aguda necrosada a condicionar abscessos na FID e fundo saco retrouterino. Procedeu-se a drenagem de abscessos, apendicectomia e cuidadosa lavagem peritoneal.

Boa evolução no pós-operatório, tendo alta 5 dias depois apirética, sem queixas algicas abdominais e com resolução de SIRS analítico e de UHN.

Exame histológico confirmou lesões de apendicite aguda supurada com periapendicite e peritonite associada. Retirou catéter ureteral 4 semanas depois, tendo alta da Consulta de Cirurgia Geral e Urologia.

Adenocarcinoma mucinoso do úraco e do rim – Sete anos depois, a mesma histologia

Autores: Raquel João, Hugo Pinheiro, Rui Lúcio, Miguel Almeida, Natália Martins, António Figueiredo, António Lázaro, Rui Farinha, Garção Nunes

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital Curry Cabral

Introdução:

Apresentamos um caso clínico raro de uma doente que, após sete anos de follow-up de um adenocarcinoma mucinoso do úraco, desenvolveu um tumor renal com as mesmas características histológicas.

Objectivo:

Apresentar um caso clínico de um adenocarcinoma mucinoso do rim diagnosticado após sete anos de follow-up de um adenocarcinoma mucinoso do úraco e revisão da literatura.

Material e Métodos:

Descrevemos o caso clínico e realizamos revisão da literatura dos tumores do úraco e do rim para fundamentar a discussão.

Resultados:

Doente do sexo feminino, 73 anos, operada a um adenocarcinoma mucinoso do úraco em Julho de 2004. Esteve clinicamente bem até Novembro de 2011 quando lhe foi diagnosticado um tumor do rim em exames de imagem; sem evidência de tumores noutras locais. Foi submetida a nefrectomia radical laparoscópica cuja anatomia patológica revelou infiltração renal por adenocarcinoma mucinoso idêntico ao da peça de cistectomia parcial. Faleceu catorze meses após a cirurgia.

Discussão/Conclusão:

As neoplasias do úraco são raras, constituindo cerca de 0.17-0.34% das neoplasias da bexiga. A sobrevida é baixa, sendo que alguns autores referem ser inferior a 20% ao fim de 5 anos. Os locais mais comuns de recorrência são os gânglios linfáticos pélvicos, o peritoneu e o epíploon. As metástases à distância são, por ordem de incidência: pulmão, gânglios linfáticos, osso, intestino, cérebro e fígado. Na literatura não existe referência a metastização renal. O tratamento cirúrgico num estadio localizado da doença é o *gold standard* do tratamento e é o único factor responsável pelo aumento da sobrevida.

Tumor herniado para o escroto a mimetizar neoplasia do testículo

Autores: Raquel João, Jorge Neta, Rui Farinha, Hugo Pinheiro, Rui Lúcio, Miguel Almeida, Natália Martins, Garção Nunes

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital Curry Cabral

Introdução:

Apresentamos um caso clínico de um angiomiofibroblastoma *like* do tracto genito-urinário masculino herniado para o escroto, que mimetizou um tumor do testículo.

Objectivo:

Apresentação um caso clínico de um tumor benigno raro que mimetizou um tumor do testículo e caracterização do tumor apresentado.

Material e Métodos:

Descrevemos o caso clínico de um tumor herniado para o escroto que mimetizou uma neoplasia do testículo e realizámos revisão da literatura relativa ao tipo histológico apresentado.

Resultados:

Doente do sexo masculino, 37 anos, raça negra, com massa pétreia indolor, com dois anos de evolução, ao nível do hemiscroto direito, com cerca de 15cm de maior diâmetro. Os marcadores tumorais para tumor do testículo eram negativos. Realizou ecografia escrotal e TC abdomino-pélvica que demonstraram lesão expansiva ao nível do testículo direito. O doente foi proposto para orquidectomia radical mas no intra-operatório constatou-se que o testículo direito não apresentava alterações e que o aumento do volume do escroto se devia a um tumor herniado através de uma hérnia inguinal indirecta. A anatomia patológica revelou um tumor angiomiofibroblastoma *like* do tracto genito-urinário masculino.

Discussão/Conclusão:

O angiomiofibroblastoma *like* do tracto genito-urinário masculino é um tumor mesenquimatoso que surge nos homens ao nível do escroto, região inguinal e períneo. Pode estar relacionado com hérnias mas não existe na literatura nenhum caso descrito deste tipo de tumor herniado para o escroto. O tratamento consiste na remoção cirúrgica. Existe um caso descrito de recorrência aos treze anos de follow-up, pelo que se deve manter vigilância.

Tumor fibroso solitário paratesticular – Caso clínico

Autores: Raquel João, Rui Lúcio, Hugo Pinheiro, Miguel Almeida, Natália Martins, António Figueiredo, Ana Maria Carvalho, Rui Farinha, Garçon Nunes

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital Curry Cabral

Introdução:

Apresentamos um caso clínico de um tumor fibroso solitário paratesticular e revisão da literatura relativa aos tumores paratesticulares e em particular deste tipo histológico.

Objectivo:

Apresentação de um caso clínico de um tumor paratesticular raro.

Material e Métodos:

Descrevemos um caso clínico de um tumor fibroso solitário paratesticular. Realizámos revisão da literatura dos tumores paratesticulares e em particular do tipo histológico apresentado para fundamentar a discussão.

Resultados:

Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, 67 anos, que apresentava uma massa escrotal à direita assintomática, com 6 meses de evolução. O doente foi submetido a orquidectomia radical direita com exeseção completa da massa, cuja anatomia patológica revelou tumor fibroso solitário paratesticular.

Discussão/Conclusão:

A maioria das massas escrotais são tumores do testículo e uma pequena parte são tumores paratesticulares, 70% dos quais benignos. O tumor fibroso solitário pode crescer em vários sítios anatómicos, mas é muito raro a nível testicular. Este tipo de tumor tem habitualmente um curso benigno, mas tendo em conta a raridade destes tumores a este nível e a falta de referências relativamente ao follow-up tardio, é aconselhado manter vigilância para excluir recorrência.

Prostatectomia radical de salvamento: Experiência inicial de um Centro Oncológico

Autores: Paulo Araújo, Ricardo Cruz, Rui Freitas, António Morais, Jorge Oliveira

Instituição: Instituto Português de Oncologia do Porto

Introdução:

A prostatectomia radical de salvamento (PRS) é um tratamento com intuito curativo na recidiva local de carcinoma da próstata (CaP) após radioterapia (RT).

Objectivo:

Efectuar uma análise retrospectiva de uma série de doentes com recidiva local de CaP após RT submetidos a PRS.

Material e Métodos:

Seis doentes foram submetidos a PRS em 2011 e 2013. Os critérios de inclusão para cirurgia foram: esperança média de vida >10 anos, doença clinicamente localizada ao órgão, ausência de adenopatias loco-regionais ou metástases à distância e antigénio específico da próstata (PSA) <10 ng/ml.

Resultados:

Os seis doentes tinham idade média de 57,7 anos e PSA médio de 6,2 ng/ml (3,1-8,6) no momento da PRS. Cinco doentes foram tratados com braquiterapia e um com radioterapia externa. Todos os doentes tinham CaP confirmado por biópsia antes da PRS. Os achados histológicos após PRS revelaram estágio T2b em três doentes e T3 nos outros três. Um doente apresentava grau Gleason 9, um Gleason 7 e quatro não foram classificados devido ao efeito da RT. Quatro doentes tinham margens cirúrgicas negativas e 2 tinham margens positivas. Após a PRS, dois doentes estavam continentares e todos apresentavam disfunção erétil. Dois doentes desenvolveram estenose da anastomose. O PSA pós-operatório foi <0,05 ng/ml em cinco doentes e num foi 0,7 ng/ml, três meses após a cirurgia.

Discussão/Conclusão:

A PRS tem resultados oncológicos aceitáveis, uma vez que 83% dos nossos doentes apresentaram um PSA indetectável após a cirurgia. No entanto, as complicações cirúrgicas afectam significativamente a qualidade de vida.

Biópsia prostática orientada por fusão de imagem (MRI-ultrasound fusion)

Autores: Soraia Rodrigues, Marco Dores, Miguel Rodrigues, Pedro Gomes, Miguel Cabrita, Gilberto Rosa, Anibal Coutinho, José Neves

Instituição: Centro Hospitalar do Algarve

Introdução:

A biópsia ecoguiada é goldstandard no diagnóstico histológico do adenocarcinoma prostático. Este método comporta uma taxa de falsos negativos > 30% e pode levar ao sobrediagnóstico de doença clinicamente insignificante.

O carcinoma da próstata pode ser detetado por RMN; a tecnologia de fusão de imagem de RMN com ecografia permite ao urologista a realização de biópsias mapeadas, orientadas e monitorizadas. Assim, doentes com suspeita clínica e biópsias persistentemente negativas, podem beneficiar desta ferramenta na detecção de CP.

Objectivos:

Pretende-se descrever o caso de um doente com elevação persistente do PSA e biópsias negativas, a quem foi diagnosticada doença após biópsia com fusão de imagem.

Resultados:

Doente do sexo masculino, 65 anos, seguido na consulta por PSA elevado. Submetido a 2 biópsias ecoguiadas, cujo resultado foi negativo. Por persistência da elevação do marcador tumoral realizou biópsia com fusão cognitiva de imagem, tendo o resultado desta sido negativo. Posteriormente efetuou biópsia com fusão de imagem de RMN, tendo sido diagnosticado CP Gleason 8. Presentemente, a realizar RT Externa a título intensivo.

Discussão/Conclusões:

No futuro, a fusão de imagens de RMN (pré biópsia) com ecografia em tempo real para a orientação de lesões suspeitas resultará em biópsias mais precisas e diminuirá o nº de procedimentos necessários para a deteção de doença clinicamente significativa. Mais investigação é necessária para determinar o papel desta plataforma na deteção do cancro, vigilância ativa e tratamento focal da neoplasia, assim como na determinação dos doentes que dela poderão beneficiar.

Adenoma viloso da bexiga um tumor frequente, num local inesperado

Autores: Soraia Rodrigues, Marco Dores, Miguel Rodrigues, Pedro Gomes, Miguel Cabrita, Gilberto Rosa, Anibal Coutinho, José Neves

Instituição: Centro Hospitalar do Algarve

Introdução:

A presença de células do epitélio intestinal no aparelho urinário não é rara. Porém, o desenvolvimento de tumores a partir das mesmas é pouco frequente. Apesar de serem morfológicamente idênticos aos intestinais, a sua histogénese e potencial de malignização são pouco conhecidos.

Objectivos:

Apresentamos o caso de uma doente de 52 anos de idade, com antecedentes de ITUs e cólicas renais de repetição, que recorre à Urgência por lombalgia esquerda desde há vários dias e emissão de litíase há cerca de 24h.

Resultados:

Imagiologicamente constatou-se presença de volumosa coleção líquida perirenal esquerda, assim como imagem suspeita de lesão exofítica do pavimento vesical. A doente foi submetida a colocação de nefrostomia para drenagem de urinoma e cateter ureteral JJ. Durante a cirurgia foi realizada PA, que confirmou a presença de cálculo ureteral e rotura do excretor. Visualizou-se neoformação papilar na bexiga. Após a resolução deste quadro, foi submetida a RTUv.

Discussão/Conclusões:

Ainda que extremamente raro, o aparecimento de tumores como o adenoma viloso ou adenocarcinoma do tipo intestinal pode ocorrer no aparelho urinário, sendo a bexiga e a uretra os órgãos mais afetados. De acordo com a literatura, o prognóstico de doentes com adenoma viloso isolado é excelente, sendo a ressecção cirúrgica curativa. Doentes com adenocarcinoma coexistente podem ter recorrência da doença, com metastização à distância, pelo que está indicado tratamento mais agressivo. A estratégia de follow up, incluindo exames de imagem e a medição de marcadores tumorais como o CEA, permanece mal definida.

Carcinoma de células renais com trombo gigante da veia cava inferior

Autores: Andrea Furtado*, Bruno Graça*, Fernando Ferrito*, Frederico Gonçalves**, Aragão Morais**, Luís Mota Capitão**

Instituições: *Serviço de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E.; **Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular Hospital de Santa Marta, C.H.L.C.

Introdução:

A nefrectomia radical com trombectomia da veia cava inferior é a opção terapêutica mais eficaz para os doentes com carcinoma de células renais (CCR) e invasão da veia cava.

Caso Clínico:

Neste trabalho, reportamos o caso clínico de um indivíduo do sexo masculino, 55 anos de idade com o diagnóstico de neoplasia renal direita (carcinoma de células renais) síncrono com trombo gigante e oclusivo da veia cava inferior e metástase supra-renal homolateral. O doente foi submetido a nefrectomia radical direita com trombectomia e cavoplastia. O procedimento cirúrgico multidisciplinar pela intervenção de equipas de urologia, cirurgia cardio-torácica e cirurgia vascular implicou o recurso a bypass cardiopulmonar. A análise histopatológica revelou um carcinoma de células renais, variante de células claras, pT4, com trombo intracávic organizado e recanalizado mas sem invasão da parede venosa. Aos 6 meses de pós-operatório o doente encontra-se assintomático, sem evidência de recidiva oncológica, nem alterações da veia cava ou embolização pulmonar.

Discussão e Conclusões:

Aproximadamente 50% dos doentes com CCR com trombo da veia cava não apresentam metastização à distância, beneficiando assim da cirurgia. O envolvimento venoso destes tumores caracteriza-se pela expansão sub-endotelial das células neoplásicas, não afectando a espessura da parede vascular. A ressecção completa da díade tumor-trombo é mandatória e dela depende o prognóstico destes doentes.

Amiloidose vesical primária: um diagnóstico diferencial raro de neoplasia vesical

Autores: Jorge Dias, Pedro Costa, Luís Xambre, José Amaral, Luís Ferraz

Instituição: Centro Hospitalar V.N.Gaia/Espinho, EPE

Introdução:

A amiloidose vesical é uma entidade rara – estão descritos cerca de 200 casos na literatura –, e pode ser primária, secundária a doenças inflamatórias crónicas (habitualmente reumatológicas) ou hereditária. Quando primária, as suas características clínicas e radiológicas mimetizam a neoplasia vesical impondo-se como hipótese de diagnóstico diferencial.

Objectivos:

Descrever um caso clínico de amiloidose vesical primária.

Resultados:

Mulher, 73 anos, referenciada à consulta de Urologia por hematuria total assintomática. Do estudo realizado: função renal, hepática e eletroforese de proteínas normais; ecografia renovesical com imagem nodular na parede vesical lateral esquerda. A cistoscopia revelou um trígono eritematoso, friável, esboçando papilas. A doente foi submetida a ressecção transuretral da lesão. O exame anatomopatológico foi compatível com amiloidose; estudo imunocitoquímico negativo para anticorpos anti-amilóide A. Sem recidiva clínica ou cistoscópica à data de follow-up.

Discussão/Conclusão:

A amiloidose vesical primária manifesta-se habitualmente na 5ª e 6ª década de vida e afeta igualmente ambos os sexos. A apresentação inicial inclui: hematuria (60%), LUTS irritativos (20%) ou ambos (20%).

O aspeto cistoscópico é variado e pode simular neoplasia vesical ou cistite intersticial, obrigando o diagnóstico definitivo a confirmação histológica. Faz o diagnóstico histológico a observação de depósitos de material amorfo que coram com o vermelho Congo e produzem birrefringência de tonalidade verde-esmeralda sob luz polarizada.

O tratamento recomendado é a ressecção vesical das lesões, apesar de alguns estudos reportarem taxas de sucesso razoáveis com colquicina oral ou DMSO intravesical.

O prognóstico é globalmente bom, apesar da recorrência após ressecção poder atingir os 50%, obrigando por isso a vigilância periódica.

Tumor de tritão maligno primitivo da próstata. Um tumor raro e um caso clínico incomum

Autores: Paulo Mota, Emanuel Dias, Agostinho Cordeiro, António Pedro Carvalho, Estevão Lima

Instituição: Hospital de Braga

Introdução:

Os tumores da bainha nervosa são um grupo de neoplasias heterogêneas, sendo a célula de Schwann a sua provável origem. Na grande maioria são benignos, representando os malignos cerca de 10%. A Neurofibromatose tipo 1 (NF1) e a radioterapia (RT) são os dois factores de risco principais. A localização visceral isolada dos tumores da bainha nervosa é extremamente rara e o seu envolvimento prostático tem sido descrito como raro, mesmo em associação à NF1.

Objectivo:

Apresentar um caso clínico de um doente com tumor de tritão maligno primário da próstata.

Materiais e Métodos:

Consulta do processo físico e electrónico do doente.

Resultados:

Doente do sexo masculino de 83 anos. Antecedentes pessoais de neoplasia da próstata em bloqueio androgénico. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por disúria, dor abdominal, mal-estar geral, obstipação e febre com cerca de uma semana de evolução. Não apresentava alterações relevantes ao exame físico. Analiticamente apresentava marcadores inflamatórios aumentados. Realizou uma tomografia que revelou uma volumosa massa pélvica em provável relação o recto que invadia por contiguidade a glândula prostática. Foi submetido a sigmoidectomia e prostatectomia radical de necessidade após ter entrado em oclusão intestinal. A histologia da peça cirúrgica revelou um tumor prostático maligno da bainha nervosa com diferenciação epitelial/glandular e rabdomioblástica.

Discussão/Conclusão:

Trata-se de um caso clínico invulgar pela sua raridade, dada a localização prostática primária e ausência de factores de risco associados, com uma apresentação clínica peculiar e uma rápida progressão da doença.

Eficácia do tratamento da litíase ureteral por litotricia intracorporal em comparação com a litotricia extracorporal por ondas de choque

Autores: Paulo Mota, Fábio Silva, Emanuel Dias, Agostinho Cordeiro, António Pedro Carvalho e Estevão Lima

Instituição: Hospital de Braga

Introdução:

Tanto a litotricia intracorporal (LIC) como a extracorporal por ondas de choque (LEOC) são atualmente usadas no tratamento da litíase ureteral.

Objectivos:

Revelar os resultados obtidos no tratamento da litíase ureteral nos últimos cinco anos no Hospital de Braga, bem como comparar as taxas de sucesso (*stone free* (TSF)) da LIC e da LEOC.

Material e Métodos:

Analysaram-se os processos de 116 doentes submetidos a LIC e 216 doentes submetidos a LEOC de 2008 a 2012 no Serviço de Urologia do Hospital de Braga.

Resultados:

Dos doentes tratados com LIC 72,2% ficaram *stone-free* na primeira sessão. A probabilidade de *stone-free* diminuiu com o aumento da idade e do diâmetro do cálculo, e foi superior nos ureteres médio e distal. Dos doentes tratados com LEOC, 58,1% ficaram *stone-free* na primeira sessão de tratamento. No fim da primeira sessão a TSF foi superior no grupo LIC, (71,3% versus 58,1%, $p=0,012$). Todos os casos do grupo LIC ficaram *stone-free* na segunda sessão, bem como 40,4% dos casos do grupo LEOC. A proporção de doentes que repetiram o tratamento inicial foi maior no grupo LEOC que no grupo LIC (25,6% versus 4,5%, $p<0,001$). Para o ureter proximal a TSF dos 2 grupos foi semelhante. Nos ureteres médio e distal, a TSF mostrou-se superior no grupo LIC.

Discussão/Conclusão:

A LEOC e a LIC são duas modalidades de tratamento válidas no tratamento da litíase ureteral, existindo uma tendência atual para a realização de mais procedimentos endoscópicos. Os resultados revelaram uma eficácia semelhante de ambas as técnicas na litíase do ureter proximal, mostrando-se a LIC superior nos cálculos do ureter médio e distal.

Metastização ganglionar extensa na apresentação do carcinoma da próstata

Autores: Francisco Campos, Pedro Soares, Nuno Figueira, Celso Marialva, João Paulo Rosa, Nuno Bello, Miguel Carvalho, António Madeira

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

Introdução:

O cancro da próstata é a neoplasia maligna sólida mais frequente no homem ocidental e frequentemente metastiza para gânglios linfáticos regionais. Contudo, a metastização à distância para gânglios supradiaphragmáticos é rara, podendo simular uma doença linfoproliferativa.

Caso Clínico:

Doente do sexo masculino, 78 anos, seguido em consulta de Urologia por elevação do PSA (36,88 em 2012) e sem lesões de suspeição no toque rectal.

Realizou 2 biópsias PTR negativas e RTU-P em Novembro de 2012 (hiperplasia miofibroglandular). Em Junho de 2013, foi admitido no SU do Hospital Garcia de Orta por quadro de dor abdominal difusa e mal-estar geral. Da avaliação inicial, destaca-se a presença de múltiplas adenopatias palpáveis, nomeadamente a nível inguinal e supraclavicular. Analiticamente, apresentava PSA=155ng/mL.

Resultados (Anatomia Patológica):

Biópsia excisional de gânglio supraclavicular esquerdo - metástase de adenocarcinoma, compatível com neoplasia primitiva da próstata (Imuno-histoquímica: PSA+; CK7-; CK20-). Repetiu Biópsia PTR: PIN de alto grau e ASAP na vertente esquerda do ápex.

(Outros Exames Complementares de Diagnóstico):

Cintigrafia óssea: "Lesão única numa costela esquerda, compatível com história de traumatismo localizado".

RM prostática: "área heterogénea de difícil valorização a nível da zona periférica esquerda do ápex, sem significativa restrição à difusão; contorno prostático preservado; múltiplas adenopatias bilaterais ao longo dos territórios ilíacos externos e inguinais superficiais".

Discussão:

Este caso documenta a importância da imuno-histoquímica com PSA e o seu doseamento sérico na avaliação de homens que se apresentam com linfadenopatias generalizadas e tumor primário desconhecido.

O doente iniciou bloqueio androgénico completo com leuprorrelina 45mg e bicalutamida 50mg, estando a aguardar reavaliação, com novo doseamento do PSA.

Carcinoma urotelial com diferenciação pavimentosa

Autores: Francisco Campos, Pedro Soares, Nuno Figueira, Celso Marialva, João Paulo Rosa, Nuno Bello, Miguel Carvalho, António Madeira

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

Introdução:

O tumor vesical é a neoplasia maligna mais frequente do aparelho urinário. Mais de 90% dos casos são carcinomas uroteliais e cerca de 25-30% apresentam-se já em fase músculo-invasiva. As séries contemporâneas têm mostrado uma taxa de recidiva pélvica após cistectomia de 5-15%, normalmente nos primeiros 6-18 meses.

Caso Clínico:

Doente do sexo masculino, 62 anos, submetido a cistoprostatectomia radical com conduto ileal e linfadenectomia ilio-obturadora por tumor vesical invasivo (Anatomia Patológica: lesão do trígono vesical, com 2cm, compatível com carcinoma urotelial de alto grau (OMS); sem invasão vascular ou linfática - pT2N0; R0) em Abril de 2013.

Foi readmitido no Serviço de Urologia do Hospital Garcia de Orta em Junho de 2013 por degradação do estado geral, febre e dor abdominal inespecífica. Analiticamente, apresentava leucocitose 35000/uL (com 88.9% neutrófilos), PCR= 16.5 mg/dL, sem alterações da função renal.

(Exames Complementares de Diagnóstico): TC abdominal e pélvica: "volumosas lesões expansivas e heterogéneas a nível pélvico (13x110mm), nomeadamente na vertente direita, sem plano de clivagem com o conduto ileal e com os vasos ilíacos."

Resultados (Anatomia Patológica):

Realizou biópsia guiada por TC, cuja avaliação anatomo-patológica foi compatível com carcinoma urotelial invasivo de alto grau, com diferenciação pavimentosa. Imuno-histoquímica: CK5/6+, CK7+, p63+, CK20-.

Discussão:

Vários estudos têm demonstrado que a diferenciação pavimentosa do carcinoma urotelial, está associada a doença biologicamente agressiva e pode ser considerada um factor independente de recidiva local em doentes submetidos a cistectomia radical. No presente caso, dado o mau estado geral, o doente não teve condições para iniciar quimioterapia sistémica, tendo sido integrado na Unidade de Cuidados Paliativos.

Análise dos factores predisponentes de hemorragia na nefrolitotomia percutânea

Autores: Carlos Ferreira, Tiago Correia, André Cardoso, Manuel Cerqueira, Frederico Reis, Martinho Almeida, Rui Prisco

Instituição: Hospital Pedro Hispano - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução e Objectivos:

A hemorragia é uma das maiores preocupações do Urologista durante o tratamento percutâneo dos cálculos renais. Este estudo visa identificar diferentes variáveis que influenciam a queda de hemoglobina durante esta cirurgia.

Material e Métodos:

Foi realizada uma análise dos registos clínicos de 66 doentes submetidos a nefrolitotomia percutânea na nossa instituição de 2008 a 2013 com a particularidade de terem um controlo analítico nas primeiras 24 horas após a cirurgia. Vários factores relacionados com a experiência do cirurgião, as características do doente e factores intra-operatórios foram investigados. Foi utilizada uma análise estatística univariável e multivariável através de métodos de correlação e regressão linear.

Resultados:

A média da queda de hemoglobina foi de $2,0 \pm 1,1$ g/dl. A taxa de transfusões foi de 6,6%. Ao longo dos anos as perdas médias de sangue foram tendencialmente menores ($p < 0,05$). O teste de regressão linear demonstrou que o tamanho do cálculo, a morfologia coraliforme e o tempo operatório foram factores que contribuíram significativamente para a queda dos valores de hemoglobina ($p < 0,05$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas perdas de sangue quanto a factores como idade, sexo, hipertensão, diabetes, obesidade, história de litíase, número de cálculos, assim como, número e local das punções e métodos de dilatação.

Conclusão:

Apesar da nefrolitotomia percutânea ser uma técnica minimamente invasiva, o tamanho dos cálculos, a sua morfologia coraliforme e o tempo operatório estão associados a perdas significativamente maiores de sangue durante a cirurgia.

Carcinoma de pequenas células da bexiga – Experiência do serviço de Urologia do Hospital Garcia de Orta

Autores: Nuno Figueira, Miguel Carvalho, Francisco Campos, Celso Marialva, António Madeira
Hospital Garcia de Orta, Serviço de Urologia

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital Garcia de Orta

Introdução:

O carcinoma de pequenas células da bexiga (CPCB) é extremamente raro, (menos de 1% de todas as neoplasias vesicais). É uma neoplasia agressiva, com patogénese desconhecida e de pior prognóstico em relação ao carcinoma urotelial.

Objectivos:

Descrição dos casos clínicos de doentes com CPCB no Serviço de Urologia do Hospital Garcia de Orta (SU-HGO).

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo, longitudinal, com revisão dos casos de doentes submetidos a RTU-V por tumor vesical no SU-HGO, no período de 10 anos (2003-2012).

Resultados:

Dos 1639 doentes submetidos a RTU-V por tumor vesical no período em análise, foram encontrados dois casos clínicos de doentes com o diagnóstico de CPCB, ambos do sexo masculino, com história de tabagismo crónico e cuja apresentação inicial foi hematúria macroscópica. O diagnóstico foi histológico, através da análise dos fragmentos de RTU-V e o estadiamento foi complementado com TC. Ambos tiveram hematúria pós-operatória de difícil resolução. Num dos doentes foi realizada posteriormente cistectomia de salvação e no outro quimioterapia com 4 ciclos de carboplatinum + etoposido, com desfecho fatal em ambos.

Discussão/Conclusão:

O CPCB é uma neoplasia agressiva, diagnosticada maioritariamente em estádios avançados e para a qual, em relação ao seu tratamento, dada a sua raridade, não existem recomendações consensuais. Na forma localizada deve ser equacionada terapêutica combinada, incluindo quimioterapia, cistectomia radical e radioterapia, sendo que na doença sistémica a quimioterapia é o tratamento mais preconizado. Apesar de todas as estratégias, a sobrevida global descrita na literatura é extremamente baixa.

Nefrectomia radical unilateral laparoscópica em doente com oncocitose renal: Relato de um caso

Autores: Pedro Costa, Jorge Dias, Luís Carlos Costa, Paulo Espiridião, Luís Ferraz

Instituição: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE

Os oncocitomas renais representam 5% dos tumores renais primários. Em casos raros, na maioria das vezes associado à Síndrome de Birt-Hogg-Dubé, esta patologia pode apresentar-se multifocal e bilateralmente, denominando-se o quadro de oncocitose renal. Apesar do comportamento benigno, o diagnóstico diferencial com carcinoma de células renais cromóforo é difícil, pelo que não existe consenso quanto à melhor abordagem terapêutica destes casos.

Apresenta-se o caso de um homem de 75 anos, hipertenso, referenciado à consulta de Urologia por hematúria e múltiplas imagens renais sólidas hipocogénicas. Realizou tomografia computadorizada renal, que descreveu a existência de múltiplas lesões nodulares sólidas de características imagiológicas semelhantes (três à direita e quatro à esquerda, com dimensões entre 26 e 64mm), sugestivas de neoplasia renal bilateral multifocal. Foi realizada biópsia percutânea de uma das lesões, que foi sugestiva de oncocitoma renal. No entanto, dadas as dimensões das lesões, o risco de malignidade e atendendo à morbilidade associada a uma nefrectomia radical bilateral, optou-se por realizar uma nefrectomia radical contra-lateral por via laparoscópica. O resultado anatomo-patológico da peça operatória identificou um quadro de oncocitose renal. O doente está atualmente em vigilância, mantendo função renal preservada.

A oncocitose renal é um distúrbio raro, especialmente quando não associada à Síndrome de Birt-Hogg-Dubé. O presente caso reflete a dificuldade de diagnóstico desta patologia, bem como as dificuldades inerentes à melhor opção terapêutica nos doentes com oncocitose renal.

Hemorragia digestiva alta maciça: Metastização gastrointestinal de tumor testicular das células germinativas

Autores: João Dores, Rui Duarte Abreu, Pedro Bargão, Manuel Ferreira Coelho, Carrasquinho Gomes

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E.

Introdução:

O cancro do testículo representa uma entidade rara, mas constitui a principal causa de malignidade nos homens entre os 20 e 40 anos de idade.

Os tumores das células germinativas (TCGs) representam o sub-tipo histológico mais frequente e metastizam caracteristicamente para os gânglios linfáticos retroperitoneais, pulmões, fígado e cérebro. A metastização gastrointestinal é rara, com poucos casos descritos na literatura, com difícil diagnóstico e tratamento das complicações associadas.

Objectivos:

Demonstrar através de um caso clínico, uma forma apresentação rara de invasão do aparelho gastrointestinal num doente com um tumor das células germinativas do testículo.

Material e Métodos:

Apresentamos um caso de um doente de 38 anos com o diagnóstico de tumor das células germinativas testicular com metastização retroperitoneal (estadio IIC) e que desenvolve um quadro de hemorragia digestiva alta maciça (13 g/dl hemoglobina para 3 g/dl) após tratamento de Quimioterapia.

Discussão e Conclusão:

O envolvimento gastrointestinal pelos tumores das células germinativas metastizados é raro, podendo incluir o todo o tubo digestivo, com predominância pelo intestino delgado, particularmente o duodeno. A extensão directa do tumor a partir dos gânglios linfáticos retroperitoneais constitui a forma de invasão mais frequente. A obstrução intestinal e hemorragia parecem constituir a principal forma de apresentação, na altura do diagnóstico ou durante o tratamento.

O envolvimento secundário do aparelho gastrointestinal num tumor de células germinativas é na maioria dos casos um sinal de doença avançada e de mau prognóstico, com uma probabilidade de sobrevida em 5 anos inferior a 48%. A menos que haja necessidade de intervenção urgente com laparotomia exploradora ou por abordagem endoscópica, a quimioterapia deverá ser a forma inicial de tratamento.

Metástases cutâneas de carcinoma urotelial pós cistoprostatectomia radical – Apresentação de um caso

Autores: Ana Meirinha, Pedro Galego, Pedro Melo Rocha, João Magalhães Pina, Pedro Baltazar, Luís Severo, Luis Campos Pinheiro

Instituição: Serviço de Urologia do Hospital de São José - Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução:

As metástases cutâneas de carcinoma urotelial da bexiga são manifestações raras desta doença e estão associadas a mau prognóstico

Objectivos:

Apresenta-se um caso de metastização cutânea de carcinoma urotelial num doente do sexo masculino, 64 anos, submetido a cistoprostatectomia radical 3 meses antes.

Material e Métodos:

Revisão do processo clínico de doente.

Resultados e Conclusão:

Doente do sexo masculino, 64 anos foi submetido a cistoprostatectomia radical com linfadectomia e construção de conduto ileal por carcinoma urotelial de alto grau com invasão extensa da túnica muscular. A TAC toraco-abdomino-pélvica pré-operatória indicava doença localizada, sem adenopatias ou depósitos secundários. O exame histopatológico da peça operatória mostrou carcinoma urotelial de alto grau, residual, que atingia o córion, gânglios linfáticos sem metástases (T1N0M0). 3 meses pós-operatoriamente verificaram-se massas subcutâneas, indolores e duras do tórax e membros superiores. TAC toraco-abdomino-pélvica não mostrou outros sinais de doença disseminada. Foi realizada biópsia excisional de uma das massas e a histopatologia confirmou ser metástase de carcinoma urotelial de alto grau. As metástases cutâneas antecederam as manifestações generalizadas de doença recorrente em 6 semanas. O doente faleceu 4 meses após aparecimento de metástases cutâneas. Como a metastização cutânea dos carcinomas uroteliais é rara a suspeição clínica é importante para o diagnóstico. O diagnóstico definitivo é dado pelo exame histológico, sendo o prognóstico mau.

Uso de bulking agents no tratamento de incontinência urinária na mulher: Eficácia e sucesso – Revisão de casos

Autores: Ana Meirinha, Pedro Galego, Pedro Melo Rocha, João Magalhães Pina, Pedro Baltazar, Luís Severo, Luis Campos Pinheiro

Instituição: Serviço de Urologia do Hospital de São José - Centro Hospitalar de Lisboa Central

Introdução:

A incontinência urinária é um problema comum que causa grande impacto na qualidade de vida da mulher. O treino do pavimento pélvico é o tratamento de primeira linha e, quando este falha, os slings suburetrais são o tratamento cirúrgico gold standard. Os *bulking agents* periuretrais são uma opção terapêutica opcional, cuja eficácia é pouco definida pela escassez de estudos sobre os mesmos.

Objectivos:

Avaliar o sucesso da injeção peri-uretral de bulking agents no tratamento da incontinência urinária feminina (satisfação da doente e complicações) em doentes tratadas no serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Material e Métodos:

Foram revistos os processos das doentes submetidas a injeção de bulking agents peri-uretrais no Centro Hospitalar de Lisboa Central entre 2009 e 2012 – 48 doentes, e foram questionadas as doentes quanto a satisfação com o procedimento, grau de incontinência e complicações.

Resultados e Conclusão:

A satisfação global foi favorável, com baixa taxa de complicações pós-operatórias (queixas de dor pós-operatória em 4% das doentes) e melhoria das queixas de incontinência na 1ª consulta de seguimento (89%). No entanto, no seguimento verificou-se recidiva das queixas de incontinência em 42% das doentes. Este trabalho mostra que embora a satisfação inicial das doentes com a utilização de bulking agents seja elevada, os seus resultados a longo prazo não são duradouros, pelo que as doentes devem ser alertadas para este facto quando lhes é proposta intervenção.

Carcinoma de células renais mimetizando hemangioma do rim

Autores: Catarina Gameiro, Luís Monteiro, Sofia Pinheiro Lopes, Rui Formoso, Júlio Fonseca, Rui Sousa, Helena Oliveira

Instituição: Hospital Beatriz Ângelo, Loures

Introdução:

O diagnóstico dos tumores renais faz-se habitualmente num estadio precoce, e em cerca de 50-60% dos casos é incidental. Os sub-tipos histológicos mais frequentes são o carcinoma de células claras (70-80% dos casos) e o papilar (10-15%), mas são diversos os subtipos histológicos de carcinoma de células renais, e ente estes 1 a 3% são não-classificados.

Objectivos:

Apresentar e discutir um caso de tumor incidental do rim com histologia rara e prognóstico desconhecido.

Material e Métodos:

Descreve-se o caso de um doente do sexo masculino de 75 anos internado por patologia sistémica, a quem é diagnosticado incidentalmente um quisto complicado do rim direito com 3cm (Bosniak IV). Após tratamento da doença de base, é realizada nefrectomia parcial aberta com excisão completa da lesão.

Resultados:

O diagnóstico histológico revelou um carcinoma de células renais (Fuhrman 1) com estroma rico em vasos e raras células epiteliais. O pós-operatório decorreu sem complicações e um mês após a cirurgia o doente tem função renal estável, retomou a sua actividade habitual e está assintomático.

Discussão/Conclusão:

É expectável um bom prognóstico para este caso, uma vez que se tratou de uma lesão renal de pequenas dimensões, localizada, que foi completamente excisada, num doente assintomático e cujo exame histológico exclui transformação tumoral sarcomatóide. Ainda que haja poucos casos descritos deste tipo de apresentação histológica, o diagnóstico diferencial entre hemangioma renal e carcinoma parece depender da presença de células epiteliais carcinomatosas viáveis. Trata-se este caso de um dos escassos exemplos descritos de carcinoma de células renais mimetizando o hemangioma do rim.

Fracturas na linha – 5 anos de experiência no serviço de Urgência do CHLO

Autores: Renato Lains Mota, Filipe Alpoim Lopes, José Carlos Santos, Nídia Rolim, Tiago Rodrigues, Ana Covita, Hélder Monteiro

Instituição: Hospital Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Introdução:

A fractura peniana resulta de uma ruptura da albugínea dos corpos cavernosos por traumatismo do pénis em ereção. Trata-se de uma situação dramática com potencial para causar alterações psicológicas e funcionais na vida sexual do doente. O tratamento recomendado é cirúrgico e preferencialmente executado precocemente.

Objectivo:

Apresentar a experiência obtida no diagnóstico e tratamento de doentes com suspeita de fractura do pénis que recorreram ao serviço de urgência do CHLO nos últimos 5 anos.

Método:

Estudo retrospectivo descritivo mediante consulta dos processos clínicos e contacto telefónico com os doentes com o diagnóstico de fractura peniana entre 01 de Setembro de 2008 e 31 de Agosto de 2013.

Resultados:

Identificaram-se 7 casos de fractura peniana, seis dos quais durante coito vaginal e um associado a manipulação peniana. Todos os doentes referiram hematoma peniano (pénis em beringela). A crepitação com detumescência peniana foi identificada em 3 doentes. Optou-se por terapêutica conservadora num doente e os restantes foram tratados cirurgicamente, sendo a abordagem mais utilizada a incisão peniana subcoronal com deslucamento peniano (5). Identificou-se fractura do corpo esponjoso em 2 casos. Não há referência a alteração do tamanho, encurvamento peniano ou repercussão funcional no seguimento clínico.

Discussão:

A fractura peniana é uma patologia rara. O diagnóstico é clínico e a opção por tratamento conservador deve ser resguardado para a suspeita de pseudo-fractura peniana. O traumatismo da uretra ocorreu mais frequentemente do que o documentado. Os resultados funcionais obtidos são favoráveis.

Mesotelioma maligno da túnica vaginal – Da aparência inofensiva à doença agressiva

Autores: Rodrigo Ramos¹, Jorge da Silva¹, Marco Dorés², Rafael Cabrera³, Eduardo Silva¹

Instituições: ¹Serviço de Urologia. Instituto Português de Oncologia de Lisboa; ²Serviço de Urologia. Hospital de Faro; ³Serviço de Anatomia Patológica. Instituto Português de Oncologia

Introdução:

O mesotelioma maligno da túnica vaginal é uma neoplasia rara que se pode apresentar como hidrocele. O tratamento é dificultado pela elevada propensão para recidiva local e à distância e pela má resposta à radioterapia e quimioterapia inerentes à histologia de origem mesotelial. A sobrevida mediana é de apenas 24 meses.

Objetivo:

Comunicação de caso clínico com prolongada sobrevida em doença recorrente.

Material e Métodos:

Revisão de processo clínico.

Resultados:

Electricista de 49 anos, observado por desconforto e aumento de volume de hidrocele direito. A ecografia escrotal pré-operatória não apresentou outras alterações. No procedimento de cura cirúrgica de hidrocele verificou-se achado intraoperatório de espessamento de túnica vaginal com presença de vegetações esbranquiçadas. Foi realizada excisão alargada da lesão, cuja avaliação de anatomia patológica revelou mesotelioma maligno da túnica vaginal. O estadiamento com tomografia computadorizada excluiu envolvimento pleural ou peritoneal. Num segundo tempo cirúrgico foi realizada orquidectomia radical direita com hemiescrotectomia. O exame histológico comprovou margens livres. No 15º mês de seguimento foi identificada recidiva local com nódulo de 15 mm da pele escrotal que se excisou de forma alargada. Após 39 meses de seguimento o doente estava assintomático e sem nova recidiva.

Conclusão:

Este caso ilustra a dificuldade do diagnóstico pré-operatório do mesotelioma maligno da túnica vaginal bem como do controlo da doença. No entanto, o seguimento pós-operatório apertado e atitude agressiva perante a recidiva permitem melhorar o prognóstico da doença.

Litíase úrica – Um caso de sucesso da terapêutica oral isolada na dissolução de um cálculo coraliforme

Autores: Nídia Rolim, Renato Lains Mota, José Carlos Santos, Tiago Rodrigues, Filipe Alpoim Lopes, Hélder Monteiro

Instituição: Hospital Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Introdução:

A litíase úrica corresponde a cerca de 10% dos cálculos renais. São condições para a sua formação a supersaturação da urina com ácido úrico ($pK_a < 5,8$), a existência de hiperuricosúria e um débito urinário reduzido. Nestas condições, a cristalização de uratos pode surgir e promover a formação de cálculos de outra composição química. O tratamento quimiolítico dos cálculos de ácido úrico baseia-se na alcalinização da urina.

Objetivo:

Apresentação de um caso de litíase úrica obstrutiva tratado com citrato de potássio após desobstrução.

Caso Clínico:

Mulher de 69 anos que recorreu ao serviço de urgência por cólica renal esquerda associada a febre, náuseas e vómitos.

Efetou análises, ecografia renal e radiografia renovesical documentando-se urosépsis associada a litíase coraliforme radiotransparente obstrutiva. Decidiu-se derivação urinária com catéter duplo “J” com o desenvolvimento de choque séptico no pós-operatório imediato.

Após estabilização clínica iniciou terapêutica oral com citrato de potássio e reforço hídrico. Ajustou-se dose de citrato de potássio por forma a manter pH urinário entre 6.5-7.0. Oito meses após o início de terapêutica não se identificaram cálculos urinários, removeu o catéter duplo “J” e procedeu-se ao estudo metabólico sem identificação de factores de risco litogénicos.

Discussão/Conclusão:

A terapêutica quimiolítica oral é o tratamento de escolha para doentes com litíase úrica urinária não obstrutiva. Em caso de obstrução esta terapêutica deverá ser introduzida após desobstrução. A alcalinização urinária com pH alvo entre 6.5-7.2 é o objectivo terapêutico.

Ileocistoplastia de aumento com recurso a neobexiga ileal de studer

Autores: Ricardo Pereira e Silva¹, Geraldo Dias², Anatoly Sandul¹, Rodrigo Garcia¹, Álvaro Nunes¹, Rodrigo Ramos¹, Sandro Gaspar¹, José Palma dos Reis¹, Tomé Lopes¹

Instituições: ¹ Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte; ² Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho

Introdução:

A tuberculose genito-urinária (GU) pode ter consequências devastadoras no aparelho excretor, com deformação grave e consequente perturbação funcional.

Objectivos:

Salientar a importância de uma abordagem individualizada ao doente com sequelas de tuberculose GU de modo a seleccionar o procedimento mais adequado a cada caso.

Material e Métodos:

Descrevemos o caso clínico de um homem de 58 anos, nefrectomizado à direita, com bexiga de baixa capacidade e estenose do ureter distal à esquerda.

Resultados:

Doente submetido a nefrectomia direita por rim escleroatrófico e infeções urinárias de repetição em 2005. Em 2007, realizada RTU-P por sintomatologia do aparelho urinário inferior. A análise das peças operatórias foi negativa para tuberculose, tendo sido isolado *M.tuberculosis* apenas numa amostra de urina isolada, apesar de múltiplas análises prévias negativas. Realizada terapêutica antibacilar. No contexto de urosépsis, foi detetada ureterohidronefrose à esquerda tendo sido colocada nefrostomia. O estudo contrastado, *a posteriori*, confirmou estenose do ureter distal e bexiga de muito baixa capacidade (<20cc). Realizada ileocistoplastia de aumento utilizando a técnica habitualmente usada na neobexiga ileal de Studer, que permitiu uma anastomose ureteral à ansa aferente sem tensão, apesar do comprimento de ureter são diminuído bem como a obtenção de um reservatório de capacidade adequada. Quatro semanas após a cirurgia, a bexiga apresentava cerca de 250cc de capacidade, sem extravasões de contraste. O doente apresentou boa adaptação, com adequada capacidade de esvaziamento vesical e sensibilidade vesical à repleção presente.

Discussão/Conclusão:

A tuberculose GU pode ter efeitos devastadores. A cirurgia reconstrutiva, individualizada, pode desempenhar um papel fundamental no incremento da qualidade de vida destes doentes.

Resultados do overactive bladder questionnaire em doentes de cuidados de saúde primários

Autores: Ricardo Pereira e Silva¹, Teresa Rodrigues², Sara Oliveira³, João Brites³, Vasco Romão⁴, Marisa Neves⁵, Rodrigo Garcia¹, José Palma dos Reis¹, Tomé Lopes¹

Instituições: ¹ Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte ² Laboratório de Biomatemática, Faculdade de Medicina de Lisboa ³ USF arsMédica, Santo António dos Cavaleiros ⁴ Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Centro Hospitalar Lisboa Norte ⁵ Serviço de Medicina 4, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Introdução:

Sintomatologia leve pode estar presente muito antes do diagnóstico de bexiga hiperativa (BH). A aplicação de um questionário destinado a aferir a presença de sintomas urinários desta índole pode suportar essa hipótese e fornecer informação vital à compreensão desta entidade.

Objectivos:

Avaliar a presença e gravidade de sintomas de BH em doentes provenientes dos Cuidados de Saúde Primários, bem como o impacto dos mesmos na sua qualidade de vida.

Material e Métodos:

Estudo transversal, em que um questionário incluindo o OAB-q SF (OverActive Bladder questionnaire, Short Form) foi entregue a doentes maiores de 18 anos seguidos em consulta na USF arsMédica (Santo António dos Cavaleiros) entre Novembro de 2012 e Agosto de 2013.

Resultados:

Foram inquiridos um total de 235 doentes, com uma média etária global de 44.2 ± 16.9 anos, ligeiramente superior nos homens em relação às mulheres. Observou-se que 62.4% dos homens e 75.3% das mulheres possuem algum tipo de sintomatologia ainda que uma menor proporção de doentes reporte algum tipo de interferência na sua qualidade de vida pelos sintomas apresentados (43% dos homens e 58.3% das mulheres). Não se verificou significativo incremento da sintomatologia ($r_{sp} = 0.091$) ou decréscimo da qualidade de vida ($r_{sp} = -0.079$) associado ao aumento da idade.

Discussão/Conclusão:

No nosso estudo, os sintomas relativos a BH afetam de forma semelhante os doentes dos diferentes grupos etários e são, inclusivamente, mais frequentes nas mulheres. Estes dados contrariam a noção corrente de que os sintomas de BH estão grandemente relacionados com o envelhecimento e particularmente com a hiperplasia benigna da próstata, no homem.

Priapismo maligno – Metastização peniana por adenocarcinoma da próstata

Autores: Gaspar, S.¹, Nunes, A.¹, Garcia, R.¹, Pereira e Silva R.¹, Ramos, R.², Sandul, A.¹, Leitão, T.³, Dias, J.³, Lopes, T.⁴

Instituições: ¹Interno da especialidade de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte; ²Interno da especialidade de Urologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa; ³Assistente hospitalar do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte; ⁴Director do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução:

O priapismo maligno é uma ereção persistente causada por invasão dos seios cavernosos e sistemas venosos associados por células malignas. As lesões secundárias do pénis são raras. Têm origem, geralmente, nos órgãos da cavidade pélvica (próstata e a bexiga os mais comuns). O priapismo como primeira manifestação é ainda mais raro.

Objetivos:

Descrição de um caso raro de priapismo maligno com um desfecho trágico num curto espaço de tempo.

Caso Clínico:

V.F., caucasiano, 52 anos, recorre ao SU por ereção persistente, não dolorosa, associado a desconforto peniano e dor perineal, com um mês de evolução. À observação: pénis em tumescência parcial, corpos cavernosos rígidos, indolores. Próstata aumentada com nódulo central, mole, com cerca de 15mm de maior eixo. Evoluiu de forma catastrófica. Em 2 meses, a massa prostática palpável ao toque retal, histologicamente caracterizada como ADC da próstata Gleason 8 (5+3) progrediu para massa volumosa pélvica, envolvendo bexiga, próstata e base do pénis, com numerosas adenopatias regionais e metastização à distância. O priapismo persistiu. Desenvolve quadro de retorragias com repercussão hemodinâmica e necessidade de suporte transfusional. Evoluiu para Insuficiência Cardíaca Congestiva com edema agudo do pulmão hipotensivo acabando por morrer.

Discussão e conclusões:

As metástases penianas são raras, representando uma manifestação tardia de doença sistémica. Os tumores da próstata e os uroteliais são as malignidades mais comuns a metastizarem para o pénis. O tratamento passa pela excisão local da lesão, penectomia parcial ou total. A RT e/ou QT são indicadas no tumor irressecável. A SV média deste tipo de doentes é geralmente muito reduzida, de aproximadamente 9 meses.

Obstrução da junção uretero-pélvica – Da iatrogenia ao diagnóstico

Autores: Gaspar, S.¹, Sandul, A.¹, Nunes, A.¹, Garcia, R.¹, Ramos, R.², Pereira e Silva, R.¹, Oliveira, A.³, Martins, F.⁴, Dias, J.⁴, Lopes, T.⁵

Instituições: ¹Interno da especialidade de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte; ²Interno da especialidade de Urologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa; ³Interno da especialidade de Urologia do Hospital Central de Maputo, Moçambique; ⁴Assistente hospitalar do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte; ⁵Director do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução:

A cateterização urinária é um procedimento comum de execução técnica simples que continua a levantar surpresas ao urologista. A Obstrução da Junção Uretero-pélvica (OJUP) corresponde a uma disfunção significativa do transporte de urina do bacinete para o ureter. A maioria dos casos são congénitos podendo apenas ser problemáticos na idade adulta.

Objetivos:

Ilustrar o caso de uma cateterização ureteral de urgência, aparentemente sem intercorrências, mas complicada por trajeto invulgar submucoso do stent ureteral, envolvendo o bacinete e simulando o normal coiling do stent. A nova derivação permitiu o diagnóstico de OJUP cuja resolução foi também solução para a litíase da doente.

Caso Clínico:

C.N., sexo feminino, 36 anos, caucasiana. Recorreu ao SU por febre, dor lombar com irradiação para a FID, Murphy renal positivo à direita. Apresentava leucocitose com neutrofilia e PCR elevada, bem como sinais de IRA. Ureterohidronefrose dta com litíase radiopaca (5mm de maior diâmetro) no 1/3 médio do ureter dto. É proposta para derivação ureteral de urgência com pielografia retrógrada, constatando-se coil ureteral posicionado (aparentemente) no bacinete. Por agravamento clínico e analítico efetua TC abdómino-pélvica identificando-se lesão do 1/3 médio do ureter dto com stent extra-luminal no trajeto proximal. Efetuou URS sem sucesso na cateterização ureteral acabando por colocar nefrostomia. A nefrostografia identifica OJUP. Fez pielo-plastia laparoscópica resolvendo tanto a litíase como o a OJUP.

Discussão e conclusões:

A iatrogenia da derivação urinária permitiu chegar ao diagnóstico de uma OJUP. A resolução desta patologia garantiu solução para a uropatia obstrutiva litíásica.

Adenocarcinoma da próstata incidental em doentes submetidos a cistoprostatectomia radical

Autores: Gaspar, S.¹, Sandul, A.¹, Nunes, A.¹, Garcia, R.¹, Ramos, R.², Pereira e Silva, R.¹, Oliveira, A.³, Martins, F.⁴, Dias, J.⁴, Lopes, T.⁵

Instituições: ¹Interno da especialidade de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte; ²Interno da especialidade de Urologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa; ³Interno da especialidade de Urologia do Hospital Central de Maputo, Moçambique; ⁴Assistente hospitalar do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte; ⁵Director do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução:

O tumor urotelial da bexiga é responsável por 90-95% dos carcinomas uroteliais. O adenocarcinoma da próstata (CaP) é a neoplasia maligna visceral mais comum no sexo masculino e das principais causas de morte. A coexistência de ambos os tumores no mesmo indivíduo é considerada comum. A cistoprostatectomia radical com linfadectomia e derivação urinária é o tratamento *gold-standard* para doentes com carcinoma urotelial vesical invasivo. O envolvimento da próstata por carcinoma urotelial (CUP) em amostras de cistoprostatectomia radical está em cerca 12-40%, geralmente por extensão direta de tumores do trígono ou do colo vesical. O CaP incidental está descrito como presente em cerca de 27% dos cistoprostatectomizados.

Objetivos:

Ilustrar a presença de CUP e CaP incidental em doentes submetidos a cistoprostatectomia radical no nosso serviço

Material e Métodos:

Os dados clínicos referentes a 69 homens, no período compreendido entre 2008 e 2013 na nossa instituição foram analisados retrospectivamente.

Resultados:

15 doentes em 69 tinham evidência de CaP incidental, 8 deles multifocais. A maioria sem doença extracapsular (13 doentes em estágio pT2). Um com margem cirúrgica positiva. Três casos de tumores com >3cc e dois clinicamente significativos. 16 doentes tinham CUP, na sua maioria (8) a invadir o estroma prostático e o músculo periuretral (pT2), e 3 casos de invasão capsular prostática.

Discussão e Conclusões:

A taxa de CaP incidental identificada foi de 21.7% próximo daquele encontrado na literatura, no entanto, altamente variável. A avaliação pré-operatória não pode ser apenas centrada no tumor vesical. A taxa de CUP identificada nesta revisão foi de 23.2%. O prognóstico assenta mais na extensão do envolvimento do estroma prostático do que na forma de invasão.

Psicofármacos... Causa ou consequência da Incontinência Urinária?

Autores: Carlos Ferreira, Tiago Correia, Andre Cardoso, Manuel Cerqueira, Frederico Reis, Martinho Almeida, Rui Prisco

Instituição: Hospital Pedro Hispano - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução e Objectivo:

Estudos recentes têm levantado a hipótese etiológica da relação entre os psicofármacos e a incontinência urinária (IU)*. Este trabalho visa apresentar a prevalência do uso de medicação benzodiazepínica e antidepressiva em mulheres com IU de esforço ou mista.

Material e Métodos:

Foram analisados os registos clínicos de 216 mulheres submetidas a cirurgia de correção de IU de esforço na nossa instituição de 2010 a 2013. O tipo de incontinência foi definido de acordo com os sintomas na primeira consulta e confirmados com estudo urodinâmico. A IU foi definida como a perda de urina com uma frequência superior ou igual a 1 vez/semana no último ano. Todos os psicofármacos utilizados no último mês foram considerados.

Resultados:

A prevalência do uso de psicofármacos em mulheres submetidas a cirurgia de correção da IU foi de 42,6%. A prevalência do uso de benzodiazepinas, antidepressivos ou ambos foi de 17,6%, 13,9%, 11,2% respectivamente. A mediana da idade da amostra foi de 56 anos (variação, 33-85). Não houve diferenças estatisticamente significativas entre o uso de psicofármacos e a existência de um componente misto na IU de esforço. Comparando, a percentagem de mulheres incontinentes com populações de mulheres de outros estudos com faixas etárias semelhantes constatamos a presença de diferenças significativas no consumo de psicofármacos entre ambas (p<0,05).

Conclusões:

Apesar deste estudo não poder determinar causalidades ou consequências, a nossa análise incita a que os psicofármacos sejam mais investigados em análises longitudinais de risco de modo a determinar a sua influência sobre os sintomas urológicos.

*Tsakiris P, Oelke M and Michael MC: Drug-induced urinary incontinence. *Drugs Aging* 2008; 25: 541

*Steele AC, Kohli N, Mallipeddi P et al: Pharmacological causes of female incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1999; 10:106

Prostatectomia radical retropúbica: Complicações intra-operatórias e pós-operatórias precoces – Experiencia de 5 anos do serviço de Urologia e Transplantação Renal CHUC-HG

Autores: Maria José Freire, Edgar Tavares Silva, Luís Sousa, Alfredo Mota

Instituição: Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução:

A prostatectomia radical retropúbica (PRR), muitas vezes acompanhada de linfadenectomia pélvica bilateral (LDN), é uma das opções terapêuticas para o tratamento do carcinoma da próstata localizado, com excelente controlo da doença a longo-prazo. No entanto não é isenta de morbilidade.

Objetivos:

Avaliação retrospectiva da mortalidade e morbilidade intra e pós-operatória precoce (até 30 dias), assim como necessidade de recorrência ao Serviço de Urgência (SU) e reinternamento nesse mesmo período, utilizando a classificação de Clavien modificada.

Material e Métodos:

Foram analisados 273 processos de doentes submetidos a PRR e LDN entre 2007 e 2012, inclusivé, no Serviço de Urologia e Transplantação Renal CHUC-HG.

Resultados:

A hemorragia com necessidade de suporte transfusional foi a complicação intra-operatória mais frequente, tendo ocorrido em 16,8% dos casos. Nos 30 dias seguintes à cirurgia, as complicações médicas e cirúrgicas foram de 2,9% e 20,9%, respetivamente. A infeção da ferida operatória (Grau I), fístula urinária (Grau I) e linfocele (Grau II), presentes em 8,4%, 4,03% e 3,3% dos doentes, respetivamente, foram as complicações cirúrgicas mais frequentes. A taxa de mortalidade foi de 0%. Apenas 23 doentes recorreram ao SU e 2 necessitaram de reinternamento.

Conclusão:

A PRR com LDN é um procedimento seguro e com baixa taxa de complicações precoces, sendo as mais frequentes de baixa gravidade. A classificação de Clavien modificada oferece um meio padronizado e prático para relato de complicações cirúrgicas, necessário para avaliar objectivamente os dados e facilitar comparações entre instituições.

Biomarcador para avaliar a fertilidade masculina

Autores: António Patrício, Joana Vieira Silva, Nuno Maia, Margarida Fardilha

Instituições: Hospital Infante D. Pedro, Aveiro – CHBV; Universidade de Aveiro

Introdução:

É essencial melhorar os critérios para avaliar a qualidade seminal uma vez que a análise convencional tem muitas limitações: é baseada em observações subjectivas, tem um prognóstico limitado para a capacidade de fertilização ou para o resultado de procedimentos de Procriação Medicamente Assistida, e não fornece um diagnóstico para a causa da infertilidade.

Objectivo:

Pretende-se estudar o potencial de um marcador molecular apoptótico (PARP clivada, cPARP) para avaliar a qualidade seminal de forma precoce, objectiva, específica e simples do ponto de vista metodológico.

Material e Métodos:

Foram analisados os parâmetros seminais convencionais e os níveis de expressão proteica da cPARP em espermatozoides de 36 voluntários, em dois momentos: uma semana antes e uma semana após as festividades académicas. A semana académica oferece um modelo de estudo ideal em razão das múltiplas e repentinas alterações no estilo de vida que conduzem a danos na fertilidade masculina.

Resultados:

Os resultados demonstraram que alterações agudas do estilo de vida durante a semana académica estão associadas a uma diminuição na concentração de espermatozoides ($p=0,007$), no número total de espermatozoides no ejaculado ($p=0,0008$), no volume ($p=0,00182$), um aumento nos defeitos morfológicos ($p=0,00076$) e um aumento concomitante de 53% nos níveis de cPARP nos espermatozoides ($p=0,0003$).

Discussão/Conclusão:

A cPARP é um biomarcador que detecta espermatozoides que se encontram em estádios iniciais de apoptose. É portanto capaz de identificar amostras com uma elevada percentagem de espermatozoides funcionalmente deficientes, mesmo que ainda conservem parâmetros seminais convencionais normais.

Carcinoma incidental da próstata – Experiência de 4 anos

Autores: Álvaro Nunes, Anatoliy Sandul, Rodrigo Garcia, Ricardo Silva, Sandro Gaspar, Sérgio Pereira, Tomé Lopes

Instituição: Hospital de Santa Maria

Introdução:

Antes da utilização generalizada do PSA a maioria dos carcinomas da próstata localizados [CaP] eram identificados apenas através do exame patológico de fragmentos de ressecção transuretral da próstata [RTUP] ou de peças de adenomectomia aberta [AA], com taxas de detecção entre 10 e 30%. Actualmente a taxa de CaP incidental diminuiu para 5-8%. Estudos recentes revelam que o CaP incidental nem sempre é indolente, com taxas de mortalidade específica por CaP até 26,6% aos 10 anos.

Objectivo:

O objectivo do nosso trabalho retrospectivo é avaliar a taxa de CaP incidental na nossa instituição durante um período de 4 anos.

Métodos:

Foram analisados os processos de todos os doentes submetidos a RTUP e AA no nosso centro durante um período de 48 meses (2008 a 2012). Em todos dos doentes com CaP incidental, as variáveis analisadas foram a idade, PSA pré-operatório, densidade PSA, estadio T, score Gleason (SG), abordagem terapêutica e progressão do PSA.

Resultados:

De um total de 965 procedimentos (673 RTUP's e 292 AA), em 3,83% (n=37) foi detectado CaP incidental. A média de idade foi 71,9 ($\pm 8,5$) anos, PSA pré-operatório foi 5,0 ($\pm 4,32$)ng/ml; 48,6% (n=18) dos doentes tinham doença em estadio T1a e 51,4% (n=19) tinham T1b. Foram seguidos 26 doentes com uma média de seguimento de 20 (± 13) meses; 50%(n=13) foram tratados com terapêutica expectante [TE], 15,4% (n=4) com radioterapia externa [RTE], 7,7% (n=2) com prostatectomia radical [PR] e 26,9%(n=7) com terapêutica hormonal [TH]. PSA médio à data de follow-up foi 2,59 ($\pm 2,18$)ng/ml. Verificou-se progressão do PSA num doente tratado com RTE. Outro doente teve progressão do PSA sob TH e outro recorrência bioquímica após PR.

Conclusão:

Apesar do uso sistemático do PSA, o CaP incidental não é infrequente, sugerindo que os métodos de detecção precoce nem sempre são eficazes. Estudos recentes demonstram taxas de mortalidade específica por CaP significativas o que obriga a seguimento cuidadoso destes doentes.

Urinary Rhabdosphincter Bioengineering – A Decellularized Urethra Matrix for Modeling SUI *In Vitro* and Tissue Engineering Applications

Autores: ¹Á.N. Simões, ²S. Soker, ²A. Atala, ¹J.M.S. Cabral, ¹C.L. da Silva, ²P.M. Baptista, ³C. Marialva, ³N. Figueira and ³P. Vale

Instituição: ¹Department of Bioengineering and IBB-Institute for Biotechnology and Bioengineering, Instituto Superior Técnico, Technical University of Lisbon, Lisboa, Portugal, ²Wake Forest Institute for Regenerative Medicine, Winston-Salem, NC, USA, ³Serviço de Urologia, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Introduction:

Stress urinary incontinence (SUI) is related, among others, with the malfunction of the closure mechanism of the rhabdosphincter, which is constituted by skeletal muscle cells.[1, 2] There are several *in vivo* models for SUI, but no *in vitro* model has been developed so far.[2] The aim of this study is to establish a reliable *in vitro* model of rhabdosphincter for the development and screening of new drugs and therapies for SUI.

Materials and Methods:

The urethras from piglets were harvested and decellularized using different concentrations of Triton X-100 or sodium dodecyl sulfate (SDS) and a system based on agitation (60 rpm) and perfusion (40 mL/min). The tissue was exposed to 5 cycles of 24 hours each. The efficiency of cell removal on decellularized urethras was assessed by Hematoxylin & Eosin (H&E) staining and confirmed by DNA extraction. The presence and localization of collagens I-IV, elastin, fibronectin and laminin was evaluated by immunofluorescence staining. Total collagen, elastin and glycosaminoglycans (GAGs) were also quantified by specific colorimetric assays.

Results and Discussion:

From all the solutions that were tested, only 0.5% and 1% SDS solutions successfully decellularized the urethra, as shown by H&E, which revealed no purple basophilic staining (nuclear material). DNA quantification revealed that 0.5% SDS solution removed 93.4 \pm 2.6% of DNA material, while 1% SDS removed 96.1 \pm 0.0%. Both solutions removed more than 90% of total DNA (similar to the values reported in the decellularization of liver, heart, lungs and kidney) [3-5][4], nevertheless the studies were pursued with the 0.5% SDS solution since it has a lower concentration of detergent and it is less aggressive over the proteins of the extracellular matrix (ECM). Immunofluorescence staining indicated no major loss or modification of ECM proteins localization; however, the presence of elastin and fibronectin in the acellular ECM was lower compared to native tissue. Quantification of the total amount of ECM proteins showed no major differences between native tissue and acellular scaffold.

Conclusions:

Our results indicate that this dynamic decellularization of the urethra was able to remove up to 93% of the total DNA while preserving ECM chemistry and localization. Future studies include recellularization of the scaffold, where cell adhesion, proliferation and most importantly, recovery of rhabdosphincter function, will be assessed.

References:

- [1] Mitterberger, M., Pinggera, G. M., Marksteiner, R., Margreiter, E., et al., Functional and histological changes after myoblast injections in the porcine rhabdosphincter. *European urology* 2007, 52, 1736-1743. [2] Zini, L., Lecoquer, C., Swieb, S., Combrisson, H., et al., The striated urethral sphincter of the pig shows morphological and functional characteristics essential for the evaluation of treatments for sphincter insufficiency. *The Journal of urology* 2006, 176, 2729-2735. [3] Arenas-Herrera, J. E., Ko, I. K., Atala, A., Yoo, J. J., Decellularization for whole organ bioengineering. *Biomed Mater* 2013, 8, 014106. [4] Ott, H. C., Matthiesen, T. S., Goh, S. K., Black, L. D., et al., Perfusion-decellularized matrix: using nature's platform to engineer a bioartificial heart. *Nature medicine* 2008, 14, 213-221. [5] Baptista, P. M., Siddiqui, M. M., Lozier, G., Rodríguez, S. R., et al., The use of whole organ decellularization for the generation of a vascularized liver organoid. *Hepatology* 2011, 53, 604-617.

Ressecção transuretral prostática bipolar (b-rtup): Experiência do serviço de Urologia do Hospital Beatriz Ângelo

Autores: Sofia Pinheiro Lopes, Catarina D. Gameiro, Rui Formoso, Júlio Fonseca, Luís Abranches Monteiro, Rui Sousa

Instituição: Hospital Beatriz Ângelo, Loures

Introdução:

O gold standard da ressecção transuretral prostática continua a ser a ressecção monopolar, contudo, nos últimos anos o aparecimento da ressecção bipolar parece ter demonstrado algumas vantagens nomeadamente na segurança peri-operatória, com resultados funcionais demonstrados a curto e médio prazo. Neste momento a opção pela ressecção transuretral prostática bipolar (B-RTUP) depende essencialmente da disponibilidade de material e da experiência do cirurgião.

Objectivos:

Avaliação dos resultados funcionais e das complicações peri- e pós-operatórias dos doentes submetidos a B-RTUP na nossa instituição.

Material e Métodos:

Foram avaliados os doentes submetidos a B-RTUP (N=141), de 06/2012 a 08/2013 (18 meses). A avaliação incluiu parâmetros peri- e pós-operatórios, registo das complicações e resultados funcionais.

Resultados:

Apresentam-se as características da população submetida a B-RTUP, assim como os resultados funcionais e as complicações peri- e pós-operatórias (transfusões e hemorragia com necessidade de re-intervenção, síndrome RTU, retenção urinária aguda, estenose da uretra e do colo vesical).

Conclusões:

A B-RTUP está associada a redução do risco de síndrome RTU e do número de transfusões, número reduzido de readmissões pós-operatórias e resultados funcionais idênticos aos da ressecção transuretral prostática monopolar.

Nefrolitotomia percutânea: Decúbito ventral vs. Decúbito dorsal

Autores: Pedro Valente, Hélder Castro, Fernando Vila, Joaquim Lindoro

Instituição: Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

Introdução:

Tradicionalmente, a nefrolitotomia percutânea (NLPC), tem sido realizada na posição de decúbito ventral (DV) mas na última década, a posição de decúbito dorsal (DD) ganhou grande aceitação entre a comunidade urológica.

Objectivos:

Descrição da casuística do serviço referente à NLPC e comparação dos seus resultados na posição de DV vs. DD.

Material e Métodos:

Análise retrospectiva, com base nos registos clínicos, de todos os casos de NLPC realizados no nosso hospital. Desde Setembro de 2008 a Junho de 2013 foram realizadas 81 NPCL, 46 das quais com o doente na posição de DV e 35 com o doente em DD. O sucesso terapêutico foi definido como ausência de fragmentos residuais ou fragmentos ≤ 5 mm no seu maior eixo. A análise estatística foi realizada usando o programa IBM SPSS Statistics 20.0

Resultados:

Ambos os grupos, DV vs. DD são semelhantes em termos de idade média (48,1 vs. 51,4 anos, $p=0,294$) proporção mulheres: homens (36:10 vs. 24:11, $p=0,465$), Índice de massa corporal médio (27,8 vs. 29,4 Kg/m², $p=0,251$), percentagem de cálculos coraliformes (67,4% vs. 74,3%, $p=0,666$) e tamanho médio dos cálculos (37 vs. 36mm, $p=0,861$). A média do tempo operatório foi 179 min. em DV e 117 min. em DD, ($p<0,001$).

A taxa de sucesso após o primeiro tratamento de NLPC foi 45,7% em DV e 62,9% em DD ($p=0,124$).

A taxa de sucesso global após terapêuticas adjuvantes (Litotricia extracorporeal, cirurgia retrógrada intra-renal, ureterorenoscopia ou NLPC) foi 82,6% em DV e 91,4% em DD. ($p=0,140$)

As complicações relevantes identificadas no grupo da NLPC em DV foram: 1 caso de abscesso renal (Grau IIb da Classificação de Clavien (CC)), 1 caso de urossépsis (Grau IVb CC) e 3 casos de necessidade de transfusão sanguínea (Grau II CC).

No grupo da NLPC em DD identificaram-se 2 casos de pielonefrite (Grau II CC) e 1 caso de necessidade de transfusão sanguínea (Grau II CC).

Conclusões:

Apesar do grande número de cálculos coraliformes incluídos nesta série, realçamos que a NLPC é segura e apresenta boa taxa de sucesso global.

O tempo operatório foi significativamente menor no grupo da NLPC em DD mas não houve outras diferenças significativas nos resultados e complicações entre as duas posições.

Carcinoma de células renais com trombose de tipo IV da veia cava inferior apresentando-se como síndrome de Budd-Chiari

Autores: Rodrigo Garcia, Álvaro Nunes, Sandro Gaspar, João Varela, Helena Correia, Tomé Lopes

Instituição: Serviço de Urologia, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução:

O envolvimento venoso da veia cava inferior (VCI) ocorre em 4 a 10% dos casos de carcinoma de células renais (CCR). Destes, 2-10% apresentam extensão à aurícula direita.

A síndrome de Budd-Chiari (SBC) é provocada pela obstrução da drenagem venosa hepática que pode, muito raramente, ser provocada pela invasão da VCI por trombo tumoral de CCR.

Objectivos:

Apresentar uma forma extremamente rara e grave de manifestação de CCR.

Material e Métodos:

Descrevemos o caso clínico de um doente, a quem foi diagnosticado CCR com extensa trombose tumoral da VCI, apresentando-se clinicamente como SBC.

Resultados:

Um doente de 47 anos, recorreu ao serviço de urgência apresentando um quadro com 15 dias de evolução de dor abdominal à direita, edema bilateral dos membros inferiores, ascite, icterícia e evidência de circulação venosa colateral abdominal.

Analicamente salientava-se significativa alteração da função hepática.

A Tomografia Computorizada evidenciava massa volumosa ocupando a metade inferior do rim direito com trombo tumoral na veia renal e extensão ao longo da VCI até à aurícula direita, envolvendo as veias supra-hepáticas. Trombo hipodenso (não tumoral) da VCI desde as veias renais à bifurcação ilíaca.

Procedeu-se a Nefrectomia Radical e Trombectomia da VCI, com recurso a circulação extracorpórea e implicando atriectomia direita e extensa cavotomia longitudinal. Exame anatómico-patológico revelou CCR do tipo células claras.

Apesar de favorável evolução clínica no pós-operatório imediato, o doente faleceu ao 10º dia por insuficiência hepática.

Discussão/Conclusão:

A SBC é uma entidade rara em Urologia, podendo ocorrer em casos de CCR com trombo tumoral na VCI e envolvimento das veias hepáticas.

O diagnóstico precoce demonstra-se fulcral além do tratamento cirúrgico breve, de forma a evitar a insuficiência hepática e progressão da doença.

Nefrectomia parcial laparoscópica: Experiência de 2 anos do serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Lisboa Norte

Autores: Rodrigo Garcia, Tito Leitão, Sérgio Pereira, Tiago Mendonça, João Varela, Helena Correia, Tomé Lopes

Instituição: Serviço de Urologia, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução:

A Nefrectomia Parcial constitui actualmente, o procedimento indicado em tumores renais de estadio clínico T1, sempre que tecnicamente exequível.

A Nefrectomia Parcial por via Laparoscópica tem-se afirmado em muitos centros, como alternativa viável à cirurgia aberta, combinando os benefícios de uma intervenção minimamente invasiva com a eficácia.

Objectivos:

Avaliar a prática corrente e os resultados da Nefrectomia Parcial Laparoscópica no Serviço de Urologia do CHLN.

Material e Métodos:

Foram analisados retrospectivamente todos os procedimentos de Nefrectomia Parcial Laparoscópica, no período compreendido entre Agosto de 2011 e Julho de 2013.

Resultados:

Foram realizados 10 procedimentos. A idade média dos doentes foi de 65,3 anos, verificando-se predomínio do sexo masculino (80%).

A dimensão média dos tumores tratados foi de 2,5cm.

90% dos casos apresentava estadio clínico T1a e somente 10% estadio T1b.

As durações médias da intervenção e internamento foram de 171 minutos e 4,6 dias, respectivamente.

A taxa de conversão foi de 10%, não se registando re-intervenções.

Quanto aos resultados anatómico-patológicos, 20% dos tumores operados revelaram-se benignos, 40% CCR de células claras, 30% variante cromófila e 10% variante papilar.

12,5% dos casos apresentaram margens cirúrgicas positivas.

Taxa de complicações de 30%.

Não foram registados casos de recidiva tumoral durante o período de seguimento analisado.

Discussão/Conclusão:

A Nefrectomia Parcial Laparoscópica demonstra-se segura e apresenta baixa taxa de complicações sendo uma alternativa em tumores renais localizados de pequenas dimensões.

O ainda reduzido período de seguimento, nalguns doentes desta série, poderá ter influenciado os resultados oncológicos apresentados.

Metástase peniana, um achado raro – Caso clínico

Autores: Sofia Santos Lopes, Rui Duarte Abreu, Miguel Lourenço

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E.

Introdução:

O primeiro caso de metastização peniana foi descrito em 1870, tratando-se de um diagnóstico raro. Os tumores primários mais frequentemente associados são os tumores da bexiga e da próstata.

Objectivo:

Apresentar um caso clínico de metastização peniana com origem primária em adenocarcinoma do recto.

Métodos:

Doente do sexo masculino, 81 anos, com antecedentes pessoais de adenocarcinoma do recto, submetido a amputação abomino-perineal em Abril 2012 com quimioterapia e radioterapia neoadjuvante. Admitido na Consulta de Urologia em Novembro 2012 por dor peniana intensa e rigidez difusa do pénis com 5 semanas de evolução. Clinicamente com fibrose dos corpos cavernosos, sem soluções de continuidade e sem adenomegalias inguinais. Foi proposto para biópsia peniana.

Resultados:

A análise histológica foi compatível com metastização de adenocarcinoma de origem colo-rectal.

Discussão:

As metástases penianas são extremamente raras, sobretudo as de origem intestinal. O seu diagnóstico cursa com doença metastática avançada e o prognóstico é reservado, com expectativa média de vida inferior a um ano.

Causas de reinternamento no serviço de Urologia: Casuística de um ano no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

Autor: A. Silva

Instituição: Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca – Amadora/Sintra (HPDFF)

O presente estudo é retrospectivo. Foi feito o levantamento e análise das causas de internamentos no HPDFF, entre 01 de Agosto de 2012 e 01 de agosto de 2013, utilizando os registos clínicos das listagens informáticas existentes.

Como objectivos definiu-se: a caracterizar amostra; identificar o período (<=30; entre 30 e 60; entre 60 e 90 dias) com maior reinternamento; listar as principais causas desse reinternamento; calcular o número de dias de internamentos/reinternamentos; aferir se as taxas de reinternamento estão relacionadas ao número de dias do internamento anterior; determinar o intervalo de dias que separa o reinternamento do internamento anterior, e procurar esclarecer se o intervalo de dias para o reinternamento aparece associada a patologia/causa de internamento;

O estudo engloba um total de 2008 reinternamentos, com uma distribuição de H/M ~3:1 (1451/557). Os períodos de reinternamento foram devidamente caracterizado segundo os objectivos expostos. Por se destaca com maior nº de casos, com o total de 192 casos, o período precoce (<=30 dias) foi este o escolhido como para alvo de desenvolvimento do poster.

A listagem das principais causas de reinternamento, encontram-se em elaboração atendendo à multiplicidade de motivos de internamento em causa. Restantes objectivos em fase de conclusão para apuramento de resultados.

Casuística do serviço de Urologia do Hospital Beatriz Ângelo

Autores: Rui Sousa, Júlio Fonseca, Luís Monteiro, Rui Formoso, Sofia Lopes e Catarina Gameiro

Instituição: Hospital Beatriz Ângelo, Loures

Introdução:

Decorrido um ano de funcionamento de um novo serviço de urologia na área da grande Lisboa apresentam-se os resultados da sua atividade assistencial.

A atividade de todos os serviços de urologia decorre dos contratos-programas estabelecidos com ACSS, mas também e sobretudo, da população a seu cargo, nas suas diferenças e particularidades. São também em análise sumária o reflexo da qualidade e organização da rede de cuidados de saúde primários.

Os autores entendem que a apresentação destes resultados, além de constituir um dever institucional perante a comunidade urológica nacional, servem como base para uma avaliação crítica de uma preocupação transversal à urologia nacional: *do que fazemos, para onde queremos ir e como vamos*, e podem servir de base a uma reflexão mais abrangente e comparativa.

Objectivos:

Apresenta-se a casuística global do serviço, decorrido o seu primeiro ano de funcionamento.

Material e Métodos:

Modelo de funcionamento do serviço, contrato-programa, análise dos principais dados estatísticos e indicadores de satisfação.

Resultados:

Apresentam-se os resultados respeitantes à atividade assistencial do primeiro ano do serviço, subdivididos por grandes grupos de diagnóstico.

Conclusões:

A apresentação de um novo serviço de urologia é um dever institucional, com a responsabilidade e sentido de missão que é comum a todo o corpo clínico urológico e transversal ao Hospital Beatriz Ângelo. O Congresso da Associação Portuguesa de Urologia é o local privilegiado e adequado para o fazer.

Circuncisão – 2 anos de experiência e grau de satisfação no novo centro integrado de cirurgia de ambulatório do Centro hospitalar do Porto

Autores: Daniel Oliveira Reis; Diogo Gil Sousa; Avelino Fraga; Severino Ribeiro

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital de Santo António - Centro Hospitalar do Porto

Introdução e Objectivos:

A circuncisão é um procedimento cirúrgico urológico amplamente realizado em regime de ambulatório. Este trabalho tem como objectivo descrever a população-alvo e os resultados do Centro Hospitalar do Porto (CHP) desde a criação do Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA).

Materiais e Métodos:

Foram revistos retrospectivamente os processos de doentes submetidos a circuncisão entre abril de 2011 e abril de 2013. Contactaram-se os doentes para avaliar o Grau de Satisfação (grau 1 a 5) com a cirurgia e o CICA. Correlaciona-se este com a presença de complicações, através do teste Qui-quadrado. As variáveis contínuas estão representadas como média e desvio padrão. A significância estatística foi definida para $p < 0.05$.

Resultados:

191 doentes foram submetidos a circuncisão neste período, correspondendo a 35% dos procedimentos cirúrgicos urológicos realizados em regime de ambulatório. 94% dos procedimentos foram efectuados com anestesia geral ou combinada e apenas 6% local. 1.5% apresentou complicações precoces (<28 dias) e 1% apresentou complicações tardias (=28 dias). 64% responderam a entrevista telefónica, apresentando-se Satisfeitos e Muitos Satisfeitos (Grau 4 e 5, respectivamente) em 97,5% dos casos com a Cirurgia e 100% com as condições e regime de Ambulatório.

	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)	41	±19
ASA	1.7	±0.7
Tempo de cirurgia (minutos)	32	±11
Primeira consulta pós-operatória (dias)	25	±17

Conclusões:

Os resultados de circuncisão obtidos no CHP são comparáveis com outros centros, principalmente tendo em conta serem realizados por cirurgiões no início da curva de aprendizagem. Não houve associação estatística dos doentes não-satisfeitos com o grau de complicações, pelo que serão necessários mais estudos para perceber quais as consequências prejudiciais da circuncisão.

Síndrome de dor lombar e hematuria – Quando a cólica renal não termina

Autores: Alexandra Mesquita, Rui Eusébio, Estevão Lima

Instituição: Hospital de Braga

Introdução:

A Síndrome de Dor Lombar e Hematúria (SDLH) é uma síndrome dolorosa rara, que se manifesta por episódios recorrentes de dor no flanco e hematúria. Esta condição representa um desafio clínico, pela ausência de achados físicos, desconhecimento da sua fisiopatologia, etiologia e dificuldade no tratamento. A SDLH foi descrita pela primeira vez em 1967, desde então, várias centenas de casos foram relatados. No entanto, o diagnóstico SDLH continua a gerar controvérsia.

Objetivos:

Chamar a atenção para a SDLH, condição mal compreendida e pouco conhecida, que conduz a perda de qualidade de vida e recorrência aos cuidados de saúde por parte do doente.

Materiais e Métodos:

Apresentamos 2 casos; mulher de 36 anos, que após episódio de cólica renal por uropatia obstrutiva litiásica à esquerda manteve dor sustentada, no flanco esquerdo, e homem de 40 anos, com dor recorrente no flanco esquerdo e microhematúria com 1,5 anos de evolução, após episódio de cólica renal por uropatia obstrutiva litiásica esquerda. Em ambos os casos, diagnosticou-se SDLH após toda a investigação incluindo; cultura e citologia urinária, tomografia renopélvica, urografia endovenosa e bioquímica renal se revelar infrutífera para a causa de manutenção das queixas.

Resultados:

Não se aplica

Conclusão:

A SDLH pode ser responsável por vários dos casos de menor sucesso no manejo de cólica renal, associada ou não a litíase. Mas o desconhecimento desta entidade faz com que não seja sequer ponderada na investigação. O urologista deve reconhecer a SDLH para oferecer um diagnóstico e o melhor tratamento ao doente.

Correlação entre presença de complicações e grau de satisfação em cirurgia urológica de ambulatório

Autores: Diogo Gil Sousa; Daniel Reis; Filipe Coutinho; José Soares; Avelino Fraga

Instituição: Hospital Geral de Santo António, Porto

Introdução:

O novo Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA) do Centro Hospitalar do Porto (CHP), inaugurado em Março/2011, desenvolveu-se em torno de um paradigma de inovação e protocolos de actuação precisos.

Objectivo/Material e Métodos:

Análise de complicações e Grau de Satisfação dos doentes (Grau 1 a 5) intervencionados por Urologia nos primeiros 2 anos do CICA, e seu correlacionamento através do teste χ^2 .

Resultados:

550 doentes intervencionados entre Março/2011 e Abril/2013, predominantemente do género masculino (96,4%), idade média 43,5 anos e risco anestésico (ASA médio) 1,7.

Principais patologias abordadas: fimose (34,0%), hidrocele (22,7%), varicocele (10,0%), freio curto isolado (6,9%). Tempo cirúrgico médio 31,71min +/- 14,32.

Taxa de complicações precoces (<28 dias) 4,9% e complicações tardias (=28 dias) 1,3%, com mediana de tempo entre cirurgia e complicação 8,5 dias.

371 doentes (67,5% da população) responderam a entrevista telefónica, apresentando-se Satisfeitos e Muitos Satisfeitos (Grau 4 e 5, respectivamente) em 94,3% com a Cirurgia e 98,4% com condições e regime de Ambulatório.

Correlação entre presença de complicações (precoces e tardias) com Grau de satisfação (Grau <4 Vs =4), revelou-se estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre Menor Grau de Satisfação com Cirurgia (Grau <4) e presença de complicações precoces e tardias. Quanto ao Grau de Satisfação com condições e regime de Ambulatório, esta correlação só apresentou significância estatística para complicações tardias.

Conclusão:

Presença de complicações determinou menor Grau de Satisfação com o procedimento cirúrgico. A presença de complicações (precoces e na globalidade) não prejudicou a Apreciação Global dos doentes com as condições e regime de Ambulatório.

CaIncro do testículo: Nível de conhecimento e realização do auto-exame numa população universitária

Autores: Isaac Braga^(1,3), João Cabral⁽²⁾, Nuno Louro⁽²⁾, José LaFuente de Carvalho⁽²⁾, Avelino Frágã⁽²⁾

Instituição: ¹Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde/Escola de Ciências da Saúde - Universidade do Minho; ²Serviço de Urologia - Centro Hospitalar do Porto

Introdução:

O Cancro do Testículo (CaT) é uma das neoplasias mais comuns na população jovem. Os dados apontam para um aumento da incidência mundial. A taxa de cura é elevada, mas é influenciada negativamente pelo atraso no diagnóstico. A baixa consciencialização pública para esta neoplasia e a baixa realização de autoexame testicular (AET) são possíveis razões para atrasos na busca de cuidados médicos.

O objetivo foi analisar e avaliar o nível de conhecimento acerca de CaT e realização de AET numa população universitária.

Métodos:

Realizamos um inquérito acerca do grau de conhecimento e consciencialização para o CaT e sobre a prática e importância de AET a 496 membros da universidade. O questionário foi respondido online.

Resultados:

A idade média da população foi de $30,7 \pm 10,7$ anos. Quarenta e nove (9,9%) participantes eram alunos de medicina. Trezentos e oitenta e nove (78,4%) participantes responderam que tinham conhecimento acerca de CaT, mas apenas 49 (9,9%) responderam corretamente às questões. Cento e oitenta e seis (37,5%) relataram que realizavam AET, mas apenas 39 (7,9%) o realizavam mensalmente. Para 464 (93,5%) participantes o AET era importante, com 218 (44%) dos participantes a considerar o AET extremamente importante. Apenas 17 (3,4%) responderam corretamente às questões e realizavam AET mensalmente como recomendado. Os alunos de Medicina demonstraram um nível de conhecimento mais elevado que a restante população ($p < 0,05$).

Conclusão:

O nível de conhecimento e consciencialização para o CaT e AET é baixo na população estudada, apesar de a maioria referir um bom nível de conhecimento acerca desta matéria.

Biopsy needle size doesn't influence the prostate cancer gleason score concordance between biopsy and pathological specimens

Autores: Antonio Cicione, Emanuel Carvalho-Dias, Carlos Oliveira, Paulo Mota, Agostinho Cordeiro, Rocco Damiano, Cosimo De Nunzio e Estevão Lima

Instituições: Università Magna Graecia di Catanzaro, Catanzaro, Italy and Department of Urology, Hospital of Braga, Portugal

Introduction:

Biopsy Gleason Score (GS) in combination with other clinical parameters is important to take a therapeutic decision for patients with diagnosis of localized prostate cancer. However, pre operative GS is often upgraded after a radical prostatectomy. Increasing the amount of tissue in prostate biopsy may be a way to avoid this issue. We evaluated the influence of a larger biopsy needle size on the concordance between biopsy and pathological GS.

Methods:

We analyzed paired biopsies and prostatectomy specimens from 104 cases of men with clinically localized prostate cancer. At the time of prostate biopsy, the patients were prospectively randomized into two needle groups (16G or 18G) using a 1:1 ratio. GS concordance was estimated performing kappa statistic testing, overall concordance rate and risk to under grade biopsy GS=6. A logistic regression analysis was performed to evaluate the patients' characteristics as possible risk factors.

Results:

The overall concordance between prostate biopsy and pathological GS was 76.9% and 75.6% ($p=0.875$) and the k values were 0.821 and 0.811 ($p=0.424$) respectively for 16G and 18 G needle study groups. The risk to under grade a biopsy GS=6 was 21.1% and 15.4% ($p=0.709$) using a 16G and 18G needle respectively. Age, PSA, prostate volume and needle caliber were not independently associated with a higher risk of GS discordance.

Conclusions:

Needle size does not influence the concordance between biopsy and pathological Gleason score. Under-grade biopsy GS=6 is more frequent than under-grade GS=7. This risk should be considered when the physician chooses a treatment for prostate cancer.

Tumores do testículo – casuística do serviço de Urologia do Hospital Garcia de Orta

Autores: Nuno Figueira, Miguel Carvalho, Francisco Campos, Celso Marialva, António Madeira

Instituição: Hospital Garcia de Orta, Serviço de Urologia

Introdução:

Os tumores do testículo, relativamente raros, são a neoplasia maligna sólida mais frequente entre os 15 e 30 anos. Representam cerca de 1% das neoplasias do homem e 5% dos tumores urológicos em geral. A maioria (90%) são de células germinativas, (seminomatosos e não seminomatosos). A taxa de cura é elevada devido à cirurgia e à sensibilidade do mesmo à quimioterapia e radioterapia.

Objectivos:

Caracterização da população de doentes com o diagnóstico de neoplasia testicular tratados no Serviço de Urologia do Hospital Garcia de Orta (SU-HGO).

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo, longitudinal, com revisão da casuística dos doentes com tumor do testículo tratados no SU-HGO, no período de 10 anos (2003-2012).

Resultados:

Foram encontrados 34 casos de tumor do testículo, com idade média global de 37,5 anos, (mín 17; máx 85 anos). O testículo direito foi o mais afectado (53%) existindo 2 casos de criptorquidia prévia. O tipo histológico mais frequente foi o seminoma clássico (59%). Em 14 doentes (41%) os marcadores tumorais encontravam-se elevados. A maioria dos doentes encontrava-se no estágio IA. Em relação ao tratamento nos doentes com seminoma, optou-se a seguir à cirurgia por vigilância em 7 doentes, QT adjuvante em 9 e RT profilática em 5. Nos não seminomatosos, realizou-se QT adjuvante em todos os casos. Registou-se apenas 1 óbito (3%) por doença avançada.

Discussão/Conclusão:

O tumor do testículo é uma entidade que afecta a população jovem, com predomínio do tumor de células germinativas. O diagnóstico atempado e a aplicação das modalidades de tratamento adequadas garantem uma elevada taxa de cura.

Derivação urinária urgente: revisão casuística de três anos e análise de complicações precoces

Autores: Pedro Costa, Jorge Dias, Paulo Espiridião, Vítor Oliveira, Luís Ferraz

Instituição: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE

Introdução:

O cateterismo ureteral (JJ) e a nefrostomia percutânea (NPC) são opções válidas na derivação urinária urgente (DUU), não havendo, contudo, evidência de qual estará associada a menor morbidade.

Objetivo:

Caracterizar a população submetida a DUU e comparar NPC vs. JJ relativamente aos dias de internamento e recursos ao SU/reinternamentos no primeiro mês (SU/R1M).

Material e Métodos:

Consulta de processos clínicos dos doentes submetidos a DUU (n=160) entre Janeiro'2009 e Dezembro'2011 no CHVNG/E. *Odds-Ratio* (OR), ajustados em análise multivariada para fatores confundidores, exploraram associações entre as duas técnicas e os *outcomes* definidos (SPSS®v20.0).

Resultados:

A idade média dos doentes foi 61 ± 17 anos, com 43,4% de homens. 63,1% foram derivados com JJ e 36,9% com NPC. Causas de obstrução observadas: litíase (60,4%), compressão extrínseca (20,8%). Identificaram-se as seguintes indicações cirúrgicas: insuficiência renal aguda (IR) (33,3%), sépsis (34,0%), sépsis e IR (25%), dor refratária (5,9%). A DUU foi bem sucedida em 91,2%, com 3,8% de complicações.

Para o *outcome* "duração do internamento" (<3 vs. $=3$ dias), a idade, a técnica utilizada, o diagnóstico de sépsis e a etiologia não-litiásica foram variáveis que mostraram diferenças estatisticamente significativas. No *outcome* "SU/R1M" observaram-se diferenças estatisticamente significativas consoante a técnica utilizada e na etiologia não-litiásica.

O OR ajustado nos doentes submetidos a NPC (vs. JJ) para internamento superior a 3 dias foi de 4,3 ($p=0,006$) e para SU/R1M de 2,8 ($p=0,038$).

Discussão/Conclusão:

A baixa taxa de complicações confirmou a segurança de ambos os procedimentos, descrita na literatura. Contudo, a DUU com NPC (vs. JJ) esteve associada a um risco 4,3 vezes superior de culminar num internamento prolongado e 2,8 vezes de SU/R1M.

Ambiente hormonal em doentes com disfunção erétil e síndrome metabólica

Autores: Luís Pacheco-Figueiredo, Inês Campos Costa, Hugó Carvalho, Inês Tomada, Nuno Tomada, Francisco Cruz

Instituição: Serviço de Urologia, Centro Hospitalar São João, Porto

Introdução:

A síndrome metabólica (SM) é um importante determinante de disfunção erétil (DE), não só pela presença de factores de risco cardiovasculares mas também pelo hipogonadismo frequentemente associado. Os doentes com SM podem apresentar outras alterações hormonais com potencial impacto na actividade sexual.

Objectivos:

Descrever o ambiente hormonal em doentes com DE seguidos no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar São João, avaliando diferenças entre os doentes com e sem SM e caracterizar o eixo hipotálamo-hipófise-gónada nos doentes com hipogonadismo.

Material e Métodos:

Estudaram-se 179 doentes com DE, avaliando características antropométricas, função erétil (IIEF-5) e níveis séricos de: testosterona total (TT), SHBG, estrogénio, gonadotrofinas (LH e FSH), TSH, T3 e T4. Criaram-se grupos de acordo com a presença ou ausência de SM ou hipogonadismo, para comparação do ambiente hormonal.

Resultados:

A mediana da idade e do score do IIEF-5 foi de 56,0 anos (P25-P75: 50,0-62,0) e 10,0 (7,0-13,0), respectivamente. Nos indivíduos com SM, observou-se uma diminuição estatisticamente significativa da TT (4,0ng/ml vs. 5,1ng/ml, $p < 0,0001$) e da SHBG (33,6nmol/l vs. 40,2 nmol/l, $p = 0,0032$). O restante estudo hormonal não demonstrou diferenças estatisticamente significativas no total de doentes estudados, assim como nos grupos com ou sem SM. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na proporção de doentes com LH aumentado, comparando os grupos com ou sem hipogonadismo (8,8% vs. 7,9%, $p = 0,862$). Nos doentes com hipogonadismo com LH aumentado, os níveis de estradiol apresentavam-se significativamente superiores, comparativamente com os indivíduos com LH normal/baixo ($p = 0,033$).

Discussão/Conclusão:

Nos doentes com DE, a SM está associada à presença de hipogonadismo sem resposta do eixo hipotálamo-hipófise-gónada.

Disfunção endotelial em doentes com síndrome metabólica e disfunção erétil – Papel das angiopoietinas

Autores: Luís Pacheco-Figueiredo, Inês Tomada, Francisco Botelho, Tiago Lopes, Rita Negrão, Manuel Pestana, Nuno Tomada, Francisco Cruz

Instituição: Serviço de Urologia, Centro Hospitalar São João, Porto

Introdução:

A disfunção erétil (DE) é uma doença prevalente, com etiologia maioritariamente vascular. A disfunção endotelial (Dendo) associada à síndrome metabólica (SM), poderão constituir etapas no mecanismo fisiopatológico. Neste contexto, a presença de um desequilíbrio entre factores de crescimento angiogénicos [angiopoietinas 1 (Ang1) e 2 (Ang2), entre outros], tem sido proposto como parte integrante da disfunção endotelial.

Objectivos:

Avaliar uma potencial associação entre os níveis séricos de Ang1 e Ang2 e a função endotelial local e sistémica, numa população de doentes com DE e SM.

Material e Métodos:

Foram estudados 45 pacientes com DE e SM, tendo sido avaliada a severidade da DE através do Índice Internacional de Função Erétil (IIEF-5). A avaliação da Dendo local (peniana) e sistémica foi efectuada, respectivamente, através do eco-doppler peniano e da tonometria arterial periférica (PAT). Foram ainda quantificados os níveis séricos de dimetilarginina assimétrica (ADMA), Ang1 e Ang2.

Resultados:

A média de idade dos doentes estudados foi de 55,4 ($\pm 7,8$) anos e 35,6% apresentavam DE grave. Verificou-se a presença de Dendo local e sistémica em 77,5% e 40,9% dos casos, respectivamente. O Ang1 e o pico de velocidade sistólica apresentaram uma correlação inversa estatisticamente significativa e a relação Ang2/Ang1 mostrou ser significativamente menor em doentes sem alterações no eco-doppler peniano. A ADMA e os parâmetros PAT não mostraram correlação com a severidade da DE ou os dados hemodinâmicos penianos.

Discussão/Conclusão:

Verificou-se um desequilíbrio das angiopoietinas nos doentes com DE e SM. A ausência de correlação com os níveis PAT ou ADMA sugere que as angiopoietinas poderão ser marcadores precoces de disfunção endotelial.

Nefrolitotomia percutânea – Análise retrospectiva de dois anos

Autores: Pedro Dias, André Silva, Nuno Tomada, Miguel Guimarães, Francisco Cruz

Instituição: Serviço de Urologia, Centro Hospitalar de São João

Introdução:

A nefrolitotomia percutânea (NLPC) é uma técnica minimamente invasiva, progressivamente mais usada, ocupando um lugar primordial no tratamento da litíase renal volumosa, com boas taxas de sucesso e baixa morbidade.

Objectivos:

Análise retrospectiva da experiência do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de São João em NLPC num intervalo de 2 anos (Janeiro 2011 / Dezembro 2012).

Material e Métodos:

Foram submetidos a NLPC 98 doentes: 48 mulheres e 50 homens, num total de 113 procedimentos. As medianas do peso, altura, IMC e idade foram, respectivamente, 72 Kg, 164 cm, 26,8 Kg/m² e 58 anos. Volume litiasico médio: 2,8 cm³. Cálculos coraliformes completos n=23 (26%); coraliformes incompletos n=13 (15%); bacinete n=32 (36%); GCS n=9 (10%); GCM n=3 (3%); GCI n=9 (10%). Densidade média dos cálculos: 551 UH (454-968). Utilizada posição de Valdivia-Uria em todos os doentes. Efectuada punção guiada com apoio fluoroscópico em 94 doentes (96%); punção guiada por ecografia em 4 doentes (4%); necessidade de um único trajecto em 93 doentes, trajectos múltiplos em 5; punção infra-costal em todos. Tempo operatório médio de 103 min (75-138); no fim da intervenção, deixado cateter de nefrostomia percutânea em todos os doentes, cateter duplo J em 29 (30%) e cateter mono J em 69 (70%).

Resultados:

Ausência de fragmentos residuais em 35 doentes (35%); fragmentos residuais < 3 mm em 55 (56%); fragmentos residuais < 5 mm em 79 (80%) – comprovação imagiológica por TC sem contraste em todos os doentes. Se aferirmos a taxa de sucesso como a presença de fragmentos residuais inferiores a 5 mm, verificamos, assim, que é de 80%. Houve necessidade de re-tratamento em 15 doentes (15%).

Quanto às complicações intra-operatórias: 9 casos com hemorragia significativa (9%); 3 em que houve perda do trajecto (3%). A perda de Hb média foi de 2,6 g/dl (1,5-3,5); houve necessidade de suporte transfusional em 11 doentes (11%) – 1 U de GR.

Não ocorreram complicações pós-operatórias em 63 doentes (taxa de complicações de 35%, sendo estas essencialmente minor). Estratificação de complicações segundo classificação de Clavien-Dindo: complicações grau I: n=14; grau II n=18; IIIa n=0; IIIb n=3; grau IV e V n=0.

Tempo de internamento médio de 7 dias (5-8); tempo após cirurgia 3 dias. Dor no pós-operatório (EAV): 3 (2-5).

Comparando o valor de creatinina no pré e pós-operatório – respectivamente, 0,9 mg/dl (0,8-1,0) e 0,9 mg/dl (0,7-1,1) – conclui-se que a variação não é estatisticamente significativa: p>0,05 (teste t de Student).

Discussão/Conclusão:

A NLPC é uma terapêutica eficaz e segura no tratamento da litíase renal volumosa, apresentando uma alta taxa de sucesso e baixa taxa de complicações e morbidade.

Liposarcoma paratesticular – Recidiva a curto prazo

Autores: Gaspar, S.¹, Pereira e Silva R.¹, Nunes, A.¹, Garcia, R.¹, Ramos, R.², Sandul, A.¹, Martins, F.³, Dias, J.³, Lopes, T.⁴

Instituições: ¹Interno da especialidade de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte; ²Interno da especialidade de Urologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa; ³Assistente hospitalar do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte; ⁴Director do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução:

O sarcoma é uma entidade pouco frequente, com cerca de 8300 casos descritos. O sarcoma genitourinário constitui cerca de <5% destes casos e <2% de todos os tumores urológicos. O liposarcoma paratesticular é muito raro, estando descritos menos de 200 casos na literatura, sendo a variante histológica desdiferenciada das menos comuns. O tratamento indicado é a orquidectomia radical com excisão em bloco da massa tumoral. A recorrência local é elevada, com SV aos 5A de 20-80%.

Objetivos:

Ilustrar um caso de orquiepididimite que culminou num diagnóstico de sarcoma paratesticular altamente recidivante, com necessidade de re-intervenção cirúrgica por recidiva num curto espaço de tempo.

Caso Clínico:

I.C., 65 anos, caucasiano, recorre ao SU por dor e aumento do volume escrotal com um mês de evolução. À observação apresentava escroto aumentado e ruborizado. Foi assumida orquiepididimite e medicado. Reobservado um mês depois revela testículo esquerdo duro de volume aumentado, com volumosa massa pteira suprtesticular. Ecograficamente apresenta hemibolsa escrotal esquerda ocupada por massa heterogénea. Submetido a excisão tumoral cirúrgica em bloco à esquerda com orquidectomia radical ipsilateral identificando-se um liposarcoma desdiferenciado de alto grau. Dois meses depois recorre novamente ao SU por dor e novamente aumento de volume escrotal, com nódulos de grandes dimensões, palpáveis. Ecograficamente existia volumosa massa mista heterogénea. Procedeu-se à exérese da massa recidivada e o doente foi proposto para RT adjuvante.

Discussão e conclusões:

Os sarcomas paratesticulares são tumores raros, cujo tratamento recomendado passa pela excisão alargada da massa tumoral e orquidectomia radical. A RT adjuvante tem indicação nos sarcomas de grau intermédio ou alto grau, ou recorrente após terapêutica cirúrgica. Dada a natureza recidivante do tumor, o follow-up deve ser alargado.

Os níveis urinários de neurotrofinas em mulheres com incontinência urinária de esforço aumentam após tratamento cirúrgico com fita suburetral transobturadora

Autores: Tiago Antunes-Lopes, Daniel Costa, Rui Pinto, Sérgio Barros, Célia Duarte-Cruz, Carlos Silva, Francisco Cruz

Instituição: Centro Hospitalar de São João, E.P.E., Serviço de Urologia

Introdução:

Cerca de 10% das mulheres com incontinência urinária de esforço (IUE) submetidas a tratamento cirúrgico com uma fita suburetral apresentam urgência de novo, permanecendo muitas vezes com incontinência urinária.

Recentemente, foram descritos níveis elevados de fator de crescimento nervoso (NGF) e de fator de crescimento derivado do cérebro (BDNF) na urina de doentes com síndrome de bexiga hiperativa (SBH), sugerindo o envolvimento destas neurotrofinas na emergência de urgência urinária.

Objectivos:

Neste estudo, investigamos os níveis urinários de NGF e BDNF em doentes com IUE, antes e após tratamento com uma fita suburetral, para investigar se o tratamento cirúrgico da IUE provoca alterações a longo prazo dos níveis urinários destas neurotrofinas.

Material e Métodos:

Foram colhidas amostras de urina de mulheres saudáveis (n=20), com IUE (n=20), e com incontinência urinária de imperiosidade (IU) (n=32). Foram consideradas as definições de IUE e de IU da Sociedade Internacional de Continência (ICS). Os níveis de NGF e BDNF foram doseados por técnica de imunoensaio enzimático (ELISA) e normalizados usando as concentrações de creatinina (Cr) das amostras de urina correspondentes (pg/mg). As doentes com IUE foram submetidas a tratamento com uma fita suburetral transobturadora (TOT). Um ano após a cirurgia, 14 doentes foram reavaliadas, procedendo-se simultaneamente à recolha de novas amostras de urina. A cura foi definida como ausência de IU, não utilização de pensos e um teste da tosse negativo. A persistência de IU, mas com uma diminuição do número de pensos usados superior a 50%, foi considerada melhoria. Foi investigado o aparecimento de urgência de novo.

Resultados:

As mulheres com IUE apresentaram níveis baixos de NGF e BDNF, idênticos aos previamente reportados em mulheres saudáveis (NGF/Cr: 240.6 ± 243.4 vs. 188.3 ± 290.2 , $p=0.186$; BDNF/Cr: 160.1 ± 231.4 vs. 110.4 ± 159.5 , $p=0.423$). Nas doentes com IU, as concentrações das neurotrofinas foram significativamente mais elevadas (NGF: 531.3 ± 554.5 ; BDNF: 732.9 ± 570.1) do que em mulheres com IUE (NGF: $p=0.014$; BDNF: $p<0.001$) e em mulheres saudáveis (NGF: $p=0.002$; BDNF: $p<0.001$).

Nas mulheres com IUE, um ano após tratamento cirúrgico, o NGF aumentou para 354.3 ± 310.8 (vs. baseline, $p=0.255$) e o BDNF para 535.43 ± 681.7 (vs. baseline, $p=0.075$).

Oito doentes ficaram curadas, quatro melhoraram e em duas ocorreu falência do tratamento cirúrgico. Quatro doentes apresentaram urgência de novo. Neste subgrupo, a concentração de NGF aumentou para 618.4 ± 241.7 , e a de BDNF para 876.5 ± 837.8 .

Discussão/Conclusões:

Os níveis urinários de NGF e BDNF são idênticos em mulheres saudáveis e com IUE. Após o tratamento cirúrgico da IUE, os níveis de neurotrofinas aumentaram, particularmente nas doentes que desenvolveram urgência de novo, sugerindo o envolvimento destes fatores na emergência deste sintoma.

Tumor dos cordões sexuais não classificável (TCSNC) do testículo

Autores: Vânia Grenha*, Paula Serra**, Hugo Coelho*, Edson Retroz*, Paulo Temido*, Alfredo Mota*

Instituições: *Serviço de Urologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, **Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Geral do Centro Hospitalar e Universitário

Introdução:

O TCSNC do testículo é um tumor raro que se caracteriza histologicamente pela mistura de elementos estromais e epiteliais do testículo. Pode ocorrer na infância ou idade adulta e o seu comportamento é incerto, embora os casos de metastização sejam raros.

Objectivos:

Revisão bibliográfica sobre TCSNC do testículo, partindo de caso clínico.

Material e Métodos:

Consulta do processo clínico no sistema informático hospitalar e pesquisa bibliográfica na *Pubmed*.

Resultados:

Após orquidectomia radial em doente de 37 anos, com massa testicular suspeita e marcadores tumorais negativos, identificou-se um tumor dos cordões sexuais não classificável do testículo. O estadiamento confirmou tratar-se de doença localizada ao órgão. *Follow up* de um ano sem recidivas registadas.

Discussão/Conclusão:

Trata-se do primeiro caso descrito em Portugal desta entidade rara. A abordagem consiste na orquidectomia radical, geralmente prévia ao diagnóstico e posteriormente, vigilância.

Tumor carcinóide do rim – Tumor primário ou metastático?

Autores: Vânia Grenha*, Bruno Pereira**, Rui Martins***, Edson Retroz*, Paulo Temido*, Alfredo Mota*

Instituições: *Serviço de Urologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, **Serviço de Urologia da Beira Interior, ***Serviço de Cirurgia Geral do Instituto Português de Oncologia de Coimbra

Introdução:

Os tumores carcinóides do rim são entidades raras e de etiologia não esclarecida, uma vez que não existem células neuroendócrinas no rim. São geralmente diagnosticados após nefrectomia e apresentam, na maioria dos casos, um comportamento mais indolente que o tumor de células renais. É importante na avaliação de metastização/identificação de tumor primário, o recurso ao cintígrama de receptores da somatostatina (com octeotrido), à colonoscopia e a exames de imagem como a TAC ou RNM.

Objectivos:

Revisão bibliográfica sobre tumor carcinóide primário do rim, partindo de caso clínico.

Material e Métodos:

Consulta do processo clínico no sistema informático hospitalar e pesquisa bibliográfica na *Pubmed*.

Resultados:

Após nefrectomia parcial de massa renal sólida acidental, identificou-se um tumor carcinóide no rim. Estudo complementar com TAC e RNM abdomino-pélicas e cintígrama corporal de receptores da somatostatina excluíram a presença de foco primário noutra localização.

Discussão/Conclusão:

Embora se trate de uma patologia rara e de origem ainda não esclarecida, o tumor carcinóide pode efetivamente ser primário do rim. A nefrectomia é o tratamento de eleição, sendo baixas as taxas de recidiva e metastização.

Avaliação da incontinência urinária nos doentes submetidos a prostatectomia radical entre 2009 e 2011 no serviço de Urologia do Hospital de São José

Autores: Pedro Melo da Rocha, João Pina, Cabrita Carneiro, Luís Campos Pinheiro

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital de São José

Introdução:

A incontinência urinária de esforço é uma complicação comum após a Prostatectomia Radical, dependendo, segundo a literatura, de determinados factores, entre os quais a idade do doente aquando da cirurgia, podendo atingir até 50% dos doentes operados.

Objectivo:

Analisar e descrever as taxas de incontinência urinária por idade, nos doentes submetidos a Prostatectomia Radical no Serviço de Urologia do Hospital de São José no período compreendido entre 2009 e 2011.

Material e Métodos:

Inquérito realizado aos doentes. Foram comparados 2 grupos de doentes: aqueles que foram operados com 70 ou mais anos e os que foram intervencionados antes da 7ª década de vida. Foram excluídos os doentes que realizaram terapia adjuvante.

Resultados:

Foram avaliados 114 doentes. Nos doentes com mais de 70 anos, constatou-se que 26% destes sofrem de incontinência urinária. No grupo de doentes intervencionados em idade inferior a 70 anos encontrou-se uma taxa de incontinência urinária de 13%.

Discussão e conclusão: A taxa de incontinência urinária global na amostra foi de 16%. Pôde-se constatar uma diferença em termos percentuais de 13% entre os 2 grupos analisados, parecendo que de facto a idade do doente é um factor determinante na incontinência urinária após a Prostatectomia Radical, existindo o dobro de prevalência de incontinência no grupo com idade superior a 70 anos.

Avaliação do grau de satisfação com a cirurgia dos doentes submetidos a prostatectomia radical entre 2009 e 2011 no serviço de Urologia do Hospital de São José

Autores: Pedro Melo da Rocha, João Pina, Cabrita Carneiro, Luís Campos Pinheiro

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital de São José

Introdução:

A Prostatectomia Radical é considerada a técnica “gold-standard” no tratamento do cancro da próstata localizado. São reconhecidas várias complicações com impacto na qualidade de vida do doente.

Objectivo:

Analisar e descrever o grau de satisfação dos doentes submetidos a Prostatectomia Radical no Serviço de Urologia do Hospital de São José no período compreendido entre 2009 e 2011, avaliando igualmente se os doentes estariam dispostos a serem submetidos novamente à Cirurgia referida.

Material e Métodos:

Inquérito realizado aos doentes, com o objectivo de determinar se estes, repetiriam a cirurgia actualmente. Foi igualmente solicitado aos doentes que classificassem o seu grau de satisfação com a cirurgia, numa escala de 1 (extremamente insatisfeito) a 5 (muito satisfeito). Foram comparados 3 grupos etários de doentes: os operados com 70 ou mais anos, entre os 60 e os 69 anos e antes dos 60 anos. Excluíram-se os doentes que realizaram terapia adjuvante.

Resultados:

Avaliaram-se 114 doentes. Naqueles com mais de 70 anos, 32% recusariam hoje cirurgia e a média da satisfação é de 4,2. Nos doentes intervencionados na 6ª década de vida, 17% recusariam ser operados novamente, com satisfação média de 4,5. Nos doentes operados antes dos 60 anos, 16% destes recusariam hoje ser operados, com média de satisfação de 4,6.

Discussão e conclusão:

Verifica-se relação inversamente proporcional entre a idade com que os doentes são operados e o grau de satisfação com a cirurgia, aumentando a percentagem de doentes que recusaria ser operado novamente.

Experiência inicial e grau de satisfação no novo Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar do Porto – Realidade da Urologia

Autores: Diogo Gil Sousa; Daniel Reis; Filipe Coutinho; José Soares; Avelino Fraga

Instituição: Centro Hospitalar do Porto

Introdução:

O novo Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA) do Centro Hospitalar do Porto (CHP), inaugurado em Março/2011, pretende ser uma referência no regime de Ambulatório.

Objectivo/Material e Métodos:

Caracterizar os procedimentos cirúrgicos de Urologia realizados nos primeiros 2 anos do CICA do CHP, bem como o grau de satisfação dos doentes (Grau 1 a 5).

Resultados:

Entre Março/2011 e Abri/2013 foram intervencionados 550 doentes, predominantemente género masculino (96,4%), com média de idade 43,5 anos +/-17,8 e de risco anestésico ASA 1,7. Anestesia Geral foi seleccionada em 56,4% dos casos, seguido de Combinada (18,5%) e Local (16,0%).

Principais patologias: fimose (34,0%), hidrocele (22,7%), varicocele (10,0%), freio curto isolado (6,9%), planeamento familiar para vasectomia (6,0%) e Quisto/Nevo esclerótico (3,6%). Tempo cirúrgico médio: 31,7min +/- 14,3 [2-88min].

Taxa de complicações precoces (<28 dias) 4,9% e complicações tardias (=28 dias) 1,3%. Transferência para hospital central foi necessária em apenas um caso.

O tempo entre cirurgia e complicação apresenta mediana de 8,5 dias, com Percentil [25-75%] de 3,8-29,3 dias. Tempo médio entre cirurgia e primeira consulta médica pós-operatória foi 36,8 dias, com 3,6% de faltas.

371 doentes (67,5% da população) responderam a entrevista telefónica, apresentando-se Satisfeitos e Muitos Satisfeitos (Grau 4 e 5, respectivamente) em 94,3% dos casos com a Cirurgia e 98,4% com as condições e regime de Ambulatório.

Conclusão:

A Urologia em regime de Ambulatório no CICA tem assumido uma importância crescente na produção cirúrgica global do Serviço, com taxas de complicações cirúrgicas e Grau de Satisfação sobreponíveis a Centros de excelência.

The bone extracellular matrix glycoprotein osteopontin and diagnosis of prostate cancer

Autores: Francisco Pina^(1,2); Pedro Dias⁽¹⁾; Ana Ferro^(3,4); Pedro Dias⁽¹⁾; Viviana Carvalho⁽¹⁾; Pedro Valente⁽¹⁾; Ana Sofia Marinho⁽⁴⁾; Raquel Portugal⁽⁵⁾; Francisco Cruz^(1,2); Henrique Barros^(3,4); Nuno Lunet^(3,4)

Instituições: ¹Department of Urology, H. S. João, Porto; ²Department of Urology, University Medical School, Porto, Portugal; ³Department of Clinical Epidemiology, University Medical School, Porto, Portugal; ⁴Department of Immunology, H. S. João, Porto; ⁵Department of Pathology, H.S.João, Porto; ⁶Institute of Public Health, University of Porto (ISPUP), Porto, Portugal

Introduction:

Osteopontin, a member of the SIBLING gene family, is involved in angiogenesis, tumorigenesis and cancer metastatisation. Osteopontin expression in radical prostatectomy specimens is associated with biochemical recurrence but this association with PCa tumor grade or stage is controversial. Plasma osteopontin can differentiate metastatic status among CRPC, and correlates to survival, controversy also exists on its use as a biomarker for prostate cancer (PCa) diagnosis.

Objectives:

We aimed to assess the use of serum osteopontin as a PCa diagnostic and prognostic tool among candidates to prostate biopsy.

Materials and Methods:

242 candidates to prostate biopsy provided fasting blood for tumor markers and osteopontin assessment. Prostatic pathology (cancer versus non-cancer) was defined, and both biopsy cores and radical prostatectomy specimens were used to assign clinical and pathological staging, Gleason score and D'AMICO recurrence/progression groups. Mann-Whitney or Kruskal-Wallis tests were used to compare quantitative variables, as appropriate and ROC curve was used to assess osteopontin predictive accuracy to distinguish between PCa and benign prostatic conditions (STATA®, version 11.2).

Results:

Compared to non-cancer cases (36.4%), PCa patients (63.3%) presented significant higher cPSA and lower f/t PSA ratio, although there were no differences between tPSA and osteopontin levels. The area under ROC curve for global accuracy of osteopontin as test for PCa diagnosis was 0.463. Among PCa patients there was a non-significant increase in osteopontin levels according to clinical or pathological recurrence/progression risk groups.

Conclusions:

Osteopontin role on PCa diagnosis, staging and histological aggressiveness is controversial. In this series we were unable to support osteopontin as a clinical relevant PCa marker.

Serum adipocytokine resistin and diagnosis of prostate cancer

Autores: Francisco Pina^(1,2); Ana Ferro^(3,4); Pedro Dias⁽¹⁾; Viviana Carvalho⁽¹⁾; Pedro Valente⁽¹⁾; Ana Sofia Marinho⁽⁴⁾; Raquel Portugal⁽⁵⁾; Francisco Cruz^(1,2); Henrique Barros^(3,4); Nuno Lunet^(3,4)

Instituições: ¹Department of Urology, H. S. João, Porto; ²Department of Urology, University Medical School, Porto, Portugal; ³Department of Clinical Epidemiology, University Medical School, Porto, Portugal; ⁴Department of Immunology, H. S. João, Porto; ⁵Department of Pathology, H. S. João, Porto; ⁶Institute of Public Health, University of Porto (ISPUP), Porto, Portugal

Introduction:

Resistin (adipocytokines family member) is involved in malignancies, including prostate cancer (PCa). In several cancers resistin expression and blood levels presents with diagnostic and prognostic role. No differences were detected between BPH and PCa expression, but human aggressive PCa cell lines, and high-grade PCa tissue presents high expression of human resistin. In Housa et al series serum resistin was similar between BPH and PCa; and among PCa (n=42) there was a trend towards decrease with higher pathological stage.

Objectives:

We aimed to assess the use of serum resistin as a PCa diagnostic and prognostic tool among candidates to biopsy.

Materials and Methods:

242 candidates to prostate biopsy provided fasting blood for tumor markers and resistin assessment. Prostatic pathology (cancer versus non-cancer) was defined, and both biopsy cores and radical prostatectomy specimens were used to assign clinical and pathological staging, Gleason score and D'AMICO recurrence/progression groups. Mann-Whitney or Kruskal-Wallis tests were used to compare quantitative variables, as appropriate and ROC curve was used to assess resistin predictive accuracy to distinguish between PCa and benign prostatic conditions (STATA®, version 11.2).

Results:

Compared to non-cancer patients (36.4%), PCa patients (63.3%) presented significant higher cPSA, and lower f/t PSA ratio, although there were no differences between tPSA and resistin levels. The area under ROC curve for global accuracy of resistin as test for PCa diagnosis was 0.534. Among PCa cases, no significant association was found between resistin and different clinical or pathological recurrence/progression risk groups.

Discussion/Conclusions:

According with the present series serum resistin must not be considered for PCa work-out.

Diferenciação sarcomatóide em neoplasias renais – Casuística de um serviço e implicações no prognóstico

Autores: Ricardo Godinho^{1,2}, Pedro Peralta¹, Vânia Grenha², Hugo Coelho², Paulo Conceição¹, Paulo Azinhais², Alfredo Mota², Amílcar Sismeiro¹

Instituições: ¹Instituto Português de Oncologia de Coimbra / ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

Introdução:

O carcinoma de células renais com diferenciação sarcomatóide (CCRDS) é uma forma indiferenciada e agressiva desta neoplasia. Ocorre em 1% a 13% dos casos, com reconhecidas diferenças no comportamento biológico e repercussões clínicas.

Objectivos:

Avaliar os principais dados clínicos e biológicos e suas implicações no prognóstico e tratamento do CCRDS.

Material e Métodos:

Analisados, retrospectivamente, 21 casos de CCRDS entre 2000 e 2009, no serviço de Urologia dos CHUC. Avaliadas as características patológicas do tumor e extensão da doença, tratamentos realizados e sobrevida.

Resultados:

Idade média de 63 anos, predomínio masculino (2:1), sendo a maioria dos doentes sintomáticos (71%) ao diagnóstico. Metastização clínica em 33% dos casos. Dimensão média do tumor de 9,6 cm, com as seguintes fases patológicas: 10% pT1, 20% pT2, 55% pT3 e 15% pT4. Houve um predomínio de tumores de alto grau com necrose extensa e invasão microvascular intratumoral em 95% dos casos, Furrhman 4 em 47,6%.

Um doente fez 3 ciclos de quimioterapia e dois fizeram sunitinib (com resposta parcial e melhoria comparativa da sobrevida mediana (50.7 meses).

A sobrevida específica mediana foi de 22 meses e se considerarmos apenas casos com diferenciação sarcomatóide (DS) > 50% o resultado é de 7,6 meses. Sobrevida livre de progressão de 3,7 meses.

Conclusão:

A DS é habitualmente encontrada em estadios avançados, por vezes metastizados, o que prediz um mau prognóstico. Parece haver uma relação direta com quantidade de componente sarcomatóide.

Os doentes que receberam uma terapêutica alvo melhoram a sua sobrevida o que é concordante com os mais recentes estudos publicados.

Carcinoma de translocação do rim

Autores: Ricardo Dias Cruz, Paulo Araújo, Rui Freitas, António Morais, Sanches Magalhães, Manuel Teixeira, Rui Henrique, Jorge Oliveira

Instituição: IPOPGF, EPE

Reportamos um caso de um carcinoma de translocação do rim num homem de 34 anos, raça negra, com antecedentes de herniorrafia e varicocelectomia direitas em Novembro de 2007. Esteve assintomático até Abril de 2008. Em Novembro de 2008 por apresentar mau estar geral e sensação de enfartamento pós prandial, realizou ecografia abdominal em que era visível uma volumosa neoformação renal direita com 30 cm de maior eixo que apresentava ainda planos de clivagem com as estruturas adjacentes. O estadiamento não mostrava doença metastática. Foi submetido a nefrectomia radical direita em Fevereiro de 2009. A peça operatória tinha 30 cm de maior eixo, pesava 3,300 kg, e histologicamente era um carcinoma de células renais (CCR) pT3a Nx M0 R0, grau nuclear de Furrhman III. O estudo citogenético revelou uma translocação que afectava o gene *TFEB*, patogénica do subtipo raro de carcinoma de células renais associado a genes de fusão envolvendo *TFE3/TFEB*. Após 3 anos e sete meses de seguimento não apresenta recidiva da doença. O CCR de translocação específica entre o gene *TFEB* do cromossoma *6p21* e o gene *ALPHA* do cromossoma *11q12* foi descrita em 2005. A identificação citogenética deste subtipo de carcinomas de células renais pode ter importância clínica, pois nestes tumores os mecanismos de controlo da transcrição genética são diferentes dos observados no CCR mais comum, pelo que os alvos terapêuticos do tratamento médico podem ser diferentes no CCR de translocação.

Aplicação de questionários de sintomas pélvicos na avaliação dos resultados da sacrocolpopexia laparoscópica – Experiência do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Autores: Tito Palmela Leitão, Tiago Mendonça, João Varella, Tomé Lopes

Instituição: Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução:

A sacrocolpopexia laparoscópica (SCPL) tem-se tornado um *standard* no tratamento do prolapso urogenital. Torna-se, assim, importante a avaliação dos seus resultados objectivos e o seu impacto na qualidade de vida das doentes.

Objectivo:

Avaliar o impacto da SCPL nos sintomas associados aos prolapso pélvicos.

Material e Métodos:

Revimos as doentes submetidas a SCPL no Centro Hospitalar Lisboa Norte, no período de Maio de 2011 a Julho de 2013, realizadas por dois cirurgiões. Foram aplicados os questionários de sintomas *Pelvic Floor Distress Inventory* (PFDI-20) e *Pelvic Floor Impact Questionnaire* (PFIQ-7), traduzidos para português, relativos ao pré e ao pós-operatório.

Resultados:

Foram incluídas 12 doentes, com idade média de 58,6 anos. Sete apresentavam prolapso em dois compartimentos, quatro em apenas em um e uma em todos. O prolapso era em média de grau 2,7 no compartimento anterior, 2,1 no posterior e 2,6 no médio (classificação Baden-Walker). Seis doentes foram submetidas a colocação simultânea de sling transobturador. Após a cirurgia, o score PFDI-20 melhorou, em média, 103 pontos (-58,4%), de 173 para 80. O score PFIQ-7 melhorou em média 122 pontos (-71,6%), de 134 para 24. O tempo cirúrgico médio foi 235 minutos. Com um seguimento médio de 14 meses, não houve qualquer recidiva do prolapso. Ao exame ginecológico, todas as doentes apresentavam uma correcção objectiva completa, em todos os compartimentos, exceptuando uma doente, com rectocele grau 1 residual.

Discussão/Conclusão:

A SCPL tem revelado excelentes resultados objectivos. Apesar de não validados para português, estes questionários revelam uma melhoria sintomática muito significativa.

Cirurgia conservadora no carcinoma do pénis

Autores: Anatoliy Sandul¹, Rodrigo Garcia¹, Rodrigo Ramos³, Ricardo Silva¹, Álvaro Nunes¹, Sandro Gaspar¹, Amâncio Oliveira², Francisco Martins¹, Tome Lopes¹

Instituições: ¹Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte; ²Serviço de Urologia, Hospital Central de Maputo, Moçambique; ³IPO Lisboa

Introdução:

O carcinoma do pénis tem sido tradicionalmente tratado por amputação cirúrgica ou radioterapia radical, ambos associados ao grande impacto anatómico, funcional e psicológico a vida do doente. Existem técnicas cirúrgicas que visam a preservação do pénis para minimizar a desfiguração física e maximizar a qualidade de vida em doentes bem seleccionados. O objetivo deste estudo é analisar os resultados da cirurgia conservadora no carcinoma do pénis, em casos de tumores malignos superficiais.

Materiais e Métodos:

Efectuámos a análise retrospectiva dos doentes com carcinoma do pénis que foram submetidos a cirurgia conservadora no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte de Junho de 2007 a Agosto de 2013

Resultados:

Foram tratados 16 doentes. A idade média foi de 67 anos e o follow-up médio é de 35 meses. A topografia das lesões distribuiu-se pela glândula (42,9%), sulco balanoprepucial (33,3%) e prepúcio (23,8%). Os resultados histológicos foram: Carcinoma espinho-celular em 14 doentes (87,5%), Carcinoma in situ (CIS) em progressão em 2 doentes (12,5%). Oito doentes foram submetidos a excisão com encerramento primário, 5 submetidos a glandectomia parcial com utilização de retalho de prepúcio e 3 doentes tratados com glandectomia total. Constatou-se recidiva em dois doentes (12,5%), que posteriormente foram submetidos a penectomia parcial. A sobrevivência específica da doença foi de 100% e a sobrevivência livre de progressão foi de 87,5% aos 5 anos.

Conclusões:

A cirurgia conservadora de carcinoma do pénis não compromete o controlo oncológico, preservando a função sexual e miccional na maioria dos doentes, obtendo-se um resultado estético satisfatório e uma alta taxa de satisfação do doente. A cirurgia conservadora deve ser considerada, nos casos seleccionados, uma alternativa à penectomia parcial tradicional.

Prótese peniana insuflável. Experiência do serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Autores: Anatoliy Sandul¹, Rodrigo Garcia¹, Rodrigo Ramos³, Ricardo Silva¹, Álvaro Nunes¹, Sandro Gaspar¹, Amâncio Oliveira², Francisco Martins¹, Tome Lopes¹

Instituições: ¹Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte; ²Serviço de Urologia, Hospital Central de Maputo, Moçambique; ³IPO Lisboa

Introdução:

A colocação de prótese peniana é a última opção no tratamento da disfunção erétil orgânica, quando todos os tratamentos de primeira e segunda linha não estão indicados ou são ineficazes. O objectivo deste estudo é descrever a experiência da colocação de prótese peniana insuflável no Serviço de Urologia do Hospital Lisboa Norte.

Materiais e Métodos:

Estudo retrospectivo de 47 doentes com disfunção erétil, submetidos a colocação de prótese peniana insuflável de 3 componentes entre Julho 2005 e Agosto 2013. A idade média na altura da cirurgia foi de 52,6 anos (26-73). O follow-up medio 42 meses (6-96 meses). Os dados foram obtidos nos registos clínicos, avaliação médica e entrevista telefónica.

Resultados:

As mais graves complicações pós-operatórias foram infecção (8%), que foi mais comum em pacientes diabéticos (10%) e erosão (5%). Das 47 próteses, 1 falhou mecanicamente (2%) e foi necessária cirurgia de revisão em 2 casos (4.3%). Aos 2 meses pós-cirurgia, 42 doentes (89.4%) puderam ter relações sexuais e 39 (82,9%) estavam satisfeitos com os resultados.

Conclusões:

De todos os doentes implantados com prótese peniana no serviço, 82,9% ficaram satisfeitos com o resultado final. A insatisfação foi principalmente devido a complicações que resultaram na remoção da prótese. Estes resultados demonstram que a colocação de prótese peniana insuflável de três componentes continua a ser o tratamento de eleição da disfunção erétil orgânica refractária ao tratamento de primeira linha.

Ureter retrocava

Autores: Anatoliy Sandul¹, Rodrigo Garcia¹, Rodrigo Ramos³, Ricardo Silva¹, Álvaro Nunes¹, Sandro Gaspar¹, Amâncio Oliveira², Francisco Martins¹, Tome Lopes¹

Instituições: ¹Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte; ²Serviço de Urologia, Hospital Central de Maputo, Moçambique; ³IPO Lisboa

Introdução:

Uréter retrocava é uma doença rara, que resulta na compressão do uréter proximal pela veia cava inferior devido ao seu mal desenvolvimento. Pode ser classificado em dois tipos: tipo 1, o mais comum, no qual uréter tem a característica de um "S" ou "J" invertido, associado a hidronefrose moderada a grave; e o tipo 2, no qual o uréter possui uma curvatura em forma de foice, apresentando uma hidronefrose discreta. Geralmente se apresenta com obstrução ureteral, e a cirurgia é necessária para casos sintomáticos.

O objectivo deste estudo foi relatar a nossa experiência no diagnóstico e tratamento de uréter retrocava.

Materiais e Métodos:

Em 5 anos foram tratados 3 doentes com diagnóstico de uréter retrocava. Ecografia renal, pielografia retrógrada e URO TC foram realizados para confirmar o diagnóstico. Renograma com ácido dietilenotriaminopentacético (DTPA) pré-operatório apresentava o padrão obstrutivo. Todos os doentes eram sintomáticos e tinham sido submetidos a cirurgia aberta por via retroperitoneal.

Resultados:

A média de idade dos pacientes era de 27 anos (variação de 22 a 35 anos). Dois doentes (66,7%) eram mulheres. A manifestação clínica era dor no flanco direito. O tempo cirúrgico médio foi de 100 minutos (90-120). Hemorragia peri-operatória foi aproximadamente 50 cc. Anomalias associadas não foram observadas em nenhum dos doentes. Renograma com ácido dietilenotriaminopentacético (DTPA) de controlo mostrou melhoria da função renal em todos os doentes. Os doentes continuam em follow-up, mostrando-se todos assintomáticos.

Conclusões:

Os autores concluem que o uréter retrocava, embora seja entidade rara, deve ser lembrado como um possível diagnóstico nos desvios dos ureteres, fazendo diagnóstico diferencial com alterações retroperitoneais neoplásicas ou não neoplásicas. O tratamento cirúrgico só tem indicação se for sintomática e/ou existir evidência de obstrução.

Carcinoma renal e tumor vesical na doença renal terminal. Caso clínico

Autores: Anatoliy Sandul¹, Rodrigo Garcia¹, Rodrigo Ramos³, Ricardo Silva¹, Álvaro Nunes¹, Sandro Gaspar¹, Amâncio Oliveira², José Dias, Tome Lopes¹.

Instituições: ¹Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte; ²Serviço de Urologia, Hospital Central de Maputo, Moçambique; ³IPO Lisboa

Introdução:

O carcinoma de células renais (CCR) representa 2-3 % de todos os cânceres tendo maior incidência nos países ocidentais. O uso de técnicas de imagem conduziu ao aumento da detecção do CCR. Os factores de risco conhecidos são o tabaco, HTA, obesidade e doença renal terminal (DRT)

Caso Clínico:

Os autores apresentam um caso clínico de uma doente de 67 anos, anurica, seguida em consulta de Nefrologia por IRTerminal (DRPAR) em hemodiálise desde há 14 anos. Referenciada a consulta de Urologia por hematuria macroscópica com 1 mês de evolução. Por apresentar lesões nodulares múltiplos na cistoscopia foi submetida a RTU-V cujo resultado foi carcinoma urotelial pT1a de alto grau. TAC abdomino-pelvica revelou massa renal suspeita a esq. Perante estes dados a doente foi submetida a exenteração pélvica anterior com nefruretorectomia bilateral cuja anatomia patológica revelou: carcinoma urotelial de alto grau com invasão da lâmina propria pT1a + carcinoma de células claras do rim esq. + doença renal poliquística.

Discussão:

A incidência de CCR na Doença Renal Terminal é de 4%, sendo 10x superior ao da população em geral, são habitualmente multicentricos, bilaterais, com relativo melhor prognóstico e maior incidência da variante papilar. A todos os doentes com Doença Renal Terminal recomenda-se realização de restreio ecográfico anual.

Casos raros de tumores testiculares – Linfomas do testículo

Autores: Edgar Tavares da Silva¹, Bruno Gonçalves², David Castelo¹, Vera Marques¹, Pedro Simões¹, Alfredo Mota¹

Instituições: ¹Serviço de Urologia e de Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; ²Serviço de Oncologia Médica do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil

Introdução:

Os linfomas testiculares (LT) são uma neoplasia rara – 1-2% dos Linfomas não Hodking (LNH) e menos de 9% dos tumores testiculares. Estes são os tumores testiculares mais frequentes após os 50 anos e têm pior prognóstico que os tumores de células germinativas (TCG).

Objectivos:

O trabalho visa descrever a população de doentes com LT e compará-los com os doentes de TCG, num centro terciário.

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo por consulta dos processos de doentes submetidos a orquidectomia radical entre 05/2006 e 07/2013.

Resultados:

População composta por 9 doentes com idade média de 64,6 anos (lim: 45-85). Os sintomas B estavam presentes em 33% dos doentes. Os marcadores tumorais foram sempre normais no diagnóstico. Todos foram submetidos a orquidectomia radical, um deles bilateral. A histologia mais frequente foi Linfoma não Hodking B difuso de grandes células (89%). A doença era limitada (estadio I-II) em 57% dos casos.

A análise estatística comparativa com os TCG revelou diferenças significativas na idade (68 vs. 30 $p < 0,01$), valor α -fetoproteína (1,85 vs. 2,85 $p = 0,05$), presença de metástases ganglionares extra-retroperitoneais (33,3% vs. 9,7% $p = 0,014$), colocação de prótese testicular no mesmo tempo operatório (33,3% vs. 82,1% $p = 0,01$), tamanho do tumor (10 vs. 4cm $p = 0,03$).

Discussão/Conclusões:

Comparando os LT com os TCG verifica-se que os doentes são mais velhos, os marcadores tumorais são mais baixos e o envolvimento ganglionar além do retroperitoneu é mais frequente. Estas características devem levantar a suspeita diagnóstica desta patologia, cuja mortalidade é significativamente maior que a dos TCG.

Cirurgia urológica em São Tomé e Príncipe

Autores: Tiago Rodrigues, Renato Mota, Ana Covita, Pedro Monteiro, Hélder Monteiro

Instituição: Serviço de Urologia, CHLO, Hospital Egas Moniz

Introdução:

São Tomé e Príncipe (STP) é um dos países mais pobres do Mundo, integrando listas de países como a *Heavily Indebted Poor Country* (HIPD) e a *Small Island Developing State* (SIDS).

Um dos aspectos críticos no funcionamento dos sistemas de saúde é a carência de recursos humanos. Para suprir esta lacuna foi implementado o Projecto Saúde Para Todos Especialidades que procura fornecer condições para que equipas estrangeiras se desloquem regularmente ao país para prestarem cuidados de saúde.

Objectivo:

Caracterizar a actividade cirúrgica em STP de 2007 a 2013 e avaliar o impacto das missões Portuguesas de Urologia na melhoria da mesma.

Resultados:

No total do tempo analisado contabilizámos um total de 365 cirurgias, sendo que as três cirurgias mais prevalentes foram a circuncisão peniana, prostatectomia retropúbica e a cistostomia suprapúbica. Podemos ainda observar a diferença entre a variedade de cirurgias que existe antes e depois do início das missões em 2010.

Discussão/Conclusão:

STP é um país pobre, com reduzidos recursos económicos para a saúde que se agravam pela precariedade dos recursos humanos especializados, e que se traduziam numa actividade cirúrgica urológica diferenciada inexistente. As diferentes missões, integradas no Projecto Saúde para Todos, permitiram inverter este padrão e melhorar a qualidade da assistência à população de STP, destacando-se a maior variedade de cirurgias realizadas pelo pessoal local nos anos mais recentes.

Hemiparesia – Um caso de tumor testicular

Autores: Tiago Rodrigues, José Carlos Santos, Nídia Rolim, Filipe Lopes, Renato Mota, Ana Covita, Rui Nogueira, Hélder Monteiro

Instituição: Serviço de Urologia, CHLO, Hospital Egas Moniz

Introdução:

O tumor do testículo é o tumor sólido mais prevalente em jovens adultos (20-39 anos), sendo que a probabilidade de desenvolverem um tumor testicular é de um para trezentos e, de esse evento ser fatal, de um para cinco mil.

O presente caso clínico procura ilustrar o diagnóstico de um tumor testicular avançado num doente que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por défices sensitivo-motores e descoordenação do hemicorpo esquerdo.

Caso Clínico:

Homem de 37 anos que recorre ao SU por um quadro de hipo/parestesias e défices motores do hemicorpo esquerdo, com massa testicular esquerda de consistência dura ao exame objectivo e imagiologicamente múltiplos depósitos secundários.

Procedeu-se a orquidectomia radical esquerda que revelou a presença de um tumor maligno de células germinativas, não seminomatoso com áreas de Carcinoma embrionário e áreas de Coriocarcinoma.

Por agravamento do quadro clínico e necessidade de vigilância foi transferido para a UCI onde realizou quimioterapia (BEP).

Discussão / Conclusão:

Atendendo à facilidade com que o tumor do testículo metastiza, o exame objectivo cuidado do homem é imprescindível e permite colocar com elevada certeza a hipótese diagnóstica de uma neoplasia testicular para explicar sintomas aparentemente aberrantes. A apresentação de massa testicular associada a manifestações neurológicas é muito sugestiva de Coriocarcinoma.

Experiência preliminar da utilização de um novo sistema transobturador ajustável para o tratamento da incontinência urinária de esforço masculina

Autores: Daniel Costa, Tiago Lopes, Pedro Dias, Rui Pinto, João Silva, Carlos Silva, João Dias, Miguel Guimarães, Francisco Cruz

Instituição: Centro Hospitalar de São João, E.P.E.

Introdução:

Vários sistemas minimamente invasivos têm sido investigados como opções terapêuticas para a incontinência urinária de esforço (IUE) após prostatectomia radical. Uma das desvantagens da maioria destes sistemas é a impossibilidade de ajuste no pós-operatório. O novo sistema hidráulico transobturador ajustável, A.M.I.® ATOMS System (Adjustable Transobturador Male System), foi introduzido com o intuito de obviar esta limitação.

Objetivos:

Apresentar a experiência inicial do Centro Hospitalar de São João, E.P.E. na utilização de um novo sistema hidráulico transobturador ajustável (ATOMS) para o tratamento da incontinência urinária de esforço masculina.

Material e Métodos:

Estudo unicêntrico prospectivo, não randomizado, que decorreu entre Novembro de 2012 e Agosto 2013, incluiu 10 doentes com incontinência urinária de esforço secundária a prostatectomia radical retropúbica.

O dispositivo foi implantado usando uma técnica transobturadora "outside-in", com ancoragem no ramo púbico inferior. O reservatório para ajuste do grau de compressão uretral foi colocado no espaço subcutâneo, à esquerda da sínfise púbica.

A avaliação pré e pós-operatória (aos 6 meses) incluiu: o número de pensos utilizados por dia (ppd) e o preenchimento de um questionário qualidade de vida, o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)*.

A cura foi definida como a ausência de necessidade de utilizar proteções diárias (ppd) e a melhoria como a redução superior a 50% nessas proteções.

Resultados:

Na avaliação aos 6 meses, 3 (30%) doentes estavam "curados" e 7 (70%) melhoraram, verificando-se que nenhum usava =3 ppd. Durante este período, 7 doentes necessitaram de ajuste do sistema.

Observou-se uma redução da média de pensos usados pré-operatoriamente 3,8 (2-6) para 1 (0-2) após a cirurgia. Paralelamente constatou-se uma melhoria substancial na qualidade de vida dos pacientes, com uma redução do score *ICIQ-SF* de 17,2 para 6,9. Todos os doentes estavam satisfeitos com os resultados e repetiriam a cirurgia.

Dois doentes referiram dor perineal e escrotal que melhorou após analgésicos e anti-inflamatórios orais. Não ocorreram infeções da ferida cirúrgica, lesões da uretra ou da bexiga.

Discussão/Conclusão:

Estes resultados preliminares demonstram que o dispositivo ATOMS é seguro e eficaz no tratamento da incontinência urinária de esforço masculina ligeira a moderada. A possibilidade de pequenos ajustes não invasivos ao longo do tempo de forma a satisfazer as necessidades dos doentes confere uma vantagem significativa.

Síndrome de Wunderlich num doente com esclerose tuberosa – Um caso clínico

Autores: Nídia Rolim, Filipe Lopes, Tiago Rodrigues, José Carlos Santos, Renato Mota, Mário Soares, Hélder Monteiro

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital Egas Moniz - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução:

A esclerose tuberosa é uma doença genética rara, autossómica dominante, com uma incidência de 1:6000 nados-vivos. A apresentação clínica é variada, sendo as manifestações renais a principal causa de morbilidade e mortalidade nestes doentes devido às complicações dos angiomiolipomas.

A síndrome de Wunderlich caracteriza uma hemorragia peri-renal espontânea. Representa a complicação mais significativa dos angiomiolipomas.

Objectivo: Apresentação de um caso clínico de um doente do sexo masculino, de 28 anos, com angiomiolipomas gigantes bilaterais no contexto de esclerose tuberosa, que se apresentou com síndrome de Wunderlich.

Material e Métodos:

Apresentação de um caso clínico mediante consulta de registos clínicos.

Resultados:

Demonstrou-se o sucesso do tratamento conservador (fluidoterapia e suporte transfusional) num doente que se apresentou hemodinamicamente estável apesar de anemia significativa.

Conclusão:

A abordagem conservadora dos doentes com síndrome de Wunderlich devido a angiomiolipomas gigantes bilaterais no contexto de esclerose tuberosa deve ser considerada, quando existe estabilidade hemodinâmica. Esta abordagem permite evitar as complicações associadas aos procedimentos invasivos e atrasar a progressão para insuficiência renal terminal, característica da esclerose tuberosa.

Tratamento multimodal no carcinoma de células renais metastizado: Um caso paradigmático do papel da citoredução cirúrgica

Autores: Ricardo Dias Cruz, Paulo Araújo, Rui Freitas, António Morais, Sanches Magalhães, Vítor Silva, Francisco Lobo, Nuno Sousa, Jorge Oliveira

Instituição: IPOPG, EPE

Reportamos um caso clínico de tratamento multimodal do carcinoma de células renais (CCR) metastizado. Trata-se de um doente de 51 anos que tinha como antecedentes uma nefrectomia radical esquerda em Maio de 2007 fora do IPOPG, cuja histologia revelou um CCR, tipo célula clara, pT3a Nx M0, grau de Furhman III. Ficou em vigilância até Novembro de 2008, altura em que foi referenciado ao IPOPG por recidivas síncronas exclusivas das glândulas supra-renais (à direita com 12 cm; à esquerda dois nódulos com 3 e 4.8 cm). Foram efectuadas supra-renalectomias direita e esquerda diferidas. As histologias confirmaram metastização de CCR. Ficou em vigilância até Outubro de 2009, altura em que por recidiva na loca da supra-renal esquerda com cerca de 5 cm e nódulo ao nível da cauda do pâncreas sugestivo de metastização, iniciou tratamento sistémico paliativo com Sunitinib. Manteve esta medicação até Dezembro de 2012 com doença imagiológica estável como melhor resposta. Foi proposto para tentativa de exérese da doença residual em Janeiro de 2013, tendo sido submetido a exérese da recidiva da loca supra-renal esquerda que confirmou metastização de CCR e a pancreatectomia caudal que revelou pancreatite crónica. Actualmente encontra-se em vigilância, sem evidência de doença macroscópica. Este caso ilustra a contribuição da citoredução cirúrgica paliativa no CCR metastizado como parte integrante do tratamento multimodal no CCR, em doentes em que a mesma é exequível.

Carcinoma espinhocelular do pénis – Casuística de um Centro terciário 2006-2013

Autores: David Castelo, Edgar Tavares, Vera Marques, Maria José Freire, Arnaldo Figueiredo, Alfredo Mota

Instituição: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução:

O carcinoma espinhocelular do pénis (CEP) é uma neoplasia relativamente pouco frequente nos países desenvolvidos. Apesar de requerer terapêutica na maioria das vezes mutiladora, o prognóstico é favorável na doença localizada.

Objectivos:

Caracterizar retrospectivamente a população de doentes com CEP tratados recentemente num centro terciário português.

Material e Métodos:

Análise descritiva retrospectiva dos doentes com CEP diagnosticados e tratados na nossa instituição entre 2006 e Maio de 2013.

Resultados:

A idade média e mediana dos 35 doentes foi de 65.8 e 69.0 anos, respectivamente (min=33; max=89). A lesão primária localizava-se no prepúcio em 2 doentes (6%), na glândula com ou sem atingimento do prepúcio em 29 (83%), na glândula e corpo do pénis em 3 (9%) e na base do pénis em 1 doente (3%). A terapêutica inicial consistiu em excisão local da lesão com ou sem circuncisão em 5 doentes (14%), glandectomia em 2 (6%), amputação parcial do pénis em 26 (74%) e os restantes 2 doentes (6%) realizaram amputação total do pénis ou emasculação. Trinta e um doentes (89%) apresentavam carcinoma espinhocelular clássico e os restantes 4 (11%) carcinoma espinhocelular de subtipo verrucoso. Dois doentes (6%) apresentavam pTis, 11 doentes (31%) pT1, 7 doentes (20%) pT2 e 15 doentes (43%) pT3. Quinze doentes (43%) realizaram linfadenectomia; 1 (3%) com excisão de gânglio sentinela, 5 (14%) linfadenectomia inguinal superficial e os restantes 9 (26%) linfadenectomia inguinal superficial e profunda ou modificada. Dois doentes (6%) realizaram quimioterapia adjuvante com cisplatina + 5-fluorouracilo ou TIP. Um doente realizou quimioterapia neoadjuvante com TIP. Um doente realizou também quimioterapia de salvação com TIP após cisplatina + 5-fluorouracilo. Verificaram-se 6 óbitos (17%); dos quais 3 por causas não relacionadas. Cinco doentes (14%) foram perdidos para seguimento.

Discussão/Conclusão:

A maioria dos doentes apresentava doença localizada, ficando curados após cirurgia local ou locorregional. A mortalidade por outras causas e a perda para seguimento foram significativas, em relação provável com a idade da população estudada.

Tumores de células germinativas do testículo – Casuística de um Centro terciário 2006-2013

Autores: David Castelo, Vera Marques, Edgar Tavares, Gustavo Gomes, Arnaldo Figueiredo, Alfredo Mota

Instituição: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução:

Os tumores de células germinativas do testículo (TCGT) são a neoplasia mais frequente no homem entre os 20 e os 40 anos. Com a terapêutica multimodal actualmente utilizada apresentam bom prognóstico, mesmo em estádios mais avançados.

Objectivos:

Caracterizar retrospectivamente a população de doentes com TCGT tratados recentemente num centro terciário português.

Material e Métodos:

Análise descritiva retrospectiva dos doentes com TCGT diagnosticados e tratados na nossa instituição entre 2006 e Julho de 2013.

Resultados:

Dos 67 doentes analisados neste período, 31 apresentavam seminoma clássico (S) e 36 tumores mistos de células germinativas do testículo (TM). A idade à data de diagnóstico foi de 34.7 (S) e de 28.6 anos (TM). Foi realizada biópsia extemporânea pré orquidectomia em 14 doentes (21%). O tamanho médio da massa escrotal foi de 42mm (S) e 51mm (TM). Relativamente à composição dos TM, foi detectado tumor do seio endodérmico em 66%, carcinoma embrionário em 60%, teratoma em 40%, coriocarcinoma em 11% e seminoma em 36% dos doentes. Em termos de estadiamento, 27 (88%) doentes com seminoma clássico encontravam-se no estadio I, 2 (6%) no estadio II e outros 2 (6%) no estadio III; nos TM 21 (58%) apresentavam doença no estadio I, 4 (11%) no estadio II e os restantes 11 (31%) no estadio III. Dos seminomas clássicos, 11 (36%) realizaram radioterapia adjuvante, 6 (19%) carboplatina, 2 (7%) BEP (3 ou 4 ciclos) e os restantes 12 (39%) não realizaram terapêutica adjuvante. Dos tumores mistos, 32 (89%) realizaram quimioterapia (QT) adjuvante (2 a 4 ciclos de BEP em todos os doentes, de acordo com o estadiamento, seguido de QT de 2.^a linha com VIP em 3 casos e QT de 3.^a linha com TIP em 1 doente). A mortalidade em doentes com seminoma clássico foi de 3% (1 doente) e nos tumores mistos de 14% (5 doentes); todos com doença no estadio III. Globalmente, a mortalidade da doença estadio III foi de 38%.

Discussão/Conclusão:

Tal como referido na literatura, os seminomas surgem em idades ligeiramente mais avançadas que os tumores mistos de células germinativas, e apresentam melhor prognóstico.

O efeito dos diuréticos no tratamento da litíase urinária com litotricia extracorpórea por ondas de choque

Autores: Vera Marques, David Castelo, Edgar Tavares da Silva, Pedro Moreira, Francisco Rolo, Alfredo Mota

Instituição: Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução:

O tratamento da litíase urinária com litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) pode ser adjuvado pela aplicação de diversas medidas de suporte e preventivas de litíase residual e de formação litiásica de novo. Um exemplo é a estimulação da diurese durante as sessões terapêuticas.

Objectivos:

Avaliar o impacto dos diuréticos na taxa de fragmentação e na persistência de litíase residual pós-LEOC.

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo dos processos clínicos doentes submetidos a LEOC durante o ano de 2011.

Resultados:

Dos 447 doentes submetidos a LEOC, 362 (81%) realizaram concomitantemente 20 mg furosemida endovenosa e 85 (19%) não. A análise estatística univariada demonstrou que o uso de furosemida se associou a uma fragmentação completa dos cálculos ($p=0,001$). A análise multivariada revelou que são factores preditores independentes para fragmentação completa do cálculo: o uso de furosemida ($OR=2,94$; $IC=1,27-6,80$; $p=0,012$), o tamanho do cálculo ($OR=0,99$; $IC=0,89-0,96$; $p<0,001$) e a potência do tratamento ($OR=0,996$; $IC=0,99-1,00$; $p=0,028$). A idade do doente, a lateralidade, a localização do cálculo e outros factores técnicos, como a frequência e o número de choques, não influenciaram a ocorrência de fragmentação completa.

Discussão/Conclusão:

O uso de furosemida durante a LEOC aumenta cerca de 3 vezes a probabilidade de fragmentação completa do cálculo urinário, de uma forma independente. A estimulação da diurese durante a LEOC é portanto uma medida eficaz, segura e pouco dispendiosa.

O papel da biopsia prostática de repetição no diagnóstico de carcinoma da próstata

Autores: Vera Marques, Edgar Tavares da Silva, David Castelo, Raquel Rodrigues, Francisco Rolo, Alfredo Mota

Instituição: Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução:

Quando indicada, a biopsia prostática transrectal (BPTR) revela carcinoma da próstata (CaP) em 40-50% dos casos. Porém, um resultado negativo nem sempre traduz ausência de CaP.

Objectivos:

Caracterizar a população de doentes submetidos a repetição de biopsia prostática após uma primeira BPTR negativa e avaliar o impacto das indicações para rebiopsia no diagnóstico final de CaP.

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo dos processos clínicos dos doentes que realizaram rebiopsias prostáticas entre Janeiro/2005 e Fevereiro/2013.

Resultados:

Foram estudados 496 doentes submetidos a pelo menos uma rebiopsia prostática. A taxa de diagnóstico de CaP global e na segunda, terceira, quarta, quinta biopsias foi, respectivamente, 34,7%, 31,3%; 14,3%, 25,9% e 40%. A indicação mais frequente para rebiopsia foi a elevação persistente do PSA. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os valores de PSA dos doentes com e sem CaP (69,6vs.20,92; $p=0,013$), contudo apenas valores de PSA superiores a 20ng/mL se relacionaram com rebiopsia positiva ($p=0,047$). Além do valor do PSA, a única indicação para rebiopsia associada à presença de CaP foi a neoplasia intraepitelial papilar de alto grau (HiPIN) multifocal na primeira BPTR ($p=0,037$). O número de fragmentos colhidos aumentou a cada rebiopsia, contudo não se relacionou com o diagnóstico final de CaP ($p=0,256$). A taxa de complicações pós-BPTR aumentou com o número de biopsias, atingindo um máximo de 6,2% na terceira biopsia.

Discussão/Conclusão:

Valores de PSA superiores a 20ng/mL e HiPIN multifocal em biopsias prévias constituem indicações robustas para rebiopsia prostática. A taxa global de diagnóstico de CaP por rebiopsia é 34,7%.

Linfadenectomia retroperitoneal pós-quimioterapia no tratamento do tumor testicular – Casuística de um Serviço

Autores: Vera Marques, Edgar Tavares da Silva, David Castelo, Arnaldo Figueiredo, Francisco Rolo, Alfredo Mota

Instituição: Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução:

Aproximadamente um terço dos doentes que realizou quimioterapia por tumor de células germinativas (TCG) testicular apresenta doença retroperitoneal residual. A linfadenectomia retroperitoneal pós-quimioterapia (LNR-PQ) é uma opção terapêutica devido ao risco de teratoma maduro e de TCG viável.

Objectivos:

Avaliar as indicações e resultados terapêuticos da LNR-PQ por TCG testicular.

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo dos processos clínicos dos doentes submetidos a LNR-PQ por TCG testicular entre Janeiro/2007 e Julho/2013.

Resultados:

Realizaram-se 7 LNR-PQ por TCG testicular: 1 seminoma puro, 1 não-seminomatoso com componente de seminoma, 4 não-seminomatosos e 1 tumor *burned-out*. Uma LNR-PQ foi realizada por via laparoscópica e 6 por via clássica com incisão mediana supra-umbilical ou xifo-púbica. O tempo médio de cirurgia foi 240 minutos e a duração média de internamento pós-operatório foi 5 dias. O peso médio das peças operatórias foi 187g. A principal indicação para LNR-PQ foi a presença de massa retroperitoneal residual (6 casos), realizando-se apenas uma por recidiva tumoral. O *template* da LNR-PQ foi para-cava, pré-cava, intercavaoárctica e pré-aórtica em 5 casos e intercavaoárctica, pré-aórtica e para-aórtica envolvendo a dissecação do hilo renal esquerdo em 2 casos. Em 2 casos não existia tumor viável na peça operatória, verificando-se em 3 teratoma maduro e em 2 TCG viável. Os marcadores tumorais eram negativos antes e após a LNR-PQ, excepto num caso, o único com mortalidade. A sobrevivência global mostrou-se encorajadora, actualmente com um valor máximo de 76 meses.

Discussão/Conclusão:

A LNR-PQ é uma cirurgia tecnicamente complexa, mas com uma excelente recuperação pós-operatória e com bons resultados clínicos, sobretudo nos casos de teratoma.

Uma causa rara de retenção urinária: Cistadenoma multilocular cístico gigante da próstata

Autores: Ricardo Dias Cruz, Sanches Magalhães, Vítor Silva, Ângelo Rodrigues, Paulo Araújo, Rui Freitas, Jorge Oliveira

Instituição: IPOPGF, EPE

Pretende-se com a apresentação deste caso clínico discutir diagnósticos diferenciais e fazer uma revisão bibliográfica desta rara patologia. Reportamos um caso de um homem de 37 anos, previamente saudável, que recorreu ao serviço de urgência de urologia em Dezembro de 2011 com um quadro clínico compatível com uma retenção urinária, resolvido com algáliação. Referia LUTS de esvaziamento vesical desde há cerca de 2 meses. O estudo complementar imagiológico mostrou uma massa com componente sólido e cístico volumoso na dependência da próstata com cerca de 10 cm de maior eixo. Foi efectuada a sua exérese cirúrgica por via laparoscópica transperitoneal em Janeiro de 2012. A peça cirúrgica pesava 118,5 gramas, media 10,3x7,5x4,6 cm, e era constituída por uma formação tumoral branco-rosada, revestida por pseudo-cápsula lisa e de superfície externa bosselada. Ao corte, era em parte sólida, branco-amarelada, de consistência mole, e em parte cística, multiloculada, contendo líquido de tonalidade acastanhada. O exame histológico e imunocitoquímico mostraram tratar-se de um cistadenoma prostático. As margens cirúrgicas interessavam tecido são. Após 1 ano e oito meses de seguimento, o doente não teve recidiva local, está continente e tem erecções satisfatórias a tomar inibidores da 5-fosfodiesterase.

Ureteropieloplastias por laparoscopia e mini-laparoscopia. Estudo comparativo inicial no Hospital de Braga

Autores: Agostinho Cordeiro¹, Paulo Mota^{1,2}, Emanuel Dias^{1,2}, Carlos Oliveira^{1,2}, Francisco Botelho¹, Vítor Nogueira¹, Estevão Lima^{1,2}

Instituições: ¹Serviço de Urologia do Hospital de Braga; ²Escola de Ciências da Saúde – Universidade do Minho

Introdução:

A Síndrome de Junção Pieloureteral (SJPU) é caracterizada por obstrução urinária localizada ao nível da transição da pelve renal para o ureter, condicionando alterações funcionais significativas. A etiologia é congénita na maioria dos casos, embora também possa ser adquirida. Sinais e sintomas de obstrução urinária alta são a apresentação clínica de doentes com SJPU. A pieloplastia aberta foi considerada historicamente, um tratamento de eleição para a correção da SJPU. Contudo, avanços tecnológicos permitiram desenvolver e aperfeiçoar novos procedimentos minimamente invasivos, como a Pieloplastia Laparoscópica (que tem emergido como tratamento standard da obstrução pieloureteral, pelas implicações vantajosas no pós-operatório) e a minilaparoscopia, que pode proporcionar resultados benéficos adicionais.

Objectivos:

Comparar resultados entre pieloplastia laparoscópica e minilaparoscopia no pós-operatório.

Métodos:

Análise retrospectiva de doentes submetidos a pieloplastia por laparoscopia e minilaparoscopia, compreendido entre o período de setembro de 2011 a agosto de 2013.

Resultados:

Realizaram-se 18 pieloplastias laparoscópicas (11 mulheres e 7 homens), das quais 10 foram realizadas por minilaparoscopia. A média de idades foi de 41 anos. Todos os doentes apresentaram boa evolução pós-operatória, sem registo de recidivas ou complicações e até à data. O resultado estético e funcional foi exímio. A média de dias de internamento foi inferior a 3 dias.

Conclusão:

Os procedimentos minimamente invasivos, como é o caso da minilaparoscopia, são cada vez mais aceites como benéficos em relação à dor pós-operatória, tempo de convalescença e estética, quando comparadas aos procedimentos abertos clássicos, como é demonstrado neste estudo.

Insuficiência renal de causa obstrutiva. Banalidade? Nem sempre...

Autores: Sara Querido*, Hernâni Gonçalves*, Alice Lança*, Francisco Ferrer*, Paulo Santos*, Flora Sofia*, António Patrício*, Sequeira Andrade*, Tiago Neves**, Juan Monteverde**, João Dias**

Instituição: *Serviço de Nefrologia do CHMT; **Serviço de Urologia do CHMT

Sexo masculino, 52 anos, admitido no Serviço de Urgência por edemas generalizados. Sem história de insuficiência renal (IR), com antecedentes de litíase renal, apresentava diurese mantida. Dos exames complementares: retenção azotada grave, hipercalemiemia, acidose metabólica compensada; ecografia renal evidenciava ectasia das árvores piolocáliciais, sem litíase. Como a algáliação não promoveu melhoria da retenção azotada, foi transferido para o S. de Nefrologia, iniciando hemodiálise para controlo da hipercalemiemia. Assumindo-se lesão renal aguda pós-renal, requisitou-se Uro-TAC que salientou hidronefrose bilateral e componente sólido peri-aórtico, colocando-se a hipótese de diagnóstico de fibrose retro-peritoneal.

Transferido para o S. de Urologia e submetido a cateterismo ureteral bilateral com colocação de stent ureteral. Verificou-se melhoria da retenção azotada e dos edemas tendo alta ao 19º dia de internamento, aguardando biópsia retroperitoneal. Esta revelou tecido fibroesclerótico, sem aspetos proliferativos mas com componente inflamatório, sugestivo de fibrose retroperitoneal.

Re-internado 60 dias após a alta na sequência de novo agravamento da retenção azotada e ressurgimento da ureterohidronefrose por encarceramento dos ureteres pela massa retroperitoneal. Foram colocados cateteres de nefrostomia percutânea com recuperação da função renal para valores normais, sem necessidade de apoio dialítico. Foi, posteriormente, submetido a ureterólise bilateral e intraperitonização ureteral bilateral por laparotomia mediana, com resolução do quadro obstrutivo.

A fibrose retroperitoneal é um processo inflamatório crónico do retroperitoneu, de etiologia desconhecida mas que, apesar de rara, deve ser considerada no diagnóstico diferencial da patologia obstrutiva do trato urinário. As causas obstrutivas de IR podem, na sua maioria, ser corrigidas e permitir recuperação total/parcial da função renal.

Disfunção erétil após braquiterapia prostática em homens com < 55 anos

Autores: João Magalhães Pina, Luis Campos Pinheiro, João Varregoso, Rosário Vicente, Justo Ugidos, Nuno Teixeira, Tânia Oliveira e Silva, Matos Ferreira

Instituição: British Hospital Lisbon XXI

Introdução:

A incidência de carcinoma da próstata (CaP) em homens com menos de 55 anos é baixa, e os efeitos adversos associados ao tratamento ainda mais significativos.

Objectivo:

Avaliar a preservação da função erétil em homens com <55 anos, com CaP localizado ou localmente avançado, submetidos a braquiterapia (BT) em monoterapia ou associada a radioterapia externa (RT) e/ou hormonoterapia (HT).

Material e Métodos:

86 doentes com CaP T1-T3 foram tratados com BT (dose prescrita de 160 Gy) em monoterapia (87,2%), ou combinada com 6 meses de HT (5,8%). 3,5% dos doentes foram tratados com BT (dose prescrita 110Gy) associada a RT (45 Gy). 3,5% foram submetidos a BT + RT + 9 meses de HT.

Todos os doentes preencheram o questionário "Brief Sexual Function Inventory" (BSFI) antes do tratamento e em cada visita de follow-up, de 6 em 6 meses. O item da função erétil varia entre 0-12 pontos e foi o único avaliado. Doentes com pontuação = a 4 (pontuação mínima necessária para erecções satisfatórias) foram considerados potentes, com ou sem o uso de inibidores da fosfodiesterase-5 (i-PDE5).

Foram excluídos doentes com follow-up <1 ano ou impotentes antes do tratamento.

O follow-up foi calculado desde o fim do tratamento até à data da última consulta realizada. A mediana do follow-up foi de 48 meses (1-120 meses).

A taxa de preservação da potência foi calculada utilizando o método de Kaplan-Mayer e o teste log-rank. Para a análise multivariada, utilizou-se a regressão de Cox.

Foi considerado como estatisticamente relevante, quando $p < 0,05$.

Resultados:

A taxa global de preservação da potência aos 48 meses foi de 88,4%. Esta taxa foi de 90,7% para a BT em monoterapia, 80% para BT + HT, 66,7% para BT + RT e 66,7% para o tratamento trimodal ($p=0.530$).

Doentes com menos de 50 anos ($n=26$) tratados apenas por BT revelaram uma taxa de preservação de potência de 95,5%

Discussão:

Existem poucos estudos realizados a longo prazo em doentes com CaP e <55 anos. O nosso trabalho avaliou 86 doentes jovens, revelando uma excelente taxa de preservação da potência ao longo de 48 meses após o tratamento. Em doentes <50 anos, 95,5% mantêm a função erétil.

Eficácia da atorvastatina na quimioprevenção da carcinogénese vesical num modelo experimental: Propriedades anti-oxidantes, anti-proliferativas e anti-inflamatórias

Autores: Hugo Antunes*, Belmiro Parada**, Lilian Campos*, Flávio Reis**, Pedro Nunes*, Alfredo Mota***, Frederico Teixeira**, Arnaldo Figueiredo***

Instituições: *Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; **Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Instituto de Farmacologia e Terapêutica Experimental, IBILI, Faculdade de Medicina da Universidade Coimbra; ***Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Centro Hospital e Universitário de Coimbra; Instituto de Farmacologia e Terapêutica Experimental, IBILI, Faculdade de Medicina da Universidade Coimbra

Introdução:

O tumor da bexiga constitui um alvo de constante investigação por parte da comunidade científica, tanto pela sua elevada incidência e prevalência, como pela sua alta percentagem de recorrência e progressão. É assim essencial desenvolver estratégias de prevenção.

Objetivos:

Avaliar os efeitos anti-carcinogénicos da atorvastatina, num modelo animal de carcinogénese vesical induzido por N-butyl-N-(4-hydroxibutil)nitrosamina (BBN) e avaliar a importância da inflamação, proliferação e stress oxidativo no crescimento tumoral e sua prevenção.

Métodos:

Ratos Wistar foram divididos em quatro grupos: (1) Controlo: veículo; (2) Atorva: atorvastatina 3 mg/kg/dia; (3) Carcinogénio: BBN (0,05%); (4) Prevenção: atorvastatina + BBN. Utilizou-se um protocolo em duas fases: o fármaco e o carcinogénio foram administrados entre as semanas 1 e 8; o desenvolvimento tumoral/quimioprevenção ocorreram entre as semanas 9 e 20. As bexigas foram então extraídas para avaliação macroscópica, histológica e imunohistoquímica (p53, ki67, CD31). Estudaram-se os marcadores inflamatórios, de proliferação e estado oxidativo séricos.

Resultados:

A incidência de carcinoma vesical foi: Controlo - 0%; Atorva - 0%; Carcinogénio - 68% e Prevenção - 12,5%. O número e o volume médio tumoral foram significativamente inferiores no grupo "Prevenção", com uma redução marcada das lesões de hiperplasia, displasia e carcinoma *in situ*. Um perfil anti-proliferativo, anti-inflamatório e anti-oxidante foi observado no grupo "Prevenção". A marcação imunohistoquímica p53 e ki67 estava claramente aumentada no grupo "Carcinogénio" e diminuída no grupo "Prevenção".

Conclusões:

A atorvastatina demonstrou um efeito inibitório na carcinogénese vesical, neste modelo de rato, provavelmente devido às suas propriedades anti-inflamatórias, anti-proliferativas e anti-oxidantes.

Ácidos gordos OMEGA-3 inibem o crescimento tumoral em modelo experimental de carcinoma da bexiga

Autores: Hugo Antunes*, Belmiro Parada**, Lilian Campos*, Pedro Nunes*, Alfredo Mota***, Flávio Reis**, Frederico Teixeira**, Arnaldo Figueiredo***

Instituições: *Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; **Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Instituto de Farmacologia e Terapêutica Experimental, IBILI, Faculdade de Medicina da Universidade Coimbra; ***Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Centro Hospital e Universitário de Coimbra; Instituto de Farmacologia e Terapêutica Experimental, IBILI, Faculdade de Medicina da Universidade Coimbra

Introdução:

O tumor da bexiga, constitui um alvo de constante preocupação e investigação por parte da comunidade científica, tanto pela sua elevada incidência e prevalência, como pela sua alta percentagem de recorrência e progressão. Desta forma, estratégias de prevenção são essenciais para o controlo desta patologia.

Objetivos:

Avaliar a eficácia da quimioprevenção da mistura do ácido eicosapentaenoico (EPA) e do ácido docosahexaenoico (DHA) no desenvolvimento do carcinoma da bexiga, em modelo animal.

Método:

Ratos Wistar machos foram divididos em 4 grupos e acompanhados durante 20 semanas. Os grupos são: controlo; carcinogénio N-butyl-N-(4-hidroxi)butil nitrosamina (BBN); OMEGA-3 (DHA+EPA); OMEGA-3+BBN. BBN e OMEGA-3 foram administrados nas primeiras 8 semanas. Na vigésima semana foram colhidas amostras de sangue e de bexiga para pesquisa de lesões e tumores do urotélio e marcadores de inflamação, proliferação e *status* oxidativo.

Resultados:

Foram encontradas as seguintes incidências de carcinoma da bexiga: grupo controlo (0%), OMEGA-3 (0%), BBN (68%) e OMEGA-3 + BBN (62,5). O grupo OMEGA-3 + BBN não apresentou tumor infiltrativo ou carcinoma *in situ*, e o volume tumoral foi significativamente menor quando comparado com o grupo BBN (0,9 +/- 0,1 mm3 versus 112,5 +/- 6,4 mm3).

Conclusão:

Os ácidos gordos OMEGA-3, apesar de não diminuírem a incidência de tumores da bexiga, reduzem as suas dimensões e agressividade, neste modelo experimental, o que se pode dever às suas propriedades anti-inflamatórias, anti-oxidantes, anti-proliferativas e anti-angiogénicas.

Pseudo-aneurisma renal – Complicação rara da Ureterorenoscopia

Autores: Pedro Melo, Pedro Galego, Fortunato Barros

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital de São José, Lisboa

Introdução:

A Ureterorenoscopia é um procedimento minimamente invasivo, realizado com frequência crescente na Urologia, com baixo índice de complicações. O Pseudo-aneurisma renal é uma complicação rara deste procedimento.

Objectivo:

Apresentação de caso clínico de pseudo-aneurisma renal pós ureterorenoscopia.

Material e Métodos:

Doente do sexo masculino, 42 anos, sem antecedentes pessoais. Em Abril de 2010 apresenta cólica renal direita por cálculo no ureter distal, sendo submetido a Ureterorenoscopia, que abortou por impossibilidade de abordagem do ureter tortuoso e estreito, tendo-se colocado stent ureteral.

No dia seguinte, iniciou quadro de desconforto lombar e anemia aguda. Realizou-se TC que revelou volumoso hematoma subcapsular. Optou-se por tratamento conservador, tendo tido alta estável.

Em Junho de 2010 foi submetido a URC do cálculo com fragmentação completa, sem complicações. Na semana seguinte foi reinternado por hematuria com necessidade de transfusões sanguíneas. Realizou-se TC demonstrando hematoma conhecido mas com menores dimensões, sem evidência de outras lesões vesicais ou renais.

Por manutenção de hematuria grave e queixas de irritabilidade vesical acentuadas, retirou-se o stent e realizou-se Angio-TC que evidenciou Pseudo-Aneurisma, com fístula entre o hematoma subcapsular e o aparelho excretor.

Realizou-se embolização de 3 Pseudo-aneurismas e da artéria subcapsular em Julho de 2013, com reversão da hematuria, do hematoma sub-capsular, sem complicações.

Alguns meses depois o hematoma desapareceu, com diminuição do parênquima do rim afectado mas com funcionalidade mantida.

Discussão e Conclusão:

Pseudo-aneurismas renais são raros e frequentemente originados por causas iatrogénicas ou traumáticas. Sua incidência tem aumentado com a utilização mais frequente de técnicas urológicas minimamente invasivas.

Complicações da linfadenectomia retroperitoneal por tumor do testículo

Autores: Daniel Costa, Tiago Lopes, Rui Pinto, João Silva, Carlos Silva, Ulisses Ribau, Francisco Cruz

Instituição: Centro Hospitalar de São João, Urologia

Introdução:

A linfadenectomia retroperitoneal (RPLND) no tumor do testículo está indicada após a quimioterapia nas massas residuais suspeitas. Assim, doentes com seminomas com actividade metabólica na PET ou com não seminomas que não responderam à quimioterapia, deverão ser submetidos a RPLND quando os marcadores tumorais forem idealmente negativos.

Objectivos:

No presente trabalho propomo-nos rever as complicações na nossa série de RPLND dos últimos 5 anos.

Material e Métodos:

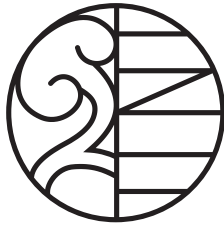
Entre Janeiro de 2008 e Agosto de 2013 de um total de 83 doentes com tumor de testículo, 19 foram submetidos a RPLND. Destes, 3 eram inicialmente seminomas testiculares e 16 não seminomas. Definimos complicações minor como as não responsáveis por um prolongamento do internamento e as major por um prolongamento do internamento superior a 2 dias, complicações precoces como as desenvolvidas nos primeiros 30 dias após a RPLND e complicações tardias como as desenvolvidas após o 1º mês.

Resultados:

O tempo operatório médio foi de 325 ± 119 min. A média de permanência hospitalar foi de 20 ± 41 dias (7-187). Foram isolados gânglios linfáticos em 16 doentes (18 ± 7 gânglios, 5-31), 5 deles apresentavam invasão por tumor primário (1.4 ± 0.5 gânglios, 1-2). As complicações minor observadas ocorreram em 4 doentes (4 linfocelos) e major em 2 doentes (1 ascite quilosa, 1 enxerto de prótese aórtica). Não existiram complicações precoces e as tardias observadas foram uma fístula ilíaco-sigmoideia e uma necrose do ureter esquerdo. A ejaculação anterógrada foi preservada em 9 doentes. Não houve recorrências retroperitoneais da doença.

Discussão/Conclusão:

A RPLND proporciona o controle oncológico da doença de base no entanto, envolve uma taxa de complicações não menosprezável. Este procedimento deve ser reservado a centros com experiência e com a possibilidade de uma abordagem multidisciplinar desta patologia.



APU2013

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA DE UROLOGIA

10 a 13 • Out • 2013

Centro de Congressos do Algarve
Vilamoura – Tivoli Marina Hotel



Vídeos

ORGANIZAÇÃO



SERVIÇO DE UROLOGIA

Cistectomia parcial laparoscópica assistida por cistoscopia no tratamento da endometriose vesical

Autores: Isaac Braga^(1,3), João Cabral⁽²⁾, Nuno Azevedo⁽²⁾, Frederico Branco⁽²⁾, Nuno Louro⁽²⁾, Avelino Fraga⁽²⁾, Luís Osório⁽²⁾

Instituições: ¹Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde/Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho; ²Serviço de Urologia, Centro Hospitalar do Porto

Introdução:

A incidência de endometriose no trato urinário varia de 1-3% e a bexiga é o órgão mais afetado (cerca de 85%). O grau de extensão e localização da doença são limitações para a abordagem endoscópica.

Este vídeo apresenta um caso de uma doente de 42 anos, referenciada à consulta de Urologia por queixas de dor pélvica e disúria. A avaliação pré-operatória consistiu em cistoscopia, ecografia e ressonância magnética pélvicas que revelaram um nódulo submucoso com cerca de 2cm localizado na transição da parede posterior para a cúpula vesical, compatível com lesão de endometriose.

Métodos:

O procedimento foi realizado sob anestesia geral, com profilaxia antibiótica. A doente foi posicionada em litotomia modificada e o pneumoperitoneu criado através do trocar da câmara inserido por técnica de mini-laparotomia ao nível do umbigo. Foram inseridos mais três trocares sob visão direta.

O procedimento foi apoiado através de cistoscopia, como auxílio na delimitação das margens da lesão e no controlo dos orifícios ureterais. O espécimen, após excisão, foi colocado no endobag® e removido. A bexiga foi encerrada com sutura contínua, em 2 planos, com Vycril® 2/0, em dupla camada. Não foi deixado dreno.

Resultados:

Tempo cirúrgico foi de 125min. Perda sanguínea desprezável. Doente teve alta no 1º dia pós-operatório com sonda vesical que removeu ao 7º dia. Anatomia patológica confirmou lesão de endometriose na bexiga. A doente mantém-se assintomática no seguimento.

Conclusões:

A cirurgia combinada apresenta-se como um tratamento minimamente invasivo que assegura a remoção completa e segura deste tipo de lesões.

Nefrectomia parcial e nefrectomia total contralateral laparoscópicas realizadas em procedimento simultâneo

Autores: Nuno Azevedo^(1,3), Isaac braga⁽²⁾, João Cabral⁽²⁾, José Soares⁽²⁾, Avelino fraga⁽²⁾, Luís Osório⁽²⁾

Instituições: ¹Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior; ²Serviço de Urologia, Centro Hospitalar do Porto

Introdução:

A abordagem ideal para doentes com lesões renais bilaterais é controversa, com alguns autores a recomendarem uma abordagem faseada e outros a recomendarem uma abordagem simultânea.

O nosso vídeo demonstra uma nefrectomia parcial laparoscópica com nefrectomia total contralateral realizada simultaneamente.

Métodos: Homem de 76 anos, achado incidental em TC de um massa no rim direito com 36mm e um rim esquerdo atrofico com um cálculo coraliforme, ambos os rins apresentavam 2 artérias. A cintigrafia renal confirmou exclusão funcional do rim esquerdo. A taxa de filtração glomerular (TFG) era de 65mL/min.

O doente foi primeiramente posicionado em decúbito esquerdo. O procedimento foi realizado com 4 portas de laparoscopia transperitoneal – 3 portas alinhadas na linha média; 1 entre o umbigo e espinha ilíaca superior – as portas foram alinhadas para permitir acesso ao rim contralateral.

Após dissecação das artérias e veia renais, usou-se um ‘clamp Satinsky’ atraumático para clampar as artérias e realizou-se a nefrectomia parcial. O doente foi depois reposicionado, colocada outra porta entre o umbigo e a espinha ilíaca superior esquerda. A nefrectomia esquerda foi realizada com laqueação do pedículo renal com EndoGIA-45®.

Resultados:

Tempo cirúrgico foi 210min. O tempo de isquemia quente foi de 17min. Perda sanguínea de 300mL. Não houve complicações peri ou pós-operatórias. TFG pós-operatória 54mL/min. Anatomia patológica revelou carcinoma de células renais (T1a) no espécimen direito pielonefrite crónica no esquerdo.

Conclusões:

Os procedimentos bilaterais num único tempo são seguros e apresentam vantagens, nomeadamente menor tempo internamento, redução custos e recuperação mais rápida dos doentes.

V 03

Sacrocolpopexia laparoscópica associada a histerectomia sub-total

Autores: Rui Formoso; Júlio Fonseca; Sofia Lopes; Luís A. Monteiro; Catarina Gameiro; Rui Sousa

Instituição: Hospital Beatriz Ângelo, Loures

Introdução:

O prolapso dos órgãos pélvicos (POP) é uma patologia muito frequente nas mulheres múltiplas pós-menopáusicas. Está associado a grande desconforto e perda de qualidade de vida, alterações da defecação, disfunção sexual e acompanha-se de perturbações da micção.

Objetivos:

Este vídeo assinala os aspetos mais relevantes da técnica usada, realçando a associação neste procedimento cirúrgico da histerectomia subtotal como forma de melhorar o resultado e reduzir as taxas de recorrência. A sacrocolpopexia fixa a vagina num eixo correto, preserva o seu tamanho e evita outros defeitos, desde que aplicada com duas “mesh” (anterior e posterior)

Material e Métodos:

O caso apresentado refere-se a uma doente de 69 anos, com um prolapso uterino G III, incontinência urinária mista e desconforto pélvico. Foi excluída patologia do colo uterino e realizou estudo urodinâmico prévio.

Resultados:

A abordagem laparoscópica foi a opção tomada, dado ser um procedimento mini-invasivo, permitindo executar a histerectomia com preservação do colo, facilitando a fixação dos 2 ramos da prótese de polipropileno usada, (em forma de Y) um anterior na fáscia pubo-cervical e o posterior aos levantadores do ânus. A cirurgia foi finalizada com a inserção de uma prótese TOT para reparação e prevenção da incontinência de “stress”. O tempo cirúrgico foi cerca de 4 horas, tendo decorrido sem qualquer complicação. O “follow-up” ao 1º e 3º mês foi excelente.

Discussão/Conclusão:

Este caso ilustra aspetos da execução técnica, a ausência de morbilidade, com internamento de 48 horas. A opção da histerectomia subtotal neste grupo etário não parecia polémica e além de facilitar o procedimento, evitou a abertura da vagina reduzindo o risco de fístula e infeção. O acesso laparoscópico parece ser atualmente a via de eleição para estas situações, permitindo a redução da morbilidade, com resultados sobreponíveis à via aberta clássica e muito superiores às correções com próteses vaginais.

V 04

Correcção sem encurtamento de curvatura peniana congénita ventral, através da rotação dos corpos cavernosos (técnica de shaeer)

Autores: Luís Pacheco-Figueiredo, Nuno Tomada, Francisco Cruz

Instituição: Serviço de Urologia, Centro Hospitalar São João

Introdução:

A curvatura peniana congénita ventral é relativamente comum (incidência de 4-10%), sendo a correcção cirúrgica (coporoplastia) a única modalidade terapêutica eficaz. As técnicas clássicas com plicatura ou utilização de enxerto apresentaram baixo sucesso terapêutico, fundamentalmente por encurtamento peniano excessivo, contracção da cicatriz do enxerto ou disfunção erétil. A técnica de Shaeer permite a realização da corporoplastia sem encurtamento peniano, através rotação dos corpos cavernosos, com mudança da concavidade ventral dos mesmos para posição lateral, anulando as forças de flexão.

Objectivos:

Descrever e comentar, sob a forma de vídeo, as diversas etapas desta técnica cirúrgica.

Material e Métodos:

Incisão subcoronal e deslucamento peniano. Injecção intra-cavernosa de prostaglandina para avaliação do local de maior curvatura peniana. Incisão na fáscia de Buck e identificação do feixe vascular-nervoso dorsal. Dissecção do feixe e seu rebatimento lateral para exposição da área de rotação. Realização de duas incisões paralelas longitudinais em ambos os corpos cavernosos, com manutenção da integridade da camada interna da túnica albugínea. Os bordos mediais e laterais de ambas as incisões são sucessivamente aproximados com sutura contínua com PDS 4/0, seguido de pontos separados de 1-1 cm para reforço da sutura. Encerramento por tónicas, com sutura contínua final subcoronal.

Resultados:

Nos seis casos efectuados, o tempo cirúrgico médio foi de 130 minutos. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, tendo os doentes alta após dois dias. A reavaliação, aos 3 e 6 meses, demonstrou uma erecção com curvatura inferior a 10º, sem encurtamento e sem alterações funcionais.

Discussão/Conclusão:

A técnica de Shaeer é uma opção cirúrgica válida no tratamento da curvatura peniana congénita ventral.

Complicações de cirurgia laparoscópica urológica

Autores: Miguel Almeida, Rui Lúcio, José Marques, Jorge Fonseca, Renaud Bollens, José Garção Nunes

Instituição: Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução:

A cirurgia laparoscópica possui uma longa curva de aprendizagem. No que respeita à cirurgia laparoscópica urológica existem especificidades próprias do aparelho genito-urinário que acarretam dificuldades acrescidas, tais como a manipulação de estruturas vasculares nobres e o condicionalismo de trabalhar em espaços limitados. Quanto maior a exigência técnica, maior a taxa de complicações. Tão importante como saber resolver estas complicações, é essencial saber reconhecê-las.

Objectivos:

Demonstrar algumas das complicações da cirurgia laparoscópica urológica e discutir a sua deteção e resolução.

Material e Métodos:

Todos os segmentos de cirurgias demonstrados em montagem audio-visual foram captados durante intervenções realizadas por uma equipa de três internos de urologia, num contexto de estágio formativo, coordenado pelo Dr. Renaud Bollens, na Bélgica. Foram seleccionadas as complicações mais importantes ocorridas durante este período.

Resultados:

São apresentadas cinco complicações: 1) Punção da aorta abdominal com agulha de Veress; 2) introdução do primeiro trocar através do grande epíploon; 3) perfuração de ansa intestinal à introdução do primeiro trocar; 4) degradação da bainha de isolamento da tesoura monopolar; 5) pneumotórax iatrogénico durante uma suprarrenalectomia, após lesão diafragmática com electrocoagulação.

É igualmente demonstrada a resolução cirúrgica da punção iatrogénica da aorta, assim como a drenagem e correcção do pneumotórax.

Conclusões:

A realização segura de cirurgia laparoscópica urológica requer experiência e conhecimento teórico para prevenir, identificar e tratar uma série de complicações que, idealmente, se querem corrigidas sem recurso à conversão a cirurgia aberta.

Nefrolitotomia percutânea assistida por laparoscopia cálculo coraliforme em ectopia renal cruzada com fusão

Autores: Luís Xambre; Vítor Oliveira; Rui Amorim; Jorge Dias; Pedro Costa; Luís Ferraz

Instituição: Serviço de Urologia, Centro Hospitalar de V.N. Gaia/Espinho

Introdução:

A esmagadora maioria das situações de litíase renal são eficazmente tratadas com recurso a litotricia extracorporal / abordagens endourológicas. As indicações actuais para cirurgia laparoscópica no contexto de litíase urinária não estão bem definidas e são bastante restritas, essencialmente variações / malformações anatómicas, patologias concomitantes como síndrome de junção uretero-piélica ou falhanço de abordagens endoscópicas / LEOC. As situações de litíase em unidades renais portadoras de malformações colocam problemas adicionais no que toca a acesso e potencial de iatrogenia importante utilizando abordagens clássicas. Em situações de malformações urinárias a abordagem deverá ser estritamente individualizada, levando em linha de conta aspectos como anatomia, volume litíase, experiência cirúrgica e disponibilidade de meios técnicos.

Objectivos:

Ilustrar a abordagem utilizada num contexto bastante invulgar - cálculo coraliforme completo em rim ectópico (ectopia renal cruzada com fusão).

Material e resultados:

É realizada uma descrição sumária do caso. Ilustra-se detalhadamente a realização de nefrolitotomia percutânea assistida por via laparoscópica transperitoneal, particularmente no que toca ao acesso utilizado. Foi necessário o recurso a instrumental rígido e flexível para acesso integral ao excretor através de acesso único. O acesso laparoscópico permitiu um acesso directo ao excretor, sob visualização directa, evitando iatrogenia vascular ou entérica. No final do procedimento persistiu litíase residual calicial, tratada com sessão complementar de litotricia extra-corporal.

Conclusão:

A abordagem laparoscópica da litíase encontra aplicação privilegiada neste contexto singular, permitindo um acesso seguro ao excretor. A disponibilidade de instrumental adequado permite a obtenção de excelentes taxas de sucesso.

Psoas Hitch laparoscópico

Autores: Luís Xambre; Vítor Oliveira, Rui Amorim, Jorge Dias, Pedro Costa, Luís Ferraz

Instituição: Serviço de Urologia, Centro Hospitalar de V.N. Gaia/Espinho

Introdução:

As estenoses do ureter são uma situação clínica relativamente frequente, entre nós maioritariamente iatrogénica. Dependendo de factores como localização e extensão, há várias abordagens disponíveis. Aspectos fundamentais para o sucesso cirúrgico incluem preservação da vascularização, mobilização adequada e confecção de anastomoses estanques e realizadas sem tensão. A cirurgia laparoscópica foi amplamente utilizada em inúmeros procedimentos urológicos ablativos e sobretudo reconstrutivos devido às inequívocas vantagens no que toca a morbilidade diminuída e taxas de sucesso equivalentes.

Muito embora a exequibilidade da uretero-ureterostomia, ureteroneocistostomia directa ou com psoas hitch / flaps tipo Boari tenha sido documentada, trata-se de procedimentos pouco difundidos.

Objectivos:

Ilustrar a abordagem laparoscópica no tratamento de estenoses ureterais

Material e Métodos:

Apresenta-se passo a passo o tratamento laparoscópico de uma estenose do uréter pélvico com recurso a um psoas hitch. A técnica é amplamente ilustrada no que toca a opções técnicas, tendo como base um caso clínico que é apresentado de forma sumária.

Resultados:

Os resultados obtidos são apresentados no que toca a aspectos funcionais e estéticos. Após 24 meses de seguimento a doente apresenta-se assintomática. Exames imagiológicos demonstram ausência de ectasias do excretor.

Conclusões:

A abordagem laparoscópica das estenoses do ureter distal é comprovadamente segura e eficaz. Muito embora para já a cirurgia clássica permaneça como gold-standard, todos os seus passos podem ser reproduzidos por laparoscopia com evidentes vantagens para o doente. Pensamos que futuramente esta abordagem emergirá como primeira opção.

Reimplantação ureteral dupla com psoas hitch por via laparoscópica para correcção de fístula ureterovaginal com duplicidade pielocaliceal

Autores: Tito Palmela Leitão[†], Filipa Beja Osório^{**}, Sónia Barata^{**}, João Varela^{*}

Instituição: [†]Departamento de Urologia, Hospital da Luz; ^{**}Departamento de Ginecologia, Hospital da Luz

Introdução:

Embora a laparoscopia esteja completamente estabelecida em urologia para muitos procedimentos ablativos, para procedimentos reconstrutivos encontra-se menos desenvolvida. Os autores apresentam o vídeo do caso clínico de uma doente com uma fístula ureterovaginal iatrogénica após histerectomia abdominal, associada a uma duplicidade pieloureteral congénita, descrevendo a identificação desta situação e a sua correcção através de uma ureteroneocistostomia dupla com psoas hitch, realizada por via laparoscópica.

Objectivo:

Demonstrar a possibilidade de uma abordagem minimamente invasiva para resolução de uma complicação rara e complexa, associada a uma anomalia congénita.

Material e Métodos:

Doente de 42 anos, que recorreu à consulta com queixas de perda contínua e involuntária de urina pela vagina, após uma histerectomia abdominal.

Resultados:

Descrevemos o procedimento para identificação da fístula ureterovaginal e da duplicidade ureteral, bem como a sua correcção por via laparoscópica através de uma ureteroneocistostomia de Lich-Gregoir modificada dupla com psoas hitch.

Discussão/Conclusão:

A via laparoscópica é uma abordagem segura e eficaz para o tratamento de lesões ureterais distais, nomeadamente para a realização de uma ureteroneocistostomia com psoas hitch. Permite a resolução de uma patologia urológica complexa através de uma abordagem minimamente invasiva, com benefícios significativos, e já bem conhecidos, para os doentes, devendo, assim, tornar-se a abordagem *standard* também para procedimentos urológicos reconstrutivos pélvicos.

Ressecção de tumor do urotélio alto por acesso percutâneo em doente com neobexíga tipo Studer

Autores: José Preza-Fernandes; Paulo Araújo, Vitor Cavadas, Mário João Gomes, Avelino Fraça

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital de Santo António - Centro Hospitalar do Porto

Introdução:

Os tumores uroteliais no trato urinário alto correspondem a cerca de 5-10% dos Carcinomas uroteliais. A nefroureterectomia radical é o tratamento goldstandart para esta patologia, no entanto sempre que perante uma doença bilateral o tratamento conservador deve ser ponderado.

Objectivos:

Apresentação de vídeo de cirurgia ressecção endoscópica por acesso percutâneo de neoformação do urotélio alto do rim esquerdo.

Material:

Doente de 66 anos, com antecedentes de cistoprostatectomia radical com confecção de neobexíga tipo Studer por neoplasia urotelial da bexíga musculoinvasiva em 1995. Follow-up do trato urinário baixo sem evidência de recidiva. Internado em Agosto de 2013 por quadro de cólica renal esquerda motivada por cálculo ureteral de 14mm no ureter proximal complicada de urosépsis. Durante a investigação deste quadro foram documentadas em UroTAC, áreas suspeitas no urotélio envolvendo o grupo calicial inferior esquerdo, com 2 cm de extensão e existência de uma outra área de espessamento urotelial envolvendo o bacinete direito, com cerca de 2,5 cm de maior extensão a levantarem suspeita de carcinoma urotelial bilateral metácrono. O doente foi submetido a derivação urinária esquerda com nefrostomia percutânea (NPC) e antibioterapia endovenosa. Após resolução do quadro infeccioso foi submetido a ressecção endoscópica completa da lesão esquerda. Realizou mitomicina C no período pós-operatório. A anatomia patológica revelou tratar-se de um carcinoma urotelial não invasivo de baixo grau. Encontra-se a aguardar agendamento tratamento conservador para a unidade renal direita.

Conclusão:

Os autores apresentam um vídeo de um tratamento conservado de carcinoma de urotélio alto

Millin laparoscópico: Descrição passo-a-passo da técnica cirúrgica

Autores: Emanuel Carvalho-Dias, Carlos Oliveira, Paulo Mota, Agostinho Cordeiro, Francisco Botelho, Jorge Cabral-Ribeiro, Miguel Mendes, Antonio Pedro Carvalho e Estêvão Lima

Instituição: Hospital de Braga

Introdução:

Historicamente o tratamento cirúrgico da hiperplasia benigna da próstata em glândulas com mais de 75 gramas é efectuado através da abordagem cirúrgica descrita por Terence Millin (enucleação retropúbica extra-vesical) ou através de abordagem descrita por Peter Freyer (enucleação trans-vesical). Com a evolução das técnicas minimamente invasivas a adenomectomia prostática transcapsular extraperitoneal laparoscópica (Millin Laparoscópico), tem revelado resultados semelhantes em termos de eficácia e complicações com a vantagem de apresentar menor cicatriz e menor hemorragia intra-operatória.

Métodos:

Neste vídeo apresentamos a nossa técnica de adenomectomia prostática transcapsular extraperitoneal laparoscópica, conforme a descrição efectuada por Estêvão Lima na Acta Urológica em 2010.

Resultados:

Resumidamente neste vídeo mostramos os 6 passos principais na execução técnica do Millin Laparoscópico a saber: 1. posicionamento do doente; 2. abordagem extraperitoneal com criação do espaço pré-peritoneal e colocação de 5 trocares em leque; 3. laqueação do complexo da veia dorsal; 4. capsulotomia e enucleação do adenoma prostático; 5. retrigonização e 6. encerramento da capsulotomia e extração da peça operatória.

Discussão/Conclusões:

O Millin Laparoscópico assume-se como uma técnica eficaz e segura mantendo não só as vantagens da adenomectomia prostática transcapsular aberta descrita por Millin como acrescenta as vantagens inerentes à cirurgia minimamente invasiva.

V 11

Prostatectomia radical extra-peritoneal por mini-laparoscopia

Autores: Emanuel Carvalho-Dias, Carlos Oliveira, Paulo Mota, Agostinho Cordeiro, Carmelo Quattrone, Francisco Botelho, Jorge Cabral Ribeiro, Miguel Mendes, António Pedro Carvalho e Estêvão Lima

Instituição: Hospital de Braga

Introdução/Objectivos:

Num esforço contínuo de aumentar as vantagens da cirurgia laparoscópica, métodos cada vez menos invasivos têm sido desenvolvidos. A mini-laparoscopia ou “*needlescopic surgery*” acrescenta à laparoscopia convencional a diminuição do tamanho das cicatrizes, minimizando o trauma dos tecidos e melhorando os resultados cosméticos. Apresentamos neste vídeo um caso de prostatectomia radical extra-peritoneal por mini-laparoscopia.

Métodos:

Apresentamos um vídeo demonstrativo da técnica cirúrgica passo-a-passo de uma prostatectomia radical extraperitoneal por mini-laparoscopia.

Resultados:

Uma prostatectomia radical por minilaparoscopia foi realizada usando um laparoscópio de 10 mm e instrumentos cirúrgicos de 3 mm. Para isso usamos 1 trocar de 15 mm, 1 de 5 mm e 3 de 3,5 mm. O tempo operatório foi 97 minutos. Não ocorreram complicações pós-operatórias e o tempo de internamento foi de 2 dias. Aos 3 meses de follow-up o doente estava continente e com cicatrizes mínimas.

Conclusões:

A prostatectomia radical por mini-laparoscopia é um procedimento seguro e tecnicamente exequível. Tal como outros procedimentos desenvolvidos para melhorar a técnica laparoscópica (LESS, NOTES) a mini-laparoscopia demonstra resultados cosméticos excelentes sem comprometer os objectivos cirúrgicos.

V 12

Ureteropieloplastia transperitoneal por mini-laparoscopia. A estratégia correta para melhorar o resultado estético sem comprometer os resultados cirúrgicos

Autores: Paulo Mota, Emanuel Dias, Agostinho Cordeiro, Carlos Oliveira, António Pedro Carvalho e Estêvão Lima

Instituição: Hospital de Braga

Introdução:

Novas abordagens e técnicas cirúrgicas, tais como a laparoendoscopia por porta única e minilaparoscopia tem sido propostas para melhorar o resultado estético de cirurgia do síndrome de junção. A introdução de bons e eficazes instrumentos de 3 mm permitiu diminuir o tamanho das incisões abdominais sem dificultar o acto cirúrgico.

Objectivos:

Mostrar o excelente resultado estético sem comprometer os resultados cirúrgicos e dificuldade técnica.

Material e Métodos:

Elaborou-se um vídeo ilustrativo de uma pieloplastia transperitoneal por minilaparoscopia a partir da filmagem completa da cirurgia de um doente com síndrome da junção pelo-ureteral tratado desta forma.

Resultados:

Neste vídeo mostramos os diferentes passos da execução da ureteropieloplastia transperitoneal por mini-laparoscopia com especial enfoque nos aspectos mais importantes de forma a serem conseguidos os melhores resultados.

Discussão/Conclusão:

A minilaparoscopia parece oferecer melhores resultados estéticos que a laparoscopia tradicional sem as dificuldades técnicas da laparoendoscopia por porta única. Estudos adicionais serão necessários para validar estas conclusões.

Laparoscopia em patologias raras

Autores: Fernando Vila, Joaquim Lindoro, Hélder Castro, Rui Borges, Pedro Valente

Instituição: Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa EPE - Penafiel

Introdução:

A crescente utilização da laparoscopia em várias áreas urológicas tem vindo a alargar o seu espectro de acção às patologias mais raras.

Objetivos:

Foram tratados por via laparoscópica 3 doentes: um com síndrome de insensibilidade completa aos androgéneos, outro com ureter retrocava e um outro com paraganglioma de localização abdominal. Os autores pretendem apresentar um vídeo exemplificativo da técnica cirúrgica utilizada em cada um dos casos.

Material e Métodos:

Os procedimentos foram todos efectuados por via laparoscópica transperitoneal. Realizou-se orquidectomia bilateral no caso da síndrome de insensibilidade completa aos androgéneos, transposição do ureter e ureteroplastia desmembrada no doente com ureter retrocava e exérese da massa abdominal no doente com paraganglioma.

Resultados:

Os tempos operatórios variaram entre 40 minutos (orquidectomia bilateral) e 210 minutos (exérese de paraganglioma). Não houve complicações per e pós operatórias de relevo. Os resultados histológicos confirmaram a presença de testículos com hiperplasia de células de Leydig e Sertoli, obstrução ureteral e paraganglioma com margem de exérese cirúrgica negativa.

Discussão/Conclusão:

A laparoscopia está associada à diminuição da morbilidade per-operatória e a uma melhoria franca dos resultados estéticos. A experiência ganha pelos Urologistas nas outras áreas da laparoscopia tem vindo a permitir uma abordagem segura e eficaz destas patologias menos habituais.

Tumor do testículo: Excisão de lesão retroperitoneal

Autores: Rui Duarte Abreu, João Dóres, Pedro Bargão, João Varregoso, Carrasquinho Gomes

Instituição: Serviço de Urologia do Hospital Prof. Fernando Fonseca, Portugal

Introdução:

Os tumores do testículo são os tumores sólidos mais comuns no homem com idades entre os 20 e os 45 anos. Constituinte 1-2% de todos os tumores no homem e 5% de todos os tumores urológicos.

Material e Métodos:

Doente de 38 anos, com tumor de células germinativas misto (50% componente de Teratoma Maduro, 30% carcinoma embrionário, e 20% de tumor do Seio Endodérmico). Apresentava uma massa retroperitoneal de 15 cm x 14 cm, estágio pT1NxM1. Realizou quimioterapia, 3 ciclos de BEP e 1 ciclo de EP, com evolução favorável da lesão retroperitoneal.

Resultados:

O doente deu entrada no serviço de urgência por uma hemorragia digestiva, com compromisso hemodinâmico.

Foi avaliado por uma equipa multi-disciplinar que concluiu, tratar-se de uma fístula da lesão retroperitoneal para o intestino delgado.

Conclusão:

Pretende-se apresentar, o vídeo relativo à cirurgia da excisão da lesão retroperitoneal e respectiva reconstrução do trânsito intestinal.

Nefrolitotomia percutânea em decúbito ventral: Técnica cirúrgica passo-a-passo

Autores: João Dores, Bruno Graça, Manuel Ferreira Coelho, Carrasquinho Gomes

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E.

Introdução:

A nefrolitotomia percutânea é actualmente um procedimento de 1ª linha para cálculos complexos ou de grandes dimensões localizados no sistema pielocalicial ou uretero proximal. Desde a sua introdução em 1976 muitos aspectos relacionados com a técnica cirúrgica e material endoscópico sofreram uma constante evolução aumentando a taxa de sucesso deste procedimento.

Objectivos:

Pretendemos demonstrar esta técnica cirúrgica, passo-a-passo, com o doente posicionado em decúbito ventral.

Material e Métodos:

Apresentamos um caso clínico de um doente de 55 anos, sexo feminino, com litíase renal múltipla bilateralmente e internamentos sucessivos por infecção do tracto urinário. Apresenta um cálculo de 25mm localizado no grupo calicial médio do rim esquerdo.

Discussão e Conclusão:

A nefrolitotomia percutânea com o doente em decúbito ventral é um procedimento cirúrgico que pode ser organizado em 6 passos principais: Colocação do cateter ureteral, punção do cálice renal, dilatação do trajecto e colocação da bainha de Amplatz, identificação do cálculo, fragmentação e drenagem. A posição de Valdivia tem vindo a ser implementada ao longo dos últimos anos, no entanto, a posição de decúbito ventral continua a ser utilizada com a mesma segurança e eficácia.

Ressecção laparoscópica de nódulo da glândula supra-renal esquerda: Técnica cirúrgica passo-a-passo

Autores: João Dores, Manuel Ferreira Coelho, João Varregoso, Carrasquinho Gomes

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E.

Introdução:

A evolução e massificação dos exames de imagem tem contribuído para o aumento do diagnóstico de incidentalomas das glândulas supra-renais, no entanto, cerca de 20 % destas lesões são potencialmente lesões cirúrgicas.

Objectivos:

Pretendemos demonstrar em vídeo a ressecção via laparoscópica de um nódulo da glândula supra renal esquerda, elucidando passo-a-passo a técnica cirúrgica, começando com a colocação das portas, descolamento do baço e pâncreas, descolamento do cólon esquerdo, isolamento e laqueação da veia supra-renal esquerda e remoção do nódulo.

Material e Métodos:

Apresentamos um caso clínico de um doente de 70 anos de idade, referenciado a consulta de urologia por apresentar nódulo de 45 mm da glândula supra-renal esquerda associado a hipertensão arterial refractária à terapêutica anti-hipertensora. O estudo metabólico revelou aumento dos valores totais de catecolaminas urinárias. Na suspeita de feocromocitoma foi proposto para tumorectomia da glândula supra-renal esquerda por via laparoscópica e fez preparação com fenoxibenzamina durante 14 dias.

Discussão e Conclusão:

Todas as lesões da glândula supra-renal, metabolicamente activas, de grandes dimensões ou com características de malignidade devem ser excisadas, sendo a abordagem laparoscópica, uma abordagem segura e eficaz.

Confirmação da eficácia da punção renal e ureteral em modelo experimental com a utilização de um sistema de localização electromagnética

Autores: Carlos Oliveira, Pedro Rodrigues, Emanuel Dias, Paulo Mota, João Almeida, La Fuente Carvalho, Jorge Correia-Pinto, João Vilaça, Estevo Lima

Instituições: Serviço de Urologia, Hospital de Braga, Braga, Portugal; Domínio de Ciências Cirúrgicas do Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (ICVS), IVCS/3Bs PT Laboratório Associado, Braga/Guimarães, Portugal. Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Introdução:

Na nefrolitotomia percutânea a punção do sistema excretor renal é o passo cirúrgico mais importante por poder originar complicações potencialmente graves e ser tecnicamente mais difícil tendo uma curva de aprendizagem elevada. A punção é feita habitualmente guiada por ecografia e/ou fluoroscopia sendo este último método prejudicial para o cirurgião pelos efeitos nocivos da radiação.

Objetivos:

Testar a eficácia da punção renal e ureteral em modelo experimental com a utilização de um sistema de localização electromagnética.

Material e Métodos:

Apresentação do vídeo do procedimento. Foram realizadas ureterorenoscopias bilaterais com múltiplas punções de vários cálices bem como dos ureteres de forma a aumentar a dificuldade em 6 porcas fêmeas. As punções foram feitas usando-se uma agulha marcada com um sensor electromagnético para deteção da extremidade do ureteroscópio. A orientação das picadas fazia-se com o auxílio um sistema informático com imagem tridimensional virtual em monitor que permitia a localização precisa em tempo real da profundidade, angulação e distância da agulha a cada instante em relação ao alvo. Foi determinado o tempo até se atingir o alvo bem como a precisão da picada relativamente às informações fornecidas pelo sistema informático.

Resultados:

Todas as punções renais e mesmo ureterais foram de fácil execução e com 100% de taxa de sucesso, com uma precisão milimétrica. O tempo médio de punção até ao alvo foi de 14 segundos.

Conclusão:

Este sistema de localização electromagnético de punção renal revelou-se altamente preciso, simples e rápido. Este método tem todas as condições para revolucionar a técnica de punções renais na nefrolitotomia percutânea permitindo a sua execução pela totalidade dos urologistas prescindindo da exposição a radiação.

Ureterorenoscopia anterógrada – Litotricia percutânea e dilatação intestinal de anastomose ureterosigmoideia com estenótica e com litíase associada

Autores: Gaspar, S.¹, Sandul, A.¹, Nunes, A.¹, Garcia, R.¹, Ramos, R.², Pereira e Silva, R.¹, Oliveira, A.³, Leitão, T.⁴, Lopes, J.⁵, Dias, J.⁵, Lopes, T.⁶

Instituições: ¹Interno da especialidade de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte; ²Interno da especialidade de Urologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa; ³Interno da especialidade de Urologia do Hospital Central de Maputo, Moçambique; ⁴Assistente hospitalar do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte; ⁵Assistente hospitalar do Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte; ⁶Director do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução:

A estenose ureterosigmoideia com conseqüente litíase obstrutiva, em doente com rim único podia significar, até há alguns anos atrás, a necessidade de cirurgia aberta, possivelmente com nova derivação urinária. Com o aparecimento de novas técnicas endourológicas e percutâneas, os doentes e os urologistas têm uma grande variedade de estratégias terapêuticas disponíveis.

Objectivos:

Descrição da resolução invulgar de cálculo ureteral obstrutivo, conseqüência de uma anastomose uretero-sigmoideia, em doente com rim único anatómico, usando as técnicas endourológicas e percutâneas disponíveis.

Material e Métodos:

Doente de 66 anos, sexo masculino, nefrectomizado à direita (25 anos antes por rim atrofico não funcionante), com ureterosigmoideostomia esquerda efectuada em criança (por extrofia vesical), com litíase obstrutiva de 3cm de maior diâmetro a montante de anastomose uretero-cólica, estenótica. O doente era portador de nefrostomia esquerda colocada de urgência no mês anterior por cólica renal e anúria. Imagiologicamente identifica-se cálculo obstrutivo e estenose da anastomose uretero-cólica. Por impossibilidade de abordagem retrógrada foi selecionada uma abordagem combinada anterógrada. Após dilatação de trajeto da nefrostomia e colocação de bainha de trabalho, procedeu-se à URS flexível com litotricia via laser YAG:Holmium de cálculo volumoso. Simultaneamente efectuou-se colonoscopia e dilatação retrógrada mecânica da anastomose. Foi colocado stent Mono-J através da anastomose e nefrostomia esquerda.

Resultados:

Remoção do Mono-J ao final de uma semana de internamento. Nefrostografia confirmou patência da anastomose ureterosigmoideia e micção espontânea.

Discussão e Conclusões:

A cirúrgica percutânea é uma técnica de excelência, capaz da resolução mesmo dos problemas mais complexos.

Cistoprostatectomia radical laparoscópica com poucas ou nenhuma cicatrizes. Descrição didáctica da técnica passo por passo

Autores: Paulo Mota, Carlos Oliveira, Francisco Botelho, Emanuel Dias, Agostinho Cordeiro, António Carvalho, Estevão Lima

Instituição: Hospital de Braga

Introdução:

A cistectomia radical constituiu atualmente a “terapêutica standard” no tratamento dos carcinomas invasivos da bexiga. Alguns serviços de urologia têm realizado esta cirurgia por laparoscopia como alternativa à cirurgia aberta com o objectivo de reduzir as complicações e morbilidades.

Objectivo:

Mostrar de uma forma didáctica os diferentes passos da cirurgia por laparoscopia através da sua descrição passo por passo.

Material e Métodos:

Elaborou-se um vídeo ilustrativo de uma cistoprostatectomia radical laparoscópica a partir da filmagem integral da cirurgia de um doente submetido a este procedimento.

Resultados:

Neste vídeo mostramos os diferentes passos na execução da cistoprostatectomia com linfadenectomia pélvica e derivação urinária com destaque para os aspectos mais importantes de forma serem conseguidos os melhores resultados oncológicos, funcionais e estéticos.

Discussão/Conclusão:

Este procedimento mostrou-se seguro, sendo neste momento uma alternativa completamente válida à técnica cirúrgica clássica em centros especializados e com potencial para se tornar a abordagem de eleição.

Fibras laser, energia e retropropulsão – O que vemos e não vemos

Autores: Peter Kronenberg*, Olivier Traxer**

Instituições: *Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora, Portugal; **Hôpital Tenon, Paris, França

Introdução e Objectivos:

Avaliar através de vídeos de alta velocidade como é que a retropropulsão é afectada pela energia, diâmetro das fibras laser, diferentes litotritores, bem como qualquer outro aspecto observável.

Materiais e Métodos:

Cálculos artificiais uniformes (feitos de BegoStone Plus®) dentro de um cilindro de polipropileno foram submersos em soro fisiológico e postos em contacto com a ponta de fibras laser, através das quais se disparou um único impulso laser. Testaram-se três litotritores diferentes e utilizaram-se fibras pequenas (200-273 μm) e fibras grandes (550-600 μm), empregando-se várias energias de impulso (0,2-3,5 J). Todas as experiências foram registadas em vídeo e analisou-se a distância que o cálculo percorreu.

Resultados:

Com o aumento da energia de impulso, aumenta a distância que o cálculo percorre, independentemente do litotritor ou do diâmetro de fibra utilizado. Mantendo níveis de energia constantes, fibras com maior diâmetro provocaram maiores deslocamentos dos cálculos, independentemente da energia de impulso ou litotritor utilizado. Os vídeos de alta velocidade permitiram detectar outros efeitos curiosos: o efeito de retropropulsão aumenta (até 40%) se a fibra estiver no interior de uma cratera de fragmentação; registou-se a geração não só de bolhas de cavitação cujas ondas de choque interferem na posição de cálculos que não estejam em contacto directo com a fibra de laser, mas também de ondas de turbulência geradas com energias muito elevadas que amplificam o efeito de retropropulsão.

Discussão/Conclusões:

Os vídeos de alta velocidade permitem adquirir novos conhecimentos sobre a litotricia a laser e revelam pormenores de outra forma invisíveis ao olho humano.

Nefrectomia laparoscópica para correcção ex-vivo de um aneurisma da artéria renal

Autores: João Ferreira Cabral; Paulo Príncipe; Miguel Silva Ramos

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital de Santo António, C.H.P

Introdução:

Os aneurismas da artéria renal são bastante infrequentes, afectando cerca de 0,09% da população.

A evolução clínica é pouco previsível e a orientação terapêutica depende da presença de sintomas e do risco de ruptura associado. Apesar da maioria dos doentes poderem ser tratados por técnicas endovasculares, esta abordagem nem sempre é exequível.

Material e Métodos:

Apresentamos o caso de uma doente de 35 anos, com antecedentes de hipertensão, a quem foi diagnosticado um aneurisma da artéria renal esquerda com 2,7 cm de diâmetro.

A doente foi submetida a nefrectomia laparoscópica para correcção do aneurisma ex vivo e auto transplante.

Resultados:

O tempo da colheita foi de 150 minutos e o tempo de isquemia quente de 160 segundos.

A perda sanguínea foi de 80 cc.

O período pós-operatório decorreu sem intercorrências, com alta para o domicílio ao 6º dia.

Presentemente, com follow up de 10 meses, a doente encontra-se com rim funcionante e normalização da tensão arterial.

Discussão/Conclusão:

A colheita de rim por laparoscopia e autotransplante em serviços experientes, permanece uma técnica segura e eficaz para tratamento de aneurismas da artéria renal que não podem ser tratados por via endovascular.

Nefrolitotomia percutânea complementada por ureteroscopia flexível anterógrada

Autores: Rodrigo Garcia, Ricardo Silva, Anatoliy Sandul, Sérgio Pereira, Helena Correia, Tomé Lopes

Instituição: Serviço de Urologia, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Introdução:

Desde que foi descrita pela primeira vez em 1973, a Nefrolitotomia Percutânea (PCNL) tem-se afirmado como um procedimento cirúrgico extremamente eficaz no tratamento da litíase renal.

Os progressivos avanços tecnológicos que se têm registado nos últimos tempos no que respeita aos aparelhos flexíveis de cirurgia endourológica, permitem uma multiplicidade de opções e estratégias no tratamento cirúrgico da litíase urinária.

Objectivos:

Apresentar a utilidade da Ureteroscopia Flexível no tratamento complementar da litíase urinária por via anterógrada.

Material e Métodos:

Apresentamos a estratégia cirúrgica adoptada numa doente de 49 anos com litíase piélica volumosa e litíase ureteral lombar homolateral.

Resultados:

Doente do sexo feminino, seguida em Urologia por litíase urinária à direita.

Em Tomografia Computorizada (TC) abdominal e pélvica apresentava litíase coraliforme incompleta envolvendo o grupo calicial inferior e o bacinete direitos e, também litíase infra-centimétrica a nível do ureter lombar homolateral.

Foi submetida a PCNL em posição de decúbito ventral, por acesso único, complementada por ureteroscopia flexível anterógrada e ureterolitoextração de cálculo lombar.

Não se registaram complicações cirúrgicas.

TC pós-operatória confirmando ausência de litíase residual.

Discussão/Conclusão:

A Ureteroscopia Flexível Anterógrada constitui uma alternativa viável e segura para o tratamento da litíase ureteral, aquando da realização de Nefrolitotomia Percutânea homolateral.

Hérnia de porta laparoscópica, a propósito de um caso clínico

Autores: Sofia Santos Lopes, Bruno Graça, Manuel Ferreira Coelho, Júlio Fonseca, Miguel Lourenço

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E.

Introdução:

A sacrocolpexia por via laparoscópica foi descrita pela primeira vez em 1991, associando as vantagens da técnica por via aberta a uma menor morbidade e a taxas de sucesso semelhantes.

Objectivo:

Apresentação de vídeo relativo a uma complicação pós-operatória de sacrocolpexia por via laparoscópica.

Métodos:

Doente do sexo feminino, 64 anos, admitida por histerocelo grau IV para sacrocolpexia por via laparoscópica. Foram utilizadas 2 portas de 5mm, uma porta de 10mm e uma de 12mm (laparoscópio). A cirurgia decorreu sem intercorrências. Ao 12º dia pós-operatório, diagnóstico clínico de sub-oclusão intestinal com proposta para cirurgia urgente.

Resultados:

Submetida a laparoscopia diagnóstica, tendo-se visualizado encarceramento de ansa de intestino delgado na porta de laparoscopia de 10mm. Efectuou-se redução da hérnia com viabilidade de ansa.

Discussão:

A ocorrência de hérnia da porta laparoscópica é uma das complicações menos frequentes da sacrocolpexia por via laparoscópica. Nos procedimentos laparoscópicos em geral a taxa de hérnias incisionais associadas aos trocares varia de 0.65% a 2.80%. Em caso de protusão de conteúdo intestinal pelo defeito herniário a exploração cirúrgica e redução são mandatórias, sendo essa abordagem maioritariamente realizada por laparotomia, contudo a abordagem laparoscópica é uma opção possível e eficaz.

Nefrectomia parcial por minilaparoscopia

Autores: Agostinho Cordeiro¹, Paulo Mota^{1,2}, Emanuel Dias^{1,2}, Carlos Oliveira^{1,2}, Vitor Nogueira¹, Estevão Lima^{1,2}

Instituições: ¹Serviço de Urologia do Hospital de Braga; ²Escola de Ciências da Saúde – Universidade do Minho

Introdução:

Nos últimos anos, a cirurgia urológica evoluiu para procedimentos cada vez menos invasivos. A Minilaparoscopia foi desenvolvida como uma tentativa de diminuir o grau de invasão da laparoscopia standard. A Minilaparoscopia é percebida como menos difícil de realizar e com melhores resultados de convalescença e estéticos no pós-operatório, mantendo a eficácia do tratamento. Sem dúvida, a segurança e o bom resultado são os pilares de qualquer procedimento cirúrgico, mas o aumento da percepção favorável dos doentes relativamente à cirurgia minimamente invasiva levou a que esta cirurgia evoluísse.

Caso Clínico:

Sexo masculino, 68 anos de idade. Assintomático. Ecografia demonstrou tumefacção renal direita, confirmando-se por TC renal uma tumefacção de 16mm na porção anterior e pólo inferior do rim direito. Submetido a Nefrectomia parcial minilaparoscópica. Diagnosticou-se Carcinoma celular renal grau IT1a.

Discussão/Conclusão:

Demonstrou-se neste caso clínico, que a Minilaparoscopia é uma ótima opção terapêutica na realização de Nefrectomia parcial por Tumor, com as expectativas de acordo com o resultado obtido. Após 1 ano de vigilância, não há até há data, evidência de recidiva e o doente mantém-se assintomático.

Experiência inicial de tratamento de pólipos fibroepiteliais do ureter por ureterorenoscopia em dois casos clínicos

Autores: Agostinho Cordeiro¹, Paulo Mota^{1,2}, Emanuel Dias^{1,2}, Carlos Oliveira^{1,2}, Vitor Nogueira¹, Estevão Lima^{1,2}

Instituições: ¹Serviço de Urologia do Hospital de Braga; ²Escola de Ciências da Saúde – Universidade do Minho

Introdução:

Os tumores primários do ureter são raros, representando apenas 1% de todos os tumores do aparelho urinário alto. Os pólipos fibroepiteliais (PFE) são as lesões benignas mais frequentes do ureter. Clinicamente podem manifestar-se por dor lombar intermitente, por vezes associado a ureterohidronefrose. Actualmente, os PFE podem ser tratados de forma segura por técnicas minimamente invasivas.

Caso Clínico 1:

MJC, sexo masculino, 17 anos. Recorre ao SU por cólica renal. Sem outras patologias ou cirurgias. Ecografia e TC demonstraram ureterohidronefrose direita por lesão de 12mm intra-ureter média, de etiologia incerta. Submetida a URS com enucleação completa da lesão polipóide com *Thulium laser*.

Caso Clínico 2:

HSPM, sexo feminino, 25 anos. Doente com rim único à esquerda (antecedentes de nefrectomia radical direita - Tumor de Wilms). Internada por pielonefrite aguda. Sem outras patologias ou cirurgias. ECO e TC demonstraram ureterohidronefrose esquerda por lesão intra-ureter proximal de etiologia incerta, com 20mm de maior diâmetro. Procedeu-se à enucleação da lesão com *Holmium laser*.

Discussão/Conclusão:

Os PFE são geralmente lesões longas, por vezes associados a ureterohidronefrose. É importante distinguir esta entidade benigna do carcinoma do epitélio de transição, porque a atitude e o prognóstico diferem significativamente. A ressecção minimamente invasiva por endoscopia, mantém-se como tratamento de eleição. Em ambos os casos, os pólipos foram extraídos com sucesso, e com igual eficácia entre os 2 *lasers* utilizados. A Histologia confirmou lesão polipóide fibroepitelial. Actualmente, ambos os doentes mantêm-se em vigilância e até à data sem evidência de recidiva.

Exenteração pélvica por cancro da bexiga: Vídeo demonstrativo da técnica cirúrgica

Autores: Paulo Mota, Emanuel Dias, Agostinho Cordeiro, Francisco Botelho, Carlos Oliveira, António Pedro Carvalho e Estevão Lima

Instituição: Hospital de Braga

Introdução:

Apesar da morbilidade associada à exenteração pélvica anterior, esta continua a ser o tratamento indicado nos carcinomas infiltrativos da bexiga da mulher. Recentemente a abordagem laparoscópica tem emergido como a melhor opção para diminuir as complicações da cirurgia.

Objectivo:

Neste vídeo são mostrados de uma forma didática todos os passos da exenteração pélvica laparoscópica por cancro da bexiga.

Material e Métodos:

Elaborou-se um vídeo ilustrativo de uma exenteração pélvica laparoscópica a partir da filmagem integral da cirurgia de uma doente submetida a este procedimento.

Resultados:

Nesta cirurgia é feito a ooforectomia bilateral, hysterectomia total, cistectomia e linfadenectomia pélvica bilateral.

Discussão/Conclusões:

A exenteração pélvica anterior laparoscópica parece diminuir as complicações no peri e pós-operatório. No entanto, é necessário uma avaliação dos resultados oncológicos e de possíveis complicações a longo prazo para validar este procedimento cirúrgico.

Nefrectomia parcial com clampagem arterial segmentar por via laparoscópica

Autores: Varregoso, João; Coelho, Manuel; Abreu, Rui

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital Fernando Fonseca

Introdução:

A nefrectomia parcial como terapêutica para os tumores renais tem-se vindo a difundir nos últimos anos, pela conjugação de vários factores: (1) Os meios complementares de diagnóstico modernos que permitem a identificação de tumores renais em fases cada vez mais precoces. (2) O reconhecimento de que a redução de nefrónios tem consequências adversas a longo prazo. (3) O reconhecimento de que a nefrectomia parcial consegue resultados oncológicos idênticos aos da ablação total.

Método:

A via laparoscópica é uma alternativa há cirurgia aberta com a vantagem de menor morbilidade. No entanto tem a desvantagem de maior tempo cirúrgico com tempos de isquémia quente, deletérios para a preservação da função.

Neste vídeo apresenta-se uma nefrectomia parcial por via laparoscópica de um tumor T2, polar superior, com score R.E.N.A.L. 10xh, de alta complexidade, com clampagem apenas da artéria segmentar que o nutre. Demonstra-se como o AngioTAC revela com precisão a vascularização renal, essencial para um planeamento cirúrgico adequado. O tempo de laparoscopia foram 2h 38min. A hemorragia durante a dissecação do parênquima foi reduzida e de fácil controlo.

Discussão:

Dada a natureza terminal das vascularização arterial renal a clampagem do ramo que irriga a zona do tumor é suficiente para controlo da hemorragia. A pressão do pneumoperitoneu é suficiente para controlar o fluxo venoso. A clampagem selectiva arterial deixa todo o restante parênquima irrigado durante a intervenção e evita a lesão renal isquémica.

Quistos gigantes das vesículas seminais – Excisão cirúrgica via laparoscópica

Autores: Andrea Furtado, Sofia Santos Lopes, Fernando Ferrito

Instituição: Serviço de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E.

Introdução:

Os quistos das vesículas seminais podem surgir isolados, associados a anomalias congénitas do aparelho urinário ou associados a doença poliquística renal autossómica dominante.

Objectivo:

Apresentação do tratamento cirúrgico de uma entidade nosológica rara – quisto gigante das vesículas seminais.

Caso Clínico:

Indivíduo do sexo masculino, 60 anos, referenciado à consulta por achado de quistos volumosos retro-vesicais. Ao exame objectivo identificaram-se massas hipogástricas, de consistência elástica, móveis e indolores; ao toque rectal caracterizou-se uma próstata elástica sem características suspeitas. A tomografia computadorizada confirmou marcada distensão quística bilateral com diâmetro de 9 centímetros, sem captação anómala de contraste nem espessamentos parietais, conteúdo não puro, podendo corresponder a volumosos quistos de líquido seminal.

A abordagem laparoscópica transperitoneal das vesículas seminais e seus quistos foi realizada através de 5 portas: 3x10mm (peri-umbilical, para-medianas - transição região peri-umbilical e hipogastro, direita e esquerda) e 2x5mm (fossa ilíaca direita e fossa ilíaca esquerda). A via de acesso foi intraperitoneal, isolamento dos quistos através da abertura do fundo de saco recto-vesical até à sua continuidade com os ductos ejaculadores, descolamento da fásia de Denovilliers com exposição das vesículas seminais, laqueação, aspiração de conteúdo quístico, excisão e extracção de peças em saco pela porta peri-umbilical.

Discussão e Conclusão:

As anomalias congénitas das vesículas seminais podem ser classificadas como anomalias numéricas, da maturação, posicionais e estruturais. O diagnóstico diferencial dos quistos das vesículas seminais inclui a obstrução dos canais ejaculador ou deferente, ureterocelo, ectopia ureteral, quisto do canal de Muller, quisto do utrículo prostático. Apesar das alterações congénitas das vesículas seminais serem raras, o recurso frequente a exames complementares de diagnóstico veio aumentar a sua identificação. Serve o presente como descrição e revisão de achado morfológico raro e seu tratamento.

Nefrectomia parcial laparoscópica de lesão complexa intrarenal orientada por angio TC 3D

Autores: Arnaldo Figueiredo, Lorenzo Marconi, Alfredo Mota

Instituição: Serviço de Urologia e Transplantação Renal do CHUC

Introdução:

Os tumores volumosos intrarenais colocam problemas acrescidos na cirurgia renal conservadora. Apresentamos um vídeo de uma nefrectomia parcial por via laparoscópica, sem recurso a isquémia, guiada por angio TC 3D.

Materiais e Métodos:

Doente do sexo masculino, 45 anos, assintomático, com uma massa no terço inferior do rim esquerdo, de 4.6cm de diâmetro, completamente endofítica, em relação íntima com o sistema excretor e com o hilo (RENAL Score 10X), sugestiva de neoplasia. A reconstrução tridimensional da anatomia renovascular do tumor por angio-TC 3D pré-operatória, permitiu a realização de uma nefrectomia parcial com dissecação anatómica das artérias que vascularizavam especificamente o tumor, mantendo uma normal perfusão do parênquima renal restante. Os grupos caliciais que drenavam o parênquima tumoral foram individualmente seccionados e suturados, tendo a hemostase sido complementada com sutura de vasos hemorrágicos e aplicação de um *patch* revestido de trombina e fibrinogénio. O tempo total da cirurgia foi de 175 minutos com hemorragia intra-operatória de 350ml. Não ocorreram quaisquer complicações peri ou pós operatórias. O exame histológico da peça revelou um carcinoma de células renais com 4,3cm, variante células claras, pT1b, margens negativas.

Conclusão:

O controlo selectivo dos vasos nutritivos do tumor elimina a lesão da isquémia renal global durante a nefrectomia parcial, especialmente no caso de tumores complexos do ponto de vista anatómico. A representação tridimensional dos ramos da artéria renal constituiu um método importante para a definição de uma estratégia de microdissecção, escolha do local apropriado para a nefrectomia e interpretação precisa dos achados laparoscópicos intra-operatórios.